

EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN DEL SENTIDO DEL HUMOR EN PACIENTES CON  
DOLOR CRÓNICO.

Milexy Carolina Carvajal Méndez  
Psicóloga

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

Directora:  
PhD. Diana María Agudelo Vélez



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

## TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN	
ABSTRACT	
1. INTRODUCCIÓN	5
2. METODO	14
2.1. Participantes	14
2.2. Muestra	14
2.3. Instrumentos	14
2. 4. Procedimiento	16
2. 5. Diseño y Metodología	17
3. RESULTADOS Y DISCUSION	17
4. CONCLUSIONES	26
5. RECOMENDACIONES	27
6. ANALISIS DE LA EXPERIENCIAS	28
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	29
8. ANEXOS	32

## Anexos

Anexo 1: Formato de Historia Clínica	32
Anexo 2: Cuadernillo de Aplicación de Pruebas	35
Anexo 3: Protocolo de Intervención Grupal	62
Anexo 4: Conceptualización de casos	66

## Resumen

El dolor crónico es una de las enfermedades que generan mayores gastos, teniendo en cuenta que los costos a nivel de tratamientos médicos, incapacidad o invalidez y servicios jurídicos comprometen altas cifras. Se estima que en unos años, serán alrededor de 600 millones de personas padeciendo de dolor crónico. Además de las alteraciones biológicas, el impacto de la enfermedad está relacionado con complicaciones a nivel del estado de ánimo, ya que esta es una enfermedad que compromete las áreas fisiológicas, emocionales y cognitivas, lo cual a la vez puede incidir en la evolución o empeoramiento de dicha enfermedad, es por esta razón que paralelo al proceso médico, se propone evaluar el impacto del sentido del humor e intervenir de manera grupal e individual a través del modelo cognitivo – conductual orientado a la adquisición de un pensamiento flexible que ayude a las personas a adoptar un estilo de afrontamiento más eficaz a partir del reforzamiento de las emociones positivas. Los participantes fueron 8 mujeres y 2 hombres de edades entre los 33 y 71 años diagnosticados con dolor crónico asistentes a la Clínica de Dolor Crónico y Cuidado Paliativo Aliviar Ltda. Los resultados de las pruebas arrojaron que en esta muestra se presenta un 80% de depresión, 70% con preponderancia de estado serio, 60% con miedo a realizar alguna situación que resulte risible para los otros, 60% con temor a la evaluación negativa (FNE) y 60% con dificultad para disfrutar o para denotar ante los demás alegría ante circunstancias alegres o ante situaciones de humor. En las intervenciones se logró optimizar el sentido del humor como estrategia de afrontamiento frente a la enfermedad.

***Palabras claves:*** *Psicología clínica, Dolor Crónico, Emociones Positivas, Sentido del Humor, Depresión, Ansiedad Social, Temor a la Evaluación Negativa, Gelotofobia.*

### Abstract

Chronic pain is one of the conditions that cause higher costs, since the costs at the level of medical treatment, incapacity or disability and legal services commit high numbers, it is believed that in a few years will be about 600 million people suffering from pain chronic, in addition to biological changes, the impact of the disease is related to complications at the level of mood, as this is a disease that compromises the areas physiological, emotional, and cognitive and these in turn, may influence the evolution or worsening of the illness, For this reason that alternative medical process, it intends to evaluate the impact of sense of humor and intervene through group and individual cognitive model - behavior aimed at acquiring the disposition to humor reinforcing positive emotions. Participants were 8 women and 2 men aged between 33 and 71 years diagnosed with chronic pain clinic attendees chronic pain and palliative care Relieve Ltda. The results of the tests showed that this population suffers a 80% depression, 70% prevalence of serious condition, 60% afraid to make a situation that is laughable for the other, 60% in fear of negative evaluation (FNE) and 60% have difficulty enjoying or to denote joy to others in circumstances joyful or humorous situations. Interventions in achieving optimum sense of humor as a coping strategy against the disease.

***Key words:** Psychology Clinic, Chronic Pain, Positive Emotion, Sense of the Humor, Depression, Social Anxiety, Fear of the Negative Evaluation, Gelotophobia.*

## INTRODUCCIÓN

La psicología de la salud es concebida como el conjunto de contribuciones educativas, científicas y profesionales de la disciplina de la psicología a la promoción y mantenimiento de la salud, prevención y tratamiento de la enfermedad, la identificación de diagnósticos de salud - enfermedad y el análisis y mejora del sistema sanitario y formación de políticas sanitarias (Matarazzo, 1980, citado por Trull y Phares, 2003; y Vinaccia, 1989). Uno de los aspectos de los que se ha ocupado la psicología de la salud, son las enfermedades crónicas, como es el dolor crónico, considerado como experiencia sensorial y emocional displacetera, adjunto a una lesión hística presente o potencial, generadora de diferentes reacciones emocionales o como una acción que asocia elementos de la experiencia sensorial y un estado afectivo aversivo (García, 2004).

Para que exista la condición de dolor crónico, debe persistir durante más de 3 meses, este se clasifica en dos tipos: maligno y benigno (Moix, 2005). El maligno es el que está asociado con enfermedades potencialmente terminales y el benigno es el dolor crónico no oncológico (Redondo, 1995; Gómez, 2006). Del mismo modo, el dolor crónico se puede clasificar según su localización, es decir, según los órganos o aparatos afectados en: cutáneo o periférico, localizado externamente que refiere lesiones en la piel o las mucosas; el somático profundo, localizado en músculos y estructuras osteoarticulares, que se manifiesta de manera constante, opresivo y punzante; el visceral, generalmente irradiado a la piel, a manera de dilatación, espasmo, tracción o isquemia y el neuropático, que es permanente y paroxístico, sucede por interrupción de nervios, raíces o plexos por causa traumática o quirúrgica (deferentización) y por síndromes de dolor regional complejo (distrofias, causalgias) (Remor, Ulla y Arranz, 2003) . Otra clase de dolor es el establecido en el DSM- IV- TR (2003), el Trastorno por Dolor, que hace parte de los Trastornos Somatomorfos y es la presencia de dolor por más de seis meses sin causas biológicas que lo expliquen.

Las cifras de dolor y las dificultades que genera en las personas resultan más costosas y en mayor porcentaje que quienes lo aceptan y lo manejan. En el mundo, el dolor crónico es el problema de salud más costoso, no sólo porque genera gastos médicos de diagnóstico y

tratamiento, si no porque redundaría en pérdidas a nivel de ingresos, de productividad por las incapacidades, pagos por compensación y gastos por servicios legales.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) reporta que hasta el año 2000, existían 600 millones de personas padeciendo de dolor crónico, éstas en general mayores de 60 años y asumen que la predicción para el 2025, es de 1.200 millones y para el 2050 será de 2.000 millones de personas con diagnóstico de dolor crónico.

En cuanto a las cifras de padecimiento en Colombia, el cuarto estudio nacional de dolor (2008), encontró que 53% de la población padece de dolor y el 64% consulta al especialista por esta razón.

En términos de las características de las personas que sufren de dolor crónico, se encontró que esta enfermedad la padecen en su mayoría las mujeres, en contraste con los hombres (especialmente las de tipo artritis reumatoide y el escleroderma); de cada 5% de los adultos que son diagnosticados con dolor crónico, dos de cada tres son mujeres, situación que se encuentra relacionada con las modificaciones en la producción de hormonas sexuales de la edad, ya que el estrógeno aumentará liberación de citoquinas periféricas, como gamma-interferón, que a su vez aumenta la producción de cortisol y se asocia a la prevalencia del padecimiento en mujeres más que en hombres (Melzack, 2000).

El dolor crónico en sus diferentes expresiones se compone de elementos anatómicos, fisiológicos y psicológicos; como lo propone el modelo multidimensional de Melzack (1993, citado por Remor, Ulla y Arranz, 2003) el cual se divide en tres categorías: una sensorial – discriminativa, encargada de la recepción y transmisión de estímulos, indicando características como la intensidad, localización y duración; la motivacional – afectiva, que se compone de las respuestas emocionales que generan las personas frente al dolor, e incitan o movilizan a escapar o evitar la estimulación aversiva y la cognitiva – evaluativa que conceptualiza el dolor en función de experiencias, contexto socioambiental, valores, creencias, ideas y pensamientos.

