



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

DIVISIÓN DEL SISTEMA DE UNIVERSIDAD ABIERTA

**INTERVENCIÓN INDIVIDUAL Y GRUPAL EN EL
ADULTO MAYOR**

Presenta

Laura González Martínez

INFORME PROFESIONAL DE SERVICIO SOCIAL

Para obtener el título de:

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

Directora de Informe: Lic. María Guadalupe Osorio Álvarez

Sinodales

Mtra. María Margarita Molina Avilés

Mtra. Yolanda Bernal Álvarez

Mtro. Víctor Manuel Gaytán Herrera

Mtro. Manuel Alfonso González Osoy

Ciudad de México, enero de 2017



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Dedicado especialmente a:

*Al esposo Antonio y mis hijos Lamiya y Maglog
por ser mis pilares en este proceso de vida.*

Agradecimientos

A la Universidad Nacional Autónoma de México
por la oportunidad de formarme en la Institución Educativa más
importante de América Latina.

A los profesores de la Facultad de Psicología
por toda su enseñanza.

A la Lic. Guadalupe Osorio Álvarez
Directora del presente trabajo
por haberme guiado en el proceso de titulación.

A los Sinodales
Mtra. María Margarita Molina Avilés,
Mtra. Yolanda Bernal Álvarez,
Mtro. Víctor Manuel Gaytán Herrera y
Mtro. Manuel Alfonso González Osoy
por las certeras correcciones y revisiones.

A mis compañeras y amigas Beatriz y Angélica
por su alegría, amistad y su impulso para concluir este proceso de
aprendizaje.

A mi familia por su paciencia, apoyo y respeto, alentándome a no
desistir a pesar de las adversidades.

A todos y cada uno, mi más profundo agradecimiento.

ÍNDICE

1. Resumen.....	3
2. Datos generales del Servicio Social.....	4
3. Contexto de la Institución y del Programa del Servicio Social.....	5
4. Descripción de las actividades realizadas en el Servicio Social.....	9
4.1.1 Orientación Grupal “Envejecimiento Activo”	
4.1.2 Orientación Grupal “Yo Puedo”	
4.1.3 Intervención Individual	
4.2 Talleres que impartí durante mi Servicio Social	
4.3 Taller tomado para la adquisición de conocimientos	
4.4 Asistencia al “II Congreso Prediabetes y Sociedad 2015”	
5. Objetivos del Servicio Social.....	16
6. Soporte Teórico Metodológico.....	17
7. Resultados obtenidos.....	28
7.1.1 Orientación grupal “Envejecimiento Activo” y “Yo Puedo”.	
7.1.2 terapia Individual	
7.1.3 Presentación de casos de intervención	
8. Recomendaciones y/o sugerencias.....	62
9. Referencias Bibliográficas.....	64

10. Anexos.....	67
10.1.1 Test <i>Mini Examen del Estado Mental (MMSE, Folstein) Modificado</i>	
10.1.2 "Entrenamiento cognitivo para prevenir el deterioro o envejecimiento cerebral"	
10.1.3 Técnica de "La silla vacía" por duelo	
10.1.4 Técnicas de relajación	
10.1.5 "Guía para resolución de problemas a través de la inteligencia emocional" (Goleman, 1996)	
10.1.6 Habilidades para la Vida	
10.2.1 "Taller Inteligencia emocional". Dirigida a Médicos	
10.2.2 Taller "Inteligencia emocional". Dirigido a Enfermeras y Trabajo Social	
10.2.3 Taller "Liderazgo"	
10.3 Cédula de opinión	
10.4 Solicitud de Interconsulta	
10.5.1 Constancia de asistencia a Congreso IMSS	
10.5.2 Constancia de Taller de "Atención Plena y Conciencia Corporal"	
10.5.3 Reconocimiento Al buen trato y atención al derechohabiente	
10.6 Cronograma de las actividades para el Servicio Social de la carrera: Psicología	

1.- RESUMEN

Este Informe Profesional de Servicio Social (IPSS) es un primer trabajo en el campo de la psicología clínica presentado en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), dentro de la Unidad de Medicina Familiar (UMF) No. 49, en el Departamento de Enseñanza, el cual coordina a los estudiantes que realizan el servicio social en el área de la salud.

Debido a la falta de un programa específico en el área de la psicología en la UMF, me asignaron de acuerdo al programa de servicio social a grupos de "Envejecimiento Activo" y "Yo puedo" a los cuales apliqué los conocimientos teórico-prácticos adquiridos a lo largo de la carrera de Psicología.

Dado que en los objetivos del servicio social está establecer estrategias sociales para fomentar conductas y hábitos saludables en los adultos mayores, implementé en los grupos, un programa de estrategias para el manejo de las emociones, así como técnicas de relajación y entrenamiento cognitivo para prevenir el deterioro o envejecimiento cerebral para un estilo de vida saludable.

En el ejercicio profesional también incluí la terapia individual a adultos mayores, con un enfoque Gestalt a través del manejo de emociones y los principios básicos del "aquí y ahora", "yo-tú", así como, la técnica de la "silla vacía". La aplicación del *Mini Examen del Estado Mental (MMSE, Folstein) Modificado*, fue un instrumento valioso de valoración durante la práctica, ya que, de los resultados obtenidos se llevaron a cabo intervenciones específicas en el adulto mayor con deterioro cognitivo.

En esta experiencia de enseñanza-aprendizaje y reflexión sobre los valores, actitudes y competencias profesionales, me ha permitido descubrir la necesidad de ampliar los conocimientos y habilidades para un mejor desempeño profesional.

Palabras clave: Envejecimiento, Valoración, Intervención.

2.- Datos generales del Servicio Social

En el Departamento de Enseñanza, de la Unidad de Medicina Familiar (UMF) No. 49 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) donde realicé mi servicio social, como establece el programa oficial de esta Institución, los objetivos fueron: a) coadyuvar al establecimiento de estrategias sociales a través del apoyo logístico en cursos gerontológicos, así como, b) integración de expedientes e intervención activa en grupos de adultos mayores y c) participación en la creación de material didáctico.

Dichos objetivos, fomentaron el crecimiento de mis habilidades y capacidades para promover conductas y hábitos saludables en los adultos mayores.

3.-Contexto de la Institución y del Programa del Servicio Social

La institución en donde desarrollé mi servicio social fue el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el cual tiene un mandato legal derivado del Artículo 123 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

De acuerdo al documento *“Programa Institucional del Instituto Mexicano del Seguro Social 2014-2018 (PIIMSS 2014-2018)”*

Su Misión es ser el instrumento básico de la seguridad social, establecido como un servicio público de carácter nacional, para todos los trabajadores y sus familias.

Fomentar la salud de la población trabajadora asegurada y de sus familias, de los pensionados y de los estudiantes de manera integral, a través de la provisión de servicios preventivos y curativos médicos, de guarderías y de prestaciones económicas y sociales.

Su Visión es consolidar un desempeño honesto, eficiente y transparente en el diario actuar de las y los servidores públicos que laboran en el IMSS, de modo que con toda responsabilidad, brinden atención a la derecho-habiciencia.

La presencia de problemas psicológicos está latente en cualquier persona; por ello, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) recomienda crear vínculos afectivos con la familia, los amigos y la pareja, que es uno de los factores de protección para alcanzar bienestar y calidad de vida.

A 70 años de su creación, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) es responsable de la salud y seguridad social de 58 millones de derechohabientes y de 12 millones de beneficiarios del Programa IMSS-Oportunidades.

El Programa Institucional del Instituto Mexicano del Seguro Social 2014-2018 (PIIMSS 2014- 2018) plantea 5 objetivos centrales que en su conjunto agrupan 29 estrategias y 129 líneas de acción que se implementarán en los próximos años y con las que se busca contribuir principalmente al logro de dos objetivos fundamentales propuestos en el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018: Avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal, y ampliar el acceso a la seguridad social.

El IMSS es reconocido nacional e internacionalmente como una institución líder en el ámbito de la Seguridad Social, se constituye también como referente obligado en la atención integral a la salud.

La provisión de atención médica es una de las funciones más importantes que realiza el Instituto en términos de recursos requeridos e impacto poblacional. La amplia gama de servicios médicos, preventivos y curativos que ofrece el IMSS tiene como objetivo mejorar la calidad de vida y contribuir al desarrollo de las familias derechohabientes¹.

Las Unidad de Medicina Familiar (UMF) No 49 forma parte del Sistema de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social, por lo que requiere que sus procesos y acciones se realicen apegados a los programas, normatividades y lineamientos establecidos, buscando con ello la eficiencia en su funcionamiento, ofreciendo servicios de alta calidad con sentido humano, impactando en la preservación y mejoramiento de la salud y seguridad de nuestra población derechohabiente, con la constante promoción del desarrollo profesional del personal circunscrito en ella.

La UMF No 49 inició sus actividades durante el último trimestre del año 2006 y responde a la preocupación y al compromiso permanente del Instituto Mexicano del Seguro Social por acercar sus servicios a la población derechohabiente. La construcción física concluyó el 30 de Junio del año 2006, fue inaugurada el 26 de Octubre del 2006 e inició la atención a los usuarios el día 30 de Octubre del año 2006. Por sus características físicas, de organización y funcionamiento, es una unidad modelo diseñada para dar atención integral preventiva y curativa, acercando los consultorios de Médico Familiar y Enfermera Especialista en Medicina Familiar a los usuarios.

¹ Programa Institucional del Instituto Mexicano del Seguro Social 2014-2018 (PIIMSS 2014-2018)

Ubicación

Se encuentra ubicada en la calzada Chalma-La Villa s/n Unidad Habitacional CTM El Arbolillo Delegación Gustavo A. Madero, Código Postal 07240

Su Misión en la Unidad de Medicina Familiar no. 49, en el departamento de Enseñanza, es planear, ejecutar y evaluar las acciones educativas en salud que se desarrollan en el Instituto Mexicano del Seguro Social mediante la formación, educación continua y capacitación del personal que atiende los procesos de salud, enfermedad y rehabilitación de los derechohabientes y sus familias, con calidad y calidez.

Su Visión consiste en que el Instituto Mexicano del Seguro Social a través de la Dirección de Prestaciones Médicas y la Coordinación de Educación en Salud, forme y disponga de los servicios de atención médica de los mejores profesionales de la salud en el País y en América Latina para bien de la sociedad mexicana y particularmente de los derechohabientes.²

Con estos planteamientos, durante mi servicio social en la Unidad de Medicina Familiar no. 49 del IMSS, se da atención al adulto mayor, con una evaluación integral basadas en aspectos biológicos propios del organismo envejecido, las relacionadas con las actividades de la vida diaria y funcionalidad, otras que se relacionan con las concepciones psicológicas de esta edad, inherentes a la personalidad y conducta propias del anciano, a su dinámica familiar y condiciones socioeconómicas individuales que influyen en las interacciones entre él y su entorno con el cual éste interactúa en forma constante. Por su condición de salud, ellos requieren de atención multidisciplinaria, con modelos de atención en salud más centrados en el “cuidar” que en el “curar”, los cuales deben estar orientados a mantener la salud, controlar factores de riesgo, promover la autonomía del adulto mayor, su independencia funcional y su inserción en la familia y la comunidad³.

De acuerdo a la “Valoración Geronto-Geriátrica Integral en el Adulto Mayor Ambulatorio del IMSS”, en su “Guía de Práctica Clínica GPC”, Catálogo maestro

²IMSS Coordinación de Educación en Salud. El portal Edumed

³IMSS Coordinación de Educación en Salud. El portal Edumed

de guías de práctica clínica: IMSS-491-11, en el apartado 3. EVALUACIÓN MENTAL Y PSICO-AFECTIVA DEL ADULTO MAYOR AMBULATORIO (Algoritmo 5). 3.1 EVALUACIÓN DE DETERIORO COGNITIVO.

“El diagnóstico de demencia realizado por los médicos generales tiene una sensibilidad muy baja (11 – 12%) y una especificidad 93–94%. Por lo que se recomienda aplicar un instrumento clínico para su identificación sistemática. El Mini Examen del Estado Mental (MMSE, Folstein) Modificado, es útil como instrumento de detección. Puede ser utilizado en cualquier nivel de atención. Su aplicación lleva sólo 5 minutos por lo tanto, es práctico, tiene una sensibilidad 79-100% y una especificidad 46-100% para detectar deterioro cognitivo”⁴

La aplicación del MMSE fue un instrumento valioso durante la práctica, ya que, de los resultados obtenidos se llevó a cabo intervenciones individuales en el adulto mayor con deterioro cognitivo.

⁴ cita tomada de Valoración Geronto-Geriátrica Integral en el adulto Mayor Ambulatorio

4.- Descripción de las actividades realizadas en el Servicio Social

La UMF No. 49, cuenta con una población de 17,933 derechohabientes mayores de 50 años, con un alta incidencia y demanda en patologías crónicas que requieren de una intervención transdisciplinaria, por lo que el servicio social en la carrera de psicología se hace fundamental para la atención integral del paciente geriátrico.

En el periodo de tiempo comprendido, del 04 de mayo al 04 de noviembre de 2015, las actividades que realicé durante mi servicio social, así como las necesidades de la institución que atendí fueron las siguientes:

El tipo de población atendida fueron derechohabientes mayores de 50 años (hombres y mujeres).

- Con patología crónica (Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial, Artropatías.
- Sin patología crónica con factores de riesgo psicológico (aislamiento, depresión/ansiedad crónica, demencia, etc.)
- Con dependencia física, psicológica o social.
- Jubilados, pensionados y amas de casa con alguna forma de ingreso o sin ingreso.
- Su escolaridad es Educación básica primaria, Educación media, uno obtuvo estudios superiores y algunos con analfabetismo.
- Son casados (as) o viudos (as).
- El tipo de residencia es casa propia (departamento o casa independiente)

El médico familiar, deriva al paciente con hoja de referencia y un resumen de la justificación y/o motivo para el tratamiento psicológico, firmada por el médico tratante y el jefe de Servicio de Medicina Familiar.

Al término del procedimiento psicológico, la evaluación por escrito se entregaba al paciente para su seguimiento por parte del personal de salud de la unidad.

La entrevista psicológica, abarcaba un tiempo de 45 a 50 minutos, por lo que sólo atendía a 4 pacientes por día.

El número de sesiones variaba de 5 a 20, de acuerdo a la problemática del paciente.

- Duelo por fallecimiento reciente de esposo/a, padre, madre, hijo/a.
- Duelo no resuelto por pérdida de algún familiar, en años anteriores.
- Ansiedad y/o depresión por conflictos familiares.
- Deterioro cognitivo.

Los cuales fueron resueltos favorablemente, se utilizó de acuerdo al sistema de terapia Gestalt, la silla vacía, manejo de emociones, técnica dialógica y técnicas de relajación.

Participé en sesiones grupales establecidas por el IMSS dentro de las Unidades de Medicina Familiar.

4.1.1 Orientación Grupal “Envejecimiento Activo”

Se informaba a la comunidad geriátrica, con un grupo interdisciplinario de médicos enfermeras, trabajadoras sociales y mi intervención como psicóloga, sobre temas de bienestar, hábitos de vida saludable (alimentación correcta, práctica de actividad física, prevención de accidentes y de violencia, postura correcta, envejecimiento emocional saludable, etc.).

Proporcione orientación sobre prevención de la violencia familiar, violencia psicológica como la persecución, intimidación, tiranía, chantaje, manipulación y amenazas del otro. Otras formas de violencia como, exclusión social, verbal, físico, abandono, omisión, etc., indicadas en las Guías de Adultos Mayores del IMSS.

Una de mis participaciones no prevista en los manuales del IMSS, fue la enseñanza de técnicas de relajación y manejo de emociones (anexo 10.1.4).

4.1.2 Orientación Grupal “Yo Puedo”

Yo puedo, es la nueva estrategia para personas con obesidad y enfermedades crónicas como diabetes, hipertensión arterial y obesidad, a fin de fomentar el autocuidado de la salud y el apego a tratamientos médicos. Un grupo interdisciplinario de médicos enfermeras, trabajadoras sociales y mi intervención como psicóloga aplicamos herramientas para la vida, en cuanto al conocimiento de sí mismo, el cuidado general de la persona, y la identificación de hábitos y conductas nocivas que merman la calidad de vida.

La enseñanza de técnicas de relajación, así como, el manejo de emociones, influyó a cambios en el estilo de vida que contribuyeron de manera favorable al control de sus patologías.

4.1.3 Intervención Individual

En la intervención individual del adulto mayor se dan los mismos lineamientos grupales, poniendo énfasis en la problemática por la cual es derivado a terapia individual. Se aplica un instrumento para detectar el deterioro cognitivo (MMSE, anexo 10.1.1) y se dan tareas a realizar para prevenir o trabajar el envejecimiento cerebral, como el *“Entrenamiento cognitivo para prevenir el deterioro o envejecimiento cerebral”* (ver anexo 10.1.2). Para un resultado favorable en el entrenamiento, las instrucciones se las proporcioné por escrito y solicité la entrega del cuestionario cada semana.

Es importante mencionar que fue necesario citar a los familiares cercanos al paciente, aquellos que viven con él para dar las mismas indicaciones y así fomentar la adhesión terapéutica.

