



UNIVERSIDAD DE SOTAVENTO A.C.



ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

EFFECTOS EN LOS NIVELES DE DEPRESIÓN CON LA APLICACIÓN DE ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN, POR MEDIO DEL TALLER “TÉCNICAS DE RELAJACIÓN A TRAVÉS DE LA RISA” EN PACIENTES FÉMINAS DE 33 A 72 AÑOS, EN EL UNEME-CISAME DEL HOSPITAL COMUNITARIO DE COATZACOALCOS, VER.

TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

SILVIA KAREN LÓPEZ MOLINA

ASESOR DE TESIS:

LIC. ADRIÁN PORFIRIO MÉNDEZ FERNÁNDEZ



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DEDICATORIA

Dedico esta tesis principalmente a adiós y a mis padres por darme la vida, y han estado a lo largo de mi vida, dándome las herramientas esenciales en mi vida. Por estar a mi lado, siempre trabajando en conjunto, enseñándome el valor de una familia, el nunca rendirse y siempre luchar por lo que uno quiere.

A mi padre; papá gracias por estar siempre a mi lado, al pendiente que nada me falte, por aquellos regaños que en su momento no entendía y ahora comprendo el por qué eran. Gracias por las enseñanzas, por mostrarme tus errores y fortalezas para que yo aprendiera de ellos, y mejorar la calidad de ser humano que soy, gracias por que ahora sé que por ti y por mi madre soy quien soy gracias papá te amo.

A mi madre: Mamá gracias por tus brazos que siempre se abrirán cuando quería un abrazo. Tú corazón compendia cuando necesitaba una amiga, tus ojos tiernos que se endurecían cuando me hacía falta una lección o un regaño en aquellos momentos que no entendía. Gracias por tu fuerza y amor, que me guiaron y me dieron las alas para volar. Mamá gracias por todos y cada uno de los momentos que has estado a mi lado, por todos esos aquellos días de desvelos alentándome que podía lograr cualquier objetivo que quisiera yo. Gracias por sacar lo mejor de mí. Te amo.

A mi hermano: Gracias; por ayudarme en todo este proceso de mi vida, por regañarme en aquellos momentos en el cual estoy mal, apoyándome en las buenas y en las malas. Gracias por disfrutar tanto mis logros como si fueran tuyos te amo hermano.

A mi novio: Gracias por estar conmigo a lo largo de todo este tiempo, brindándome tú amor y apoyo incondicional, por estar conmigo en los momentos buenos o malos, en mis triunfos y tristezas. Por brindarme fortaleza y entusiasmo para salir adelante y culminar todas las cosas, permaneciendo siempre a mi lado. Gracias por tu amistad incondicional y por ser mi mejor amigo Te amo.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a toda la gente que estuvo a lo largo de estos años a mi lado, enseñándome sus conocimientos, compartiendo sus experiencias, palabras de aliento, y brindándome la confianza de seguir adelante y nunca rendirme. Incluyendo sus buenos deseos. A mi abuela, tíos y amigos gracias.

A Deysi. Gracias por compartir conmigo tu tiempo, cariño, atención, por compartir conmigo tus conocimientos por apoyarme en este proceso y sobre todo gracias por tu bella amistad te quiero amiga.

Al personal de salud mental: por brindarme la atención, apoyo, confianza incondicional, en este proceso y formación profesional en mi vida.

A margarita: gracias por impulsarme a tomar esta decisión, por siempre creer en mí, apoyando siempre mis opiniones y comentarios. Por darme la oportunidad de aprender académicamente y profesionalmente y brindarme una amistad muy bonita.

A la Psi. Patricia Chablé; Gracias por apoyarme en este proceso, compartiendo sus conocimientos y materiales necesarios mejorando mi desarrollo profesional y personal. Por siempre creer en mí en lo que hacía y en mi desempeño como profesional. Gracias por ser mi amiga.

Al Doc. Gustavo: Gracias por la atención, amabilidad y apoyo a lo largo de este proceso.

ÍNDICE

DEDICATORIA	I
AGRADECIMIENTOS	II
ÍNDICE	III
INTRODUCCIÓN	IV
CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.1 TEMA	2
1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN	2
1.3. OBJETIVOS	3
1.4. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	3
1.5. HIPÓTESIS Y VARIABLES	4
1.6. JUSTIFICACIÓN	4
1.7. DELIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN	5
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO	6
2.1 ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN	7
2.1.1 RISATERAPIA	7
2.1.1.1 DEFINICIÓN DE LA RISA	8
2.1.1.2 LA HISTORIA DE LA RISA UN BREVE RECORRIDO	9
2.1.1.3 EFECTOS DE LA RISA EN LA SALUD	11
2.1.1.3.1. EFECTOS EN EL ORGANISMO	11
2.1.1.3.2. EFECTOS PSICOLÓGICOS	13

2.1.1.3.3 EFECTOS DEL ESTRÉS EN LA SALUD Y EL FUNCIONAMIENTO DE LA RISA.	14
2.1.1.4 EL VALOR TERAPÉUTICO DE LA RISA	16
2.1.2 TIPOS DE INTEGRACIÓN TERAPÉUTICA Y METODOLÓGICA.	16
2.1.2.1 TOLERABILIDAD Y SEGUIMIENTO	18
2.1.2.2 ENFOQUE DEL HUMOR EN TERAPIA COGNITIVA–CONDUCTUAL	19
2.1.2.2.1 EL HUMOR.	21
2.1.3 PSICOEDUCACIÓN	22
2.2 DEPRESIÓN	23
2.2.1 PREVALENCIA	26
2.2.2 CAUSAS	26
2.2.3 SÍNTOMAS	27
2.2.3.1. SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS	27
2.2.3.2. SÍNTOMAS FÍSICOS	28
2.2.4. TIPOS	28
2.2.5 TRATAMIENTO	30
2.2.5.1 TERAPIA COGNITIVO – CONDUCTUAL COMO TRATAMIENTO ANTIDEPRESIVO.	30
2.3. ANTECEDENTES DE LA INSTITUCIÓN DE SALUD MENTAL	31
2.3.1. ASPECTOS GENERALES DE SALUD MENTAL	31
2.3.2 ESTRUCTURA GENERAL DE SALUD MENTAL	32
CAPITULO III METODOLOGÍA	33
3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN	34

3.2. POBLACIÓN	34
3.3. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y DE EXCLUSIÓN	34
3.4. PROCEDIMIENTO	34
3.5 ESCENARIO	35
3.6 MATERIALES	35
3.7. INSTRUMENTOS	35
3.7.1. TEST DE HAMILTON	35
CAPITULO IV RESULTADOS	39
4.1. DATOS DEMOGRÁFICOS	40
4.1.2. RANGO DE EDADES	40
4.2.1 DATOS QUE ARROJO LA ESCALA Y N° DE ASISTENCIA	41
CAPITULO V DISCUSIÓN	43
5.1. CONCLUSIÓN	44
5.2.PROPUESTA	45
BIBLIOGRAFÍA	46
ANEXOS	48
A. PROGRAMA DE ACTIVIDADES	49
B. LISTA DE ASISTENCIA	59
C. ESCALA DE HAMILTON PARA LA DEPRESIÓN	60
D. CONSTANCIA	62

INTRODUCCIÓN

El objetivo del presente trabajo es el de determinar si existe una disminución de los síntomas de las personas 14 féminas de 33 a 72 años con impresión diagnóstica de trastorno depresivo que asisten al centro integral de salud mental de Coatzacoalcos, Ver. A través de un taller llamado; “Técnicas de relajación a través de la risa” como un complemento en la recuperación de las personas. Ya que dentro de dicha institución reporta un alto índice de población que presenta esta patología.

Utilizando estrategias de intervención dentro el taller, el motivo por el cual surge dicha investigación es debido a que actualmente el trastorno depresivo, se asocia a una alta prevalencia, e importante carga en términos humanos, sociales y económicos. El Trastorno Depresivo Mayor es una enfermedad psiquiátrica asociada a síntomas emocionales, vegetativos y físicos, entre los que se encuentran los de naturaleza dolorosa que se sobreponen.

El trastorno, es una combinación de síntomas que interfieren con la capacidad para trabajar, estudiar, dormir y comer. Se trata de una condición de discapacidad y puede afectar a una persona. El síntoma central y principal es el abatimiento del humor, a menudo se asocia con altos niveles de estrés, depresión ligada preocupación y emociones negativas puede aumentar aún más el estrés a niveles peligrosos.

La depresión se asocia a menudo con las emociones negativas, como el miedo, la ira, la soledad y la autocompasión. Estos pueden conducir a un aumento del estrés, sentimientos de intensa desesperación y abrumadoras sensaciones de impotencia. Las personas deprimidas rara vez se ríen, y la gente rara vez se ríe deprimida. Por lo cual la Risa es un poderoso remedio para contrarrestar los efectos negativos del estrés. Se eleva el estado de ánimo de forma instantánea y levanta el ánimo que le permite a uno realizar mejor y tener éxito en cualquier campo de trabajo. La risa crea un estado de ánimo positivo, fomenta una actitud positiva y optimista con un aumento de optimismo, esto hace que el mundo parezca un lugar

maravilloso, lleno de gente muy divertida e interesante y un gran potencial para el logro y la felicidad. En este estado hay menos probabilidad de sucumbir a los sentimientos de depresión y desesperanza.

La risa como un componente esencial en la comunicación y expresión de las emociones del ser humano, ha sido elemento de interés en estudios que buscan interpretar los beneficios que tiene la misma en la salud. Es el mejor compañero que se puede tener en el camino. Además de ser gratuita es sinónimo de vida, crecimiento y salud mental, con ella poder superar los malos momentos y gozar de las cosas cotidianas.

Las intervenciones terapéuticas y talleres de grupo favorecen las relaciones humanas, que el paciente perciba la vida de una forma diferente, y disminuyendo los niveles de estrés ayudando a que se dé cuenta de que no es la única persona que se encuentra en la misma situación. La risa es la libertad; ya que nos libramos del estrés acumulado. Siendo un componente esencial en la recuperación del individuo tanto en la salud como en el aspecto psicosocial, disminuyendo el estrés y la depresión generado en el ambiente más armónico en el hogar del adulto. Por tal motivo esta investigación que se está realizando, se lleva a cabo en la clínica de salud mental contando con la población necesaria para dicha investigación y debido a que cada vez han sido más frecuentes que se presente dicho trastorno. Sin embargo, la intención principal de este trabajo es lograr que los usuarios que presentan el trastorno depresivo disminuyan los síntomas de una forma considerada mediante técnicas de relajación a través de la risa, manejo del estrés y de la autoestima con diferentes estrategias de intervención.

CAPÍTULO I
PLANTEAMIENTO DEL
PROBLEMA

1.1. TEMA

Efectos en los niveles de depresión con la aplicación de estrategias de intervención, por medio del taller “técnicas de relajación a través de la risa” en pacientes féminas de 33 a 72 años del UNEME-CISAME del hospital comunitario en Coatzacoalcos, ver.

1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Esta investigación surge, durante la estancia en el centro integral de salud mental (UNEME-CISAME), debido a que se observó que existe un alto índice de probabilidad en pacientes que asisten a salud mental son diagnosticados con el trastorno depresivo.

Así nace el interés en conocer qué; las usuarias féminas de 33 a 72 años de edad, que acuden a consulta con trastorno depresivo, obtienen una disminución de los síntomas asistiendo a taller “Técnicas de relajación a través de la risa”.

1.3. OBJETIVOS

Objetivo general:

Determinar los efectos en los niveles de la depresión en las pacientes féminas de 33 a 72 años de edad al implementar, estrategias de intervención grupal en pacientes que asisten a la clínica de salud mental UNEME-CISAME del hospital comunitario de Coatzacoalcos, Ver

Objetivos específicos:

- Medir a través de un pretest el índice global de la depresión que presentan los pacientes de 33 a 72 años de edad con impresión diagnóstica de trastorno depresivo que asiste a la clínica de salud mental de Coatzacoalcos, Ver.
- Brindar estrategias de relajación a las participantes para fomentar de manera individual la auto-relajación. Por medio del taller; “Técnicas de relajación a través de la risa”.
- Realizar el taller en sesiones una hora y media en 11 sesiones, una vez por semana con una duración de 17 horas.
- Evaluar a través de un posttest el índice global de la disminución de los síntomas comparándolos con el pretest aplicado al inicio. En los pacientes de 33 a 72 años de edad con impresión diagnóstica de trastorno depresivo que asiste a la clínica de salud mental de Coatzacoalcos, Ver.

1.4. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Es posible que los pacientes de 33 a 72 años de edad con impresión diagnóstica de trastorno depresivo que asiste a la clínica de salud mental de Coatzacoalcos, exista una disminución de los síntomas acudiendo al taller?

1.5. HIPÓTESIS

Hipótesis de investigación (HI) y variables

El taller “Técnicas de relajación a través de la risa” disminuye el índice global de los síntomas que presentan los pacientes con trastorno depresivo pertenecientes a salud mental. De Coatzacoalcos Veracruz

VARIABLE INDEPENDIENTE:

La terapia de grupo; “Técnicas de relajación a través de la risa”

VARIABLE DEPENDIENTE.

Los efectos en los niveles de depresión mediante la asistencia del taller.