La dimensión sensorial-discriminativa está asociada a dispositivos anatomofisiológicos, es decir, con funciones de dirigir la información desde el lugar donde se produce el estímulo nociceptivo, donde se haya daño tisular, infección, alteraciones orgánicas o funcionales hasta los centros nerviosos superiores; encargada también de la identificación de especificidades de

ubicación o espacio y tiempo en el que se produce el dolor, su intensidad y su cualidad (Chóliz, 1994).

La categoría sensorial, está relacionada con aspectos orgánicos, desde este aspecto, se establece que a nivel biológico existe en el organismo una matriz genéticamente formada de neuronas en todo el cuerpo que generan las características de los impulsos nerviosos y los diferentes estilos somatosensoriales que se perciben. Esta neuromatriz, está determinada genéticamente y se activa a través de impulsos sensoriales, que comprenden la distribución espacial de las neuronas y sus respuestas características específicas o neuroespecíficas en donde se localizará el dolor; la experiencia del dolor, se genera desde las zonas sinápticas ubicadas en los recorridos de la transmisión de los principales sistemas de proyección sensorial, a partir de las astas dorsales hasta las zonas de proyección somatosensorial del tálamo y la corteza, produciéndose impulsos nerviosos que a veces sobrepasan los umbrales críticos; la activación anormal o prolongada que sobrepasan los umbrales, generan el dolor intenso en áreas específicas del cuerpo y provienen de los estímulos que perciben las células centrales hiperactivas desde los tejidos dañados, nervios sensoriales y viscerales vías aferentes en la cadena simpática y procesos psiconeuronales de mayor nivel.

Existen síndromes de dolor crónico causados por la supresión prolongada inmune, ya que ésta disminuye causando respuestas excesivas inmunes de rebote, en donde el sistema inmune ataca los tejidos del propio cuerpo ocasionando estos síndromes de dolor.

Algunas formas de dolor crónico puede estar asociadas también, a los efectos destructivos de la acumulación de cortisol en áreas como músculos, huesos y el tejido neural; del mismo modo, el quebranto de fibras del hipocampo asociada al envejecimiento; cuando se inhibe la liberación de cortisol desde el hipocampo se producen efectos nocivos de cascada que se manifiestan entre otros, como formas de dolor crónico, generalmente en personas de avanzada edad, este déficit, es acelerado por factores como las hormonas sexuales, la predisposición genética y situaciones que vivencian las personas como el estrés psicológico derivado de la competencia social y el ajetreo de la vida cotidiana (Melzack, 2000).

En el terreno psicológico, se encuentran las categorías motivacional – afectiva y cognitiva – evaluativa, la primera corresponde a la cualidad subjetiva de la experiencia, al componente



emocional del dolor, el cual se asocia a aspectos de sufrimiento, aversión, desagrado, o cambios emocionales, sentimientos y estados de ánimo que se relacionan con la enfermedad; existen emociones que son negativas como el miedo, la tristeza y la ira y sus expresiones patológicas como el pánico, sentimientos de inutilidad e incomprensión, alteración del humor, la ansiedad, agresividad, entre otras (Vélez, Rojas, Borrero y Restrepo, 2005).

Del mismo modo, surgen perturbaciones en el apetito y del sueño, disminución del deseo y la respuesta sexual, anhedonia, pérdida de interés en las interacciones sociales, incremento de las preocupaciones somáticas, desesperanza aprendida y resignación, ideación y conductas suicidas, criterios característicos también de los episodios y trastornos depresivos; el sostenimiento de estos síntomas depresivos dificulta el nivel de tolerancia al dolor y facilita la aparición de cuadros clínicos de dolor crónico (Chóliz, 1994).

El estado de ánimo y dolor, son interdependientes, por cuanto las reacciones afectivas pueden generar cambios en la experiencia de dolor, estos cambios pueden estar asociados a la intensidad, frecuencia, características del dolor y a su vez, el dolor puede afectar al estado de ánimo; estas influencias se dan cuando la relación entre estas dos variables es compleja y se mantiene durante varios días, siendo esta relación psicoimmunológica y no solamente psicofisiológica.

Existen otras condiciones mentales que facilitan la aparición de dolor crónico, como estar sometido a periodos prolongados de estrés, así como padecer trastornos por ansiedad, ya que la disposición a excesiva ansiedad o estrés como en el caso de los trastornos crónicos, predisponen a episodios de dolor; las situaciones estresantes, las demandas ambientales excesivas, producen la disminución del umbral de tolerancia al dolor; cuando existe ansiedad, hay un aumento en la activación autonómica, visceral y esquelética y esto hace que aumente el dolor y por esta razón se produce lo que se conoce como círculo vicioso dolor-ansiedad, en el cual, la ansiedad produce aumento en la tensión muscular, lo que a su vez produce aumento del dolor y éste incrementa la ansiedad, y así sucesivamente.

Esta percepción de ansiedad y dolor se ve influenciada por variables cognitivas como las atribuciones sobre el control del dolor o las expectativas sobre el curso de la enfermedad, cuando los pacientes observan que tienen control de la circunstancia aversiva, la ansiedad y el dolor son menores; del mismo modo, la atención se relaciona con los niveles de ansiedad y el aumento del dolor, de tal forma que se presta mayor vigilancia a las señales nociceptivas, cuando

las personas han reorientado su evaluación de forma positiva y terapéutica, el dolor no es un foco de atención y por ende disminuirá su umbral, puesto que las sensaciones no irrumpirán de forma inesperada, ni alteraran la atención y permitirá que los sujetos activen estrategias de afrontamiento apropiadas.

Otra variable emocional asociada al dolor crónico es la dificultad en la expresión y el reconocimiento de sentimientos y emociones intensas, realizando un proceso de somatización, condición que refuerza la sintomatología de dolor que padecen y que es característico también de la alexitimia; del mismo modo, como resultado de los esfuerzos fallidos por elaborar emociones primarias producidas por un evento estresante, produciéndose mayor sensibilidad al dolor como un descenso en niveles de endorfinas.

Debido al componente aversivo del dolor, los pacientes reaccionan con conductas de evitación o escape, que refuerzan o mantienen conductas de dolor y de la propia experiencia dolorosa (Chóliz, 1994).

Cognitivamente y evaluativamente, el dolor crónico tiene un componente que refuerza su mantenimiento, ya que los diferentes pensamientos, valoraciones, expectativas, creencias e ideas influyen en estado de ánimo de quienes presentan la enfermedad, además de afectar los procesos fisiológicos y generar consecuencias a nivel de las áreas sociales y motivar los diversos comportamientos. Las creencias son reconocidas como configuraciones cognitivas de tipo personal o cultural, de igual manera, están predeterminadas por la realidad que moldea la percepción y el significado que se le da a la misma.

Existen otras variables cognitivas asociadas al dolor como la percepción de control, la cual está mediada por el locus de control, que puede ser interno o externo, el interno se relaciona con una adaptación más positiva al dolor y el externo se asocia a una menor adaptación, este locus se relaciona con estrategias de afrontamiento pasivas, cuando las personas se perciben como incontrolables aumenta la percepción de la intensidad del dolor y altera los niveles de actividad diaria. Otro componente cognitivo en el dolor, son las expectativas que se tienen acerca del futuro y con relación a un evento en curso y futuras consecuencias; existen dos tipos importantes de expectativas en relación al manejo del dolor, las expectativas de autoeficacia y las expectativas de

resultado, las primeras tienen que ver con la capacidad de ejercer actividades y conductas requeridas y las segundas, refieren a los resultados obtenidos a través de los comportamientos.

Los estilos de pensamiento como el catastrófico y la excesiva focalización en las sensaciones dolorosas, contribuyen a las interpretaciones erróneas respecto de la enfermedad, así como también influyen los modos de percepción y las estrategias de afrontamiento que utilizan. El estar hipervigilante, a las sensaciones corporales, está relacionado con estados de ánimo negativos, esta tendencia al recuerdo de estados afectivos negativos se produce incluso cuando ha transcurrido tiempo significativo desde la situación ante eventos que le produjeron esta ideación y está asociada a la utilización de estrategias de afrontamiento ineficaces contra el estrés y la consecuente alteración en el estado de ánimo, lo que incrementa la intensidad de la experiencia de dolor. (Chóliz, 1994)

Autores como Penzo (Citado Remor, por Ulla y Arranz, 2003) afirman que el dolor es una experiencia subjetiva, es decir, que para definirlo debe considerarse el reporte verbal del sujeto que lo padece; cuanto más amenazador se evalué una situación o evento y cuanto menos efectivas sean las estrategias de afrontamiento que se utilicen, mayor será el grado de estrés, menor la tolerancia y esto aumentará la experiencia del dolor. Por el contrario, las personas que presentan un mayor nivel de aceptación del dolor, refieren un nivel menor de la experiencia dolorosa, además de presentar una menor sintomatología de trastornos relacionados con la ansiedad y la depresión, con disminución en la necesidad de incapacidad y por lo tanto un mayor nivel de actividad y estatus laboral, hay una frecuencia menor en la utilización de los servicios de salud, menor utilización de medicamentos y en general una mejor calidad de vida.

