

**EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN DEL SENTIDO DEL HUMOR
EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II**

Monografía – Informe de Práctica de Especialización en Psicología Clínica

Autor:

Carolina Molano Rojas

Asesora:

Phd. Diana Maria Agudelo Vélez.



**Universidad Pontificia Bolivariana
Especialización en Psicología Clínica
Facultad de Psicología
Floridablanca, Abril de 2010**

CONTENIDO

Resumen	6
Abstract	7
Introducción	7
1. Metodología	15
1.1 Participantes	15
1.2 Instrumentos	15
1.2.1 State-Trait Cheerfulness Inventory (STCI- T)	15
1.2.2 Escala de Estrés y Ansiedad Social (SAD)	15
1.2.3 Escala de Miedo a la Evaluación Negativa (FNE)	15
1.2.4 Inventario de Depresión de Beck (BDI)	16
1.2.5 Inventario de Depresión Estado – Rasgo (IDER)	16
1.2.6 Escala de Gelotofobia (GELOPH 15)	16
1.2.7 Escala de Apreciación del humor (EAHU)	16
1.3 Procedimiento	17
1.3.1 Contacto con la institución y presentación de la propuesta	17
1.3.2 Selección de la Muestra	17
1.3.3 Proceso de Valoración Inicial y Evaluación	17
1.3.4 Análisis de Resultados de Evaluación	18
1.3.5 Diseño de Intervención	18
1.3.6 Análisis de Resultados de Intervención	18
1.3.7 Elaboración de Informe	18

2. Resultados y Discusión	19
2.1 Resultados de Evaluación	19
2.2 Resultados de Intervención Individual	23
2.3 Resultados de Intervención Grupal	24
3. Conclusiones	30
4. Recomendaciones	31
5. Reflexión Personal de la Práctica	32
6. Referencias	33
Anexos	37

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Estadísticos descriptivos de las pruebas empleadas y porcentajes clínicamente significativos en una muestra de pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo II (N=10). 19

Tabla 2. Respuestas Frecuentes De Los Pacientes En La Evaluación Del Proceso De Intervención Grupal. 29

LISTA DE GRÁFICAS

Gráfica 1. Tipos de respuestas dadas por los pacientes en la evaluación de conocimientos realizada en la sesión grupal 1 sobre el tema autocuidado (N=10). 25

Gráfica 2. Aspectos más frecuentes con los que se asocian las ideas irracionales de los participantes de la intervención grupal (N=10). 26

Gráfica 3. Estrategias referidas por los pacientes para crear estados emocionales positivos (N=10). 27

Gráfica 4. Estrategias de afrontamiento más utilizadas por los participantes de la intervención grupal en el proceso de adaptación a la enfermedad (N=10). 28

Gráfica 5. Estilos de comunicación más utilizados por los pacientes que participan de la intervención grupal (N=10). 28

LISTA DE ANEXOS

Anexo1. Consentimiento Informado	37
Anexo2. Formato de Historia Clínica	38
Anexo 3. Inventario de Evaluación del Sentido del Humor, State-Trait-Cheerfulness-Inventory (STCI).	41
Anexo 4. Escala de Evitación y Ansiedad Social (SAD).	48
Anexo. 5 Escala de Temor a la Evaluación Negativa (FNE.)	49
Anexo 6. Cuestionario de Depresión de Beck.	50
Anexo 7. Inventario de Depresión Estado/Rasgo (IDER).	52
Anexo 8. Cuestionario de Gelotofobia, (GELOPH 15).	53
Anexo 9. Escala de Apreciación del humor (EAHU).	55
Anexo 10. Formulación de Casos y Registro de Evolución de los Pacientes Intervenidos Individualmente.	67
Anexo 11. Estructura de Sesión grupa 1: Autocuidado.	98
Anexo 12. Estructura de Sesión grupa 2: Autocontrol Emocional.	99
Anexo 13. Estructura de Sesión grupa 3: Emociones Positivas y Sentido del Humor.	100
Anexo14. Estructura de la sesión grupal 4. Estrategias de Afrontamiento y Comunicación Asertiva.	101

RESUMEN GENERAL DE TRABAJO DE GRADO

TITULO: EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN DEL SENTIDO DEL HUMOR EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II

AUTOR: CAROLINA MOLANO ROJAS

FACULTAD: PSICOLOGIA

DIRECTOR: DIANA MARIA AGUDELO VÉLEZ.

RESUMEN

En Colombia, las enfermedades crónicas como la diabetes, constituyen uno de los principales problemas de salud; se estima que el 7% de la población mayor de 30 años tiene diabetes tipo II y cada año aumenta la diabetes tipo I en menores de 15 años. El diagnóstico y tratamiento de este tipo de enfermedades supone un impacto en la vida del sujeto y un cambio en su estilo de vida que está guiado por factores psicológicos y emocionales. Con el fin de contribuir al desarrollo de estrategias de intervención más efectivas y eficaces, para mejorar la calidad de vida del paciente que tiene diabetes y aportar al trabajo de nuevos campos de estudio relacionados con la psicología de la salud, se desarrolló el presente trabajo, que consiste en un plan de evaluación e intervención psicológica, con una muestra de 10 pacientes diagnosticados con diabetes mellitus tipo II, 4 hombres y 6 mujeres, en edades entre 37 y 78 años, vinculados a la Fundación Santandereana de Diabetes y Obesidad FUSANDE. Los instrumentos utilizados en la evaluación fueron: el el State-Trait Cheerfulness Inventory (STCI), la Escala de Estrés y Ansiedad Social (SAD), la Escala de Miedo a la Evaluación Negativa (FNE), el Inventario de Depresión de Beck (BDI), el Inventario de Depresión Estado – Rasgo (IDER), la Escala de Gelotofobia (GELOPH 15) y la Escala de Apreciación del humor (EAHU), en los resultados se encontró que el mayor porcentaje de los participantes tuvo puntuaciones significativas en las siguientes escalas: en baja alegría 5 (70%) y mal humor 1 (50%) del STCI, que hacen referencia a un estilo de interacción generalmente poco alegre, y al predominio del mal humor; y en la escala de Gelotofobia relacionada con el miedo a causar algo que resulte risible para los otros (50%). En relación a la depresión, sólo el 20% de los sujetos mostraron altas puntuaciones. En la escala de Apreciación del Humor EAHU, se identificó mayor diversión, especialmente en los items relacionados con humor sin sentido e incongruencia resolución, y mayor aversión en los items de humor negro. En los resultados del proceso de intervención individual y grupal, se resalta el desarrollo del pensamiento flexible y la promoción de emociones positivas como estrategias de afrontamiento ante la condición de enfermedad.

Palabras Claves: Psicología Clínica, Diabetes Mellitus, Emociones Positivas, Sentido del Humor, Depresión, Ansiedad Social, Temor a la Evaluación Negativa, Gelotofobia.

GENERAL SUMMARY OF WORK OF DEGREE

TITLE: EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN DEL SENTIDO DEL HUMOR EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II

AUTHOR: CAROLINA MOLANO ROJAS

FACULTY: PSYCHOLOGY

DIRECTOR: DIANA MARIA AGUDELO VÉLEZ.

ABSTRACT:

In Colombia, chronic diseases as diabetes constitute one of the principal health problems. It is estimated that 7 % of the people older than 30 has Type II diabetes and every year the Type I diabetes increases in people 15 years old and younger. The diagnosis and treatment of this type of diseases supposes an impact in the lifestyle of the subject that is guided by psychological and emotional factors. In order to contribute to the development of the most effective intervention strategies, to improve the quality of life of the patient who has diabetes and to reach to the work of new fields of study related to the health psychology, this work has been developed. This work consists of a plan of evaluation and psychological intervention with a sample of 10 patients diagnosed with Type II diabetes mellitus, 4 men and 6 women between 37 and 78 years old, linked to the Fundación Santandereana de Diabetes y Obesidad - FUSANDE. The instruments used in the evaluation were: the State-Trait Cheerfulness Inventory (STCI), the Scale of Stress and Social Anxiety (SAD), the Fear of Negative Evaluation scale (FNE), the Beck's Depression Inventory (BDI), the Inventory of Depression State - Feature (IDER), Gelotophobia Scale (GELOPH 15) and the Humor Assessment Scale (EAHU). In the results it was found that the major percentage of the participants had significant punctuations in the following scales: in low happiness 5 (70 %) and bad mood 1 (50 %) of the STCI, which refer to a generally little happy interaction style, and to the predominance of bad mood; and in the Gelotophobia scale related to the fear of causing something laughable for others (50 %). In relation to the depression, only 20% of the subjects showed high punctuations. In the Humor Assessment Scale (EAHU) major amusement was identified, especially in the articles related to senseless humor and incongruity resolution; and major distaste for black humor. In the results of the process of individual and group intervention, the development of flexible thought and the promotion of positive emotions as strategies of confrontation before the condition of disease is highlighted.

KEYWORDS: Clinical psychology, Diabetes Mellitus, Positive Emotions, Sense of the Humor, Depression, Social Anxiety, Fear of Negative Evaluation, Gelotophobia.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades médicas han sido por años la razón de ser de miles de estudios e investigaciones, que pretenden hallar tratamientos que se acerquen aun más a lo que se denomina “cura”. En este ir y venir de conocimientos se han obtenido valiosos recursos que permiten combatir las enfermedades e incluso prevenirlas. Pero, existen aún enfermedades médicas, que sin llegar a considerarse terminales se incluyen en la categoría de crónicas, porque su fin no puede preverse y a largo plazo desencadenan complicaciones severas que afectan el bienestar de la persona; no sólo en lo concerniente a su estado físico, sino también a su salud mental. Deteriorando su funcionamiento general y atentando progresivamente contra su calidad de vida (Organización Mundial de la Salud OMS, 2005).

El diagnóstico de las enfermedades denominadas crónicas, desencadena en los pacientes una serie de cambios emocionales que se relacionan con la no aceptación y la dificultad para adaptarse a un nuevo estilo de vida. Las creencias, los imaginarios y el desconocimiento de la enfermedad pueden impedir muchas veces la adherencia al tratamiento y por lo tanto, acelerar el proceso de aparición de las complicaciones. Todo esto se asocia con la negativa, el pensamiento fatalista y el sentimiento de invalidez que pueden llegar a experimentar los pacientes cuando optan por padecer la enfermedad, influyendo negativamente no sólo en su propia vida sino también en la de su familia (Sierra, 2007).

Lo anterior, justifica el interés de la psicología por ampliar sus áreas de conocimiento e involucrarse en las diferentes esferas que comprenden la salud, definida en términos de “completo bienestar, físico, mental y social”(OMS, 1960). Su vinculación en el campo de la medicina ha tenido como objetivo, “aportar al desarrollo de estrategias y herramientas para la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y tratamiento de la enfermedad, la identificación de las etiologías y los correlatos diagnósticos de la salud, de la enfermedad y de las disfunciones ligadas a ella para el análisis y mejora del sistema de cuidado de la salud y para la formación de la política sanitaria” (Matarazzo 1980, citado por Trull y Phares,2003, p. 4). Por esta razón, ha llegado a ocupar un lugar muy importante en el trabajo interdisciplinario en la prestación de servicios de salud, sobre todo en lo concerniente al manejo y tratamiento de enfermedades multicausales o de etiología incierta y de larga duración.

Con base en lo anterior y con el fin de contribuir al campo de estudio y aplicación de la psicología clínica y de la salud, se ha desarrollado el presente trabajo, que se enfoca en la evaluación e intervención de aspectos psicológicos en pacientes con patologías crónicas, en este caso específicamente, se trabajó con una muestra de pacientes con diabetes mellitus tipo I y II. Para hacer un abordaje del proceso realizado, es indispensable dar a conocer los argumentos teóricos que sustentan ésta práctica y en primera medida, la importancia que tiene este tipo de trabajos en nuestra sociedad.

Según la Organización Panamericana de la Salud OPS (2007) en América Latina las enfermedades crónicas no transmisibles son consideradas la mayor causa de morbi – mortalidad. En nuestro país, constituyen uno de los principales problemas de salud, entre ellas podemos encontrar: la obesidad, la diabetes, las enfermedades cardiovasculares y cerebro-vasculares, la hipertensión arterial y los problemas articulares. Según la Federación Internacional de la Diabetes (2009) en 1985 había 30 millones de personas diabéticas en el mundo, en 1998 la cifra incrementó a 143 millones de afectados y se estima que para el 2030, la cifra puede alcanzar los 440 millones de personas que padecerán esta enfermedad. En Colombia, aproximadamente el 7% de la población mayor de 30 años que reside en área urbana tiene diabetes tipo II y cada año aparecen entre 3 ó 4 casos de diabetes tipo I por cada 100.000 niños menores de 15 años. Cerca de un 30 a 40% de los afectados desconocen su enfermedad y la tasa de mortalidad por diabetes mellitus tipo II oscila entre 12.75 y 30.37 de muertes por 100.000 habitantes (Asociación Colombiana de Diabetes, 2009).

La diabetes mellitus es una enfermedad de la cual no puede preverse cura en el tiempo y puede traer implicaciones graves para la salud, esta enfermedad consiste en un síndrome heterogéneo que se caracteriza por hiperglucemia consecuencia de un déficit de acción insulínica en el organismo, que altera el metabolismo de los carbohidratos, de los lípidos y de las proteínas originando complicaciones tanto a corto como largo plazo y que pueden resultar inhabilitantes o causar la muerte de la persona que la padece. Existen tres tipos de diabetes, la diabetes mellitus tipo I que se caracteriza por deficiencia prácticamente absoluta de insulina en el organismo y que genera insulino-dependencia en el paciente prácticamente para poder vivir, apareciendo con más frecuencia en la infancia o en la pubertad, ya que el individuo nace con una susceptibilidad genéticamente determinada para desarrollarla. La diabetes tipo II, que se caracteriza por un déficit relativo de insulina y no es insulino-dependiente, aparece generalmente en personas

adultas y es multicausal ya que puede ser consecuencia tanto de factores hereditarios como de estilos de vida inadecuados; los síntomas frecuentes de esta enfermedad son: ganas frecuentes de orinar, piel seca, picazón en la piel, heridas que sanan lentamente, visión borrosa, sensación de hambre continua, cansancio, debilidad, pérdida de peso, infecciones de la piel, adormecimiento de los pies, entre otros. Y la diabetes gestacional que ocurre sólo en mujeres en estado de embarazo y desaparece después del parto (Cano, 2004; Sierra y Mendivil, 2007).

Tener una enfermedad crónica supone en mayor o menor medida un impacto en la vida del sujeto y un cambio en su estilo de vida que influye de alguna manera en la calidad de vida del paciente. Así lo señaló un estudio cualitativo realizado por Mercado y Hernández (2007) donde los pacientes que padecen alguna enfermedad crónica como la diabetes, la hipertensión y la artritis, destacan la tristeza, la desesperación, los deseos de llorar, la irritabilidad, la depresión y su poca tolerancia ante situaciones adversas como los síntomas más frecuentes. Por otra parte, en un estudio realizado por Pineda, et al (2004) se confirma la comorbilidad entre la depresión y la Diabetes Mellitus tipo 2 y se plantea la necesidad de la atención psicológica a poblaciones clínicas con esta condición crónica.

Lo anterior, corrobora que los pacientes con diabetes tienden a experimentar una serie de cambios a nivel emocional como irritabilidad, depresión, ansiedad, que se relacionan desde la parte médica con episodios de hiper o hipoglucemia y a nivel psicológico con creencias e ideas irracionales frente a la enfermedad, aspectos que afectan su salud mental e influyen negativamente tanto en el curso de la enfermedad como en el contexto socio-familiar (Infodiab, 2002).

En una recopilación de trabajos investigativos, realizada por Méndez y Beléndez (1994) sobre las variables emocionales implicadas en el control de la diabetes y las estrategias de intervención, se hallaron datos importantes acerca de la influencia de los factores emocionales en el control de esta enfermedad, señalando que “la activación emocional en respuesta al estrés, se considera uno de los principales factores implicados en la desestabilización del control metabólico en la diabetes” (Aikens, Wallander, Bell y Cole, 1992, citados por Méndez y Beléndez, p.1, 1994) y que uno de los aspectos más importantes que actúa como generador de estrés, es la demanda diaria del tratamiento, que implica, responsabilidad y cambio en el estilo de vida del paciente quien no en todos los casos, cuenta con redes de apoyo efectivas. De la misma manera, otros aportes mencionados en el artículo indican que las diferencias individuales en los

procesos de valoración y afrontamiento de los estímulos estresantes parecen también contribuir a la explicación de la respuesta glucémica al estrés (Hunter, Hamera, O'Connell y Heilman, 1985; citados por Méndez y Beléndez, 1994).

De acuerdo con lo anterior, el éxito en el proceso de adaptación de los pacientes a las condiciones que exige la enfermedad, va a depender de las estrategias de afrontamiento de las que haga uso. Se han identificado diferentes tipos de estrategias cognitivas y conductuales para manejar los problemas en general, como culpar a otros, resignarse, buscar apoyo, buscar soluciones, entre otras, todas estas desencadenan un resultado diferente que puede ser favorecedor o no de la calidad de vida del paciente (Lazarus y Folkman, 1986, citado por Méndez y Beléndez, 1994).

Existen estudios actuales que corroboran lo anterior; en un trabajo investigativo realizado con una muestra de pacientes con diabetes mellitus tipo II sobre la calidad de vida y la conducta de enfermedad, se encontró que el proceso de adaptación a la condición crónica que implica la diabetes, tiene que ver con las respuestas que tienen los pacientes hacia la enfermedad y que ésta influye en su funcionamiento físico, psicológico y social, y por consiguiente en su calidad de su vida. Así mismo, se identificó, que las limitaciones físicas ocasionadas por la enfermedad, son inversamente proporcionales a la percepción del paciente para estar dispuesto a aceptar o no la influencia de los factores psicológicos en su enfermedad. En este sentido, el no presentar niveles altos de limitación física favorecería la respuesta del paciente a la intervención psicológica, por ello, una intervención temprana tendría probablemente mejores resultados. Por tanto, se indica que una adecuada adaptación a la enfermedad, implica ciertos estilos de afrontamiento más acertados. Lo anterior, pone de manifiesto la importancia de evaluar e intervenir sobre los estados emocionales y las estrategias de afrontamiento que puedan favorecer el bienestar de los pacientes con diabetes (Vinaccia, et al, 2006).

Lo descrito anteriormente señala que, los resultados de los estudios apuntan a la relación influyente entre los factores cognitivos y emocionales disfuncionales y el avance y el desarrollo de las complicaciones de la diabetes, es importante dar a conocer, la manera en que dichas emociones y aspectos cognitivos, pueden convertirse en herramientas de prevención y coayudantes en el tratamiento de esta enfermedad.

En primera medida, es importante reconocer que las emociones funcionan como procesos adaptativos ya sea de forma positiva o negativa, lo cual indica que pueden ser utilizadas como

estrategias de afrontamiento. De esta manera, podemos entender que su funcionamiento va a depender, de cómo las personas perciben los diferentes estímulos. Desde el campo de estudio de la Psiconeuroinmunoendocrinología (PNIE) se ha logrado identificar que existe relación entre los factores psicológicos, el sistema inmunológico, el sistema nervioso y el sistema endocrino; planteando que la mente puede influir en el sistema inmunológico. Esto no quiere decir que la enfermedad médica pueda controlarse solo con herramientas psicológicas, sino que estos factores pueden alterar el proceso o la disposición hacia la enfermedad, lo cual indica, que “la psiquis y el SNC (Sistema Nervioso Central) del individuo tienen un poder de dos vías: pueden modular y optimizar la respuesta inmune así como suprimirla y desordenarla” (Klinger, Herrera, Díaz, Jhann, Ávila y Tobar, 2005, p.8; Ray, 2003; Vidal, 2008).