En cada sesión se hace un ejercicio de técnicas de relajación para ayudar a disminuir la ansiedad (ver anexo 10.1.4).

La prácticas preventivas se vieron reflejadas en un estilo de vida mas saludable con beneficios en su salud.

4.2 Talleres que impartí durante mi Servicio Social

"Inteligencia emocional, asertividad y adherencia terapéutica"

Dirigido a personal médico, enfermeras y trabajadoras sociales de la Clínica 49 del IMSS.

Se llevó a cabo en la sala de enseñanza con los diferentes grupos de atención a la salud pública. Una sesión por turno (2 turnos) con Médicos y otra con Enfermeras y Trabajadoras sociales

Personal de salud: 120 participantes.

Escolaridad: licenciatura y médicos especialistas en medicina familiar.

Género: 40 hombres y 80 mujeres.

Edad: 25 a 50 años.

Objetivo del taller: Que los participantes analicen la capacidad de manejar inteligentemente las emociones, a través de la exposición de contenidos y técnicas grupales.

La finalidad del taller es, tener una comunicación asertiva con el paciente para propiciar un compromiso en el control de sus enfermedades a través de los diferentes tipos de terapia (farmacológica, psicológica, grupal, etc.).

"Liderazgo"

Dirigido a jefes de área de la Clínica 49 del IMSS.

Se llevó a cabo en la sala de juntas de la Dirección de la Clínica 49 del IMSS.

Participantes: 12

Género: 6 hombres y 6 mujeres.

Edad: 35 a 55 años

Escolaridad: Licenciatura y Maestría

Objetivo del taller: Que los participantes analicen la característica de liderazgo como capacidad para ejercer influencia sobre un grupo de personas.

La finalidad del taller es ejercer la influencia como líder, para perseguir la eficacia de sus respectivos grupos a través de las habilidades de dirección.

4.3 Taller tomado para la adquisición de conocimientos

"Taller de Atención consciente/plena (mindfulness) y Conciencia Corporal"

Impartido por la Dra. Gabina Villagrán Vázquez

En la Unidad de Seminarios "Dr. Ignacio Chávez", Jardín Botánico de la UNAM.

Objetivo: Promover en los participantes experiencias que favorezcan el desarrollo del autoconocimiento (conciencia reflexiva), de la autorregulación cognoscitiva- emocional y de la responsabilidad sobre sus procesos internos emergentes (sensaciones, emociones, pensamientos y creencias sobre sí mismos/as), con la finalidad de procurar el bienestar individual y grupal, mediante la práctica de la atención consciente/plena (mindfulness) y apoyados en las actividades de quietud-movimiento e individuales-grupales.

Periodo comprendido del 17 de agosto al 23 de noviembre de 2015, el día lunes de cada semana.

Este taller tuvo la finalidad de complementar mi formación profesional y apoyar las actividades grupales e individuales en el servicio social.

4.4 Asistencia al “II Congreso Prediabetes y Sociedad 2015”

“II Congreso Prediabetes y Sociedad 2015”

Fecha: 11 de noviembre de 2015.

Lugar: Auditorio 1 de la Unidad de Congresos del Centro Médico Nacional Siglo XXI del IMSS.

Objetivos del Congreso:

Contribuir con la comprensión del problema de la prediabetes en el personal de salud.

Colaborar a la educación de estilos de vida saludable en la población en general.

La finalidad es buscar la sensibilización de la población frente a la prediabetes a través de talleres de alimentación saludable, de actividad física, y pláticas sobre la atención social a la salud en el IMSS, y de la evolución de los estilos de vida en México.

5.- Objetivo del Servicio Social

El objetivo del servicio social es la práctica concreta con destinatarios concretos, esto es, promover conductas y hábitos saludables en los adultos mayores que les ayuden a prevenir, controlar y disminuir las complicaciones de las enfermedades crónico-degenerativas, así como:

- Potenciar sus habilidades individuales y colectivas.
- Fomentar el aprendizaje de nuevos saberes.
- Mantener su funcionalidad física y mental para favorecer su independencia.
- Incrementar y/o fortalecer sus círculos afectivo, familiar, social y cultural.
- Reforzar su autoestima.
- Rescatar el valor ancestral del anciano (liderazgo, dignidad, respeto).

De esta manera, se confrontan procesos formativos con la realidad social, así como, la retroalimentación entre el modelo de educación superior y las necesidades planteadas por el proceso de desarrollo social.

6.- Soporte Teórico Metodológico

“La esperanza de vida sana es una variable estadística relacionada, que estima el número equivalente de años de buena salud que una persona puede prever que vivirá teniendo en cuenta las tasas de mortalidad y la distribución de la prevalencia de los problemas de salud en la población en ese momento” (OMS)

El proceso de envejecimiento inicia con la concepción y termina con la muerte, con experiencias vivenciales que enriquecen a la persona y elevan su calidad humana, de manera que los adultos mayores pueden vivir dignamente su proceso de envejecimiento. En esta etapa que inicia a los 60 años (Quintanar O, 2011), cada persona experimenta diferentes cambios donde se ven disminuidas sus capacidades físicas y mentales.

El número de personas en el mundo con deterioro cognoscitivo en el año 2000 fue de 20 millones aproximadamente y esta cifra se duplicará cada 20 años hasta alcanzar los 81.1 millones en el 2040 (Ferri CP, 2005)⁵, esto es uno de los determinantes mayores para el desarrollo de dependencia y deterioro funcional en los adultos mayores que acortan la esperanza de vida⁶.

Por definición (Ross W, 2002)⁷, el deterioro cognitivo es un síndrome clínico caracterizado por la pérdida o deterioro de las funciones mentales en distintos dominios conductuales y neuropsicológicos, tales como memoria, orientación, cálculo, comprensión, juicio, lenguaje, reconocimiento visual, conducta y personalidad.

Por esta razón, es importante identificar a los individuos con deterioro cognitivo de manera oportuna y precisa, ya que las intervenciones que se realicen pueden prolongar la independencia funcional y conservar la calidad de vida.

⁵ Citado en Diagnóstico y Tratamiento en el Adulto Mayor en el Primer Nivel, IMSS.

⁶ Citado en Diagnóstico y Tratamiento en el Adulto Mayor en el Primer Nivel, IMSS.

⁷ Citado en Diagnóstico y Tratamiento en el Adulto Mayor en el Primer Nivel, IMSS.

La Valoración Integral geriátrica (Buendía,1994) es un Instrumento de evaluación multidimensional (biopsicosocial y funcional), que permite identificar y priorizar de manera oportuna problemas y necesidades del anciano con el fin de elaborar un plan de tratamiento y seguimiento oportuno, es una herramienta fundamental para la práctica clínica que le permite identificar en cualquier nivel de atención las necesidades del paciente.

La atención del adulto mayor requiere de una evaluación integral que merece un cúmulo de consideraciones especiales basadas en aspectos biológicos propios del organismo envejecido, las relacionadas con las actividades de la vida diaria y funcionalidad, y otras que se relacionan con las concepciones psicológicas de esta edad, inherentes a la personalidad y conducta propias de la persona, a su dinámica familiar y condiciones socioeconómicas individuales que influyen en las interacciones entre él y su entorno con el cual éste interactúa en forma constante. Por su condición de salud, ellos requieren de atención multidisciplinaria, con modelos de atención en salud más centrados en el “cuidar” que en el “curar”, deben estar orientados a mantener la salud, controlar factores de riesgo, promover la autonomía del adulto mayor, su independencia funcional y su inserción en la familia y la comunidad.

A pesar de contar con recursos humanos especializados en el área, éstos son insuficientes para atender las necesidades de este grupo poblacional. Por lo que es necesario elaborar una herramienta práctica que le permita al médico familiar y a otros profesionales de atención primaria identificar en forma práctica factores de riesgo, síndromes geriátricos y comorbilidad asociada, con el fin de otorgar intervenciones de manera oportuna e integral para mantener y recuperar la funcionalidad mental, emocional, física y social del adulto mayor.

Así, la valoración permite identificar a los adultos mayores con alto riesgo de declinación funcional, morbilidad, y mortalidad, para otorgar un plan de intervenciones no farmacológicas y una prescripción razonada, así como una referencia oportuna a grupos de activación física, recreativa, artístico-cultural y de capacitación.

El deterioro cognoscitivo es cualquier déficit de las funciones mentales superiores (lenguaje, razonamiento, cálculo, memoria, praxias, gnosias, etcétera). El más común es la pérdida de la memoria. Múltiples causas pueden ser las que provoquen este tipo de trastorno, es por ello que el deterioro cognoscitivo se cataloga como un síndrome geriátrico, el cual debe ser evaluado para detectar todos los componentes del mismo, y en su caso, hacer el diagnóstico de demencia⁸.

Para el diagnóstico de demencia, se recomienda aplicar un instrumento clínico para su identificación sistemática. El Mini Examen del Estado Mental (MMSE) Modificado, es útil como instrumento de detección. Puede ser utilizado en cualquier nivel de atención. Su aplicación lleva sólo 5 minutos por lo tanto, es práctico, tiene una sensibilidad 79-100% y una especificidad 46-100% para detectar deterioro cognitivo (Trigas-Ferrín, 2011). El resultado del MMSE se ajusta a la edad y escolaridad de los sujetos. Con una media para normalidad de 26 puntos para individuos con 5 a 8 años de escolaridad y de 22 para los que tienen de 0 a 4 años de escolaridad. En el paciente geriátrico que se sospeche deterioro cognitivo la prueba MMSE puede ser utilizada como prueba inicial. Con una puntuación menor a 24 puntos en la prueba MMSE se recomienda valoración por el especialista correspondiente, además de referir a los servicios de atención social a la salud para integrarlos a actividades de mantenimiento o mejoramiento de las funciones cognoscitivas en sesiones grupales e individuales en los diferentes talleres de estimulación mental.

La población adulta mayor se encuentra presente en todos los ámbitos territoriales del país, aunque con diferente peso relativo, situación que refleja la importancia y las diferencias espaciales del envejecimiento demográfico en el país (CONAPO).

⁸ Valoración Geronto-Geriátrica Integral en el adulto Mayor Ambulatorio. Guía de Referencia Rápida. División de Excelencia Clínica. Guía Práctica Clínica GPC. Catálogo maestro de guías de práctica clínica: IMSS-491-11

Un alto porcentaje de personas mayores afirman tener fallos en el recuerdo de nombres, números de teléfono, cosas que tiene que hacer, si han apagado el gas y otros eventos de la vida cotidiana (Buendía, 1994).

Las funciones cognitivas o intelectuales (Buendía, 1994), se expresan en un producto o estructura psicológica: la inteligencia. Esta puede ser entendida como la capacidad de adaptación al medio o como el conjunto de competencias que permiten resolver problemas contextualmente relevantes. Por supuesto, la inteligencia es también el producto interactivo entre factores biológicos y ambientales.

Así, por lo que se refiere a la inteligencia biológica (también llamada fluida), que aglutina aptitudes como la velocidad perceptiva, la fluidez verbal, el razonamiento o la aptitud espacial, ésta se desarrolla exponencialmente en las primeras etapas de la vida para declinar muy tempranamente, a partir de los 30 años. Sin embargo, la inteligencia cultural (también llamada inteligencia cristalizada), que abarca aptitudes de información, comprensión, vocabulario, etc., una vez alcanzada una cierta meseta, se mantiene constante o, incluso, puede ser incrementada hasta edades avanzadas de la vida (Buendía, 1994).

En este sentido, el ser humano es un organismo emocional en el que la inteligencia se entremezcla con el sentimiento y la pasión a la hora de comportarse inteligentemente. Los sentimientos y las emociones conforman la afectividad como importante ámbito psicológico. Así, la vejez conlleva una serie de situaciones conflictivas: la jubilación, la pérdida de seres queridos, la marcha de los hijos, con frecuencia la enfermedad crónica y un conjunto de polipatologías. En ocasiones discapacidad y dependencia y, desde luego, mayor proximidad a la muerte, y todo ello junto a otros eventos negativos que ocurren casi inevitablemente (Fernández Ballesteros, 1999). Es lógico pensar que todos esos eventos producirán en los individuos que los sufren reacciones afectivas negativas: depresión, soledad, malestar, en definitiva, sufrimiento.

En un estudio con ancianos de áreas rurales y urbanas en México Leticia Robles (2005), mostró que los ancianos consideran el cuidado como un evento

ineludible del envejecimiento, pero como un recurso social benéfico y deseable. También reconocen su dependencia y entran en la categoría de sujetos devaluados socialmente. Esta construcción social de asignar a la vejez el estatus de dependencia implica no sólo la definición de vejez como decrepitud, sino de valorizar al individuo que envejece como un sujeto desvalorado.

Por otro lado, el envejecimiento progresivo de la población y los cambios epidemiológicos recientes han traído como consecuencia el aumento del número de adultos mayores que sufre demencia.

Se sabe que una gran proporción de adultos mayores con demencia permanecen en sus casas, por tanto el equipo de atención primaria de salud, que tiene un rol significativo en el diagnóstico precoz de la enfermedad y en la derivación a la atención especializada cuando es necesario, es responsable también del apoyo y capacitación de la familia, particularmente del cuidador primario (Quintanar O, 2011).

Veamos el tipos de demencias de acuerdo a su origen (Trigas-Ferrín, 2011).

- Demencias degenerativas (enfermedad de Alzheimer*, enfermedad de Pick y otros).
- Demencias vasculares (infartos cerebrales).
- Demencias infecciosas (Jacob - Kreutzfeldt).
- Demencias traumáticas.
- Demencias tóxicas y metabólicas (alcohol - drogas).
- Demencias causadas por tumores cerebrales.

Criterios del DSM-IV para diagnóstico por Demencia:

Deterioro de la memoria (pérdida de la habilidad para aprender nueva información o recordar información previamente aprendida).

Una (o más) de las siguientes alteraciones cognitivas:

- Afasia (alteración del lenguaje)
- Apraxia (deterioro de la capacidad para llevar a cabo actividades motoras a pesar de que la función motora está intacta).

- Agnosia (falla o incapacidad para reconocer o identificar objetos, a pesar de que la función sensorial está intacta).
- Alteración de la capacidad de ejecución (Ej.: planificación, organización, secuenciación, abstracción).

Hoy en día, se ha generalizado el uso de escalas con el objetivo de conocer la situación basal del paciente, determinar el impacto de la enfermedad actual, transmitir información objetiva, poder monitorizar los cambios y en último término, establecer tratamientos específicos y valorar la respuesta a los mismos.

El objetivo de las escalas de valoración funcional es determinar la capacidad de una persona para realizar las actividades de la vida diaria de forma independiente. Las actividades de la vida diaria (AVD) se pueden dividir en básicas, instrumentales y avanzadas. Las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) miden los niveles funcionales más elementales (comer, usar el retrete, contener esfínteres) y los inmediatamente superiores (asearse, vestirse, andar) que constituyen las actividades esenciales para el autocuidado. Son actividades universales, se realizan en todas las latitudes y no están influidas ni por factores culturales ni por el sexo. Un aspecto importante es que su deterioro se produce de manera ordenada e inversa a su adquisición durante el desarrollo en la infancia (Trigas-Ferrín, 2011).

Dado que la psicología agrupa múltiples manifestaciones, no resulta aquí posible tratar con la necesaria extensión los cambios que en el conjunto de la actividad psíquica ocurren en la vejez. Tan solo fue posible realizar una breve intervención de aquello que sucede en las más importantes funciones psicológicas. Del mismo modo se dieron pláticas informativas a familiares para mejorar la calidad de vida del adulto mayor.

En este apartado del trabajo se aborda la realización de ejercicios/actividades destinados al mantenimiento y/o la recuperación de las habilidades para el desarrollo de las actividades básicas de la vida diaria, como son el aseo, el vestido, la alimentación, la movilidad, etc., con la finalidad de mejorar o, en su

defecto mantener, la autonomía de la persona mayor, aumentar su calidad de vida y potenciar su autoestima (Sáez Méndez, 1997).

La importancia de las técnicas de relajación para un estilo de vida saludable, no sólo es una de las técnicas más utilizadas en intervención psicológica, sino que incluso podemos aseverar que forma parte del acervo cultural propio de la Historia de la Humanidad. La mayor parte de técnicas de relajación estructuradas que se utilizan en la actualidad tanto en la práctica profesional como en la investigación científica se basan en dos técnicas desarrolladas a principios de este siglo: la relajación muscular progresiva (RMP) (Jacobson, 1938) y el entrenamiento autógeno (EA) (Schultz, 1931). Ambas se complementan, ya que se centran, respectivamente en dos de las principales funciones de la relajación: el descenso en el tono muscular, en lo que se refiere a la RMP y la sugestión y control mental del EA. Posteriormente han aparecido procedimientos estructurados realmente eficaces que reducen considerablemente la duración del entrenamiento y que en realidad se llevan a cabo en la actualidad (Bernstein y Borkovec, 1973; Lichstein, 1988, etc.)⁹.