1.6. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

La depresión es un trastorno psiquiátrico más frecuente en la población general, según la OMS (Organización Mundial de la Salud) la depresión en el 2020 será la segunda más frecuente a nivel mundial. Actualmente se le ha dado mucho énfasis éstos trastornos y es por eso que han surgido servicios para el tratamiento de los mismos. En la actualidad los índices de depresión se presentan de manera más frecuente, afectando más a la mujer que al hombre, ha desencadenado una serie de trastornos que afectan al individuo en su entorno psico-social; siendo muchas las causas (el estrés, problemas económicos, cambios sociales, problemas de pareja, duelos, la falta de autoestima y de belleza, etc.). En el peor de los casos, la depresión puede llevar al suicidio.

El taller grupal “Técnicas de relajación a través de la risa” tiene el propósito de aportar al usuario técnicas de relajación a través del buen humor y la risa. Para obtener una disminución de los síntomas de dicha enfermedad, mediante la aplicación de actividades que promuevan, el fortalecimiento de la autoestima en las mujeres, el manejo de las emociones, manejo del estrés y mejorar la seguridad de la persona a través de la risa.

El taller se llevara a cabo en la jurisdicción sanitaria XI en el cual existe un Centro Integral de Salud Mental el cuál proporciona atención a población abierta. Sin importar que tenga algún derecho habiente; es por eso que la demanda de los servicios en salud mental es cada vez mayor y las consultas se obtienen de manera muy prolongada; sobre todo para terapias individuales de psicología, donde algunas veces ya no hay asistencia a las citas subsecuentes encontrándose muy distantes entre una y otra aproximadamente entre 2 a 4 meses y por eso los tratamientos se hacen más tardados.

Es por todo esto que se realizara una investigación de corte no experimental, de diseño longitudinal. Se determinarán una primera mediación mediante clinimetria de depresión al grupo; la segunda fase es aplicar el curso-taller, al término de este, se medirán una vez más los índices de depresión.

Las actividades que se realizan de manera grupal han propiciado mucha participación en los usuarios además de obtener una evolución más rápida de la enfermedad con sesiones una vez por semana por un periodo de 11 sesiones.

1.7 DELIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

La presente investigación se llevó a cabo en el Centro Integral de Salud Mental de Coatzacoalcos, Ver. En un periodo de tiempo de septiembre a noviembre del 2013. La muestra fue dirigida o no probabilística (Sampieri, 2008) por que la elección de la población no dependió de la probabilidad si no de las características de la investigación, quedando 14 adultos cuya edad oscila entre los de 33 a 72 años, de los cuales todas son mujeres con impresión diagnóstica de Trastorno depresivo. Que cumplen con los criterios establecidos del DSM-IV y que tuvieron la disponibilidad de colaborar en la investigación. Durante el taller de las 11 sesiones.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

CAPITULO II

2.1. ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN

Las estrategias complementan las intervenciones individuales y permite utilizar la fuerza y capacidad motivacional del grupo para dar respuesta a las necesidades terapéuticas de los pacientes teniendo en cuenta los diversos estadios de cambio en que se encuentran. El grupo es el marco por excelencia en el que la Terapia desarrolla y aplica técnicas y estrategias propias de su disciplina para promover el cambio en las actitudes, conductas, emociones y hábitos, necesarios para el logro de los objetivos terapéuticos con cada paciente, siendo la actividad el vehículo que promueve dichos cambios y que favorece la progresiva autonomía en el desempeño cotidiano. El entorno grupal actúa como una estructura de apoyo que facilita la socialización, el entrenamiento y la experimentación.

2.1.1 RISOTERAPIA

La Risoterapia se define como una técnica psicoterapéutica basada principalmente en conseguir beneficios a nivel somático y emocional en las personas a través del fomento de la risa. Actualmente los profesionales de la salud consideran que en sí misma no puede definirse como una terapia porque no cura una enfermedad de forma totalitaria, pero sí actúa como complemento de las terapias convencionales ayudando a mejorar el pronóstico de ciertas patologías. Por eso la risoterapia entra dentro del grupo de las llamadas terapias complementarias y no de las terapias alternativas.

Esta técnica consiste en reír de una manera natural, sana, franca y que salga del vientre de un modo simple como en los niños en la infancia. Para ello se utilizan técnicas que ayudan a liberar las tensiones del cuerpo y de la mente como: la expresión corporal, el juego, la danza, ejercicios de respiración, masajes y estrategias para reír y así llegar a la carcajada.

Sin embargo la risoterapia no sólo se reduce a la práctica de juegos o actividades para producir la risa. Es una terapia que incide también en nuestra forma de pensar utilizando habilidades y estrategias para percibir las cosas cotidianas de una forma positiva, alegre y placentera. Enseña técnica para mejorar el sentido del humor, afrontar los problemas y desdramatizar en la medida de lo posible ante las situaciones difíciles que presenta la vida. Por tanto, la risoterapia se ocupa de forma integral u holística del ser humano, es decir, trabaja con el cuerpo y la mente tratando de buscar el equilibrio de ambos. Ése es el verdadero arte de la risoterapia, utilizar el camino de la risa y el humor para mejorar la calidad de vida, el bienestar y el sentido vital de las personas. (Masson, 2004)

2.1.1.1. DEFINICIÓN DE LA RISA

La risa puede considerarse una emoción positiva, o por lo menos la causa o reflejo externo de una emoción positiva (la hilaridad). LA RISA aludo al acto de expresión emocional incontrolado, espontáneo y liberador de tensión, fluido y torrencial. Es un acto puntual realizado en tiempo presente. (Menéndez, 2009).

La risa puede esconder algo más que la simple acción físicamente audible de reír. La risa es el resultado de una constelación de emociones. La risa es un obsequio del querido yo para el querido yo y para los demás. Es provocada o estimulada por unas simples cosquillas puede ser una expresión puramente física y localizada, mientras que la experiencia integral de la risa espontánea, a partir de una profunda carcajada, no se limitaría a alguna zona específica del cuerpo. En ocasiones, la risa es una manifestación de alegría y bienestar, una descarga o liberación emocional, y en otras se expresa como un fenómeno social. O espiritual. (MORA, 2010)

2.1.1.2 LA HISTORIA DE LA RISA UN BREVE RECORRIDO

La risa se remonta hacia hace más de 4000 años en el antiguo imperio chino, donde existían templos que acobijaban personas cuyo fin era equilibrar la salud mediante la risa; igualmente en la India se observa la presencia de templos sagrados donde se practicaba la risa, existiendo en la cultura hindú la creencia de que una hora de risa tenía más efectos beneficiosos en el cuerpo que cuatro horas de yoga; incluso existían tribus con la figura del “doctor payaso”, un hechicero que practicaba el poder curativo de la risa en los guerreros enfermos.

En Grecia, Hipócrates establece una relación causal entre humor y la conducta humada, al “referirse al humor como un fluido del cuerpo que tiene influencia en el temperamento y por consiguiente en la conducta”; sin embargo, la práctica de la risa no era aceptada por algunos filósofos, refiriendo Rivero en su artículo “la risa, la medicina mas barata”, a Platón, quien la consideraba como “un vicio”, así mismo, Aristóteles veía a la risa como una “mueca de fealdad que deforma el rostro y desarticula la voz”.

En la edad media, la práctica de la risa terapia se refleja en los bufones de los castillos para entretenimiento del monarca, sin embargo, el oscurantismo y la creencia de que su práctica iba en contra de la religión la limitó. El tema de la risa se vuelve a retomar sólo hasta el año de 1860 con el filósofo Herbert Spencer en su publicación en Macmillan Magazine, en donde considera el humor “como un mecanismo de restauración importante”.

Posteriormente, Sigmud Freud resalta el poder de las carcajadas en la liberación de energía negativa, demostrándose científicamente que “la corteza cerebral libera impulsos eléctricos negativos un segundo después de comenzar a reír”.

Hacia la década de los 50 aparece Albert Ellis quien desarrolló la “Terapia racional emotiva conductual”, en dónde aporta la participación del humor en la psicoterapia, basándose en el planteamiento de que las personas contribuyen en sus problemas mediante la interpretación de las diferentes situaciones que se le presentan a lo largo de su vida.

En la década de los 60-70 O. Connell, desarrolla la teoría terapéutica *Natural High Theory*, identificando como “finalidad del humor el desaparecer sentimientos auto-derrotistas que motiven el desarrollo de la personalidad y promuevan la oportunidad de manejar situaciones de crisis”

Igualmente, Norman Cousins expresa públicamente los beneficios obtenidos del humor durante su enfermedad, la cual era considerada como irreversible y logro superar con las dosis diarias de risa aportadas por las películas de los hermanos Marx y las del gordo y el flaco, se puede decir que a partir de este hecho se empieza a considerar seriamente por la comunidad científica como una alternativa de sanación la risa terapia o también conocida como Geloterapia¹². Posteriormente, aparece Moody, quien plantea los beneficios terapéuticos del humor, entre ellos “la exclusión de las emociones negativas y el lidiar con situaciones de tensión”¹⁰. En 1972 con el médico Patch Adams, se funda el Instituto Gesundheit quien vincula la risa al cuidado médico. (MORA, 2010)

A finales del siglo XX se incrementa el interés por el humor en la intervención terapéutica, reflejándose en el número de artículos e investigaciones disponibles que abordan este tema, “encontrándose en revistas como *Journal of General Psychology, Journal of Counseling and Development; PsychologyToday, American Journal of Psychotherapy*, entre otras revistas profesionales en los Estados Unidos que dedican espacio al tema del humor, donde profesionales de la conducta como Johnson (1997), Richman (1996), Provine (2000), Golding& Bordan (1999), entre otros, plasman sus ideas y hallazgos al respecto” . (Jennifer Jaimes, 2011)

La terapia de la risa es un proceso de cambio gradual que conduce a un estado o condición deseados. Para el terapeuta, es una secuencia sistemática de intervenciones planeadas, dirigidas y organizadas que llevan a cambios específicos en el paciente o participante. Para que se dé la terapia, el terapeuta debe actuar de alguna manera sobre el paciente o participante a fin de producir un efecto, resultado o cambio de algún tipo. De no cumplirse estas premisas, de no mediar un claro objetivo terapéutico, cualquier otra intervención con risa se debería definir y tratar como “dinámica de la risa”, “taller de la risa” u otra expresión análoga, pero no bajo los conceptos de medicina/terapia de la risa (o “Risaterapia”).

En particular, el término “Risaterapia”, por haberse empleado universalmente y a menudo sin propiedad o con finalidades muy diversas, cuando en realidad se trata de humor, entretenimiento o frecuentemente de “dinámica de la risa”, no será utilizado en esta obra para evitar equívocos y confusiones con los conceptos de medicina/terapia de la risa. Con este sentido científico y terapéutico, se preferirán exclusivamente las expresiones “medicina de la risa” y “terapia de la risa”.

2.1.1.3 LOS EFECTOS DE LA RISA EN LA SALUD

2.1.1.3.1. EFECTOS EN EL ORGANISMO

Es aconsejable como ejercicio regular; La risa terapia tiene múltiples efectos en la salud; no sólo disminuye el estrés provocado por la vida diaria y por enfermedades sino también permite mediante la carcajada poner en marcha cerca de 400 músculos de la cara y algunos del tórax, abdomen y estómago, reactivando de esta forma el sistema linfático, siendo un equivalente de cinco minutos de risa a 45 minutos de ejercicio aeróbico. Igualmente, el movimiento generado en el diafragma durante la risa, origina un masaje interno, favoreciendo el funcionamiento de múltiples órganos como el hígado, el intestino evitando el estreñimiento y la eliminación de la bilis.

En cuanto a la función pulmonar, mejora la respiración y aumenta la oxigenación de los tejidos, facilitando el movimiento de 12 litros de aire, es decir duplica lo normal (6 litros). Enriquece la sangre que va al cerebro, por el aumento de la tasa cardiaca, junto al aporte de oxígeno suplementario.

Otros de los efectos demostrados es el analgésico, generado mediante cinco minutos de risa continua debido a la liberación de endorfinas, cuya acción es similar a las morfina; y serotonina, cuyos efectos son calmantes; sumado a esto, estudios han demostrado que terapias repetitivas de risa aumentan la tolerancia al dolor. Actúa como un masaje: La columna vertebral y sobre todo las cervicales que es donde por lo general se acumulan tensiones, se estiran al reírnos. Además se estimula el bazo y se eliminan las toxinas.

Además de ellos se ha visto beneficios en la prevención del infarto, ya que los movimientos vibratorios fortalecen los músculos del corazón; y regula la respuesta inmunológica aumentando el funcionamiento de las células NK, mediante la expresión de genes, evidenciándose mejoría en personas con enfermedad viral o cáncer, y disminución del cortisol, principal inmunosupresor en situaciones de estrés.

Adicionalmente, al actuar sobre el sistema neurovegetativo regulado por el sistema límbico, inicialmente se activa el sistema simpático para dar paso al parasimpático relajando de esta forma el sistema muscular.

Además tiene efecto rejuvenecedor, al estirar y estimular los músculos de la cara, efecto tonificante y evita arrugas. Reduce el nivel de estamina (hormona estrés). Eficaz contra el insomnio y contra los ronquidos. Ilumina la mirada por la estimulación de las glándulas lacrimales.

