

***EVALUACIÓN DEL NIVEL DE ANSIEDAD Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DE
ESTRÉS EN SOCORRISTAS ACTIVOS DE LA DEFENSA CIVIL DE LOS MUNICIPIOS DE
PIEDRECUESTA Y GIRÓN DEL DEPARTAMENTO DE SANTANDER***

Miguel Amorocho Lozano

Ana Fernanda Uribe

DEFENSA CIVIL SECCIONAL SANTANDER – UNIVERSIDAD PONTIFICIA BUCARAMANGA

RESUMEN

La Defensa Civil Colombiana es un organismo integrante del Sistema Nacional para la Prevención y Atención de Desastres, está conformado por funcionarios y voluntarios expuestos a padecer perturbaciones psicosociales y efectos psicológicos adversos como consecuencia de su actividad humanitaria y de socorro. El objetivo esencial de este estudio es detectar el nivel de ansiedad de un grupo de socorristas activos de los municipios de Piedecuesta y Girón del Departamento de Santander y evaluar su forma de afrontamiento del estrés, condicionada por un estilo de vida propio, la edad actual y de inicio de sus actividades como socorrista voluntario, el entorno social y ambiental, su dinámica familiar y el desarrollo de una actividad académica y laboral diversa. La muestra fue conformada por 6 sujetos masculinos y 2 mujeres, tomada a conveniencia para el estudio, que fueran voluntarios activos en atención a emergencias y desastres, con una edad entre los 14 a 42 años y con una permanencia mínima de dos años en la institución. Para la evaluación del nivel de ansiedad se utilizó el Inventario de Ansiedad: estado-rasgo (IDARE) y la forma de afrontamiento por medio del Cuestionario de Afrontamiento de Estrés (CAE). Los resultados del estudio corroboraron un predominio de ansiedad media, seguido del nivel de ansiedad alta y una tendencia de estrategia de afrontamiento del estrés focalizado en el problemas o afrontamiento racional que corresponden las subescalas de focalizado en la solución del problema, reevaluación positiva y búsqueda de apoyo social.

Palabras claves: Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento, ansiedad, socorristas voluntarios, emergencias y desastres.

SUMMARY

The Colombian civil defense is an organism of the National system for disasters attention and prevention. It is formed by employees and volunteers exposed to suffer psychosocial perturbations and psychological adverse effects as consequence of their humanitarian and lifesaver activity. The essential aim of this study is detecting the anxiety level of an active lifesavers group from Piedecuesta and Girón in the Santander state and to evaluate their stress facing way, conditioned by an own lifestyle, real age and their volunteer lifesaver activity beginning, the social and nature environment, their familiar dynamic and a variable development of an academic and work activity. The sample consisted of 6 male and 2 female subjects, taken at the convenience for the study; they were active volunteers in response to emergencies and disasters, aged between 14-42 years and a minimum stay of two years in the institution. For the anxiety level evaluation was used the anxiety inventory: state-feature (IDARE) and the facing way through the stress facing questionnaire (CAE). The study results corroborated middle anxiety predominance, followed by the high anxiety level and a tendency of stress facing strategy focused in the problem or rational facing belonging the focus subscales to the problem solve, positive reevaluation and social support seeking.

Key words: Facing strategy questionnaire, anxiety, lifesavers, volunteers, emergency and disasters.

INTRODUCCION

Desastres naturales como incendios forestales, terremotos, inundaciones han sido entre otras, situaciones de emergencia atendidas por la Defensa Civil Colombiana y otras instituciones que desarrollan programas de prevención, atención de desastres y asistencia humanitaria en el marco del Sistema Nacional para la Prevención y Atención de Desastres. Las personas que hacen parte de la Defensa Civil en Colombia son, en su mayoría, voluntarios con alto sentido del servicio a la comunidad y comprometidos con la población colombiana en situación catastrófica. Por tal razón, el impacto de estas vivencias en el desempeño de sus labores, inciden en su estado de salud integral, con repercusiones físicas, mentales y sociales no sólo de los directamente involucrados sino de quienes comparten sus vidas.

Estas tragedias naturales, además de las grandes pérdidas humanas y económicas para el país, han dejado rastro en la mente de los colombianos por el daño y la incapacidad del hombre ante fenómenos que no pueden ser controlados.

Según la Organización Panamericana de la salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), (2002) se considera emergencia o situación de emergencia a

Una situación catastrófica o desastre que se produce por un evento natural (terremoto, erupción volcánica, huracán, deslave, grandes sequías, etc.), accidente tecnológico (ejemplo: explosión en una industria) o directamente provocada por el hombre (conflicto armado, ataque terrorista, accidentes por error humano, etc.) en la que se ve amenazada la vida de las personas o su integridad física y/o se producen muertes, lesiones, destrucción y pérdidas materiales, así como sufrimiento humano (p.1).

Gracias a la intervención de organismos de socorros orientados en ayuda para auxiliar a quien sufre una emergencia, catástrofe o una situación de peligro, se ha podido disminuir el número de víctimas y apoyar a la población vulnerable oportunamente. La Defensa Civil Colombiana fue fundada en 1875, su objeto radica en la prevención inminente y atención inmediata de los desastres y calamidades en el territorio nacional, cuenta con 33.513 voluntarios activos. Ha atendido desde la fecha incidentes como amenazas y emergencias por inundaciones, avalanchas, derrumbes, deslizamientos, incendios estructurales y forestales, accidentes terrestres, aéreos y fluviales, epidemias, entre otros. A partir de 1989, se constituye como organismo operativo del Sistema Nacional para la Prevención y Atención de Desastres (SNPAD) (Defensa Civil, 2009).

El voluntario o socorrista de la Defensa Civil es la persona que se dedica a ayudar en caso de accidente, peligro o necesidad, que está especialmente preparada para ello y es el componente primario para el apoyo en las emergencias, participando de forma voluntaria, desinteresada y responsable, brindando su tiempo libre para prestar un servicio (por medio de una institución no lucrativa como la Defensa Civil) a otras personas de la sociedad que en un momento específico lo necesita. A pesar de su entrenamiento permanente, sus experiencias de campo pueden repercutir en su integridad física y psicológica, ante la continua exposición a situaciones altamente estresantes; los voluntarios son susceptibles de padecer efectos negativos que desencadenen una serie de reacciones físicas, emocionales, conductuales y cognitivas, pero

difícilmente es percibida y aceptada por estos, ante la sensación de ser héroes y tener la experiencia en vivo. Parafraseando a Mitchell () *“no existe ningún tipo de entrenamiento previo que pueda eliminar completamente la posibilidad de que una persona que trabaja con víctimas primarias (ya sea por largo tiempo o por una sola experiencia) sea afectado por el trastorno de estrés post-traumático (síndrome de compasión) sea vulnerables por las situaciones vividas”* (OPS & OMPS, 2002, p. 36).

Los socorristas al estar expuestos a estas situaciones se convierten en las víctimas de tercer grado (víctimas ocultas) constituidas por los integrantes de los equipos de primera respuesta (bomberos, paramédicos, rescatistas, médicos, psicólogos, policías, personal de defensa civil, voluntarios y otros), según la clasificación de víctimas de Taylor & Frazer (1981, citado por García Renedo, Gil & Valero, 2007). Las víctimas se clasifican entre el primer hasta sexto grado en función de la exposición a situaciones de desastres. Las de primer grado sufren el impacto directo de las emergencias o desastres, con pérdidas materiales o daño físico; las de segundo grado, corresponde a los familiares o amigos de las anteriores; las víctimas de tercer grado (víctimas ocultas) constituidas por los integrantes de los equipos de primera respuesta (bomberos, paramédicos, rescatistas, médicos, psicólogos, policías, personal de Defensa Civil, voluntarios y otros); las víctimas de cuarto grado, la comunidad que se ve afectada en su conjunto; las víctimas de quinto grado las personas que se enteran de los sucesos por medio de los medios de comunicación; y las víctimas de sexto grado, aquellas que no se encontraban en el lugar de los acontecimientos por diferentes motivos.

Tal como lo asevera la OPS (2006) a pesar del entrenamiento y las exposiciones prolongadas, se pueden generar alteraciones de tipo psicológico y verse amenazado física, psicológica y socialmente ya que puede presenciar o afrontar a eventos como accidentes con múltiples víctimas, pérdida de compañeros de equipo, fallecimientos, amputaciones de personas o presenciar accidentes masivos. Por otro lado Mitchell (1983), Frederick & Taylor (1981), y Taylor & Frazer, 1982, citados por Valero, 2001) plantean que en entrevistas clínicas realizadas a trabajadores de socorro se evidencian problemas como el deterioro psicológico que sufren los voluntarios socorristas cuando intervienen en operaciones de rescate que pueden desencadenar problemas afectivos, cognitivos (pensamiento) agotamiento, frustración, enfado, irritabilidad, melancolía y trastornos del sueño, pensamiento y carácter, sentimiento de culpa y alto nivel de estrés.

La OPS & OMS (2002) reseña que uno de cada tres socorristas llegan a presentar algunos o todos los síntomas de estrés como son: ansiedad significativa, reexperimentación, disociación, disminución de la capacidad de respuesta al mundo exterior, ansiedad significativa, depresión marcada, intentos de evitar estímulos asociados al traumatismo, entre otros. Repercutiendo probablemente en el retorno de su vida cotidiana en especial al regresar con su familia o con algunos de sus miembros, cambios de estado de ánimo como tristeza, deseo de contacto con el equipo conformado para la emergencia, al igual con las víctimas del accidente o desastre; inquietud, desilusión, aburrimiento al no presentarse actividades consecutivas emergencia (rutina) Cuando no ha sido reconocida su labor en la emergencia presenta sentimientos de enojo o irritación también se presenta sentimientos de distanciamiento o aislamiento de las personas (miembros de la familia, compañeros de trabajo o amigos) y algunas discrepancias o problemas con algunos compañeros de trabajo.

Los factores que pueden incidir en el impacto psicosocial son: La naturaleza del evento, las características de personalidad de las víctimas, su capacidad de afrontamiento, el entorno y las circunstancias que lo rodean, la naturaleza del evento (Caballero, 2006).

Tal como lo expone Valero (2001) un factor estresante puede ser una experiencia traumática que involucra una amenaza seria en la integridad física o psíquicas de personas; ejemplo, exposición a acontecimientos como son catástrofes naturales, accidentes vehiculares, o un cambio amenazador en el entorno social del individuo como es el observar víctimas y heridos de accidentes, intervenir en incendios, etc. Los cambios o adaptación que surgen a partir del afrontamiento del agente estresante puede ser una amenaza a la integridad social de la persona, repercutiendo a nivel individual, familiar o social, es decir con los individuos que interacciona y la comunidad que lo apoya.

Si bien es cierto, que no todos las personas que pertenecen a organismos de socorro actuales han intervenido en desastres, sus experiencias están dadas por emergencias vehiculares en su mayoría, exponiéndose a las mismas características de un evento estresor, como quiera que corresponda a su responsabilidad en la ética del socorrista. Valero (2001) cita a National Institute of Mental Health (1985) donde expone las diversas manifestaciones psicofisiológicas que experimentan los integrantes de los equipos de respuesta en situaciones de desastre, haciendo mención a tres fases, la primera fase es la de alarma que abarca desde el aviso de alarma, la respuesta adaptativa psicológica y la indagación de lo sucedió, ocasionando manifestaciones físicas, cognitivas, emocionales y conductuales que marcarán el comportamiento del individuo en acción.

La segunda fase es de Intervención y en esta se presentan reacciones físicas como incremento respiratorio y de la presión sanguínea, aumento del ritmo cardíaco, náuseas, trastornos digestivos, diarrea, pérdida de apetito, escalofríos, temblores musculares, dolor muscular, insomnio, oídos tapados, cefaleas, fatiga. De igual forma se presentan reacciones comportamentales y sociales como estallidos de cólera, periodos de llanto, incremento del uso del alcohol, tabaco y otras drogas, retraimiento social, disminución en la eficacia de actividades, inhabilidad para expresar sentimientos verbales y dificultad para comunicarse. En cuanto a las reacciones cognitivas se presentan, problemas de memoria, desorientación, amnesia retrógrada y selectiva, dificultad de concentración, pérdida de la objetividad, dificultad para el cálculo. Finalmente se presentan reacciones emocionales como, cambios de estado de ánimo, tristeza, anestesia afectiva, sentimiento de heroísmo e invulnerabilidad, temor, ansiedad, sentimiento de culpa, fuerte identificación con las víctimas, irritabilidad, hiperactividad, sentimiento de aislamiento, abandono, excesiva inquietud sobre la seguridad de los otros.

La Fase de Término, se alcanza cuando sobreviene la calma, las labores pertinentes a la emergencia han concluido y los intervinientes en los diferentes lapsos de la acción empiezan a ser relevados. En este momento podemos encontrar en los socorristas protagónicos diversas formas de asunción de los hechos vividos como melancolía, depresión, disgusto, entre otros, cuando el desenlace de su actuar no ha sido positivo sin que esto implique negligencia o falta de oportunidad; o sensaciones de felicidad ante el deber cumplido, satisfacción y ratificación de su vocación cuando el resultado de su intervención es positivo. Es el momento en el que hay necesidad de comunicar y relatar con detalle las experiencias acontecidas durante la intervención propia y escuchar las de los compañeros como actos solidarios y de aprendizaje de lo vivido. Así mismo, el socorrista debe enfrentar los conflictos familiares desatados por la ausencia de su hogar y el desplazamiento de la atención a otros frentes diferentes a su familia.

Los efectos emocionales en los intervinientes producen desgaste del voluntario en su labor como socorrista y la exposición a sucesos estresores genera cansancio físico, alteración emocional, susceptibilidad, siendo la ansiedad el principal síntoma al enfrentarse frecuentemente al sufrimiento humano y la muerte (Vega, 1994). Las fuentes de estrés descritas por Sánchez (2003) derivadas del impacto y atención a personas son generadoras de altos niveles de ansiedad que, al no recibir apoyo oportuno por profesionales de la salud como psicólogo y psiquiatras y no tener en el equipo miembros capacitados en los primeros auxilios psicológicos pueden aumentar la vulnerabilidad al impacto psicológico, (los voluntarios) ser víctimas y de padecer patologías psíquicas.

La ansiedad es definida como una *“respuesta emocional o patrón de respuestas que engloba aspectos cognitivos displacenteros de tensión y aprensión; aspectos fisiológicos caracterizados por un alto grado de activación del sistema nervioso autónomo y aspectos motores que suelen implicar comportamientos poco ajustados y escasamente adaptativos. La respuesta de ansiedad puede ser elicitada por estímulos externos o situacionales como por estímulos internos al sujeto (respuestas anticipatorias) tales como; pensamientos, ideas e imágenes, entre otros, que son percibidos por el individuo como peligrosos o amenazantes”* (Tobal, 1990) citado por. (Sáiz, Bañuls & Monteagudo, 1997, p. 68).

La psicología clínica determina la ansiedad en concepto de Ansiedad estado y ansiedad estado rasgo. Spielberger, (1975) define estos conceptos: La Ansiedad-estado es definida como *“una condición o estado emocional transitorio del organismo humano, que se caracteriza por los sentimientos de tensión y aprensión subjetivos conscientemente percibidos y por un aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo. Los estados de ansiedad pueden variar en intensidad y fluctuar a través del tiempo”*. La ansiedad-rasgo la define como *“diferencias individuales, relativamente estables, en la propensión a la ansiedad, es decir, a las diferencias entre las personas en la tendencia a responder a situaciones percibidas como amenazantes con las elevaciones en la intensidad de la ansiedad estado”* (p. 1).

Según la OPS & OMS (2002) los principales trastornos de ansiedad que pueden ser consecuencias ante la presencia o intervención de una emergencia son: Trastorno de estrés agudo y trastorno de estrés postraumático, trastornos mixto de ansiedad y depresión; de igual forma es propenso a sufrir trastornos adaptativos, trastornos disociativos o de conversión y padecer crisis de angustia.

Al observar los estudios antes mencionados los voluntarios socorristas en el momento de la intervención son expuestos a altos niveles de ansiedad en su labor como rescatista, y puede que no cumpla el criterio según el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales para un trastorno de ansiedad aun cuando son referidas en investigaciones previas realizadas. Los síntomas que por su duración, intensidad o afectación en el funcionamiento de las personas se pueden convertir en cuadros clínicos. Estos Individuos enfrentan niveles de ansiedad y estrés por causas diferentes a su labor, tanto en su vida cotidiana como en su ámbito familiar, relación de pareja, ambientes laborales, académicos, además de estar implícitas responsabilidades económicas (préstamos, gastos personales, familiares, compromisos de vivienda, manutención

propia y de la familia, entre otros) y otras inherentes a su rol como padre, esposo, trabajador y ser social. Es de aclarar, que la profesión de socorrista en la Defensa Civil Colombiana no es remunerada, es un servicio voluntario dado por los integrantes en su tiempo libre.

Según Sánchez (2003) Se encuentran varias fuentes de estrés en los equipos de emergencia entre ellos, la acumulación de estrés a causa del trabajo diario y el causado por los desastres o un incidente crítico. Por tanto, se diferencian los estresores según los sucesos estresores, los estresores ocupacionales y los ambientales (Véase Tabla 1).

Un factor estresante puede ser una experiencia traumática que involucra una amenaza seria en la integridad física o psíquicas de personas; ejemplo, exposición a acontecimientos como son catástrofes naturales, accidentes vehiculares, o un cambio amenazador en el entorno social del individuo como es el observar víctimas y heridos de accidentes, intervenir en incendios, etc. Los cambios o adaptación que surgen a partir del afrontamiento del agente estresante puede ser una amenaza a la integridad social de la persona, repercutiendo a nivel individual, familiar o social, es decir con los individuos que interacciona y la comunidad que lo apoye (Valero, 2001).

Tabla 1. Principales fuentes de estrés en equipos de emergencia

Sucesos estresores	✓ La cercanía de la muerte y la visión de cadáveres, sobre todo de niños. ✓ La muerte o importantes heridas de un compañero, particularmente estando de servicio. ✓ La pérdida de la vida de una víctima tras un largo rescate. ✓ La existencia de algún incidente muy cargado emocionalmente. ✓ La identificación personal con las víctimas o sus circunstancias. ✓ Los incidentes con bajas masivas en circunstancias inusuales o con visiones o sonidos o actividades que produzcan distres u estrés negativo.
Estresores ocupacionales	✓ Presiones de tiempo, especialmente si está en juego la supervivencia de la víctima. ✓ Responsabilidad sobrecargada, especialmente en aquellos con responsabilidades de supervisión o mando. ✓ Demandas físicas, normalmente las tareas de rescate requieren esfuerzo físico y resistencia para trabajar durante largas horas en situaciones adversas.

	✓ Demandas psicológicas, al necesitar un buen juicio, claridad de pensamiento y habilidad para hacer cálculos exactos. Marcar prioridades y tomar decisiones en situaciones caóticas. ✓ Demandas emocionales, los trabajadores (socorristas) están expuestos a estímulos traumáticos y víctima bajo estrés por lo que se deben mantener sus emociones bajo control, para poder realizar funciones de ayuda. También deben tomar dolorosas situaciones a vida o muerte y hacer trabajos en presencia de enfados y miedos. ✓ El tipo de área de trabajo, ya que hay zonas de alta presión y otras de baja como por ejemplo el depósito de cadáveres. ✓ Recursos limitados del personal o equipamiento. ✓ Altas expectativas de la población o del propio personal de emergencias.
Estresores ambientales	✓ Trabajo en condiciones climatológicas adversas o extremas. ✓ Peligros ambientales (productos químicos, tóxicos, humos, Etc.)

Tomado de Sánchez (2003).

Según la dirección General de la Defensa Civil de España (2009) describe los diferentes tipos de estrés a que son expuestos los voluntarios: Eu-estrés estrés acumulativo, estrés disfuncional, estrés acumulativo y estrés producido por un incidente crítico. Lázarus (2006), define el estrés psicológico como *“una relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar”* (p. 43). El estrés normal, es una reacción natural del organismo en respuesta a un desafío emocional o físico, puede ser positivo para movilizar el cuerpo, la mente y la energía de una persona. Pero ante la prolongada exposición de factores laborales y no laborales si el estrés primordial disminuye y se dilata excesivamente, los recursos del organismo se acaban y la persona desarrolla formas perjudiciales o negativas de reacción al estrés, posibilitando un trastorno psíquico como síndrome Burnout, síndrome post-estrés traumático (Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, 2001).

El enfrentar o huir son formas acertadas de combatir las amenazas físicas del individuo, donde el cuerpo se activa como respuesta ante un evento estresor, es decir, después de una reacción física de enfrentamiento ante una amenaza, es natural que nuestro organismo disminuya su actividad volviendo a su estado de normalidad, la dificultad se encuentra cuando el estado fisiológico de activación permanece así por un tiempo indeterminado que origina un

desequilibrio en las respuestas biológicas emocionales y de pensamiento, ocasionando disturbios en su salud integral, en su vida familiar y en su desempeño laboral (OPS/OMS, 2002).

El estrés produce reacciones psico-biológicas determinadas por la duración, frecuencia, intensidad, y prioridad de las exigencias a las que se ven sometidos las personas y su habilidad para afrontarla. Belloch (1995) citando a Weitz (1982) clasifica los diferentes tipos de situaciones que se consideran estresantes, señalando 8 categorías como procesar la información velozmente, los estímulos ambientales dañinos, la percepción de amenaza, función fisiológica alterada, aislamiento, bloquear, presión grupal y frustración.

En situaciones de peligro o amenaza, como la ayuda a una víctima en un accidente de tránsito o la intervención de un incendio, es muy pertinente la activación fisiológica anteriormente descrita, ya que le permite al individuo movilizarse y actuar rápida y eficazmente. Pero cuando estas situaciones son sucesivas y de gran impacto emocional (como el caso de atención a emergencias de forma constante por ser tomado como una profesión), el cuerpo mantiene la respuesta adrenérgica por más tiempo, haciendo mas prolongado el estado de alerta, ocasionando alteraciones a nivel orgánico alteraciones del sueño, agotamiento físico, modificaciones en el apetito traducidas en pérdida o ganancia de peso, disfunción. De igual forma se hace susceptible de padecer trastornos psíquicos como: las reacciones al estrés agudo, trastornos de estrés postraumático, reacción depresiva prolongada, trastorno de adaptación, otros trastornos frecuentes son trastornos depresivos y de ansiedad, conducta o ideación suicida, trastornos disociativos o de conversión y estados de pánico (OPS/OMS, 2002). La prevalencia de los trastorno en los rescatistas son consecuencias del carácter implícito de la emergencia enmarcada en una dimensión psicológica perturbadora, emocional, repentina y de exposición a eventos estresores.

