

**EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO DE LA ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y HABILIDADES SOCIALES
EN PERSONAS SOBREVIVIENTES DE MINAS ANTIPERSONALES**

Adriana Del Pilar Niño Carrillo

Amparo Duran Mosquera

HÁNDICAP INTERNATIONAL - UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA

RESUMEN

En la actualidad, las minas antipersonales generan a la población civil amputaciones y limitaciones tan marcadas que originan cambios en la percepción y profundas alteraciones emocionales. La psicología como ciencia del comportamiento que estudia la conducta observable de los individuos y sus procesos mentales, busca implementar acciones que contribuyan al mejoramiento de la calidad de vida. Teniendo en cuenta que la finalidad de la psicología clínica es la investigación de las funciones mentales de las personas que padecen sufrimiento originado por distintos motivos, la discapacidad enmarca uno de ellos, puesto que, las minas causa padecimiento y alteración a nivel psicosocial, originando de esta manera problemáticas que afectan las relaciones interpersonales, familiares y la reintegración social y laboral. Por lo cual el presente trabajo tuvo por objetivo evaluar e intervenir la ansiedad, la depresión y las habilidades sociales en personas sobrevivientes de minas antipersonales, estableciendo una comparación de medias entre el pre test y el post test. Para tal fin la muestra estuvo conformada por 6 pacientes masculinos en edades que oscilaban de los 23 a los 49 años, que residían en la ciudad de Bucaramanga y que están registrados en la base de datos de Hándicap International. Los resultados del trabajo evidencian

que se establecieron diferencias entre el pre test y post test de los aspectos intervenidos, haciéndose manifiesto en las escalas de ansiedad, depresión y habilidades sociales.

Palabras claves: Ansiedad, depresión, habilidades sociales, minas antipersonales, evaluación y proceso de intervención.

ABSTRACT

Currently, land mines to civilians generate amputations and limitations so marked as to cause changes in perception and deep emotional disturbances. The psychology and behavioral science that studies the observable behavior of individuals and their mental processes, seeks to implement actions that contribute to improving the quality of life. Given that the purpose of clinical psychology is the investigation of the mental functions of people with suffering caused by various reasons, disability framed one, since mine cause distress and psychosocial impairment level, originating from Thus problems that affect interpersonal relationships, family and social reintegration and employment. Therefore this study was to evaluate and intervention anxiety, depression and social skills in survivors of landmines, through a comparison of means between the pre test and post test. To this end, the sample consisted of 6 male patients with ages ranging from 23 to 49 years, residing in the city of Bucaramanga and registered in the database of Handicap International. The results show that labor differences were established between the pre test and post test aspects of surgery, becoming apparent at scales of anxiety, depression and social skills.

Keywords: Anxiety, depression, social skills, landmines, assessment and intervention process.

INTRODUCCIÓN

La Psicología Clínica es el campo de especialización de la Psicología que aplica los principios, las técnicas y los conocimientos científicos desarrollados por ésta para evaluar, diagnosticar, explicar, tratar, modificar y prevenir las anomalías o los trastornos mentales o cualquier otro comportamiento relevante para los procesos de la salud y enfermedad, en los distintos y variados contextos en que éstos puedan tener lugar (Colegio Oficial de Psicólogos “COP”, 2008).

Dentro de sus diferentes aplicaciones encontramos que el bienestar físico y psicológico de las personas se enmarca dentro de la salud mental que es entendida según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2007) como un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.

Factores de tipo biológico, social y psicológico influyen directamente en la salud mental, las situaciones fluctuantes propias de la vida afectan la forma como se reacciona ante las realidades, determina las relaciones con el mundo y con los seres humanos que los rodean, por lo que, dependiendo de la exposición al estímulo, esta relación sujeto-mundo se tornará patológica cuando las presiones sobrepasen los límites de resistencia del individuo (Quiñones, 2007).

A menudo la violencia y los problemas de salud mental están asociados, por cuanto son su expresión y pueden ser, a la vez, su causa. Las relaciones entre ambos son complejas, pero hay pruebas de que los diversos tipos de violencia pueden contribuir a un aumento significativo de varios trastornos mentales, entre ellos, la depresión, la ansiedad, el abuso del alcohol y drogas, los trastornos psicósomáticos y el suicidio (Organización Panamericana de la Salud & Organización Mundial de la Salud, 2003).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) asumió en 1996, en el congreso 39 del consejo directivo, que la violencia en todas sus manifestaciones es una prioridad de salud pública

que amenaza el desarrollo de los pueblos, afecta la calidad de vida y erosiona el tejido social (OPS & OMS, 2003). Es así como Latinoamérica y en especial Colombia presenta en la actualidad graves problemas sociales, por un lado, se enmarca como uno de los países en que el conflicto armado ha contribuido al desplazamiento forzoso y a sembrar desesperanza aprendida, pero a su vez se encuentra que los grupos al margen de la ley utilizan la siembra de minas como estrategia para mantener el conflicto armado y realizar actividades ilícitas; Según el programa presidencial para la acción integral contra minas antipersonal (PAICMA, 2009) se informó que entre 1990 y junio de 2009, se presentaron 2.757 víctimas civiles, de las cuales el 24% perdieron la vida y el 76% quedaron lesionadas, de las víctimas registradas, el 26.83% son niños, el 8.43% son mujeres y el 64.74% son hombres.

Actualmente, el conflicto armado interno colombiano se ha tornado cada vez más complejo y en el mismo han intervenido una serie de actores, con intereses de orden económico y político, que han contribuido a degradarlo. En medio de este contexto se encuentra la población civil, tanto urbana como rural, la cual no recibe la atención humanitaria requerida para afrontar las consecuencias que despliega el conflicto (Arévalo, 2008).

El efecto del conflicto sobre la salud mental tiene distintas expresiones en los combatientes y en la población civil, tales como síndrome de estrés postraumático, depresión y ansiedad, conflicto intrafamiliar, comportamiento antisocial y déficit en habilidades sociales (Benavides, 2006).

Por esta razón, se planteó la presente propuesta, que pretendía evaluar, diagnosticar, intervenir y diferenciar los aspectos: ansiedad, depresión y déficit en habilidades sociales en personas sobrevivientes de minas antipersonales, por ser factores que se encuentran íntimamente relacionados y son significativos en el proceso de rehabilitación de las víctimas, como lo demuestran las estadísticas mencionadas.

Las minas antipersonales generan a la población civil amputaciones y limitaciones tan marcadas que originan cambios en la percepción e imponen ideas y creencias irracionales que mantienen y recrean en la sociedad en la cual conviven, por lo que la mayoría de pacientes con amputación han tenido que pasar por periodos en los que han experimentado profundas alteraciones emocionales (Butler, Turkal & Seild, 1992; citados por Martorrell & Montserrat, 2003).

Como todo acontecimiento vital desestructurante, la amputación puede dar lugar a un profundo distrés en el paciente y sus familiares, pueden aparecer reacciones de depresión y/o ansiedad que en casos extremos pueden dar lugar a cuadros de clara psicopatología (Try, 1992; citado por Martorrell & Montserrat, 2003). En todo caso la intensidad de estas reacciones emocionales, pueden estar condicionadas por factores como el tipo de intervención, el grado de incapacidad resultante, el estado de salud física del sujeto, sus características personales, sus habilidades y recursos para afrontar la situación y el soporte socio familiar (Martorrell & Montserrat, 2003).

Parkes (1975) señala que el sujeto amputado deberá hacer frente a un proceso de realización, por el que necesitará modificar sus esquemas internos de representación, sus creencias acerca de su propio mundo y replantear su funcionamiento anterior, originado así un cambio que ayudará a modificar su estilo de vida y a mejorar la calidad de ésta, teniendo en cuenta que un manejo apropiado de las emociones ayudará a aceptar la realidad de la pérdida y adaptarse a nuevos roles y funciones.

Las emociones son procesos que se activan cada vez que el organismo detecta algún peligro o amenaza a su equilibrio, son por lo tanto, procesos adaptativos que ponen en marcha programas de acción genéticamente determinados, que se activan súbitamente y que movilizan una importante cantidad de recursos psicológicos (Palmero & Fernández, 1998); pero como procesos adaptativos

que son, no son estáticas, sino que cambian en función de las demandas del entorno, por acción de la experiencia.

Por lo anterior, la principal función de la emoción es la organización de la actividad compleja en un lapso muy breve, con la finalidad de anticiparse a las consecuencias, así las emociones alteran procesos psicológicos como la percepción, la atención, activan la memoria, planificación de acciones, comunicación verbal y no verbal, activan cambios fisiológicos y motivan a la acción para dar una respuesta rápida y puntual a una situación (Palmero & Fernández, 1998).

La ansiedad, al igual que diversas emociones como la tristeza, la alegría, el miedo, entre otras, son componentes básicos de la condición humana y por ello desempeñan una función adaptativa y a su vez actúan como mecanismos de supervivencia (Palmero & Fernández, 1998). A nivel general, la ansiedad es una reacción emocional que surge ante la percepción de una amenaza personal al bienestar físico y/o psicológico y es experimentada por todos los seres humanos ante diferentes situaciones, actúa como mecanismo de vigilancia del organismo y sirve para alertar de posibles peligros, desempeñando un rol protector en la preservación de la vida y la especie (Echeburúa, 1993).

Según Molano & Niño (2008) las respuestas de ansiedad se manifiestan a nivel motor, cognitivo y fisiológico, en otras palabras abordan el plano de las conductas, los pensamientos y las emociones, a nivel motor se manifiestan conductas compulsivas, de escape, inhibición motriz, entre otras, a nivel cognitivo, se experimentan preocupaciones, desmoralización, pensamientos intrusivos, dificultades de atención y concentración y en el nivel fisiológico se produce activación del sistema nervioso autónomo; asimismo, las respuestas de ansiedad pueden ser elicitadas tanto por estímulos externos o situacionales, como por estímulos internos al sujeto, tales como pensamientos, ideas, imágenes, etc; que son percibidos por el individuo como peligrosos y amenazantes (Tobal, 1990).

Para Spielberger (1972) la ansiedad puede ser comprendida como una característica de personalidad, toda teoría de la ansiedad debe partir de la diferenciación entre rasgo - estado, considerando el estado de ansiedad como un estado emocional transitorio, o condición del organismo humano, que varía en intensidad y fluctúa en el tiempo; esta condición se caracteriza por ser subjetiva, por la percepción consiente de sentimientos de tensión y aprehensión y por una intensa activación del sistema nervioso autónomo; por otro lado, el rasgo de ansiedad es definido como una característica diferencial individual relativamente estable en cuanto a la propensión a la ansiedad, es decir, que habrá diferencias en la disposición para percibir estímulos situacionales como peligrosos o amenazantes y en la tendencia a responder ante tales amenazas con reacciones de estados de ansiedad; por lo cual los rasgos de ansiedad pueden ser considerados como el reflejo de las diferencias individuales en cuanto a la frecuencia y la intensidad con las que los estados de ansiedad se han manifestado en el pasado y en cuanto a la probabilidad de que tales estados sean experimentados en el futuro.

Un estudio publicado por Echeburúa, Corral & Amor (1998) sobre perfiles del estrés postraumático en diferentes tipos de víctimas, señalan que la ansiedad y la depresión están más acentuadas en víctimas de terrorismo, con una fuerte presencia de síntomas de desesperanza y desinterés por las actividades, resaltando que el elemento nuclear del trastorno es la percepción de amenaza incontrolable por parte de la víctima a su integridad física y psicológica.

