

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTÍN

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA, RELACIONES INDUSTRIALES Y
CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN**

ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA



**“EFICACIA DE UN PROGRAMA DE RISOTERAPIA EN
ADULTOS MAYORES CON SINTOMAS DE DEPRESIÓN”**

(Estudio realizado con adultos mayores de la Micro Red de Salud de Mariano Melgar)

Tesis presentada por los bachilleres

JESSICA KAROL GORVEÑA VELASQUEZ

LUIS MIGUEL ZEVALLOS HUAMANI

Para optar el título Profesional de:

PSICÓLOGOS

AREQUIPA-PERÚ

2018

DEDICATORIA

Con todo mi amor para mi familia, que día a día se esforzaron por darme todo lo que pudieron para que yo pueda cumplir mis metas.

Jessica Gorgeña Velásquez

Este trabajo está dedicado a mis padres y mi esposa, que con su esfuerzo, paciencia, amor y voluntad supieron guiarme y apoyarme para poder conseguir cada una de mis metas, gracias por todo su amor y apoyo.

Luis Miguel Zevallos Huamaní

AGRADECIMIENTO

Nuestro más sincero reconocimiento y nuestra gratitud a nuestros queridos docentes por habernos guiado en nuestra formación profesional.

Un agradecimiento especial a la Micro Red de Mariano Melgar a los miembros del club del Adulto Mayor “Virgen de Chapi” por permitirnos la realización de la presente investigación y al Grupo Clown dirigido por la psicóloga Liliana Lizárraga, por apoyarnos en el desarrollo y aplicación del programa.

Jessica y Luis.

PRESENTACIÓN

SEÑOR RECTOR DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTÍN DE AREQUIPA.

SEÑOR DECANO DE LA FACULTAD DE PSICOLOGÍA, RELACIONES INDUSTRIALES Y CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN.

SEÑOR DIRECTOR DE LA ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

SEÑOR(A) PRESIDENTE DEL JURADO DICTAMINADOR

SEÑORES CATEDRÁTICOS MIEMBROS DEL JURADO DICTAMINADOR

Tenemos el honor de dirigirnos a ustedes con el propósito de poner a su consideración el presente trabajo de tesis titulada “EFICACIA DE UN PROGRAMA DE RISOTERAPIA EN ADULTOS MAYORES CON SINTOMAS DE DEPRESIÓN”, el mismo que tras su revisión y dictamen favorable, nos permitirá optar el Título Profesional de Psicólogos.

Arequipa, Junio de 2018

Bachilleres en Psicología:

JESSICA KAROL, GORVEÑA VELÁSQUEZ

LUIS MIGUEL, ZEVALLOS HUAMANI

RESUMEN

La presente investigación tiene como objetivo determinar el impacto del Programa de Risoterapia en adultos mayores con síntomas de Depresión de la Micro Red de Salud de Mariano Melgar; para lo cual se utilizó el diseño cuasi-experimental con un solo grupo, con medida pre test y pos test.

Se ha trabajado con una muestra de 30 adultos mayores, de ambos sexos que asisten al Club del Adulto Mayor “Virgen de Chapí” de la Micro Red de Salud de Mariano Melgar de la ciudad de Arequipa, cuyas edades oscilan entre 60 y 86 a más, mediante el muestreo intencional no probabilístico. Como instrumentos se ha utilizado La Escala de Zung (EAMD) (1965) y un Programa de Risoterapia de nuestra autoría (2016). Para el análisis y fiabilidad de los datos se utilizó la prueba Estadística T de Student.

Los resultados de esta investigación demuestran que el programa de Risoterapia tuvo un impacto positivo en la disminución de síntomas de depresión en los adultos mayores, donde hubo aumento de la depresión leve en el post-test, por otro lado, disminuyó la depresión moderada y no se encontró evidencias de depresión grave en la población de estudio post-test, lo que demuestra que hubo cambios satisfactorios en los niveles de depresión después de la aplicación del programa de Risoterapia.

PALABRAS CLAVES: *Depresión – Risoterapia – Adulto Mayor*

ABSTRACT

The present research aims to determine the impact of the Laughter Therapy Program in older adults with symptoms of Depression of the Micro Health Network of Mariano Melgar; For which the quasi-experimental design was used with a single group, with pre-test and pos-test.

A sample of 30 older adults, both sexes, who attend the "Virgen de Chapí" Adult Club of the Micro Health Network of Mariano Melgar of the city of Arequipa, whose ages range from 60 to 86 to more, Through non-probabilistic intentional sampling. As instruments he has used The Zung Scale (EAMD) (1965) and a Laughter Therapy Program of our authorship (2016). For the analysis of the data the student's T was used.

The results of this research show that the Risoterapia program had a positive impact on the presence of depression in the elderly, where there was an increase of mild depression in the post-test, on the other hand, moderate depression decreased and was not found Evidence of severe depression in the post-test study population, demonstrating that there were satisfactory changes in depression levels after the application of the laughter therapy program.

KEYWORDS: Depression - Laughter - Senior Adult

LISTA DE TABLAS

TABLA N° 1.	CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO.....	65
TABLA N° 2	SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN: AFECTIVOS PERSISTENTES PRE TEST	66
TABLA N° 3	SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN: FISIOLÓGICO PERSISTENTE PRE TEST	67
TABLA N° 4	SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN: PSICOLÓGICO PERSISTENTE PRE TEST	69
TABLA N° 5	NIVELES DE DEPRESIÓN PRE TEST	70
TABLA N° 6	SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN: AFECTIVOS PERSISTENTES POST TEST	71
TABLA N° 7	SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN: FISIOLÓGICO PERSISTENTE POST TEST	72
TABLA N° 8	SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN: PSICOLÓGICO PERSISTENTE POST TEST	74
TABLA N° 9	NIVELES DE DEPRESIÓN POST	76
TABLA N° 10	COMPARACIÓN DE LOS NIVELES DE DEPRESIÓN PRE Y POST TEST	77
TABLA N° 11	PRUEBA DE HIPÓTESIS	78

ÍNDICE

DEDICATORIA	i
AGRADECIMIENTO	ii
PRESENTACIÓN	iii
RESUMEN	iv
ABSTRACT.....	v
LISTA DE TABLAS	vi
ÍNDICE.....	vii

CAPITULO I LA INVESTIGACIÓN

INTRODUCCIÓN	1
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	5
2. HIPÓTESIS	7
3. OBJETIVOS	7
3.1. OBJETIVO GENERAL.....	7
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	8
4. IMPORTANCIA DEL ESTUDIO	8
5. LIMITACIONES DEL ESTUDIO	9
6. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS	10
7. VARIABLES E INDICADORES	11

CAPITULO II MARCO TEÓRICO

1. ADULTO MAYOR	12
1.1. Teorías del Envejecimiento	13
1.1.1. Teoría Fisiológica	13
1.1.2. Teoría de la Actividad.....	14

1.1.3. Teoría de la Continuidad.....	14
1.2. Criterios de Definición y Selección de las Personas Adultos Mayores a Través de la Valoración Clínica del Adulto Mayor.....	14
1.2.1. Persona Adulta Activa Saludable	15
1.2.2. Persona Adulta Mayor Enferma	15
1.2.3. Persona Adulta Mayor Frágil.....	15
1.2.4. Paciente Geriátrico Complejo	16
1.3. Derechos de los Adultos Mayores, Ley N° 28803.....	17
2. RISOTERAPIA	18
2.1. Origen y Evolución.....	18
2.2. Generalidades.....	21
2.3. Definición	23
2.4. Principios y Bases Teóricas	24
2.5. Fisiología de la Risa.....	26
2.6. Beneficios de la Risoterapia	29
2.7. Sistema Inmunológico de la Risa.....	32
2.8. Psicobiología Relacionada a las Emociones	33
2.9. El Poder de la Risa.....	33
2.10. Programa de Risoterapia.....	36
2.11. Aplicaciones de la Risoterapia.....	37
2.12. Tipos de Intervención Terapéutica y Metodológica	38
2.13. El Uso de la Risa y el Humor en Psicoterapia	39
2.14. Sesión de Risoterapia.....	42
3. DEPRESIÓN	43
3.1. Definición	43
3.2. Clasificación	44
3.2.1. Clasificación de la Depresión Según CIE-10	44
3.2.2. Clasificación de la Depresión Según W. Zung	45
3.3. Epidemiología de la Depresión.....	45
3.4. Etiología.....	46
3.5. Sintomatología de la Depresión.....	47
3.6. Alteraciones Psicosomáticas más Frecuentes de Origen Depresivo.....	48
3.7. Tratamiento de la Depresión.....	48

3.8. Depresión en el Adulto Mayor.....	51
--	----

CAPITULO III METODOLOGÍA

1. TIPOLOGÍA Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	52
2. SUJETOS	53
2.1. Población	53
2.2. Muestra	53
3. MATERIALES E INSTRUMENTOS.....	54
4. PROGRAMA DE RISOTERAPIA	59

CAPITULO IV

1. RESULTADOS	64
---------------------	----

CAPITULO V

1. DISCUSIÓN	80
2. CONCLUSIONES	84
3. RECOMENDACIONES.....	85
4. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	86
5. ANEXOS	88

CASOS CLÍNICOS

Caso 1	119
Caso 2	152

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN

La depresión es un trastorno del humor y del estado de ánimo que se manifiesta a partir de una serie de síntomas que incluyen cambios bruscos del humor, irritabilidad, falta de entusiasmo y una sensación de congoja o angustia, trascendiendo a lo que se considera como normal. Puede implicar la pérdida de interés en actividades hasta entonces queridas, así como cambios cognitivos, como pensar ineficiente y elevada auto-critica.

La depresión del estado de ánimo varia escasamente de un día para otro y no suele responder a cambios ambientales, aunque pueden presentar variaciones circadianas características, la presentación clínica puede ser distinta en cada paciente. En algunos casos, la ansiedad, el malestar y la agitación psicomotriz pueden predominar sobre la depresión. La alteración del estado de ánimo puede estar enmascarado por otros síntomas, tales como irritabilidad, consumo excesivo de alcohol, comportamiento histriónico, exacerbación de fobias o síntomas excesivos persistentes o por preocupaciones hipocondriacas. Para el diagnostico de cualquiera de los tres niveles de depresión (leve, moderado, grave) habitualmente se requiere de una duración de al

menos dos semanas, aunque periodos más cortos pueden ser aceptados si los síntomas son excepcionalmente graves o de comienzo brusco.

Después de los 65 años el individuo vive una etapa normal del desarrollo, los principales problemas que enfrentan los adultos mayores, son los que le creamos a través de la política y la economía, que afectan su estatus a mayor grado que en el mismo envejecimiento. Debemos tener claro que las personas claves en el problema de envejecimiento son los grupos de edad más joven, porque ellos son los que determinan el status y la posición de tales personas en el orden social (Papalia, 1990). Sin embargo, la vejez no tiene que ser el punto más bajo del ciclo de vida ya que el envejecimiento satisfactorio es posible, siendo la sociedad quien debe descubrir los componentes de ella, reorganizando nuestros pensamientos y estructura sociales. La principal tarea de las personas mayores es la de comprender y aceptar su propia vida y utilizar su gran experiencia para hacer frente a los cambios personales o pérdida. Las personas han de adaptarse a la disminución de la fortaleza y salud física, a la jubilación y aceptar lo inminente de su propia muerte (Hoffman, 1996). A medida que tratan estos temas sus motivaciones pueden variar.

En los adultos mayores, los cambios en la vida pueden incrementar el riesgo de depresión o llevar a que la depresión existente se acrecenté. Algunos de estos cambios son: mudanza del hogar, como por ejemplo a un centro de la tercera edad, dolor o padecimiento crónico, hijos que dejan el hogar, cónyuges o amigos cercanos que fallecen, pérdida de la independencia (problemas para cuidarse sin ayuda o movilizarse), la depresión puede también relacionarse con un padecimientos físicos, como: trastornos tiroideos, mal de Parkinson, cardiopatía, cáncer, accidente cerebrovascular o demencia. El consumo excesivo de alcohol o de determinados medicamentos pueden empeorar los síntomas de depresión.

De esta manera debemos ser conscientes de que los adultos mayores no son un pequeño grupo marginal de la sociedad, sino que son parte significativa de la misma y que es necesario investigar, planear y reeducarnos para poder ofrecerles todos los servicios y comodidades que merecen. Considerando que una persona mayor posee, normalmente, una multitud de experiencias, de conocimientos y de saberes que no posee el joven;

este, a su vez, posee una fortaleza física y vitalidad renovada de la que carece el mayor y así se pueden complementar para una mejor convivencia familiar y desarrollo de la misma sociedad.

En tal sentido, el estudio y abordaje de la depresión en adultos mayores, resulta importante. Reconociendo la importancia de tal aspecto, trabajamos un programa de Risoterapia, el cual nos permita, en base a principios de esta técnica disminuir síntomas de depresión. Históricamente, hace más de 4000 años en el imperio chino, existían templos donde las personas se reunían para reír con la finalidad de equilibrar la salud. La filosofía china del tao aconseja que para estar sano y mantenerse en forma hay que reír 30 veces al día. En la india existen templos sagrados donde se podía practicar la risa; además que algunos libros hindúes hablan sobre la meditación con risa porque el hecho de reír es una técnica de meditación en sí misma y es un medio para conocerse interiormente que ayuda a estar en armonía con el mundo.

En la década de los 70s el Dr. Lee Berk de la Universidad de Loma Linda en California (EEUU) tomó un análisis de sangre a personas mientras observaban una película cómica y descubrió que reír de forma hilarante reducía los niveles de estrés y que la risa tiene un efecto sobre el sistema inmunitario: la actividad de los linfocitos T y de las inmunoglobulinas (anticuerpos) aumentaba y continuaba hasta 12 horas después del episodio de risa. A partir de esta experiencia se empezó a utilizar la técnica de la terapia de la risa en hospitales de EEUU, Suiza, Alemania y Francia. Durante la década de los 80s, en hospitales de Ottawa (Canadá), la risa como terapia fue utilizada en pacientes con cáncer y sida, cumpliendo una función psicológica, anestésica e inmunológica. Estudios científicos en pacientes con tumores indicaron que el buen estado de ánimo aumentó el conteo de células T, así como la generación de células asesinas naturales que combaten enfermedades. En 1986 Michael Christensen, director de los Clowns del Big Apple Circus de Nueva York (EEUU), fue invitado para hacer una presentación en un hospital. El resultado, niños que se encontraban deprimidos y apáticos, participan activamente en los juegos. A partir de ello, los pacientes reemplazaron la rutina hospitalaria y las imágenes traumáticas por procedimientos alegres y divertidos. Así es como nace el Clown Care Unit en los Estados Unidos.

Lachira Yparraguirre Lizbeth, realizó el estudio titulado “Risoterapia: intervención de enfermería en el incremento de la autoestima en adultos mayores”, Lima, Perú. En el año 2013; cuyo objetivo fue determinar la efectividad del programa de intervención Risoterapia en el incremento de la autoestima en los adultos mayores. El estudio fue de tipo cuantitativo, método cuasi-experimental en un solo diseño. La muestra de 19 adultos mayores se obtuvo a través de muestreo no probabilístico por conveniencia. El instrumento que se utilizó es la Escala de Autoestima de Coopersmith; validado y adaptado para ser utilizado en la población de estudio, el cual consta de 25 ítems con respuesta dicotómicas (Falso o Verdadero) para identificar el nivel de autoestima que presenta el adulto mayor, las conclusiones fueron: la efectividad del programa: Risoterapia es demostrada en el incremento del nivel de autoestima en la mayoría de adultos mayores que participaron de la investigación. Antes de la aplicación del programa los adultos mayores presentaron un nivel de autoestima de bajo a medio alto, evidenciándose que ninguno mantenía un alto nivel de autoestima, después de ejecutado el programa, los adultos mayores participantes presentaron un nivel de autoestima de medio bajo a alto.

Freud atribuyó a las carcajadas el poder de liberar al organismo de energía negativa: científicamente se ha descubierto que el córtex cerebral libera impulsos eléctricos negativos un segundo después de comenzar a reír. También menciona que la risa es la mejor vacuna contra la soberbia, la opresión y la intolerancia; propuso la teoría que se refiere al chiste como ese momento capaz de proporcionar satisfacción en nuestro mecanismo de inteligencia. La escuela que más ha utilizado el sentido del humor como instrumento de curación ha sido la terapia racional emotiva de Albert Ellis, quien afirma: “la perturbación emocional suele consistir en exagerar la importancia de las cosas” y sus recursos humorísticos van desde obscenidades atrevidas hasta juegos de palabras, pasando por todo tipo de extravagancias.

A partir de las consideraciones anteriores, es que surge la necesidad de diseñar un programa de Risoterapia con la finalidad que contribuya a la disminución de síntomas de depresión en los adultos mayores. En tal sentido nuestra hipótesis es que si el programa de Risoterapia tiene efectos positivos, así estaríamos logrando actitudes y

pensamientos positivos en los adultos mayores de la micro red de Mariano Melgar – Arequipa 2016.

La presente investigación es de tipo cuasi-experimental, con el que se pretende comprobar el efecto del programa de Risoterapia para lo que se evaluara los niveles de depresión antes y después de la aplicación del programa, la muestra será sometida a una evaluación pre y post para determinar la efectividad del programa, haciendo la respectiva comprobación estadística. Ponemos la presente investigación a consideración del jurado para su respectiva valoración del trabajo.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Resulta indispensable reconocer las vivencias emocionales, sobre todo las negativas que provoca la evidencia de la vejez. Las limitaciones físicas y a veces intelectuales deben ser reconocidas para poder ser compensadas o corregidas. La pérdida de ciertos atributos relacionados con la belleza corporal, por ejemplo, debe ser aceptada como inevitable. No se espera por supuesto, que se reciban las arrugas con alegría, ni que se celebre la disminución de la virilidad, lo cual en nuestra cultura es algo lamentable, pero se debe tener en cuenta que todas las etapas de la vida llevan consigo pérdidas y ganancias. Se exige entonces desarrollar la capacidad de reelaborar el concepto de belleza, reajustar el ritmo de la actividad, así como el abandono o reemplazo de ciertas actividades por otras que pueden ser igualmente placenteras y fuentes de emociones positivas. No se trata de negar la llegada de la ancianidad y pretender seguir funcionando con esquemas que resultaron útiles en etapas anteriores, ni tampoco de esperarla como una tragedia ante la cual no hay nada que hacer.

Ramos C. Susanibar J. (2004) en su trabajo explicativo analítico titulado: “Risoterapia un nuevo campo para los profesionales de la salud” señala; que se debe de incluir la risa como complemento de las terapias convencionales y puedan ayudar al profesional de la salud en la recuperación del paciente y en la mejora del ambiente de trabajo. Por lo tanto se opta por aplicar la técnica de la Risoterapia en el adulto mayor hospitalizado lo cual dio como resultado una evaluación favorable de su salud, de tal manera que hoy en día los profesionales de la salud deberían de optar por la aplicación de la técnica

de la Risoterapia dentro de su jornada y centro laboral.

Perez C. (2005) “Lo mejor, Las Carcajadas”, concluye que la risa franca estimula casi todos los órganos, sobre todo si se tiene en cuenta el incremento de la circulación que sigue al masaje vibratorio producido por espasmos del diafragma. Gracias, a ello, los órganos funcionan mejor y su resistencia a las enfermedades es mayor. Siendo resultado: dando un aspecto aprobatorio la terapia que ayuda a incrementar un buen funcionamiento de los órganos y sistemas del cuerpo humano. Estos masajes vibratorios ayudan a contribuir un buen incremento de la circulación sanguínea de los adultos mayores.

Calmet T., Guevara A., Regalado B., Marlitt J., (2004) “Influencia de la Risoterapia en las características psicológicas y sociales del niño escolar hospitalizado en el INSN”. El estudio de tipo cuantitativo, prospectivo y descriptivo cuyo objetivo fue detectar los efectos psicológicos y sociales de 80 niños hospitalizados, en los meses de enero-febrero del 2004. Según los criterios de inclusión y exclusión, la población final estuvo comprendida por un total de 30 niños, a quienes se les aplicó la guía de observación por primera vez al momento de ingreso, y posteriormente cada niño recibió dos sesiones de Risoterapia los días martes y/o viernes, con un tiempo de duración de 15 a 20 min. Realizado por los clowns “Doctores bola Roja”, después de cada sesión de Risoterapia se aplicó la guía de observación nuevamente. Concluyendo: que el niño escolar hospitalizado presenta características psicológicas y sociales manifestados de diferente forma como: llanto, regresión, enuresis, pesadillas, inapetencia, indiferencia y rechazo hacia sus padres, al personal de salud y hasta a niños de su misma edad, y que la Risoterapia influyó en las características psicológicas y sociales ($p < 0,05$) de un 96.6 por ciento disminuyendo hasta un 0.0 por ciento siendo los resultados significativos.

La Risoterapia es una técnica que usa la risa con fines terapéuticos; esta desencadena el buen humor, que resulta ser una emoción positiva y puede utilizarse como sinónimo de una sensación de alegría. Por sus repercusiones positivas que entrañan las actividades y talleres de fomento de salud y autoestima mediante la risa en personas mayores. Por tanto, se establece que este estudio es importante para el conocimiento de las posibles relaciones entre la risa y el tratamiento de la depresión en el Adulto

Mayor. Su práctica aporta una forma de ver la vida más positiva que ayuda a sacar más partido al entorno personal, familiar y social; lo cual permitirá tener adultos mayores con mejores niveles de autoestima, con ganas de vivir un envejecimiento activo, manteniendo buenas relaciones interpersonales y de comunicación, sin dejar que la soledad embargue su pensamiento.

De esta manera estamos reconociendo la importancia de la Risoterapia como alternativa o complemento en las diferentes disciplinas relacionadas al tema de la salud y bienestar del ser humano, de las reflexiones y análisis realizados surge la pregunta a la cual es importante dar respuesta:

¿Cuáles serán los efectos de la aplicación de un programa de Risoterapia en adultos mayores con síntomas de depresión (pertenecientes al club del adulto mayor “Virgen de Chapí” de la Micro Red de Salud de Mariano Melgar)?

2. HIPÓTESIS

A. H 1

La aplicación del Programa de Risoterapia tendrá efecto en la disminución de síntomas de Depresión en adultos mayores que acuden a la Micro Red de Salud Mariano Melgar.

B. H 0

La aplicación del Programa de Risoterapia no tendrá efecto en la disminución de síntomas de Depresión en adultos mayores que acuden a la Micro Red de Salud Mariano Melgar.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la eficacia del Programa de Risoterapia en el tratamiento de síntomas de Depresión en adultos mayores de la Micro Red de Mariano Melgar

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar a la población de estudio según: edad, sexo, estado civil y con quien vive actualmente.
- Determinar la prevalencia de síntomas de depresión en adultos mayores antes de la aplicación del programa de Risoterapia.
- Determinar los niveles de Depresión
- Aplicar el programa de Risoterapia a los adultos mayores de la Micro Red de Mariano Melgar.
- Identificar la prevalencia de síntomas de depresión en adultos mayores después de la aplicación del programa de Risoterapia.
- Comparar la eficacia del Programa de Risoterapia, antes y después de su aplicación.

4. IMPORTANCIA DEL ESTUDIO

En la medida en que los adultos entran en la vejez se enfrentan a una serie de tareas del desarrollo: mantenerse físicamente sano, contar con un ingreso adecuado para ser capaces de mantener su propio hogar, afrontar la pérdida de prestigio y estatus que se obtiene por medio de la ocupación, y el ajuste en los roles familiares, el hogar vacío, convertirse en abuelos, el retiro, separación, divorcio, viudez, volverse dependiente de los hijos, entre otras; al no saber convivir con los nuevos cambios a su alrededor, los adultos mayores tienden a presentar depresión.

El bajo nivel de autoestima en el adulto mayor, altera su salud biológica, psicológica y social, es por ello que resulta necesario implementar un tipo de terapia que permita adoptar estrategias de afrontamiento ante los problemas de la vida diaria mediante el buen humor y las risas características de un buen nivel de autoestima. La Risoterapia es un programa que brinda las herramientas para desencadenar el buen humor y la visión positiva en una persona, esta podrá vivir satisfactoriamente su etapa de vida a pesar de sufrir los cambios biopsicosociales propios del envejecimiento. Una actitud humorística en la vida les podrá permitir reducir el estrés y mejorar indirectamente la salud, además de que ayudara a relajarse, el reír permite liberarse de inhibiciones, y desarrollar una actitud positiva ante la vida.

Los especialistas de la salud recomiendan algunas opciones para los adultos mayores, como hacer ejercicios, mantener contacto social, asistir a eventos, hacer amistad con personas de su misma edad, pero también con otras edades, ya que pueden salir grandes amistades de estas relaciones sociales así haya cinco, diez o veinte años de diferencia en su edad. También recomendar pasar tiempo con los nietos, sobrino y en general con la familia. Los niños pueden alegrarles el día con su entusiasmo y energía. Más que nada se recomienda el evitar lo mejor posible la depresión; saber reconocer y los síntomas de esta como son la pérdida del apetito y peso, dificultades para dormir, pérdida de energía y motivación e incluso ideas suicidas.

La importancia del estudio finalmente está inmersa en la realidad que vive el adulto mayor de nuestro país, muchos de ellos sufren el abandono, desplazamiento y el destierro del núcleo familiar, existen muchas historias que describen esta realidad, tan comunes en nuestra sociedad, que nos motivan a la realización de programas que ayuden a que el adulto mayor no sienta esa soledad que lo conduzca a la depresión, sino que pueda sentirse útil para la sociedad, que pueda aprender a vivir esos años con dignidad.

Actualmente existe mayor apoyo del gobierno, con la creación de Club del Adulto Mayor en diferentes establecimientos de salud, Consultorio especializado solo en el Adulto Mayor, ya que es una población con porcentajes altos en nuestra ciudad. Todo esto con el apoyo de la familia logrará mejoras considerables, además de calidad de vida para adulto mayor.

5. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Para la realización de la presente investigación se nos presentaron las siguientes limitaciones:

- Las investigaciones en nuestro medio sobre este tema son insuficientes. Así la mayoría de los estudios involucrados han sido dirigidos a programas acerca de las características psicológicas y sociales en niños, temas de autoestima en niños hospitalizados, además de exponerlo como campo a experimentar por los profesionales de la salud, sin embargo poco o nada se ha investigado sobre los efectos de un

programa de Risoterapia en adultos mayores, exactamente con síntomas de depresión, que puedan lograr mejoras significativas en su estado de ánimo, así también ideas y actitudes positivas en el afrontamiento de la vejez. Por consiguiente, la limitación principal de nuestra investigación es la escasa información publicada sobre este tema en nuestro medio, además de existir pocos programas dedicados a este importante tema en particular.

- Muchos de nuestros participantes carecían de nivel de instrucción por lo que algunos términos de las preguntas les era ajeno; ante ello se les tenía que explicar o poner ejemplos y que así pudieran entender.
- Por otro lado algunos problemas cotidianos se vuelven particularmente significativos en la vejez, estos los hacen más vulnerables a la adquisición de ciertos cuadros que caracterizan a las personas de la tercera edad.

6. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

A. ADULTO MAYOR

La Organización Mundial de la Salud considera como adultos mayores a quienes tienen una edad mayor o igual de 60 años, en los países en vías de desarrollo y de 65 años o más a quienes viven en países desarrollados. Estas diferencias cronológicas obedecen a las características socio – económicas que tienen unos y otros países (OMS, 2017).

B. DEPRESIÓN

Para Sarason, 1996. La depresión es un estado emocional que se caracteriza por una gran tristeza y aprensión, sentimientos de desesperanza y culpa, aislamiento, falta de sueño, de apetito y de deseo sexual o falta de interés o disfrute de las actividades usuales. A menudo se relaciona con otros problemas psicológicos y estados físicos.

C. RISOTERAPIA

Robert Holden, desde su clínica de la risa en 1993. La Risoterapia, clasificable dentro de las medicinas alternativas o complementarias, podría definirse como “estudio y utilización de la experiencia vivencial de la risa, controlado por un terapeuta calificado, en un proceso sistemático destinado a facilitar y promover determinados objetivos

terapéuticos relevantes, a fin de asistir a las necesidades de un solo paciente o grupo”
(Campos R., 2015, recuperado de cybertesis.unmsm.edu.pe/).

7. VARIABLES E INDICADORES

	VARIABLES	INDICADORES
Variable Independiente (VI)	Programa de Risoterapia	
Variable Dependiente (VD)	Niveles de Depresión	Ausencia de Depresión (<=menor de 28) Depresión Leve (entre 28 y 41) Depresión Moderada (entre 42 y 53) Depresión Grave (=>53 a más)

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

1. ADULTO MAYOR

La vejez es una etapa de la vida como cualquier otra, si bien hay definiciones científicas, biológicas, médicas, geriátricas, psicológicas, etc. También existen percepciones de las definiciones que da la sociedad de los mismos adultos mayores. Así tenemos que debido al aumento de la esperanza de vida y a la disminución de la tasa de fecundidad, la proporción de personas mayores de 60 años está aumentando más rápidamente que cualquier otro grupo de edad en casi todos los países. El envejecimiento de la población puede considerarse un éxito de las políticas de salud pública y el desarrollo socioeconómico, pero también constituye un reto para la sociedad, que debe adaptarse a ello para mejorar al máximo la salud y la capacidad funcional de las personas mayores, así como su participación social y su seguridad.

1.1. TEORÍAS DEL ENVEJECIMIENTO

1.1.1. Teoría Fisiológica

Las teorías fisiológicas nos explican el deterioro de los mecanismos fisiológicos con el paso del tiempo.

A) Teoría del Deterioro Orgánico

Como el nombre de esta teoría nos menciona, se va deteriorando los sistemas orgánicos como consecuencia de utilizarlos de forma constante a lo largo del tiempo. Afecta a todas las células corporales modificando y disminuyendo la capacidad funcional de los órganos y sistemas como los sistemas cardiovascular, endocrino o nervioso.

Las alteraciones de los mecanismos fisiológicos de la homeostasis, en sistema tan relevantes como los mencionados, incapacitan al organismo en su conjunto para responder a los cambios medioambientales. La pérdida de mecanismos de adaptación celular o bien la pérdida de células irreemplazables, sería uno de los tipos de agentes causantes del deterioro.

B) Teoría del Debilitamiento del Sistema Inmunológico o Teoría Inmunológica

Explica el envejecimiento desde el punto de vista del deterioro del sistema inmunitario, ya que en el mismo se ha observado una disminución de la capacidad de las células de defensa para producir anticuerpos, con la consiguiente disminución de la respuesta inmune de los organismos frente a los agentes externos. Aunque este debilitamiento del sistema inmunológico puede que explique ciertas enfermedades de consecuencias fatales y la relación establecida entre los tumores malignos y la edad, existiendo una disminución de respuesta por parte de las células de defensa frente a los estímulos proliferativos, no deja de ser una respuesta parcial al envejecimiento.

C) Teoría del Estrés

Las pérdidas en la capacidad de respuesta del organismo serían el resultado del estrés o tensión a la que nos vemos sometidos durante la existencia.

D) Teorías Sociales

Estas teorías han sido elaboradas para explicar la influencia de los factores culturales y sociales del envejecimiento.

1.1.2. Teoría de la actividad

Si a las personas mayores se les priva de algunos papeles, los que quedan no están claramente definidos y, como consecuencia, esto les crea confusión y les conduce a un estado de anomia (desorganización social que resulta de la ausencia de normas comunes en una sociedad). Es una noción formulada por Durkheim y designa la crisis por la que atraviesa una sociedad o un grupo social cuando sus miembros se ven privados de las normas que organizan su conducta y de los ideales que legitiman sus aspiraciones.

Según esta teoría, si nuevos papeles no reemplazan a los anteriores, la anomia tiende a interiorizarse y el individuo poco a poco se torna inadaptado, incluso consigo mismo.

1.1.3. Teoría de la Continuidad

Esta teoría mantiene que la última etapa de la vida, prolonga los estadios anteriores. Sostiene que las situaciones sociales pueden presentar una cierta discontinuidad, pero que la adaptación a las diferentes situaciones y el estilo de vida, se hallan principalmente determinados por los estilos, hábitos y gustos adquiridos a lo largo de toda la vida. La adaptación social a la vejez, a la jubilación y a otros acontecimientos del mismo género está determinada principalmente por el pasado.

1.2. CRITERIOS DE DEFINICIÓN Y SELECCIÓN DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES A TRAVÉS DE LA VALORACIÓN CLÍNICA DEL ADULTO MAYOR

Según la aplicación de Valoración Clínica del Adulto Mayor (VACAM) inicial se concluye que se encuentra sano, presenta factores de riesgo o tiene alguna afección o daño. Con la finalidad de brindar los cuidados de salud se han clasificado a las personas

Adultas Mayores en 4 categorías y son las siguientes:

1.2.1 Persona Adulta Mayor Activa Saludable

Es aquella sin antecedentes de riesgos, sin signos ni síntomas atribuibles a patologías agudas, sub agudas o crónicas y con examen físico normal.

El objetivo fundamental de este grupo poblacional es la promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

1.2.2 Persona Adulta Mayor Enferma

Es aquella que presenta alguna afección aguda, sub aguda o crónica, en diferente grado de gravedad, habitualmente no invalidante, y que no cumple los criterios de Persona Adulta Mayor Frágil o Paciente Geriátrico Complejo. El objetivo prioritario es la atención del daño, la rehabilitación y acciones preventivas promocionales. Dependiendo de la características y complejidad del daño será atendido en el establecimiento de salud o referido a otro de mayor complejidad, según las necesidades del adulto mayor.

1.2.3 Persona Adulta Mayor Frágil

Es aquella que cumple 2 o más de las siguientes condiciones:

- Edad: 80 años a mas
- Dependencia parcial, según Valoración Funcional del Índice de Katz.
- Deterioro cognitivo leve o moderado, según Valoración Cognitiva Test de Pfeiffer.
- Manifestaciones depresivas, según Valoración del Estado Afectivo Escala abreviada de Yesavage.
- Riesgo social, según la Escala de Valoración Socio – familiar.
- Caídas: Una caída en el último mes o más de una caída en el año
- Pluripatología: Tres o más enfermedades crónicas.
- Enfermedad crónica que condiciona incapacidad funcional parcial: Ej. Déficit visual, auditivo, osteoartritis, secuela de ACV, enfermedad de Parkinson, EPOC, insuficiencia cardiaca reciente, y otros.

- Polifarmacia: Toma más de tres fármacos por patologías crónicas y por más de 6 semanas.
- Hospitalización en los últimos 12 meses.
- Índice de Masa Corporal (IMC) menor de 23 o mayor de 28.

El objetivo principal para las Personas Adultas Mayores Frágiles es la prevención y la atención. Dependiendo de las características y complejidad del daño será atendido en el establecimiento de salud o referido a otro de mayor complejidad, según las necesidades del adulto mayor.

1.2.4 Paciente Geriátrico Complejo

Es aquel que cumple con tres o más de las siguientes condiciones:

- Edad: 80 a más.
- Pluripatología: tres o más enfermedades crónicas.
- El proceso o enfermedad principal tiene carácter incapacitante (Katz: dependencia total).
- Deterioro cognitivo severo.
- Existe problema social en relación con su estado de salud, según la Escala de Valoración Socio – familiar
- Paciente terminal por Ej.: Neoplasia avanzada, Insuficiencia cardiaca terminal, otra de pronóstico vital menor de 6 meses.

El objetivo principal en este grupo es el asistencial, tanto terapéutico cuanto rehabilitador. Requieren de atención geriátrica especializada. El seguimiento de este grupo será realizado en Institutos, Hospitales Nacionales, Hospitales Regionales y de Referencia, por un equipo interdisciplinario liderado por el médico especialista.

La atención integral de salud del adulto mayor comprende la atención domiciliaria, que es una actividad que realizan los integrantes del equipo interdisciplinario de salud a la PAM y su familia, con la finalidad de brindar atención integral en el domicilio. Esta atención está dirigida al adulto mayor cuando:

- Está postrado, con discapacidad que le impide acudir al establecimiento de salud
- No acude al tratamiento del daño diagnosticado o bajo tratamiento (médico o quirúrgico, transmisible, no transmisible)
- Existen condiciones que requieren el manejo de situaciones específicas, riesgos, entre otros, del entorno domiciliario o familiar que inciden en la salud del adulto mayor
- No acude a consulta programada (Ej. vacunación antiamarílica, exámenes auxiliares, etc.)

1.3. DERECHOS DE LOS ADULTOS MAYORES, LEY N° 28803

Toda persona adulta mayor tiene, entre otros, derecho a:

- a) La igualdad de oportunidades y una vida digna, promoviendo la defensa de sus intereses.
- b) Recibir el apoyo familiar y social necesario para garantizarle una vida saludable, necesaria y útil elevando su autoestima.
- c) Acceder a programas de educación y capacitación que le permitan seguir siendo productivo.
- d) Participar en la vida social, económica, cultural y política del País
- e) El acceso a la atención preferente en los servicios de salud integral, servicios de transporte y actividades de educación, cultura y recreación.
- f) El acceso a la atención hospitalaria inmediata en caso de emergencia.
- g) La protección contra toda forma de explotación y respeto a su integridad física y psicoemocional.
- h) Recibir un trato digno y apropiado en cualquier procedimiento judicial y administrativo que la involucre.
- i) Acceder a condiciones apropiadas de reclusión cuando se encuentre privada de su libertad.
- j) Vivir en una sociedad sensibilizada con respeto a sus problemas, sus méritos, sus responsabilidades, sus capacidades y experiencias.
- k) Realizar labores o tareas de acorde a su capacidad física o intelectual. No será explotada física, mental ni económicamente.
- l) La información adecuada y oportuna en los trámites para su jubilación.

m) No ser discriminada en ningún lugar público o privado

Buhler (1961) señala lo que ella considera cuatro buenas comodidades para los adultos mayores en su proceso de envejecimiento:

- 1) El deseo de descansar y relajarse ahora que ya han completado su vida de trabajo necesaria.
- 2) El deseo de permanecer activo y la habilidad de serlo
- 3) Frustración, ansiedad, y culpabilidad como resultados de la vida que han llevado y que tal vez ahora encuentran sin sentido.

Lo que podemos evidenciar es que los adultos mayores desean sentirse útiles y activos, ya que llegando a esta etapa de su vida se ven limitados a hacer algunas actividades, pero pueden realizar otras más.

2. RISOTERAPIA

2.1. Origen y Evolución

Históricamente, hace más de 4 000 años en el imperio chino, existían templos donde las personas se reunían para reír con la finalidad de equilibrar la salud. La filosofía china del Tao aconseja que para estar sano y mantenerse en forma se tiene que reír 30 veces al día.

