

EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN DEL SENTIDO DEL HUMOR EN PACIENTES CON ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

Luzmar Quintero Delgado
Psicóloga

Trabajo de Grado:
En la Modalidad de Trabajo de Grado como Requisito para Optar
al Título de Especialista en Psicología Clínica

Directora:
PhD. Diana María Agudelo Vélez



UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA
ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
BUCARAMANGA
2010

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN	4
1. INTRODUCCIÓN	5
2. METODOLOGÍA	11
2.1 Población	11
2.2 Muestra	11
2.3 Instrumentos	12
2.4 Procedimiento	13
2.5 Base Epistemológica	14
3. RESULTADOS – DISCUSIÓN	14
4. CONCLUSIONES	20
5. RECOMENDACIONES	21
6. EXPERIENCIA PERSONAL	23
7. REFERENCIA BIBLIOGRÁFICAS	23
8. ANEXOS	27

Listado de Anexos

Anexo 1 Cuadernillo de Pruebas	27
Anexo 2 Formato de Historia Clínica	54
Anexo 3 Plan de Intervención Grupal para Pacientes con Enfermedades Cardiovasculares	57
Anexo 4 Plan de Intervención Individual y Grupal	62
Anexo 5 Casos Formulados	65

RESUMEN

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) representan una de las áreas de investigación más importantes a nivel epidemiológico y a nivel de salud pública, puesto que poseen altos índices de prevalencia y mortalidad y son un determinante en la calidad de vida; siendo la causa de muerte número uno en el mundo occidental y específicamente en Colombia ha generado un 28% de las muertes en los últimos años. Teniendo en cuenta que las ECV poseen factores de riesgo modificables y algunas de sus complicaciones están asociadas a estilos de vida no saludables que incluyen ausencia de conductas de salud y complicaciones en el estado de ánimo, es de vital importancia la intervención de la psicología clínica como área que favorece al tratamiento de molestias intelectuales, emocionales, biológicas, psicológicas, sociales o comportamentales. Es por esto que el objetivo de esta práctica consistió en evaluar el impacto del sentido del humor en una muestra de pacientes con ECV, asistentes al Centro de Salud del Mutis de Bucaramanga, e intervenir de manera grupal e individual en favor a la potencialización de emociones positivas como el sentido del humor enmarcadas en el modelo cognitivo conductual. Los participantes fueron diez mujeres con promedio de edad de 54 años con ECV. En los resultados se encontraron puntuaciones clínicamente significativas evidenciando que el 50% de la muestra puntúa en la Escala de Ansiedad Social SAD, en el STCI que evalúa las bases cognitivas y afectivas del sentido del humor, el 50% puntúa en relación al predominio de estado serio y de estilos de interacción poco alegres. Asimismo el 40% puntuó en la escala de Miedo a la Evaluación Negativa FNE. A partir de la evaluación se realizaron intervenciones grupales e individuales logrando que se potencializará el humor como estrategia de afrontamiento.

Palabras claves: Psicología Clínica, Enfermedad Cardiovascular (ECV), Emociones Positivas, Sentido del Humor, Depresión, Ansiedad Social, Temor a la Evaluación Negativa, Gelotofobia.

ABSTRACT

Cardiovascular disease (CVD) are one of the most important research areas at the epidemiological and public health level, given its prevalence and high rates of mortality and a factor in the quality of life, being the number one cause of death in the Western world and specifically in Colombia has generated 28% of deaths in recent years. Given that CVD have modifiable risk factors and some of its complications is associated with unhealthy lifestyles, including lack of health behaviors and complications in the mood, it is vital intervention by the clinical psychology as area that favors the treatment of intellectual discomfort, emotional, biological, psychological, social or behavioral. That is why the aim of this practice was to assess the impact of humor in a sample of patients with CVD attending the Health Center Mutis of Bucaramanga, and act as a group and individually towards the potentiation of positive emotions framed as a sense humor in the cognitive behavioral model. The participants were ten women with a mean age of 54 years with CVD. The results were clinically significant scores showing that 50% of the sample scored in the Social Anxiety Scale SAD, in STCI which assesses the cognitive and affective bases of humor, 50% rate in relation to the predominance of state serious and cheerful little interaction styles. 40% also scored on the scale of the Fear of Negative Evaluation FNE. From the reviews are conducted group and individual interventions that have become a potentially making the humor as a coping strategy.

Key words: Psychology clinic, cardiovascular disease, Positive Emotion, Sense of the humor, Depression, Social Anxiety, Fear of the Negative Evaluation, Gelotophobia.

INTRODUCCIÓN

La psicología de la salud descrita por Matarazzo (1980, citado por Trull y Phares, 2003) como el “conjunto de contribuciones educativas, científicas y profesionales del campo de la psicología a la promoción y mantenimiento de la salud, prevención y tratamiento de la enfermedad, identificación de etiologías y diagnósticos de salud - enfermedad, además del análisis y mejora del sistema sanitario y la formación de políticas sanitarias” p. 4; ha permitido indagar y profundizar en campos que para muchos no eran conocidos o que han sido poco investigados. En Colombia se empezó a hablar de este campo aproximadamente en los años ochenta durante los cuales se realizaron los primeros acercamientos y publicaciones sobre el aprendizaje visceral y glandular, la influencia psicológica sobre las enfermedades coronarias y los aspectos psicosomáticos del asma; lográndose así, percibir el nuevo rumbo que tomó la psicología vinculada a la salud; los primeros focos a investigar se ubicaron principalmente en la hipertensión arterial, las enfermedades crónicas como el cáncer, el dolor, la insuficiencia renal y la psicoimmunología (Vinaccia, 1989).

Hoy por hoy la hipertensión y las demás enfermedades cardiovasculares (ECV) representan una de las áreas de investigación más importantes, tanto a nivel epidemiológico como a nivel de salud pública, puesto que posee altos índices de prevalencia y un papel determinante en la calidad de vida del ser humano, ya que este tipo de enfermedades generadas principalmente por factores de riesgo modificables, son el segundo agente generador de deterioro funcional y pérdida de independencia y la causa número uno de las muertes de los hispanos afectando uno de cada tres y calculando y proyectando que en años venideros morirán cerca de 20 millones de personas a causa de dichas enfermedades (Sáez, Suárez, Blanco & Gabriel, 1998); esto es corroborado con lo descrito por otros autores quienes afirman que la enfermedad coronaria es la principal causa de muerte en el mundo occidental y la quinta en todo el planeta, afectando a las mujeres mayores de 40 años, especialmente a las post-menopáusicas; en los países industrializados constituye aproximadamente un 45% de todas las defunciones, España en los años 90 representaba una de las tasas más bajas, sin embargo actualmente el índice se ha incrementado y las ECV constituyen el 31,7% del porcentaje de mortalidad de la población Ibérica y en Chile constituyen el 28% (Bustos, Amigo, Arteaga, Acosta & Jona, 2003; Instituto Nacional de Estadística, 2010; Melgarejo, Jáuregui & Molina, 2009; Rosano, Vitale, & Tulli, 2007).

Específicamente en Colombia, de acuerdo a lo descrito por León, Sánchez y Matiz (2009) y Fajardo, Gutiérrez, Navarrete & Barrera (2003), las ECV generan un 28% de las muertes de esta nación y han tenido una tasa de crecimiento desde 1996 de 2,4% por año,

además enuncian que el riesgo de padecer un infarto agudo de miocardio puede aumentar 2,3 veces más producto del estrés mental ocasionado por un evento catastrófico.

Las cifras descritas anteriormente y lo encontrado por diferentes autores confluyen en el notorio aumento de prevalencia de las ECV como causa primera de mortalidad, por lo cual se considera de vital importancia la intervención de la Psicología de la salud, como agente principal en la promoción y mantenimiento de la salud y de la prevención y tratamiento de la enfermedad (Asociación Americana del Corazón, 2009; Bustos et al, 2003; Jaramillo, Torres de Galvis, Echevarría, Llamas, Montoya & Pareja, 2004; Curto, Prats & Ayestarán, 2004; Molina, Merchan, Jaramillo & Sánchez, 2009).

Al hablar de ECV se hace referencia a los padecimientos relacionados con el corazón y los vasos sanguíneos; entre algunas de éstas se pueden describir, la cardiopatía coronaria, patología de los vasos sanguíneos que irrigan el músculo cardíaco; las enfermedades cerebrovasculares, disfunción en los vasos sanguíneos que irrigan el cerebro; la arteriopatía periférica, enfermedad en los vasos sanguíneos que irrigan los miembros superiores e inferiores; cardiopatía reumática que constituyen lesiones en el miocardio y de las válvulas cardíacas por causa de fiebres reumática o por enfermedades causadas por las bacterias conocidas como estreptococos; la cardiopatía congénita que son las anomalías en la forma del corazón y por último la trombosis venosas y embolias pulmonares, las causadas por los coágulos de sangre que se forman en las venas de los miembros inferiores que llegan a desprenderse y alojarse en los vasos del corazón o de los pulmones (OMS, 2007).

El síndrome metabólico aunque no haya sido mencionado entre las ECV descritas anteriormente, es el síndrome que incluye numerosos factores de riesgo cardio-metabólico en una misma persona y en un mismo espacio de tiempo, es decir, que un individuo tiene obesidad abdominal, alteraciones en el metabolismo de la glucosa, el aumento de los niveles de la presión arterial, altos niveles de triglicéridos y disminución de los niveles de colesterol; este tipo de padecimiento es común entre un 25% y un 45% de la población Colombiana (López –Jaramillo, Luengas, Jaramillo & Sánchez, 2009; Pineda, 2008; Rodilla, González, Costa & Pascual, 2007).

Entre los agentes que generan las ECV se encuentran un sinnúmero de conductas o situaciones que han sido definidas y difundidas desde la perspectiva tanto médica como psicológica, teniendo como objetivo lograr que dichos aspectos sean modificados y por consiguiente reducir el número de muertes ocasionadas por este tipo de enfermedades; sin embargo, pese que un gran número de la población conoce los factores de riesgo, en coherencia a las estadísticas no se ha conseguido la erradicación de los mismos. Entre las

principales causas se encuentran las dietas malsanas, la falta de actividad física, el estrés, el consumo de tabaco, el mal estado de ánimo, entre otros (OMS, 2007).

Del mismo modo, autores como Salinas (2002) dividen los factores en individuales y colectivos y a éstos en modificables y no modificables; describiendo entre los factores de riesgo individuales no modificables a los antecedentes heredofamiliares, la edad y el género; entre los individuales modificables se encuentra el tabaquismo, las alteraciones de las concentraciones de los lípidos sanguíneos -dislipidemias-, la hipertensión arterial, la vida sedentaria, la obesidad, la diabetes, el exceso de aminoácidos en la sangre -Hiperhomocisteinemia -, la incapacidad de los vasos sanguíneos de ampliar su capacidad como respuesta a un estímulo -Disfunción endotelial-, excesos de tejido adiposo -Hiperleptinemia-, la tendencia a coagular la sangre a un ritmo mayor al normal -Hipercoagulabilidad- y el estrés individual, el cual caracteriza a las personas que cotidianamente son hostiles, impacientes, competitivos, inhibidos socialmente y con niveles de angustia extrema, como también lo refiere Rosenman (1975, citado por Salinas, 2002).

Entre los factores colectivos o sociales Murray & López (1998, citados por Salinas 2002) refieren que las posibilidades de sufrir ECV se encuentran estrechamente relacionadas con el lugar de nacimiento y el lugar de residencia, lo que Salinas (2002) denomina geografía natal; además de este factor se encuentran el estrato social, la desigualdad social y el estrés colectivo, en este último se incluyen las reacciones emocionales generadas ante eventos evolutivos conocidos como crisis del ciclo vital, como lo son los problemas laborales, el fallecimiento del cónyuge o de los hijos, el divorcio, las dificultades económicas, los cambios de vivienda, entre otros. Del mismo modo algunos estudios revelan que el estrés mental generado por eventos catastróficos y situaciones de conflicto social, aumenta 2,3 veces el riesgo de padecer un infarto agudo de miocardio (Carter, 2008 y Hollman, 2008, citados por León et al, 2009)

Serrano (2005) encontró que el grupo de reacciones tanto biológicas como cognitivas y comportamentales entre el individuo y el entorno conocidas como típicas del estrés, repercuten negativamente en el funcionamiento del sistema circulatorio y por consiguiente en el desarrollo de lo ya descrito como síndrome metabólico, relacionando que algunas situaciones personales como el nivel de calidad de vida, la felicidad conyugal y la conducta alimentaria errónea son generadoras y generadas por estrés crónico; a la par expresa que se han evidenciado numerosas similitudes entre la fisiopatología entre el estrés personal, la depresión, el síndrome metabólico y el riesgo cardiovascular. Como se puede observar en lo descrito anteriormente, existe un mayor número de agentes relacionados con el padecimiento

de las ECV que son cuestiones susceptibles de modificación tanto física como psicológica, por consiguiente si dichos agentes llegan a transformarse se podría evitar la aparición de algunas ECV y disminuir la probabilidad y el riesgo de morir por dicha causa (Carter, 2008 y Hollman, 2008, citados por León et al, 2009).

Por otro lado, estudios realizados por diversos autores e instituciones han encontrado que el estado de ánimo alegre puede ayudar en la prevención de la aparición de ECV, estableciendo que una buena dosis de risas y alegría tiene efecto similar al generado por una dieta balanceada o adecuados hábitos de ejercicio físico, por lo cual si todos éstos elementos se conjugan el beneficio es aun mayor; igualmente se ha encontrado que personas con características de hostilidad, alta necesidad de control, competitividad, impaciencia e inhibición social, son más proclives a padecer ECV, esto es respaldado por los múltiples estudios que se realizan enmarcados en los campos de la Psiconeuroinmunología -PNI- (Laham, 2008; Moreno, 2000; Salinas, 2002).

La PNI es el campo transdisciplinario encargado de indagar sobre la conexión e interacción entre la psique, el sistema inmunológico, el sistema nervioso y el sistema endocrino, es decir, la relación cerebro - conducta y sus consecuencias clínicas; es un término asignado por el Psicólogo Robert Ader, quien planteó que la actividad cerebral es el principal agente que tiene el individuo para defenderse de las enfermedades, el envejecimiento y la muerte; estableciendo que lo que el ser humano cree y piensa tiene efectos negativos y positivos sobre su salud física, identificando así más factores no médicos que médicos influyentes en las capacidades de resistencia y afrontamiento de las patologías, por consiguiente se hace indispensable modificar las percepciones que se tienen de sí mismo y de su situación de salud actual, de modo que éstas sean más benéficas y esperanzadoras y determinen positivamente a su sistema inmunológico y favorezcan al mantenimiento de la salud (Ray, 2003; Solomon, 2001).

En esta misma línea se han realizado investigaciones sobre la influencia que ejercen las emociones positivas como la alegría, el amor, la gratitud y la autorrealización en el aumento de la probabilidad de sobrevivir a un infarto agudo de miocardio; encontrando que dichas emociones son idóneas para potencializar los niveles de salud ya que redireccionan las estrategias de afrontamiento y la adecuación del comportamiento para mejorar la calidad de vida del individuo (Rodríguez, González, Falcón & Núñez, 2006)

Thorson & Powell (1991; 1993, citados por Carretero, 2005) postulan que el sentido del humor actúa como estrategia de afrontamiento ante las situaciones adversas, confusas o estresantes que se presentan en la cotidianidad, de ahí la importancia de trabajar con las

percepciones humorísticas que tienen las personas, como elemento amortiguador y restaurador de las condiciones cognitivas, afectivas y conductuales de quien tiene algún tipo de padecimiento. Desde la perspectiva psicológica el humor involucra diferentes aspectos tanto cognitivos como emocionales, conductuales, psicofisiológicos y sociales, además de hacer referencia a los diversos estímulos que producen respuestas tanto a nivel de procesamiento de información como en acción, asociadas comúnmente a los estados de ánimo de satisfacción y/o alegría (Bennett & Lengacher, 2006).

El sentido del humor ha sido relacionado con la resiliencia, definiendo a ésta como la capacidad que tiene el ser humano para vivir y desenvolverse adecuadamente, teniendo un desarrollo positivo aunque se encuentre inmerso en un contexto con condiciones de vida difíciles; es decir, la resiliencia es la capacidad para solventar las dificultades del día a día a través de la implementación de recursos cognitivos, emocionales y comportamentales en aras de encontrar la solución a dichas situaciones; teniendo en cuenta lo anterior el humor puede considerarse como la habilidad y la facultad de implementar recursos personales de determinada manera para afrontar una situación problemática, percibiendo a ésta de manera positiva y generando repertorios de conducta más flexibles (Chazenbalk, 2003 e Isen, 1999, citado por Vázquez, Hervás & Ho, 2006).

Las emociones positivas, entre ellas el buen humor, la alegría, el entusiasmo, la satisfacción, la tranquilidad y la armonía, no sólo aumentan la sensación de bienestar emocional sino que se evidencian ventajas a nivel físico; manifiesto en los cambios bioquímicos que ocurren cuando el ser humano se encuentra experimentando emociones positivas; encontrándose así que la glándula pituitaria secreta hormonas endorfinas, las cuales generan el efecto de bienestar y funcionan como calmante natural; igualmente se disminuye el cortisol, hormona suprarrenal secretada en los momentos de estrés y genera tensión muscular y aumenta la frecuencia cardíaca y respiratoria, por cual al disminuir su secreción se relaja el sistema muscular y disminuye la presión arterial, las pulsaciones del corazón vuelven a su ritmo normal y la respiración se gradúa; por último el buen humor contribuye al adecuado funcionamiento del Timo, glándula donde maduran los linfocitos T, células indispensables en el funcionamiento del sistema inmunológico (Chazenbalk, 2003; Davis, Nolen-Hoeksema & Larson, 1998, citados por Vázquez, Hervás & Ho, 2006; Rossetti, 2001, citado por Chazenbalk, 2003).

A nivel psicológico, el humor permite llevar a cabo un distanciamiento de las circunstancias, flexibilizando el pensamiento y las conductas que se desencadenan, así mismo a nivel social ayuda al individuo a relacionarse con los demás y disminuir las diferencias de

opinión, para finalizar a nivel laboral ayuda a generar nuevas alternativas de solución, motiva y amplía la productividad profesional (Moody, 2002, citado por Chazenbalk, 2003).

Como se puede ver la potencialización de habilidades personales para la toma de decisiones en pro a la salud, se puede realizar a través del buen humor y las demás emociones positivas, ya que si se asumen actitudes, rutinas y prácticas personales o familiares que fortalezcan los factores protectores, entendidos éstos como los aspectos internos o externos al individuo, que facilitan la conservación o el aumento de los niveles de salud; se logrará que se disminuya la probabilidad de padecer cualquier tipo de padecimiento de salud, especialmente los relacionados con el riesgo cardiovascular (Tobón, 2003).

De igual manera, Thorson & Powell (1991; 1993, citados por Carretero, 2005); Tobón (2003) y Vázquez, Hervás & Ho (2006) expresan que es necesario incluir el humor en las intervenciones terapéuticas y en los programas de prevención y promoción de las ECV, ya que esta emoción positiva desempeña un papel fundamental como estrategia de afrontamiento, pues ayuda a que los pacientes aprendan a ampliar su campo visual y perceptivo, a generar pensamientos más flexibles y repertorios de conducta más creativos, lo cual contribuye a la resistencia ante las adversidades y por consiguiente al mejoramiento de la calidad de vida.

La psicología clínica definida por Resnick (1991, citado por Trull y Phares, 2003) como el área de la psicología que se encarga del estudio, diagnóstico y/o tratamiento de las consideradas conductas anormales en búsqueda de la comprensión, predicción y restablecimiento de la desadaptación, la discapacidad y las molestias intelectuales, emocionales, biológicas, psicológicas, sociales y/o comportamentales; representa un escenario propicio para abordar los factores de riesgo modificables de las ECV, puesto que la práctica de conductas sanas involucran el desarrollo y la potencialización de habilidades personales, lo cual se puede lograr en el contexto psicoterapéutico.

Autores como Fordyce (1977; 1983, citado por Vázquez, Hervás & Ho, 2006) considera a la psicoterapia basada en el modelo cognitivo – conductual como un medio para optimizar las emociones positivas, por lo cual plantea una serie de condiciones entre las que se encuentra el papel del psicólogo como orientador y motivador en cuanto la toma de decisiones para que los pacientes se mantengan en actividades físicas, novedosas, sociales, placenteras, que lo motiven a organizarse y le fomenten el valor de la felicidad, deteniendo las preocupaciones, ajustando las expectativas y las aspiraciones, a través del desarrollo de un estilo de pensamiento optimista y positivo, la preferencia por un estado de ánimo sano con respuestas

conductuales asertivas y la focalización en el presente como oportunidad para generar características de vida saludable.

A partir de lo antes mencionado se puede notar como desde la base epistemológica cognitiva - conductual, el individuo se aprecia como un agente activo y dinámico que interpreta el mundo de acuerdo a sus estructuras y estilos de pensamiento, que determinan sus sentimientos y conductas, lo cual favorece al realizar intervención con pacientes de riesgo cardiovascular ya que existen numerosos factores modificables asociados a este tipo de padecimiento, por lo que el paciente pasa a ser agente responsables de su propio cuidado, identificando que de acuerdo a como perciban su condición de salud, será su manera de afrontar, asumir y tratar su enfermedad (Arrivillaga, Varela, Cáceres de Rodríguez, Correa & Holguín, 2007; Beck, 2000; Velandia & Rivera, 2009).

De acuerdo con lo anterior y a la definición de la salud como el estado de bienestar donde el individuo potencializa sus capacidades, afronta las tensiones normales de la vida y se desenvuelve productivamente adoptando posturas conductuales y de pensamiento que le permiten cada día tener una mejor calidad de vida, se considera pertinente como profesionales de la psicología clínica contribuir a dicho componente a través de la intervención en elementos del sentido del humor y su impacto en quienes padecen ECV.

Es por esto que se plantea el proyecto de Evaluación e Intervención del Impacto del Sentido del Humor en Pacientes con Enfermedades Cardiovasculares con el fin de evaluar el estado de ánimo presente en una muestra de pacientes con ECV, asistentes al Centro de Salud del Mutis de Bucaramanga, e intervenir de manera grupal e individual a través del modelo cognitivo conductual sobre los factores que fueron relevantes en los resultados de la evaluación que se llevó a cabo.

METODOLOGÍA

Población: Hombres y mujeres mayores de edad, con nivel de escolaridad mínimo de básica primaria con diagnóstico de enfermedad cardiovascular o en riesgo de padecerla asistentes a un Centro de Salud.

Muestra: La muestra se seleccionó teniendo en cuenta que fueran personas residentes en Bucaramanga y asistentes al Centro de Salud del Mutis, con diagnóstico de ECV, mayores de 18 años y con nivel educativo mínimo de básica primaria. Para el desarrollo del presente proyecto la muestra se conformó por 10 pacientes mujeres con diagnóstico de ECV, con un rango de edad entre 40 y 69 años, con una media de 54 años y desviación estándar de 8,81, con un nivel educativo de básica primaria, asistentes al Centro de Salud Mutis, en la ciudad de Bucaramanga.

Instrumentos:

Los Instrumentos utilizados se describen a continuación (ver anexo1):

Inventario de Depresión Estado/Rasgo (IDER) (Agudelo, 2009), es una prueba que tiene como objetivo evaluar el grado de afectación (estado) y la frecuencia de ocurrencia (rasgo) del componente afectivo de la depresión. El cuestionario consta de dos escalas: Rasgo y Estado, cada una con 10 ítems, 5 para distimia, que hace referencia a la afectividad negativa y 5 para eutimia, que se refiere a la afectividad positiva. Presenta un alfa de Cronbach entre 0,60 y 0,72 en la subescala de distimia y entre 0,86 y 0,91 en la subescala de eutimia.

El Inventario de Depresión de Beck-Segunda Versión (BDI-II) (Vázquez, Sanz, Fortún, García & Espinosa, 2005), es un instrumento de autoaplicación de 21 ítems. Ha sido diseñado para evaluar la gravedad de sintomatología depresiva en adultos y adolescentes con una edad mínima de 13 años. En cada uno de los ítems, la persona tiene que elegir, entre un conjunto de cuatro alternativas ordenadas de menor a mayor gravedad, la frase que mejor describe su estado durante las últimas dos semanas, incluyendo el día en que completa el instrumento. En cuanto a la corrección, cada ítem se valora de 0 a 3 puntos en función de la alternativa escogida y, tras sumar directamente la puntuación de cada ítem, se puede obtener una puntuación total que varía de 0 a 63; los niveles de consistencia interna, 0.83 y 0.90

Escala de Evitación y Ansiedad Social (SAD) (Watson, Friend, & Leary, 1983, adaptado en Colombia por Chávez y Castaño, 2008), es una escala que evalúa el malestar subjetivo, la evitación activa o los deseos de escape, que experimentan las personas con fobia social, este instrumento cuenta con 21 ítems y las respuestas se realizan mediante un formato de respuesta dicotómica con opciones de falso y verdadero; cuenta con un alfa de Cronbach 0,85.

Escala de Temor a la Evaluación Negativa (FNE) (Watson, Friend, & Leary, 1983, adaptado en Colombia por Chávez y Castaño, 2008), tiene como objetivo evaluar el componente cognitivo de la ansiedad social y mide el grado en que la gente experimenta temor ante la posibilidad de ser juzgado negativamente por los demás. Este instrumento cuenta con 24 ítems y las respuestas se realizan mediante un formato de respuesta dicotómica con opciones de falso y verdadero; cuenta con un alfa Cronbach de 0,66

El State-Trait-Cheerfulness-Inventory (STCI- T) (Ruch, Köhler, & van Thriel, 1996, adaptado en Colombia por Carretero, Agudelo, Olave y Gomez, en prensa), es un instrumento que fue desarrollado para medir las bases cognitivas y afectivas del sentido del humor a través de la evaluación de las dimensiones de alegría (cheerfulness), seriedad (seriousness) y

mal humor (bad mood), se usa una escala de respuesta tipo Likert con cuatro opciones de respuesta, que van desde 1 (Totalmente en desacuerdo) hasta 4 (Totalmente de acuerdo). Los valores alfa de Cronbach oscilan entre 0,56 y 0,86 por facetas y de 64 a 72 para la totalidad de las escalas.