Es así como la desesperanza aprendida juega un papel importante en la codificación que hace el sujeto al evento expuesto, puesto que la conducta evitativa y la reexperimentación son claves para la aparición de psicopatología depresiva ya que la sintomatología suele ser más exacerbada en sobrevivientes recientes de terrorismo, por lo tanto aron Beck en 1961; citado por Dowell, (2006) señala que la depresión es un trastorno emocional que provoca alteraciones en las personas en su estado afectivo, cognitivo, motivacional y somático; caracterizado por la presencia de sesgos en el

procesamiento de la información, que se manifiestan en la codificación, la comprensión y la recuperación de la información emocional. Por lo cual un sujeto deprimido siente de la manera en que lo hace porque su pensamiento está basado en interpretaciones negativas (Beck, Rush, Brian & Shaw, 1992); así mismo un estudio publicado por la Organización Panamericana de la Salud (2000) encuentra que las personas que se exponen a eventos adversos y que son prolongados en el tiempo presentan estados de ansiedad, temor y agresividad en la fase temprana, pero que se van convirtiendo en apatía, dependencia y depresión en la medida que se hace crónica (Noji, 2000).

Caicedo (2008) hace un análisis sobre la salud pública en Colombia producto de la violencia y menciona que las consecuencias de violencia no sólo están enmarcadas en muertes, heridas y discapacidades físicas, sino también en huellas y marcas psíquicas que quedan en las vidas de las personas, puesto que la violencia como conglomerado de eventos traumáticos eleva la morbilidad de trastornos psiquiátricos como la depresión, ansiedad, estrés agudo y estrés postraumático, dejando claro que los problemas emocionales y de conducta son producto tanto de la fisiología médica como de eventos de gran significación que tiene una raíz social y que por ende deben manejarse desde un enfoque con perspectivas sociales, psicológicas y médicas.

Sin embargo, se encuentra que las consecuencias de la exposición a un evento traumático trae consigo alteraciones en las diferentes áreas de la vida del individuo, lo que conlleva a modificar las relaciones con los demás y su participación comunitaria, a su vez se encuentra que se generan sentimientos de vulnerabilidad, impotencia, desconfianza, culpa, vergüenza, resentimiento, pérdida de la identidad personal y del sentimiento de pertenencia, aislamiento y falta de confianza en sí mismo para recuperar su proyecto de vida (Hernández, 1999).

Por lo anterior, es importante resaltar desde la perspectiva social que una conducta socialmente habilidosa es una capacidad inherente al hombre para ejecutar una conducta social de intercambio con resultados favorables para los implicados, apoyándose en sus estrategias de afrontamiento,

entendidas éstas como las conductas y estilos de vida de las personas ante diversas demandas de sus experiencias vitales y cotidianas, las cuales demandan del sujeto un esfuerzo ya sea cognitivo, comportamental y emocional (Gómez & Rojas, 2007).

Es así como el ser humano aprenderá a identificar o discriminar aquellas situaciones en las que una determinada estrategia interpersonal sea más funcional o eficaz para producir reforzamiento, por lo cual, los individuos aprenden que habilidades sociales van a ser reforzadas en diferentes situaciones y adaptan su conducta en función de ello, no obstante, pueden surgir problemas cuando una persona afronta una situación y no sabe que habilidades serán reforzadas, o cuando el estilo social de la persona es tan inflexible que utiliza rígidamente una determinada habilidad aún cuando no resulte adaptativa (Jeffrey, 1992).

De acuerdo con lo anterior la vida del ser humano estará influenciada por interacciones sociales, que pueden favorecer o entorpecer la calidad de vida en las distintas áreas de su desarrollo, permitiendo así la expresión de sentimientos, actitudes, deseos, opiniones y derechos de un modo adecuado a la situación inmediata, respetando las conductas en los demás y resolviendo los problemas inmediatos de la situación mientras se minimiza la probabilidad de futuros problemas (Caballo, 1995).

Respecto a la panorámica teórica que se ha descrito sobre la ansiedad, la depresión y las habilidades sociales es necesario aclarar que todas ellas vistas dentro de un marco psicosocial pueden aportar elementos que permitan intervenir una problemática social que deja consecuencias drásticas en las personas que han tenido que vivir un evento traumático y significativo que origina cambios en la vida del individuo, por lo cual este trabajo busca aportar al estado del arte un modelo de intervención basado en la evidencia encontrada.

OBJETIVO GENERAL:

Evaluar e intervenir la ansiedad, la depresión y las habilidades sociales en personas sobrevivientes de minas antipersonales.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Evaluar la ansiedad en personas sobrevivientes de minas antipersonales.

Evaluar la depresión en personas sobrevivientes de minas antipersonales.

Evaluar habilidades sociales en personas sobrevivientes de minas antipersonales.

Intervenir la ansiedad, depresión y habilidades sociales en personas sobrevivientes de minas antipersonales.

METODOLOGÍA**PARTICIPANTES:**

La muestra estuvo conformada por 6 sujetos con edades entre los 23 y 49 años, todos de sexo masculino, con y sin escolaridad, los cuales correspondían a sobrevivientes de minas antipersonales que residen en la ciudad de Bucaramanga, y que actualmente están registrados en la base de datos de HANDICAP INTERNATIONAL (HI) y no acudían a ningún tratamiento psicológico. La media de edad de la muestra fue de 32.33%, la desviación estándar de la edad fue 9,09% y del estado civil de 0,983%, de los cuales el 50% son solteros, el 33.33% conviven en unión libre y el 16.66% son casados.

INTRUMENTOS:

Los instrumentos que se utilizaron en el proceso de intervención fueron:

Historia clínica: Documento en el cual se consignan toda la historia biopsicosocial del paciente para tener una aproximación de los antecedentes clínicos y psicológicos relevantes para el estudio de caso (Ver Anexo 1).

Registro de pacientes: formato en el cual se registran la asistencia de los pacientes a las actividades clínicas grupales ejecutadas (Ver Anexo 2).

Formato de Consentimiento Informado: protocolo escrito donde se explica el proceso de intervención a la muestra con la que se trabajó, informando acerca de las diferentes evaluaciones y procedimientos de los que serían partícipes (Ver Anexo 3).

El Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (STAI) (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1972): contiene 20 reactivos en escala tipo Likert y la valoración de sus puntajes va de 1-4 (nada-mucho). El valor mínimo en la puntuación es 20 y máximo 80. En su adaptación española cuenta con una consistencia interna entre 0,90 y 0,93 para ansiedad-Estado y entre 0,84 y 0,87 para ansiedad-Rasgo Urraca en 1981; citado por Spielberger, Gorsuch y Lushene, (1972). Los coeficientes alfa son una medida de la consistencia interna, se obtuvieron mediante la fórmula KR-20 modificada por Cronbach, y los índices hallados oscilan entre 0,83 y 0,92 (Ver Anexo 4).

El Inventario de Depresión Rasgo – Estado (IDER) (Spielberger, Buela Casal y Agudelo, 2008): la prueba evalúa afectividad negativa y afectividad positiva en la depresión (distimia y Eutimia) en dos escalas: Rasgo y Estado. Tiene 10 ítems en cada escala y es una prueba auto corregible de acuerdo al sexo y a la edad. La prueba cuenta con una tipificación de cuatro muestras, cuenta con una media de 6,80 para varones y 7,34 para mujeres con una desviación típica de 2.37 para hombres y 2,90 para mujeres. Los coeficientes alfa de cronbach de la prueba oscilan para depresión

estado entre 0,89 varones y 0,92 mujeres, para depresión rasgo 0,77 varones y 0,82 mujeres (Ver Anexo 5).

La Escala de Habilidades Sociales (EHS) (Gismero, 2002): contiene 33 ítems los cuales están redactados en el sentido de falta de aserción o déficit en habilidades sociales; esta prueba está distribuida en seis sub-escalas que miden: autoexpresión en situaciones sociales, defensa de los propios derechos como consumidor, expresión del enfado y disconformidad, el decir no y cortar interacciones, el hacer peticiones y el iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto. La prueba cuenta con una media de 0,40 y una desviación típica de 0,89 para adultos y para jóvenes con una media de 0.37 y desviación típica de 0,86. Su coeficiente alfa total de la prueba es de 0,77 (Ver Anexo 6).

PROCEDIMIENTO:

Primera fase:

Selección de la muestra, se seleccionó una muestra de 6 sujetos sobrevivientes de minas antipersonales todas de sexo masculino con edades que oscilaban entre los 23 y 49 años. Esta muestra fue tomada a manera de conveniencia de acuerdo a una valoración inicial que Hándicap International (HI) había realizado y a un staff clínico realizado por las profesionales de campo y equipo de la zona oriente de HI.

Segunda fase:

Valoración inicial: Habiendo conseguido la muestra, cada uno de los participantes fue citado a HANDICAP INTERNATIONAL donde individualmente se les dio a conocer la propuesta de

intervención y el propósito a alcanzar con esta, de igual manera se les entregó el consentimiento informado el cual firmaron todos los sujetos de la muestra escogida, de esta manera se procedió a la valoración inicial a partir de la aplicación de los instrumentos de evaluación (Inventario de ansiedad rasgo – estado (STAI); inventario de depresión rasgo – estado (IDER) y la escala de habilidades sociales (EHS).

Posteriormente se realizó una entrevista semi-estructurada donde se recopiló información que permitió tomar los datos y la información relevante de la historia clínica, cada sesión con los pacientes duro 45 minutos.

Tercera fase:

Análisis de los resultados de evaluación: Después de haber realizado la aplicación de los instrumentos al total de la muestra, se procedió a organizar la información recolectada y a diligenciar los datos en el programa SPSS 15.0 (Statistical Package for the Social Sciences) a través del cual fueron calificados y analizados. Posteriormente, se realizó el análisis de los resultados encontrados con base en la exploración teórica, lo cual permitió concluir el proceso de evaluación.

Cuarta fase:

Diseño y aplicación de la intervención: Después de haber analizado los resultados de las pruebas, se procedió a aplicar el protocolo de intervención diseñado para cada uno de los pacientes de acuerdo al diagnóstico arrojado por las pruebas psicológicas aplicadas y corroborado con la historia clínica. Cada intervención tuvo una duración de 45 minutos y fueron individualizadas en 5 sesiones y 2 grupales, para un total de 7 sesiones (Ver Anexo 7).

En las sesiones grupales se trabajaron las habilidades sociales, pues se buscaba la implementación de herramientas y estrategias para la asertividad, las cuales fueron trabajadas por

medio de juego de roles y de la implementación de conductas aprendidas, buscando facilitar la relación con los otros y la reivindicación de los propios derechos sin negar los derechos de los demás, pues el objetivo de estas actividades estaba enfocado en adquirir capacidades que evitaran la ansiedad en situaciones difíciles o novedosas, facilitando la comunicación emocional y la resolución de problemas.

Por otro lado, las sesiones individuales estuvieron enfocadas en el manejo de la ansiedad por medio de técnicas de respiración y relajación, entrenamiento en el modelo cognitivo, elicitación de pensamientos automáticos y modificación de creencias nucleares, puesto que el objetivo psicoterapéutico fue la reducción de la frecuencia, intensidad y duración de la activación autonómica de la ansiedad, así mismo la reducción de la conducta de evitación, huida o inhibición. De igual manera se trabajó en la adquisición de habilidades de afrontamiento de la ansiedad y en la identificación y modificación de la base cognitiva del trastorno, las distorsiones cognitivas y esquemas cognitivos (Supuestos personales) que hacen vulnerable al sujeto a padecer ansiedad.