En la India existían templos sagrados donde se podía practicar la risa. Además algunos libros hindúes hablan sobre la meditación con risa porque el hecho de reír es una técnica de meditación en sí misma y es un medio para conocerse interiormente, lo que ayuda a estar en armonía con el mundo. Además, hay una creencia hindú que asegura que una hora de risa tiene efectos más beneficiosos en el cuerpo que cuatro horas de yoga. En la antigua Grecia, Aristóteles sostenía que el bebé no es persona hasta que ríe; hasta que eso ocurra, el recién nacido es un ser no muy distinto a cualquier otro cachorro mamífero.

En la Edad Media, el profesor de Cirugía Henri De Mondeville señalaba que, la alegría era una herramienta definitiva para ayudar a recuperar a los pacientes, cuyas vidas

debían dirigirse hacia la felicidad. Para llegar a tan ambiciosa meta, De Mondeville tenía claro que: “Hay que permitir que sus parientes y amigos lo alegren y que alguien le cuente chistes... Mantener el espíritu del paciente con música de violas y salterios de diez cuerdas”.

Pero el verdadero pionero de la Risoterapia fue Rabelais, el primer médico que en el siglo XVI y de forma seria, aplicó la risa como terapia. El médico inglés William Battie propuso por primera vez el tratamiento de la risa en los enfermos mentales durante el reinado de Jorge III (1760-1820). En 1844 Horacio Wells, un dentista de Boston, EEUU; descubrió las propiedades anestésicas del óxido nitroso (gas de la risa). Pero sería otro dentista de la misma ciudad, William Morton quien dos años después se llevaría la gloria efectuando la primera cirugía indolora con óxido nitroso frente a un grupo de connotados médicos.

Freud atribuyó a las carcajadas el poder de liberar al organismo de energía negativa: científicamente se ha descubierto que el córtex cerebral libera impulsos eléctricos negativos un segundo después de comenzar a reír. También mencionaba que la risa es la mejor vacuna contra la soberbia, la opresión y la intolerancia; propuso la teoría referente al chiste, atribuyendo a ese momento capaz de proporcionar satisfacción en nuestro mecanismo de inteligencia.

La escuela que más ha utilizado el sentido del humor como instrumento de curación ha sido la Terapia Racional Emotiva de Albert Ellis, quien afirma: «La perturbación emocional suele consistir en exagerar la importancia de las cosas» y sus recursos humorísticos van desde obscenidades atrevidas hasta juegos de palabras, pasando por todo tipo de extravagancias.

En la década de los 70s, el Dr. Lee Bark de la Universidad de Loma Linda en California, EEUU; tomó un análisis de sangre a personas mientras observaban una película cómica y descubrió que reír de forma hilarante reducía los niveles de estrés y que la risa tiene un efecto sobre el sistema inmunitario: la actividad de los linfocitos T y de las inmunoglobulinas (anticuerpos) aumentaba y continuaba hasta 12 horas después del episodio de risa. A partir de ésta experiencia, se comenzó a utilizar la técnica de la terapia de la risa en hospitales de EEUU, Suiza, Alemania y Francia. En

1972, el médico Patch Adams fundó el Instituto Gesundheit como una respuesta al cuidado de la salud en los Estados Unidos. La misión de Adams era llevar diversión, amistad y felicidad del servicio a la práctica médica. Para ello, integró más a los médicos en la vida de los pacientes, no sólo desde el punto de vista de la atención en salud, sino en conocer más acerca de la vida de ellos.

Durante la década de los 80s, en hospitales de Ottawa, Canadá; la risa fue utilizada como terapia en pacientes con cáncer y sida, cumpliendo una función psicológica, anestésica e inmunológica. Estudios científicos en pacientes con tumores indicaron que el buen estado de ánimo incrementó el conteo de células T, así como la generación de “células asesinas” naturales que combaten enfermedades.

En 1986, Michael Christensten, director de los clowns del Big Apple Circus de Nueva York, EEUU; fue invitado para hacer una presentación en un hospital. El resultado fue sorprendente: niños que se encontraban deprimidos y apáticos, participaban activamente en los juegos. A partir de ello, los pacientes reemplazaron la rutina hospitalaria y las imágenes traumáticas por procedimientos alegres y divertidos, es así como nace el Clown Care Unit en los Estados Unidos. Actualmente, existen grupos de Clown que hacen de la Risoterapia una forma de vida en países como España, Colombia, Brasil, Argentina, Chile, Holanda, Alemania, Austria, Uruguay, México, Canadá, EEUU y Suiza; siendo estos tres últimos países los que están a la cabeza en el aprovechamiento de la risa como terapia.

En el Perú, la ONG “Bola Roja” inició sus labores en el año 2002 en las áreas de gastroenterología, dermatología, reumatología, medicina, traumatología, cirugía cardiovascular, cirugía torácica, cardiología y nefrología del Hospital del Niño. Actualmente ésta técnica también se aplica en grupos de niños con sida, mujeres adolescentes y madres víctimas de violencia. Así mismo, gracias a un convenio con una compañía de seguros también visitan a niños y adultos hospitalizados en las Clínicas Tezza, Stella Maris, Ricardo Palma y San Pablo. Las visitas se hacen en parejas, cama por cama, por un promedio de entre 30 y 40 minutos por cuarto. Si bien las rutinas son ensayadas, el juego que se desarrolla en cada cuarto depende mucho de cómo está el ambiente en cada habitación y de la necesidad específica de cada paciente.

A veces se inicia un juego de bailes, desfiles, música si la situación es propicia, en otras ocasiones una música suave, un poco de burbujas y una caricia son más necesarias.

2.2. Generalidades

Las formas de expresión que tiene el ser humano son: el lenguaje oral, el lenguaje escrito y el lenguaje corporal. En este último aspecto podemos considerar a la risa; definida como el movimiento de la boca y otras partes del rostro que demuestran alegría. La risa es la expresión de una emoción debido a diversos elementos intelectuales y afectivos, que se muestran principalmente en una serie de aspiraciones más o menos ruidosas, dependiendo en gran parte de las contracciones del diafragma y acompañadas de contracciones involuntarias de los músculos faciales, resonancia de la faringe y del velo del paladar. La risa es provocada por un estímulo que promueve el ánimo, en virtud de su carácter jocoso, ridículo o placentero. Según científicos de la Universidad de California, el sentido del humor está en la circunvolución frontal superior izquierda del cerebro, en el área motora suplementaria. Se experimentó estimulando esa zona del cerebro de una adolescente de 16 años mientras hacía diferentes tareas. Si la estimulación era suave, la chica sonreía, si aumentaba, estallaba en risas; ella lo atribuyó a la foto de un caballo, un párrafo que estaba leyendo. En esta zona reside la creatividad y la capacidad para pensar en el futuro y la moral, de ahí que los humanos son los únicos seres con capacidad de reírse. A medida que las habilidades humanas se perfeccionan, la capacidad de reír disminuye. Al principio los niños la utilizan como una forma de comunicación y después se convierte en una conducta emocional; un niño de 6 años ríe entre unas 300 a 400 veces al día, un adulto lo hace sólo entre 15 a 100 veces y los adultos mayores sonríen menos de 80 veces diarias; las personas más risueñas alcanzan 100 risas al día y las menos alegres apenas llegan a 15. Parece que con los años se va perdiendo la alegría y las personas se vuelven más serias, quizás en parte porque la sociedad así lo exige. Posiblemente, el problema es que a las personas divertidas no se les permite dar rienda suelta al sentido del humor. En tal sentido, quienes ríen poco o tienen poco sentido del humor, son propensos a contraer enfermedades graves como el cáncer o ataques cardíacos. Según los estudios de José Elías, uno de los mayores expertos españoles en la materia, un minuto de risa

diario equivale a 45 minutos de relajación: “Reírse incrementa la autoestima y la confianza en personas deprimidas, supone un refuerzo inmunológico, corta los pensamientos negativos (ya que no podemos reír y pensar al mismo tiempo), elimina el miedo y ayuda a minimizar los problemas”. Se sabe por ejemplo que la risa es la mejor arma para los esquimales. En sustitución de los duelos con armas, los moradores de Groenlandia prefieren los duelos de ridículo; ante la tribu, los dos contendientes, frente a frente, se insultan y ridiculizan; las carcajadas de los asistentes señalan al vencedor.

Otros expertos afirman que reírse tres veces al día es suficiente siempre y cuando sea por más de un minuto cada una. El psiquiatra William Fry, quien ha estudiado los efectos de la risa por más de 25 años, asegura que tres minutos de risa intensa equivale para la salud cerca de diez minutos de remar enérgicamente. Pero ¿qué es lo que provoca risa? Para Jáuregui, son cuatro las teorías más conocidas:

- Superioridad – Thomas Hobbes, sostuvo que la risa es el resultado directo de la percepción de que otra persona es inferior a uno mismo. Por ejemplo, un amigo se choca contra un poste de luz, un músico falla una nota o un actor cómico hace el papel de tonto e incompetente.
- Incongruidad – según Kant y Schopenhauer, la risa se dispara cuando el sujeto percibe dos elementos contrarios o incompatibles que por algún motivo aparecen unidos como en el típico chiste de doble sentido o los contrastes de lo absurdo.
- Catarsis – sostenida por Herbert Spencer y Sigmund Freud entre otros, es que la risa libera alguna tensión o sentimiento acumulado, como parece suceder con los chistes verdes o agresivos, con la risa nerviosa y con las jocosas peleas y persecuciones de los niños.
- Play – en los últimos años defendida por Michael Mulkay, quien considera que cualquier cosa puede volverse graciosa con sólo tomársela a broma, como algo no serio.

La Risoterapia es una técnica con metodología eficaz que por diferentes estudios se ha comprobado ser útil como auxiliar en el tratamiento de enfermedades, nos ayuda, por medio de la risa, a eliminar bloqueos emocionales y físicos. Un ejemplo de esta terapia

se da en los cambios que se producen a nivel del corazón ya que éste se ejercita cada vez que el ritmo cardíaco y la presión arterial aumentan durante la risa para volver a descender de nuevo porque nuestra agitada respiración crea un vigoroso intercambio de aire en los pulmones y constituye un saludable ejercicio para el sistema respiratorio. Además estimula nuestros sentidos pues después de una sesión de Risoterapia nos sentiremos amorosos, tiernos, llenos de energía vital, etc. Es un hecho científico que la risa en forma de carcajada, sin ningún esfuerzo reduce el envejecimiento, elimina tensiones, estrés y ansiedad, combate la depresión, disminuye trastornos respiratorios, de insomnio, reduce el colesterol, y muchas alteraciones.

2.3. Definición

La Risoterapia o Geloterapia (del griego gelos=reír), que consiste en reír de una manera natural, sana y que salga del vientre de un modo simple como en los niños. Para ello se utilizan técnicas (el juego, la danza, masajes, ejercicios de respiración) que ayudan a liberar las tensiones del cuerpo y así poder llegar a la carcajada. Eso sí, para que la risa sea efectiva y se pueda gozar de sus innumerables beneficios, la carcajada debe ser franca y sincera.

En un intento de aportar una definición apropiada, la medicina de la Risa, clasificable dentro de las medicinas alternativas o complementarias, podría definirse como “estudio y utilización de la experiencia vivencial de la risa, controlada por un terapeuta calificado, en un proceso sistemático destinado a facilitar y promover determinados objetivos terapéuticos relevantes, a fin de asistir a las necesidades de un solo paciente o grupo”. (Campos R., 2015, recuperado de cybertesis.unmsm.edu.pe/)

Otra definición posible y válida, más concisa y similar, sería la siguiente: “ciencia y técnica auxiliar que, junto con otras técnicas terapéuticas, ayuda a la recuperación del paciente o previene futuros trastornos físicos o psíquicos”.

Y el concepto de Risoterapia sería el conjunto de técnicas e intervenciones terapéuticas (aplicables a una persona o grupo) que conduzcan a un estado/sentimiento controlado

de desinhibición para conseguir experimentar la risa que se traduzca en determinados beneficios para la salud. En otras palabras, la Risoterapia supone la puesta en práctica de la medicina de la risa en condiciones reales. (Campos R., 2015, recuperado de cybertesis.unmsm.edu.pe/)

Finalmente se conoce como Risoterapia a una estrategia o técnica psicoterapéutica tendiente a producir beneficios mentales y emocionales por medio de la risa. No puede considerarse una terapia, ya que no cura por sí misma enfermedades, pero en ciertos casos logra sinergias positivas con las curas practicadas. Se trata en general que las sesiones de Risoterapia se practiquen en grupo aprovechando el contagio de persona a persona, ya que reír en grupo no es lo mismo que hacerlo solos, de esta forma el efecto grupal estimula a los que normalmente no reírían.

2.4. Principios o Base Teórica

Una sesión de Risoterapia consta de las siguientes partes fundamentales que interactúan entre ellas constantemente;

a. Parte Teórica

Se explica la historia de la Risoterapia. Se fundamenta la base científica y filosófica de esta forma de terapia. Se exponen brevemente los efectos de los ejercicios que se van a realizar, en los niveles físico y psicológico. Se dan herramientas e ideas para llevar el Bienestar al día a día de nuestras vidas.

b. Parte Practica

Consta de; juegos, la danza, la expresión corporal, los ejercicios de relajación, los masajes, la psicomotricidad, dinámicas de la risa, psicodrama, la canción... Se experimenta mucho en el mundo de los sentidos.

c. Parte Reflexiva

Se crea un espacio en el que paramos, nos escuchamos y nos damos cuenta de los cambios en nuestro cuerpo y mente después de una sesión de Risoterapia. Nos hacemos conscientes de aquella teoría y aquellas técnicas que nos han ayudado durante esa sesión a sentirnos bien y contentos.

Nuestro organismo funciona a tres niveles; bioquímico, fisiológico y psicológico. Estos niveles se influyen entre sí de tal manera que lo fisiológico y lo químico afectan a lo psicológico y, al contrario, lo conductual afecta igualmente a los otros niveles de actividad. La risa tiene una función biológica que es la de ayudar a mantener el bienestar físico y mental. Por eso las personas que ríen habitualmente tienden a estar sanas, pues la carcajada desencadena todo un proceso psicológico, neurológico y fisiológico cuyos efectos inciden sobre la resistencia del sistema inmune.

La Risoterapia es un conjunto de técnicas que favorecen la risa franca y sincera, ya que tiene unos efectos muy positivos en la salud de las personas tanto física como mental. Mediante estas dinámicas se pretende recuperar nuestro niño interior y la capacidad de juego y diversión que tenemos todos. Este hecho aporta una mayor satisfacción a nuestra vida cotidiana y una sensación de bienestar. Estas técnicas son: el juego, la danza, la expresión corporal, ejercicios de respiración, masajes, dinámicas de la risa, la canción, reflexiones sobre el sentido del humor, ...etc. (Fundación San Vicente de Paul, recuperado de www.documentacion.edex.es/docs/1706plaris.pdf)

Se trata de crear un ambiente positivo en el que todos damos y todos recibimos. Concienciarse del valor de la risa en la vida diaria y reflexionar de la importancia de gozar con la vida cotidiana. Nos ayudan a recuperar nuestra parte de inocencia y frescura. También con estas técnicas conseguiremos reír de manera natural, que salga del corazón, del vientre, de un modo simple como los niños. Cuando entrenamos la risa, el diafragma se va acostumbrando a reír, se relaja con mayor facilidad.

En Risoterapia, a semejanza de otras terapias establecidas, existirían dos métodos generales básicos para aplicar las distintas intervenciones: **los métodos pasivos o**

receptivos y los métodos activos o creativos.

Cuando la terapia es **activa**, las experiencias tienen lugar dentro y a través de los esfuerzos del paciente o participante para actuar, ensayar, improvisar, crear, apreciar o facilitar la risa, bien sea a solas o en grupo. Estaría dirigida a aquellos pacientes o participantes que tienen posibilidades de movilidad y de participación directa en la actividad y en la experiencia de reír. En cuanto a los resultados, puede proveer directamente beneficios como estímulo principal de cambio, o bien lleva a un proceso de respuesta, o bien desencadena un proceso terapéutico de cambio.

Cuando la terapia es **receptiva**, las experiencias tienen lugar principalmente como resultado de la visión o escucha del paciente o participante, entrando en ella, o recibiendo la risa. En este caso, la risa actúa o bien directamente como estímulo externo que facilita respuestas terapéuticas inmediatas o bien estimulando un proceso terapéutico para que se dé un cambio. Estaría indicada en aquellos casos donde la participación activa en la risa esté limitada o comprometida. Es también muy frecuente o habitual encontrar intervenciones en las que se ofrece la combinación de dos métodos. Para ambos será esencial tener en consideración tanto la recolección de datos sobre los pacientes o participantes.

2.5. Fisiología de la Risa

La fisiología de la Risa se divide en:

a. Fisiología “externa” o “visible”

El 1º de junio de 1900, el Dr. Dearborn, en un artículo publicado en una revista científica de la época, describió de manera exhaustiva la complejidad de la fisiología de la risa. Dice así: “En la risa y en mayor o menor grado en la sonrisa, se producen espasmos clónicos del diafragma en un número aproximado de dieciocho y la contracción de la mayor parte de los músculos del rostro se estiran hacia arriba y el lado superior de la boca. Se eleva el parpado superior y también, hasta cierto punto, las cejas, mientras se arrugan de modo característico los rabillos de los ojos. Las ventanas de la nariz se dilatan moderadamente y se elevan, la lengua se extiende

ligeramente y las mejillas se distienden y se elevan un poco. En las personas que tienen muy desarrollados los músculos de los pabellones de las orejas, tienden a adelantarse. La mandíbula inferior vibra o se retira un poco (sin duda para dar todo el aire posible a los pulmones distendidos) y la cabeza se hecha hacia atrás cuando la risa es extrema. El tronco se estira e incluso comienza a inclinarse hacia atrás, lo cual es a menudo. Se dilata todo el sistema vascular arterial, con el consiguiente rubor por el efecto de los capilares dermales del rostro y cuello, en ocasiones del pericráneo y las manos. Por ésta misma causa, los ojos suelen adelantarse y se activa la glándula lacrimógena, ordinariamente hasta un grado que produce un brillo en los ojos, pero a veces hasta tal punto que las lágrimas fluyen por los canales adecuados.

Si nos remitimos a los músculos faciales, se pueden contar cuatro músculos que intervienen decididamente para manifestar la sonrisa y la risa:

- Buccinador: Músculo profundo bilateral, plano, en la mejilla, tracciona hacia atrás la comisura de los labios.
- Cigomático Mayor: Superficial y bilateral, triangular, en la mejilla, eleva y abduce (abre) la comisura bucal.
- Cigomático Menor: Superficial y bilateral, acintado y pequeño, elevador del labio superior.
- Risorio de Sartorini: Bilateral y el más superficial, pequeño, delgado y triangular, auxiliar del buccinador.

Todos ellos inervados por el par craneal llamado Facial; claro que cuando aparece la carcajada, la intervención de músculos comienza a incrementarse notablemente: superciliares, elevadores de las narinas, los de los pabellones de las orejas, orbiculares de los párpados, maseteros, casi todos los de la laringe, las cuerdas vocales, los esternocleidomastoideos, los trapecios, el músculo cardíaco, el diafragma, los dorsales, los intercostales, los abdominales, etc. En fin, pensamos que deben intervenir, en mayor o en menor grado, la gran mayoría de los músculos del cuerpo.

b. Fisiología “interna”

Ante la brusca toma de conciencia de lo que se nos ocurre como algo risueño, los músculos especialmente involucrados en la risa reciben la orden neurológica de moverse para reír; ésta misma orden recorre las neuronas en busca de una estructura de referencia donde situar la escena cómica, humorística o risueña en el cerebro, pero generalmente no se la puede situar coherentemente y esa incoherencia provoca más necesidad de reír; el diafragma se sacude vigorosamente lo cual estimula y a la vez dificulta la necesidad de los pulmones de acceder al ingreso de más aire por la orden recibida desde los centros respiratorios bulbares (por eso aparecen pequeños ahogos al reír) y también presiona al corazón, haciéndolo bombear más sangre (nos ponemos “colorados”).

Este movimiento muscular genera estímulos eléctricos que viajan por los nervios sensitivos hacia el sistema límbico, en el interior del cerebro, produciendo la liberación de hormonas. La principal de estas hormonas liberadas son las endorfinas, se contactan con células inmunocompetentes, sobre todo en el timo y se estimula la liberación de linfocito T, además de incrementar notablemente la inmunoglobulina A salival y los interferones. Simultáneamente, las endorfinas ejercen un efecto analgésico en órganos, músculos y articulaciones y un efecto sedante en la esfera linfática por lo cual se produce una sensación de bienestar y relajación generalizada, lo que va obligando a que cese la risa. Esto sirve también como explicación de porqué en un cierto momento se “termina” la risa.

c. Fisiología “anímica” o “espiritual”

Ante la enorme actividad de nuestro cuerpo físico al reír, nuestro cuerpo astral, desembarazado momentáneamente de sus tensiones y emociones, se libera y deja estallar la alegría de vivir. En el aura se intensifican los colores que la componen; al cabo de un instante, de tanto recibir los impactos regenerativos del júbilo del cuerpo astral, el cuerpo mental libera energías positivas ancestrales de nuestro subconsciente, que aumentan el placer de reír. Finalmente, el estado mental se conecta con nuestro

consciente y volvemos a “sentir” el cuerpo físico, volvemos a nuestra condición actual, que habíamos olvidado por unos segundos, durante la risa.

2.6. Beneficios de la Risoterapia

Un estudio realizado por La Universidad de California en Irvine demostró que los pacientes que veían un video de humor durante una hora producían menos hormonas del estrés, lo que al mismo tiempo fortalecía las capacidades de sus sistemas inmunológicos, lo que apoya la teoría de que el humor alivia la tensión nerviosa, la diferencia es considerable tomando en cuenta que la risa provoca respuestas fisiológicas beneficiosas en nuestro cuerpo, como la liberación de hormonas endorfinas (analgésico natural de nuestro organismo y la reducción del cortisol que deprime nuestro sistema inmunológico. En tal sentido, quienes ríen poco o tienen poco sentido del humor son propensos a contraer enfermedades graves como el cáncer o ataques cardíacos. Según los estudios de José Elías, uno de los mayores expertos españoles en la materia, un minuto de risa diario equivale a 45 minutos de relajación: «Reírse incrementa la autoestima y la confianza en personas deprimidas, supone un refuerzo inmunológico, corta los pensamientos negativos (ya que no podemos reír y pensar al mismo tiempo) elimina el miedo y ayuda a minimizar los problemas. Según varios autores los efectos de la risa que se producen en el organismo son múltiples y se utilizan para superar tanto problemas físicos, psicológicos como sociales, siendo estos:

a) Beneficios Físicos

Entre los cuales podemos mencionar:

- **Ejercicio:** Con cada carcajada se pone en marcha cerca de 400 músculos, incluidos 15 de la cara y algunos del tórax, abdomen y estómago, los que sólo se pueden ejercitar con la risa, la cual también ayuda a adelgazar reactivando el sistema linfático. En esos momentos y debido a la intensidad del ejercicio, cada grupo muscular se estimula como lo haría una sesión de gimnasia; en tal sentido, cinco minutos de risa equivalen a 45 minutos de ejercicio aeróbico. Incluso algunas personas logran mover los brazos y las piernas mientras ríen.

- **Masaje:** La columna vertebral y cervical, donde por lo general se acumulan tensiones, se estiran. Además, se estimula el bazo y se elimina las toxinas. Con este movimiento el diafragma origina un masaje interno que facilita la digestión al hacer vibrar al hígado y ayuda a reducir los ácidos grasos y las sustancias tóxicas; también evita el estreñimiento y mejora la eliminación de la bilis.
- **Limpieza:** Se lubrican y limpian los ojos con lágrimas. La carcajada hace vibrar la cabeza y se despeja la nariz y el oído. Además, se consigue limpiar las paredes arteriales de pequeños cúmulos de colesterol.
- **Oxigenación:** Entra el doble de aire en los pulmones, lo que mejora la respiración y aumenta la oxigenación de los tejidos al mover 12 litros de aire en lugar de 6, que es lo habitual. La rapidez con que el aire vaciado sale de los pulmones se multiplica, permitiendo la entrada de aire oxigenado, a mayor velocidad.
- **Analgésico:** Se segregan endorfinas, una especie de morfina segregadas por el cerebro, con altos poderes analgésicos y que por lo tanto, mitigan el dolor; adrenalina, un componente que en buena medida potencia la creatividad y la imaginación. La risa, además libera dopamina y serotonina. Por eso, cinco o seis minutos de risa continua, actúan como un analgésico.
- **Rejuvenecedor:** Al estirar y estimular los músculos de la cara; tiene además, un efecto tonificante y anti arrugas, retrasando el envejecimiento cutáneo.
- **Sistema circulatorio:** Es capaz de incrementar la velocidad de la sangre, además de aumentar levemente la tensión arterial. Esto consigue limpiar las paredes arteriales de pequeños cúmulos de colesterol. El corazón también aumenta su frecuencia y es capaz de bombear cada minuto entre 140 y hasta 210 mililitros de sangre, cuando lo normal son de 70 ml/cm³.
- **Previene el Infarto:** Dado que el masaje interno que producen los espasmos del diafragma, alcanza también a los pulmones y al corazón, fortaleciéndolos.

- **Sueño:** Las carcajadas generan una sana fatiga que elimina el insomnio y ayuda a reducir el ronquido.
- **Calorías:** Por la liberación de adrenalina, se produce una pérdida de calorías.

b. Beneficios Psicológicos

Entre los cuales mencionamos:

- Proceso de regresión; es decir, un retroceso a un nivel anterior de funcionamiento mental o emocional generalmente como un mecanismo para aliviar una realidad que se percibe como dolorosa y negativa.
- Mecanismo de Expresión; ya que a través de la risa las personas exteriorizan emociones y sentimientos. A veces, es percibida como una energía que urge por ser liberada, sobre todo cuando necesitamos reír y la situación social no lo permite.
- Contrapartida de emociones negativas; a pesar de la frecuente asociación entre risa y el llanto; la primera se muestra como lo opuesto a ciertos estados emocionalmente muy negativos como la cólera, el deseo de venganza, etc.
- Elimina el estrés; se producen ciertas hormonas que elevan el tono vital y nos hace sentir más despiertos al contrarrestar las migrañas, enfermedades cutáneas, hipertensión arterial, depresión, problemas de corazón, cáncer, úlceras, alopecia, reumatismos, anorexia, bulimia y diarreas.
- Alivia la depresión; porque es más receptivo y se ve el lado positivo de las cosas.
- Mejora la autoestima.

c. Beneficios Sociales

Entre los beneficios sociales tenemos que: mejora las relaciones interpersonales mediante el poder comunicativo del humor, lo cual facilita desarrollar un carácter contagioso; así también, facilita situaciones socialmente incómodas y es la mejor forma de romper el hielo.

Según Belilty, dependiendo de las vocales que uno utilice para reírse, se estimulan diferentes partes del cuerpo. Así se tiene que:

- JA JA JA: es el tipo de risa con la que se relaja el plexo solar hacia arriba, en el lugar donde se unen las costillas y la parte superior de los pulmones. Relaja la parte superior del tronco, al proyectar la risa con la JA durante un tiempo definido y se puede observar una relajación en esta parte del cuerpo.
- JE JE JE: es el ideal para las personas que utilizan la voz para trabajar como locutores, actores, cantantes y profesores, porque relaja toda la parte del cuello.
- JI JI JI: es una risa fea y es utilizada típicamente por las “brujas”. Esta vocal estimula la circulación de la sangre del cuello hacia la cabeza, la creatividad y la intuición.
- JO JO JO: la utilizan los que se ríen como Papá Noel, relajando los músculos que se concentran del plexo solar hacia arriba, la parte inferior de los pulmones y de la espalda.
- JU JU JU: una de las más importantes ya que estimula las hormonas y los órganos sexuales. Impacta directamente en los genitales de hombres y mujeres, además nos conecta con la creatividad y prosperidad.

2.7. Sistema Inmunológico y la Risa (Psiconeuroinmunología)

Por el año 1975 estudiando las causas de la artritis reumatoidea, enfermedad considerada psicosomática y autoinmune el psiquiatra George Solomon junto con el inmunólogo Alfred Amkraut, empezaron a buscar las claves que podrían relacionar a la mente (la psiquis) con el sistema inmunológico. Como resultado de numerosas y determinantes experiencias con ratas a las que se les producía estrés, Solomon propuso que a esta disciplina se la llamara Psicoimmunología.

En la actualidad, se tiene certeza científica acerca de la influencia del humor sobre la salud. De ello se ocupa una rama bastante nueva de la medicina llamada Psiconeuroinmunología, la cual abarca el estudio de la autorregulación psicofisiológica y de la manera en que las emociones influyen en el sistema inmunológico de las personas. Para el psiconeuroinmunólogo, lo importante es el estudio de los mecanismos de interacción y comunicación entre la mente y el sistema nervioso, inmunológico y endocrino, responsables de mantener el organismo en equilibrio. Esta comunicación se desarrolla a través de procesos y sustancias químicas

producidas por esos mismos sistemas, como las hormonas, los neurotransmisores y las citoquinas. Según hallazgos científicos, los eventos estresantes procesados a través del sistema de creencias, propio de cada individuo, pueden generar sentimientos negativos como: cólera, rabia, depresión y desesperanza. Estas actitudes y emociones activan mecanismos bioquímicos a nivel del hipotálamo, hipófisis y glándulas suprarrenales, que llevan a disminuir la respuesta inmunológica del organismo, favoreciendo la aparición de las enfermedades, actitudes y creencias, pueden influir tan directamente sobre el sistema inmunológico, debe ser posible entonces influir en ese sistema modificando las creencias y emociones negativas.

2.8. Psicobiología relacionado a las emociones

La salud depende del equilibrio entre dos sistemas, el simpático y el parasimpático, segregador este último de endorfinas, sustancias relacionadas con la alegría y la felicidad, existiendo un claro predominio del sistema simpático sobre el sistema parasimpático porque en la vida diaria existen muchos condicionantes que generan estrés, miedo e inseguridad, teniendo como consecuencia inmediata una baja del sistema inmunológico.

¿Qué hacer entonces para equilibrar ambos sistemas? Pues, por ejemplo, relajar de vez en cuando los ojos, mirar tranquilamente un paisaje, el mar o el cielo, reproducir mentalmente algún dibujo geométrico sencillo, pensar en alguien a quien queremos o recordar situaciones de felicidad. El cerebro no es capaz de distinguir entre realidad y fantasía. De hecho, la respuesta es la misma tanto si vemos un helado como si lo imaginamos, ya que de igual forma producimos saliva; donde quiera que va un pensamiento, un proceso químico le acompaña, nos dicen los descubrimientos sobre la relación entre mente y cuerpo; las emociones y los sentimientos que generamos suponen un auténtico alimento reparador tanto para la mente como para el cuerpo.

2.9. El poder de la Risa

Desde hace unos años se habla mucho del poder curativo de la risa. Especialmente, desde que se comprobó en experimentos realizados en hospitales, la risa ayuda a

recuperar la salud de los enfermos, produce cambios en la química del cuerpo, modifica la frecuencia de las ondas cerebrales, activa áreas dormidas del cerebro y produce conexiones entre éste y el corazón creando estados de armonía interior. En filosofía Zen también consideran la risa como: “Una de las medicinas más penetrantes con que la naturaleza ha provisto al hombre” en tanto “Es capaz de hacer surgir del interior energías curativas muy potentes”. De hecho, es imposible reír y pensar a la vez: si la risa es auténtica, la mente desaparece.

El conocido maestro espiritual Osho recomienda reír antes de despertar, porque eso generará una inercia que se mantendrá a lo largo del día. De hecho, hoy la psicología nos dice que, lo que se graba en nuestro cerebro en los primeros momentos apenas nos hemos despertado permanece durante todo el día y se crean sincronicidades curiosas, coincidencias significativas o, cuando menos, una cadena de acontecimientos de signo positivo puesto que una cosa conduce a la otra y la risa traerá más risa y los pensamientos positivos traerá más pensamientos positivos; por el contrario, aquellos que se levantan de mal humor, quejándose, pesimistas, deprimidos, tristes o agresivos mantendrán su estado de ánimo en esa línea durante el resto de la jornada.

a. La Risa y la Salud

El sentido del humor de los pacientes, es algo que los médicos valoran, aunque sea a nivel inconsciente. Sin embargo, debido a que resulta algo obvio el papel que juega el humor en la salud, no se suele discutir de forma explícita en ninguna Facultad de Medicina y no existe ningún tipo de registro sanitario acerca de si el sentido del humor de los pacientes es normal o no. Como si existiese un cierto rechazo a aceptar aquello que no es medible con los sofisticados aparatos de que disponen algunos de los hospitales.

Lo cierto es que cuando alguien nos sonrío, incluso si es un desconocido y le devolvemos la sonrisa nos sentimos mejor, cambia nuestra actitud y nos invade la sensación de que todo va bien. Incluso en los experimentos que se han hecho sobre la sensibilidad de las plantas en relación con los estados anímicos de las personas con las que conviven, se constató que percibían lo que sucedía a su alrededor y reaccionaban positivamente (mayor crecimiento y lozanía) ante los ambientes de optimismo y

alegría; mientras, también se contagiaban de la tristeza, el odio o la agresividad que sentían de los que les rodeaban. Igualmente reaccionan los animales, dando muestras bien de alegría, bien de recelo y huida según el tipo de estímulos que perciben.

En los seres humanos, sonreír está íntimamente ligado a la capacidad de dar y recibir. Eso produce un intercambio de energías muy saludable que se traduce en una vida más feliz. Los taoístas de la antigua China, por ejemplo, hacían ejercicios de meditación para practicar la sonrisa interior; con ello conseguían aumentar su salud física y mental. El asunto consistía en ir sonriendo a sus órganos internos y lo hacían en cuatro tiempos: inspirar (relajarse), espirar (sonreír), inspirar (sentirse vivo), espirar (disfrutar del momento: la vida es maravillosa). Y es que consideraban que la sonrisa que estaba dirigida a uno mismo garantizaba la salud, la felicidad, la longevidad y en definitiva, se traducía en vivir en armonía consigo mismo y con el entorno.

b. La Risa y la Comunicación

A lo largo de nuestra vida nos vamos formando una personalidad externa, que es la que nos sirve para relacionarnos con el exterior aunque eso en muchas ocasiones tenga poco que ver con lo que realmente somos. Sin embargo, los convencionalismos, el miedo al dolor, la necesidad de adaptarnos a un determinado ambiente, la falta de libertad, la necesidad de mostrar una imagen que sea aceptada por los demás, etc., nos ha hecho adquirir una serie de escudos que aparentemente nos protegen pero, que al mismo tiempo, nos alejan de los demás.

Así, en muchos momentos del día en realidad estamos representando un papel como si la vida se tratara de una obra de teatro. Sin darnos cuenta, tendemos cada vez más a dramatizar cosas insignificantes que se convierten en problemas insolubles que nos mantienen prisioneros de una realidad objetiva que solo lo es para nosotros. No obstante, cuando miramos hacia atrás vemos que nuestro pasado está salpicado de problemas que, actuando como estímulo, nos han hecho crecer y recordarnos que quizá en esos momentos alguien a nuestro lado nos dijo sin que le escucháramos: “Esto también pasará”.

Pues bien, si se aplica la risa a esas situaciones, exagerando el problema hasta el límite,

desmenuzándolo y dramatizándolo con sentido del humor hasta convertirlo en algo ridículo que provoque la risa, se consiguen eliminar los miedos y encontrar la actitud correcta para hallar la solución más idónea.

En este sentido, existen grupos de terapia de la risa que intentan, en un ambiente de respeto y confianza, ayudar a esa “teatralización” de los conflictos con técnicas de psicodrama. Los componentes del grupo utilizan el juego, las bromas, las cosquillas o cualquier cosa que active el sentido del humor para que la persona se distancie del problema supere el miedo a enfrentarse a él, aprenda a reírse de sí misma, a juzgarse con cariño y en definitiva, a soltar tensiones en lugar de reprimirlas.

La risa es un maravilloso mecanismo de comunicación entre los seres humanos. Las personas que han compartido situaciones de humor, que se han reído juntas, se sienten más cercanas, más libres, capaces de saltar los límites de los convencionalismos sociales, creándose unos canales de comunicación difíciles de conseguir de otro modo. Según se desprende de las mediciones realizadas por medio de los electroencefalogramas, las ondas cerebrales del grupo se sincronizan y se produce una armonización natural en los procesos mentales. No hay barreras o límites que la risa no sea capaz de traspasar.

2.10. Programa de la Risoterapia

La OMS recomienda a los enfermeros sobre la necesidad de utilizar los “Métodos Tradicionales y Complementarios” para conseguir mejorar la salud de la población, esto hace que la Risoterapia sea una alternativa como instrumento opcional de cuidados. Reírse es una función biológica necesaria para mantener el bienestar tanto físico como mental. El principio básico de la Risoterapia reside en estimular la producción de distintas hormonas que genera el propio organismo con ejercicios y juegos grupales. Cada sesión de Risoterapia consiste en:

a. Teoría

Se repasa todo lo referente a la risa en diferentes culturas, beneficios, investigaciones y la fisiología de la risa.

b. Ejercicios

El movimiento desbloquea el cuerpo y éste se relaja, por esto se hace unos ejercicios de respiración y relajación, para reír de la mejor forma y con la máxima facilidad.

c. Comunicación

Ejercicios de comunicación con el fin de desinhibirse y crear complicidad entre los asistentes.

d. Técnica

Se trata de practicar diversas técnicas con el fin de buscar la diversión y la vuelta a la infancia, para lograr la mejor risa, la más saludable, esa que proporciona una carcajada intensa y pura.

2.11. Aplicaciones de la Risoterapia

A diferencia de otras terapias más comprometidas o de elevado coste, el uso de la risa puede ser implementado fácilmente y resultar coste-efectivo en la atención sanitaria. Para ofrecer a los pacientes los beneficios de la risa, los profesionales de la salud deberían romper con las barreras de la medicina convencional, recuperar su propia risa y aprender las técnicas para facilitar la risa a sus pacientes. La Risa merece un lugar en la práctica médica y en el día a día. En el ámbito clínico, la Risoterapia puede utilizarse con orientación preventiva o como opción terapéutica complementaria o alternativa de otras terapias establecidas. En la trayectoria hacia su aplicabilidad, la Risoterapia se enfrenta con una gran amenaza, común a otras disciplinas complementarias o alternativas en medicina: apartarse de la evidencia científica. En consecuencia, para apoyar la integración de la Risoterapia en la medicina convencional, es necesario que se incorpore en la formación de los futuros profesionales y en el entrenamiento de los actuales, se apoye su investigación clínica y sea de interés comunitario para obtener los recursos necesarios, tanto de entidades

públicas como privadas.

2.12. Tipos de Intervención Terapéutica y Metodológica

Una intervención se puede enfocar en aspectos físicos, emocionales, mentales, conductuales, sociales o espirituales de la experiencia del paciente o participante. A continuación se describen los tipos de intervenciones más habituales en Risoterapia, también comunes a otras terapias complementarias o alternativas.