Es por esta razón que dentro de las intervenciones posibles en el tratamiento de enfermedades crónicas, la psicología clínica que es el campo que aplica conocimientos y técnicas de diagnóstico, tratamiento e investigación, a través de la psicoterapia ha mostrado ser muy eficaz en la intervención del dolor crónico (Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos, 2003), uno de los fuertes ha sido el abordaje desde el modelo cognitivo, el cual interviene en los factores influyentes afectivos, emocionales y cognitivos, ya que plantea que las percepciones de los eventos influyen sobre emociones y comportamientos de las personas (Beck, 2000), esta reestructuración cognitiva, está orientada a la modificación de las percepciones que tienen los

pacientes con relación al padecimiento de dolor, a plantear interpretaciones diferentes respecto a las situaciones vividas, a utilizar estrategias de afrontamiento activas y a introyectar sesgos positivos en la sensación de control, el recuerdo de dispositivos positivos o las atribuciones causales, ya que estos elementos se encuentran ligados como factores protectores a la salud física y mental (Vásquez y Hervás, 2006).

Dentro de las intervenciones cognitivas, se tomarán como base las aplicaciones de la psicología positiva, que propone centrarse en aspectos más saludables y positivos del repertorio comportamental de cada persona como factores protectores y estrategias de afrontamiento activas frente a las afecciones físicas que padecen los participantes y no en aspectos negativos de la enfermedad, como los síntomas (Chazenbalk, 2006; Ríos, 2008).

Las emociones positivas, los estados de ánimo y las cogniciones de esa misma tonalidad hacen parte de las dimensiones positivas; las emociones positivas existen para ampliar y construir repertorios de pensamiento y acción, contribuyen a la movilización de conductas flexibles y generan la capacidad para ampliar repertorios de conducta; si se logra desarrollar, sostener y utilizar los elementos positivos, se posicionarán patrones de conducta adaptativos y de un mejor funcionamiento en general (Isen, 1999, citado por Vásquez y Hervás, 2006).

Uno de los aspectos inmersos en las emociones positivas es el sentido del humor, el cual es reconocido como una forma de percibir, enfrentar y analizar los sucesos vividos de manera paradójica y jocosa. Este rasgo de personalidad presenta gran incidencia sobre los pensamientos, sentimientos y comportamientos (Riso, 2007).

Poseer buen sentido del humor, es una estrategia para afrontar situaciones estresoras como las complicaciones de salud, pues su incidencia podría tener efectos a nivel de lo fisiológico, psicológico y social; desde lo fisiológico, la presencia de las emociones positivas como la alegría, buen humor, optimismo, entusiasmo y paz, se manifiestan en el cuerpo como realidades bioquímicas que generan diversas reacciones y contribuyen al afrontamiento y/o reversimiento de las enfermedades. La presencia de estas emociones, por ejemplo del humor, modifica el tono muscular, permitiendo que los músculos queden en estado flácido y se libere tensión o energía excesiva; en la secreción de neurotransmisores, el estímulo positivo genera la liberación de endorfinas, las cuales son consideradas como un analgésico natural del cuerpo produciendo

sensación de bienestar; disminuye la hormona suprarrenal cortisol, generada cuando las personas se someten a situaciones estresoras, disminuyendo de la misma forma las respuestas fisiológicas del estrés: presión arterial, frecuencia cardíaca y tensión muscular; relaja el sistema muscular actuando sobre el sistema neurovegetativo, disminuyendo la tensión arterial, regularizando la respiración, aumentando la oxigenación de todos los tejidos y regularizando la digestión (Lupiani, Gala, Bernalte, Lupiani, Dávila, y Miret, 2005).

A nivel social, permite el establecimiento sano de relaciones interpersonales y permite solucionar desacuerdos de forma pacífica, (Chazenbalk, 2006).

En el aspecto psicológico, el humor genera un proceso de autodistanciamiento, es decir, es la capacidad para reírse de las situaciones que le generan displacer, incluyéndose a sí mismo, generándole con esto aceptación y aumento en el autoestima, desarrollando actitudes y competencias para abordar situaciones conflictivas o que le generan tensión, contribuyendo a generar afecto, entendimiento, apoyo, diálogo y juego.

A nivel cognitivo, el humor contribuye al desarrollo de la creatividad, fluidez, velocidad y flexibilidad del pensamiento, de la misma forma, facilita que se generen pensamientos flexibles con habilidades para cambiar ideas y formar relaciones entre estas ideas (Lupiani, et al, 2005).

Muchas investigaciones han demostrado que utilizar el humor como técnica dentro de la psicoterapia genera diferentes efectos tanto en el consultante como en el terapeuta, entre otras cosas, el humor permite que se descarguen emociones y sentimientos negativos como la hostilidad y la frustración; contribuye al desarrollo y el fortalecimiento de la alianza terapéutica frente a las problemáticas del paciente, utilizar el humor genera un visión objetiva del motivo de consulta y contribuye a poner distancia con la situación que genera displacer; permite modificar los marcos de referencia rígidos y flexibiliza el pensamiento para introyectar nuevas creencias y estilos atribucionales con relación a sí mismo y a las situaciones estresoras o angustiantes como las enfermedades, de la misma forma es generador de alternativas de solución y patrones de comportamiento más adaptativos; la capacidad de reírse de sí mismo y de la situación conflictiva genera autoaceptación y distracción de pensamiento; el humor puede actuar como agente persuasivo dentro de la psicoterapia y permite distensionar el proceso terapéutico e incluso que el

proceso sea menos doloroso; el humor ayuda a flexibilizar la terapia, disminuyendo la monotonía (Garcíandía y Rozo, 2006; Chazenbalk, 2006 & Lupiani, et al 2005).

En cuanto a la salud, se ha encontrado que el sentido del humor reduce los síntomas físicos producidos por el estrés, que a su vez, es generador de diversas enfermedades como el dolor crónico, la utilización de las emociones positivas como la alegría y el humor permiten enfrentar las situaciones estresantes y de la misma forma reducir los síntomas físicos de las enfermedades, ya que la risa sirve como distractor del pensamientos haciendo que se desfocalice la atención sobre los aspectos negativos de la salud física, adquiriendo estilos de vida más saludables y generando conductas saludables como la búsqueda de ayuda profesional cuando los síntomas de las enfermedades son severos o moderados.

La correlación entre humor y la salud, indica que el humor reprime los efectos psicosociales adversos que despliega el estrés sobre la salud, generando modificaciones a nivel cognitivo – afectivo, permitiendo la reestructuración de los pensamientos y las emociones concernientes a la situación de enfermedad y considerándola como menos amenazante y de la misma manera disminuyendo la respuesta emocional negativa asociada a la percepción de amenaza (D’Anello, 2006).

En enfermedades como el dolor crónico, las bases afectivas y cognitivas del sentido del humor influyen sobre la tolerancia al dolor (Carretero, 2005). Al igual que las respuestas bioquímicas generadas a través de la risa, puesto que estimula la producción de catecolaminas en el cerebro, lo que a su vez dispara la generación de endorfinas actuando como analgésico y produciendo sensación de bienestar y calma al reducir el dolor, de la misma forma activa el sistema inmunológico promoviendo salud y previniendo la aparición de otras enfermedades; por otro lado, los cambios hormonales y bioquímicos producidos por las emociones positivas, facilitan la aparición de comportamientos, optimiza los esfuerzos y las habilidades para enfrentar el estrés (Bayés y Borrás 1999, citados por D’Anello, 2006).