Cuando nos enfrentamos a una situación amenazadora o situaciones estresantes propias de la vida cotidiana del individuo, pone en práctica una serie de estrategias aprendidas o adquiridas previamente que cuando tiene éxitos frente a la situación amenazante, se genera la tendencia a repetirlas y cuando no dan los resultados esperados se buscan modificarlas. Por lo que una estrategia puede adquirirse, aprenderse, practicarse y modificarse.

Las estrategias de afrontamiento están definidas como *“aquellos esfuerzo cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar demandas*

específicas externa y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo" (Lazarus, 1986, p. 164). Continuando con la exposición de estos autores, Exponen dos tipos de funciones en la estrategia de afrontamiento: Estrategias de resolución de problemas: son las encaminadas a intervenir en el problema que está originando el malestar, es decir estas estrategias están centradas en el problema. En ellas encontramos: la búsqueda de apoyo social, la búsqueda de soluciones y la confrontación. Las Estrategias de regulación emocional: son los dirigidos a intervenir la respuesta emocional ante el problema a afrontar. Las estrategias focalizadas en la emoción son: reevaluación positiva, distanciamiento, escape/evitación autocontrol y autoinculpación.

Sandín (1995) desarrolla el Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE) donde evalúa 7 estilos básicos de afrontamiento del estrés, focalizado en la solución del problema, autofocalización negativa, reevaluación positiva, expresión emocional abierta, evitación, búsqueda de apoyo social, y religión. Por medio de una factorización, resultan dos factores independientes. El primero se corresponde con los aspectos más racionales del afrontamiento racional, focalizadas en el problemas, activo perteneciendo las subescalas de focalización en la solución del problema, búsqueda de apoyo social y reevaluación positiva) y un segundo dimensión de afrontamiento centrado en la emoción o afrontamiento pasivo perteneciendo la subescalas de focalización negativa en sí mismo y de expresión emocional abierta de hostilidad.

Belloch (1995, cita a Lazarus) afirmando la consideración del afrontamiento como un proceso que implica asumir los siguientes principios: el termino afrontamiento se emplea indistintamente de que el proceso sea adaptativo o inadaptativo. El afrontamiento, por tanto, debe separarse de los resultados, el afrontamiento depende del contexto, unas estrategias de afrontamiento son más estables o consistentes que otras a través de las situaciones estresantes, la teoría del afrontamiento como proceso enfatiza que al menos existen dos funciones principales del afrontamiento, una focalizada en el problema y otra en la emoción y el afrontamiento depende de la evaluación respecto a que pueda o no hacerse algo para cambiar la situación.

De acuerdo con Lazarus (1986) la forma en que el individuo afronte la situación dependerá *"de los recursos que dispongan y de las limitaciones que dificulten el uso de tales recursos en el contexto y de una interacción determinada como la salud y la energía física, creencias positivas (esperanza, fe en la justicia y voluntad de Dios), técnicas para la resolución del problema, habilidades sociales, apoyo social, recursos materiales"* (p. 180).

Los organismo de socorro entrenan a sus voluntarios en la prevención e intervención, en la protección de su salud mental y el bienestar del grupo como tal, para ello, es necesario capacitar a los líderes y jefes de grupo en ciertas habilidades con el fin de prevenir, detectar y

apoyar a miembros de su equipo cuando así lo requieran; estos líderes juegan un papel importante, pues son ellos quienes observan si se presenta alguna alteración emocional en el grupo, facilitando la remisión al equipo de salud mental en caso de requerirlo.

Para la presente investigación, se consideró alto nivel de ansiedad y un factor estresor al estrés la labor de ser socorrista voluntario en acuerdo a los autores citados anteriormente sobre la manifestación emocional, física y el impacto psicosocial a que es expuesto. Dentro de éste se toman en cuenta problemas sociales, laborales, familiares, académico y de pareja. De igual manera se busca caracterizar las estrategias de afrontamiento que utilizan los individuos para tratar de manejar el estrés en su labor como socorristas activos y evaluar los niveles de ansiedad Estado/Rasgo y la importancia de la intervención psicológica para mitigar las consecuencias negativas que se han descrito hasta el momento.

OBJETIVO GENERAL:

Evaluar e intervenir los niveles de ansiedad y las estrategias de afrontamiento en una muestra de socorristas voluntarios activos de la Defensa Civil de los municipios de Piedecuesta y Girón del departamento de Santander.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

Evaluar e intervenir los niveles de ansiedad en una muestra de socorristas voluntarios activos de la Defensa civil de los municipios de Piedecuesta y Girón del departamento de Santander.

Evaluar e intervenir las estrategias de afrontamiento en una muestra de socorristas voluntarios activos de la Defensa civil de los municipios de Piedecuesta y Girón del departamento de Santander.

METODOLOGIA

PARTICIPANTES:

La muestra de los participantes estuvo conformada inicialmente por 18 personas socorristas voluntarios, finalizaron el estudio 8 personas. El 15% fueron mujeres y el 75% hombres. El estado civil de los voluntarios fue soltero. 37.5%, casados. 25% y separados 37.5%. Las

edades oscilan entre los 14 y 42 años, con una media de edad de 28.1 años y una desviación típica de 11.6, de igual forma, la distribución por zona fueron: el 37.5% socorrista activos en emergencias de la Defensa Civil de Piedecuesta y el 62.5% en Girón.

INSTRUMENTOS

Cuestionario de afrontamiento del estrés (CAE): Es una escala de 42 ítems, desarrollo y validación preliminar (Sandin y Chorot, 2003). El Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE) es una medida de autoinforme diseñada para evaluar siete estilos básicos de afrontamiento: (1) focalizado en la solución del problema, (2) Autofocalización negativa en sí mismo, (3) reevaluación positiva, (4) expresión emocional abierta, (5) evitación, (6) búsqueda de apoyo social, y (7) religión.

Se suman los valores marcados en cada ítem, según las siguientes subescalas: Focalizado en la solución del problema (FSP): 1, 8, 15, 22, 29, 36; Autofocalización negativa en sí mismo (AFN): 2, 9, 16, 23, 30, 37; Reevaluación positiva (REP): 3, 10, 17, 24, 31, 38; Expresión emocional abierta de agresividad e irritabilidad (EEA): 4, 11, 18, 25, 32, 39; Evitación (EVT): 5, 12, 19, 26, 33, 40; Búsqueda de apoyo social (BAS): 6, 13, 20, 27, 34, 41; Religión (RLG): 7, 14, 21, 28, 35, 42. Contiene cinco opciones de respuesta que van de 0: nunca hasta 4: casi siempre. Según Rodríguez, (2009) define los intervalos de interpretación: están determinadas en puntuaciones en la escala entre 0 a 6 reflejan un empleo de la estrategia de baja frecuencia, entre 7 y 18 de frecuencia intermedia y entre 19 y 24 de alta frecuencia. Estos valores de interpretación y las medidas de las escalas se juzga si una estrategia es dominante (alta frecuencia) o no (baja frecuencia). El instrumento ha mostrado adecuadas propiedades psicométricas, y obtuvo un Alpha de Cronbach (fiabilidad) promedio de 0,79 para las siete subescalas (Ver anexo 4).

El Inventario de la Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE), versión en español del STAI [State Trait-Anxiety Inventory]) TEA de Madrid (1994) El cuestionario esta constituido por dos escalas separadas de autoevaluación que se utilizan para medir dos dimensiones distintas de la ansiedad: 1. La llamada Ansiedad-Rasgo (A-Rasgo), y 2. La llamada Ansiedad-Estado (A-Estado). Aun cuando se construyó para investigar fenómenos de ansiedad en sujetos adultos normales, es decir, sin síntomas psiquiátricos, se ha demostrado que es también útil en la medición de la ansiedad en estudiantes de secundaria y de bachillerato, tanto como en pacientes neuropsiquiátricos, médicos y quirúrgicos" (Spielberger y Guerrero, 1975, p.01). La escala A-

Rasgo, consiste de veinte afirmaciones en las que se pide a los sujetos describir como se sienten generalmente. La escala A-Estado también consiste en veinte afirmaciones, pero las instrucciones requieren que los sujetos indiquen como se sienten en un momento dado.

La escala A-Rasgo puede ser utilizada para determinar los sujetos que varíen en su disposición a responder a la tensión psicológica con niveles de ansiedad distintos A-Estado. La escala A-Estado sirve para establecer los niveles de intensidad A-Estado inducidos por procedimientos experimentales o en situaciones de campo, en un momento dado o a través de un continuo. Las puntuaciones para ambas escalas varían desde una puntuación mínima de 20 a una máxima de 80 en progresión con el nivel de ansiedad. Los sujetos contestan a cada uno de las afirmaciones ubicándose en una escala de cuatro dimensiones que van de 1 a 4. En la escala A-Estado son: 1) No en lo absoluto, 2) Un poco, 3) Bastante, 4) Mucho; y en la escala A-Rasgo son: 1) Casi nunca, 2) Algunas veces, 3) Frecuentemente, 4) Casi siempre.

Propiedades psicométricas: La confiabilidad se obtuvo a través, del método test-retest, encontrándose puntuaciones para la escala Ansiedad - Rasgo desde 0,73 (en un intervalo de 104 días) a 0,86; para la escala ansiedad - estado las correlaciones fueron relativamente bajas variando desde 0,16 a 0,54 con una mediana de 0,32; estas correlaciones bajas fueron anticipadas por los creadores de la prueba, ya que una medida válida de Ansiedad - Estado deberá reflejar la influencia de factores situacionales únicos que se presentan en el momento del examen. Las puntuaciones acerca de la validez concurrente de la escala Ansiedad - Rasgo se realizaron con las pruebas IPAT (Cattel y Scheir, 1.963), obteniéndose una correlación de 0,75 a 0,77, con el Inventario de Ansiedad Manifiesta de Taylor 1.953, encontrándose correlaciones entre 0,79 a 0,83, y con la Lista de Adjetivos de Zuckerman 1.960, con la cual se obtuvieron correlaciones desde 0,52 a 0,58. (Spielberger, Ch. y Guerrero, R. I.D.A.R.E. 1975, p.04). La calificación: están determinadas en puntuaciones obtenidas se clasifican en la siguiente escala: 20-31 ansiedad muy baja, 32-43 Ansiedad baja, 44-55 Ansiedad media, 56-67 Ansiedad alta, 68-80 ansiedad muy alta (Ver anexo 3).

PROCEDIMIENTO

La propuesta se llevó a cabo en cuatro etapas:

Etapas I: Selección de la muestra. Respondieron al llamado 12 personas que cumplían con los criterios de inclusión del estudio, con edades entre los 14 y 42 años; la muestra fue tomada con el criterio que fueran socorristas voluntarios activos en atención emergencias de la Defensa

Civil de Bucaramanga y su área metropolitana, con permanencia mínima en la institución de 2 años. Se hizo mediante convocatoria por medio de los presidentes de las juntas municipales de Piedecuesta, Girón, Floridablanca. Finalmente se contó con la selección con ocho personas de los municipios de Girón y Piedecuesta interesados en la continuidad de la investigación.

Etapas II: Valoración inicial análisis de los resultados o diagnóstico. Por medio de citación de los presidentes de juntas seccionales, se dio a conocer la propuesta de intervención y los objetivos con el cual se planteaba en la institución, de manera grupal, Los participantes seleccionados e interesados, firmaron el consentimiento informado (Ver anexo 5), se les informó el manejo ético de la información, y que no recibirían remuneración económica por su participación; de igual manera, se les recordó que podrían retirarse en cualquier momento de la investigación. Se realizó la aplicación de pruebas psicológicas de Cuestionario de Afrontamiento del estrés (CAE) y el Inventario de la Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE), de forma individual. Se procedió a la aplicación de la entrevista semiestructurada de forma individual (Ver anexo 1), se procedió a los análisis y calificación de las pruebas psicométricas aplicadas y la revisión y elaboración de historias clínicas de cada paciente (Ver anexo 6).

Etapas III: intervención. Se realizó con la socialización de la propuesta a los socorristas de emergencias por medio de un taller participativo, dando constancia en el registro de asistencia a talleres (Ver anexo 2). Se adelantaron dos talleres, como estrategia y fortalecimiento de habilidades en el afrontamiento de estrés-ansiedad se conformaron grupos de cuatro personas para facilitar el desarrollo de esta dinámica.

Así mismo, se realizó intervención psicológica individual acorde con los resultados de la entrevista clínica semiestructurada, pruebas aplicadas y diagnóstico del DSM IV, cada entrevista se realizó con un tiempo promedio de 50 minutos por sesión, para un total aproximado de 8 sesiones por persona. Uno de los objetivos de intervenciones era el manejo de ansiedad y el manejo de estrategias afrontamiento del estrés, por medio de técnicas psicológicas.

Etapas IV: Conclusión de la intervención y sistematización de la experiencia. Se realizó el cierre de la intervención psicológica con cada individuo. Se procedió a la sistematización de los datos y la elaboración del informe. Se hicieron recomendaciones y observaciones a la institución a partir de la intervención.

RESULTADOS

Inicialmente se describen las características socio-demográficas de los participantes, a continuación se dará a conocer los resultados según criterio del DSM IV y posteriormente se observará las puntuaciones medias obtenidas en los instrumentos utilizados Inventario Estado rasgo IDARE, Cuestionario de afrontamiento del estrés CAE. Posteriormente se caracterizará los estilos de afrontamiento y niveles de ansiedad evaluados.

Descripción de la muestra

Tabla 2. Características socio demográficas, estadísticos descriptivos n= 8

Frec. %			Frec. %		
Sexo	Mujer	25%	Ocupación	Desempleado	37%
	Hombre	75%		Empleado	50%
Estado civil	Soltero	37%		Ama de casa	12%
	Casado	25%	Escolaridad	Secundaria incompleta	62.50%
	Separado	37%		Secundaria	25%
				Tecnólogo	12.50%
Edad	Mínima	14 años			
	Máxima	42 años			
	Media	28 años			

Como se puede apreciar en la Tabla 1, La muestra estuvo conformada por hombres y mujeres, 8 sujetos con edades que oscilan entre los 14 y 42 años de edad. Observamos el predominio del sexo masculino (75%), solo el 25% eran mujeres, recordando que la selección de la muestra era aleatoria al género. La edad promedio de la muestra fue de 28. En relación su estado civil el 37% son solteros, el 25% son separados y el 37% son separados. Se concluye a nivel laboral que el 50% de la población es empleada diferente a servicio de socorrista voluntario, el 37% de la población es mostrada como desempleada por ser estudiantes y una persona, el 12% de la muestra se dedica al hogar. A nivel académico, se señala que gran parte de los individuos son tienen estudios de secundaria incompleta 62.5%, el 25% es bachiller y solo una persona equivalente al 12.5% es Tecnólogo.

A nivel familiar, cuatro de ellos (50 %) pertenecen un grupo familiar compuesto por los padres y dos hijos menores de edad. El 37% de ellos son separados, el 62% de la muestra tiene problemas con su pareja actual. El 62% tienen hijos. El 50% viven con sus padres. Todos han dado prioridad al servicio como socorristas voluntarios que a su familia, lo cual ha generado alguna vez conflictos familiares por dar prioridad a la Institución de la defensa civil y perciben el pertenecer a la institución como una connotación positiva en sus relaciones sociales.

A nivel laboral el 50% de la muestra tienen jornada laboral diaria, una persona labora fines de semana y se dedica al hogar, el 37% personas tienen jornada académica, dedicando el tiempo libre como voluntarios socorristas, sin remuneración económica. El 75% de ellos tienen problemas económicos y el 62% tienen problemas con su jefe inmediato. El 75% de la muestra alguna vez ha tenido problemas con algún compañero de la Institución. A nivel de las emergencias, todos han tenido al menos cuatro cursos básicos de capacitación en emergencias por la Defensa Civil, sólo una persona está capacitada para rescate en espacios confinados, ningún miembro de la muestra está capacitado en primeros auxilios psicológicos y sólo el 37% personas están disponibles para capacitación fuera de ciudad los otros por responsabilidades familiares, laborales y económicos les impide su formación constante como voluntarios rescatistas.

La muestra ha participado al menos una vez por mes en apoyo a una emergencia vehicular, han presenciado al menos una vez eventos traumáticos y contacto con cadáveres en su actividad como socorristas, y han tenido incidentes en emergencias cargados emocionalmente y asistieron al algún rescate bajo la presión del tiempo en especial cuando corre en juego la vida de la víctima. El 50% de los rescatistas voluntario han presenciado muerte y la visión de cadáveres, sobre todo de niños y se han e identificado con las víctimas o sus circunstancias. Ningún miembro ha presenciado muerte de un compañero estando de servicio. El 87% han visto fallecer una víctima tras un largo rescate y el 50% han sentido la presión y responsabilidad de ser el encargado de la emergencia. Todos alguna vez han sido felicitados por la comunidad por su oportunidad en el rescate. Todos han sentido presión de la comunidad cuando han participado en una emergencia. El 75% de la muestra alguna vez han llorado después de una emergencia ante la frustración de no llegar a tiempo a la emergencia para la víctima. Todos han referido algunas vez sentirse importantes ante los aplausos de la comunidad y las gracias de su servicio al sentirse héroes. Ninguno actualmente está preparado físicamente para un rescate al no existir entrenamiento permanente y refieren tener recursos limitados en el equipamiento para

una emergencia. Finalmente, todos aceptaron alguna vez alterarse psíquicamente después de la emergencia pero solo una persona refiere que ha asistido a apoyo psicológico.

Resultados según DSM IV

EL DSM IV se ha convertido en una herramienta base para la evaluación en la entrevista psicológica. El diagnóstico psicológico es fundamental para el éxito de la intervención terapéutica. Con la aplicación de la entrevista semiestructurada y por medio de la evaluación multiaxial al ser una evaluación completa, sistemática de los diferentes trastornos mentales y enfermedades médicas, de los problemas psicosociales y ambientales, y del nivel de actividad, que indagan la comprensión de la condición del paciente a través de un esquema estandarizado que podrían pasar inadvertidos si la evaluación se centrara en el motivo de consulta. Esta herramienta nos permite comprender y observar los problemas del paciente no sólo como enfermedad o motivo de consulta sino de su contexto biopsicosocial. Sus cinco ejes son:

Eje I: Trastornos clínicos y otras condiciones que puedan ser objeto de atención por el clínico.

Eje II: Trastornos de personalidad y retardo mental.

Eje III: Condiciones médicas generales.

Eje IV: Problemas psicosociales y del medio ambiente.

Eje V: Valoración del funcionamiento global. DSM IV, (1995).

Tabla 3. Evaluación multiaxial estadísticos descriptivos n=8

Evaluación	Diagnóstico	Frecuencia	Porcentaje
Eje I	T. de Ansiedad generalizada	1	12.50%
	T. Obsesivo compulsivo	1	12.50%
	Estrés por suceso Traumático	1	12.50%
Eje II	Ninguno		
Eje III	Rompimiento de ligamento de rodilla	1	12.50%
	Hipertensión arterial	1	12.50%
	Visión Disminuida	1	12.50%
	Soplo y otros sonidos cardiacos	1	12.50%
Eje IV	Otros problemas sociales y ambientales	4	50%
	Problemas relativos a la enseñanza	2	25.00%
	Problemas economicos	5	62.50%
	Problema laboral	5	62.50%
	Problemas de conyugales	5	62.50%
Eje V (EEAG) Ingreso	Puntuación entre 71 a 80	4	50.00%
	Puntuación entre 61 a 70	2	25.00%
	Puntuación entre 51 a 60	2	25.00%

Nota aclaratoria: cada participante puede ser diagnosticado en un mismo eje más de una vez acorde a la evaluación realizada a excepción del eje V

En el eje I el grupo se da relevancia al diagnóstico de Trastorno obsesivo compulsivo 12.5% y al trastorno de ansiedad generalizada sin otra especificación con el 12.5% de la muestra por ser una pequeña muestra de la población de voluntarios socorristas, por último encontramos un trastorno de estrés postraumático, no asociado a su profesión como socorrista.

En el eje II no se encontró ningún trastorno de personalidad ni retraso mental.

En el eje III se detectaron otros problemas que pueden ser de atención clínica como rompimiento de ligamento de rodilla con el 12.5%, un individuo con diagnóstico de Hipertensión arterial 12.5% hace 2 años aproximadamente sin tratamiento actual, una persona con problemas con su visión disminuida 12.5% y la misma con problemas soplo y otros sonidos cardiacos, actualmente en tratamiento

En el eje IV se diagnostica el 50% con problemas sociales y ambientales, seguido del 25% con problemas por bajo rendimiento académico. Es relevante encontrar los problemas conyugales, problemas laborales y problemas económicos se encuentran con un 62.5% de la muestra entrevistada.

Finalizando con el eje V con la evaluación de escala global (EEGA), se define que la mayoría de la muestra presentó en el momento de la evaluación una puntuación entre 61 a 70 con el 50% existiendo síntomas transitorios estresantes a nivel laboral, familiar, de pareja, con su grupo primario y académicos. Se diagnostica con el 25% la puntuación que fluctúa entre 61 a 70. Al encontrarse dificultades que afectan su labor diaria. Y con el 25% se encuentran al muestra que se encuentra en la puntuación de 51 a 60 que influye moderadamente en su actividad, social, laboral, familiar, afecto aplanado, crisis de angustia ante circunstancias encontradas.

El trastorno de estrés postraumático no se encuentra relacionado con la labor de socorrista, según exploración en la entrevista semiestructurada aplicada.