Conexión: La risa aporta una oportunidad para asociar o relacionar experiencias variadas del mundo interno y externo. Puede implicar hacer conexiones entre sensaciones corporales, sentimientos, emociones, imágenes, recuerdos, pensamientos, actitudes, creencias, comportamientos, personas acontecimientos, entornos, situaciones, entre otras.

Expresión: La risa da la oportunidad de compartir o intercambiar ideas o sentimientos con otra persona. Los medios pueden ser materiales, verbales, no verbales, musicales, entre otros.

Interacción: La risa aporta la ocasión de actuar sobre el entorno de manera simultánea y recíproca. Los medios pueden ser materiales, verbales, no verbales, musicales, entre otros.

Exploración: La risa aporta una oportunidad para investigar problemas, descubrir recursos, evaluar alternativas o elegir soluciones. Puede involucrar tareas, actividades o experiencias de risas verbales o no verbales, musicales, entre otras.

Motivación: La risa incrementa la probabilidad de que el paciente o participante se seduzca, enganche o participe en el proceso terapéutico.

Validación: La risa apoya, alaba, acepta o anima al paciente o participante.

Influencia: La risa afecta directamente o induce cambios en el estado del paciente o

participante. Se incluye cualquier intervención que estimule, calme, dirija, guíe, sugiera, manipule, persuada, estructure o refuerce respuestas específicas del paciente o participante.

Empatía: La risa del paciente o participante coincide, sincroniza o se refleja con el terapeuta.

Reajuste: Pretende llenar las necesidades físicas, mentales, conductuales, sociales o espirituales, bien a través de risa o por medio de interacciones verbales o no verbales con otros.

2.13. El uso de la Risa y el Humor en Psicoterapia

El humor y la risa son fenómenos propiamente humanos que caracterizan la vida de relación. Si bien ambos se encuentran relacionados, podemos conceptualizar al humor como un estado amplio, interno y externo que puede manifestarse conductualmente a través de la risa. La risa puede entenderse como la expresión de movimientos y sonidos congénitos, hasta espasmódicos del rostro, que generalmente son acompañados por el resto del cuerpo y son generados o desencadenan un estado de ánimo alegre. Muchas veces el término humor e ingenio pueden aparecer homologados, aunque según mi parecer el humor es un fenómeno más amplio que el mero ingenio. Existen diferentes tipos de humor, podríamos generalizando pensar en un “humor saludable” y un “humor hiriente”; el primero genera un bienestar, logra un nivel de acercamiento e intimidad con los otros, estimula las funciones fisiológicas y permite descargar tensiones. En cambio el “humor hiriente”, que puede tomar la forma de la ironía o el sarcasmo, genera resentimientos, distancia y puede causar dolor. Se puede entender la relación que existe entre conceptos que habitualmente se los asimila o se los confunde; para aclarar el panorama podemos decir que la risa es la manifestación conductual de un estado interno, por otro lado existe un estado interno o emoción que llamamos alegría, en general suele haber una relación entre ésta y la risa. Y tenemos un tercer elemento que es el ingenio, éste es el componente intelectual. Los tres: risa, alegría e ingenio, son los componentes que podemos englobar bajo el nombre de humor.



Si bien existe una estrecha relación entre la risa, la alegría y el ingenio, no siempre se dan los tres componentes simultáneamente. Podemos encontrar personas que ríen pero que no sienten alegría, ni disfrutan intelectualmente, este es el caso de la risa nerviosa, la epilepsia risible o la risa de los débiles mentales. También encontramos situaciones en las cuales la gente siente alegría como una sensación o estado interior, pero no se refleja o exterioriza mediante la risa. Y por último podemos encontrar personas que logran tener ingenio, pero no ríen ni sienten alegría, este es el caso típico de los pacientes deprimidos, que si bien pueden entender un chiste (ingenio, aspecto intelectual), no se ríen (aspecto conductual), ni los pone alegres (aspecto emocional).

Las investigaciones han encontrado que la risa disminuye el nivel de hormonas secretadas durante la respuesta de estrés. La risa también aumenta la inmunoglobulina A, que es un anticuerpo que ayuda al sistema inmune, en particular contra algunas enfermedades respiratorias (Fry, 1977 y Berk y Tan, 1989). Se descubrió que la risa también aumenta la tolerancia al dolor (Weisenberg, Tepper, y Schwarzwald, 1995). Incrementa el ritmo cardíaco, el pulso y estimula los órganos internos. Luego de reírse las personas perciben cierto bienestar y una distensión muscular.

La American Association for Therapeutic Humor define al humor terapéutico como: “Una intervención que promueve la salud y el bienestar mediante la estimulación, el descubrimiento, la expresión y la apreciación de las incongruencias y situaciones absurdas de la vida. Estas intervenciones pueden ser utilizadas para mejorar la salud o ser usadas como un tratamiento complementario de las enfermedades ya sea para curar o enfrentar dificultades físicas, psíquicas, emocionales, sociales o espirituales”. El humor es considerado una habilidad, por lo tanto se lo puede entrenar mediante la práctica. Como cualquier otra habilidad para su dominio es necesaria su ejercitación y práctica. Existen diferentes tipos de humor, podríamos generalizando pensar en un “humor saludable” y un “humor hiriente”; el primero genera un bienestar, logra un nivel de acercamiento e intimidad con los otros, estimula las funciones fisiológicas y

permite descargar tensiones. En cambio el “humor hiriente”, que puede tomar la forma de la ironía o el sarcasmo, genera resentimiento, distancia, suele causar dolor y malestar. La mayoría de las investigaciones se refieren con especial atención a la risa y no tanto al humor.

En lo que respecta específicamente a la Psicoterapia, el uso del humor puede permitirles a los pacientes manejar sus emociones, ya que una persona puede utilizar la risa y el humor para variar su estado anímico. También ayuda a disminuir el nivel de ansiedad, ya que la risa, luego de haberse experimentado, cumple funciones sedativas y ansiolíticas, que muchos investigadores comparan con los efectos de las relajaciones profundas o la meditación (Fry y Salameh, 1993). Se puede trabajar a través de visualizaciones de contenido cómico y según las investigaciones se obtienen similares resultados a las técnicas de imaginación clásicas (Fry y Salameh 2001).

El humor y la risa permiten tomar cierta perspectiva respecto de las situaciones al evaluarlas de otra manera. A los pacientes en un proceso psicoterapéutico les permite redimensionar sus dificultades y problemas (Eberhart, 1993).

Indicaciones para el buen uso del humor en psicoterapia:

- El humor debe ser usado siempre para facilitar los procesos de curación o mejoría y nunca para interrumpirlos.
- Fomentar la posibilidad de ver el lado gracioso o cómico de una situación.
- Utilizar el humor cuando ya exista un vínculo terapéutico establecido.
- Usar el humor cuando el paciente lo usa con nosotros.
- Estar atento a nuestros propios sentimientos como terapeutas, ya que a veces el humor es utilizado como expresión de hostilidad o enojo, ya sea por nuestra parte o por parte del paciente.
- Tener cuidado con los sentimientos de los pacientes, ya que pueden pensar y sentir que no se los está tomando seriamente.
- Reírse con el paciente y no del paciente.
- Poder tomarse uno mismo con humor y reír junto al paciente de nuestras conductas y creencias.

- Evitar el sarcasmo y el uso abusivo del humor.

Obviamente estos consejos deben ser utilizados con cierto criterio clínico sensato, porque el objetivo de una terapia tampoco es contarles chistes a los pacientes o que vengan a reírse a las sesiones.

2.14. Sesión de Risoterapia

Aunque no existe un patrón único y universal, una sesión de Risoterapia está constituida por un mínimo de tres etapas:

a. Apertura y calentamiento: Ubicación en el contexto, exploración del espacio, de los materiales y recursos a utilizar, presentación, preparación (física y mental) y desbloqueo para la risa.

b. Dinámica y desarrollo: Realización de las intervenciones organizadas por el terapeuta en base a los objetivos planteados y a los datos recopilados. Es la fase de la “Experiencia de la risa”.

c. Técnicas y Habilidades Mentales: En esta fase del taller se incluirán habilidades y consejos que ayudaran a los asistentes a afrontar el día a día de una forma optimista.

d. Recuperación, cierre y evaluación: Regreso a la normalidad, pero conservando los beneficios de la fase anterior, y turno o rueda de opiniones para comentar con el terapeuta lo ocurrido en la sesión.

Cada sesión individual de terapia de la risa tendría que asegurar que, a solas o en grupo, se pueda experimentar “risa intensa a carcajadas”, apoyada con prensa abdominal y adecuada impostación, durante un mínimo acumulado por sesión de 3 min. Con esta finalidad, la duración mínima de una sesión individual es de unos 20 min (hasta un máximo recomendable de 3 h), y se debería realizar un mínimo de dos sesiones por semana con una duración total no inferior a las 8 semanas. Transcurridas las primeras 8 semanas recomendadas, deberá evaluarse el resultado del programa, de manera

individualizada (respuesta terapéutica en función de las condiciones iniciales), y la conveniencia de prolongarlo en consecuencia.

3. DEPRESIÓN

3.1. Definición

La palabra depresión proviene del termino latino *depressu* que significa abatimiento. Es un trastorno emocional y afectivo común, la depresión constituye una categoría psicopatológica que puede adoptar la forma: de emoción displacentera que se experimenta cuando algo desagradable nos ha sucedido, de síntoma cuando es inmotivada o excesiva en duración o intensidad, de síndrome depresivo es un conjunto de síntomas y signos caracterizados por el descenso del interés y energía, dificultad de concentración, pesimismo, pérdida de confianza, sentimiento de culpa, desvalorización, tristeza, soledad, pérdida de motivación, retraso motor y fatiga, puede llegar a convertirse en un trastorno psicótico, donde el individuo se queda incapacitado para actuar en forma normal en su vida y de enfermedad una entidad nosológica definida por su etiopatogenia y cursos propios.

Hollon y Beck en 1979, definen a la depresión como el síndrome en el que interactúan diversas modalidades somática, afectiva, conductual y cognitiva. Considerando que las distorsiones cognitivas en el análisis y procesamiento de la información, son la causa principal del desorden a partir del cual se desatan los componentes restantes.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) quien describe a la depresión como una psicosis afectiva en la que el ánimo se muestra marcadamente deprimido por la tristeza e infelicidad, con algún grado de ansiedad. La actividad está por lo general disminuida pero puede haber desasosiego y agitación. Hay una propensión marcada a la recurrencia, que en algunos casos puede presentarse a intervalos regulares. Según W. Zung la depresión es un estado de alteración emocional caracterizado por sensaciones de tristeza, frustración de eventos que representa pérdidas emocionales de diversas índoles. La depresión tiene múltiples repercusiones psicopatológicas, biológicas, sociales, espirituales, laborales, económicas, conyugales, conductuales, sexuales, entre otros.

3.2. Clasificación

3.2.1. Clasificación de la Depresión según CIE-10

Episodios Depresivos: Según el CIE-10, se presentan las siguientes manifestaciones clínicas: pérdida del interés o la capacidad de disfrutar de actividades que solían ser placenteras, pérdida de reactividad emocional, empeoramiento matutino del humor depresivo, presencia objetiva de inhibición o agitación psicomotrices claras, pérdida marcada de peso y apetito, entre otras.

- a. **Episodio Depresivo Leve:** Los síntomas típicos se evidencian por el ánimo depresivo, pérdida de interés y capacidad de disfrutar y aumento de fatiga, al menos dos de estos síntomas deben estar presentes. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas con dificultad para desempeñarse laboralmente y socialmente.
 - **Sin síntomas somáticos:** Se satisfacen totalmente las pautas del episodio depresivo leve y están presentes pocos síntomas somáticos o ninguno
 - **Con síntomas somáticos:** Se satisfacen las pautas de episodio depresivo leve y también están presentes de cuatro a más síntomas.

- b. **Episodio Depresivo Moderado:** El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas, deben estar presentes al menos tres síntomas del episodio depresivo leve. Es probable que sean de grado intenso, aunque esto no es esencial si son muchos los síntomas presentes.
 - **Sin síntomas somáticos:** Satisfacción total de pautas de episodio depresivo moderado y no están presentes síntomas somáticos.
 - **Con síntomas somáticos:** Satisfacción total de las pautas del episodio depresivo moderado y también están presentes cuatro o mas síntomas somáticos, si son menos deben ser de gravedad excepcional.

- c. **Episodio Depresivo Grave sin síntomas Psicóticos:** La persona suele presentar una considerable angustia o agitación, a menos que la inhibición sea una característica marcada. El riesgo de suicidio es

importante en casos graves y los síntomas somáticos están presentes casi siempre durante el episodio. Están presentes los síntomas típicos del episodio depresivo leve y moderado; además por lo menos cuatro de los demás síntomas con mayor intensidad, es probable que no continúen con su actividad laboral, social o doméstica. Tiene una duración de por lo menos dos semanas.

3.2.2. Clasificación de la Depresión según W. Zung

El Dr. W. Zung elaboró un listado de síntomas que considera como características de la depresión, que de acuerdo a la intensidad se daría como:

- a. Depresión Leve:** El síntoma depresivo es indudable pero faltan características como un marcado retardo motor, agitación, intranquilidad y el realizar sus actividades de la vida diaria toma un esfuerzo.
- b. Depresión Moderada:** La persona presenta muchos de los síntomas de la depresión como retardo, agitación, ideas de insuficiencia, ideas y/o planes concretos de suicidio y estos le impiden realizar las actividades de la vida diaria.
- c. Depresión Intensa o grave:** La persona presenta casi todos los síntomas de la depresión, existe un retardo y agitación muy marcada, ideas delirantes, planes o actos suicidas, está prácticamente suprimido y la depresión le impide realizar sus actividades de la vida diaria.

3.3. Epidemiología de la Depresión

La epidemiología en la depresión nos permite conocer su importancia en la población peruana, por su alta morbilidad y prevalencia, y por la existencia de tratamientos efectivos. La dificultad para reconocer los síntomas de la depresión es un problema frecuente y mundialmente compartido. Sólo la depresión mayor (depresión monopolar, depresión endógena, melancolía) comprende 880.000 mujeres (4%) y 440.000 hombres (2%) de la población peruana. Las depresiones son más frecuentes en el sexo femenino esto ha sido atribuido a transmisión genética, fisiología endocrina y a las desventajas psicológicas del papel femenino en nuestra sociedad. En Lima

Metropolitana es de 18,2%, en la sierra peruana de 16,2% y en la Selva de 21,4%.

La depresión en relación a la edad, aunque por lo general no discrimina, es más frecuente su aparición como depresión unipolar en la etapa media de la vida.

Diferentes estudios a lo largo de los años, han estimado una prevalencia de depresión mayor (equivalente al episodio depresivo) en adolescentes, que fluctúa entre 0.4% a 8.3% y una prevalencia de vida entre 15% y 20%. Estudios clínicos y epidemiológicos reportan una mayor prevalencia en adolescentes mujeres que en varones. La presencia de sintomatología depresiva elevada en adolescentes está asociada con morbilidad significativa, incluyendo abuso de sustancias psicoactivas.

3.4. Etiología

La depresión puede ser el resultado de muchas causas entre ellas tenemos:

- a. Causas Biológicas:** Existe un mayor riesgo de padecer de depresión cuando hay una historia familiar de la enfermedad, sin embargo, la depresión grave también puede ocurrir en personas que no tienen ninguna historia familiar de la enfermedad, lo cual indica que hay factores extras que pueden causar la depresión. La influencia genética tiene un papel importante sin embargo también el entorno en el que se forma la persona influye considerablemente. La influencia bioquímica asociada a la bioquímica del cerebro detalla que se ha encontrado que las personas con depresión grave tienen desequilibrios de neurotransmisores tales como la norepinefrina, serotonina y la acetil-colina, por ello en determinados casos de depresión es recomendable la prescripción de medicamentos. Sin embargo, si relacionamos que en las primeras etapas de desarrollo del niño o adolescente el sistema neuroregulatorio no está tan desarrollado al de un adulto, esto también podría indicar la diferencia entre los trastornos depresivos que se presentan en diversas etapas de la vida.
- b. Causas Psicológicas:** Eventos que exceden los recursos personales de afrontamiento como puede ser la muerte de una persona significativa, una enfermedad crónica, problemas interpersonales severos, estrés, dificultades

económicas, mal proceso de divorcio, pobre red de apoyo social, cambios en la estructura familiar posteriormente son riesgosos a desarrollar algún tipo de trastorno depresivo.

- c. **Causas Sociales:** Para los seres humanos los vínculos sociales son muy importantes y en consecuencia se puede ocasionar una depresión al sentir la destrucción de estos; la forma en que se llama a éstas depresiones son las salidas o entradas, en donde, según Calderón las salidas son una defunción de un ser querido, una separación de divorcio, etc. y las entradas son consideradas como el ingreso de una persona al espacio vital o interpersonal del individuo cuando se siente invadido el lugar en donde se relaciona; esto es que ciertos tipos de situación cotidiana están estrechamente relacionados con la enfermedad depresiva.

Estos factores son importantes para que se origine una depresión dentro de los cuales también están implicados otros no menos importantes que puede disparar un trastorno como por ejemplo, refugiarse en las drogas o en el alcohol.

- d. **Neuroendocrinas:** Algunos de los síntomas son síndromes clínicos que sugiere una disfunción hipotalámica. Las investigaciones demostraron que hay anomalías endocrinas en las depresiones más graves.

3.5. Sintomatología de la Depresión

- a. **Psicológicas:** Tristeza, sentimientos de culpa, ansiedad, desvalorización, pérdida de experimentar placeres, falta de concentración y pensamientos suicidas.
- b. **Sociales:** Disminución en el rendimiento escolar, disfunción social y laboral.
- c. **Neurovegetativo:** Agitación, cambios de ánimo, insomnio, retardo psicomotor, entre otros.
- d. **Somáticos:** Dolores estomacales, cambios de peso corporal, pérdida de peso, alteración de la menstruación, sueño profundo y estreñimiento.

3.6. Alteraciones Psicosomáticas más frecuentes de origen depresivo

- a. **Algias:** Principalmente cefaleas intensas y menos intensas, también pueden surgir las algias injustificadas con dolores sordos, continuos, son dolores inverosímiles.
- b. **Trastornos Gastrointestinales:** Se presentan de diversas formas como anorexia, pérdida de peso y adelgazamiento, hiperfagia, bulimia, obesidad; desde el punto de vista médico manifiestan molestias estomacales de tipo dispéptico.
- c. **Trastornos Cardiocirculatorios:** Son más que el reflejo de los trastornos gástricos entre ellos se cita a los dolores precordiales, dolores punzantes, hipertensión e hipotensión.
- d. **Trastornos Genitourinarios:** Son trastornos muy vagos ya que pueden ir relacionados a otra patología, sin embargo en el aspecto sexual se manifiesta impotencia en caso de varones y anorgasmia en las mujeres.
- e. **Trastornos Sensomotores:** La persona puede presentar parestesias en diversas partes del organismo, así mismo también puede presentar acatisia.
- f. **Trastornos Varios:** Mencionaremos a los trastornos de equilibrio, como vértigo, mareos, aparición de fobias, trastornos cutáneos. Los que no se consideran dentro de depresión son el asma bronquial, artritis, eritemas alérgicos, otros.

3.7. Tratamiento de la Depresión

a. Tratamiento Psicofarmacológico

- **IMAO (inhibidores de la monoaminoxidasa):** Constituyen la categoría terapéutica a la que pertenece cierto grupo de fármacos antidepresivos y que actúan bloqueando la acción de la enzima monoaminoxidasa. Fueron los primeros antidepresivos existentes en el mercado. Se emplea en caso que el paciente no presente mejora a los dos meses de administrado los tricíclicos. Para los pacientes que toman IMAO es peligrosa la ingesta de alimentos que contienen niveles elevados de tiramina (que normalmente se encuentra en quesos fermentados, vinos y alcohol en general, y en encurtidos o alimentos en conserva de vinagre). Su alta peligrosidad la colocó en segundo plano en el tratamiento de la depresión.

- **Tricíclicos:** Fueron de los primeros antidepresivos en aparecer. Presentan una elevada eficacia aunque por su potencial de producir efectos secundarios como sedación, sequedad de boca, estreñimiento, temblores, hipotensión, etc. se recomienda iniciarlos a dosis bajas e ir aumentando en función de la tolerancia del paciente y del efecto antidepresivo, hasta conseguir la dosis que equilibre la mayor eficacia posible con los menores efectos secundarios. Se tienden a utilizar en casos graves de depresión; por su perfil sedante, alguno de ellos se indica también en depresión con elevado nivel de ansiedad.
- **ISRS (inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina):** Se trata de fármacos que bloquean la recaptación de un neurotransmisor, la serotonina, son los antidepresivos de elección, usados solamente en pacientes con sobredosis y enfermedad cardíaca.
- **Ansiolíticos e hipnóticos:** Los pacientes con depresión suelen estar ansiosos, por ello se administra benzodiacepinas como bromazepan y diazepam. Dichos fármacos actúan a nivel de los nervios inhibiendo la oxidación de la glucosa en el cerebro.

b. Tratamiento Psicoterapéutico

Por psicoterapia entendemos todos los tratamientos con base científica, llevados a cabo por profesionales entrenados para realizarlos, utilizando técnicas psicológicas de diferente índole basándose fundamentalmente en la curación a través de la palabra y la acción; tanto para tratar la sintomatología principal que cada caso presenta, así como también, para tratar otros trastornos o condiciones asociadas a ella.

c. Tipos de Psicoterapia

- **Psicoterapia de Apoyo o Sostén:** La psicoterapia de apoyo intenta ayudar al paciente a lograr el mejor nivel de funcionamiento posible teniendo en cuenta los problemas concretos que le genera la enfermedad en su actividad habitual y en su entorno. Trata de aportar un soporte emocional al paciente y conseguir de él la

mayor colaboración posible con el tratamiento. Se basa en técnicas de explicación de la enfermedad, de adecuación de las expectativas de recuperación con la realidad, de educación para solventar problemas que la enfermedad genera, de desarrollo de sistemas de apoyo al enfermo y de apoyo afectivo del terapeuta hacia el paciente.

- **Psicoterapia Psicoanalítica:** S. Freud desarrollo el fenómeno de la “Cura por el habla”, es decir la denominada psicoterapia verbal donde intenta facilitar la conducta o cambio del paciente por la autorrealización de la misma. La psicoterapia psicoanalítica generalmente requiere de dos a cuatro sesiones por semana, pero no menos de dos sesiones; para explorar los desarrollos transferenciales como para seguir la realidad cambiante de la vida diaria del paciente.
- **Psicoterapia Breve o a Corto Plazo:** La Psicoterapia Breve es una terapia de tiempo limitado y centrada en generar patrones de conducta positivos, promover el desarrollo personal y eliminar síntomas dolorosos del paciente.
- **Psicoterapia Conductual:** Se basa en que los síntomas son respuestas a conductas psicosociales las cuales deben ser removidas por otras conductas adaptativas.
- **Psicoterapia Cognoscitiva:** La terapia cognitiva es una técnica dirigida y bien estructurada que busca corregir aquellos pensamientos alterados por su carga negativa o pesimista que se cree que están en el origen de la depresión, dado que el pensamiento se conecta intensamente con la afectividad y la conducta. Se trataría de localizar estos pensamientos y sustituirlos por otros más reales y positivos.
- **Psicoterapia de Grupo:** Esta modalidad es la que se aplica en el tratamiento de muchos trastornos físicos crónicos como alcoholismo y tiene una duración hasta de un año.
- **Psicoterapia Familiar:** El objetivo terapéutico está centrado en cada uno de los miembros de la familia. La comunicación eficaz entre los miembros logra que se den cuenta de los problemas y su solución.

- **Psicoterapia Ocupacional y Rehabilitación:** Es el conjunto de actividades o trabajos prescritos como tratamiento.

3.8 Depresión en el adulto mayor

La depresión es el trastorno psiquiátrico más frecuente en la vejez. A nivel de los consultorios de médicos generales, aproximadamente uno de cada tres pacientes mayores de 60 años sufren los síntomas de depresión.

La detección temprana en estos síntomas y su tratamiento contribuirá a mejorar el bienestar de los adultos mayores. Así mismo la depresión se refiere a los desórdenes emocionales que se presentan con frecuencia en una persona, tales como angustia, agitación, desesperanza, trastornos del sueño o cambios drásticos del humor.

Algunas de las variables asociadas con la depresión en la tercera edad son: ser mujer, estar separado (a), la viudez, el nivel socioeconómico bajo, insuficiente apoyo social, y cuando ocurren eventos vitales recientes adversos e inesperados. Un factor de riesgo importante es la discapacidad producidas por enfermedades físicas, siendo frecuente la asociación de una patología crónica con una enfermedad depresiva. La depresión es una enfermedad que afecta a los sentimientos, los ritmos vitales, la concentración, la memoria y la psicomotilidad de las personas. Pero debido a que la depresión es una enfermedad común nos podemos encontrar con tratamientos muy efectivos.

Por tanto, si la persona no busca ayuda médica para erradicarla o por lo menos aminorarla, no solo va sufrir sino que no podrá llevar a cabo sus actividades diarias y ocasionara padecimiento en todo su grupo familiar.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

1. TIPOLOGIA Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

En la siguiente investigación buscamos aplicar un programa de Risoterapia en adultos mayores para lograr la disminución de signos de depresión, por lo cual estamos utilizando al tipo de diseño de pre y post test de un solo grupo, de una investigación cuasi-experimental, utilizando para el análisis y fiabilidad de los datos la prueba estadística T de Student. En los diseños cuasi-experimentales la característica principal es la ausencia de aleatorización de los tratamientos y, por lo tanto, la carencia de un control total sobre la situación. Es de Pre y Post, se toma una medida antes de la intervención y otra después. Dentro de esta categoría se está utilizando un solo grupo de cuasi control (DeCharms, 1976).

Los diseños cuasi-experimentales también manipulan deliberadamente, al menos, una variable independiente para observar su efecto con una o más variables dependientes, además no se asignan al azar ni se emparejan, si no que dichos grupos ya están formados antes del experimento (Hernández Sampieri, 2006) La presente

investigación es cuasi-experimental ya que se está tomando como diseño la aplicación de un pre test y pos test en grupo previamente ya formado. Cuyo objetivo es la disminución de los síntomas de depresión con un solo grupo, después de la intervención con el programa para luego hacer su respectiva comparación estadística.

GE 01 X 02

Leyenda:

01=Pre test **X=programa** **02=Pos test**

2. SUJETOS

2.1 POBLACIÓN

La presente investigación está conformado por adultos mayores de ambos sexos, con grados de instrucción primaria (14 personas), secundaria (2 personas), superior (1 persona) y analfabeta (13 personas); con edades que fluctúan entre los 60 y 86 años a más, que acuden al Club del Adulto Mayor “Virgen de Chapí” del Centro de Salud de Mariano Melgar, en el cual están inscritos 50 adultos mayores.

2.2 MUESTRA

La muestra es no probabilística, siendo la elección de los elementos no dependiente de la probabilidad, si no que se relacionan con las características de la investigación, quedando conformada por 30 adultos lo cuales cumplen con los criterios de inclusión definidos.

- **Criterios de inclusión**

- Adultos mayores de ambos sexos (60 años a más).
- Que sean asistentes frecuentes al club del adulto mayor “Virgen de Chapí” de la micro red de Marino Melgar.

- Capacidades mentales suficientes para llevar a cabo el programa de Risoterapia.

- **Criterios de exclusión**

- Adultos mayores que no asistieron con frecuencia al club del adulto mayor.
- Adultos mayores que no desearon participar del programa.

3. MATERIALES E INSTRUMENTOS

Para esta investigación se utilizó el siguiente material.

FICHA TÉCNICA DE LA PRUEBA

I. DATOS GENERALES

Título de la prueba	: “Escala de Autoevaluación de Depresión de Zung”
Autor	: William Zung
Año de publicación	: 1965
Aplicación	: Individual y Colectiva.
Finalidad	: Identificar los niveles de depresión.
Edades de aplicación	: Dirigido a adolescentes y adultos
Tiempo de aplicación	: Generalmente menos de 5 min.
Aspectos que evalúa	: Intensidad de la depresión.

II. DESCRIPCIÓN DE LA PRUEBA

La escala para la auto-medición de la depresión (EAMD) destinada a medir cuantitativamente la depresión, se publicó por primera vez en 1965, en una serie de informes sobre pacientes deprimidos y con otros desordenes emocionales. La escala para medir la depresión comprende una lista de 20 ítems (ver anexos). Cada ítem se refiere a una característica específica y común de la depresión. Los 20 temas esbozan de manera comprensiva los síntomas ampliamente conocidos como desordenes depresivos los cuales están organizados como AFECTIVOS, FISIOLÓGICO Y PSICOLÓGICO. Los párrafos están divididos en 4 columnas encabezadas por: MUY

POCAS VECES, ALGUNAS VECES, MUCHAS VECES Y CASI SIEMPRE.

En la confección de la EAMD se han tomado ciertas precauciones necesarias a la confección de test psicológicos. Al paciente le es imposible falsificar tendencias en sus respuestas, porque la mitad de los ítems están escritos como síntomas positivos y la otra mitad como negativos. Por ejemplo, la primera afirmación: me siento triste y decaído, es positiva; la segunda: por las mañanas me siento mejor, es una declaración negativa, porque refleja lo opuesto a lo que siente la mayoría de los pacientes deprimidos, que suelen sentirse peor en las mañanas. Los párrafos de la EAMD están escritos en el lenguaje cotidiano de los pacientes deprimidos. Aunque son las palabras de los pacientes, el significado que se entiende las identifica exactamente con un sistema aceptado de la depresión.

La depresión ocurre como enfermedad y también como síntoma de otras enfermedades, sean somáticas o psíquicas. La EAMD no pretende diferenciar la depresión como enfermedad, de la depresión como síntoma. Más bien, sirve para medir cuantitativamente la intensidad de la depresión, sin hacer caso al diagnóstico. Puntuaciones altas, por lo tanto no diagnostican en sí, sino que indican la presencia de síntomas que pueden tener significación clínica.

Síntomas de los desórdenes depresivos	Ítems de la EAMD	Nº del ítem
I. Afectivos persistentes		
Deprimido, triste, melancólico	Me siento triste y deprimido.	1
Accesos de llanto	Frecuentemente tengo ganas de llorar y a veces lloro.	3
II. Equivalentes fisiológicos		
Exageración de síntomas en la mañana mejorando conforme pasa el día	Por las mañanas me siento mejor que por las tardes.	2
Sueño: Despertar temprano o frecuente	Me cuesta mucho dormir o duermo mal por las noches.	4

Apetito: Disminución de la ingestión de alimentos	Ahora tengo tanto apetito como antes.	5
Pérdida de peso: Asociada con ingestión disminuida de alimentos o metabolismo aumentado, reposo disminuido	Creo que estoy adelgazando.	7
Sexuales: Libido disminuido	Todavía me siento atraído por el sexo opuesto.	6
Gastrointestinales: Constipación	Estoy estreñado.	8
Cardiovasculares: Taquicardia	Tengo palpitaciones.	9
Músculo esqueléticos: Fatiga	Me canso por cualquier cosa.	10
III. Equivalentes psicológicos		
Agitación psicomotor	Me siento agitado e intranquilo y no puedo estar quieto.	13
Retardo psicomotor	Hago las cosas con la misma facilidad que antes.	12
Confusión	Mi cabeza está tan despejada como antes.	11
Sensación de vacío	Encuentro agradable vivir, mi vida es plena.	18
Desesperanza	Tengo confianza en el futuro	14
Indecisión	Encuentro fácil tomar decisiones.	16
Irritabilidad	Me siento más irritable que habitualmente.	15
Disgustos	Me gustan las mismas cosas que solían agradarme.	20
Desvalorización personal	Me creo útil y necesario para la gente.	17
Ideas suicidas	Creo que sería mejor para los demás si me muriera.	19

A. Transformación de la suma total en el índice EAMD

TABLA PARA CONVERTIR LA SUMA TOTAL EN EL ÍNDICE EAMD					
SUMA TOTAL	ÍNDICE DE EAD	SUMA TOTAL	ÍNDICE DE EAD	SUMA TOTAL	ÍNDICE DE EAD
20	25	40	50	60	75
21	26	41	51	61	76
22	28	42	53	62	78
23	29	43	54	63	79
24	30	44	55	64	80
25	31	45	56	65	81
26	33	46	58	66	83
27	34	47	59	67	84
28	35	48	60	68	85
29	36	49	61	69	86
30	38	50	63	70	88
31	39	51	64	71	89
32	40	52	65	72	90
33	41	53	66	73	91
34	43	54	68	74	92
35	44	55	69	75	94
36	45	56	70	76	95
37	46	57	71	77	96
38	48	58	73	78	98
39	49	59	74	79	99
				80	100

B. Interpretación

La escala está construida de tal modo que un índice bajo indica una pequeña depresión, y un índice alto, indica la presencia de una depresión de significación clínica.

PUNTOS DE CORTE	INTERPRETACIÓN
<= 28	Ausencia de Depresión
Entre 28 y 41	Depresión Leve
Entre 42 y 53	Depresión Moderada
>= 53	Depresión Grave

C. Procedimiento

Para la presente investigación denominada “Eficacia de un Programa de Risoterapia en Adultos Mayores con Depresión” primero se ejecutó las coordinaciones correspondientes con la Psicóloga y el director de la Micro red de Mariano Melgar, las coordinaciones se hizo mediante la presentación de una solicitud acordando los días y horas en los cuales se podría llevar a cabo la aplicación del programa y evaluación al grupo del Adulto Mayor “Virgen de Chapi”.

En una primera etapa antes del desarrollo del programa se informó a todos los participante los beneficios de este, invitándolos a participar, iniciando con la aplicación de un pre test con la prueba “Escala de Autoevaluación de Depresión de Zung” teniendo una duración de 20 a 30 minutos, la cual se realizó con la participación y colaboración de las internas del departamento de Psicología, posteriormente se continuo con el desarrollo del programa, una vez finalizado se aplicó el pos test con la misma prueba. Para realizar la recolección de datos se procedió a diseñar y llenar la matriz, en Microsoft Excel, con la información recabada de cada participante. Para realizar el análisis estadístico, se utilizó la prueba estadística T de student para encontrar los niveles de relación entre las variables estudiadas y así mismo la interpretación de los resultados de esta investigación.

III. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

Validez

Los índices de correlación con otras escalas (escala de depresión de Hamilton, inventario de depresión de beck) y con el juicio clínico global oscilan entre 0.50 y 0.80 3, 6, 18, 20. Informa sobre la presencia y severidad de la sintomatología depresiva, y es sensible a los cambios en el estado clínico 3,21. La puntuación total no correlaciona

significativamente con la edad, sexo, estado civil, nivel educacional, económico ni inteligente.

Si bien esta escala no fue diseñada para cribaje, si muestra unos aceptables índices de sensibilidad (85%) y especificidad (75%) cuando se aplica para detección de casos en población clínica o en población general 1, y ha sido ampliamente utilizada con esta finalidad. En población geriátrica disminuye su validez, tanto para cuantificar la intensidad / gravedad de la depresión 22, como a efectos de cribado o detección de casos 16, debido al elevado peso relativo que tienen los síntomas somáticos en el puntaje total. Orientadas más al paciente geriátrico, se han desarrollado versiones abreviadas 23-24, con menor peso de los síntomas somáticos, que han tenido una difusión muy limitada.

Fiabilidad

Los índices de fiabilidad 0,70-0,80 en la fiabilidad dos mitades, índice α de cronbach entre 0,79 y 0,92

4. PROGRAMA DE RISOTERAPIA

Son sesiones en las que el humor y la risa se combinan con la danza, la música, el juego, la relajación y diversas habilidades para abordar de una forma creativa, diferente y optimista los diferentes acontecimientos de la vida. Se realizan actividades que ayudan a desarrollar y reforzar diferentes aspectos creativos, físicos y emocionales. Se trabaja con la imaginación, la memoria, la expresión oral y corporal y con la mente reforzando especialmente la autoestima.

DURACIÓN DEL PROGRAMA: 3 meses – 10 sesiones

TIEMPO DE DURACIÓN POR CADA SESIÓN: 135 – 150 minutos

FECHAS: Los días viernes de cada semana de los meses de Julio, Agosto y Setiembre.

HORA: Los viernes de 2:00 pm a 5:00 pm

LUGAR: Auditorio principal del Centro de Salud Mariano Melgar

PARTICIPANTES: Miembros asistentes al Club del Adulto Mayor del centro de

salud de Mariano Melgar. “Virgen de Chapi”

FUNDAMENTACIÓN

La Risoterapia como programa de intervención, es una estrategia o técnica tendiente a producir beneficios mentales y emocionales por medio de la risa. Desarrollando este programa con los adultos mayores donde las actividades están encaminadas en fomentar la comunicación y el buen humor, mediante las risas grupales, usando diversas dinámicas en cada taller. Pues bien, si se aplica la risa a problemas y situaciones difíciles de la vida, exagerando el problema hasta el límite, desmenuzándolo y dramatizándolo con sentido del humor hasta convertirlo en algo ridículo que provoque la risa, se consiguen eliminar los miedos y encontrar la actitud correcta para hallar la solución más idónea, pues gran parte de los sufrimientos que se experimentan no son consecuencia directa de los problemas, sino de la forma de afrontarlos. El humor es una cualidad que permite percibir la experiencia graciosa, aun cuando las condiciones de la vida son adversas; por lo que en este programa de intervención, se busca desarrollar un buen estado anímico que le permita al adulto mayor afrontar de una manera diferente los problemas de la vida diaria con una actitud positiva. “Reírse incrementa la autoestima y la confianza en personas deprimidas, supone un refuerzo inmunológico, corta los pensamientos negativos (ya que no podemos reír y pensar al mismo tiempo), elimina el miedo y ayuda a minimizar los problemas”. Para conseguir disminuir aquellos síntomas depresivos con la Risoterapia, se propone hacer que los participantes desarrollen habilidades y actitudes que faciliten el desenvolvimiento natural ante sus compañeros, como su capacidad de reírse y hacer reír a los demás a partir del buen humor desencadenado tras los talleres, donde el principal objetivo es divertirse y amarse cada día más. Este programa ha sido diseñado con el propósito de que los adultos mayores puedan mostrar el buen humor adquirido, mantener la autoconfianza y desinhibirse ante los demás. Se trata en general que las sesiones de Risoterapia se practiquen en grupo aprovechando el contagio de persona a persona, ya que reír en grupo no es lo mismo que hacerlo solos, de esta forma el efecto grupal estimula a los que normalmente no reirían. Al finalizar el programa de intervención: Risoterapia, los miembros del Adulto Mayor estarán en condiciones de producir lo siguiente: satisfacción, empatía, pensamientos positivos, buen humor,

solidaridad, risas, alegría espontánea, autoconfianza, solidaridad, espontaneidad, creatividad; entre otras. Con respecto a su influencia sobre la depresión se sabe que en ella existe una disminución de la vitalidad en general, bajan las defensas orgánicas y se dificulta toda la actividad física; a su vez disminuye la productividad mental, se anulan las iniciativas y se produce un progresivo aislamiento personal. Por lo que el programa de Risoterapia, facilita la visión del aspecto positivo en todas las cosas, favorece iniciativas e ideas creadoras, estimulando el contacto social, en este sentido consideramos que el programa puede mejorar notablemente los estados de Depresión.