Algunos artículos mencionan que las emociones positivas facilitan el desarrollo de pensamientos receptivos y flexibles, que ayudan a la solución de problemas y la toma de decisiones. Asimismo, se asocian con factores protectores de la salud y con la capacidad para afrontar situaciones adversas, ya que hacen más probable que se desarrollen planes de futuro con objetivos realistas, protegen frente a la depresión y el desamparo, capacitan para reevaluar positivamente los acontecimientos adversos y para valorar positivamente los eventos cotidianos, generan más acción, activan estrategias de afrontamiento más adaptativas (Contreras y Esguerra 2006). “Las emociones positivas incluyen la felicidad y otros sentimientos de bienestar, y son descritas como reacciones breves que típicamente se experimentan cuando sucede algo que es significativo para la persona” (Fernández y Palmero, 1999, citados por Contreras y Esguerra 2006. p 1). Asimismo, potencian la salud y el bienestar, favoreciendo el crecimiento personal, permitiendo sentimientos de satisfacción con la propia vida (Fredrickson, 2000, 2001, citados por Contreras y Esguerra 2006; Vazquez y Hervás, 2006).

Según un estudio de la Universidad de Kansas en Estados Unidos sobre la influencia de las emociones en la salud, después de haber evaluado a 150.000 adultos de más de 140 países del mundo, se concluyó que, las emociones positivas están vinculadas inequívocamente con una mejor salud, incluso cuando se tiene en cuenta la carencia de las necesidades básicas. Esto indica que, si se trabaja en el fortalecimiento de las emociones positivas, se obtendrán logros importantes en lo referente a la adherencia al tratamiento y mejoramiento de la calidad de vida de las personas que padecen alguna enfermedad, y se incrementará la capacidad de los pacientes para sobreponerse a situaciones adversas (Pressman y Cohen, 2005).

El tema de las emociones y su influencia en la salud física, ha sido estudiado durante años desde diferentes enfoques. Sin embargo, existen propuestas recientes que han contribuido al avance en los estudios relacionados con este aspecto, dejando de lado los afectos negativos como la ira, la depresión, la ansiedad, etc e invirtiendo en fomentar afectos positivos, que corresponden a aquellos sentimientos que reflejan un nivel de interacción placentera con el medio ambiente, como la alegría, la gratitud, el sentido del humor, la esperanza, la tranquilidad, el asombro, el optimismo, entre otros. Esta nueva forma de abordaje y tratamiento, se sustenta en algunos aportes como el de Watson y Clark (1998, citado por Vazquez y Hervás, 2006), sobre el modelo tripartito, quienes señalan que, la mejor manera de distinguir teórica y empíricamente la ansiedad de la depresión es apelando a la estructura de las emociones positivas y negativas: mientras que las emociones negativas (o disforia) son comunes a ambos tipos de condiciones, la depresión se caracteriza por una ausencia de placer (anhedonia) que no está presente en la ansiedad. Así pues, evaluar la depresión sólo con instrumentos sensibles a la presencia de elementos negativos (tristeza, culpa, falta de relaciones sociales, etc.) parece incompleto. Se requiere, por tanto, prestar atención a elementos positivos (placer, disfrute, alegría, bienestar), Lo cual explica que, aunque el interés general de la psicología clínica sea describir, explicar y comprender la conducta, las cogniciones y las emociones anómalas, es importante dar atención a la existencia o ausencia de elementos positivos que puedan favorecer o no el proceso de tratamiento de los pacientes.

Algunos de los estudios de los que se hace mención en el párrafo anterior, están relacionados con la evaluación de dichos afectos positivos. Carretero (2005), desarrolló la escala de apreciación del humor EAHU, cuyo objetivo principal era tener una herramienta de evaluación de dicho aspecto, que facilitara el desarrollo de estudios posteriores sobre las implicaciones psicológicas del sentido del humor. En esta misma línea, se han realizado otras aproximaciones relacionadas con la importancia del sentido del humor como estilo de afrontamiento a determinadas circunstancias de la vida, sobre lo cual, algunos artículos señalan la importancia de incluir el humor en las intervenciones, corroborando los efectos positivos que tiene en la salud física y mental. Sin embargo, los resultados de las investigaciones acerca del humor y los efectos curativos en la enfermedad, son hasta ahora bastante provisionales como lo indica una publicación sobre humor y sistema inmune, de Payne y Lengacher (2007) (Thorson y

Powell 1991, 1993, citados por Carretero, 2005 ; Lupiani, Gala, Bernalte, Lupiani, Dávila y Miret, 2005).

Se han realizado algunas publicaciones, acerca de la necesidad de formular nuevas propuestas de intervención con relación a fomentar emociones positivas en los pacientes, con el fin de determinar sus implicaciones en el tema de la salud física, y aunque aún las investigaciones sobre este tema no refieren solidez en sus resultados, es de aclarar que, existen también aspectos relacionados con las creencias arraigadas al contexto y a la cultura sobre el tema de la enfermedad que influyen en la respuesta de los seres humanos frente a este tipo de situación. Cardone, Ferrero, Maders, Carrizo, Jäger y Gigena (2009) señalan que “la medicina, siempre ha ejercido un poder de control social básicamente por los conceptos de salud y enfermedad, que ha venido incrementándose desde la modernidad con la conquista de un auténtico estatuto científico, profesional y político, imponiendo la medicalización como la cultura de la salud. La categorización de los procesos normales de la vida como “*procesos médicos*”, lleva a que las personas vayan perdiendo la capacidad de decidir sobre sus vidas, mientras que en ellas se afianza la seguridad de estar haciendo lo correcto, al acudir a “*los expertos*” y seguir sus consejos. Así, lo que de hecho son problemas socio-culturales (desocupación, sedentarismo, soledad) acaban transformándose en enfermedades individuales” (p 2).

Con base en los elementos abordados, y teniendo en cuenta la importancia de contribuir al desarrollo de estrategias de intervención más efectivas y eficaces, para mejorar la calidad de vida del paciente que tiene o que padece una enfermedad crónica como la diabetes y aportar al trabajo de nuevos campos de estudio, con el objetivo de fomentar al desarrollo aplicativo de la psicología clínica en el área de la salud, se propone el presente trabajo, que consiste en un plan de evaluación e intervención psicológica, con una muestra de pacientes diagnosticados con diabetes mellitus, que se fundamenta, en el abordaje de los factores psicológicos asociados con la patología médica. Pero, no sólo desde el ámbito de lo cognitivo en cuanto a conocimiento y aceptación de la enfermedad, sino también, en lo referente a la forma en cómo el paciente vive su enfermedad, las emociones que experimenta consecuencia de las afecciones y problemas físicos o de situaciones relacionadas con su entorno, el estado de ánimo en el que se encuentra generalmente y la manera como se desenvuelve e interactúa en la sociedad, con el fin promover

emociones positivas y fomentar conductas y estrategias de afrontamiento, favorecedoras de la calidad de vida del paciente.

Vale aclarar que el trabajo realizado se sustenta desde las bases epistemológicas del enfoque cognitivo – conductual teniendo en cuenta que “todas las perturbaciones psicológicas tienen en común una distorsión del pensamiento, que influye en el estado de ánimo y en la conducta de los pacientes” como lo plantea Beck (2000, p.17). Y a su vez ésta propuesta, tiene especial interés investigativo en la importancia del sentido del humor como dimensión que actúa como estrategia de afrontamiento ante situaciones adversas (Thorson y Powell 1991, 1993, citados por Carretero, 2005).

1. METODOLOGÍA

1.1 Participantes:

Se trabajó con 10 pacientes, 4 hombres y 6 mujeres, con diagnóstico de diabetes mellitus tipo II, en un rango de edad entre 37 y 78 años, con una media de 65 años y desviación estandar de 13,70, vinculados a la Fundación Santandera de Diabetes y Obesidad, FUSANDE.

1.2 Instrumentos:

1.2.1 El State-Trait-Cheerfulness-Inventory (STCI- T) (Ruch, Köhler y Van Thriel, 1996, adaptado en Colombia por Carretero, Agudelo, Olave y Gómez, 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), en sus manifestaciones tanto de estado como de rasgo 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); la versión original se elaboró en alemán, *STHI; State-Trait-Heiterkeits-Inventar*. 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 (Ver Anexo 3).

1.2.2 Escala de Estrés y Evitación Social (SAD) (Watson, Friend, y 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 (*Ver Anexo 4*).

1.2.3 Escala de miedo a la evaluación negativa (FNE) (Watson, Friend y 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 (*Ver Anexo 5*).

1.2.4 El Inventario de Depresión de Beck-Segunda Versión (BDI-II) (Vázquez, Sanz, Fortún, García y 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. En la validación española, la prueba, realizada con población sana y clínica, se muestra altos niveles de consistencia interna, 0.83 y 0.90, respectivamente (*Ver Anexo 6*).

1.2.5 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 (*Ver Anexo 7*).

1.2.6 Cuestionario de Gelotofobia, (GELOPH 15) (Ruch & Titze, 1998, adaptación en Colombia., Carretero, Ruch, Agudelo, Platt y 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 (*Ver Anexo 8*).

1.2.7 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). El formato de los ítems está basado 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 Liker, común a todos los elementos. Esta escala se centrará en recoger intensidad de diversión y rechazo en el momento de leer el chiste o viñeta. La escala es 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 (*Ver Anexo 9*).

1.3 Procedimiento

1.3.1 Contacto con la institución y presentación de la propuesta: Se realizó el contacto con el director ejecutivo de la Fundación Santandereana de Diabetes y Obesidad FUSANDE, el Dr. Carlos Alberto Calderón, quien luego de estudiar la propuesta y presentarla al Comité Científico de la institución, aprobó su ejecución.

1.3.2 Selección de la muestra: Se realizó la selección de la muestra teniendo en cuenta los siguientes aspectos: que los pacientes residieran en la ciudad de Bucaramanga, que tuvieran un nivel educativo mínimo de básica primaria, que no tuvieran limitaciones físicas mayores, que dificultaran el desarrollo del proceso.

1.3.3 Proceso de Valoración Inicial y Evaluación: esta fase se desarrolló en dos sesiones. En la primera, se llevó a cabo la recepción de los pacientes y se realizó una entrevista individual, para explicar las condiciones del proyecto, firmar el consentimiento informado y recolectar la información inicial para diligenciar la historia clínica (*Ver Anexo 1y2*). En la segunda, se realizó la evaluación a través de la aplicación de instrumentos, entre ellos se incluyen, el State-Trait Cheerfulness Inventory (STCI- T), la Escala de Estrés y Ansiedad Social (SAD), la Escala de Miedo a la Evaluación Negativa (FNE), el Inventario de Depresión de Beck (BDI), el Inventario de Depresión Estado – Rasgo (IDER), la Escala de Gelotofobia (GELOPH 15) y por último la Escala de Apreciación del humor (EAHU) (*Ver Anexos 3 – 6*).

1.3.4 Análisis de 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 11.5 (Statistical Package for the Social Sciences) a través del cual fueron calificados y analizados, utilizando estadística descriptiva. Posteriormente, se realizó el análisis de la información con base en la exploración teórica.

1.3.5 Diseño de intervención: A partir de la información obtenida en la evaluación, se establecieron los elementos comunes para el plan de intervención grupal y los elementos particulares para el plan de intervención individual. Se llevaron a cabo cuatro sesiones grupales de una hora y media cada una, realizando proceso de psicoeducación sobre: el modelo cognitivo y el autocontrol emocional, las conductas de autocuidado, las emociones positivas y la importancia del sentido del humor, la comunicación asertiva y las estrategias de afrontamiento. A nivel individual, se llevaron a cabo cuatro sesiones individuales, con cuatro de los pacientes evaluados, quienes requerían trabajar aspectos que estaban ocasionando dificultades mayores y que no eran susceptibles de trabajo grupal.

1.3.6 Análisis de resultados de intervención: Para poder analizar los resultados obtenidos a través del proceso de intervención, se seleccionaron los siguientes aspectos: asistencia de los pacientes a las sesiones de intervención, participación en las actividades, cumplimiento de los compromisos y adquisición de conocimientos. De los cuales se hace una descripción cualitativa de lo observado y del autorreporte dado por cada uno de los pacientes.

1.3.7 Elaboración de informe: Después de haber terminado el proceso de intervención y haber identificado los resultados obtenidos, se procede a elaborar el informe escrito, donde se recopila toda la información teórica, metodológica y de la sistematización de los resultados, con el fin de dar a conocer el proceso de práctica llevado a cabo y divulgar los aportes realizados.

2. RESULTADOS Y DISCUSIÓN:

2.1 Resultados de la Evaluación:

A continuación se presentan los resultados de la evaluación llevada a cabo. En primer lugar se presentan las medias y las desviaciones típicas de las variables analizadas y por último se muestran los porcentajes de las puntuaciones clínicamente relevantes en las diferentes pruebas empleadas.

Tabla 1. Estadísticos descriptivos de las pruebas empleadas y porcentajes clínicamente significativos en una muestra de pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo II (N=10)

Escalas	Media	Desv. típ.	Porcentajes Clínicamente Significativos
GELOTOFOBIA	35,50	14,455	50%
ANSIEDAD SOCIAL SAD	7,50	4,790	10%
TEMOR A LA	13,50	6,311	30%

EVALUACIÓN NEGATIVA FINE			
APRECIACIÓN DEL HUMOR			
Escala humor sexual diversión	7,60	6,132	50%
Escala humor sexual aversión	10,00	7,180	50%
Escala humor negro diversión	7,10	5,446	40%
Escala humor negro aversión	9,50	6,433	60%
Escala incongruencia resolución diversión	15,90	3,604	100%
Escala incongruencia resolución aversión	1,10	1,595	0%
Escala humor sin sentido diversión	11,20	5,266	100%
Escala humor sin sentido aversión	,80	1,398	0%
Escala denigración hombre diversión	7,50	4,528	60%
Escala denigración hombre aversión	6,50	4,301	40%
Escala denigración mujer divertido	6,50	2,953	70%
Escala denigración mujer aversión	4,10	4,202	30%
STCI			
Alegría 1	22,40	4,006	20%
Alegría 2	15,50	3,504	10%
Alegría 3	25,60	3,134	0%
Alegría 4	23,40	5,542	20%
Alegría 5	23,10	7,187	70%
Seriedad 1	17,10	3,542	40%
Seriedad 2	21,20	3,120	1%
Seriedad 3	21,70	2,406	0%
Seriedad 4	12,90	3,872	30%
Seriedad 5	18,30	3,199	30%

Seriedad 6	13,40	4,858	20%
Mal humor 1	12,60	6,004	50%
Mal humor 2	14,50	3,894	40%
Mal humor 3	11,00	4,320	40%
Mal humor 4	14,00	5,375	20%
Mal humor 5	9,10	4,122	20%
DEPRESIÓN – BDI	10,60	13,368	20%
DEPRESIÓN rasgo – IDER	15,50	4,249	20%
DEPRESIÓN estado - IDER	14,50	4,403	10%

En la tabla 1, se presentan los descriptivos para las pruebas empleadas y se especifican los porcentajes de puntuaciones que son clínicamente significativas, notándose que en aspectos como baja alegría 5 que hace referencia a un estilo de interacción generalmente poco alegre, el 70 % de la muestra obtuvo puntuaciones altas, seguido de Mal Humor 1 que se asocia con el predominio del mal humor, donde el 50% de los participantes puntuó en esta escala, al igual que en la escala de Gelotofobia relacionada con el miedo a causar algo que resulte risible para los otros. Por su parte, en aspectos como la depresión en el BDI y en el IDER rasgo y estado, sólo el 20% de los sujetos mostraron altas puntuaciones. En la escala de Apreciación del Humor EAHU, se identifican puntuaciones mayores en las escalas de diversión, especialmente en los ítems relacionados con humor sin sentido e incongruencia resolución, sin embargo, es de resaltar que la única escala que tuvo mayores puntuaciones en aversión fue la de humor negro.

Los criterios de calificación para las puntuaciones clínicamente significativas, se establecieron teniendo en cuenta los puntajes que se encontraban por encima de la media más una desviación típica, pero, en la escala de Alegría del STCI-T debido a que es una escala inversa, se tuvieron en cuenta las puntuaciones que se encontraban por debajo de la media menos una desviación típica.

De acuerdo con los resultados de la evaluación, se pueden establecer algunos aspectos comunes relacionados con la personalidad de los pacientes de la muestra. Se identifica que el mayor porcentaje de los sujetos, tienen un estilo de interacción poco alegre con el medio y a su vez, la mitad de la muestra se caracteriza por el predominio del mal humor, aspectos que pueden estar asociados entre sí y que indican la posible dificultad que tienen los pacientes de la muestra para experimentar y expresar emociones positivas; lo cual, podría ser una de las causantes del temor que experimentan frente al llevar a cabo conductas que puedan generar risa en los demás,

ya que, según la diferencia radical entre los porcentajes que señalan las puntuaciones altas de Gelotofobia (50%) y los que refieren las puntuaciones de ansiedad social (10%), parece no haber correspondencia entre estos dos aspectos, en la mayoría de los casos. Sin embargo, la Gelotofobia también puede responder al temor a la evaluación negativa que se identifica en algunos pacientes. Por su parte, aspectos como la depresión, no parecen ser muy relevantes en la muestra y corresponden en mayor medida a factores relacionados con rasgos de personalidad.

Los datos presentados, corroboran lo planteado por autores como Mercado y Hernandez (2007) donde se expone la irritabilidad como uno de los indicadores de malestar emocional más frecuente en los pacientes con diabetes, en este caso, se ve reflejado en la puntuaciones altas en la escala de mal humor. Por otro lado, aunque la depresión es uno de los aspectos más señalados como foco de intervención en los diferentes estudios como el de Pineda, et al (2004), en los resultados obtenidos en el presente trabajo, no representaron un porcentaje mayor. Sin embargo, esto podría deberse al tamaño de la muestra (N=10) con la que se trabajó, o a las condiciones de tratamiento de las que fueron partícipes los pacientes, ya que el 80% de la muestra recibe atención interdisciplinaria, donde se les brinda orientación médica, psicológica y nutricional y esto contribuye a que los pacientes, puedan tener un mejor manejo y adaptación a la enfermedad.

En lo referente a la apreciación del humor, se puede notar que, aunque la mayoría de los pacientes de la muestra puntuó mayor diversión en la prueba aplicada (EAHU), no se cumple en ellos lo planteado por Thorson y Powell (1991, 1993, citados por Carretero, 2005) acerca de el uso del sentido del humor como estrategia de afrontamiento ante determinadas circunstancias de la vida, ya que no todo tipo de humor les generó este efecto; por ejemplo, el humor negro o el humor sexual tienden a generarles mayor aversión. Lo cual, podría justificarse en que posiblemente algunas condiciones de los pacientes que están asociadas a su percepción de la enfermedad y al nivel de afectación causado por la misma, pueden provocar este tipo de respuestas negativas.

Con respecto a lo anterior y teniendo en cuenta el tema de las emociones positivas, se denota la importancia de trabajar en la intervención de éstos aspectos, ya que aunque no hay relevancia de síntomas asociados a estados patológicos como la depresión, sí se observa un déficit importante de afectos positivos, lo cual se corrobora también en la entrevista inicial, notándose que en el caso de los pacientes con diabetes, estos aspectos, son sustituidos por el mal

humor; mostrando sus efectos en la forma conflictiva como el paciente tiende a interactuar con el medio, lo cual, puede irrumpir en la efectividad de las redes de apoyo familiar y social, y dificultar el desarrollo de estrategias de afrontamiento más funcionales con respecto al proceso de adaptación y manejo de la enfermedad, como lo plantean Contreras y Esguerra (2006) quienes hacen énfasis en la importancia de las emociones positivas en el desarrollo de un pensamiento flexible que modifique la imagen de la enfermedad y promueva una visión optimista que favorezca el disfrute de la vida, logro que es susceptible de ser alcanzado, si se promueve un plan de intervención que le dé importancia clínica a las emociones positivas, como recursos que favorecen la calidad de vida y la salud del paciente, como se indica en el estudio realizado por Pressman y Cohen (2005) donde los resultados de la investigación muestran la relación entre las emociones positivas y la manera en que las personas pueden sobreponerse ante situaciones que pueden considerarse adversas, como la enfermedad.