El manejo de la depresión estuvo enfocado en el manejo de síntomas afectivos como los sentimientos de culpabilidad; en el manejo de síntomas cognitivos como la indecisión, la polarización y los problemas de memoria y concentración; el manejo de síntomas conductuales como la pasividad, evitación e inercia, las dificultades para el manejo social y la resolución de problemas y el manejo de síntomas fisiológicos como la alteración del sueño.

Quinta fase

Evaluación del Proceso: Posteriormente, se realizó una evaluación al tratamiento psicoterapéutico, con una segunda aplicación de los instrumentos una semana después de haber concluido el proceso para medir el alcance de la intervención, este diseño pre-post permitió concluir el proceso y medir los alcances de la intervención realizada.

Sexta fase

Análisis de resultados de intervención: Dentro del análisis realizado a los pacientes, se encontró que la gran mayoría fueron diagnosticados con síntomas ansiosos y depresivos, por lo cual la intervención estuvo enfocada al tratamiento y modificación de conductas y síntomas que originan y mantienen estos estados, logrando modificar el estado desde los factores más sintomáticos como las interrelaciones entre cogniciones, afectos y conductas a los factores de tipo cognitivo como distorsiones y supuestos personales.

Séptima fase

Elaboración de informe y sistematización de la experiencia: Una vez recolectado todos los datos se procedió a la elaboración del informe, la sistematización de la experiencia y la sustentación de los resultados en la Universidad Pontificia Bolivariana seccional Bucaramanga y en la institución (Ver Anexo 8).

RESULTADOS:

A continuación se presentan los resultados de los análisis llevados a cabo. En primer lugar se presentan los datos descriptivos de la información socio-demográfica, posteriormente se presentan las comparaciones de medias entre las variables analizadas y por último se hace una descripción de los alcances de la intervención realizada.

TABLA 1. Estadísticos descriptivos n=6

Datos	Grupo Intervenido			
	Media	D.T	Max.	Min.
Edad	32,33	9,092	49	23
Sexo	Masculino		femenino	
	100%		0%	
Estado civil	Soltero		50%	
	Unión libre		33,33%	
	Casado		16,66%	

En la tabla 1, se muestra la descripción de los datos socio-demográficos de la muestra seleccionada que estuvo conformada por 6 sujetos, la edad promedio de los participantes fue de 32,33 años, el 100% de la muestra pertenecía al sexo masculino. En lo que respecta al estado civil de los participantes, el 50% eran solteros, el 33,33% vivía en unión libre y el 16,66% eran casados.

TABLA 2. Comparación de Medias entre pre-test y post test para STAI Estado y STAI

Rasgo n= 6

Prueba	Grupo	Media	D.T	Z	P
STAI Estado	<i>Pre-test</i>	51,50	6,745	0,601	0,863

STAI Rasgo	<i>Post test</i>	9,17	3,869	0,608	0,854
	<i>Pre-test</i>	49,00	5,967	0,471	0,979
	<i>Post test</i>	13,33	5,680	0,799	0,546

Según los datos de la tabla 2, donde se hace la comparación de medias entre el pre-test y el post test para STAI Rasgo y STAI Estado, se observa que no hay diferencias estadísticamente significativas, sin embargo, se muestra una tendencia a puntuar bajo en las pruebas de ansiedad Estado y ansiedad Rasgo en el post test, después de haber finalizado el proceso de intervención.

TABLA 3. Comparación de Medias entre pre-test y post test para IDER Estado e IDER Rasgo n= 6

<i>Prueba</i>	<i>Grupo</i>	<i>Media</i>	<i>D.T</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>
IDER Estado	<i>Pre-test</i>	11,33	3,502	0,678	0,747
	<i>Post test</i>	6,33	1,033	0,718	0,681
Eutimia	<i>Pre-test</i>	8,00	2,683	0,666	0,767
	<i>Post test</i>	5,50	1,975	0,653	0,787
IDER Estado	<i>Pre-test</i>	19,33	5,538	0,63	0,861
	<i>Post test</i>	12,00	2,366	0,416	0,995
IDER Rasgo	<i>Pre-test</i>	10,50	3,017	0,569	0,902

Eutimia	<i>Post test</i>	7,00	1,673	0,551	0,922
IDER Rasgo	<i>Pre-test</i>	8,17	3,430	0,456	0,986
Distimia	<i>Post test</i>	6,17	1,835	0,990	0,281
Total	<i>Pre-test</i>	18,67	6,282	0,367	0,999
IDER Rasgo	<i>Post test</i>	11,83	2,787	0,696	0,718

En la tabla 3, se observa la comparación de medias entre el pre-test y el post test para IDER Estado e IDER Rasgo, a su vez, se hace una distinción entre dos variables que mide la prueba Eutimia y Distimia, encontrándose que no hay diferencias estadísticamente significativa entre los resultados obtenidos en el pre-test y el post test en la escala total de depresión estado y en la escala total de depresión rasgo; sin embargo, se evidencia una menor puntuación en el post test de las variables y los totales del IDER para estado y rasgo.

TABLA 4. Comparación de Medias entre pre-test y post test para Escala de Habilidades Sociales n= 6

Prueba	Grupo	Media	D.T	Z	P
EHS Dominio	<i>Pre-test</i>	20,67	5,465	0,459	0,985
	<i>Post test</i>	22,67	6,593	0,605	0,858
EHS Defensa de	<i>Pre-test</i>	16,00	3,950	0,653	0,787

Derechos	<i>Post test</i>	18,00	4,147	0,862	0,447
EHS Expresión de Enfado	<i>Pre-test</i>	9,17	2,483	0,474	0,978
	<i>Post test</i>	12,17	3,125	0,436	0,991
EHS Decir No	<i>Pre-test</i>	17,50	4,593	0,416	0,995
	<i>Post test</i>	17,50	5,167	0,688	0,731
EHS Hacer Peticiones	<i>Pre-test</i>	15,83	1,941	0,422	0,994
	<i>Post test</i>	15,83	5,845	0,547	0,926
EHS Interacciones	<i>Pre-test</i>	13,83	2,401	0,476	0,926
	<i>Post test</i>	14,50	2,074	0,583	0,886
Total EHS	<i>Pre-test</i>	93,00	10,863	0,408	0,996
	<i>Post test</i>	96,17	8,704	0,516	0,953

En la tabla 4, no se marca una diferencia estadísticamente significativa en los resultados del pre – test y post test del total de la Escala de Habilidades Sociales, sin embargo, se evidencia la eficacia de la intervención realizada al percibirse un aumento en el post test de los valores de la media.

Dentro de los alcances de la intervención realizada se encontró que los pacientes se mostraron muy participativos en las actividades que implicaban acciones de esparcimiento como las técnicas de respiración y de relajación; así mismo se evidenció que la intervención arrojó resultados

favorables en la adquisición de herramientas y habilidades para el mejoramiento de la calidad de vida.

DISCUSIÓN:

Las minas antipersonales, la discapacidad y el conflicto armado interno en un país afecta la estructura de una nación y de los individuo, por lo que no sólo crea carencia en el plano físico sino también en el plano emocional; sin embargo, intentar modificar la realidad circundante y la violencia que amenaza a los seres humanos está íntimamente ligado a la estructura de pensamiento y la expresión de este ante los demás, por lo cual no sólo marca pautas de comportamiento sino a su vez genera sentimientos que conllevan a modificar un esquema biológico que antecede situaciones y marca parámetros de actuación.

El presente trabajo de intervención intenta dar una explicación de la modificación de patrones emocionales instaurados en sobrevivientes de minas antipersonales que han sido impactados por la violencia de un país y por la indiferencia de una nación que intenta dar pañitos de agua tibia a un conflicto que cobra a diario vidas humanas y que no alivia las secuelas que esta deja.

El estado del arte nos muestra que los pacientes que sufren una amputación pasan por alteraciones emocionales fuertes, que en muchos casos no son intervenidos y generan a largo plazo alteraciones psicopatológicas que conllevan a un desajuste interno (Martorrell & Monserrat, 2003); según los resultados del presente trabajo, se encuentra psicopatología no tratada ni diagnosticada en los sobrevivientes de minas antipersonales, por lo que se intervino y se trabajó en el tratamiento psicoterapéutico de las patologías evaluadas y diagnosticadas como la ansiedad y la depresión arrojando resultados estadísticos no significativos en el pre test y post test pero contribuyendo en el mejoramiento de la calidad de vida de los participantes.

Los resultados del presente trabajo indican, que existe una tendencia de las personas víctimas del conflicto armado a presentar niveles altos de ansiedad y depresión, por lo que se presentaron puntuaciones altas en las medias de las pruebas de ansiedad y depresión Estado y Rasgo en el pre test, donde el 51.5% puntuó alto para ansiedad Estado y el 49% puntuó alto para ansiedad Rasgo, para depresión Estado el 19,33% y el 18,67% puntuaron alto para depresión Rasgo en el pre test. Estos resultados confirman los hallazgos arrojados por investigaciones como las de Caicedo (2008); Noji (2000) y Organización Panamericana de la Salud (2000), quienes encontraron que las personas que se exponen a eventos adversos presentan estados de ansiedad, depresión y estrés postraumático con una fuerte presencia de síntomas de desesperanza y desinterés.

Por otro lado, Hernández (1999) publicó un estudio de la atención que se presta a la población desplazada y encontró que las habilidades sociales de una persona que se expone a un evento traumático se ven alteradas, puesto que se modifica la identidad personal, la confianza en sí mismo y el sentimiento de pertenencia. Estos resultados se encuentran muy relaciones con lo que evaluó el estudio, por lo que encontró que existe déficit en la expresión de habilidades sociales 93% total, identificando con mayor problema las relacionadas con el domino 20,67%, defensa de los propios derechos con un 16% e interacciones con un 13,83%.

Por lo anterior, en un estudio publicado por Castro, Campero & Hernández (2007) sobre apoyo social en salud encontraron que cuando un sistema nacional de salud no cuenta con la capacidad financiera para cubrir los gastos de atención a las víctimas de la violencia repercute negativamente en los sobrevivientes debido a la carencia de apoyo social, puesto que este juega un papel central en el mantenimiento de la salud física y mental de los individuos, al facilitar conductas adaptativas en situaciones de estrés; así mismo Agudelo (1997) encuentra en su estudio sobre la violencia y salud en Colombia que el sector de la salud, en vez de contribuir a enfrentar y atenuar la violencia, muchas veces genera más violencia, debido a que impone autoritariamente sus pautas y decisiones o

pretende obviar elementos importantes de la subjetividad del paciente incurriendo en abiertas violaciones; hallazgos que se ven reflejados en los resultados encontrados en las variables de la escala de habilidades sociales decir no 17.5 %, defensa de los derechos 16% y hacer peticiones 15.83%.

De acuerdo con los objetivos del presente trabajo, los resultados permiten concluir que sí se encuentran diferencias entre el pre test y post test de los aspectos evaluados, pero estos no son significativos, debido al poco tiempo que transcurrió entre el proceso de intervención y la aplicación del post test; sin embargo, se indica que existe una tendencia de las personas sobrevivientes de mina antipersonal a presentar algunas alteraciones a nivel psicológico, que después de ser abordadas e intervenidas tienden a disminuir y desaparecer.

De esta manera, se logra confirmar las personas que se exponen a un evento terrorista tienden a presentar mayores niveles de ansiedad, depresión y muestran un deterioro en las habilidades sociales; por lo cual los hallazgos de este estudio se presentan como aportes que contribuyen a ampliar el panorama de intervención psicológica para la población objeto de estudio.