OBJETIVOS:

OBJETIVO GENERAL:

El objetivo principal de este taller es transmitir cuáles son los beneficios del humor y de la risa y desarrollar la libertad de expresión de nuestras emociones y sentimientos, además de cambiar nuestra perspectiva de las distintas situaciones del día a día, aprendiendo a reírse de uno mismo y con los demás.

OBJETIVO ESPECÍFICOS:

- Enseñar a los asistentes a reírse de uno mismo y como mejorar el autoestima
- Transmitir técnicas y habilidades mentales útiles para la vida diaria que permitan recuperar el humor.
- Conseguir una actitud positiva hacia la vejez y el envejecimiento.
- Enseñar a los participantes a afrontar la vida y los acontecimientos desde ópticas distintas a las que estamos habituados, desdramatizar y adquirir una visión positiva de las cosas.
- Aprender a expresar sentimientos y emociones.
- Impulsar la confianza en la propia capacidad.
- Crear un clima de encuentro y comunicación entre los asistentes favoreciendo las relaciones sociales y afectivas.
- Promocionar la actividad física en todo el proceso de envejecimiento.

DESARROLLO DEL PROGRAMA

El programa de Risoterapia se desarrolla en sesiones que siguen un orden preestablecido y cada sesión consta de tres fases:

- a. Apertura y calentamiento:** Ubicación en el contexto, exploración del espacio, de los materiales y recursos a utilizar, presentación, preparación (física y mental) y desbloqueo para la risa.
- b. Dinámica y desarrollo:** Realización de las intervenciones organizadas por el terapeuta en base a los objetivos planteados y a los datos recopilados. Es la fase de la “Experiencia de la risa”.
- c. Técnicas y Habilidades Mentales:** En esta fase del taller se incluirán habilidades y consejos que ayudaran a los asistentes a afrontar el día a día de una forma optimista.
- d. Recuperación, cierre y evaluación:** Regreso a la normalidad, pero conservando los beneficios de la fase anterior, y turno o rueda de opiniones para comentar con el terapeuta lo ocurrido en la sesión.

Dinámicas:

- “Ejercicios físicos”
- “Ejercicios de relajación”
- “Integración”
- “La pelota preguntona”
- “Liberando tus miedos”
- “Haciendo reír al compañero(a)”
- “Bailoterapia”
- “Juegos”
- “La silla del autoestima”
- “La caja de sorpresas”
- “Globo chorizo”
- “La caja de música”
- “El grito de la selva”
- “Consejos positivos”
- “Baile de los pañuelos”

“El rey dice”

“Manualidades”

“Abrazoterapia”

“Despedida”

Materiales:

MATERIALES DE ESCRITORIO: USB, Archivador, Hojas Bond, Lapiceros, fichas, plumones, radio, cámara fotográfica, pinturas, escarchas, bolsas, periódico, extensión, palitos de chupete, cartulina, hojas bon carnet, fotos, plumones, dibujos, silicona, pistola de silicona, fotografías, cinta adhesiva, Globos pencil, globos redondos, cartel de “bienvenidos”, narices rojas, cinta de agua, serpentina, confetis, pica pica, inflador.

RECURSOS PARA “EL COMPARTIR”: queques, torta, vasos, platos, cuchillo, servilletas, fuentes, caramelos, galleta, pocor, chupetines, wafer, chicha, azúcar.

MATERIALES DE CLOWN: Globos pensil, globos redondos, cartel de “bienvenidos”, narices rojas, cinta de agua, serpentina, confetis, pica pica, inflador.

La estructura del programa se detalla en el **Anexo**.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

TABLA N° 1
CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO

Edad			Sexo			Estado Civil			Actualmente con quien vive		
	N°	%		N	%		N	%		N	%
60 a 65 años	2	7.0	Masculino	5	16.6	Soltero (a)	4	13.0	Con Esposo (a) e hijos	1	3.0
66 a 75 años	13	43.0	Femenino	25	83.4	Casado (a)	8	27.0	Solo con esposo (a)	5	17.0
76 a 85 años	14	47.0				Divorciado (a)	1	3.0	Con su hijo (a)	21	70.0
86 a más años	1	3.0				Viudo (a)	17	57.0	Solo	2	7.0
									Con otro familiar	1	3.0
TOTAL	30	100	TOTAL	30	100	TOTAL	30	100	TOTAL	30	100

En cuanto a la edad de las unidades de estudio, tenemos que un 47.0% tiene de 76 a 85 años, el 43.0% tiene de 66 a 75 años, un 7.0% tiene de 60 a 65 años y un 3.0% tienen de 86 a más años. En cuanto a sexo, el 83.4% de las unidades de estudio son de sexo femenino y 16.6% son del sexo masculino. Podemos observar que, en cuanto al estado civil, el 57.0% de la población en estudio son viudos(as), el 27.0%, son casados(as), el 13.0% es soltero(a), y un 3.0% son divorciados(as), finalmente, se puede observar que la población en estudio en un 70.0% viven con sus hijos, el 17.0% solo con su esposo(a), el 7.0% viven solos, y el 3.0% viven con su esposa e hijo o con otro familiar.

TABLA N° 2
SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN: AFECTIVOS PERSISTENTES
PRE TEST

Síntomas	Muy pocas veces		Algunas veces		Muchas veces		Casi siempre		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Deprimido, triste y melancólico	3	10	16	54	4	13	7	23	30	100
Accesos de llanto	10	34	7	23	9	30	4	13	30	100

En la tabla N°2 se aprecia que los síntomas de mayor prevalencia son Deprimido, triste y melancólico, con un 54% en la alternativa algunas veces, seguido de 23% con casi siempre, luego 13% con muchas veces y en menor porcentaje de 10% con muy pocas veces. Mientras que según el síntoma Accesos de llanto, el mayor porcentaje es de 34% en la alternativa muy pocas veces, seguido de 30% con muchas veces, luego 23% con algunas veces y en menor porcentaje de 13% casi siempre. De lo que se deduce que más de la mitad de la población de estudio algunas veces se sintieron deprimidos, triste, melancólico y menos de la mitad muy pocas veces tuvo accesos de llanto.

TABLA N° 3
SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN: FISIOLÓGICO PERSISTENTE
PRE TEST

Síntomas	Muy pocas veces		Algunas veces		Muchas veces		Casi siempre		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Exageración de síntomas en la mañana mejorando conforme pasa el día	9	30	11	37	9	30	1	13	30	100
Sueño: Despertar temprano o frecuente	14	47	9	30	3	10	4	13	30	100
Apetito: Disminución de la ingestión de alimentos	6	20	10	33	11	37	3	10	30	100
Pérdida de peso: Asociada con ingestión disminuida de alimentos o metabolismo aumentado, reposo disminuido	8	27	13	43	7	23	2	7	30	100
Sexuales: Libido disminuido	16	53	10	33	2	7	2	7	30	100
Gastro intestinales: Constipación	17	57	9	30	4	13	0	0	30	100
Cardiovasculares: Taquicardia	10	34	17	56	2	7	1	3	30	100
Musculo esqueléticos: Fatiga	4	13	9	30	15	50	2	7	30	100

En la tabla N°3 se observa que los síntomas de mayor prevalencia son, Gastrointestinales con un 57% en la alternativa muy pocas veces; seguido de Cardiovasculares, con un 56%,

en algunas veces, seguido de síntomas sexuales, libido disminuido con un 53%, con la alternativa muy pocas veces. Se infiere que los síntomas fisiológicos más predominantes son aquellos que están relacionados con la disminución de la libido, problemas gastrointestinales y taquicardia.

TABLA Nº 4
SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN: PSICOLÓGICO PERSISTENTE
PRE TEST

Síntomas	Muy pocas veces		Algunas veces		Muchas veces		Casi siempre		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Agitación psicomotor	9	30	13	43	6	20	2	7	30	100
Retardo psicomotor	9	30	12	40	8	27	1	3	30	100
Confusión	5	17	16	53	7	23	2	7	30	100
Sensación de vacío	2	7	19	63	5	17	4	13	30	100
Desesperanza	8	27	14	46	8	27	0	0	30	100
Indecisión	3	10	18	60	8	27	1	3	30	100
Irritabilidad	11	37	9	30	5	17	5	17	30	100
Disgustos	10	33	12	40	5	17	3	10	30	100
Desvalorización personal	2	7	15	50	9	30	4	13	30	100
Ideas suicidas	18	60	7	23	5	17	0	0	30	100

En la tabla N°4 se observa que los síntomas de mayor prevalencia son, Sensación de vacío, con el mayor porcentaje de 63% en la alternativa algunas veces, seguido de Indecisión, con un porcentaje de 60% en la alternativa de algunas veces, seguido de Confusión, con un porcentaje de 53% en la alternativa algunas veces y Desvalorización personal, con un porcentaje de 50% en la alternativa algunas veces. Donde se infiere que los síntomas psicológicos más predominantes son aquellos que están relacionados con la baja autoestima, esta sintomatología psicológica es común en esta etapa de su vida pero que se ve enfatizada en adultos mayores que presentan síntomas de depresión.

TABLA N° 5

**NIVELES DE DEPRESIÓN
PRE TEST**

Niveles depresión	Pre-test	
	N°	%
Leve	0	0
Moderada	14	47
Grave	16	53
Total	30	100

En la tabla N°5 se aprecia que el nivel de depresión leve es de 0%, en el nivel moderado es de 47%, finalmente en el nivel grave es de 53%. Por lo cual se infiere que el nivel de depresión grave es el más predominante en los adultos mayores de la Micro Red de Marino Melgar.

TABLA N° 6

**SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN: AFECTIVOS PERSISTENTES
POST - TEST**

Síntomas	Muy pocas veces		Algunas veces		Muchas veces		Casi siempre		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Deprimido, triste y melancólico	21	70	9	30	0	0	0	0	30	100
Accesos de llanto	19	63	11	37	0	0	0	0	30	100

En la tabla N°6 se observa que los síntomas de mayor prevalencia son Deprimido, triste y melancólico, con el mayor porcentaje de 70% en la alternativa muy pocas veces, seguido Accesos de llanto, con un porcentaje de 63% en la alternativa de muy pocas veces. Donde se infiere que después de la aplicación del programa de Risoterapia el síntoma deprimido triste melancólico en la alternativa casi siempre disminuyó de un 23% a un 0%, y en la sintomatología acceso de llanto hubo una disminución en la alternativa muchas veces de 30% a 0%.

TABLA N° 7
SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN: FISIOLÓGICO PERSISTENTE
POST - TEST

Síntomas	Muy pocas veces		Algunas veces		Muchas veces		Casi siempre		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Exageración de síntomas en la mañana mejorando conforme pasa el día	0	0	11	37	4	13	15	50	30	100
Sueño: Despertar temprano o frecuente	23	77	7	23	0	0	0	0	30	100
Apetito: Disminución de la ingestión de alimentos	0	0	4	13	21	80	5	17	30	100
Pérdida de peso: Asociada con ingestión disminuida de alimentos o metabolismo aumentado, reposo disminuido	18	60	12	40	0	0	0	0	30	100
Sexuales: Libido disminuido	14	46	16	54	0	0	0	0	30	100
Gastro intestinales: Constipación	26	87	3	10	1	3	0	0	30	100
Cardiovasculares: Taquicardia	25	83	5	17	0	0	0	0	30	100
Musculo esqueléticos: Fatiga	9	30	17	57	4	13	0	0	30	100

En la tabla N°7 se observa que los síntomas de mayor prevalencia son, Gastrointestinales con un 87% en la alternativa muy pocas veces; seguido de Cardiovasculares, con un 83%, en muy pocas veces, seguido de síntomas sexuales, libido disminuido con un 46%, con la

alternativa muy pocas veces. Por lo cual se infiere que después de la aplicación del programa de Risoterapia los síntomas Gastrointestinales, en la alternativa muchas veces disminuyo de 13% al 3% y en la alternativa algunas veces disminuyo de 30% al 10 % además los síntomas Cardiovasculares, en la alternativa muchas veces presento una disminución de 7% a 0% y en algunas veces de 56% a 17%, finalmente en el síntoma sexual, libido disminuido, en la alternativa muchas veces disminuyo de 7% a 0%, sin embargo en la alternativa algunas veces, presento un incremento de 33% al 54%.

TABLA N° 8
SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN: PSICOLÓGICO PERSISTENTE
POST - TEST

Síntomas	Muy pocas veces		Algunas veces		Muchas veces		Casi siempre		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Agitación psicomotor	17	57	13	43	0	0	0	0	30	100
Retardo psicomotor	0	0	10	33	19	64	1	3	30	100
Confusión	0	0	2	7	21	70	7	23	30	100
Sensación de vacío	0	0	5	17	13	43	12	40	30	100
Desesperanza	0	0	6	20	20	67	4	13	30	100
Indecisión	2	7	7	23	18	60	3	10	30	100
Irritabilidad	18	60	12	40	0	0	0	0	30	100
Disgustos	0	0	13	43	5	17	12	40	30	100
Desvalorización personal	0	0	2	7	25	83	3	10	30	100
Ideas suicidas	21	70	8	27	1	3	0	0	30	100

En la tabla N°8 se observa que los síntomas de mayor prevalencia son, Sensación de vacío, con el mayor porcentaje de 43% en la alternativa muchas veces, seguido de Indecisión, con un porcentaje de 60% en la alternativa de muchas veces, seguido de Confusión, con un porcentaje de 70% en la alternativa muchas veces y Desvalorización personal, con un porcentaje de 83% en la alternativa muchas veces. Por lo tanto concluimos que después de la aplicación del programa, en el síntoma sensación de vacío en la alternativa muchas veces hay un incremento del 17% al 43% y en la alternativa casi siempre de un 13% a 40%, en el síntoma de indecisión en la alternativa muchas veces se aprecia un incremento del 27% al 60%, y en la alternativa casi siempre un incremento del 3% al 10%, además presentamos un incremento en el síntoma de confusión en la alternativa muchas veces del 23% al 70% y en casi siempre del 7% al 23%, finalmente en el síntoma de desvalorización personal, en la

alternativa muchas veces presentamos un incremento de 30% al 83%, sin embargo en la alternativa casi siempre presentamos una disminución del 13% al 10%.

TABLA N° 9
NIVELES DE DEPRESIÓN
POST - TEST

Niveles depresión	Post-test	
	Nº	%
Leve	22	73
Moderada	8	27
Grave	0	0
Total	30	100

En tabla N°9 se aprecia que el nivel de depresión leve es de 73% en el nivel moderado es de 27% finalmente en el nivel de depresión grave es de 0% después de la aplicación del programa de Risoterapia, teniendo como resultado lo siguiente. Por lo tanto se infiere que el nivel predominante después de la aplicación del programa de Risoterapia es el leve y no se encontró evidencia de depresión grave en la población de estudio.

TABLA N° 10
COMPARACIÓN DE LOS NIVELES DE DEPRESIÓN
PRE Y POST TEST

Niveles Depresión	Pre-test		Post-test	
	N°	%	N°	%
Leve	0	0	22	73
Moderada	14	47	8	27
Grave	16	53	0	0
Total	30	100	30	100

En la tabla N° 10 se aprecia que después de la aplicación del programa de Risoterapia del 47% con Depresión Moderada al inicio de la investigación el 20% paso a un nivel leve y el 27% restante se mantuvo en este nivel al final del estudio. Observándose también una reducción del 53% en el nivel de depresión severa presentada en el inicio de la investigación, el cual paso al nivel leve aunado al 20% que paso del nivel moderado, conforman un 73% que presentan un nivel de depresión leve al final del estudio.

De lo que se deduce que hubo aumento de la depresión leve en el post-test, por otro lado disminuyó la depresión moderada y no se encontró evidencias de depresión grave en la población de estudio post-test, lo que demuestra que hubo cambios satisfactorios en los niveles de depresión después de la aplicación del programa de Risoterapia. Por lo tanto podemos colegir que el programa de Risoterapia fue efectivo para el manejo de la depresión.

TABLA N° 11

PRUEBA DE HIPÓTESIS

Estadísticas de muestras emparejadas

		Media	N	Desviación estándar	Media de error estándar
Par 1	Pretest	48.87	30	6.57966	1.20128
	Posttest	35.17	30	3.92238	.71613

Correlaciones de muestras emparejadas

	N	Correlación	Sig.
Par 1			
Pretest	30	-.012	.948
Posttest			

Prueba de muestras emparejadas

		Diferencias emparejadas					t	gl	Sig. (bilateral)
		Media	Desviación estándar	Media de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia				
					Inferior	Superior			
Par 1	Pretest - Posttest	13.70000	7.70199	1.40619	10.82403	16.57597	9.743	29	.000

Al existir una diferencia de medias significativa de 13,70 entre la media de calificaciones pre-test (45,87), y la media de calificaciones post-test (35,17); y al pasar por la Prueba T del programa IBM SPSS Statistics 23, obteniendo un valor de t de 9,743, con una Significancia Bilateral de 0,000 (menor al 0,05), podemos afirmar, por tanto, que nuestra

hipótesis general de investigación es válida, porque el Programa de Intervención, mejora directa y significativamente en la disminución de la depresión encontrado en los adultos mayores que acuden al Club del Adulto Mayor Virgen de Chapi de la Microred de Mariano Melgar.

CAPITULO V

A. DISCUSIÓN

Según los análisis estadísticos de los resultados mostrados en la sección anterior se puede aceptar la hipótesis general y las hipótesis específicas enunciadas, ya que se demuestra que el programa de Risoterapia ayuda a disminuir los síntomas de depresión en el adulto mayor. Esta información confirma los estudios realizados en Lima Perú por Lachira Iparraguirre Lisbeht (2013), ya que esta autora señala que existe una relación entre la intervención con un Programa de Risoterapia y el incremento de la autoestima en los Adultos Mayores. Al momento de tener en cuenta los resultados del Pre test el nivel alcanzado por los adultos mayores que puede advertir mayor riesgo es el nivel grave y seguido por el nivel moderado, probablemente esto se deba a falta de apoyo o abandono familiar, problemas económicos o de salud, lo cual estaría afectando su autoestima y su falta de apreciación personal, trayendo como consecuencia la presencia de síntomas de depresión.

En el estudio de investigación denominado “eficacia de un programa de Risoterapia en adultos mayores con depresión” con referencia a los datos personales el 47% de los adultos mayores pertenecen al grupo de 76 a 85 años, sexo femenino el 83.4%, son

viudos el 57% y viven con el hijo (a) el 70%. El adulto mayor es la última etapa, la delicada adultez tardía o madurez, o la llamada de forma más directa y menos suave edad de la vejez, Algunos “viejitos” rabian con esto y dicen que esta etapa empieza solo cuando se sienten viejos e inútiles, sin embargo puede ser un efecto directo de una cultura que realza la juventud, lo cual aleja incluso a los mayores de que reconozcan su edad.

En nuestra investigación se tomó en consideración a los adultos mayores a partir de los 60 años, a los cuales se les aplicó la Escala del Zung para medir el nivel de depresión aplicando un pre-test, el cual midió los síntomas del equivalente afectivo, fisiológico y psicológico. En los cuales se ha encontrado que en los síntomas del equivalente afectivo más de la mitad de la población algunas veces se sintió deprimido, triste, melancólico y menos de la mitad muy pocas veces tuvo accesos de llanto, por lo tanto si presentan síntomas de depresión. En cuanto al Equivalente Fisiológico los síntomas de mayor prevalencia son, gastrointestinales, en la alternativa muy pocas veces; seguido de cardiovasculares, en algunas veces, seguido de síntomas sexuales, libido disminuido, con la alternativa muy pocas veces. De lo que se deduce que los adultos mayores si presentan síntomas fisiológicos relacionados a la depresión, ya que el dato más resaltante es que manifiestan disminución de la ingesta de alimentos, siendo todo lo contrario en adultos mayores que no presentan depresión. En el equivalente psicológico, menos de la mitad de la población algunas veces presentó agitación psicomotora; más de la tercera parte algunas veces presentó retardo psicomotor; algunas veces más de la mitad presentó confusión; más de la mitad algunas veces presentó sensación de vacío; menos de la mitad presencia algunas veces desesperanza; más de la mitad algunas veces presentó indecisión; la tercera parte presentó muy pocas veces y algunas veces Irritabilidad; más de la tercera parte algunas veces presentó disgustos y desvalorización personal respectivamente y por último más de la mitad muy pocas veces presentó Ideas suicidas; lo que resulta preocupante en los adultos mayores, de lo que se deduce que esta sintomatología psicológica es común en esta etapa de su vida pero que se ve enfatizada en adultos mayores que presentan depresión.

En el pos test los adultos mayores mostraron mejoras principalmente en el equivalente

psicológico, seguido del equivalente fisiológico y finalmente el afectivo, esto se puede apreciar en las tablas y gráficos 6, 7, y 8, demostrando la importancia y eficacia de la Risoterapia como complemento a la Psicoterapia. Teniendo en cuenta las limitaciones de dicha investigación es que existe deficiente información con respecto a la Risoterapia. En nuestro país las investigaciones que tocan el tema de la Risoterapia son muy pocas, y se han aplicado en programas con niños, adolescentes y adultos mayores en aspectos relacionados con la autoestima y en la disminución del dolor en pacientes con cáncer; por lo tanto nos hemos visto en la necesidad de poder elaborar un programa de Risoterapia aplicado a la población más vulnerable que son los adultos mayores relacionado con los síntomas de depresión.

Ramseyer Ailén María (2013), realizó un trabajo de investigación “La risa y el humor en la vejez”, que se plantea como objetivo principal describir si, algo tan natural como la risa y el humor, influyen en la calidad de vida percibida por los adultos mayores. El estudio que se llevó a cabo fue no experimental, de carácter transversal y el método desarrollado fue inductivo, con el posterior análisis correlacional de los datos obtenidos. Para llegar a estos se ha utilizado la Escala de Bienestar Psicológico para adultos de Casullo y la Escala Multidimensional del Sentido del Humor de Thorson y Powell, aplicados sobre una muestra de cuarenta personas mayores a 65 años de la ciudad de Reconquista, Santa Fé – Argentina, los resultados vislumbraron que toda la población considera que su calidad vital es adecuada, pero aquellos que utilizan el humor en sus vidas se han destacado con superioridad en los puntajes; por lo que se infiere que hay una correlación positiva entre la risa, el humor sobre la calidad de vida, lo que también se ha podido corroborar con la aplicación de nuestro programa donde hemos obtenido que los niveles de depresión, según la escala de depresión de Zung, antes de la aplicación del programa de Risoterapia, los participantes de nuestra muestra en el grupo experimental, evidencian síntomas depresivos en los grados leve moderado y grave, lo cual posterior a la aplicación del programa estos síntomas disminuyeron significativamente lo que demuestra que hubo cambios satisfactorios en los niveles de depresión después de la aplicación del programa de Risoterapia.

Fundamentando la aplicación de un programa de Risoterapia como complemento de una Psicoterapia, tenemos a autores como Eysenck (1942) que puso de manifiesto la

relación entre los factores cognitivos, afectivos y conativos para la comprensión del chiste. Esta exitosa publicación sigue aun en la actualidad siendo considerada, puesto que una persona percibe un estímulo divertido, lo procesa y la interacción del mismo con la estructura interna del sujeto –determinantes de la conducta, personalidad, experiencias, etc.- más la influencia del medio externo, determinaran la vivencia o comprensión de la situación como graciosa o no.

Por lo tanto se puede decir que en la presente investigación cuasi-experimental se probó la efectividad del programa de Risoterapia en la disminución de síntomas depresivos en el adulto mayor; es por ello que existió un gran beneficio que proporciona la Risoterapia y por lo que hubo una comparación en diferentes momentos entre la efectividad de la Risoterapia antes y después de la aplicación del programa, es por eso que se aprueba la hipótesis planteada.

CONCLUSIONES

- PRIMERA** Al inicio de la investigación mediante la aplicación de la Escala de Depresión Zung (pre test) los adultos mayores del Centro de Salud de Mariano Melgar presentaron síntomas de depresión relevantes en el nivel grave.
- SEGUNDA** Los resultados obtenidos mediante la aplicación de la Escala de Depresión Zung (post test), después de la aplicación del programa, demuestran una disminución de los síntomas de depresión en el nivel grave en los adultos mayores.
- TERCERA** Se determinó la efectividad de la aplicación del programa de Risoterapia en los adultos mayores con síntomas de depresión de la Micro Red de Mariano Melgar.
- CUARTO** La comparación final de los resultados entre el grupo de adultos mayores antes (pre test) y después (post test) de la aplicación del programa de Risoterapia, evidencian diferencia significativas.
- QUINTO** Concluimos que la depresión experimento cambios importantes después de la aplicación del programa de Risoterapia pues descendió; por lo tanto podemos inferir que el programa fue efectivo.

RECOMENDACIONES

- PRIMERA** Promover la implementación de programas de Risoterapia, en centros de salud del adulto mayor, con la finalidad de que esta población vulnerable afronte de manera más plena esta etapa.
- SEGUNDA** Coordinar con el departamento de psicología a fin de que incluya programas de prevención de la depresión y promoción de la salud mental en los adultos mayores, continuar con el seguimiento a los adultos mayores con diagnóstico de depresión.
- TERCERA** Para futuras investigaciones concernientes a este tema, se recomienda trabajar con una población más amplia y mixta, con la finalidad de ampliar los resultados.
- CUARTA** Para futuras investigaciones, se debe de considerar mayor tiempo para su realización, ya que este tipo de investigaciones requieren de un proceso mucho más amplio de manera que permita a quienes participan, un mayor progreso en su desarrollo.
- QUINTO** La labor del psicólogo como parte de un equipo multidisciplinario debe de ser el de promover programas de prevención, donde se incluya además talleres de autoestima, en poblaciones vulnerables como esta, en centros del adulto mayor, comunidades entre otros, para que así se pueda difundir más los beneficios de este concepto tan poco conocido.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALATORRE, R. (2002). Criterios para la Elaboración de Documentos Psicológicos. Traducción Selectiva: Manual of American Psychological Association. México: Facultad de Psicología. UNAM.
2. ARO, Ana. (2006) Buscando Remedio. Atención Básica y Uso de Medicamentos Esenciales. Edición Revisada. Nicaragua.
3. CALDERÓN, N. (1998) Guillermo. Depresión, sufrimiento y liberación. México, ED. EDAMEX.
4. CANALES, F. y cois., (2009) Metodología de la investigación. México. Editorial Limusa S.A.
5. CASTELLVÍ, E. (2011) Taller Práctico de Risoterapia. Juegos y más juegos para provocar la risa. España, Ed. ALBA. pp. 15-20.
6. DELAURO, Rubén: (2006) “La Risa y la Salud. El nuevo Código de la Risa”. Nueva Risa Ediciones. Argentina.
7. GUMA. MIRBET P. (2011) Risoterapia. Curando con risas. Ediciones. Octubre
8. HARRISON, (2005) Principios de Medicina Interna 17ª edición. McGraw - Hill Interamericana, pp. 1095-1098
9. Instituto Especializado de Salud Mental “Honorio Delgado Hideyo Noguchi”. Estudio epidemiológico metropolitano en salud mental 2002. Informe general. Lima: IESM HD-HN; 2002
10. LYUBOMIRSKY S. (2011) La ciencia de la felicidad. Un método probado para conseguir el bienestar. Ediciones Urano. Octubre
11. Organización Panamericana de la Salud. Manual de Salud para la atención de Anciano. Serie Paltext. 1999. p. Mexico DF SSR.2009. 34-41.
12. POLIT, H., (2000) Investigación Científica en Ciencias de la Salud. México. Sexta Edición. Editorial Me Graw Hill Interamericana.
13. VARA HORNA, Arístides A. (2006) Aspectos generales de la depresión: Una revisión empírica. Asociación por la Defensa de las Minorías: Lima.
14. WEISMAN MM, Prusoff BA, Dimascio A, Neu C, Gohlaney M, Klerman GL. The efficacy of drugs and psychotherapy in the treatment of acute depressive episodes. Am J Psychiatry 1979; 136: 555-8

15. ZUNG, WW. (1965) A self rating depression scale. Arch Gen Psychiatr; 12: 63-70.

DIRECCIONES DIGITALES

16. SOCIEDAD PERUANA DE MEDICINA INTERNA. Revista, “Risoterapia: Un nuevo campo para los profesionales de la Salud”.
<http://www.unife.edu.pe/invest/boletin%206/risoterapia.pdf>
17. <http://es.wikipedia.org/wiki/Risoterapia>
18. M^a. Cruz García Roder, “EL PODER DE LA RISA”,
http://www.organizacionmundialdelarisa.com/spanish/tienda/venta_de_libros.htm
19. <http://es.wikipedia.org/wiki/Risoterapia>
20. <https://es.wikipedia.org/wiki/Risoterapia>
21. <http://www.webconsultas.com/belleza-y-bienestar/terapias-alternativas/risoterapia-5362>
22. <http://www.enbuenasmanos.com/risoterapia>
23. <http://www.larisoterapia.com/beneficios.htm>
24. <http://www.autorescatolicos.org/PDF/AAAUTORES04045.pdf>
25. <https://www.google.com/search?q=programa+de+risoterapia+para+mayores>
26. <http://www.webconsultas.com/belleza-y-bienestar/terapias-alternativas/risoterapia-5362>
27. <http://www.larisoterapia.com/>

ANEXOS

ANEXO 1

PROGRAMA DE RISOTERAPIA

SESIÓN N° 01

TITULO: “RECONOCIÉNDONOS JUNTOS”

OBJETIVO:

- Favorecer un clima de relación y confianza entre los asistentes.

PROCEDIMIENTO:

El taller se iniciará con la presentación personal de los monitores que impartirán las sesiones de risoterapia. Después se darán a conocer las características del aula o espacio donde se realizarán las actividades y se explicarán los objetivos generales y específicos del taller. Una vez hechas las presentaciones y transmitidos los objetivos y las normas del taller, se procederá con una breve exposición, donde se darán respuesta a las siguientes interrogantes: ¿Qué es la risoterapia?, ¿Qué beneficios generales produce? ; Cómo recuperar la risa, ¿Qué haremos durante las sesiones?

¿Qué es la risoterapia?,

La Risoterapia consiste en utilizar técnicas que ayuden a liberar las tensiones del cuerpo y así poder llegar a la carcajada, entre ellas: la expresión corporal, el juego, la danza, ejercicios de respiración, técnicas para reír de manera natural, sana, que salga del corazón, del vientre, de un modo simple como niños; es por ello que durante el desarrollo de las sesiones también contaremos con el apoyo de un grupo de clown que nos harán sacar los niños que todos llevamos dentro.

a. EJERCICIOS DE DESBLOQUEO

Juegos de calentamiento y conocimiento del grupo.

ACTIVIDADES: La pelota preguntona

Los refranes

b. EJERCICIOS DINÁMICOS

Una vez que todos los participantes se han conocido un poco mejor mediante juegos y actividades colectivas esta segunda fase incluirá ejercicios para perder la vergüenza

y la timidez.

ACTIVIDADES: Guerra de globos

Aplastar globos

Grito en la selva

c. TÉCNICAS Y HABILIDADES MENTALES

En esta fase del taller se incluirán habilidades y consejos que ayudarán a los asistentes a afrontar el día a día de una forma optimista.

ACTIVIDADES: Consejos positivos

Metas y Objetivos

d. EVALUACIÓN DEL TALLER

Se explica y lee en qué consiste el pre-test, el cual se tomara individualmente, con el apoyo de las internas de psicología del centro de salud de Mariano Melgar.

MATERIALES UTILIZADOS:

- Hojas bond
- Lapiceros
- Globos
- Inflador
- Radio
- Extensión
- Cd de música
-

TIEMPO: 3 horas

SESIÓN N° 02

TITULO: “LIBERÁNDONOS DE LO NEGATIVO CON UNA ACTITUD POSITIVA”

OBJETIVO:

- Crear actitudes positivas en los participantes.

PROCEDIMIENTO:

a. EJERCICIOS DE DESBLOQUEO

Juegos de calentamiento y conocimiento del grupo

ACTIVIDADES: Corazones rotos

b. EJERCICIOS DINÁMICOS

ACTIVIDADES: Esto es un abrazo

El espejo Humano

Concurso de Baile ton

c. TÉCNICAS Y HABILIDADES MENTALES

¿Qué son las cosas negativas?

Las cosas negativas son pensamientos pesimistas, el miedo, la ira, los celos, la apatía, la vergüenza, la envidia, y todas aquellas cosas que nos harán sentir mal con uno mismo y con los demás. Es por ello que ahora nos liberaremos de estos pensamientos negativos para darle bienvenida a los pensamientos positivistas que nos impulsaran a salir adelante tras cada adversidad. Para ello, realizaremos una dinámica reflexiva pero muy entretenida que nos ayudara a fortalecer esta actitud positiva hacia la vida.

ACTIVIDADES: Liberando tus miedos

La silla de la autoestima

d. EVALUACIÓN DEL TALLER

Conversatorio de experiencias sobre el taller, se buscó la interacción y participación de todo el grupo mediante el baile, ya que permite la movilidad de todas las partes del cuerpo, así mismo puedan sentirse alentados por las palabras de sus compañeros de taller, lo cual provoca en ellos sentirse valorados y apreciados por las personas que los rodean.

ACTIVIDADES: Como me siento

MATERIAL:

- Hojas bond
- Lapiceros
- Globos

- Inflador
- Radio
- Extensión
- Cd. de música

TIEMPO: 3 horas

SESIÓN N° 03

TITULO: “DEMOSTREMOS AMOR Y RIÁMONOS JUNTOS”

OBJETIVO:

- Fomentar la integración grupal y aprender a expresar pensamientos positivos de las personas que nos rodean.

PROCEDIMIENTO:

a. EJERCICIOS DE DESBLOQUEO

Juegos de calentamiento y conocimiento del grupo

ACTIVIDADES: La caja de las sorpresas

b.EJERCICIOS DINÁMICOS

ACTIVIDADES: Haciendo reír al compañero (a)

Lo que me gustaría hacer contigo

c. TÉCNICAS Y HABILIDADES MENTALES

ACTIVIDADES: Liberando tus miedos

La silla de la autoestima

d. EVALUACIÓN DEL TALLER

Es muy importante conocer a las personas con la cual estamos trabajando... ¿Qué es lo que le gusta hacer?, ¿Que no le gusta hacer?, ¿En qué cosas es semejante a mí?; para poder aumentar más el círculo de amigos que puedo formar dentro del Adulto Mayor.

ACTIVIDADES: ¿Qué es lo que le gusta hacer a mi amigo?

MATERIAL:

- Hojas bond
- Lapiceros
- Globos
- Inflador
- Radio
- Extensión
- Cd de música
- Plumones
-

TIEMPO: 3 horas

SESIÓN N° 04

TITULO: “TÚ ERES LA ESTRELLA”

OBJETIVO:

- Fortalecer la autoestima de cada participante mediante técnicas, dinámicas y actos que desencadenen la risa.
-

PROCEDIMIENTO:**a. EJERCICIOS DE DESBLOQUEO**

ACTIVIDADES: ACTO CLOWN “Mi querida Abuela”

b. EJERCICIOS DINÁMICOS

ACTIVIDADES: La caja de música

c. TÉCNICAS Y HABILIDADES MENTALES

ACTIVIDADES: Consejos positivos
Abrazo terapia”

d. EVALUACIÓN DEL TALLER

Dar a conocer a los adultos mayores que a pesar de la edad, cada uno de nosotros somos valiosos e importantes y que tenemos muchas cosas por compartir y dar a conocer a los demás.

ACTIVIDADES: ¿Qué es lo que me gusta de mí?

MATERIAL:

- Hojas bond
- Lapiceros
- Globos redondos
- Globos pincel
- Plumones
- Inflador
 - Radio
 - Extensión
 - Cd. de música

TIEMPO: 3 horas

SESIÓN N° 05

TITULO: “QUÉ BELLO ES VIVIR”

OBJETIVO:

- Animar al grupo del adulto mayor con una actitud positiva hacia la vida y hacia las personas que lo rodean.
-

PROCEDIMIENTO:

a. EJERCICIOS DE DESBLOQUEO

Juegos de calentamiento y conocimiento del grupo

ACTIVIDADES: El grito de la selva

b. EJERCICIOS DINÁMICOS

ACTIVIDADES: Describe a tu compañero pasando por la Passarella”

c. TÉCNICAS Y HABILIDADES MENTALES

ACTIVIDADES: Liberando tus miedos

La silla de la autoestima

d. EVALUACIÓN DEL TALLER

ACTIVIDADES: Concurso de Baile ton”

MATERIAL:

- Hojas bond
- Lapiceros
- Globos
- Inflador
- Radio
- Extensión
- Cd. de música
-

TIEMPO: 3 horas

SESIÓN N° 6

TITULO: “FORTALECIENDO MIS VALORES”

OBJETIVO:

- Fortalecer el valor del respeto y tolerancia, todo esto para valorar sus propias acciones y la de los demás de forma adecuada.
-

PROCEDIMIENTO:

a. EJERCICIOS DE DESBLOQUEO

ACTIVIDADES: Mira mi cartelito

b. EJERCICIOS DINÁMICOS

ACTIVIDADES: El rey
Pon atención y mírame

c. TÉCNICAS Y HABILIDADES MENTALES

ACTIVIDADES: El ciego y la estatua
Matando globos

d. EVALUACIÓN DEL TALLER

ACTIVIDADES: ¿Que aprendí hoy?

MATERIAL:

- Hojas bond
- Lapiceros
- Globos
- Inflador
- Radio
- Extensión
- Cd de música

TIEMPO: 3 horas

SESIÓN N° 7

TITULO: “YO PUEDO TU TAMBIÉN”

OBJETIVO:

- Que el Adulto Mayor utilice todos sus sentidos y lo importantes que son para nuestra vida.
-

PROCEDIMIENTO:

a. EJERCICIOS DE DESBLOQUEO

Juegos de calentamiento y conocimiento del grupo

ACTIVIDADES: Acto clown: “Ave Fénix”

b. EJERCICIOS DINÁMICOS

ACTIVIDADES: Los Números

El Bum!!

c. TÉCNICAS Y HABILIDADES MENTALES

ACTIVIDADES: Pobrecito gatito

La silla de la autoestima

d. EVALUACIÓN DEL TALLER

ACTIVIDADES: Rutina de Baile

MATERIAL:

- Hojas bond
- Lapiceros
- Globos
- Inflador
- Radio
- Extensión
- Cd. de música

TIEMPO: 3 horas

SESIÓN N° 8

TITULO: “TODOS JUNTOS”

OBJETIVO:

- Desarrollar la comunicación verbal y no verbal a través de la expresión de diferentes emociones como tristeza, felicidad, cólera etc.
-

PROCEDIMIENTO:

a. EJERCICIOS DE DESBLOQUEO

ACTIVIDADES: Los animales

b. EJERCICIOS DINÁMICOS

ACTIVIDADES: La fiesta de los disfraces

c. TÉCNICAS Y HABILIDADES MENTALES

ACTIVIDADES: Expresando tu sentir mediante el arte

d. EVALUACIÓN DEL TALLER

ACTIVIDADES: ¿Que te gusto de este taller?