Después de haber analizado los resultados de la evaluación, como se señaló en la descripción del procedimiento, se llevó a cabo un proceso de intervención individual y grupal con la muestra seleccionada, en el cual, se obtuvieron los siguientes resultados, que se describen de forma cualitativa, ya que no se llevó a cabo la aplicación de instrumentos estandarizados para dicha evaluación.

2.2 Resultados de la Intervención Individual :

Sujetos Intervenidos: 4

Número de sesiones con cada paciente: 4

Frecuencia de las sesiones: una sesión cada 4 u 8 días.

Formulación de casos y registro de evolución de los pacientes (*Ver Anexo10*).

Para llevar a cabo el proceso de intervención individual, se tuvo en cuenta, la información acerca de la historia de vida del paciente recolectada en la entrevista inicial y los resultados de la evaluación realizada, que sirvió para identificar el nivel de afectación de cada paciente en relación a los demás sujetos de la muestra, determinando que ciertas problemáticas no eran susceptibles de ser abordadas a nivel grupal y que algunos pacientes requerían mayor refuerzo en ciertos aspectos. Entre ellos se encontraron: síntomas de depresión, rasgos de personalidad dependiente, dificultad en el manejo y adaptación de limitaciones físicas, relaciones conflictivas con la red de apoyo familiar y dificultad para el establecimiento de prioridades.

Con respecto a los resultados obtenidos a través del proceso de intervención individual es de señalar, la importante reducción de los síntomas de depresión, la modificación de ideas irracionales asociadas a las conductas problema, los cambios positivos en las conductas relacionadas con la adaptación y el manejo de la enfermedad y el entrenamiento en técnicas de autocontrol emocional y en comunicación asertiva. Vale aclarar, que dichos resultados se destacan a partir del autorreporte de los pacientes y la observación del psicólogo, con respecto a la evolución del proceso. Sin embargo, aunque se evidencian logros importantes, es de mencionar que, por las condiciones de tiempo de la duración de la práctica, no se pudo realizar seguimiento a los pacientes para evidenciar los alcances de la intervención a largo plazo, aspecto que es tenido en cuenta en las recomendaciones del informe.

La evidencia de las problemáticas señaladas anteriormente, en la muestra de pacientes con diabetes con los que se trabajó, corroboran lo planteado por Mercado y Hernández (2007) quienes refieren que el hecho de tener una enfermedad crónica implica una modificación en el estilo de vida del paciente y en este proceso de cambio y adaptación pueden aparecer reacciones psicológicas, emocionales y conductuales que dificultan el desarrollo de estilos de afrontamiento más acertados, afectado la relación con su familia o cuidadores, irrumpiendo en la adopción de conductas saludables y desfavoreciendo el proceso el tratamiento, generando efectos negativos en la salud física. Por lo cual, éste proceso de intervención que se ha desarrollado, ha pretendido invertir en el fortalecimiento de los factores psicológicos, asociados a la enfermedad y aquellos que se asocian con la personalidad del paciente, que no son consecuentes del diagnóstico pero sí pueden influir en el pronóstico de la enfermedad. Respondiendo así a la propuesta de diferentes estudios como el de Vinacia, et al (2006) quienes señalan que una intervención temprana puede tener mejores resultados y actuar como factor protector de la salud.

2.3 Resultados de la Intervención Grupal:

Sujetos Intervenidos: 10

Número de sesiones Grupales Realizadas: 4

Duración de las sesiones: Una hora y media cada una.

Lugar: Fundación Santandereana de Diabetes y Obesidad FUSANDE

Estructura de las sesiones (*Ver Anexos 11 – 14*).

A lo largo del proceso de intervención grupal, se abordaron diferentes temas, entre ellos, el autocuidado, el autocontrol emocional, las emociones positivas y el sentido del humor, estrategias de afrontamiento y comunicación asertiva. Los aspectos que fueron tenidos en cuenta para la evaluación del impacto de las intervenciones fueron:

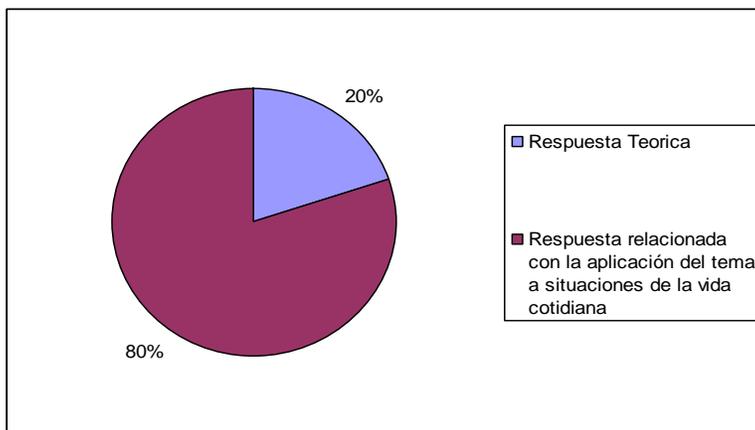
Asistencia: El 100% de los participantes asistieron a las cuatro sesiones grupales realizadas, lo cual es un indicador de compromiso e interés de los pacientes, por el proceso de intervención.

Participación en las actividades realizadas durante la sesión: por medio de la metodología utilizada, se logró que los pacientes, participaran activamente durante las sesiones, dando a conocer las ideas frente a los temas, realizando los ejercicios planteados, compartiendo las experiencias personales, ejemplificando cada uno de los aspectos trabajados en situaciones de su vida cotidiana y respondiendo a preguntas relacionadas con los conceptos manejados. A continuación, se señalan los resultados cualitativos de las evaluaciones realizadas en cada una de las sesiones.

- **Sesión 1. Autocuidado (Ver Anexo II):** los pacientes refieren reconocer la responsabilidad que tienen frente a las conductas de autocuidado, se percatan de los autoesquemas mentales que guían sus conductas, e identifican los aspectos que deben ser modificados al respecto. Las conductas sobre las que hacen mayor énfasis son: los hábitos alimenticios saludables y el ejercicio físico, aspectos que están relacionados con el plan de tratamiento que deben seguir por su enfermedad y que tienen mayor dificultad de llevar a cabo.

Al finalizar la sesión se realizó una evaluación de conocimientos, en la cual, todos los participantes respondieron satisfactoriamente los cuestionamientos. Algunas respuestas son estrictamente teóricas con relación al tema tratado y otras evidencian la asociación que hacen los pacientes del tema con su vida cotidiana. En la siguiente gráfica se muestra el porcentaje de cada tipo de respuesta.

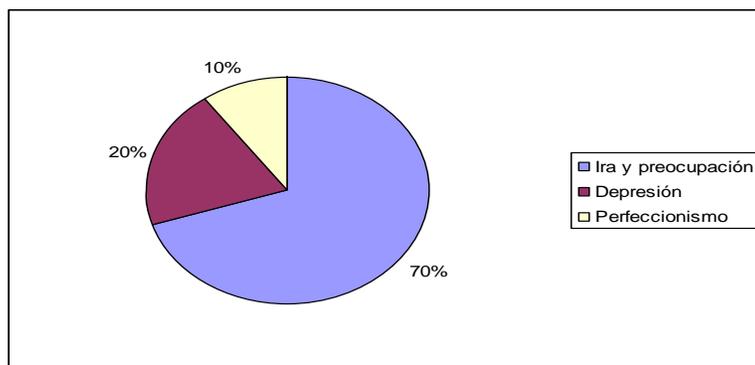
Gráfica 1. Tipos de respuestas dadas por los pacientes en la evaluación de conocimientos realizada en la sesión grupal 1 sobre el tema autocuidado (N=10).



La gráfica 2, señala que, la mayoría de los participantes del proceso de intervención grupal (80%), muestran evidencia de los conocimientos adquiridos a través de la asociación de los conceptos con los eventos de la vida cotidiana.

- Sesión 2. Autocontrol Emocional (Ver Anexo 12): Uno de los mayores logros en esta sesión fue el aprendizaje sobre la relación entre, pensamiento, emoción y conducta, lo cual se evidenció a través de la ejemplificación de estos aspectos en situaciones hipotéticas que cada paciente refería. Otro de los alcances con el tema fue el desarrollo de la habilidad para identificar las ideas irracionales y a través de una de las actividades realizadas se lograron establecer cuáles son los aspectos más frecuentes con los que se asocian las ideas irracionales de los participantes del proceso. En la siguiente gráfica se dan a conocer los resultados obtenidos.

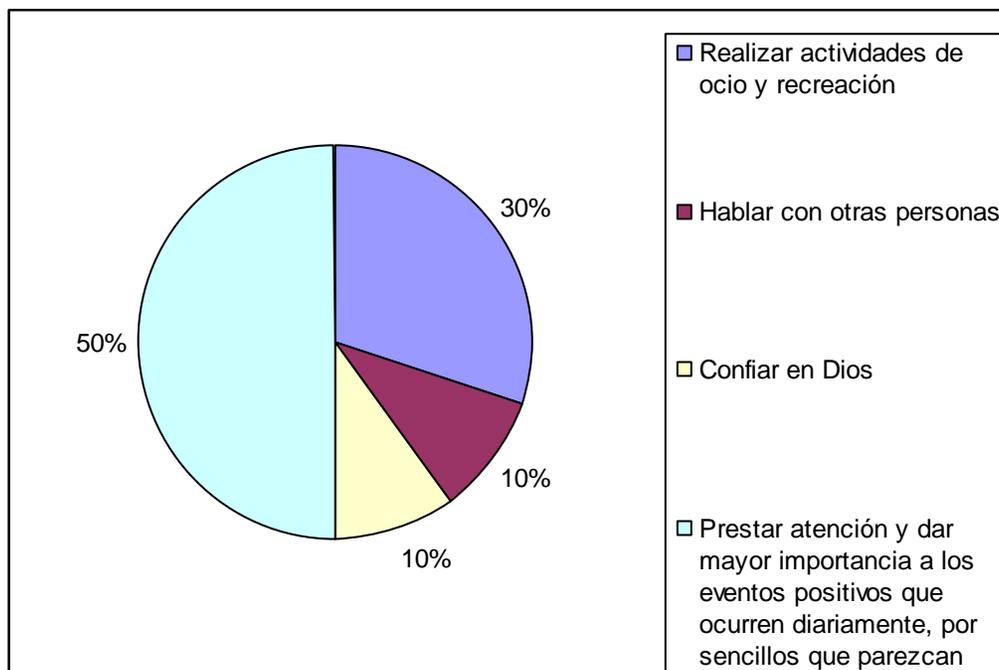
Gráfica 2. Aspectos más frecuentes con los que se asocian las ideas irracionales de los participantes de la intervención grupal (N=10)



En la gráfica 2, se evidencia que la mayoría de ideas irracionales que tienen los pacientes se asocian con la ira y la preocupación y en menor proporción con la depresión y el perfeccionismo.

- Sesión 3: Emociones Positivas y Sentido del Humor (Ver Anexo 13): Al indagar sobre los aprendizajes adquiridos en la sesión, los pacientes reconocen la importancia de las emociones positivas como recursos psicológicos para afrontar las diferentes situaciones de la vida cotidiana y mejorar el proceso de adaptación a la enfermedad, evidencian los efectos del sentido del humor en el estado de ánimo e identifican las ventajas de este aspecto sobre su salud física, además refieren algunas estrategias para crear estados emocionales positivos. En las siguientes gráficas se identifican algunos de estos aspectos.

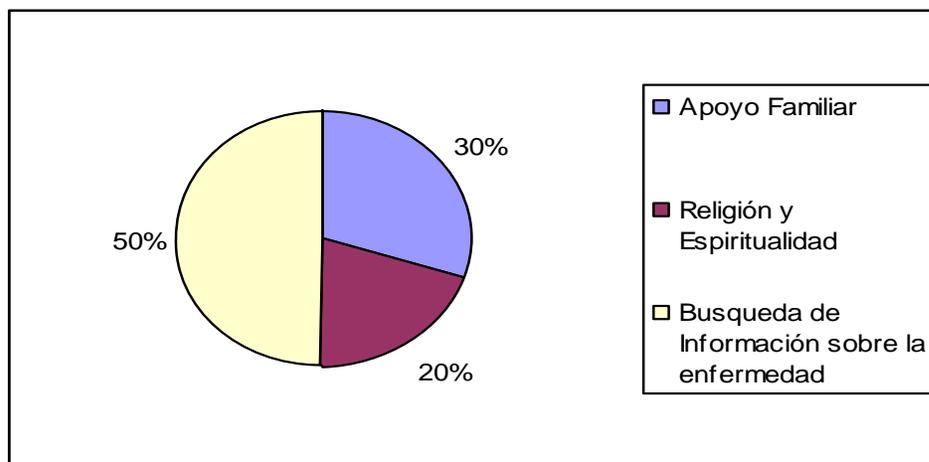
Gráfica 3. Estrategias referidas por los pacientes para crear estados emocionales positivos (N=10).



La gráfica 3, señala que la mayoría de los pacientes identifican el prestar atención y dar mayor importancia a los eventos positivos que a los negativos, como la mejor estrategia para tener estados emocionales positivos. Seguido, de realizar actividades de ocio y recreación y en un menor porcentaje la interacción con otras personas y lo relacionados con el ámbito espiritual.

- Sesión 4: Estrategias de Afrontamiento y Comunicación Asertiva (Ver Anexo 14): los pacientes conocen en que consisten las estrategias de afrontamiento, que tipos de estrategias existen e identifican cuales son la que utilizan generalmente y son capaces de evaluarlas de acuerdo a lo funcionales que resultan en las diferentes situaciones de su vida cotidiana. Además, se percatan de la importancia de aplicar los conocimientos adquiridos a lo largo del proceso de intervención, en las situaciones de su vida cotidiana. La siguiente gráfica muestra las estrategias de afrontamiento que comúnmente utilizan los pacientes de la muestra en el manejo y adaptación a la enfermedad.

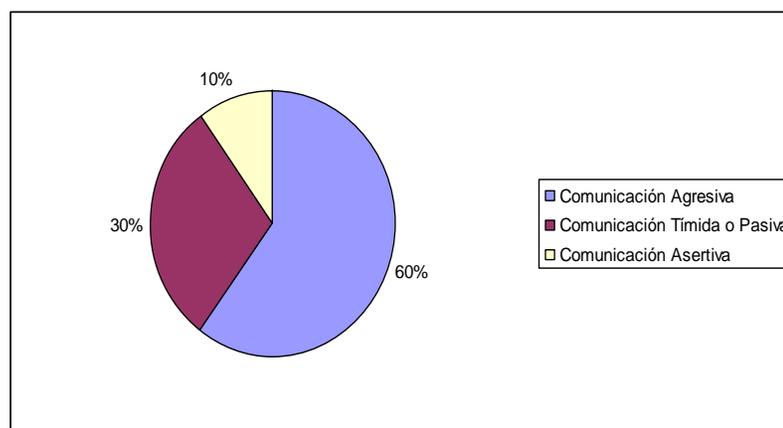
Gráfica 4. Estrategias de afrontamiento más utilizadas por los participantes de la intervención grupal en el proceso de adaptación a la enfermedad (N=10)



La gráfica 4, muestra que la estrategia de afrontamiento más utilizada por los pacientes en el proceso de manejo y adaptación a la enfermedad, es la búsqueda de información relacionada con la diabetes, seguido del apoyo familiar y fortalecimiento espiritual o el aferrarse a la religión.

Por otra parte, en la sesión 4, se logró, el entrenamiento en técnicas de comunicación asertiva, a través de los conocimientos adquiridos, los pacientes lograron identificar el estilo de comunicación que utilizan generalmente y evaluar los efectos de la misma en cuanto a la manera como califican su forma de relacionarse con los demás. A partir de lo referido por los pacientes se elaboró la siguiente gráfica.

Gráfica 5. Estilos de comunicación más utilizados por los pacientes que participan de la intervención grupal (N=10)



La gráfica 5, da a conocer que, el estilo de comunicación que predomina en los participantes de la intervención grupal, es la comunicación agresiva, seguida de la comunicación tímida o pasiva.

Autoreporte: al finalizar el proceso de intervención grupal, cada participante expuso acerca de los conocimientos adquiridos y de los efectos que a corto plazo podían percibir. La siguiente tabla muestra los aspectos señalados por los pacientes y el porcentaje de personas que coincidieron en la respuesta.

Tabla 2. Respuestas Frecuentes De Los Pacientes En La Evaluación Del Proceso De Intervención Grupal.

TIPO DE RESPUESTA	PORCENTAJE DE SUJETOS QUE COINCIDIERON EN LA RESPUESTA
Aprender a tener control de los pensamientos para que estos no nos afecten emocionalmente	90%
El cuidado personal es responsabilidad de cada uno de nosotros	80%
Se modificó la imagen frente a la enfermedad	90%
Invertir en situaciones que nos generen emociones positivas es invertir en la salud	100%
Tener un pensamiento flexible ayuda a sobreponerse ante situaciones difíciles	100%
Aprender a comunicarse con los demás nos hace sentirnos bien y evitamos los conflictos	30%

En la tabla 2, se dan a conocer las respuestas más comunes de los pacientes en el autoreporte realizado como parte de la evaluación del proceso de intervención grupal. Se puede evidenciar que, la mayoría de los participantes dio mayor importancia a lo relacionado con el manejo de las emociones, el efecto de las emociones positivas y la responsabilidad en las conductas de autocuidado.

Los aspectos abordados en las intervenciones grupales, corresponden a las diferentes variables psicológicas que pueden estar implicadas en el control de la diabetes, a lo que hacen mención Vinaccia, et al (2006) acerca de, que el proceso de adaptación a la condición crónica que implica la diabetes, tiene que ver con las respuestas que tienen los pacientes hacia la enfermedad y que ésta influye en su funcionamiento físico, psicológico y social. En esta medida,

los resultados encontrados en el presente trabajo, señalan algunos de los aspectos que dificultan dicho proceso de adaptación a la enfermedad, que pueden ser consecuencia de la movilización psicológica causada por el diagnóstico, y que pueden estar actuando como factores de riesgo que favorecen la aparición de las complicaciones. Entre dichas falencias encontramos, el deterioro en las conductas de autocuidado, la imagen catastrófica de la enfermedad, la dificultad para percibir y favorecer condiciones que promuevan emociones positivas, la falta de efectividad de las estrategias de afrontamiento que utilizan y el uso predominante de estilos de comunicación agresiva. Dicha relación entre los factores psicológicos y el desarrollo de la enfermedad, había sido planteada por autores como Aikens, Wallander, Bell y Cole (1992, citados por Méndez y Meléndez, 1994) quienes refieren los efectos del impacto emocional en los niveles de glucemia del paciente diabético, aspectos que se asocian también, con los aportes del campo de estudio de la psiconeuroinmunología (Ray, 2003).

En relación con lo que tiene que ver con las emociones positivas, se evidencia un deterioro importante en los pacientes de la muestra con relación a este aspecto, ya que en la mayoría de ellos predomina un estado de ánimo irritable que se asocia con el uso de estilos de comunicación agresiva, aspecto que dificulta la relación con sus familiares y cuidadores, la participación en actividades con grupos de pares y generan apatía frente a eventos de recreación. Lo cual podría indicar que, si se invierte en el entrenamiento de los pacientes en promover condiciones para sí mismos, que favorezcan el disfrute, la alegría, la tranquilidad entre otras, se contribuiría a disminuir los niveles de estrés causados por los efectos de la enfermedad y de esta manera se podría favorecer las actitudes del paciente frente al aprendizaje y al tratamiento médico. En este caso, se estaría apoyando lo planteado por Contreras y Esguerra (2006) acerca de, que las emociones positivas facilitan el desarrollo de pensamientos receptivos y flexibles, que ayudan a la solución de problemas y la toma de decisiones. Asimismo, se asocian con factores protectores de la salud y con la capacidad para afrontar situaciones adversas.