Investigaciones han reportado una mejoría con el uso de la risa terapia de síndromes tales como la depresión, esquizofrenia, desorden bipolar, trastorno obsesivo compulsivo, estrés postraumático, modificando la percepción que tiene el paciente con respecto a sí mismo y a su entorno, teniendo en cuenta que el humor abarca al individuo como un ser integral, incluyendo los aspectos cognitivo, emocional, social, interpersonal y fisiológico. (Menéndez, 2009)

2.1.1.3.2. EFECTOS PSICOLÓGICOS

Crea un ambiente familiar mucho más feliz y mejora las relaciones laborales y de cualquier otro tipo. Contribuye a equilibrar el pensamiento, con toques de sano humor. (Illescas, 2009) Sitúa en el presente y se vive en el ahora. Es una meditación activa. Es un poderoso vehículo de comunicación y contagioso.

La risa nos ayuda a tratar con los cambios y conflictos de una manera más serena y objetiva minimizamos los problemas.

No desaparecen nuestras preocupaciones, pero con el buen humor se vuelven menos importantes, encontrando maneras nuevas de solucionarlas. La risa traslada intensamente al momento presente, momento de máxima importancia porque es el único donde se puede experimentar la felicidad. La risa ayuda a sobrellevar mejor los retos y los conflictos porque proporciona mejores perspectivas, reduce el estrés y abre la mente a nuevos cambios y opiniones, aumentan la memoria, el pensamiento creativo y la resolución de problemas. (MORA, 2010)

Con la risa se disuelve el miedo, la rabia y el aburrimiento, aumenta nuestra autoestima y genera mayor autoconfianza en nuestros recursos desinhibe, reduce los niveles de ansiedad y preocupación; no podemos preocuparnos mientras nos reímos y nos divertimos más, evita conflictos al ser más abiertos y más claros. Conseguir que las parejas se rían las hace sintonizar; el uso de la risa como terapia de pareja. Nos vuelve más tolerantes, no juzgamos tanto a los demás, reír sin motivo desarrolla nuestro sentido del humor, aumenta aspectos de potencial humano, ya que se trabaja el lado derecho del cerebro desarrollando aspectos como la intuición, la inspiración, la creatividad y el poder de curación. Previene estados depresivos, nos hace sentir bien, ya que favorece la secreción de endorfinas (neurotransmisor inhibidor de la transmisión del dolor) proporcionando sensaciones de alegría, euforia y bienestar) eleva el estado de ánimo, la autoestima, la esperanza, la energía y el vigor. Si reímos no podemos estar preocupados a la vez.

Es un poderoso agente social:

- Crea relaciones y fortalece las que ya existen.
- Unifica socialmente porque se disuelven las personalidades.
- La risa sincroniza.
- Favorece las relaciones en todos los ámbitos sociales al ser un poderoso vehículo de comunicación: familiares, de pareja, de amigos, profesionales.
- Mejora la interacción interpersonal, las relaciones sociales, la atracción y la proximidad.
- Aumenta la amigabilidad, la colaboración, facilita la identidad de grupo, la solidaridad y promueve el bienestar psicológico.
- Mejora la relación médico-paciente y la calidad de vida.
- Intensifica la hilaridad y es muy contagiosa.
- Si te ríes con alguien no discutes.
- Reír sin motivo desarrolla nuestro sentido del humor. (Menéndez, 2009)

La risa es un buen remedio contra la importancia excesiva que tantas veces le damos a lo que hacemos. Por consiguiente, ponerla en práctica no solo produce satisfacción y bienestar, sino que es una terapia muy buena para curar la depresión, el estrés, la angustia, la falta de autoestima. Por último, la risa será nuestra mejor tarjeta de presentación. Nuestro certificado ante los demás de equilibrio personal, bienestar y felicidad. (Illescas, 2009)

2.1.1.3.3 EFECTOS DEL ESTRÉS EN LA SALUD Y LA FUNCIÓN DE LA RISA

Entre el sistema parasimpático, el cual es segregador de endorfinas, especialmente las encefalinas las cuales además de generar tranquilidad y armonía, tienen la capacidad de aliviar el dolor y activar el sistema inmune; y el sistema simpático, relacionando con los sentimientos violencia, y estrés.

Seyle es el primero en plantear la fusión entre el estrés y la enfermedad, indicando la relación existente entre el sistema neurovegetativo, endocrino y linfático, viéndose reflejada especialmente en pacientes con hipertensión arterial, diabetes, enfermedad ácido péptica y cáncer. Se ha demostrado que durante un situación generadora de estrés, se secretan catecolaminas de la médula suprarrenal por estímulo simpático, el cual es controlado por el hipotálamo y el sistema límbico. A su vez, se libera norepinefrina, especialmente hacia el hipotálamo y corteza frontal procedente del locus ceruleus, regulada a su vez por la amígdala perteneciente al sistema límbico, principal modulador de las emociones especialmente hacia el hipotálamo y corteza frontal procedente del locus ceruleus, regulada a su vez por la amígdala perteneciente al sistema límbico, principal modulador de las emociones.

Adicionalmente, el estímulo estresante activa las neuronas del núcleo para ventricular del hipotálamo, secretando la hormona liberadora de adrenocorticotropina, la cual estimula las células corticotróficas de la hipófisis anterior para secretar la hormona adrenocorticotrófica, responsable de la producción y liberación de cortisol de la glándula suprarrenal. El estrés ha sido asociado también con el incremento de los mastocitos, los cuales aumentan la respuesta a los alérgenos.

El Dr. Lee Bark en la década de los 70 en la universidad de Loma Linda en California, descubrió al analizar una muestra sanguínea de una paciente mientras observaba una película cómica, que la risa disminuye los niveles de estrés y ejerce un efecto sobre el sistema inmune, aumentando la acción de los linfocitos T y de los anticuerpos, los cuales continuaban en ascenso hasta 12 horas después del episodio de risa. El origen de la risa según estudios mediante estimulación cerebral realizada por científicos de la universidad de California, se encuentra en la circunvolución frontal superior izquierda del cerebro en el área motora suplementaria, cuya estimulación refleja las diferentes intensidades en la risa.

2.1.1.4. EL VALOR TERAPÉUTICO DE LA RISA

Según la Organización Mundial de la Salud, la salud es el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad.

La salud se preserva o se restaura actuando sobre uno o varios de tales determinantes, siendo el estilo de vida el más importante y modificable. Son estilos de vida saludables, entre otros, seguir una alimentación variada y equilibrada, practicar ejercicio físico, descansar las horas suficientes o evitar determinados hábitos tóxicos (tabaco, alcohol, otros). Experimentar o practicar la risa también es un estilo de vida y una terapia (medicina de la risa) que se ha asociado a numerosos beneficios de salud. Dado que la risa es un componente integral de la felicidad humana, su ausencia podría considerarse patológica.

No obstante, la risa podría estar desapareciendo de los estilos de vida actuales debido al estrés, la preocupación, la culpa, la falta de responsabilidad, el miedo o las normas sociales.

2.1.2. TIPOS DE INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA Y METODOLOGÍA

La terapia de la risa, 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 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, la terapia activa 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. La terapia receptiva o pasiva estaría indicada en aquellos casos donde la participación activa en la experiencia de la risa esté limitada o comprometida. Es también muy frecuente o habitual encontrar intervenciones en las que se ofrece la combinación de los dos métodos. (MORA, 2010)

Los terapeutas de la risa tienen a su disposición diferentes posibilidades de intervención. Una intervención se puede enfocar en aspectos físicos, emocionales, mentales, conductuales, sociales o espirituales de la experiencia del paciente o participante.

La **tabla**. Ilustra los tipos de intervención más habitual en medicina/terapia de la risa, también común a otras medicinas/terapias complementarias o alternativas.

<p>Conexión: la experiencia de risa o el terapeuta aportan 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.</p>
--

<p>Expresión: la experiencia de risa o el terapeuta dan la oportunidad de compartir o intercambiar ideas o sentimientos con otra persona. Los medios pueden ser materiales, verbales, no verbales, musicales, entre otros.</p>

<p>Interacción: la experiencia de risa o el terapeuta aportan la ocasión de actuar sobre el entorno de manera simultánea y recíproca. Los medios pueden ser materiales, verbales, no verbales, musicales, entre otros.</p>

(Continuación)

<p>Exploración: la experiencia de risa o el terapeuta aportan una oportunidad para investigar problemas, descubrir recursos, evaluar alternativas o elegir soluciones. Puede involucrar tareas, actividades o experiencias de risa verbal o no verbal, musical, entre otras.</p>
<p>Motivación: la experiencia de risa o el terapeuta incrementan la probabilidad de que el paciente o participante se seduzca, enganche o participe en el proceso terapéutico.</p>
<p>Validación: la experiencia de risa o el terapeuta apoyan, alaban, aceptan o animan al paciente o participante.</p>
<p>Influencia: la experiencia de risa o el terapeuta afectan directamente o inducen cambios en el estado del paciente o participante. Incluye cualquier intervención que estimule, calme, dirija, guíe, respuestas específicas del paciente o participante.</p>
<p>Empatía: la experiencia de risa del paciente o participante coincide, sincroniza o se refleja con el terapeuta.</p>
<p>Reajuste: pretende llenar las necesidades físicas, mentales, conductuales, sociales o espirituales, bien a través de la experiencia de risa o por medio de interacciones verbales o no verbales con otros</p>

2.1.2.1. TOLERABILIDAD Y SEGURIDAD

La risa es universalmente bien tolerada y sus efectos secundarios son muy limitados. En casos extraordinarios se ha descrito la aparición de un síncope inducido. Sus contraindicaciones son casi inexistentes, aunque se aconseja tener precaución en pacientes con determinadas condiciones de salud, tales como cirugía reciente, cardiopatías o glaucoma. En cualquier caso, la risa no estará indicada cuando suponga incomodidad evidente o dolor adicional.

2.1.2.2. ENFOQUE DEL HUMOR EN LAS TERAPIA COGNITIVA-CONDUCTUAL.

El incluir el humor y risa en la terapia e la terapia de la conducta, permite al paciente una nueva forma de afrontar situaciones que con anterioridad habían sido consideradas problemáticas.

La terapia razón al emotiva de Ellis, emplea gran variedad de métodos, entre ellos el humor para interrumpir y alterar las creencias irracionales del paciente, que actúan saboteando en forma de resistencia los procedimientos terapéuticos.

<< De cualquier forma que se presente, la psicopatología consiste en tomar demasiado en serio no solo la vida sino también a nosotros mismos: exigiendo que debemos conseguir exactamente lo que queremos; concluyendo que es trágico cuando nuestros deseos se ve frustrados o aplazados; juzgando que nosotros y los demás son demonios o dioses según la forma de actuar buena o mala. De aquí se deduce que una de las finalidades más importantes de la psicoterapia es socavar la excesiva seriedad de las personas>>

Una gran medida, la perturbación emocional consiste en tomar la vida demasiado e seria, en exagerar la importancia de las cosas, la sensación de catástrofe, de horror y atrocidad de todo lo que ocurre (o pasado al extremo defensivo de no tomarlas suficientemente en serio). En este sentido la psicoterapia racional emotiva conductual consiste en demostrar a las personas sus creencias disfuncionales catastróficas y desafiar enérgicamente su excesiva seriedad.

Navas(1989) explica que es fundamental diferenciar el reírse y hacer bromas, de las ideas de la persona y humanidad del paciente, que es fundamental respetar siempre.

1) Desensibilización sistemática.

El humor puede usarse previo a la visualización de las escenas temidas, si surge espontáneamente, da cuenta de un efecto de cambio cognitivo, ya que el sujeto puede interpretar de una manera diferente la situación estímulo.

2) Entrenamiento asertivo:

Las personas no –asertivas experimentan temor excesivo acerca de las consecuencias de su comportamiento disfuncional. De manera que, el crear o enfatizar diversos aspectos humorísticos e la técnica del juego de roles ayuda a reducir sus temores.

Una posible estrategia es la exageración; estas, personas, frecuentemente tienen expectativas erróneas de como los demás reaccionaran si expresan sus sentimientos, opiniones, o hacen valer sus derechos personales.

En el entrenamiento asertivo se enseña a expresar apropiadamente el coraje a través del humor.

3) Modelaje:

Servir de modelo es una función que el terapeuta implementa explicita o implícitamente durante el proceso de tratamiento terapéutico. Muchas veces es favorable que el profesional transmita un mensaje, u problema puede ser tomado seriamente y describirse humorísticamente.

4) Reforzamiento:

Cuando un paciente es capaz de hacer una broma o reírse acerca de asuntos personales que antes había sido doloroso o vergonzante, dicha reacción humorística por lo general representa un cambio significativo en la visión de si mismo, del mundo y de sus circunstancias. Al brindar el terapeuta atención al humor por parte del paciente, motiva y refuerza el uso de los recursos humorísticos que la persona no ha utilizado o ha dejado de hacerlo, debido a inhibiciones personales.

2.1.2.2.1 EL HUMOR

El término “humor” tiene diversas acepciones en castellano, y los investigadores y teóricos que se dedican a los “estudios del humor” tampoco se han puesto de acuerdo sobre cómo definir los distintos conceptos y fenómenos de este campo. En parte, se debe al fracaso de la psicología y de otras ciencias en explicar el mecanismo de la risa, uno de los más antiguos misterios del comportamiento humano.