*“Considera que tu paciente es un individuo capaz y completo, que puede hacer cosas difíciles sin que tú se las hagas por él, que puede encarar el dolor y eso no le va a partir, que puede tomar vías erróneas y aprender de sus propios errores. Respeta su capacidad de resiliencia, respeta su capacidad de autogestión del malestar, respeta su parte sana y adaptativa, sus recursos, asumir su autosoprote y su potencial humano”.*¹⁰

(Fritz Perls 1974)

Para una intervención con enfoque Gestalt (Martín, 2008), se hace hincapié en el Aquí y ahora, en el momento presente. Entendiendo que todo cuanto ocurre es en el ahora, puesto que el pasado ya no existe y el futuro aún no es.

⁹ Citado en “Técnicas para el control de la activación”

¹⁰ Citado en Peñarubia (1998).

El aquí (espacial) y el ahora (temporal) son conceptos básicos procedentes de la filosofía oriental. Para la terapia Gestalt significa a su vez maduración y crecimiento, para que el individuo se haga cargo de sí mismo mediante el autoapoyo. Atender a la experiencia tiene una profunda relación con el momento presente. La aceptación de la experiencia solo puede tener lugar tomando conciencia acerca de lo que se está viviendo.

Atención, para la terapia Gestalt significa atenderse así mismo, identificando las emociones y sentimientos que se producen en una determinada situación, de tal forma que no haya huida de lo que se experimenta.

Si existe un miedo, rabia, alegría o rechazo; en primer lugar lo importante es *darse cuenta* (otro concepto clave en terapia Gestalt), para que así pueda existir la aceptación de vivir aquello que está ocurriendo en ese preciso momento.

Cuando esto no ocurre se está reprimiendo algo, y esa emoción o sentimiento se quedan atascados, produciendo un gran malestar; llegándose a manifestar de forma psicósomática (afectación del cuerpo originado por un proceso psíquico).

La responsabilidad en terapia Gestalt es básica, se busca de forma constante que la persona que está en un proceso de desarrollo personal, primero se responsabilice de lo que hace y lo que siente, de lo que vive a través de su experiencia. De tal manera que no culpabilice a los demás o al entorno de lo que le ocurre a cada momento.

Una vez que el individuo es capaz de responsabilizarse de sí mismo, tomando conciencia. Es capaz, a su vez, de cambiar y tomar las riendas de su vida espontáneamente; potenciando todos los recursos con los que cuenta, para afrontar sus circunstancias.

Las interacciones que conducen a los ejercicios y experimentos son potencialmente infinitas. El uso de declaraciones y preguntas para enfocar la conciencia. Se hacen preguntas simples y directas como "¿Qué estás pensando?"

El cliente (Martín, 2008) puede ser instruido para comenzar una frase con "Ahora soy consciente de...". La conciencia puede ser mejorada a través del lenguaje verbal del cliente, ya que los patrones del habla son considerados como una expresión de los sentimientos, pensamientos y actitudes. Se puede pedir al

cliente, por ejemplo, que cambie sus preguntas por afirmaciones directas con el fin de asumir la responsabilidad de lo que dice. O pedirle que evite términos como “tal vez”, “quizá ” o “supongo” de sus patrones de lenguaje al objeto de cambiar declaraciones ambivalentes y débiles por las declaraciones más claras y directas.

La conciencia también se puede mejorar centrándose en el comportamiento no verbal, y esto puede incluir cualquier técnica que haga a las personas más conscientes de su funcionamiento corporal, o les ayude a ser conscientes de cómo pueden usar sus cuerpos para apoyar sus emociones.

El auto-diálogo es una intervención usada por los terapeutas de la Gestalt que permite al sujeto ponerse en contacto con sus propios sentimientos encontrados, ayudando así a integrar posibles conflictos internos. Ejemplos de algunos de estos conflictos son: el padre interior contra el niño interior, el lado responsable contra el impulsivo, el yo agresivo contra el yo pasivo, etc. Esta intervención suele hacerse mediante la llamada técnica de la silla vacía (Martín, 2008).

Esta técnica es una de las herramientas más originales de la Terapia de la Gestalt ya que permite contactar emocionalmente con una persona con la que se tiene un asunto pendiente o inconcluso, en este caso, la persona por la que se mantiene el duelo. Hablamos de duelos no resueltos que han marcado significativamente y alterado la vida del paciente. La finalidad de la técnica es contactar emocionalmente con la propia experiencia vivida para integrarla funcionalmente en la historia de vida de la persona.

Esta técnica persigue convertir el momento en un encuentro vivencial manteniendo un diálogo con la persona que ya no está. De esta forma la silla actúa como de pantalla, donde el paciente focaliza su atención y proyecta su percepción del acontecimiento. La persona encuentra la posibilidad de resignificar, sentir y responder de una forma más integral y saludable al acontecimiento.

Se usan dos sillas, al cliente se le pide que tome una función (por ejemplo, el padre interior) en una silla y luego represente el otro rol (por ejemplo, el niño interior) en la segunda silla. A medida que cambia los roles y el diálogo continúa, debe moverse entre las dos sillas (Martín, 2008).

La psicoterapia Gestalt es considerada por sus defensores por tener una mayor variedad de estilos y modalidades que otros sistemas terapéuticos siendo posible su aplicación de forma individual, en grupos, talleres, parejas, familias, y con niños, así como en contextos y lugares diferentes.

La Terapia Gestalt fue desarrollada por Fritz Perls, Laura Perls y Paul Goodman en los años 40, y es un tipo de terapia humanista, pues concibe al ser humano, sus metas y su abanico de necesidades y potencialidades. Por tanto, desde esta postura se entiende que la mente es una unidad autorreguladora y holística, y se basa en el principio básico de la Psicología de la Gestalt de que "el todo es más que la suma de las partes" (Martín, 2008).

La importancia de la Inteligencia Emocional es que se puede aprender, ejercitar, desarrollar y Goleman (1995), propone ideas y ejercicios prácticos muy útiles para acabar con las conductas violentas y negativas que son la causa principal de mucho de los graves males que afectan a la sociedad moderna.

Lo que Goleman propone es aprendizaje en acción, es decir, actuar, poner en práctica nuestra inteligencia emocional, movernos, no quedarnos estáticos a seguir hablando del tema, sino actuar y gracias a los resultados de nuestras acciones ya sean positivas o negativas, aprender a corregir errores y a desarrollar este tipo de inteligencia.

Daniel Goleman (1995), desarrolló un marco de cinco elementos que definen la inteligencia emocional:

- **Conciencia de uno mismo:** reconocer las emociones y efectos; conocer las fortalezas y debilidades; tener seguridad del valor que tienes y de tus capacidades.
- **Autorregulación:** autocontrol; mantener una línea de honestidad e integridad; asumir responsabilidades; ser flexible a la hora de gestionar los cambios; estar abierto a nuevas ideas.

- **Automotivación:** aspirar a mejorar o lograr un estándar de excelencia; asumir los objetivos de la organización; estar dispuesto a actuar cuando hay una oportunidad; optimismo y persistencia.
- **Conciencia social:** empatía; mostrar interés activo por las preocupaciones de los demás; anticipar, reconocer y satisfacer las necesidades de otras personas; desarrollar y fortalecer las habilidades de los otros; fomentar la diversidad; leer las corrientes emocionales del grupo y las relaciones de poder.
- **Habilidades sociales:** influencia, comunicación, liderazgo, catalizador del cambio, gestión de conflictos, creación e lazos, colaboración y cooperación y trabajo en equipo.

Entrenarse en el desarrollo de las aptitudes emocionales permite desarrollar la capacidad de manejar las emociones idóneas para cada acción y regular su manifestación, manteniendo el equilibrio emocional, desarrollando destrezas sociales, transmitiendo estados de ánimo para generar actitudes y respuestas positivas.

7.- Resultados obtenidos

7.1.1 Orientación grupal “Envejecimiento Activo” y “Yo Puedo”.

Durante los seis meses del servicio social, trabajé con los grupos de orientación “Yo puedo” y “Envejecimiento activo” de la siguiente manera:

Grupo de “Envejecimiento activo”

Cada mes se integra un grupo de 20 personas hombres y mujeres mayores de 60 años, jubilados o pensionados.

Cada sesión dura dos horas, durante tres días seguidos, para dar un total de seis horas por grupo.

El primer día, el médico da orientación sobre enfermedades y cuidados, la enfermera (o) sobre prevención de la salud, vacunas e higiene, la nutrióloga (o) les orienta sobre el plato del buen comer para una alimentación equilibrada, trabajo social hace el trabajo de logística para crear los grupos y dinámicas para integrarlos.

Mi intervención la hice con un trabajo previamente estructurado con la supervisión de el Jefe de Enseñanza de la UMF 49

Día 1. Manejo de emociones, a través del conocimiento e identificación de cada una de las seis emociones (Adquirido en el Taller de “Atención Plena”), ira o enojo, alegría, tristeza, miedo, asco y sorpresa.

Dinámica de grupo, compartir vivencias de alguna emoción. Se identifica la emoción dándole nombre, localizando la parte del cuerpo en donde se manifiesta y qué sensación tiene (hormigueo, expansión, o contracción de alguna parte del organismo, tensión, etc.). Llevarla a la parte cognitiva (pensamiento) y hacer el trabajo de dejar ir la emoción. Se utiliza la frase “Si puedo resolver el problema, no me preocupo y me ocupo; si no lo puedo resolver porque no me pertenece, lo dejo ir”. Con esta dinámica aprendieron a manejar sus emociones, se les dejó la tarea de identificar una emoción que prevaleciera durante el día, para trabajarla la siguiente sesión.

Día 2. Se trabajan sobre la tarea.

Se da información sobre la violencia y los derechos del adulto mayor de acuerdo al "Manual de envejecimiento activo" del IMSS.

Di técnicas de relajación (anexo 10.1.4) con el encuentro con su niño interior. Una vez que se encuentran en estado de relajación se les pide que pongan su mente en un punto de luz, luego, visualicen una puerta. Se les pregunta de qué color es la puerta. Se les pide que abran la puerta y se vean a sí mismos como niños, que corran por un campo verde y cuando se estén cansados, se recuesten sobre el árbol frondoso, le les pide identificar que emoción tienen en ese momento. Les pido que se den un abrazo y se digan alguna frase que les gustaría escuchar. Después pido que salgan por la misma puerta, que respiren profundo y lento 3 veces y que abran los ojos poco a poco para estar aquí y ahora. Al finalizar se pregunta "cómo se sintieron", las respuestas son positivas regularmente.

Día 3. Técnicas de relajación (anexo 10.1.4). Se hace la dinámica de "El Arbol", tomado del mismo manual del IMSS. Se les entrega el cuestionario "Entrenamiento cognitivo para prevenir el deterioro o envejecimiento cerebral" (anexo 10.1.2), cada participante lo resolvió, se leen algunos y se comentan. La "Guía para resolución de problemas a través de la inteligencia emocional" de Goleman, 1996 (anexo 10.1.5) se da a cada uno, lee y se comenta.

Al finalizar la sesión le di las siguientes indicaciones: si se trata de hablar con una persona con la que tengo una dificultad, aplicar las reglas de la comunicación asertiva, ya mencionadas. Poner en práctica la empatía. Si debemos tomar una decisión o acción, pensar en los pros y contras, evaluarlos comparativamente y asumir la responsabilidad, haciéndonos cargo de ello con las posibles consecuencias de nuestra decisión, es decir, asumiendo los probables riesgos.

Es a través de nuestra Inteligencia Emocional que solucionaron muchos de sus problemas psicológicos, emocionales, relacionales (familiares y sociales).

El objetivo fue la búsqueda de una vida mas tranquila, equilibrada y, por lo tanto, más saludable para la persona y su entorno.

Al finalizar las sesiones, los participantes agradecieron el apoyo psicológico y algunos solicitaron ayuda individual. La trabajadora social les comunicó que se dirigieran a ella para dar seguimiento administrativo.

Grupo "Yo Puedo"

Al igual que los grupos de envejecimiento activo, se siguen los mismos lineamientos, con las siguientes particularidades:

Los grupos se forman con personas de diferentes edades, con obesidad y/o enfermedades crónicas como diabetes y/o hipertensión arterial.

La relajación se centra en la conexión con las enfermedades que cada uno de los participantes padece.

La sesión del encuentro con el niño interior fue particularmente emotiva con estos grupos ya que las emociones y sentimientos florecieron dando una catarsis colectiva. Para cerrar esa puerta, se hizo trabajo del perdón y finalmente y una introspección de lo que estaban dispuestos a cambiar para mejorar su salud física y mental.

Se centra la atención en el "aquí y ahora" con la "Guía para resolución de problemas a través de la inteligencia emocional" de Goleman, 1996 (anexo 10.1.5).

Al finalizar las sesiones, los participantes agradecieron el apoyo psicológico y algunos solicitaron ayuda individual. La trabajadora social les comunicó que se dirigieran a ella para dar seguimiento administrativo.

7.1.2 terapia Individual

En la terapia individual, desarrollé actividades enfocadas a mejorar y mantener la capacidad de concentración y atención del adulto mayor a través de fichas que simulan el funcionamiento de la atención en el ámbito cotidiano, como buscar objetos en una habitación, localizar una calle en un mapa (Sardinero, s.f.).

Para las funciones ejecutivas (proceso intelectual relacionado con las facultades cognitivas de razonamiento, control atencional y tomas de decisiones), el proceso de estimulación fue con fichas para ordenar información o planificación de la propia conducta, como ordenar los pasos para comprar el pan o viajar en tren, entre otros(Sardinero, s.f.).

Para las funciones mentales que se pierden o deterioran con el envejecimiento y las demencias que éste suele llevar consigo, se desarrollaron ejercicios que estimulan los procesos cognitivos básicos de la persona (memoria, lenguaje, evocación, atención, orientación). En cada uno de los pacientes tratados para este fin, se vio reflejado el trabajo a través de las fichas (Sardinero, s.f.) mejorando su capacidad de atención y memoria.

Con la psicoterapia con enfoque Gestalt, el paciente aprende y desarrolla componentes de la Inteligencia Emocional para así poder aplicarlos en su vida cotidiana, y en aquellas situaciones difíciles o conflictivas que lo llevaron a consulta psicológica, sean problemas de relaciones familiares, laborales, síntomas de ansiedad, depresión, etc.

Las técnicas de relajación enfocadas individualmente, ayudaron a disminuir la ansiedad, depresión y facilitaron la adherencia terapéutica para mejorar la función de los medicamentos.

Estas actuaciones permitieron crear un ambiente agradable para la mejoría psicológica cada paciente, ayudando así a conocer las capacidades de las personas mayores y evitando centrarse en sus limitaciones, mejorando su capacidad de comunicación y de relación con los demás, y fomentando su creatividad (Fernández López, L. 2002).

7.1.3 Presentación de casos de intervención

Caso 1

María Luisa "Duelo por fallecimiento de su hijo". Junio, 2015.

Ficha de Identificación

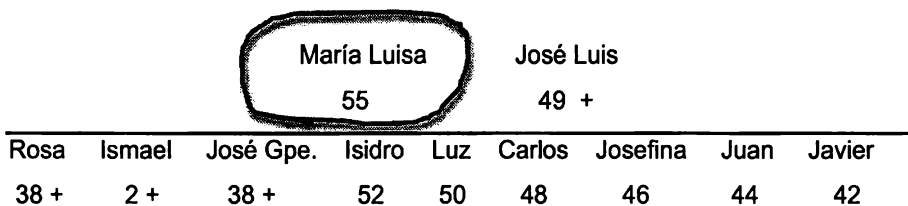
Nombre----- María Luisa M
Edad----- 73 años
Sexo----- Femenino
Grado de estudios----- Primaria
Estado Civil----- Viuda
Ocupación----- Ama de casa
Religión----- Católica

Motivo de consulta

María acude a consulta por un duelo no resuelto. Su hijo con el que ha vivido 38 años, fallece hace cuatro meses. La presión arterial se le elevó y no la pueden controlar a pesar de los medicamentos. Tiene sueño interrumpido y dice sentirse sin deseos de vivir.

Se dan 6 sesiones.

Familiograma



María de 73 años estuvo casada con José con el que procrearon 9 hijos. Su esposo murió hace 20 años, su hija Rosa muere a los 38 años un año después de su esposo, su hijo Ismael muere a los 3 años de edad y su hijo con el que vivía muere un mes antes de la primera consulta psicológica.

Antecedentes al motivo de consulta

María de 73 años estuvo casada con José, el cual murió hace 20 años. La paciente hace referencia que su primera hija, Rosa de 38 años murió de cáncer al siguiente año del fallecimiento de su esposo. Su segundo hijo murió a los dos años de edad. El tercero a la edad de 3 años le detectaron un tumor en el cerebro y los médicos le informaron que era inoperable y su esperanza de vida era de sólo unos meses. Su hijo sobrevivió 38 años dicho por María, gracias a los cuidados que le proporcionaba.

Comentó María que se hizo cargo de su hijo con discapacidad física (no caminaba) y mental (aprendió a decir algunas palabras), y eso la llevó a tener diferencias con sus demás hijos. Dice recibir reproches por dedicar mucho tiempo a José. Ella manifiesta su pesar por esa situación y se lamentó no haber podido atender a sus otros hijos.

Durante los años de vida de su hijo José, ella dice haberle enseñado a comer, decir algunas palabras como; baño para pedir que le cambiara el pañal, sopa para cuando tenía hambre, "meme" para cuando tenía sueño. Debido a la discapacidad física de su hijo, María lo cargaba para sentarlo en su silla de ruedas y para acostarlo en la cama que compartían desde la muerte de su esposo. María explica que se fue aislando de toda la familia, debido a la dedicación total hacia su hijo.