3. CONCLUSIONES:

El presente trabajo resalta la importancia del abordaje de los factores psicológicos en el tratamiento de pacientes con enfermedades crónicas como la diabetes, ya que se corrobora la influencia de estos aspectos en el desarrollo de factores protectores de la salud, ayudando al paciente no sólo en la adaptación a su enfermedad, sino al mejoramiento de su calidad de vida.

Aunque los resultados del presente trabajo, no son muy concluyentes debido al tamaño de la muestra, es importante resaltar que dentro de los hallazgos significativos en las pruebas, se encuentra el predominio de emociones negativas en los pacientes con diabetes, como el mal humor, estilos de interacción poco alegres, seriedad y en un menor porcentaje depresión. Sumado a esto se identificaron otros factores como el deterioro de los autoesquemas mentales que rigen las conductas de autocuidado y algunas falencias relacionadas con la comunicación que desfavorecen la efectividad de las redes de apoyo familiar y social.

Los pacientes que reciben asesoría, se informan y aprenden acerca de su enfermedad y realizan actividades con grupos de pares, pueden tener mayor adherencia al tratamiento, disminuir el costo físico y psicológico de la enfermedad y desarrollar estrategias de afrontamiento ante las diferentes situaciones de la vida cotidiana que pueden considerarse adversas.

Las emociones positivas como la alegría, el optimismo, el sentido del humor, la tranquilidad, favorecen el manejo efectivo de las variables de apoyo psicosocial y promueven un pensamiento flexible que amplía los recursos psicológicos del paciente, para contrarrestar las demandas físicas, emocionales y sociales de la enfermedad.

4. RECOMENDACIONES:

El presente trabajo de práctica es susceptible de ser utilizado como punto de partida para el desarrollo de futuros estudios investigativos y programas de intervención relacionados con la promoción de afectos positivos y sus efectos en la salud y en el tratamiento de enfermedades crónicas.

Se sugiere a la Fundación Santandereana de diabetes y obesidad y a otras instituciones prestadoras de servicios de salud que desarrollan el trabajo interdisciplinario, promover el trabajo grupal con los pacientes, con la misma importancia que merece el trabajo individual, con el fin de fomentar redes de apoyo social que favorezcan el aprendizaje y la modificación de la imagen catastrófica de la enfermedad, con base en criterios de experiencias personales orientadas por profesionales especialistas en el tema.

Es importante que los trabajos de práctica realizados en las instituciones como aportes al proceso de tratamiento ya establecido, no finalicen con el término del proceso académico del estudiante, sino que sean retomados por los profesionales que manejan el área de psicología

dentro de la institución, con el fin de conocer los resultados del proceso a largo plazo e identificar nuevos focos de investigación, que permitan el crecimiento del área de conocimiento de la psicología de la salud y a su vez, contribuyan al hallazgo de nuevas y mejores estrategias de intervención.

El programa de especialización en psicología clínica, no debe enfocarse sólo en el trabajo de intervención como requisito único para evaluar el desempeño del profesional que aspira al título de especialista, sino también, debe promover el desarrollo de estudios investigativos y/o evaluativos que permitan incursionar en nuevas de áreas de conocimiento, ya que parte esencial de una intervención es una buena evaluación y esta a su vez es la que permite el desarrollo de técnicas y metodologías más eficaces en el tratamiento y abordaje de las distintas problemáticas.

5. REFLEXIÓN PERSONAL DE LA PRÁCTICA:

Ser profesional implica el reto de ser eficiente y eficaz en lo que se hace, los recursos académicos, son sólo la herramienta que nos ayuda a caminar sobre lo que otros han experimentado antes, pero no deben convertirse en un sesgo que nos impida ver nuevas alternativas, nuevos caminos por donde quizá podamos hallar mejores soluciones. La práctica, consiste en la oportunidad, para saber que aquello que aprendimos realmente funciona, pero también para darnos cuenta que no hemos terminado el recorrido y que por el contrario, cada persona, cada grupo, cada situación de la vida, es un motivo para indagar, para aprender, para pensar, para innovar.

Este trabajo ha sido una de las experiencias más significativas en mi desempeño como profesional, pues he aprendido a diseñar un plan, a establecer límites, tiempos y metas, pero sobre todo, a rescatar y darle importancia a los aspectos positivos que todas las personas aún en situaciones adversas, esconden tras la tristeza, la ira, el miedo etc.

6. REFERENCIAS

- 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 Colombiana de Diabetes (2009). *Estadísticas*. Recuperado el 03, febrero, 2010, de <http://www.asodiabetes.org>
- Beck, J. (2000). *Terapia Cognitiva: Conceptos Básicos y Profundización*. Barcelona. Gedisa.
- Cano, J. (2004). *Guía de Tratamiento de la Diabetes en Atención Primaria, Recomendaciones Clínicas con Niveles de Evidencias*. Cuarta Edición. Madrid: ELSEVIER.
- Cardone, M. Ferrero, M. Maders, I. Carrizo, C. Jäger, L. Gigena, E (2009) *Medicalización De La Vida Desde El Humor. Comité Hospitalario De Bioética. Hospital Córdoba. Córdoba. Argentina*. Recuperado el 11, noviembre, 2009, de <http://www.unesco.org>.
- Carretero, H. (2005). *Construcción de la Escala de Apreciación del Humor (EAUH) Tesis Doctoral*. Universidad de Granada. España. Recuperado el 05, Julio, 2009, de <http://hera.ugr.es/tesisugr/15472310.pdf>.
- Carretero, H. Ruch, W. Agudelo, D. Platt, T. Y Proter, R. (2010) Fear Of Being Laughed At And Social Anxiety: A Preliminary Psychometric Study *Psychological Test and Assessment Modeling*, 52 (1), 108-124.
- Carretero, H. Agudelo, D. Olave, C y Gómez, G (en prensa) Adaptación Colombiana del State-Trait-Cheerfulness-Inventory (STCI- T).

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.

Contreras, F. y Esguerra, G. (2006) Psicología Positiva una Nueva Perspectiva en Psicología. *Diversitas Perspectivas en Psicología*. Recuperado el 10, febrero, 2010, de <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/679/67920210.pdf>

Federación Internacional de Diabetes (2009). *Estadísticas*. Recuperado el 03, febrero, 2010 de www.idf.org.

Infodiab (2002). Diabetes Aspectos Psicológicos y Sociales, *Boletín de la Fundación para la Diabetes*. Recuperado el 10, julio, 2009 de <http://www.fundacióndiabetes.org>.

Klinger, C. Herrera, J. Díaz, M. Jhann, A. Ávila, G. Y Tobar, C (2005) La psiconeuroinmunología en el proceso salud enfermedad. *Colombia Médica*, 36 (2) 120-129.

Lupiani, M. Gala, F. Bernalte, A. Lupiani, S. Dávila, J. Miret, M (2005) El humor, la alegría y la salud. *Cuadernos De Medicina Psicosomática Y Psiquiatría De Enlace*. Recuperado el 11, noviembre, 2009, de <http://Sumarios ISOC- Psicología www.ucm.es/BUCM/cee/inforeco/.../5/513.htm>

Méndez, F. y Beléndez, M. (1994) Variables Emocionales Implicadas En El Control De La Diabetes: Estrategias De Intervención. *Anales de psicología* 10 (2) 189-198.

Mercado, F. y Hernández, E. (2007) Las enfermedades crónicas desde la mirada de los enfermos y los profesionales de la salud: un estudio cualitativo en México. *Cad. Saúde Pública*, 23 (9) 2178-2186.

Organización Mundial de la Salud (1960). *Constitución de la OMS, Ginebra OMS*, recuperado el

10, diciembre, 2009, de <http://www.OMS.org.com>.

Organización Mundial de la Salud (2005) Prevención de las enfermedades crónicas: una inversión vital. Ginebra: OMS, recuperado el 03, octubre, 2009, de http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/overview_sp.pdf.

Organización Panamericana de la Salud (2007) *Estrategia Regional Y Plan De Acción Para Un Enfoque Integrado Sobre La Prevención Y El Control De Las Enfermedades Crónicas*. Recuperado el 12, enero, 2010, de <http://www.bvsde.paho.org/texcom/nutricion/reg-strat.pdf>.

Payne, M. y Lengacher, C. (2007) Humor and Laughter May Influence Health: III. Laughter and Health Outcomes. *Advance Access Publication*, 3(2) 1-4.

Pineda, N, Bermúdez, V, Cano, C. Mengual, E. Romero, J. Medina, M. Leal, E. Rojas, J. Toledo, A. (2004) Niveles de Depresión y Sintomatología característica en pacientes adultos con Diabetes Mellitus tipo 2. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 23(1) 74-78.

Pressman, S. y Cohen, S (2005). Does positive affect influence health? *Psychological Bulletin*; 131(6) :925-971.

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 03, julio, 2009 de <http://www.gador.com.ar/iyd/alplx.pdf>.

Ruch, W., Köhler, G. y Van Thriel (1996). Assessing the "humorous temperament": Construction of the facet and standard trait forms of the State-Trait-Cheerfulness-

- Inventory — STCI. En W. Ruch (Ed.), Measurement of the sense of humor [special issue]. *Humor: International Journal of Humor Research*, 9, 303-339.
- Sierra, I y Mendivil, C. (2007). *Hacia el Manejo Practico de la Diabetes Mellitus*. Tercera Edición. Bogotá: Kimpres Ltda.
- Trull, T. y Phares, J. (2003) *Psicología clínica Conceptos, métodos y aspectos prácticos de la profesión*. Sexta Edición. Mexico:Editorial Ciencias Sociales y Humanas.
- Vidal, J. (2008) *Psicoimmunología*. Barcelona: OMADO.
- Vázquez, C.; Hervás, G. Y 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.
- Vinaccia, S. Fernandez, H. Escobar, O. Calle, E. Andrade, I. Contreras, F. Tobón, S. (2006) Calidad de Vida y Conducta de Enfermedad en Pacientes con Diabetes Mellitus tipo II. *Revista Suma Psicológica*. 13 (1) 15-31.

ANEXOS:*Anexo1. Consentimiento Informado***CONSENTIMIENTO INFORMADO**

La Universidad Pontificia Bolivariana está desarrollando un proyecto de evaluación e intervención psicológica sobre aspectos relacionados con las emociones y el efecto del sentido del humor en la salud. Después de haber recibido la información necesaria por parte de la Ps. CAROLINA MOLANO ROJAS, quien dio respuesta a mis inquietudes, manifiesto libre, consciente y voluntariamente mi intención de participar en el proceso.

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:

Participante:

Nombre _____

Firma _____

Cédula de Ciudadanía #: _____ de: _____

Fecha: _____

Responsable del proyecto:

Nombre _____

Firma _____

Cédula de Ciudadanía #: _____ de: _____

Cédula de Ciudadanía #: _____ de: _____

*Anexo2. Formato de Historia Clínica***HISTORIA CLÍNICA**

Nº

--

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>			
<i>NOMBRE</i>	<i>PARENTESCO</i>	<i>EDAD</i>	<i>OCUPACION</i>

3. SITUACION ACTUAL DEL PACIENTE

- MOTIVO DE CONSULTA:

- OBSERVACION GENERAL DEL CONSULTANTE:

- DESCRIPCION DE LA SITUACION ACTUAL: (funcionamiento en diferentes áreas, nivel de afectación, redes de apoyo (percibido y real).

4. ANTECEDENTES PERSONALES

Anexo 3. Inventario de Evaluación del Sentido del Humor, State-Trait-Cheerfulness-Inventory (STCI).

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. Sonrío 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 enojo 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)

Anexo 4. Escala de Evitación y Ansiedad Social (SAD).

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 |

Anexo. 5 Escala de Temor a la Evaluación Negativa (FNE.)

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 desaprueban.. | 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 |

Anexo 6. Cuestionario de Depresión de Beck.

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.**

<p>1. Tristeza</p> <p>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.</p> <p>2. Pesimismo</p> <p>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.</p> <p>3. Sentimientos de Fracaso</p> <p>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.</p> <p>4. Pérdida de Placer</p> <p>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.</p> <p>5. Sentimientos de Culpa</p> <p>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.</p>	<p>6. Sentimientos de Castigo</p> <p>0 No siento que esté siendo castigado. 1 Siento que puedo ser castigado. 2 Espero ser castigado. 3 Siento que estoy siendo castigado.</p> <p>7. Insatisfacción con uno mismo</p> <p>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.</p> <p>8. Auto-Críticas</p> <p>0 No me critico o me culpo más que antes. 1 Soy más crítico conmigo mismo de lo que solía ser. 2 Crítico todos mis defectos. 3 Me culpo por todo lo malo que sucede.</p> <p>9. Pensamientos o Deseos de Suicidio</p> <p>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.</p> <p>10. Llanto</p> <p>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.</p>
---	--

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

Anexo 7. Inventario de Depresión Estado/Rasgo (IDER).

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

Anexo 8. Cuestionario de Gelotofobia, (GELOPH 15).

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 seré 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 mi 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)

·
1 Me siento incómodo bailando porque estoy convencido que les parezco ridículo a los (1) (2) (3) (4)
3. que me observan.

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 (1) (2) (3) (4)
les parezca raro.

15 Cuando hago el ridículo frente a otros, me entieso totalmente y soy incapaz
· de comportarme adecuadamente. (1) (2) (3) (4)

Anexo 9. Escala de Apreciación del humor (EAHU).

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 divertido	0	1	2	<input checked="" type="checkbox"/>	4	Muy divertido
+ ¡No cariño, no, los pedos no pesan!	Ningún rechazo	<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	3	4	Fuerte rechazo
- ¡Pues entonces me he cagado!							

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 divertido	0	1	2	<input checked="" type="checkbox"/>	4	Muy divertido
Ningún rechazo	0	1	2	3	<input checked="" type="checkbox"/>	Fuerte 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.

+¿Y 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**

3.

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.

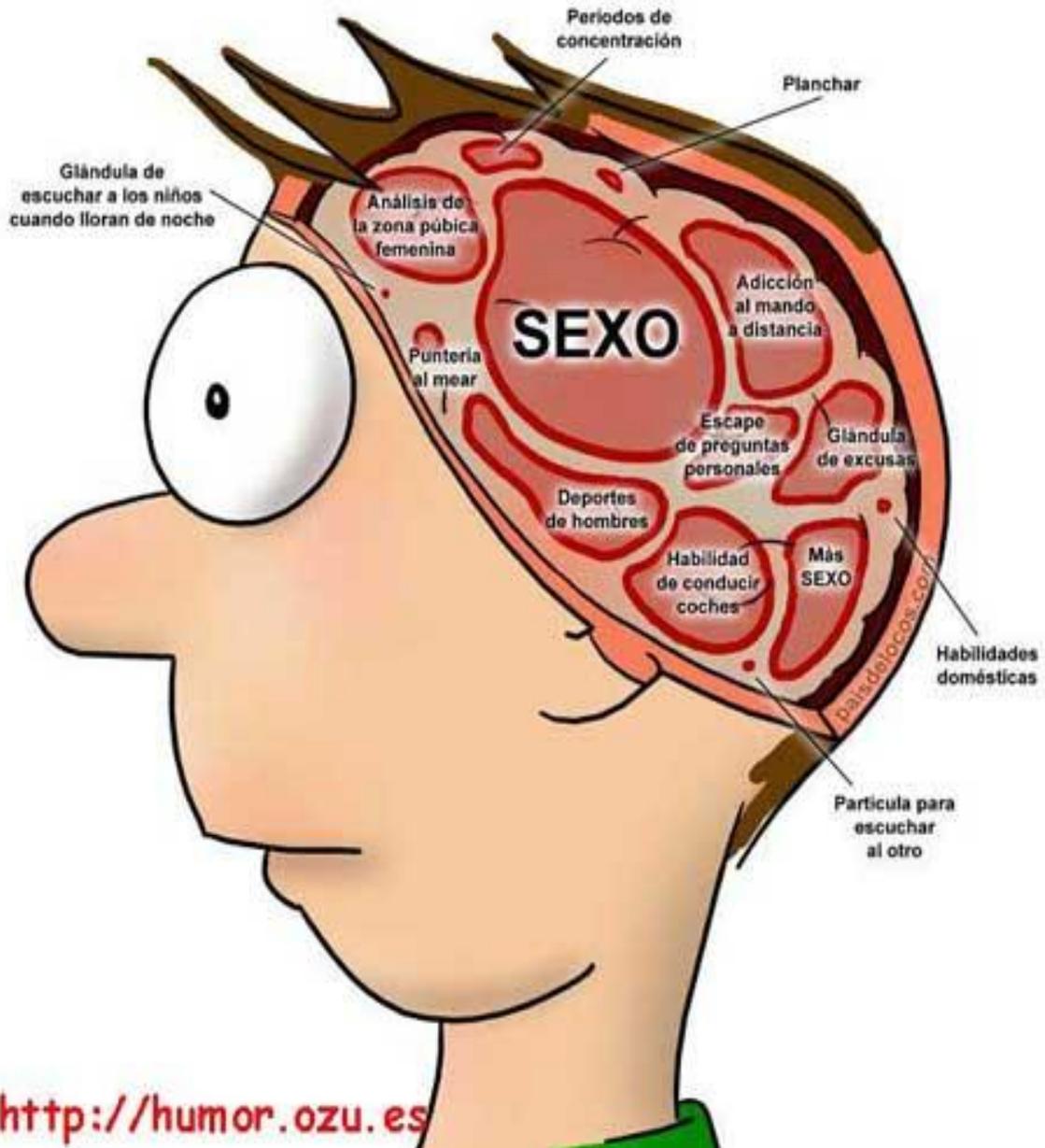
¿Cómo se meten 600 judíos en un coche?.....Dos delante, tres detrás, y el resto en el cenicero.

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

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

7.

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

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

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

8.

-¿Cómo te llamas?

+Luis, como mi tío Antonio

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

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

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

10.

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

+¡Cáncer, querido, cáncer!

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

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

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

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

13.

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

+¡Pero si yo no tengo hermanos!

-¡Más curioso todavía!

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

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

14.

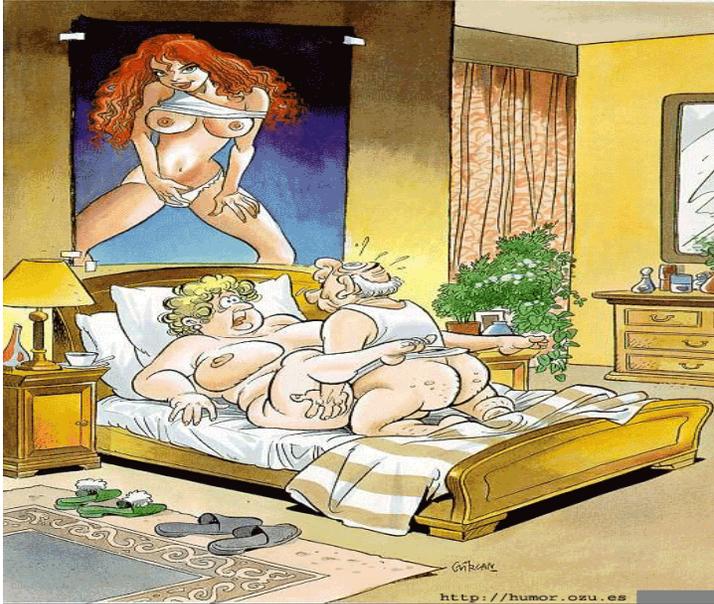
-¡Hola!, ¿cómo te llamas?

+No sé, pero tengo una bicicleta muy chimba.