Cuando estudiosos de la Psicología Positiva como Martin Seligman hablan del sentido del humor como una de las fortalezas del ser humano, se refieren a una capacidad para experimentar y/o estimular una reacción muy específica, la risa (observable o no), y de esta manera conseguir o mantener un estado de ánimo positivo.

El término humor para referirnos a las diversas causas de la risa, que es también la acepción más común en el idioma ordinario (humor negro, verde, blanco, satírico, irónico, ingenioso, burdo, absurdo, oral, literario, gráfico, físico, improvisado). Consideraremos humor también casos de humor no intencional, como los despistes, las “meteduras de pata” o las torpezas –dado que aunque no suelen considerarse “humor” habitualmente, resultan difíciles de diferenciar del humor intencional en la práctica. En definitiva, definiremos el humor como cualquier estímulo que pueda provocar la risa de un sujeto: juegos, bromas, chistes, viñetas, situaciones embarazosas, incongruencias, inocentadas, cosquillas.

El humor es parte integral del comportamiento humano en cada día de la vida, es una actividad intelectual que ocupa un lugar especial en las interacciones sociales humanas, por lo que actúa como forma de comunicación y es también un canal útil para liberar ansiedad, tensión e inseguridad.

El humor se considera por tanto una habilidad y puede entrenarse para ser desarrollada ante las adversidades y las dificultades cotidianas. No existe una teoría comúnmente aceptada para explicar de qué manera el humor provoca la risa, qué tipos de humor pueden diferenciarse o cómo describir las relaciones y diferencias entre estos tipos.

De las numerosas teorías monocausales propuestas, las más conocidas son las que identifican el estímulo de la risa con una sensación de superioridad, con la incongruencia, con la liberación de una tensión cognitiva/emocional, o con el juego (Jáuregui, 2006)

2.1.2. PSICOEDUCACIÓN

Es un aprendizaje experiencial acerca de sí mismo, del proceso o trastorno que se padece y la mejor forma de afrontar las consecuencias de dicho trastorno. Se puede comprender como la educación de las personas con determinados problemas y dificultades de salud mental en temas que contribuyen a su recuperación y que les permiten conocer mejor las características de dificultades. El proceso de toma de conciencia al cual debe aspirar la intervención psicoeducativa va mucho más allá de la entrega de información. La información por si sola no lleva el cambio de conductas.

La Psicoeducación implica el despliegue y el involucramiento al fondo de la propia persona, con sus vulnerabilidades, capacidades y potencialidades. El acto psicoeducativo, como intervención participativa de buenas intenciones, sino en un encuentro desnudo y clarificador entre el <<si mismo>> y los <<otros>>. Es una herramienta a nuestro alcance que puede aumentar la aceptación de la enfermedad, promover la cooperación activa con el tratamiento y la rehabilitación y aumentar las habilidades de afrontamiento del paciente.

Algunos de los objetivos de la intervención Psicoeducativa según Rojo Rodes (2003) serian:

- Facilitar al paciente información actualizada y comprensible acerca de su enfermedad.
- Enseñar al paciente a discriminar los síntomas de su enfermedad y los síntomas prodrómicos, a saber reconocer los efectos secundarios de la medicación y saber informar de estos al médico.
- Incrementar la comprensión y ampliar las habilidades de afrontamiento frente al estrés ambiental.
- Fomentar la conciencia y control de los síntomas así como de los comportamientos disfuncionales.
- Ayudar al paciente y familiares a la superación del aislamiento y estigmatización que supone la enfermedad mental. (Moreno, 2008)

2.2. LA DEPRESIÓN

La depresión se aplica en diversos trastornos de la afectividad que se presenta en condiciones únicas, o acompañando a otros estados patológicos. Los signos y síntomas se pueden presentar de forma aguda y es frecuente que suceda en forma episódica. El trastorno, cuyo síntoma central es el abatimiento del humor, abarca las esferas psíquica, somática y conductual, Se trata de un trastorno global.

La característica fundamental de un episodio depresivo mayor es su duración de por lo menos dos semanas, durante las cuales la persona experimenta ánimo deprimido, pérdida de interés o de placer en la mayoría de sus actividades. Adicionalmente presenta: pérdida del apetito y de peso, disminución del nivel de energía, sentimiento de minusvalía o culpa, dificultad en la concentración o toma de decisiones, y pensamientos relacionados con la muerte o el suicidio.

Los síntomas deben persistir por dos semanas consecutivas e ir acompañados de un malestar significativo o de deterioro en su funcionamiento ocupacional y social.

El núcleo de la depresión lo constituyen tres esferas:

- Esfera afectiva, el abatimiento del humor, la aflicción, el pesimismo, la desesperanza, la inhibición de las motivaciones, la pérdida de apetitos e intereses y la angustia o la agitación.
- La esfera cognitiva: está presente en la fijación de la atención en la vivencia dolorosa y la transformación negativa de la imagen de uno mismo, la tendencia exagerada de la autocrítica y la autoevaluación. Es frecuente que el enfermo experimente una agudización notoria del abatimiento y de su angustia al iniciar el día y una mejoría notoria cuando se acerque la noche.
- En la esfera somática: son muy frecuentes la pérdida de apetito, la baja de peso (que puede ser importante) y la perturbación del sueño, que característicamente consiste en su interrupción prematura. El enfermo despierta en la madrugada y se ve dominado por cavilaciones pesimistas. Diversos síntomas disfuncionales de los aparatos y sistemas completan el cuadro en esferas somáticas. La depresión es un estado que afecta siempre conviven con las personas que la sufre, quienes por lo general no comprenden las razones del cambio a veces dramático del enfermo y se sienten incapaces de ayudarlo. Y afecta profundamente en las esferas familiar, social y ocupacional.

El término “humor” es muy antiguo, es una disposición ánimo difusa que tiene que prevalecer; contrasta con las emociones porque estas son afectos transitorios suscitados por eventos específicos, que tienen a limitarse.

El núcleo de la depresión es el abatimiento del humor, la depresión no debe confundirse con la tristeza, que es una emoción emocional, ni con el pesimismo, que es un rasgo del carácter. (Psicología medica, 2011)

El humor en el episodio depresivo mayor se describe usualmente como triste y desesperanzado. Algunas personas presentan irritabilidad, cólera o sentimiento de frustración; otras, pérdida del placer e interés en actividades que antes disfrutaban, incluyendo los pasatiempos; otras, se quejan de molestias somáticas más que de sentimientos de tristeza. Las relaciones interpersonales son afectadas, incluidas las sexuales. Usualmente, el apetito se encuentra disminuido con cambios en el peso corporal; aunque a menudo el comer produce poco placer; asimismo, disminución del tiempo total del sueño, que se asocia a un despertar temprano; muchos pacientes deprimidos tratan, sin lograrlo, de dormir durante el día; y, una minoría tiene hipersomnia y duerme 12 ó más horas al día.

El retardo psicomotor es común y se manifiesta por movimientos lentos, respuestas demoradas frente al interrogatorio, lenguaje lentificado y disminución de la atención. Algunos pacientes deprimidos presentan, contrariamente, inquietud psicomotora traducida en un caminar constante, aumento en el fumar, ansiedad y desasosiego. Durante la depresión, se observan dificultades en las funciones cognoscitivas tales como disminución de la atención, incapacidad para concentrarse, terminar una tarea o tomar decisiones; no son infrecuentes sentimientos excesivos de culpa que pueden adquirir proporciones desilusiones. Los pacientes tienden a recordar transgresiones menores o perjuicios sin importancia causados a otros, culparse exageradamente por ello.

La rumiación obsesiva de acontecimientos penosos pasados o problemas específicos ocupan generalmente gran parte de los pensamientos del deprimido. La ideación suicida es muy común. Algunos pacientes se preocupan por la muerte y las posibles reacciones de sus familiares luego de su fallecimiento, o por reunirse con sus seres queridos ya fallecidos después de su deceso. Asimismo, las preocupaciones excesivas por las funciones corporales y somáticas son comunes en las depresiones severas. (Redondo, 1998)

2.2.1 PREVALENCIA

La depresión es el más común de los trastornos psicopatológicos que el médico ve en consulta y en las salas de hospitales. La depresión ha aumentado; la influencia de la cultura en la depresión se expresa en el hecho de que las personas de pensamiento simplista al sufrir depresión expresan su sufrimiento en términos físicos, porque tienen dificultad describir sus estados subjetivos. Asimismo, ocurre que algunas personas sofisticadas formulan su depresión e términos de “enfermedad física”, ya que esta última tiene mayor aceptación social. (Fuente, 2011)

2.2.2 CAUSAS

Una causa predisponente de depresión es genética. Se considera que la herencia juega un papel más decisivo en las formas bipolares que en monopolares. Por otra parte, se postulan causas predisponentes que operan en la infancia. En los humanos dos tipos de rasgos de carácter se han vinculado con la propensión a la depresión: rasgos obsesivos, rígidos, perfeccionistas, y rasgos de pasividad y necesidad excesiva de depender de los demás.

La “perdida de objeto de amor”, o dicho en otra forma, la ruptura de “ligas de apego” precede a la iniciación de estados depresivos, particular de la forma monopolar. Ambos conceptos, el de la pérdida de concepto psicológicamente importante y la interrupción de una liga importante y la interrupción de una liga importante son equivalentes. Los “objetos” son personas, posesiones, obsesiones, adhesiones, expectativas, etc.

La pérdida de un ser querido, del poder, de la salud, de la imagen narcisista de uno mismo hace a algunos perder su sentido de la vida y en personas predispuestas se desencadena la depresión. Sin embargo, muchas personas depresiones están en realidad objetivamente inmotivadas y su atribución a causas triviales no es sino un intento de encontrarles una explicación psicológica plausible.

En ocasiones es sumamente difícil, sin tomar en cuenta la biográfica y los antecedentes personales y familiares, distinguir entre una depresión endógena, es decir, que se genera de la interioridad del organismo, y una depresión reactiva, es decir, que aparece en relación con situaciones adversas de la vida. Dado que el sustrato bioquímico de las depresiones, ya sean endógenas o reactivas, parece ser del mismo, y que ambas responden satisfactoriamente a los mismos tratamientos, cualquiera que sea su causa, en cierto grado, la distinción pierde la importancia.

2.2.3. SÍNTOMAS

La depresión es una enfermedad del cuerpo y de la mente. La mayoría de las personas con depresión tienen síntomas físicos y psicológicos, aunque la forma de presentación y la intensidad de cada uno de estos síntomas pueden variar. Algunas personas pueden no referir ningún síntoma, pero se empiezan a comportar de forma inusual.

2.2.3.1 SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS

- Tristeza
- Pérdida de interés en cosas con las que antes se solía disfrutar.
- Ansiedad
- Vacío emocional
- Pensamientos negativos
- Problemas de concentración o de memoria
- Delirios
- Alucinaciones
- Ideas de suicidio

No todas las personas con depresión se sienten tristes. Algunas se notan más nerviosas, otras se sienten incapaces de expresar sus emociones, y otras presentan síntomas físicos inexplicables o un cambio de comportamiento.

La tristeza en la depresión es mucho más intensa que la que sentimos cuando tenemos algún problema o disgusto. Es un sentimiento persistente de vacío, pérdida y miedo.

En las depresiones graves o moderadas, la tristeza suele ser más intensa por la mañana y disminuir ligeramente durante el día, aunque sin desaparecer.

2.2.3.2. SÍNTOMAS FÍSICOS

- Problemas de sueño: dificultad para conciliar el sueño, despertar precoz o aumento de las horas de sueño.
 - Enlentecimiento mental y físico.
 - Aumento o disminución del apetito
 - Aumento o disminución del peso.
 - Pérdida de interés en el sexo
 - Fatiga
 - Estreñimiento
- Alteración de la menstruación (Matí, 2010)

2.2.4 TIPOS

Existen diferentes tipos de depresión, aunque las depresiones de poca gravedad son más frecuentes.

- **Depresión reactiva:** los síntomas suelen ser una respuesta a una situación estresante, como, por ejemplo, ser despedido del trabajo. Suele ser de intensidad leve o moderada y no dura mucho tiempo. En muchas ocasiones, no necesita tratamiento farmacológico sino apoyo emocional. Sin embargo, un factor estresante puede ocasionar una depresión grave en las personas con predisposición a padecerla.
- **Depresión endógena, también llamada unipolar:** los síntomas no aparecerán tras una situación estresante y suelen interferir con la capacidad de trabajar, estudiar, dormir, comer y disfrutar de actividades que antes eran

placenteras. Puede ocurrir una vez en la vida, pero por lo general ocurre varias veces en el curso de la misma suele ser de intensidad moderada o grave y siempre requiere tratamiento antidepresivo.