MATERIAL:

- Hojas bond
- plumones
- Lapiceros
- Globos redondos
- Globos pincel
- Inflador
- Radio
- Extensión
- Cd. de música
- Palitos de madera
- Silicona
- Pistola de silicona
- Escarcha
- Adornos
-

TIEMPO: 3 horas

SESIÓN N° 9

TITULO: “COMPARTIENDO CON MI GRUPO”

OBJETIVO:

- Fomentar la comunicación y aprender a escuchar entre el grupo.
-

PROCEDIMIENTO:

a. EJERCICIOS DE DESBLOQUEO

ACTIVIDADES: ACTO CLOWN, “Aparentemente”

b. EJERCICIOS DINÁMICOS

ACTIVIDADES: Imitación de risas

c. TÉCNICAS Y HABILIDADES MENTALES

ACTIVIDADES: Completando Frases

El tren de las cosquillas

d. EVALUACIÓN DEL TALLER

ACTIVIDADES: ¿Que te gustaría compartir o decir?

MATERIAL:

- Hojas bond
- plumones
- Lapiceros
- Globos redondos
- Globos pincel
- Inflador
- Radio
- Extensión
- Cd de música

TIEMPO: 3 horas

SESIÓN N° 10

TITULO: DESPIDIÉNDONOS CON CARÍÑO”

OBJETIVO:

- Contribuir al desarrollo de relaciones interpersonales adecuadas que enriquezcan con emociones y sentimientos, a la persona que participan del programa de: Risoterapia.
-

PROCEDIMIENTO:

a. EJERCICIOS DE DESBLOQUEO

ACTIVIDADES: Buscando a mi pareja

b. EJERCICIOS DINÁMICOS

ACTIVIDADES: Teatro

c. TÉCNICAS Y HABILIDADES MENTALES

ACTIVIDADES: Auto-elogio
Hora de Bailar
Compartir (fiesta de despedida)

d. EVALUACIÓN DEL TALLER

APLICACIÓN POST-TEST

Se apoya en el llenado del Post test con los internos de Psicología del Centro de Salud de Mariano Melgar.

MATERIAL:

- Hojas bond
- plumones
- Lapiceros
- Globos redondos
- Globos pincel
- Inflador
- Radio
- Extensión
- Cd. de música

TIEMPO: 3 horas

DESPEDIDA Y COMPARTIR:

Conversatorio de experiencias sobre todas las sesiones brindadas hasta la fecha; los participantes expresaran como se sintieron en cada sesión y como sienten que se encuentran en estos momentos. Se brinda un pequeño compartir a todos los miembros. Se agradece muy gentilmente la participación de cada uno de los miembros del Club del Adulto Mayor en esta investigación.

Esta despedida termina con muchas fotos y sonrisas.

ANEXO 2

Instrucciones de los juegos y dinámicas trabajadas en las sesiones prácticas del taller de risoterapia.

1. EJERCICIOS DE DESBLOQUEO.

1.1 La Pelota Preguntona

El animador entrega tres pelotas e invita a los presentes sentados en su mismo sitio formando un círculo y explica la forma de realizar el ejercicio. Mientras se escucha una canción la pelota se hace correr de mano en mano hasta que la música deja de sonar y se detiene el ejercicio. La persona que ha quedado con la pelota en la mano se presenta para el grupo: dice su nombre y lo que le gusta hacer en los ratos libres (bailar, cocinar, cantar etc.). El ejercicio continúa de la misma manera hasta que se presenta la mayoría. En caso de que una misma persona quede más de una vez con la pelota, el grupo tiene derecho a hacerle una pregunta.

1.2 Los refranes

El monitor repartirá a cada asistente una tarjeta donde habrá escrita una parte de un refrán popular. Cuando de la señal de inicio cada uno buscará a la persona que tiene la otra parte del refrán; de esta manera, se van formando las parejas que intercambiarán la información y será una forma para continuar conociéndose mejor.

1.3 La caja de las sorpresas

Se prepara una caja (puede ser también una bolsa), con una serie de tiras de papel enrolladas en las cuales se han escrito algunas tareas (por ejemplo: cantar, bailar, silbar, bostezar, etc. Los participantes en círculo. La caja circulara de mano en mano hasta determinada señal (puede ser una música, que se detiene súbitamente). La persona que tenga la caja en el momento en que se haya dado la señal o se haya detenido la música, deberá sacar de las tiras de papel y ejecutar la tarea indicada. El juego continuará hasta que todos los integrantes participen.

1.4 La caja de música

Se prepara con anterioridad una caja con 4 lados iguales; puede servir un dado grande. A quien le toque dirigir el juego, dibuja los números del 1 al 4, uno para un lado, dos para otro, tres para otro lado y por fin 4 para el 4o. lado.

Luego dice a qué equivale cada número: 1 para "reír", 2 para "llorar", 3 para "silbar",

4 para "cantar" (o, estar serio); se toma la cajita, se tira a rodar y cuando se detenga, todos los que están en el círculo del juego deben hacer lo que indique, según el número. Quien se equivoque, sale del juego, al final se reúnen los eliminados para un juego de "penitencia".

1.5 Respiración:

Muchos no lo saben pero una de las fuentes de salud inagotables consiste en respirar bien, pues ayuda a fortalecer la vitalidad de nuestro cuerpo y de nuestra mente beneficiando la circulación.

Cinco pasos para respirar mejor:

1. Parada, con las piernas juntas y los brazos flojos al costado del cuerpo, relajado.
2. Inspirar elevando el tórax y llevando los hombros hacia atrás.
3. Completar con una inspiración corta y comenzar a exhalar muy lentamente por la nariz a medida que bajamos la cabeza, llevando la barbilla al pecho.
4. Los hombros y los brazos vuelven a la posición inicial.
5. Descansar diez segundos, respirando normalmente, y repetir el ejercicio tres veces

1.6 El grito de la selva

Este juego se trata de imaginar de que están perdidos en la selva y vamos a buscar a nuestra familia, estas familias estarán conformadas por seis integrantes del grupo a los cuales se le designara un animal determinado, ahora los animales no saben leer o hablar así que tendrán que encontrarse con el sonido.

Cuando yo indique todos se levantarán de su sitio y comenzarán a hacer el sonido del animal que le toco, mientras van caminando y buscando en el centro de círculo, hasta reunir toda su familia.

1.7 Mira mi cartelito

Cada participante comienza a moverse al ritmo de la música. Cada uno llevará en el pecho uno de las siguientes acciones pero gráficamente y cuando uno se encuentre con otro, hará lo que mira en el cartelito de quien se ha encontrado, los integrantes han de encontrarse con casi todos los miembros del grupo.

- Dame un beso
- Dame un abrazo
- Dame la mano
- Dame las dos manos
- Dame una caricia

- Acaríciame el cabello
- Báilame
- Baila conmigo
- Chócala
- Dedícame una sonrisa
- Guíñame el ojo
- Lánzame un beso con la mano

1.8 ACTO CLOWN: “Ave Fénix”

En esta escena nuestra clown es un adulto mayor, y en ese día se levanta de la cama y se va al mercado para hacer su compra semanal y en este le roban su cartera con todo su dinero, entonces se va a la casa de su hija y se encuentra que su hija la trata mal, le grita el esposo también y la botan como un perro, entonces se va su trabajo y se da con la sorpresa de que han contratado una persona más joven y la despiden, en ese momento se encuentra sola triste reniega de todo lo que le paso y desea con todo el corazón morirse, nunca haber existido, entonces aparece un amigo que viéndola tan triste y llorando le pide que por favor le acompañe a su club del adulto mayor ella no quería pero su amigo insistió tanto que decidió acompañarlo, y en ahí donde la recibieron con tanto cariño escucharon todo lo que le paso, la acompañaron la hicieron reír, y una amiga del grupo le dijo ven si quieres yo te puedo enseñar a hacer adornos que después lo puedes vender, la paso tan bien que se le olvidaron tantas cosas malas que le paso.

Moraleja: Por más que los problemas nos parezcan interminables, ellos tienen un final y una solución, todo depende de nosotros y de las consecuencias de nuestro actuar cotidiano. Valoremos lo que vivimos ahora, valoremos el momento, valoremos estar vivos. Gracias

1.9 Los animales

En la granja de Pepito todas las mañanas se reunían los animales para charlas. El gato sigiloso les espiaba caminando de puntillas. Las gallinas, aleteando, cotilleaban sobre la manera de llegar al bonito estanque que había al otro lado del muro del corral. Una gallina decía: -¡si pudiéramos volar como el pájaro llegaríamos al estanque para bañarnos!-. El caballo, que estaba escuchando les dijo: -Yo sé cómo llegar allí. Subid a mi lomo-. Los pájaros volando, las gallinas aleteando y el caballo trotando llegaron todos al estanque. Con tanto alboroto los cangrejos asustados corrían hacia atrás y los

patos caminaban nerviosos de un lado a otro gritando “cua cua”. Al cabo de un rato, todos los animales se hicieron amigos, y el pato con su andar patoso, el cangrejo con su marcha atrás, el caballo con su trote, la gallina con su aleteo y los pájaros con su vuelo se divertieron todos juntos en el bonito estanque.

- tarjetas de los animales:

- gallina: aleteo con las manos en las axilas, diciendo “coco coco”

- gato: caminar despacio de puntillas, diciendo “miau”

- pájaro: moviendo los brazos abiertos hacia arriba y abajo, diciendo “pio”

- caballo: caminar elevando las rodillas, diciendo “tro tro”

- cangrejo: caminar hacia atrás abriendo y cerrando las manos a modo de pinza, diciendo “cra cra”

- pato: caminar hacia un lado con los pies vueltos hacia fuera, diciendo “cua cua”

Seguidamente se pasa a repartir y explicar a los participantes qué gestos y sonidos se asocian a cada animal, pedir que cada uno haga sus gestos y ruidos correspondientes cuando aparezca el nombre de su animal.

1.10 ACTO CLOWN: “Mi querida Abuela”

Los integrantes del grupo clown realizan una escena acerca de una abuelita y un niño eso se desarrolla en un parque donde la abuelita va todos los días pero a esta abuelita no le gustan los niños ni la bulla y es ahí donde aparece el niño y le pone el nombre de la abuelita mala, porque cuando lo veía jugar le quitaba sus juguetes le gritaba y lo botaba del parque, así pasaron los días hasta que un día había un gatito llorando en el parque era muy chiquito y lo vieron la abuelita y el niño este pensó que la abuelita lo botaría pero paso todo lo contrario la abuelita lo recogió le dio abrió y comida y se lo llevo a su casa y siempre lo traía al parque, entonces el niño se dio cuenta de que la abuelita no era mala si no que lo que necesitaba era cariño era ser escuchada y entendida y desde ese momento la abuelita y el niño cuidaron del gatito y se hicieron buenos amigos.

1.11 ACTO CLOWN: “Aparentemente”

Eran dos adultos mayores que eran vecinos, eran muy buenos amigos y todas las mañanas se encontraban en la tienda comprando el pan, un día José le dijo a María, mi hija no me entiende ella no quiere que haga nada en la casa me siento un inútil no sé qué hacer siento que estorbo y solo doy más trabajo, entonces María le dijo quien

como tu sin embargo yo tengo que cocinar, limpiar y encima ayudar en su trabajo de mi hijo, estoy cansada encima no puedo ni salir porque tengo que cuidar a mis nietos, entonces, José se dio cuenta que era muy afortunado de que su familia sea muy considerado con él, así que se dejó de quejar y hablo con su hija y quedaron que él le podía ayudar a su hija con la limpieza de la casa.

1.12 Corazones rotos

Se repartirán la mitad de hojas en blanco que número de asistentes. Aquellos que reciban una deberán dibujar en el centro un corazón, utilizando marcador rojo. Las hojas con corazones se rasgarán en dos de manera que queden sus bordes irregulares. De esta forma habrá un trozo de papel para cada participante.

Reglas:

- a- Se colocan los papeles en el centro, bien mezclados, sobre una mesa o el suelo.
- b- Se pide a los participantes que cada uno retire un pedazo de papel.
- c- Luego, buscarán al compañero o compañera que tenga la otra mitad, la que tiene coincidir exactamente.
- d- Al encontrarse la pareja, deben conversar por 5 minutos sobre el nombre, datos personales, gustos, experiencias y cuál es el motivo que les ha llevado a participar en el taller.
- e. Al finalizar el tiempo, volverán al grupo general, para presentarse mutuamente y exponer todo aquello que han conocido acerca de sus compañeros.

1.13 Abrazos musicales

En el momento que la música suene los participantes bailarán al ritmo por la habitación. Cuando la música se detenga, cantando como indios cada uno deberá abrazar a otra persona, sin soltarse hasta el momento que de nuevo inicie la música. Cuando suene otra vez los participantes deberán bailar al ritmo por parejas y cuando de nuevo se detenga deberán abrazarse de tres en tres, formando tríos. Así sucesivamente hasta llegar a un abrazo común entre todos. Cuando todos estén unidos deberán cantar al unísono como indios como símbolo del reencuentro de la tribu.

2. EJERCICIOS DINÁMICOS

2.1 Aplastar los globos

Cada uno de los participantes tendrá un globo inflado amarrado en uno de sus tobillos de forma que quede colgando aproximadamente 10 cm. El juego consiste en tratar de

explotar el globo del contrincante sin que le pisen el suyo. Al participante que le exploten el suyo será eliminado.

2.2 Guerra de globos

Cada uno de los participantes tendrá un globo de color inflado en la mano. El coordinador del juego dirá en voz alta dos o tres colores, y esos colores tendrán que pelearse con los globos. Sólo podrán utilizar como medio de contacto físico con el adversario los globos. A la señal, el monitor cambiará el color de los globos.

2.3 Esto es un abrazo

Todos los integrantes del grupo se sientan en sus mismos sitios formando un grupo. Por orden y de uno en uno, le dice cada uno de los integrantes del grupo a la persona que está sentada a su derecha y en voz alta: “¿SABES LO QUE ES UN ABRAZO?”. La persona que está sentada a la derecha de quién realiza la pregunta contesta: “NO, NO LO SÉ”. Entonces se dan un abrazo, y la persona que ha contestado se dirige a la persona anterior y le contesta: “NO LO HE ENTENDIDO, ME DAS OTRO”.

Entonces se vuelven a dar otro abrazo, la persona que le han abrazado, realiza la misma pregunta a su compañero de la derecha, realizando la misma operación que habían realizado anteriormente con él/ella. Así sucesivamente hasta que todos los integrantes del grupo hayan sido abrazados y hayan abrazado. Entre todos los integrantes del grupo, comentaremos la actividad, reflexionaremos sobre cómo nos hemos sentido, si nos ha gustado, si nos pareció divertida, etc.

2.4 Haciendo reír al compañero (a)

Esta dinámica es conocida prácticamente en todos los hogares, y permite crear un clima distendido y de confianza desde el inicio. Se solicitara a los adultos mayores que hagan dos filas y se pongan frente a frente. Durante un minuto o dos, uno se encargara de hacer reír al otro pero haciendo diversos movimientos en la cara, poniendo expresiones graciosas; mientras que el otro tendrá la instrucción de no reírse. Luego se cambian los roles, durante el desarrollo de esta dinámica, se escuchara música para que lo hagan al ritmo de la música. Lo fundamental es ser consciente de que solo con intentar hacer reír a alguien, uno se ríe y disfruta más que siendo espectador. Cuando uno sale de sí mismo para provocar un sentimiento positivo al otro, ya empieza a encontrarse mejor.

2.5 Lo que me gustaría hacer contigo

Para motivar la participación de todos los integrantes, se les pedirá que formen 3

grupos cada grupo formando un círculo, cada grupo distinguido por un color (rojo, azul y amarillo) y se entregara un peluche a cada grupo en forma de perrito, chanchito y gallina y se les preguntara ¿dónde te gustaría acariciarlo? muy bien hazlo, y así sucesivamente se le ira preguntando a todos los integrantes del círculo. Cuando esto termine se les pedirá que realicen la misma caricia, en el mismo lugar que le hicieron al peluche a su compañero de la derecha.

2.6 Describe a tu compañero pasando por la Passarella

Esta dinámica consiste en hacer una descripción general de su compañero (a) mientras este modela por la Passarella recibiendo los aplausos del público (si la persona recibe los aplausos; es índice de que tiene buena autoestima, pero si la persona no recibe los aplausos puede ser índice de una baja autoestima.) Primero se muestra un ejemplo con los clowns, refiriendo su nombre, edad, medidas, número de hijos, nietos, bisnietos, su hobby, comida preferida, entre otras cosas. Luego irán saliendo en parejas y mientras uno va describiendo a su compañero, este va modelando y haciendo mímicas de lo que se expresa de sí mismo, finalmente se invierten los roles.

Una vez que todas las parejas han hablado suficientemente, se reúne nuevamente a todo el grupo y van saliendo al frente por parejas para presentarse mutuamente, primero uno presenta y el otro modela por el auditorio, una vez que es presentado, recibirá cálidos aplausos del público, para esto se traerá ropa o adornos que puedan usar para su desfile.

2.7 El rey”

El rey manda Quien dirige el juego, hace las veces de rey. Todos los demás formarán dos equipos. Cada equipo elige un nombre a fin de favorecer la animación del juego con un barro o hincada a su favor. Cada equipo elige un paje, éste será el único que servirá al rey acatando sus órdenes. El rey pide en voz alta, por ejemplo, un reloj; el paje de cada equipo trata de conseguir el reloj en su equipo, a fin de llevarlo prontamente al rey. Sólo se recibe el regalo del primero que lo entregue. Al final los aplausos se los ganarán el equipo que haya suministrado más objetos.

2.8 Los Números

Se les pide que formen grupos de 10 personas y se les entrega a cada uno de los integrantes de los grupos hojas enumeradas del 0 al 9.

El coordinador dice un número, por ejemplo 972, los que tienen el 9, 7 y el 2 de cada

equipo pasan al frente para acomodarse en el orden debido, llevando el cartel con el número de manera visible. El equipo que forme primero el número será el ganador y se anotara un punto.

2.9 El Bum!!

El instructor pide a los participantes que se sienten en círculo en su mismo sitio y el instructor comenta a los participantes que deben numerarse en voz alta y recordar el número.

Empezaran gritando su número (Ejemplo: UNO el siguiente DOS, el que sigue TRES) Seguido de esto se les reparte a cada participante un globo los cuales deberán de reventar cuando el instructor los señale y deberán gritar BUM!!

El participante que no dice Bum!! O se equivoque en la numeración no recibirá premio. La numeración debe de ser lo más rápido posible y deberán estar atentos a sus números y recordarlo.

2.10 Se murió chicho

Colocados todos en un círculo, en su mismos sitio, un participante inicia la rueda diciendo al que tiene a su derecha "Se murió Chicho", pero llorando y haciendo gestos exagerados. El de la derecha le debe responder lo que se le ocurra, pero siempre llorando y con gestos de dolor.

Luego deberá continuar pasando la "noticia" de que Chicho se murió, llorando igualmente, y así hasta que termine la rueda.

Puede iniciarse otra rueda pero cambiando la actitud. Por ejemplo: riéndose, asustado, nervioso, tartamudeando, borracho, etc. El que recibe la noticia deberá asumir la misma actitud que el que la dice y habrá un premio para quien lo haga mejor.

2.11 Completando frases

Se dividirá en dos grupos a los adultos mayores, cada grupo va a tener que completar una frase que se encontraran escondidos en el ambiente donde se está ejecutando la dinámica, al ubicar las frases u unir las; posteriormente van a tener que completar dichas frases con palabras que ellos crean que encaje en esa frase.

2.12 Bailando

Una grata manera de generar buenas relaciones interpersonales es través del baile; y es por eso que esta dinámica será sobre bailar con tu pareja a todo dar, para ello se contara con música tipo "hora loca" y todos bailaremos al ritmo de la música

2.13 El espejo humano

Consiste en imitar las acciones que el compañero realice. Para ello todos los participantes se colocarán en círculo de forma que todos puedan verse. Una vez colocados empezará a sonar una canción y al ritmo de la canción un primer participante empezará a moverse y hacer gestos. Puede simular una acción cotidiana como lavar, planchar, barrer, bailar o simplemente hacer gestos sin sentido. Una vez haya empezado el resto de compañeros deberá imitarle de la forma más parecida posible intentando no perder el ritmo. Cuando el monitor de una palmada el participante de la derecha se convertirá en el próximo imitador. Se continuará toda la ronda hasta que todos los participantes hayan sido imitados.

Importante: los movimientos no deben ser muy rápidos y deben ser algo repetitivos durante unos segundos para que sea más fácil seguir la imitación.

2.14 La fiesta de disfraces

El monitor llevará una caja llena de sombreros, telas y complementos para disfrazarse. Todos los participantes tendrán dos minutos para caracterizarse con lo que quieran y crear su propio personaje. Al ritmo de la música cada uno de ellos desfilará como si se tratase de un pase de modelos disfrazado y de la forma más absurda posible. Mientras tanto uno de ellos hará el papel de presentador de la gala y al final del desfile dará el premio al modelo más absurdo de la pasarela.

2.15 Imitación de risas

En este ejercicio los participantes se colocarán formando un círculo y con la postura más cómoda y relajada posible. Consistirá en seguir las siguientes instrucciones que dará el monitor con el fin de simular diferentes risas y trabajar el control del diafragma:

1º Empezaremos a toser desde la barriga como si se tratara de una tos de fumador, con el fin de movilizar el músculo del diafragma.

2º Empezaremos a reír como si la risa subiera de los pies a la cabeza, como una ola o una corriente, para acabar en carcajada al llegar a la cabeza.

3º Reír como si la risa saliera del ombligo / de cualquier otra parte del cuerpo.

4º Reír con diferentes vocales: ja / je / ji / jo / ju durante varios minutos.

5º Reír con consonantes: ññññ / mmmm / rrrr / zzzz / etc.

6º Reír con diferentes tonos: flojo/ fuerte / suave / estridente/ alargando / repitiendo etc.

7º Reír como si estuviéramos: bajo el agua / cayendo en paracaídas / en una biblioteca

/ en un espacio con eco.

8º Reír: sin mostrar los dientes / mostrando el máximo de dientes posible.

9º Por último una risa continua: reír sin pausa, bien de forma espontánea o haciendo como si", hasta llegar a un estado mental parecido al de una meditación, trascendiendo pensamientos y resistencias.

3. TÉCNICAS Y HABILIDADES MENTALES

3.1 Consejos positivos

El monitor repartirá a cada asistente una tarjeta al azar donde habrá escrito un consejo positivo para afrontar el día a día de forma optimista. Cada uno deberá escuchar el consejo y decir lo que piensa con sus propias palabras en voz alta al resto de compañeros.

Consejos:

- Disfruta de cada momento y cada detalle como si fuera el último.
- Ríete de ti mismo.
- Cree en ti y en tus capacidades si quieres que los demás también lo hagan.
- Cada día es una ocasión para empezar de nuevo.
- Vístete con colores alegres.
- Mírate al espejo y sonríe, verás lo que transmite tu sonrisa.
- Perdona y pide perdón cuando cometes errores.
- Da oportunidad de conocerte, todo el mundo tiene algo que aportar.
- Haz cosas nuevas, aunque en un principio te den miedo.
- Sueña e ilusíonate por lo que haces.
- Ponte objetivos reales y trata de conseguirlos.
- Alégrate por aquello que sale bien y date algún capricho.
- Expresa tus sentimientos y emociones.
- No te lamente por aquello que ya está hecho e intenta cambiar las cosas,

3.2 liberando tus miedos

El monitor dispone a todos en un círculo cerrado en el que irán entrando uno por uno a la piscina de globos, mientras que los demás iremos tirando los miles de globos hacia el participante del medio para que sienta todos los globos que pasan por su cuerpo, al mismo tiempo se irá reproduciendo una canción relajante para que el participante se relaje y concentre en el contacto con los globos, luego escogerá uno al

azar y le pondrá el nombre de uno de sus pensamientos negativos que más lo(a) persiguen por ejemplo: ira, cólera, tristeza, ansiedad, celos, resentimiento, entre otros. El participante del medio se pondrá en contacto con el globo escogido (color, textura, olor) hasta que pueda reventarlo sintiendo que esa emoción, sentimiento o pensamiento negativo se va con la fuerza del globo con el que se reventó.

3.3 la silla de la autoestima

El monitor dispone cinco seis en círculo con los respaldos hacia el centro, distantes un metro aproximadamente las unas de las otras. Pide a seis voluntarios que las ocupen y les venda los ojos. Pide al resto del grupo que se vayan acercando a cada uno de ellos y les digan las cualidades del tipo que sean que más les gustan de ellos, por ejemplo: “me gusta tu sonrisa, tu forma de vestir, tu simpatía...” procurando ser concretos y/o expresar sus sentimientos positivos hacia ellos. Una vez que todas las personas hayan dado varios elogios a cada una de las personas que están sentadas, cambiamos a estas últimas por nuevos voluntarios, y así sucesivamente, hasta que todos hayan podido recibir los elogios de los demás. Toda la dinámica se irá dando al ritmo de una música relajante que les permite expresarse con mayor facilidad.

3.4 Abrazo terapia

Se disponen a explicar los tipos de abrazo con su respectivo ejemplo:

Abrazo de Oso: En el tradicional abrazo de oso, un abrazador/a usualmente es más alto y corpulento que el otro aunque esto no es necesario para sostener la calidad emocional de un abrazo de oso. El abrazador/a más alto puede estar parado derecho o inclinado sobre el más pequeño, brazos sosteniendo firmemente el cuerpo de la persona procurando tener la cabeza alineada sobre la otra persona o según se pueda. Los brazos deberán sostener cualquier área que sea entre la cintura y el pecho. Ambos cuerpos se aprietan firmemente y puede llegar a durar entre 5 y 10 segundos. La seguridad que se tiene al dar el abrazo es de suma importancia.

Abrazo con Forma de “A”: Ambos de pie, frente a frente, con los brazos alrededor de los hombros, el costado de la cabeza en mutuo contacto y el cuerpo inclinado hacia delante, sin contacto alguno por debajo de los hombros.

Abrazo de Mejilla: El abrazo de mejilla es un gesto muy tierno y suave, que tiene, con frecuencia, una cualidad espiritual. Se lo puede experimentar cómodamente sentado, de pie o hasta con un abrazante sentado y el otro de pie, pues no requiere contacto físico total. Si ambos están sentados, pónganse cómodamente cara a cara.

Cada uno oprimirá la mejilla contra la del otro. Una mano puede estar en la espalda de la pareja; la otra, sirviendo de apoyo a la nuca para contrarrestar la presión de la mejilla. Respire lenta y profundamente. En pocos segundos se sentirá muy distendido. El abrazo de mejilla suele agitar profundos sentimientos de bondad, sobre todo cuando los participantes son amigos íntimos.

Abrazo sándwich: Se trata de un abrazo para tres. Confiere seguridad y transmite solidaridad. Dos están frente a frente; el tercero, en el medio, cara a cara con uno de los otros. Cada miembro exterior rodea la cintura del otro y aprieta. El del centro rodea con los brazos la cintura del abrazante que está frente a sí. Como alternativa, los dos exteriores pueden abrazarse por los hombros y los tres reunir las cabezas. Los cuerpos se tocan cómodamente.

Abrazo de costado: El abrazo de costado o lateral es magnífico para dar y recibir mientras dos caminan juntos. Cuando pasee junto a otra persona, tomados por la cintura o por el hombro, suministre de vez en cuando un generoso apretón.

Abrazo por la espalda: En el abrazo por la espalda (también conocido con el nombre de sujeta-cinturas) el abrazante se aproxima al otro desde atrás, le rodea la cintura con los brazos y lo estrecha con suavidad. El sujeta-cinturas por la espalda es el abrazo perfecto para dedicar a quien está pelando patatas, fregando cacerolas o dedicado a cualquier tarea rutinaria que se realice de pie.

Abrazo de corazón a corazón: Muchos consideran que el abrazo de corazón es la forma más elevada del abrazo. El abrazo de corazón se inicia con un contacto ocular directo, mientras los dos abrazantes permanecen de pie, cara a cara. Luego, los brazos rodean hombros o espalda. Las cabezas se juntan y se establece un contacto físico total. El abrazo es firme, pero suave. En tanto ambos respiran juntos con lentitud y facilidad, se concentran en la ternura que fluye de un corazón al otro. Este tipo de abrazo no tiene límite de tiempo; puede durar varios segundos, anulando todas las distracciones cercanas. El abrazo de corazón es pleno y largo, afectuoso y tierno, abierto y genuino, fuerte y solidario. El abrazo de corazón se basa en ese sitio, en el centro de nuestro ser, donde podemos hallar (si estamos abiertos a él) un amor puro e incondicional.

Abrazo grupal: El grupo se forma en círculo, con los miembros tan próximos como sea posible, brazos rodeando hombros o cinturas; luego aplican una fuerza estrechante. En una de sus variedades, los participantes del abrazo grupal, dispuestos como queda indicado, avanzan hacia el centro, cerrando el círculo; se amontonan durante varios

segundos y luego retroceden, separándose con un grito de alegría, un suspiro o un rápido apretón de despedida. Además de una agradable sensación de apoyo, seguridad y afecto, los abrazos grupales suelen proporcionar una idea de unidad y arraigo universal.

El monitor dispondrá al grupo en parejas, procurando no dejar a nadie suelto, mientras suena el ritmo de la música. Las parejas se dispondrán a bailar y cuando pare la música tendrán que hacer el “Abrazo de Oso”; luego deberán buscar otra pareja para bailar y al para la música deberán hacer otro tipo de abrazo y así sucesivamente hasta que se pasen a realizar los abrazos grupales primero de 3,4,5... hasta todo el grupo donde se finalizaría con esta dinámica.

3.5 Pon atención y mírame

Previamente a la sesión se prepara tarjetas en donde aparezca la imagen de diferentes actividades cotidianas o profesiones. Ejemplo: cocinar, lavar, barrer, policía costurera peluquera, etc.

Se les explica a los participantes que la siguiente actividad tiene como objetivo, el medir sus habilidades para dar y a recibir mensajes sin usar las palabras.

Se forman dos grupos y se les entrega a cada grupo cinco tarjetas. Se solicita una voluntaria por grupo o como el grupo lo decida pueden ser varios y se les indica que sin hablar, sin moverse y utilizando únicamente las expresiones de su rostro y cuerpo trate de realizar la acción que le toco.

Se continúa con el mismo procedimiento hasta que todos los participantes transmitan el mensaje que les fue asignado. Se premia a los participantes que el grupo considere fueron los mejores en transmitir sus mensajes.

3.6 Pobrecito gatito

Se selecciona a un participante y le indica que él será el gato. Asimismo le menciona que deberá actuar como un gato y deberá moverse de un lado a otro hasta detenerse frente a cualquiera de los participantes y hacer muecas y maullar tres veces.

Se explica a los participantes que cuando el gato se pare frente a ellos y maúlle tres veces, la persona deberá acariciarle la cabeza y decirle "pobrecito gatito", sin reírse. El que se ría, pierde y da una prenda, sale del juego o le tocará el turno de actuar como "gato". (Se debe establecer una de las tres normas y decir la condición al principio del ejercicio).

3.7 Expresando tu sentir mediante el arte

Esta dinámica consiste en hacer una manualidad, que en este caso será un portarretrato de palitos de madera de colores en el que cada uno tendrá que armarlo y decorarlo a su gusto y según el sexo de los integrantes del club.

Los materiales como los palitos la pistola de silicona los adornos la cartulina la escarcha, entre otros, serán traídos por los bachilleres de psicología. Ellos irán trabajando sus portarretratos al ritmo de la música de su agrado.

Al culminar todos nos tomaremos una foto con nuestra obra de arte.

3.8 Auto-elogio”

Muchos hemos crecido con la idea de que no es "correcto" el auto elogio o, para el caso, elogiar a otros. Con este ejercicio se intenta cambiar esa actitud al hacer que los participantes compartan algunas cualidades personales entre sí. En este ejercicio, cada persona dirá:

- Dos atributos físicos que me agradan de mí mismo.
- Dos cualidades de personalidad que me agradan de mí mismo.
- Esto ira acompañado de música y aplausos por parte de sus compañeros del club

3.9 Teatro

Se representará una escenificación que lleva por nombre: “¿Así me tratan en mi cuidad?”, el cual estará realizada por los Bachilleres de psicología y el apoyo de algunos adultos mayores, con la finalidad de dar a conocer que las cosas no siempre parecen ser tan malas como las cuentan.

3.10 Matando globos

Se reparte a cada uno de los integrantes un globo grande y se les dice: Ahora mentalmente coloca una experiencia que quieras olvidar a tu globo, aquello que te hace sentir triste (lo que oscurece tu vida en este momento todo lo que te venga a la mente, tus sentimientos, tus pensamientos). Y ahora cuando yo indique y con una sonrisa y un toque de humor intenta romper el globo sin usar las manos, usa tu creatividad.

3.11 Buscando a mi Pareja

El monitor distribuye al grupo en un gran círculo e introduce en una bolsa o caja una serie de parejas de objetos (por ejemplo, caramelos de diferentes colores, globos, figuras geométricas de cartulina, etcétera) equivalente al número de participantes en el grupo. A continuación va pasando la caja para que cada persona coja una pieza sin mirar. A partir de aquí, todas las personas empezaran a andar por el auditorio y tendrán

que buscar a su pareja. Una vez que se encuentren, se sientan juntos y hablan entre ellos diciendo su nombre, sus aficiones, que les gusta hacer en su tiempo libre, etcétera. (Se indica a los miembros del grupo que deben de estar muy atentos ya que luego tendrán que presentar a su compañero ante el público).

3.12 El ciego y la estatua

Este juego consiste en la observación del compañero pero no mediante la vista sino mediante el tacto. Se trabaja por parejas y un miembro de la pareja hará de ciego y el otro de estatua. El ciego se tapará los ojos con una venda o cualquier prenda de ropa de tal forma que no vea nada. El otro miembro de la pareja será la estatua de tal forma que adoptará una figura con su cuerpo sin moverse. El ciego mediante el tacto deberá memorizar su figura y con los ojos vendados tratará de descifrar la posición que adopta imitando a la estatua.

Cuando crea que ha adoptado la posición correcta se destapará los ojos y comprobará si ha acertado o no. Puede ser una postura exacta, una simétrica, o libre pero conservando uno o varios elementos de la estatua. Una vez terminado el ciego y la estatua intercambian los papeles. Importante: el ciego no debe abrir los ojos o quitarse la venda hasta adoptar la postura del compañero que hace de estatua. Una vez finalizado el juego los participantes expondrán las dificultades que hayan surgido durante el juego y expresarán cómo ha sido su experiencia al perder por unos segundos la vista y sólo poder usar como fuente de información el tacto.

3.13 Metas y objetivos

Los participantes se sentarán en el suelo en círculo y uno por uno expondrá al menos un objetivo que le gustaría cumplir una vez finalizado el taller y aplicar a su nueva y optimista etapa de su vida. Cómo me siento Con este último ejercicio se pretende que los participantes expresen uno por uno cuáles han sido sus sensaciones respecto al taller, cómo se sienten después de haber participado, si les ha ayudado o no y cómo se han sentido trabajando con el resto de sus compañeros.

3.14 El tren de las cosquillas

El grupo se coloca haciendo un tren, de pie o sentados, y se agarran por la cintura. Se pone música y el tren se va desplazando y cuando la música se detiene tienen que hacerse cosquillas unos a otros. Cuando el monitor grite “el tren se ha descarrilado” se cambiarán de posición y formarán un nuevo tren.

ANEXO N° 3

INSTRUMENTO

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. Edad

- 60 a 65 años ()
- 66 a 75 años ()
- 76 a 85 años ()
- 86 a más años ()

2. Sexo

- Masculino ()
- Femenino ()

3. Estado Conyugal

- Soltero(a) ()
- Casado(a) ()
- Conviviente ()
- Divorciado ()
- Viudo(a) ()

4. Grado de Instrucción

- Primaria ()
- Secundaria ()
- Superior ()
- Analfabeto ()

5. Actualmente con quien vive

- Con su Esposo (a) e hijos ()
- Solo con su esposo (a) ()
- Con su Hijo (a) ()
- Solo ()
- Con sus Yernos ()
- Con otro familiar ()

ESCALA DE ZUNG

DEPRESIÓN

Nombre: _____

Marque con un círculo el número que se ajuste a su respuesta

	MUY POCAS VECES	ALGUNAS VECES	MUCHAS VECES	CASI SIEMPR E
1. Me siento triste y decaído	1	2	3	4
2. Por las mañanas me siento mejor	4	3	2	1
3. Tengo ganas de llorar y a veces lloro	1	2	3	4
4. Me cuesta mucho dormir por las noches	1	2	3	4
5. Como igual que antes	4	3	2	1
6. Aún tengo deseos sexuales	4	3	2	1
7. Noto que estoy adelgazando	1	2	3	4
8. Estoy estreñado	1	2	3	4
9. El corazón me late más rápido que antes	1	2	3	4
10. Me canso sin motivo	1	2	3	4
11. Mi mente esta tan despejada como antes	4	3	2	1
12. Hago las cosas con la misma facilidad que antes	4	3	2	1
13. Me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto	1	2	3	4
14. Tengo confianza en el futuro	4	3	2	1
15. Estoy más irritable que antes	1	2	3	4
16. Encuentro fácil tomar decisiones	4	3	2	1
17. Siento que soy útil y necesario	1	2	3	4
18. Encuentro agradable vivir	4	3	2	1
19. Creo que sería mejor para los demás si estuviera muerto.	1	2	3	4
20. Me gustan las mismas cosas de antes	4	3	2	1

PUNTAJE TOTAL

CASOS CLINICOS

CASO N° 1

ANAMNESIS

I. DATOS GENERALES

- **Nombres y Apellidos** : Johan P.
- **Edad** : 19 años
- **Fecha de nacimiento** : 19 – 09- 1997
- **Lugar de nacimiento** : Huancayo
- **Grado de instrucción** : Secundaria completa
- **Estado civil** : Soltero
- **Procedencia** : Lima
- **Ocupación** : Estudiante
- **Religión** : Ninguna
- **Informantes** : Su madre, Su tía.
- **Lugar de evaluación** : Casa del evaluado
- **Examinador** : **Luis Miguel Zevallos Huamani**
- **Fecha de valuación** : 12/08/16 – 19/08/16 – 26/08/16 – 03/09/16 –
10/09/16 – 17/09/16

II. MOTIVO DE LA CONSULTA

El paciente es llevado a consulta por la tía, la cual refiere que: *“su sobrino no se relaciona con las demás personas, muestra timidez, además de mostrar inseguridad frente al público, generando en el espasmofemia. La tía solicita ayuda para que pueda mejorar estos aspectos de su personalidad.”*

III. PROBLEMA ACTUAL

El paciente es traído por su tía, debido a que nota cambios en su conducta, ella refiere que cuando el paciente empezó a vivir con ellos, se mostraba amable, respetuoso, tranquilo y tímido, poco comunicativo y desconfiado.