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

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

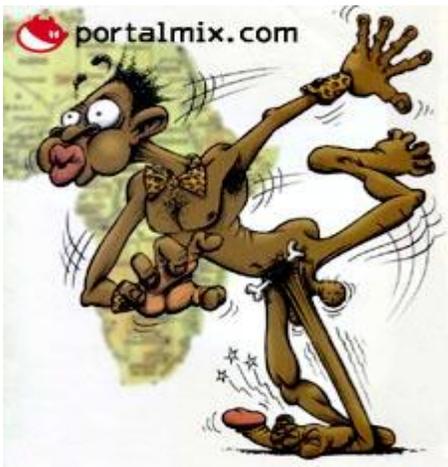
15.



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

Ningún rechazo 0 1 2 3 4 Fuerte rechazo

20.



Nada divertido 0 1 2 3 4 Muy divertido

Ningún rechazo 0 1 2 3 4 Fuerte rechazo

21.

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

Nada divertido 0 1 2 3 4 Muy divertido

Ningún rechazo 0 1 2 3 4 Fuerte 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?

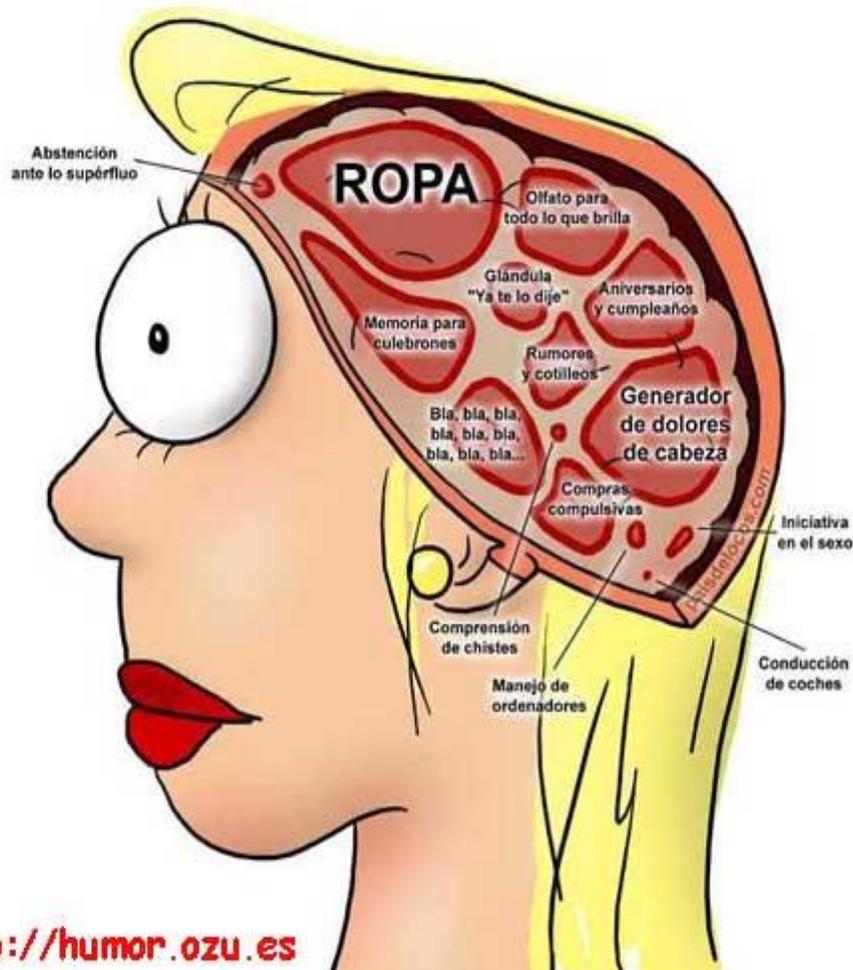
+¿Qué otras?

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 divertido 0 1 2 3 4 Muy divertido

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

Ningún rechazo 0 1 2 3 4 Fuerte rechazo

Anexo 10. Formulación de Casos y Registro de Evolución de los Pacientes Intervenido Individualmente.

CASO I

1. Datos Sociodemográficos

NOMBRE: Marcos Galindo

EDAD: 78 años

ESTADO CIVIL: Casado

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 00

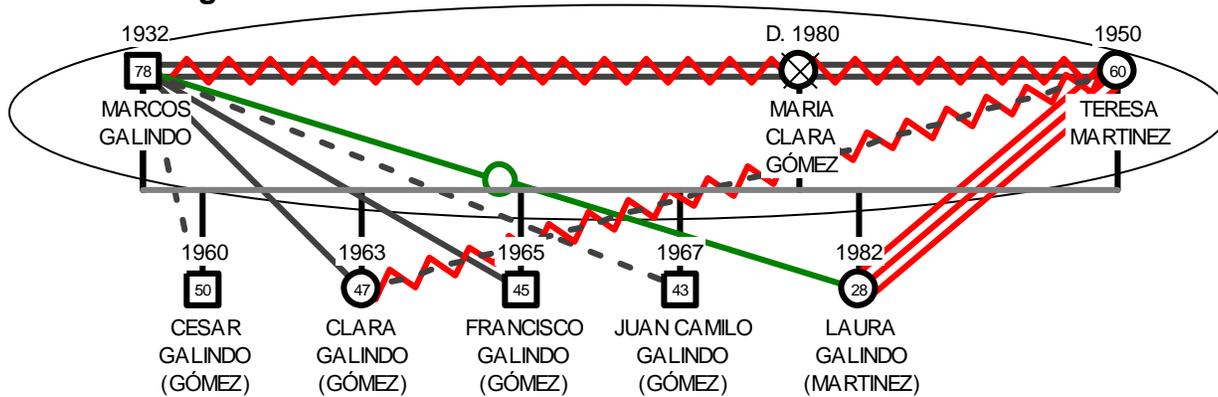
FECHA DE NACIMIENTO: 10 de Febrero de 1932.

LUGAR DE NACIMIENTO: Tunja Boyacá

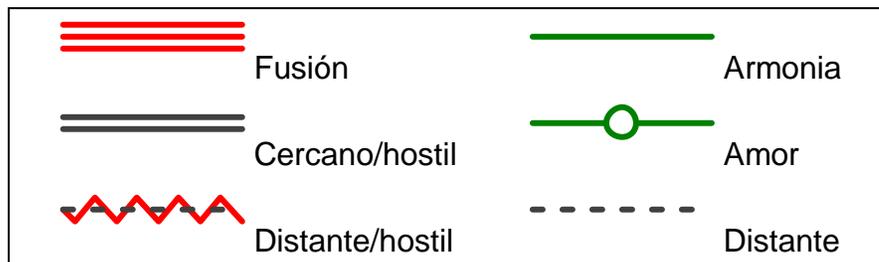
PROFESIÓN: Contratista **OCUPACIÓN:** Independiente

RELIGIÓN: Católico

2. Genograma



Convenciones: Tipo de Relación Emocional



3. Motivo de Consulta

“me pongo de mal genio por cualquier cosa y esto me trae problemas con mi familia, a veces me siento solo como si no le importara a nadie.”

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

- Irritabilidad y agresividad
- Dificultad en la comunicación con su esposa
- Deterioro de su estado de salud física
- Descuido de su presentación personal
- Dificultad para estar solo e inactivo
- Conductas de dependencia hacia su esposa

Paciente que fue diagnosticado con diabetes mellitus tipo 2 hace aproximadamente 15 años, refiere que no ejerce conductas de autocuidado (no mantiene hábitos alimenticios saludables, consume alcohol esporádicamente, consume dulces y golosinas) lo cual influye en el deterioro de su salud. Manifiesta ser una persona muy irritable por lo cual en ocasiones se torna agresivo con su esposa que es la persona con quien convive y cuida de él, aspecto que afecta la relación con su hija menor y genera el rechazo de su cuidadora (esposa). El paciente manifiesta sentir que no tiene la atención que necesita y con esta razón justifica el descuido de su arreglo personal (usa ropa sucia y a veces no se baña), requiere estar en constante actividad, pues la soledad le genera malestar emocional guiado por sentimiento de culpa e inutilidad, miedo al abandono y a la muerte. Su esposa refiere que aunque ella siempre le tiene la ropa limpia y le arregla sus cosas personales, a él le gusta estar sucio y utiliza la ropa nueva para trabajar por lo cual, cuando tienen alguna actividad fuera de casa “no tiene que ponerse”.

5. Descripción de la historia de vida

Marcos Galindo nació en 1932, hijo de madre soltera y de familia de escasos recursos económicos, tercero de cuatro hermanos. Aunque conoció a su padre este nunca tuvo una relación cercana con él, desde su infancia Marcos ha tenido que trabajar para el sustento de su familia, su madre era rígida y castigadora, por lo cual de niño fue maltratado, al llegar a los 16 años fue a vivir con sus padrinos, quienes le enseñaron a trabajar en construcción, labor que ha ejercido durante toda su vida y con la cual ha conseguido los bienes materiales que tiene. A sus 25 años contrajo matrimonio con su primera esposa, con quien tuvo cuatro hijos, fue un hogar muy conflictivo debido a situaciones de infidelidad y al poco tiempo que dedicaba a su familia por cuestiones de trabajo. Cuando llevaban 25 años de matrimonio su esposa murió de un infarto, luego de esto, Marcos se dedicó un tiempo a cuidar de su hija mayor, hasta que ella contrajo matrimonio, sus otros tres hijos también se casaron y se distanciaron de él. Por lo cual, Marcos decidió casarse con Teresa Martínez quien hoy es su esposa y cuidadora, de esta nueva unión tuvieron una hija, a la cual el manifiesta querer mucho y aunque no vive con ellos por que trabaja en otra ciudad, tienen una relación muy cercana y afectuosa. Este matrimonio ha sido para Marcos la oportunidad de una nueva vida y de

tener una familia, pero para los hijos de su primer matrimonio ha sido todo un conflicto por cuestiones económicas. Aunque Marcos señala que ama a su esposa y que es su único soporte, refiere que él se ha comportado mal con ella, pues en muchas ocasiones la ha maltratado física y verbalmente, lo que según él ha hecho que ella cambiara su forma de ser con él y por lo cual ahora se siente culpable, pero a la vez siente rabia que ella no sea como antes.

Marcos siempre ha sido un hombre fuerte y vigoroso aunque ha llevado un estilo de vida poco saludable; hace aproximadamente 15 años le diagnosticaron Diabetes Mellitus tipo 2 y aunque toma sus medicamentos con regularidad y asiste a los controles médicos, no lleva a cabo las indicaciones nutricionales y esto hace que experimente malestar físico y que su salud se deteriore progresivamente.

6. Ciclo de vida

Durante su infancia fue maltratado por su madre, no se relacionaba con su padre y tenía que trabajar para mantener a su familia, en la adolescencia vivió con sus padrinos quienes le enseñaron el oficio de la construcción, se casó a los 25 años y tuvo cuatro hijos, quedando viudo 25 años después, contrajo nuevamente matrimonio (relación actual) y tuvo otra hija, la relación afectiva con su esposa ha estado marcada por conductas de agresividad y dependencia.

7. Contexto:

Familia: Paciente que cuenta con una red de apoyo familiar efectiva, su esposa y su hija se interesan por su salud y su cuidado. Sin embargo, el paciente se torna irritable y agresivo en ocasiones con su esposa, aspecto que dificulta la comunicación y afecta la relación de pareja.

Social y Recreacional: Tiene una red social limitada, no frecuenta a sus amigos y no pertenece a ningún grupo de pares, eventualmente asiste a reuniones sociales con su esposa, le gusta realizar actividades de ocio y recreación como pasear, conocer lugares, viajar y siempre lo hace en compañía de su esposa e hija menor. No presenta dificultades para relacionarse con los demás.

Sexual: Paciente que a consecuencia del deterioro físico por causa de la diabetes tiene problemas de disfunción eréctil, sin embargo, refiere contacto físico de besos y caricias con su pareja.

Estado de Salud: Paciente que presenta problemas de diabetes desde hace 15 años, obesidad, riesgo cardiovascular, dificultades leves de visión. Sin embargo, es un hombre activo y no presenta limitaciones para la marcha.

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

Paciente que presenta síntomas de depresión que se asocian con mal humor e irritabilidad, influyendo en el deterioro de su aspecto físico y la ausencia de conductas

de autocuidado, generando conflicto en las relaciones con su familia. Adicionalmente muestra conductas de dependencia frente a su esposa y tiene comportamientos manipuladores de su atención.

En los resultados de la evaluación realizada el paciente tuvo puntuaciones significativas en la escala de Gelotofobia, en BDI (cuestionario de depresión de Beck), y en depresión rasgo y estado del IDER. En el STCI obtuvo baja alegría 5 que hace referencia a un estilo de interacción poco alegre con los demás, seriedad 4,6 que se asocia con la tendencia a preferir lo concreto y racional y la actitud de rechazo frente a las situaciones o personas que involucren diversión y/o alegría, y mal humor que está relacionado con el predominio de un estado de ánimo irritable. En la escala de apreciación del humor EAU puntuó mayor aversión. Aspectos que se evidencian también en las conductas problema identificadas en la entrevista.

Eje I: Síntomas de Depresión

Eje II: Rasgos de personalidad dependiente

Eje II: Diabetes Mellitus tipo II

Eje IV: Conflictos con su pareja

Eje V: EEAG 70 al inicio

9. Objetivos terapéuticos

- Modificar los síntomas asociados con la depresión
- Incrementar la autoeficacia en relación con las conductas de autocuidado
- Entrenar en el autocontrol emocional
- Entrenar en comunicación asertiva
- Promover conductas de autonomía

3. Plan de intervención

De acuerdo con los objetivos terapéuticos planteados, se sugiere un plan de intervención de cuatro sesiones individuales y cuatro sesiones grupales, que se llevarán a cabo de la siguiente manera:

SESIONES INDIVIDUALES:

Sesión 1:

- Discutir acerca de los objetivos terapéuticos y las expectativas del paciente.
- Explicación de la relación entre pensamiento, conducta y emoción
- Identificación de errores cognitivos asociados a las conductas objeto de intervención.
- Diálogo Socrático

Sesión 2:

- Entrenamiento en ABC (acontecimiento activador, creencias acerca de A y consecuencia conductual y emocional)
- Detección de ideas y creencias irracionales

- Discusión acerca de las creencias
- Planteamiento de Alternativas
- Entrenamiento en técnicas de autocontrol emocional
- Compromisos para el hogar

Sesión 3:

- Revisión y evaluación de los compromisos de la sesión anterior
- Psicoeducación acerca de los autoesquemas
- Entrenamiento en prácticas de autonomía.
- Psicoeducación y entrenamiento en técnicas de comunicación asertiva
- Compromisos para el hogar

Sesión 4:

- Evaluación -Autoreporte

SESIONES GRUPALES:

Sesión 1: Autocuidado

Sesión 2: Salud Mental y Autocontrol Emocional

Sesión 3: Emociones Positivas Y Sentido del Humor

Sesión 4: Estrategias de afrontamiento, asertividad, comunicación.

REGISTRO DE EVOLUCIÓN

FECHA	DESCRIPCIÓN DE LA SESIÓN	EVOLUCIÓN
FEBRERO 17 – 2010	<p>Sesión Individual I:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Planteamiento de los objetivos terapéuticos y las expectativas del paciente en cuanto al proceso de intervención. - Entrenamiento en el modelo cognitivo, se le explica al paciente la relación entre pensamiento, conducta y emoción. - Diálogo a través del método socrático e Identificación de ideas irracionales asociadas a las conductas objeto de intervención. 	<ul style="list-style-type: none"> - El paciente está de acuerdo con los objetivos planteados por el terapeuta y refiere que su mayor interés es mejorar su actitud frente a su esposa. - El paciente refiere tener claridad con respecto a la explicación de la relación: pensamiento, conducta y emoción, logra ejemplificar la instrucción. - El paciente señala: "mi esposa cambio por mi culpa" "todos me desprecian" "ya no están pendientes de mí" "si uno no produce, nadie va a ver de uno". - Al finalizar la sesión el paciente refiere que.

		<p>“No había visto las cosas de esa manera, definitivamente uno se siente de acuerdo a como piensa”</p>
<p>FEBRERO 24 - 2010</p>	<p>Sesión Individual II:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Actualización y control del estado emocional del paciente. - Revisión de la sesión I - Abordaje de las ideas irracionales y estructuración del mapa mental del paciente, se discute e instruye al respecto. - Entrenamiento en ABC (acontecimiento activador, creencias acerca de A y consecuencia conductual y emocional) - Planteamiento de alternativas de pensamiento (reestructuración cognitiva) y - Puesta en práctica de lo aprendido. - Entrenamiento en técnicas de autocontrol emocional (relajación, detección del pensamiento) - Compromisos para el hogar. 	<ul style="list-style-type: none"> - Paciente refiere haber reflexionado en lo abordado en la sesión anterior, y refiere algunas ideas con las que intenta reemplazar aquellas que le generan malestar: “todos cambiamos, de acuerdo a las experiencias de la vida” “No tengo limitaciones físicas, puedo encargarme de mi propio cuidado” “En realidad no me desprecian, es normal que se molesten por mi forma de ser”. - El paciente comprende la instrucción en ABC y es capaz de formular alternativas de pensamiento y conducta - Se compromete a practicar las técnicas de autocontrol emocional y registrar los cambios percibidos.
<p>FEBRERO 25 - 2010</p>	<p>Sesión Grupal I: AUTOCUIDADO Ver estructura de sesión grupal en anexo (11)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - El paciente participa activamente en la sesión, señala algunas ideas previas frente al tema como: “es cuidarse a sí mismo” “es difícil cuidarse a sí mismo, a veces los demás no colaboran” - En el sociodrama, representa una situación de su vida cotidiana en la que él toma responsabilidad de su arreglo personal. - En la evaluación escrita sobre el tema, responde satisfactoriamente las

		preguntas y hace énfasis en el compromiso personal de mejorar su presentación personal.
MARZO 01 - 2010	Sesión Individual III: <ul style="list-style-type: none"> - Actualización y control del estado emocional del paciente. - Revisión y evaluación de los compromisos de la sesión anterior - Psicoeducación acerca de los autoesquemas mentales. Autoestima, autoconcepto, autoaceptación, autocontrol, autoeficacia. - Entrenamiento en prácticas de autonomía. - Psicoeducación y entrenamiento en técnicas de comunicación asertiva, se utiliza material didáctico (diapositivas). - Compromisos para el hogar 	<ul style="list-style-type: none"> - Se evidencia mejoría en su estado de ánimo y presentación personal. - El paciente refiere haber puesto en práctica algunas de las técnicas de autocontrol emocional: reestructuración cognitiva, respiración y relajación. - Se evidencian cambios en relación con las conductas de autonomía, el paciente se muestra comprometido con su cuidado personal y salud - El paciente comprende el tema de autoesquemas mentales, lo cual se evidencia en los ejercicios prácticos. - Es capaz de asociar el tema de autocontrol emocional con la comunicación asertiva. - Se compromete a revisar en casa lo aprendido y ponerlo en práctica.
MARZO 05 - 2010	Sesión Individual IV: <ul style="list-style-type: none"> - Actualización y control del estado emocional del paciente. - Revisión y evaluación de los compromisos de la sesión anterior - Evaluación del Proceso – Autorreporte - Cierre del proceso individual 	<ul style="list-style-type: none"> - El paciente refiere mejoría en su estado emocional y señala que utiliza con mayor facilidad las técnicas de autocontrol emocional y esto ha contribuido a tener una mejor comunicación y relación con su esposa. - Se evidencia mejoría en su presentación personal. - Se resalta el compromiso del paciente durante el proceso de intervención y se señalan los cambios percibidos y los aspectos en los que el paciente debe continuar trabajando. - El paciente se

		compromete a continuar asistiendo a las sesiones grupales.
MARZO 11 - 2010	Sesión Grupal II: SALUD MENTAL Y AUTOCONTROL EMOCIONAL - Ver estructura de sesión grupal en anexo (12)	- El paciente asiste y participa activamente en la sesión grupal. - Se refuerzan aspectos que se habían trabajado antes en la intervención individual. - El paciente se desenvuelve el tema con conocimiento y habilidad, lo cual evidencia la evolución que ha tenido en su proceso individual.
MARZO 18 - 2010	Sesión Grupal III: EMOCIONES POSITIVAS Y SENTIDO DEL HUMOR - Ver estructura de sesión grupal en anexo (13)	- El paciente asiste y participa activamente en la sesión grupal. - Refiere disfrutar de las actividades realizadas. - Se evidencia evolución en el proceso de mejoramiento de su presentación personal y autonomía.
MARZO 25 - 2010	Sesión Grupal IV: ESTTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y COMUNICACIÓN ASERTIVA. - Ver estructura de sesión grupal en anexo (14)	- El paciente asiste y participa en la sesión. - Comparte su experiencia personal con el grupo y refiere cambio positivo en su estado emocional y relación con su esposa.