Hace mención que la relación con todos sus hijos mejoró con los años; es muy buena actualmente y la visitan a diario sus dos hijas que viven cerca de su domicilio.

Ella acude a sus citas médicas y le detectan Hipertensión Arterial (a un mes después del fallecimiento de su hijo), a pesar de que ha sido una persona con salud y presión arterial normal.

Cuatro meses después del deceso, manifiesta todavía sentirse triste y su sueño nocturno es interrumpido, tiene cansancio al despertar y llora constantemente.

Examen Mental

Apariencia y actitud

La edad cronológica de María, es de 73 años y físicamente corresponde con la que representa. En las sesiones se presenta vestida casual con vestido y suéter, zapato bajo. Su arreglo es cuidadoso, el pelo peinado y recogido o trenzado, sin maquillaje. Su vestimenta corresponde con su estatus socioeconómico que es clase media-baja. Su tono de voz es moderado, en ocasiones con llanto, su enunciación clara y comprensible. Su expresión facial algunas veces de tristeza, su postura corporal es encorvada y entrecruzando los dedos de las manos para mantenerlas juntas.

Actitud hacia el psicólogo durante la entrevista

En general la actitud es de respeto y amigable. Se muestra atenta y dispuesta a cooperar, manifiesta su disposición para aportar toda la información que sea necesaria.

Comprensión de su problemática y grado de incapacidad

Desde el inicio María se mostró consciente de su problemática y la necesidad de mejorar su vida. Durante las sesiones trató de entender las causas de su estado de salud y el duelo por la pérdida de su hijo.

Estado de conciencia

El estado de conciencia que presenta María es normal, utilizó la precepción, orientación y la introspección para darse cuenta del medio que la rodea y de sí misma. Está consciente de sus sentimientos, sensaciones y pensamientos. Pudo darse cuenta claramente de lo que ocurre a su alrededor y de su forma de reaccionar.

Atención

Durante las sesiones se observó que la atención espontánea se manifiesta en forma adecuada al estar atenta a cada recuerdo que menciona de algún punto específico. En cuanto a la atención voluntaria, fue adecuada, ya que al pedir que describiera o recordara algún detalle de ese momento, ella mantenía su atención dentro de la situación puntualizando minuciosamente el dato solicitado.

Orientación

Se observó María orientada en persona, sin problemas en ubicarme a mí, o a las personas con las que interactuó en las sesiones, o personas que están presentes en su convivencia diaria.

Ubicaba muy bien el lugar de donde venía y a donde iba, le fue muy fácil llegar al lugar desde la primera sesión.

En cuanto al tiempo, no presentaba ninguna confusión, de inmediato hacía referencia al día, mes y año.

Afectividad

El estado anímico de María generalmente es de tristeza, el tema principal de su conversación fue su soledad por la pérdida de su hijo. Dijo sentirse sola y sin ánimo de hacer nada. En cuanto a la relación con sus hijos, manifiesta estar arrepentida y triste por no convivir con ellos durante muchos años.

Su expresión facial en ocasiones es de tristeza y en otros momentos melancolía con brotes de alegría al recordar momentos con su hijo fallecido.

Sus movimientos gestuales se presentan en acorde con la expresión de sus emociones y sentimientos. Su manera de hablar y su lenguaje se tornan cortados al hablar de los decesos familiares.

Intervención

Se da intervención con manejo de emociones y técnica de "silla vacía" (anexo 10.1.3), de acuerdo a la Terapia Gestalt (Martín, 2008). La paciente es cooperativa y facilita su recuperación.

Esta técnica es una de las herramientas más originales de la Terapia de la Gestalt ya que permite contactar emocionalmente con una persona con la que se tiene un asunto pendiente o inconcluso, en este caso, la persona por la que se mantiene el duelo. Hablamos de duelos no resueltos que han marcado significativamente y alterado la vida del paciente. La finalidad de la técnica es contactar emocionalmente con la propia experiencia vivida para integrarla funcionalmente en la historia de vida de la persona (ver anexo 10.1.3).

Para finalizar, le explico que es normal sentirse triste o extraña los días siguientes a la experiencia.

A través de la técnica dialógica, María narra los momentos felices que pasó con su hijo José, la reconciliación con los otros hijos y la nueva manera de ver su vida actual.

Se aplican técnicas de relajación (anexo 10.1.4) y se da tarea para cada semana con el cuestionario "Entrenamiento cognitivo para prevenir el deterioro o envejecimiento cerebral"(anexo 10.1.2).

En la 6ª cita la paciente muestra vitalidad, alegría y deseos de hacer cosas nuevas.

Resultados

Se cierra el círculo del duelo, se normaliza su presión arterial (muestra su carnet con los valores de sus chequeos). La paciente dice dormir profundamente sin interrupciones.

La acompaña una de sus hijas para recibir el informe terapéutico y hace énfasis sobre en el cambio positivo que ha tenido la paciente.

Les proporcioné orientación sobre los cuidados del adulto mayor al familiar y paciente, a través de la “Guía de Promoción de la Salud en Adultos Mayores”¹¹

Se da de alta en atención psicológica, la paciente menciona que se va a vivir al Edo. de México. Ella tiene una casa en la misma unidad habitacional donde vive uno de sus hijos (a tres casas de la de ella)

Al término de la terapia individual, se le pidió a los pacientes que contestaran la “Célula de opinión de usuarios sobre el desempeño de la atención psicológica”, obteniendo resultados favorables.

¹¹ Promoción de la Salud IMSS
http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/salud/guias_salud/adultos_mayores/Guia_adultosmay_promocion.pdf

Caso 2

Gracia "Valoración psicológica". Junio 2015.

Ficha de Identificación

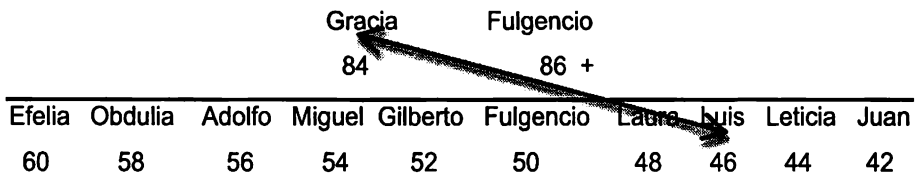
Nombre----- Gracia G
Edad----- 84 años
Sexo----- Femenino
Grado de estudios----- Primaria
Estado Civil----- Viuda
Ocupación----- Ama de casa
Religión----- Católica

Motivo de consulta

Gracia acude a valoración psicológica por recomendación de su hija.

Se dan 5 sesiones.

Familiograma



Gracia se casó con Fulgencio y procrearon 10 hijos, todos viven. Su esposo murió hace cuatro años. Gracia de 84 años vive actualmente con su hijo Luis de 46 años. Su relación es armoniosa y ella dice sentirse feliz

Antecedentes al motivo de consulta

Gracia de 84 años dice haber estado casada con Fulgencio durante 56 años y nacieron 10 hijos, los cuales viven aparte cada uno haciendo su vida. Su esposo murió hace 4 años. La paciente hace referencia que su hijo Luis de 46 años, regresó de Estados Unidos a la muerte de su esposo cuando ella quedó sola y actualmente vive con ella.

Su hijo es soltero y trabaja en un negocio propio. Su hija Laura de 48 años es casada y vive cerca de su casa, ella y sus dos hijos la visitan a diario y comen con ella.

Gracia comenta que su hija está preocupada por la soledad en la que vive, ya que su hijo Luis trabaja todo el día.

Gracia vive de la pensión que le dejó su esposo y con la ayuda económica que le proporcionan sus hijos. Dice no tener problemas económicos. Le gusta hacer costura de punto de cruz, cuidar sus plantas y salir a caminar.

A sus 84 años comenta Gracia, hace sus actividades domésticas sin problemas pero a su hija Laura le preocupa ésta situación.

Examen Mental

Apariencia y actitud

La edad cronológica de Gracia, es de 84 años y físicamente corresponde con la que representa. En las sesiones se presenta vestida casual con vestido y suéter, zapato bajo. Su arreglo es cuidadoso, el pelo peinado, sin maquillaje y adecuadas condiciones de higiene. Su vestimenta corresponde con su estatus socioeconómico que es clase media. Su tono de voz es moderado, su enunciación clara y comprensible. El acento de volumen adecuado. Su expresión facial es de serenidad, su postura corporal erguida y relajada.

Actitud hacia el psicólogo durante la entrevista

En general la actitud es de respeto y amigable. Se muestra atenta y dispuesta a cooperar, manifiesta su disposición para aportar toda la información que sea necesaria.

Comprensión de su problemática y grado de incapacidad

Desde el inicio Gracia se mostró consciente de la preocupación de su hija Laura por su estado de salud mental. Durante las sesiones trató de entender las causas de dicha preocupación y su capacidad para resolver su vida.

Estado de conciencia

El estado de conciencia que presenta Gracia es normal, utilizó la precepción, orientación y la introspección para darse cuenta del medio que la rodea y de sí misma. Está consciente de sus sentimientos, sensaciones y pensamientos. Pudo darse cuenta claramente de lo que ocurre a su alrededor y de su forma de reaccionar.

Atención

Durante las sesiones se observó que la atención espontánea se manifiesta en forma adecuada al estar atenta a cada recuerdo que menciona de algún punto

específico. En cuanto a la atención voluntaria, fue adecuada, ya que al pedir que describiera o recordara algún detalle de ése momento, ella mantenía su atención dentro de la situación puntualizando minuciosamente el dato solicitado.

Orientación

Se observó Gracia orientada en persona, sin problemas en ubicarme a mí, o a las personas con las que interactuó en las sesiones, o personas que están presentes en su convivencia diaria.

Ubicaba muy bien el lugar de donde venía y a donde iba, le fue muy fácil llegar al lugar desde la primera sesión.

En cuanto al tiempo, no presentaba ninguna confusión, de inmediato hacía referencia al día, mes y año.

Afectividad

El estado anímico de Gracia generalmente es de alegría, el tema principal de su conversación fue sus habilidades en manualidades. Dijo sentirse feliz con ánimo de aprender cosas nuevas. En cuanto a la relación con sus hijos, manifiesta estar agradecida con Dios por la dicha de tener a todos sus hijos con vida y tener comunicación afectiva con ellos.

Su expresión facial es de felicidad. Sus movimientos gestuales se presentan en acorde con la expresión de sus emociones y sentimientos. Su manera de hablar y su lenguaje se toman firmes al hablar de su familia.

Intervención

Se aplica el Test *Mini Examen del Estado Mental (MMSE, Folstein) Modificado* (ver anexo 10.1.1).

Resultados

La paciente presenta adecuada capacidad cognitiva con una puntuación de 27, lo que indica de acuerdo al DSM5 como normal.

La acompaña una de sus hijas para recibir el informe terapéutico y hace énfasis en el estado positivo de la paciente.

Les proporcioné orientación sobre los cuidados del adulto mayor al familiar y paciente. Se agregó al grupo de orientación "Envejecimiento Activo" como alternativa a sus tareas diarias.

Se da de alta en atención psicológica, la paciente agradece la atención brindada.

Al término de la terapia individual, se le pidió a los pacientes que contestaran la "Célula de opinión de usuarios sobre el desempeño de la atención psicológica", obteniendo resultados favorables.

Caso 3

Ignacio "Duelo por fallecimiento de su esposa". Junio, 2015.

Ficha de Identificación

Nombre----- Ignacio Ricardo B.

Edad----- 69 años

Sexo----- Masculino

Grado de estudios----- Preparatoria

Estado Civil----- Viudo

Ocupación----- Pensionado

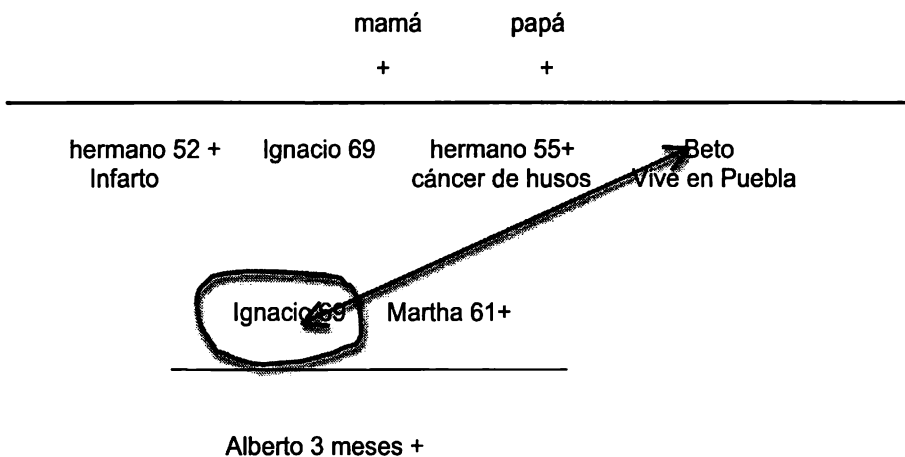
Religión----- Católica

Motivo de consulta

Ignacio acude a consulta psicológica por duelo. Tres meses antes de la primera consulta, murió su esposa y queda solo. No tiene hijos y su único hermano vive en Puebla. Dice sentirse solo y triste. No puede conciliar el sueño y quiere recuperarse para vivir plenamente.

Se dan 8 sesiones. Se interrumpe el tratamiento por una operación de cataratas.

Familiograma



Ignacio se casó con Martha y procreó un hijo el cual murió a los tres meses de nacido. Viene de una familia de cuatro hermanos y sólo le sobrevive un hermano soltero y sin hijos. Sus padres murieron hace más de 15 años y no recuerda la causa.

Antecedentes al motivo de consulta

Ignacio recuerda que vivía en Puebla, con sus padres, le gustaba jugar baseball y fueron campeones en la primaria. Terminó su preparatoria con carrera de Contador Privado. A los 26 años se fue a la ciudad de México con una media hermana de su mamá. Ahí vivió varios años y trabajó en oficinas de una Tienda llamada Sumarca. Conoció a su esposa en una fiesta y pronto se casaron por el civil cuando cumplió sus 36 años y ella 28, afirma. Ella trabajó 8 años limpiando oficinas. Nació su único hijo cuando tenía 40 años y su esposa 32. A los 3 meses murió por problemas respiratorios.

No pudieron tener más hijos (no supo porqué). Su esposa fallece hace tres meses y todavía no entiende por qué. Ignacio menciona que su esposa salió a la calle y se desvaneció. Se la llevaron en una ambulancia y determinaron muerte por paro respiratorio. Ahora le preocupa que lo tienen que operar de los ojos, menciona que la vecina amablemente le hace la comida, pero se siente desprotegido y solo. Comenta que su esposa le resolvía todo y él dice no saber hacer nada.

El paciente expresa querer vivir plenamente y aceptar la pérdida de su esposa, ya no desea tener pesadez y soledad. Pretende aceptar la propuesta de su hermano que vive en Puebla, él es viudo, no tiene hijos y se acompañarían en su vejez.

Examen Mental

Apariencia y actitud

La edad cronológica de Ignacio, es de 69 años y físicamente no corresponde con la que representa, representa mayor edad. En las sesiones se presenta vestido formal con traje, camisa y corbata, zapato choclo lustrado. Su arreglo es cuidadoso, el pelo peinado, perfumado y adecuadas condiciones de higiene. Su vestimenta corresponde con su estatus socioeconómico que es clase media. Su tono de voz es moderado, su enunciación clara y comprensible. El acento de volumen adecuado. Su expresión facial es de pesimismo, su postura corporal encorvada y relajada.

Actitud hacia el psicólogo durante la entrevista

En general la actitud es de respeto y amigable. Se muestra atento y dispuesto a cooperar, manifiesta su disposición para aportar toda la información que sea necesaria.

Comprensión de su problemática y grado de incapacidad

Ignacio acude a consulta por un duelo no resuelto. Su esposa con la que ha vivido 33 años, fallece hace tres meses. Tiene sueño interrumpido y dice sentirse con ansiedad con los medicamentos prescritos por el médico. Durante las sesiones trató de entender su estado de salud y la relación con la muerte de su esposa.

Estado de conciencia

El estado de conciencia que presenta Ignacio es normal, utilizó la precepción, orientación y la introspección para darse cuenta del medio que lo rodea y de sí mismo. Está consciente de sus sentimientos, sensaciones y pensamientos. Pudo darse cuenta claramente de lo que ocurre a su alrededor y de su forma de reaccionar.

Atención

Durante las sesiones se observó que la atención espontánea se manifiesta en forma adecuada al estar atento a cada recuerdo que menciona de algún punto específico. En cuanto a la atención voluntaria, no fue adecuada, ya que al pedir que describiera o recordara algún detalle de ese momento, el mantenía su atención dentro de la situación pero no podía mencionar el dato solicitado, como el solicitarle el nombre de su médico familiar y responder con una pregunta sobre otro tema.

Orientación

Se observó Ignacio orientado en persona, sin problemas en ubicarme a mí, o a las personas con las que interactuó en las sesiones, o personas que están presentes en su convivencia diaria.