- **Distimia:** es un tipo de depresión menos grave. Incluye síntomas crónicos (a lo largo plazo) que no incapacitan tanto, pero que sin embargo interfieren con el funcionamiento y el bienestar de la persona. Muchas personas con distimia también pueden padecer episodios depresivos graves en algún momento de su vida.
- **Trastorno bipolar, antes llamado enfermedad maniaco-depresiva:** no es tan frecuente como otros trastornos depresivos, se caracteriza por cambios en el estado de ánimo, con fases de ánimo elevado o eufórico (manía) y fases de ánimo bajo (depresión).
- **Trastorno afectivo estacional:** es la depresión que ocurre en la misma temporada del año, por lo general durante los meses del otoño o invierno.
- **Depresión primaria:** no esta ocasionada por una enfermedad física o psiquiátrica, por el consumo de una sustancia o por la administración de un medicamento.
- **Depresión secundaria:** ocasionada por una enfermedad física o psiquiátrica, por el consumo de una droga o por la administración de un medicamento.
- **Depresión psicótica:** además de los síntomas habituales de depresión, existen síntomas psicóticos, como delirios y alucinaciones. (Matí, 2010)

2.2.5. TRATAMIENTO.

2.2.5.1 TERAPIA COGNITIVO – CONDUCTUAL COMO TRATAMIENTO ANTIDEPRESIVO

Desde la perspectiva cognitiva (Aaron Beck, 1967) el paciente con depresión presenta un esquema que involucra una versión negativa de sí mismo, del entorno y del futuro.

Este modelo terapéutico ha logrado un amplio fundamento en cuanto a efectividad y probablemente tiende a ser más empleado por los psicólogos. Los propiciadores de la técnica han planeado que en esta base de la depresión se presenta un estilo cognitivo negativo respecto así mismo, de su entorno, de sus relaciones y del futuro. Existiría una carencia de refuerzos positivos en la infancia y resto de la vida. La meta es modificar los errores del pensamiento poco adaptativa y entregar pautas para un mejor desempeño social. (Rematal, 1999)

El tratamiento cognitivo de la depresión tiene como objetivo la reestructuración de los pensamientos distorsionados que generan malestar en el paciente. El terapeuta enseña al paciente a reemplazarlos por otros más realistas y positivos. Durante la terapia el paciente aprende a identificar los pensamientos negativos, a discutirlos y transformarlos en realistas y positivos. Entiende, por ejemplo, que el hecho de ser rechazado en una cita no implica que se quedara solo. La modificación de los pensamientos negativos conduce a cambios favorables en el estado de ánimo y a mejorar la visión que posee el paciente de si mismo, del entorno y de su futuro.

2.3. ANTECEDENTES DE LA INSTITUCIÓN DE SALUD MENTAL.

Salud Mental inicia en la región sur de Veracruz desde junio del 2006, surge de la preocupación del gobierno del estado por los índices cada vez más grandes de trastornos mentales, Iniciando con un módulo de salud mental en cada una de las once jurisdicciones sanitarias. Perteneciente a la jurisdicción número XI, da inicio el módulo de salud mental en el Centro de Salud “Dr. Agustín Hernández Mejía en la ciudad y puerto de Coatzacoalcos, Ver, a partir del 05 de junio del año 2006. Los grupos de autoayuda iniciaron desde el 23 de septiembre del 2008, realizando sesiones grupales con grupos ya existentes en la unidad; estos fueron grupos de usuarios con diabetes mellitus e hipertensión, posteriormente se creó un grupo con usuarios del módulo, eran usuarios adultos con trastornos de depresión y ansiedad que llevaban en el servicio de salud mental su tratamiento médico y psicológico.

2.3.1. ASPECTOS GENERALES DE SALUD MENTAL

Se proporciona atención a la población abierta de los 18 municipios que corresponden al área de responsabilidad de la jurisdicción sanitaria. Atendiendo padecimientos mentales como: esquizofrenia, epilepsia, depresión, ansiedad, trastornos de la alimentación, adicciones, trastornos de déficit de atención e hiperactividad, trastornos esquizoafectivos etc., atendiendo a diferentes edades desde los 6 años hasta adultos mayores. Este programa está regido por el modelo veracruzano de salud mental; tiene su coordinación desde la ciudad de Xalapa, Ver y de ahí se obtienen los lineamientos y normatividad; así como la manera de llevar a cabo todas y cada una de las actividades; dando mayor importancia a la detección oportuna y tratamientos adecuado de los diferentes trastornos mentales. Las acciones primordiales del programa de salud mental desde sus inicios han sido: promoción a la salud, detección oportuna de trastornos mentales, valoración adecuada y seguimientos de casos. Incrementándose con esto una mayor demanda de servicios de salud mental; así como la necesidad de crear estrategias para poder abarcar mayor capacidad de proporcionar los servicios; así como crear terapias complementarias de baile, ocupacionales y grupos de autoayuda.

2.3.2. ESTRUCTURA GENERAL DE SALUD MENTAL

Desde el mes de octubre del 2008 dejó de ser un módulo y se incorpora al área adjunta del Hospital General de especialidades “Dr. Valentín Gómez Farías, y pasa a ser una clínica especializada en salud mental, integrándose al equipo de trabajo un psicólogo y un médico psiquiatra. Actualmente cuenta con dos psiquiatras, dos psicólogas, una trabajadora social y una enfermera. Incrementándose con esto una mayor demanda de servicios de salud mental; así como la necesidad de crear estrategias para poder abarcar mayor capacidad de proporcionar los servicios; estas son: invitaciones para residencias y servicio social de psicólogos y médicos; así como crear terapias complementarias de baile, ocupacionales y grupos de autoayuda.

CAPITULO III. ESTRATEGIA METODOLÓGICA

CAPITULO III

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación se planteó con un diseño no experimental; con tipo Longitudinal de panel. (Sampieri, 2010) Debido a que va a hacer comparación de los resultados de cambios de los sujetos en un tiempo determinado o el periodo establecido. Mediante la aplicación de un pretest y un postest. En este diseño serán usuarios específicos de la unidad de salud mental que presenten el diagnóstico de depresión.

3.2. POBLACIÓN

Para poder llevar a cabo la investigación se tomo la muestra específica a los usuarios. Se invita a participar a los detectados, que asisten al Centro de Salud Mental, (UNEME-CISAME) del hospital comunitario en Coatzacoalcos, Ver, con tratamiento médico y/o psicológico a pacientes féminas de edad de 33 a 72 años, con diagnóstico de depresión y tomándose en cuenta sólo los usuarios que hayan asistido por lo menos al 70% de las sesiones grupales, en el periodo de septiembre a noviembre del 2013.

3.3 CRITERIOS DE LA INCLUSIÓN Y DE LA EXCLUSIÓN.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Se incluyen en el estudio usuarios que acuden al Centro Integral de Salud Mental con diagnóstico con trastorno de depresión.
- Usuarios que participen en sesiones grupales cada semana.
- Usuarios mayores de edad.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Personas con algún familiar en el grupo.
- Usuarios que deserten del grupo.
- Usuarios que recaigan durante el estudio de investigación.

3.4. PROCEDIMIENTO

Se aplica un censo poblacional, se elige el tema de investigación por la inquietud y la necesidad de usuarios con trastorno de depresión dentro del Centro Integral de Salud Mental; siendo un total de 16 los sujetos de estudio. Las terapias grupales se realizan cada semana durante cuatro meses, proporcionando un tema diferente en cada una: (autoestima, ejercicios de respiración, disminución del estrés y relajación etc.), realizándose un registro en listas de asistencias; para de esa manera conocer la asistencia de los asistentes. Se realiza después la autorización para aplicación de encuestas, clinimetrías y toma de fotografías durante algunas intervenciones grupales.

3.5. ESCENARIO

El área donde se trabajó fue un salón de usos múltiples ubicado en el área de salud mental (UNEME-CISAME) del hospital comunitario, en Coatzacoalcos, ver.

3.6. MATERIALES

Se ocuparon diferentes tipos de material como, cañón, laptop, sillas, mesas, toallas, bocinas, música, globos, hojas blancas, lápices, colores, olores relajantes y cinta diurex.

3.7. INSTRUMENTOS

El instrumento utilizado en este trabajo y que también fue analizado son los que a continuación se detallan.

3.7.1 TEST DE HAMILTON.

Se utilizará una encuesta al finalizar las sesiones grupales, la escala de Hamilton para medir la disminución de la depresión con un total de 17 ítems y una duración de aplicación de 15 a 20 minutos. (Su aplicación será dos veces al inicio del grupo tomándolas del expediente clínico y al finalizar el grupo de manera individual).

La Escala de Evaluación para la Depresión de Hamilton (Hamilton Depression Rating Scale, o HRSD) fue diseñada para ofrecer una medida de la intensidad o gravedad de la depresión.

La versión inicial, con 24 ítems, data de 1960 y fue posteriormente revisada y modificada por el mismo autor, en 1967, reduciéndola a 21 ítems. De ellos, los cuatro últimos no son útiles a efectos de valorar la intensidad o gravedad de la depresión, por lo que en los ensayos clínicos de evaluación terapéutica se ha generalizado el uso de una versión reducida de 17 ítems, que corresponden a los 17 primeros de la versión publicada en 1967.

La versión de 21 ítems fue adaptada al castellano por Conde y cols en 1984, quien introdujo un ítem final para valoración de otros síntomas, por lo que consta de 22 ítems. Ramos-Brieva y Cordero (1986) adaptaron al castellano y validaron la versión reducida de 17 ítems.

En su versión original es una escala heteroaplicada y calificada por el observador y no un listado de comprobación de síntomas en el que cada ítem tiene una definición estricta. Debe ser cumplimentada por un terapeuta experimentado al final de una entrevista clínica que, al menos en la primera evaluación, debería ser poco dirigida; en ella puede recabarse información adicional de personas allegadas al paciente. Cada ítem se evalúa con un baremo de 3 (ausente, dudoso o trivial, presente) o 5 posibilidades (ausente, dudoso o trivial, leve, moderado, grave), en función de la intensidad de los síntomas que presenta el paciente; (BJ, 1988) los criterios de puntuación de los ítems están poco especificados, contando sólo con indicaciones someras, y debe ser el juicio clínico del entrevistador quien asigne el grado de severidad. El marco temporal de la evaluación se refiere al momento actual y/o los días o semana previa

La versión de 17 ítems (Ecdeu, 1976.), o versión americana por haber sido recomendada por el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos, omite estos cuatro ítems y sistematiza los criterios de evaluación de cada ítem al modo de un listado de comprobación de síntomas, en un esfuerzo por mejorar su definición.

Su contenido se centra fundamentalmente en los aspectos somáticos, comportamentales de la depresión, siendo los síntomas vegetativos, cognitivos y de ansiedad los que más peso tienen en el cómputo total de la escala.

Se han identificado distintos factores o índices, de los que los más usados son:

- Índice de melancolía, formado por los items 1 (estado de ánimo depresivo), 2 (sensación de culpabilidad), 7 (trabajo y actividades), 8 (inhibición), 10 (ansiedad psíquica) y 13 (síntomas somáticos generales).

- Índice de ansiedad, formado por los items 9 (agitación), 10 (ansiedad psíquica) y 11 (ansiedad somática).

- Índice de alteraciones del sueño, formado por los tres items referidos a insomnio (4, 5, 6).

INTERPRETACIÓN

Cada ítem se valora de 0 a 2 puntos en unos casos y de 0 a 4 en otros, eligiendo la puntuación que mejor se ajuste a la sintomatología que presenta el paciente. La puntuación total de la escala es la suma de las puntuaciones asignadas a cada uno de los ítems, con la salvedad de que en la versión de 21 ítems el criterio más extendido es tomar en consideración a efectos de score sólo los 17 primeros ítems. Por tanto, el rango de puntuación para ambas versiones es de 0-52 puntos. *Tabla1; de Rango de puntuación.*

RANGO DE PUNTUACIÓN:	
0-7	Sin Depresión
8-12	Depresión menor
13-17	Menos que Depresión mayor
18-29	Depresión mayor
30-52	Más que Depresión mayor

Tabla1. Rango de puntuación de resultados de la escala de Hamilton para la depresión.

Se ha cuestionado su validez de contenido, por el escaso peso que en ella tienen los síntomas directamente relacionados con la alteración del estado de ánimo y por la presencia de ítems cuya relación con la depresión es cuestionable, (por ejemplo; la falta de *insight*). El elevado peso que tienen en la puntuación final los síntomas somáticos puede prestarse a confusión en pacientes geriátricos o en pacientes con enfermedad física concomitante, y algunos síntomas (insomnio, pérdida de peso, problemas gastrointestinales, disminución de la libido,.) pueden verse influenciados por los efectos secundarios de los fármacos antidepresivos u otra medicación concomitante. Su validez para distinguir entre depresión y ansiedad como dimensiones psicopatológicas independientes es escasa. También se ha señalado su menor sensibilidad para apreciar cambios en los pacientes graves, en los que podría ser más adecuada la escala de Montgomery-Asberg.

Requiere una estandarización previa, ya que los criterios de evaluación de cada ítem no se especifican de forma detallada, y presenta también dificultades en diferenciar intensidad y frecuencia en algunos ítems. Esto ha dado origen a numerosas versiones o adaptaciones que han generado cierta confusión sobre su empleo.

CAPÍTULO IV RESULTADOS

CAPÍTULO IV

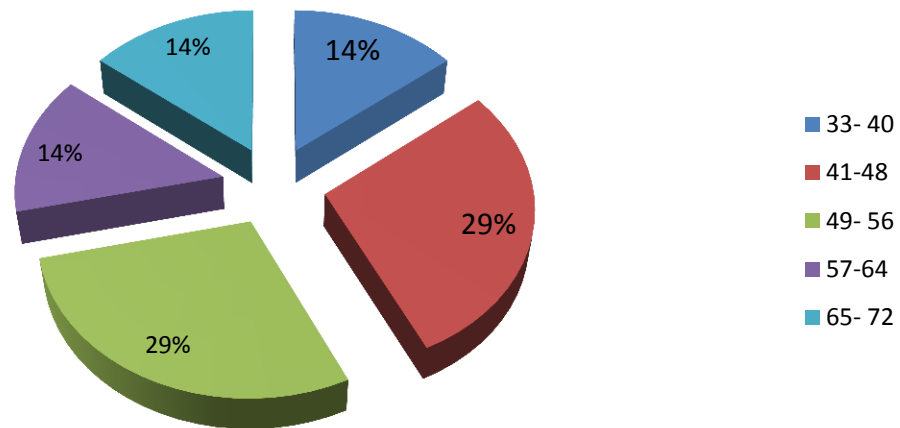
4.1 DATOS DEMOGRÁFICOS

Edad de los usuarios.