Cuestionario de Gelotofobia, (GELOPH 15) (Ruch & Titze, 1998, adaptado en Colombia, Carretero, Ruch, Agudelo, Platt & Proyer, 2010), es una escala que mide el miedo a hacer algo que resulte risible para los otros. La versión colombiana consta de 15 ítems cuya confiabilidad medida mediante alfa de Cronbach es de 0,73. Se califica mediante una escala Likert de 1-4.

Escala de Apreciación del humor (EAHU) (Carretero, 2005), es una batería que evalúa el grado de apreciación del humor de las personas. Se compone de dos escalas: Diversión hacia el estímulo y grado de rechazo. Los estímulos están clasificados así: dos categorías referentes a estímulos humorísticos sin un contenido específico y que presentan una estructura interna distinta en función del proceso cognitivo que provocan (Incongruencia – Resolución frente a Incongruencia sin Resolución o Sin Sentido) y otras tres donde el aspecto central es el contenido del material humorístico (Humor Sexual, Negro y Denigración). Los ítems están basados en chistes o viñetas cómicas ante los que la persona evaluada debe enfrentarse, para responder así según el grado de diversión y rechazo que el chiste le ha provocado en ese mismo momento. Se selecciona como escala de respuesta la opción tipo Likert de cinco puntos, de “0” a “4”, con la posibilidad de indicar ausencia de diversión o rechazo, a la vez que de señalar un punto medio. La versión colombiana del EAHU consta de 28 ítems. Los valores de consistencia interna mediante alfa de Cronbach oscilan entre 0,70 y 0,80 para todas las dimensiones.

Procedimiento: Inicialmente se efectuó la búsqueda de datos de pacientes en los archivos del centro de salud y en los registros de las personas inscritas al programa de control de riesgo cardiovascular, siendo seleccionados los pacientes que cumplían con los requisitos para ser parte de la investigación; a continuación fueron citados y se llevó a cabo la *fase de valoración inicial*, en este momento se realizó la recepción de los pacientes mediante entrevista individual, durante la cual se les explicaron las condiciones del proyecto y se firmó el consentimiento informado con quienes manifestaron estar dispuestos a participar; posterior a esto, se aplicaron en otras sesiones individuales los instrumentos de evaluación que incluyeron el State-Trait Cheerfulness Inventory (STCI-T), la Escala de Estrés y Ansiedad Social (SAD), el Inventario de Depresión de Beck (BDI), la Escala de Miedo a la Evaluación Negativa (FNE), la Escala de Gelotofobia (GELOPH 15), el Inventario de Depresión

Estado/Rasgo (IDER) y por último la Escala de Apreciación del humor (EAHU) (ver anexo 1); además de recopilar los datos personales e historia de vida para diligenciar la historia clínica (ver anexo 2); luego de completar la aplicación de los cuestionarios se procedió a sistematizar la información, dando paso a la *fase de Intervención*, en esta fase, a partir de la información obtenida, se establecieron los elementos comunes para el plan de intervención grupal y los elementos particulares para el plan de intervención individual (ver anexo 3 y anexo 4). Se llevaron a cabo cinco sesiones grupales de 50 minutos, realizando proceso de psicoeducación respecto al modelo cognitivo, las técnicas para identificar y modificar pensamientos irracionales que respaldan sus comportamientos, además de abordar temas como el autocontrol emocional, las conductas de autocuidado y las emociones positivas. A nivel individual se realizó una sesión donde se abordaron temas estrechamente ligados a las problemáticas exclusivas de algunas pacientes. Terminado el proceso de intervención tanto grupal como individual, se efectuó la *fase de seguimiento* de todo el proceso a través del autoreporte de los participantes.

Base Epistemológica: Modelo Cognitivo Conductual.

RESULTADOS - DISCUSIÓN

En el siguiente apartado se describen los resultados encontrados durante las diferentes fases de la práctica, además de la discusión acorde al soporte teórico antes mencionado. Los resultados de la primera fase, teniendo en cuenta que se realizó la valoración inicial de los pacientes, se basan en la información obtenida a través de los diferentes cuestionarios, analizados por medio del SPSS 14.0. Se obtuvieron las puntuaciones totales de las escalas de Gelotofobia, Ansiedad Social (SAD), Miedo a la Evaluación Negativa (FNE) y del Inventario de Depresión de Beck (BDI), además de la puntuación total de cada uno de los aspectos que evalúa la Escala de Apreciación del Humor (EAHU) y de las puntuaciones totales del Inventario de Depresión Estado/Rasgo (IDER). Así mismo, se examinaron y establecieron los porcentajes de las puntuaciones clínicamente significativas en todos los aspectos evaluados en la muestra de pacientes con ECV.

Respecto a los resultados de la segunda fase, intervención, son datos más cualitativos y descriptivos, puesto que se plasma lo encontrado en la implementación de lo planteado para cada experiencia grupal y los avances o evolución producto de los respectivos encuentros individuales que se llevaron a cabo.

Para terminar, en la tercera fase, seguimiento, se describe lo percibido por los pacientes de la muestra intervenida, los conocimientos adquiridos y lo manifestado por ellos mismos cuando se finalizó todo el proceso de intervención.

Los resultados de la primera fase, se organizan en la Tabla 1, donde se especifican los estadísticos descriptivos y los puntajes clínicamente significativos obtenidos de las diferentes escalas utilizadas, cabe resaltar que las puntuaciones clínicamente significativas fueron calculadas a partir de las puntuaciones sobre la media más una desviación típica, excepto para la faceta de Alegría del STCI - T, que por ser una escala inversa se consideró para puntuaciones por debajo de la media menos una desviación típica. Los resultados muestran que el 50% de la muestra poblacional puntuó en la Escala de Ansiedad Social SAD, en el STCI-T que evalúa las bases cognitivas y afectivas del sentido del humor, el 50% puntúa en Seriedad 1 que se refiere al predominio de estado serio, asimismo en Alegría 5 que se refiere al predominio de estilos de interacción alegres, se encuentra que un 50% no posee este tipo de interacción; por otro lado el 40% puntuó en la escala de Miedo a la Evaluación Negativa FNE y que ninguno de los participantes (0%) puntuó en el Inventario de Depresión IDER Estado. En relación a la Escala de Apreciación del Humor (EAHU) la muestra evidenció mayor diversión ante el humor de la categoría Incongruencia Resolución (100%), seguida por la diversión que les generó la categoría de Sin Sentido con el 80%, por otro lado se identifica mayor aversión en relación al Humor Negro con 90% y el Humor sexual con 60%. Por último los porcentajes respecto al Humor Denigración Hombre y Humor Denigración Mujer se generaron en igual medida diversión y aversión distribuyéndose en cada una de las categorías el 50%.

Tabla 1

Estadísticos Descriptivos de las pruebas empleadas y porcentajes clínicamente significativos en una muestra de pacientes en Riesgo Cardiovascular (N=10)

ESCALA	MEDIA	DESVIACION TÍPICA	PORCENTAJES CLÍNICAMENTE SIGNIFICATIVOS*
GELOTOFOBIA	33	13,2	30%
ANSIEDAD SOCIAL (SAD)	10,4	9,2	50%
TEMOR A LA EVALUACIÓN NEGATIVA (FNE)	12,2	8,5	40%
APRECIACIÓN DEL HUMOR			
Sexual – Diversión	10,1	8,2	40%
Sexual – Aversión	10,2	6,9	60%
Negro – Diversión	6,7	3,9	10%
Negro Aversión	9,4	2,8	90%
Incongruencia Resolución – Diversión	16,3	4	100%

Incongruencia Resolución – Aversión	3,6	3,6	0%
Sin sentido – Diversión	12	5,6	80%
Sin Sentido – Aversión	4,1	4,7	20%
Denigración Hombre – Diversión	6,5	5,5	50%
Denigración Hombre – Aversión	5,8	3,9	50%
Denigración Mujer – Diversión	5,8	5,2	50%
Denigración Mujer – Aversión	8,2	4,2	50%
STCI			
Alegría 1	22,6	2,9	30%
Alegría 2	15	3	20%
Alegría 3	24,4	5,2	20%
Alegría 4	20,3	5,2	30%
Alegría 5	20,3	4,8	50%
Seriedad 1	18,3	2,4	50%
Seriedad 2	22,2	1,3	10%
Seriedad 3	20,8	4,5	20%
Seriedad 4	13,1	3,9	30%
Seriedad 5	18,1	2,9	20%
Seriedad 6	12,7	4,4	20%
Mal Humor 1	11	3,9	30%
Mal Humor 2	13,1	5,9	20%
Mal Humor 3	11,2	3,8	30%
Mal Humor 4	15,2	4,2	20%
Mal Humor 5	9,5	3,9	10%
DEPRESIÓN DE BECK (BDI)	13	7,3	20%
DEPRESIÓN RASGO (IDER)	17,9	5,5	30%
DEPRESIÓN ESTADO (IDER)	15,3	4,3	0%

*Porcentaje de puntajes que están por encima de la media más una desviación típica.

De acuerdo a los resultados de la evaluación se puede notar que las personas asistentes al Centro de Salud el Mutis que padecen algún tipo de ECV, son mujeres con promedio de edad de 54 años, con tendencia a presentar rasgos de ansiedad e inhibición social, predominio de estado de ánimo serio, con dificultades para tener manifestaciones de alegría e interactuar alegremente con los demás, lo cual está estrechamente relacionado con la aversión que les genera determinado tipo de humor.

En las particularidades de los participantes para la apreciación del humor, se pudo relacionar con lo planteado por Carretero, (2005); Chazenbalk, (2003) y Vázquez, Hervás & Ho, (2006), ya que se puede notar que no todo tipo de humor es benéfico o se relaciona

positivamente con condiciones de salud, por ejemplo el humor negro o el de denigración tiende a ejercer un efecto adverso, mientras que el humor llamado “inteligente”, como el del doble sentido, el de juego de palabras, el de incongruencia resolución o el sin sentido, que suponen un ejercicio cognitivo y de abstracción de información suelen ser los que mejor correlacionan con aspectos saludables y por consiguiente generan mayor liberación de endorfinas, reducen los niveles de cortisol en sangre y contribuye al funcionamiento del sistema inmune.

En lo referente a las características de la muestra, descrita en el apartado de procedimiento, es importante resaltar que el 100% de los participantes fueron mujeres siendo esto coherente a lo encontrado por Melgarejo, et al (2009) quien afirma que las enfermedades coronarias en el mundo occidental afectan en mayor medida al género femenino, tanto por la distribución poblacional como por sus características culturales acompañadas de estilos de vida con prevalencia de sedentarismo, sobrepeso y ausencia de conductas de salud. Igualmente Rosano, Vitale, & Tulli (2007) refieren que las mujeres mayores de 40 años son más propensas a padecer ECV, lo cual concuerda con la media de edad de las mujeres evaluadas e intervenidas en la presente práctica ya que ésta fue de 54 años.

En relación con la fase de intervención, como se enunció previamente, los elementos comunes se trabajaron en cinco sesiones grupales de 50 minutos durante las cuales a través del proceso de psicoeducación se logró que las asistentes aprendieran conceptos básicos para adoptar estilos de pensamientos, sentimientos y acciones favorables para el control de su enfermedad, asumiendo un papel activo frente a su condición; los temas tratados fueron la relación pensamiento, sentimiento y conducta, principio base del modelo cognitivo; las distorsiones cognitivas enmarcadas como errores de pensamiento, conductas de autocuidado, autocontrol emocional y las emociones positivas (ver anexo 3).

Frente a los planteamientos del modelo cognitivo los participantes se reconocieron como sujetos activos frente a su situación, logrando identificar los repertorios de conducta coherentes con los estilos de pensamiento típicos que los pacientes generaban frente situaciones características de sus condiciones culturales, rol de madre, responsable de las dificultades emocionales y económicas de los diferentes miembros de la familia y demás personas cercanas, reconociendo que en ocasiones dichas reacciones no eran las más acertadas ni las más sanas en relación con su condición de salud actual (Beck, 2000)

Los miembros del grupo, luego del respectivo proceso de empatía, dieron paso a espacios para compartir información personal, donde alcanzaron a identificar, analizar y modificar su percepción de la enfermedad por medio de lo expresado entre ellos mismos,

teniendo en cuenta formas diferentes de asumir las situaciones que se le presentan en la cotidianidad y adaptándolas a sus circunstancias actuales, consolidando así una red de apoyo social efectivo que contribuyó al reconocimiento de recursos personales favorecedores de estilos de afrontamiento asertivos ante las situaciones problemáticas de la vida de cada uno de los miembros (Chazenbalk, 2003 e Isen, 1999, citado por Vázquez, Hervás & Ho, 2006).

En relación con la identificación de las ideas irracionales y las distorsiones cognitivas, los asistentes adquirieron no sólo el conocimiento sino que evidenciaron el desarrollo de la habilidad para identificar en el discurso propio y en el de los demás, expresiones representativas de cada una de los errores de pensamiento, consiguiendo comprender la carga emocional que este tipo de abstracciones les generaba y las posibles alternativas que tenían en confrontación con éstas, implementando así nuevas formas de procesamiento de información, lo cual de acuerdo con lo planteado por Serrano (2005) y Salinas (2002), esto pudo contribuir a la disminución del estrés mental y por consiguiente a la complicación de la ECV, ya que estos autores consideran que es necesario que las personas asuman positivamente las circunstancias de la vida de modo que su estado de salud no se vea afectado.

Ante el entrenamiento en Autocontrol emocional, la interacción grupal y el conocimiento previo del principio base del modelo cognitivo, facilitó que se perfeccionaran las habilidades para identificar qué estilo de pensamiento debía ser reformulado para cambiar la emoción y de este modo racionalizar la situación, consiguiendo así comunicar asertivamente las emociones que habían sido generadas por determinada situación; según lo manifestado por los asistentes esto les permitió cambiar comportamientos guiados netamente por las sensaciones y emociones por comportamientos más asertivos, disminuyendo así niveles de hostilidad, impaciencia o incomprensión ante su condición y generando mayor sensación de bienestar lo cual apoya lo planteado por Laham, (2008); Moreno, (2000) y Salinas, (2002); quienes consideran que se genera mayor sensación de bienestar cuando se tiene un estado de ánimo alegre y no existe hostilidad, impaciencia o dificultades sociales.

La psicoeducación sobre emociones positivas y estrategias de afrontamiento favoreció al reconocimiento del sentido del humor como una habilidad que les permitía flexibilizar el pensamiento, afrontar y actuar positivamente ante las circunstancias de la cotidianidad, consiguiendo modificar la previa percepción del humor como sólo un medio para evadir la connotación negativa de sus condiciones a través de la distracción; lo cual es similar a los planteamientos de Chazenbalk (2003); Isen (1999, citado por Vázquez, Hervás & Ho, 2006); Thorson y Powell (1991; 1993, citados por Carretero, 2005); Tobón (2003) y Vázquez, Hervás & Ho (2006) quienes describen al humor como dispositivo amortiguador y renovador

de las particularidades cognitivas, afectivas y conductuales que potencializan la capacidad de ser resiliente ante las eventualidades de la vida y no como estrategia de huida.

Del mismo modo los asistentes a la intervención grupal lograron incorporar conocimientos sobre las ECV y las repercusiones que estas tienen sobre los estilos de vida, identificando los factores de riesgo o complicaciones de la enfermedad, que pueden ser modificadas y/o controladas como los hábitos alimentarios, la ingesta de los medicamentos, la rutina de ejercicios, práctica de conductas de salud, en general reconocieron la importancia de tomar un papel activo frente a la enfermedad, identificándose como los únicos responsables de las conductas de autocuidado y determinando que no sólo es conocer respecto a su condición sino que es necesaria la operacionalización de las decisiones de salud como lo plantean Arrivillaga, et al. (2007); Tobón (2003) y Velandia & Rivera (2009), quienes consideran que las conductas de autocuidado no sólo dependen de lo teórico de la enfermedad sino tener estrategias para potencializar habilidades y materializar decisiones, a través del compromiso y la responsabilidad para realizar acciones en pro de la salud.

En cuanto a las intervenciones individuales se realizaron de una a dos sesiones con cada paciente (ver anexo 4) en las cuales se abordaron problemáticas exclusivas de algunas pacientes, como lo fueron las dificultades en las relaciones de pareja, los antecedentes de violencia intrafamiliar, el duelo por desaparición, entre otros. A lo largo de las intervenciones no sólo se evidenció el manejo teórico y práctico de lo aprendido en las sesiones grupales previas, sino que se definieron con claridad las estrategias a implementar a favor de la solución de la situación que les generaba malestar emocional, expresando las respectivas modificaciones que se debían hacer en cuanto estilos de pensamiento y la ejecución de acciones concretas que les permitía responder asertivamente a las demandas del medio. Dado que los pacientes respondieron de forma activa y atenta comprometiéndose con la realización de las tareas asignadas, se logró que cada paciente diera avances en la resignificación positiva de las experiencias que describían como negativas. Teniendo en cuenta lo planteado por Fordyce (1977; 1983, citado por Vázquez, Hervás & Ho, 2006) y Beck (2000), se puede ver que a través de la intervención desde el modelo cognitivo – conductual enmarcado en las emociones positivas, se logra potencializar habilidades personales y desarrollar estilos de pensamiento optimistas y positivos, siendo así este espacio psicoterapéutico indispensable para generar características de vida saludable.

Por último, se llevó a cabo la fase de seguimiento de la intervención tanto individual como grupal, por medio del autoreporte de los asistentes, en el cual manifestaron además de sentimientos de gratitud por el espacio, el tiempo y la oportunidad de conocer más sobre su

enfermedad y el manejo de las situaciones de la cotidianidad relacionadas o no con su estado de salud; expresaron la importancia de conocer el nivel de control que pueden tener de los diferentes estilos de pensamiento, de modo que no los afecte emocionalmente y puedan llevar a cabo acciones a favor de su salud, se identificaron como agentes activos y únicos responsables del cuidado de su condición resaltando la importancia de las conductas de autocuidado, igualmente hicieron mención del beneficio que conlleva asumir una actitud positiva y resiliente frente a las implicaciones de un padecimiento como las ECV.

Cabe resaltar que a través de un instrumento terapéutico como la Psicoeducación, se logra informar y formar sobre temas específicos, lo cual permite no sólo promover la adquisición de conocimientos teóricos propios, en este caso, de las ECV, sino que suscita en los involucrados una posición analítica frente a su condición y los impulsa en la implementación de estrategias a favor de la optimización saludable de sus estilos de vida, esto se logra evidenciar sólo en lo vivenciado por la terapeuta y los participantes a lo largo de la intervención, ya que por características de la práctica y la muestra, como el corto tiempo para ejecutar lo planteado, no fue posible realizar un seguimiento que permitiera validar o ver la estabilidad de los resultados en el tiempo, especialmente por que lo aprendido no sólo debe evidenciarse en los espacios de encuentro sino que deben estar presentes en su cotidianidad, por lo cual es necesario recurrir a otras herramientas para el respectivo seguimiento, igualmente el tamaño de la muestra puede limitar el alcance de lo obtenido.

CONCLUSIONES

Al realizar un acercamiento a nivel de evaluación e intervención terapéutica a pacientes con uno de los problemas de salud con mayor índice de mortalidad como son las ECV, se pudo observar la importancia de hacer intervenciones no sólo con objetivos de capacitación teórica o información sino con movilización e implementación de roles activos frente a las implicaciones de este tipo de enfermedad.

La vinculación de un profesional en formación de psicología clínica en el Centro de Salud el Mutis, favoreció en la creación de espacios de psicoeducación e intervención terapéutica de los factores de riesgo modificables de las ECV, lo que contribuyó a que las pacientes asumieran un papel activo ante la enfermedad reconociendo los beneficios de tener alimentación sana, ingesta del medicamento, control emocional entre otros aspectos de los estilos de vida saludables.

A partir de la evaluación de los participantes de la práctica se pudo notar que las características de las personas con ECV o en riesgo de padecerlas incluyen predominio de

estado de ánimo serio, estilos de interacción poco alegres y tendencia a presentar rasgos de ansiedad e inhibición social.

A través de las intervenciones basadas en las emociones positivas enmarcadas en el modelo cognitivo conductual se logró generar que los asistentes desarrollaran la habilidad para modificar y flexibilizar los pensamientos, sentimientos y conductas, potencializando el humor como una estrategia de afrontamiento; ya que al comprender la relación pensamiento, emoción y conducta, las pacientes lograron identificar la conexión entre las condiciones de salud y los estados de ánimo, favoreciendo la adopción de estilos de pensamiento, percepción de información y operacionalización de decisiones más coherentes con estados de ánimo predominantemente alegres.

A parte de los beneficios que tiene el buen sentido del humor a nivel fisiológico, se puede notar que a nivel emocional tiene repercusiones positivas no solo por la sensación de bienestar que genera sino porque contribuye la implementación de estrategias de afrontamiento y por consiguiente la resolución de problemas asertivamente.

La interacción de un grupo de personas que comparten una afectación de salud como las ECV no sólo permitió la interacción social típica sino que los movilizó a identificar elementos personales y de los demás que contribuyeran en la adopción de una postura asertiva frente a la enfermedad, lo cual se logró a través de la modificación o enriquecimiento de la percepción que tenían de su condición y la puesta en marcha de las recomendaciones de conductas de autocuidado.

A través de la continua asistencia de los miembros al proceso de intervención se logró que se incorporaran conocimientos sobre las ECV y las repercusiones que estas tienen sobre los estilos de vida, no sólo como problema médico sino como problema que se puede prevenir y controlar cuando ya está presente.

La realización de esta práctica permitió corroborar los datos obtenidos en investigaciones académicas y científicas tanto en relación con los alcances de la psicología clínica como con los beneficios de realizar intervenciones psicoterapéuticas con elementos de emociones positivas como el humor.

RECOMENDACIONES

Dado que las ECV cuentan con elementos importantes a nivel emocional y comportamental, además de tener múltiples causas y repercusiones con posibilidad de ser modificadas o reguladas, es importante la intervención de profesional no sólo médico sino psicológico de modo que se realice un trabajo interdisciplinar y se genere un impacto positivo tanto en la prevención de la enfermedad como en la promoción de estilos de vida saludable.

Se considera necesaria la presencia de un profesional o un practicante de psicología en los Centro de Salud y demás instituciones de este tipo ya que desde esta área se pueden generar espacios de psicoeducación e intervención terapéutica que aporten fundamentos claves para la adopción de estilos de vida saludable y el mejoramiento de la calidad de vida en general.

Es importante continuar en investigaciones que contribuyan a determinar el impacto que tienen las intervenciones basadas en el buen sentido del humor y las demás emociones positivas sobre las condiciones de salud y las conductas asociadas, de modo que se logre obtener el mayor beneficio y el menor perjuicio de este tipo de intervención.

Pese que el objetivo principal de la presente práctica no era realizar la evaluación y caracterización de la muestra o identificar a nivel cuantitativo las modificaciones generadas por la intervención, la información que se obtuvo y que puede obtenerse a través de los instrumentos aplicados llega a ser de gran utilidad, por lo cual sería conveniente emplearlos como herramientas para investigaciones pre y pos, de modo que se logren observar los resultados posteriores a la intervención tanto individual como grupal.

Dadas las condiciones socioeconómicas de las personas asistentes al Centro de Salud se dificultaba la continua asistencia a las intervenciones por lo cual se hizo necesario ofrecer a las pacientes un auxilio económico para su asistencia.

De acuerdo con las características de las personas que padecen o están en riesgo de padecer ECV, en algunos casos particulares era necesaria la compañía de un familiar para facilitar el desplazamiento al sitio de encuentro, lo cual generó que algunas personas no pudieran asistir a las intervenciones grupales.

El cumplimiento de las horas de práctica y del proyecto en general se realizó en las horas de la noche y sábados en la tarde único horario disponible, por lo cual se presentaron inconvenientes en la asistencia de las pacientes a las intervenciones, ya que el desplazamiento al Centro de Salud a estas horas tanto por la edad como por el transporte y la seguridad, se dificultaba.

Desde la Psicología Clínica no sólo se realiza intervención psicoterapéutica, también cuenta con otras áreas de desempeño como la investigación, campo que también favorece el desarrollo de habilidades propias de un psicólogo clínico por lo cual debe ser tomada igualmente en cuenta como requisito para la obtención del título de especialista en psicología clínica.

EXPERIENCIA PERSONAL

La experiencia de la práctica permitió tener un mayor acercamiento a la realidad de las condiciones de salud relacionadas con las Enfermedades Cardiovasculares, logrando evidenciar en circunstancias reales lo planteado por la literatura. Igualmente favoreció a la puesta en marcha de los conocimientos adquiridos en la instrucción académica, a la sensibilización frente al impacto que genera una intervención planeada, estructurada y acorde a las necesidades reales del paciente, al enriquecimiento y potencialización de habilidades que contribuyen al óptimo desempeño de mi papel como especialista en psicología clínica, no sólo en el ámbito de la salud sino en los diferentes campos de acción en los que me desempeñaré en el futuro. Por último y no menos importante, en esta experiencia el acercamiento al Humor como elemento terapéutico, me dió mayor sustento teórico para potencializar mis recursos personales a favor de las intervenciones que realizó y por consiguiente en beneficio de los usuarios.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Agudelo, D. (2009) Propiedades psicométricas del Inventario de Depresión Estado/Rasgo (IDER) con adolescentes y universitarios de la ciudad de Bucaramanga. *Pensamiento Psicológico*, 5 (12), 139-159.