CASO 2

1. Datos Sociodemográficos

NOMBRE: RIGOBERTO PINILLA

EDAD: 77 años

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO: 15 de junio de 1933

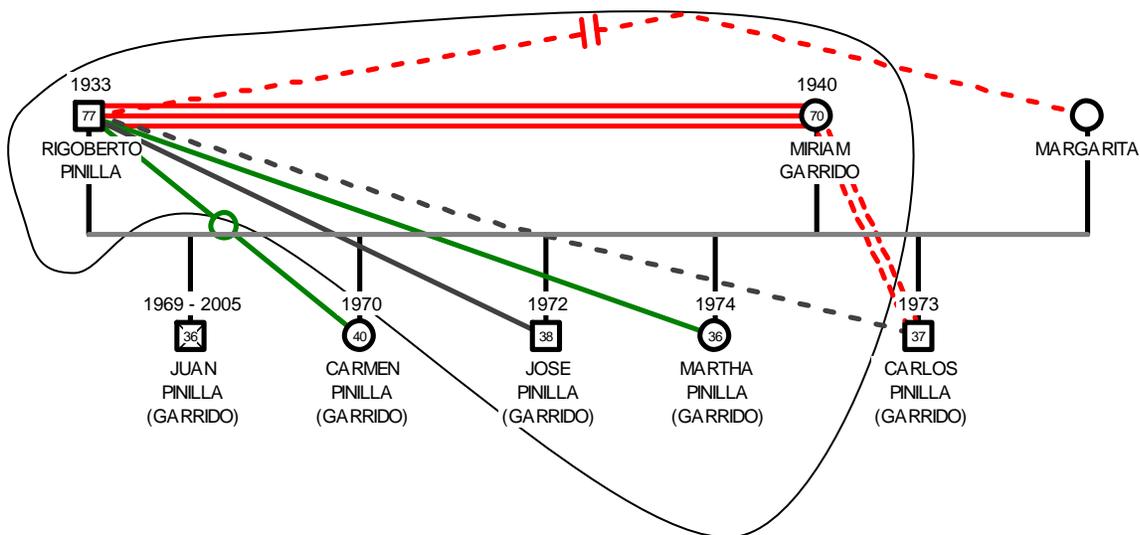
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 01

ESTADO CIVIL: CASADO

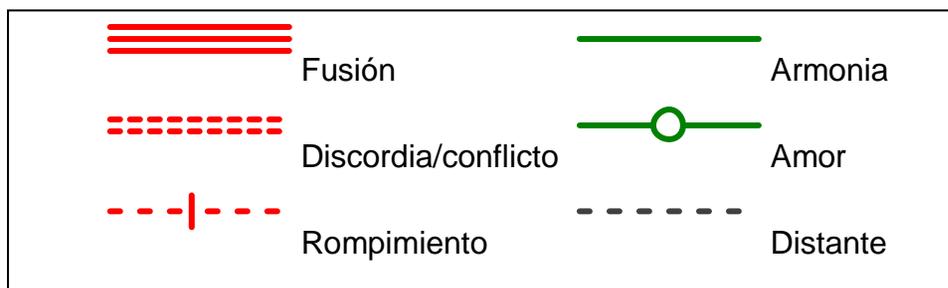
PROFESIÓN: ODONTOLOGO **OCUPACIÓN:** RENTISTA

RELIGIÓN: CATOLICO

2. Genograma



Convenciones: Tipo de Relación Emocional



3. Motivo de Consulta

“soy una persona muy malgeniada, no me gusta que las cosas no salgan como yo pienso”

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

- Responde con irritabilidad ante cualquier situación donde le llevan la contraria o no se hace lo que él quiere.
- Mal humor que dificulta la relación con sus hijos y esposa
- Hábitos alimenticios poco saludables.

Hace aproximadamente 7 años le diagnosticaron diabetes mellitus tipo II, Desde esa misma fecha, tuvo que abandonar sus negocios de ganadería por causa de la violencia, aspecto que ha contribuido a que presente cambios en su estado emocional, se torna irritable y de mal humor la mayor parte del tiempo y en el último año ha presentado problemas de hipertensión arterial. Es un hombre rígido y autoritario, no le gusta hablar mucho de su vida personal y se muestra como un hombre fuerte. Ha tenido buena adherencia al tratamiento médico, pero se le dificulta llevar a cabo el tratamiento nutricional. De sus antecedentes psicológicos, reporta una crisis emocional hace 5 años como consecuencia de la muerte de su hijo mayor pero refiere haberla superado satisfactoriamente.

5. Descripción de la Historia de Vida.

Rigoberto es el menor de cuatro hermanos, hijo biológico de una familia de escasos recursos económicos quienes lo dieron en adopción a sus cinco años a una familia de estrato socioeconómico medio, a quienes consideró sus verdaderos padres. Su familia de crianza siempre le ha brindado el afecto, con su familia biológica, aunque la conoce nunca ha tenido buenas relaciones, pues él considera que sólo se interesan por lo que él pueda ayudarles económicamente. A sus veinte años contrajo matrimonio con Miriam Garrido, quien actualmente es su esposa y con quien tuvo cuatro hijos, logró estudiar una carrera técnica relacionada con la odontología gracias a recursos económicos que junto con su esposa había conseguido. Después de años de trabajo y reconocimiento en el pueblo donde vivía, pudo obtener logros económicos que le dieron “poder y prestigio”, durante ese periodo conoció a Margarita a quien contrató como su secretaria y con quien tiempo después entabló una relación sentimental extramatrimonial de la que nació otro hijo, esta situación desencadenó una serie de conflictos con su esposa, que afectaron el núcleo familiar y casi acaban con el matrimonio; situación que logró superarse. En esa misma época por causa de la violencia en el pueblo donde vivía, Rigoberto tuvo que partir a Bucaramanga con su familia, por lo cual, se vio afectada su situación económica generando cambios negativos en su estado emocional y su salud física. Dos años después de abandonar sus negocios, su hijo mayor murió en un accidente automovilístico, situación que desencadenó una fuerte crisis emocional de la cual ya no hay secuelas. A causa de

todas estas situaciones Rigoberto se aferró fuertemente a la religión como estrategia de afrontamiento a sus sentimientos de culpa, frustración y dolor. Actualmente vive con su esposa y sus dos hijos mayores y aunque considera que son una familia muy unida, sus relaciones tienden a ser conflictivas, su situación económica ha mejorado pero cuando tiene dificultades al respecto aumenta su irritabilidad.

6. Ciclo de Vida

En la infancia fue dado en adopción, durante su adolescencia vivió con su familia adoptiva y estudió el bachillerato, en su adultez joven contrajo matrimonio y tuvo cinco hijos, alcanzó logros económicos importantes, al llegar a su adultez mayor tuvo que afrontar dificultades económicas, la muerte de su hijo mayor y el desplazamiento forzado a la ciudad de Bucaramanga. Además, comenzó a presentar problemas de salud asociados a Diabetes e Hipertensión arterial.

7. Contexto:

Familia: Paciente que cuenta con una red de apoyo familiar efectiva, su esposa siempre está pendiente del cuidado de su salud, mantienen una relación afectiva estrecha, pero presentan dificultades en la comunicación por causa de su irritabilidad.

Social y Recreacional: Tiene una red social amplia, aunque no asiste con frecuencia a actividades sociales, no pertenece a ningún grupo de pares, su actividad de recreación es exclusivamente ir a la finca.

Estado de Salud: Paciente que presenta problemas de diabetes e hipertensión desde hace 7 años aproximadamente. Deterioro leve a causa de la enfermedad.

8. Impresión Diagnóstica y Clasificación DSM IV.

Paciente que presenta dificultad en el manejo de las emociones y expresión de sentimientos, estado de ánimo predominantemente irritable que afecta la comunicación con su familia. Aspectos que se asocian con los resultados de la evaluación realizada, ya que el paciente obtuvo puntuaciones significativas en las escalas de GELOTOFOBIA, en el STCI indicando, baja alegría 1 y 4 que hace referencia al bajo rango de estímulos que pueden provocarle alegría y sonrisa/risa y al predominio de una afectividad poco alegre, seriedad 1 y 2, que se asocia con el predominio de un estado seriedad, con la percepción constante de sucesos de la vida diaria como importantes, y la tendencia a considerarlos minuciosa y cuidadosamente, y mal humor 1,2,3,4 que está relacionado con la dificultad para disfrutar o para mostrar manifestaciones de alegría, ante circunstancias alegres o ante situaciones de humor, predominando un estado de abatimiento, tristeza e irritabilidad, En la escala de apreciación del humor EAHU puntuó mayor aversión frente a los chistes.

Eje I: No Aplica

Eje II: No Aplica

Eje III: Diabetes Mellitus Tipo 2, Hipertensión arterial.

Eje IV: Conflictos Familiares asociados a dificultades en la comunicación y a la irritabilidad.

Eje V: EEAG 80 al inicio

12. Objetivos terapéuticos

- Disminuir la irritabilidad
- Promover en el paciente conductas de autocuidado y mejorar la adherencia al tratamiento nutricional
- Entrenar en el autocontrol emocional
- Entrenar en comunicación asertiva

3. Plan de intervención.

De acuerdo con los objetivos terapéuticos planteados, se sugiere un plan de intervención de cuatro sesiones individuales y cuatro sesiones grupales que se llevarán a cabo de la siguiente manera:

Sesión 1:

- Discutir acerca de los objetivos terapéuticos y las expectativas del paciente.
- Explicación de la relación entre pensamiento, conducta y emoción
- Identificación de errores cognitivos asociados a las conductas objeto de intervención.
- Diálogo Socrático

Sesión 2:

- Entrenamiento en ABC (acontecimiento activador, creencias acerca de A y consecuencia conductual y emocional)
- Detección de ideas y creencias irracionales
- Discusión acerca de las creencias
- Planteamiento de Alternativas
- Compromiso para el hogar

Sesión 3:

- Revisión y evaluación de los compromisos de la sesión anterior
- Entrenamiento en técnicas de autocontrol emocional
- Psicoeducación y entrenamiento en técnicas de comunicación asertiva
- Compromiso para el hogar

Sesión 4:

- Evaluación -Autoreporte

SESIONES GRUPALES:**Sesión 1:** Autocuidado**Sesión 2:** Salud Mental y Autocontrol Emocional**Sesión 3:** Emociones Positivas Y Sentido del Humor**Sesión 4:** Estrategias de afrontamiento, asertividad, comunicación.**REGISTRO DE EVOLUCIÓN**

FECHA	DESCRIPCIÓN DE LA SESIÓN	EVOLUCIÓN
FEBRERO 11 - 2010	Sesión Individual I: <ul style="list-style-type: none"> - Ampliación de la información de la historia de vida del paciente. - Formulación de las expectativas del paciente con respecto al proceso de intervención. - Diseño del plan de intervención y establecimiento de acuerdos. - Planteamiento de los objetivos terapéuticos. - Instrucción en el modelo cognitivo, explicación sobre la relación entre pensamiento, emoción y conducta. - Abordaje de la situación actual del paciente a través del método de diálogo socrático e identificación de ideas irracionales asociadas a las conductas objeto de intervención. 	<ul style="list-style-type: none"> - El paciente refiere que su expectativa es dejar de ser tan malgeniado, para poder tener mejor relación con sus hijos y esposa. - El paciente está de acuerdo con los objetivos terapéuticos y el plan de trabajo planteado por el terapeuta. - El paciente comprende la instrucción acerca del modelo cognitivo y logra ejemplificar la relación entre pensamiento, emoción y conducta. - Se identifica un pensamiento rígido e ideas irracionales como "Las cosas se hacen como deben ser, sino no, no se hacen", "siempre me quieren llevar la contraria" - el paciente se muestra serio durante toda la sesión. Responsabiliza a su esposa e hijos por los conflictos en su relación con ellos.
FEBRERO 18 - 2010	Sesión Individual II: <ul style="list-style-type: none"> - Actualización y control del estado emocional del paciente. - Revisión de la sesión anterior - Abordaje de ideas irracionales - Estructuración del mapa mental del paciente, se discute e instruye al respecto. 	<ul style="list-style-type: none"> - El paciente no refiere cambios en su estado de ánimo, se muestra serio, al inicio de la sesión. - Al abordar las ideas irracionales identificadas, el paciente se muestra un poco apático, pero luego

	<ul style="list-style-type: none"> - Abordaje del tema: Ira e Irritabilidad. - Entrenamiento en ABC (acontecimiento activador, creencias acerca de A y consecuencia conductual y emocional) - Planteamiento de alternativas de pensamiento (reestructuración cognitiva). El paciente ejemplifica lo aprendido en una situación de su vida cotidiana. 	<p>de elaborar su esquema mental, el paciente logra comprender la relación entre pensamiento, emoción y conducta. Y refiere: “entonces el problema no radica en q los demás me llevan la contraria sino que, yo lo pienso de esa manera”.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se realizan ejercicios simulando una charla con su esposa y con sus hijos para hacer el entrenamiento en ABC, se obtienen resultados positivos. - Se plantean alternativas de pensamiento y el paciente se compromete a ejercitar lo aprendido en casa y hacer registro de los pensamientos, las emociones y las conductas.
<p>FEBRERO 22 - 2010</p>	<p>Sesión Individual III:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Revisión y evaluación de los compromisos de la sesión anterior. - Entrenamiento en técnicas de autocontrol emocional. - Psicoeducación y entrenamiento en técnicas de comunicación asertiva - Compromisos para el hogar 	<ul style="list-style-type: none"> - El paciente refiere mejoría en la comunicación con su esposa e hijos, se muestra un poco más tranquilo en la consulta y se sonríe al presentar el registro. - Los resultados del registro indican un avance en el proceso de reestructuración cognitiva, sin embargo se debe mejorar en algunos aspectos. Se continúa con el entrenamiento y la práctica en casa. - Se entrena en algunas técnicas de respiración y relajación pasiva. El paciente toma nota de lo aprendido y se compromete a practicarlo en casa. - Se trabaja sobre el tema de comunicación asertiva,

		<p>al inicio se le dificulta un poco comprenderlo, pero luego logra enlazarlo con lo aprendido sobre el modelo cognitivo.</p> <p>- Se compromete a realizar los ejercicios de asertividad en la comunicación.</p>
FEBRERO 25 - 2010	SESIÓN GRUPAL I: AUTOCUIDADO Ver estructura de sesión grupal en anexo (11)	<p>- El paciente participa activamente en la sesión, se muestra con una actitud abierta y tranquila, no mostró dificultad para el trabajo en grupo.</p> <p>- Responde satisfactoriamente al cuestionario de evaluación sobre el tema tratado, lo que indica la adquisición del conocimiento.</p>
MARZO 4 - 2010	Sesión Individual IV: <ul style="list-style-type: none"> - Actualización y control del estado emocional del paciente. - Revisión y evaluación de los compromisos acordados en la sesión anterior - Refuerzo en aspectos a mejorar. - Conclusión del proceso individual - Cierre 	<p>- Paciente ha evolucionado positivamente en el proceso, refiere mejoría en su estado emocional, se muestra tranquilo y manifiesta que ha disminuido la irritabilidad.</p> <p>- Señala que realiza los ejercicios de respiración y relajación todos los días, en especial cuando siente que no puede controlar los pensamientos.</p> <p>- manifiesta que la relación con su esposa e hijos a mejorado, aunque refiere "en ocasiones es difícil hacer el ejercicio, porque uno actúa y luego se detiene a pensar entonces ya han habido los malos entendidos"</p> <p>- El paciente se muestra comprometido con el proceso y se le indica que debe continuar asistiendo a las sesiones grupales.</p>
MARZO 11 - 2010	SESIÓN GRUPAL II: SALUD MENTAL Y AUTOCONTROL EMOCIONAL. Ver estructura de sesión grupal en	<p>- El paciente asiste y participa activamente en la sesión.</p>

	anexo (12)	- Señala los conocimientos adquiridos en el proceso de intervención individual y comparte su experiencia personal con el grupo, lo cual evidencia su avance en el proceso.
MARZO 18 - 2010	SESIÓN GRUPAL III: EMOCIONES POSITIVAS Y SENTIDO DEL HUMOR Ver estructura de sesión grupal en anexo (13)	- El paciente asiste y participa activamente en la sesión. - No se evidencia dificultad para el trabajo con el grupo, realiza las actividades asignadas y se muestra alegre.
MARZO 25 - 2010	SESIÓN GRUPAL IV: ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y COMUNICACIÓN ASERTIVA. Ver estructura de sesión grupal en anexo (14)	- El paciente asiste y participa activamente en la sesión. - Refiere al grupo los cambios que evidencia a partir del proceso realizado y resalta la importancia de modificar los pensamientos, para poder mejorar las emociones.