Edad	N. de pacientes	Porcentaje
33- 40	2	14%
41-48	4	29%
49- 56	4	29%
57-64	2	14%
65- 72	2	14%
Total	14	100%

FUENTE: Encuesta aplicada en el CISAME, Coatzacoalcos, Veracruz, México.

4.1.2. RANGO DE EDADES.



En la tabla y la gráfica anterior se puede apreciar que el 58% de la población que asistieron son de edades de 41 -56 años, y el 44% por ciento es de 33-40 y 57- 72 años de edad.

4.2.1 DATOS QUE ARROJÓ LA ESCALA DE HAMILTON PARA LA DEPRESIÓN Y N° DE ASISTENCIA.

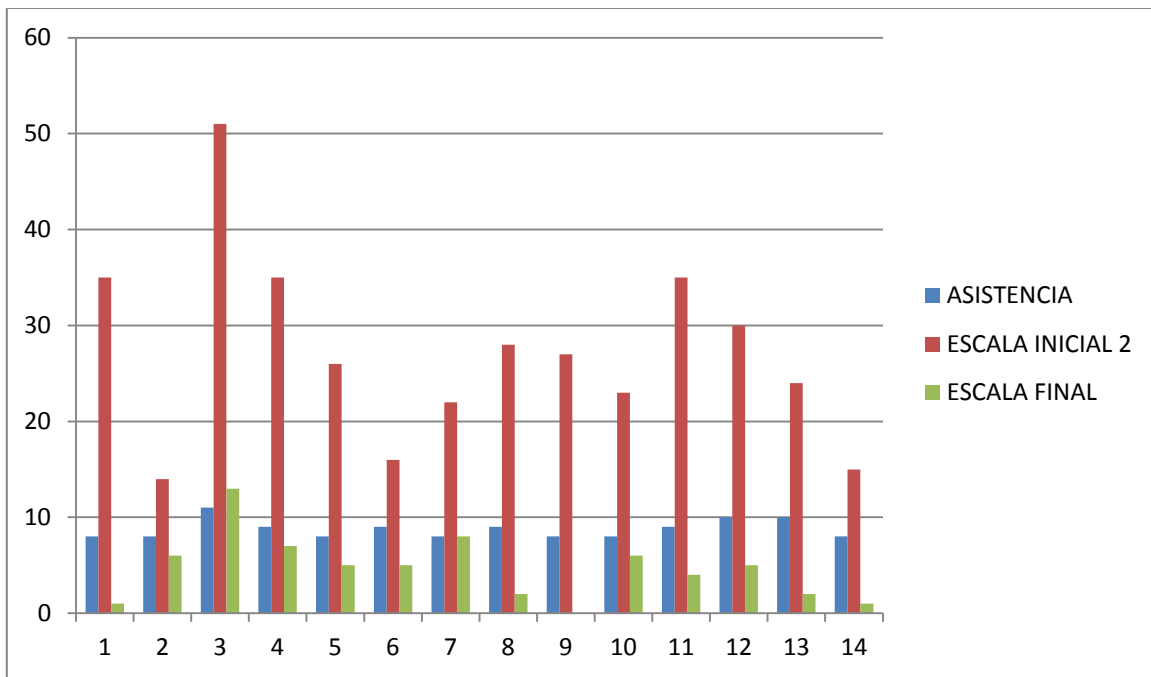
Los datos se hacen a partir de los datos obtenidos de las listas de asistencia y de la escala de Hamilton de depresión el pretest y el postet, aplicado al grupo de usuarios que asistieron al taller.

RESULTADO DE LA ESCALA DE HAMILTON DEPRESIÓN.

SUJETO	ASISTENCIA	ESCALA INICIAL	ESCALA FINAL
1	8	35	1
2	8	14	6
3	11	51	13
4	9	35	7
5	8	26	5
6	9	16	5
7	8	22	8
8	9	28	2
9	8	27	0
10	8	23	6
11	9	35	4
12	10	30	5
13	10	24	2
14	8	15	1

FUENTE: Expediente clínico, lista de asistencia y encuesta aplicada en el UNEME-CISAME, Coatzacoalcos, Veracruz, México.

GRAFICA DE RESULTADOS OBTENIDOS DE LA ESCALA DE HAMILTON DEPRESIÓN



En la gráfica anterior se puede apreciar como existe una diferencia entre la escala inicial y la escala final de cada persona, donde se aprecia que existió una mejoría en cada una de ellas.

CAPITULO V: DISCUSION

5.1 CONCLUSIÓN

La finalidad de esta investigación consistió en determinar, la disminución en los niveles de la depresión, con la aplicación de estrategias de intervención, por medio del taller “Técnicas de relajación a través de la risa” tiene el propósito de aportar al usuario técnicas de relajación a través del buen humor y la risa, mediante la aplicación de actividades que promuevan, el fortalecimiento de la autoestima en las mujeres, el manejo de las emociones, manejo del estrés y mejorar la seguridad de la persona a través de la risa. En pacientes del UNEME-CISAME del hospital comunitario en Coatzacoalcos, Ver., durante un periodo de septiembre- noviembre. A través de los resultados obtenidos en los test aplicados a las pacientes féminas que acudieron al taller donde se comprobó que:

La risa como un componente esencial en la comunicación y expresión de las emociones del ser humano en la aplicación de estrategias de intervención, ayuda en la recuperación del paciente. Es así como se obtuvieron resultados satisfactorios, de acuerdo a lo que arrojó el pretest y posttest de la escala de Hamilton para la depresión, mostrando que el 100% de las pacientes féminas presentaron una disminución en los niveles de depresión, estos pacientes fueron los que tuvieron un 70% de asistencia al taller (*mostrado en la gráfica de la pág. 41.*) Por lo cual la aplicación de esta terapia, constituye un elemento básico que debe complementar el tratamiento para la mejora de los pacientes.

Durante las sesiones se logró observar en las pacientes, su puntualidad que mejoró notablemente en sesiones del taller, esto se apreció a partir de la 3era sesión.

Por último cabe resaltar que el apoyo psicológico que se brinda a estas mujeres es de importancia, como otros tratamientos farmacológicos dedicados a disminuir la depresión, si se emplea el uso de estrategias de intervención por medio de la risa, ayuda a mejorar el estado de ánimo de la salud de los pacientes.

5.2. PROPUESTA

El papel del psicólogo es de suma importancia en el tratamiento de un paciente con algún trastorno del estado ánimo. El psicólogo establece diversos programas de cambio, utilizando los conocimientos teóricos y prácticos de la ciencia psicológica.

De esta manera surgen ciertas propuestas en base de los resultados y las conclusiones que se llegaron luego del presente estudio:

- Emplear el taller de técnicas de relajación a través de la risa con una duración más prolongada quedando abierta la oportunidad para cualquier tipo de sexo ya sea femenino o masculino.
- Emplear un grupo de Psicoeducación de la depresión, para que aprendan a reconocer los procesos de dicho trastorno en los pacientes del UNEME-CISAME de Coatzacoalcos, Ver.
- Implementar talleres para el manejo de emociones como enojo, perdón, frustración, angustia, miedo, mediante grupos de apoyo y terapias grupales.
- Es conveniente realizar futuras investigaciones que permitan reforzar los hallazgos encontrados.

BIBLIOGRAFÍA

- C., P. R. (1999). *Depresión*. Santiago De Chile: Universitaria, S.A.
- Chance En W. Fry Y W.A. Salameh. (2004). *La Comedia, La Tragedia Y La Empatía*. W. Fry Y W.A. Salameh.
- Chance, S. (. (S.F.). *La Comedia, La Tragedia Y La Empatía*.
- Fuente, R. D. (2011). *Psicología Medica*. México D.F.: Fondo De Cultura Economica.
- Illescas, E. L. (17 De Octubre De 2009). La Risa Significados Y Sus Beneficios. Obtenido De [Http://Www.Lujillel.Com/Upload/La%20risa%20significado%20y%20beneficios.Pdf](http://www.lujillel.com/upload/La%20risa%20significado%20y%20beneficios.pdf)
- Jáuregui, B. C. (2006). La Investigación Sobre Los Efectos De Las Emociones Positivas. *Revista Del Consejo General De Colegios Oficiales De Psicólogos*, 18-28.
- Jennifer Jaimes, E. J. (2011). La Risa, Un Complemento Esencial En La Recuperación Del Paciente. *Revista De Los Estudiantes De Medicina De La Universidad Industrial De Santander*, 102-107.
- Matí, D. L. (2010). *Comprender La Depresión*. Barcelona: Amat.
- Menéndez, F. E. (27 De Mayo De 2009). Recuperado El 25 De Agosto De 2013, De Escuela Transpersonal: [Http://Www.Escuelatranspersonal.Com/Tesis/Yoga-Bioenergia-Y-Arte/Humor-Risa-Y-Juego-Como-Elementos-Transformadores-Del-Cambio.Pdf](http://www.escuelatranspersonal.com/tesis/yoga-bioenergia-y-arte/humor-risa-y-juego-como-elementos-transformadores-del-cambio.pdf)
- Mora, R. (2010). *Medicina Y Terapia La Risa Manual*. España: Desclée De Brouwer, S.A.
- Moreno, A. C. (2008). *La Depresión Y Sus Mascaras Aspectos Terapeuticos*. Buenos Aires : Panamericana.

Mosby. (1999). *Diccionario Mosby - Medicina, Enfermería Y Ciencias De La Salud*. Ediciones Hancourt, S.A. .

Rains, G. D. (2004). *Principios De Neuropsicología Humana* . México, D.F.: Mc Graw-Hill Iteramericana.

Redondo, H. (1998). *Manual Psiquiatrico*. Centro De Producción Editorial De La Unmsm.

Sampieri, R. H. (2010). *Metodología De La Investigacion* . México. D.F.: Mc Graw - Hill Interamericana.

ANEXOS

A. CARTAS DESCRIPTIVAS

SESIÓN	FECHA	DURACIÓN	MATERIALES
1	23 AGOSTO DEL 2013	90 MINUTOS	Hojas blancas, lapiceros, laptop, bocinas.
2	30 DE AGOSTO DEL 2013	90 MINUTOS	Hojas blancas, lapiceros, laptop, bocinas, toallas.
3	6 DE SEPTIEMBRE DEL 2013	90 MINUTOS	Cañón, diapositivas, laptop, globos, hojas blancas.
4	13 DE SEPTIEMBRE DEL 2013	90 MINUTOS	Música agradable, inciensos, hojas blancas, lapiceros, cinta diurex.
5	20 DE SEPTIEMBRE DEL 2013	90 MINUTOS	Incensos Música agradable, bocinas, laptop
6	27 DE SEPTIEMBRE DEL 2013	90 MINUTOS	Incensos Música agradable, bocinas, laptop
7	4 DE OCTUBRE DEL 2013	90 MINUTOS	Incensos Música agradable, bocinas, laptop
8	11 DE OCTUBRE DEL 2013	90 MINUTOS	Incensos Música agradable, bocinas, laptop
9	18 DE OCTUBRE DEL 2013	90 MINUTOS	Hojas blancas, lapiceros
10	25 DE OCTUBRE DEL 2013	90 MINUTOS	Cañón, diapositivas, laptop.
11	1 DE NOVIEMBRE DEL 2013	90 MINUTOS	Incensos Música agradable.

SESIÓN 1# 23 DE AGOSTO DEL 2003		APLICADOR: SILVIA KAREN LÓPEZ MOLINA		
ACTIVIDAD	OBJETIVO	DURACIÓN	DESCRIPCIÓN	MATERIALES
PRESENTACIÓN	Lograr que los participantes rompan el hielo y se conozcan entre si	15 minutos.	La su nombre, el segundo menciona el nombre del primero, el tercero menciona el nombre del primero y el segundo así sucesivamente hasta que se concluya.	
EL ESPANTADO.	Prepara el organismo para una mejor respuesta de aprendizaje. Maneja el estrés y relaja todo el cuerpo.	5 minutos	Las piernas abiertas, abre los dedos de las manos y de los pies hasta sentir un poco de dolor, estira los brazos hacia arriba lo más alto estirándote más y poniendo tu cabeza hacia atrás y expulsa el aire con un pequeño grito y relaja los brazos y tu cuerpo, como si te dejaras caer.	
APLICACIÓN DE PREGUNTAS	Conocer las necesidades de los usuarios y conocer el nivel de depresión que presentan los integrantes del mismo taller.	10 minutos	Conocer las necesidades de los usuarios.	Hojas blancas, lapiceros
CONOCIENDO UN POCO MÁS.	Brindarle a las usuarios información fundamental acerca de los beneficios que tendrán al estar asistiendo al curso- taller como puede beneficiar su salud física, emocional y psicológicamente.	30 minutos	Mediante exposición se dará a conocer el tema.	Cañón, diapositivas, laptop.
TENSAR PARA RELAJAR	Relajar los músculos del cuerpo para así poder iniciar el siguiente ejercicio.	5 minutos.	Contrae todo los músculos y camina rápido recorriendo la habitación de punta a punta.	Música agradable. Inciensos
LA RISA FONADORA	Beneficia tu sistema digestivo, genital, la tiroides y la Circulación. Actúa sobre el sistema nervioso central y el riego cerebral, la mente, estimulando la secreción de diferentes hormonas, en especial de endorfina, conocida como la droga de la felicidad.	15 minutos.	En esta actividad se realizaran vocalizaciones, donde se Inspira todo el aire que te sea posible.	Música agradable. Inciensos
CIERRE DE LA SESIÓN	Conocer a grandes rasgos como se va y como llego. Y ellos se den cuenta de cómo le ayudo la sesión.	10 minutos.	En círculo los usuarios de la institución mencionan llegaron y como se van.	