Tabla 4. Resultados puntuaciones promedio del Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE) n=8

Subescalas CAE	Porcentaje	Minima	Maxima
Focalizado en la Solución del problema	9.28%	11	19
Autofocalización negativa	6.40%	5	18
Reevaluación positiva	9.20%	11	19
Expresión emocional abierta	6.16%	3	16
Evitación	8.32%	9	16
Búsqueda de apoyo emocional	7.20%	5	18
Religión	5.60%	2	15

A nivel general se observa que los resultados obtenidos en el cuestionario de estrategias de afrontamiento CAE las puntuaciones medias se obtuvieron en las subescalas de la Focalización de la Solución del Problema con 9.28% y la Reevaluación Positiva respectivamente con un 9.20%, seguida de la evitación 8.32% la Búsqueda de Apoyo Emocional 7.20% y la Autofocalización negativa con el 6.40%. En contraste puntuaciones medias más baja en las dimensiones de Expresión Emocional Abierta 6.16%, de Religión con el 5.60% nos deduce que la muestra tiene un predominio en el afrontamiento racional y el menos utilizado es el afrontamiento emocional.

Se aprecia en la tabla anterior que la puntuación mínima es para las subescalas de Expresión Emocional Abierta con una puntuación de 3 y religión con una puntuación de 2, siendo esta última la estrategia de afrontamiento al estrés menos utilizadas por los participantes.

En cuanto las puntuaciones altas la han tenido las subescalas de Focalización en la Solución de Problemas y la Reevaluación positiva respectivamente con una puntuación de 19.

En promedio no se encontró una alta frecuencia en el uso de una estrategia específica, a continuación se expone el promedio de cada subescala acorde a sus intervalos de interpretación. En la focalización de solución al problema el 25% tiene una alta frecuencia y el 75% tiene una frecuencia media. La Autofocalización negativa en sí mismo es una estrategia utilizada de forma intermedia con el 75% y solo el 25% es de baja frecuencia. La estrategia de reevaluación positiva el 12.5% tiene una alta frecuencia y 87.5% tiene una frecuencia intermedia. La expresión emocional abierta a la irritabilidad y hostilidad, el 62.5% la utiliza de forma intermedia y el 37.5% es de baja frecuencia. La evitación es la estrategia más utilizada en frecuencia promedio al ser toda la muestra quien acepta utilizarla en forma intermedia o frecuente. La búsqueda de apoyo Social es utilizada de frecuencia promedio con el 87.5% y de baja frecuencia con el 12.5%. Por último se encuentra la religión con baja frecuencia del 37.5%, frente a una frecuencia intermedia del 62.5%.

Tabla 5. Resultados Inventario de la Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE) n=8

Muestra	PUNTUACIÓN BRUTO		PUNTUACIÓN NORMALIZADA	
	ESTADO	RASGO	ESTADO	RASGO
Sujeto 1.	41	44	56	57
Sujeto 2.	40	39	55	49
Sujeto 3.	47	38	60	50
Sujeto 4.	31	35	45	46
Sujeto 5.	36	33	51	44
Sujeto 6.	37	54	52	63
Sujeto 7.	38	36	53	47
Sujeto 8.	24	40	33	52

Tabla 6. Niveles de ansiedad Estado n=8

Rango	Clasificación	Porcentaje ESTADO
20 - 31	Ansiedad muy baja	0%
32 - 43	Ansiedad baja	12.50%
44 - 55	Ansiedad Media	62.50%
56 - 67	Ansiedad Alta	25.00%
68 - 80	Ansiedad Muy Alta	0%

En la Tabla 6 se puede observar que gran parte de la muestra 62.5% presenta un nivel de ansiedad media y un 25% de la población presenta un nivel de ansiedad alta y solo una persona representada con el 12.5% presenta un nivel bajo de ansiedad y siendo la puntuación más baja de la muestra, la puntuación más alta fue 62.50%. Concluyendo que 89% de la muestra se encuentra con un nivel superior en la puntuación de ansiedad media alta.

Tabla 7. Niveles de Ansiedad Rasgo n=8

Rango	Clasificación	Porcentaje RASGO
20 - 31	Ansiedad muy baja	0.00%
32 - 43	Ansiedad baja	0.00%
44 - 55	Ansiedad Media	75.00%
56 - 67	Ansiedad Alta	25.00%
68 - 80	Ansiedad Muy Alta	0.00%

En la Tabla 7 Ansiedad Rasgo, podemos sintetizar una mayoría de la muestra, el 78% tiene un nivel de ansiedad media y un 22% puntúa un nivel de ansiedad alta y una tendencia de ansiedad Rasgo a la ansiedad. La Puntuación más baja de 44 en la escala normalizada y la más alta fue de 63 puntos. Recordemos que la ansiedad-rasgo mide esta sintomatología como una característica permanente de la personalidad.

En la correlación de los resultados del IDARE de Estado Rasgo, se observa en las mujeres presentan un mayor puntaje en su ansiedad estado frente a la menor de Ansiedad rasgo.

No se encontró una correlación estadística frente a mayor ansiedad Estado, mayor ansiedad Rasgo. Al encontrarse un 50% en ambos estados el predominio.

DISCUSION

Los socorristas voluntarios de la Defensa Civil son la base de apoyo para cada colombiano ante una catástrofe o emergencia nacional o local, son personas expuestas a situaciones o hechos estresantes de forma permanente, generando gran impacto emocional haciéndolos vulnerables a trastornos psicológicos y aunque no se está aseverando que sus problemas biopsicosociales emanen de su labor como socorristas voluntarios, si es necesario, la propuesta de un programa de apoyo psicosocial y de prevención y capacitación para el cuidado de la salud mental como lo es planteado con instituciones afines como la Cruz Roja Colombiana en el cuidado del voluntariado. Se presentaron niveles de ansiedad por encima del promedio en los socorristas y de igual forma se presentaron indicadores de ansiedad específico según el diagnóstico del DSM IV, estos elementos se sustentan en los planteamientos de la OPS (2006) en la cual se establece que ante varias exposiciones los socorristas pueden desarrollar trastornos psicopatológicos. Con base en lo anterior, el presente estudio busca demostrarle a las directivas de la Defensa Civil de Bucaramanga y su área metropolitana los efectos y consecuencias emocionales e las intervenciones en emergencias y desastres en los equipos de rescate y la importancia de la prevención por medio de un soporte psicosocial de la institución de forma oportuna y adecuada.

Los diagnósticos según el DSM IV dados mediante la entrevista, permiten corroborar de acuerdo a la OPS (2002) los indicadores comunes de malestar o disfunción de los participantes como, tendencia hacia la desintegración familiar, problemas en grupo primario, problemas con compañeros de trabajo. En cuanto a Inventario de ansiedad Rasgo-Estado se observa en las puntuaciones se presenta una tendencia a la ansiedad media-alta ratificado en el DSM IV con problemas académicos, ansiedad generalizada no especificada, trastorno postraumático, trastorno obsesivo compulsivo, amenaza de pérdida del empleo y problemas relacionados con su salud. Acorde con lo expuesto por la (Valero, 2001), (Caballero, 2006) y reflejado en la evaluación aplicada a la muestra del Inventario de Ansiedad Rasgo Estado (IDARE) se encontró Ansiedad significativa en la muestra de estudio.

En resumen, los resultados parecen indicar que en la totalidad de los participantes estudiados el promedio del nivel de ansiedad se categoriza en “ansiedad media”, tanto para la escala “ansiedad-estado” como para la escala “ansiedad-rasgo”.

Los numerosos estudios expuestos por diferentes autores demuestran la vulnerabilidad a sufrir problemas tanto laborales como personales y de padecer trastornos como estrés postraumático, síndrome de Burnout, depresión y ansiedad. Concluyen la importancia de mantener una capacitación, entrenamiento y apoyo psicológico para el personal voluntario activo en las emergencias, proponiendo incluso un psicólogo en los equipos de rescate de primera respuesta.

Las personas más jóvenes de la muestra tienen una baja tendencia al uso de la religión como estrategia de Afrontamiento al estrés. Este estilo de afrontamiento propone una correlación entre la edad y la religión al encontrarse que la muestra entre los 14 a 26 años, la utilizan menos que la muestra de 30 a 42 años. Estos resultados son confirmados en la investigación Giraldo, L., Gómez, J., Maestre, K. (2008), quienes sugieren una posible relación entre edad y estilo de afrontamiento de Religión encontrando que las personas de mayor edad utilizan mas esta estrategia contra un menor porcentaje en los más jóvenes que no lo utilizan.

En el análisis de datos se evidencia una alta presencia de las estrategias de afrontamiento del estrés adaptativas que acorde con la literatura son de afrontamiento racional destacándose en la muestra la focalización en la solución del problema con el 9.28%, la reevaluación positiva con el 9.20% y la búsqueda de apoyo social con el 7.20%. Las estrategias de afrontamiento al estrés centrada en la emoción o afrontamiento pasivo a las cuales pertenece las subescalas de autocalificación negativa 6.40% y expresión emocional abierta con el 6.16%. Estos datos son congruentes con los resultados encontrados por Marín, N., Esteban, A., Palma, C., Vega, M., Mestre, L., & Fornés, J. (2005).

Durante las sesiones de intervención se trabajó con cada uno de los socorristas en temáticas como relajación, manejo de ansiedad, estrés y reestructuración cognitiva frente a la utilidad de sus estrategias y la efectividad de las mismas, implementación de estrategias en habilidades sociales, resolución asertivas a problemas laborales, de familia y de pareja. Esta propuesta es complementada con la sugerencia de Valero (2001), Pulido (2005) y OPS (2002).

CONCLUSION

Se ha evidenciado que la evaluación de ansiedad Estado/Rasgo es significativa con tendencia media-alta en los participantes asociado a sus problemas en las áreas, laborales, familiares, de pareja y social.

Los compromisos múltiples alternos al servicio como socorrista voluntario, como cumplimiento de horario laboral, diferente al servicio en la Defensa Civil y el tiempo dedicado los fines de semana a la Institución y dejar en segundo plano su vida familiar, se puede convertir en un factor de riesgo en la probabilidad de problemas con su grupo familiar y de pareja y problemas en su trabajo.

Se considera prioritario que los socorristas voluntarios de la Defensa Civil conozcan y se capaciten en estrategias para afrontamiento al estrés y manejo de la ansiedad ante las reacciones que puede desencadenar en las emergencias, así como capacitación en primeros auxilios psicológicos para ayuda de las víctimas.

RECOMENDACIONES

Aunque la muestra no es significativa frente a la población que pertenece a la Defensa Civil Colombiana, el estudio demuestra la detección problemas relacionados con la ansiedad y dificultad en el desarrollo la vida cotidiana de socorrista voluntario y aunque no se puede relacionar directamente los niveles de ansiedad y sus problemas psicosociales, es pauta para futuras investigaciones.

A partir de los resultados de la muestra seleccionada se hace énfasis en la necesidad de valoración e intervención psicológica individual al personal socorrista voluntario activo de la Defensa Civil de Bucaramanga y su área metropolitana que se estime necesario.

La creación de un programa de apoyo psicosocial al interior de esta institución dirigido a sus socorristas voluntarios, puede ofrecer una medida correctiva de los factores desencadenantes del problema de salud mental, así mismo, la inclusión en dicho programa de cursos de capacitación y entrenamiento permanente tanto física como psicológicamente dirigidos tanto hacia el primer nivel de prevención como en promoción del cuidado de la salud mental, pueden contribuir al eficaz afrontamiento de situación desencadenantes de ansiedad.

Organizar grupos de ayuda y cooperación conformados por actores de los diferentes niveles de dirección y liderados por un profesional en salud mental, favorece la comunicación, previene el desarrollo de situaciones conflictivas, consolida lazos de amistad y permite detectar actitudes patológicas de sus integrantes.

REFLEXIÓN SOBRE EL DESARROLLO DE LA EXPERIENCIA DE PRÁCTICA

En principio por ser un estudio donde la muestra fue de forma voluntaria y no remunerada, en ciertos momentos se tornó frustrante, cuando no continuaban sin motivo alguno (o con ella) o dejan de asistir a las citas programadas a pesar de darles facilidades en los horarios y en el lugar de encuentro. Pero me permitió a la vez abordar estrategias diferentes a las expuestas en la teoría para lograr los objetivos planteados al inicio de la propuesta, lo que enriquece la formación como profesional en la práctica permitiendo aprender, perseverar y ser flexible lo cual me permitió culminar el estudio propuesto.

REFERENCIAS

Belloch, A., Sandín, B. & Ramos, F. (1995). *Manual de Psicopatología*. Primera Edición. Madrid: Editorial McGraw Hill/ Interamericana de España, S.A.

Caballero, Dora (ed.), (2006) *Salud mental y desastres: intervención en crisis. Pautas para equipos de respuestas*. OPS/OMS, (Documentos Técnicos OPS N° 1). Recuperado el 29 julio, 2009.
<http://www.ops.org.bo/textocompleto/nde28704.pdf>

Vega, D. (1994) Estudio del síndrome del desgaste profesional entre los médicos de un hospital general. Universidad de Salamanca. Recuperado el 15 octubre, 2009.
<http://www.uam.es/gruposinv/esalud/Articulos/Personalidad/Ansiedad%2520y%2520estres-Burnout%2520medico.pdf>

Defensa Civil Colombiana, (2009). *Origen de la Defensa Civil*. Recuperado el 15 julio, 2009. <http://www.defensacivil.gov.co/portal/apps/php/verdocumento.php?nur=MTc1OTU>

DSM IV. (1995) *Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales*. Barcelona Ed. Masson.

Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja (2001). *Controlar el estrés sobre el Terreno*. Ginebra (Suiza). Recuperado el día 14 noviembre, 2009. <http://www.cruzroja.org/salud/redcamp/docs/SaludEmer/Controlestres.pdf>

García Renedo, Mónica (2007) *Psicología y desastres: aspectos psicosociales*: Publicacions de la universitat Jaume I DL 2007 p. 119. Recuperado el 25 Octubre, 2009.
http://books.google.com.co/books?id=gshR3w0Q64gC&pg=PA15&lpg=PA15&dq=%22Psicolog%C3%ADa+y+desastres:+aspectos+psicosociales%22&source=bl&ots=2yTLCXdO_N&sig=

0A1ODjgQRWUBUKKEpPMSZ3kyUgE&hl=es&ei=vGedS8utFoG78gb_zf2bDg&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=1&ved=0CAYQ6AEwAA#v=onepage&q=&f=false

Giraldo, L., Gómez, J., & Maestre, K. (2008) Niveles de depresión y estrategias de afrontamiento en familiares víctimas de desaparición forzada en la ciudad de Medellín. *International Journal of Psychological Research* ISSN 2011- 7922 Vol. 1, p. 27-33.

Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona, España: Martínez Roca.

Marín, N., Esteban, A., Palma, C., Vega, M., Mestre, L., & Fornés, J. (2005). *Burnout en profesionales sanitarios en formación del Hospital Universitario Son Dureta*. Revista psiquiatría.com. vol.9 nº 4 – Diciembre del 2005. Recuperado el 12 noviembre, 2009.
<http://www.psiquiatria.com/psiquiatria/revista/155/24285/?++interactivo>

OPS/OMS, (2006). *Manuales y guías sobre desastres, práctica de salud mental en situaciones de desastres* **Editores:** Rodríguez J, Zaccarelli M, Pérez R. OPS/OMS Washington, D.C. Recuperado el 2 agosto, 2009. http://www.surcultural.info/wp-content/uploads/2010/01/paho_guia_practicade_salud_mental.pdf

OPS/OMS, (2002) *Protección de la salud mental en situaciones de desastres y emergencia*, Serie anuales y Guías sobre Desastres, Nº 1 Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C. Recuperado el 14 agosto, 2009.
http://www.counselingamericas.org/pdf/libros/03_LibroProtecciondelaSaludMental.pdf

Pulido, E., Fuentes, M., Corpas, A., López, A., Montilla, A., Navarro, R. & Soriano, A. (2005) *Protocolo de Intervención Psicológica en Crisis ante Situación de Emergencias y Desastres*. Edita: Patronato Provincial de servicios Sociales de Córdoba. España.

Sánchez, F. (2003). *La atención psicológica al personal de emergencias*. Hojas Informativas de psicólogos de las palmas, 57, época junio II. (p. 21,22). Recuperado el 25 Agosto, 2009. <http://www.cop.es/delegaci/palmas/biblio/desas/desas06.pdf>

Sandín, B. (1995) citado por Sandín, B y chorot, (2003). *Cuestionario de afrontamiento del Estrés (CAE), desarrollo y validación preliminar*. Revista de Psicopatología y Psicología Clínica 2003, Volumen 8, Número 1, pp. 39-54. Recuperado el 10 julio, 2009. <http://e-spacio.uned.es:8080/fedora/get/bibliuned:Psicopatologia-2003volumen8numero1/demo:Collection/view>

Sáiz, E (1997) *Exploración de la ansiedad en conductores noveles y profesionales* *anales de psicología* 13 (1), 67-75.

Spielberg, C. Díaz, R. (1975) *El Inventario de la Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE)*, Manual e instructivo. México, D.F. Editorial Manuela Moderno.

Valero Álamo, S. (2001). *Manual para el cuidado de la salud mental de los equipos de primera respuesta*. Lima: s.n. Recuperado el 15 agosto, 2009. <http://bvpad.indeci.gob.pe/doc/pdf/esp/doc728/doc728.htm>

1. ANEXOS

ANEXO 1

HISTORIA CLINICA PSICOLOGICA

HISTORIA No. _____

DATOS PERSONALES

Nombre: _____	Apellidos: _____
Identificación CC / TI: _____	Expedida en: _____
Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____	Edad: _____
Estado Civil: _____	Sexo: _____
Dirección: _____	Tel: _____
Escolaridad: _____	Ocupación: _____
Cargo en DC _____	Antigüedad _____
Formación (educación, cursos en DC): _____	

GENOGRAMA

MOTIVO DE CONSULTA

CICLO DE VIDA

ANALISIS POR ÁREA

Área de salud _____

Área de familiar _____

Área de pareja y sexual _____

Área laboral y académica _____

Área social y recreativa

HIPOTESIS DIAGNOSTICA

PRUEBAS PSICOLOGICAS APLICADAS

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA PSICOLOGICA (EVALUACION MULTIAxIAL)

EJE I

EJE II

EJE III

EJE IV

EJE V

ANALISIS CLÍNICO

OBJETIVOS TERAPEUTICOS

PLAN DE INTERVENCIÓN

RESULTADOS Y LOGROS DE LA INTERVENCIÓN PSICOLOGICA

ANEXO 2

[illegible]

ANEXO 3

IDARE

INVENTARIO DE ANSIEDAD RASGO ESTADO



IDARE
Inventario de Autoevaluación
por

SXE

C.D. Spielberger, A. Martínez-Urrutia, F. González-Reigosa, L. Natalicio y R. Díaz-Guerrero

Nombre: _____ Fecha: _____

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo numerado que indique cómo se *siente ahora mismo*, o sea, en *este momento*. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos *ahora*.

	NO EN LO ABSOLUTO	UN POCO	BASTANTE	MUCHO
1. Me siento calmado(a)	①	②	③	④
2. Me siento seguro(a)	①	②	③	④
3. Estoy tenso(a)	①	②	③	④
4. Estoy contrariado(a)	①	②	③	④
5. Estoy a gusto	①	②	③	④
6. Me siento alterado(a)	①	②	③	④
7. Estoy preocupado(a) actualmente por algún posible contratiempo	①	②	③	④
8. Me siento descansado(a)	①	②	③	④
9. Me siento ansioso(a)	①	②	③	④
10. Me siento cómodo(a)	①	②	③	④
11. Me siento con confianza en mí mismo(a)	①	②	③	④
12. Me siento nervioso(a)	①	②	③	④
13. Me siento agitado(a)	①	②	③	④
14. Me siento "a punto de explotar"	①	②	③	④
15. Me siento reposado(a)	①	②	③	④
16. Me siento satisfecho(a)	①	②	③	④
17. Estoy preocupado(a)	①	②	③	④
18. Me siento muy agitado(a) y aturdido(a)	①	②	③	④
19. Me siento alegre	①	②	③	④
20. Me siento bien	①	②	③	④

IDARE

Inventario de Autoevaluación

SXR

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo numerado que indique cómo se siente *generalmente*. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa cómo se siente *generalmente*.

	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE
21. Me siento bien	①	②	③	④
22. Me canso rápidamente	①	②	③	④
23. Siento ganas de llorar	①	②	③	④
24. Quisiera ser tan feliz como otros parecen serlo	①	②	③	④
25. Pierdo oportunidades por no poder decidirme rápidamente	①	②	③	④
26. Me siento descansado(a)	①	②	③	④
27. Soy una persona "tranquila, serena y sosegada"	①	②	③	④
28. Siento que las dificultades se me amontonan al punto de no poder superarlas	①	②	③	④
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	①	②	③	④
30. Soy feliz	①	②	③	④
31. Tomo las cosas muy a pecho	①	②	③	④
32. Me falta confianza en mí mismo(a)	①	②	③	④
33. Me siento seguro(a)	①	②	③	④
34. Procuro evitar enfrentarme a las crisis y dificultades	①	②	③	④
35. Me siento melancólico(a)	①	②	③	④
36. Me siento satisfecho(a)	①	②	③	④
37. Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente y me molestan	①	②	③	④
38. Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza	①	②	③	④
39. Soy una persona estable	①	②	③	④
40. Cuando pienso en mis preocupaciones actuales me pongo tenso(a) y alterado(a)	①	②	③	④

ANEXO 4

CAE

Cuestionario de Afrontamiento del Estrés

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Instrucciones: En las páginas que siguen se describen formas de pensar y comportarse que la gente suele emplear para afrontar los problemas o situaciones estresantes que ocurren en la vida. Las formas de afrontamiento descritas no son ni buenas ni malas, ni tampoco unas son mejores o peores que otras. Simplemente ciertas personas utilizan unas formas más que otras. Para contestar debe leer con detenimiento cada una de las formas de afrontamiento y recordar en qué medida Vd. la ha utilizado recientemente cuando ha tenido que hacer frente a situaciones de estrés.