Asociación Americana del Corazón (2009) Cifras Importantes. Recuperado el 21 de julio, 2009, de <http://www.americanheart.org/presenter.jhtml?identifier=3042459>

Arrivillaga, M.; Varela, M.T. ; Cáceres de Rodríguez, D.; Correa, D. & Holguín, L. (2007). Eficacia de un Programa Cognitivo Conductual para la Disminución de los Niveles de Presión Arterial. *Pensamiento lógico*, 3(009), 33-49.

Beck, J. (2000). *Terapia Cognitiva: Conceptos Básicos y Profundización*. Barcelona. Gedisa.

Bennett, M. & Lengacher, C. (2006). Humor and Laughter may Influence Health. I. *History and Background. Advance Access Publication*, 3(1), 61–63. Recuperado el 6 Agosto, 2009, de <http://ecam.oxfordjournals.org/cgi/content/full/3/1/61>

Bustos, P.; Amigo, H; Arteaga, A.; Acosta, A.; y Jona, R. (2003) Factores de riesgo de enfermedad cardiovascular en adultos jóvenes. *Revista Medica Chile*, 131(9), 973 – 980.

Carretero, H. (2005). Construcción de la Escala de Apreciación del Humor (EAUH) Tesis Doctoral. Universidad de Granada. España. Recuperado el 5 Julio, 2009, de, <http://hera.ugr.es/tesisugr/15472310.pdf>

Carretero, H.; Agudelo, D. Olave, C. & Gomez, G. (en prensa) Adaptación Colombiana del State-Trait-Cheerfulness-Inventory (STCI- T) de Ruch, Köhler, & van Thriel, 1996.

Carretero, H.; Ruch, W.; Agudelo, D.; Platt, T. & Proyer, R. (2010). Fear of being laughed at and social anxiety: A preliminary psychometric study. *Psychological Test and Assessment Modeling*, 52(1), 108-124.

Chazenbalk, L. (2003). El Valor del Humor en el Proceso Psicoterapéutico. *Psicodebate*, 6. *Psicología, Cultura y Sociedad*, 73 – 83.

Chaves, L. y Castaño, C. (2008) Validación de las escalas de evitación, ansiedad social y temor a la evaluación negativa en población Colombia. *Acta Colombiana de Psicología*, 11 (2), 65-76

Curto, S.; Prats, O. & Ayestarán, R. (2004). Investigación Sobre Factores de Riesgo Cardiovascular en Uruguay. *Revista Medica Uruguay*, 20, 61-71.

Fajardo, H.; Gutiérrez, A.; Navarrete, S. & Barrera, J. (2003). Prevalencia Factores de Riesgo Cardiovascular. Localidad de Los Mártires. Bogotá – Colombia. *Revista Facultad de Medicina*, Universidad Nacional de Colombia, 51(4): 198- 202.

Instituto Nacional de Estadística (2010). Defunciones según la Causa de Muerte. Año 2008. Datos provisionales. *Artículo en Prensa*. Recuperado el 13 Marzo, 2010, de <http://www.ine.es/prensa/np588.pdf>

Jaramillo, N.; Torres De Galvis, Y.; Echevarria, E.; Llamas, A.; Montoya, L. & Pareja, D. (2004). Estudio sobre factores de riesgo cardiovasculares en una población de influencia de la Clínica Las Américas. *Revista CES MEDICINA*, 18(2)

Laham, M. (2008). Psicocardiología: su importancia en la prevención y la rehabilitación coronarias. *Suma Psicológica*, 15(1), 143-170.

León, J.; Sánchez, A. & Matiz, H. (2009) Estrés Mental, Medio Ambiente y Enfermedad Cardiovascular. *Revista Colombiana de Cardiología*, 16 (3), 130 – 136.

Lopez -Jaramillo, P.; Luengas, C; Jaramillo, N. & Sánchez, F. (2009). Síndrome Metabólico. *Revista Colombiana de Cardiología*, 16(3), 75-82.

Melgarejo, E.; Jáuregui, I. & Molina, D. (2009). Riesgo Cardiovascular en la mujer y su prevención. *Revista Colombiana de Cardiología*, 16 (3), 148 – 161.

Moreno, S. (2000) Ejercicio físico, dieta sana y...risa. Actualizado por última vez el 14 de Noviembre del 2000. Recuperado el 3 Julio, 2009, de <http://www.dmedicina.com/enfermedades/actualidad/ejercicio-fisico-dieta-sana-yrisa->

Molina, D.; Merchán, A.; Jaramillo, N. & Sánchez, G. (2009) Dislipidemias. *Revista Colombiana de Cardiología*, 16(3), 89-103.

Organización Mundial de la Salud (2007) Enfermedades Cardiovasculares. Nota Informativa No 317. Febrero del 2007.

Pineda, C. (2008) Síndrome Metabólico: Definición, Historia, Criterios. *Colombia Médica*, 56(1).

Ray, O. (2003). Cómo la mente enferma y cura al cuerpo. La ciencia de la psiconeuroinmunoendocrinología. Conferencia. Estados Unidos. Simposio Internacional de la Sección de "Clasificación, Evaluación Diagnóstica y Nomenclatura" de la Asociación Mundial de Psiquiatría. Diagnóstico psiquiátrico y Neuropsicofarmacología Realizado el 13, 14 y 15 de Agosto de 2003 / Hotel Sheraton Córdoba. Recuperado el 3 Julio, 2009 de <http://www.gador.com.ar/iyd/ray/alplax.pdf>

Rodilla, E.; Gonzalez, C.; Costa, J. & Pascual, J. (2007). Nueva Definición del Síndrome Metabólico: ¿Mismo Riesgo Cardiovascular? *Revista Clínica Especializada*, 207(2), 69-74.

Rodríguez, T.; González, C.; Falcón, A. & Nuñez, L. (2006) Necesidad Estratégica y Terapéutica de la Comprensión del Papel de las Emociones en las Enfermedades Cardiovasculares. Recuperado el 3 Noviembre, 2009, de http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/urgencia/047_-_necesidad_estrategica_y_terapeutica_de_la_comprension_del_papel_de_las_emociones_en_las_enfermedades_cardiovasculares.pdf

Rosano, M.; Vitale, C. & Tulli, A. (2007). Manejo del Riesgo Cardiovascular en Mujeres Menopáusicas. *Revista Colombiana de Menopausia*, 13(1).

Ruch, W., Köhler, G. & van Thriel (1996). Assessing the "humorous temperament": Construction of the facet and standard trait forms of the State-Trait-Cheerfulness-Inventory — STCI. In W. Ruch (Ed.), Measurement of the sense of humor [special issue]. *Humor: International Journal of Humor Research*, 9, 303-339.

Sáez, T.; Suárez, C.; Blanco, F. & Gabriel, R. (1998). Epidemiología de las Enfermedades Cardiovasculares en la Población Anciana Española. *Revista Española de Cardiología*, 51, 864-73.

Salinas, C. (2002) Temas de Interés. Factores de Riesgo Sociales de la Enfermedad Cardiovascular. *Revista de la Federación Argentina de Cardiología*, 31(4).

Sánchez, R.; Novella, B.; Alonso, M.; Vega, S.; López, I.; Suárez, C. & Muñiz, J. (2004) El proyecto Epicardian: Un Estudio de Cohortes Sobre Enfermedades y Factores de

Riesgo Cardiovascular en Ancianos Españoles: Consideraciones Etiológicas y Principales Hallazgos Demográficos. *Revista Española Salud Pública*, 78(2), 243-255.

Serrano, M. (2005) El Síndrome Metabólico: ¿una versión de la enfermedad ligada al estrés?. *Revista Española de Cardiología-online*, 58(07).

Solomon, G. (2001). Psiconeuroinmunología: Sinopsis de su Historia, Evidencia y Consecuencias. Segundo Congreso Virtual de Psiquiatría, Interpsiquis. Mesa Redonda: Psicósomática, Febrero – 7 Marzo. Recuperado el 7 Noviembre, 2009, de <http://www.biocognitive.com/images/pdf/Psiconeuroinmunologia%20Sinopsis%20de%20Su%20Historia,%20Evidencia%20y.pdf>

Tobon, O. (2003) El Autocuidado una Habilidad Para Vivir. *Hacia promoción de la salud*, 8, 37-49, Noviembre.

Trull, T. & Phares, J. (2003) *Psicología clínica Conceptos, métodos y aspectos prácticos de la profesión*. Sexta Edición. México. Editorial Ciencias Sociales y Humanas.

Vázquez, C.; Hervás, G. & Ho, S. (2006). Intervenciones Clínicas Basadas en la Psicología Positiva: Fundamentos y Aplicaciones. *Revista Psicología Conductual*, 14(3), 401-432.

Vázquez, C., Sanz, J., Fortún, M., García, M.P. & Espinosa, R. (2005) Adaptación española del inventario para la depresión de Beck - II (BDI - II): 3. Propiedades psicométricas en pacientes con trastornos psicológicos. *Revista de psicología clínica y salud*, 16(2), 121-142.

Velandia, A. & Rivera, L. (2009). Agencia de Autocuidado y Adherencia al Tratamiento en Personas con Factores de Riesgo Cardiovascular. *Revista. Salud Publica*, 11(4), 538-548.

Vinaccia, S. (1989) Psicología de la Salud en Colombia. *Revista Latinoamérica de Psicología*, 21(002), 250-260.

Anexo I Cuadernillo de Pruebas

INSTRUCCIONES GENERALES

Un grupo de investigación de la Universidad Pontificia Bolivariana de Bucaramanga, junto con el Centro de Salud el Mutis, está llevando a cabo un estudio sobre distintas respuestas emocionales presentes en los seres humanos. Para lograr los objetivos que se persiguen con este trabajo, resulta imprescindible tu colaboración.

La tarea que te proponemos resulta sencilla. A continuación de estas instrucciones generales, aparecen una serie de cuestionarios a los que tendrás ir contestando en el mismo orden en el que se te presentan. **Tus respuestas serán totalmente anónimas**, por lo que te rogamos total sinceridad al contestar.

Cada uno de los cuestionarios que se te presentan tiene sus propias instrucciones; por favor, léelas detenidamente y haz lo que se te indica.

Te agradecemos tu colaboración por adelantado, y te animamos a comenzar.



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 de la Ps. LUZMAR QUINTERO DELGADO, 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 _____

Cédula de Ciudadanía #: _____ de: _____

Fecha: _____

Nombre, firma y documento de identidad de la investigadora

Nombre _____

Firma _____

Cédula de Ciudadanía #: _____ de: _____

IDER**INSTRUCCIONES:**

A continuación se presentan una serie de frases que la gente usa para describirse a sí mismo. Por favor, lea cada una de ellas y rodee con un círculo en la columna de respuestas el número de “1” (Casi Nunca) a “4” (Casi Siempre) que más se aproxime a cómo se siente **GENERALMENTE**. No hay respuestas correctas o incorrectas. No emplee demasiado tiempo en una sola frase y trate de dar la respuesta que mejor describa **cómo se siente en la mayoría de las ocasiones**.

ITEM	Casi Nunca	A veces	A menudo	Casi siempre
1. Disfruto de la vida	1	2	3	4
2. Me siento desgraciado/a	1	2	3	4
3. Me siento pleno/a	1	2	3	4
4. Me siento dichoso/a	1	2	3	4
5. Tengo esperanzas sobre el futuro	1	2	3	4
6. Estoy decaído/a	1	2	3	4
7. No tengo ganas de nada	1	2	3	4
8. Estoy hundido/a	1	2	3	4
9. Estoy triste	1	2	3	4
10. Me siento enérgico/a	1	2	3	4

CUESTIONARIO Nro 3**INSTRUCCIONES:**

A continuación se presentan una serie de frases que la gente usa para describirse a sí mismo. Por favor, lea cada una de ellas y rodee con un círculo el número de 1 (Nada) a 4 (Mucho) que más se aproxime a cómo se siente **EN ESTE MOMENTO**. No hay respuestas correctas o incorrectas. No emplee demasiado tiempo en una sola frase y trate de dar la respuesta que mejor describa **sus sentimientos actuales**.

ITEM	Nada	Algo	Bastante	Mucho
1. Me siento bien	1	2	3	4
2. Estoy apenado/a	1	2	3	4
3. Estoy decaído/a	1	2	3	4
4. Estoy animado/a	1	2	3	4
5. Me siento desdichado/a	1	2	3	4
6. Estoy hundido/a	1	2	3	4
7. Estoy contento/a	1	2	3	4
8. Estoy triste	1	2	3	4
9. Estoy entusiasmado/a	1	2	3	4
10. Me siento enérgico/a	1	2	3	4

BDI-II

INSTRUCCIONES: Este cuestionario consiste en 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos y, a continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor el modo en el que se ha sentido **DURANTE LAS DOS ÚLTIMAS SEMANAS, INCLUYENDO EL DÍA DE HOY**. Rodee con un círculo el número que se encuentre escrito a la izquierda de la afirmación que haya elegido. Si dentro del mismo grupo, hay más de una afirmación que considere igualmente aplicable a su caso, señálela también. **Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección.**

1. Tristeza 0 No me siento triste habitualmente. 1 Me siento triste gran parte del tiempo. 2 Me siento triste continuamente. 3 Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo. 2. Pesimismo 0 No estoy desanimado sobre mi futuro. 1 Me siento más desanimado sobre mi futuro que antes. 2 No espero que las cosas mejoren. 3 Siento que mi futuro es desesperanzador y que las cosas sólo empeorarán. 3. Sentimientos de Fracaso 0 No me siento fracasado. 1 He fracasado más de lo que debería. 2 Cuando miro atrás, veo fracaso tras fracaso. 3 Me siento una persona totalmente fracasada. 4. Pérdida de Placer 0 Disfruto las cosas que me gustan tanto como antes. 1 No disfruto de las cosas tanto como antes. 2 Obtengo muy poco placer de las cosas con las que antes disfrutaba. 3 No obtengo ningún placer de las cosas con las que antes disfrutaba. 5. Sentimientos de Culpa 0 No me siento especialmente culpable. 1 Me siento culpable de muchas cosas que he hecho o debería haber hecho. 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo. 3 Me siento culpable constantemente.	6. Sentimientos de Castigo 0 No siento que esté siendo castigado. 1 Siento que puedo ser castigado. 2 Espero ser castigado. 3 Siento que estoy siendo castigado. 7. Insatisfacción con uno mismo 0 Siento lo mismo que antes sobre mí mismo. 1 He perdido confianza en mí mismo. 2 Estoy decepcionado conmigo mismo. 3 No me gusta. 8. Auto-Críticas 0 No me critico o me culpo más que antes. 1 Soy más crítico conmigo mismo de lo que solía ser. 2 Critico todos mis defectos. 3 Me culpo por todo lo malo que sucede. 9. Pensamientos o Deseos de Suicidio 0 No tengo ningún pensamiento de suicidio. 1 Tengo pensamientos de suicidio, pero no los llevaría a cabo. 2 Me gustaría suicidarme. 3 Me suicidaría si tuviera la oportunidad. 10. Llanto 0 No lloro más de lo que solía hacerlo. 1 Lloro más de lo que solía hacerlo. 2 Lloro por cualquier cosa. 3 Tengo ganas de llorar continuamente.
---	--

11. Agitación 0 No estoy más inquieto o agitado que de costumbre. 1 Me siento más inquieto o agitado que de costumbre. 2 Estoy tan inquieto o agitado que me cuesta estar quieto. 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar continuamente moviéndome o haciendo algo. 12. Pérdida de Interés 0 No he perdido el interés por otras personas o actividades. 1 Estoy menos interesado que antes por otras personas o actividades. 2 He perdido la mayor parte de mi interés por los demás o por las cosas. 3 Me resulta difícil interesarme en algo. 13. Indecisión 0 Tomo decisiones más o menos como siempre. 1 Tomar decisiones me resulta más difícil que de costumbre. 2 Tengo muchas más dificultad en tomar decisiones que de costumbre. 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión. 14. Inutilidad 0 No me siento inútil. 1 No me considero tan valioso y útil como solía ser. 2 Me siento inútil en comparación con otras personas. 3 Me siento completamente inútil. 15. Pérdida de Energía 0 Tengo tanta energía como siempre. 1 Tengo menos energía de la que solía tener. 2 No tengo suficiente energía para hacer muchas cosas. 3 No tengo suficiente energía para hacer nada. 16. Cambios en el Patrón de Sueño 0 No he experimentado ningún cambio en mi patrón de sueño. 1^a Duermo algo más de lo habitual. 1b Duermo algo menos de lo habitual. 2^a Duermo mucho más de lo habitual. 2b Duermo mucho menos de lo habitual. 3^a Duermo la mayor parte del día. 3^a Me despierto 1 o 2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme.	17. Irritabilidad 0 No estoy más irritable de lo habitual. 1 Estoy más irritable de lo habitual. 2 Estoy mucho más irritable de lo habitual. 3 Estoy irritable continuamente. 18. Cambios en el Apetito 0 No he experimentado ningún cambio en el apetito. 1^a Mi apetito es algo menor de lo habitual. 1b Mi apetito es algo mayor de lo habitual. 2^a Mi apetito es mucho menor que antes. 2b Mi apetito es mucho mayor que antes. 3^a He perdido completamente el apetito. 3^a Tengo ganas de comer continuamente. 19. Dificultad de Concentración 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre. 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente. 2 Me cuesta mantenerme concentrado en algo durante mucho tiempo. 3 No puedo concentrarme en nada. 20. Cansancio o Fatiga 0 No estoy más cansado o fatigado que de costumbre. 1 Me canso o fatigo más fácilmente que de costumbre. 2 Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer muchas cosas que antes solía hacer. 3 Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer la mayoría de las cosas que antes solía hacer. 21. Pérdida de Interés en el Sexo 0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo. 1 Estoy menos interesado por el sexo de lo que solía estar. 2 Estoy mucho menos interesado en el sexo ahora. 3 He perdido completamente el interés por el sexo.
--	---

____ Puntuación Página 1

____ Puntuación Página 2

____ PUNTUACION TOTAL

(Págs. 1+2)

SAD**Instrucciones:**

En este cuestionario usted encontrará un número de afirmaciones. Por favor lea cuidadosamente cada una de ellas y tache con una cruz (X) la “F” si es falsa o la “V” si es verdadera, dependiendo de qué tanto la afirmación sea aplicada a usted o no. No gaste demasiado tiempo en responder, dé su primera impresión.

- | | | |
|---|---|---|
| 1. Me siento relajado aún en situaciones sociales poco familiares..... | F | V |
| 2. Trato de evitar las situaciones en las cuales me obligan a ser muy sociable..... | F | V |
| 3. Es fácil para mí relajarme cuando estoy con extraños..... | F | V |
| 4. No tengo un deseo particular de evitar la gente..... | F | V |
| 5. A menudo encuentro desconcertante las reuniones sociales..... | F | V |
| 6. Generalmente encuentro calma y confort en las reuniones sociales..... | F | V |
| 7. Trato de evitar conversar con personas a no ser que las conozca bien..... | F | V |
| 8. Si tengo la oportunidad de conocer gente nueva, a menudo la desaprovecho..... | F | V |
| 9. Suelo estar nervioso con personas desconocidas..... | F | V |
| 10. Suelo estar relajado cuando estoy con un grupo de personas..... | F | V |
| 11. A menudo quiero escaparme de la gente..... | F | V |
| 12. Generalmente me siento incómodo cuando estoy con un grupo de personas que no conozco..... | F | V |
| 13. Suelo estar relajado cuando conozco a alguien por primera vez..... | F | V |
| 14. Generalmente prefiero estar en lugares donde hay mucha gente..... | F | V |
| 15. Evitaría salir al encuentro de un grupo grande de personas..... | F | V |
| 16. A menudo no sé qué decir cuando estoy con un grupo de personas..... | F | V |
| 17. Tiendo a retirarme de la gente..... | F | V |
| 18. A menudo pienso excusas a fin de evitar los compromisos sociales..... | F | V |
| 19. Trato de evitar las reuniones sociales formales..... | F | V |
| 20. Generalmente voy a cualquier compromiso social que tenga..... | F | V |
| 21. Encuentro fácil relajarme estando con otras personas..... | F | V |

*¿Hasta aquí trabajo **todas** las afirmaciones? Si es así, por favor, continúe.*

FNE**Instrucciones:**

En este cuestionario encontrará un número de afirmaciones. Por favor lea cuidadosamente cada una de ellas y coloque una cruz (X) sobre la “V” si es verdadera o sobre la “F” si es falsa, dependiendo de si usted se identifica con ella o no. No gaste mucho tiempo en una sola afirmación, dé su primera impresión.

- | | | |
|--|---|---|
| 1. Me preocupo acerca de lo que la gente piensa de mí aún cuando sé que ésto no hace ninguna diferencia..... | F | V |
| 2. Llego a estar tenso y nervioso si sé que alguien me está evaluando..... | F | V |
| 3. Me siento muy incómodo cuando cometo algún error social..... | F | V |
| 4. La opinión que la gente importante tenga de mí me preocupa poco..... | F | V |
| 5. A menudo estoy temeroso de que yo pueda hacer el ridículo..... | F | V |
| 6. No me incomoda cuando otras personas me desapruében..... | F | V |
| 7. La desaprobación de los otros tiene poco efecto en mí..... | F | V |
| 8. Pocas veces me preocupo acerca de qué clase de impresión yo le produzco a alguien..... | F | V |
| 9. Me preocupa que los otros no me aprueben..... | F | V |
| 10. Me preocupa que la gente encuentre fallas en mí..... | F | V |
| 11. La opinión de otras personas acerca de mí no me afecta..... | F | V |
| 12. No necesariamente me incomoda si no le gusto a alguien..... | F | V |
| 13. Cuando estoy conversando con alguien me preocupo acerca de lo que ellos puedan estar pensando de mí..... | F | V |
| 14. Pienso que uno no puede evitar cometer errores sociales algunas veces, entonces para qué preocuparse por ello..... | F | V |
| 15. Generalmente me preocupa acerca de la clase de impresión que doy..... | F | V |
| 16. Me preocupa mucho acerca de lo que los superiores piensan de mí..... | F | V |
| 17. Si yo sé que alguien me está juzgando, eso tiene poco efecto en mí..... | F | V |
| 18. Me preocupa que otros piensen que yo no soy digno de atención..... | F | V |
| 19. Me preocupa muy poco lo que otras personas puedan pensar de mí..... | F | V |
| 20. Algunas veces yo pienso que me preocupo demasiado con lo que la otra gente piensa de mí..... | F | V |
| 21. A menudo me preocupa que yo dijera o hiciera una cosa equivocada..... | F | V |
| 22. A menudo soy indiferente a las opiniones que los otros tienen de mí..... | F | V |
| 23. A menudo me preocupo que personas que me son importantes no piensen mucho en mí..... | F | V |
| 24. Suelo estar tenso y nervioso si sé que he sido evaluado por mis superiores..... | F | V |

STCI

Instrucciones:

A continuación podrás ver una serie de frases sobre tu forma de pensar y tu estado de ánimo **en general**. Tu tarea consiste en usar estas frases para describir de manera tan exacta como sea posible tu forma **habitual** de actuar y pensar. Para ello, y después de leer cada frase, tendrás que señalar con una cruz (X) un número del 1 al 4. Cada número se asocia a una de las siguientes opciones de respuesta:

- (1) Totalmente en desacuerdo
- (2) Moderadamente en desacuerdo
- (3) Moderadamente de acuerdo
- (4) Totalmente de acuerdo

Por ejemplo:

Soy una persona activa..... (1) (2) (3) (4)

Si estás *totalmente de acuerdo* con esta afirmación, es decir, si **en general eres** una persona activa, marca con una cruz (X) el número (4). Si estás *totalmente en desacuerdo*, es decir, si **en general no eres** una persona activa, marca con una cruz (X) el número (1). Marca el número (2) si estás *moderadamente en desacuerdo* con el hecho de que seas una persona activa, o el (3) si estás *moderadamente de acuerdo* con dicha frase.

Cuando tengas dificultades para elegir una respuesta, señala la opción que más se aproxime.