Ubicaba muy bien el lugar de donde venía y a donde iba, le fue muy fácil llegar al lugar desde la primera sesión.

En cuanto al tiempo, no presentaba ninguna confusión, de inmediato hacía referencia al día, mes y año.

Afectividad

El estado anímico de Ignacio generalmente es de tristeza, el tema principal de su conversación fue su necesidad de superar el duelo. Dijo sentirse con ánimo de aprender cosas nuevas. En cuanto a la relación con su hermano, manifiesta estar agradecido con la vida por tener comunicación afectiva con él.

Su expresión facial en ocasiones es de tristeza y en otros momentos melancolía con brotes de alegría al recordar momentos vividos con su esposa.

Sus movimientos gestuales se presentan en acorde con la expresión de sus emociones y sentimientos. Su manera de hablar y su lenguaje se tornan cortados al hablar de los decesos familiares.

Intervención

Se da intervención con manejo de emociones y técnica de "silla vacía" (ver anexo 10.1.3), de acuerdo a la Terapia Gestalt (Martín, 2008).

Se le explica al paciente que, además del duelo normal que se sufre cuando algún ser querido nos abandona, tenemos una sensación desagradable al no haber concluido el asunto pendiente que pudiera existir entre ambos.

El paciente es cooperativo y facilita su recuperación.

Se aplica el Test *Mini Examen del Estado Mental (MMSE, Folstein) Modificado* (ver anexo 10.1.1).

Resultados

El paciente sufre disminución severa de la agudeza visual y, por lo tanto, no puede responder a los ítems de nominación (2), lectura (1), escritura (1) y dibujo (1), con lo que sólo podrá conseguir un máximo de 25 puntos. Si obtiene una puntuación final de 21, se realizará la corrección pertinente: $21 \times 30 / 25 = 25,2$, y después se redondeará al entero más próximo, resultando la puntuación total corregida en 25 puntos, que se deberá interpretar como una puntuación normal sobre 30.

Nota: El paciente ya no se presentó a las sesiones, dos meses después fue al consultorio para notificar que lo operaron de los ojos y no pudo seguir asistiendo. Queda inconclusa la intervención

Caso 4

Odilón "Depresión por secuela de accidente". Junio, 2015.

Ficha de Identificación

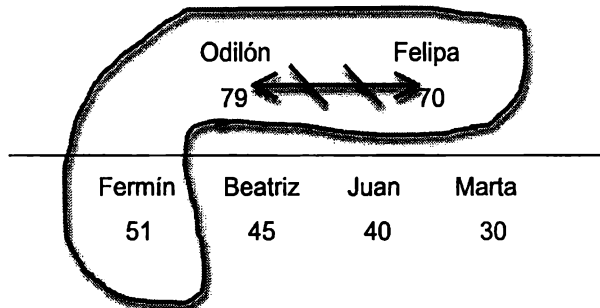
Nombre----- Odilón Juárez Calva
Edad----- 79 años
Sexo----- Masculino
Grado de estudios----- 3º primaria
Estado Civil----- Casado
Ocupación----- Pensionado
Religión----- Católica

Motivo de consulta

Odilón se presenta a terapia psicológica por prescripción médica. El diagnóstico fue Depresión por secuelas de accidente.

Se dan 20 sesiones.

Familiograma



Odilón se casó con Felipa y procrearon 4 hijos, actualmente vive Fermín con ellos y los tres hijo viven cada uno independiente. Odilón tiene fricciones con su esposa desde su jubilación hace 15 años.

Antecedentes al motivo de consulta

Odilón es originario del estado de Hidalgo, recuerda una infancia feliz y en la adolescencia le gustaba ir a fiestas a bailar. A los 15 años se mudó a la ciudad de México a la casa de una hermana, para trabajar, dice haber estudiado hasta 3º de primaria en ese tiempo. Duró 3 años y se regresó a su pueblo con una media hermana de su mamá y allí vivió 3 años trabajando en el campo. Luego se regresó a la ciudad de México y se empleó en un restaurante Vips como mozo maquinista. A los 27 años se casó con Felipa de 19 años. Procrearon a sus cuatro hijos en una casa que compró con las prestaciones de su trabajo. Su hijo Fermín de 51 años estudió la preparatoria, es soltero, trabaja en una Empresa y vive con ellos. Beatriz de 45 es Médico, casada, tiene tres hijos y vive en Cuernavaca; los visita cada mes. Juan de 40 años estudió la secundaria, tiene un taller mecánico, es casado, tiene dos hijos y vive cerca de su casa. Martha de 30 años es estilista, tiene su propio negocio, es soltera y vive cerca de su casa.

Odilón comenta que a partir de su jubilación, la relación con su esposa es tensa y en ocasiones se ha sentido agredido. Cuando ha tratado de ayudar con algunos quehaceres domésticos como barrer, limpiar el piso o ayudar a preparar la cocina, su esposa le ha dicho que “se quite, que no hace bien las cosas o que le estorba”. Ante esta situación el paciente dice sentirse como un objeto que no sirve para nada.

Odilón narró que en noviembre de 2014, tuvo un accidente; lo arrolló un automóvil cuando cruzaba la calle. Recuerda que lo llevaron a su casa en una patrulla y de ahí al hospital en una ambulancia. Estuvo tres días en urgencias y tres días en recuperación. Le diagnosticaron fractura de cráneo, estuvo bajo tratamiento médico en Especialidades con un Neurólogo, durante un año y le indicaron que a los seis meses pidiera cita para revaloración.

Comenta que tres semanas antes de la primera consulta psicológica, empezó con problemas de equilibrio y lo canalizaron con el Otorrinolaringólogo, le recetó medicamento y lo remitió a la clínica familiar y su médico lo envía a Psicología por depresión.

Uno de los motivos de preocupación que dice tener Odilón es por la situación que está atravesando su cuñado, hermano de su esposa. Explica que su cuñado tuvo un evento cerebrovascular que lo llevó a estar hospitalizado desde hace seis meses; “es como un bebe” comenta. Tuvo que aprender desde lo básico, como el nombre de las cosas y para que sirven. Actualmente ya habla. Esta situación lo entristece y atemoriza. Odilón dice que le da miedo que a él le pase lo mismo, que ha sido una larga tarea para la recuperación de su cuñado.

Examen Mental

Apariencia y actitud

La edad cronológica de Odilón, es de 79 años y físicamente corresponde con la que representa. En las sesiones se presenta vestido informal con ropa deportiva y tenis. Su arreglo es descuidado, el pelo desaliñado. Su vestimenta corresponde con su estatus socioeconómico que es clase media baja. Su tono de voz es moderado, su enunciación entrecortada y en ocasiones poco comprensible. El acento de volúmenes bajo. Su expresión facial es de pesimismo, su postura corporal encorvada y relajada, su caminar es pausado y lento.

Actitud hacia el psicólogo durante la entrevista

En general la actitud es de respeto y amigable. Se muestra atento y dispuesto a cooperar, manifiesta su disposición para aportar toda la información que sea necesaria.

Comprensión de su problemática y grado de incapacidad

Desde el inicio de las sesiones, Odilón se mostró consciente de su problemática y de las consecuencias de la misma. Durante las sesiones trató de entender las causas de su problemática con su esposa y sus temores por la enfermedad de su cuñado.

Estado de conciencia

El estado de conciencia que presenta Odilón es normal, utilizó la precepción, orientación y la introspección para darse cuenta del medio que lo rodea y de sí mismo. Está consciente de sus sentimientos, sensaciones y pensamientos. Pudo darse cuenta claramente de lo que ocurre a su alrededor y de su forma de reaccionar.

Atención

Durante las sesiones se observó que la atención espontánea se manifiesta en forma adecuada al estar atento a cada recuerdo que menciona de algún punto específico. En cuanto a su atención voluntaria, fue adecuada, ya que al pedir que describiera o recordara algún detalle de ése momento, el mantenía su atención dentro de la situación puntualizando minuciosamente el dato solicitado.

Orientación

Se observó Odilón orientado en persona, sin problemas en ubicarme a mí, o a las personas con las que interactuó en las sesiones, o personas que están presentes en su convivencia diaria. Ubicaba muy bien el lugar de donde venía y a donde iba, le fue muy fácil llegar al lugar desde la primera sesión.

En cuanto al tiempo, no presentaba ninguna confusión, de inmediato hacía referencia al día, mes y año.

Afectividad

El estado anímico de Odilón generalmente es de tristeza, el tema principal de su conversación fue su temor por caer en el mismo estado de enfermedad de su cuñado. Dijo sentirse con ánimo de aprender cosas nuevas. En cuanto a la relación con su esposa, manifiesta estar triste por no saber como mejorar su matrimonio. Su expresión facial en ocasiones es de tristeza y en otros momentos melancolía. Sus movimientos gestuales se presentan en acorde con la expresión de sus emociones y sentimientos. Su manera de hablar y su lenguaje se tornan cortados al hablar de los problemas de salud de su cuñado.

Intervención

Se aplica el Test *Mini Examen del Estado Mental (MMSE, Folstein) Modificado* (ver anexo 10.1.1).

Con la técnica dialógica Gestalt, se manejan las emociones, poniendo énfasis en los temores. Se utiliza la técnica de “la silla vacía” (anexo 10.1.3) para manejar el enojo hacia su esposa. Se le explica que la relación con su esposa puede mejorar a través de la comunicación y la empatía.

Se le pide a Odilón que acuda con su esposa para dar orientación sobre los cuidados del adulto mayor. La esposa acude y es cooperativa, expone su situación respecto al conflicto con su esposo y cómo se siente invadida en su espacio a partir de la jubilación de Odilón. Se da información sobre el estado mental de su esposo compartiendo su sentir emocional y la necesidad ser útil. Se le sugiere a la esposa, que comparta algunas tareas las cuales pueda hacer su esposo.

Se trabajó la relación con su cuñado (evento cerebral) y cómo le afecta. Su temor a que le suceda un evento a Odilón.

Una preocupación del paciente se refería a que constantemente olvidaba “cosas”, como, en dónde dejó las llaves, qué tarea le pidió su esposa que él hiciera o entrar a una habitación y no saber a qué fue.

La tarea en cada sesión es resolver en casa el cuestionario “Entrenamiento cognitivo para prevenir el deterioro o envejecimiento cerebral” (anexo 10.1.2). y entregarlo a la siguiente cita.

Se lleva a cabo su integración a I grupo de “envejecimiento activo” y al grupo de “actividad física”, para mejorar su estado físico y emocional.

Se enseña técnicas de relajación (anexo 10.1.4) para combatir la depresión.

Trabajé con la “Guía para resolución de problemas a través de la inteligencia emocional” (anexo 10.1.5), para el manejo de sus emociones.

Al término de la terapia se aplicó nuevamente el Test *Mini Examen del Estado Mental (MMSE, Folstein) Modificado* (anexo 10.1.1).

Resultados

Odilón recupera su autoestima al ver reflejado el trabajo de las tareas de entrenamiento cognitivo, en la mejora de su memoria; la comunicación con su esposa a través de la inteligencia emocional y la baja de peso con el grupo de "activación física".

Se incorporó a un programa de natación en las instalaciones del IMSS, al cual acude tres veces a la semana, mejorando su salud física y emocional.

La depresión controlada con medicamentos y terapias de relajación se refleja en un estado de ánimo alegre y sociable. Su percepción de sí mismo cambió de sentirse un "bulto" a la de una persona activa y con deseos de hacer cosas nuevas.

La fijación hacia el estado de salud de su cuñado ha cambiado, ahora lo ve como una oportunidad para aprender, Odilón hace los ejercicios cognitivos que le asignan a su cuñado.

Lleva consigo un gafete de identificación y un teléfono celular por el cual lo monitorean constantemente sus familiares ya que el paciente ha decidido valerse por sí mismo, esto, le proporciona seguridad y automotivación para sus actividades.

Se hace responsable de su persona y vive el aquí y ahora con optimismo.

El resultado de la primera aplicación del Test *Mini Examen del Estado Mental (MMSE, Folstein) Modificado* (anexo 10.1.1), dado que su instrucción académica es de tres años y estaba afectado por una depresión; la prueba con 20 puntos está limitada. En la segunda prueba se vio reflejado el trabajo terapéutico, y entrenamiento cognitivo, dando como resultado 27 puntos. Se elabora la solicitud de interconsulta (anexo 10.4) para su seguimiento neurológico.

Se da de alta al paciente en atención psicológica y agradece la atención brindada. Se le pidió que contestara la "Célula de opinión de usuarios sobre el desempeño de la atención psicológica", obteniendo resultados favorables.

Caso 5

María "Violencia familiar". Julio, 2015.

Ficha de Identificación

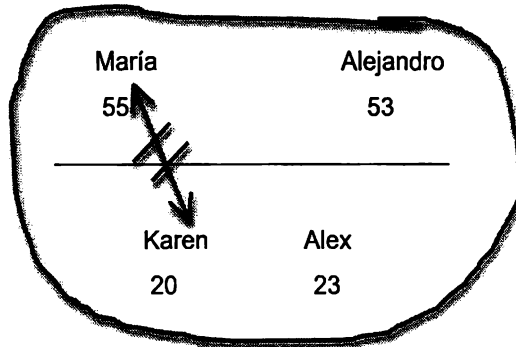
Nombre----- María Expectación Zúñiga
Edad----- 55 años
Sexo----- Femenino
Grado de estudios----- Licenciatura en Administración Industrial
Estado Civil----- Casada
Ocupación----- Hogar
Religión----- Católica

Motivo de consulta

María tiene constantes enfrentamientos verbales con su hija menor Karen, debido a la actitud rebelde que ésta manifiesta.

María solicita ayuda terapéutica para dar claridad a su sentido de vida y mejorar la relación con su hija Karen.

Familiograma



María de 55 años está casada con Alejandro de 53 años y procrearon dos hijas, Alex de 23 años y Karen de 20 años.

Antecedentes al motivo de consulta

Por decisión propia, comenta María, dejó de trabajar profesionalmente desde hace 23 años, cuando nació su primera hija, para dedicarse a su crianza.

Durante la etapa escolar de su hija (primaria y secundaria), María en su tiempo libre, se formó como instructora de yoga y por algún tiempo dio clases de esta disciplina.

Hace 3 años explica, a partir del ingreso a la universidad de su hija mayor y último grado de preparatoria de Karen, la vida le cambió, debido a que su esposo le dejó el auto para el traslado de sus hijas a la escuela. Esto provocó que ella dejara sus actividades deportivas y ya no podía ver a sus amigas, ya que la hija mayor estaba en el turno vespertino y la menor en el matutino. Dice que pasaba mucho tiempo en el transporte, lo que le provocaba mucho cansancio, perdiendo el deseo de hacer sus deberes domésticos.

Por otro lado, la mala relación con su hija Karen, señala María que tiene su origen en, no "haberle cumplido" a su esposo dándole un varón, lo que al parecer dice, repercutió en su rechazo hacia Karen. Por ejemplo, señala que al amamantarla recién nacida, sentía dolor, y María lo interpretaba como si su hija la rechazara.

Enfatizó que ahora se da cuenta de su desacierto. María menciona, ha tenido actitudes agresivas, como gritarle o azotar las puertas, en la primera etapa escolar de Karen, la golpeaba por no hacer las letras correctamente, la maltrataba al compararla con sus compañeros.

En la actualidad, la paciente dice vigilar a su hija Karen de manera exagerada, la lleva y trae de la escuela, todo el tiempo la monitorea con llamadas al teléfono celular para saber en donde está, qué hace y con quién está.

La falta de un proyecto de vida de María, la hace permanecer tanto tiempo en casa que puede volverse un tanto controladora ante la reacción de la hija, a la que califica de rebeldía

Al paso de los años Karen ha aprendido a responderle a su madre también de manera violenta, lo que ha dificultado la comunicación entre ellas, enfatiza María.

Hace dos años revela María, entró en el periodo de Menopausia, durante ese tiempo acude al Ginecólogo para aminorar los síntomas, ya que le provocaba dolor las relaciones sexuales. La paciente decide no llevar a cabo el tratamiento debido a su temor de adquirir problemas de circulación, este hecho agudizó el dolor que le provocaba tener relaciones sexuales lo que ocasionó el distanciamiento con su pareja. Actualmente María busca ayuda ginecológica para poder tener plenitud en la relación íntima con su esposo, debido a que su relación afectiva y el contacto de pareja es casi nulo.

Por su parte, manifiesta María que su esposo cumple como proveedor dejándole la responsabilidad de la educación de sus hijas. Este acuerdo no dicho lo ha aceptado la paciente y dice no haber tenido diferencias en su relación de pareja por este hecho.

Cabe mencionar que la relación entre el padre y la hija mayor es buena, pero hay mayor preferencia con Karen, lo que provoca celos en María.

La paciente describe a su esposo como una persona congruente, apacible y sensata. Ante el distanciamiento que ella dice provocar, él le da su espacio y no cuestiona su actitud.

Examen Mental

Apariencia y actitud

La edad cronológica de María, es de 55 años y físicamente corresponde con la que representa. En las sesiones se presenta vestida con ropa deportiva; pants, playera y tenis . Su arreglo es despreocupado, el pelo desaliñado, sin gota de maquillaje, usa lentes de aumento que limpia constantemente. Su vestimenta corresponde con su estatus socioeconómico que es clase media. Su tono de voz es moderado, en ocasiones alterado, su enunciación clara y comprensible. Su expresión facial algunas veces es de enojo, de tristeza o de pesimismo, su postura corporal es encorvada y se toca frecuentemente la cara con las manos.