Rodee con un círculo el número que mejor represente el grado en que empleó cada una de las formas de afrontamiento del estrés que se indican. Aunque este cuestionario a veces hace referencia a una situación o problema, tenga en cuenta que esto no quiere decir que Vd. piense en un único acontecimiento, sino más bien en las situaciones o problemas más estresantes vividos recientemente [aproximadamente durante el pasado año].

0	1	2	3	4
Nunca	Pocas veces	A veces	Frecuentemente	Casi siempre

¿Cómo se ha comportado *habitualmente* ante situaciones de estrés?

1. Traté de analizar las causas del problema para poder hacerle frente.....0 1 2 3 4
2. Me convencí de que hiciese lo que hiciese las cosas siempre me saldrían mal.....0 1 2 3 4
3. Intenté centrarme en los aspectos positivos del problema.....0 1 2 3 4
4. Descargué mi mal humor con los demás.....0 1 2 3 4
5. Cuando me venía a la cabeza el problema, trataba de concentrarme en otras cosas.....0 1 2 3 4
6. Le conté a familiares o amigos cómo me sentía.....0 1 2 3 4
7. Asistí a la Iglesia.....0 1 2 3 4
8. Traté de solucionar el problema siguiendo unos pasos bien pensados.....0 1 2 3 4
9. No hice nada concreto puesto que las cosas suelen ser malas.....0 1 2 3 4
10. Intenté sacar algo positivo del problema.....0 1 2 3 4
11. Insulté a ciertas personas.....0 1 2 3 4
12. Me volqué en el trabajo o en otra actividad para olvidarme del problema.....0 1 2 3 4
13. Pedí consejo a algún pariente o amigo para afrontar mejor el problema.....0 1 2 3 4
14. Pedí ayuda espiritual a algún religioso (sacerdote, etc.).....0 1 2 3 4
15. Establecí un plan de actuación y procuré llevarlo a cabo.....0 1 2 3 4
16. Comprendí que yo fui el principal causante del problema.....0 1 2 3 4
17. Descubrí que en la vida hay cosas buenas y gente que se preocupa por los demás.....0 1 2 3 4
18. Me comporté de forma hostil con los demás.....0 1 2 3 4
19. Salí al cine, a cenar, a «dar una vuelta», etc., para olvidarme del problema.....0 1 2 3 4
20. Pedí a parientes o amigos que me ayudaran a pensar acerca del problema.....0 1 2 3 4
21. Acudí a la Iglesia para rogar que se solucionase el problema.....0 1 2 3 4
22. Hablé con las personas implicadas para encontrar una solución al problema.....0 1 2 3 4

23. Me sentí indefenso/a e incapaz de hacer algo positivo para cambiar la situación..... 0 1 2 3 4
24. Comprendí que otras cosas, diferentes del problema, eran para mí más importantes.....0 1 2 3 4
25. Agredí a algunas personas.....0 1 2 3 4
26. Procuré no pensar en el problema.....0 1 2 3 4
27. Hablé con amigos o familiares para que me tranquilizaran cuando me encontraba mal.....0 1 2 3 4
28. Tuve fe en que Dios remediara la situación.....0 1 2 3 4
29. Hice frente al problema poniendo en marcha varias soluciones concretas.....0 1 2 3 4
30. Me di cuenta de que por mí mismo no podía hacer nada para resolver el problema.....0 1 2 3 4
31. Experimenté personalmente eso de que «no hay mal que por bien no venga».....0 1 2 3 4
32. Me irrité con alguna gente..... 0 1 2 3 4
33. Practiqué algún deporte para olvidarme del problema.....0 1 2 3 4
34. Pedí a algún amigo o familiar que me indicara cuál sería el mejor camino a seguir.....0 1 2 3 4
35. Recé.....0 1 2 3 4
36. Pensé detenidamente los pasos a seguir para enfrentarme al problema.....0 1 2 3 4
37. Me resigné a aceptar las cosas como eran.....0 1 2 3 4
38. Comprobé que, después de todo, las cosas podían haber ocurrido peor.....0 1 2 3 4
39. Luché y me desahugué expresando mis sentimientos.....0 1 2 3 4
40. Intenté olvidarme de todo.....0 1 2 3 4
41. Procuré que algún familiar o amigo me escuchase cuando necesité manifestar mis sentimientos.....0 1 2 3 4
42. Acudí a la Iglesia para poner velas o rezar..... 0 1 2 3 4

ANEXO 5**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

La Universidad Pontificia Bolivariana está desarrollando un proyecto para evaluar el efecto del sentido del humor sobre la salud. Después de haber recibido la información necesaria por parte del Psicólogo. Miguel Amorocho Lozano, quien dio respuesta a mis inquietudes, manifiesto libre, consciente y voluntariamente mi intención de participar en la investigación.

Entiendo que mi participación consiste en responder unos cuestionarios y después participar de un programa de intervención que me ofrecen. Conozco mi derecho a retirarme en cualquier momento y autorizo para que los resultados de la evaluación sean presentados en cualquier medio de divulgación científica siempre y cuando se preserve mi identidad.

En constancia firmo:

Nombre, firma y documento de identidad:

Nombre _____

Firma _____

C. C. #: _____ de: _____

Fecha: _____

Nombre, firma y documento de identidad del investigador

Nombre _____

Firma _____

Cédula de Ciudadanía #: _____ de: _____

ANEXO 6

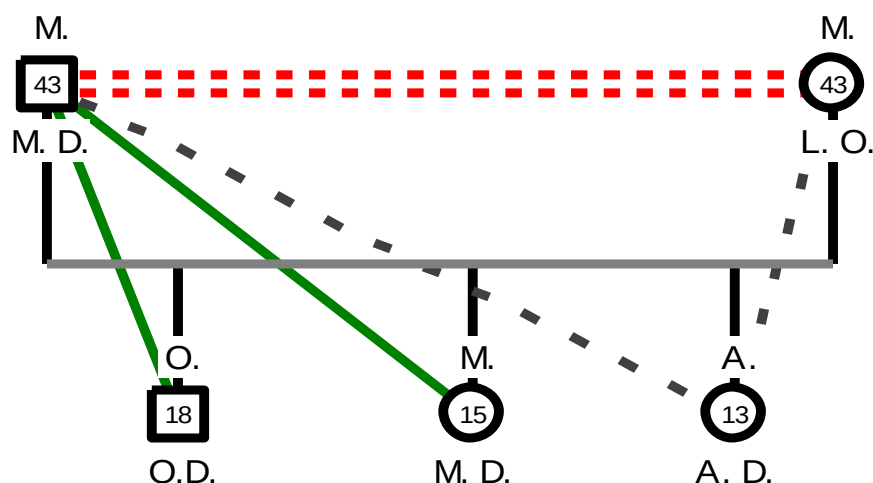
FORMULACION DE CASO CLINICO PACIENTE 1.

HISTORIA DEL CASO

A. Datos generales: Paciente de 42 años de edad, masculino, bachiller, auxiliar de fontanería, casado hace 18 años, tiene tres hijos de 17, 14 y 12 años respectivamente.

Desde hace 10 años labora como socorrista voluntario en la Defensa Civil. Ha participado en múltiples emergencias y rescates tanto de personas heridas como fallecidas. Igualmente ha atendido desastres donde niños han perdido la vida. Situaciones que han generado en el paciente importante nivel de estrés, ansiedad, sentimientos de culpa y una gran frustración, debido a que en ocasiones no cuentan con herramientas apropiadas para los operativos de emergencia. Recientemente una persona fallece al presentar una complicación cardio-respiratoria, el vehículo de emergencia en el que fue trasladada no contaba con suministro de oxígeno. Igualmente dos personas que laboraban en mantenimiento de alcantarillas, quedan sepultados y por falta de herramientas no fueron rescatados a tiempo.

Genograma



B. Motivo de consulta: Asiste como voluntario en la propuesta de evaluación en el afrontamiento de estrés y evaluación de ansiedad en voluntarios de defensa civil. Al

hacer la pregunta sobre cuál sería el motivo de consulta, refiere: “que no se siente seguro de sí mismo y frente a los demás por intento de agresión a otra persona en su juventud por lo cual se siente culpable, tiene baja autoestima y autoconcepto por secuelas de convulsión tardía por la medicación con una dentadura incompleta, problemas de pareja y problemas económicos”.

C. Ciclo de vida: Infancia: es el hermano mayor, transcurre en compañía de sus padres y hermana, a los años de edad le diagnostican síndrome convulsivo, su progenitora en especial brinda apoyo afectivo en los cuidados y atención por su enfermedad, hace su primaria en área rural.

Su adolescencia la considera como negativa por sus epilepsias generando una disminución en su vida social, a nivel académico culmina su bachillerato; a nivel afectivo inicia relaciones de pareja las cuales considera positivas y gratas. Tiene conflicto con su padre hasta tal punto de salir de casa, presta servicio militar.

Su adultez joven inicia a laborar viviendo en lugares donde trabaja, conoce a su actual esposa y se casa a los 26 años edad, sentimientos de frustración por no poder continuar estudios académicos y por su trabajo por no poder seleccionar un trabajo acorde a sus expectativas. Sus padres se separaron y su progenitor inició a vivir con pareja mucho menor que él. Se distancia de su familia, enfocándose a su núcleo familiar y de pareja. Su enfermedad ha influido en el transcurso de su vida hasta los 26 años que cesa tratamiento por orden médica, por lo que fue diagnosticado como síndrome convulsivo tardío.

D. Análisis por áreas:

Área de salud: con diagnóstico en su infancia de síndrome convulsivo de aparición tardía que inicio de 5 años y cesó a los 26 años de edad, esta enfermedad le generó aislamiento, inferioridad e influyendo negativamente en su infancia y adolescencia ante las convulsiones sufridas llevando a cama hasta por tres días, estuvo en tratamiento, pero el medicamento a tenido secuelas de pérdida de algunas piezas de dentadura lo que generado inseguridad al expresarse por sentir que se están fijando en la perdida de sus dientes. Actualmente con problema de ligamento en su rodilla a causa de accidente laboral, pendiente cirugía, lo que ha generado cierta expectativa ante la incapacidad y su

disminución económica. Con buen apetito e higiene de sueño, no hace actividades físicas por prescripción médica

Área Familiar: Proveniente de padres separados tiene una hermana y tres medios hermanos, sale en su adolescencia de su hogar por conflictos con su padre, refiere actualmente aprecio y cariño por sus padres pero su relación es distante, al punto que su progenitora vive a tres manzanas de su hogar y la visita cada dos meses y su padre lo visita cada seis meses, contacto con sus hermanos disminuido (su última visita a su hermana la hizo hace un año). Se casa a los 26 años de edad tiene tres hijos y con ellos se refiere apoyo por parte de ellos al compartir con los dos mayores los fines de semana en la defensa civil, al igual que su esposa quien también es voluntaria, Su hija menor no fue deseada al considerarla “una dificultad por sus problema económico” considerando que ella tiene muchos problemas al o integrarse en la familia. En cuanto la vida y relación familiar es limitada al ser su casa el segundo centro de reunión en Girón de la Defensa civil.

Área de pareja/sexual: relación actual en conflicto por negocios no adecuados del paciente quien pierde dinero en un negocio el cual lo deja con deudas y cambio a una casa modesta al estar obra negra y por ser fiador de un amigo queda con el préstamo al declararse en quiebra. Relaciones sexuales disminuidas por conflicto de pareja y referir cansancio físico al laborar en horarios diurnos y nocturnos, comenta su situación económica influye en la relación de pareja al no tener recursos para compartir espacios diferentes al hogar ni de recreación teniendo una vida monótona como pareja. El laborar su esposa los fines de semana distancia un poco más la vida de pareja. Tiene claro uso del preservativo como medio de promoción y prevención de embarazo no deseado. No refiere infidelidad de pareja.

Área laboral: esta laborando en los servicios públicos de aseo de Lebrija hace 14 años, refiriendo estar inconforme con su actual responsabilidad e incomodidad laboral al no identificarse con su trabajo, con intención de renunciar. No a gusto con sus jefes inmediatos por no tramitar a ARP ante accidente laboral el cual lo tiene con dolor permanente en su rodilla. Labora en jornada diurna y nocturna incluyendo fines de semana y festivos.

Su labor en la DC, es Vocal operativo de la institución, cargo de responsabilidad al ser el coordinador de las emergencias que se presentan en Girón, instructor y conductor, dedicando fines de semana a estas labores

Área social: Posee habilidades sociales adecuadas, pero están enfocadas a su grupo de trabajo e integrantes de la Defensa Civil. Dedicando su tiempo libre como son los fines de semana y de lunes a viernes de 7 de la noche en adelante. Pertenece a iglesia cristiana pero ha dejado de asistir ante presión ejercida por líderes de su comunidad religiosa sobre la incongruencia de pertenecer a la iglesia y ser miembro de Defensa Civil. Asiste a iglesia cristiana dos veces al mes en compañía de su esposa e hijos

Área académica: es bachiller, se ha capacitado en el SENA como fontanero, en DC ha tenido capacitaciones de curso básico, curso de rescate vertical, sistema comando de incidente, curso para instructor, desempeñando labores de conductor, instructor y coordinador.

Área recreativa: su tiempo libre lo dedica a compartir con la familia asociada a ser voluntarios DC, es limitado el compartir espacio diferente a DC y la casa por gastos en el hogar y estudios de sus tres hijos. Han tenido dificultad para la integración familiar pues su esposa labora los fines de semana en restaurante de su progenitor, dedicando más tiempo a sus hijos Cuando descansa se dedica a ver televisión y compartir con amigos de la defensa civil

E. Hipótesis Diagnóstica:

En pruebas aplicadas se encuentran los siguientes resultados:

Inventario de Ansiedad Estado rasgo (IDARE):	Estado: 56 Rasgo 57 clasificando como un manejo de ansiedad alta.
Cuestionario de Afrontamiento del estrés (CAE):	Focalizado en la solución del problema (FSP): 19 puntuación alta
	Autofocalización negativa (AFN): 13 puntuación media
	Reevaluación positiva (REP): 17 puntuación media
	Expresión emocional abierta (EEA): 10 puntuación media
	Evitación (EVT): 14 Puntuación media

	Búsqueda de apoyo social (BAS): 8 puntuación media- baja
	Religión (RLG): 10 puntuación media

F. DSM IV diagnóstico:

Eje I	• Ansiedad no especificada
Eje II	• Ninguno
Eje III	• Rompimiento de ligamento de rodilla. Dificultad y dolor al desplazarse. • Perdida de piezas dentales por efectos secundario de tratamiento para síndrome convulsivo tardío.
Eje IV	• Problemas con hechos estresantes que afectan la familia. • Problemas conyugales. • Baja autoestima asociada a perdida de los dientes por enfermedad padecida en su infancia y juventud. • Problemas laborales (enfocados a su trabajo con cambios de horario diurno, y nocturno, problemas con jefe inmediato y fines de semana responsable como vocal operativo de DC de Girón. • Problemas económicos (deudas económicas y ser cabeza de familia) • Otros problemas sociales y ambientales. Se miembro activo de defensa civil y vocal operativo, con la responsabilidad de acudir a la mayoría de las emergencias.
Eje V	• Puntuación de 61 a 70 por dolor en su rodilla, generando dificultad en su labor diaria y estrés por su situación económica influyendo en su estado de ánimo y relación familiar.

G. Análisis clínico:

Su lesión de rodilla, la dificultad para caminar y la proximidad de cirugía, su miedo a que no sea exitosa son los factores que generan mayor ansiedad en el paciente, de igual forma su baja autoestima por la pérdida de piezas dentales y el ser instructor y el acudir a reuniones en las que presenta informes de gestión le generan ansiedad al

pensar que las personas se fijan en su rostro y dentadura disminuyendo estas actividades.

Otro factor de ansiedad es el miedo quedarse solo con una compañera voluntaria o con sus hijas al asociarlo con experiencia negativa en su pasado, afectando sus relaciones familiares y sociales. A nivel familiar se ha distanciado de su esposa y actualmente en conflicto por situación económica afectando a su núcleo familiar y de pareja disminuyendo su vida sexual y afectiva. A nivel laboral se ha presentado conflicto con su jefe inmediato ante la falta de comprensión por su estado de salud actual y no manejo de asertividad en sus relaciones interpersonales. En la DC (se incluye como trabajo por tener unas funciones y disponibilidad en la institución) tiene inconvenientes por ser la persona disponible como conductor para los servicios y emergencia del municipio, la falta de disponibilidad de voluntarios obligan al paciente a su disponibilidad ante la responsabilidad como vocal operativo.

Objetivos terapéuticos.

- Reducir niveles de ansiedad.
- Detección y modificación de pensamientos automáticos
- Incrementar asertividad en área laboral de familiar y de pareja
- Aumentar niveles de satisfacción en las relaciones familiares.
- Fomentar espacios individuales y familiares alternos a la DC.
- Dar estrategias para afrontamiento para reducir respuestas de estrés y ansiedad.

H. PLAN DE INTERVENCION	
SESIÓN N°	PROCESO TERAPEÚTICO
1	Presentación inicial, aplicación de Cuestionario IDARE.
2	Entrevista semiestructurada, aplicación de Cuestionario afrontamiento de estrés CAE.
3	Entrevista semiestructurada, devolución de información, objetivos.

4	Identificación y detección de pensamientos automáticos frente a miedo en cirugía. Comprobación de miedos irracionales y su validez a quedarse solo con personas del sexo contrario.
5	Taller manejo de ansiedad (grupal) estrategias de afrontamiento
6	Taller manejo de estrés (grupal) estrategias de afrontamiento
7	Desensibilización sistemática imaginativa, programación de actividades diarias.
8	Identificación e Implementación de herramientas en el manejo de habilidades de comunicación y resolución de problemas a nivel de pareja y familiar
9	Implementación de herramientas en el manejo de habilidades de comunicación y resolución de problemas a nivel laboral
10	Identificación de pensamientos automáticos y distorsionados. Estrategias para mejorar el autoestima. Programación de actividades diarias.
11	Implementación de herramientas en el manejo de habilidades de comunicación y resolución de problemas a nivel laboral, familiar y de pareja. Programación de actividades diarias.
12	Evaluación de progresos, repasos de técnicas aprendidas, conclusiones y cierre del proceso terapéutico

I. Resultados y logros de intervención psicológica:

Se desarrolló intervención en solución de pareja con trabajos y ejercicios complementarios a la intervención terapéutica en casa de reglas generales y en la comunicación en la escucha activa, de igual forma se trabajó la valoración de ideas irracionales acerca de la relación de pareja. Con resultados positivos en el cierre del proceso psicológico.

Se trabajó el intercambio de conductas positivas y de detalles en la relación diaria para disminuir la monotonía de pareja y familia. Se promovió los espacios familiares y de recreación para una mayor integración familiar, se hace reflexión acerca de la hija menor considerada “como problema familiar”, concluyendo sobre el abandono por parte de él y

su núcleo familiar al no darle tiempo para compartir en la familia, tomando decisiones en mejorar las relaciones padre-hijos y esposo. Inicia a visitar a su progenitora dos veces por semana, ha visitado y aceptado invitación por parte de su hermana y progenitor y toma como meta integración dos veces al mes con sus padres, hermanos e hijos. Propone a su esposa la probabilidad de iniciar los fines de semana como instructora para estar en casa y compartir con la familia. Mediante psicoeducación se dan estrategias en el manejo de ansiedad y estrés ante afrontamiento futuros de situaciones o hechos estresantes. Está pendiente apoyo en el manejo de ansiedad ante cirugía programada para el 14 de enero del 2010.

A nivel de DC inicia a delegar funciones de su cargo comprometiendo a voluntarios externos de su familia a participación en las emergencias y servicios, abre convocatoria para iniciar curso de conductor de ambulancia. Decide que las reuniones de DC civil no sean siempre en su casa para dar.

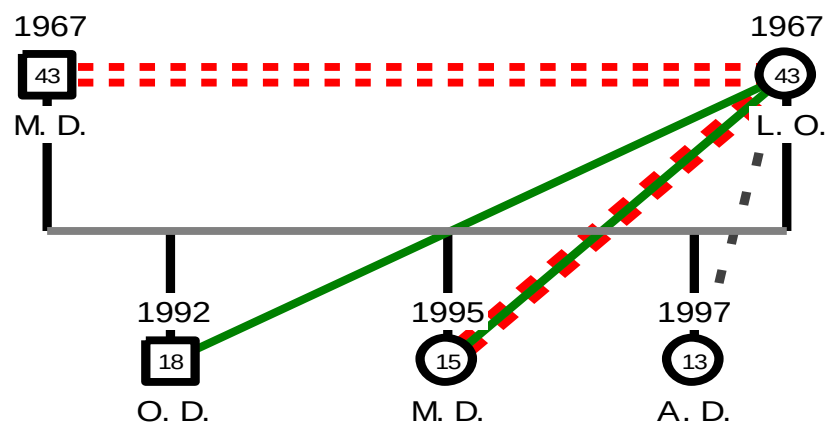
FORMULACION DE CASO CLINICO PACIENTE 2.

HISTORIA DEL CASO.

A. Datos generales: Paciente femenino, de 42 años de edad, madre de tres hijos de 17, 14 y 12 años de edad, casada hace 18 años por la iglesia católica vive con su núcleo familiar. Cursó hasta noveno de bachillerato. Los fines de semana labora en restaurante de su progenitor, en el transcurso de la semana realiza las labores propias del hogar. La familia se trasladó hace 3 años de Lebrija a Girón por compra de casa y por anhelo de mejorar la calidad académica de sus hijos. Pertenecer a la Defensa Civil hace 5 años, motivada por la participación activa de su esposo en esta institución. Aunque no puede dedicarle tiempo a la DC los fines de semana por su extenso horario laboral, se encuentra disponible en el transcurso de la semana.

Ha participado en emergencias como socorrista voluntaria en equipo de primera respuesta. Las más recientes intervenciones fueron: un accidente vehicular en Agosto 2009 que dejó como resultado 6 personas fallecidas. Recientemente en compañía de sus hijos y esposo apoyaron a vecino de la comunidad donde reside por un infarto que padeció, colaboraron en el transporte de la paciente en ambulancia hacia el hospital, donde finalmente fallece la persona, se han culpado de no haber brindado oxígeno en el tiempo del traslado de la paciente. Considera el ser voluntaria como una forma activa de integración en grupo social, de contacto con sus hijos y esposo. Participa en emergencias donde está expuesta a estrés agudo por ser su labor el ofrecer "los primeros auxilios" a tiempo una acción primordial a la hora de salvar una vida.