CASO 3

1. Datos sociodemográficos

NOMBRE: Josefa Castro

EDAD: 66 Años

ESTADO CIVIL: Unión Libre

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 27.586.967 de Cúcuta

FECHA DE NACIMIENTO: Febrero 13 de 1944

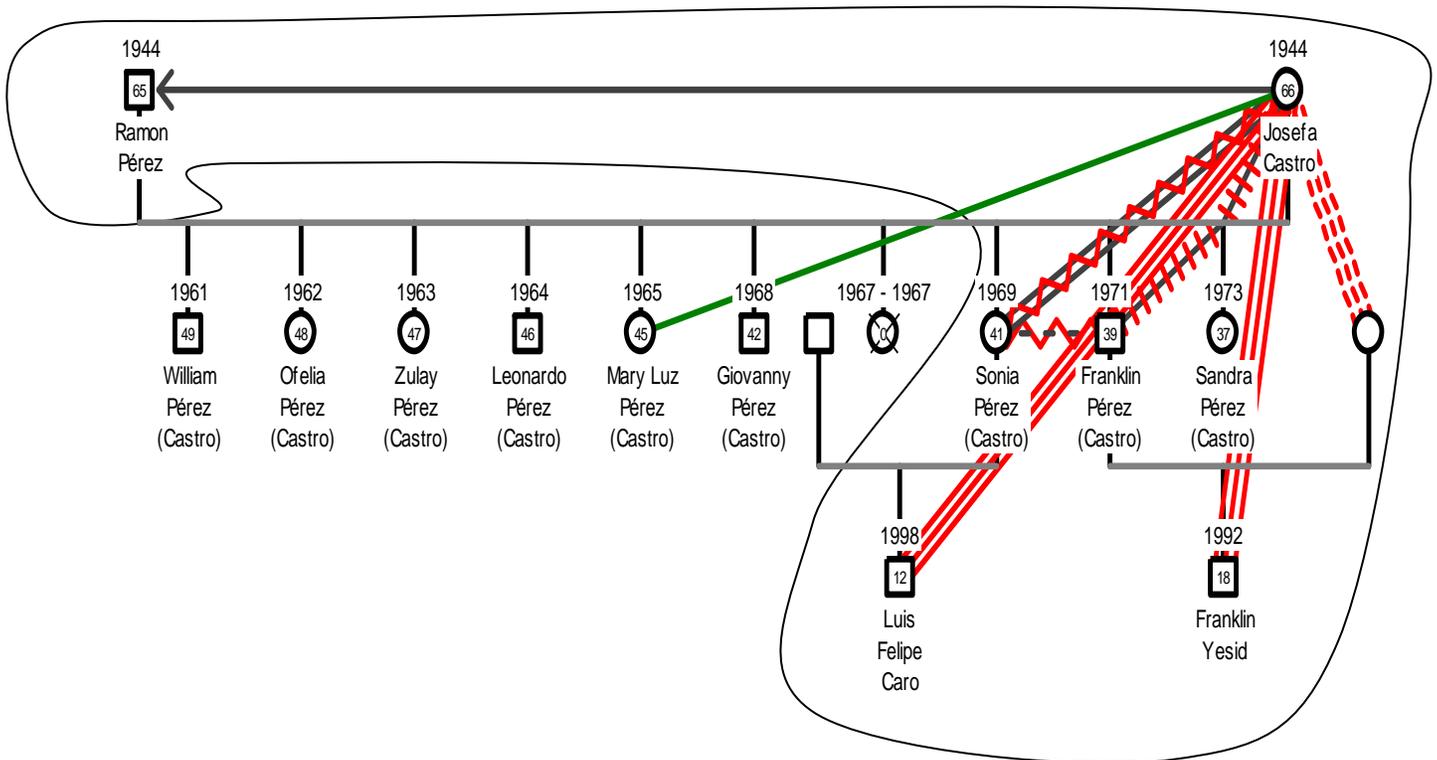
LUGAR DE NACIMIENTO: El Hato

PROFESION: Ninguna

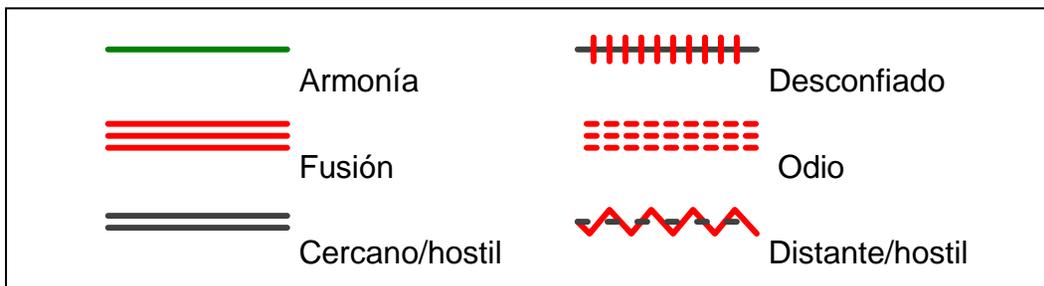
OCUPACIÓN: Ama de casa

RELIGION: Católica

2. Genograma



Convenciones: Tipo de Relación Emocional.



3. Motivo de Consulta

“Ya no se qué hacer con mi familia y menos con lo del azúcar, dicen que uno se enferma más de los problemas, que de lo que uno tiene ...”

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

- Dificultad para el establecimiento de prioridades.
- Dificultad en el seguimiento de las indicaciones médicas.
- Irritabilidad que afecta la relación con su pareja
- Descuido de las actividades que debe realizar cotidianamente por sentimiento de inutilidad.
- Deterioro de su estado de salud física.

Paciente que fue diagnosticada con Diabetes Mellitus tipo II hace aproximadamente cuatro años, pero, a causa de su dificultad para seguir las indicaciones médicas su estado de salud se ha ido deteriorando. Presenta continua irritabilidad al compartir con su compañero permanente o al cumplir con sus deberes del hogar, pues manifiesta sentirse limitada por causa de su enfermedad, sin embargo ha asumido la responsabilidad de la crianza de su nieto, aspecto que en ocasiones se convierte en excusa para no asistir a los controles médicos.

5. Descripción de la historia de vida

Josefa nació y creció en el Hato, Santander, ingresó a estudiar a una de las escuelas de los alrededores y sus padres la obligaban a asistir a las clases, razón por la cual, decidió no regresar a la escuela cuando apenas cursaba segundo grado de primaria. Prefería pasar el tiempo jugando o trabajando en el campo; en respuesta a esto, los padres la enviaron a vivir con la abuela, quien la maltrataba física y verbalmente. A sus 15 años, Josefa decidió junto a su hermano de 8 años, retornar a la casa de sus padres ya que ellos le ofrecieron a cambio dinero y posibilidades de trabajo. Allí conoció a Ramón con quien decidió casarse y viajar a Guanare, Venezuela, donde comenzó a trabajar y a conseguir dinero para invertirlo en una empresa de transportes en Colombia, tiempo después y por cuestiones de su trabajo decidieron radicarse en Bucaramanga. Josefa tuvo nueve hijos, a los cuales se esforzó por educar; teniendo en cuenta las múltiples ocupaciones que ella y su esposo tenían, asignaba labores del hogar a cada uno de sus hijos, de esta manera los mayores se encargaban del cuidado de los hijos menores. Dado el nivel de exigencia de su esposo en cuanto a las responsabilidades encomendadas a sus hijos, se presentaban continuas discusiones y agresiones entre ellos. Las reglas del hogar eran rígidas y romperlas generaba malestar y castigo físico por parte de su esposo, por esta razón, Josefa hacía todo lo que estaba a su alcance para que no se desobedecieran las órdenes y para encubrir a quien lo hiciera, como única opción para evitar el conflicto. Producto de las continuas dificultades en su hogar, su hijo mayor decidió retornar a Venezuela e ir a prestar el servicio militar, este evento generó mayores inconvenientes, puesto que su esposo la culpaba y le reprochaba la decisión de su hijo mayor. Luego de dos años dos de sus hijas mayores decidieron partir igualmente para Venezuela donde se casaron y

actualmente viven con su familia. Con el pasar de los años y el manejo descontrolado del dinero, fueron perdiendo acciones y posesiones en la empresa de la que eran socios, situación que desestabilizó la situación en su hogar, generando mayores conflictos, actualmente, el señor Ramón su esposo, trabaja conduciendo taxi y algunos de sus hijos la ayudan económicamente.

6. Ciclo de vida

En la Infancia estudió en una escuela hasta segundo primaria y fue víctima de maltrato físico por parte de su abuela, en su adolescencia trabajó en el campo y conoció a quien sería su esposo, al llegar a su juventud tuvo nueve hijos y comienza a invertir en una empresa de transporte terrestre y gracias a esto mejora su situación económica, en la adultez afrontó continuos conflictos familiares, con episodios de violencia intrafamiliar. Ahora en adultez mayor, presenta problemas de diabetes e hipertensión y asiste al grupo de la tercera edad, donde ha aprendido a ser más autónoma y a defender su opinión.

7. Contexto

Familia: la paciente actualmente reside con su esposo, su hija de 41 años, su hijo de 39 y su nieto de 12, pero no cuenta con una red de apoyo familiar efectiva.

Académico: lo aprendido en los primeros cursos de escolaridad le permite firmar y leer, actualmente a través del grupo de la tercera edad ha recibido capacitaciones en costura, peluquería, entre otras.

Sexual: La paciente no refiere tener contacto sexual con su pareja, los besos o caricias prudentes, sólo ocurren delante del público en cumpleaños o eventos especiales.

Recreacional y social: a través de su asistencia al grupo de la tercera edad, ha establecido vínculos de amistad que le brindan apoyo y refuerzan las conductas positivas orientadas al cuidado de la salud.

Salud: Su estado de salud se ha visto deteriorado por causa del manejo inadecuado de su enfermedad, lo cual afecta también su estado emocional.

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

Paciente que presenta dificultad para llevar a cabo prácticas de autocuidado, aspecto que está guiado por autoesquemas mentales maladaptativos y sentimiento de inutilidad. Su estado de ánimo es generalmente irritable y esto genera conflicto en su relación de pareja; no logra establecer prioridades en su vida, por lo cual, algunas de sus conductas parecieran ser de autosacrificio. Ésto se relaciona con los resultados de la evaluación realizada, donde se encontró puntuaciones significativas en la escala de GELOTOFOBIA y de FNE, además, de las puntuaciones altas del STCI en la escala de mal humor I y III y seriedad IV y V, lo que hace referencia a un estado emocional con

predominio de mal humor y a la dificultad para disfrutar o para mostrar manifestaciones de alegría, ante circunstancias alegres o ante situaciones de humor, predominando un estado de abatimiento o tristeza. De la misma manera, se identifica la tendencia a preferir actividades para las que se puedan dar razones objetivas y concretas, y a considerar las actividades que no tienen un objetivo claro, como un desperdicio o pérdida de tiempo. Sin embargo, en la escala de apreciación del humor EAHU, puntuó mayor diversión, lo cual podría indicar que su estilo de interacción poco alegre, se debe más al temor a la evaluación negativa identificado en los resultados del FNE, que a la dificultad para apreciar el humor o las situaciones agradables.

- Eje I: No aplica
- Eje II: No aplica
- Eje III: Diabetes Mellitus tipo II
- Eje IV: Conflictos en su relación de pareja
- Eje V: EEAG 73 al inicio

9. Objetivos Terapéuticos.

- Promover conductas de autocuidado y mejorar la adherencia al tratamiento.
- Modificar ideas irracionales relacionadas con su estado de salud
- Modificar autoesquemas maladaptativos
- Entrenar en el autocontrol emocional
- Entrenar en el establecimiento de prioridades

10. Plan de intervención

De acuerdo con los objetivos terapéuticos planteados, se sugiere un plan de intervención de cuatro sesiones individuales que se llevarán a cabo de la siguiente manera:

Sesión 1:

- Discutir acerca de los objetivos terapéuticos y las expectativas del paciente.
- Explicación de la relación entre pensamiento, conducta y emoción
- Identificación de errores cognitivos asociados a las conductas objeto de intervención.
- Dialogo Socrático

Sesión 2:

- Detección de ideas y creencias irracionales acerca de su estado de salud
- Identificación de autoesquemas mentales maladaptativos
- Discusión acerca de las creencias y esquemas mentales
- Planteamiento de Alternativas
- Compromiso para el hogar

Sesión 3:

- Revisión y evaluación de los compromisos de la sesión anterior
- Entrenamiento en técnicas de autocontrol emocional
- Psicoeducación y entrenamiento en establecimiento de prioridades
- Compromiso para el hogar

Sesión 4:

- Evaluación -Autoreporte

SESIONES GRUPALES:**Sesión 1:** Autocuidado**Sesión 2:** Salud Mental y Autocontrol Emocional**Sesión 3:** Emociones Positivas Y Sentido del Humor**Sesión 4:** Estrategias de afrontamiento, asertividad, comunicación.**REGISTRO DE EVOLUCIÓN**

FECHA	DESCRIPCIÓN DE LA SESIÓN	EVOLUCIÓN
FEBRERO 22 – 2010	Sesión Individual I <ul style="list-style-type: none"> - Planteamiento de los objetivos terapéuticos y las expectativas del paciente en cuanto al proceso de intervención. - Entrenamiento en el modelo cognitivo, se le explica al paciente la relación entre pensamiento, emoción y conducta. - Dialogo a través del método socrático e Identificación de ideas irracionales asociadas a las conductas objeto de intervención. - Compromisos para el hogar 	<ul style="list-style-type: none"> - La paciente está de acuerdo con los objetivos planteados por el terapeuta y refiere que su mayor interés es mejorar su estado de ánimo y poder ser más cuidadosa con su salud. - La paciente refiere tener clara la relación entre pensamiento, emoción y conducta, logra ejemplificar la instrucción. - Se identifican ideas irracionales como: “tengo que cuidar a mi nieto y por eso no tengo tiempo para ir a los controles” “ No puedo hacer la dieta por que a mi esposo, no le gusta la comida que me dice la nutricionista” “los problemas de mis hijos me ponen mal y no me da ganas de hacer nada” - La paciente es capaz de identificar algunos de los

		<p>errores de pensamiento.</p> <ul style="list-style-type: none"> - La paciente se compromete a hacer el autoregistro de los pensamientos, las emociones y las conductas.
FEBRERO 26 - 2010	<p>Sesión Individual II:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Actualización y control del estado emocional del paciente. - Revisión de la sesión I - Evaluación de los compromisos. - Abordaje de las ideas irracionales y estructuración del mapa mental del paciente, se discute e instruye al respecto. - Identificación de autoesquemas mentales maladaptativos - Discusión acerca de las creencias y esquemas mentales - Planteamiento de alternativas de pensamiento (reestructuración cognitiva). - Puesta en práctica de lo aprendido. - Entrenamiento en técnicas de autocontrol emocional (relajación, detección del pensamiento) - Compromisos para el hogar. 	<ul style="list-style-type: none"> - La paciente cumple con el compromiso acordado. Realza el autoregistro como se le había indicado y se identifica, modificación en algunas ideas. Refiere: "hay que la responsabilidad, no podemos echarle la culpa a otras cosas o personas de lo que nos pasa". - Se identifica en la paciente deterioro de la autoestima y dificultad en el autocontrol, con relación a la parte emocional y a las conductas de autocuidado. - La paciente comprende lo relacionado con los autoesquemas mentales y es capaz de describir cómo funcionan, a través de un ejemplo. - La paciente refiere nuevas alternativas de pensamiento como: "sentirme bien depende de mí" "las cosas no van a cambiar si me preocupo" "para poder ayudar a otros, tengo que ayudarme primero a mi misma". - Se compromete a practicar las técnicas de autocontrol emocional y registrar los cambios percibidos.
FEBRERO 25 - 2010	<p>Sesión Grupal I: AUTOCUIDADO Ver estructura de sesión grupal en anexo (11)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - La paciente asiste y participa activamente en la sesión. - En el sociodrama,

		<p>representa una situación de su vida cotidiana en la que ella toma responsabilidad de su tratamiento.</p> <ul style="list-style-type: none"> - En la evaluación escrita sobre el tema, responde satisfactoriamente las preguntas, lo que indica su comprensión del tema.
MARZO 03 - 2010	<p>Sesión Individual III:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Actualización y control del estado emocional del paciente. - Revisión y evaluación de los compromisos de la sesión anterior - Psicoeducación y entrenamiento en establecimiento de prioridades. - Compromisos para el hogar 	<ul style="list-style-type: none"> - La paciente refiere haber puesto en práctica algunas de las técnicas de autocontrol emocional: reestructuración cognitiva, y respiración. - Se evidencian cambios en relación con la responsabilidad frente al tratamiento, es de resaltar que no ha incumplido ninguna de las sesiones de intervención grupal e individual. - Al iniciar el ejercicio de establecimiento de prioridades, se le dificulta incluir lo relacionado con su cuidado personal, sin embargo, se percata de ese aspecto y logra incluirlo dentro de su mayor prioridad. - Se compromete a revisar en casa lo aprendido y ponerlo en práctica.
MARZO 11- 2010	<p>Sesión Grupal II: SALUD MENTAL Y AUTOCONTROL EMOCIONAL Ver estructura de sesión grupal en anexo (12)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - La paciente asiste y participa activamente en la sesión grupal. - Comparte ideas con el grupo acerca de lo aprendido en la intervención individual. - Se refuerzan aspectos que se habían trabajado antes en la intervención individual.
MARZO 12 - 2010	<p>Sesión Individual IV:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Actualización y control del estado 	<ul style="list-style-type: none"> - La paciente refiere mejoría en su estado

	<p>emocional del paciente.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Revisión y evaluación de los compromisos de la sesión anterior - Evaluación del Proceso – Autorreporte - Cierre del proceso individual 	<p>emocional, en las conductas de autocuidado y en la toma de responsabilidad frente al tratamiento.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se resalta el compromiso de la paciente durante el proceso de intervención y se señalan los cambios percibidos y los aspectos en los que debe continuar trabajando. - La paciente se compromete a continuar asistiendo a las sesiones grupales.
MARZO 18 - 2010	<p>Sesión Grupal III: EMOCIONES POSITIVAS Y SENTIDO DEL HUMOR Ver estructura de sesión grupal en anexo (13)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - La paciente asiste y participa activamente en la sesión grupal. - Refiere sus cambios en el manejo de las emociones frente al grupo. - En las actividades realizadas, se muestra animada y sonriente.
MARZO 25 - 2010	<p>Sesión Grupal IV: ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y COMUNICACIÓN ASERTIVA. Ver estructura de sesión grupal en anexo (14)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - La paciente asiste y participa activamente en la sesión grupal y señala la manera como ha podido cambiar sus estrategias de afrontamiento a las dificultades.

CASO 4

1. Datos sociodemográficos

NOMBRE: Gilma Martínez

EDAD: 77 Años

ESTADO CIVIL: Casada

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 02

FECHA DE NACIMIENTO: 28 de abril de 1933

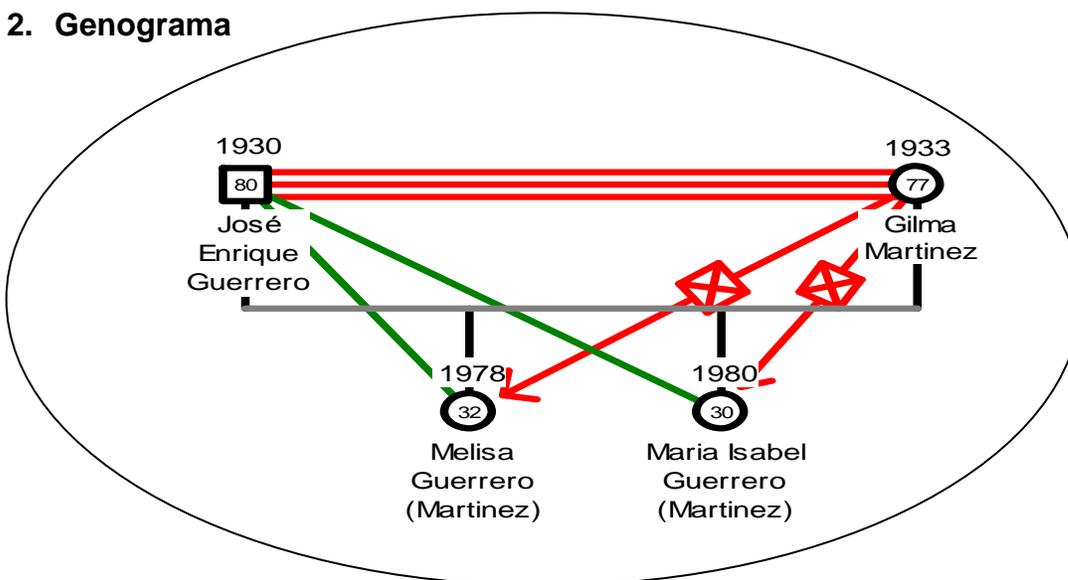
LUGAR DE NACIMIENTO: Onzaga

PROFESION: Ninguna

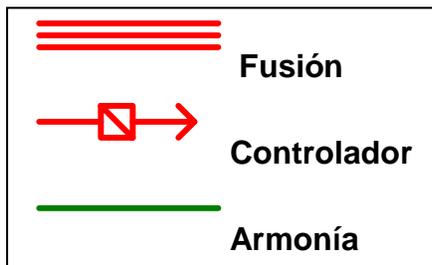
OCUPACIÓN: Ama de casa

RELIGION: Católica

2. Genograma



Convenciones: Tipo de Relación emocional



3. Motivo de Consulta

“Esta situación de no poderme valer por mi misma, me pone mal”

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

- Dificultad para sobreponerse a las limitaciones físicas causadas por la enfermedad.

- Respuestas ansiosas ante la mayoría de situaciones cotidianas.
- Pérdida de interés por las actividades que antes le generaban placer.
- Conductas controladoras con sus hijas.