CONCLUSIONES:

El presente trabajo permite tener una panorámica de algunos déficit psicopatológicos que se dan en los sobrevivientes de minas antipersonales y que se deberían tener en cuenta en el momento de la atención médica inicial para su posterior intervención.

De acuerdo con los resultados obtenidos se puede afirmar que, se evidencian diferencias entre el pre test y post test de los aspectos intervenidos. Haciéndose manifiesto en las escalas de ansiedad, depresión y habilidades sociales.

En la evaluación al proceso de intervención realizado se encuentran resultados que aunque no son estadísticamente significativos, si logar evidenciar un buen manejo en el proceso instaurado, por lo cual corrobora que se estableció una adecuada lectura de caso, diagnóstico y posterior intervención.

A nivel general, se puede concluir que los actos de violencia que generan una discapacidad en el ser humano tienden a originar alteraciones en la conducta del individuo haciéndolo vulnerable a experimentar psicopatología crónica.

RECOMENDACIONES:

Este estudio es sólo una muestra de un proceso llevado a cabo con sobrevivientes de minas antipersonales, que puede servir de base para otros estudios y para la creación de otros protocolos de intervención específicos para la población en los aspectos evaluados e intervenidos.

Se recomienda ahondar en la temática, puesto que el estado del arte es muy limitado y generalmente está relacionado con intervenciones psiquiátricas no aterrizadas al contexto colombiano, a su vez sería interesante iniciar un estudio con las familias de los sobrevivientes para mirar el proceso de resiliencia y su proceso de duelo.

A partir de los datos obtenidos en el presente trabajo, se recomienda iniciar la implementación de tratamientos psicológicos y psicoterapéuticos a las personas que sufran o hayan sufrido un evento terrorista para disminuir y tratar las consecuencias arrojadas por este suceso.

REFLEXIÓN SOBRE EL DESARROLLO DE LA EXPERIENCIA DE PRÁCTICA

Hace siete años inicié un reto en mi vida y ese reto estaba encaminado hacia la obtención de un título profesional que permitiera mejorar mi calidad de vida y cumplir con mis objetivos en mi proyecto de vida; hoy dos años más tarde de haber alcanzado mi reto me siento satisfecha pues he conseguido con esfuerzo, sacrificio y trabajo obtener un estudio de posgrado.

Esta experiencia única y limitada es un paso más que doy a lo largo de mi existencia que me ayuda a mejorar y a madurar más como profesional que está al servicio de la comunidad, estoy segura que aparte del saber y el perfeccionamiento adquirido en el área de la psicología clínica, pude aprender más sobre la convivencia, los diferentes puntos de entender y analizar la existencia humana y experimentar como, se pasa de ser una estudiante de posgrado a una profesional especialista con ganas de aprender el arte de la psicología.

REFERENCIAS

- Agudelo, S. (1997). *Violencia y salud en Colombia*. Revista panamericana de salud pública, 1, 93-102.
- Arévalo, L. (2008). *Acompañamiento Psicosocial En El Contexto De La Violencia Sociopolítica, Una Mirada Desde Colombia*. Bogotá: Norma.
- Barrull, E. (2000). *¿Cuál es el objeto de estudio de la psicología?* Recuperado el 27 de diciembre de 2009, en [www. Biopsychology.org.com](http://www.Biopsychology.org.com)
- Beck, A. Rush, J. Brian, F & Shaw, E. (1992). *Terapia cognitiva de la depresión*. Madrid: DESCLEE DE BROWER.
- Benavides, A. (2006). *Prevención de violencia que afecta a jóvenes y adolescentes de América Latina*. Recuperado el 4 de Agosto de 2009, en www.descentralizadrogas.gov.co.
- Caballo, V. (1995). El entrenamiento en habilidades sociales. En V. Caballo (Eds.), *Manual de Técnicas de Terapia y Modificación de Conducta (pp.342-357)*. Madrid: Siglo XXI de España editores, S.A.
- Caicedo, S. (2008). *Aproximación al análisis de la política de salud mental en Colombia*. Recuperado el 27 de diciembre de 2009, en www.gyepro.univalle.edu.co
- Colegio Oficial de Psicólogos. (2008). *Psicología Clínica y de la Salud*. Recuperado el 31 de julio de 2009, en www.cop.es.
- Castro, R. Campero, L & Hernández, B. (2007). *La investigación sobre apoyo social en salud*. Revista pública de salud, 31, 425-435
- Dowell, M. (2006). *Measuring health: A guide to rating scales and questionnaires*. England: Oxford University press.
- Echeburúa, E. (1993). *Ansiedad Crónica, Evaluación y Tratamiento*, Madrid: Eudema.

- Echeburúa, E. Corral, P & Amor, P. (1998). *Perfiles diferenciales del trastorno de estrés postraumático en distintos tipos de víctimas*. Revista Análisis y Modificación de la Conducta, 24, 96-111.
- Gismero, E. (2002). *Escala de Habilidades Sociales*. Edición 2. Madrid: TEA.
- Gómez, L. & Rojas, M. (2007). *Evaluación de la Funcionabilidad del Modelo de Habilidades Sociales de Caballo 1993 en el Proceso de Adaptación al Sistema Penitenciario*. Trabajo de Grado, Universidad Pontificia Bolivariana, Floridablanca.
- Hernández, E. (1999). *El desplazamiento forzado y la oferta estatal para la atención de la población desplazada por la violencia en Colombia*. Reflexión Política, 1 15– 20.
- Jeffrey, A. (1992). *Entrenamiento de las Habilidades Sociales*. Bilbao: Desclee de Brouwer.
- Martorell, B. y Montserrat, D. (2003). Intervención psicológica en pacientes amputados. En B. Martorell y D. Monserrat (Eds.), *El psicólogo en el ámbito hospitalario*. Madrid: Desclee de Brouwer.
- Molano, C. y Niño, A. (2008). *Auto-eficacia, ansiedad y evitación social en personas con y sin obesidad de la ciudad de Bucaramanga*. Trabajo de Grado, Universidad Pontificia Bolivariana, Floridablanca.
- Morris, C. (1997). *Introducción a la Psicología*. Novena Edición. Bogotá: Prentice Hall.
- Noji, E. (2000). *Impacto de los desastres en la salud pública*. Bogotá: Organización Panamericana de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud (OMS, 2007). *Salud Mental*. Recuperado el 27 de diciembre de 2009, en www.who.int/features.com.
- Organización Mundial de la Salud (OMS, 2009). *Factores que influyen en la salud*. Recuperado el 27 de diciembre de 2009, en www.who.com.

Organización Panamericana de la Salud & Organización Mundial de la Salud. (OPS & OMS, 2003).

132. a Sesión del Comité Ejecutivo. Recuperado el 27 de diciembre de 2009, en www.who.com.

Palmero, E. y Fernández, A. (1998). *Emociones y Adaptación*. Barcelona: Ariel S.A.

Parkes, C. (1975). Psychosocial transition. *British journal of psychiatry*, 127 – 204 210.

Programa Presidencial para la Acción Integral Contra Minas Antipersonal. (PAICMA, 2009).

Estadísticas de Víctimas por Minas Antipersonal. Recuperado el 4 de Agosto de 2009, en www.accioncontraminas.gov.co.

Quiñones, L. (2007). *La Salud Mental, Todo un Reto*. Revista MED UNAB, 3,5-8.

Spielberger, D. Buena, C. & Agudelo, D. (2008). *Inventario de Depresión Rasgo – Estado*. Madrid: Tea Ediciones.

Spielberger, D. Gorsuch, R. & Lushene, R. (1972). *Cuestionario de Ansiedad Estado – Rasgo*, adaptación española. Consulting Psychologists Press, Inc. California.

Tobal, A. (1990). *Papel Modulador de la Competencia Percibida Sobre el Afecto y el Estrés*. Barcelona: Roca.

1. ANEXOS

ANEXO 1

HISTORIA CLÍNICA PSICOLÓGICA

HISTORIA No. _____

DATOS PERSONALES

NOMBRES _____ APELLIDOS _____

EDAD AÑOS _____ MESES _____ DIAS _____ GENERO F _____ M _____

LUGAR DE NACIMIENTO _____

FECHA DE NACIMIENTO _____ DIA _____ MES _____ AÑO _____

PROCEDENCIA _____ ESCOLARIDAD _____

OCUPACIÓN _____

DIRECCIÓN _____ TELEFONO _____

ESTADO CIVIL _____ RELIGIÓN _____

FECHA DE INGRESO _____ FECHA DE SALIDA _____

MOTIVO DE CONSULTA_____
_____**HISTORIA DE LA ENFERMEDAD**_____
_____**ANTECEDENTES PERSONALES**_____
_____**ANTECEDENTES FAMILIARES**_____
_____**FAMILIOGRAMA**

DIAGNOSTICO DE REMISIÓN (PSIQUIATRICO O MEDICO)

MEDICAMENTOS

PRUEBAS PSICOLÓGICAS APLICADAS

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA PSICOLÓGICA (EVALUACIÓN MULTIAxIAL)

EJE I _____

EJE II _____

EJE III _____

EJE IV _____

EJE V _____

PRONÓSTICO

RECOMENDACIONES DEL TRATAMIENTO

DIAGNÓSTICO FINAL

EVOLUCIÓN

EXAMEN MENTAL

ATENCIÓN
ORIENTACIÓN
POSTURA
LENGUAJE
PERCEPCIÓN
PENSAMIENTO
VOLUNTAD
JUICIO
SUEÑO
ALIMENTACIÓN
FOBIAS
OBSERVACIONES

HISTORIA MENTAL	
ENUMERACION DE SINTOMAS	
<i>Nivel cognitivo:</i>	<i>Nivel conductual:</i>
<i>Nivel afectivo:</i>	<i>Nivel motivacional:</i>
<i>Nivel físico:</i>	<i>Datos objetivos:</i>
AREAS AFECTADAS	
<i>Familiar</i>	<i>Laboral</i>
<i>Social</i>	<i>Personal</i>
HISTORIA DE LA QUEJA ACTUAL Y EPISODIOS PREVIOS	
<i>Atribución sobre los problemas.</i>	
<i>Historia del problema.</i>	
<i>Episodios previos similares.</i>	
<i>Tratamientos anteriores y otros actuales.</i>	
OTROS PROBLEMAS	
<i>Trabajo:</i>	<i>Matrimonio:</i>
<i>Interacción social:</i>	<i>Otros:</i>
HISTORIA FAMILIAR PSICOLOGICA	
<i>Antecedentes psíquicos y tratamientos seguidos:</i>	
<i>Relación del paciente, con sus familiares y percepción que tiene de ellos (carácter, apoyo, etc.)</i>	
HISTORIA PERSONAL PSICOLOGICA	
<i>Conceptualización del paciente (atribuciones, categorización, etc.)</i>	
<i>Historia familiar, social, laboral, educacional, sexual afectiva.</i>	

ANEXO 3

CONSENTIMIENTO INFORMADO

EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO DE LA ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y HABILIDADES SOCIALES EN PERSONAS SOBREVIVIENTES DE MINAS ANTIPERSONALES.

Yo _____, con documento de identidad No. _____, por medio de la presente acepto participar en el programa de intervención **Evaluación Y Tratamiento De La Ansiedad, Depresión Y Habilidades Sociales En Personas Sobrevivientes De Minas Antipersonales**, cuyo objetivo es realizar un proceso psicoterapéutico de los diferentes aspectos mencionados.