Es por esta razón, que la presente intervención busca abordar clínicamente el dolor crónico propiciando las emociones positivas como herramienta terapéutica, generando en los pacientes la disposición para el sentido del humor a través de la adopción de creencias y pensamientos flexibles que contribuyan a la reestructuración cognitiva y a fortalecer estrategias de

afrontamiento en la enfermedad, en aras del mejoramiento de la calidad de vida de las personas que padecen de dolor crónico.

## METODO

### *Participantes*

Se trabajó con personas mayores de dieciocho años pacientes de dolor crónico, asistentes a la Clínica de Dolor y Cuidado Paliativo Aliviar LTDA.

### *Muestra*

Se realizó evaluación e intervención con diez pacientes 2 hombres y 8 mujeres que se encuentran en la adultez media y mayor con edades entre los 33 y 71 años (Media de edad 47,20 años, desviación estándar de 12,88), con nivel de escolaridad mínimo de Básica primaria con diagnóstico de dolor crónico asistentes a la Clínica del Dolor y Cuidado Paliativo Aliviar Ltda.

Criterio de Exclusión: Pacientes con procesos en la junta Regional o Nacional y Pacientes en proceso de duelo por pérdida anatómica o funcional.

### *Instrumentos*

Los instrumentos utilizados para la evaluación fueron: (*Ver Anexo2*)

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

*El Inventario de Depresión de Beck-Segunda Versión (BDI-II)* (Vázquez, Sanz, Fortún, García & Espinosa, 2005); es un instrumento de autoaplicación de 21 ítems. Ha sido diseñado para evaluar la gravedad de sintomatología depresiva en adultos y adolescentes con una edad mínima de 13 años. En cada uno de los ítems, la persona tiene que elegir, entre un conjunto de cuatro alternativas ordenadas de menor a mayor gravedad, la frase que mejor describe su estado durante

las últimas dos semanas, incluyendo el día en que completa el instrumento. En cuanto a la corrección, cada ítem se valora de 0 a 3 puntos en función de la alternativa escogida y, tras sumar directamente la puntuación de cada ítem, se puede obtener una puntuación total que varía de 0 a 63; los niveles de consistencia interna oscilan entre 0.83 y 0.90

*Escala de Evitación y Ansiedad Social (SAD)*, (Watson, Friend, & Leary, 1983. Adaptado en Colombia por Chaves y Castaño, 2008). tiene como objetivo evaluar el componente cognitivo de la ansiedad social y mide el grado en que la gente experimenta temor ante la posibilidad de ser juzgado negativamente por los demás, este instrumento cuenta con 21 ítems y las respuestas se realizan mediante un formato de respuesta dicotómica con opciones de falso y verdadero; cuenta con un alfa de Cronbach 0,85.

*Escala de Temor a la Evaluación Negativa (FNE)*, (Watson, Friend, & Leary, 1983. Adaptado en Colombia por Chaves y Castaño, 2008) esta escala evalúa el grado en que las personas experimentan temor ante la posibilidad de ser juzgadas de forma negativa, este instrumento cuenta con 24 ítems y las respuestas se realizan mediante un formato de respuesta dicotómica con opciones de falso y verdadero; cuenta con un alfa de Cronbach 0,66.

*El State-Trait-Cheerfulness-Inventory (STCI)* (Ruch, KöHLER & Thiel, 1996, adaptada en Colombia por Carretero, Agudelo, Olave & Gómez, (en prensa) es un instrumento desarrollado para medir las bases cognitivas y afectivas del sentido del humor a través de la evaluación de las dimensiones de alegría (cheerfulness), seriedad (seriousness) y mal humor (bad mood), se usa una escala de respuesta tipo Likert con cuatro opciones de respuesta, que van desde 1 (Totalmente en desacuerdo) hasta 4 (Totalmente de acuerdo); los valores alfa de Cronbach, el cual oscila entre .56 y .86, por facetas y de 64 a 72 para la totalidad de las escalas.

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

*Escala de Apreciación del humor (EAHU)* (Carretero, 2005). Es una batería que evalúa el grado de apreciación del humor de las personas, se compone de dos escalas: Diversión hacia el estímulo y grado de rechazo. Los estímulos están clasificados así: dos categorías referentes a estímulos humorísticos sin un contenido específico que presentan una estructura interna distinta



en función del proceso cognitivo que provocan (Incongruencia – Resolución frente a Incongruencia sin Resolución o Sin Sentido) y otras tres donde el aspecto central es el contenido del material humorístico (Humor Sexual, Negro y Denigración). Los ítems están basados en chistes o viñetas cómicas ante los que la persona evaluada debe enfrentarse, para responder así según el grado de diversión y rechazo que el chiste le ha provocado en ese mismo momento. Se selecciona como escala de respuesta, la opción tipo Liker de cinco puntos, de “0” a “4”, con la posibilidad de indicar ausencia de diversión o rechazo, a la vez que de señalar un punto medio. La versión colombiana del EAHU consta de 28 ítems. Los valores de consistencia interna mediante alfa de Cronbach oscilan entre 0,70 y 0,80.

### ***Procedimiento***

- *Fase valoración inicial o Diagnóstica:* Se convocó a los pacientes de la Clínica del Dolor y Cuidado Paliativo Aliviar Ltda. perteneciente al Centro Médico Carlos Ardila Lülle de Floridablanca y se realizó la recepción de los casos mediante entrevista inicial para recopilar datos para la historia clínica (*Ver anexo 1*) posteriormente, en otras sesiones se presentó la propuesta de investigación e intervención, explicándoseles las condiciones y firmando el consentimiento informado, después se aplicaron los instrumentos de la evaluación: (IDER) Inventario de depresión Estado/Rasgo, State-Trait Cheerfulness Inventory (STCI - T), Escala de Estrés y Evitación Social (SAD), Inventario de Depresión de Beck (BDI), Escala de Miedo a la Evaluación Negativa (FNE), Gelotofobia (GELOPH 15), Escala de Apreciación del humor (EAHU), e IDER, inventario de depresión Estado/Rasgo. Se sistematizó la información para obtener resultados detallados de la evaluación.
- *Fase de intervención:* El diseño de intervención se realizó teniendo en cuenta los resultados de la evaluación y se establecieron sesiones grupales e individuales de acuerdo con las especificaciones de cada participante. Las intervenciones grupales se desarrollaron con los elementos comunes hallados en la evaluación (Creencias de dolor, Manejo de dolor y la ansiedad, Manejo de emociones: Emociones positivas, Pensamiento Flexible y Sentido del humor, Duelo por pérdida de la salud y Temor a la evaluación negativa). Se desarrollaron cuatro sesiones de 60 minutos cada una. Con algunos pacientes, se realizaron intervenciones individuales, de acuerdo a los resultados de la evaluación y al

desarrollo de las sesiones grupales; se llevaron a cabo, de una hasta cuatro sesiones de acuerdo a los requerimientos de los pacientes con una duración de 45 minutos cada una (*Ver anexos 3 y 4*)

- *Evaluación del proceso:* En cada una de las sesiones grupales se aplicó una escala analógica de dolor al comenzar y terminar la intervención, de la misma forma, terminado el proceso de intervención tanto grupal como individual, se llevó a cabo una valoración de los factores intervenidos en cada paciente a partir del autorreporte de los participantes.

### ***Diseño y Metodología***

El proceso de evaluación e intervención se realizó bajo el enfoque cognitivo – conductual.

## **RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

A continuación se presenta los resultados y el análisis obtenidos a lo largo del proceso de evaluación e intervención; en la fase de evaluación, los datos recolectados con la batería de pruebas aplicadas fueron analizados a partir de la tabulación y el análisis por medio del paquete estadístico SPSS 14.0, la interpretación de estos resultados y el de las intervenciones se realizan a la luz de la teoría encontrada en cuanto al dolor crónico. En primer lugar se establecieron las frecuencias y los estadísticos descriptivos para las características de los participantes: sexo y edad respectivamente, posteriormente porcentajes de puntuaciones clínicamente significativas de las variables y los Estadísticos descriptivos de las pruebas empleadas.

En cuanto a las intervenciones realizadas de acuerdo a estas puntuaciones, se muestran los resultados obtenidos en las sesiones grupales y en las individuales.

En cuanto a las variables socio demográficas, se encontró que de las diez personas que participaron, la mayoría corresponde al sexo femenino, es decir el 80% de los pacientes, lo cual es consecuente con lo planteado por autores como Melzack (2000), que argumenta que aunque esta enfermedad no es específica para un grupo de población, prevalece en determinadas características de quien lo padece, por ejemplo en su mayoría es diagnosticado en mujeres.