SESIÓN 2# 30 DE AGOSTO DEL 2013		APLICADOR: SILVIA KAREN LÓPEZ MOLINA		
ACTIVIDAD	OBJETIVO	DURACIÓN	DESCRIPCIÓN	MATERIALES
EL PETER PAN	Despierta todo mecanismo de la audición. Asiste a la memoria, baja los niveles de estrés.	5 min	Se toman ambas orejas por las puntas, tira hacia arriba y un poco hacia atrás, se repite el ejercicio tres veces.	Tu cuerpo
LIBERAR LO NEGATIVO Y ELIMINAR LO NEGATIVO	Ayuda a liberar las cosas negativas que las personas traigan consigo, disminuye la ansiedad.	20 minutos	Dejan salir cosas negativas que deseas que desaparezca de tí, de tu vida, de tu entorno o del mundo.	Música agradable.
REÍR SIN PARAR.	Reírte mucho te ayuda a vivir mejor. Participan 400 músculos del cuerpo. Maneja el estrés y relaja todo el cuerpo.	10 minutos	Ponte delante del espejo y comienza a gesticular para relajar los músculos de tu rostro. Hazlo sin ningún tipo de inhibiciones, ensayando nuevos gestos. Si te da mucha risa ver tu cara haciendo morisquetas, ¡adelante!, no te reprimas.	Espejo, Música agradable. Incienso
RESPIRACIÓN	Ayuda a oxigenar los pulmones de una manera distinta a lo que normalmente se ocupa y atraemos oxígeno puro a nuestro organismo de una manera divertida.	10 mint	Van a inhalar y al mismo tiempo aran las manos hacia arriba y al momento de exhalar las aran hacia abajo.	
EL LEÓN	Ayuda a tener mayor seguridad en la persona, mejorando la autoestima y baja los niveles de estrés.	5 mint	Se colocan las manos a la altura de la cara extendiendo los dedos, se abre la boca y se saca la lengua mostrándole a la persona del costado.	
RELAJACIÓN POR MEDIO DE LA NATURALEZA.	Baja los niveles de ansiedad, de estrés, mejora la imaginación de la persona relaja el cuerpo.	35 minutos.	Por medio de los elementos de la naturaleza las personas van a relajarse, ayudara a que los usuarios tengan imaginación y exploren la tranquilidad que pueden llegar a experimentar por un buen proceso de respiración.	Toallas, música y ambiente agradable.
EJERCICIO DE CIERRE.	Conocer a grandes rasgos como se va y como llego.	5 mint	En círculo los usuarios de la institución mencionan llegaron y como se van	Sillas

SESIÓN 3# 6 DE SEPTIEMBRE DEL 2013 APLICADOR: SILVIA KAREN LÓPEZ MOLINA				
ACTIVIDAD	OBJETIVO	DURACIÓN	DESCRIPCIÓN	MATERIALES
LA TARÁNTULA	Activa el sistema nervioso, el cerebro aprende a separar a la persona del problema, disminuye el estrés y activa la circulación sanguínea.	5 mint	Imagina varias tarántulas pegadas a tu cuerpo empezaran a sacudírselas rápidamente.	
VIDEO	Sensibilizar al paciente y motivarlo.	15 minutos	Se les pondrá un video de cómo ser más positivos.	Bocinas, lap.
EJERCICIO DE RESPIRACIÓN	Ayuda a oxigenar los pulmones de una manera distinta a lo que normalmente se ocupa y atraemos oxígeno. Puro a nuestro organismo de una manera divertida.	10 minutos	Mediante tu cuerpo y en compañía de la risa el cuerpo se relaja para sentirse mejor.	Bocinas, lap y música.
RISA NAMASTÉ	Ayuda a estimular terminaciones nerviosas que tenemos en nuestras manos.	10 min	Relaja al cuerpo de tensiones y libera el estrés.	Bocinas, lap y música.
RESPIRACIÓN	Ayuda a oxigenar los pulmones de una manera distinta a lo que normalmente se ocupa y atraemos oxígeno puro a nuestro organismo de una manera divertida	5 min.	Mediante tu cuerpo y en compañía de la risa el cuerpo se relaja para sentirse mejor.	Bocinas, lap y música.
EJERCICIO DEL CHEQUEO DE LA FACTURA.	Estimula	15 m in	reprogramar al cuerpo que sea una experiencia del cuerpo y no de la mente y te conecta con el aquí y el ahora.	Bocinas, lap y música.
EL ESPANTADO.	Prepara el organismo para una mejor respuesta de aprendizaje. Maneja el estrés y relaja todo el cuerpo.	5 minutos	Las piernas abiertas, abre los dedos de las manos y de los pies hasta sentir un poco de dolor, estira los brazos hacia arriba lo más alto estirándote más y poniendo tu cabeza hacia atrás y expulsa el aire con un pequeño grito y relaja los brazos y tu cuerpo, como si te dejaras caer..	
RETROALIMENTACIÓN Y CIERRE	Conocer a grandes rasgos como se va y como llego.	22 min.	En círculo los usuarios de la institución mencionan llegaron y como se van	

SESION 4# 13 DE SEPTIEMBRE DEL 2013			APLICADOR: SILVIA KAREN LÓPEZ MOLINA	
ACTIVIDAD	OBJETIVO	DURACIÓN	DESCRIPCIÓN	MATERIALES
EL ESPANTADO.	Prepara el organismo para una mejor respuesta de aprendizaje. Maneja el estrés y relaja todo el cuerpo.	5 minutos	Las piernas abiertas, abre los dedos de las manos y de los pies hasta sentir un poco de dolor, estira los brazos hacia arriba lo más alto estirándote más y poniendo tu cabeza hacia atrás y expulsa el aire con un pequeño grito y relaja los brazos y tu cuerpo, como si te dejaras caer.	
COMO ME SIENTO:	Darse cuenta de cómo han ido mejorando los pacientes.	10 min	Consiste en una pequeña intervención con los usuarios de acerca de cómo se han sentido a lo largo de estas 3 sesiones realizadas con anterioridad.	Música alegre
ECHANDO A VOLAR LA IMAGINACIÓN	Estimula la imaginación, se relaja y se liberan.	15 min	Deberán de hacer los sonidos del animal que se le indiquen pero tienen que intentar ríese de la situación de que están pasando.	Música alegre
“MIRA MI PEGATINA”.	Ayuda a fortalecer tu autoestima, mejora la imaginación, baja los niveles de estrés.	20 min	A cada persona se le pegara una pegatina en la frente con una determinada acción.	Hojas blancas Lapiceros y Tijeras
SERIO CON RISAS	Estimula la imaginación, relaja, mejora el estado de ánimo y bajar los niveles de estrés.	15 min	El juego consiste en que una persona aguantar lo más que se pueda el estar serio y la otra persona debe reírse lo más que se pueda hasta contagiar a la persona seria de risa.	Música alegre
EL MIMO	Estimula la imaginación, mejora el estado de ánimo y baja los niveles de estrés.	10 Min	Una persona se coloca frente a la otra persona, imitando sus movimientos hasta que logren un ambiente armonizado.	Música relajante
RESPIRACIÓN Y CIERRE	Se relajan, bajan los niveles de estrés y estimula la tranquilidad.	10 Min	Se imaginan que cortan una flor e inhala y exhala (3)	Sillas, música relajante.

SESIÓN 5# 20 DE SEPTIEMBRE DEL 2013		APLICADOR: SILVIA KAREN LÓPEZ MOLINA		
ACTIVIDAD	OBJETIVO	DURACIÓN	DESCRIPCIÓN	MATERIALES
VIDEOS	Sensibilizar a los usuarios	25 min	Se les pondrá un video de cómo ser más positivos. Y puedan observar el lado bueno de su vida.	Lap top, música y bocinas
RESPIRACIÓN	Baja los niveles de estrés, relaja los músculos del cuerpo y oxigena el cerebro.	5 min	Relaja los músculos de los pulmones.	Música y bocinas.
LA OBRA	Estimula la imaginación, la comunicación expresiva, fortalece la seguridad y el autoestima.	20 min	Un grupo de 4 o 5 personas representará una actividad de su vida diaria sin que hablen, todo tiene que ser mediante muecas y balbuceos.	Imaginación.
REÍR LLORANDO	El paciente, a nivel inconsciente aprenderá a reír en aquellos momentos de su vida que les duele y no dejarse caer ante momentos difíciles.	10 min	Elige alguna situación de la vida cotidiana, y vamos a llevarla al terreno que queramos para demostrar que la actitud es lo más importante.	Música y bocinas.
JA, JA ,JO JO JO	Ayuda a tener mejor relajación, liberando el estrés.	5 min.	Con las manos juntas dirán ja, j ajo y al final la última silaba la gritaran.	Música y bocinas.
CREMA DE LA RISA	Estimula la imaginación, baja los niveles de estrés, mejora la circulación sanguínea.	5 mint	Las personas imaginan que sacan una cuchara y vaciaron a su mano crema, empezando ponerse la crema masajeando la cara y emitiendo la risa de jijiji.	
DOLOR DE MUELA	El paciente, a nivel inconsciente aprenderá a reír en aquellos momentos de su vida que les duele y no dejarse caer ante momentos difíciles.	5 min	Imaginan que tiene un dolor en la muela pero en lugar de llorar o quejarse por el dolor diciendo jo, jojojo.	
OXIGENÁNDONOS	Les aportara mayor oxigenación en su cerebro.	5 min	Se colocan	
CIERRE	Conocer a grandes rasgos como se va y como llego. asi el se dará cuenta de las cosas	10 min	Liberándonos de lo malo	

SESIÓN 6# 27 DE SEPTIEMBRE DEL 2013		APLICADOR: SILVIA KAREN LÓPEZ MOLINA		
ACTIVIDAD	BENEFICIOS	DURACIÓN	DESCRIPCIÓN	MATERIALES
BOTONES CEREBRALES	Normaliza la presión arterial, Despierta al cerebro. Aumenta la atención cerebral.	5 Min	Con las piernas moderadamente abiertas, con la mano izquierda se pone sobre el ombligo presionándolo, los dedos índice y pulgar de la mano derecha presionando las venas del cuello y la lengua se poya en el paladar.	
VIDEO	Sensibilizar a los usuarios	10 min	Se les mostrara un video, y se realizara una retroalimentación.	Bocinas, lap.
GRITO ENÉRGICO	Libera las emociones negativas, relaja, baja los niveles de estrés.	5 Min	Se colocaran en forma de circulo, alzan las manos al momento que respiran, cuando exhalan bajan las manos y se da un grito.	
CALENTAMIENTO	Relajan los músculos de la cara.	10 min	Empezaran a mover los músculos de la cara, realizando gestos y dando movimientos con las manos en la cara.	
DIFERENTES POSTURAS.	Reduce el estrés, al relajar los músculos del cuerpo, permite que las emociones atrapadas fluyan y mejora la capacidad respiratoria.	15 Min	Se realizaran diferentes posturas en el suelo de estiramiento.	Toalla, música relajante.
LA PUERTA GIRATORIA	Conecta con los dos hemisferios y el sistema nervioso, desarrolla la lateralidad y el pensamiento creativo, logra el equilibrio al liberar la tensión excesiva.	5 Min	Se mueve la cabeza rápidamente con movimientos cortos de derecha a izquierda, relaja los músculos de la cara, con la cabeza en movimiento saca la lengua y mantenla afuera, emite un sonido goo por t u boca	Toalla, música relajante
LA MONTAÑA RUSA	Aporta la liberación de las emociones, libera la tensión de los músculos de los hombros.	15 min	Los usuarios colocaran en el suelo en una hilera agarrados todos de los hombros como si fuera un tren emiten algún sonido tendrán que intentar que sea ja, ja ,jo, ji, o jeje.	Música alegre
“RISA CONTAGIOSA”	Relaja los músculos de la cara, libera las emociones negativas, disminuye los niveles de estrés.	5 min	Se coligaran de tal manera de que sus cabezas queden en las panzas de los usuarios y empecen a reír y la risa se ira contagiando de unos compañeros a otros.	Toalla
MI NOMBRE CON VOCALES.	Posterior se realizara una pregunta que es poeta y que diga un verso pero e idioma de vocales. Cantante, locutor, actor.	10 min	Recostados se relajan, respiran, después dirán sus nombres con las puras vocales y lo van mencionando cada una hasta llegar a la ultima persona.	Toalla
RESPIRACIÓN	Ayuda a oxigenar los pulmones.	5 min	Imagina que tiene un pastel con velitas enfrente e inhala y apagan las velitas. (3)	