Con el pasar de los meses se tornó desafiante frente a las figuras de autoridad, se exaltaba con facilidad cuando le llaman la atención o no estaban de acuerdo con él en las decisiones que tomaba, mostrando una conducta rebelde y obstinada, llegando a levantar la voz y tornarse violento; ante situaciones que le provocan ansiedad (hablar en público) muestra espasmofemia, esto hace que sienta vergüenza, enojo, que no tenga deseos de relacionarse con los demás; desde la etapa de la infancia, según refiere su mamá, se presenta esta espasmofemia acrecentándose hasta la actualidad, esto hace que busque aislarse tanto de sus amigos como de su familia, el refiere que el único problema que presenta es el del tartamudeo, que si ese problema se resuelve todos los demás problemas se resolverían.

IV. HISTORIA PERSONAL

1. Etapa Prenatal

No fue planificado, no fue deseado por ambos siendo el padre el cual una vez enterado del embarazo de su pareja la abandono. Luego de esto la madre decidió huir de casa a la ciudad de Lima donde estuvo con unos familiares, su padre dejo de enviarle dinero desentendiéndose de ella totalmente, durante los últimos meses de embarazo su madre la busco la cual la apoyo en estos meses hasta el día del nacimiento. La gestación duro 9 meses con controles esporádicos, fue un embarazo riesgoso porque la madre no tenía los recursos para poder alimentarse ya que no tenía apoyo por parte de las dos familias, además del abandono de su pareja. La madre indica que durante ese periodo pensó en abortar, ya que culpaba al bebe por el abandono de su pareja, teniendo sentimientos de tristeza, enojo y culpa.

2. Etapa Natal

El nacimiento fue normal dándose esta en una posta de salud, respiración adecuada y llanto, frecuencia cardiaca normal y pigmentación de la piel rosada, el contacto con la madre fue inmediato recibiendo lactancia hasta los 9 meses. También, recibió sus vacunas correspondientes.

3. Etapa Post-natal Infancia

En esta etapa es donde la madre del paciente conoce a su actual pareja y deciden vivir juntos; el paciente hablo a la edad de 2 años y medio aproximadamente, en los cuales ya formaba frases completas y sencillas. Su desarrollo psicomotor fue progresivo caminando a la edad de 1 año y 6 meses; control de esfínter se dio a la edad de 3 años aproximadamente, siendo el esfínter vesical el primer en ser controlado tanto el diurno como el nocturno, seguidamente controlo el esfínter anal siendo el diurno el primero en ser controlado y luego el nocturno.

4. Etapa Escolar

Empieza inicial a la edad de 5 años, mostrando poca adaptación a este nuevo ambiente, no jugaba mucho con sus compañeros ya que manifiesta que ellos se burlaban de él haciéndolo llorar, por este motivo es que no le gustaba el colegio; durante el nivel primario su rendimiento fue regular, le costaba relacionarse con sus compañeros de salón, en esta etapa el maltrato por parte de sus padres era constante, sufriendo maltrato físico y psicológico; en ocasiones su padrastro lo insultaba y lo hacía sentir mal cuando le decía que no era su hijo, lo golpeaba porque no hacia lo que él le pedía, de igual manera la madre lo golpeaba e insultaba, cuenta la tía en una ocasión, que el paciente se portó mal la madre lo cogió de los cabellos y lo llevo a un silo que estaba cerca de la casa, en donde le puso la cabeza en ese silo haciéndolo comer las heces que se encontraban en ese lugar, cuando la madre fue increpada por sus familiares por este hecho, esta reacciono violentamente al punto de querer agredirlos; En el nivel secundario la relación con sus padres no era muy buena de igual manera la comunicación con sus compañeros de salón no era la adecuada ya que ellos se burlaban por su leve tartamudeo el cual se acrecentaba en situaciones difíciles haciendo que el guarde resentimiento contra ellos, el paciente cuenta que en una ocasión estaba exponiendo y se trababa en algunas palabras lo cual causaba la risa de todos sus compañeros, sintiéndose el muy enojado al punto de querer agredirlos, es por eso que él no les dirigía la palabra ni mucho menos quería sentarse con ellos y optaba por sentarse en la parte de atrás del salón, aislándose del grupo, finalizado el colegio

decidió venir a vivir a la ciudad de Arequipa donde actualmente se encuentra preparándose para ingresar al instituto. En cuanto a la relación con sus profesores, no tuvo muchas complicaciones ya que se supeditaba a seguir lo que le decían.

5. Desarrollo y función sexual

La madre del evaluado conoció a su actual pareja cuando Johan tenía 3 años de edad, hasta antes de esto sufría maltrato por parte de la madre lo cual no cambio cuando esta conoció a su actual pareja, desde un inicio la relación con su padrastro no era buena, recibiendo insultos y maltrato de este, en la etapa de la niñez era testigo como su padrastro insultaba y golpeaba a su madre y que a la vez esta se defendía de la misma manera provocando en él mucho miedo y tristeza, el paciente comenta que se acostumbró a tanta violencia que ya no le interesaba si ellos se agredían o como terminaban.

6. Historia de la Recreación y la Vida

No gustaba de salir a jugar con otros niños de su edad, ya que recibía burlas por parte de estos; ya cuando era adolescente, salía poco con sus compañeros de colegio, la mayoría del tiempo se quedaba en la casa ayudando a su padrastro con su trabajo, no iba a fiestas por prohibición de sus padres.

7. Actividad Laboral

En el mes de agosto empezó a vender productos de una marca de bebidas, para lo cual el dio dinero como inversión, el refería que con esto va ayudar a su madre con los gastos del instituto, lo cual no hizo y solo duro un mes.

8. Servicio Militar

No ha realizado el servicio militar.

9. Religión

El paciente es católico.

10. Hábitos e Influencias nocivas y Tóxicas

Aseo

Su aseo es adecuado, sin embargo, su vestimenta es desalineada, no preocupándose por su imagen.

Alimentación

Su apetito es normal, sin embargo no tiene un horario fijo de comidas.

Sueño

Concilia el sueño con normalidad, aunque su tía refiere que por las noches lo escucha llorar.

Alcohol

Consume alcohol solo en reuniones.

Cigarro

No consume cigarros.

11. Enfermedades y Accidentes

No ha sufrido accidentes ni enfermedades graves, pero si resfríos ocasionales.

12. Personalidad Premorbida

Desde niño se mostró tranquilo, callado, sumiso, poco sociable, la mayor parte del tiempo la pasaba en su casa, es también por esto que no tenía muchos amigos. Era un alumno regular, le gustaba el deporte, el cual lo practicaba en horarios de clases con el profesor. Era un adolescente inseguro, poco comunicativo, le costaba tomar decisiones y era muy susceptible a las críticas con poca tolerancia a la frustración.

Actualmente manifiesta varios de los rasgos descritos, aparenta ser seguro e independiente, sin embargo tiene poco control de sus impulsos y tiene vergüenza de hablar en público por la espasmofemia que presenta.

V. ANTECEDENTES FAMILIARES

La familia está compuesta por la madre, el padrastro, Johan y sus dos hermanos menores, la relación de con su familia es distante ya que ellos actualmente residen en la ciudad de Lima, el vino a Arequipa para estudiar. La madre del evaluado conoció a su actual pareja cuando Johan tenía 3 años de edad, hasta antes de esto sufría maltrato por parte de la madre lo cual no cambio cuando esta conoció a su actual pareja, cuenta en una ocasión que llegaron a pelear al punto de que la madre junto con sus 3 hijos abandono la casa para vivir sola, Johan sintió con esta decisión que las cosas cambiarían para bien, sintiéndose mejor y más tranquilo pero a una semana de dejar la casa su madre decidió regresar con él, trasladándose todos nuevamente con su padrastro lo cual le causo tristeza y enojo; en cuanto a la relación con sus hermanos, él tiene mucho cariño por ellos y esto es reciproco, considerando actualmente que quiere salir adelante por sus hermanos menores y poderles dar lo que a él en su momento no le dieron, por momentos se siente preocupado por sus hermanos ya que tiene la idea de que sus padres siguen peleando y sus hermanos son testigos de esto teniendo el temor que ellos pasen por situaciones similares por las que él paso, es por eso que también uno de sus objetivos es poder ingresar al instituto terminar la carrera para así poder trabajar y traerse a Arequipa a sus hermanos y a su madre; en la etapa de la adolescencia la relación con su padres siguió siendo mala, recibiendo insultos y golpes por parte de ellos, en el colegio sus notas eran regulares mostrando más interés por los cursos de ciencias, durante esta etapa él se sentía poco apreciado y comprendido. En cuanto a su relación en esta etapa con sus coetáneos, tenía muy pocos amigos los cuales en ocasiones se burlaban de el por su leve tartamudeo el cual se acrecentaba cuando tenía que hablar en público o se encontraba en situaciones de mucha ansiedad; en tanto a la relación de pareja, este no la tuvo ya que muestra timidez al entablar conversación con una persona del sexo opuesto, además de mostrar poco interés en este tema ya que priorizaba el tema familiar indicando que en sus planes no está el tener una pareja ya que necesita más tiempo para sus estudios y así poder

brindarle apoyo y cuidados a sus hermanos, Actualmente se está preparando para poder ingresar al instituto Tecsup, ya ha postulado 3 veces sin poder conseguirlo, lo cual ha generado preocupación no solo en él si no a su familia, que le ha pedido buscar otras opciones de estudio pero Johan esta empeinado en ingresar ya que lo ve como el único medio con el cual podría ser un buen profesional y poder ganar más dinero, el refiere que si es bueno en sus cursos y que se prepara bien tanto en la casa como en la academia, pero preguntándole a su tía, ella nos indica que en la casa los días que no tiene que ir a la academia se levanta tarde, duerme hasta el mediodía y no lo ven estudiando lo cual genera dudas si es que está asistiendo a sus clases. Finalmente Johan tiene dudas con las evaluaciones y entrevistas que se le ha hecho, refiriendo que no sabe si esto le ayudara y que solo podrá comprobarlo cuando su timidez de hablar en público y su tartamudez hayan desaparecido, dándole mucha importancia a esto último, teniendo la idea que es la causa de todos sus problemas.

VI. HISTORIA SOCIOECONOMICA

La vivienda donde habita con sus tíos y abuelita en la ciudad de Arequipa es propia de material noble, cuenta con todos los servicios básicos, sus padres le envían dinero mensualmente de la ciudad de Lima, además de recibir el apoyo económico de sus tíos, siendo su condición socio-económica de clase media.

VII. RESUMEN

Johan no fue planificado, ni deseado por ambos, siendo el padre el que abandonara a la madre durante toda la gestación, el nacimiento fue normal. Empezó la etapa inicial mostrando poca adaptación, siendo su rendimiento regular tanto en esta etapa como en el nivel primario, en esta etapa sufrió constantes actos de violencia tanto física como psicológica de parte de su madre y así como de su padrastro, en su adolescencia no tenía muchos amigos ya que recibía burlas por parte de ellos, de igual manera no se relacionó con personas del sexo opuesto por que se sentía incómodo, además de no darle mucha importancia a este tema, la relación con sus profesores era buena ya que él se supeditaba a lo que ellos decían no mostrando un comportamiento negativo en

clases. Actualmente se prepara para ingresar al instituto y poder conseguir un trabajo el cual le genere mucho dinero para así traerse a Arequipa a sus hermanos y a su madre; le cuesta mucho relacionarse con las demás personas, mostrando timidez e inseguridad ante escenarios los cuales le son nuevos haciendo que su comunicación sea poco fluida, constándole dar a conocer sus ideas, vive en la casa de sus tíos los cuales lo apoyan económicamente dándole una calidad de vida adecuada.

Luis Miguel Zevallos Huamaní
Bachiller en Psicología

EXAMEN MENTAL

I. DATOS GENERALES

- **Nombres y Apellidos** : Johan P.
- **Edad** : 19 años
- **Fecha de nacimiento** : 19 – 09- 1997
- **Lugar de nacimiento** : Huancayo
- **Grado de instrucción** : Secundaria completa
- **Estado civil** : Soltero
- **Procedencia** : Lima
- **Ocupación** : Estudiante
- **Religión** : Ninguna
- **Informantes** : Su madre, Su tía.
- **Lugar de evaluación** : Casa del evaluado
- **Examinador** : Luis Miguel Zevallos Huamani
- **Fecha de evaluación** : 12/08/16 – 19/08/16 – 26/08/16 – 03/09/16 –
10/09/16 – 17/09/16

II. MOTIVO DE CONSULTA

El paciente es llevado a consulta por la tía, la cual refiere que: *“su sobrino no se relaciona con las demás personas, muestra timidez, además de mostrar inseguridad frente al público, generando en el espasmofemia. La tía solicita ayuda para que pueda mejorar estos aspectos de su personalidad.”*

III. EVALUACION

De acuerdo a las ares evaluadas se puede apreciar que:

1.- Actitud, porte y comportamiento

Johan aparenta la edad referida, se le nota delgado, ojos pardos, cabello lacio y negro;

se presenta aseado y con postura erguida. Presenta equilibrio y coordinación en sus movimientos. Su actitud en general durante el examen fue organizada y con objetivos definidos.

2.- Atención, conciencia y orientación

- **Atención**

Posee una capacidad de concentración y discriminación normal, la atención voluntaria predominó y se dio de una manera adecuada durante toda la evaluación.

- **Conciencia y Orientación**

Lucido, conectado con su entorno y realidad. Se encuentra orientado en espacio y tiempo, menciona correctamente el lugar donde se encuentra, refiere datos generales y reconoce a las personas de su entorno.

3.- Lenguaje

Su lenguaje expresivo es claro, aunque durante la entrevista tocando temas los cuales le generan ansiedad y temor le cuesta expresar sus ideas generando por momentos espasmo de lengua. Su lenguaje comprensivo no se encontró ningún problema y es acorde a su grado de instrucción.

4.- Pensamiento

El curso de su pensamiento es coherente y organizado, así como la velocidad y contenido de ideas, surgidas de una representación mental adecuada que parten de su imaginación y razonamiento.

5.- Memoria

El paciente no presenta alteración en su memoria ya sea está a corto o a largo plazo, ya que recuerda y evoca adecuadamente circunstancias del día, de la semana y de años anteriores.

En general presenta un adecuado funcionamiento y conservación de su memoria a corto y a largo plazo.

6.- Funciones intelectuales

Posee adecuadas funciones intelectuales ya que abstrae, generaliza y forma juicios y conceptos adecuados, su capacidad de razonamiento es adecuado a su nivel de instrucción.

7.- Sensación, percepción

El paciente no presenta alteraciones de ningún tipo en sus funciones sensitivas y perceptivas ya que reconoció todos los estímulos presentados. Así mismo no refiere haber percibido en algún momento estímulos u objetos extraños o que no existan, no presenta ningún tipo de ilusiones ni alucinaciones.

8.- Afectividad, estado de ánimo

Johan se mostró al inicio tranquilo, mientras transcurría la entrevista fue dando muestras de tristeza e inseguridad al recordar momentos duros para él durante su crecimiento, evidenciando actualmente timidez, poca apreciación por sí mismo, así como escasas relaciones interpersonales. No muestra ser muy afectivo, evidencia cierta incomodidad con este tema, no obstante las pocas muestras de afecto se manifiestan en un saludo, siendo cordial y amable al momento de pedir algo diciendo un “por favor” y dando las “gracias”.

9.- Voluntad

El paciente muestra voluntad y disposición para realizar las cosas, teniendo como meta el salir adelante y darle un mejor estilo de vida a su familia.

10.- RESUMEN

Johan aparenta la edad referida, de contextura delgada, ojos pardos y cabello negro. Durante la evaluación se mostró colaborador con las indicaciones dadas. No tiene problemas de atención y concentración, muestra tener una conciencia lucida y ubicación en tiempo y espacio. Su lenguaje es adecuado siendo poco claro en situaciones adversas las cuales le generen ansiedad. Su pensamiento es coherente y adecuado así como su memoria a corto y a largo plazo, además de no tener complicaciones con sus funciones intelectuales ya que abstrae, generaliza y forma juicios además de conceptos. No presenta alteraciones de sus funciones sensitivas y perceptivas, reconociendo los estímulos presentados. Finalmente se mostró inseguro durante la entrevista cuando este recordaba etapas violentas las cuales paso con su familia durante su formación, fuera de todo esto mostro colaboración y mucha voluntad a realizar las tareas encomendadas teniendo metas definidas y asegurando que esto es para bienestar suyo y el de su familia.

Luis Miguel Zevallos Huamaní
Bachiller en Psicología

INFORME PSICOMETRICO

I. DATOS GENERALES

- **Nombres y Apellidos** : Johan
- **Edad** : 18
- **Fecha de nacimiento** : 19 – 09- 1997
- **Lugar de nacimiento** : Huancayo
- **Grado de instrucción** : Secundaria completa
- **Estado civil** : Soltero
- **Procedencia** : Lima
- **Ocupación** : Estudiante
- **Religión** : Ninguna
- **Informantes** : Su madre, Su tía.
- **Lugar de evaluación** : Casa del evaluado
- **Examinador** : Luis Miguel Zevallos Huamani
- **Fecha de evaluación** : 12/08/16 – 19/08/16 – 26/08/16 – 03/09/16 –
10/09/16 – 17/09/16

II. MOTIVO DE EVALUACION

El paciente es llevado a consulta por la tía, la cual refiere que: *“su sobrino no se relaciona con las demás personas, muestra timidez, además de mostrar inseguridad frente al público, generando en el espasmofemia. La tía solicita ayuda para que pueda mejorar estos aspectos de su personalidad.”*

III. TECNICAS O INSTRUMENTOS PSICOLOGICOS UTILIZADOS

- Observación
- Entrevista
- Pruebas Psicológicas
 - Escala de Adaptaciones Magallanes - EMA

- Análisis Caracterológico – Rene le Senne
- Test Proyectivo de la Figura Humana de Karen Machover
- Inventario Multifasico de la Personalidad - MINIMULT

IV. OBSERVACION DE LA CONDUCTA

El paciente aparenta la edad de 18 años, de contextura delgada, mide aproximadamente 1.65cm, muestra un adecuado aseo personal, se le observa tímido y poco comunicativo al inicio de la entrevista pero mientras transcurre el tiempo va ganando seguridad, no hace contacto visual con rapidez, su tono de voz es adecuado, no obstante su comunicación es poco fluida mostrando espasmofemia, entiende y se deja entender sin dificultad.

Su postura es normal, su marcha es adecuada; muestra en todo momento colaboración en la entrevista, aunque se le nota desconfiado y dubitativo con las sesiones. Al aplicar las pruebas se le nota concentrado y atento, no necesitando que se le repita las instrucciones nuevamente.

V. ANALISIS E INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS

- Escala de Adaptaciones Magallanes – EMA

1.- Ámbito Familiar (A.F.)

Adaptación al Padre – P. D. 36 Centil 5 – Muy Bajo **Adaptación a la Madre** – P.D. 55 Centil 35 - Bajo

El paciente presenta poca adaptación y ajuste en cuanto a la relación con sus padres, lo cual se refleja en la escasa comunicación entre ellos y la pésima calidad de las relaciones entre el sujeto y sus padres.

2.- Ámbito escolar (A.E.)

Adaptación a Profesores – P.D. 26 Centil 45 – Medio
Adaptación a Compañeros – P.D. 15 Centil 5 – Muy Bajo

Adaptación General – P.D. 18 Centil 70 – Alto

Según la puntuación obtenida el paciente muestra tener una adecuada adaptación a sus profesores, lo cual nos indica un buen ajuste ante las reglas y normas puestas por los profesores y/o figura de autoridad. En contraste refleja poca adaptabilidad a sus compañeros, reflejando sus pocas relaciones interpersonales prefiriendo aislarse del grupo. Finalmente el paciente valora positivamente su educación y la considera útil para su desenvolvimiento social.

3.- Ámbito Personal (A.P.)

Adaptación Personal – P.D. 42 Centil 20 Bajo

Maneja un mal autoconcepto y desarrollo personal, demuestra una baja asertividad, escasa autoestima, le cuesta adaptarse a su entorno y comunicarse.

- **Análisis Caracterológico - Rene Le Senne**

Pasional (E A S) Emotivo Activo Secundario

Muestra amabilidad y cordialidad con tendencia a la empatía, frente a las injurias se enciende interiormente, si se repite estalla en una tempestad de ira duradera; le cuesta mucho olvidar una ofensa y perdonar. Constante en la acción, inmutable en sus juicios a veces hasta la testarudez no canalizando bien sus impulsos. Es honrado y digno de confianza, ordenado y sencillo poco efusivo. Tendencia a particularizar los hechos y las situaciones, tiene reacciones fuertes y repentinas. Siempre planifica demasiado sin llegar a concretar sus proyectos.

- **Test Proyectivo de la Figura Humana de Karen Machover**

Muestra poco control de impulsos, ante insultos o burlas muestra agresividad inmediata, no sabiendo controlarse mucho menos canalizar esta energía negativa. Tiene pocas herramientas para el contacto social trayendo como resultado su aislamiento del grupo, no obstante dispone de una alegría natural la cual por momentos se diluye cuando el paciente recuerda las escenas de violencia por las cuales paso. No presta mucha importancia al aspecto personal en cuanto a la imagen, no obstante es

aseado; Finalmente es cerrado en sus ideas llegando a ser testarudo, en ocasiones está a la defensiva ante un medio social el cual represente una amenaza para él.

- **Inventario Multifasico de la Personalidad - MINIMULT**

ESCALAS	L	F	K	Hs	D	Hi	Dp	Pa	Pt	ES	Ma
Puntuación Directa	1	5	4	5	11	13	12	9	14	14	8
Puntuación MM	4	14	10	12	33	30	30	21	34	40	22
Añadir K				5			4		10	10	2
Puntaje Corregido	4	14	10	17	33	30	34	21	44	50	24
Puntaje T	50	76	46	58	89	75	86	88	93	103	68

- **Escala L** “Mentira”, obtiene un puntaje de 4, es decir, le cuesta dar respuestas socialmente aceptables ante los demás, tratando de mantener parámetros moralistas.
- **Escala F** “Validez”, obtuvo un puntaje de 14, ha mantenido una serie de vivencias, además de síntomas poco usuales, lo cual sería un indicativo de problemas psiquiátricos.
- **Escala k** “Corrección”, puntaje de 10, mantiene problemas de autoestima, dificultad en manejar sus problemas emocionales llevándolo a discutir sobre esto.
- **Escala Hs** “Hipocondría”, obtuvo un puntaje de 17, muestra ligera preocupación acerca de las funciones de su organismo y su salud.
- **Escala D** “Depresión”, puntaje de 33, muestra tener depresión severa, además de preocupaciones constantes, indeciso y pesimista con sus ideas y proyectos emprendidos.

- **Escala Hi** “Histeria”, puntaje de 30, rasgos de inmadurez, además de mostrar exigencia ante temas triviales, reflejando molestia cuando estas exigencias no son cumplidas por las personas que lo rodean.
- **Escala Dp** “Desviación Psicopática”, puntaje de 34, se siente inconforme con lo que ha conseguido, además es caprichoso y poco serio con sus decisiones. Perturbado en sus relaciones sociales y familiares teniendo sentimientos superficiales ante esto.
- **Escala Pa** “Paranoide”, puntaje de 21, Resentimiento y suspicacia hacia los demás, quizás al punto de la fijación de las falsas creencias y la conspiración en contra de él.
- **Escala Pt** “Psicastenia”, puntaje de 44, muestra tener probables obsesiones, compulsiones o fobias, además de sentimientos de culpa. Se siente agitado y temor ante ambientes que no le son familiares.
- **Escala Es** “Esquizofrenia”, puntaje de 50”, Probables sentimientos de irrealidad, así como pensamientos e ideas negativas o confusas.
- **Escala Ma** “Manía”, puntaje de 24, Muestra tener entusiasmo y energía por diversos temas, no siendo bien canalizar adecuadamente dicha energía perdiéndose en el camino.

VI. RESUMEN

El paciente muestra poca adaptación en cuanto a la relación con sus padres, sin embargo tiene una apropiada adaptación a sus profesores a los cuales ve como figuras de autoridad siguiendo indicaciones dadas por ellos, en contraste siente incomodidad en la mayoría de relaciones con personas de su misma edad que siente que se burlan de él, lo cual hace que se aislé del grupo. Muestra tener poca asertividad, escasa autoestima costándole adaptarse a su entorno y por der establecer comunicación con otras personas, no obstante muestra cordialidad y es amable una vez entablada la conversación.

Impulsivo, se enciende interiormente frente a las burlas, le cuesta mucho olvidar las ofensas y perdonar, además de particularizar los hechos y situaciones. No le da mucha importancia al aspecto personal en cuanto a su imagen pero si mantiene un aseo

adecuado, llegar cerrarse en sus ideas al punto de la testarudez mostrándose a la defensiva, teniendo reacciones fuertes e inesperadas.

Finalmente muestra ligera preocupación por su salud, rasgos de depresión, además de preocupaciones constantes, indeciso y pesimista con sus proyectos. Caprichoso y poco serio con sus decisiones, resentimiento y suspicacia hacia los demás, quizás al punto de la fijación de las falsas creencias y la conspiración en contra de él.

Luis Miguel Zevallos Huamaní
Bachiller en Psicología

INFORME PSICOLOGICO

I. DATOS GENERALES

- **Nombres y Apellidos** : Johan
- **Edad** : 18
- **Fecha de nacimiento** : 19 – 09- 1997
- **Lugar de nacimiento** : Huancayo
- **Grado de instrucción** : Secundaria completa
- **Estado civil** : Soltero
- **Procedencia** : Lima
- **Ocupación** : Estudiante
- **Religión** : Ninguna
- **Informantes** : Su madre, Su tía.
- **Lugar de evaluación** : Casa del evaluado
- **Examinador** : Luis Miguel Zevallos Huamani
- **Fecha de evaluación** : 12/08/16 – 19/08/16 – 26/08/16 – 03/09/16 –
10/09/16 – 17/09/16

II. MOTIVO DE LA CONSULTA

El paciente es llevado a consulta por la tía, la cual refiere que: *“su sobrino no se relaciona con las demás personas, muestra timidez, además de mostrar inseguridad frente al público, generando en el espasmofemia. La tía solicita ayuda para que pueda mejorar estos aspectos de su personalidad.”*

III. INSTRUMENTOS UTILIZADOS

- Observación
- Entrevista
- Pruebas Psicológicas
 - Escala de Adaptaciones Magallanes - EMA

- Análisis Caracterológico – Rene le Senne
- Test Proyectivo de la Figura Humana de Karen Machover
- Inventario Multifasico de la Personalidad - MINIMULT

IV. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

No fue planificado, no fue deseado por ambos siendo el padre el cual una vez enterado del embarazo de su pareja la abandono. Luego de esto la madre decidió huir de casa a la ciudad de Lima donde estuvo con unos familiares, su padre dejo de enviarle dinero desentendiéndose de ella totalmente, durante los últimos meses de embarazo su madre la busco la cual la apoyo en estos meses hasta el día del nacimiento. El nacimiento fue normal dándose esta en una posta de salud, respiración adecuada y llanto, frecuencia cardiaca normal y pigmentación de la piel rosada, el contacto con la madre fue inmediato.

Hablo a la edad de 2 años y medio aproximadamente, en los cuales ya formaba frases completas y sencillas. Su desarrollo psicomotor fue progresivo caminando a la edad de 2 año y 6 meses; control de esfínter se dio a la edad de 3 años aproximadamente, siendo el esfínter vesical el primer en ser controlado tanto el diurno como el nocturno, seguidamente controlo el esfínter anal siendo el diurno el primero en ser controlado y luego el nocturno. La madre del evaluado conoció a su actual pareja cuando Johan tenía 3 años de edad, hasta antes de esto sufría maltrato por parte de la madre lo cual no cambio cuando esta conoció a su actual pareja, desde un inicio la relación con su padrastro no era buena, recibiendo insultos y maltrato de este. Empieza inicial a la edad de 5 años, mostrando poca adaptación a este nuevo ambiente, no jugaba mucho con sus compañeros ya que manifiesta que ellos se burlaban de él haciéndolo llorar, por este motivo es que no le gustaba el colegio; durante el nivel primario su rendimiento fue regular, le costaba relacionarse con sus compañeros de salón, en el nivel secundario la relación con sus padres no era muy buena de igual manera la comunicación con sus compañeros de salón no era la adecuada ya que ellos se burlaban por su leve tartamudeo el cual se acrecentaba en situaciones difíciles haciendo que el guarde resentimiento contra ellos.

La familia está compuesta por la madre, el padrastro, Johan y sus dos hermanos menores, la relación de con su familia es distante ya que ellos actualmente residen en la ciudad de Lima, el vino a Arequipa para estudiar. La madre del evaluado conoció a su actual pareja cuando Johan tenía 3 años de edad, hasta antes de esto sufría maltrato por parte de la madre lo cual no cambio cuando esta conoció a su actual pareja, cuenta en una ocasión que llegaron a pelear al punto de que la madre junto con sus 3 hijos abandono la casa para vivir sola, Johan sintió con esta decisión que las cosas cambiarían para bien sintiéndose mejor y más tranquilo pero a una semana de dejar la casa su madre decidió regresar con él, trasladándose todos nuevamente con su padrastro lo cual le causo tristeza y enojo; ; en cuanto a la relación con sus hermanos, él tiene mucho cariño por ellos y esto es reciproco, considerando actualmente que quiere salir adelante por sus hermanos menores y poderles dar lo que a él en su momento lo le dieron, por momentos se siente preocupado por sus hermanos ya que tiene la idea de que sus padres siguen peleando y sus hermanos son testigos de esto teniendo el temor que ellos pasen por situaciones similares por las que él paso, es por eso que también uno de sus objetivos es poder ingresar al instituto terminar la carrera para así poder trabajar y traerse a Arequipa a sus hermanos y a su madre.

En cuanto a la relación con sus coetáneos, tenía muy pocos amigos los cuales en ocasiones se burlaban de el por su leve tartamudeo el cual se acrecentaba cuando tenía que hablar en público o se encontraba en situaciones de mucha ansiedad; en tanto a la relación de pareja, este no la tuvo ya que muestra timidez al entablar conversación con personas del sexo opuesto, además de mostrar poco interés en este tema ya que priorizaba el tema familiar indicando que en sus planes no está el tener una pareja ya que necesita más tiempo para sus estudios y así poder brindarle apoyo y cuidados a sus hermanos. Actualmente se está preparando para poder ingresar al instituto, está empeñado en poder lograrlo no buscando otras alternativas, mostrándose terco y obstinado con este tema.

V. OBSERVACIONES CONDUCTUALES

El paciente aparenta la edad de 18 años, de contextura delgada, mide aproximadamente 1.65cm, muestra un adecuado aseo personal, se le observa tímido y poco comunicativo

al inicio de la entrevista pero mientras transcurre el tiempo va ganando seguridad, no hace contacto visual con rapidez, su tono de voz es adecuado, no obstante su comunicación es poco fluida mostrando espasmofemia, entiende y se deja entender sin dificultad.

Su postura es normal, su marcha es adecuada; muestra en todo momento colaboración en la entrevista, aunque se le nota desconfiado y dubitativo con las sesiones. Al aplicar las pruebas se le nota concentrado y atento, no necesitando que se le repita las instrucciones nuevamente.

VI. ANALISIS E INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS

El paciente presenta poca adaptación y ajuste en cuanto a la relación con sus padres y su entorno, sin embargo sigue las normas y reglas impuestas por las figuras de autoridad. Escasas habilidades sociales constándole entablar relaciones con otras personas prefiriendo aislarse del entorno. Tiene un mal autoconcepto y desarrollo personal, demostrando baja asertividad, escasa autoestima constándole comunicarse. Es amable y cordial con tendencia a la empatía, frente a injurias se enciende interiormente, mostrando impulsividad y agresión, le cuesta mucho olvidar las ofensas y perdonar; Tendencia a particularizar los hechos y las situaciones teniendo reacciones fuertes y repentinas, planifica demasiado sin llegar a concretar lo planteado. No presta mucha importancia al aspecto personal en cuanto a la imagen, no obstante es aseado; es cerrado en sus ideas llegando a ser testarudo, en ocasiones está a la defensiva ante un medio social el cual represente una amenaza para él.

Dificultad para manejar problemas emocionales llevándolo a tener baja autoestima además de preocupaciones constantes, indeciso y pesimista; presenta rasgos de inmadurez, es exigente con temas poco importantes llegando a molestarse cuando estos no se concretan o no recibe apoyo, se empecina con una idea llegando a ser testarudo, además de caprichoso y poco serio cuando de tomar una decisión se trata. Resentimiento y suspicacia hacia los demás, quizás al punto de la fijación de las falsas creencias y la conspiración en contra de él. Tiene sentimientos de culpa por acciones del pasado, así como pensamientos e ideas negativas, sin embargo muestra tener

entusiasmo y energía por diversos temas, no siendo bien canalizado perdiéndose en el camino.

VII. DIAGNOSTICO

El paciente muestra tener sensibilidad excesiva a los contratiempos y desaires que pueda experimentar, además de ser Incapaz de perdonar agravios o perjuicios que pueda recibir y predisposición a rencores persistentes. Es suspicaz con tendencia generalizada a distorsionar las experiencias propias, interpretando las manifestaciones neutrales o amistosas de los demás como hostiles o despectivas. Preocupación por conspiraciones sin fundamentos de acontecimientos del entorno inmediato o del mundo en general. Debido a esto el paciente presenta rasgos de Trastorno Paranoide de la Personalidad (F60.0)

VIII. PRONOSTICO

Favorable. A pesar de las dificultades para controlar su impulsividad, sus ideas irreales de conspiración y sus relaciones interpersonales, muestra voluntad para superarse y seguir la psicoterapia, de igual manera recibe el apoyo de sus tíos y abuela con los cuales convive actualmente.

IX. RECOMENDACIONES

- Realizar Terapia Cognitivo Conductual para que el paciente pueda cambiar qué piensa de sí mismo, de otras personas y en general de su entorno; además de la Terapia Racional Emotiva la cual se centra en la evaluación de los hechos con lo cual se buscaría un cambio en su pensamiento y sentimientos.
- Orientar a la familia a que puedan apoyar al paciente ya que ellos son las primeras personas con la cual el paciente tiene contacto.

Luis Miguel Zevallos Huamaní

Bachiller en Psicología

PLAN PSICOTERAPEUTICO

I. DATOS GENERALES

- **Nombres y Apellidos** : Johan
- **Edad** : 18
- **Fecha de nacimiento** : 19 – 09- 1997
- **Lugar de nacimiento** : Huancayo
- **Grado de instrucción** : Secundaria completa
- **Estado civil** : Soltero
- **Procedencia** : Lima
- **Ocupación** : Estudiante
- **Religión** : Ninguna
- **Informantes** : Su madre, Su tía.
- **Lugar de evaluación** : Casa del evaluado
- **Examinador** : Luis Miguel Zevallos Huamani
- **Fecha de evaluación** : 12/08/16 – 19/08/16 – 26/08/16 – 03/09/16 – 10/09/16 – 17/09/16

II. DIAGNOSTICO PSICOLOGICO

El paciente muestra tener sensibilidad excesiva a los contratiempos y desaires que pueda experimentar, además de ser Incapaz de perdonar agravios o perjuicios que pueda recibir y predisposición a rencores persistentes. Es suspicaz con tendencia generalizada a distorsionar las experiencias propias, interpretando las manifestaciones neutrales o amistosas de los demás como hostiles o despectivas. Preocupación por conspiraciones sin fundamentos de acontecimientos del entorno inmediato o del mundo en general. Debido a esto el paciente presenta Trastorno Paranoide de la Personalidad (F60.0)

III. OBJETIVOS PSICOTERAPEUTICOS

Objetivo General

- Buscar que el paciente cambie su manera de pensar así como también sus sentimientos con respecto a otras personas y el mundo que lo rodea buscando una mejor adaptación a su entorno.

Objetivos Específicos

- Lograr un mejor desenvolvimiento frente a su medio social, familia, amigos y medio social.
- Alcanzar un mejor control de sus impulsos, mejorando su asertividad y comunicación.
- Crear herramientas para poder entablar relaciones interpersonales sin dificultad, así buscar la interacción en su medio social y laboral.
- Incorporar nuevas estrategias para mejorar la capacidad de toma de decisiones.

IV. DESCRIPCION DEL PLAN TERAPEUTICO

N° SESION	Técnica	Objetivos	Descripción
1	Terapia Racional	Concientizar al paciente sobre su enfermedad y necesidad de Psicoterapia.	Convencer racionalmente al paciente de que se encuentra atravesando una etapa de trastorno de la personalidad paranoide y para poder revertir esto necesita de apoyo profesional.
2	Terapia Conductual	Disminuir la ansiedad del paciente ante la crítica.	La intervención se centra en disminuir la ansiedad, elaborando una jerarquía de temores, aplicando a la vez técnicas de relajación muscular.

3	Terapia Cognoscitiva	Liberar al paciente de la desconfianza, lo que le permitirá compartir la ansiedad sin temor a la humillación o el maltrato.	El primer paso es establecer una relación terapéutica colaboradora, seguidamente debemos acercarnos a problemas más periféricos y luego hacia los problemas más centrales de esta manera el paciente cobrara conciencia de como inciden sus esquemas paranoides en estos problemas.
4	Entrenamiento en Habilidades Sociales	Lograr respuestas específicas a las exigencias que plantean las situaciones, con lo cual desarrollaremos un repertorio de conductas sociales.	Observar la adecuada ejecución de una conducta aceptable, además de practicarla y corregirla hasta perfeccionarla, recibiendo reforzamiento y practicar los más posible en situaciones variadas y reales.
5	Autosugestión	Habituarse al paciente en el discurrir de ideas positivas y optimistas sobre sí mismo.	Se le adiestra en formulaciones de autoaceptación y autoestima que deberá de repetirse así mismo.
6	Toma de Decisiones	Lograr que el paciente adquiera estrategias que le permitan mejorar su capacidad en la toma de decisiones.	Enseñar al paciente hacer una pauta antes de abordar el problema, ayudándolo a jerarquizar según prioridades, luego eligiendo según su análisis racional la más adecuada.
7	Terapia Racional Emotiva	Generar habilidades de afrontamiento cognitivo para plantear su situación desde otro punto de vista y darle más alternativas.	Llevar un diario donde anotara las situaciones en las cuales se sentía mal, cada situación del paciente sería analizada y discutida, de esta manera se reemplazaba por otras más funcionales que no generen emociones negativas las cuales eran seleccionadas

			por el paciente, seguidamente se analizaba la alternativa sugerida por este.
--	--	--	--

V. TIEMPO DE EJECUCION

El plan Psicoterapéutico está programado para un periodo de 13 sesiones con una programación de una vez por semana, con una duración de 45 min.