Otra de las características de los pacientes asistentes, es la edad, que aunque no se puede estimar un periodo exacto del ciclo vital en el que se sufre esta enfermedad crónica, puesto que se es vulnerable en cualquier etapa, se presenta con mayor frecuencia en la adultez media y adultez mayor, como se evidenció en los resultados, pues, la edad mínima de los pacientes fue de 33 años y la edad máximo de 71 años, siendo la media 49,20. Lo anterior se relaciona con los efectos destructivos de la acumulación de cortisol en áreas como músculos, huesos y el tejido neural como el quebranto de fibras del hipocampo causados por el envejecimiento, razón por la cual, generalmente se manifiesta en personas de avanzada edad (Melzack, 2000). En este caso la población participante se encuentra entre estas etapas del ciclo vital, adultez media y mayor, siendo la media de 49 años.

En cuanto a la ocupación de los pacientes, cinco de los participantes se encuentran pensionados por invalidez o por accidente laboral, dos se encuentran en proceso de obtener la pensión y los que se encuentran trabajando han sido ubicados en cargos de menor actividad física, lo cual está relacionado con el nivel mayor de incapacidad en el que se encuentran, debido a los daños causados. El dolor crónico, es una de las enfermedades más discapacitantes, es un padecimiento que genera cambios a nivel fisiológico, psicológico, familiar y social, por esta razón, se considera una de las enfermedades con mayor costo y que genera mayores egresos debido no sólo al tratamiento médico, si no a las consecuencias que trae para quien la sufre, entre ellas, disminuye la productividad laboral y como resultado la disminución en el nivel de ingresos, además de gastos por compensación y servicios legales (Melzack, 1993, citado por el Remor, Ulla y Arranz, 2003)

En cuanto al estado civil, no se encuentran características específicas, ya que existen diferentes configuraciones familiares, sin embargo, situaciones como separación y muerte de algún pariente inciden en ideas como falta de red de apoyo, ideación de abandono, temor en cuanto al cubrimiento de gastos y preocupación referente a la responsabilidad de los hijos ante el evento de la proximidad de la muerte. En cuanto a las personas que conviven con sus parejas, poseen dificultades en la comunicación, ya que el estado de irritabilidad y de constante demanda de atención genera conflictos e ideación en cuanto a inutilidad y “carga” para los demás.

En cuanto al análisis de los resultados de la batería de pruebas aplicada, se consideraron los resultados por encima de la media más una desviación típica, aunque con la variable de alegría se

retomaron los puntajes por debajo de la media menos una desviación típica por tratarse de una escala positiva que debe invertirse en la calificación.

*Tabla 4*

*Estadísticos Descriptivos de las Pruebas Empleadas en una Muestra de Paciente de Dolor Crónico (N=10)*

<b>ESCALA</b>	<b>MEDIA</b>	<b>DESVIACION TÍPICA</b>	<b>PORCENTAJES CLINICAMENTE SIGNIFICATIVOS *</b>
GELOTOFOBIA	38,90	12,3	60%
ANSIEDAD	9,90	7,4	40%
SOCIAL (SAD)			
TEMOR A LA EVALUACION NEGATIVA (FNE)	16'50	6,2	60%
APRECIACIÓN DEL HUMOR			
Humor Sexual Diversión	11,90	5,7	60%
Humor Sexual Aversión	10,70	4,5	40%
Humor Negro Diversión	9,90	3,9	20%
Humor Negro Aversión	12,50	5,3	80%
Humor Incongruencia Resolución Diversión	14,30	4,1	90%
Humor Incongruencia Resolución Aversión	5,40	4,3	10%

Humor Sin Sentido	14,00	3, 1	100%
Diversión			
Humor Sin Sentido	4,20	3	0%
Aversión			
Humor Denigración	9,20	2, 4	40%
Hombre Diversión			
Humor Denigración	6,70	3,5	60%
Hombre Aversión			
Humor Denigración	8,20	3,1	60%
Mujer Diversión			
Humor Denigración	9,00	4,1	40%
Mujer Aversión			
STCI			
Alegría 1	19,80	6,2	50%
Alegría 2	12,80	5,8	40%
Alegría 3	23,30	5, 3	20%
Alegría 4	19,90	6,7	40%
Alegría 5	20,20	9,8	50%
Seriedad 1	18,90	4,6	70%
Seriedad 2	22,90	2, 5	20%
Seriedad 3	21,80	3,2	0%
Seriedad 4	11,40	4,7	30%
Seriedad 5	17,40	4	30%
Seriedad 6	13,70	5,2	30%
Mal Humor 1	15,50	4,9	50%
Mal Humor 2	16,10	4,5	50%
Mal Humor 3	12,40	4,0	60%
Mal Humor 4	17,10	6,2	50%
Mal Humor 5	9,80	3,5	30%
Depresión de Beck (BDI)	30,80	15,2	80%
Depresión Rasgo	22,30	8,9	50%

(IDER)			
Depresión Estado	22,10	8,2	40%
(IDER)			

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

En la tabla anterior, se encuentran los resultados de las pruebas, en cuanto a los porcentajes clínicamente significativos para los resultados de la batería de pruebas aplicadas a los pacientes de dolor crónico que participaron en el proceso, se encontró que el mayor porcentaje se presentó en la prueba que evalúa depresión de Beck con un 80%, seguida de seriedad 1 con un 70%, que hace referencia a la preponderancia de estado serio y la de gelotofobia con 60%, es decir, el miedo a realizar alguna situación que resulte risible para los otros, de la misma forma, la prueba de temor a la evaluación negativa (FNE) (60%) y mal humor 3 (60%) que refiere a la complicación de las personas para disfrutar o para denotar ante los demás alegría ante circunstancias alegres o ante situaciones de humor; no se presentaron puntuaciones para la variable seriedad 3, la cual hace referencia a la existencia de una tendencia a planear anticipadamente muchos objetivos y a alcanzar un estado muy cercano al bienestar personal y la armonía, tomando siempre en cuenta las decisiones y acciones que se relacionan con esos objetivos. Con menor prevalencia baja alegría 3 (20%), que es el predominio de estado de abatimiento o tristeza y seriedad 2 (20%).

Lo anterior, se encuentra relacionado con lo planteado en la teoría, ya que el dolor presenta un componente emocional que lo asocia a cambios en el estado del ánimo, por pensamientos y sentimientos de sufrimiento, aversión, desagrado, miedo, tristeza, ira, entre otras que permiten la variación en el sentido del humor y la aparición de estados de tristeza prolongados y rasgos de depresión (Vélez, Rojas, Borrero y Restrepo, 2005).

Así mismo como lo plantea Chóliz (1994), las perturbaciones asociadas a la enfermedad como son las del apetito, sueño, disminución del deseo y la respuesta sexual, anhedonia, pérdida de interés en las interacciones sociales, incremento de las preocupaciones somáticas, desesperanza aprendida y resignación, ideación y conductas suicidas, son también criterios característicos de los episodios y trastornos depresivos.

A partir de lo encontrado en la evaluación se puede inferir que la mayoría de los pacientes de dolor crónico son mujeres en la adultez media o mayor que en su perfil psicológico denotan

rasgos de depresión, con preponderancia al estado serio, temor a la evaluación negativa, miedo a realizar alguna situación que resulte risible para los otros y dificultad para disfrutar o para denotar ante los demás alegría ante circunstancias alegres o ante situaciones de humor.

De acuerdo a lo anterior se plantea la fase de intervención, acorde con los resultados encontrados en las pruebas y lo requerido por cada paciente en la entrevista inicial, esta fase se realizó en dos momentos la intervención grupal (*Ver anexo 3*) en la cual se abordaron los elementos encontrados comunes a los participantes, siendo éstos: Psicoeducación en el modelo cognitivo, Creencias y manejo del dolor, Duelo por pérdida de la salud, Manejo de la ansiedad, Temor a la evaluación negativa, Manejo de las emociones y emociones Positivas y Pensamiento Flexible.