B. Genograma



C. Motivo de consulta: Asiste como voluntario en la propuesta de evaluación en el afrontamiento de estrés y evaluación de ansiedad en voluntarios de defensa civil. Al hacer la pregunta sobre cuál sería el motivo de consulta, refiere: “Tengo problemas en el trato con mi esposo por malos negocios de él que han afectado a la familia”.

D. Ciclo de vida: En su Infancia fue abandonada por su progenitora a los 15 días de nacida, su padre por estar laborando la dejó al cuidado de sus padrinos, la visitaba frecuentemente, a los 7 años de edad inició a vivir con sus abuelos paternos e inició estudios académicos, en casa ayudó en los oficios del hogar, a los 9 años de edad, regresó con su padre quien inició una nueva relación de pareja por tercera vez , (madre de la paciente era la segunda pareja del progenitor de la paciente, con primera pareja tiene 2 hijos, en total tuvo seis hijos y cinco esposas), sintió alegría por estar viviendo con su padre y llevar una buena relación con su madrastra, su infancia la consideró llena de restricciones económicas y afectivas por cambio de hogares y familiares quienes la criaban y cuidaban. Su adolescencia la centró en el estudio y el trabajo pues su padre compró un restaurante e inicia a laborar sin remuneración económica, deja sus estudios por apoyar a su progenitor, tiene sentimiento de frustración y rabia con su padre por no poder continuar sus estudios académicos, mientras sus medios hermanos si lo podían continuar con ellos, pero por considerarse una persona introvertida y sumisa decidió callar y dedicarse al hogar. Socialmente posee habilidades adecuadas pero fueron limitadas y restringidas por su progenitor. Considera que en estas etapas tuvo carencia de afecto llevando sentimientos de tristeza por no tener una madre quien le apoyara. En su juventud conoció a su actual esposo y decide casarse a los 26 años de edad ante aprobación de su progenitor. Tuvo tres hijos, su ultima hija no fue deseada y atribuye descuido a su esposo, a pesar de su situación económica, principios religiosos y morales deciden tenerla, hace cinco años queda embarazada, lo que fue conflicto en su relación de pareja ante tres hijos y una situación económica difícil, pierde a su bebe de 6 meses de gestación, refiere a veces escucha llanto y se culpa de no haberlo deseado tener.

E. Análisis por áreas:

Área de salud: Ha estado hospitalizada por sus tres partos. Antecedentes médicos: Hospitalizada hace 5 años por óbito fetal (gestación de 6 meses) y hace 4 años por

fractura del pie izquierdo en entrenamiento de la DC. No refiere antecedentes psiquiátricos o psicológicos, con buen apetito e higiene de sueño, orientada en tiempo espacio y persona, su actividad física consiste en realizar los oficios del hogar, no refiere entrenamiento y preparación física por parte de la DC. Antecedentes familiares: Padre sufre de hipertensión arterial en tratamiento.

Área Familiar: Tiene cinco medios hermanos todos son de diferente madre. Con su padre trabaja en restaurante los fines de semana en atención del servicio al cliente, su relación con él y sus hermanos es distante. La relación actual con su familia la considera funcional pero se refiere a su hija menor como una niña problemática, presentando regular rendimiento académico y actitud hostil a nivel familiar, considera a sus hijos como desordenados; esta estresada por rendimiento académico de su hija de 14 años y refiere preocupación por que su hijo mayor no se graduará por haber perdido materias en este semestre. Promueve la tenencia de mascota en el hogar, siendo apoyada por su núcleo familiar.

Su obsesión por la limpieza genera conflictos con su familia, barre 7 veces y trapea 14 veces al día se excusa aduciendo “la casa está en obra negra, con mayor razón debe estar impecable el aseo para no verla tan acabada”.

Área de pareja y sexualidad: Heterosexual. Su relación actual de pareja es conflictiva debido a que su esposo en un negocio perdió la casa y se trasladaron a vivir a otra casa que se encuentra en obra negra y con deudas económicas hasta el punto de desconexión del gas y teléfono por lo que decide trabajar con su padre nuevamente los fines de semana para apoyo económico familiar. Su situación económica es factor conflictivo en la relación ante cualquier discusión sale a relucir este tema. Su actividad sexual se encuentra disminuida debido a la falta de disposición de su esposo quien llega cansado de su jornada laboral, esta situación ha hecho que su autoestima disminuya al no considerarse sexy para su esposo, considera fomenta espacios para la intimidad pero su esposo no muestra interés. Tiene claro uso de condón como medio de prevención de embarazos no deseados y enfermedades sexuales.

Área laboral: Labora los fines de semana en restaurante de propiedad de su progenitor, en el transcurso de la semana se dedica al oficio del hogar, teniendo en este tiempo disponibilidad para colaborar ante eventuales emergencia y apoyo de servicios

brindados a eventos masivos de la comunidad en cual es contratada la Defensa Civil como prevención. Los miércoles participa en las reuniones programadas de la DC.

Área social: Aunque posee habilidades sociales estas son enfocadas solo al grupo de socorristas voluntarios al ser su esposo coordinador de la junta local de la DC, su casa es el centro de reuniones. Refiere poco contacto con su familia extensa. Asiste dos veces al mes a iglesia cristiana en compañía de sus hijos y esposo.

Área académica: Cursó hasta noveno de bachillerato, no culmino sus estudios por estar laborando para su padre. En DC ha tenido capacitaciones de curso básico, gestión de riesgo, curso de seguridad escolar, primeros auxilios de rescate y actualmente está interesada en curso para instructor ya que busca apoyar a sus hijos y esposo.

Área recreativa: Su tiempo libre lo dedica a compartir con la familia, es limitado el compartir espacios diferentes a DC y la casa por gastos en el hogar y estudios de sus tres hijos.

F. Hipótesis Diagnóstica:

En pruebas aplicadas se encuentran los siguientes resultados:

Inventario de Ansiedad Estado rasgo (IDARE):	Estado: 55 Rasgo 49 clasificando como un manejo de ansiedad media.
Cuestionario de Afrontamiento del estrés (CAE):	Focalizado en la solución del problema (FSP): 19 puntuación al alta
	Autofocalización negativa (AFN): 5 puntuación baja
	Reevaluación positiva (REP): 13 puntuación media
	Expresión emocional abierta (EEA): 12 puntuación media
	Evitación (EVT): 16 puntuación media.
	Búsqueda de apoyo social (BAS): 10 puntuación media
	Religión (RLG): 12 puntuación media

G. DSM IV diagnóstico:

Eje I	• Trastorno obsesivo compulsivo en la limpieza del hogar.
Eje II	• Ninguno
Eje III	• Ninguno
Eje IV	• Problemas con hechos estresantes que afectan la familia. • Problemas conyugales • Otros problemas sociales y ambientales: Ser miembro voluntario activo de defensa civil enfoca sus relaciones interpersonales a esta institución. • Problemas asociados a bajos ingresos económicos.
Eje V	• Su puntuación en la evaluación de la actividad global puntúa entre 61 y 70 problemas de pareja asociado a problemas con bajos ingresos económicos, deudas económicas, relaciones conflictivas con sus hijos.

H. Análisis clínico:

La evaluación psicológica se llevó a cabo con la aplicación de los siguientes instrumentos: Inventario de ansiedad Estado Rasgo (IDARE), escala de afrontamiento del estrés (CAE) y la entrevista semiestructurada. La situación económica familiar ha sido un desencadenante de sus problemas de pareja, al culpar a su esposo por los “malos negocios” disminuyendo su calidad de vida al pasar de una casa “bonita” a vivir en una que está en “obra negra”. A su esposo le han embargado su salario por servir de fiador a un amigo el cual se declaró en quiebra, afectando la economía familiar al disminuir los ingresos. Sus hijos han disminuido su rendimiento académico y discute constantemente con su hija menor por desobediencia y actitud pasiva en el hogar, esta última situación ha llevado a conflictos con sus hijos y esposo. Esta problemática puede estar asociada a la evaluación de ansiedad media en IDARE. Tiene una obsesión por la limpieza de su casa llevándola a barrer 7 veces y trapear hasta 14 veces al día, siendo este factor motivo de conflicto y discusión con su familia por su obsesión y compulsión con el orden y el aseo.

Su estrategia de afrontamiento principal es la solución de problemas, pero tiene un nivel de evitación a los problemas alto posiblemente asociado a su posible aprendizaje de callar y ser “conformista” con su padre con tal de tener el afecto de él y el no tener

capacidad económica suficiente y autonomía en las deudas adquiridas en la familia. Posee una reevaluación positiva, expresión abierta y apoyo en su religión como complemento para afrontar su estrés de forma positiva. No percibe las situaciones o hechos estresantes como negativos al ser la estrategia más baja en puntuación en la evaluación del CAE.

I. Objetivos terapéuticos.

- Incrementar autoestima y autoconcepto mediante modificación de esquemas de pensamiento no adaptativo
- Aumentar niveles de satisfacción en la relaciones de pareja mediante expresión asertiva y resolución de conflicto
- Aumentar niveles de satisfacción en las relaciones familiares.
- Fomentar espacios individuales y familiares alternos a la DC.
- Brindar estrategias para afrontamiento y reducción de respuestas de estrés y ansiedad.

J. PLAN DE INTERVENCION	
SESIÓN N°	PROCESO TERAPEÚTICO
1	Presentación inicial, aplicación de Cuestionario IDARE.
2	Entrevista semiestructurada, aplicación de Cuestionario afrontamiento de estrés CAE.
3	Entrevista semiestructurada, devolución de información, objetivos.
4	Reestructuración cognitiva, dirigida hacia las ideas irracionales, y pensamientos automáticos, intentando cambiar sus sentimientos.
5	Taller manejo de ansiedad (grupal) estrategias de afrontamiento
6	Taller manejo de estrés (grupal) estrategias de afrontamiento
7	Identificación de áreas problemáticas de pareja y familia, percepciones negativas y pensamientos automáticos y distorsionados
8	Implementación de herramientas en el manejo de habilidades de comunicación y resolución de problemas a nivel de pareja y familiar

9	Implementación de herramientas en el manejo de habilidades de comunicación y resolución de problemas en DC y sus hijos
10	Retroalimentación y manejo de tiempo libre, recreación, dedicación e integración familiar frente a tiempo dedicado a la DC
11	Evaluación de progresos, repasos de técnicas aprendidas.
12	Evaluación de progresos, repasos de técnicas aprendidas, conclusiones y cierre del proceso terapéutico

K. Resultados y logros de intervención psicológica:

Se desarrolló intervención en solución de conflictos de pareja con planes de trabajos y ejercicios en casa complementarios a la intervención terapéutica empleando reglas generales y enfocando la comunicación en la escucha activa, de igual forma se trabajó la valoración de ideas irracionales acerca de la relación de pareja. Con resultados positivos en el cierre del proceso psicológico.

Se trabajó el intercambio de conductas positivas y de detalles en la relación diaria para disminuir la monotonía de pareja y familia. Se promovió los espacios familiares y de recreación para una mayor integración familiar, se hace reflexión acerca de la hija menor considerada “como problema familiar”, concluyendo sobre el abandono por parte de ella y su núcleo familiar al no darle tiempo para compartir en familia, tomando decisiones en mejorar las relaciones madre-hijos y esposo. En su obsesión con la limpieza se logra disminuir a dos veces por día y acepta que su familia lave la ropa una vez por semana, este cambio de conducta lo acepta verbalmente frente a sus hijos y esposo, acepta también sus equivocaciones pidiendo disculpas cuando se equivoca, estas conductas han generado acercamiento familiar al considerarla más flexible en las normas internas del hogar. En compañía de su esposo se plantea la probabilidad de iniciar como instructora los fines de semana como estrategia para estar en casa y compartir con la familia. Mediante psicoeducación se brindó estrategias en el manejo de ansiedad y estrés para afrontamiento futuro de situaciones o hechos estresantes.

FORMULACION DE CASO CLINICO PACIENTE 3.

HISTORIA DEL CASO.

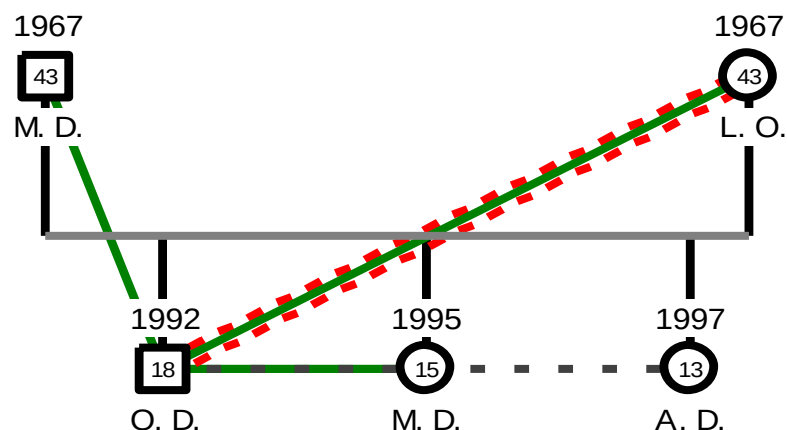
A. Datos generales: Paciente masculino es un joven de 17 años de edad, procedente de Girón (Santander), Actualmente cursa grado once, soltero, es el mayor de tres hermanos vive con sus padres y hermanos. Desde hace tres años se encuentra vinculado como socorrista voluntario en la Defensa Civil de Girón, su padre fue motivador al ingreso del a DC.

Se ha capacitado en diferentes actividades de atención a emergencias y desastres como curso de rescate vertical, sistema comando de incidentes y curso para instructor quien es activo en la formación de aspirantes como voluntarios en el curso básico.

Ha participado en el recate de cadáveres en accidentes de tránsito. De igual forma atendió emergencia en donde rescato de un alud de tierra dos obreros en los que fallecieron, en el intento de tratar de liberar de la tierra que lo cubría, en este rescate participó su hermana menor de 14 años de edad, considera fue impactante incluso después del suceso por encontrarse en el colegio con hijo de uno de los obreros que fallecieron.

Estos eventos han generado en el paciente estrés significativo y sentimientos de frustración. Dedicar su tiempo libre a disponibilidad como voluntario de la defensa civil incluyendo fines de semana, participando con sus padres y hermana en la institución.

B. Genograma



C. Motivo de consulta: Asiste como voluntario en la propuesta de evaluación en el afrontamiento de estrés y evaluación de ansiedad en voluntarios de defensa civil. Al hacer la pregunta sobre cuál sería el motivo de consulta, refiere: “tengo dificultades en relacionarse con adolescentes de mi misma edad”.

D. Ciclo de vida: Su infancia la considera tranquila y de afecto de sus padres y familiares por ser el primer hijo y nieto de la familia por ser el mayor de sus hermanos, Padre le protegen al ser en varias ocasiones hospitalizado. A temprana edad le dan responsabilidad del cuidado de sus hermanas, crece con principios y valores inculcados por sus padres en la honestidad y sencillez. En su adolescencia su padre le ha apoyado en hobbies como la música pues le ha comprado una batería y guitarra, de igual forma a pesar de limitaciones económicas le compró cicla y demás que sus hermanas no han podido tener. Su padre es motivador al ingreso de la DC, donde se capacita permanentemente hasta llegar tener el grado de instructor. Con la llegada de su adolescencia ha padecido de acné, lo que disminuido su seguridad frente a adolescentes, disminuyendo su vida social a DC donde interacciona con personas mayores a su edad.

E. Análisis por áreas:

Área de salud: No refiere antecedentes psiquiátricos o psicológicos. Ha tenido tres hospitalizaciones a los 7 años por accidente en caída de cicla, a los 9 años por problema hepático, con tratamiento de drenador hepático. Hace dos años estuvo hospitalizado por diagnostico de dengue, actualmente goza de buena salud, pero con problemas de acné, asociado posible a su edad. Actualmente no refiere complicaciones de salud, con buen apetito e higiene de sueño, practica deporte como montar cicla y salir a trotar. No recibe entrenamiento físico en al DC.

Área Familiar: Es el mayor de tres hermanos, las relaciones familiares las considera funcionales, pero acepta son distanciadas con su hermana menor por su dedicación al estudio y la DC, su relación con su padre la considera positiva y de contacto permanente por ser apoyo en los servicios, emergencia y de instrucción en la defensa civil. Con su progenitora la considera distanciada por considerarla una persona estricta y conflictiva, tiene una mascota, que involucra a la familia en el cuidado. El principal factor que integra la familia es ser voluntarios activos de la defensa y ante emergencia considera

que un máximo de seis personas se encuentran disponibles en las emergencias que se encuentran en el municipio de Girón y que son atendidos por esta institución.

Área de pareja y sexual: No tiene novia considerándose tímido para relacionarse con una adolescente. No refiere actividad o vida sexual, orientación heterosexual.

Área laboral y académico: labora en la institución como voluntario hace tres años dedica fines de semana como instructor de curso básico a voluntarios y en el programa de civilitos. Presta servicios que brinda la institución a terceros como medio de sostenimiento de cada junta de DC y tiene disponibilidad para eventuales emergencia presentadas en accidentes vehiculares y de desastres. A nivel académico considera un rendimiento aceptable pero ha perdido dos materias en el tercer bimestre, acepta compromiso de instructor y servicios de la DC le han disminuido tiempo para sus estudios académicos. Ha estado ansioso por culminar su bachillerato.

Nota: Se considera que un adolescente no debe tener participación en emergencias ante contacto con heridos y cadáveres, ya que aunque pueda tener una leve formación en primeros auxilios, no cuenta con edad para este tipo de exposiciones estresantes y negativas.

Área social y recreativo: Tiene facilidad de integración con muchachos de su edad, pero refiere timidez en las relaciones interpersonales con adolescentes del sexo contrario. Su vida social está enfocada a voluntarios de la DC, enfocando a adultos su integración en la institución. Se ha dificultado integrarse con compañeros de estudio con la justificación de su tiempo para dedicarla como voluntario, relaciones sociales disminuidas. Consciente de las dificultades económicas a nivel familiar por lo que limita salida de paseos con sus compañeros de estudio y gastos como solicitud de dinero a sus padres para eventos recreativos. Pertenece iglesia cristiana donde asisten con la familia en algunos fines de semana. Su hobby es tocar guitarra, batería y monta cicla. Es cantautor de varias de sus canciones.

F. Hipótesis Diagnóstica:

En pruebas aplicadas se encuentran los siguientes resultados:

Inventario de Ansiedad Estado rasgo (IDARE):	Estado: 60 Rasgo 50 clasificando como un manejo de ansiedad media. Asociado a culminación de su bachillerato y dificultad en relaciones sociales (Impresión Diagnostica).
Cuestionario de Afrontamiento del estrés (CAE):	Focalizado en la solución del problema (FSP): 12 Puntuación media.
	Autofocalización negativa (AFN): 10 puntuación media.
	Reevaluación positiva (REP): 17 puntuación media.
	Expresión emocional abierta (EEA): 3 baja puntuación.
	Evitación (EVT): 12 puntuación media.
	Búsqueda de apoyo social (BAS): 5 puntuación baja.
	Religión (RLG): 7 baja puntuación.

G. DSM IV diagnóstico:

Eje I	Ansiedad por estudios académicos. Impresión diagnostica.
Eje II	Ninguno.
Eje III	Problemas de acné, asociado a baja autoestima.
Eje IV	- Otros problemas sociales y ambientales: Se miembro voluntario activo de defensa civil disminuyendo su vida social como adolescentes ante responsabilidades en la institución. - Problemas con bajos ingresos en el núcleo familiar. - Habilidades sociales disminuidas.
Eje V	Su puntuación en la evaluación de la actividad global puntúa entre 71 y 80 por Síntomas ausentes o mínimos (ansiedad antes culminación de su

	bachillerato), socialmente disminuido con dificultad en las relaciones interpersonales con el sexo opuesto y distanciamiento y conflicto con su progenitora.
--	--

H. Análisis clínico:

La expectativa de graduarse como bachiller y el perder dos materias en el tercer bimestre ha aumentado su ansiedad al ser factor amenazante ante las expectativas de sus padres en que se gradúe como bachiller. La aparición de acné ha repercutido negativamente en su autoestima y su vida social con el sexo opuesto por lo que posiblemente se escuda en el uniforme de voluntario de la DC en su tiempo libre incluyendo fines de semana como instructor y voluntario de servicios. Tiene dificultades en entablar conversaciones con compañeros de estudio su vida social está reducida a su familia y compañeros de DC quienes son en la mayoría mayores a él. La actual situación económica familiar repercute en el paciente al ser consciente de los gastos personales y del hogar y de las preocupaciones de sus padres en los créditos adquiridos, motivo que influye en la decisión de iniciar a laborar.

I. Objetivos terapéuticos.

- Brindar estrategias de afrontamiento en manejo de habilidades sociales
- Aumentar niveles de satisfacción en las relaciones familiares.
- Fomentar espacios individuales y familiares alternos a la DC.
- Dar estrategias para afrontamiento para reducir respuestas de estrés y ansiedad.

J. PLAN DE INTERVENCION	
SESIÓN N°	PROCESO TERAPEÚTICO
1	Presentación inicial, aplicación de Cuestionario IDARE.
2	Entrevista semiestructurada, aplicación de Cuestionario afrontamiento de estrés CAE.