VI. AVANCES Y LOGROS OBTENIDOS

- Empezó a creer que puede cambiar y tener un mejor autoconcepto de sí mismo.
- Es consiente que tiene un problema y quiere cambiar para mejorar.

Luis Miguel Zevallos Huamaní
Bachiller en Psicología

ANEXOS

NOMBRES Y APELLIDOS S. González EDAD 19
 SEXO masculino GRADO DE INSTRUCCION 5. completa
 LUGAR

D = 10
 N = 0

ENCIERRE CON UN CIRCULO SU RESPUESTA ELEGIDA

1. DNC	2. DN	3. DN	4. DN	5. DN	6. DN	7. DN	8. DN
11. DN	12. ND	13. ND	14. ND	15. DN	16. DN	17. DN	18. DN
21. DNC	22. DN	23. NCD	24. ND	25. DN	26. DN	27. DNC	28. DN
31. DN	32. ND	33. ND	34. ND	35. ND	36. DN	37. DN	38. NCD
41. DNC	42. ND	43. DN	44. ND	45. DN	46. DN	47. DN	48. DN
51. DN	52. DN	53. DN	54. ND	55. DN	56. DN	57. DNC	58. DN
61. DN	62. DN	63. ND	64. ND	65. ND	66. ND	67. DN	68. DN
71. DNC	72. ND	73. DN	74. ND	75. DN	76. DN	77. DN	78. ND
81. DN	82. DN	83. DN	84. ND	85. DN	86. DN	87. DN	88. DN
91. DN	92. DN	93. DN	94. ND	95. DN	96. DN	97. DN	98. ND

85 60 60 30 40 20 80 51

Sólo para ser llenado por el EXAMINADOR

E	A	S	C/C	C/D	Av	Af	TT
1. 10	2. 0	3. 10	4. 10	5. 0	6. 0	7. 0	8. 0
11. 10	12. 10	13. 10	14. 0	15. 0	16. 0	17. 10	18. 10
21. 5	22. 10	23. 0	24. 0	25. 10	26. 0	27. 10	28. 10
31. 10	32. 0	33. 10	34. 0	35. 0	36. 0	37. 10	38. 5
41. 10	42. 0	43. 10	44. 10	45. 0	46. 0	47. 10	48. 10
51. 10	52. 10	53. 0	54. 0	55. 0	56. 0	57. 10	58. 0
61. 10	62. 10	63. 0	64. 0	65. 0	66. 0	67. 10	68. 10
71. 10	72. 0	73. 0	74. 0	75. 10	76. 10	77. 0	78. 0
81. 0	82. 10	83. 10	84. 10	85. 10	86. 10	87. 10	88. 10
91. 10	92. 10	93. 10	94. 0	95. 10	96. 0	97. 10	98. 0

GRAFICA INTERIOR

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
E
A
S
C/C
C/D
Av
Af
TT

DIAGNOSTICO

Fórmula : EAS

Tipo : PERSONAL

Fórmula :

Sub - tipo :

ASPECTOS TENDENCIALES POSITIVOS

EMA – HOJA DE RESPUESTAS

Apellidos y Nombres: Edad: 19 Sexo: ☒ F
 Año de Estudios: Institución Educativa:
 Fecha de evaluación: Fecha de nacimiento:
 Evaluador:

A.F					A.E.					A.P.							
	NUNCA	POCAS VECES	CON FRECUENCIA	MUCHAS VECES	SIEMPRE		NUNCA	POCAS VECES	CON FRECUENCIA	MUCHAS VECES	SIEMPRE		NUNCA	POCAS VECES	CON FRECUENCIA	MUCHAS VECES	SIEMPRE
1		X				1				X		1		X			
2			X			2				X		2			X		
3			X			3				X		3			X		
4		X				4				X		4			X		
5	X					5				X		5			X		
6			X			6				X		6			X		
7			X			7				X		7			X		
8			X			8				X		8			X		
9			X			9				X		9			X		
10			X			10				X		10			X		
11			X			11				X		11			X		
12			X			12				X		12			X		
13			X			13				X		13			X		
14			X			14				X		14			X		
15			X			15				X		15	X				
16			X			16				X		16			X		
17			X			17				X		17			X		
18			X			18				X		18			X		
19			X			19	X					19			X		
20			X			20				X		20			X		
21			X			21				X		21			X		
22			X			22				X		22			X		
23			X			23				X		23			X		
24			X			24				X		24			X		
25			X			25				X		25			X		
26			X			26				X		26			X		
27			X			27				X		27			X		
28			X			28				X		28			X		
29			X			29				X		29			X		
30			X			30				X		30			X		
31			X			31				X		31			X		
32			X														
33			X														
34			X														
35			X														
36			X														
37			X														
38			X														
39			X														
40			X														

Escalas	P.D.	P.C.	Interpretación
A.P. 1 → 20	35	5	Muy Bajo
A.F. 21 → 40	55	35	Bajo
A.P. 1 → 14			Activar Windows
A.E. 15 → 25	18	20	Configuración de PC para ac
A.G. 26 → 31			
A.P. 1 → 19	42	20	Bajo

INVENTARIO MULTIFÁSICO DE PERSONALIDAD (MMPI)

MINI MULT

(Hoja de Respuesta)

Nombres y apellidos: <u>h. s. m.</u>				Edad: <u>19</u>			
Estado Civil: <u>soltero</u>				Grado de Instrucción: <u>S. Completo</u>			
Ocupación: <u>Estudiante</u>				Fecha de examen:			

1. V <input checked="" type="checkbox"/>	13. <input checked="" type="checkbox"/> F	25. <input checked="" type="checkbox"/> F	37. <input checked="" type="checkbox"/> F	49. <input checked="" type="checkbox"/> F	61. <input checked="" type="checkbox"/> F
2. <input checked="" type="checkbox"/> F	14. <input checked="" type="checkbox"/> F	26. <input checked="" type="checkbox"/> F	38. V <input checked="" type="checkbox"/>	50. V <input checked="" type="checkbox"/>	62. <input checked="" type="checkbox"/> F
3. V <input checked="" type="checkbox"/>	15. <input checked="" type="checkbox"/> F	27. <input checked="" type="checkbox"/> F	39. <input checked="" type="checkbox"/> F	51. <input checked="" type="checkbox"/> F	63. V <input checked="" type="checkbox"/>
4. <input checked="" type="checkbox"/> F	16. <input checked="" type="checkbox"/> F	28. <input checked="" type="checkbox"/> F	40. V <input checked="" type="checkbox"/>	52. V <input checked="" type="checkbox"/>	64. V <input checked="" type="checkbox"/>
5. <input checked="" type="checkbox"/> F	17. <input checked="" type="checkbox"/> F	29. V <input checked="" type="checkbox"/>	41. V <input checked="" type="checkbox"/>	53. <input checked="" type="checkbox"/> F	65. <input checked="" type="checkbox"/> F
6. <input checked="" type="checkbox"/> F	18. V <input checked="" type="checkbox"/>	30. V <input checked="" type="checkbox"/>	42. <input checked="" type="checkbox"/> F	54. <input checked="" type="checkbox"/> F	66. <input checked="" type="checkbox"/> F
7. <input checked="" type="checkbox"/> F	19. V <input checked="" type="checkbox"/>	31. <input checked="" type="checkbox"/> F	43. <input checked="" type="checkbox"/> F	55. <input checked="" type="checkbox"/> F	67. <input checked="" type="checkbox"/> F
8. <input checked="" type="checkbox"/> F	20. <input checked="" type="checkbox"/> F	32. V <input checked="" type="checkbox"/>	44. <input checked="" type="checkbox"/> F	56. V <input checked="" type="checkbox"/>	68. <input checked="" type="checkbox"/> F
9. <input checked="" type="checkbox"/> F	21. V <input checked="" type="checkbox"/>	33. V <input checked="" type="checkbox"/>	45. V <input checked="" type="checkbox"/>	57. <input checked="" type="checkbox"/> F	69. <input checked="" type="checkbox"/> F
10. <input checked="" type="checkbox"/> F	22. <input checked="" type="checkbox"/> F	34. <input checked="" type="checkbox"/> F	46. <input checked="" type="checkbox"/> F	58. V <input checked="" type="checkbox"/>	70. <input checked="" type="checkbox"/> F
11. <input checked="" type="checkbox"/> F	23. <input checked="" type="checkbox"/> F	35. V <input checked="" type="checkbox"/>	47. V <input checked="" type="checkbox"/>	59. V <input checked="" type="checkbox"/>	71. <input checked="" type="checkbox"/> F
12. <input checked="" type="checkbox"/> F	24. <input checked="" type="checkbox"/> F	36. <input checked="" type="checkbox"/> F	48. <input checked="" type="checkbox"/> F	60. <input checked="" type="checkbox"/> F	

	L	F	K	Hs +5K	D	Hi	Dp +4K	Pa	Pt +1K	Sc +1K	Ma +2K
Puntaje Directo	1	5	4	5	11	13	12	9	14	14	8
Puntaje Equivalente	4	14	10	12	33	30	30	21	34	40	22
Añadir				5			4		10	10	2
Puntaje Directo Corregido	4	14	10	17	33	30	34	21	44	50	24
Puntaje T	50	76	46	65	84	75	86	88	93	103	68

DIAGNÓSTICO:

T	L	F	K	Hs +5K	D	Hi	Dp +4K	Pa	Pt +1K	Sc +1K	Ma +2K	T
120				-	-	-	-	-	-	-	-	120
115				-	-	-	-	-	-	-	-	115
110				-	-	-	-	-	-	-	-	110
105				-	-	-	-	-	-	-	-	105
100				-	-	-	-	-	-	-	-	100
95				-	-	-	-	-	-	-	-	95
90				-	-	-	-	-	-	-	-	90
85				-	-	-	-	-	-	-	-	85
80		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	80
75		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	75
70		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	70
65	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	65
60	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	60
55	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	55
50	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	50
45	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	45
40	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	40
35	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	35
30	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	30
25				-	-	-	-	-	-	-	-	25
20				-	-	-	-	-	-	-	-	20
0				-	-	-	-	-	-	-	-	0



SE TRATA DE UN JOVEN QUE SE SIENTE MAL CUANDO
RECUERDA SU PASADO PERO A LA VEZ FELIZ CUANDO
SIEMPRE PIENSA EN SUS HERMANOS Y EN SUS PADRES
Y A PESAR QUE TIENE CONTRATIEMPOS EN
EL CAMINO NUNCA SE DA POR VENCIDO POR
QUE TIENE UNA META

CASO N° 2

ANAMNESIS

I. DATOS DE FILIACIÓN

Apellidos y Nombres	: Ventura G. Z.
Edad	: 67 años y 3 meses
Sexo	: Femenino
Fecha de Nacimiento	: 14/07/1949
Lugar de Nacimiento	: Arequipa
Grado de instrucción	: Superior
Estado civil	: Casada
Ocupación Actual	: Ama de casa
Religión	: Católica
Lugar de evaluación	: Centro Cívico de Mariano Melgar
Fecha de evaluación	: 12 / 09 / 2016
Examinadora	: Jessica Gorveña Velásquez Bachiller en Psicología.

II. MOTIVO DE CONSULTA:

La paciente acude al centro de salud de Mariano Melgar, al Departamento de Psicología, pidiendo ayuda refiriendo *“Me siento desesperada, triste, lloro desconsoladamente, no sé qué hacer, siento que el corazón se me va a salir del pecho, me sudan las manos, me duele mi brazo, no puedo dormir y hay días que no tengo ganas de hacer nada en la casa”*.

III. HISTORIA DE LA ENFERMEDAD O DEL PROBLEMA ACTUAL

La señora Ventura reside en Arequipa hace 15 años, ella refiere que se escapó a la edad de 24 años de la casa de su papá porque ya no soportaba sus maltratos físicos y psicológicos que eran casi diarios, manifestando que su papá era muy rígido, no le gustaba que salieran a la calle o que estuvieran sin hacer nada en la casa, siempre tenían que estar haciendo limpieza y que cuando la encontraba en la calle era seguro que al

día siguiente a las cuatro de la mañana le pegaba con látigo, además refiere que su papá tomaba mucho, todos los fines de semana y regresaba a la casa borracho y le pegaba a su mamá y a todos sus hermanos que eran en total seis; y en especial recuerda un episodio cuando su papá le lanzó un cajón de madera del ropero a su mamá y le cayó en la cabeza y vio como caía la sangre y cuando se recuerda de esta escena actualmente se pone a llorar desconsoladamente. Por otro lado menciona que a su mamá no la veía mucho en la casa, porque trabajaba todo el día y solo llegaba en la noche a dormir, que era una persona muy sumisa y callada y no era muy cariñosa con sus hermanos ni con ella, además que le tenía mucho miedo a su papá.

Cuando estaba en la secundaria en el último año refiere que se iba a ir a trabajar a Puno, que la iban enviar de parte de la congregación de monjas de Fátima, teniendo ya todo listo, y estando ya en el tren con su hermana, su papá llegó, las bajó a la fuerza y se las llevó a la casa, donde les pegó a las dos con un fierro y hasta el día de hoy tiene una cicatriz en la pierna, recuerdo que cuando se le viene a la mente y mira la cicatriz se pone triste y llora mucho. Posteriormente se puso a estudiar en un Instituto Pedagógico, pero no lo terminó escapándose a la edad de 24 años a la capital Lima, donde conoció a su esposo, siendo su primer enamorado y se casó con él a la edad de 28 años, con el cual tiene 3 hijos dos mujeres y un hombre, donde las dos mujeres son profesionales una es secretaria y la otra es profesora, sin embargo su hijo no terminó de estudiar refiriendo que es un joven muy indeciso y se ha dedicado al alcohol, donde hay días que no viene a dormir dos o tres días y esos días que su hijo está ausente, ella no puede dormir y se pone a llorar sentada en la cama. Hace 2 meses aproximadamente la señora Ventura, manifiesta que su hijo se chocó con la moto y se rompió una costilla y desde ese momento ella refiere que se sentía desesperada llorando de la nada, que tenía ganas de tirarse del puente, que se quería matar, sintiendo fuertes dolores en el corazón, doliéndole también todo su brazo izquierdo, además no sabía qué hacer. Ahora se le ha presentado otro problema, el esposo de su hija mayor se ha enfermado y está actualmente internado en Lima, con la enfermedad de leucemia, motivo por el cual su hija también ha tenido que viajar, abandonando su trabajo y endeudándose, donde la familia del esposo de su hija no muestra preocupación, está totalmente desinteresada, lo cual la tiene molesta y ahora en este momento las únicas personas que la están ayudando son sus hermanas. Por otro lado la señora Ventura está nuevamente cumpliendo el rol de mamá ya que su hija por

motivos de salud, le ha tenido que dejar a cargo de sus dos hijos, uno de 5 años y otro de 17 años, razón por la que trata de ponerse fuerte y no dejarse vencer por los sentimientos de angustia y desesperación porque ahora tiene la responsabilidad de cuidar a sus nietos.

Actualmente hay días que despierta sin ganas de levantarse, de lavarse o peinarse y de no hacer nada en su casa y se pone triste y cuando nadie la ve se pone a llorar porque se siente preocupada por la situación de su hija en Lima y también por su hijo que no está trabajando ni estudiando.

IV. ANTECEDENTES PERSONALES:

1. Periodo de desarrollo:

Etapas prenatal

La paciente no recuerda y no tiene mayores referencias sobre su nacimiento y la etapa prenatal, al parecer estas fueron dentro de lo adecuado.

Etapas natal

La señora Ventura refiere que no se acuerda de esos datos porque su mamá nunca los menciona, además no era muy comunicativa.

2. Primera Infancia e Infancia Media

Etapas post-natal:

No se tiene información entorno a su desarrollo psicomotor.

3. Infancia Media

Etapas Escolar:

Ingresa a estudiar a los 12 años al colegio “Fátima”, que era parte de la congregación “Inmaculada Concepción”, dirigido por monjas y solo para mujeres, donde termino su secundaria, refiriendo que era una alumna regular, muy callada, no tenía muchas amigas y menos amigos, así que durante su época escolar no sabía que era enamorarse o tener enamorado, porque su padre la controlaba mucho e incluso tenía miedo de caminar por la calle y que su papá la viera porque si la veía era seguro que le iba pegar en la casa, así que terminando la secundaria, a la edad de 18 años cansada de los maltratos de su padre tanto física y psicológica, tenía pensado irse a trabajar a Puno

con la Congregación de monjas, donde recibió una capacitación para enseñar a otros niños, sin embargo su papá no le permitió viajar y la detuvo a golpes. Posteriormente ingresa a los 20 años aproximadamente a un Instituto de Pedagogía porque su sueño era ser profesora para poder enseñar a otros niños, meta que no realizó escapándose de la casa a los 24 años de edad a la capital (Lima).

V. Antecedentes Familiares

Composición familiar

La señora Ventura vive actualmente en Arequipa, con su esposo de 60 años, profesor jubilado del Ministerio de Educación, su hijo de 25 años, que solo está en la casa y no trabaja ni ayuda con los gastos ni limpieza de la casa. Además también vive temporalmente con sus dos nietos uno de 5 años que está en el jardín y el mayor de 17 años que está actualmente en una academia preparándose para postular a la universidad.

Dinámica familiar:

La dinámica familiar con su esposo es buena, existiendo una buena comunicación; además, a raíz de los episodios de llanto y de los cambios de humor, su esposo está más pendiente de ella y se dedica a ayudarla en los deberes de la casa donde, se han dividido las tareas estando él a cargo de la cocina y ella a cargo de la limpieza de la casa. Por otro lado ahora además tienen que cuidar a sus dos nietos especialmente al menor, el cual lleva al jardín y lo recoge en la tarde. Sin embargo la señora Ventura refiere, que cuando recién se casaron, su esposo tenía un carácter fuerte, era muy celoso y la controlaba, además que tomaba con sus amigos todos los fines de semana, pero que esto fue cambiando con el tiempo y que cuando tuvieron sus hijos él nunca les pegó y a pesar de los problemas económicos que tenían siempre en Navidad les compraba algún juguete o ropa.

Condición socioeconómica

La familia posee su casa propia, cuentan con los servicios básicos de agua, luz y desagüe, además de cable, siendo su situación económica media, gastos que se mantienen con la jubilación que recibe su esposo y el ingreso que recibe vendiendo sus manualidades.

Antecedentes patológicos

No se conoce antecedentes psicopatológicos.

RESUMEN

La señora Ventura es la segunda de seis hermanos, se escapó a la edad de 24 años de la casa de su papá en Arequipa a la ciudad de Lima, porque ya no soportaba sus maltratos físicos y psicológicos que eran casi diarios, manifestando que su papá era muy rígido y no le gustaba que salieran a la calle. Además refiere que su papá tomaba mucho, todos los fines de semana y regresaba a la casa borracho y le pegaba a su mamá, recordando que un día su papá le lanzó un cajón de madera del ropero a su mamá y le cayó en la cabeza y vio como caía la sangre y cuando se recuerda de esta escena actualmente se pone a llorar desconsoladamente. Por otro lado menciona que a su mamá, no la veía mucho en la casa, porque trabajaba todo el día y solo llegaba en la noche a dormir, Estando en Lima a los 24 años, conoció a su esposo que fue su primer enamorado y se casó con él, a la edad de 28 años donde inicialmente su esposo tenía un carácter fuerte, la celaba y controlaba, además de gustarle tomar con sus amigos, comportamiento que fue cambiando con el tiempo; con él tiene 3 hijos dos mujeres y un hombre, donde las dos mujeres son profesionales una es secretaria y la otra es profesora, sin embargo su hijo no ha terminado de estudiar, refiriendo que es un joven muy indeciso y que se ha dedicado al alcohol, donde hay días que no viene a dormir, motivo por el cual se pone a llorar sentada en la cama. Hace 2 meses aproximadamente la señora Ventura, manifiesta que su hijo se chocó con la moto y se rompió una costilla y desde ese momento ella refiere que se puso peor, sintiéndose desesperada, llorando de la nada, que tenía ganas de tirarse del puente, que se quería matar, sintiendo fuertes dolores en el corazón, doliéndole todo su brazo izquierdo no sabiendo que hacer. Ahora se le ha presentado otro problema, el esposo de su hija mayor se ha enfermado y está actualmente internado en Lima, con el diagnóstico de leucemia, motivo por el cual su hija también ha tenido que viajar, estando endeudada y la familia de su hijo no muestra preocupación, está totalmente desinteresada, lo cual la tiene molesta y preocupada, ahora en este momento las únicas personas que la están ayudando son sus hermanas. Además ahora está nuevamente cumpliendo el rol de mamá ya que su hija, le ha dejado a cargo de sus dos hijos, uno de 5 años y otro de 17 años, razón por la cual trata de ponerse fuerte y no dejarse vencer por los

sentimientos de angustia y desesperación, porque ahora tiene la responsabilidad de cuidar a sus nietos. Actualmente hay días que despierta sin ganas de levantarse, lavarse o peinarse y de no hacer nada en su casa, se pone triste y cuando nadie la ve se pone a llorar sintiéndose preocupada por la situación de su hija en Lima y también por su hijo que no está trabajando ni estudiando. Por otro lado la relación con su esposo y las atenciones de su parte la han ayudado mucho, existiendo una buena comunicación; además, a raíz de los episodios de llanto y de los cambios de humor, su esposo está más pendiente de ella y se dedica a ayudarla en los deberes de la casa, donde se han dividido las tareas estando él a cargo de la cocina y ella a cargo de la limpieza de la casa, viviendo actualmente en Arequipa en casa propia, con el sueldo de jubilación que recibe su esposo del Ministerio de Educación.

Arequipa 20 de setiembre del 2016

Jessica Gorveña Velásquez
Bachiller en Psicología

EXAMEN MENTAL

I. DATOS DE FILIACIÓN

Apellidos y Nombres	: Ventura G. Z.
Edad	: 67 años y 3 meses
Sexo	: Femenino
Fecha de Nacimiento	: 14/07/1949
Lugar de Nacimiento	: Arequipa
Grado de instrucción	: Superior
Estado civil	: Casada
Ocupación Actual	: Ama de casa
Religión	: Católica
Lugar de evaluación	: Centro de salud de Mariano Melgar
Fecha de evaluación	: 19 / 09 / 2016
Examinadora	: Jessica Gorveña Velásquez Bachiller en Psicología.

II. MOTIVO DE CONSULTA:

La paciente acude al centro de salud de Mariano Melgar, al Departamento de Psicología, pidiendo ayuda refiriendo *“Me siento desesperada, triste, lloro desconsoladamente, no sé qué hacer, siento que el corazón se me va a salir del pecho, me sudan las manos, me duele mi brazo, no puedo dormir y hay días que no tengo ganas de hacer nada en la casa”*.

III. EVALUACIÓN:

1. Actitud porte y comportamiento

La señora aparenta la edad de 55 años, es de contextura delgada con un peso de 55 Kl., mide 1.60 mt. de estatura aproximadamente, de cabello castaño oscuro y unos ojos marrones de piel trigueña, vestida y arreglada adecuadamente. Durante la evaluación la señora Ventura se muestra como una persona tranquila, amable pero con el surgimiento de breves episodios de sufrimiento, tristeza y llanto, que se desarrollan a

lo largo de la entrevista, aun así se resalta su colaboración con todas las instrucciones pertinentes en la aplicación del examen mental, expresándose en un tono de voz suave y con un lenguaje expresivo entendible y una postura erguida.

2. Atención, conciencia y orientación

Atención y Conciencia

Su atención voluntaria es normal, ya que en el momento del examen se le observó una adecuada concentración en las diferentes preguntas de la evaluación; La señora se muestra lúcida durante toda la entrevista, dándose perfectamente cuenta de lo que sucedía a su alrededor.

Orientación

La orientación temporal-espacial y respecto a sí mismo se hallan en niveles normales ya que percibe el mundo y sus cambios. Atiende a los estímulos y responde a estos actuando con coherencia ante las circunstancias.

3. Lenguaje

El lenguaje verbal y no verbal se encuentra en condiciones normales, desarrollándose adecuadamente durante la evaluación, presenta un tono bajo, articulando adecuadamente las palabras, teniendo una correcta pronunciación. Así mismo su lenguaje comprensivo es adecuado, interpretando correctamente los ítems presentados.

4. Pensamiento

El curso de su pensamiento sigue una secuencia normal y fluida con una velocidad adecuada. En cuanto al contenido puede hilar sus pensamientos e ideas, siendo coherente con lo que piensa y dice. Sin embargo anteriormente tenía ideas suicidas.

5. Memoria

La señora no mostró alteración en cuanto a la memoria a corto plazo y largo plazo, encontrándose en condiciones normales, recordando positivamente aspectos concernientes a hechos cronológicos de su infancia, así como al desarrollo reciente de la misma.

6. Funciones intelectuales

De acuerdo al nivel de instrucción que presenta, manifiesta un nivel de abstracción, raciocinio y generalización, normal. Así como capacidad para resolver problemas y para discriminar conceptos, juicios y razonamientos. Sus procesos de análisis y síntesis se encuentran conservadas.

7. Percepción - Sensación

Al evaluar las sensaciones táctil, auditiva, olfativa y gustativa estas se desarrollan normalmente, resaltando una disminución respecto a la percepción visual debido a su edad. Por otro lado ella manifiesta que los recuerdos de su papá y los maltratos que recibía por parte de este, así como las marcas en su pierna, hacen que se ponga a llorar, así como también, cuando se pone a pensar en la salud de su hierno, sintiéndose desesperada, triste, decaída sin ganas de hacer nada.

8. Estado de ánimo y afectividad

La señora Ventura refiere que cuando recuerda etapas de su infancia en la que era maltratada por su padre revive emociones, algunas que mantiene hasta ahora como llorar desconsoladamente sintiéndose triste, mal consigo misma. Por otro lado se muestra preocupada, triste, desesperada, mencionando que hay días que no tiene ganas ni de levantarse de la cama, así como también hay días que le cuesta mucho dormir y tiene que tomarse una pastilla para hacerlo, le preocupa la situación de su hierno que está mal de salud y su hija que no está trabajando por cuidarlo.

9. Voluntad

La señora Ventura realiza actividades sociales como asistir al club del adulto Mayor. Sin embargo, a raíz de pensamientos distorsionados un día intento cortarse los dedos con el cuchillo, razón por la cual su esposo se encarga de cocinar en la casa. Por otro lado, le gusta hacer manualidades, las cuales después ofrece a sus amistades y las vende.

10. Conciencia de enfermedad

Es consciente de su problema y quiere mejorar.

IV. RESUMEN

La señora aparenta la edad de 55 años, es de contextura delgada con un peso de 55 Kl., que mide 1.60 mt de estatura aproximadamente, de cabello castaño oscuro y unos ojos marrones de piel trigueña, vestida y arreglada adecuadamente. Durante la evaluación la señora Ventura se muestra como una persona tranquila, amable pero con el surgimiento de breves episodios de sufrimiento, tristeza y llanto, que se desarrollan a lo largo de la entrevista aun así se resalta su colaboración con todas las instrucciones en la aplicación del examen mental, donde su lenguaje verbal y no verbal se encuentran en condiciones normales, expresándose en un tono de voz suave y entendible; así como también con un lenguaje comprensivo conservado y una postura erguida.

Los niveles de atención voluntaria de la señora es normal, ya que en el momento del examen se le observó una buena concentración en las diferentes preguntas de la evaluación; en relación a la orientación temporal-espacial y respecto a sí mismo se hallan en niveles normales ya que percibe el mundo y sus cambios, es decir la señora se muestra lucida. El curso de su pensamiento sigue una secuencia normal y fluida con una velocidad adecuada. En cuanto al contenido puede hilar sus pensamientos e ideas, siendo coherente con lo que piensa y dice, En cuanto a la memoria a corto plazo y largo plazo, se encuentran en condiciones normales, recordando positivamente aspectos concernientes a hechos cronológicos de su infancia, así como al desarrollo reciente de la misma.

De acuerdo al nivel cultural que presenta, manifiesta un nivel de abstracción, raciocinio y generalización, normal. Así como capacidad para resolver problemas y para discriminar conceptos, juicios y razonamientos. Sus procesos de análisis y síntesis se encuentran conservadas. Sin embargo los recuerdos desagradables de su infancia hacen que se ponga a llorar, así como también, cuando se pone a pensar en la salud de su yerno, que está hospitalizado en Lima, sintiéndose desesperada, triste sin saber qué hacer y sin ganas de hacer nada ni lavarse o peinarse, manifestando que un día era tan grande la desesperación que sentía que quiso cortarse los dedos de la mano con el cuchillo, razón por la cual ya no se encarga de la cocina en sus casa.

La señora Ventura es consciente de su problema y desea mejorar.

Arequipa 20 de setiembre del 2016

Jessica Gorveña Velásquez
Bachiller en Psicología

INFORME PSICOMÉTRICO

I. DATOS DE FILIACIÓN

Apellidos y Nombres	: Ventura G. Z.
Edad	: 67 años y 3 meses
Sexo	: Femenino
Fecha de Nacimiento	: 14/07/1949
Lugar de Nacimiento	: Arequipa
Grado de instrucción	: Superior
Estado civil	: Casada
Ocupación Actual	: Ama de casa
Religión	: Católica
Lugar de evaluación	: Micro red de Mariano Melgar
Fecha de evaluación	: 18 / 09 / 2016
Examinadora	: Jessica Gorveña Velásquez Bachiller en Psicología.

II. MOTIVO DE CONSULTA:

La paciente acude al centro de salud de Mariano Melgar, al Departamento de Psicología, pidiendo ayuda refiriendo *“Me siento desesperada, triste, lloro desconsoladamente, no sé qué hacer, siento que el corazón se me va a salir del pecho, me sudan las manos, me duele mi brazo, no puedo dormir y hay días que no tengo ganas de hacer nada en la casa”*.

III. OBSERVACIONES GENERALES:

Ventura es una señora de 67 años de edad, alta, de contextura delgada, cabello castaño oscuro y ojos de color marrón. Durante la evaluación, se muestra amable, denota buen entendimiento de las instrucciones, además se estableció buena empatía y rapport a lo largo del desarrollo de las diferentes pruebas, mostrando cooperación, atención, respondiendo adecuadamente a las preguntas enunciadas, expresando interés desde el inicio hasta la culminación de la evaluación. Sin embargo, debido a la disminución de

su visión, le dificulto realizar determinadas actividades de los ítems de los test, pero aun así se esforzó por hacerlo hasta terminarlo.

IV. INSTRUMENTOS UTILIZADOS:

- Observación
- Pruebas Psicológicas
- Escala de Inteligencia para Adultos WAIS
- Inventario Multifásico de la Personalidad (MMPI) – Versión Abreviada (MINI - MULT)
- Inventario Clínico Multiaxial de Millon – II (MCMI - II)
- Escala de Depresión ZUNG

V. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS:

La señora fue evaluada con los siguientes instrumentos:

➤ Según la Escala de Inteligencia para Adultos WAIS

TEST	P.P		P.C	
Información	11		8	
Comprensión	14		8	
Aritmética	4		4	
Semejanza	14		10	
Memoria de Dígitos	5		1	
Vocabulario	20		6	
	Puntaje Verbal		37	
Símbolos y Dígitos	40		7	
Comple. Fig.	7		6	
Diseño de Cubos	14		5	
Ordenam. Fig.	14		6	
Composición Objetos	12		4	
	Puntaje Ejecución		28	
Puntaje Verbal	37	CI	84	Normal T
Puntaje Ejec.	28	CI	92	Promedio
Puntaje Total	65	CI	86	Normal T

Según los resultados obtenidos la señora presenta un CI de 86, lo que significa un nivel intelectual “Normal” destacando en la subescala Ejecutiva con un CI de 92, lo que significa un nivel “Promedio” donde su coordinación viso motora, expresada como organización visual le permiten un buen desempeño, por tanto: entendemos que Ventura, opta por preferir situaciones y actividades sencillas y simples. Además obtiene en la subescala Verbal un CI de 84, lo que significa un nivel “Normal Torpe”, lo cual nos conduce a pensar que su adaptación al medio presenta dificultades, y por lo mismo su nivel de pensamiento en muchos aspectos es de tipo concreto, es decir se observa en la evaluada que el nivel conceptual o abstracto esta interferido, por lo que pensamos que su desarrollo del pensamiento presenta limitaciones para acceder a aspectos más elaborados. Tiene muchas dificultades para atender, procesar, retener y trabajar con estímulos verbales, mientras opera mentalmente con ellos (por ejemplo, recordar datos de un problema aritmético mientras busca la operación adecuada, recordar el enunciado de una pregunta mientras busca una respuesta, etc.).

➤ **Según El Inventario Multifásico de la Personalidad MINI - MULT**

	L	F	K	HS 1+5K	D 2	Hi 3	Dp 4+ 4K	Pa 6	Pt 7+1K	Es 8+1K	Ma 9+2K
Punt. Directa	1	5	6	2	12	8	8	7	10	9	9
Punt. MM	4	14	14	6	35	22	23	17	25	26	24
Añadir k				7			6		14	14	3
Punt. K añadido	4	14	14	13	35	22	29	17	39	40	27
Puntaje T	50	76	53	50	80	56	74	76	73	77	75

Combinación 2-8-6: Depresión severa, preocupación extrema y pesimismo. Le caracteriza la indecisión y el aislamiento, la falta de apetito e insomnio, así como sentimientos de desadaptación, apatía y reacciones psicomotoras lentas. Probablemente presenta sentimientos de irrealidad así como, pensamientos y

conductas confusas. Puede tener conductas extrañas y falsas creencias.

Proyección de culpa y hostilidad, es rígida y extremadamente sensible, obstinada de trato difícil, malinterpreta y percibe inadecuadamente los estímulos sociales.

(Ma): Desadaptación hiperactiva, con agitación marcada, irritabilidad y agresividad irracional ante la más mínima frustración. Establece relaciones interpersonales caracterizadas por la superficialidad. (Dp): Carece de juicio, como de incapacidad de beneficiarse de la experiencia. (Pt): Autocrítica y preocupación por los problemas más insignificantes. Manifiesta indecisión y tensión. Insatisfacción con su vida y especialmente con sus relaciones sociales.

➤ **Inventario Clínico Multiaxial de Millon – II (MCMI - II)**

Escala de Validez				PUNTAJE	
				FINAL	
V	Validez	0	= Válido	100	X
X	Sinceridad	584	= Válido	100	Y
Y	Deseabilidad Social	21	=	100	Z
Z	Auto descalificación	36	=	100	

Patrones clínicos de personalidad	PUNTAJE		FACTOR		AJUSTES					PUNTAJE	
	Bruto	BR	X	X1/2	DA	DD	DC-1	DC-2	Pac.	FINAL	
1	Esquizoide	33	79	67						67	1
2	Evitativo	46	110	98	98					98	2
3	Dependiente	52	118	106						106	3
4	Histriónico	33	80	68						68	4
5	Narcisista	49	87	75						75	5
6A	Antisocial	33	72	60						60	6A
6B	Agresivo-sádico	44	85	73						73	6B
7	Compulsivo	56	103	91						91	7
8A	Pasivo-agresivo	44	93	81						81	8A
8B	Autoderrotista	48	121	109	109					109	8B

**Patología severa de
personalidad**

S	Esquizotípico	42	81		75		75	75	73		73	S
C	Borderline	64	115		109	109	109	109	103		103	C
P	Paranoide	53	107		101			101	94		94	P

Síndromes clínicos

A	Ansiedad	38	112	100			100	100	93		93	A
H	Somatoformo	45	115	103			103	103	98		98	H
N	Bipolar	39	79	67							67	N
D	Distimia	50	95	83			83	83	78		78	D
B	Dependencia de alcohol	31	65	53							53	B
T	Dependencia de drogas	38	71	59							59	T

Síndromes severos

SS	Desorden del pensamiento	41	99		93				98	98	SS
CC	Depresión mayor	47	110		104				111	111	CC
PP	Desorden delusional	27	86		80				82	82	PP

La evaluada obtuvo indicadores elevados en Auto derrotista (109), Borderline (103), Depresión Mayor (111), Dependiente (106) e Histeriforme (98).

La señora presenta en Patrones Clínicos una Personalidad Auto derrotista, lo que significa que es una persona que se relaciona con los demás de una manera obsequiosa y autosacrificada, donde permite que los demás le exploten o se aprovechen de ella. Además para integrar su dolor y angustia, recuerda activa y repetidamente sus percances pasados y transforman otras circunstancias afortunadas en resultado potencialmente más problemático, Actúa de una manera modesta y desapercibida, frecuentemente intensifican su déficit y se sitúan en un plano inferior o posición despreciable. En Patología grave encontramos una Personalidad Borderline, caracterizándose por experimentar intensos estados de ánimo endógeno, con periodos recurrentes de abatimiento y apatía frecuentemente entremezclados con periodos de enfado, inquietud o euforia, presentando inestabilidad y labilidad de su estado de ánimo. Además da a conocer pensamientos recurrentes de suicidio y automutilación,

también aparece hiperpreocupada por asegurar el afecto, tiene dificultades para mantener un claro sentido de identidad y muestra una evidente ambivalencia cognitivo - afectiva, con sentimientos simultáneos de rabia, amor y culpabilidad hacia los otros.

Presenta Depresión mayor, caracterizándose por deprimirse gravemente y expresar temor hacia el futuro, acompañada de ideas suicidas y un sentimiento de resignación. Además presenta disminución del apetito, agotamiento, insomnio, así como problemas de concentración, sentimientos de inutilidad y culpabilidad. Por otro lado muestra indicadores de personalidad Dependiente, donde busca relaciones en la que se pueda apoyar en otros para conseguir afecto, seguridad y consejo. La carencia de iniciativa como de autonomía ha sido consecuencia de la falta de afecto e insatisfacción en sus etapas tempranas, ya que la percepción que tiene de su dinámica familiar (sus padres), es de una situación inconclusa, violenta, carente de afecto, además de tener como ejemplo el modelo de su madre sumisa y maltratado. En la parte Histeriforme encontramos dificultades psicológicas expresadas a través de canales somáticos, periodos persistentes de agotamiento y abatimiento, además de una preocupación por la pérdida de la salud.

➤ **Según la Escala de ZUNG**

PD	ÍNDICE EAMD	IMPRESIÓN DIAGNOSTICA
53	66	Marcada o severa

De acuerdo a los resultados obtenidos la señora presenta un cuadro Depresivo severo, sintiéndose, triste, decaída, llorando continuamente lo que ha afectado su estilo de vida, limitando sus actividades cotidianas, así como también afectando al desarrollo normal de su sueño y su apetito, sintiéndose agitada, desesperada, indecisa e irritable, acompañada de ideas suicidas.