Estos puntos problemáticos se abordaron en cuatro sesiones de sesenta minutos cada una, en las cuales se logró un alto nivel de cohesión grupal, empatía entre los participantes y con la terapeuta, identificación y reconocimiento de rol activo dentro de las terapias psicológicas y psiquiátricas y como agente fundamental en el tratamiento médico, con emprendimiento de acciones que permiten mejorar el estilo de vida como tomar el medicamento de forma adecuada, toma de conciencia con relación a la importancia de las terapias físicas como forma de aumentar la movilidad y el desplazamiento, la ejecución de actividades que refuerzan cualidades personales y que no intensifican por el esfuerzo que requieren la sensación de dolor, además de la búsqueda y/o expansión de redes de apoyo familiares, de amigos, de especialistas y de grupos recreativos o religiosos.

Así mismo, lograron optimizar competencias sociales como la comunicación asertiva en el desarrollo y la elaboración de peticiones de forma adecuada cuando se dirigen al grupo de profesionales de la salud, sus familiares y las personas con las cuales deben comunicarse; a su vez se facilitó la expresión de sentimientos y emociones negativas como los estados constantes de tristeza, frustración, ansiedad que a su vez generan irritabilidad y aumentaron la utilización de emociones positivas introyectándolas como forma percibir su situación de enfermedad y de abordar eventos estresores.

Otro de los resultados evidenciados en los pacientes fue la optimización en el uso de estrategias de afrontamiento activas, mediante la utilización de técnicas cognitivo – conductuales

como la respiración y la relajación, para así lograr refocalizar el pensamiento y a su vez modificar la sensación de dolor cuando éste aumenta de acuerdo a las circunstancias médicas, psicológicas y ambientales. Adicionalmente se evidenció un avance en la creación y/o desarrollo de posiciones, esquemas o creencias diferentes a las establecidas con relación a la enfermedad, utilizando el sentido del humor para desarrollar ideas flexibles respecto a la enfermedad y a las creencias generalizadas de inutilidad, invalidez, desprotección y a los esquemas maladaptativos tempranos de influencia del pasado, vulnerabilidad al daño y a la enfermedad, sensación de abandono y distorsiones cognitivas como sobregeneralización, la polarización y la personalización, ya que estas últimas contribuyen a las interpretaciones erróneas respecto de la enfermedad, así como también influyen los modos de percepción y las estrategias de afrontamiento que utilizan.

Autores como Chöliz (1994) afirman que las variables cognitivas como los estilos atribucionales tienen gran influencia sobre el dolor, en este sentido, en la medida en la que se perciba la enfermedad como algo controlable la ansiedad y el dolor son menores, por esta razón, al reestructurar las creencias irracionales sobre el dolor y percibirse como activo frente al mismo, generara sensación de control y por lo tanto permitirá modificar las emociones a partir de la modificación de las creencias.

Dentro de las sesiones, la atención se desfocaliza del dolor u órgano en donde se produce, esta situación permite disminuir los niveles de ansiedad y el aumento del control sobre el dolor, presentándose en este sentido menor vigilancia a las señales nociceptivas, es decir, el dolor no es un foco de atención, razón por la cual disminuye el umbral y permite que las sensaciones no irrumpen de forma inesperada, ni alteren la atención y en cambio, se fortalece la búsqueda adecuada de estrategias de afrontamiento a partir de la reorientación en su evaluación positiva y terapéutica de la enfermedad (D'Anello, 2006).

En cuanto a las emociones, el abordar la adecuada expresión y reconocimiento de sentimientos permite disminuir la somatización que refuerza la sintomatología de dolor, del mismo modo que permite elaborar las emociones primarias producidas por los eventos estresantes produciendo una menor sensibilidad y un aumento en la segregación de endorfinas (Penzo citado por Remor, Ulla y Arranz, 2003).



En la evaluación de las sesiones, los pacientes utilizaron la Escala Analógica del dolor, que comprendía puntuaciones de cero a cinco siendo cero = nada de dolor, uno = poco de dolor, dos = dolor leve, tres = bastante dolor, cuatro = dolor fuerte, cinco = dolor severo e insoportable, al inicio y terminar cada sesión, además de los autoreportes; en este caso el número que era utilizado para medir el dolor no variaba entre el inicio y el término de la sesión, ya que evaluar significaba volver a pensar en la situación, sin embargo en el desarrollo de los temas, ninguno de los pacientes expresaban sentir dolor, dando con ello paso a la fijación de la atención en las actividades y permitiéndose expresar emociones positivas como la alegría y el buen humor. De la misma forma Chóliz (1994) enuncia que el estar hipervigilante a las sensaciones corporales puede ser el resultado de la incorporación de emociones y juicios de evaluación negativos y la utilización de estrategias de afrontamiento ineficaces contra el estrés y la consecuente alteración en el estado de ánimo, lo que incrementa la intensidad de la experiencia de dolor.

Se presentaron como dificultades o desventajas en la realización de las intervenciones grupales, la ausencia esporádica de algunos participantes en el desarrollo de las actividades, argumentando complicaciones en la salud como aumento del dolor, aparición de otras afecciones, ausencia de acompañantes que permitieran el desplazamiento hasta el centro médico, insuficiencias económicas para tener acceso a la movilización y traslado desde sus hogares y la coincidencia con los horarios laborales.

Por otro lado, se llevaron a cabo las sesiones individuales (*Ver Anexo 3*) en las cuales, se abordaron los temas referentes a cada paciente, entre ellos se trabajaron: Duelo por pérdida de parientes cercanos, relaciones familiares conflictivas, dificultades de pareja, pérdida del deseo sexual, antecedentes de maltrato intrafamiliar, patrones de crianza y comunicación asertiva con los hijos, ideación suicida, hipótesis de la desmoralización, irritabilidad y autoimagen.

Los pacientes lograron entender e interpretar los motivos de consulta y las diferentes situaciones que se constituyen como sus problemas desde la relación pensamiento–sentimiento–comportamiento, modificando las interpretaciones erróneas de los conflictos y encontrándoles diferentes alternativas de interpretación, del mismo modo que alternativas de resolución. (Vásquez y Hervás, 2006).

Cada paciente asumió los diferentes compromisos y actividades que fueron recomendados para la casa, evidenciándose con estos, su nivel de compromiso y adherencia al proceso tanto individual como grupal, de la misma forma, estas acciones permitieron que los pacientes encontraran mayor información para conocer sus situaciones, revisaran sus pensamientos y creencias en su cotidianidad, utilizaran las herramientas conductuales y cognitivas generadas en las sesiones y experimentarían sensaciones de autoeficacia que contrarrestan sus ideas de inutilidad e incapacidad (D'Anello, 2006).

Evidenciaron mayor nivel de asertividad en la comunicación familiar según lo reportado por cada uno, de igual manera, estas habilidades fueron evidenciadas en los requerimientos hechos a la clínica de dolor, mostrándose tranquilos y siendo asertivos en las peticiones que realizan desde las necesidades que se relacionan con su enfermedad.

Así mismo, lograron incorporar pensamientos e ideas más flexibles relacionadas con el dolor crónico, incorporando para ello emociones positivas en su repertorio de estrategias de afrontamiento, de igual forma, la expresión emocional adecuada como parte de la asertividad en establecimiento de las relaciones interpersonales. (Lupiani, et al, 2005).

Las condiciones económicas de algunos pacientes, generadas a partir de las incapacidades por la enfermedad dificultaron en algunos momentos la asistencia a las sesiones individuales.

## CONCLUSIONES

En la realización tanto de la evaluación como de la intervención, se pudo observar que el padecimiento del dolor crónico genera afectación en las diferentes áreas de quien la padece, produciendo incapacidades y constituyéndose como una de las enfermedades más costosas por los gastos del tratamiento médico, el pago por invalidez y servicios jurídicos.

El dolor crónico tiene componentes emocionales asociados a los cambios de estado de ánimo, que influyen en la variación en el sentido del humor, predisponiendo a los pacientes a estados de tristeza asociados a ideas de discapacidad, invalidez e inutilidad y disminuyendo la disposición al sentido del humor, dificultado la apreciación de estímulos humorísticos, razón por la cual estos les genera aversión.

Existe predominio entre los pacientes intervenidos de percepción del mundo, y una actitud hacia los diferentes eventos y situaciones de la vida, con predominio de estado serio y apreciación de eventos cotidianos como importantes y con tendencia a considerarlos detallada y cuidadosamente, además de sentirse de manera frecuente mal humorado.