1.	Mi estado de ánimo suele ser malo.....	(1) (2) (3) (4)
2.	Normalmente estoy serio.....	(1) (2) (3) (4)
3.	Mi estilo de vida me hace ver lo bueno de los acontecimientos negativos.....	(1) (2) (3) (4)
4.	Es muy raro que haga algo sin tener una razón adecuada.....	(1) (2) (3) (4)
5.	Normalmente estoy atento a los chistes o bromas.....	(1) (2) (3) (4)
6.	Para sentirme bien conmigo mismo necesito hacer todo lo que tenía planificado para ese día.....	(1) (2) (3) (4)
7.	Cuando me reúno con mis amigos normalmente bromeamos.....	(1) (2) (3) (4)
8.	Me sacan de quicio esos momentos en los que la gente no para de reírse.....	(1) (2) (3) (4)
9.	Cuando se analizan asuntos aparentemente simples, a menudo resultan ser más importantes de lo que parecen.....	(1) (2) (3) (4)
10.	Es bastante fácil hacerme sonreír.....	(1) (2) (3) (4)
11.	No me gusta estar con la gente que está siempre haciendo tonterías.....	(1) (2) (3) (4)
12.	Normalmente soy bastante formal.....	(1) (2) (3) (4)
13.	Soy una persona jovial.....	(1) (2) (3) (4)

14.	Son muchos los días en los que siento que estoy enojado con el mundo.....	(1) (2) (3) (4)
15.	Expreso mis ideas con el significado exacto que ellas tienen.....	(1) (2) (3) (4)
16.	Normalmente leo la sección de humor en el periódico.....	(1) (2) (3) (4)
17.	Me comporto de manera desagradable con las personas que no paran de contar chistes.....	(1) (2) (3) (4)
18.	Las personas que están siempre alegres y contentas me resultan inmaduras.....	(1) (2) (3) (4)
19.	Normalmente contagio a la gente que me rodea con mi buen humor.....	(1) (2) (3) (4)
20.	Me considero una persona reflexiva.....	(1) (2) (3) (4)
21.	Comparado con los demás puedo resultar gruñón y cascarrabias.....	(1) (2) (3) (4)
22.	Mi estado de ánimo hace que me resulte difícil pasármelo bien.....	(1) (2) (3) (4)
23.	Soy una persona feliz.....	(1) (2) (3) (4)
24.	Necesito pensar detenidamente las cosas antes de actuar.....	(1) (2) (3) (4)
25.	Me pueden hacer reír con facilidad.....	(1) (2) (3) (4)
26.	A veces tengo una sensación como de “vacío interior”.....	(1) (2) (3) (4)
27.	A menudo pienso que la gente debería reírse de sus propios problemas.....	(1) (2) (3) (4)
28.	Planeo las cosas que voy a hacer y tomo mis decisiones pensando en que los resultados me sean útiles a largo plazo.....	(1) (2) (3) (4)
29.	A menudo me siento abatido.....	(1) (2) (3) (4)
30.	Me identifico con el refrán “No hay mal que por bien no venga”.....	(1) (2) (3) (4)
31.	Me resulta innecesario y molesto que exageren al hablarme.....	(1) (2) (3) (4)
32.	La vida diaria me ofrece numerosas oportunidades para reírme.....	(1) (2) (3) (4)
33.	Muchas veces pienso, “¡Por favor, no me molesten hoy!”.....	(1) (2) (3) (4)
34.	La gente no se da cuenta de la importancia que tienen la mayoría de las cosas que suceden a nuestro alrededor.....	(1) (2) (3) (4)
35.	Con frecuencia me pregunto por qué la gente gasta su tiempo en actividades que realmente no sirven para nada.....	(1) (2) (3) (4)
36.	Me considero una persona risueña.....	(1) (2) (3) (4)
37.	Me parece mal que la gente invierta tanto tiempo y dinero en divertirse.....	(1) (2) (3) (4)
38.	Cuando estoy angustiado nada consigue alegrarme.....	(1) (2) (3) (4)
39.	Sonríó a menudo.....	(1) (2) (3) (4)
40.	Me gusta hacerle bromas a la gente.....	(1) (2) (3) (4)
41.	En todo lo que hago siempre tengo en cuenta las posibles consecuencias, comparando los pros y contras cuidadosamente.....	(1) (2) (3) (4)
42.	Cuando los amigos intentan animarme haciendo bromas, a veces llego a ponerme de mal humor.....	(1) (2) (3) (4)

43.	Creo que incluso de las situaciones más difíciles de la vida pueden obtenerse cosas positivas.....	(1) (2) (3) (4)
44.	A veces estoy angustiado durante un largo periodo de tiempo.....	(1) (2) (3) (4)
45.	Los que me conocen dicen que siempre parece que estoy pensativo.....	(1) (2) (3) (4)
46.	A menudo silbo o canto en voz alta por puro placer.....	(1) (2) (3) (4)
47.	Muchos días pienso, “Hoy me levanté con el pie izquierdo”.....	(1) (2) (3) (4)
48.	La risa de los demás tiene un efecto contagioso sobre mí.....	(1) (2) (3) (4)
49.	Normalmente muestro mi desaprobación hacia las bobadas y tonterías que divierten a algunas personas.....	(1) (2) (3) (4)
50.	A menudo no quepo en mí de alegría.....	(1) (2) (3) (4)
51.	A menudo veo graciosas las situaciones más cotidianas.....	(1) (2) (3) (4)
52.	No me tomo los problemas diarios a la ligera.....	(1) (2) (3) (4)
53.	La gente que está contenta puede llegar a “sacarme de mis casillas”.....	(1) (2) (3) (4)
54.	Son muchas las veces en las que me siento mal anímicamente.....	(1) (2) (3) (4)
55.	Las cosas marcharían mejor si se analizara todo con mayor profundidad.....	(1) (2) (3) (4)
56.	Me río a menudo.....	(1) (2) (3) (4)
57.	Me resulta muy difícil pasármelo bien cuando estoy con gente que está divirtiéndose.....	(1) (2) (3) (4)
58.	No me interesa la gente que invierte su tiempo en fiestas y cosas parecidas.....	(1) (2) (3) (4)
59.	A veces me siento decaído.....	(1) (2) (3) (4)
60.	Soy una persona alegre.....	(1) (2) (3) (4)
61.	Frecuentemente estoy malhumorado.....	(1) (2) (3) (4)
62.	Cuando me apetece divertirme, sé cómo conseguirlo.....	(1) (2) (3) (4)
63.	A menudo soy insoportable.....	(1) (2) (3) (4)
64.	Considero que la mayoría de las situaciones diarias son serias y muy importantes.....	(1) (2) (3) (4)
65.	Suelo ser de los que cuentan chistes en las reuniones.....	(1) (2) (3) (4)
66.	Me siento muy a gusto cuando estoy con gente que manifiesta su alegría.....	(1) (2) (3) (4)
67.	No soporto los programas televisivos de humor.....	(1) (2) (3) (4)
68.	Me gusta pensar con detenimiento las consecuencias que pueden derivarse de aquello que pretendo hacer.....	(1) (2) (3) (4)
69.	Muchos de los problemas que surgen en la vida diaria tienen su lado positivo.....	(1) (2) (3) (4)
70.	A menudo tengo un mal estado de ánimo.....	(1) (2) (3) (4)
71.	Me considero más responsable que la mayoría de la gente que me rodea.....	(1) (2) (3) (4)
72.	En las conversaciones siempre evito el uso de exageraciones, adornos o rodeos.....	(1) (2) (3) (4)
73.	Normalmente estoy de mal humor aunque no tenga motivos para ello.....	(1) (2) (3) (4)
74.	Con frecuencia el más mínimo contratiempo me hace explotar de rabia.....	(1) (2) (3) (4)
75.	No comprendo como otros pueden malgastar su tiempo en hacer cosas sin sentido.....	(1) (2) (3) (4)
76.	Siempre estoy listo para entablar una conversación graciosa o en tono de charla.....	(1) (2) (3) (4)
77.	Me enoja más frecuentemente que la mayoría de la gente que me rodea.....	(1) (2) (3) (4)
78.	Creo que el humor está por todos lados y sólo hace falta prestar atención.....	(1) (2) (3) (4)
79.	Mi vida diaria está fundamentalmente ocupada por asuntos importantes.....	(1) (2) (3) (4)
80.	Soy una persona bastante triste.....	(1) (2) (3) (4)

81.	Normalmente planifico las cosas con mucho tiempo de antelación, poniéndome metas a largo plazo.....	(1) (2) (3) (4)
82.	Afrontar los problemas tranquilamente hace que nos demos cuenta de que no son tan importantes.....	(1) (2) (3) (4)
83.	Mi decaimiento me impide disfrutar de las cosas.....	(1) (2) (3) (4)
84.	Cuando me esfuerzo en algo es porque tengo claro las cosas que voy a obtener con dicho esfuerzo.....	(1) (2) (3) (4)
85.	Normalmente estoy contento.....	(1) (2) (3) (4)
86.	No me gusta la ironía.....	(1) (2) (3) (4)
87.	Tiendo a ignorar a la típica persona que está continuamente haciendo gracias....	(1) (2) (3) (4)
88.	Soy una persona seria.....	(1) (2) (3) (4)
89.	Disfruto viendo películas de humor.....	(1) (2) (3) (4)
90.	No suelo pasármelo bien ni en los momentos más divertidos.....	(1) (2) (3) (4)
91.	Prefiero a la gente que se comunica de manera clara y directa.....	(1) (2) (3) (4)
92.	Creo que el fracaso es una buena oportunidad para aprender a ser mejor persona.....	(1) (2) (3) (4)
93.	Normalmente estoy animado.....	(1) (2) (3) (4)
94.	Debido a mi mal estado de ánimo son muchos los días en los que pienso que lo mejor es quedarme en la cama.....	(1) (2) (3) (4)
95.	Necesito tener planificado de antemano todo lo que voy a hacer.....	(1) (2) (3) (4)
96.	Disfruto haciendo reír a mis amigos.....	(1) (2) (3) (4)
97.	Normalmente estoy triste.....	(1) (2) (3) (4)
98.	Me gusta entretener a mis amigos contándoles historias divertidas.....	(1) (2) (3) (4)
99.	Sólo hago cosas prácticas porque todo lo demás es malgastar el tiempo.....	(1) (2) (3) (4)
100.	Incluso las situaciones difíciles las abordo con un “espíritu alegre”.....	(1) (2) (3) (4)
101.	A menudo me siento desganado.....	(1) (2) (3) (4)
102.	Me molestan ese tipo de personas que están siempre contando chistes.....	(1) (2) (3) (4)
103.	Cuando hablo con los demás intento tener un intercambio de ideas parco y objetivo.....	(1) (2) (3) (4)
104.	Con frecuencia me digo a mí mismo que no he tenido un buen día.....	(1) (2) (3) (4)
105.	Disfruto bromeando o contando chistes cuando estoy con gente.....	(1) (2) (3) (4)
106.	Incluso las cosas aparentemente sin importancia tienen que ser tratadas seria y responsablemente.....	(1) (2) (3) (4)
107.	Suelo ver como graciosas cosas que el resto de la gente no ve.....	(1) (2) (3) (4)
108.	Me encanta estar en una de esas reuniones donde la gente no para de contar chistes.....	(1) (2) (3) (4)
109.	Suelo sentirme bien aún sin motivos.....	(1) (2) (3) (4)
110.	Aún estando a solas sonrío o río a menudo.....	(1) (2) (3) (4)
111.	Cuando estoy con mis amigos con frecuencia hago o digo tonterías.....	(1) (2) (3) (4)
112.	No entiendo como la gente se puede tomar tan a la ligera las cosas que le ocurren en su día a día.....	(1) (2) (3) (4)
113.	Si uno no tiene claro para qué sirve lo que está haciendo, seguramente es que no sirve para nada.....	(1) (2) (3) (4)
114.	Normalmente soy el que anima las reuniones.....	(1) (2) (3) (4)
115.	Desconfío de toda aquella persona que está siempre de charla y bromeando....	(1) (2) (3) (4)
116.	Perder el tiempo haciendo cosas por hacerlas es una estupidez.....	(1) (2) (3) (4)
117.	Me siento mal cuando no hago las cosas tal y como las tenía planeadas.....	(1) (2) (3) (4)
118.	Me resultan absurdos los almacenes que venden artículos para hacer reír.....	(1) (2) (3) (4)
119.	Me divierto con cualquier cosa.....	(1) (2) (3) (4)

120.	Me gusta ser concreto y directo cuando hablo con los demás.....	(1) (2) (3) (4)
121.	Con frecuencia llevo una sonrisa en la boca.....	(1) (2) (3) (4)
122.	Soy una persona llena de entusiasmo.....	(1) (2) (3) (4)
123.	Si me siento mal, nadie lo puede cambiar.....	(1) (2) (3) (4)
124.	La gente cuando habla pierde mucho el tiempo en decir cosas que se salen de la conversación.....	(1) (2) (3) (4)
125.	Disfruto cuando veo que la gente se está divirtiendo.....	(1) (2) (3) (4)
126.	Normalmente tengo un humor excelente.....	(1) (2) (3) (4)
127.	A menudo me pregunto por qué la gente no es clara en lo que quiere decir.....	(1) (2) (3) (4)
128.	Soy de risa fácil.....	(1) (2) (3) (4)

GELOPH 15**Instrucciones:**

Las siguientes afirmaciones se refieren a sus sentimientos, acciones y percepciones **en general**. Por favor, trate de describir lo mejor posible con sus respuestas sus patrones de comportamiento y actitudes **habituales** marcando con una X **una** de las cuatro opciones. Utilice por favor la siguiente escala:

- (1) Totalmente en desacuerdo
- (2) Moderadamente en desacuerdo
- (3) Moderadamente de acuerdo
- (4) Totalmente de acuerdo

- 1 Si se ríen en mi presencia, me hace sospechar.(1) (2) (3) (4)
- 2 Evito exponerme en público porque temo que la gente reconozca mi inseguridad
y se pueda burlar de mí. (1) (2) (3) (4)
- 3 Si desconocidos se ríen en mi presencia, frecuentemente lo refiero a mí.(1) (2) (3) (4)
- 4 Me es difícil mantener contacto visual, porque temo que será evaluado de
manera despreciativa..... (1) (2) (3) (4)
- 5 Cuando hacen comentarios en broma sobre mí, me siento paralizado.(1) (2) (3) (4)
- 6 Me controlo intensamente para no llamar la atención de manera desagradable y
hacer el ridículo.(1) (2) (3) (4)
- 7 Creo que doy a otros la impresión de ser raro.(1) (2) (3) (4)
- 8 A pesar de que frecuentemente me siento solo, tiendo a evitar participar en
actividades sociales para protegerme de las burlas..... (1) (2) (3) (4)
- 9 Si en algún sitio llamé la atención de manera embarazosa, después evito ese
lugar...(1) (2) (3) (4)
- 10 Hablaría mucho más en público si no tuviera miedo de hacer el ridículo(1) (2) (3) (4)
- 11 Si una persona se burla de mí no puedo volver a tratarla relajadamente.....(1) (2) (3) (4)
- 12 Me toma mucho tiempo recobrar me cuando los otros se han burlado de mí.(1) (2) (3) (4)
- 13 Me siento incómodo bailando porque estoy convencido que les parezco ridículo
a los que me observan..... (1) (2) (3) (4)
- 14 Precisamente en el momento en el que me siento relativamente despreocupado,
es mayor el peligro de que llame la atención de los otros de manera negativa
y les parezca raro.(1) (2) (3) (4)
- 15 Cuando hago el ridículo frente a otros, me entieso totalmente y soy incapaz
de comportarme adecuadamente. (1) (2) (3) (4)

EAHU

INSTRUCCIONES

A continuación de estas instrucciones podrá ver un conjunto de "**chistes y viñetas cómicas**". Su tarea consiste en ver lo divertidos que le resultan estos chistes y el grado de rechazo que le provoca cada uno de ellos. Tenga en cuenta que con "rechazo" nos estamos refiriendo a que considere si un chiste es inapropiado, molesto, ofensivo, etc.

Para hacer esta tarea debe ir leyendo los chistes o viñetas de uno en uno en el mismo orden en el que se presentan. Justo después de leer un chiste o viñeta, deberá valorar el grado de diversión y de rechazo que el chiste en cuestión le ha provocado. Para indicar su valoración tendrá que elegir un número entre "0" y "4" tanto para diversión como para rechazo. Estos números aparecen a continuación de cada chiste o viñeta.

Para el **grado de diversión**, si ve uno de estos chistes como nada divertido, debería elegir el "0", si lo considera como algo divertido, elija el "1"; y elija el "2", el "3" o el "4", si lo ve como moderadamente divertido; bastante divertido, o muy divertido, respectivamente.

Para el **grado de rechazo**, si ante uno de estos chistes no siente ningún rechazo, debe elegir el "0"; si siente algún rechazo, elija "1"; elija el "2" si lo rechaza moderadamente; y el "3" o el "4" si le provoca bastante rechazo, o un fuerte rechazo, respectivamente.

Tenga en cuenta que puede considerar un chiste como muy divertido aunque a la misma vez pueda pensar que, por razones morales, gustos personales, etc., es muy ofensivo o molesto, y provocarle un fuerte rechazo. También, por poner otro ejemplo, podría darse el caso contrario, y es que no sienta rechazo hacia un chiste, aunque no por eso lo considere divertido. *Veamos un ejemplo:*

- Mamá, mamá, ¿los pedos pesan?	Nada	0	1	2	3	4	Muy
+ ¡No cariño, no, los pedos no pesan!	divertido						divertido
- ¡Pues entonces me he cagado!	Ningún	0	1	2	3	4	Fuerte
	rechazo						rechazo

En este caso puede observar como una persona determinada ha marcado el "3" para la escala de diversión, indicando esto que quien haya evaluado este chiste lo considera "**Bastante divertido**". También puede ver como está marcado el "0" en la escala de rechazo, por lo que quien haya contestado no siente "**Ningún rechazo**" hacia el chiste. *Ahora observe la respuesta de otra persona al mismo chiste:*

Nada	0	1	2	3	4	Muy
divertido						divertido
Ningún	0	1	2	3	4	Fuerte
rechazo						rechazo

En este caso también es visto el chiste como "**Bastante divertido**" ("3"), aunque ahora se valora el chiste con un "**Fuerte rechazo**" ("4"). Así pues, al evaluar cada chiste, no olvide que su opinión sobre lo divertido que le resulta un chiste, puede ser diferente al grado de rechazo que sienta hacia ese chiste.

Finalmente, tenga en cuenta que:

1. Debe evaluar todos los chistes, y no olvide que debe ir en el orden en el que éstos se presentan.
2. La valoración que haga de cada chiste o viñeta sólo recoge sus consideraciones u opiniones personales. Así pues, no olvide que no existen respuestas más o menos adecuadas.
3. Por favor, si la tarea la realiza en grupo, evite las carcajadas, ya que éstas podrían distraer o molestar a los demás.

1. Un grupo de cabezas rapadas se encuentran con un negro.

 -Hoy estás de suerte y vamos a darte una oportunidad. Toma este dado y tíralo. Si sale un número del 1 al 5 te damos una paliza.

+₆Y si saco un 6?

-¡Tiras de nuevo!

Nada divertido 0 1 2 3 4 **Muy divertido**

Ningún rechazo 0 1 2 3 4 **Fuerte rechazo**

2. -¿Saben cuál es la parte más dura de un vegetal?.....La silla de ruedas!

Nada divertido 0 1 2 3 4 **Muy divertido**

Ningún rechazo 0 1 2 3 4 **Fuerte rechazo**

Dios llama a Adán. Le dice:

- Hijo, tengo una noticia buena y otra mala.

+ La buena primero, por favor.

- Te voy a hacer dos regalos; un cerebro y un pene.

+ ¡Fantástico!.....¿Y la mala noticia?

- Que no tendrás la suficiente sangre para hacer funcionar a los dos al mismo tiempo.

Nada divertido 0 1 2 3 4 **Muy divertido**

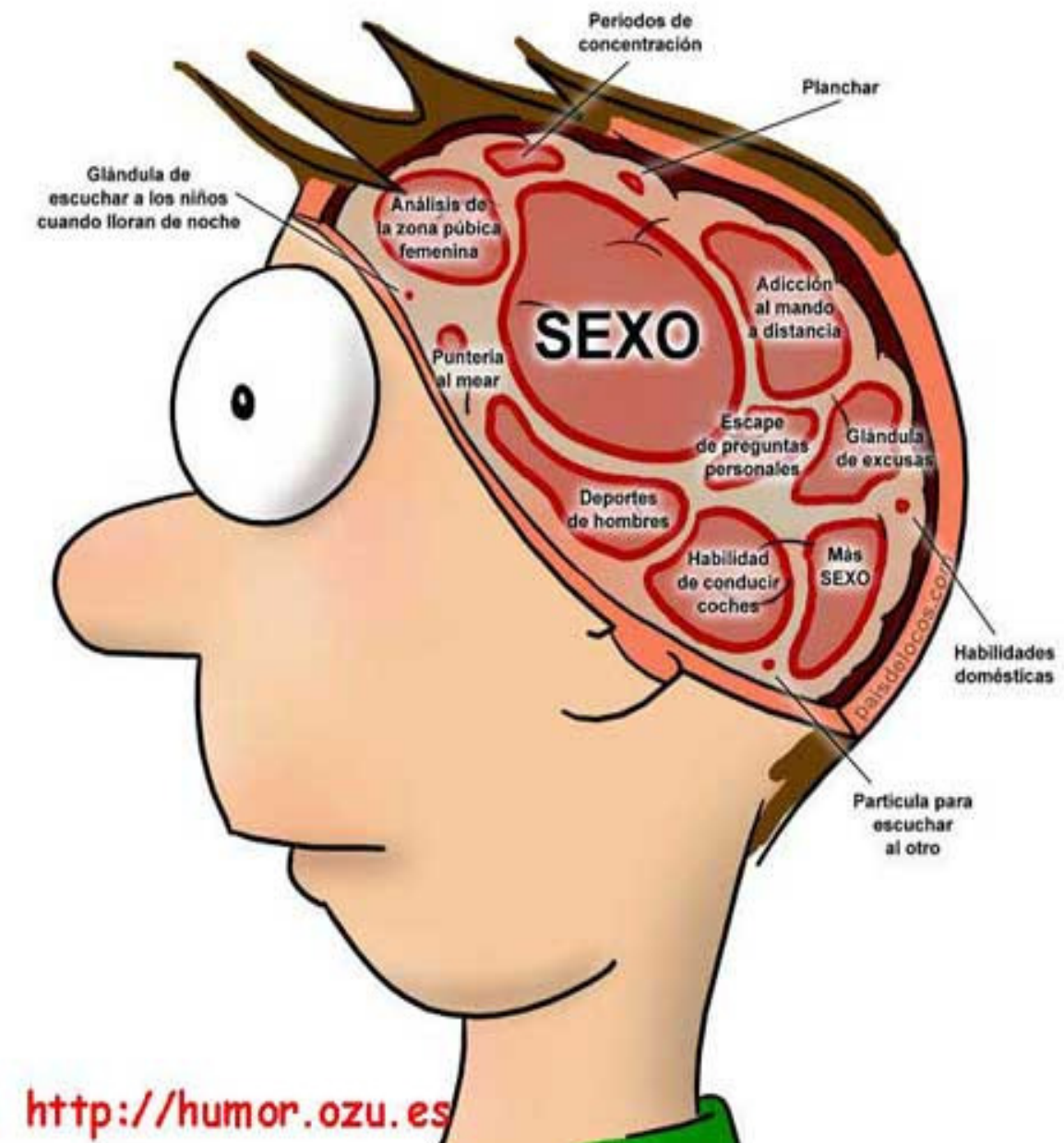
Ningún rechazo 0 1 2 3 4 **Fuerte rechazo**

4. ¿Cómo se meten 600 judíos en un coche?.....Dos delante, tres detrás, y el resto en el cenicero.

Nada divertido 0 1 2 3 4 **Muy divertido**

Ningún rechazo 0 1 2 3 4 **Fuerte rechazo**

5.

CEREBRO MASCULINO

Nada divertido 0 1 2 3 4 Muy divertido

Ningún rechazo 0 1 2 3 4 Fuerte rechazo

6.

No te preocupes. Bajé las cortinas.
¡Nadie puede vernos!



Nada 0 1 2 3 4 Muy divertido
divertido

Ningún 0 1 2 3 4 Fuerte
rechazo rechazo

7.

-Íbamos yo y Manolo.....Bueno, mejor dicho, íbamos Manolo y yo.....¡Vale!, ¡de acuerdo!....., yo no iba.

Nada 0 1 2 3 4 Muy divertido
divertido

Ningún 0 1 2 3 4 Fuerte
rechazo rechazo

8.

-¿Cómo te llamas?

+Luis, como mi tío Antonio

Nada 0 1 2 3 4 Muy divertido
divertido

Ningún 0 1 2 3 4 Fuerte
rechazo rechazo

9.

-Doctor, doctor, ¿cuando tomo café no consigo dormir!

+¡Que curioso!, a mí me pasa justo lo contrario, cuando duermo no consigo tomar café.

Nada 0 1 2 3 4 Muy divertido
divertido

Ningún 0 1 2 3 4 Fuerte
rechazo rechazo

10.

-Ayer doctor, ¿qué me dijo que era?, Piscis, Sagitario o Leo.

+¡Cáncer, querido, cáncer!

Nada 0 1 2 3 4 **Muy divertido**
divertido

Ningún 0 1 2 3 4 **Fuerte**
rechazo **rechazo**

11.

Un hombre se quejaba de un fuerte dolor en el hombro y un amigo le dice:

-Hay una máquina en la farmacia que puede diagnosticar cualquier cosa mucho más rápido y más barato que un doctor. Pones una muestra de tu orina y ofrece un diagnóstico, además de sugerirte qué hacer. Todo esto por sólo 1000 pesos.

El hombre llenó un frasco con orina y fue a la farmacia. Encontró la máquina y puso la muestra de orina dentro. Luego depositó los mil pesos en la ranura. La computadora comenzó a hacer ruidos, a encender y apagar varias luces, y tras una pequeña pausa, por una ranura salió un papel que decía:

Datos más importantes:

“Ud. tiene hombro de tenista

Frote su brazo con agua caliente y sal

No haga esfuerzos físicos de magnitud

En dos semanas va a estar mucho mejor”

El hombre no se lo podía creer. No salía de su asombro y pensaba que había gato encerrado, así que decidió probar si la maquina podía ser engañada. Mezcló agua sobrante de fregar los platos, con un poco de mierda de perro, y un poco de orina de su hija y su mujer. Fue a la farmacia y le puso la mezcla a la máquina. Después de los sonidos y luces de rigor, la máquina imprimió el siguiente análisis:

Datos más importantes:

”Como no guarde reposo y deje de hacer estupideces, no se le va a curar nunca el hombro”.