VI. RESUMEN:

De acuerdo a la entrevista, observación y evaluaciones realizadas la señora se muestra sumisa, reflejando temor y desconfianza hacia los demás, donde en relación a la esfera afectiva se encuentra severamente deprimida, preocupada, indecisa y pesimista, debido a todos los problemas que tiene actualmente y a las circunstancias que le ha tocado vivir en su infancia, mostrándose probablemente un tanto excéntrica, retraída, esquivando muchos conflictos internos y reaccionando exageradamente a la opinión de los demás, inclinada a culpar a los otros por sus propias dificultades, lo que ha afectado a su estilo de vida, limitando sus actividades cotidianas, así como también afectando al desarrollo normal de su sueño y apetito, sintiéndose agitada, desesperada, e irritable, acompañada de ideas suicidas. Además de presentar periodos recurrentes de abatimiento y apatía frecuentemente entremezclados con periodo de enfado, inquietud o euforia, presentando inestabilidad y labilidad de su estado de ánimo. Es introvertida e incapaz de beneficiarse de la experiencia.

Arequipa 20 de setiembre del 2016

Jessica Gorveña Velásquez
Bachiller en Psicología

INFORME PSICOLÓGICO

I. DATOS DE FILIACIÓN

Apellidos y Nombres	: Ventura G. Z.
Edad	: 67 años y 3 meses
Fecha de Nacimiento	: 14/07/1949
Lugar de Nacimiento	: Arequipa
Grado de instrucción	: Superior
Estado civil	: Casada
Ocupación Actual	: Ama de casa
Religión	: Católica
Fecha de Evaluación	: 12,18, y 19 de Setiembre
Lugar de evaluación	: Micro red de Mariano Melgar
Examinadora	: Jessica Gorveña Velásquez Bachiller en Psicología.

II. MOTIVO DE CONSULTA

La paciente acude al centro de salud de Mariano Melgar, al Departamento de Psicología, pidiendo ayuda refiriendo *“Me siento desesperada, triste, lloro desconsoladamente, no sé qué hacer, siento que el corazón se me va a salir del pecho, me sudan las manos, me duele mi brazo, no puedo dormir y hay días que no tengo ganas de hacer nada en la casa”*.

III. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS

- Observación
- Pruebas Psicológicas
- Escala de Inteligencia para Adultos WAIS
- Inventario Multifasico de la Personalidad (MMPI) – Version Abreviada (MINI-MULT)
- Inventario Clínico Multiaxial de Millon – II (MCMI - II)
- Escala de Depresión ZUNG

IV. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

La señora Ventura de 67 años edad, es la segunda de seis hermanos, hija de un padre profesor y una madre trabajadora del campo, ella refiere que se escapó de su casa a la edad de 24 años porque ya no soportaba los maltratos físicos y psicológicos por parte de su padre, que eran casi diarios, manifestando que su papá era una persona muy rígida, no le gustaba que salieran a la calle o que estuvieran sin hacer nada en la casa, golpeándolas en ocasiones con un látigo y otras con un palo, además le gustaba tomar mucho, todos los fines de semana y regresaba a la casa borracho y le pegaba a su mamá y a todos sus hermanos.

La señora Ventura recuerda un episodio, cuando su papá le lanzo un cajón de madera a la cabeza de su mamá y vio como caía la sangre, recuerdo que le causa actualmente mucho llanto desconsolado y tristeza. Por otro lado menciona que a su mamá no la veía mucho en la casa, porque trabajaba todo el día y solo llegaba en la noche a dormir, que era una persona muy sumisa y callada y no era muy cariñosa con sus hermanos ni con ella, además que le tenía mucho miedo a su papá.

Cuando estaba en la secundaria en el último año refiere que se iba ir a trabajar a Puno, de parte de la congregación de monjas de Fátima, teniendo ya todo listo, y en el tren con su hermana, su papá llegó y las bajo a golpes, llevándoselas a casa donde les pegó a las dos con un fierro, dejándole una cicatriz en la pierna, recuerdo que tiene muy presente cuando mira la cicatriz en su pierna lo que la pone triste, llorando mucho al recordar esos momentos.

Posteriormente a la edad de 20 años se puso a estudiar en un Instituto Pedagógico, pero no lo terminó escapándose a la edad de 24 años a la capital (Lima), donde conoció a su esposo y primer enamorado, que era profesor, casándose a la edad de 28 años con el cual tiene 3 hijos, dos mujeres y un hombre, donde las dos mujeres son profesionales una es secretaria y la otra es profesora, sin embargo, su hijo no terminó de estudiar, refiriendo que es un joven muy indeciso y se ha dedicado al alcohol, habiendo días que no viene a dormir lo cual provoca que la señora Ventura tampoco pueda dormir poniéndose a llorar sentada en la cama, esperando que su hijo llegue a la casa.

Hace 2 meses aproximadamente la señora Ventura, manifiesta que su hijo se chocó con la moto y se rompió una costilla, situación que fue el desencadenante de los

problemas emocionales y desde ese momento manifiesta sentirse desesperada, triste, llorando desconsoladamente con pensamientos suicidas, sintiendo fuertes dolores en el corazón, también en todo el brazo izquierdo además, no sabía qué hacer. A esto se a una la situación de su hija cuyo esposo se encuentra internado en lima, por un cuadro de leucemia, motivo por el cual su hija también ha tenido que viajar, donde la familia de su hierno no muestra preocupación, está totalmente desinteresada, lo cual también le genera angustia y desesperación, y ahora en este momento las únicas personas que la están ayudando son sus hermanas. Además ahora está nuevamente cumpliendo el rol de mamá ya que su hija la ha dejado a cargo de sus dos hijos, uno de 5 años y otro de 17 años, razón por la que trata de ponerse fuerte y no dejarse vencer por los sentimientos de angustia y desesperación porque ahora tiene la responsabilidad de cuidar a sus nietos.

En relación a la dinámica familiar con su esposo es buena, existiendo una buena comunicación; además, a raíz de los episodios de llanto y el intento de un día cortarse los dedos con el cuchillo, razón por la cual su esposo se encarga de cocinar en la casa y ella de la limpieza de esta.

Actualmente hay días que despierta sin ganas de levantarse, lavarse o peinarse y de no hacer nada en su casa, poniéndose triste y cuando nadie la ve se pone a llorar porque se siente preocupada por la situación de su hija en Lima y también por su hijo que no está trabajando ni estudiando.

V. OBSERVACIONES CONDUCTUALES

Ventura es una señora de 67 años de edad, alta, de contextura delgada, cabello castaño oscuro y ojos de color marrón. Su cuidado y arreglo personal, son adecuados, se encuentra lucida orientada en tiempo, espacio y persona. Durante la evaluación se mostró colaboradora y con disposición a ejecutar las pruebas, respondiendo adecuadamente a las preguntas enunciadas, expresando interés desde el inicio hasta la culminación de la evaluación. La señora Ventura se muestra como una persona tranquila, amable pero con el surgimiento de breves episodios de sufrimiento, tristeza y llanto descontrolado, que se desarrollan a lo largo de la entrevista, expresándose en un tono de voz suave y con un lenguaje expresivo claro y fluido y en una postura

semiencontrada. La señora Ventura es consciente de su problema y desea mejorar.

VI. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Paciente con un nivel intelectual dentro de la normalidad, sin embargo su capacidad de juicio se encuentra disminuida lo que hace que no pueda controlar sus emociones. También apatía y confusión ante sus sentimientos.

Además es una persona introvertida, sumisa, se caracteriza por ser indecisa e insegura, reflejando el temor y desconfianza de los demás, donde en relación a la esfera afectiva se encuentra severamente deprimida, preocupada y pesimista, expresando temor hacia el futuro, acompañada de ideas suicidas y un sentimiento de resignación. Además presenta disminución del apetito, agotamiento, insomnio, así como problemas de concentración, sentimientos de inutilidad y culpabilidad, debido a las circunstancias que le ha tocado vivir en su infancia y actualmente. Su baja autoestima y recuerdo activo y repetidamente de sus percances pasados hace que transforme otras circunstancias afortunadas en resultado potencialmente más problemático, además de presentar periodos recurrentes de abatimiento y apatía entremezclados ocasionalmente con periodos de enfado, inquietud o euforia, presentando inestabilidad y labilidad de su estado de ánimo. Actúa de una manera modesta y desapercibida, frecuentemente intensifica su déficit y se sitúa en un plano inferior o posición despreciable, también presenta dificultades psicológicas expresadas a través de canales somáticos, como dolor del brazo y corazón.

La percepción que la paciente tiene de su enfermedad (reconocimiento parcial de sus síntomas anormales) será de gran ayuda para el proceso psicoterapéutico, Además las nuevas responsabilidades, como cuidar a sus nietos y el apoyo y comprensión por parte de su esposo, serán una motivación y apoyo constante para la señora Ventura.

VII. DIAGNÓSTICO PSICOLÓGICO

La paciente demuestra temor hacia el futuro, ideas suicidas, sentimientos de resignación, desesperación, desesperanza, pesimismo, llanto, disminución del apetito, agotamiento, insomnio, así como sentimientos de inutilidad y culpabilidad.

Sugiriendo según el CIE 10 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave sin síntomas psicóticos (F33.2).

VIII. PRONOSTICO

El pronóstico es condicional ya que depende de su continuidad y persistencia con el tratamiento Psiquiátrico y psicológico, así como el apoyo recibido por parte de su familia.

IX. RECOMENDACIONES

- ✓ Solicitar una cita con el Psiquiatra
- ✓ Terapia familiar
- ✓ Psicoterapia Individual
- ✓ Asistir a grupos de Apoyo (club del adulto mayor, caritas, actividades del centro cívico de mariano melgar para el adulto mayor.)

Arequipa 20 de setiembre del 2016

Jessica Gorveña Velásquez
Bachiller en Psicología

PLAN PSICOTERAPÉUTICO

I. DATOS DE FILIACIÓN

Apellidos y Nombres	: Ventura G. Z.
Edad	: 67 años y 3 meses
Fecha de Nacimiento	: 14/07/1949
Lugar de Nacimiento	: Arequipa
Grado de instrucción	: Superior
Estado civil	: Casada
Ocupación Actual	: Ama de casa
Religión	: Católica
Lugar de Aplicación	: Casa de la Paciente
Fecha de evaluación	: 25 / 09 / 2017
Examinadora	: Jessica Gorveña Velásquez Bachiller en Psicología

1. DIAGNÓSTICO PSICOLÓGICO

La paciente demuestra temor hacia el futuro, ideas suicidas, sentimientos de resignación, desesperación, desesperanza, pesimismo, llanto, disminución del apetito, agotamiento, insomnio, así como sentimientos de inutilidad y culpabilidad. Sugiriendo según el CIE 10 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave sin síntomas psicóticos (F33.2).

2. OBJETIVO GENERAL

- Disminuir los síntomas del estado Depresivo de la paciente, mejorando su calidad de vida
- Modificar su pensamiento para cambiar así su comportamiento.

3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Informar y entrenar a la familia sobre el manejo del estado depresivo de la paciente.

- Incrementar la autoestima de la paciente mediante las diferentes técnicas de la Psicoterapia de Apoyo.
- Reducir los estados afectivos negativos para elevar la autoestima de la paciente, incrementando así su capacidad de introspección y de análisis, resaltando sus virtudes, que le permitan resolver y enfrentar los problemas que se le presente en la vida diaria, por medio de la Psicoterapia Cognitivo Conductual “TCC”.
- Lograr que la paciente adquiera nociones y conceptos positivos que se ajusten a su realidad, estableciendo metas a corto y largo plazo que permitan erradicar pensamientos autodestructivos mediante la Psicoterapia cognitivo Conductual “TCC”
- Facilitar el apoyo en el domicilio de la paciente, reafirmando las características positivas de cada miembro para propiciar una autoestima positiva y unión familiar.

4. TÉCNICAS PSICOTERAPÉUTICAS

Psicoterapia de Apoyo:

Objetivos específicos de psicoterapia de apoyo:

- Lograr una actitud positiva, lograr que el paciente tenga confianza en sí misma.
- Mejorar su estado de ánimo, a través del desarrollo de diferentes actividades de acuerdo a la elección del paciente.

Terapia Cognitivo Conductual - TCC:

Objetivos específicos de psicoterapia TCC:

Modalidad de la Intervención	1. Individual.
Propósito	Favorecer en la persona el conocimiento de sí misma, orientándole en el establecimiento de estrategias de afrontamiento de la depresión, teniendo en cuenta las características de la situación, los recursos disponibles y la propia personalidad.
	1. Desarrollo de estilos de vida saludable (ejercicio físico, alimentación equilibrada, recreación, Evitación de consumo de cigarrillo o consumo moderado de licor, etc.).

Estrategias de afrontamiento esenciales	2. Poner en práctica estrategias de relajación. 3. Buscar apoyo social en situaciones de dificultad emocional, financiera o laboral. 4. Reconocer, aceptar y comunicar las emociones negativas. 5. Reconocer, aceptar y auto contrastar pensamientos negativos. 6. Asumir la vida con optimismo. 7. Establecer mecanismos de solución de los problemas y ponerlos en práctica. 8. Comunicarse con otras personas de forma asertiva. 9. Resolver los conflictos interpersonales mediante el diálogo. 10. Planear la vida cotidiana y el proyecto de vida, evaluando logros y dificultades.
Evaluación	1. Se sugiere evaluar el impacto de la intervención antes y después de la terapia, así como durante el periodo de seguimiento. MÓDULOS: 1. Cómo tus pensamientos afectan cómo te sientes 2. Cómo tus acciones afectan cómo te sientes 3. Cómo tus relaciones interpersonales afectan cómo te sientes
Tiempo	Se programa sesiones de 40 a 45 minutos, una vez por semana durante un periodo no menor de 2 meses.

MÓDULO I: Pensamientos (sesiones 1-3)

Cómo tus pensamientos afectan tu estado de ánimo

El propósito principal de este módulo es presentar información de cómo los pensamientos influyen sobre el estado de ánimo. La sesión inicial establece la estructura y el propósito de las sesiones posteriores. De igual forma, se establece el horario semanal de las sesiones, las reglas de las mismas y se explica claramente el tema de la confidencialidad. Es importante que la paciente tenga muy claro este último

punto ya que esto puede influir en la calidad de la relación terapéutica que se establezca.

La primera sesión introduce el tema de la depresión y se fomenta que comparta sus historias sobre cómo ha experimentado la depresión. Una vez se discute este tema, la terapeuta presenta el propósito del primer módulo: cómo los pensamientos afectan el estado de ánimo. Se inicia esta parte de la sesión definiendo y aclarando el concepto pensamientos a través de ejemplos provistos por la terapeuta. En las próximas dos sesiones se trabaja con los diferentes tipos de pensamientos que experimenta una persona que se encuentra deprimida y cómo los mismos pueden modificarse. Se realizan una serie de ejercicios que permiten la identificación de los errores de pensamiento. El diseño de la tercera sesión cumple con el propósito de proveer 5 Técnicas para aumentar los pensamientos positivos al disminuir los pensamientos no saludables, trayendo como consecuencia una reducción a la sintomatología depresiva.

MÓDULO II: Actividades (sesiones 4-6)

Cómo tus actividades afectan tu estado de ánimo

El propósito principal de este módulo es que logre identificar alternativas, actividades y metas que le permitan tener mayor control sobre su vida de tal forma que logre superar su estado de ánimo depresivo. En este módulo se trabaja con la relación entre la participación en actividades placenteras y la sintomatología depresiva experimentada. Se establece cómo la presencia de sintomatología depresiva puede limitar la participación en actividades placenteras, factor que, a su vez, aumenta la presencia de dicha sintomatología. Durante las sesiones se trabaja la definición de “actividades placenteras” y los obstáculos a los que se enfrentan para disfrutar de las mismas. De igual forma, este módulo contempla la discusión del manejo del tiempo y cómo planificar y alcanzar metas.

MÓDULO III: Relaciones Interpersonales (sesiones 6-9)

Cómo tus relaciones interpersonales afectan tu estado de ánimo

Las sesiones que componen este módulo introducen la idea de cómo las relaciones interpersonales afectan el estado de ánimo. Se trabaja el tema del apoyo social y se aprende a identificar, mantener y fortalecer el mismo. Las últimas sesiones de este

módulo van integrando los temas de los módulos anteriores. Se examina, cómo los pensamientos afectan las actividades en las que participa, el apoyo social y el tipo de relaciones interpersonales en las que se involucra. Se realizan ejercicios que enfatizan la importancia de la comunicación asertiva y el desarrollo de destrezas que permitirán el establecimiento de relaciones satisfactorias. El proceso terapéutico culmina reconsiderando e integrando los temas principales de cada módulo. Finalmente, se realiza una evaluación del progreso alcanzado junto a los logros y las fortalezas.

ESTRATEGIAS TERAPÉUTICAS EMPLEADAS:

- **La reestructuración cognitiva.** Consiste en el análisis cuidadoso de pensamientos automáticos comunicados por el paciente que son relevantes para el problema. En este análisis se trata de especificar de manera concreta el significado subjetivo del pensamiento y las evidencias en las que se basa. Más que intentar refutar las valoraciones problemática. Se realizara preguntas focalizadas en el pensamiento y la evidencia en la que se basa así como en evidencias que podrían cuestionar el pensamiento. La meta es ayudar al paciente a considerar interpretaciones o valoraciones más realistas y adaptativas. Es importante señalar que el desafío de pensamientos automáticos negativos trata de generalizar los cambios de estos patrones cognitivos problemáticos, a través de su práctica repetida, a contextos de la vida diaria de modo que se consoliden cambios.
- **El entrenamiento en solución de problemas.** Esta estrategia se entiende como un recurso que facilita el afrontamiento de situaciones de conflicto o estrés. Consiste en varias fases que son aprendidas en el transcurso de las sesiones de terapia con el objetivo de ser empleadas en situaciones problemáticas a las que la persona se ve confrontada. En concreto, las fases del entrenamiento en solución de problemas son las siguientes:
 - Orientación hacia el problema.
 - Definición concreta del problema.
 - Generación de posibles soluciones.
 - Examen de las ventajas y desventajas de cada una de las soluciones generadas.
 - Elección de la solución preferida.
 - Puesta en práctica de la solución.

- Evaluación de los resultados.
- **Experimentos conductuales.** El paciente podría hacer determinadas predicciones negativas que conducen a conductas problemáticas como son las conductas de evitación o de búsqueda de seguridad excesivas. La planificación, durante la sesión de terapia y la puesta en práctica de cambios en ese tipo de conductas podría ayudar al paciente a comprobar la adecuación de las predicciones negativas y en caso de ser inadecuadas, conducir a cambios en el patrón cognitivo disfuncional. El objetivo es facilitar el afrontamiento de situaciones asociadas a la perturbación emocional y, en consecuencia, mejorar la calidad de vida y el ajuste emocional y psicosocial a largo plazo

AVANCES TERAPÉUTICOS

- Se logró identificar razones por las cuales es una persona importante dentro de su familia y el papel de apoyo y guía para sus nietos en este momento.
- Se logró iniciar nuevamente su interés por las manualidades y asistir al club del Adulto Mayor.
- Se presentara mayor atención a identificar sus habilidades y se hará uso de reforzadores positivos.

Arequipa 20 de setiembre del 2016

Jessica Gorveña Velásquez
Bachiller en Psicología

ANEXOS

ESTILOS DE PENSAMIENTOS DAÑINOS O CONTRAPRODUCENTES

NEGATIVOS

Los pensamientos NEGATIVOS son todos los pensamientos que te hacen sentir mal, por ejemplo: “Siempre me voy a sentir mal” o “yo no sirvo para nada”.

POSITIVOS

Los pensamientos POSITIVOS te hacen sentir mejor, por ejemplo: “Puedo hacer cosas para sentirme mejor.” “Estoy mejorando”.

INFLEXIBLES

Los pensamientos *inflexibles* son pensamientos rígidos, que no cambian. Por ejemplo, una adolescente que está deprimida podría pensar: “A mí es a la única que mandan a hacer las cosas en casa.” “No hago las cosas bien.” o un pensamiento *flexible* que podría evitar el tener sentimientos de depresión podría ser: “Casi siempre me mandan a hacer las cosas, pero a veces mandan a mi hermana.” “Muchas veces hago las cosas bien.”

ENJUICIADORES

Los pensamientos *enjuiciadores* son pensamientos negativos acerca de uno mismo. Por ejemplo, Un/a adolescente que está deprimido/a podría pensar: “soy feo/a” o “soy un desastre, no valgo” o un pensamiento flexible podría decir: “No seré la persona más atractiva del mundo, pero tampoco soy la más fea.” “Tengo cualidades que me hacen una persona agradable” o “no soy un billete de \$100 para caerle bien a todo el mundo”.

DESTRUCTIVOS

Los pensamientos *destructivos* nos hacen daño. Por ejemplo: “No sirvo para nada.” “Todo me sale mal.” o “He cometido tantos errores que no puedo salir de mis problemas.” o Pensamientos *constructivos* te ayudan a sentir mejor. Por ejemplo: “Yo puedo aprender a controlar mi vida para hacer lo que realmente quiero”.

INNECESARIOS:

Los pensamientos *innecesarios* no cambian nada y nos hacen sentir mal. Por ejemplo: “Va venir un huracán” o “algo malo le va a pasar a mi hijo” o los pensamientos *necesarios* te recuerdan las cosas que tienes que hacer, tales como: “Tengo que hacer las quehaceres de la casa” o “Tengo que asistir a mi grupo me están esperando mis amigas”

TRABAJANDO CON EL MÉTODO A B C

<p>A.</p> <p>Evento Activante (¿Qué sucedió?)</p>	<p>C.</p> <p>Consecuencia (¿Cómo reaccionaste?)</p>
<p>B.</p> <p>(Creencia de lo que sucedió, lo que te dijiste acerca de lo que sucedió y lo que influyó tu reacción)</p>	<p>D.</p> <p>Discutir o Debatir la Creencia (Los pensamientos alternos que podrían ayudarte a reaccionar de una forma más saludable)</p>

PROGRAMA SEMANAL DE ACTIVIDADES

Nombre:

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
8:00							
9:00							
12:00							
1:00							
4:00							
5:00							
5:00							
6:00							
6:00							
7:00							
7:00							
8:00							

METAS INDIVIDUALES

METAS A CORTO PLAZO

(Cosas que te gustaría hacer dentro de las próximas 2 semanas)

.....

.....

.....

.....

.....



.....

.....

METAS A LARGO PLAZO

(Cosas que te gustaría hacer en alguna ocasión en tu vida en este año)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

METAS DE LA VIDA

(¿Qué es lo más que te importa en la vida?)

.....

.....

.....

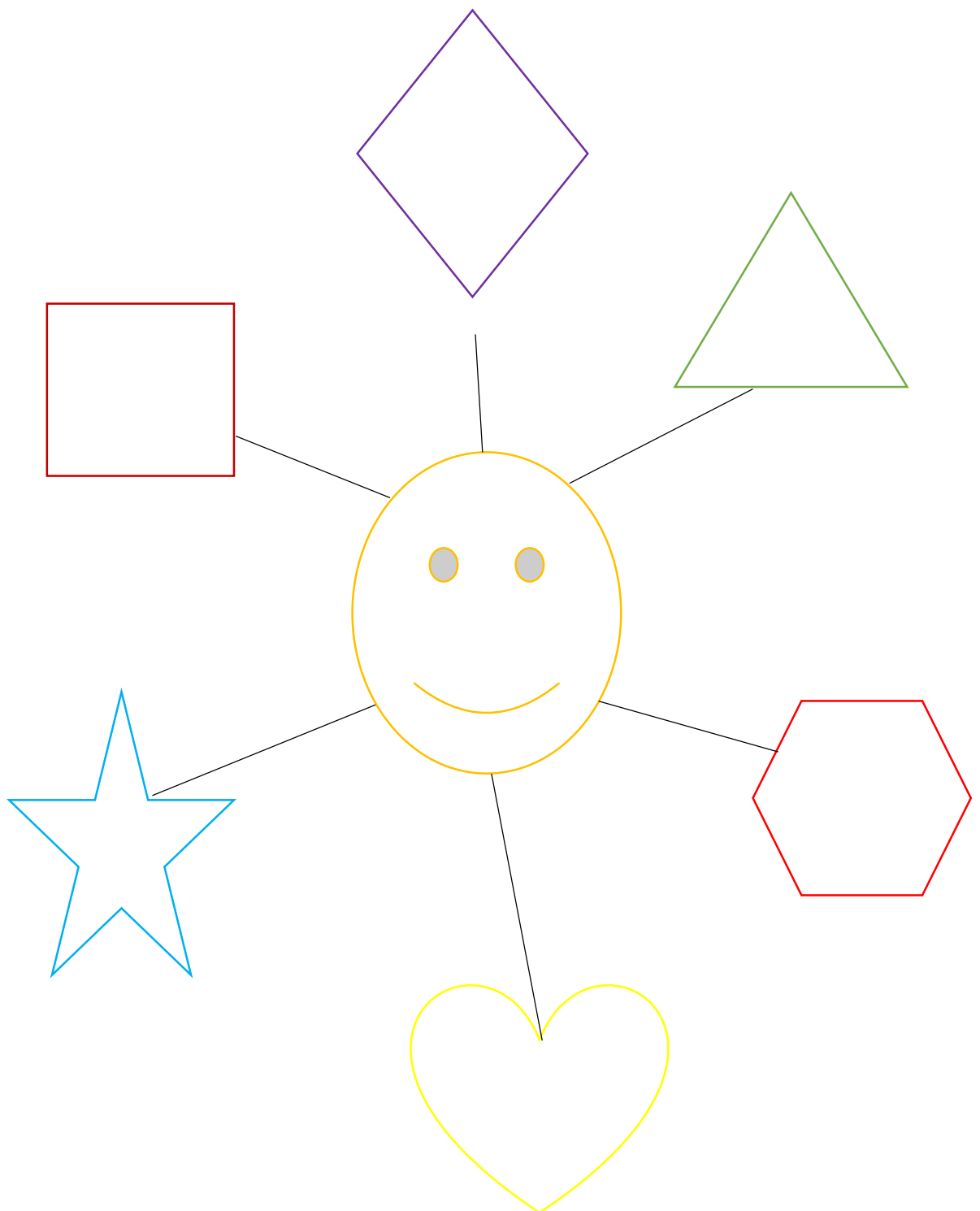
.....

.....

.....

.....

Mi red de apoyo



Proyección al futuro

¿Cómo te imaginas o visualizas en?:

1 año?

- ¿En qué lugar estarías?
- ¿Qué estarías haciendo?
- ¿Estarías solo/a o con otras personas?
- Si es una actividad con otras personas, ¿quiénes serían?

2 años?

- ¿En qué lugar estarías?
- ¿Qué estarías haciendo?
- ¿Estarías solo/a o con otras personas?
- Si es una actividad con otras personas, ¿quiénes serían?

3 años?

- ¿En qué lugar estarías?
- ¿Qué estarías haciendo?
- ¿Estarías solo/a o con otras personas?
- Si es una actividad con otras personas, ¿quiénes serían?

ANEXOS



ESCALA DE WECHSLER PARA ADOLESCENTES Y ADULTOS (16 AÑOS A 75 AÑOS)

Nombre Ventura G.Z
 Fecha de Nacimiento Julio Edad: 67
 Estado Civil Casado Natural de: _____
 Raza: _____ Instrucción: Superior
 Ocupación: Amo de casa

Fecha de Examen: _____ Lugar: Centro Cívico Examinado por: Sessica Garmena

TABLA DE CONVERSION AL PUNTAJE CORRECTO														
Puntaje Correcto Equivalente	PUNTAJE PRELIMINAR													Puntaje Correcto Equivalente
	Información	Comprensión	Aritmética	Semejanzas	Memoria Dígitos	Vocabulario	Símbolos Dígitos	Completamiento Figuras	Diseño Cubos	Ordenamiento Figuras	Composición Objetos			
19	29	27-28		26	17	78-80	87-90							19
18	28	26		25		76-77	83-86	21						18
17	27	25	18	24		74-75	79-82		48	35	43	17		17
16	26	24	17	23	16	71-73	76-78	20	47	34	42	16		16
15	25	23	16	22	15	67-70	72-75		46	3	41	15		15
14	23-24	22	15	21	14	63-66	69-71	19	44-45	32	40	14		14
13	21-22	21	14	19-20		59-62	66-68	18	42-43	30-31	38-39	13		13
12	19-20	20	13	17-18	13	54-58	62-65	17	39-41	28-29	36-37	12		12
11	17-18	19	12	15-16	12	47-53	58-61	15-16	35-38	26-27	34-35	11		11
10	15-16	17-18	11	13-14	11	40-46	52-57	14	31-34	23-25	31-33	10		10
9	13-14	15-16	10	11-12	10	2-39	47-51	12-13	28-30	20-22	28-30	9		9
8	11-12	14	9	9-10		26-31	41-46	10-11	25-27	18-19	25-27	8		8
7	9-10	12-13	7-8	7-8	9	22-25	35-40	8-9	21-24	15-17	22-24	7		7
6	7-8	10-11	6	5-6	8	18-21	29-34	6-7	17-20	12-14	19-21	6		6
5	5-6	8-9	5	4		14-17	23-28	5	13-16	9-11	15-18	5		5
4	4	6-7	4	3	7	11-13	18-22	4	10-12	8	11-14	4		4
3	3	5	3	2		10	15-17	3	6-9	7	8-10	3		3
2	2	4	2	1	6	9	13-14	2	3-5	6	5-7	2		2
1	1	3	1		4-5	8	12	1	2	5	3-4	1		1
0	0	0-2	0	0	0-3	0-7	0-11	0	1-0	0-4	0-2	0		0

SUMARIO			
TEST	P.P.	P.C.	
Información	11	8	
Comprensión	14	8	
Aritmética	4	4	
Semejanzas	14	10	
Memoria Dígitos	5	1	
Vocabulario	20	6	
Puntaje Verbal		37	
Símbolos Dígitos	40	7	
Complet. Fig.	7	6	
Diseño Cubos	14	5	
Ordenam. Fig.	14	6	
Composición Objetos	12	4	
Puntaje Ejecución		28	
Puntaje Total		65	
Puntaje Verbal	37	Q. I. 84 NT	
Puntaje Ejec.	28	Q. I. 92 P	
Puntaje Total	65	Q. I. 86 NT	

PARA CALCULAR EL DETERIORO			
TEST "SE MANTIENEN"	P.C.	TEST "NO SE MANT."	P.C.
Información	8	Memoria Dígitos	1
Vocabulario	6	Semejanzas	10
Complet. Figuras	6	Diseño Cubos	5
Composic. Objetos	4	Símbolos Dígitos	7
Comprensión	8	R. Aritmético	4
		Ordenar Figuras	6
	32		33
% De Pérdida "Mantienen" - "No se Mant." $\frac{32-33}{33} \times 100$ "Se Mantienen" 33 Corrección _____ % Pérdi. _____ <u>No hay</u>			

1. INFORMACION		PUNTOS 100		PUNTOS 100		PUNTOS 100
1. Bandera	1	11. Estatura	0	21. Senadores	0	
2. Pelota	1	12. Italia	1	22. Cervantes	0	
3. Meses	1	13. Ropas	0	23. Temperatura	0	
4. Termómetro	0	14. Jesús	0	24. Iliada		
5. Caucho	1	15. La Vida es Sueño	1	25. Conductos		
6. Presidentes	1	16. Vaticano	1	26. Korán		
7. Palma	1	17. Tumbes	0	27. Fausto		
8. Semanas	0	18. Egipto	1	28. Etnología		
9. Trujillo	0	19. Levadura	0	29. Divina Comedia		
10. Brasil	1	20 Apócrifos	0			

cod. 470259466

ESCALA DE ZUNG

DEPRESIÓN

Nombre: Dentura Gamba Zúñiga

Marque con un círculo el número que se ajuste a su respuesta

	MUY POCAS VECES	ALGUNAS VECES	MUCHAS VECES	CASI SIEMPRE
1. Me siento triste y decaído			X	
2. Por las mañanas me siento mejor		X		
3. Tengo ganas de llorar y a veces lloro			X	
4. Me cuesta mucho dormir por las noches			X	
5. Como igual que antes		X		
6. Aún tengo deseos sexuales	X			
7. Noto que estoy adelgazando		X		
8. Estoy estreñado	X			
9. El corazón me late más rápido que antes			X	
10. Me canso sin motivo		X		
11. Mi mente esta tan despejada como antes		X		
12. Hago las cosas con la misma facilidad que antes		X		
13. Me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto			X	
14. Tengo confianza en el futuro		X		
15. Estoy más irritable que antes		X		
16. Encuentro fácil tomar decisiones		X		
17. Siento que soy útil y necesario		X		
18. Encuentro agradable vivir			X	
19. Creo que sería mejor para los demás si estuviera muerto.		X		
20. Me gustan las mismas cosas de antes		X		

PUNTAJE TOTAL

**INVENTARIO MULTIFÁSICO DE LA PERSONALIDAD MINI-MULT
HOJA DE RESPUESTA**

APELLIDOS	PATERNO	MATERNO	NOMBRES
	García	Zúñiga	Ventura

SEXO

FECHA DE NACIMIENTO

M ☐ F ☐

AÑO MES DÍA

FECHA DE APLICACIÓN

Marque con un aspa(X) la Letra V (verdadero) o F (falso), según sea su respuesta.

01	<input checked="" type="radio"/> V	F	11	V	<input checked="" type="radio"/> F	21	<input checked="" type="radio"/> V	F	31	<input checked="" type="radio"/> V	F	41	V	<input checked="" type="radio"/> F	51	<input checked="" type="radio"/> V	F	61	<input checked="" type="radio"/> V	F
02	<input checked="" type="radio"/> V	F	12	<input checked="" type="radio"/> V	F	22	<input checked="" type="radio"/> V	F	32	<input checked="" type="radio"/> V	<input checked="" type="radio"/> F	42	<input checked="" type="radio"/> V	F	52	<input checked="" type="radio"/> V	F	62	<input checked="" type="radio"/> V	F
03	<input checked="" type="radio"/> V	F	13	V	<input checked="" type="radio"/> F	23	<input checked="" type="radio"/> V	F	33	<input checked="" type="radio"/> V	F	43	V	<input checked="" type="radio"/> F	53	<input checked="" type="radio"/> V	F	63	V	<input checked="" type="radio"/> F
04	V	<input checked="" type="radio"/> F	14	V	F	24	<input checked="" type="radio"/> V	F	34	<input checked="" type="radio"/> V	F	44	<input checked="" type="radio"/> V	F	54	<input checked="" type="radio"/> V	F	64	V	<input checked="" type="radio"/> F
05	<input checked="" type="radio"/> V	F	15	V	<input checked="" type="radio"/> F	25	V	<input checked="" type="radio"/> F	35	<input checked="" type="radio"/> V	F	45	<input checked="" type="radio"/> V	F	55	<input checked="" type="radio"/> V	F	65	<input checked="" type="radio"/> V	F
06	<input checked="" type="radio"/> V	F	16	<input checked="" type="radio"/> V	F	26	<input checked="" type="radio"/> V	F	36	<input checked="" type="radio"/> V	<input checked="" type="radio"/> F	46	<input checked="" type="radio"/> V	F	56	<input checked="" type="radio"/> V	F	66	V	<input checked="" type="radio"/> F
07	<input checked="" type="radio"/> V	F	17	V	<input checked="" type="radio"/> F	27	<input checked="" type="radio"/> V	F	37	<input checked="" type="radio"/> V	F	47	<input checked="" type="radio"/> V	F	57	<input checked="" type="radio"/> V	F	67	V	<input checked="" type="radio"/> F
08	<input checked="" type="radio"/> V	<input checked="" type="radio"/> F	18	<input checked="" type="radio"/> V	F	28	<input checked="" type="radio"/> V	<input checked="" type="radio"/> F	38	<input checked="" type="radio"/> V	F	48	V	<input checked="" type="radio"/> F	58	V	<input checked="" type="radio"/> F	68	<input checked="" type="radio"/> V	F
09	V	<input checked="" type="radio"/> F	19	V	<input checked="" type="radio"/> F	29	V	<input checked="" type="radio"/> F	39	<input checked="" type="radio"/> V	F	49	V	<input checked="" type="radio"/> F	59	<input checked="" type="radio"/> V	F	69	<input checked="" type="radio"/> V	F
10	<input checked="" type="radio"/> V	F	20	<input checked="" type="radio"/> V	F	30	V	<input checked="" type="radio"/> F	40	<input checked="" type="radio"/> V	F	50	V	<input checked="" type="radio"/> F	60	<input checked="" type="radio"/> V	F	70	V	<input checked="" type="radio"/> F
																		71	V	<input checked="" type="radio"/> F

	L	F	K	HS 1+5K	D 2	Hi 3	Dp 4+4K	Pa 6	Pt 7+1K	Es 8+1k	Ma 9+2K
Puntuación directa	1	5	6	2	12	8	8	7	10	9	9
Puntuación MM	4	14	14	6	35	22	23	17	25	26	24
Añadir K				...7...			...6...		...14...	...14...	...3...
Puntaje C	4	14	14	13	35	22	29	17	39	40	27

Puntaje T 50 76 53 50 80 56 74 76 73 77 75

HOJA DE RESPUESTAS - MILLON-II

Nombres y Apellidos: Ventura García Z Edad: 67 años
 Fecha de Nacimiento: 14/07/1949 Estado Civil: Cuadro
 Fecha de Evaluación: 19/09/2016 Ocupación: Amo de Casa
 Grado de Instrucción: Superior Evaluador: Socorro G.O.

**MARQUE CON ASPA LA RESPUESTA (V = VERDADERO; F = FALSO)
QUE MEJOR LE DESCRIBA A UD. Y A SU MANERA DE SER**

1	V	F	26	V	F	51	V	F	76	V	F	101	V	F	126	V	F	151	V	F
2			27			52			77			102			127			152		
3			28			53			78			103			128			153		
4			29			54			79			104			129			154		
5			30			55			80			105			130			155		
6	V	F	31	V	F	56	V	F	81	V	F	106	V	F	131	V	F	156	V	F
7			32			57			82			107			132			157		
8			33			58			83			108			133			158		
9			34			59			84			109			134			159		
10			35			60			85			110			135			160		
11	V	F	36	V	F	61	V	F	86	V	F	111	V	F	136	V	F	161	V	F
12			37			62			87			112			137			162		
13			38			63			88			113			138			163		
14			39			64			89			114			139			164		
15			40			65			90			115			140			165		
16	V	F	41	V	F	66	V	F	91	V	F	116	V	F	141	V	F	166	V	F
17			42			67			92			117			142			167		
18			43			68			93			118			143			168		
19			44			69			94			119			144			169		
20			45			70			95			120			145			170		
21	V	F	46	V	F	71	V	F	96	V	F	121	V	F	146	V	F	171	V	F
22			47			72			97			122			147			172		
23			48			73			98			123			148			173		
24			49			74			99			124			149			174		
25			50			75			100			125			150			175		