Actitud hacia el psicólogo durante la entrevista

En general, la actitud es de respeto y amigable. Se muestra atenta y dispuesta a cooperar, manifiesta su disposición para aportar toda la información que sea necesaria.

Comprensión de su problemática y grado de incapacidad

Desde el inicio de las sesiones, María se mostró consciente de su problemática y de las consecuencias de la misma. Durante las sesiones trató de entender las causas de su problemática con su hija y cómo se derivó su conflicto personal, en un problema Madre-Hija.

Su discurso sincrético (dios, los astros, zodiaco), dificultó que la intervención favoreciera un cambio en su percepción respecto a la solución de sus problemas. Justificaba que "la actitud de su hija de debía a su signo del zodiaco". Aunque hay confusión en María, durante las sesiones trató de entender su conflicto personal.

Estado de conciencia

El estado de conciencia que presenta María es normal, utiliza la percepción, orientación y la introspección para darse cuenta del medio que la rodea y de sí misma. Está consciente de sus sentimientos, sensaciones y pensamientos. Puede

darse cuenta claramente de lo que ocurre a su alrededor y de su forma de reaccionar.

Atención

Durante las sesiones se observó que la atención espontánea se manifiesta en forma adecuada al estar atenta a cada recuerdo que menciona de algún punto específico. En cuanto a su atención voluntaria, fue adecuada, ya que al pedir que describiera o recordara algún detalle de ése momento, ella mantenía su atención dentro de la situación puntualizando minuciosamente el dato solicitado.

Orientación

Se observó María orientada en persona, sin problemas en ubicarme a mí, ni a las personas con las que interactuó en las sesiones, o personas que están presentes en su convivencia diaria.

Ubicaba muy bien el lugar de donde venía y a donde iba, le fue muy fácil llegar al lugar desde la primera sesión.

En cuanto al tiempo, no presentaba ninguna confusión, de inmediato hacía referencia al día, mes y año. Mencionó periodos precisos referentes a situaciones del pasado.

Afectividad

El estado anímico de María generalmente es de desánimo, el tema principal de su conversación es su sentido de vida, dice sentirse “deprimida” por no tener un trabajo remunerado. En cuanto a la relación con su hija Karen, manifiesta estar arrepentida y triste por haberla golpeado cuando ésta era pequeña.

Señala que no tiene amigas y además no tener tiempo para convivir “como antes” con sus alumnas de Yoga. Su expresión facial en ocasiones es de enojo y en otros momentos pesimista. Sus movimientos gestuales se presentan en acorde con la expresión de sus emociones y sentimientos. Su manera de hablar y su lenguaje se tornan acelerados al hablar de su hija menor. Su conducta en general tiende más a una actitud negativa.

Intervención

La conducta violenta de María, entendida como el uso de la fuerza ejercida en su hija; para la resolución de conflictos interpersonales, se hace posible en un contexto de desequilibrio de poder a través de la técnica de la "silla vacía".

En el ámbito de las relaciones interpersonales, la conducta violenta de María es sinónimo de abuso de poder, en tanto y en cuanto el poder es utilizado para ocasionar daño a su hija. Es por eso que un vínculo caracterizado por el ejercicio de la violencia de una persona hacia otra, se denomina relación de abuso. La relación de abuso es aquella en la que una de las partes ocasiona un daño físico y/o psicológico a otro miembro, pudiendo darse este daño por acción o por omisión. La técnica dialógica Gestalt promueve el entendimiento de la violencia parental como la violencia ejercida por María hacia su hija Karen.

Durante los últimos dos años María ha entrado en el periodo de menopausia, lo que la ha llevado a un periodo de crisis existencial; no encuentra sentido a su vida; sus temores al fracaso; ella desea tener un trabajo remunerado y no lo busca, por temor a que no se lo den por su edad. Se plantea la posibilidad de ejercer su potencial en la técnica de la yoga. Promoverse con sus amistades, vecinas o en algún centro de actividades físicas.

Se maneja la "Guía para resolución de problemas a través de la inteligencia emocional" de Goleman, 1996 (anexo 10.1.5), para una mejor estabilidad emocional.

En cada sesión se da técnica de relajación (anexo 10.1.4), para bajar el nivel de ansiedad presentado por María.

Resultados

María reconoce su deseo por cambiar de actitud para mejorar la relación con su hija y acepta que necesita hacer algo para que tenga sentido su vida.

María acudió a pláticas sobre “conflictos entre padres e hijos” impartidos en la UMF, reafirmando su compromiso para mejorar la relación madre-hija.

Comentó que desea dar clases de yoga pero identifica muy bien que la detiene el temor a fracasar por no reunir un grupo de personas. Inició haciendo sus rutinas de ejercicios en su casa y posteriormente en un parque; lo que llevó a tener algunas alumnas.

Se muestra interesada y es capaz de adquirir conocimientos nuevos para mantenerse activa. Se inscribió en un centro de yoga para obtener constancias de sus conocimientos y tener validez para ejercer en algún centro.

Sus movimientos gestuales y corporales, son acordes con las emociones y sentimientos que expresa. Ha pasado de un cuerpo encorvado y pesimista a una mujer erguida y sonriente.

El lenguaje es fluido, coherente y claro, tiene un vocabulario extenso, sin mostrar excesos en el uso de las palabras. Esto puede deberse al gusto por la diversidad de la lectura.

Se da de alta a la paciente en atención psicológica y agradece la atención brindada. Se le pidió que contestara la “Célula de opinión de usuarios sobre el desempeño de la atención psicológica”, obteniendo resultados favorables.

8.- Recomendaciones y/o sugerencias

El modelo de atención a la salud que el IMSS ha desarrollado, con base en la prevención, en grupos como "envejecimiento activo" y "Yo Puedo", es una estrategia de prestación de servicios, sistemática y ordenada, de acciones educativas y preventivas, organizadas por grupos de edad. El enfoque de estos programas están orientados hacia la prevención de enfermedades y riesgos específicos, para la protección de la salud de grupos poblacionales.

Se sugiere que en estos grupos se intervenga a través de:

- Romper el silencio: empezar a hablar de lo que cada persona ha vivido, cómo lo ha enfrentado y cómo se siente al respecto.
- Informar de los recursos institucionales y sociales a los que pueden tener acceso.
- Y continuar apoyándose entre sí y apoyando a los demás.

Otra recomendación para un estado psicológico saludable del adulto mayor es:

- Mantenerse ocupado en un trabajo, de voluntariado o de otro tipo.
- Programar actividades de ocio y momentos para relacionarse con otras personas.
- Pertenecer a un grupo, a una asociación, o asistir a un lugar donde se realicen actividades con otras personas.
- Tener disciplina para dormir, para mantener la salud y su forma física.
- Esforzarse en tareas que requieran atención y concentración. No dejar de leer, de ir al cine o de escuchar la radio.
- Comprometerse en nuevos proyectos y relaciones sociales, asistir a centros de adultos, buscar razones para estar contento. Cerrar el paso a pensamientos negativos y cambiarlos a pensamientos positivos.

Se recomienda, mayor atención en la comunidad geriátrica, desarrollo de técnicas de **Habilidades para la Vida**¹² para mejorar la capacidad para vivir una vida más sana y feliz.

Una valoración psicogerontológica que permita identificar a los adultos mayores con alto riesgo de declinación funcional, morbilidad, y mortalidad, para otorgar un plan de intervenciones, así como una referencia oportuna a grupos de activación física, recreativa, artístico-cultural.

Capacitar al personal médico para la aplicación del “*Test Mini Examen del Estado Mental (MMSE, Folstein) Modificado*”, para detectar el deterioro cognitivo y fomentar medidas de estimulación cognitiva cuyo propósito será conservar la capacidad intelectual que permitan compensar los cambios en el procesamiento mental que se producen con el aumento de la edad.

¹² Citado en Habilidades para la Vida

9.- Referencias Bibliográficas

Buendía, J. (1994); Gerontología y Salud. Biblioteca Nueva. España.

CONAPO. Proyecciones de la población de México, 2005-2050. Recuperado de http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/proyecciones_estatales/Proy05-50.pdf

Chóliz Montañés M. Técnicas para el control de la activación: Relajación y respiración. Recuperado de www.uv.es/~choliz

Fernández Ballesteros (1999); Que es la Psicología de la Vejez. Biblioteca Nueva. España.

Fernández Ballesteros (2000); Gerontología Social. Psicología Pirámide. España.

Fernández López y otros (2002). La memoria de las personas mayores. Programa de activación. Empresa de Servicios en Intervención Social Mano a Mano S. L. Sevilla.

Goleman Daniel (1996). Inteligencia Emocional. Kairos. Barcelona, España.

Habilidades para la vida. Recuperado de <http://habilidadesparalavida.net/habilidades.php>. Habilidades para la vida.

IMSS Coordinación de Educación en Salud. El portal Edumed . Recuperado de <http://www.imss.gob.mx>

Martín Ángeles (2008). Manual Práctico de Psicoterapia Gestalt. Declée Brouwer. España.

Programa Institucional del Instituto Mexicano del Seguro Social 2014-2018 (PIIMSS 2014-2018). Recuperado de http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/PIIMSS_20142018_FINAL_230414.pdf

Promoción de la Salud IMSS. Recuperado de http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/salud/guias_salud/adultos_mayores/Guia_adultosmay_promocion.pdf

Peñarrubia, F. (1998). *Terapia Gestalt: La vía del vacío fértil*. Alianza Editorial.

Quintanar Olguín F. (2011) Apoyo Psicogerontológico en la Atención del Adulto Mayor. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Iztacala. México

Robles Silva, L. La relación cuidado y envejecimiento: entre la sobrevivencia y la devaluación social. Papeles de Población, vol. 11, núm. 45, julio-septiembre, 2005, pp. 49-69. Universidad Autónoma del Estado de México. México

Sáez Méndez, H. (1997). Calidad de vida en las personas mayores en Andalucía. Instituto de Estudios Sociales. Avanzados de Andalucía. Sevilla.

Sardinero Peña Andrés. Estimulación Cognitiva para Adultos. Cuadernos de introducción y ejemplos. Gesfomedia

Trigas-Ferrín M, Ferreira-González L, Mejjide-Míguez H. (2011) Escalas de valoración funcional en el anciano. Galicia Clin

Valoración Geronto-Geriátrica Integral en el adulto Mayor Ambulatorio. Guía de Referencia Rápida. División de Excelencia Clínica. Guía Práctica Clínica GPC. Catálogo maestro de guías de práctica clínica: IMSS-491-11. Recuperado de http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/.../Guia_adultosmay_promocion.pdf

Diagnóstico y tratamiento del deterioro cognoscitivo en el adulto mayor en el primer nivel de atención. Recuperado de http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/144_GPC_DEMENCIA_AM/IMSS_144_08_EyR_DEMENCIA_AM.pdf

10.- Anexos

10.1.1 Test *Mini Examen del Estado Mental (MMSE, Folstein) Modificado*

Test Mini Examen del Estado Mental (MMSE, Folstein) Modificado

Mini-mental state examination es una herramienta de tamizaje, es decir, de evaluación rápida que permite sospechar déficit cognitivo pero que, sin embargo, no permite detallar el dominio alterado ni conocer la causa del padecimiento, por lo que nunca debe utilizarse para reemplazar a una evaluación clínica completa del estado mental.

Es un cuestionario de 30 agrupadas en 10 secciones donde las características esenciales que se evalúan son:

Orientación espacio temporal
Capacidad de atención, concentración y memoria
Capacidad de abstracción (cálculo)
Capacidad de lenguaje y percepción viso-espacial
Capacidad para seguir instrucciones básicas

Se recomienda aplicarla en un lugar propicio, confortable y libre de distractores o intrusiones; que se realice de forma individual y sin limitar el tiempo que el sujeto tarda en responder.

Mecánica

El examinador, que deberá estar familiarizado con la prueba y con las instrucciones referentes a las diferentes escalas, deberá realizar la entrevista con el paciente previo a la aplicación de la prueba. Debe leer las instrucciones al paciente de forma textual y precisa al examinado. Si el paciente corrige una respuesta, debe darse crédito a la respuesta correcta. Antes de comenzar el mini examen debe tomarse nota del Nombre completo del paciente, su edad y su escolaridad, y preguntar al paciente si tiene algún problema con su memoria.

Formato

1. Orientación en tiempo (5 puntos): Se pregunta el día de la semana, fecha, mes, año y estación del año. Se otorga un punto por cada respuesta correcta. Se puede considerar correcta la fecha con diferencia de 2 días.
1. Orientación en lugar (5 puntos): Se pregunta el lugar de la entrevista, hospital, ciudad, provincia y país. Se otorga un punto por cada respuesta correcta.
2. Registro de 3 palabras (3 puntos): Se pide al paciente que escuche atentamente a las tres palabras que se le mencionarán (usualmente casa, zapato y papel) y tiene que repetirlas. Se le avisa que más tarde se le preguntarán de nuevo. Se otorga un punto por cada palabra correcta.
3. Atención y cálculo (5 puntos): Se pide que reste a 100 el número 7 y continúe restando de su anterior respuesta hasta que el explorador lo detenga. Por cada respuesta correcta se otorga un punto, y debe detenerse después de 5 repeticiones correctas.
4. Evocación (3 puntos): Se le pide que repita los objetos nombrados anteriormente. Por cada repetición correcta se otorga un punto.
5. Nominación (2 puntos): Se muestra un lapicero y un reloj, el paciente debe nombrarlos. Se otorga un punto por cada respuesta correcta.
6. Repetición (1 punto): Se pide al paciente que repita la siguiente oración: "Tres perros en un trigal", se otorga un punto si puede realizar la acción.
7. Comprensión (3 puntos): Se le indican tres órdenes simples que pueda realizar. Por ejemplo, Tome el papel con su mano derecha, dóblelo a la mitad y póngalo en el suelo. Se otorga un punto por cada acción correcta.
8. Lectura (1 punto) Se solicita al paciente que lea la orden "Cierre los ojos" (escrita previamente) y la obedezca. No debe decirlo en voz alta y sólo puede explicársele una vez.
9. Escritura (1 punto): Se pide al paciente que escriba una oración, que debe tener sujeto y predicado. Se otorga 1 punto si la oración tiene sentido.
10. Dibujo. Debe copiar un dibujo simple de dos pentágonos cruzados (véase imagen anterior). Se considera correcto si su respuesta tiene dos figuras de 5 lados y su cruce tiene 4 lados.

Interpretación

La puntuación determina la normalidad o el grado de deterioro que puede sufrir una persona. Al calificarse se puntúa cada respuesta de acuerdo al protocolo y se suma el puntaje obtenido por todas las respuestas. Si el paciente no puede responder una pregunta por una causa no atribuible a enfermedad relacionada con el estado mental (el paciente no sabe leer y se le pide que lo haga) debe eliminarse y se obtendrá la relación proporcional al resultado máximo posible. Los resultados dependen de la puntuación alcanzada una vez terminada la prueba.

Entre 30 y 27: Sin Deterioro. Entre 26 y 25: Dudoso o Posible Deterioro. Entre 24 y 10: Demencia Leve a Moderada. Entre 9 y 6: Demencia Moderada a Severa. Menos de 6: Demencia Severa.

Como se ha comentado, esta prueba no puede definir un diagnóstico y debe estar acompañada por la entrevista clínica, exploración física y pruebas complementarias.

Limitaciones

Esta prueba está limitada por situaciones como las siguientes, donde no se considera la existencia de un estado demencial:

Depresión.

Ingestión de algún fármaco como el etanol.

Problemas metabólicos.

Deprivaciones ambientales.

Alcoholismo.

Infecciones: Meningitis, Encefalitis..

Problemas de nutrición como la disminución de vitaminas B6 y B12.

Hemorragia subaracnoidea

Niveles de minusvalía

Poblaciones sin habilidad lecto-escritora (pacientes con analfabetismo, sordera, afonía)

Validez

Creada en 1975 por Folstein y sus colaboradores, el uso del MMSE ha adquirido gran popularidad en el ámbito clínico, pues permite identificar rápidamente a pacientes con déficits cognitivos importantes. Sin embargo la prueba también tiene sus limitaciones, especialmente debido a que depende en respuestas verbales y escritas, lo que puede ser una limitación importante para pacientes ciegos, sordos, intubados o analfabetos.

10.1.2 “Entrenamiento cognitivo para prevenir el deterioro o envejecimiento cerebral”

Cuestionario

Lea las instrucciones y conteste de manera breve.

Poner atención en lo que hacen

¿Qué estoy haciendo?

¿Cuál es la mejor manera de hacerlo?

¿Siempre lo hago de la misma manera?

Si cambiara la forma de hacerlo ¿Qué pasaría?

¿Está saliendo bien?

¿Podría mejorarlo?

La estrategia para prestar atención es repetir en voz alta lo que escucha.

Buscar detalles de forma intencionada:

En la clínica

¿Cuántos hombres y/o mujeres hay?