Se me ha explicado que mi participación consiste en diligenciar los respectivos cuestionarios, en disponer de una hora a la semana para el tratamiento psicoterapéutico, en cumplir con las tareas asignadas y los compromisos establecidos; así mismo se me ha informado que seré participe de un proceso de intervención de acuerdo al diagnostico arrojado por las pruebas y la historia clínica psicológica.

Se me ha garantizado que el tratamiento de los datos será confidencial y se me ha informado que los resultados serán arrojados de manera individual. Adicionalmente, la psicóloga Adriana del Pilar Niño Carrillo con número de tarjeta profesional 108143 estará atenta en todo momento a responder las dudas y preguntas en caso de presentarse.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme en cualquier momento del proceso si lo considero conveniente sin que esto tenga ninguna consecuencia. Se me ha dado seguridad de que no se me identificará en ninguna de las publicaciones que se deriven del proceso de intervención, pues se garantiza mi derecho al anonimato.

Firma del Paciente

Firma de la Psicóloga.

ANEXO 4

A-E

INSTRUCCIONES

A continuación encontrará algunas de las expresiones que la gente usa para describirse así mismo. Lea cada frase y señale con una X (equis) la puntuación 0 a 3 que indique mejor cómo se **SIENTE UD. AHORA MISMO**, es decir, **en éste momento**. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente, tenga en cuenta que:

0 = NADA; 1 = ALGO; 2 = BASTANTE; 3 = MUCHO.

1	Me siento calmado	0	1	2	3*
2	Me siento seguro	0	1	2	3*
3	Estoy tenso	0	1	2	3
4	Estoy contrariado	0	1	2	3
5	Me siento cómodo (estoy a gusto)	0	1	2	3*
6	Me siento alterado	0	1	2	3
7	Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras	0	1	2	3
8	Me siento descansado	0	1	2	3*
9	Me siento angustiado	0	1	2	3
10	Me siento confortable	0	1	2	3*
11	Tengo confianza en mí mismo	0	1	2	3*
12	Me siento nervioso	0	1	2	3
13	Estoy intranquilo	0	1	2	3
14	Me siento muy "atado" (como oprimido)	0	1	2	3
15	Estoy relajado	0	1	2	3*
16	Me siento satisfecho	0	1	2	3*
17	Estoy preocupado	0	1	2	3
18	Me siento aturdido y sobreexcitado	0	1	2	3

19	Me siento alegre	0	1	2	3*
20	En este momento me siento bien	0	1	2	3*

A-R

INSTRUCCIONES

A continuación encontrará algunas de las expresiones que la gente usa para describirse así mismo. Lea cada frase y señale con una X (equis) la puntuación 0 a 3 que indique mejor cómo se **SIENTE UD. EN GENERAL**, es decir, **en la mayoría de las ocasiones**. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa cómo se siente Ud. generalmente, tenga en cuenta que:

0 = CASI NUNCA; 1 = A VECES; 2 = A MENUDO; 3 = SIEMPRE.

21	Me siento bien	0	1	2	3*
22	Me canso rápidamente	0	1	2	3
23	Siento ganas de llorar	0	1	2	3
24	Me gustaría ser tan feliz como los otros	0	1	2	3
25	Pierdo oportunidades por no decidirme pronto	0	1	2	3
26	Me siento descansado	0	1	2	3*
27	Soy una persona tranquila, serena y sosegada	0	1	2	3*
28	Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas	0	1	2	3
29	Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	0	1	2	3
30	Soy feliz	0	1	2	3*
31	Tomo las cosas muy a pecho	0	1	2	3
32	Me falta confianza en mí mismo	0	1	2	3
33	Me siento seguro	0	1	2	3*
34	Trato de sacarle el cuerpo a las crisis y dificultades	0	1	2	3
35	Me siento melancólico	0	1	2	3
36	Me siento satisfecho	0	1	2	3*
37	Me rondan y molestan pensamientos sin importancia	0	1	2	3
38	Me afectan tanto los desengaños, que no puedo olvidarlos	0	1	2	3

39	Soy una persona estable	0	1	2	3*
40	Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales, me pongo tenso y agitado	0	1	2	3

ANEXO 5

IDER - INSTRUCCIONES

A continuación se presentaran una serie de frases que la gente usa para describirse a sí misma. Por favor, lea las correspondientes a las columna de su sexo (VARONES O MUJERES) y rodee con un circulo el numero que, más se aproxime a como se siente **EN ESTE MOMENTO Y GENERALMENTE**. No hay respuestas correctas o incorrectas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos actuales y como se siente en la mayoría de las ocasiones.

VARONES

EN ESTE MOMENTO ...	Nada	Algo	Bastante	Mucho
1. Me siento bien				
2. Estoy Apenado				
3. Estoy Decaído				
4. Estoy Animado				
5. Me Siento Desdichado				
6. Estoy Hundido				
7. Estoy Contento				
8. Estoy Triste				
9. Estoy Entusiasmado				
10. Me Siento Enérgico				

NO SE DETENGA, CONTINUE CONTESTANDO A LOS ELEMENTOS 11 A 20

GENERALMENTE	Casi Nunca	A Veces	A Menudo	Casi Siempre
11. Disfruto la vida				
12. Me siento desgraciado				
13. Me siento pleno				
14. Me siento dichoso				
15. Tengo esperanzas sobre el futuro.				
16. Estoy decaído				
17. No tengo ganas de nada.				
18. Estoy hundido				
19. Estoy triste				
20. Me siento energético				

MUJERES

EN ESTE MOMENTO ...	Nada	Algo	Bastante	Mucho
---------------------	------	------	----------	-------

1. Me siento bien				
2. Estoy Apenada				
3. Estoy Decaída				
4. Estoy Animada				
5. Me Siento Desdichada				
6. Estoy Hundida				
7. Estoy Contenta				
8. Estoy Triste				
9. Estoy Entusiasmada				
10. Me Siento Enérgica				

NO SE DETENGA, CONTINUE CONTESTANDO A LOS ELEMNTOS 11 A 20

GENERALMENTE	Casi Nunca	A Veces	A Menudo	Casi Siempre
11. Disfruto la vida				
12. Me siento desgraciada				
13. Me siento plena				
14. Me siento dichosa				
15. Tengo esperanzas sobre el futuro.				
16. Estoy decaída				
17. No tengo ganas de nada.				
18. Estoy hundida				
19. Estoy triste				
20. Me siento enérgica.				

Anexo 6

Escala de habilidades sociales

Instrucciones:

Anote sus respuestas rodeando la letra de la alternativa que mejor se ajuste a su modo de ser o de actuar. Compruebe que rodea la letra en la misma línea de la frase que ha leído.

Respuestas:

- A** No me identifico en absoluto, la mayoría de las veces no me ocurre o no lo haría.
- B** Más bien no tiene que ver conmigo, aunque alguna vez me ocurra.
- C** Me describe aproximadamente, aunque no siempre actué o me sienta así.
- D** Muy de acuerdo y me sentiría o actuaría así en la mayoría de los casos.

A veces evito hacer preguntas por miedo a parecer estúpido.	A B C D
Me cuesta telefonar a tiendas y oficinas, etc.	A B C D
Si al llegar a mi casa encuentro un defecto en algo que he comprado, voy a la tienda a devolverlo. ¹	A B C D
Cuando en una tienda atienden antes a alguien que entro después de mí, me calo.	A B C D
Si un vendedor insiste en enseñarme un producto que no deseo en lo absoluto, paso un mal rato para decirle <NO>	A B C D
A veces me resulta difícil pedir que me devuelvan algo que deje prestado.	A B C D
Si en un restaurante no me traen la comida como la había pedido, llamo al camarero y pido que me la hagan de nuevo.	A B C D
A veces no sé qué decir a personas atractivas del sexo opuesto.	A B C D
Muchas veces cuando tengo que hacer un halago no sé qué decir.	A B C D
Tiendo a guardar mis opiniones para mí mismo.	A B C D
A veces evito ciertas reuniones sociales por miedo hacer o decir alguna tontería.	A B C D
Si estoy en el cine y alguien me molesta con su conversación me da mucho apuro decirle que se calle.	A B C D
Cuando algún amigo expresa una opinión en la que estoy en muy desacuerdo, prefiero callarme a manifestar abiertamente lo que pienso.	A B C D
Cuando tengo mucha prisa y una amiga llama me cuesta mucho cortarla.	A B C D
Hay determinadas cosas que me disgusta prestar, pero si me las piden, me cuesta mucho negar.	A B C D
Si tienda y me doy cuenta que me han dado mal la vuelta, regreso allí a pedir el cambio correcto. Salgo de una	A B C D
No me resulta fácil hacer un cumplido a alguien que me gusta.	A B C D
Si veo en una fiesta a una persona atractiva del sexo opuesto tomo la iniciativa y me acerco a entablar una conversación con ella.	A B C D
Me cuesta expresar mis sentimientos a los demás.	A B C D
Si tuviera que buscar trabajo preferiría escribir cartas a tener que pasar por entrevistas personales.	A B C D
Soy incapaz de regatear o pedir descuento al comprar algo.	A B C D
Cuando un familiar cercano me molesta, prefiero ocultar mis sentimientos antes de expresar mi enfado.	A B C D
Nunca se como cortar a un amigo que habla mucho	A B C D
Cuando decido que no me apetece volver a salir con una persona, me cuesta mucho comunicarle mi decisión.	A B C D
Si un amigo al que he prestado cierta cantidad de dinero parece haberlo olvidado, se lo recuerda.	A B C D
Me suele costar mucho pedir a un amigo que me haga un favor.	A B C D
Soy incapaz de pedir a alguien una cita.	A B C D
Me siento turbado o violento cuando alguien del sexo opuesto me dice que le gusta algo de mi físico.	A B C D
Me cuesta expresar mi opinión en grupos (en clase, reuniones, etc.)	A B C D
Cuando alguien se me cuele en una fila hago como si no me hubiese dado cuenta.	A B C D
Me cuesta mucho expresar agresividad o enfado hacia otro sexo aunque tenga mis motivos justificados.	A B C D
Muchas veces prefiero ceder, callarme o quitarme de en medio para evitar problemas	A B C D

con otras personas.	
Hay veces que no se negarme a salir con alguien que no me apetece poro que me llama varias veces.	A B C D