Nada 0 1 2 3 4 **Muy divertido**
divertido

Ningún 0 1 2 3 4 **Fuerte**
rechazo **rechazo**

12. Un camionero va escuchando la radio en su camión, cuando escucha:

“Interrumpimos este programa para darles una noticia muy importante. Se han visto seres extraterrestres sobrevolando esta zona. A continuación les damos sus características: son bajitos, van arrastrando las manos por el suelo, tienen las rodillas pegadas al pecho, los ojos saltones y hablan muy lento. Su nave emite luces de color ámbar”

El camionero, algo inquieto sigue conduciendo hasta que ve unas luces ámbar a un lado del camino, y junto a las luces, una figura que se parece a la descripción que acaba de oír en la radio. Se detiene, se baja, y con miedo se dirige hacia la figura. Con cuidado empieza a hablar muy, muy lentamente:

-Hola, me llamo Pepe, soy camionero, y estoy conduciendo.

Entonces, también muy lentamente, de la figura sale una voz que dice:

+Hola, me llamo Juan, soy conductor de ambulancia, y estoy cagando.

Nada 0 1 2 3 4 **Muy divertido**
divertido

Ningún 0 1 2 3 4 **Fuerte**
rechazo **rechazo**

13.

-¡Qué curioso! ¡Cómo te pareces a tu hermano!

+¡Pero si yo no tengo hermanos!

-¡Más curioso todavía!

Nada 0 1 2 3 4 **Muy divertido**
divertido

Ningún 0 1 2 3 4 **Fuerte**
rechazo **rechazo**

14.

-¡Hola!, ¿cómo te llamas?

+No sé, pero tengo una bicicleta muy chimba.

Nada 0 1 2 3 4 **Muy divertido**
divertido

Ningún 0 1 2 3 4 **Fuerte**
rechazo **rechazo**

15.



Nada divertido 0 1 2 3 4 Muy divertido

Ningún rechazo 0 1 2 3 4 Fuerte rechazo

16.



Nada divertido 0 1 2 3 4 Muy divertido

Ningún rechazo 0 1 2 3 4 Fuerte rechazo

17.

Apple iMac



iMac para hombre



iMac para mujer

Nada divertido 0 1 2 3 4 **Muy divertido**

Ningún rechazo 0 1 2 3 4 **Fuerte rechazo**

18.

Entra un señor a un supermercado con unas zapatillas puestas y el resto del cuerpo desnudo completamente. Hace su compra normalmente y se dirige a la caja. La cajera le calcula la cuenta:

-¡100 pesos, por favor!

Coge el señor, y le da a la cajera 50 pesos

-Perdone caballero, pero le faltan 50 pesos

+¡Nada de eso señorita!

-Perdone, pero su cuenta son 100 pesos, y usted me ha dado 50

+¡Pues claro!, ¿no hay a la entrada un cartel que pone “50% de descuento en pelotas y zapatillas”?

Nada divertido 0 1 2 3 4 **Muy divertido**

Ningún rechazo 0 1 2 3 4 **Fuerte rechazo**

19. ¿Para qué tienen las mujeres una neurona más que los caballos?.....Para que no se caguen en los desfiles

Nada 0 1 2 3 4 Muy divertido
divertido

Ningún 0 1 2 3 4 Fuerte
rechazo rechazo

20.



Nada 0 1 2 3 4 Muy divertido
divertido

Ningún 0 1 2 3 4 Fuerte
rechazo rechazo

21.

¿Qué es lo más parecido a un hombre inteligente?.....Una lesbiana.

Nada 0 1 2 3 4 Muy divertido
divertido

Ningún 0 1 2 3 4 Fuerte
rechazo rechazo

22.

Dos amigos se encuentran después de varios meses.

-¿Qué tal lleva tu hermano lo del SIDA?

+Pues unos días mejor y otros peor. Le damos todo nuestro cariño y apoyo, esperando que sienta que estamos con él en todo momento, y que el desenlace sea lo menos traumático posible.

-¿Qué es lo que se hace más duro?

+Sinceramente, se pasa muy mal cuando el jamón en lonchas se termina.

-Pero ¿qué tiene que ver eso?

+Pues que todavía no hemos encontrado ninguna otra comida que quepa por debajo de la puerta.

Nada divertido 0 1 2 3 4 **Muy divertido**

Ningún rechazo 0 1 2 3 4 **Fuerte rechazo**

23.

Nada divertido 0 1 2 3 4 **Muy divertido**

Ningún rechazo 0 1 2 3 4 **Fuerte rechazo**

24.

Entra una persona en una tienda de fotografía, y se dirige al vendedor:

-Mire usted, mi pareja me dejó hace dos años. Se fue con mi mejor amigo. Mi hijo mayor es drogodependiente y lleva varios años en una granja de esas que sirven para enderezar a los drogadictos. Mi hijo menor es un poco lelo y está siempre en casa viendo películas, escuchando música y mirando por la ventana a la gente que pasa por la calle. Yo, el otro día, fui después de un montón de años a una discoteca, y me lo pase genial, aunque si le digo la verdad, no conseguí conocer a nadie. También....

+Pero oiga, ¿qué dice?, ¿Por qué me cuenta a mi todo eso?

-Bueno, ¿no hay en el escaparate un cartel que pone “entre y revele sus rollos”?

Nada divertido 0 1 2 3 4 **Muy divertido**

Ningún rechazo 0 1 2 3 4 **Fuerte rechazo**

25.

Una pareja de novios hablando:

-Dime cariño, pero por favor, se sincero, ¿a ustedes los hombres cómo les gustan más las mujeres, habladoras o de las otras?

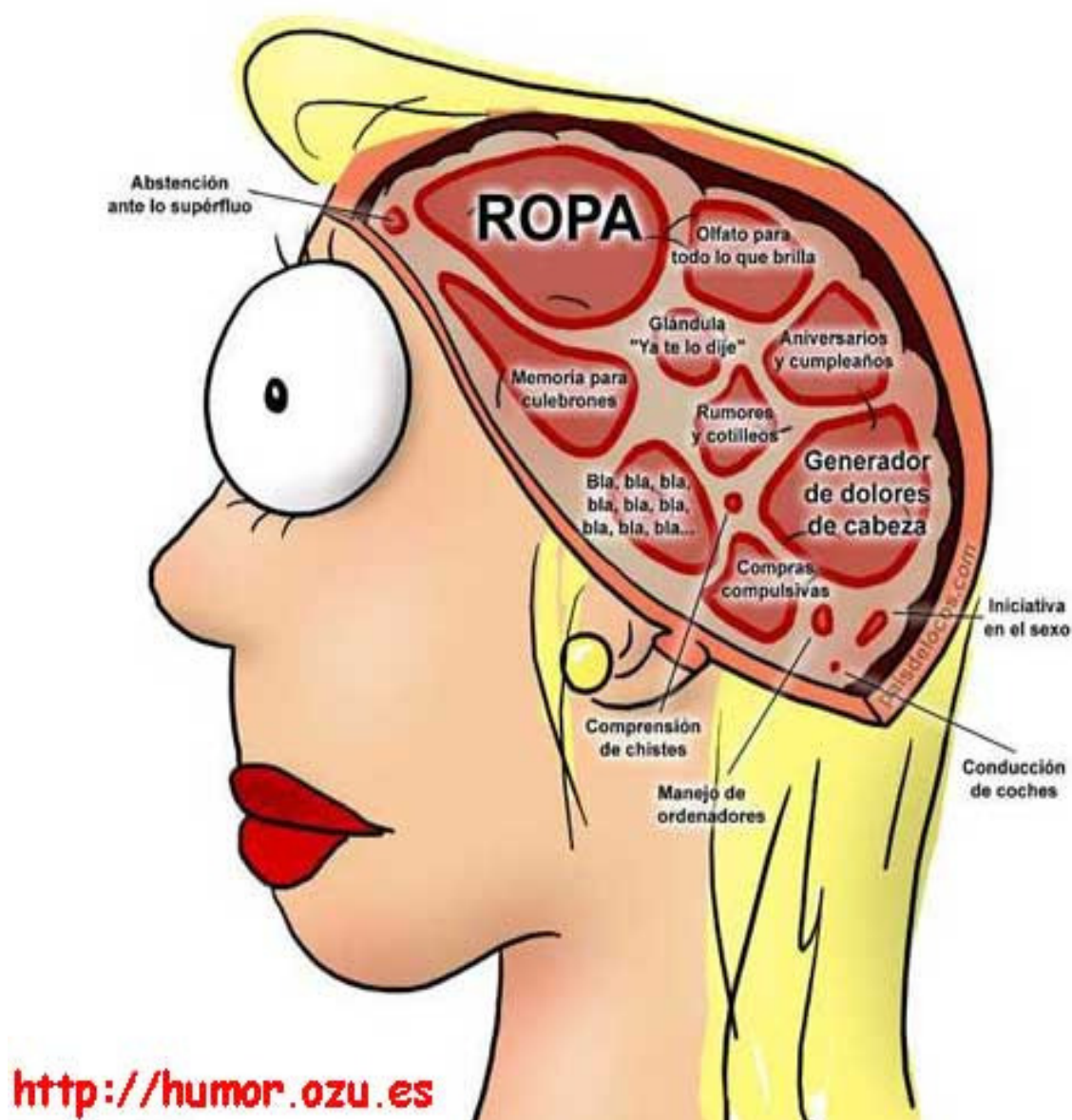
+¿Qué otras?

Nada divertido 0 1 2 3 4 **Muy divertido**

Ningún rechazo 0 1 2 3 4 **Fuerte rechazo**

26.

CEREBRO FEMENINO



Nada divertido 0 1 2 3 4 Muy divertido

Ningún rechazo 0 1 2 3 4 Fuerte rechazo

27.



Nada 0 1 2 3 4 Muy divertido
divertido

Ningún 0 1 2 3 4 Fuerte
rechazo rechazo

28.

En un gran centro comercial, van dos hombres bastante acelerados, cuando de pronto chocan entre ellos. -Perdona

+¡No pasa nada hombre! ¿Qué le ocurre que le veo muy acelerado?

-Se me ha perdido mi mujer y no la encuentro

+¡Marica! Igual que a mí. Yo tampoco encuentro a mi mujer.

-¡Que casualidad! Pues si quiere, para encontrarlas antes, nos ponemos los dos a buscar a la vez. A ver, ¿cómo es su mujer?

+Mi mujer mide 1,90. Es rubia, tienen los ojos verdes y la piel bastante morena. Está muy delgada, con la cintura bastante estrecha y unos pechos prominentes. Lleva un vestido negro ajustado, con un escote sobresaliente y responde al nombre de Lulu. Y ahora, ¿cómo es su mujer?

-¿Mi mujer? ¡Olvídese de ella y busquemos a la suya!

Nada 0 1 2 3 4 Muy divertido
divertido

Ningún 0 1 2 3 4 Fuerte
rechazo rechazo

Por favor, responda las siguientes preguntas marcando con una cruz la respuesta correspondiente:

Edad:

Sexo: O Hombre O Mujer

Es Usted: O soltero O unión libre O casado O separado O viudo

Vivienda

Vive solo	☐
Vive con su pareja/conyugue/familia	☐

Número de habitantes de su ciudad

Hasta 2.000	☐
Hasta 20.000	☐
Más de 20.000	☐
Hasta 100.000	☐
Más de 100.000	☐

Educación

Primaria incompleto	☐
Primaria completo	☐
Secundaria incompleta	☐
Secundaria completa	☐
Universidad no graduado	☐
Universidad graduado	☐

Profesión

Por favor, marque la opción que defina la actividad que desempeña actualmente. (Amas/os de casa marquen por favor la profesión de sus parejas; jubilados, su último trabajo; personas en formación y/o desempleadas, el trabajo de la persona que mantiene a la familia.

Propietario o encargado de una gran compañía	☐
Trabajador independiente	☐
Pequeños y medianos trabajadores independientes (comercio o trabajo manual)	☐
Empleado no directivo	☐
Funcionario ejecutivo	☐
Funcionario medio	☐
Trabajador de campo/peón	☐
Trabajador especializado graduado	☐
Otros trabajos	☐

Ocupación

Trabajador activo en su propia empresa	☐
Ama/amo de casa	☐
Estudiante primaria-secundario	☐
Estudiante universitario	☐
Aprendiendo un oficio	☐
Jubilado inactivo	☐
Desempleado	☐
Sin profesión	☐
Otros trabajos	☐

Anexo 2 Formato de Historia Clínica

	FORMATO HISTORIA CLINICA	PÁGINA 54 DE 95
---	---------------------------------	----------------------------

FECHA DE RECEPCION: DIA _____ MES _____ AÑO _____																							
REMITIDO POR: _____ DIA: _____ MES: _____ AÑO: _____																							
<i>1. DATOS DEMOGRAFICOS</i>																							
NOMBRE: _____																							
DOCUMENTO DE IDENTIDAD :		EDAD:																					
FECHA DE NACIMIENTO:		LUGAR:																					
DIRECCION: _____																							
TELEFONO;		OFICINA:																					
PROFESION:		OCUPACION:																					
ESTADO CIVIL:		RELIGION:																					
DATOS DE UNA PERSONA DE CONTACTO:																							
Nombre:																							
Parentesco:																							
Teléfono:																							
NOMBRE DEL PSICOLOGO TRATANTE: _____																							
<i>INFORMACION FAMILIAR</i>																							
<table border="1"> <thead> <tr> <th>NOMBRE</th> <th>PARENTESCO</th> <th>EDAD</th> <th>OCUPACION</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>				NOMBRE	PARENTESCO	EDAD	OCUPACION																
NOMBRE	PARENTESCO	EDAD	OCUPACION																				

6. IMPRESIÓN DIAGNOSTICA

DIAGNOSTICO DSM IV:

7. PLAN DE INTERVENCION

FECHA DE SESION

SEGUIMIENTO TERAPEUTICO

Anexo 3 Plan de Intervención Grupal para Pacientes con Enfermedades Cardiovasculares

Sesión I

***Foco:**

Modelo Cognitivo

***Objetivos:**

Ofrecer psicoeducación en cuanto la correspondencia existente entre los pensamientos, los sentimientos y las acciones.

Lograr que los asistentes identifiquen los pensamientos relacionados con su enfermedad y como estos modula su conducta.

Conseguir que los asistentes comprendan la conexión entre las condiciones de salud y los estados de ánimo.

***Plan de intervención:**

Indagar sobre las ideas relacionadas con cada uno de los elementos vinculados al tema a tratar.

A través de carteles se plasma información acerca del principio base del modelo cognitivo, significado de los pensamientos, los sentimientos y las emociones y la relación directa de estos con las acciones que se llevan a cabo día a día.

Situaciones ejemplo de su diario vivir donde paso a paso se van identificando, cuáles son los pensamientos, los sentimientos y las acciones y la relación entre sí.

En los casos donde las situaciones ejemplo que planteen no estén enmarcadas en su condición de paciente con Enfermedad Cardiovascular, se les invita a hacer la respectiva identificación de pensamientos, sentimientos y comportamientos propios de su situación de salud.

***Evaluación:**

Se indaga en relación con lo aprendido en la sesión, de modo que los pacientes asistentes relaten con sus propias palabras la interpretación del principio base del modelo cognitivo.

Cada uno de los pacientes debe ejemplificar a través de situaciones propias de su cotidianidad la relación pensamiento, sentimiento y conducta, teniendo en cuenta igualmente su condición de salud.

***Retroalimentación y cierre:**

Se dejan explícitas las conclusiones del encuentro y los compromisos personales de los asistentes y se establece la convocatoria para el siguiente encuentro.

Sesión II

***Foco: Errores de pensamiento – Distorsiones Cognitivas**

***Objetivos:**

Dar a conocer las creencias irracionales y las distorsiones cognitivas que se pueden presentar en el procesamiento de información.

Identificar las creencias irracionales y las distorsiones cognitivas que soportan las percepciones no saludables de los pacientes respecto a su condición de salud actual.

Implementar técnicas psicológicas que contribuyan a modificar las creencias irracionales y las distorsiones cognitivas

***Plan de Intervención:**

Indagar sobre los conceptos que tienen o que construyen los asistentes en relación al tema a tratar.

Carteles donde se plasma información acerca del significado y ejemplos de las distorsiones cognitivas y las creencias irracionales.

Situaciones ejemplo de su diario vivir donde se vean reflejados los respectivos errores de pensamiento comunes en los asistentes.

En los casos donde las situaciones ejemplo que planteen no estén enmarcadas en su condición de paciente con Enfermedad Cardiovascular, se les invita a hacer la identificación de las ideas irracionales y las creencias de salud que tienen en relación a su condición de salud.

Se les entrena en técnicas de reestructuración cognitiva, detección del pensamiento y confrontación con la realidad.

Se trabaja en torno a una lectura, en la cual las pacientes deben identificar los errores de pensamiento, las técnicas que el personaje utilizó y los beneficios obtenidos por modificar su pensamiento.

***Evaluación:**

Se indaga en relación con lo aprendido en la sesión y se invita a las pacientes asistentes que expresen una situación ejemplo donde se evidencie una distorsión y el pensamiento alternativo ante esta.

***Retroalimentación y cierre:**

Se concluye y se dejan claros los compromisos personales de los asistentes en relación con lo aprendido, de modo que en el próximo encuentro expresen que si lograron hacer la modificación del pensamiento y que resultados obtuvieron.

Se realiza la convocatoria para el siguiente encuentro.

Sesión III

***Foco: Autocontrol Emocional**

***Objetivos:**

Identificar los pensamientos distorsionados que impiden el autocontrol emocional.

Aumentar la capacidad de los pacientes para expresar sus pensamientos, emociones, sensaciones y sentimientos de forma asertiva.

Entrenar en estrategias para ejercer mayor control sobre las emociones y para tener una comunicación asertiva de estas.

***Plan de Intervención:**

Indagar sobre las ideas relacionadas con cada uno de los elementos vinculados al tema a tratar.

A través de carteles se plasma información de la definición de autocontrol emocional, las distorsiones cognitivas relacionadas y los beneficios de ejercer autocontrol.

Situaciones ejemplo de su diario vivir que permitan la identificación de momentos donde no se ha realizado un autocontrol emocional efectivo.

Teniendo el conocimiento previo de las distorsiones cognitivas y los pensamientos alternativos, plantear las alternativas de percepción y solución para la situación antes descrita.

En los casos donde las situaciones ejemplo que planteen no estén enmarcadas en su condición de paciente con Enfermedad Cardiovascular, se les invita a describir que ocurre con la activación emocional en relación a la enfermedad y el manejo respectivo que llevan a cabo.

Se realiza entrenamiento en técnicas de relajación, time out y triada de autocontrol (Respuesta Fisiológica – Detención de Pensamiento- Refuerzo Positivo)

***Evaluación:**

Se indaga en relación con lo aprendido en la sesión, de modo que los pacientes asistentes relaten con sus propias palabras la forma de llevar a cabo un mayor autocontrol emocional y los beneficio de hacerlo.

Cada uno de los pacientes debe ejemplificar a través de situaciones propias de su cotidianidad cual debe ser la respuesta más asertiva ante una situación que generalmente le genere gran exaltación emocional-

***Retroalimentación y cierre:**

Se dejan explícitas las conclusiones del encuentro y los compromisos personales de los asistentes y se establece la convocatoria para el siguiente encuentro.

Sesión IV

***Foco: Emociones Positivas – Sentido del Humor**

***Objetivos:**

Ofrecer psicoeducación sobre la existencia de las emociones positivas y las repercusiones de estas en las condiciones de salud y enfermedad.

Instruir en estilos de pensamiento y repertorios de conducta flexibles.

Entrenar en estrategias de afrontamiento activas como técnicas de resolución de problemas.

***Plan de Intervención:**

Indagar sobre ideas relacionadas con cada uno de los elementos vinculados al tema a tratar.

Por medio de carteles se plasma la información referida a emociones positivas, sus beneficios y su relación con la salud y la enfermedad, definición de estados de ánimo alegres, humor y tipos de humor, además de las características del pensamiento flexible y las estrategias de afrontamiento existentes, enfocando el sentido del humor como estrategia importante.

Situaciones ejemplo de su diario vivir que permitan identificar las emociones positivas presentes en sus estilos de pensamiento y repertorios de interacción intra e interpersonal, presentándoles cuales les generan mayor beneficio que perjuicio.

Presentación de estímulos risibles e identificación de las percepciones al respecto y los cambios generados en sí mismas.

En los casos donde las situaciones ejemplo que planteen no estén enmarcadas en su condición de paciente con Enfermedad Cardiovascular, se les invita a hacer la relación de lo anteriormente expuesto con su situación de salud.

Se realiza entrenamiento en técnicas como búsqueda de alternativas y diseño de experimentos.

***Evaluación:**

Se indaga en relación con lo aprendido en la sesión, de modo que los pacientes asistentes relaten con sus propias palabras cuáles son las emociones positivas y sus beneficios

***Retroalimentación y cierre:**

Se dejan explícitas las conclusiones del encuentro y se establece que uno de los pacientes se llevará un repertorio de estímulos risibles donde identifica el que más le genera sensaciones positivas de acuerdo a sus gustos y se lo comentará a un miembro de su familia y expondrá dicho ejercicio en la próxima sesión.

Sesión V

***Foco: Conductas de Autocuidado**

***Objetivos:**

Enseñar a los pacientes sobre los aspectos psicológicos asociados a las Enfermedades Cardiovasculares.

Instruir a las pacientes acerca de la importancia del autocuidado y sus efectos en la salud.

Aumentar la capacidad de las pacientes para controlar los factores de riesgo y los factores protectores de las Enfermedades Cardiovasculares.

Instruir en la relación existente entre las conductas de autocuidado y los estilos de pensamiento relacionados consigo mismas (autoesquemas).

Realizar la respectiva evaluación de todo el proceso de intervención.

***Plan de Intervención:**

Indagar sobre ideas relacionadas con cada uno de los elementos vinculados al tema a tratar.

A través de carteles se plasma la información relacionada con las particularidades de las Enfermedades cardiovasculares, causas, consecuencias, cuidados y los aspectos emocionales relacionados. Además de la definición de conductas de autocuidado como factor protector y la relación de los autoesquemas con las prácticas de dichas conductas.

Definición por parte de las pacientes, de las prácticas de autocuidado que realizan, cuales se les dificultan en mayor medida y qué estrategia ha llevado a cabo para lograr realizarla.

Situaciones ejemplo de cada uno de los autoesquemas y su respectiva relación con las conductas de autocuidado, ofreciendo elementos para modificar los autoesquemas que no estén sanamente estructurados.

Entrenamiento en técnicas de autoinstrucción.

***Evaluación:**

Se indaga en relación con lo aprendido en la sesión, de modo que los pacientes asistentes relaten con sus propias palabras cuáles es su papel frente a la enfermedad cardiovascular, los factores de riesgo y los factores protectores de la misma.

***Retroalimentación y cierre:**

Se dejan explícitas las conclusiones del encuentro. Se realiza la evaluación de todo el proceso llevado a cabo a través del autoreporte de las asistentes. Se entregan muestra médicas y detalles facilitados por algunos laboratorios médicos.

Anexo 4 Plan de Intervención Individual y Grupal

No	PACIENTE	RESULTADOS PRUEBAS APLICADAS	OBJETIVOS TERAPEUTICOS SESIÓN INDIVIDUAL	OBJETIVOS TERAPEUTICOS SESIÓN GRUPAL
1	S.T	SAD IDER - RASGO STCIT BAJA ALEGRIA I MAL HUMOR II – IV MAS AVERSIÓN	Modificar las ideas que respaldan su estado de ánimo bajo.	<i>*Foco:</i> Modelo Cognitivo <i>*Objetivos:</i> Ofrecer psicoeducación en cuanto la correspondencia existente entre los pensamientos, los sentimiento y las acciones. Lograr que los asistentes identifiquen los pensamientos relacionados con su enfermedad y como estos modula su conducta. Conseguir que los asistentes comprendan la conexión entre las condiciones de salud y los estados de ánimo. <i>*Foco:</i> Errores de pensamiento – Distorsiones Cognitivas <i>*Objetivos:</i> Dar a conocer las creencias irracionales y las distorsiones cognitivas que se pueden presentar en el procesamiento de información. Identificar las creencias irracionales y las distorsiones cognitivas que soportan las percepciones no saludables de los pacientes respecto a su condición de salud actual. Implementar técnicas psicológicas que contribuyan a modificar las creencias irracionales y las distorsiones cognitivas.
2	S.O.	STCIT BAJA ALEGRIA II – III- IV – V SERIEDAD I MAS DIVERSIÓN	Modificar las ideas que respaldan su estado de ánimo bajo.	
3	S.V.	GELOTOFOBIA SAD FNE IDER – RASGO STCIT BAJA ALEGRIA I – II- IV – V SERIEDAD IV – VI MAL HUMOR I – II – III – IV – V MAS AVERSION	Modificar las ideas que respaldan su estado de ánimo bajo.	

4	S. P.	GELOTOFOBIA SAD - FNE - BDI STCIT BAJA ALEGRIA V IGUAL DIVERSIÓN AVERSIÓN	Modificar percepciones negativas de sí mismo y el mundo.	<i>*Foco:</i> Autocontrol Emocional <i>*Objetivos:</i> Aumentar la capacidad de los pacientes para expresar sus pensamientos, emociones, sensaciones y sentimientos de forma asertiva. Identificar los pensamientos distorsionados que impiden el autocontrol emocional. Entrenar en estrategias para ejercer mayor control sobre las emociones y para tener una comunicación asertiva de estas. <i>*Foco:</i> Emociones Positivas – Sentido del Humor <i>*Objetivos:</i> Ofrecer psicoeducación sobre la existencia de las emociones positivas y las repercusiones de estas en las condiciones de salud y enfermedad. Instruir en estilos de pensamiento y repertorios de conducta flexibles. Entrenar en estrategias de afrontamiento activas como técnicas de resolución de problemas. <i>*Foco:</i> Conductas de Autocuidado <i>*Objetivos:</i> Enseñar a los pacientes sobre los aspectos psicológicos asociados a las Enfermedades Cardiovasculares. Instruir a las pacientes acerca de la importancia del autocuidado y sus efectos en la salud.
5	S. F.	SAD STCIT BAJA ALEGRIA IV – V SERIEDAD I - V MAS AVERSIÓN	Modificar las ideas referidas a la desaparición de su hijo que modulan los sentimientos de culpa presentes. Movilizar la expresión de sentimientos y emociones generados por la desaparición de su hijo. Ver anexo 5 caso 4	
6	S. P.	FNE STCI SERIEDAD III MAS DIVERSIÓN	Modificar el esquema de autosacrificio	
7	S. V.	SAD SERIEDAD TOTAL DIVERSIÓN	Fomentar la capacidad para la apreciación del sentido del humor.	
8	S. M.	IDER – RASGO SERIEDAD I MAS AVERSIÓN	Identificación de las ideas irracionales relacionadas con la conducta objeto de intervención Ver anexo 5 caso 1.	