Otra característica de los pacientes de dolor crónico, es la ausencia de redes de apoyo y la dificultad para mantenerlas que se asocia a la evitación de situaciones sociales por el temor a la evaluación negativa fundada a partir de los esquemas maladaptativos e ideas irracionales de abandono, rechazo por su condición física, temor a ser cuestionado y carácter de irritabilidad que dificulta la comunicación asertiva con quienes les rodean.

La intervención de estos aspectos desde el modelo cognitivo realizando reestructuración cognitiva permitió modificar los esquemas y creencias rígidas relacionados a la enfermedad y formas de afrontar eventos estresantes incorporando en los estilos de pensamiento, tendencias flexibles como la adquisición del sentido del humor como estrategia activa de afrontamiento y así mismo generando esquemas de autoeficacia y autocontrol.

El tratamiento psicológico que apoya las intervenciones médicas y psiquiátricas, permite que los pacientes tengan mayor adherencia al tratamiento, generando conductas de corresponsabilidad con el proceso y la búsqueda de estrategias activas de afrontamiento.

## RECOMENDACIONES

Dadas las dimensiones fisiológicas, emocionales y cognitivas del dolor crónico, se hace necesario que el abordaje de esta enfermedad se siga realizando de manera que integre estas dimensiones a partir del trabajo trasdisciplinario que comprenden tratamientos médicos, psiquiátricos y psicológicos.

Teniendo en cuenta los resultados encontrados en la evaluación e intervención de este proyecto, se recomienda incluir dentro de las intervenciones el abordaje de las emociones positivas como forma de generar diferentes alternativas de percepción de la enfermedad interviniendo en los componentes evaluativos y emocionales de la enfermedad.

A partir de lo hallado en las investigaciones consultadas sobre la relación existente entre sentido del humor y salud –bienestar, se propone incorporar el sentido del humor dentro de los protocolos de intervención en salud como generador de otras alternativas de intervención para abordar enfermedades crónicas.

El abordaje grupal dentro de las intervenciones a pacientes con dolor crónico, constituye un generador de red de apoyo y comprensión de la enfermedad a partir del reconocimiento de los otros, además de generar metas y actitudes activas y corresponsables con los tratamientos, por esta razón es importante que las intervenciones se realicen de forma tanto individual para abordar aspectos específicos de cada paciente, pero grupales en las que se puedan abordar los diferentes aspectos comunes que poseen estos pacientes y que fueron descritos a lo largo de este trabajo.

Con relación a las investigaciones sobre el impacto del sentido del humor, es importante seguir generando estudios e intervenciones que den cuenta de los impactos que tienen estas intervenciones sobre la enfermedad y la salud, sobre todo en lo relacionado con las enfermedades crónicas como el dolor crónico.

## ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA

El haber tenido contacto con pacientes de dolor crónico me permitió entender de forma más clara lo hallado en la literatura sobre esta enfermedad y comprender a partir de los relatos de sus experiencias el grado de influencia que puede tener en el estilo de vida de las personas que la padecen.

Así mismo, esta experiencia me permitió movilizar mis imaginarios sobre la enfermedad y sobre los estilos de intervención que se pueden generar en el contexto de la psicología clínica en el ámbito hospitalario y enriquecer tanto a nivel profesional como a nivel personal, la búsqueda de alternativas para abordar situaciones que requieren modificación y acomodación total en los repertorios de comportamiento de los pacientes.

A partir de estas intervenciones, logré poner en práctica gran parte de los conocimientos adquiridos en los módulos de la especialización, además de ampliar a partir de la lectura, de la investigación y del análisis de la experiencia mis nociones sobre la teoría y la práctica clínica.

Del mismo modo, he logrado explorar y enriquecer las habilidades que requiere el psicólogo clínico dentro de sus intervenciones del contacto con la población y del actuar transdisciplinariamente con su equipo de trabajo.

El introyectar el sentido del humor, las emociones positivas y el pensamiento flexible en las intervenciones contribuyó no solo a reforzar los resultados terapéuticos, sino también potencializar esta habilidad en mi proceso de maduración como psicóloga clínica y en lo referido al área personal.

En este sentido, he terminado mi proceso de práctica y de la especialización con mayor disposición para seguir aprendiendo e investigando sobre el quehacer del psicólogo clínico en todas las áreas y de manera muy agradecida por que la experiencia ha contribuido en mi crecimiento profesional y personal de manera inefable.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Asociación Psiquiatría Americana (2003). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Texto Revisado*. DSM IV-TR. Barcelona. Masson.
- Agudelo, D. (2009) Propiedades psicométricas del Inventario de Depresión Estado/Rasgo (IDER) con adolescentes y universitarios de la ciudad de Bucaramanga. *Pensamiento Psicológico*, 5 (12), 139-159.
- Beck, J. (2000). *Terapia Cognitiva: Conceptos Básicos y Profundización*. Barcelona. Gedisa.
- Carretero, H. (2005). Construcción de la Escala de Apreciación del Humor (EAUH) Tesis Doctoral. Universidad de Granada. España. Consultado el día 05 de Julio de 2009 de la Word Wide Web: <http://hera.ugr.es/tesisugr/15472310.pdf>
- Carretero, H.; Agudelo, D. Olave, & Gomez, (en prensa) Adaptación Colombiana del State-Trait-Cheerfulness-Inventory (STCI- T) de Ruch, Köhler, & van Thriel, 1996.
- Carretero, H.; Ruch, W.; Agudelo, D.; Platt, T. & Proyer, R. (2010). Fear of being laughed at and social anxiety: A preliminary psychometric study. *Psychological Test and Assessment Modeling*, 52(1), 108-124.
- Carretero, H., Ruch, W., Agudelo, D., Platt, T. & Proyer, R. (2010). *Fear of being laughed at and social anxiety: A preliminary psychometric study*. *Psychological Test and Assessment Modeling*, 52 (1), 108-124.
- Chaves, L. y Castaño, C. (2008) Validación de las escalas de evitación, ansiedad social y temor a la evaluación negativa en población Colombia. *Acta Colombiana de Psicología*, 11 (2), 65-76
- Chazenbalk, L. (2006) El Valor del Humor en el Proceso Psicoterapéutico. *Psicodebate* (6) *Psicología, Cultura y Sociedad*. Recuperado el día 20 febrero, 2010, de <http://www.palermo.edu/cienciassociales/publicaciones/pdf/Psico6/6Psico%2006.pdf>.
- Chóliz, M. (1994) El dolor como experiencia multidimensional: la cualidad motivacional afectiva. *Ansiedad y Estrés*, (0) 77-88.

- Cuarto Estudio Nacional De Dolor (2008) Asociación Colombiana para el Estudio del Dolor ACED. Recuperado el día 20 de Enero, 2009, de <http://todosunidos.blogia.com/2007/090708-el-dolor-cronico.php>.
- D'Anello, S. (2006) El Humor como Medio para Enfrentar el Estrés y su Relación con la Salud Física. *Revista de Facultad de Medicina, Universidad de Los Andes Mérida, Venezuela*, 15 (2), 65 – 69.
- Gómez, A. (2006) Tema 17: Dolor Crónico Benigno. Dolor por Desafereñaci3n. Neuralgias. Dolor Vascular. Causalgias. Manejo Clíñico del Paciente con Dolor Crónico Benigno. Indicaciones de los distintos Métodos Analgésicos. Técnicas de Estimulación Eléctrica Transcutánea y Neuroestimulación Medular. *Manual de Anestesia, Reanimaci3n y Medicina*. Recuperado el día 15 Noviembre, 2009, de <http://www.anestesiaweb.com/Tema17Texto.pdf>.
- Lupiani, M., Gala, F., Bernalte, A., Lupiani, S., Dávila, J. y Miret, M. (2005) El humor, la alegría y la salud. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 75, 40 – 48.
- Melzack R. (2000) Del Umbral a la Neuromatriz. *Revista Sociedad Española de Dolor*, 7(3), 49-156.
- Redondo, B. (1995) *El Dolor Crónico Maligno*. *Revista Cubana de Oncología*, enero-junio. Recuperado el día 19 Noviembre de 2009 de [http://bvs.sld.cu/revistas/onc/vol11\\_1\\_95/onc15195.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/onc/vol11_1_95/onc15195.htm).
- Remor, E., Ulla, S. y Arranz, P. (2003) *El Psic3logo en el Ámbito Hospitalario*. Bilbao: Desclee De Brouwer.
- Ríos, F. (2008) Una revisi3n crítica de la psicología positiva: historia y concepto. *Revista Colombiana de psicología* 17, 161-176.
- Riso, W. (2007) *El poder del pensamiento Flexible. De una mente rígida a una mente libre y abierta al cambio*. Bogotá: Grupo Editorial Norma.