ANEXO 7
PROTOCOLOS DE INTERVENCIÓN

METODOLOGIA APLICADA

Evaluación y tratamiento de la ansiedad, depresión y habilidades sociales

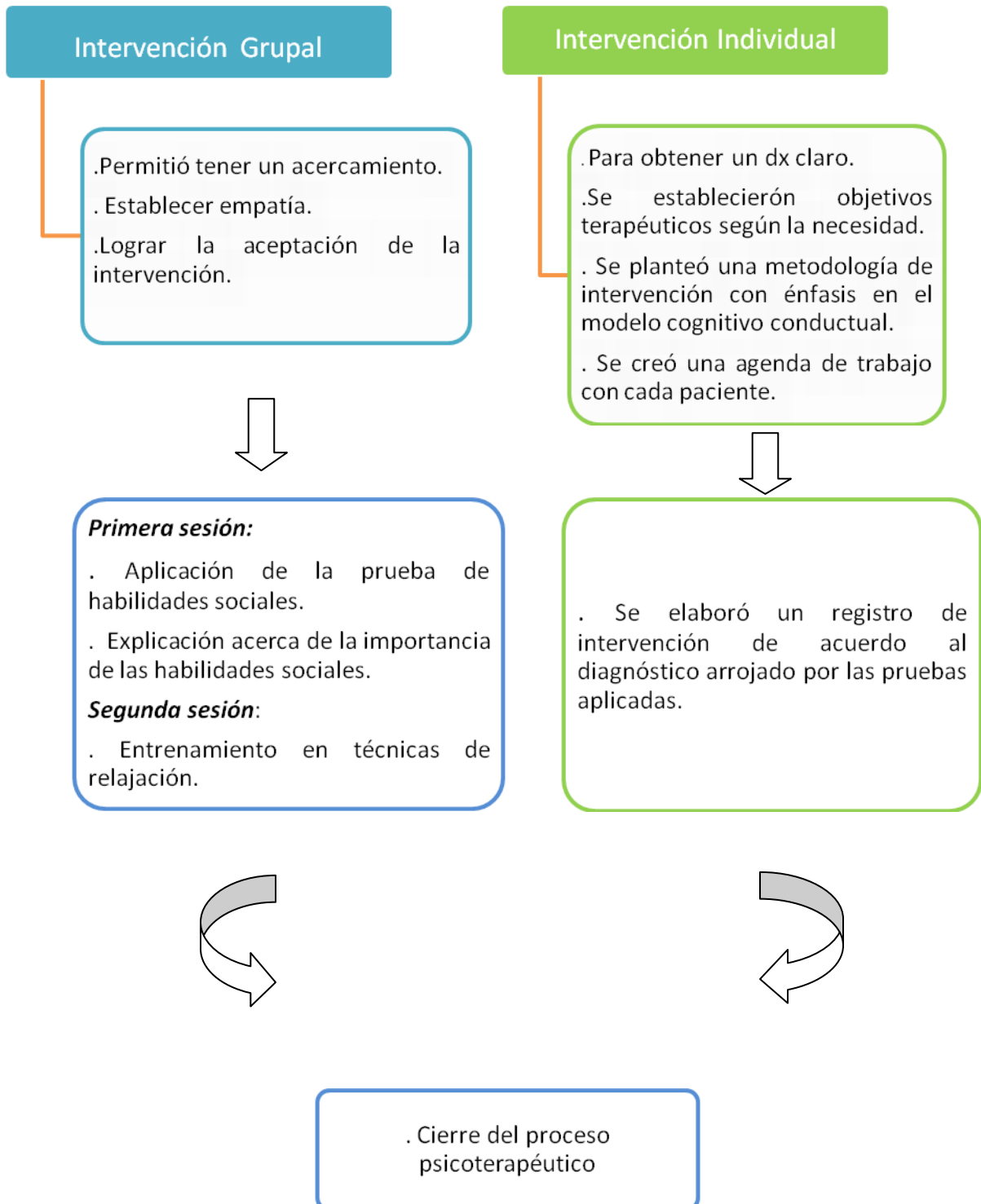
1. Preselección

- Valoración psicológica.
- Examen mental.
- Observación directa no participante.

2. Selección

- Aplicación de los test "STAI Estado y Rasgo, IDER Estado y Rasgo, EHS"
- Entrevista.
- Aplicación de la historia clínica semi estructurada.





PROCOLOS IMPLEMENTADOS:



ANSIEDAD

- **1 Sesión: Socialización del paciente en el modelo cognitivo de la terapia:** Relación pensamiento-emoción-conducta; explicación e identificación de los pensamientos disfuncionales.
- **2 Sesión: Identificación de pensamientos automáticos:** Uso de auto-registros, se toma nota sobre los significados asociados de modo que se pueda hipotetizar los supuestos personales.
- **3 Sesión: Evaluación de la validez de los pensamientos automáticos:** evidencias, alternativas, consecuencias, experimentos personales para predicciones amenazantes y de no afrontamiento.
- **4 y 5 Sesión: Entrenamiento en técnicas de respiración y técnicas de relajación:** Induce a relajar los músculos y llevar un adecuado proceso de oxigenación al interior del organismo, a su vez permite llevar a cabo la distracción cognitiva y la adquisición de la habilidad para la reducción de la activación ansiógena.
- **6 Sesión: Entrenamiento asertivo:** Dirigido a aumentar la habilidad de autoafirmación del sujeto y la reducción de inhibiciones conductuales.
- **7 Sesión: Cierre del proceso psicoterapéutico con el paciente.**

DEPRESIÓN

- **1 Sesión: Socialización terapéutica**
Que el paciente entienda la relación entre pensamiento (evaluaciones negativas)-conducta (bajo nivel de actividad) y estado emocional (depresión).
- **2 Sesión: Evaluar el nivel de actividad** auto-registro de actividades diarias en una semana, anotando cada hora la actividad realizada y el grado de dominio (o dificultad) y agrado (utilizando una escala de 0-5 para dominio y agrado).
- **3 sesión:** Identificación de los pensamientos automáticos que expresan las distorsiones cognitivas.
- **4 Sesión:** Comprobar el grado de validez de los pensamientos automáticos.
- **5 Sesión:** Identificación de los supuestos personales y su comprobación de validez.
- **6 Sesión: Programación de actividades diarias** para posibilitar el aumento de gratificaciones (refuerzos) o como tareas distractoras de momentos de malestar.
- **7 Sesión: Cierre del proceso psicoterapéutico** con el paciente.



HABILIDADES SOCIALES

- **1 Sesión:** Socialización del paciente en el modelo cognitivo de la terapia cognitiva.
- **2 Sesión:** Identificación de acciones y conductas que causan malestar.
- **3 sesión:** Identificación y reconocimiento de las habilidades sociales propias.
- **4 y 5 Sesión:** Refuerzo social, donde se trabaja resolución de conflictos, toma de decisiones, empatía, interacciones y defensa de derechos.
- **6 Sesión:** Entrenamiento asertivo
- **7 Sesión:** Cierre del proceso psicoterapéutico.

ANEXO 8
FORMULACIÓN DE CASO 1

Datos sociodemográficos:

Fecha: 14 de Septiembre de 2009

Nombres y apellidos: A.C.G.

Lugar y fecha de nacimiento: 19/11/1986

Edad: 23 años

Nivel académico: Bachiller

Asesoría psicológica previa: SI ___ NO X

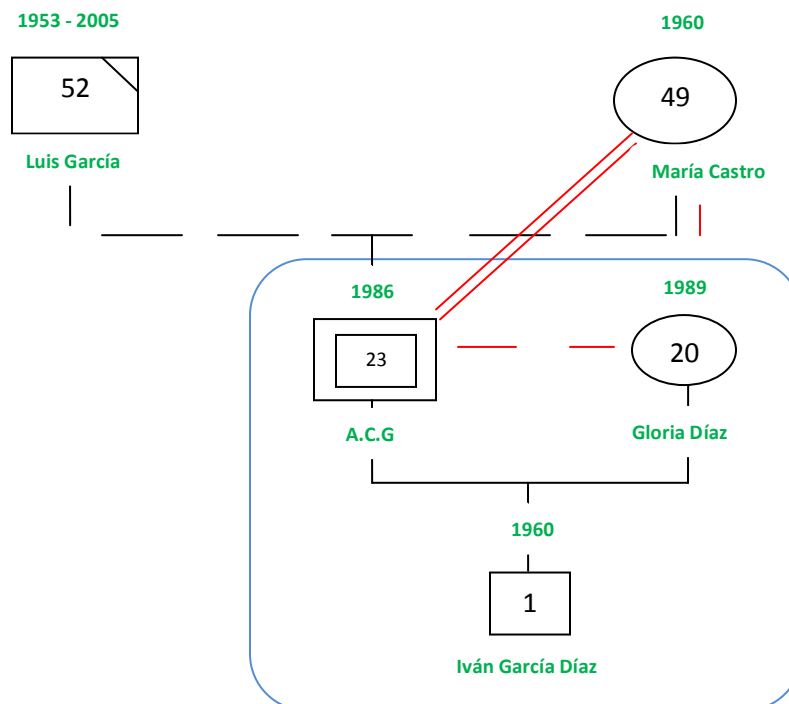
Motivo de consulta:

Vinculación al programa "Evaluación y tratamiento de la ansiedad, depresión y habilidades sociales en personas sobrevivientes de minas antipersonales".

Composición familiar:

La familia de A.C.G está compuesta por su esposa y su hijo.

Genograma:



Listado de Conductas Problemas:

Falta de concentración.

Problemas con la esposa por celos

Violencia intrafamiliar.

Miedo a hablar ante desconocidos.

Alteración del sueño.

Deficiencia de redes sociales.

Descripción de la historia de vida:

A.C.G es un joven que desde niño vivió en sectores marginales de la ciudad de Barrancabermeja, a pesar de las condiciones de pobreza pudo culminar sus estudios de secundaria. Cuando tenía 8 años tuvo que afrontar la separación de sus padres, desde entonces empezó a trabajar para ayudarle a su madre con los gastos de la casa, unos años después su padre muere y él tiene que enfrentarse al exilio de su casa debido a enfrentamientos de paramilitares y guerrilla porque es acusado de informante, viaja al sur del país a trabajar con un amigo en un finca, seis meses después cae en un campo minado al intentar escapar del fuego armado ante un enfrentamiento del ejército con la guerrilla y sufre amputación del miembro inferior izquierdo (MII) por debajo de rodilla.

Un año después de haber sufrido su accidente vuelve a Barrancabermeja, pero por amenazas tuvo que desplazarse a Bucaramanga donde unos primos; empieza a asistir a una iglesia evangélica y conoce a Gloria Díaz con quien cuatro meses después se casa y tiene un hijo.

Ciclo de vida:

La niñez de A.C.V estuvo enmarcada por conflicto intrafamiliar, abandono por parte de la figura paterna, trabajo a temprana edad, duelo por la muerte de su padre y exposición a conductas delictivas. En la adolescencia enfrentó el exilio, la amenaza de muerte, el desplazamiento y el accidente de mina antipersonal. En la adultez enfrenta problemas de violencia intrafamiliar y procesos de rehabilitación médica producto de la mina.

Contexto:

Las relaciones que se establecen en el contexto familiar de A.C.G. en general son conflictivas. A.C.G. mantiene una relación cercana con su madre que vive en otra ciudad y afirma que la relación

con su esposa se torna a veces conflictiva debido a los celos enfermizos, aunque no tiene hermanos lleva una muy buena relación con algunos primos que viven en la ciudad.

La principal figura de autoridad en el hogar es la esposa de A.C.G, afirma no tener inconvenientes con esto; tiende a acatar la norma, no toma decisiones por si mismo siempre busca una aprobación externa y no establece un adecuado manejo del poder. Dentro de las conductas sociales que establece se encuentra que no es muy sociable, es poco asertivo y evitativo a las reuniones sociales. Mantiene una relación de pareja estable, se le dificulta expresar sentimientos, es sexualmente activo.

Impresión diagnóstica:

Valoración multiaxial:

EJE I: Persona con síntomas de depresión y ansiedad.

EJE II: No presenta

EJE III: Migraña y amputación de Miembro Inferior Izquierdo (MII).

EJE IV: Sobreviviente de mina antipersonal y desplazamiento forzoso.

EJE V: Funcionalidad entre un 80 – 100%

Ítems de valoración:

Fue aplicado el cuestionario STAI Rasgo - Estado, IDER y EHS las cuales arrojaron que el paciente manifiesta niveles altos de presión y algunos síntomas ansiosos.

Hipótesis clínica:

El paciente presenta niveles altos de presión y algunos síntomas ansiosos, lo cual conlleva a la falta de concentración, disminución del sueño, sudoración excesiva de manos, tensión muscular y sentimientos de desesperanza. Factores como la violencia social e intrafamiliar, el abandono, el exilio, el desplazamiento, las amenazas de muerte y el accidente de mina antipersonal conllevan a la presencia de esta sintomatología.