9	S.C.	GELOTOFOBIA FNE MAL HUMOR I – III SERIEDAD IV – V MAS DIVERSIÓN	Identificar y modificar las ideas irracionales relacionadas con el objeto de intervención. Ver anexo 5 caso 2	Aumentar la capacidad de las pacientes para controlar los factores de riesgo y los factores protectores. Instruir en la relación existente entre las conductas de autocuidado y los estilos de pensamiento relacionados consigo mismas (autoesquemas).
10	S.R.	BDI ALEGRÍA I – V MAL HUMOR I – III SERIEDAD I – II – III – IV – V – VI MAS DIVERSIÓN	Identificar y modificar las ideas irracionales que modulan las emociones y las conductas de estrés y ansiedad. Ver anexo 5 caso 3	Realizar la respectiva evaluación de todo el proceso de intervención.

*Anexo 5 Casos Formulados**Caso No 1*

1. Datos sociodemográficos

NOMBRE: Señora Macias*

EDAD: 50 Años

ESTADO CIVIL: Separada

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 63272XXX* de B/manga

FECHA DE NACIMIENTO: Marzo 6 de 1959

LUGAR DE NACIMIENTO: Bucaramanga

PROFESION: VI Semestre de Admón. Pública

OCUPACIÓN: Oficios Varios

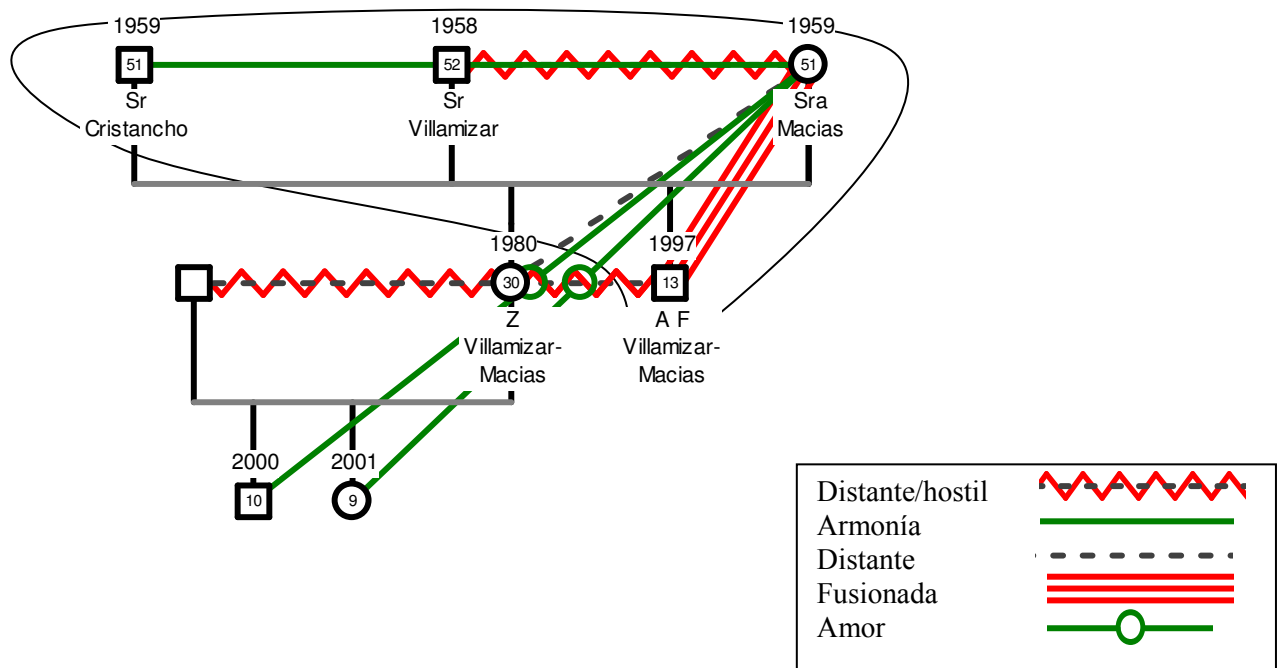
RELIGION: Católica

TELEFONO: 64824XX*

DIRECCIÓN: Floridablanca

*Se omiten algunos datos por respeto a la identidad del paciente.

2. Genograma



3. Motivo de Consulta

“El médico me dice que me tengo que cuidar porque soy muy impaciente, todo me pone nerviosa a veces creo que no me alcanza el día para hacer todo lo que tengo que hacer y eso dice el que afecta mi salud”

4. Listado de conductas problema. Historia y antecedentes del problema.

- Sobrecarga laboral.
- Descuido de sí misma y su núcleo familiar.
- Rumiación.
- Irritabilidad.
- Deterioro de su estado de salud física.
- Relaciones conflictivas con sus familiares.

Paciente con Episodio de Sincope por hipertensión, estando asociado a hipotensión ortostática, por lo cual fue diagnosticada con una enfermedad isquémica de corazón. Su estado de salud ha ido en deterioro producto de la inexistencia de conductas de autocuidado, el exceso de labores y los continuos conflictos con su hijo por el incumplimiento de las responsabilidades escolares y con su ex – esposo por la ausencia de apoyo económico para el sostenimiento del hogar.

5. Descripción de la historia de vida

La paciente se educó en un hogar regido por los estilos de pensamiento característicos de la sociedad santandereana, teniendo un padre jornalero, quien ejercía la autoridad a través de la violencia y una madre ama de casa, sumisa y restrictiva. A los 18 años quedó embarazada por lo cual se casa, igualmente producto de ésta unión, nació otro hijo quien actualmente tiene 13 años, luego de 20 años de convivencia se separa de su esposo, ya que él, cuando se encontraba en estado de alicoramiento la agredía física y psicológicamente; como consecuencia de los continuos episodios de violencia intrafamiliar se entabla una denuncia en la Fiscalía General de la Nación y como parte del mecanismo de justicia restaurativa, en la conciliación, se acuerda que el esposo debe salir del hogar. La paciente desde los 15 años incursionó en el trabajo remunerado con lo cual se subsidió su estudio, sin embargo no logró culminarlos, realizó seis semestres de Administración Pública, conocimientos que le permitieron desempeñarse como secretaria y auxiliar de cartera durante un tiempo y de los cuales se desvincula por orden de su esposo; luego de la separación y el incumplimiento por parte del padre de sus hijos en el pago de la cuota de alimentos, se retira de estudiar y se vincula como trabajadora de servicio doméstico por días. Actualmente en la casa de la Sra. Macias vive su hijo de 13 años, quien ha sido diagnosticado con depresión infantil y el Sr. Cristancho un hombre de su misma edad, separado sin hijos, a quien conoció hace cinco años

y con quien inició una relación sentimental para luego decidir vivir juntos, situación que se dio desde hace un año.

6. Ciclo de vida

*Infancia: Estudió en una escuela de Bucaramanga, cerca de su lugar de residencia, se dedicaba la mayor parte del tiempo a cumplir con sus deberes escolares y cuando los culminaba debía colaborar con las tareas de la casa, desde el cuidado de los hermanos menores hasta la elaboración del aseo y/o la comida para todos. Episodios esporádicos de violencia intrafamiliar de parte de su padre hacia su madre.

*Adolescencia: Estudiante con desempeño académico entre los estándares normales. En ocasiones su padre la maltrataba motivado por su responsabilidad frente a las acciones de sus hermanos menores. Experiencia del primer amor con quien decide casarse.

*Adulthood joven: Madre de familia, esposa y amiga. Inicia sus estudios universitarios y se responsabiliza de las labores del hogar y del apoyo económico para la educación de sus hermanos. Episodios de violencia con su cónyuge.

*Adulthood: Fallecimiento de sus progenitores. Matrimonio de su hija mayor. Nacimiento de su hijo menor. Separación de su pareja. Se asume como cabeza de hogar y se reincorporación al mundo laboral como empleada del servicio doméstico. Nacimiento de los nietos. Creación de nuevos vínculos afectivos con el Sr. Cristancho.

7. Contexto (familia, social, ocupacional, recursos extrínsecos, sexual, recreacional, estado de salud, académica, etc.)

La paciente actualmente reside en una vivienda propia, ubicada en Floridablanca, en donde habita con su hijo de 13 años y su actual pareja el Sr. Cristancho. La Sra. Macias mantiene continuo contacto con su hija mayor quien vive cerca y en cuyo hogar labora ocasionalmente haciendo el aseo de la casa o cuidando a los niños. Su ex esposo mantiene buenas relaciones con la hija mayor por lo cual la visita regularmente, esto ha hecho que en algunas oportunidades la Sra. Macias y su ex – esposo se encuentren y se generen conflictos y agresiones verbales antes los reclamos de la paciente en relación al incumplimiento de la cuota de alimentos por parte del señor y las deudas económicas que esto ha ocasionado en el hogar de la Sra. Macias.

A nivel laboral se desempeña en oficios varios, llevando a cabo el aseo en las casas de conocidos y familiares o realizando diligencias como pago de servicios o solicitudes de citas médicas.

A nivel académico, sus estudios fueron interrumpidos y actualmente dadas sus condiciones laborales y económicas no considera la posibilidad de culminarlos.

Afectivamente manifiesta encontrarse en una nueva etapa de su vida donde tiene la oportunidad de formar un nuevo hogar para su hijo, ya que con el Sr. Cristancho ha establecido un vínculo afectivo fuerte y tiene expectativas positivas sobre el futuro de su relación y de su familia.

Su actual estado de salud no se encuentra en las mejores condiciones; luego de un episodio de síncope por hipertensión le fueron realizados diferentes exámenes y acorde a los resultados, por prescripción médica debe tomar un medicamento diario además de seguir un estricto régimen de cuidados en la alimentación y el estilo de vida; indicaciones que no se han llevado a cabo por completo.

8. Impresión diagnóstica incluida la hipótesis diagnóstica desde el DSM-IV.

Paciente con antecedentes de violencia intrafamiliar, síntomas depresivos asociados a irritabilidad, deterioro de su salud física, búsqueda de aceptación y continuo autosacrificio por las necesidades de las personas con las que se encuentra afectivamente vinculada. En los resultados de la evaluación que se llevo a cabo presentó puntuaciones altas en el Inventario de Depresión de Beck Estado Rasgo, lo cual indica que existen estados de ánimo predominantemente bajos; asimismo puntuó en la escala de seriedad I del STCI, que hace referencia al predominio de un estado serio, y con puntuaciones significativas en mayor aversión en la escala de apreciación del humor EAHU, lo cual indica que tiende a no tener mayor disposición para identificar o responder ante los estímulos risibles de cualquier tipo.

Evaluación Multiaxial

-Eje I: Síntomas Depresivos

-Eje II: No Aplica

-Eje III: Hipertensión. Isquemia del Corazón.

-Eje IV: Economía insuficiente, condiciones laborales inestables.

-Eje V: EEAG 70 al ingreso

9. Objetivos terapéuticos

- Ofrecer psicoeducación en cuanto la correspondencia existente entre los pensamientos, los sentimiento y las acciones.

- Dar a conocer las creencias irracionales y las distorsiones cognitivas que se pueden presentar en el procesamiento de información.
- Identificar y modificar las ideas irracionales que modulan las emociones relacionadas con las experiencias de violencia intrafamiliar y relaciones afectivas de modo que dichas ideas sean reestructuradas y las experiencias resignificadas.
- Aumentar la capacidad para expresar pensamientos, emociones, sensaciones y sentimientos de forma asertiva, a través de autocontrol emocional.
- Ofrecer psicoeducación sobre la existencia de las emociones positivas y las repercusiones de estas en las condiciones de salud y enfermedad.
- Aumentar la capacidad para controlar los factores de riesgo y los factores protectores de las Enfermedades Cardiovasculares, a través de las conductas de autocuidado.

10. Plan de intervención

Intervenciones Grupales

Sesión I: Modelo Cognitivo

Sesión II: Errores de Pensamiento

Sesión III: Autocontrol Emocional

Sesión IV: Emociones Positivas – Sentido del Humor

Sesión V: Conductas de Autocuidado

Intervención individual

Sesión I:

Devolución de las puntuaciones de las pruebas aplicadas

Sincronización de expectativas en relación al proceso y los alcances.

Discusión y establecimiento del objetivo terapéutico.

Entrenamiento en Registro de Pensamiento

Sesión II

Revisión de la sesión anterior

Revisión del registro de pensamientos

Identificación de las ideas irracionales relacionadas con la conducta objeto de intervención.

Reestructuración Cognitiva a través del diálogo socrático y la confrontación con la realidad.

Evaluación y cierre.

Registro de Seguimiento de la Paciente Sra. Macias

SESIÓN	SEGUIMIENTO
<i>Intervención Grupal</i> <i>Sesión I</i> Foco: Modelo Cognitivo Ver anexo 3	*La paciente participa activa y dispuesta a lo largo de la sesión. *Plantea abiertamente las situaciones ejemplo de su vida familiar donde evidencia la incorporación de la explicación previa sobre la relación entre los pensamientos, los sentimientos y las conductas. *Es la primera en establecer la relación de lo aprendido con las condiciones de salud y el estado de ánimo. *Propone cambio de hora de las sesiones por las obligaciones que tienen como amas de casa, las demás asistentes la apoyan.
<i>Intervención Grupal</i> <i>Sesión II</i> Foco: Errores de pensamiento - Distorsiones Cognitivas Ver anexo 3	*La paciente expresa lo aprendido en la sesión anterior y comenta que se lo transmitió a su hijo de 13 años. *Ante los diferentes cuestionamientos en relación a los errores de pensamiento identifica con facilidad las ideas que están relacionadas con determinados estados de salud, comentando ejemplo de familiares enfermos. *Se ofrece como voluntaria para realizar la lectura para la actividad planteada. *Implementa la técnica de detención del pensamiento y lo aprendido en la sesión ejemplificando con ideas en relación a su ex esposo, respondiendo efusivamente ante expresiones de las demás participantes a sobregeneralizaciones de tipo “<i>todos los hombres son iguales</i>” expresando “<i>también es sobregeneralización todos los hombres parecidos a mi ex esposo son iguales</i>” *Plantea que el error de pensamiento que va a cambiar es la sobregeneralización en relación a los hombres y el amor.
<i>Intervención Individual</i> <i>Sesión I</i> *Devolución de las puntuaciones de las pruebas aplicadas *Sincronización de expectativas en relación al proceso y los alcances. *Discusión y establecimiento del objetivo terapéutico. *Entrenamiento en Registro de Pensamiento	*La paciente está de acuerdo con los resultados que puntuó en las pruebas aplicadas y los relaciona con sus circunstancias de vida. *Manifiesta que sus expectativas en relación al proceso es contar con un espacio donde le ayuden a cambiar de percepción en relación a lo vivido con su ex - esposo como se ha realizado en las sesiones grupales con otras circunstancias. *Está de acuerdo con el objetivo terapéutico. *Responde positivamente ante la tarea de realizar el registro de pensamiento y expresa que considera positivo que dicha técnica sea compartida y trabajada en las sesiones grupales con las demás asistentes.
<i>Intervención Grupal</i> <i>Sesión III</i> Foco: Autocontrol Emocional Ver anexo 3	*La Sra. Macias asiste y participa activamente a lo largo de la sesión. *Identifica en sus estilos de pensamiento las distorsiones cognitivas que le impiden el autocontrol emocional. *Comparte con las demás asistentes lo aprendido en la sesión individual. *Expresa que para ella la mejor manera de controlar sus reacciones es a través de la oración.

	*Responde asertivamente ante las nuevas técnicas planteadas expresando que la que le genera mayor efecto es la relajación.
<i>Intervención individual</i> <i>Sesión II</i> *Revisión de la sesión anterior *Revisión del registro de pensamientos *Identificación de las ideas irracionales relacionadas con la conducta objeto de intervención. *Reestructuración Cognitiva a través del diálogo socrático y la confrontación con la realidad.	*La paciente especifica en detalle lo aprendido en las sesiones anteriores tanto grupales como individuales. *Presenta el cuadro de registro de pensamiento y son identificadas ideas como “<i>Los hombres solo sirven para pegarle a uno... solo falta que Cristancho le de por esas</i>”, “<i>siempre deben hacerse las cosas por las buenas pero a veces toca por las malas y por eso Dios me castiga a cada rato</i>” “<i>Sé que mi hijo le va a pegar a la esposa porque eso fue lo que aprendió</i>”, “<i>A mí me toca hacer todo en la vida porque si yo no lo hago eso no lo hace nadie</i>”. A través de la confrontación de la realidad con dialogo socrático la paciente reestructura sus ideas y se compromete a realizar este tipo de ejercicios cada vez que tenga una situación similar o en las ocasiones que tenga recuerdos que le generen malestar. *Considera que el proceso la ha beneficiado generando nuevas formas de percibir sus circunstancias y las de los demás.
<i>Intervención Grupal</i> <i>Sesión IV</i> Foco: Emociones Positivas – Sentido del Humor Ver anexo 3	*La paciente asiste y participa activamente en la sesión grupal. *Incorpora fácilmente la información relacionada con las emociones positivas *Plantea a las demás asistentes cual es su forma de tener buen humor pese a la seriedad con la que ella maneja todas las situaciones. *Es la primera en dar a conocer una situación ejemplo donde se evidencien los beneficios de las emociones positivas.
<i>Intervención Grupal</i> <i>Sesión V</i> Foco: Conductas de Autocuidado Evaluación	*Asiste y participa activamente durante toda la sesión. *Identifica los aspectos psicológicos asociados a la Enfermedad Cardiovascular *Expresa que en la actualidad intenta ejercer mayor cuidado de sí misma, pensando primero en lo importante que es su condición de salud y la prevención de complicaciones relacionadas. *Expresa que le agradó poder asistir a los diferentes encuentros. *En su discurso se evidencia que incorporo los diferentes temas tratados en los encuentros y resalta la habilidad que desarrollo para realizar detención del pensamiento.

Caso No 2

1. Datos sociodemográficos

NOMBRE: Sra. C.*

EDAD: 65 Años

ESTADO CIVIL: Unión Libre

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 5.638.XXX de Bucaramanga

FECHA DE NACIMIENTO: Febrero 11 de 1942

LUGAR DE NACIMIENTO: Socorro

EDUCACIÓN: Primero y Segundo Primaria

OCUPACIÓN: Ama de casa

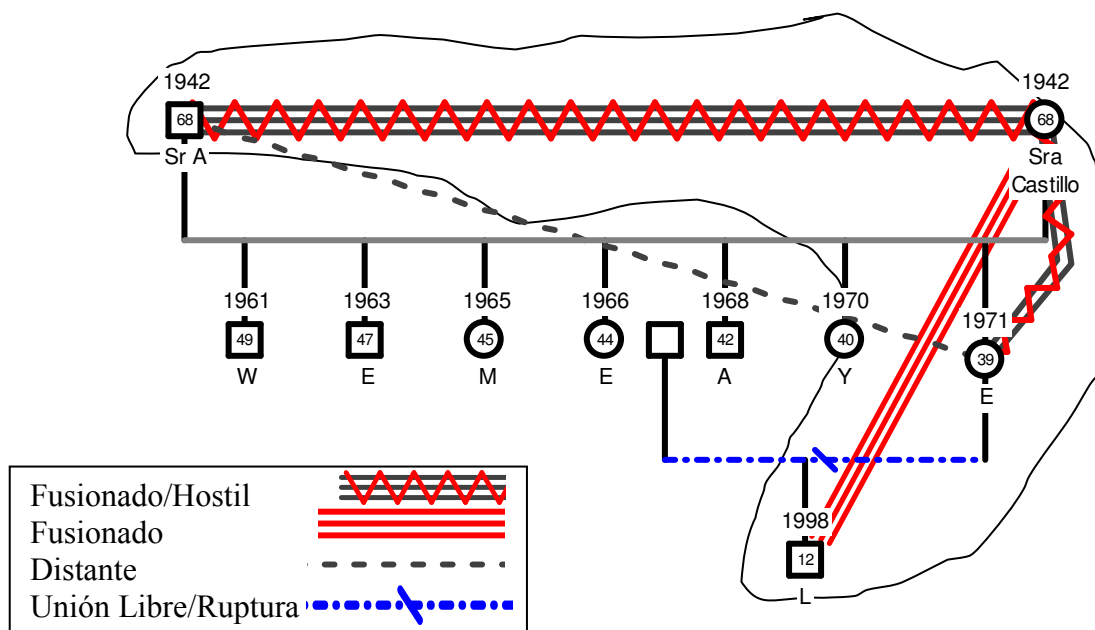
RELIGION: Católica

TELEFONO: -

DIRECCIÓN: Estoraques Bucaramanga

*Se omiten algunos datos por respeto a la identidad del paciente

2. Genograma



3. Motivo de Consulta

“Estoy cansada de sentirme enferma y de cuidarme y que el médico me diga que todo esta igual y que me tengo que cuidar y pues nadie le ayuda a uno cómo quieren que uno tenga tiempo para cuidarse”

4. Listado de conductas problema. Historia y antecedentes del problema.

- Descuido de sí misma.
- Visión catastrófica de su condición de salud.
- Subordinación ante las demandas de los demás.
- Irritabilidad.
- Deterioro de su estado de salud física.

Paciente con Diabetes Mellitus. Hipertensión, Tiroidismo e Hipocolesterolemia, sintomatología más conocida como Síndrome Metabólico; estado que pese a los continuos controles médicos no se ha estabilizado ni han alcanzado óptimos niveles de salud. Según lo observado y descrito por la paciente, su condición empeora cuando se encuentra atravesando por situaciones que la angustian, como el cambio anual de residencia, la irritabilidad de su compañero permanente y la incomprensión y descuido de su hija con su nieto.

5. Descripción de la historia de vida

Los padres de la paciente eran trabajadores de una finca en Socorro. Por cuestiones de dinero no fue registrada por lo cual nunca fue conocida con los apellidos de sus padres, igualmente por dichas condiciones de vida y teniendo en cuenta que al momento de nacer una amiga de la dueña de la finca donde vivían, solicitó ser la madrina y encargarse de la educación, la madre decide a los 7 años de edad, enviarla a Bucaramanga en compañía de su hermano menor, para que estudiaran y trabajaran en la casa de la madrina; en dicho hogar asumieron todo lo relacionada con la crianza, se educaron ella y su hermano, siendo acogidos y educados como hijos de la familia Castillo. Pese a tener sentimientos de gratitud hacia su madrina por haberla acogido, de ella relata, que era una persona dura, conflictiva, restrictiva y agresiva, por lo cual recibió malos tratos, humillaciones hasta aproximadamente los 16 años, edad en la cual decide junto a su hermano de 14 años viajar hacia Venezuela a la finca donde se encontraban trabajando sus padres; luego de tres años allí, conoce a su pareja Sr. A, con quien aun convive y tuvo siete hijos. La relación de pareja atravesó por diferentes situaciones de crisis originadas por las continuas infidelidades del Sr. A; además de los malos tratos que recibía y el exceso de obligaciones al asumir las labores domésticas en la finca de su esposo, quien tenía 50 trabajadores. En varias oportunidades se separó temporalmente de su esposo, instalándose con sus hijos en casa de familiares y amigos, sin embargo, el Sr. A la ubicaba y la llevaba de regreso a su hogar. Su vida se concentraba en no realizar ninguna acción que

ocasionara molestias en su esposo, por lo cual fue restrictiva con sus hijos a quienes se esforzaba por mantener ocupados y alejados de las labores de la finca y las discusiones por las infidelidades del Sr. A. Producto de los malos manejos que se realizaron de la economía del hogar, especialmente por los prestamos de dinero que el Sr. A le realizaba a sus amigos y amigas y nunca cobraba, además de los gastos ocasionados por el alcohol y comida que ofrecía en las reuniones de amigos que realizaba frecuentemente; pierden todas las posesiones y se ven obligados a retornar a Colombia a buscar nuevas opciones de subsistencia, desde entonces el Sr. A se desempeña como conductor de bus urbano en Bucaramanga y la Sra. C. se dedica a las labores del hogar alternando con la modistería y muñequería. Dos de sus hijas Y. y E. se trasladan con ellos e inician a laborar en oficios varios, Y se traslada a Barrancabermeja por motivos de trabajo y E queda embarazada y decide convivir con el padre de su hijo en casa de sus suegros, luego de numerosos conflictos entre E y su esposo, E decide separarse y retornar a la casa de sus padres. Cinco de sus hijos mayores deciden residir en Venezuela en casa de tíos maternos, laborando en las fincas como jornaleros, actualmente ya se han casado y se han procreado. La Sra. C. no conoce a ninguno de los nietos que reside en Venezuela, sólo ha tenido y tiene comunicación telefónica con ellos, en las festividades o fechas especiales como cumpleaños. En la actualidad la Sra. C. y el Sr. A no tienen casa propia y viven en compañía de su hija de 39 años, madre soltera y su hijo de 12 años, con quienes se presentan continuos conflictos pues las diferentes responsabilidades del hogar han sido distribuidas en todos los miembros y no todos cumplen con lo asignado.