Paciente que fue diagnosticada con Diabetes Mellitus tipo II hace aproximadamente dos años, pero, desde hace cuatro años viene presentando problemas de artrosis en las rodillas, razón por la cual, actualmente tiene dificultades para el desplazamiento (utiliza muletas), aspecto que le genera malestar emocional, ocasionándole sentimientos de minusvalía y de dependencia hacia su familia. Aunque la paciente ha tenido buena adherencia al tratamiento médico y nutricional para el control de la diabetes, su estado de ánimo bajo, le genera aumento del apetito y dificultad para conciliar el sueño, aspectos que han influido en el desarrollo de su enfermedad.

5. Descripción de la historia de vida

Gilma nació en Onzaga, Santander, hija de una familia tradicional de estrato socioeconómico medio, fue la única mujer de trece hermanos. Realizó sus estudios primarios en su pueblo natal, era una niña consentida y obediente, su madre la entrenaba en labores como el cuidado del hogar, pintura y tejido y su padre era sobreprotector con ella, no le permitía salir sola, ni tener amigos. A sus trece años, sus padres la enviaron a estudiar a Bucaramanga, donde concluyó la secundaria y obtuvo el título de bachiller normalista. Luego regresó a vivir con su familia (padres y hermanos) y consiguió un empleo en la Caja Agraria, allí trabajó durante toda su juventud hasta obtener una pensión, y conoció a José, quien fue su primer novio y con quien contrajo matrimonio cuando ella tenía 32 años, de esta unión, tuvieron tres hijas, con quienes aun convive. Gilma manifiesta, que nunca en su vida ha tenido dificultades mayores, se siente a gusto con su familia y refiere tener todo el apoyo y afecto que necesita. Sin embargo, señala que los problemas de salud que presenta la han desestabilizado emocionalmente y no quiere convertirse en una carga para su esposo e hijas. Además, ahora se preocupa por todo y se ha convertido en una mujer controladora, situación que en ocasiones genera conflicto con sus hijas.

6. Ciclo de vida

Hija de una familia tradicional, en su infancia se entrenó en las labores del hogar y en actividades de tejido y pintura bajo la supervisión de la madre, fue una niña consentida y sobreprotegida por sus padres, dedicó su adolescencia y juventud al estudio y el trabajo, en su adultez, entabló su primera relación de noviazgo de donde surgió su matrimonio, y tuvo tres hijas, ya en su adultez mayor comenzó a presentar afecciones de salud que le generaron un cambio en su estado emocional.

7. Contexto

Familia: La paciente cuenta con una red de apoyo familiar efectiva, vive con su esposo y sus tres hijas, en ocasiones la relación con sus hijas se torna conflictiva debido a la forma controladora como Gilma se comporta con ellas.

Académico: Es una mujer preparada académicamente, aunque no realizó una carrera profesional, es una persona culta que maneja un buen discurso, le gusta la lectura y la música clásica.

Sexual: Los problemas de salud que presenta la paciente, han contribuido al deterioro del vínculo sexual con su esposo, pues manifiesta sentir apatía frente a la relación sexual, pero se mantiene el contacto físico de besos y caricias con su pareja.

Recreacional y social: La paciente no cuenta con una red social amplia, pues refiere que siempre ha estado entregada a su hogar. Las actividades de ocio y recreación (viajes, paseos, etc) que antes realizaba con frecuencia en compañía de su esposo e hijas, han disminuido desde el comienzo de las dificultades de salud que presenta.

Salud: su estado de salud se ha visto deteriorado a causa de las complicaciones de las enfermedades que tiene y a su estado emocional.

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

- Eje I: Síntomas de depresión
- Eje II: No aplica
- Eje III: Diabetes Mellitus tipo II, Artrosis de rodillas.
- Eje IV: Conflictos en su relación de pareja
- Eje V: EEAG 73 al inicio

9. Objetivos Terapéuticos.

- Disminuir los síntomas de depresión
- Modificar ideas irracionales relacionadas con su estado de salud
- Modificar autoesquemas maladaptativos
- Entrenar en el autocontrol emocional

10. Plan de intervención

De acuerdo con los objetivos terapéuticos planteados, se sugiere un plan de intervención de cuatro sesiones individuales que se llevarán a cabo de la siguiente manera:

Sesión 1:

- Planteamiento de los objetivos terapéuticos y las expectativas del paciente.
- Explicación de la relación entre pensamiento, emoción y conducta
- Identificación de errores cognitivos asociados a las conductas objeto de intervención.
- Dialogo Socrático

Sesión 2:

- Detección de ideas y creencias irracionales acerca de su estado de salud e imagen de la enfermedad.
- Identificación de autoesquemas mentales mal adaptativos
- Discusión acerca de las creencias y esquemas mentales
- Planteamiento de Alternativas (reestructuración cognitiva)
- Compromiso para el hogar

Sesión 3:

- Revisión y evaluación de los compromisos de la sesión anterior
- Entrenamiento en técnicas de autocontrol emocional
- Compromiso para el hogar

Sesión 4:

- Evaluación -Autoreporte

SESIONES GRUPALES:**Sesión 1:** Autocuidado**Sesión 2:** Salud Mental y Autocontrol Emocional**Sesión 3:** Emociones Positivas Y Sentido del Humor**Sesión 4:** Estrategias de afrontamiento, asertividad, comunicación.**REGISTRO DE EVOLUCIÓN**

FECHA	DESCRIPCIÓN DE LA SESIÓN	EVOLUCIÓN
FEBRERO 24 – 2010	Sesión Individual I <ul style="list-style-type: none"> - Planteamiento de los objetivos terapéuticos y las expectativas del paciente en cuanto al proceso de intervención. - Entrenamiento en el modelo cognitivo, se le explica al paciente la relación entre pensamiento, emoción y conducta. - Dialogo a través del método socrático e Identificación de ideas irracionales asociadas a 	<ul style="list-style-type: none"> - La paciente está de acuerdo con los objetivos planteados por el terapeuta y refiere que su mayor interés es mejorar su estado emocional. - La paciente refiere identifica la relación entre pensamiento, emoción y conducta y la asocia a las situaciones de su vida cotidiana. - Se identifican ideas

	<p>las conductas objeto de intervención.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Compromisos para el hogar 	<p>irracionales como: “En esta condición ya no puedo hacer nada” “Mis hijas se enojan por que me preocupo por ellas” “he perdido el control de mi vida” - A lo largo de la sesión la paciente logra modificar algunos aspectos de su discurso, en la medida que identifica los errores de pensamiento.</p>
FEBRERO 25-2010	<p>Sesión Grupal I: AUTOCUIDADO Ver estructura de sesión grupal en anexo (11)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - La paciente asiste y participa en la sesión, aunque se muestra callada y atenta. - En el sociodrama, participa con su grupo representando una situación en la que maneja la relación de la autoestima con el autocuidado. - En la evaluación escrita sobre el tema, responde satisfactoriamente las preguntas, lo que indica su comprensión del tema.
MARZO 03 - 2010	<p>Sesión Individual II:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Actualización y control del estado emocional del paciente. - Revisión de la sesión I - Evaluación de los compromisos. - Abordaje de las ideas irracionales y estructuración del mapa mental del paciente, se discute e instruye al respecto. - Identificación de autoesquemas mentales maladaptativos - Discusión acerca de las creencias y esquemas mentales - Planteamiento de alternativas de pensamiento (reestructuración cognitiva). - Puesta en práctica de lo aprendido. 	<ul style="list-style-type: none"> - La paciente logra registrar algunos de sus pensamientos que considera que le generan malestar emocional. - No refiere mejoría es su estado de ánimo, pero se evidencia modificación de la imagen de la enfermedad a través de su discurso. - Se evidencia deterioro con respecto al autoconcepto. - Al finalizar la sesión, la paciente logra identificar algunas habilidades que puede fortalecer para contrarrestar las

	<ul style="list-style-type: none"> - Entrenamiento en técnicas de autocontrol emocional (relajación, detección del pensamiento) - Compromisos para el hogar. 	limitaciones físicas.
MARZO 06- 2010	Sesión Individual III: <ul style="list-style-type: none"> - Actualización y control del estado emocional del paciente. - Revisión y evaluación de los compromisos de la sesión anterior - Psicoeducación y entrenamiento en establecimiento de prioridades. - Compromisos para el hogar 	<ul style="list-style-type: none"> - La paciente refiere haber puesto en práctica algunas de las técnicas de autocontrol emocional: detección del pensamiento y reestructuración cognitiva - Se evidencian avance en la modificación de ideas irracionales. - Hay mejoría en su estado de ánimo y conducta, se muestra tranquila y sonriente. -Refiere haber utilizado técnicas de entrenamiento autógeno, para el control de la ansiedad frente a las preocupaciones. - Se compromete a revisar en casa lo aprendido y ponerlo en práctica.
MARZO 11- 2010	Sesión Grupal II: SALUD MENTAL Y AUTOCONTROL EMOCIONAL Ver estructura de sesión grupal en anexo (12)	<ul style="list-style-type: none"> - La paciente asiste y participa activamente en la sesión grupal. - Se refuerzan aspectos que se habían trabajado antes en la intervención individual.
MARZO 16- 2010	Sesión Individual IV: <ul style="list-style-type: none"> - Actualización y control del estado emocional del paciente. - Revisión y evaluación de los compromisos de la sesión anterior - Evaluación del Proceso – Autorreporte - Cierre del proceso individual 	<ul style="list-style-type: none"> - La paciente refiere mejoría en su estado emocional. - Se logra la modificación de ideas irracionales asociadas a las conductas objeto de intervención. -La paciente se compromete a continuar asistiendo a las sesiones grupales.
MARZO 18 - 2010	Sesión Grupal III: EMOCIONES POSITIVAS Y SENTIDO DEL HUMOR Ver estructura de sesión grupal en anexo (13)	<ul style="list-style-type: none"> - La paciente asiste y participa activamente en la sesión grupal. - Comparte con el grupo lo

		<p>aprendido en la intervención individual.</p> <ul style="list-style-type: none"> - En las actividades realizadas, se muestra activa y atenta.
<p>MARZO 25 - 2010</p>	<p>Sesión Grupal IV: ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y COMUNICACIÓN ASERTIVA. Ver estructura de sesión grupal en anexo (14)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - La paciente asiste y participa activamente en la sesión grupal y comparte el proceso que ha llevado a cabo para modificar sus estrategias de afrontamiento y adaptarse a su nuevo estilo de vida.

Anexo 11. Estructura de Sesión grupal 1: Autocuidado.

SESIÓN DE INTERVENCIÓN GRUPAL I

TEMA: AUTOCAUIDADO

PARTICIPANTES: Pacientes con diabetes mellitus tipo I y II que asisten a la Fundación Santandereana de Diabetes y Obesidad FUSANDE.

FECHA: 25 – Febrero – 2010 **HORA:** 3:00 pm

LUGAR: Fundación Santandereana de Diabetes y Obesidad FUSANDE.

DURACIÓN DE LA SESIÓN: Una Hora y Media.

OBJETIVOS:

Objetivo General: Promover conductas y estrategias de autocuidado para el mantenimiento de la salud y la prevención de complicaciones de la enfermedad en pacientes con diabetes mellitus tipo I y II.

Objetivos Específicos:

- Informar a los pacientes acerca de la importancia del autocuidado y sus efectos en la salud.
- Dar a conocer los principios del autocuidado y su relación con los factores de riesgo y los factores protectores.
- Fomentar autoesquemas mentales adaptativos enseñándoles su relación con las conductas de higiene, alimentación y adherencia al tratamiento médico.

PLAN TERAPEUTICO:

1. **Sondeo de Conocimientos Previos Sobre el Tema de la Sesión:** Cada participante debe dar a conocer sus ideas frente al tema que se va a tratar durante la sesión grupal.
2. **Psicoeducación acerca del tema:** Autocuidado
 - Tipos de cuidados.
 - Tipos de Prácticas: Factores de Riesgo y Factores Protectores.
 - Principios del Autocuidado.
 - Desarrollo Personal: Autoesquemas mentales relacionados con el autocuidado.
 - Practicas de Autocuidado.
3. **Aplicación de Conocimientos:**
En parejas, los pacientes preparan y llevan a cabo un sociodrama sobre los autoesquemas mentales y su relación con el autocuidado, cada pareja representara un autoesquema.
4. **Evaluación de conocimientos:**
Cada participante de la sesión deberá responder un cuestionario sobre aspectos relacionados con el tema central, con el fin de evaluar los conocimientos adquiridos.
5. **Socialización y Cierre:** Se realiza una puesta en común sobre los conocimientos adquiridos, las conclusiones de la sesión y los compromisos personales de los participantes.

Anexo 12. Estructura de Sesión grupal 2: Autocontrol Emocional.

SESIÓN DE INTERVENCIÓN GRUPAL II

TEMA: AUTOCONTROL EMOCIONAL

PARTICIPANTES: Pacientes con diabetes mellitus tipo I y II que asisten a la Fundación Santandereana de Diabetes y Obesidad FUSANDE.

FECHA: 11 – Marzo – 2010 **HORA:** 3:00 pm

LUGAR: Fundación Santandereana de Diabetes y Obesidad FUSANDE.

DURACIÓN DE LA SESIÓN: Una Hora y Media.

OBJETIVOS:

Objetivo General: Entrenar a una muestra de pacientes con diabetes en técnicas de autocontrol emocional, con el fin generar herramientas para favorecer el desarrollo de estrategias de afrontamiento efectivas ante situaciones que pueden considerarse generadoras de estrés.

Objetivos Específicos:

- Enseñar a los pacientes sobre la importancia de la salud mental y los efectos que ésta puede tener en la salud física.
- Entrenar a los pacientes en el modelo cognitivo y la identificación de ideas irracionales.
- Dar a conocer en que consiste el autocontrol emocional y las diferentes técnicas, que se pueden utilizar para disminuir las tensiones emocionales.
- Fomentar el uso de las técnicas de autocontrol emocional

PLAN TERAPEUTICO:

1. **Sondeo de Conocimientos Previos Sobre el Tema de la Sesión:** Cada participante debe dar a conocer sus ideas frente al tema que se va a tratar durante la sesión grupal.
2. **Psicoeducación acerca del tema:** Autocontrol Emocional
 - Salud Mental.
 - Definición del concepto autocontrol emocional.
 - Identificación de ideas irracionales y pensamientos distorsionados.
 - Técnicas de autocontrol emocional.
3. **Aplicación de Conocimientos:**
A nivel individual cada paciente debe completar una lamina, con las ideas frecuentes que les generan malestar emocional, de acuerdo a lo aprendido con respecto a las ideas irracionales o pensamientos distorsionados.

Evaluación de conocimientos:

Cada participante de la sesión expone su trabajo frente al grupo, señalando la manera como aplico los conocimientos en el desarrollo de la actividad.

Socialización y Cierre: Se realiza una puesta en común sobre los conocimientos adquiridos, las conclusiones de la sesión y los compromisos personales de los participantes.

Anexo 13. Estructura de Sesión grupal 3: Emociones Positivas y Sentido del Humor.

SESIÓN DE INTERVENCIÓN GRUPAL III

TEMA: EMOCIONES POSITIVAS Y SENTIDO DEL HUMOR

PARTICIPANTES: Pacientes con diabetes mellitus tipo I y II que asisten a la Fundación Santandereana de Diabetes y Obesidad FUSANDE.

FECHA: 18 – Marzo – 2010 **HORA:** 3:00 pm

LUGAR: Fundación Santandereana de Diabetes y Obesidad FUSANDE.

DURACIÓN DE LA SESIÓN: Una Hora y Media.

OBJETIVOS:

Objetivo General: Potenciar la capacidad de los pacientes, para reconocer las emociones positivas y comprender los beneficios que éstas pueden ocasionar en el mejoramiento de su calidad de vida.

Objetivos Específicos:

- Reconocer la importancia de las emociones en los procesos de adaptación.
- Informar a los pacientes acerca de la importancia de las emociones positivas y sus efectos en la salud.
- Proporcionar estrategias a los pacientes para que puedan crear estados emocionales positivos o las condiciones para que éstos aparezcan.
- Promover el sentido del humor como estrategia de pensamiento flexible que favorece la modificación de la imagen catastrófica de la enfermedad.

PLAN TERAPEUTICO:

1. **Sondeo de Conocimientos Previos Sobre el Tema de la Sesión:** Cada participante debe dar a conocer sus ideas frente al tema que se va a tratar durante la sesión grupal.
2. **Psicoeducación acerca del tema:** Emociones Positivas, Sentido del Humor.
 - Conceptos y Definiciones
 - El valor de las emociones positivas
 - Importancia de las emociones
 - Emociones que debemos cultivar
 - Técnicas y estrategias para utilizar.
 - Sentido del humor e imagen de la enfermedad.
3. **Aplicación de Conocimientos:**
 - Puesta en Común: cada uno de los participantes refiere cuales son las estrategias que utiliza comúnmente para crear estados emocionales positivos.
 - Trabajo en Equipo: En subgrupos, los participantes de la sesión, preparan y llevan a cabo una actividad (chiste, baile, canción etc.) que promueva el sentido del humor en los compañeros, al finalizar, cada uno de los pacientes comparte su reflexión.
4. **Socialización y Cierre:** Se realiza una puesta en común sobre los conocimientos adquiridos, las conclusiones de la sesión y los compromisos personales de los participantes.

Anexo14. Estructura de la sesión grupal 4. Estrategias de Afrontamiento y Comunicación Asertiva.

SESIÓN DE INTERVENCIÓN GRUPAL IV

TEMA: ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y COMUNICACIÓN ASERTIVA

PARTICIPANTES: Pacientes con diabetes mellitus tipo I y II que asisten a la Fundación Santandereana de Diabetes y Obesidad FUSANDE.

FECHA: 25 – Marzo – 2010 **HORA:** 3:00 pm

LUGAR: Fundación Santandereana de Diabetes y Obesidad FUSANDE.

DURACIÓN DE LA SESIÓN: Una Hora y Media.

OBJETIVOS:

Objetivo General: Promover en los pacientes el uso de estrategias de afrontamiento que favorezcan su proceso de tratamiento de la diabetes y fomentar estilos de comunicación asertiva que contribuyan al mejoramiento de las habilidades sociales y de las relaciones interpersonales.

Objetivos Específicos:

- Realizar psicoeducación sobre el tema de estrategias de afrontamiento.
- Promover la reflexión acerca de las estrategias utilizadas por los pacientes para afrontar situaciones que consideran adversas.
- Fomentar el uso de estrategias de afrontamiento que favorezcan la salud física y mental del paciente.
- Entrenar a los pacientes en el uso de estilos de comunicación asertiva.

PLAN TERAPEUTICO:

4. **Sondeo de Conocimientos Previos Sobre el Tema de la Sesión:** Cada participante debe dar a conocer sus ideas frente al tema que se va a tratar durante la sesión grupal.
5. **Psicoeducación acerca del tema:** Estrategias de Afrontamiento y Comunicación Asertiva.
 - Conceptos y Definiciones
 - Tipos de estrategias de afrontamiento.
 - Función de las estrategias de afrontamiento
 - La imagen de la enfermedad como estrategia de afrontamiento.
 - Eficacia de las estrategias de afrontamiento utilizadas.
 - Estilos de comunicación y emociones
 - Técnicas para el desarrollo de la comunicación asertiva.
6. **Aplicación y Evaluación de Conocimientos:**
 - Puesta en común: cada paciente con base en lo aprendido, refiere las estrategias de afrontamiento que usa comúnmente frente a situaciones denominadas “adversas” y evalúa su nivel de eficacia.
 - Después de ver un video sobre estilos de comunicación, cada paciente comparte con el grupo, el estilo de comunicación que utiliza, identifica las ventajas y desventajas y propone alternativas.

- Reflexión: Se presenta un video de la fabula de Esopo titulada “el león y el ratón”. Cada participante comparte su reflexión y la asocia con el tema tratado en la sesión.

7. Socialización y Cierre: Se realiza una puesta en común sobre los conocimientos adquiridos, las conclusiones de la sesión y los compromisos personales de los participantes.