Objetivos terapéuticos:

Modificación de los factores sintomáticos tanto afectivos, cognitivos y conductuales.

Detección y modificación de los pensamientos automáticos.

Identificación de los supuestos personales y modificación de los mismos.

Reducción de la conducta de evitación.

Plan de intervención:

Al paciente se le aplicaron los protocolos creados para la depresión y la ansiedad para manejar la sintomatología presentada y así prevenir el riesgo de un trastorno psiquiátrico (Ver anexo 7).

FORMULACIÓN DE CASO 2

Datos sociodemográficos:

Fecha: 2 de Septiembre de 2009

Nombres y apellidos: F.A.F.

Lugar y fecha de nacimiento: 11/01/1979

Edad: 30 años

Nivel académico: Noveno grado

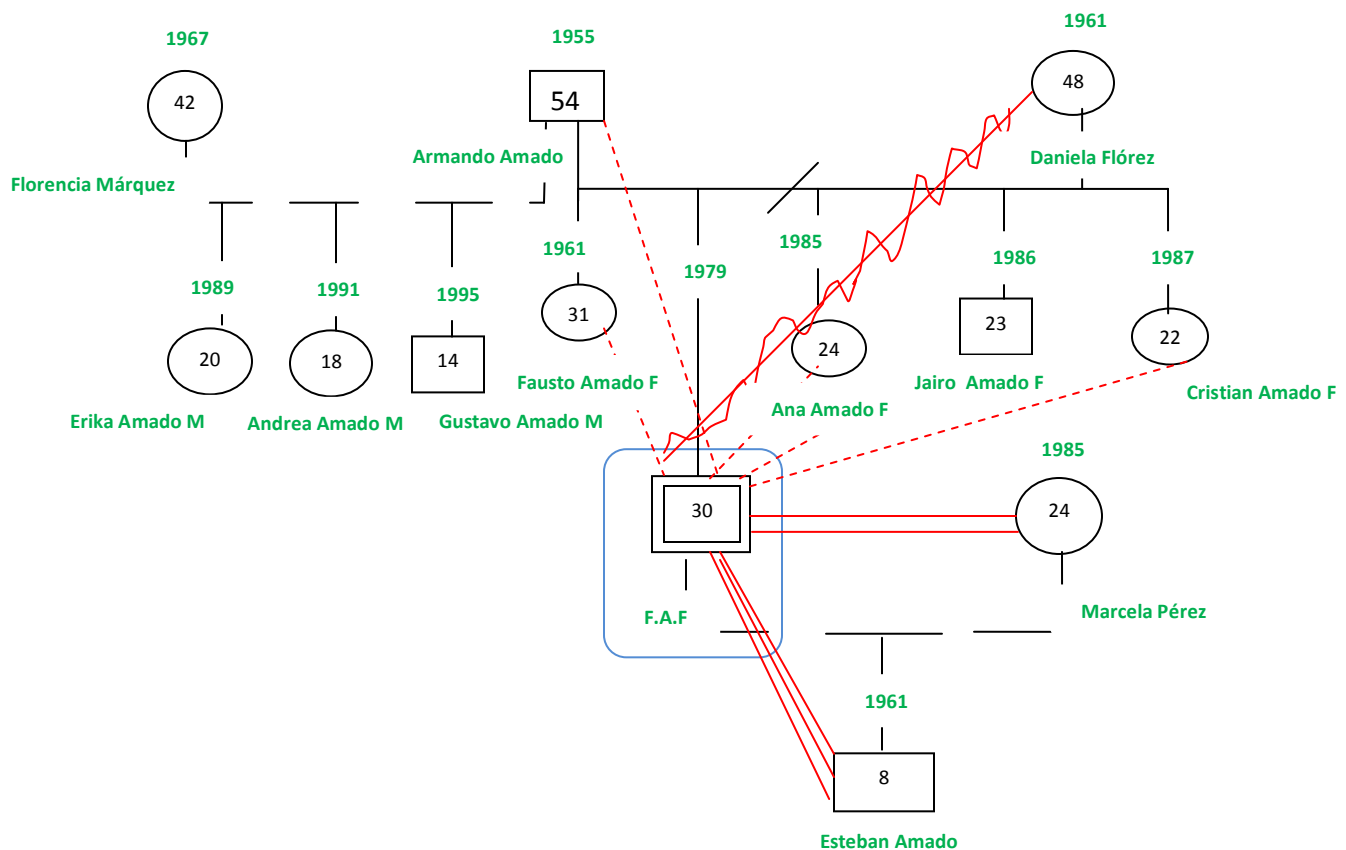
Motivo de consulta:

Vinculación al programa "Evaluación y tratamiento de la ansiedad, depresión y habilidades sociales en personas sobrevivientes de minas antipersonales".

Composición familiar:

La familia de F.A.F está compuesta por su esposa y su hijo, aunque en estos momentos no vive con ellos.

Genograma:



Listado de Conductas Problemas:

Aislamiento social y familiar.

Sentimientos de incapacidad.

Dependiente de otros.

Miedo a no volver a ver a su hijo.

Miedo a volver a caer en una mina.

Dificultad para expresar lo que siente y lo que piensa.

Descripción de la historia de vida:

La vida de niño F.A.F se dio en una vereda del Sur de Bolívar, allí vivía con sus padres y sus hermanos, a los 6 años tuvo que afrontar las agresiones físicas originadas a la madre por parte de su padre, y la separación y abandono de su madre y sus hermanos.

A los siete años es abandonado por su padre donde un tío paterno y sufre desprecios y maltratos físicos, él decide escaparse a los ocho años y se refugia donde su abuela paterna, allí vive cuatro años y luego su padre lo busca y se lleva a una finca para enseñarlo a trabajar; durante los tres años que convive con su padre sufre maltrato físico y psicológico.

A los dieciséis años se independiza y empieza a trabajar en agricultura, siete años más tarde se encontraba pastoreando ganado y una vaca pisa la mina antipersonal lo que ocasiona daños en su tobillo derecho y esquivas y laceraciones en su cuerpo.

Estando en su proceso de rehabilitación física, conoce a Marcela Pérez y entabla una relación que dura dos años y de la cual nace su hijo Esteban. Por miedo a lo sucedido decide emprender viaje a Bucaramanga para rehabilitarse y buscar un mejor futuro.

Ciclo de vida:

La niñez de F.A.F estuvo enmarcada por conflicto intrafamiliar, abandono de padres y hermanos y maltrato físico por parte de la familia extensa.

En la adolescencia enfrento maltrato físico y psicológico por parte de su padre.

En la adultez sufre el accidente de mina antipersonal y desplazamiento por miedo a lo vivido.

Contexto:

Las relaciones que se establecen en el contexto familiar de F.A.F. en general son conflictivas y distantes puesto que cuando era niño fue separado de su madre y quedó al amparo de su padre, el cual era conflictivo y castigador, fue separado de sus hermanos y 8 años después los vuelve a ver en el funeral de un tío paterno, mantiene una relación cercana con la madre de su hijo y una relación simbiótica con su hijo.

Su vida social fue muy limitada, le cuesta confiar en los otros y es muy precavido a la hora de establecer amistades. Desde muy joven se dedicó a la agricultura, pero producto del accidente aprendió a desenvolverse en otras áreas.

Actualmente no tiene pareja ni una vida sexualmente activa y se encuentra en un tratamiento médico.

Impresión diagnóstica:***Valoración multiaxial***

EJE I: Síntomas de ansiedad.

EJE II: No presenta

EJE III: No presenta

EJE IV: Sobreviviente de mina antipersonal.

EJE V: Funcionalidad entre un 85 – 100%

Ítems de valoración:

Fue aplicado el cuestionario STAI Rasgo -Estado, IDER y EHS las cuales arrojaron que el paciente manifiesta algunos síntomas ansiosos y déficit en habilidades sociales.

Hipótesis clínica:

El paciente presenta algunos síntomas ansiosos y déficit en habilidades sociales, lo cual conlleva a la sudoración excesiva de manos, tensión muscular, sentimientos de inutilidad, miedo a lo ocurrido y aislamiento social. Esta condición ha provocado cambios en su estilo de vida; factores como el abandono, el maltrato físico y psicológico y el accidente de mina antipersonal conllevan a esta sintomatología.

Objetivos terapéuticos:

Lograr que el sujeto deje de experimentar la ansiedad ante las situaciones temidas.

Reducción de la conducta de evitación.

Modificación de las cogniciones anticipatorias respecto a las situaciones temidas.

Fortalecimiento de la autoestima.

Entrenamiento en habilidades sociales, específicamente control de emociones, toma de decisiones y empatía.

Plan de intervención:

Al paciente se le aplicaron los protocolos creados para la ansiedad y el déficit en habilidades sociales para manejar la sintomatología presentada y mejorar su calidad de vida (Ver anexo 7).

FORMULACIÓN DE CASO 3

Datos sociodemográficos:

Fecha: 14 de Septiembre de 2009

Nombres y apellidos: E.U.H.

Lugar y fecha de nacimiento: 10/04/1983

Edad: 26 años

Nivel académico: Bachiller

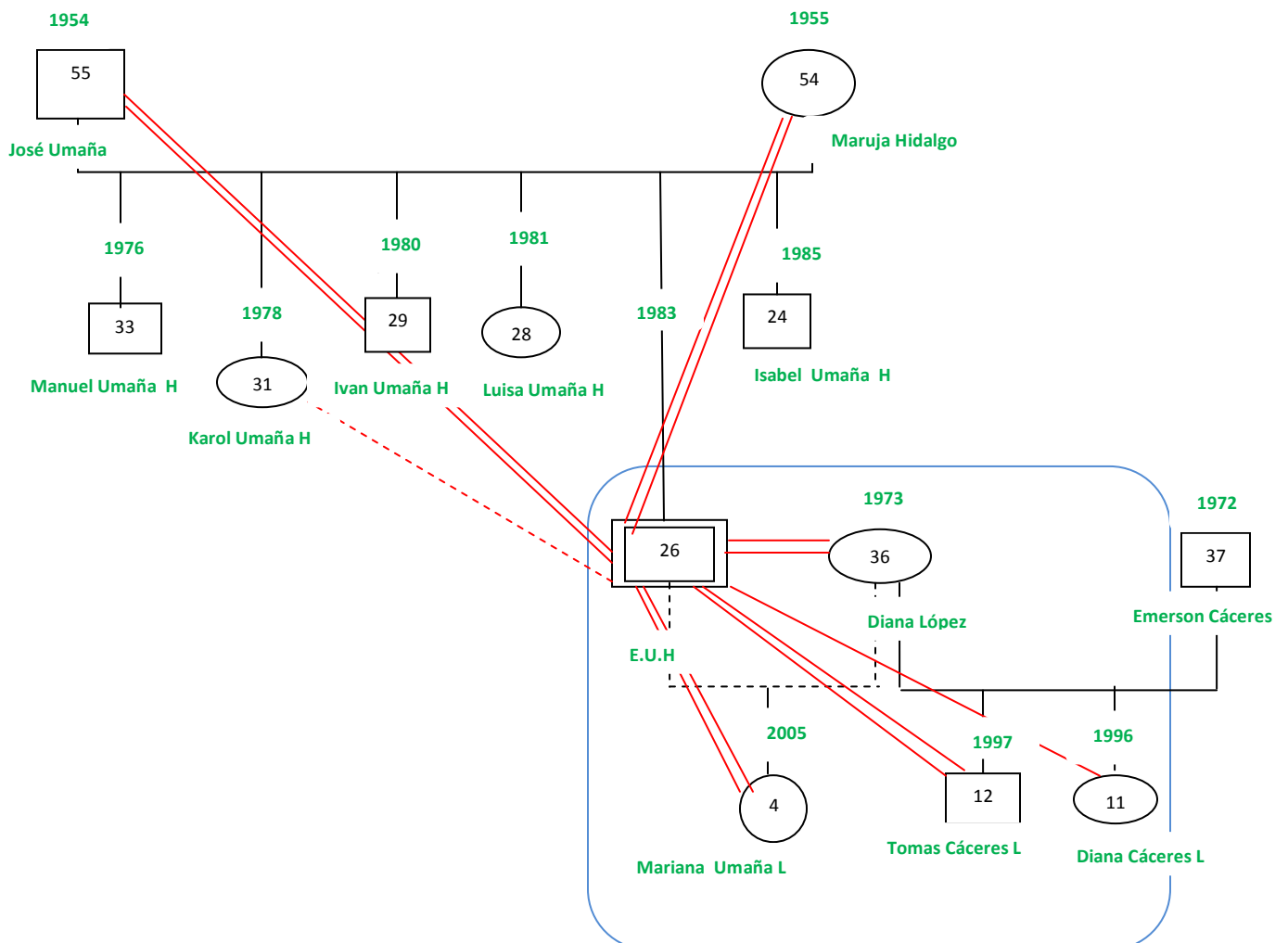
Motivo de consulta:

Vinculación al programa "Evaluación y tratamiento de la ansiedad, depresión y habilidades sociales en personas sobrevivientes de minas antipersonales".