6. Ciclo de vida

*Infancia: Estudió el grado primero en una escuela cercana a su casa en Socorro y en otra institución cerca donde su madrina, en Bucaramanga el grado de segundo primaria. Inestabilidad emocional por la separación del lado de sus padres y traslado a la casa de su madrina. Vivenció episodios de agresiones físicas de su madrina, primos y hermanos.

*Adolescencia: Dada la presencia de vacío emocional y sentimientos de abandono, decide volver a su casa al lado de sus padres y se desplaza hasta Venezuela donde se dedica a los trabajos del campo. Conoce al padre de sus hijos, queda embarazada, se traslada a la finca de él para dar inicio a sus ya 51 años de convivencia.

*Adultez joven: Madre de familia, esposa y trabajadora. Crianza de los hijos, conflictos emocionales y agresiones físicas con su esposo. Búsqueda continúa de un nuevo hogar para ella y sus hijos. Separación parcial y temporal de su esposo. Sobrecarga laboral.

*Adultez: Estabilización de la unión. Cese de episodios agresivos. Distanciamiento de los hijos. Radicación en Bucaramanga. Dificultades familiares con su hija por tener un embarazo no planeado. Etapa “nido vacío”

*Adultez Mayor: Retorno de su hija al hogar, en compañía de su hijo. Continuos conflictos con su esposo, hija y nieto. Asistencia al grupo de la tercera edad se retira por los inconvenientes generados con su esposo y no retorna al grupo.

7. Contexto (familia, social, ocupacional, recursos extrínsecos, sexual, recreacional, estado de salud, académica, etc.)

La paciente actualmente reside en una casa en arriendo en Estoraques, allí viven ella, su pareja y su hija de 39 años con su hijo de 12 años. Es la encargada de los deberes domésticos, la alimentación de todos los miembros y la realización de las diferentes diligencias en correspondientes al pago de servicios, solicitud de citas médicas y demás actividades relacionadas.

La Sra. Castillo manifiesta que su relación de pareja se ha deteriorado notablemente desde que le fue diagnosticado el síndrome metabólico pues siente que está más irritable y su esposo está más agresivo. Igualmente expresa que en los días posteriores a las múltiples discusiones que tiene con su esposo o con su hija, su estado de salud deteriora.

Se describe como una persona emocionalmente sana, pues considera que otra persona no hubiese sabido sobrellevar las cargas afectivas y las crisis de su unión como ella lo hizo en cada momento, pese a esto cuestiona a Dios y a la vida por someterla a vivir dichas situaciones de desgracia y llora frecuentemente al recordar o relatar partes de su vida.

El círculo social es limitado a las personas encargadas de los sitios donde debe ir a realizar las respectivas diligencias. La compañía la identifica en su nieto con quien comparte en las horas de la tarde y la noche.

8. Impresión diagnóstica incluida la hipótesis diagnóstica desde el DSM-IV.

Paciente con antecedentes de violencia intrafamiliar, subordinación y continuo autosacrificio por las necesidades de las personas con las que se encuentra afectivamente vinculada, sintomatología fisiológica propia del síndrome metabólico, acompañada por ausencia de conductas de autocuidado, sintomatología depresiva asociada a irritabilidad, mal humor e inhibición social, además de la ausencia de habilidades para la adecuada resolución de conflictos y comunicación del desacuerdo. Aspectos correlacionados con los resultados obtenidos de las pruebas aplicadas, en las cuales presentó puntuaciones altas en la faceta de

Mal Humor I y III del SCTI – T, que hacen referencia a la dificultad para disfrutar o mostrar manifestaciones de alegría ante circunstancias de humor y predominio de mal humor, además de puntuar alto para la faceta de Seriedad IV y V que se refieren a las preferencias por actividades que tienen objetivos claros y razones concretas para ejecutarse, además de poseer estilos de comunicación sobrio, orientado a transmitir exactamente lo que desea sin exageraciones, sarcasmos o ironías. Asimismo evidenció temor a la crítica y miedo a ejecutar acciones que puedan generar risa en los demás, de acuerdo a las puntuaciones obtenidas en la escala de Gelotofobia y en la escala de Temor a la Evaluación Negativa (FNE).

Evaluación Multiaxial

-Eje I: Síntomas de depresión encubierta.

-Eje II: No Aplica

-Eje III: Síndrome Metabólico.

-Eje IV: No tiene vivienda propia.

-Eje V: EEAG 70 al ingreso

9. Objetivos terapéuticos

- Ofrecer psicoeducación en cuanto la correspondencia existente entre los pensamientos, los sentimientos y las acciones.
- Dar a conocer las creencias irracionales y las distorsiones cognitivas que se pueden presentar en el procesamiento de información.
- Identificar y modificar las ideas irracionales que modulan las emociones relacionadas con las experiencias de violencia intrafamiliar y su condición de enfermedad.
- Aumentar la capacidad para expresar pensamientos, emociones, sensaciones y sentimientos de forma asertiva, a través de autocontrol emocional.
- Ofrecer psicoeducación sobre la existencia de las emociones positivas y las repercusiones de estas en las condiciones de salud y enfermedad.
- Aumentar la capacidad para controlar los factores de riesgo y los factores protectores de las Enfermedades Cardiovasculares a través de las conductas de autocuidado.

10. Plan de intervención

Intervenciones Grupales

Sesión I: Modelo Cognitivo

Sesión II: Errores de Pensamiento

*Sesión III: Autocontrol Emocional**Sesión IV: Emociones Positivas – Sentido del Humor**Sesión V: Conductas de Autocuidado**Intervención individual**Sesión I:*

Devolución de las puntuaciones de las pruebas aplicadas

Sincronización de expectativas en relación al proceso y los alcances.

Discusión y establecimiento del objetivo terapéutico.

Entrenamiento en el Modelos ABC (Acontecimiento activador, Creencias acerca de A y Consecuencia conductual y emocional)

Entrenamiento en Técnica de Retribución en relación con sus condiciones familiares.

Sesión II

Revisión de la sesión anterior

Identificación de las ideas irracionales relacionadas que modulan las emociones y comportamientos asociados a su condición de enfermedad.

Reestructuración Cognitiva a través del diálogo socrático.

Elaboración de lista de chequeo donde se implemente la técnica de retribución para su condición de salud.

Evaluación y cierre.

Registro de Seguimiento de la Paciente Sra. C.

SESIÓN	SEGUIMIENTO
<i>Intervención Grupal</i> <i>Sesión I</i> Foco: Modelo Cognitivo Ver anexo 3	*La paciente participa activamente durante la sesión. *En su discurso evidencia incorporación de la explicación previa sobre la relación entre los pensamientos, los sentimientos y las conductas. *Luego de escuchar numerosos ejemplos acerca de la influencia que ejerce el estado de ánimo sobre la salud, expresa que lo ha comprendido. *Se condeule de la condición de salud de algunas de sus compañeras e inicia a enumerar sus dolencias precedida de la frase “ <i>pues lo mío no es tan grave, sólo es que me tengo que cuidar de...</i> ”
<i>Intervención Individual</i> <i>Sesión I</i> *Devolución de las puntuaciones de las pruebas aplicadas	*Refiere que le agrado asistir a la sesión grupal y aprendió conceptos que le permitieron modificar su estado de ánimo y no responder agresivamente ante las peticiones de su esposo *Igualmente expresa que antes de conocer las condiciones de

*Sincronización de expectativas en relación al proceso y los alcances. *Discusión y establecimiento del objetivo terapéutico. *Entrenamiento en el Modelos ABC (Acontecimiento activador, Creencias acerca de A y Consecuencia conductual y emocional) *Entrenamiento en Técnica de Retribución en relación con sus condiciones familiares.	salud de las demás personas consideraba que su estado de salud era el peor *Se muestra dispuesta y atenta a las sugerencias realizadas sobre los estilos de pensamiento. *Dada la aprehensión de los conocimientos transmitidos en la sesión grupal, se le facilita la comprensión del modelo ABC. *Sus expectativas en relación al proceso se orientan en la adquisición de conocimientos que le favorezcan en el control de sus emociones en la relación con su familia. *Se ajustan expectativas y se aclara el objetivo terapéutico. *Responde positivamente ante la técnica de retribución enunciando verbalmente ejemplos donde evidenciaba la comprensión de la técnica.
<i>Intervención Grupal</i> <i>Sesión II</i> Foco: Errores de pensamiento - Distorsiones Cognitivas Ver anexo 3	*La paciente realiza la recapitulación de lo aprendido en las sesiones anteriores, incluyendo lo trabajado en la sesión individual. * Identifica con facilidad las ideas que están relacionadas con sus dificultades familiares, sin embargo se demora un poco más en asimilar los errores de pensamiento asociados a su enfermedad. *Identifica la visión de túnel como error que comete en relación que sólo ve lo negativo de la enfermedad. Se reorienta. *Relaciona la técnica de detención del pensamiento y expresa que lo va a implementar cuando presente pensamientos catastróficos.
<i>Intervención Grupal</i> <i>Sesión III</i> Foco: Autocontrol Emocional Ver anexo 3	*Asiste y participa activamente a lo largo de la sesión. *Habla con seguridad y dominio en relación de lo aprendido en las sesiones anteriores interrumpiendo a sus compañeras cuando se equivocan en la recopilación de los temas tratados previamente. *Identifica en los estilos de pensamiento que le impiden el autocontrol emocional. *Expresa al grupo que la persona que le genera mayor activación emocional es su hija, con quien vive y no asume las responsabilidades relacionadas con su nieto. *Manifiesta que experimentará realizando la técnica del time out, cuando sienta que su esposo la está irritando.
<i>Intervención Grupal</i> <i>Sesión IV</i> Foco: Emociones Positivas – Sentido del Humor Ver anexo 3	*La paciente evidencia compromiso con los encuentros invitando a sus compañeras a hacer silencio y a participar según corresponda. *Incorpora fácilmente la información relacionada con las emociones positivas *Expresa que su nieto es quien le facilita estímulos alegres *Expone claramente una situación ejemplo donde se evidencien los beneficios de las emociones positivas y se compromete consigo misma a intentar mantener un mejor estado de ánimo.
<i>Intervención individual</i> <i>Sesión II</i> *Revisión de la sesión	*La paciente especifica en detalle lo aprendido en las sesiones anteriores tanto grupales como individuales. *Identifica fácilmente las ideas que modulan los

anterior *Identificación de las ideas irracionales relacionadas que modulan las emociones y comportamientos asociados a su condición de enfermedad. *Reestructuración Cognitiva a través del diálogo socrático. *Elaboración de lista de chequeo donde se implemente la técnica de retribución para su condición de salud.	comportamientos asociados con su enfermedad y lo relaciona con lo aprendido en las sesiones grupales previas. *La lista de chequeo cuenta con numerosas justificaciones de su complicación de la condición de salud, muchas de las cuales la paciente expresa puede mejorarlas o modificarlas a favor de su beneficio. *A través del dialogo socrático la paciente reestructura sus ideas y se compromete a realizar esta técnica en las ocasiones donde se encuentre inquieta por una situación similar. *Considera que el proceso la ha beneficiado generando nuevas formas de percibir sus circunstancias y afrontarlas con emociones más positivas que le generen beneficios y no perjuicios. *Igualmente expresa que ha logrado controlar más sus emociones y responder asertivamente ante las necesidad de sus familiares.
<i>Intervención Grupal</i> <i>Sesión V</i> Foco: Conductas de Autocuidado Evaluación Ver anexo 3	*Participa activamente durante toda la sesión. *Identifica los aspectos psicológicos asociados a la Enfermedad Cardiovascular y comenta a voz populi que cuando inició el proceso no consideraba que su enfermedad estuviera relacionada con los estilos de pensamiento y estados de ánimo y no consideraba que el humor tuviera tantos beneficios como lo aprendió y vivió en los encuentros, tanto por su experiencia como por en relatado por las demás asistentes. *Expresa que en la actualidad ha posicionado su cuidado como una prioridad, estableciendo y ejecutando todas las acciones a favor de su condición de salud y la prevención de complicaciones

Caso No 3

1. Datos sociodemográficos

NOMBRE: Sra. R*

EDAD: 54 Años

ESTADO CIVIL: Casada

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 28014XXX* de B/manga

FECHA DE NACIMIENTO: octubre 7 de 1954

LUGAR DE NACIMIENTO: Bucaramanga

PROFESION: Enfermera

OCUPACIÓN: Independiente

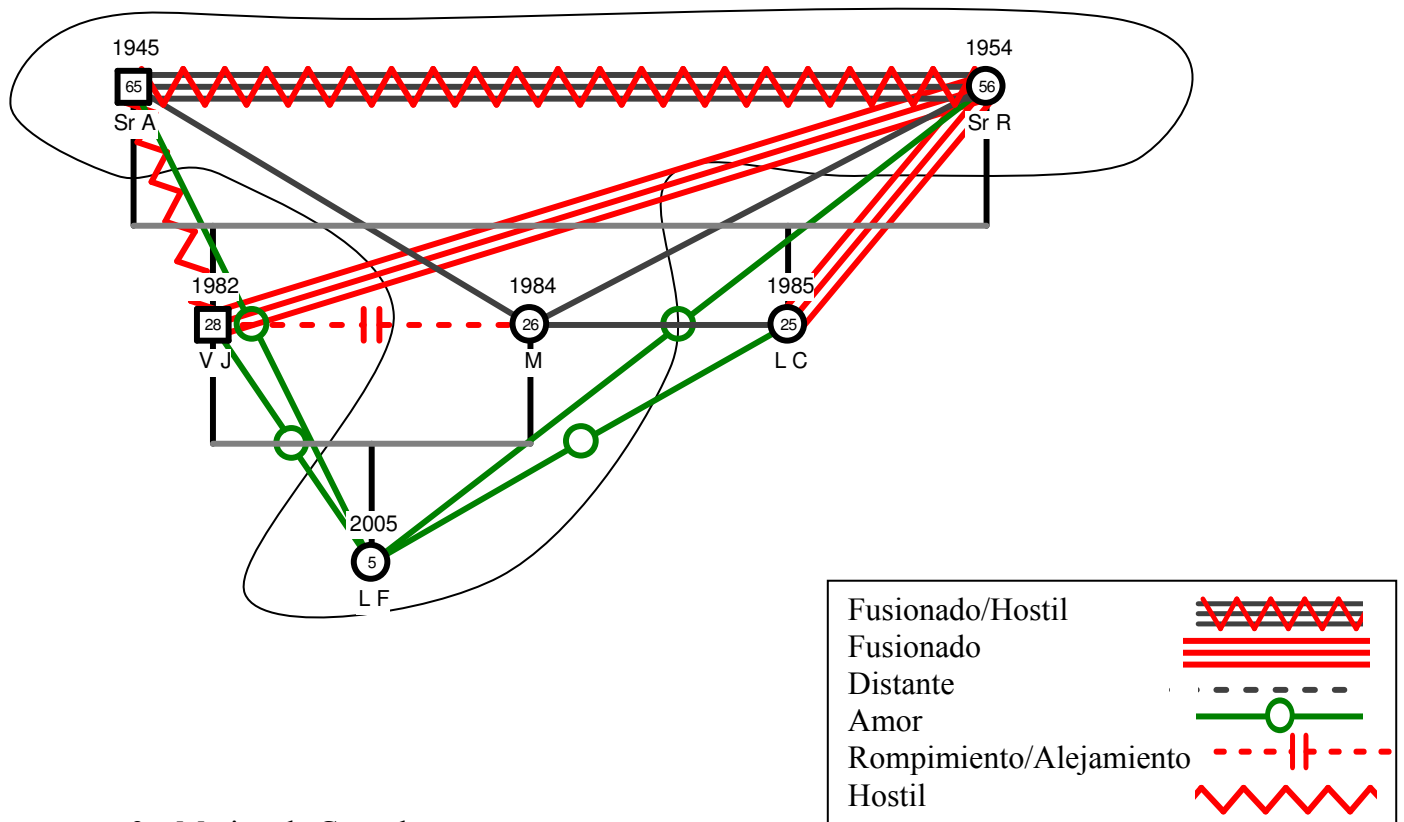
RELIGION: Cristiana

TELEFONO: 6469XXX*

DIRECCIÓN: B. Alcalá. Girón

* Se omiten algunos datos por respeto a la identidad del paciente

2. Genograma



3. Motivo de Consulta

“Soy muy nerviosa, a veces mi cuerpo reacciona de manera nerviosa y no tengo una causa específica, además me estreso por todo”

4. Listado de conductas problema. Historia y antecedentes del problema.

- a. Dificultad para conciliar el sueño
- b. Labilidad Emocional
- c. Generalización de la respuesta de estrés ante situaciones cotidianas
- d. Hiperquinesia como respuesta de ansiedad.

Paciente que hace aproximadamente cuatro años empezó a presentar problemas de hipertensión arterial, diagnóstico que coincidió con conflictos familiares entre su esposo e hijo. Desde entonces el problema de salud se ha mantenido en el tiempo y por prescripción médica debe tomar medicamentos antihipertensivos. A finales del 2009, comenzó a presentar dolores en las articulaciones entre otros síntomas, por lo cual fue diagnosticada con artrosis. Su estado emocional se ha visto afectado, aumentado sus niveles de ansiedad, paralelamente a los diagnósticos médicos que se le han dado.

5. Descripción de la historia de vida

La paciente nació en una familia de principios netamente tradicionales de la cultura santandereana y patriarcal, ocupa el tercer lugar de cinco hermanos, sin embargo siempre contó con el total respaldo y apoyo de su padre, quien la anteponía sobre sus hermanos; cuando la paciente tenía 7 años su padre falleció, situación que la afectó notablemente y le solicitaba a su madre que la abrazara y la acompañara en todo momento, puesto que se sentía sola, su madre no siempre respondía de manera positiva ya que era poco afectiva. Igualmente se generaron conflictos con sus hermanos quienes la agredían físicamente y le gritaban que ya no tenía quien la defendiera; la madre hacía llamados de atención verbales para que cesaran las agresiones, sin embargo la Sra. R. expresa que nunca se sintió protegida por la figura materna. Del mismo modo a raíz de la muerte de su padre, la situación económica del hogar se vio afectada, su mamá tuvo que salir a trabajar y dejarla junto con sus hermanos al cuidado del hermano mayor. Después de unos meses y en vista que la situación económica no mejoraba, su mamá decidió pedirle ayuda a una amiga cercana, a quien le pidió que se hiciera cargo de la paciente. Es en este nuevo hogar donde la paciente encontró afecto y posibilidades para estudiar, logrando salir adelante, estudio una carrera técnica de enfermería y comenzó a trabajar en el hospital del pueblo donde vivía, años después, conoció al Sr. EA con quien entabló una relación sentimental producto de la cual nació su primer hijo, esto los llevó a dar inicio a la convivencia; años más tarde contrajeron matrimonio y tuvieron a su hija menor. La familia de la Sra. Rojas siempre se ha caracterizado por ser muy unida y mantener buenos canales comunicativos; sin embargo en los últimos años el ambiente familiar se ha

tornado conflictivo, ya que la relación del Sr. EA y su hijo es un poco hostil y esto la afecta y le genera preocupación y estrés.

6. Ciclo de vida

*Infancia: Muerte de su padre, lo que significo perdida de la figura de protección. Recibe agresiones físicas y verbales por parte de sus hermanos.

*Adolescencia: Reside en el hogar de una amiga de su madre, siendo separada de sus hermanos pero con mayores oportunidades de desarrollo personal y profesional.

*Adulthood joven: Inicia sus estudios técnicos universitarios y se responsabiliza de las labores del hogar. Madre de familia, esposa y amiga.

*Adulthood: Nacimiento de su nieta. Sus ocupaciones son principalmente en relación con el hogar y los ingresos económicos son de algunas propiedades que tiene en sociedad con su esposo.

7. Contexto (familia, social, ocupacional, recursos extrínsecos, sexual, recreacional, estado de salud, académica, etc.)

Actualmente se encuentra viviendo con su esposo, hija y nieta; cuenta con una red de apoyo efectiva, mantiene relaciones cercanas y de soporte con sus hijos y esposo, aunque en ocasiones el ambiente se torna conflictivo por las dificultades existentes en la relación entre su esposo e hijo.

Socialmente cuenta con una red amplia, si embargo no le gustan las reuniones y compromisos sociales, por lo cual no asiste ni participa en la planeación de dichos encuentros. Ha intentado en diferentes oportunidades vincularse y mantenerse en el grupo de la tercera edad, pero no logrado hacerlo por motivos de organización y disponibilidad de tiempo; por esta razón sus actividades de ocio y recreación se limitan al tiempo que puede compartir con su hija y las visitas ocasionales a la familia extensa.

En la actualidad no se encuentra desempeñándose en su profesión, sin embargo se siente segura al opinar respecto a su situación médica y la de sus seres queridos. Su ocupación básica consiste en la supervisión del manejo del dinero del hogar y de los negocios familiares.

Su actual estado de salud se ha visto deteriorado, ha bajado de peso y manifiesta sentirse débil y decaída.

A nivel sexual su expresión y encuentros se ven restringidos por los conflictos familiares y el malestar ocasionado por el estado de salud.

8. Impresión diagnóstica incluida la hipótesis diagnóstica desde el DSM-IV.

Paciente con síntomas depresivos asociados a labilidad emocional e insomnio, con generalización de respuestas de estrés y ansiedad y ausencia de habilidades para la adecuada resolución de conflictos y comunicación del desacuerdo. Aspectos que acompañan la declinación de la condición de salud con diagnósticos de Hipertensión Arterial y Artrosis. En las pruebas utilizadas para la evaluación inicial se corroboran estos aspectos en relación al estado de ánimo presentando puntuaciones altas en el Inventario de Depresión de Beck, lo cual indica que hay predominio de estados de ánimo bajos y sintomatología depresiva. Igualmente puntúa en las tres facetas que evalúa el STCI – T donde se evidencian la tendencia a tener predominio de estado serio, mal humorado y ausencia de afectividad alegre, presenta poca disposición para disfrutar o manifestar alegría ante situaciones que lo ameriten y por lo tanto estilos de interacción poco alegres, además posee estilos de comunicación sobrios, preferencia por actividades serias, planeadas con anticipación con objetivos claros y concretos.

Evaluación Multiaxial

-Eje I: Síntomas Depresivos

-Eje II: No identificado

-Eje III: Diabetes Mellitus Tipo 2, Hipertensión arterial.

-Eje IV: Dificultades en el sistema parento filial. Dificultades en la comunicación

-Eje V: EEAG 71 al ingreso

9. Objetivos terapéuticos

- Ofrecer psicoeducación en cuanto la correspondencia existente entre los pensamientos, los sentimientos y las acciones.
- Dar a conocer las creencias irracionales y las distorsiones cognitivas que se pueden presentar en el procesamiento de información.
- Identificar y modificar las ideas irracionales que modulan las emociones y las conductas de estrés y ansiedad.
- Aumentar la capacidad para expresar pensamientos, emociones, sensaciones y sentimientos de forma asertiva, a través de autocontrol emocional.
- Ofrecer psicoeducación sobre la existencia de las emociones positivas y las repercusiones de estas en las condiciones de salud y enfermedad.

- Aumentar la capacidad para controlar los factores de riesgo y los factores protectores de las Enfermedades Cardiovasculares, a través de las conductas de autocuidado.

10. Plan de intervención

Intervenciones Grupales

Sesión I: Modelo Cognitivo

Sesión II: Errores de Pensamiento

Sesión III: Autocontrol Emocional

Sesión IV: Emociones Positivas – Sentido del Humor

Sesión V: Conductas de Autocuidado

Intervención individual

Sesión I:

Devolución de las puntuaciones de las pruebas aplicadas

Sincronización de expectativas en relación al proceso y los alcances.

Discusión y establecimiento del objetivo terapéutico.

Entrenamiento en Registro de Pensamiento relacionados con las respuestas de estrés y ansiedad

Sesión II

Revisión de lo trabajado en la sesión anterior.

Revisión del registro de pensamientos e identificación de las ideas irracionales relacionadas con las conductas de estrés y ansiedad.

Reestructuración Cognitiva a través del diálogo socrático y la confrontación con la realidad.

Entrenamiento en Triada de autocontrol: Respuesta fisiológica - Detención del pensamiento y Refuerzo positivo y en Diseño de experimentos.

Evaluación y cierre.

Registro de Seguimiento de la Paciente Sra. R.