3	Entrevista semiestructurada, devolución de información, objetivos.
4	Apoyo en habilidades necesarias para una correcta interacción con otras personas del sexo opuesto y escuela
5	Detención del pensamiento: procedimiento para la eliminación de patrones perseverantes de pensamientos con consecuencias negativas de su baja autoestima que le puedan producir ansiedad ante relación con los demás
6	Taller manejo de ansiedad (grupal) estrategias de afrontamiento
7	Taller manejo de estrés (grupal) estrategias de afrontamiento
8	Implementación de herramientas en el manejo de habilidades de comunicación a nivel familiar y social
9	Retroalimentación y manejo de tiempo libre, recreación, dedicación e integración familiar frente a tiempo dedicado a la DC
10	Evaluación de progresos, repasos de técnicas aprendidas.
11	Evaluación de progresos, repasos de técnicas aprendidas, conclusiones y cierre del proceso terapéutico

K. Resultados y logros de intervención psicológica:

Por medio de la intervención se hizo entrenamiento en habilidades sociales, reestructuración cognitiva y técnica de relajación logrando por medio de estrategia acercamiento a compañeras de estudio, logrando integración aceptable. Mejora su autoestima y confianza perdiendo miedo a contacto con persona de sexo contrario. Con psicoeducación se logra fortalecer estrategias de afrontamiento para el estrés y la ansiedad. Se mejora las relaciones afectivas con su familia en especial la relación madre-hijo, la integración y dedicación de tiempo para compartir en familia. A nivel académico se graduó como bachiller sin dificultades académicas se utilizó técnicas y estrategias de estudio. Por medio compañeros de DC acepta ser instructor de cursos vacacionales como opción e ingresos para y su familia.

FORMULACION DE CASO CLINICO PACIENTE 4.

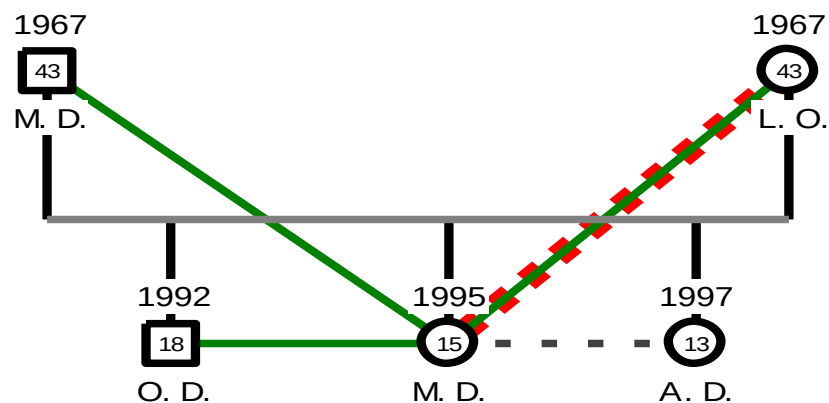
HISTORIA DE CASO:

A. Datos generales: Paciente femenino, adolescente de 14 años de edad, cursa noveno de bachillerato, lleva dos años perteneciendo a la defensa civil de Girón, inicia como voluntaria al pertenecer su padre, hermano, progenitora a la misma institución como vínculo de identificación en la familia, ha tomado varios cursos de capacitación, actualmente es instructora de curso básico para aspiración de voluntario en compañía de su hermano y padre.

A pesar de su edad, participa en emergencias a las que acude con su familia, un ejemplo de estas actividades sucede a mediados del 2009 recordando una donde dos plomeros quedan sepultados en un alud de tierra cuando habrían canales para el alcantarillado en junio del 2009, atendiendo la emergencia con su hermano, intentando rescatar a estas persona fallecen en frente de ella al tratar de eliminar tierra como un hecho frustrante para ella al observar cianótico por presión ejercida por una piedra que estaba en su espalda cubierta por tierra, hablando este hecho con grupo de rescate después de atender la emergencia. Otra emergencia a que ha asistido es a una recuperación de cuerpo de persona ahogada en un río.

Estos eventos de estrés agudo por ser situación de contacto con cadáveres, estar presente en la muerte de persona y presión de la comunidad de salvar la vida de estas persona y ante la frustración de la muerte, inminente de las personas sepultadas en el alud de tierra.

B. Genograma



C. Motivo de consulta: Asiste como voluntario en la propuesta de evaluación en el afrontamiento de estrés y evaluación de ansiedad en voluntarios de defensa civil. Al hacer la pregunta sobre cuál sería el motivo de consulta, refiere: “tengo problemas en mi casa porque perdí siete materias”

D. Ciclo de vida: Infancia. Es la mediana de tres hermanos su hermano mayor de 17 años y su hermana menor de 12 años, su infancia la transcurre en el municipio de Lebrija, cursa su primaria sin dificultad académica, considerando las relaciones familiares afectivas y de apoyo positivo hace cuatro años aproximadamente se trasladan a vivir a Girón por compra de casa propia por parte de sus padres. En inicio de su adolescencia ha tenido mayor restricción social por parte de sus padres, pero acepta como positivo al referir que sus padres se han preocupado por su bienestar. Cuando ingresa a DC civil refiere mayor atención y aceptación por parte de sus padres y hermano. A nivel académico ha tenido dificultad con su actual año académico, al sentir presión por parte de sus padres ante culminación de bachillerato de su hermano, considera poca atención de su progenitora y gran responsabilidad en la institución como instructora.

E. Análisis por áreas:

Área de salud: no refiere antecedentes médicos ni psiquiátricos o psicológicos. Goza de buena salud, con buen apetito e higiene de sueño, no refiere actividad física o entrenamiento para estar en forma por parte de la DC. Con antecedentes familiar de abuelo materno con hipertensión en tratamiento farmacológico.

Área Familiar: Tiene un hermano mayor de 17 años y una hermana menor de 12 años de edad, su hermano cursa undécimo de bachillerato y su hermana cursa séptimo grado. Vive con sus dos hermanos y sus padres. Apego a su padre, con progenitora es distante ante por actitud perfeccionista en el hogar y exigencia en su nivel académico, es afectada por problemas económicos de la familia y cambio de hogar por “malos negocios de su padre” cambian a casa en obra negra, y es consciente de disminución de los gastos en la familia por deudas adquiridas.

Área de pareja: heterosexual, no refiere novio, ni iniciar vida sexual.

Área académica: Cursa noveno de bachillerato, refiriendo tensión por pérdida de 7 materias en el semestre, refiriendo tristeza y preocupación ante inversión económica de

sus padres en su estudio, tristeza ante amenaza de sus padres de suspenderla como voluntaria si pierde el año académico. Padres la culpan de dedicar fines de semana como instructora y voluntaria de servicios y emergencias y no organizarse en sus estudios. En DC se ha capacitado en Soporte Básico de Vida, de curso básico, sistema comando de incidente, curso para instructor, Primer respondiente e incidente con materiales peligrosos.

Área laboral: con 14 años de edad desempeña el cargo de instructora de formación en curso básico de voluntarios y en el programa “civilitos” en compañía de su progenitor y hermano los fines de semana. Este trabajo no es remunerado por la institución. Complementa su labor como voluntaria con servicios prestados por la DC a la comunidad y disponibilidad en las emergencias vehiculares que se presenten.

Nota: Se considera que un adolescente no debe tener participación en emergencias ante contacto con heridos y cadáveres, y aunque pueda tener una formación en primeros auxilios, no cuenta con edad para este tipo de exposiciones estresantes y negativas.

Área social y recreativa: Persona alegre, expresiva dedicando tiempo a su grupo de estudio, restricción de amigos y salidas por sus padres, por lo que concentra grupo de amigos en la institución al ser aceptados y ser casa centro para reuniones de grupo de formación. Posee habilidades sociales adecuadas, los fines de semana los dedica como instructora curso básico para voluntarios en formación y en las noches participa en servicios que prestan la Defensa Civil a la comunidad y los domingos en las tardes asisten familia a iglesia cristiana.

F. Hipótesis Diagnóstica:

En pruebas aplicadas se encuentran los siguientes resultados:

Inventario de Ansiedad Estado rasgo (IDARE):	Estado: 55 Rasgo 49 clasificando como un manejo de ansiedad alto asociado a su bajo rendimiento académico. (Impresión Diagnostica).
Cuestionario de Afrontamiento del estrés (CAE):	Focalizado en la solución del problema (FSP): 13 puntuación intermedia.
	Autofocalización negativa (AFN): 6 puntuación

	baja.
	Reevaluación positiva (REP): 12 puntuación intermedia.
	Expresión emocional abierta (EEA): 5 puntuación baja.
	Evitación (EVT): 9 puntuación intermedia.
	Búsqueda de apoyo social (BAS): 10 puntuación intermedia.
	Religión (RLG): 6 puntuación baja.

G. DSM IV diagnóstico:

Eje I	• Ninguno.
Eje II	• Ninguno.
Eje III	• Ninguno.
Eje IV	• Problemas con bajos ingresos en el núcleo familiar. • Problemas con hechos estresantes que afectan a la familia. • Problemas por bajo rendimiento académico.
Eje V	• la evaluación en la actividad global puntúa entre 51 y 60 por tener dificultades para concentrarse y discusión familiar por descenso temporal del rendimiento escolar).

H. Análisis clínico:

Se puede establecer que la paciente número cuatro se observa un nivel de ansiedad alto dado en la prueba IDARE posible a su bajo rendimiento académico en su tercer bimestre al perder 7 materias, generando conflictos con sus padres ante la amenaza de perder el año académico y consiente del esfuerzo económico de la familia para su estudio al depender del ingreso laboral de su padre, su ansiedad es complementada ante la amenaza de sus padres en no continuar como voluntaria de la DC.

En datos arrojados por el cuestionario de afrontamiento del estrés (CAE) se detecta que su principal forma enfrentamiento a hechos estresantes es focalizado en la solución de problemas con un puntaje intermedio de 13 puntos, seguido una reevaluación

positiva, búsqueda de apoyo social y evitación. Las estrategias menos utilizadas son la Autofocalización negativa, la religión y la utilizada con menor frecuencia es expresión emocional abierta con una puntuación de 5. No tiene intervalos altos de afrontamiento posible a su edad y no tener responsabilidades en sus áreas principales como la familia, laboral, pareja y económica.

I. Objetivos terapéuticos.

- Brindar estrategias para optimizar nivel académico
- Aumentar niveles de satisfacción en las relaciones familiares.
- Fomentar espacios individuales y familiares alternos a la DC.
- Dar estrategias para afrontamiento para reducir respuestas de estrés y ansiedad.

J. PLAN DE INTERVENCION	
SESIÓN N°	PROCESO TERAPEÚTICO.
1	Presentación inicial, aplicación de Cuestionario IDARE.
2	Entrevista semiestructurada, aplicación de Cuestionario afrontamiento de estrés CAE.
3	Entrevista semiestructurada, devolución de información, objetivos.
4	Implementación de estrategias de estudio académico asertivo.
5	Detención del pensamiento: procedimiento para la eliminación de patrones perseverantes de pensamientos con consecuencias negativas a nivel académico.
6	Taller manejo de ansiedad (grupal) estrategias de afrontamiento.
7	Taller manejo de estrés (grupal) estrategias de afrontamiento.
8	Implementación de herramientas en el manejo de habilidades de comunicación y resolución de problemas a nivel académico y familiar.
9	Retroalimentación y manejo de tiempo libre, recreación, dedicación e

	integración familiar frente a tiempo dedicado a la DC.
10	Evaluación de progresos, repasos de técnicas aprendidas.
11	Evaluación de progresos, repasos de técnicas aprendidas, conclusiones y cierre del proceso terapéutico.

K. Resultados y logros de intervención psicológica:

El principal logro en la intervención fue la aprobación de su año académico sin pérdidas o recuperación de materias, por medio estrategia y técnicas para mejorar el rendimiento académico y motivación a él. Mediante psicoeducación se logra fortalecer estrategias de afrontamiento para el estrés y la ansiedad.

Se mejora las relaciones afectivas con su familia en especial la relación madre-hija, la integración y dedicación de tiempo para compartir en familia. En acuerdo con sus padres se da un acuerdo de no exponer a la paciente emergencias donde haya exposición de heridos o cadáveres para evitar presencia de estrés agudo. De igual forma y en acuerdo con sus padres le brindan libertad de tener amigos del vecindario que no pertenezcan a la DC acordes a su edad.

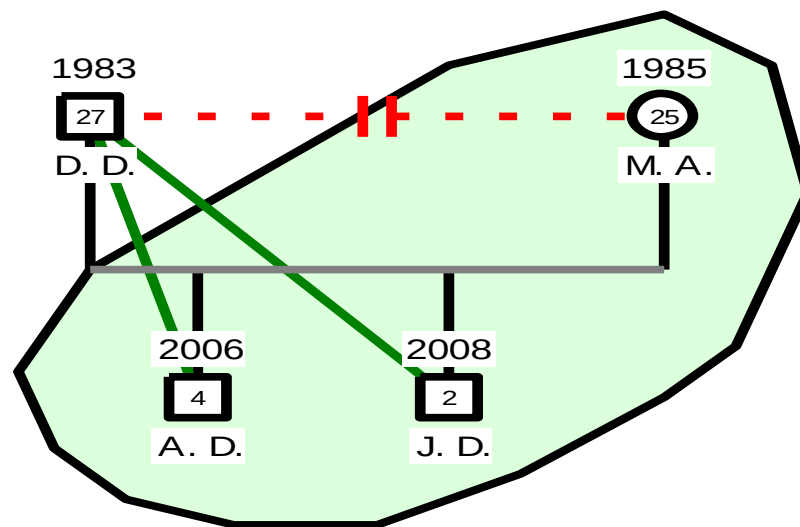
FORMULACION DE CASO CLINICO PACIENTE 5.

HISTORIA DE CASO:

A. Datos generales: Paciente masculino de 26 años de edad, separado hace un año y medio tiene dos hijos de 3 años y medio y otro 20 meses de edad. Labora como empleado de una empresa de teléfonos celulares. Con nivel académico de sexto de bachillerato. Es integrante de la Defensa Civil (DC) hace 5 años, con cursos y capacitaciones para el manejo de las emergencias, es conductor e instructor actualmente, dedicando los sábados en la tarde y todo el domingo a servicio que le asigne la institución, en el transcurso de la semana asiste a reuniones semanales y da disposición a emergencias en las horas de la noche al solo contar con tres conductores ante una emergencia.

Ha participado en diferentes emergencias y rescates vehiculares, en el 2005 acude al desastre natural en Girón “Ola invernal” generador de estrés agudo al observar los damnificados y parientes de personas fallecidas, y contacto con cadáveres. En todas las emergencias que he intervenido, Argumenta a sentido gran presión emocional cuando el tiempo y las herramientas de trabajo que son elementos importantes en rescates positivos no están a favor en una emergencia atendida por él. Ha acudido a rescates automovilísticos de gran magnitud donde mueren varias personas, ha sentido frustración en algunos de estos rescates por ver morir personas mientras la llevan en la camilla. Ha presenciado eventos que considera negativos como accidentes donde fallecen niños por relacionarlo a que pueda sucederle a sus hijos y como pueden quedar. Ha estado expuesto a imágenes impactantes de cadáveres descuartizados. Se motiva cuando acude a rescates y es felicitado por las personas de la comunidad o el grupo operativo.

B. Genograma



- C. Motivo de la consulta:** Asiste como voluntario en la propuesta de evaluación en el afrontamiento de estrés y evaluación de ansiedad en voluntarios de defensa civil. Al hacer la pregunta sobre cuál sería el motivo de consulta, refiere: “quisiera que me ayudara en solucionar problemas con mi actual pareja y problemas que tengo con mi jefe”
- D. Ciclo de vida:** Infancia: Es el hermano mayor, su infancia transcurrió con su núcleo familiar en compañía de su madre y hermana, Su padre quien vivía con su primera esposa, los visitaba los fines de semana. Cursó su primaria con resultados académicos aceptables, su relación con su padre fue distante por verlo solo fines de semana, pero le tenía un respeto y aprecio. A los doce años de edad aproximadamente cuando inició su bachillerato su padre fallece de cáncer de estómago, dando giro a su vida por lo que dejó sus estudios y inició a laborar para sostenimiento de su progenitora y hermano, no tuvieron casa propia, por lo que tenían que cumplir con cuota de arrendamiento mensual, refiere familiares por parte materna le apoyaron inicialmente. En su adolescencia refiere a tenido varias novias, no prestó el servicio militar, a los 22 años de edad decide vivir en unión libre al quedar su novia embarazada viven en compañía de su progenitora y hermano, se separa de su esposa ante crítica dada por ella ante la falta de tiempo los fines de semana del paciente para con su familia y vida de pareja por dedicarlos a DC y no tener prioridad en su vida religiosa y espiritual cambiándola por DC. Se traslada a vivir cerca a compañeros de DC para apoyar como conductor al encontrarse un solo voluntario con esta responsabilidad. Actualmente esta laborando, tiene dificultades

económicas por responsabilidad con su familia e hijos y estar viviendo aparte de su familia. Tiene pareja diferente a su esposa, refiere conflicto actual de pareja le ha afectado emocionalmente en su vida personal y a nivel social por ser ella también voluntaria de DC.

E. Análisis por áreas:

Área de salud: No refiere antecedentes familiares relevantes de hospitalización o tratamiento. No refiere antecedentes personales médicos, psiquiátricos o psicológicos. Buen apetito e higiene de sueño. No tiene actividad física diaria ni periódica como entrenamiento y capacitación en la DC. A nivel familiar su progenitor fallece de cáncer.

Área familiar: Su núcleo familiar estaba compuesto por su padre, madre y hermano menor. Su padre se separó de su primera esposa con la tuvo tres hijos. Las relaciones familiares funcionales y de apoyo. Padre regresa a vivir con su primera esposa, distanciando relaciones a fines de semana por lo que a pesar que eran de afecto positivo eran distantes, por lo que la relación con su progenitora fue de afecto positivo y de apoyo. Su padre falleció cáncer de estómago en 1995 uno de los factores por los que abandona sus estudios para iniciar a apoyar a su progenitora y hermano, refiere apoyo de sus familiares a su progenitora, inicia a vivir en unión libre al quedar su pareja embarazada, se separan hace un año por incongruencia en principios religiosos. Actualmente vive solo en Girón, su ex –pareja vive con su progenitora e hijos, mantiene lazos afectivos y de apoyo a su familia quienes visita diariamente y hace lo posible por compartir un tiempo los fines de semana. Apoya económicamente a su familia. Compañeros y amigos de DC viven en contacto con paciente brindando apoyo

Área de pareja y vida sexual: Separado hace un año y medio por no compartir principios religiosos con su pareja quien deseaba que compartiera fines de semana con la comunidad religiosa y con la familia. A los seis meses de separación inicia relación afectiva con voluntaria de la DC relación de que dura 10 meses por conflictos internos de pareja. Inicia nueva relación con otra voluntaria de la Defensa Civil termina por malos entendidos con su anterior pareja. Su relación de pareja se ha convertido en conflictiva ante llamadas, mensajes y uso de facebook para expresiones agresivas e inadecuadas de su ex –pareja, convirtiendo esta relación en centro de atención de compañeros de la Defensa Civil. Vida sexual activa. Heterosexual, tiene claro uso del preservativo como medio de prevención de enfermedades sexuales y embarazo no deseado.

Área laboral: empleado de empresa de servicios y venta de telefonía móvil hace tres años, tiene problemas en la actualidad con su jefe inmediato, preocupado por reducción de personal y posible pérdida del empleo, amenaza asociada a su nivel académico, el cual le ha frustrado de tener mejores oportunidades de empleo.

Área social: No pertenece a ningún grupo social o religioso, aunque se observa adecuadas relaciones sociales estas están enfocada a compañeros de trabajo y de Defensa Civil. Cambia recientemente de vivienda a Girón para estar cerca grupo de la defensa civil ante la responsabilidad como conductor y de coordinador operativo.

Área académica: Estudió sexto de bachillerato, no ha podido continuar estudios refiere por situación económica y comprometer su tiempo como voluntario de DC, Frustrado por su nivel académico no le ha permitido aspirar a mejores cargos laborales e ingresos económicos. En DC ha hecho capacitaciones como de curso básico, bombero forestal, curso de rescate vertical, rescate acuático y curso para instructor, desempeñando labores de conductor, instructor de nuevos voluntarios

Área recreativa: el tiempo libre actualmente lo dedica a compartir con amigos de DC al estar recién trasladado a al municipio de Girón, en horas nocturnas se encuentra disponible para servicios y emergencia, los sábados en las tardes y domingos en las mañanas lo dedica a formación como instructor de nuevos voluntarios, Domingos en las tardes visita a sus hijos y progenitora, disminuido socialmente por situación económica actual y por conflicto con su pareja actual por considerarlo por los miembros de DC como persona culpable de conflicto en su actual relación. No refiere actividad física.

F. Hipótesis Diagnóstica:

En pruebas aplicadas se encuentran los siguientes resultados:

Inventario de Ansiedad Estado rasgo (IDARE):	Estado: 56 Rasgo 57 clasificando como un manejo de ansiedad alta.
Cuestionario de Afrontamiento del estrés (CAE):	Focalizado en la solución del problema (FSP): 11 puntuación media.
	Autofocalización negativa (AFN): 13 puntuación media.
	Reevaluación positiva (REP): 19 puntuación alta.

	Expresión emocional abierta (EEA): 15 puntuación media.
	Evitación (EVT): 15 puntuación media.
	Búsqueda de apoyo social (BAS): 17 puntuación media.
	Religión (RLG): 4 puntuación baja.

G. DSM IV diagnóstico:

Eje I	• Ansiedad generalizada no especificada.
Eje II	• Ninguno.
Eje III	• Ninguno.
Eje IV	• Problemas por separación de pareja. • Problemas con hechos estresantes que afecta la pareja. • Problemas laborales (problemas con hechos estresantes con jefe inmediato. Problemas relacionados con bajos ingresos económicos (deudas económicas y responsabilidad económica para con sus hijos. Gana sueldo básico (mínimo). • Problemas asociados a bajos recursos económicos. • Otros problemas sociales y ambientales. Se miembro activo de defensa civil Y carga laboral al dedicar los fines de semana a responsabilidad como conductor, instructor y coordinador en emergencia).
Eje V	• Puntuación de 61 a 70. Por adaptación a cambio de vivienda y estrés en la relación con su jefe inmediato. Sus bajos ingresos económicos son generadores de estrés al limitar sus gastos. Problemas por vivir solo.

H. Análisis clínico:

En la valoración de IDARE refiere un manejo de ansiedad alta asociado posiblemente inestabilidad emocional por conflicto actual de pareja quien es voluntaria en la DC, afectando las relaciones sociales en la institución.