Composición familiar:

La familia de E.U.H está compuesta por su esposa, su hija y sus hijastros.

Genograma:



Listado de Conductas Problemas:

Aislamiento social y familiar.

Sentimientos de minusvalía.

Indecisión.

Miedo a que lo maten.

Descripción de la historia de vida:

E.U.H nació en un pueblito de Santander que su economía está basada en la agricultura y ganadería, pero a su vez es un territorio estratégico y hay presencia de guerrilla en el sector. Desde niño E.U.H ha vivido con sus padres y hermanos, es bachiller y administraba la finca de la familia. A los diecisiete años es víctima de una mina antipersonal y esta le genera amputación del miembro inferior derecho (MID). Cinco años después se va administrar una finca y conoce a Diana López, entabla una relación con ella y nace su hija Mariana, por lo cual decide formar un hogar con Diana y los hijos del primer matrimonio de ella, tiempo después son amenazados de muerte por presenciar un asesinato razón por la cual se desplazan hacia la capital de Santander.

Ciclo de vida:

La niñez de E.U.H fue normal, sin problemas.

En la adolescencia sufre el accidente de mina antipersonal.

En la adultez es amenazado de muerte y desplazado.

Contexto:

Las relaciones que se establecen en el contexto familiar de E.U.H. en general son buenas, mantiene una relación cercana con su esposa y sus hijastros, actualmente viven en una granja y sus relaciones están fundamentadas en el dialogo. E.U.H alude que la relación que lleva con sus padres y hermanos es buena y cercana, es de colaboración mutua excepto con una hermana dicha relación es muy conflictiva por intereses económicos.

La principal figura de autoridad en el hogar es E.U.H, aunque como él trabaja todo el día, esta función es llevada a cabo por su esposa. Afirma no tener inconvenientes con esto, pues mantienen una buena relación. Actualmente es una persona poco sociable, mantiene una relación estable y tiene una vida sexual y afectiva activa.

Impresión diagnóstica:***Valoración multiaxial***

EJE I: Ansiedad con síntomas depresivos.

EJE II: No presenta

EJE III: Amputación de Miembro Inferior Derecho (MID).

EJE IV: Sobreviviente de mina antipersonal y desplazamiento forzoso.

EJE V: Funcionalidad entre un 82 – 100%

Ítems de valoración:

Fue aplicado el cuestionario STAI Rasgo - Estado, IDER y EHS las cuales arrojaron que el paciente presenta niveles altos de ansiedad con síntomas depresivos.

Hipótesis clínica:

El paciente presenta niveles altos de ansiedad con síntomas depresivos, lo que genera sentimientos de miedo y temor a que lo encuentre y lo maten, aislamiento social, sentimientos de desesperanza, sudoración excesiva de manos, tensión muscular, dificultad para concentrarse, perturbación del sueño e irritabilidad. Esta condición ha generado malestar significativo al interior de su familia. Por lo cual los factores que están altamente implicados en la sintomatología presentada están relacionados con el accidente de mina antipersonal, las amenazas y el desplazamiento forzoso.

Objetivos terapéuticos:

Lograr que el sujeto deje de experimentar la ansiedad ante las situaciones temidas.

Reducción de la conducta de evitación.

Modificación de las cogniciones anticipatorias respecto a las situaciones temidas.

Detección y modificación de pensamientos automáticos y distorsiones cognitivas.

Plan de intervención:

Al paciente se le aplicaron los protocolos creados para la ansiedad y la depresión para manejar la sintomatología presentada y desarrollarle estrategias que le permitan afrontar las situaciones que le generan malestar (Ver anexo 7).

FORMULACIÓN DE CASO 4

Datos sociodemográficos:

Fecha: 17 de Septiembre de 2009

Nombres y apellidos: E.D.M

Lugar y fecha de nacimiento: 24/10/1974

Edad: 34 años

Nivel académico: Primaria

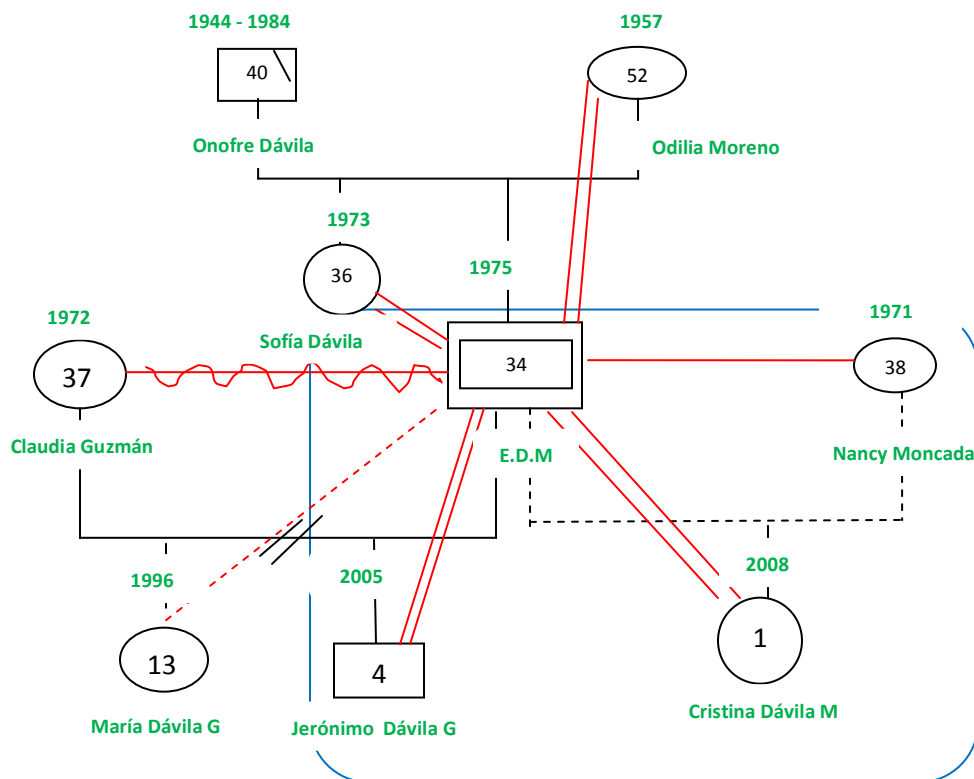
Motivo de consulta:

Vinculación al programa "Evaluación y tratamiento de la ansiedad, depresión y habilidades sociales en personas sobrevivientes de minas antipersonales".

Composición familiar:

La familia de E.D.M está compuesta por su esposa, su hijo y una hija del primer matrimonio.

Genograma:



Listado de Conductas Problemas:

Se le dificulta expresar las emociones.

Es poco asertivo.

Irritabilidad.

Dificultad para concentrarse.

Descripción de la historia de vida:

La historia de vida de E.D.M se inicia en un pueblito de Santander marcado por la violencia, desde muy temprana edad estuvo en medio de la guerra, se tenían que esconder para no ver ni escuchar las atrocidades que hacían con los campesinos del sector, muchas veces tuvo que lidiar con las invitaciones ser parte de las filas de grupos al margen de la ley.

A los 9 años vio como la guerrilla asesino a su padre, tuvo que empezar a trabajar para ayudar a su madre en las labores del hogar y de la finca.

A los trece años cae en un campo minado y pierde el miembro inferior izquierdo (MI) desde entonces la familia de E.D.M deciden desplazarse para la capital del departamento a probar suerte y hacer un mejor futuro lejos de la violencia.

Ciclo de vida:

La niñez de E.D.M estuvo enmarcada en el conflicto armado y social del sector, tuvo que presenciar la muerte de su padre.

En la adolescencia sufre el accidente de mina antipersonal y decide desplazarse.

En la adultez se le dificulta sostener una relación de pareja.

Contexto:

Las relaciones que se establecen en el contexto familiar de E.D.M. en general son buenas. EDM. Mantiene una relación cercana con su madre y su hermana, así mismo convive con 2 de sus 3 hijos, puesto que alude que su primer matrimonio genero conflictos fuertes que llevaron al distanciamiento con su hija mayor.

La principal figura de autoridad en el hogar es EDM, pero se encuentra conflicto con la aceptación de las normas, socialmente se le dificulta trabajar en equipo y es poco asertivo, ha mantenido relaciones de pareja conflictivas y poco estables.

Impresión diagnóstica:***Valoración multiaxial***

EJE I: Síntomas ansiosos.

EJE II: No presenta

EJE III: Amputación de Miembro Inferior Izquierdo (MII).

EJE IV: Sobreviviente de mina antipersonal y desplazamiento forzoso. Déficit en habilidades sociales.

EJE V: Funcionalidad entre un 80 – 100%

Ítems de valoración:

Fue aplicado el cuestionario STAI Rasgo - Estado, IDER y EHS las cuales arrojaron que el paciente manifiesta síntomas ansiosos y déficit en habilidades sociales.

Hipótesis clínica:

El paciente presenta síntomas de ansiedad y déficit en habilidades sociales, por lo que evidencia preocupación excesiva, irritabilidad, dificultad para concentrarse, baja asertividad, dificultad para expresar emociones y baja tolerancia. Esta condición ha generado que se establezcan comportamientos poco apropiados. Por lo cual los factores que están altamente implicados en la sintomatología presentada están relacionados con haber presenciado la muerte de su padre, tomar la responsabilidad del hogar a temprana edad, el accidente de mina antipersonal y el desplazamiento.

Objetivos terapéuticos:

Facilitación de la adquisición de habilidades de afrontamiento de la ansiedad.

Identificación y modificación de distorsiones y esquemas cognitivos

Facilitar la expresión de sentimientos inhibidos.

Entrenar al paciente en habilidades sociales específicamente en establecimiento de límites, resolución de conflictos, asertividad, expresión de emociones y empatía.

Plan de intervención:

Al paciente se le aplicaron los protocolos creados para la ansiedad y el déficit en habilidades sociales para manejar la sintomatología presentada y desarrollarle estrategias que le permitan desenvolverse en el contexto (Ver anexo 7).