¿Cómo van vestidos y/o vestidas?

¿Cuántos tienen bigotes o lentes?

En los paseos: pensar en los recorridos alternativos para llegar al mismo lugar.

Hacer los pasatiempos que vienen en las revistas o periódicos.

Tratar de aprender cosas nuevas como:

Teléfono celular, tablet, computadora, internet o algún aparato electrodoméstico.

Intentar imaginar la conclusión de un problema o una situación y comprobar si ha acertado o no:

El final de un libro que esté leyendo o de la película que está viendo.

Analizar las noticias de un periódico:

¿Qué considera acertado y qué no?

¿Con qué está de acuerdo?

¿Qué es lo más interesante?

¿Qué otra cosa se podría hacer?

10.1.3 Técnica de “La silla vacía” por duelo

Se expone al paciente que la técnica consiste en presentar dos sillas, una enfrente de la otra, y en una de éstas se sentará, dejando libre el otro asiento para la persona fallecida. Es crucial detallar que, aunque parezca un absurdo porque la persona ya no tiene existencia física, sí existe en la realidad psicológica del paciente. Además, nos anticiparemos al pensamiento del paciente de que se trata de un asunto del pasado que ya no podemos cambiar, explicando que es cierto que no es posible cambiar lo sucedido pero que sí es posible cambiar su significado y la forma de sentirse al respecto. Se insiste que la intención de la técnica no reside en traer de vuelta a esa persona, sino de poder mantener un diálogo con ella lo más vívido posible para concluir ese asunto pendiente que nos causa malestar y conseguir continuar hacia delante eliminando remordimientos.

Fase de preparación. En esta fase se coloca físicamente frente al paciente una silla.

Fase de imaginación. Se le animará a que concentre toda su atención en la silla y utilice la imaginación para rellenar la presencia de la persona fallecida en ésta. Algunos pacientes pueden imaginarse a sí mismos para afrontar sentimientos de culpa, a una tercera persona con quien les sea reconfortable hablar pero no se encuentre en el momento presente o incluso, también puede imaginarse un sentimiento en la silla vacía y dialogar con éste (por ejemplo el dolor, la tristeza, etc.).

Fase de Recuerdo. Posteriormente, se le incita a que describa el aspecto físico para darle presencia y fuerza a tal imagen. Seguidamente hará una descripción general de ciertos aspectos de su personalidad, tanto los positivos como aquellos que le resultaban más negativos. Más tarde, pedimos que nos describa la relación que mantenían ambos y en qué situación se encontraban cuando ocurrió la muerte. Lo más probable es que, ante esta petición, el paciente revele el asunto que quedó pendiente con la persona fallecida, por lo que dirigiremos la intervención a este momento, facilitando la toma de contacto de lo relatado.

Fase de Expresión Emocional. En esta fase se van a experimentar una serie de emociones y sentimientos ligados al acontecimiento significativo que será necesario identificar para liberar profundas tensiones internas. Se pedirá al paciente que se comunique directamente con la persona imaginada en la silla y le relate cómo fue su percepción de los hechos de aquel asunto que quedó sin concluir. En este momento, se debe seguir muy de cerca el diálogo mantenido.

Fase de intercambio. Para mantener el diálogo con la persona fallecida, el paciente deberá intercambiar la silla en los momentos que sea necesario con el objetivo de facilitar la expresión de emociones y sentimientos.

Fase del “darse cuenta”. A lo largo de todo el proceso, es importante prestar atención a las emociones experimentadas que acompañan la situación descrita por el paciente. Nuestra tarea consistirá en señalar estas sensaciones para que el paciente se percate de lo que está sintiendo y tome conciencia del significado que ha asignado al acontecimiento y del modo en que éste interfiere en su vida.

Fase final. Una vez de regreso a la silla original, se pide al paciente que cierre los ojos e imagine a esa persona proyectada en la silla vacía, la acerque hacia sí mismo y la deposite en algún lugar de su cuerpo, puede elegir el que quiera. Posteriormente se le pide que borre todas las imágenes creadas hasta el momento y que lentamente vaya regresando al espacio y momento presentes y abra los ojos. Se le da suficiente tiempo para que se recupere de la experiencia.

Para el cierre de la experiencia es necesario que tanto la persona fallecida como la existencia de algún acontecimiento que quedó sin resolver, se reintegre de alguna manera en la historia de vida del paciente.

Para finalizar, explicaremos que es normal sentirse triste o extraño los días siguientes a la experiencia. Se debe tranquilizar al paciente y esperar los resultados de la técnica en las siguientes intervenciones.

10.1.4 Técnicas de relajación

La relajación puede aplicarse para utilizarla en situaciones en las que se haya producido un grado de ansiedad elevado, o para prevenirlos como medida profiláctica, rebajando el nivel de activación general.

Este procedimiento acorta la relajación a 10 minutos, si bien el interés no consiste en batir records de velocidad en el proceso de relajación, sino en que adquiera un procedimiento de relajación más rápido que pueda utilizarlo en diferentes situaciones.

Postura sentada

Butaca con respaldo alto que permita apoyar la cabeza y los brazos.

Codo flexionado de 90 a 135 grados (flexores y extensores en equilibrio).

Espalda y occipital apoyados. Pueden requerirse almohadones.

Pies apoyados completamente en el suelo

Rodillas hacia afuera (evitar tensiones en el muslo)

Nuca apoyada con ligero almohadón

Brazos extendidos a lo largo del cuerpo

Codos ligeramente doblados

Palma de las manos hacia abajo

Punta de los pies ligeramente hacia afuera.

Respiración profunda o abdominal

1. Pon una mano sobre el estómago, para asegurarte de que llevas el aire a las zonas apropiadas.
2. Cuando inspires, intenta visualizar cómo tu abdomen se expande y llena de aire.
3. Inspira por la nariz, durante 4 segundos, cuando termines, mantén la respiración por unos segundos más.
4. Expulsa el aire despacio a través de tu boca, puedes tomarte unos 7 segundos y siente como tu abdomen se desinfla, como si fuera un globo.
5. Repite este proceso unas 10 veces, varias veces al día.

Respiración completa

1. Adopta la postura que consideres más cómoda.
2. Inspira aire por la nariz durante 4 o 5 segundos e intenta dirigirlo hacia la zona abdominal.
3. Mantén el aire allí por unos segundos y exhala de manera controlada y suave, por la nariz. Repite el proceso unas 4 ó 5 veces.
4. Ahora toma aire por la nariz durante 5 segundos aproximadamente, pero en esta ocasión, dirígelo hacia la parte superior de los pulmones. Mantén el aire unos segundos y exhala, nuevamente por la nariz. Repite el proceso unas 4 ó 5 veces.
5. A continuación, toma aire por la nariz durante 5 segundos, tratando de llenar en primer lugar el abdomen y posteriormente la parte media de los pulmones, mantén el aire e inspira suavemente por la nariz. Repite el proceso unas 4 ó 5 veces.

Entrenamiento autógeno de Schultz

1. Escoge un lugar cómodo y tranquilo donde no te distraiga nada.
2. Cierra los ojos y respira profundamente.
3. Con cada exhalación repite mentalmente “estoy relajado, cada vez más tranquilo”.
4. Fija tu mente en tu pierna derecha y concéntrate en su calor. Ves relajándola lentamente a medida que te repites “mi pierna derecha está relajada, cada vez más”.
5. Cuando esa extremidad esté relajada, pasa a la pierna izquierda y repite el ejercicio. Continúa después con el abdomen, los brazos y el cuello.
6. Cuando tu cuello esté relajado pasa a la cabeza. Concéntrate en ella y repite “mi cabeza está despejada”. En este momento todo tu cuerpo debería estar sumido en un estado de relajación.
7. Respira hondo antes de abrir los ojos. Retén esa sensación de relajación y, antes de levantarte, estira los músculos y activa tus sentidos.

Relajación Muscular Progresiva de Jacobson

1. Estírate en un lugar cómodo y relajado. Intenta que no haya interrupciones o molestias.
2. Concéntrate en la respiración. Inspira profundamente y exhala lentamente hasta que te sientas algo más relajado.
3. Concéntrate en tu pie derecho. Visualízalo en tu mente y ténsalo. Aprieta los dedos y provoca una gran tensión en tu pie derecho.
4. Cuenta hasta 5 y relaja los músculos del pie.
5. Concéntrate en la sensación de relajación del pie.
6. Haz lo mismo con tu pie izquierdo. Cuando lo hayas hecho continua con tus piernas, tus rodillas, las caderas, el abdomen, los brazos, las manos, los hombros, el cuello y la cabeza.
7. Cuando llegues a la cabeza atiende especialmente a la relajación de las mandíbulas, el cuero cabelludo, las sienes y la frente, puesto que son zonas que suelen acumular mucha tensión.

10.1.5 “Guía para resolución de problemas a través de la inteligencia emocional” (Goleman, 1996)

Ante un problema o dificultad que no se puede controlar emocionalmente, seguir los siguientes pasos:

1º- Reconocer que estoy dominado por una emoción: odio, rabia, angustia, tristeza, nerviosismo, ansiedad, etc. Tener conciencia de ello. Poder decir: “Ahora estoy muy nervioso” “Ahora, tengo mucha rabia”, “En estos momentos me domina una gran angustia” Y dar la señal de ALTO . En este estado emocional, es conveniente que no diga ni haga nada, está dominado por una emoción, y todo lo que haga o diga puede ser equivocado porque no es posible pensar con claridad, aunque crea todo lo contrario.

2º- Relajarse: recurrir a una técnica de relajación o a una acción que me relaje. Si conozco técnicas de relajación respiratorias, musculares o mentales, aplicarlas en ese momento. Es muy importante, aprender una de estas técnicas, entrenarse en ella, para manejarla lo mejor posible, y así podré aplicarla en cualquier lugar y momento que la necesite. Si no es así, realizar cualquier acción que yo sé que me relaja, me tranquiliza (desde salir a caminar, tomar un vaso de agua, alejarme, recostarme o sentarme, etc.). Cada persona puede tener “su manera” particular de relajarse.

3º- Iniciar una acción, bien sea comunicacional o conductual. Es decir, tengo que pensar, decir o hacer algo, respecto a esa situación o problema que me provocó el desborde emocional. No hay que reprimir, ni aguantar, ni resignarse. Podemos decidir no hacer o decir nada, pero ello en sí mismo es una acción (“Yo decido”). Si es una preocupación o una idea compulsiva que me genera angustia y/o genera ansiedad, adoptar una postura crítica con aquello que me preocupa, y desdramatizar. (¿Es tan importante realmente?, ¿qué es lo peor que puede pasar?, etc.). Utilizar la razón para dominar la emoción.

10.1.6 Habilidades para la Vida

Habilidades para la Vida

Es un aporte importante en la orientación individual y grupal “Yo Puedo” y “Envejecimiento Activo”, para una vida plena y feliz.

Enseña las siguientes habilidades:

Autoconocimiento

Conocerse es el soporte y el motor de la identidad y de la autonomía. Captar mejor nuestro ser, personalidad, fortalezas, debilidades, actitudes, valores, aficiones... Construir sentidos acerca de nosotros mismos, de las demás personas y del mundo que compartimos. Conocerse no es solo mirar hacia dentro, sino que también es saber de qué redes sociales se forma parte, con qué recursos personales y sociales contamos para celebrar la vida y para afrontar los momentos de adversidad. En definitiva, saber qué se quiere en la vida e identificar los recursos personales con que se cuenta para lograrlo.

Empatía

La empatía es una capacidad innata de las personas que permite tender puentes hacia universos distintos al propio, para imaginar y sentir cómo es el mundo desde la perspectiva de la otra persona. Poder sentir con la otra persona facilita comprender mejor las reacciones, emociones y opiniones ajenas, e ir más allá de las diferencias, lo que nos hace más tolerantes en las interacciones sociales. “Ponerse en la piel” de la otra persona para comprenderla mejor y responder de forma solidaria, de acuerdo con las circunstancias.

Comunicación asertiva

La persona que se comunica asertivamente expresa con claridad lo que piensa, siente o necesita, teniendo en cuenta los derechos, sentimientos y valores de sus interlocutores. Para esto, al comunicarse da a conocer y hace valer sus opiniones, derechos, sentimientos y necesidades, respetando las de las demás personas. La comunicación asertiva se fundamenta en el derecho inalienable de todo ser humano a expresarse, a afirmar su ser y a establecer límites en las relaciones sociales.

Relaciones interpersonales

Establecer y conservar relaciones interpersonales significativas, así como ser capaz de terminar aquellas que bloqueen el crecimiento personal (relaciones tóxicas). Esta destreza incluye dos aspectos claves. El primero es aprender a iniciar, mantener o terminar una relación; el segundo aspecto clave es aprender a relacionarse en forma positiva con las personas con quienes se interactúa a diario (en el trabajo, en la escuela, etc.)

Toma de Decisiones

Decidir significa actuar proactivamente para hacer que las cosas sucedan en vez de limitarse a dejar que ocurran como consecuencia del azar o de otros factores externos. Continuamente estamos tomando decisiones, escogiendo qué hacer tras considerar distintas alternativas. Esta habilidad ofrece herramientas para evaluar las diferentes posibilidades en juego, teniendo en cuenta necesidades, valores, motivaciones, influencias y posibles consecuencias presentes y futuras, tanto en la propia vida como en la de otras personas.

Manejo de problemas y conflictos

No es posible ni deseable evitar los conflictos. Gracias a ellos, renovamos las oportunidades de cambiar y crecer. Pueden ser una fuente de sinsabores, pero también una oportunidad de crecimiento. Podemos aceptar los conflictos como motor de la existencia humana, dirigiendo nuestros esfuerzos a desarrollar estrategias y herramientas que permitan manejarlos de forma creativa y flexible, identificando en ellos oportunidades de cambio y crecimiento personal y social.

Pensamiento creativo

Usar la razón y la "pasión" (emociones, sentimientos, intuiciones, fantasías, etc.) para ver la realidad desde perspectivas diferentes que permitan inventar, crear y emprender con originalidad. Pensar creativamente hace referencia a la capacidad para idear algo nuevo, relacionar algo conocido de forma innovadora o apartarse de esquemas de pensamiento o conducta habituales (pensar "fuera de la caja"). Esto permite cuestionar hábitos, abandonar inercias y abordar la realidad de formas novedosas.

Pensamiento crítico

Analizar experiencias e información y ser capaz de llegar a conclusiones propias sobre la realidad. La persona crítica no acepta la realidad de manera pasiva "*porque siempre ha sido así*". Por el contrario, se hace preguntas, se cuestiona rutinas, investiga. El pensamiento crítico requiere la puesta en acción tanto de habilidades cognitivas (un proceso activo de pensamiento que permite llegar a conclusiones alternativas), como de competencias emocionales (relacionadas con las actitudes personales, ya que es necesario también querer pensar).



Manejo de emociones y sentimientos

Esta habilidad propone aprender a navegar en el mundo de las emociones y sentimientos, logrando mayor sintonía con el propio mundo afectivo y el de las demás personas. Las emociones y sentimientos nos envían señales constantes que no siempre escuchamos. A veces pensamos que no tenemos derecho a sentir miedo, tristeza o ira. Este es un ejemplo de cómo el mundo afectivo se puede ver distorsionado por prejuicios, temores y racionalizaciones. Comprender mejor lo que sentimos implica tanto escuchar lo que nos pasa por dentro, como atender al contexto en el que nos sucede.

Manejo de tensiones y estrés

Las tensiones son inevitables en la vida de todas las personas. El reto que representan no consiste en evadir las tensiones, sino en aprender a afrontarlas de manera constructiva, sin instalarse en un estado crónico de estrés. Esta habilidad permite identificar las fuentes de tensión y estrés en la vida cotidiana, saber reconocer sus distintas manifestaciones y encontrar vías para eliminarlas o contrarrestarlas de manera saludable.

10.2.1 Anexo "Taller Inteligencia emocional". Dirigida a Médicos

Instituto Mexicano del Seguro Social
 Unidad de Medicina Familiar No. 49
 Enseñanza e Investigación en Salud

Título: programa sobre Inteligencia emocional, asertividad y adherencia terapéutica

Coordinador: Dr Mario Francisco Cancino Romero

Ponentes: Pasante de Psicología Laura González Martínez

Institución IMSS	Dirigido a: Enfermeras, Trabajadoras sociales y Médicos
Fecha: 30 de Julio de 2015	Tiempo de la sesión: 2 horas Horario: 8:00 a 10:00 y 13:00 a 15:00

Sesión 1 : Dirigido a Médicos

Objetivo Particular: Que los participantes analicen la capacidad de manejar inteligentemente las emociones, a través de la exposición de contenidos y técnicas grupales.