SESIÓN	SEGUIMIENTO
<i>Intervención Grupal</i> <i>Sesión I</i> Foco: Modelo Cognitivo Ver anexo 3	*La paciente participa de manera pasiva en los primeros momentos del encuentro y posteriormente se integra al grupo y comparte información que contribuyó al avance de la sesión. *Evidencia incorporación de la relación entre los pensamientos, los sentimientos y las conductas y su asociación con los diferentes estados de salud. *Describe numerosos ejemplos acerca de la influencia que ejerce el estado de ánimo sobre la salud, teniendo como foco sus estados de ansiedad y su efecto sobre la hipertensión.
<i>Intervención Individual</i> <i>Sesión I</i> *Devolución de las puntuaciones de las pruebas aplicadas *Sincronización de expectativas en relación al proceso y los alcances. *Discusión y establecimiento del objetivo terapéutico. *Entrenamiento en Registro de Pensamiento relacionados con las respuestas de estrés y ansiedad	*Refiere que se siente con disposición para compartir con las demás asistentes del grupo sus conocimientos en relación a las enfermedades que las aquejan. *Considera pertinente, teniendo en cuenta lo aprendido, trabajar con los pensamientos que modulan sus respuestas de ansiedad y estrés, por lo cual manifiesta estar de acuerdo con el objetivo terapéutico. *Sus expectativas en relación al proceso se orientan en la adquisición de estrategias para tener mayor control sobre sus estados emocionales. *Se ajustan expectativas y se aclara el objetivo terapéutico. *Responde positivamente ante el entrenamiento en registro de pensamiento, dando respuestas acertadas cuando se indaga sobre la comprensión de la técnica.
<i>Intervención Grupal</i> <i>Sesión II</i> Foco: Errores de pensamiento - Distorsiones Cognitivas Ver anexo 3	*Aporta con comentarios puntuales sobre el principio base del modelo cognitivo en el momento de la recapitulación de lo aprendido en las sesiones anteriores. *Expone a sus compañeras la utilidad que le genere realizar el registro de pensamientos e identifica con facilidad los errores de pensamiento asociados a su enfermedad. *Le colabora a las demás asistentes en la actividad planteada ayudándoles a identificar los errores de pensamiento en la lectura dada, lo cual da muestra de su interés y compromiso. *Considera la técnica de detención del pensamiento como estrategia para controlar sus respuestas de estrés, mostrando avances en relación con el trabajo individual.
<i>Intervención Grupal</i> <i>Sesión III</i> Foco: Autocontrol Emocional Ver anexo 3	*Asiste y participa activamente a lo largo de la sesión. *Reflexiona y ejemplifica lo aprendido en las sesiones grupales traspalándolo a situaciones personales vividas en las últimas semanas. *Identifica en las ideas que le impiden el autocontrol emocional. *Expresa al grupo que las dificultades que presenta en su hogar y responde activamente ante las sugerencias de las demás asistentes. *Explica al grupo desde el punto de vista médico, las ventajas de realizar técnicas o actividades de relajación y evitar la exaltación emocional negativa.

<i>Intervención Grupal</i> <i>Sesión IV</i> Foco: Emociones Positivas – Sentido del Humor Ver anexo 3	*La paciente evidencia compromiso con los encuentros, asistiendo, pese a las dificultades de transporte y de tiempo. *Incorpora fácilmente la información relacionada con las emociones positivas. *Ejemplifica fácilmente los repertorios de conducta flexibles y guiados por emociones positivas, que pueden llegar a beneficiar el afrontamiento de las situaciones cotidianas. *Expone a todo el grupo que no es una persona que esté muy dispuesta o de acuerdo a las situaciones que generan mucha jocosidad, sin embargo es consciente desde su profesión los beneficios de las endorfinas y su relación con el humor.
<i>Intervención individual</i> <i>Sesión II</i> * Revisión de lo trabajado en la sesión anterior. *Revisión del registro de pensamientos e identificación de las ideas irracionales relacionadas con las conductas de estrés y ansiedad. *Reestructuración Cognitiva a través del diálogo socrático y la confrontación con la realidad. *Entrenamiento en Triada de autocontrol: Respuesta fisiológica - Detención del pensamiento y Refuerzo positivo y en Diseño de experimentos.	*La paciente especifica en detalle lo aprendido en las sesiones anteriores tanto grupales como individuales, describiendo lo que más le ha llamado la atención y lo que más la ha movilizado, resaltando la importancia del autocontrol. *Ante la revisión del registro de pensamiento lo presenta ordenadamente y con colores ya ha identificado las ideas que respaldan su conducta de estrés y/o de ansiedad. *El entrenamiento en la Triada de Autocontrol, lo incorpora rápidamente y lo relaciona con lo aprendido en la sesión grupal de emociones positivas y autocontrol. *Describe situaciones puntuales en cuanto la relación de su esposo y su hijo, en las cuales va a realizar, bajo la técnica de diseño de experimentos, algunas modificaciones en sus respuestas para mirar a ver qué sucede con las respuestas de ellos. *A través del dialogo socrático y la confrontación con la realidad, la paciente reestructura sus ideas y se compromete a realizar esta técnica en las ocasiones donde se movilice negativamente o no de respuestas asertivas. *Manifiesta que el proceso de encuentros grupales e individuales la ha beneficiado generando nuevas formas de percibir sus circunstancias y afrontarlas de manera más benéfica para su condición de salud.
<i>Intervención Grupal</i> <i>Sesión V</i> Foco: Conductas de Autocuidado Evaluación Ver anexo 3	*Participa activamente durante toda la sesión. *Explica a sus compañeras todo lo relacionado con la Enfermedad Cardiovascular complementando lo expuesto previamente y especifica los factores psicológicos asociados puntualmente a su condición de salud y enfermedad. *Manifiesta que cambio la percepción en relación al sentido del humor ya que consideraba que este solo era una estrategia para evadir la realidad y no asumir la responsabilidad, asumiéndolo después de proceso como una estrategia de afrontamiento útil y benéfico para flexibilizar el pensamiento y mejorar el estado de ánimo. *Expresa que aprendió a establecer prioridades no solo a nivel emocional sino a nivel de salud, identificándose como única responsable de su cuidado.

Caso No 4

1. Datos sociodemográficos

NOMBRE: Sra. G.*

EDAD: 58 Años

ESTADO CIVIL: Soltera

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 37817XXX* de B/manga

FECHA DE NACIMIENTO: Marzo 19 de 1952

LUGAR DE NACIMIENTO: Bucaramanga

ESTUDIOS: Básica Primaria.

OCUPACIÓN: Ama de Casa

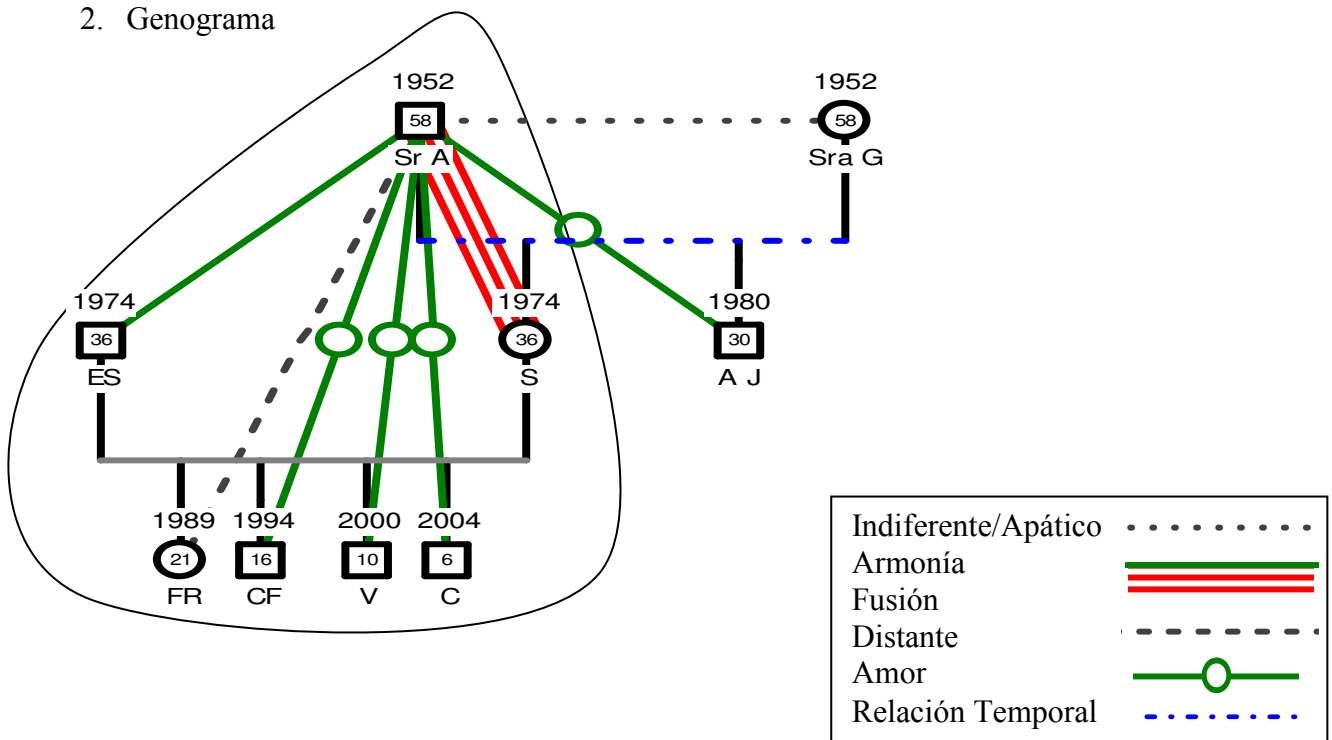
RELIGION: Católica

TELEFONO: 64149XX*

DIRECCIÓN: Bucaramanga

*Se omiten algunos datos por respeto a la identidad del paciente.

2. Genograma



3. Motivo de Consulta

“El médico me dijo que pasara a hablar con usted porque si no me cuidó bien todo se va a poner peor... lo que pasa es que estoy muy enferma y disque las preocupaciones me ponen peor... pero Dios sabe como hace sus cosas ”

4. Listado de conductas problema. Historia y antecedentes del problema.

- Ingesta ocasional de bebidas alcohólicas.
- Irritabilidad.
- Ausencia de conductas de autocuidado.
- Dificultades familiares.
- Deterioro del estado de salud física.

Paciente con diagnóstico médico de Cirrosis, con complicaciones por hipertensión portal (aumento de la presión en la vena porta) lo que le generó venas varices esofágicas; también presenta disminución de la visión del ojo derecho producto de la Queratitis (inflamación de la cornea) que padece e incontinencia urinaria resultado del cistocele (la caída de la vejiga) o hernia que presentó desde hace dos años. La paciente ha sido expuesta a diversos tratamientos médicos y cirugías para contrarrestar las consecuencias de la hipertensión portal y la pérdida de la visión. Su estado de salud física y emocional ha ido en deterioro, en consecuencia a la inexistencia de conductas de autocuidado, dificultades familiares y las complicaciones de su condición.

5. Descripción de la historia de vida

La Sra. Flórez nació y creció en una familia numerosa, ocupando el doceavo lugar de 14 hermanos. Se educó bajo principios rígidos propios de la región santandereana, teniendo una madre dedicada a las labores del hogar y las necesidades de los hijos y un padre conductor de transporte público y con problemas de ingesta frecuente de bebidas alcohólicas. La autoridad estaba en el padre, quien la ejercía a través de la fuerza y las agresiones verbales; dadas las condiciones económicas del hogar, la paciente durante su infancia residió en algunas temporadas en la casa de sus padrinos de bautizo, quienes la llevaban al médico y contribuían económicamente para sus estudios. Realizó los estudios correspondientes a la básica primaria y no pudo continuar ya que su padre la incorporó en el mundo laboral para que contribuyera a la economía del hogar. A los 21 años quedó embarazada sin haberlo planeado, por lo cual decide viajar a Venezuela con una tía materna, en dicho país permaneció durante dos años y se desempeñó como mesera en restaurantes cercanos al lugar de residencia y también laboró en servicio doméstico. Cuando su hija S. tenía año y medio retorna a Colombia, lo da a conocer a toda la familia, ante el rechazo de su padre, decide compartir con una de sus hermanas mayores el alquiler de una habitación. Establece nuevamente el vínculo afectivo

con el Sr. A., padre de su hija, con quien mantiene una relación de noviazgo durante cuatro años y queda en estado de en gravidez de su hijo AJ; pese a las continua solicitudes del Sr. A, padre de sus dos hijos, de establecer un hogar estable y estructurado, la Sra. G, siempre se opuso rotundamente y cuando AJ tenía 18 años, le manifestó al Sr. A que no sentía ningún afecto por él, por lo cual se distanciaron y actualmente la Sra. G. no mantiene comunicación ni relación con él. Cuando la Sra. G tenía 40 años su padre fallece a causa de la Cirrosis, que lo venia afectando desde que la paciente tenía 25 años. A raíz del fallecimiento del padre de la Sra. G. y su hijo AJ deciden mudarse a la casa de su madre y abuela respectivamente, para acompañarla y compartir mayor tiempo con ella. Paralelamente su hija S. se casa con un compañero de la iglesia cristiana a la que asistía y se radican en Perú y su hijo AJ. ingresa a trabajar en una empresa de seguridad. Tiempo después su hija S. retorna a la ciudad y decide comprar una casa para convivir con su esposo, hijos y con la Sra. G. Actualmente la paciente reside con su hija S. su yerno y sus cuatro nietos de 21, 16, 10 y 6 años de edad. En relación con su hijo AJ, hace aproximadamente 7 años no poseen información exacta de su ubicación, vecinos y conocidos afirman que AJ fue asesinado en la ciudad de Cúcuta y familiares y amigos de AJ afirman que él se incorporó a las filas de las fuerzas paramilitares; estos hechos han generado fluctuaciones en el estado de ánimo de la Sra. G., irritabilidad y angustia. Su hija, quien es pastora de una iglesia cristiana ha obligado a la Sra. G. a incorporarse a grupos de oración, actividades recreativas y deportivas, con el fin de distraerla e invitarla a mantener conductas saludables, sin embargo la paciente no asiste continuamente puesto que prefiere esperar en el hogar por si su hijo se comunica con ellas, como lo ha hecho en dos oportunidades. Producto de las múltiples afectaciones de salud la Sra. G. se ha expuesto a numerosas cirugías y ha tenido que mantener largos periodos de tiempo en cama; en la actualidad manifiesta sentirse con buen estado de ánimo y se encuentra dispuesta a modificar su estilo de vida para poder siguiendo las instrucciones médicas.

6. Ciclo de vida

*Infancia y adolescencia: Estudió de básica primaria en una escuela de Bucaramanga, cerca al hogar de sus padrinos. Contribuye en la realización de las labores del hogar como cuidar los hermanos menores, elaborar la cena para todos los miembros y asear y velar por el cuidado de su padre cuando se encontraba en estado de alicoramiento. Igualmente cuando se encontraba en casa de sus padrinos debía colaborar con las labores domésticas. Es retirada de estudiar y labora como ayudante de conducción, con los amigos de su padre.

*Adulthood joven: Se radica en otro país y labora en oficios varios. Confrontación con su padre por el nacimiento de su hija S. asume el rol de madre. Establece nuevamente el vínculo con el padre de su hija. Comparte vivienda con una de sus hermanas mayores. Nacimiento de su segundo hijo, AJ.

*Adulthood: Ruptura del vínculo afectivo establecido con el padre de sus hijos. Fallecimiento de su progenitor. Retorna al hogar materno con su hijo AJ. Matrimonio de su hija mayor, quien cambia de país de residencia. Es diagnosticada con Cirrosis e Hipertensión Portal y cirugías asociadas a la enfermedad.

*Adulthood mayor: Retorno de su hija al país. Nacimiento y cuidado de los nietos. Desaparición de su hijo AJ. Duelo anticipado por posible muerte de su hijo. Diagnóstico de Queratitis y Cistocele.

7. Contexto (familia, social, ocupacional, recursos extrínsecos, sexual, recreacional, estado de salud, académica, etc.)

La paciente actualmente reside en la vivienda de su hija S. ubicada en el barrio estoraques de Bucaramanga, en donde habita con su hijo de 36 años, su yerno y cuatro nietos.

A nivel laboral se desempeña en oficios varios, llevando a cabo el aseo en las casas de conocidos y familiares o realizando diligencias como pago de servicios, aunque en la actualidad por las complicaciones de salud que ha presentado no se está desempeñando en ninguna actividad específica.

A nivel académico, sólo realizó los estudios correspondientes a básica primaria, sin embargo debido a su continua lectura e investigación de temas de interés para lograr diligencias los crucigramas de los periódicos locales, desarrolló conocimientos que le permiten colaborar a sus en la realización de los deberes escolares.

Afectivamente su mayor preocupación es en relación a su hijo AJ y la posibilidad que los rumores de su muerte sean corroborados, igualmente se preocupa en exceso por las condiciones de vida de los nietos.

Su actual estado de salud se encuentra en condiciones que ameritan constante control y seguimiento; además de la total disposición para la ejecución de las indicaciones dadas por los médicos. Tiene pendiente una cirugía que le permitirá tener mayor control de sus esfínteres, pero por motivos económicos no la ha logrado costear.

8. Impresión diagnóstica incluida la hipótesis diagnóstica desde el DSM-IV.

Paciente con síntomas depresivos asociados a irritabilidad y aislamiento social, acentuados por dificultades familiares y pérdidas afectivas. Condiciones de salud en detrimento y ausencia de conductas de autocuidado. Estilos de interacción limitados y caracterizados por ser poco alegres, con comunicación sobria y baja respuesta ante estímulos que provocan alegría. Lo cual se ve reflejado en los resultados de la evaluación que se llevo a cabo, presentando puntuaciones altas en la Escala de Ansiedad Social (SAD), en la faceta de seriedad I y V del STCI, que se refiere al predominio de un estado serio y preferencia por estilos de comunicación sobrio, orientado al objeto y expresando exactamente lo que quiere decir; y puntuaciones bajas en la faceta de Alegría IV y V, lo que indica que no hay mayores respuestas ante estímulos que provocan alegría y risa ni estilos de interacción generalmente alegres; lo cual se relaciona a la poca disposición que tiene para percibir estímulos risibles de cualquier tipo según sus puntuaciones en la escala de apreciación del humor EAHU.

Evaluación Multiaxial

-Eje I: Síntomas Depresivos

-Eje II: No aplica

-Eje III: Hipertensión Portal. Cirrosis. Venas esofágicas. Cistocèle y Queratitis.

-Eje IV: Duelo por desaparición.

-Eje V: EEAG 70

9. Objetivos terapéuticos

- Ofrecer psicoeducación en cuanto la correspondencia existente entre los pensamientos, los sentimientos y las acciones.
- Dar a conocer las creencias irracionales y las distorsiones cognitivas que se pueden presentar en el procesamiento de información.
- Modificar las ideas referidas a la desaparición de su hijo que modulan los sentimientos de culpa presentes.
- Movilizar la expresión de sentimientos y emociones generados por la desaparición de su hijo.
- Aumentar la capacidad para expresar pensamientos, emociones, sensaciones y sentimientos de forma asertiva, a través de autocontrol emocional.
- Ofrecer psicoeducación sobre la existencia de las emociones positivas y las repercusiones de estas en las condiciones de salud y enfermedad.

- Aumentar la capacidad para controlar los factores de riesgo y los factores protectores a través de las conductas de autocuidado.

10. Plan de intervención

Intervenciones Grupales

Sesión I: Modelo Cognitivo

Sesión II: Errores de Pensamiento

Sesión III: Autocontrol Emocional

Sesión IV: Emociones Positivas – Sentido del Humor

Sesión V: Conductas de Autocuidado

Intervención individual

Sesión I:

Recopilación de mayor información para completar la historia clínica.

Devolución de las puntuaciones de las pruebas aplicadas.

Sincronización de expectativas en relación al proceso y los alcances.

Discusión y establecimiento del objetivo terapéutico.

Lista de chequeo de pensamientos, emociones y conductas asociadas a la desaparición de su hijo.

Sesión II

Revisión de la sesión anterior

Identificación en lista de cheque de las ideas referidas a la desaparición de su hijo que modulan los sentimientos de culpa presentes.

Movilización de la expresión de sentimientos y emociones generados por la desaparición de su hijo.

Reestructuración Cognitiva: Diálogo socrático y confrontación con la realidad.

Evaluación y cierre.

Registro de Seguimiento de la Paciente Sra. G.

SESIÓN	SEGUIMIENTO
<i>Intervención Grupal</i> <i>Sesión I</i> Foco: Modelo Cognitivo Ver anexo 3	*Permanece callada la mayor parte de la sesión y ante cuestionamientos directos interviene brevemente. *Plantea sólo situaciones ejemplo de amigos o conocidos sin expresar ninguna información en relación a su vida familiar. *Establece la relación de lo aprendido con las condiciones de salud y el estado de ánimo, especificando que el bajo estado de ánimo es común y aceptable en personas con alguna patología médica. Responde positivamente ante la confrontación con la veracidad de la premisa antes expuesta.
<i>Intervención Grupal</i> <i>Sesión II</i> Foco: Errores de pensamiento - Distorsiones Cognitivas Ver anexo 3	*La paciente se integra al grupo hablando con otra de las asistentes antes de iniciar la sesión. *Participación activa a lo largo de la sesión. *Comenta su condición de salud y especifica algunos errores típicos de su procesamiento de información como el pensamiento catastrófico y la lectura de mente. *Expresa que cuando desea evitar algún tipo de pensamiento se ocupa en diligencias crucigramas o sopa de letras y asocia esta actividad con la detección del pensamiento.
<i>Intervención Individual</i> <i>Sesión I</i> * Recopilación de mayor información para completar la historia clínica. *Devolución de las puntuaciones de las pruebas aplicadas. *Sincronización de expectativas en relación al proceso y los alcances. *Discusión y establecimiento del objetivo terapéutico. *Lista de chequeo de pensamientos, emociones y conductas asociadas a la desaparición de su hijo.	*Facilita toda la información requerida para el diligenciamiento de la historia clínica. *Expresa abiertamente sus condiciones familiares, sociales y emocionales. *Manifiesta estar de acuerdo con los resultados de las pruebas aplicadas y los relaciona con sus particularidades emocionales. *Percibe los encuentros grupales e individuales como espacio que le permitirá mejorar sus condiciones de salud. *Considera que la desaparición de su hijo ha afectado notoriamente su estado de ánimo y la evolución de su enfermedad pues ha perdido el interés en cuidarse a si misma *Está de acuerdo con el objetivo terapéutico. *Responde positivamente ante la elaboración de la lista de chequeo e identifica fácilmente las ideas, las emociones y los comportamientos asociados a la desaparición de su hijo.
<i>Intervención Grupal</i> <i>Sesión III</i> Foco: Autocontrol Emocional Ver anexo 3	*La Sra. G asiste en compañía de uno de sus nietos ya el día anterior había presentados dolores abdominales y dificultad para caminar, lo cual deja ver el compromiso que ha adquirido con su proceso de intervención. *Realiza participaciones cortas y con esfuerzo. *Afirma positivamente con su cabeza cada vez que una de las demás asistentes realiza una intervención acertada. *Se identifica como una persona que ejerce adecuado autocontrol emocional, expresando sus estilos de llevarlo a cabo en los cuales se identifican más conductas de evitación que de control, se realiza una breve retroalimentación y contextualización.

	*Responde asertivamente ante las nuevas técnicas planteadas expresando afinidad con el estilo manejado en la relajación.
<i>Intervención individual</i> <i>Sesión II</i> *Revisión de la sesión anterior *Identificación en lista de cheque de las ideas referidas a la desaparición de su hijo que modulan los sentimientos de culpa presentes. *Movilización de la expresión de sentimientos y emociones generados por la desaparición de su hijo. *Reestructuración Cognitiva: Diálogo socrático y confrontación con la realidad.	*La paciente expresa conceptos claros de los temas trabajados en las sesiones grupales. *Especifica que su estado de ánimo ha cambiado, sintiéndose un poco más tranquila y satisfecha por el trabajo que se ha realizado a nivel grupal e individual *Ante la revisión de lista de chequeo se continua con la racionalización de las ideas que generan la culpa, presenta llanto espontáneo y coherente con las ideas y las emociones generadas, luego de la contención emocional expresa que no había tenido la oportunidad de expresar su tristeza en ningún lugar porque no quería preocupar a sus familiares. *Se compromete a realizar este tipo de ejercicio, expresar lo que siente asertivamente iniciando con su hija e irá realizando con los demás familiares con quienes le gustaría expresar lo que piensa y siente. *Decide ejecutar acciones activas en relación a la desaparición de su hijo por lo cual decide denunciar el hecho ante la Fiscalía. *Se racionalizan y ajustan expectativas en relación a las acciones que ejerce la ley al respecto. *Considera que el proceso la ha beneficiado generando nuevas formas de percibir sus circunstancias y estado de ánimo no tan bajo.
<i>Intervención Grupal</i> <i>Sesión IV</i> Foco: Emociones Positivas – Sentido del Humor Ver anexo 3	*La paciente asiste y participa activamente en la sesión grupal, contribuye con la recopilación de la información de las anteriores sesiones. *Incorpora fácilmente la información teórica relacionada con las emociones positivas. *Comenta al grupo que no tiene buena apreciación de humor y moviliza la opinión de las demás en relación a como se sintieron con la prueba EAUH, expresando “esos chistes estaban muy malos y eran muy groseros”. Ante lo cual se realiza una breve retroalimentación y asociación a la teoría planteada sobre los tipos de humor y sus efectos. Además de recordar el objetivo de la prueba aplicada. *Al final de la sesión expone como conclusión “no hay nada de malo en ponerse uno triste y esas cosas y uno no tiene que andar por ahí riéndose y eso, sino lo que uno tiene que hacer es disfrutar la vida así sea siendo serio como yo pero yo soy feliz así porque así soy” *Se redirige la anterior expresión y se exponen las ventajas fisiológicas del sentimiento o los estado de felicidad.
<i>Intervención Grupal</i> <i>Sesión V</i> Foco: Conductas de Autocuidado Evaluación Ver anexo 3	*Identifica los aspectos psicológicos asociados a la Enfermedad Cardiovascular *Expresa que el cuidado de sí misma siempre dependía de su estado de ánimo y aclara que actualmente lleva a cabo más conductas de autocuidado producto de lo aprendido en los encuentros puesto que intenta tener un estado de ánimo que la motive a cuidarse a sí misma.

	*Expresa sentimientos de gratitud por la oportunidad de asistir a los encuentros y se compromete a asistir a las actividades que la vincula su hija con el fin de realizar acciones que la beneficien tanto a nivel emocional como a nivel físico. *En su discurso se evidencia que incorporo los diferentes temas tratados en los encuentros. *Comenta al grupo la situación de desaparición de su hijo y como considera que la benefició identificar e iniciar a modificar todos los pensamientos que tenía al respecto.
--	---