SESIÓN 7# 4 DE OCTUBRE DEL 2013		APLICADOR: SILVIA KAREN LÓPEZ MOLINA		
ACTIVIDAD	OBJETIVO	DURACIÓN	DESCRIPCIÓN	MATERIALES
PINOCHO	Activa e incrementa la memoria, centra la atención ayuda la concentración y estimula las emociones	5 min	Se inhala aire por la nariz y la frota rápidamente varias veces.	
QUE PERCIBE DE MI GENTE	Nos ayuda a conocernos, mejora el autoestima.	60 min	Se colocaran en la espalda una hoja blanca y las personas de tu alrededor escribirán cosas positivas de ti mismo.	Hoja blanca, lapicero, cinta diurex
POSTURA DE GATO	Nos ayuda a manejar nuestro estrés, Despierta el sistema nervioso poniéndolo en alerta total.	10 min	Se realiza sentados, se ponen las manos hacia atrás tocando el suelo, se inhala aire por 5 seg y estirando los dedos, al expulsar el aire se hace como un gato haciendo	
EL TREN DE LAS FRUTAS	Baja los niveles de estrés,	5 min	Se forman en hileras e irán cantando una canción con la que cada cual tengan ejercicios que les transmitan la risa.	Imaginación
EL POLLO	Se relajan, liberan el estrés.	5 Min		Imaginación

SESIÓN 8# 11 DE OCTUBRE DEL 2013			APLICADOR: SILVIA KAREN LÓPEZ MOLINA	
ACTIVIDAD	OBJETIVO	DURACIÓN	DESCRIPCIÓN	MATERIALES
VIDEO	Brindar conocimientos para que la paciente, tenga material necesario.	40 min	Se les pone el video a los pacientes. Posterior a eso se da una retroalimentación.	Lap top, cañón y bocinas.
EL ESPANTADO.	Prepara el organismo para una mejor respuesta de aprendizaje. Maneja el estrés y relaja todo el cuerpo.	5 minutos	Las piernas abiertas, abre los dedos de las manos y de los pies hasta sentir un poco de dolor, estira los brazos hacia arriba lo más alto estirándote más y poniendo tu cabeza hacia atrás y expulsa el aire con un pequeño grito y relaja los brazos y tu cuerpo, como si te dejaras caer.	
RESPIRACIÓN	Ayuda a oxigenar los pulmones de una manera distinta a lo que normalmente se ocupa y atraemos oxígeno puro a nuestro organismo de una manera divertida	5 min.	Mediante tu cuerpo y en compañía de la risa el cuerpo se relaja para sentirse mejor.	Bocinas, lap y música.
BAILE DE LA RISA	Ayuda a relajarse, bajar los niveles de relajación de los pacientes. A soltarse favorece la seguridad y el autoestima.	15 min	Cada uno, a su estilo, iniciar ligeros pasos de baile en círculos al ritmo de la música, acompañados de salvas de risas. Dejarse llevar, dejarse flotar suavemente sobre las melodías musicales y las risas. La mente en abstracto.	

SESIÓN 9# 18 DE OCTUBRE DEL 2013			APLICADOR: SILVIA KAREN LÓPEZ MOLINA	
ACTIVIDAD	OBJETIVO	DURACIÓN	DESCRIPCIÓN	MATERIALES
LA LECTURA	Conozcan acerca de los beneficios de la felicidad y concientizar.	30 Min		Hojas blancas.
COSAS QUE TE PROVOCAN FELICIDAD.	La persona pueda, darse cuenta de las cosas que le producen felicidad.	25 Min	Escriben las cosas, acciones, personas de su vida que les producen felicidad.	Hojas blancas y plumones.
RESPIRACIÓN	Estimula su autoestima, mejora la seguridad, crea confianza en sí mismo y relaja el sistema nervioso.	15 Min	Mediante tu cuerpo y en compañía de la risa el cuerpo se relaja para sentirse mejor.	
RISA DE AVIÓN	Estimula la creatividad, imaginación, oxigenación de los pulmones.	10 Min	Las personas hacen como si fueran un avión y se empiezan a reír.	
TÉCNICA DE RELAJACIÓN	Disminuir la frecuencia respiratoria, relajar los músculos del cuerpo.	10 Min	Se recostaran en el suelo,, escuchando música relajante.	Música relajante, estéreo.

SESIÓN 10# 25 DE OCTUBRE DEL 2013		APLICADOR: SILVIA KAREN LÓPEZ MOLINA		
ACTIVIDAD	OBJETIVO	DURACIÓN	DESCRIPCIÓN	MATERIALES
EL ESPANTADO.	Prepara el organismo para una mejor respuesta de aprendizaje. Maneja el estrés y relaja todo el cuerpo.	5 Min	Las piernas abiertas, abre los dedos de las manos y de los pies hasta sentir un poco de dolor, estira los brazos hacia arriba lo más alto estirándote más y poniendo tu cabeza hacia atrás y expulsa el aire con un pequeño grito y relaja los brazos y tu cuerpo, como si te dejaras caer.	
VIDEO	Reflexionar acerca de la importancia de la vida	20 Min		
PASARELA DE LA RISA.	Favorecer el autoestima, bajar los niveles de estrés.	40 Min	Tal cual en un pase de modelos, desfilan por la sala luciendo individualmente la mejor risa mientras el resto de participantes observan detenidamente hasta estallar en aplausos y ovaciones al finalizar. Repetir para cada participante.	Música, bocinas.
RISA DEL ABRAZO.	Relaja, motiva favorece al autoestima.	15 Min	En parejas, uno frente u otro, fuertemente abrazados, estallar en sonoras risotadas para sentir y compartir las vibraciones de la risa por contacto.	

SESIÓN 11# 1 DE NOVIEMBRE DEL 2013		APLICADOR: SILVIA KAREN LÓPEZ MOLINA		
ACTIVIDAD	OBJETIVO	DURACIÓN	DESCRIPCIÓN	MATERIALES
VIDEO	Darse cuenta de cómo ha mejorado y que lo que se propongan lo pueden lograr. Solo es cuestión de tener la actitud positiva.	20 Min	Se le pondrá un video de fotografías del transcurso de las sesiones, y un video de motivación positiva.	Proyector, bocinas, lap top.
RISA DISCUSIÓN.	Favorecer el autoestima, bajar los niveles de estrés.	10Min	Rie apuntando el dedo a diferentes miembros del grupo como si estuviera discutiendo.	
RISA PERDÓN - DISCULPA	Relaja, motiva favorece al autoestima.	5 Min	Se colocan los dedos en las orejas y se rie sacudiendo la cabeza y rie como diciendo lo siento.	
LO QUE ME GUSTA	Aprendan identificar las cosas que le gustan y que no se han dado cuenta que las tienen.	20 Min	En una hoja blanca realizaran una lista de las cosas que le gustan realizar.	Hoja blanca, lápices y colores.
CIERRE DE LA SESIÓN GRUPAL	Se den cuenta como han mejorado en el transcurso de las sesiones.	25 Min	Convivencia entre las participantes, mencionando que les deja este taller y como han mejorado su vida.	

B. LISTA DE ASISTENCIA

PONENTE: _____ FECHA: _____

TEMA: _____

NUM.	NOMBRE	EDAD	No. EXP.	FIRMA

C. ESCALA DE HAMILTON PARA LA DEPRESIÓN

ESCALA DE HAMILTON PARA LA DEPRESIÓN

NOMBRE: _____ **EDAD:** _____

La escala HAM-D consiste en 17 rubros que abarcan las principales manifestaciones clínicas de la enfermedad depresiva. Algunos de ellos son calificados numéricamente entre el rango 0 al 4, mientras que otros obtienen una calificación 0 a 2, generalmente y de acuerdo al criterio del entrevistador, si el síntoma está ausente recibe una calificación de 0, pero si su expresión es severa o incapacitante amerita un 2 o 4 según el rango específico. Los síntomas leves moderados reciben una calificación intermedia. Además, existen 4 rubros adicionales que no son tan frecuentes en el cuadro clínico de la depresión pero su presencia es de gran valor pronóstico.

RUBRO	RANGO	CALIFICACIÓN	PUNTOS
1. Animo deprimido	0-4	(0= Ausente, 1= lo indica solo se le pregunta; 2= lo dice de manera espontánea, 3= lo comunica por expresión facial, postura, voz, tendencia al llanto; 4= expresión verbal y no verbal)	
2. Sentimientos de culpa	0-4	(0=Ausente, 1=auto reproché, ha defraudado a la gente; 2= ideas de culpa o mentismo sobre errores pasados o pecados, 3= la enfermedad actual es un castigo, delirios de culpa; 4= voces acusadoras o denunciatorias, alucinaciones amenazantes)	
3. Suicidio	0-4	(0= Ausente; 1= sentimiento de que no vale la pena vivir, 2= desea estar muerto o piensa una posible muerte; 3= ideas o gestos suicidas; 4=intentos de suicidio)	
4. Insomnio inicial	0-2	(0=Sin dificultad para dormirse; 1=dificultad ocasional para dormirse p. ej. más de medio hora; 2=dificultad para dormirse cada noche)	
5. Insomnio medio	0-2	(0= Sin dificultad; 1= inquieto y alterado por la noche; 2= se despierta durante la noche; todos los pacientes que se levantan de la cama durante la noche deben calificarse con 2, excepto si es para ir al baño)	
6. Insomnio terminal	0-2	(0=Sin dificultad, 1= se despierta en la madrugada pero regresa a dormir, 2= incapaz de volverse a dormir se levanta de la cama)	
7. Trabajo y actividades	0-4	(0= Sin dificultad; 1= sentimiento y pensamientos de incapacidad, cansancio o debilidad relacionados con las actividades, el trabajo o las diversiones, 2= perdida de interés en la actividad, pasatiempos o por indiferencia, indecisión y vacilación (siente que tiene que esforzarse para trabajar o llevar a cabo actividades); 3= reducción del tiempo dedicado a las actividades; 4= dejó de trabajar debido a la enfermedad actual. En el hospital ponga 4 si el paciente no emprende ninguna actividad aparte de las tareas del pabellón o no las hace).	

8.Retardo	0-4	(lentitud de pensamiento y palabra; alteración de la concentración; reducción de la actividad motora, 0= habla y pensamientos normales, 1=ligero retraso; 2= retraso obvio en la entrevista; 3= entrevista difícil, 4=completo estupor)	
9.Agitación	0-4	(0=ninguna, 1=intranquilidad, 2= "juega" con las manos, el cabello, etc. 3= continuo movimiento, no puede quedarse quieto, 4= se aprieta las manos, se muerde las uñas, se jala el cabello, se muerde los labios.)	
10.Ansiedad psíquica	0-4	(0=sin dificultad, 1=tensión e irritabilidad subjetiva, 2=se preocupa por los detalles, 3= actitud aprehensiva aparente en el rostro o en el habla, 4=expresa sus temores son que se los pregunten)	
11.Ansiedad Somática	0-4	(Manifestaciones fisiológicas que acompañan Gastrointestinales; boca seca, flatulencia, diarrea cólicos, eructos. Cardiovasculares; palpitaciones, cefalea. Respiratorios; hiperventilación, suspiros. Otros; micción frecuente, sudoración. 0= ausente; 1=leve, 2=moderada, 3=severa, 4= incapacitante)	
12.Somático gastrointestinal	0-2	(0=ninguno, 1=pérdida de apetito pero come sin estímulo por parte del personal, sensación de pesadez abdominal; 2=)	
13.Somático general	0-2	(0=ninguno, 1= pesadez en las extremidades o en la parte posterior de la cabeza. Dolores de espalda, cabeza y musculares. Perdida de energía y cansancio fácil, 2= cualquier síntoma bien definido debe calificarse como 2)	
14.Genital	0-2	(Disminución de la libido y alteraciones menstruales, 0=ninguno 1=leves, 2=severos).	
15.Hipocondriasis	0-4	(0=ausente, 1=auto-absorción corporal, 2= se preocupa por su salud, 3= se queja frecuentemente, solicita ayuda, 4= delirios hipocondriacos)	
16.Insight (intuición)	0-2	(0= reconoce estar deprimido y enfermo, 1= reconoce estar enfermo y lo atribuye a la mala comida, al clima, exceso de trabajo, virus, etc. 2= niega por completo estar enfermo)	
17.Pérdida de peso	0-2	(0= sin pérdida de peso, 1= pérdida de peso ligera o dudosa, 2= pérdida de peso obvia o severa)	
	TOTAL		

D. RECONOCIMIENTO



Secretaría
de Salud

RECONOCIMIENTO



A: _____

POR SU PARTICIPACIÓN Y PERSEVERANCIA COMO: ASISTENTE EN EL TALLER DE TÉCNICAS DE RELAJACIÓN A TRAVÉS DE LA RISA, LLEVADO ACABO EN EL CENTRO INTEGRAL DE SALUD MENTAL DEL 23 DE AGOSTO AL 8 DE NOVIEMBRE DEL 2013.

Dra. María Isabel González Jiménez
Directora del CISAME

Psic. Silvia Karen López Molina
Facilitador