SUBTEMA	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDADES	MATERIAL	TIEMPO	OBSERVACIONES
Qué es la Inteligencia Emocional.	Que los analicen y reflexionen sobre las diferentes emociones de acuerdo al planteamiento de Goleman	• Dinámica: <i>Identificar una emoción</i> Los participantes deberán analizar sus emociones y ejemplificar en las conductas en la vida diaria	Presentación de diapositivas (emociones)	50 minutos	
Principales componentes de la Inteligencia Emocional	Que los participantes analicen y reflexionen sobre los principales componentes para aplicarlos a la vida cotidiana.	• Dinámica: <i>Comunicación asertiva</i> desarrollar los cinco componentes de la Inteligencia Emocional en aquellas situaciones difíciles o conflictivas	Presentación de los 5 componentes Auto-conocimiento emocional, Auto control emocional, Auto-motivación, Empatía y Habilidades sociales	50 minutos	

10.2.2 Anexo Taller “Inteligencia emocional”. Dirigido a Enfermeras y Trabajo Social

Instituto Mexicano del Seguro Social
 Unidad de Medicina Familiar No. 49
 Enseñanza e Investigación en Salud

Título: programa sobre inteligencia emocional, asertividad y adherencia terapéutica

Coordinador: Dr Mario Francisco Cancino Romero

Ponentes: Pasante de Psicología Laura González Martínez

Institución IMSS	Dirigido a: Enfermeras, Trabajadoras sociales y Médicos
Fecha: 30 de julio de 2015	Tiempo de la sesión: 2 horas Horario: 8:00 a 10:00 y 13:00 a 15:00

Sesión 2 : Dirigido a Enfermeras y Trabajo Social

Objetivo Particular: Que los participantes analicen la capacidad de manejar inteligentemente las emociones, a través de la exposición de contenidos y técnicas grupales.

SUBTEMA	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDADES	MATERIAL	TIEMPO	OBSERVACIONES
Qué es la Inteligencia Emocional.	Que los analicen y reflexionen sobre las diferentes emociones de acuerdo al planteamiento de Goleman	• Dinámica: <i>Identificar una emoción</i> Los participantes deberán analizar sus emociones y ejemplificar en las conductas en la vida diaria	Presentación de diapositivas (emociones)	50 minutos	
Principales componentes de la Inteligencia Emocional	Que los participantes analicen y reflexionen sobre los principales componentes para aplicarlos a la vida cotidiana.	• Dinámica: <i>Comunicación asertiva</i> desarrollar los cinco componentes de la Inteligencia Emocional en aquellas situaciones difíciles o conflictivas	Presentación de los 5 componentes Auto-conocimiento emocional, Auto control emocional, Auto-motivación, Empatía y Habilidades sociales	50 minutos	

10.2.3 Anexo Taller "Liderazgo"

Instituto Mexicano del Seguro Social
 Unidad de Medicina Familiar No. 49
 Enseñanza e Investigación en Salud
 Título: Programa sobre Liderazgo

Coordinadora: Dr. Mario Francisco Cancino Romero

Ponentes: Pasante de Psicología Laura González Martínez

Institución: IMSS	Dirigido a: Jefes de Área de la UMF No. 49 del IMSS
Fecha: 23 de septiembre de 2015	Tiempo de la sesión: 2 horas Horario: 12:00-14:00 hrs.

Sesión 1: Tema: LIDERAZGO

Objetivo Particular: Que los participantes analicen la característica de liderazgo como capacidad para ejercer influencia sobre un grupo de personas.

SUBTEMA	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDADES		TEMPO	RESPONSABLES
Qué es un Líder	Ejercer la influencia como líder, para perseguir la eficacia de sus respectivos grupos a través de las habilidades de dirección.	<ul style="list-style-type: none"> • Teórico. El instructor expondrá verbalmente los elementos que construyen el Liderazgo. • " <i>La extinción humana</i>". <p>Los participantes tienen un rol (albahil, sacerdote, prostituta, amada casa, doctor, político, una monja, científico) sólo tres pueden viajar en una nave para salvar a la humanidad. Deben argumentar su salvación.</p> <p>Se comentará al término de las representaciones, como se sintieron, qué dificultades encontraron en la representación y que influencia tuvieron como líderes.</p>	<p>Presentación en Power Point con proyector en aula</p> <p>Escenario, un aula, y el material humano.</p>	<p>50 min.</p> <p>40 min.</p> <p>30 min.</p>	<p>Dr. Mario Cancino Laura González</p>

10.3 Anexo Cédula de opinión

CÉDULA DE OPINIÓN DE USUARIOS SOBRE EL DESEMPEÑO DE LA ATENCIÓN PSICOLÓGICA

Nombre del Usuario _____

Edad _____ Sexo _____ No. De Seguridad Social _____

Servicio en el que fue atendido _____

Nombre del personal de salud _____

Fecha _____ Unida de Adscripción _____

El presente cuestionario es para conocer su opinión respecto a la atención que recibe por la psicóloga.

Se dirige a usted de forma amable y le saluda cuando ingresa al servicio SI NO

Le dio su nombre al iniciar la sesión y le escucha con atención SI NO

Le da confianza y hace indicaciones sobre como mejorar su salud SI NO


La atención que se le brindó a su problema fue confidencial SI NO

Considera que la atención que recibe ha sido adecuada SI NO

Gracias por su participación.

10.4 Anexo Solicitud de Interconsulta

NTRCONSUI.TA

 INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL SUBDIRECCION GENERAL MEDICA SOLICITUD DE INTERCONSULTA		NUMERO DE AFILIACION - NOMBRE JUÁREZ CALVA ODILÓN 0161-38-0305	
ORDINARIO <input checked="" type="checkbox"/> URGENTE <input type="checkbox"/>		DIAGNOSTICO DE ENVIO DEPRESIÓN MEDIA Y DETERIORO COGNITIVO	
INTERCONSULTA AL SERVICIO DE: MEDICINA FAMILIAR		FECHA EN QUE SE SOLICITA LA INTERCONSULTA 07-Jul-15	
UNIDAD A LA QUE SE ENVIA UMF 49	DELEGACION NORTE		
UNIDAD QUE ENVIA UMF 49	DELEGACION NORTE		
ANOTAR UN RESUMEN DE LOS PRINCIPALES DATOS DEL INTERROGATORIO Y EXPLORACION FISICA, ESTUDIOS AUXILIARES DE DIAGNOSTICO, TERAPEUTICA PREVIA Y RESULTADOS OBTENIDOS			
<p>Masculino de 79 años residente del D. F. pensionado, escolaridad tercero de primaria, casado, tiene cuatro hijos. Actualmente vive en casa propia con su esposa de 70 años y un hijo soltero de 51 años. Presenta postura encorvada, su expresión facial demuestra preocupación y decaimiento evidenciado por su constante mirada al piso. Su lenguaje es de tono bajo, poco fluido y lento. Sus gestos demuestran agotamiento e impotencia. No se encuentra orientado en cuanto espacio y tiempo. Durante la entrevista se mostró cooperativo, con interés y confianza para responder y relatar su caso. En noviembre de 2014, tuvo un accidente, lo arrojó un automóvil cuando cruzaba la calle. Lo trasladaron en una patrulla a su casa y al hospital en una ambulancia. Permaneció 3 días en urgencias y 3 días en piso. No recuerda los estudios que le hicieron. Hace tres semanas empezó con problemas de equilibrio, lo canalizaron a Otorrino, lo medicaron y lo retiraron a su clínica familiar. Lo envían a Psicología por Depresión Moderada. Se aplica Escala de YESAVAGE (versión reducida) para determinar el grado de depresión, de acuerdo a criterios DSM-IV, con 8 puntos se determina depresión leve; descenso en el interés por las actividades habituales, Insomnio, fatiga o pérdida de energía, sentimientos de inutilidad, cambios psicómotores en forma de entumecimiento y dificultad de concentración, para pensar, indecisión. Se aplica MINI-MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE) para determinar el grado de deterioro cognitivo, con puntuación de 23 indicando deterioro leve. Se hace evidente la falta de atención y cálculo, así como, problemas de memoria. Se envía para valoración integral y detectar o descartar daño neurológico orgánico</p>			
MOTIVO DE ENVIO			
1.-FALTA DE RESPUESTA FAVORABLE AL TRATAMIENTO		<input type="checkbox"/> 6.-TRATAMIENTO ESPECIALIZADO	
2.- PRESENCIA DE COMPLICACIONES		<input type="checkbox"/> 7.- ATENCION DEL PARTO	
4.- RIESGO DE SECUELAS		<input type="checkbox"/> 8.- PROTECCION ANTICONCEPTIVA METODO ANTICONCEPTIVO	
5.- COMPLEMENTACION DIAGNOSTICA		<input checked="" type="checkbox"/> 9.- OTROS	
INCAPACIDAD: No. DE FOLIO _____ OR _____		DIA TIPO DE RAMA _____	
INICIO DIA _____ MES _____ AÑO _____		ENFERMEDAD GENERAL <input type="checkbox"/>	
INICIAL _____ SUBSECUENTE _____		RIESGO DE TRABAJO <input type="checkbox"/>	
NUMERO DE DIAS ACUMULADOS _____		MATERNIDAD <input type="checkbox"/>	
MEDICO RESPONSABLE, NOMBRE, MATRICULA Y FIRMA PASANTE DE PSICOLOGÍA LAURA GONZALEZ MARTÍNEZ		MEDICO DIRECTIVO QUE AUTORIZA NOMBRE, MATRICULA, CARGO Y FIRMA DR MARIO FRANCISCO CANCINO R. COORD. EDUC. E INVEST. EN SALUD MAT 11155345 CP 3275241	

10.5.1 Anexo Constancia de asistencia a Congreso IMSS



10.5.2 Anexo Constancia de Taller de "Atención Plena y Conciencia Corporal"



10.5.3 Reconocimiento Al buen trato y atención al derechohabiente



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 49
DIRECCION
COORDINACION DE EDUCACION EN LA SALUD

SE OTORGA LA PRESENTE

RECONOCIMIENTO

A:

GONZALEZ MARTINEZ LAURA

POR SU BUEN TRATO Y ATENCION AL DERECHOHABIENTE

Se expide el siguiente reconocimiento a solicitud explícita de los propios derechohabientes a través de las notificaciones del Servicio de Orientación y Quejas de la Unidad

MEXICO D.F. A 29 DE OCTUBRE 2015

DRA. SAANDRA DURAN VAZQUEZ
DIRECTORA DE LA UNIDAD U.M.F. 49



C.P. MARCO ANTONIO ESTRADA JIMENEZ
ADMINISTRADOR DE LA UNIDAD U.M.F. 49

**10.6 Cronograma de las actividades para el Servicio Social de la carrera:
Psicología**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGRUO SOCIAL
DELEGACION NORTE DEL DISTRITO FEDERAL
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 49**

**CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA EL
SERVICIO SOCIAL DE LA CARRERA: PSICOLOGIA**

NOMBRE DEL ALUMNO:	GONZALEZ MARTINEZ LAURA
NOMBRE Y GRADO DEL SUPERVISOR DE SERVICIO SOCIAL:	MARIO FRANCISCO CANCINO ROMERO COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
JUSTIFICACION	La UMF No 49 Cuenta con una población de 17 933 derechohabientes mayores de 50 años, con un alta incidencia y demanda en patologías crónicas que requieren de una intervención transdisciplinaria, por lo que el servicio social en la carrera de psicología se hace fundamental para la atención integral del paciente geriátrico
NOMBRE DEL PROGRAMA	PARTICIPACION INTEGRAL EN LA ELABORACION, DISEÑO Y EVALUACION DE LOS DIFERENTES PROGRAMAS DEL DEPARTAMENTO DE PRESTACIONES ECONOMICAS Y SOCIALES
ACTIVIDADES	APOYO LOGISTICO EN CURSOS GERONTOLOGICOS (INSTRUCTOR) CONFORMACION E INTEGRACION DE EXPEDIENTES PARTICIPACION ACTIVA EN CREACION DE GUIAS DIDACTICAS REFORZAR LA MACRORED DE INSTITUCIONES QUE BRNDAN SERVICIOS AL ADULTO MAYOR

JUNIO 2015

HORA	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
	1	2	3	4	5
09:00 A 10:00	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR
10:00 A 11:00	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ORIENTACION GRUPAL "YO PUEDO"	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR
11:00 A 12:00	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR
12:00 A 13:00	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR
	8	9	10	11	12
09:00 A 10:00	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR
10:00 A 11:00	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ORIENTACION GRUPAL "YO PUEDO"	ORIENTACION GRUPAL "EL Y ELLA"	ORIENTACION GRUPAL "EL Y ELLA"	ORIENTACION GRUPAL "EL Y ELLA"
11:00 A 12:00	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR
12:00 A 13:00	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR
	15	16	17	18	19
09:00 A 10:00	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR
10:00 A 11:00	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ORIENTACION GRUPAL "YO PUEDO"	ENVEJECIMIENTO ACTIVO	ENVEJECIMIENTO ACTIVO	ENVEJECIMIENTO ACTIVO
11:00 A 12:00	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR
12:00 A 13:00	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR
	22	23	24	25	26
09:00 A 10:00	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR
10:00 A 11:00	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR
11:00 A 12:00	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR
12:00 A 13:00	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR
	29	30			
09:00 A 10:00	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR			
10:00 A 11:00	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR			
11:00 A 12:00	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR			
12:00 A 13:00	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR			

AGOSTO 2015

HORA	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES
	3	4	5	6	7
09:00 A 10:00	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR
10:00 A 11:00	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ORIENTACION GRUPAL "YO PUEDO"	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR
11:00 A 12:00	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR
12:00 A 13:00	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR
	10	11	12	13	14
09:00 A 10:00	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR
10:00 A 11:00	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ORIENTACION GRUPAL "YO PUEDO"	ORIENTACION GRUPAL "EL Y ELLA"	ORIENTACION GRUPAL "EL Y ELLA"	ORIENTACION GRUPAL "EL Y ELLA"
11:00 A 12:00	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR
12:00 A 13:00	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR
	17	18	19	20	21
09:00 A 10:00	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR
10:00 A 11:00	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ORIENTACION GRUPAL "YO PUEDO"	ENVEJECIMIENTO ACTIVO	ENVEJECIMIENTO ACTIVO	ENVEJECIMIENTO ACTIVO
11:00 A 12:00	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR
12:00 A 13:00	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR
	24	25	26	27	28
09:00 A 10:00	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR
10:00 A 11:00	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR
11:00 A 12:00	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR
12:00 A 13:00	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR
	31				
09:00 A 10:00	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR				
10:00 A 11:00	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR				
11:00 A 12:00	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR				
12:00 A 13:00	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR				

SEPTIEMBRE 2015

HORA	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
		1	2	3	4
09:00 A 10:00		ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR
10:00 A 11:00		ORIENTACION GRUPAL "YO PUEDO"	ORIENTACION GRUPAL "EL Y ELLA"	ORIENTACION GRUPAL "EL Y ELLA"	ORIENTACION GRUPAL "EL Y ELLA"
11:00 A 12:00		ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR
12:00 A 13:00		ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR
	7	8	9	10	11
09:00 A 10:00	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR
10:00 A 11:00	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ORIENTACION GRUPAL "YO PUEDO"	ENVEJECIMIENTO ACTIVO	ENVEJECIMIENTO ACTIVO	ENVEJECIMIENTO ACTIVO
11:00 A 12:00	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR
12:00 A 13:00	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR
	14	15	16	17	18
09:00 A 10:00	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	DIA FERIADO / FESTIVO	DIA FERIADO / FESTIVO	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR
10:00 A 11:00	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR			ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR
11:00 A 12:00	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR			ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR
12:00 A 13:00	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR			ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR
	21	22	23	24	25
09:00 A 10:00	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR
10:00 A 11:00	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ORIENTACION GRUPAL "YO PUEDO"	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR
11:00 A 12:00	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR
12:00 A 13:00	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR
	28	29	30		
09:00 A 10:00	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR		
10:00 A 11:00	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR		
11:00 A 12:00	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR		
12:00 A 13:00	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR		

OCTUBRE 2015

HORA	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
				1	2
09:00 A 10:00				ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR
10:00 A 11:00				ORIENTACION GRUPAL "EL Y ELLA"	ORIENTACION GRUPAL "EL Y ELLA"
11:00 A 12:00				ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR
12:00 A 13:00				ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR
	5	6	7	8	9
09:00 A 10:00	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR
10:00 A 11:00	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ORIENTACION GRUPAL "YO PUEDO"	ORIENTACION GRUPAL "EL Y ELLA"	ORIENTACION GRUPAL "EL Y ELLA"	ORIENTACION GRUPAL "EL Y ELLA"
11:00 A 12:00	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR
12:00 A 13:00	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR
	12	13	14	15	16
09:00 A 10:00	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR
10:00 A 11:00	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ORIENTACION GRUPAL "YO PUEDO"	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR
11:00 A 12:00	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR
12:00 A 13:00	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR
	19	20	21	22	23
09:00 A 10:00	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR
10:00 A 11:00	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ORIENTACION GRUPAL "YO PUEDO"	ENVEJECIMIENTO ACTIVO	ENVEJECIMIENTO ACTIVO	ENVEJECIMIENTO ACTIVO
11:00 A 12:00	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR
12:00 A 13:00	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR
	26	27	28	29	30
09:00 A 10:00	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR
10:00 A 11:00	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR
11:00 A 12:00	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR
12:00 A 13:00	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR

NOVIEMBRE 2015

HORA	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES
	2	3	4 (ULTIMO DIA FELICIDADES)		
09:00 A 10:00	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR		
10:00 A 11:00	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR"	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR		
11:00 A 12:00	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR		
12:00 A 13:00	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR	ENTREVISTA INDIVIDUAL FAMILIAR		