Problemas con su jefe inmediato ante la falta de asertividad en la comunicación del paciente, sus ingresos económicos no son los acordes para su responsabilidad como

padre y sus gastos de manutención en proceso adaptativo de cambio de vivienda le ha generado estrés ante mayor responsabilidad en la DC quien recientemente ingresa como instructor para curso de formación.

Su principal estrategia de afrontamiento al estrés es la reevaluación positiva con un puntaje alto de 19. Utiliza de forma intermedia la búsqueda de apoyo social buscando en especial los amigos de DC para su apoyo, expresión emocional abierta y la Autofocalización negativa utiliza de igual forma se focaliza en la solución del problema.

I. Objetivos terapéuticos.

- Incrementar manejo de habilidades sociales, mediante modificación esquemas de pensamiento no distorsionados
- Aumentar niveles de satisfacción en la relaciones de pareja. Mediante expresión asertiva y resolución de conflicto
- Incrementar asertividad en área laboral de familiar y de pareja
- Fomentar espacios individuales y familiares alternos a la DC.
- Dar estrategias para afrontamiento para reducir respuestas de estrés y ansiedad.

J. PLAN DE INTERVENCION	
SESIÓN Nº	PROCESO TERAPEÚTICO.
1	Presentación inicial, aplicación de Cuestionario IDARE.
2	Entrevista semiestructurada, aplicación de Cuestionario afrontamiento de estrés CAE.
3	Entrevista semiestructurada, devolución de información, objetivos.
4	Reestructuración cognitiva, dirigida hacia las ideas irracionales, y pensamientos automáticos.
5	Taller manejo de ansiedad (grupal) estrategias de afrontamiento.
6	Taller manejo de estrés (grupal) estrategias de afrontamiento.

7	Identificación de áreas problemáticas de pareja, percepciones negativas y pensamientos automáticos y distorsionados. Manejo de habilidades sociales.
8	Implementación de herramientas en el manejo de habilidades de comunicación y resolución de problemas a nivel de pareja y laboral.
9	Implementación de herramientas en el manejo de habilidades de comunicación y resolución de problemas a nivel laboral.
10	Retroalimentación y manejo de tiempo libre, recreación, dedicación e integración familiar frente a tiempo dedicado a la DC.
11	Evaluación de progresos, repasos de técnicas aprendidas.
12	Evaluación de progresos, repasos de técnicas aprendidas, conclusiones y cierre del proceso terapéutico.

K. Resultados y logros de intervención psicológica:

En el proceso de intervención se trabajó con el manejo asertivo en los conflictos de separación de pareja y laboral, mediante psicoeducación se apoyó la capacidad de expresar sentimientos, opiniones, necesidades y desacuerdos sin violentar los derechos del otro, se trabaja la capacidad de escucha y reflexión, logra mejorar sus relaciones laborales en especial con su jefe inmediato.

Se logró la promoción de espacios recreativos y de familia. Da prioridad a su núcleo familiar fines de semana e inicia posible oportunidad de vivir con su esposa e hijos nuevamente. Mediante talleres se logra el manejo de estrés y ansiedad en situaciones de emergencia y en su vida personal, social y laboral. A nivel académico toma la decisión de inscribirse en colegio nocturno para culminar sus estudios de secundaria, requisito para aspirar a un cargo que le permita mejorar su ingreso económico.

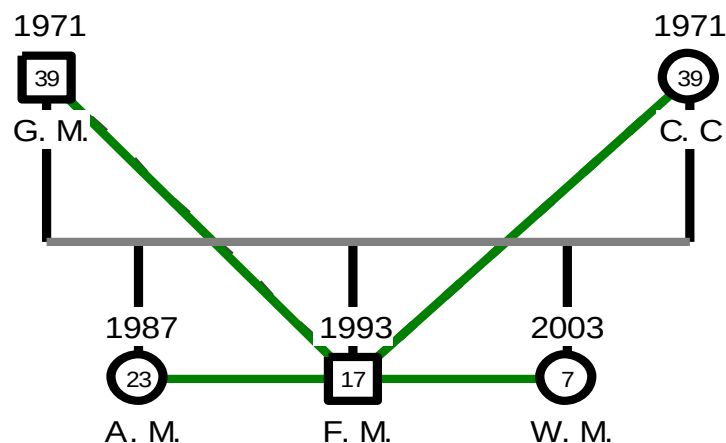
FORMULACION DE CASO CLINICO PACIENTE 6.

HISTORIA DE CASO:

A. Datos generales: Paciente masculino, adolescente de 16 años de edad quien está cursando decimo de bachillerato, oriundo de Piedecuesta, tiene novia hace 5 meses. Ingresa a la institución como menor de edad (a los 9 años de edad) y con curso básico de formación. En sus cuatro años de pertenecer a la Defensa Civil (DC) civil ha recibido capacitaciones de primeros auxilios y actualmente tiene responsabilidades como instructor de curso básico de voluntario y conductor de ambulancia de la Junta municipal de la DC.

Recientemente ha participado en emergencia de rescate vehicular con de exposición de persona fallecidas en rescates y entre la última de ellas el recate de un cadáver de parapentista y de una persona ahogada en área rural. Tiene la disponibilidad como voluntario después de clase, dedicando fines de semana e incluso en servicios nocturno de ambulancia y considera su principal actividad en su tiempo libre. Su labor como conductor de la ambulancia le obliga a la intervención de la emergencia y presencia de los cadáveres, heridos y la presión de la comunidad en la ayuda inmediata de las personas afectadas, siendo factor de estrés.

B. Genograma



C. Motivo de consulta: Asiste como voluntario en la propuesta de evaluación en el afrontamiento de estrés y evaluación de ansiedad en voluntarios de defensa civil. Refiere “tengo problemas con mis compañeros en DC”.

D. Ciclo de vida: Infancia: el segundo de tres hermanos, sus padres se casan a temprana edad, su crianza la pasa en compañía de abuelos maternos al laborar sus padres, gozando de buena salud, cursa su primaria sin complicaciones académicas, refiriendo lazos familiares estrechos y de afecto positivo pero distanciado por la jornada laboral de sus padres. Con el objetivo de apoyar en los valores del paciente, sus padres deciden apoyarlo en el ingreso a DC a los 9 años de edad, aceptado de forma positiva por el paciente. Adolescencia: Inicia sus estudios de secundaria y fortalece su vínculo en la DC dedicando tiempo a los grupos juveniles este “club” iniciando capacitaciones sobre temas de socorro y ante la expectativa de asistir a las emergencias y ser visto como un “héroe” nace el interés relaciones sociales con personas mayores a su edad a los 14 años de edad ante su motivación de participar le dan la oportunidad de pertenecer como miembro voluntario acompañado de personas mayores en los eventos y servicios prestados por la institución. A los 16 años con la aprobación del presidente de la junta y el apoyo de vicepresidente, el vocal operativo y la capacitación adquirida se convierte en el conductor más joven de la DC, observado por el grupo de voluntariado como injusto y de “rosca por parte de la junta administrativa, razón por la cual tiene roces con sus compañeros voluntarios.

La dedicación a su estudio y como voluntario a distanciado la relación familiar pero al parecer no afectando a los padres, pero si al paciente, por lo que refiere tener más apoyo afectivo y de escucha con sus compañeros de DC.

E. Análisis por áreas:

Área de salud: No manifiesta antecedentes relevantes en su salud por el cual haya sido hospitalizado o en tratamiento médico o psicológico. Sin complicaciones en su ritmo circadiano, buen apetito. No refiere actividad física o entrenamiento permanente en la DC. A nivel familiar su padre fue diagnosticado hace dos años con tumor cerebral, ha recibido tratamiento pero está pendiente cirugía ante riesgo de pérdida, auditiva, visual y del habla.

Área Familiar: Tiene dos hermanos una mayor de 22 años quien es casada y tiene un hijo de seis meses y un hermano menor de 6 años. Actualmente vive con su hermano menor y sus padres, refiriendo una relación familiar funcional pero distanciada en su comunicación al trabajar su padre todo el día y su progenitora labora en horarios diferente llegando a un horario de 1 pm a 9:30 pm, este factor considera no tener un contacto de comunicación en lo que le sucede académicamente y personalmente, sus

padres de 35 y 37 años se casan a temprana edad, considera una relación de pareja estable pero con poco dialogo familiar, por lo que considera a grupo de la DC un segunda familia con quien puede compartir. A nivel familiar no refiere dificultades económicas.

Sus padres han autorizado el ingreso como voluntario al considerar un grupo de formación adecuado para su hijo.

Área de pareja / sexual: En su relación de pareja Se ha distanciado de su novia por amenazas telefónicas para ambos con el objetivo posible para terminar su relación afectiva, desconoce su origen pero decide alejamiento de su pareja. No refiere vida sexual activa.

Área académica: Está terminando decimo de bachillerato con preocupación por dos materias perdidas hasta el momento del año (trigonometría y contabilidad). Motivado a concluir año académico sin pérdida de materias. En DC se ha capacitado en curso básico para ingresos a la institución, Soporte básico de vida, Primer respondiente a materiales peligrosos, sistema comando de incidentes, instructor de primeros auxilios. Estas capacitaciones motivan a dedicación como socorrista voluntario en la institución. Interés en continuar con formación académica, con expectativa de ingresar a estudiar auxiliar de enfermería o ingresar a curso como agente de policía.

Área laboral: En su desempeño como voluntario a tenido varios logros ante su dedicación y responsabilidad, iniciando el cargo como instructor de formación básica en primeros auxilios y como conductor de la ambulancia, pero estos logros personales no han sido aceptados por demás voluntarios de la institución por considerarlo muy joven para los cargos ejercidos, llevando incluso a desplazar a otros voluntarios en estas responsabilidades, incluye que refieran protección y apoyo del grupo administrativo como son presidente, vicepresidente, y vocal operativo con quienes cuentan con su apoyo incondicional, creando una relación conflictiva en la institución con voluntarios antiguos. En el transcurso del año Ha tenido una discusión con presidente de la junta de DC ante presentar impedimento para la aceptación de una voluntaria a la institución, lo que llevo incluso a solicitar carta de renuncia, por apoyo a compañera voluntaria por este suceso. Este impase es resuelto recientemente.

Refiere tristeza por discusión y romper lazos de amistad con compañera voluntaria por no ser asertivo en la comunicación, aunque acuden a servicios de la institución no se dirigen la palabra hace 20 días factor el cual desmotiva al paciente por considerarla su mejor amiga en la DC.

Nota: Se considera que un adolescente no debe tener participación en emergencias ante contacto con heridos y cadáveres, y aunque pueda tener formación en primeros auxilios, no cuenta con edad para este tipo de exposiciones estresantes y negativas.

Área social: Aunque se observa habilidades interpersonales adecuadas. Pero relaciones sociales están enfocadas a DC y novia, no participando en otros grupos sociales incluso ni compañeros de estudio, donde solo interactúa en clases. Sus relaciones en la DC están orientadas con adultos mayores y especificados dos personas, no participa con personas de su edad en la institución posible a su cargo.

Área recreativa: La dedicación de su tiempo libre a la DC, limita su espacio para compartir con la familia y amigos. No refiere actividad física diaria.

F. Hipótesis Diagnóstica:

En pruebas aplicadas se encuentran los siguientes resultados:

Inventario de Ansiedad Estado rasgo (IDARE):	Estado: 45 Rasgo 46 clasificando como un manejo de ansiedad media asociado a rendimiento académico. (Impresión diagnóstica).
Cuestionario de Afrontamiento del estrés (CAE):	Focalizado en la solución del problema (FSP): 11 puntuación media.
	Autofocalización negativa (AFN): 8 puntuación media.
	Reevaluación positiva (REP): 11 puntuación media.
	Expresión emocional abierta (EEA): 11 puntuación media.
	Evitación (EVT): 12 puntuación media.
	Búsqueda de apoyo social (BAS): 10 puntuación media.

	Religión (RLG): 2 puntuación baja.
--	------------------------------------

G. DSM IV diagnóstico:

Eje I	• Ninguno.
Eje II	• Ninguno.
Eje III	• Ninguno.
Eje IV	• Problemas con hechos estresantes que afectan la pareja. • Problemas en la relación de equipo de trabajo voluntario. • Problemas por bajo rendimiento académico.
Eje V	• la evaluación en la actividad global puntúa entre 71 y 80 ante ligera ansiedad por bajo rendimiento académico y discusiones y problemas con grupo de DC.

H. Análisis clínico:

La evaluación psicología se llevo a cabo con la aplicación de instrumentos como el inventario de ansiedad estado rasgo, escala de afrontamiento del estrés, entrevista semiestructurada, detectando niveles de ansiedad clínicamente moderados posible a su nivel académico disminuido al dedicar gran parte de su tiempo libre a la DC. Se Observa situaciones estresantes como la relación de pareja quien es amenazada por medio llamadas telefónicas de un tercero desconocido con el objetivo que termina su relación afectiva con ella, a nivel laboral ha tenido dificultades con sus compañeros voluntarios debido a su ascenso en la institución y responsabilidades como conductor de la ambulancia a pesar de su edad y el hecho de ser adolescente. Utiliza estrategias de afrontamiento como la focalización de solución del problema, la reevaluación positiva y la expresión emocional abierta de forma moderada. LA Autofocalización negativa es utilizada de la misma forma. Por ser adolescente posiblemente la religión es la puntuación más baja con 2 refiriendo esta estrategia casi nula en la confrontación de hechos estresantes.

I. Objetivos terapéuticos.

- Incrementar habilidades sociales como apoyo a resolución de problemas y trabajo en equipo.
- Brindar estrategia de afrontamiento a dificultades académicas.

- Incrementar asertividad en área trabajo voluntario.
- Aumentar niveles de satisfacción en las relaciones familiares.
- Fomentar espacios individuales y familiares alternos a la DC.
- Fomentar estrategias para afrontamiento para reducir respuestas de estrés y ansiedad.

J. PLAN DE INTERVENCION	
SESIÓN N°	PROCESO TERAPEÚTICO.
1	Presentación inicial, aplicación de Cuestionario IDARE.
2	Entrevista semiestructurada, aplicación de Cuestionario afrontamiento de estrés CAE.
3	Entrevista semiestructurada, devolución de información, objetivos.
4	Se presento dificultad por parte del paciente en las citas programadas a pesar de modificación de horarios flexibles para su asistencia.
5	Taller manejo de ansiedad (individual) estrategias de afrontamiento.
6	Taller manejo de estrés (individual) estrategias de afrontamiento.
7	Se brinda herramientas y estrategias de estudio.
8	Confrontación y solución de problemas frente a amenazas de relación de pareja.
9	Implementación de herramientas en el manejo de habilidades de comunicación y resolución de problemas a nivel laboral.
10	Se presento dificultad por parte del paciente en las citas programadas a pesar de modificación de horarios flexibles para su asistencia.
11	Evaluación de progresos, repastos de técnicas aprendidas.
12	Evaluación de progresos, repastos de técnicas aprendidas, conclusiones y cierre del proceso terapéutico.

K. Resultados y logros de intervención psicológica:

Se presento dificultades por parte del paciente en asistencia a citas programadas para la intervención, lo que dificultó este proceso a pesar de darle facilidades en horarios y días como los fines de semana, no se hizo las intervenciones estipuladas y los talleres se hicieron de forma individual. Se trabajo mejorar la relación terapéutica para continuar con el proceso aceptado finalmente por el paciente.

En el proceso de intervención se logró mejorar su rendimiento académico por medio de estrategia, organización y técnicas de estudio, culminando sus estudios sin complicaciones sin pérdida o recuperación de materias. Mediante psicoeducación se logra fortalecer estrategias de afrontamiento para el estrés y la ansiedad. Se Promovió mediante manejo de asertividad el recuperar la relación de amistad con compañera de la DC, por medio de implementación de habilidades sociales se apoyó la relación con compañeros voluntarios, queda pendiente por ser una tarea a mediano plazo, a nivel de pareja se confronta las amenazas realizadas vía celular en su relación de pareja, ha regresado con ella con aprobación de sus padres y familiares de ella. Acepta mejorar relaciones interpersonales al enfocarse a sus compañeros de DC y novia, pendiente tareas para mejorar este ítem. No se pudo explorar, profundizar e intervenir las relaciones familiares ante la dificultad y compromiso del paciente en las citas programadas.

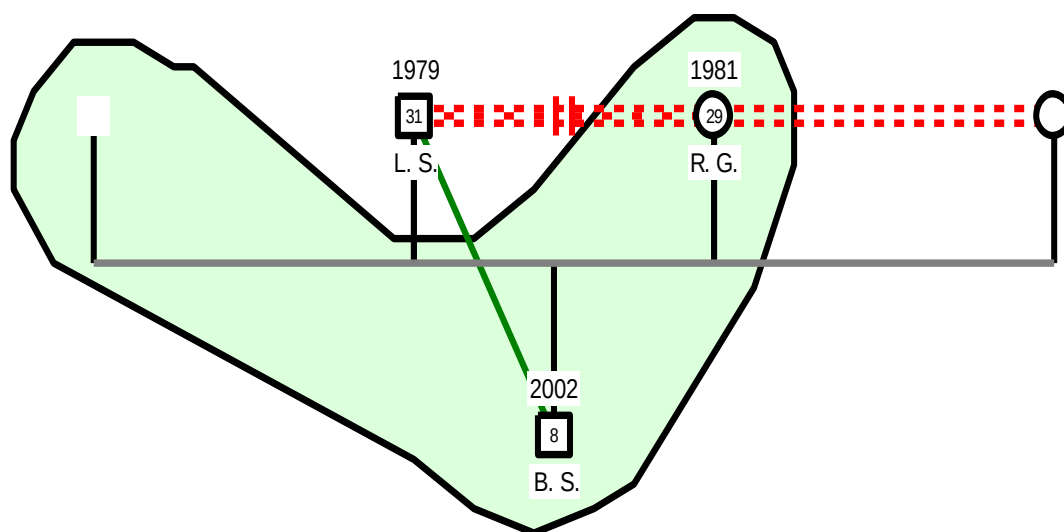
FORMULACION DE CASO CLINICO PACIENTE 7.

HISTORIA DEL CASO.

A. Datos generales: Paciente masculino. Residente en el municipio de Piedecuesta, de 31 años de edad, separado hace 7 años de profesión maestro de construcción 10 años, con treinta años de edad, estudios académicos de octavo de bachillerato, con profesión de oficial de construcción, actualmente laborando como auxiliar de parqueo en la Defensa Civil en el parque principal hace un año, al estar laborando con esta institución está disponible a cualquier emergencia que se presente en el día o noche y asiste a prestar servicios que brinda la institución a la comunidad como forma de ingresos y sostenimiento de la misma.

Con capacitaciones básicas en emergencias con 10 años como voluntario, ha asistido a varias emergencias en las que intervenido y se ha expuesto a presencia de cadáveres, heridos y hechos estresantes como rescatista voluntario. Tiene el cargo de revisor fiscal en la Junta de Defensa Civil de Piedecuesta. A nivel personal refiere un suceso que ha sido traumático en su vida, con sentimiento de culpa ante la posible muerte de una familia, ante posible complicidad de este por omisión, tiene contacto con un miembro de la familia, quien refiere le tiene aprecio y es cercano a la familia del paciente, este contacto permanente y de afecto, le genera estrés permanente ante su sentimiento de traicionar a su amigo.

B. Genograma



C. Motivo de consulta: Asiste como voluntario en la propuesta de evaluación en el afrontamiento de estrés y evaluación de ansiedad en voluntarios de defensa civil. Refiere que tiene “problemas de separación pareja” y “me siento mal por considerarme culpable de muerte de una familia”

D. Ciclo de vida: Su infancia transcurre en área rural, en compañía de sus hermanos y padres, su padre ha laborado por 14 años en granjas avícolas, inició a laborar a los nueve años de edad con su padre, a los 12 años de con diagnóstico de soplo de corazón pero no afecta sus estudio ni horario laboral, a los 14 años no continuar sus estudios por obtener ingresos laborales. Adolescencia: estudió hasta octavo de bachillerato, labora en diferentes municipios en el área rural de Santander, no presta el servicio militar, por su enfermedad, laboró por nueve años en granjas avícolas en compañía de su padre. Juventud a los 22 años inicia relación de pareja estable, tiene un hijo, hace 2 años aproximadamente. En el 2002 mientras laboraba como auxiliar de construcción tiene un accidente laboral, quedando con limitación visual, este accidente asociado con su nivel académico, no le permite mejorar opciones laborales, generando frustración por ser rechazado en la entrevista y valoraciones medicas en oportunidades laborales.

Se separó por infidelidad de su pareja, su hijo inicia a vivir con familiares maternos y paciente regresa a vivir con sus padres quien siempre le han apoyado, lleva hace un año laborando con DC como auxiliar de parqueo y presta servicio como voluntario. Estrés por recordar suceso con familiares a los cuales refiere ha fallecido una familia por cual de él, por grupos al margen de la ley.

E. Análisis por áreas:

Área de salud: Refiere diagnóstico a los 12 años, de Sopro en el corazón, no conociendo si es diastólico, sistólico o continuo. Asiste controles y tratamiento. Con accidente laboral en el 2002, quedando con visión disminuida en el ojo derecho, no fue indemnizado, le han dado servicio de EPS a partir de la fecha del accidente. Por este suceso ha perdido oportunidades laborales quedando en el examen médico como descartado, crea sentimiento de inutilidad, Como voluntario de la DC ha mejorado autoestima al ser en estos años activos a las emergencias y servicios. A nivel familiar su padre sufre de osteoporosis el cual está en tratamiento actual

Área Familiar: Vive con sus padres, hermano, cuñada y sobrinos, relación afectiva en especial con su padre quien considera ha sido base en principios y valores adquiridos en su vida cotidiana, tiene tres hermanos, de ellos viven fuera de la ciudad pero tiene contacto telefónico con ellos, relación afectivo y de apoyo económico a sus padres. Separado hace dos años por infidelidad de su pareja, tiene un hijo quien está al cuidado de su suegra y tíos, contacto semanal con su hijo. Tiene pareja hace 8 meses, su relación actual es de conflicto por considerar interfiere compañeros de la DC en la relación de pareja y por chisme mal intencionados.

Área de pareja y vida sexual: Heterosexual. Tiene pareja actual quien pertenece como voluntaria a la Defensa Civil, conflicto actual de pareja ante malos entendidos en la institución (chismes), siendo involucrado el grupo de voluntarios incluyendo presidente de la DC, donde considera una intromisión a su vida personal y privada, lo que ha llevado a rompimiento actual de las relaciones lo que afecta su estado de ánimo. Vida sexual activa, tiene claro uso del preservativo como medio de prevención de embarazo no deseado y enfermedades sexuales.

Área laboral: Ha iniciado a laborar a partir de los 9 años de edad en oficios del área rural ha laborado en empresas avícolas donde su padre ha laborado. En los últimos años estuvo laborando en construcción hasta el suceso de accidente laboral quien lo incapacita a laborar cuando es valorado por medico. Esto dificulto encontrar trabajo en otras empresas donde su reconocimiento económico es mayor, por lo que acepta laborar como auxiliar de parqueo en el parque central de Piedecuesta quien es administrado por la Defensa civil de este municipio Factor que desmotiva y frustra ante no tener otra oportunidad laboral y una mejor remuneración. Llevando un año trabajando en este cargo.

En la DC participa de manera voluntaria en las emergencias, servicios que presta la institución para su sostenimiento y tiene el cargo de revisor fiscal. Refiere dedica la mayor parte de su tiempo libre a este servicio voluntario siendo la mayor parte de esta actividad los fines de semana. Ha presentado inconveniente con miembros de la junta (Presidente y vocal operativo) por estar involucrado en posibles amenazas que refiere presidente, las hace telefónicamente a su esposa, de igual forma presenta inconvenientes con grupo de voluntarios por expresarle a su pareja infidelidad por parte del paciente, lo que ha llevado a separación temporal de la relación de pareja.

Área social: en cuanto a sus relaciones interpersonales son disminuidas, su grupo de relaciones sociales la constituyen principalmente la DC y su familia, hasta el punto que su pareja actual pertenece a esta institución, o pertenece a otro grupo social o religioso, pero asiste los domingos a la iglesia.

Área recreativa: Comparte juegos de mesas con su familia y sobrinos y ve televisión.

F. Hipótesis Diagnóstica:

En pruebas aplicadas se encuentran los siguientes resultados:

Inventario de Ansiedad Estado rasgo (IDARE):	Estado: 52 Rasgo 63 clasificando como un manejo de ansiedad media alta.
Cuestionario de Afrontamiento del estrés (CAE):	Focalizado en la solución del problema (FSP): 14 puntuación media.
	Autofocalización negativa (AFN): 18 puntuación alta.
	Reevaluación positiva (REP): 13 puntuación media.
	Expresión emocional abierta (EEA): 16 puntuación media.
	Evitación (EVT): 12 puntuación media.
	Búsqueda de apoyo social (BAS): 12 puntuación media.
	Religión (RLG): 14 puntuación media.

G. DSM IV diagnóstico:

Eje I	• Estrés por suceso traumático. Impresión diagnóstica.
Eje II	• Ninguno.
Eje III	• Visión Disminuida en ojo derecho por accidente laboral. • Soplo de corazón.
Eje IV	• Problemas en equipo de trabajo en DC ante inconvenientes presentados con el Presidente y vocal de la Junta y responsabilidad como revisor fiscal en la institución que ejerce de manera voluntaria.

	• Problemas conyugales o de pareja. • Problemas con la falta de oportunidad laboral ante visión disminuida por accidente laboral.
Eje V	• Con una evaluación en la escala Global de 51-60 al existir síntomas, son transitorios y constituyen reacciones esperables ante agentes estresantes psicosociales como problemas de pareja y problemas fisiológicos como visión disminuida y conflicto en DC con la Junta y miembros voluntarios al entrometerse en su vida personal.

H. Análisis clínico

La evaluación psicología se llevo a cabo con la aplicación de instrumentos como el inventario de ansiedad estado rasgo, escala de afrontamiento del estrés, entrevista semiestructurada.

Se detecta un nivel medio alto de manejo en la ansiedad que puede será asociada a estar en contacto permanente con un amigo, al cual considera le mataron a su familia hace años, culpándose de este suceso. El no poder comentarle este hecho le tortura diariamente por considerarse hipócrita y asesino. Con problemas con su jefe inmediato quien es a su vez jefe en la DC, interfiriendo en su vida de pareja (por pertenecer ella a la defensa civil), por lo cual esta reevaluando el no continuar laborando como auxiliar de parqueo; pero por disminución en su agudeza visual y tratamiento cardiovascular no ha podido renunciar ante la dificultad de ser aceptado en una empresa por estos diagnósticos.

Sus problemas actuales generan una Autofocalización negativa su principal forma de afrontamiento a hechos o situaciones estresantes, pero tiene estrategias de afrontamiento positivas como expresión emocional abierta, focalización en la solución del problema, reevaluación positiva y la religión, generando diferentes estrategias abordadas por el paciente ante sus dificultades actuales.

I. Objetivos terapéuticos.

- Reducir nivel de estrés y resolución de hecho estresante de su pasado.
- Incrementar manejo de asertividad conflicto de laboral y de pareja.

- Fomentar espacios individuales y familiares alternos a la DC.
- Fomentar estrategias para afrontamiento para reducir respuestas de estrés y ansiedad.

J. PLAN DE INTERVENCION	
SESIÓN N°	PROCESO TERAPEÚTICO.
1	Presentación inicial, aplicación de Cuestionario IDARE.
2	Entrevista semiestructurada, aplicación de Cuestionario afrontamiento de estrés CAE.
3	Entrevista semiestructurada, devolución de información, objetivos.
	Análisis de los eventos estresantes tanto de su pasado como con equipo de trabajo en DC. Identificación y confrontación de pensamiento distorsionado de culpa, sobre muerte de familia.
4	No asiste a consulta programada en común acuerdo en repetidas ocasiones a pesar de confirmar la cita a última hora vía telefónica.
5	Taller manejo de ansiedad (individual) estrategias de afrontamiento.
6	Taller manejo de estrés (individual) estrategias de afrontamiento.
7	En reiteradas citas no se puede concretar intervención psicológica.
8	Confrontación y solución de problemas frente a amenazas de relación de pareja.
9	Implementación de herramientas en el manejo de habilidades de comunicación y resolución de problemas a nivel laboral.
10	Retroalimentación y manejo de tiempo libre, recreación, dedicación e integración familiar frente a tiempo dedicado a la DC
11	Evaluación de progresos, repasos de técnicas aprendidas.
12	Evaluación de progresos, repasos de técnicas aprendidas, conclusiones y

	cierre del proceso terapéutico.
--	---------------------------------

K. Resultados y logros de intervención psicológica:

No hubo aceptación y participación inicial por parte del paciente por lo que en repetidas ocasiones no asistía a citas programadas para la intervención, no se logró cumplir con el número de sesiones terapéuticas y los talleres se hicieron de forma individual ante conflicto y diferencias con sus compañeros voluntarios. Se trabajó sesiones extras en mejorar alianza terapéutica.

Se confrontó su pensamiento de culpa en la muerte de familiares, por ser él quien les dijo sobre las amenazas de muerte para la familia, se trabajó en la confrontación de hablarle a su amigo sobre la verdad de lo sucedido, donde le conoce que la única muerte en la familia fue la del padre y que la progenitora y hermanos están a salvo y que viven fuera del país, Librándose del sentimiento de culpa. A nivel de pareja se trabaja en el manejo asertivo de la relación y confrontando sobre cuál era el origen del conflicto entre ellos, toma la decisión de no seguir laborando con la DC como auxiliar de parqueo y solicita un permiso de ausencia por tres meses para tomar decisiones sobre su continuidad como voluntario, ante la dificultad de mejorar la relación entre su jefe inmediato en la institución. Mediante psicoeducación se logra fortalecer estrategias de afrontamiento para el estrés y la ansiedad. En los primeros días de Diciembre le notifican sobre su pensión por parte de la ARP por accidente laboral sufrido en años anteriores, mejorando su estabilidad económica y emocional, tomando decisión sobre la posibilidad de vivir en pareja.

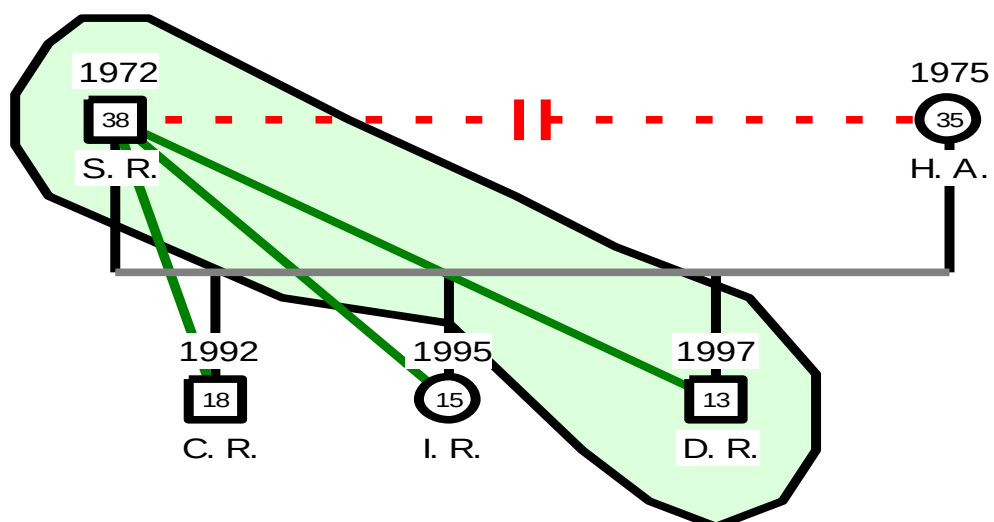
FORMULACION DE CASO CLINICO PACIENTE 8.

HISTORIA DEL CASO.

A. Datos generales: Paciente de 37 años de edad, masculino, procedente de Piedecuesta (Santander), bachiller, labora como ebanista desde hace 15 años, separado hace 7 años, tiene dos hijos de 18,15 y 13 años de edad. Pertenece a la Defensa Civil hace 6 años, Se ha capacitado en cursos de emergencia, en búsqueda y rescate de estructuras colapsadas (BREC), es miembro del grupo especial de rescate de Santander (GER), Cargo Administrativo en la DC de Piedecuesta (no remunerado), instructor y conductor de ambulancia. El paciente actualmente tiene a su cargo varias responsabilidades incluyendo la administrativa y como líder operativo lo que genera importantes niveles de estrés.

Por otra parte ha participado en emergencias como la ola invernal acaecida en Girón en el año 2005. Igualmente ha estado presente en el rescate de heridos y cadáveres, en accidentes vehiculares y accidentes donde se han visto involucrados menores de edad, Las numerosas exposiciones a estos eventos traumáticos ha generado en el paciente capacidad de afrontamiento y reducción de temores y ansiedad. Estas actividades las realiza el paciente los fines de semana, en tiempos libres y en horas nocturnas, labora de manera voluntaria, sin percibir remuneración.

B. Genograma



C. Motivo de consulta: Asiste como voluntario en la propuesta de evaluación en el afrontamiento de estrés y evaluación de ansiedad en voluntarios de defensa civil. Al hacer la pregunta sobre cuál sería el motivo de consulta, refiere: “tengo indecisiones por mi pareja”.

D. Ciclo de vida: Considera su infancia como alegre, afectiva y de relaciones familiares positivas, culmina su primaria sin complicaciones. El paso por la secundaria y adolescencia la considera como introvertida por ser delgado y conflictivo, presta servicio militar obligatorio, no continua como soldado profesional por encontrarlo en contra de su principios y valores inculcados por su familia y por noticia de embarazo de su esposa. Juventud: tiene pareja a temprana edad, se dedica a la ebanistería llevando 15 años laborando en esta profesión. Se separa por conflictos permanentes, ingresa al tabaquismo y alcoholismo social, ingresa a DC por motivación de amigos hace 6 años aproximadamente, ha ascendido como voluntario mediante dedicación y motivación propia (no tiene remuneración económica) En este último año ha tenido logros en la institución, como ser instructor y vicepresidente de la Junta municipal de DC, con interés de lograr capacitación como experto en rescate, ser voluntario lo considera como una forma de reconocimiento social al no poder continuar con sus estudios académicos por responsabilidad familiar y laboral. Actualmente vive con su hijo menor, quien se queda en la semana y sábados y domingos comparte con su progenitora. En los últimos dos años ha tenido tres parejas, pero no tenido estabilidad emocional al tener tres hijos y incertidumbre frente a su ex-esposa. Con proyecto de comprar apartamento propio.

E. Análisis por áreas:

Área de salud: Antecedentes médicos: Aunque niega inicialmente problemas de salud, acepta diagnóstico en consultas posteriores de hipertensión arterial, no se ha sometido a tratamiento. Con intervención quirúrgica por disparo de bala sufrido cuando prestó su servicio militar. Es alérgico a las picaduras de abeja. Con antecedentes de alcoholismo y tabaquismo actualmente se fuma un promedio de seis cigarrillos diarios. No refiere antecedentes psicológicos o psiquiátricos. No refiere antecedentes familiares. No refiere actividad física como preparación y entrenamiento para emergencias.

Área Familiar: Proveniente de familia numerosa, tiene 7 hermanos y una hermana, su madre de 78 y su padre de 82 años de edad pensionado, viven en Piedecuesta, y

aunque algunos de sus hermanos residen en Bogotá y en Venezuela, mantiene contacto permanente y sus relaciones son de apoyo. Sus hermanos en la mayoría profesionales es un factor de frustración personal, al considerar a su edad no ha cumplido con expectativas y metas que sus hermanos si han tenido. Un hecho estresante familiar es el diagnóstico de una enfermedad crónica recientemente de un hermano, en el cual la familia ha apoyado afectivamente. Separado hace 6 años, tiene tres hijos de 18, 15 y 12 años de edad, vive solo con su hijo menor entre semana y fines de semana los dedica visita a su progenitora. Su ex-esposa vive con otra pareja hace tres años de cual tiene una niña de tres años, tiene contacto con ella fines de semana para dar aporte económico para el sostenimiento de sus hijos, considera la relación con ella como buena, ha tenido tentación de regresar nuevamente a pesar de ser consciente que tiene otra pareja.

Área de pareja/ sexual: Separado hace 6 años, no tiene pareja estable, hace 1 mes termina relación, quien pertenece a la Defensa Civil, por celos de su pareja. Mantiene contacto permanente en los servicios, lo que genera estrés, por expectativa de lo que suceda en el interior de grupo de voluntariado. Heterosexual. Tiene claro uso del preservativo como medio de prevención y contagio de una ETS o embarazo.

Área laboral: Trabaja hace 15 años como carpintero, donde recientemente su jefe da responsabilidades de administración y selección del personal, con proyectos de iniciar su propio negocio, no se ha independizado ante dificultad en las relaciones interpersonales como vendedor. Considera trabajo estable al ser persona de confianza con el dueño de la empresa.

A nivel de de Defensa Civil aunque su trabajo es voluntario su responsabilidad lo compromete a dedicar su tiempo libre y extra, incluyendo el fin de semana a ser activo en la Institución aunque cuentan con un personal de 59 voluntarios solo 5 de ellos permanecen activos a estas emergencia que se presentan. Siendo su labor estresante ante la falta de capacitación en emergencias a los demás voluntarios y la falta de incentivos por parte de la institución, esto posiblemente generando conflictos internos en el grupo de voluntarios.

Área social: Su área social es disminuida, está enfocada a compañeros de trabajos y tres voluntarios socorristas. Está disminuyendo contacto con grupo de trabajo al ser consciente de consumo de bebidas alcohólicas son influenciadas a salidas con este

grupo los fines de semana. No pertenece a ningún grupo religioso, pero se considera católico por identificación a su familia.

Área académica: Bachiller, en DC ha tenido capacitaciones de curso básico, soporte básico de vida, curso de búsqueda y rescate aéreo, curso de búsqueda y rescate en espacios confinados, curso de rescate vehicular, curso de rescate vertical, curso de seguridad escolar, curso para instructor, desempeñando labores de conductor, instructor, coordinador y cargo de vicepresidente.

Área recreativa: su tiempo libre lo dedica a compartir con sus tres hijos, ver Televisión. No refiere actividad física diaria, comparte con compañeros de la DC en salir a comer y caminar.

F. Hipótesis Diagnóstica:

En pruebas aplicadas se encuentran los siguientes resultados:

Inventario de Ansiedad Estado rasgo (IDARE):	Estado: 51 Rasgo 44 clasificando como un manejo de ansiedad media alta.
Cuestionario de Afrontamiento del estrés (CAE):	Focalizado en la solución del problema (FSP): 17 puntuación media.
	Autofocalización negativa (AFN): 7 puntuación media baja.
	Reevaluación positiva (REP): 13 puntuación media.
	Expresión emocional abierta (EEA): 5 baja puntuación.
	Evitación (EVT): 13 puntuación media.
	Búsqueda de apoyo social (BAS): 18 puntuación alta.
	Religión (RLG): 15 puntuación alta.

G. DSM IV diagnóstico:

Eje I	• Ninguno.
Eje II	• Ninguno.
Eje III	• Hipertensión arterial.
Eje IV	• Incumplimiento al tratamiento de Hipertensión arterial. • Problemas conyugales. • Problemas con hechos estresantes que afectan la familia. • Problemas de estrés por carga y responsabilidad laboral al dedicar 9 horas en su trabajo y responsabilidades como miembro voluntario activo de defensa civil y cargo como vicepresidente.
Eje V	• Con una evaluación en la escala Global de 61-70 al existir síntomas, son transitorios y constituyen reacciones esperables ante agentes estresantes psicosociales como problemas en la separación de pareja y constante contacto con ella y presión laboral en responsabilidades en servicio y emergencias en la Defensa Civil.

H. Análisis clínico:

A nivel de salud el paciente tiene cero adherencia al tratamiento con su diagnóstico de Hipertensión arterial, al considerarse muy joven para iniciar a tomar medicamento y justificándose que al tener EPS subsidiada no le van atender ni dar tratamiento. A nivel de pareja su inestabilidad emocional no le ha permitido llevar una relación estable, pues afectivamente considera una posibilidad de regresar con su ex-esposa quien actualmente tiene pareja estable. A nivel laboral tiene responsabilidad reciente de administrar el negocio donde labora, esta labor la complementa con las responsabilidades en la DC generando estrés en los procesos de adaptación de sus cargos laborales. (Se incluye los compromisos de DC civil como laborales al dedicar un tiempo determinados para estas funciones).

Su principal estrategias de afrontamiento al estrés es la búsqueda de apoyo social y la focalización de solución del problema, posible a capacitaciones que ha recibido en la institución para enfrentar situaciones de emergencias. Es de notar que a pesar de no pertenecer a una iglesia específica hace oración diariamente resultado que es

confirmado en el CAE, de igual forma la reevaluación positiva es otra forma de afrontar las situaciones o hechos estresantes que se le presentan, no tiene una focalización negativa de los problemas, pero tiene dificultad en la expresión abierta emocional.

I. Objetivos terapéuticos.

- Incrementar habilidades sociales como apoyo a resolución de problemas.
- Aumentar niveles de satisfacción en las relaciones de pareja. Mediante expresión asertiva y resolución de conflicto con su pareja actual.
- Incrementar asertividad en área laboral de familiar y de pareja
- Aumentar niveles de satisfacción en las relaciones familiares.
- Fomentar espacios individuales y familiares alternos a la DC.
- Dar estrategias para afrontamiento para reducir respuestas de estrés y ansiedad.

J. PLAN DE INTERVENCION	
SESIÓN N°	PROCESO TERAPEÚTICO.
1	Presentación inicial, aplicación de Cuestionario IDARE.
2	Entrevista semiestructurada, aplicación de Cuestionario afrontamiento de estrés CAE.
3	Entrevista semiestructurada, devolución de información, objetivos.
4	Se presentó dificultad en citas acordadas por inconvenientes de su responsabilidad en servicios y las emergencias.
5	Taller manejo de ansiedad (individual) estrategias de afrontamiento.
6	Taller manejo de estrés (individual) estrategias de afrontamiento.
7	Confrontación en ideas y pensamientos frente a interés en la relación con su ex – esposa.
8	Se presenta inconvenientes en cita programada a pesar de opciones flexible de hora y día sugerido por el mismo paciente.

9	Implementación de herramientas en el manejo de habilidades de comunicación y resolución de problemas a nivel laboral (DC).
10	Retroalimentación y manejo de tiempo libre, recreación, dedicación e integración familiar frente a tiempo dedicado a la DC.
11	Evaluación de progresos, repastos de técnicas aprendidas para manejo de estrés.
12	Se ha dificultado la evaluación de progresos, repastos de técnicas aprendidas, conclusiones y cierre del proceso terapéutico por no disposición del paciente, pendiente aceptación y cierre.

K. Resultados y logros de intervención psicológica:

No hubo aceptación y participación inicial por parte del paciente por lo que en repetidas ocasiones no asistió a citas programadas para la intervención, no se logro cumplir con el número de sesiones terapéuticas pero los talleres se hicieron de forma individual ante conflicto y diferencias con sus compañeros voluntarios y no disposición de tiempo por parte del paciente. Se trabajó sesiones extras en mejorar alianza terapéutica.

Se promovió cita para valoración médica e inicio de tratamiento para manejo de la hipertensión, queda pendiente por estar laborando y cita dada para el mes de Enero del 2010. Se compromete a aumentar espacio con sus hijos y actividades recreativas diferentes a DC, este compromiso es aplazado por iniciar vacaciones el 22 de Diciembre y estar laborando actualmente horas extras. Acepta la posibilidad de delegar funciones en el cargo voluntario de la DC, pendiente para el mes de enero. Se dan pautas para el manejo de estrés y ansiedad en situaciones de emergencia o situaciones o hechos estresantes. Se promueve la expresión emocional abierta de forma asertiva como estrategia de afrontamiento del estrés. A nivel de pareja hace proceso de separación de pareja, no tiene pareja actualmente. No se hizo cierre de la intervención terapéutica por no disponibilidad del paciente.