- Ruch, W., Köhler, G. & van Thriel (1996). Assessing the "humorous temperament": Construction of the facet and standard trait forms of the State-Trait-Cheerfulness-Inventory — STCI. In W. Ruch (Ed.), *Measurement of the sense of humor [special issue]. Humor: International Journal of Humor Research*, 9, 303-339.
- Vásquez, H. y Hervás, G. (2006) Intervenciones Clínicas Basadas en la Psicología Positiva: Fundamentos y Aplicaciones. *Revista de Psicología Conductual*, 14 (3), 401-432.
- Vázquez, C., Sanz, J., Fortún, M., García, M.P. & Espinosa, R. (2005) Adaptación española del inventario para la depresión de Beck - II (BDI - II): 3. Propiedades psicométricas en pacientes con trastornos psicológicos. *Revista de Psicología Clínica y Salud*, 16 (2), 121-142.
- Vélez, H., Rojas, W., Borrero, J. y Restrepo, J. (2005) Fundamentos de Medicina. Dolor y Cuidados Paliativos. Medellín. Corporación para Investigaciones Biológicas.
- Vinaccia, S. (1989) Psicología de la Salud en Colombia. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 21(002), 255 – 260.
- Trull, T. & Phares, J. (2003) *Psicología clínica Conceptos, métodos y aspectos prácticos de la profesión*. Sexta Edición. México. Editorial Ciencias Sociales y Humanas.



ANEXOS

Anexo 1: Formato de Historia Clínica

 <p><b>Universidad Pontificia Bolivariana</b> SECCIONAL BUCARAMANGA</p>	<p>FORMATO HISTORIA CLINICA</p>	<p>PÁGINA 33 DE 3</p>
--	---------------------------------	---------------------------

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





Anexo 2: Cuadernillo de Aplicación de Pruebas



**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

La Universidad Pontificia Bolivariana está desarrollando un proyecto para evaluar el efecto del sentido del humor sobre la salud. Después de haber recibido la información necesaria por parte de la Ps. MILEXY CAROLINA CARVAJAL, quien dio respuesta a mis inquietudes, manifiesto libre, consciente y voluntariamente mi intención de participar en la investigación.

Entiendo que mi participación consiste en responder unos cuestionarios y después participar de un programa de intervención que me ofrecen. Conozco mi derecho a retirarme en cualquier momento y autorizo para que los resultados de la evaluación sean presentados en cualquier medio de divulgación científica siempre y cuando se preserve mi identidad.

En constancia firmo:

Nombre, firma y documento de identidad:

Nombre \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Cédula de Ciudadanía #: \_\_\_\_\_ de: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre, firma y documento de identidad de la investigadora

Nombre \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Cédula de Ciudadanía #: \_\_\_\_\_ de: \_\_\_\_\_

Cédula de Ciudadanía #: \_\_\_\_\_ de: \_\_\_\_\_

## INSTRUCCIONES GENERALES

Un grupo de investigación de la Universidad Pontificia Bolivariana de Bucaramanga, junto con la Clínica del Dolor y Cuidado Paliativo ALIVIAR LTDA. Está llevando a cabo un estudio sobre distintas respuestas emocionales presentes en los seres humanos. Para lograr los objetivos que se persiguen con este trabajo, resulta imprescindible tu colaboración.

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

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

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

## IDER

**INSTRUCCIONES:**

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

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

**CUESTIONARIO Nro 3****INSTRUCCIONES:**

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

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

**BDI-II**

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

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

**10. Agitación**

- 0 No estoy más inquieto o agitado que de costumbre.
- 1 Me siento más inquieto o agitado que de costumbre.
- 2 Estoy tan inquieto o agitado que me cuesta estar quieto.
- 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar continuamente moviéndome o haciendo algo.

**11. Pérdida de Interés**

- 0 No he perdido el interés por otras personas o actividades.
- 1 Estoy menos interesado que antes por otras personas o actividades.
- 2 He perdido la mayor parte de mi interés por los demás o por las cosas.
- 3 Me resulta difícil interesarme en algo.

**12. Indecisión**

- 0 Tomo decisiones más o menos como siempre.
- 1 Tomar decisiones me resulta más difícil que de costumbre.
- 2 Tengo muchas más dificultad en tomar decisiones que de costumbre.
- 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

**13. Inutilidad**

- 0 No me siento inútil.
- 1 No me considero tan valioso y útil como solía ser.
- 2 Me siento inútil en comparación con otras personas.
- 3 Me siento completamente inútil.

**14. Pérdida de Energía**

- 0 Tengo tanta energía como siempre.
- 1 Tengo menos energía de la que solía tener.
- 2 No tengo suficiente energía para hacer muchas cosas.
- 3 No tengo suficiente energía para hacer nada.

**15. Cambios en el Patrón de Sueño**

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi patrón de sueño.

---

- 1<sup>a</sup> Duermo algo más de lo habitual.
- 1<sup>b</sup> Duermo algo menos de lo habitual.

---

- 2<sup>a</sup> Duermo mucho más de lo habitual.
- 2<sup>b</sup> Duermo mucho menos de lo habitual.

---

- 3<sup>a</sup> Duermo la mayor parte del día.
- 3<sup>a</sup> Me despierto 1 o 2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme.

**16. Irritabilidad**

- 0 No estoy más irritable de lo habitual.
- 1 Estoy más irritable de lo habitual.
- 2 Estoy mucho más irritable de lo habitual.
- 3 Estoy irritable continuamente.

**17. Cambios en el Apetito**

- 0 No he experimentado ningún cambio en el apetito.

---

- 1<sup>a</sup> Mi apetito es algo menor de lo habitual.

---

- 1<sup>b</sup> Mi apetito es algo mayor de lo habitual.

---

- 2<sup>a</sup> Mi apetito es mucho menor que antes.

---

- 2<sup>b</sup> Mi apetito es mucho mayor que antes.

---

- 3<sup>a</sup> He perdido completamente el apetito.

---

- 3<sup>a</sup> Tengo ganas de comer continuamente.

**18. Dificultad de Concentración**

- 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.
- 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente.
- 2 Me cuesta mantenerme concentrado en algo durante mucho tiempo.
- 3 No puedo concentrarme en nada.

**19. Cansancio o Fatiga**

- 0 No estoy más cansado o fatigado que de costumbre.
- 1 Me canso o fatigo más fácilmente que de costumbre.
- 2 Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer muchas cosas que antes solía hacer.
- 3 Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer la mayoría de las cosas que antes solía hacer.

**20. Pérdida de Interés en el Sexo**

- 0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
- 1 Estoy menos interesado por el sexo de lo que solía estar.
- 2 Estoy mucho menos interesado en el sexo ahora.
- 3 He perdido completamente el interés por el sexo.

\_\_\_ Puntuación Página 1

\_\_\_ Puntuación Página 2

\_\_\_ PUNTUACION TOTAL (Págs. 1+2)



**SAD****Instrucciones:**

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

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

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

**FNE****Instrucciones:**

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

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

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

STCIInstrucciones:

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

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

Por ejemplo:

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

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

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

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

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

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

76.	Siempre estoy listo para entablar una conversación graciosa o en tono de charla.....	(1) (2) (3) (4)
77.	Me enoja más frecuentemente que la mayoría de la gente que me rodea .....	(1) (2) (3) (4)
78.	Creo que el humor está por todos lados y sólo hace falta prestar atención .....	(1) (2) (3) (4)
79.	Mi vida diaria está fundamentalmente ocupada por asuntos importantes .....	(1) (2) (3) (4)
80.	Soy una persona bastante triste.....	(1) (2) (3) (4)
81.	Normalmente planifico las cosas con mucho tiempo de antelación, poniéndome metas a largo plazo.....	(1) (2) (3) (4)
82.	Afrontar los problemas tranquilamente hace que nos demos cuenta de que no son tan importantes.....	(1) (2) (3) (4)
83.	Mi decaimiento me impide disfrutar de las cosas.....	(1) (2) (3) (4)
84.	Cuando me esfuerzo en algo es porque tengo claro las cosas que voy a obtener con dicho esfuerzo.....	(1) (2) (3) (4)
85.	Normalmente estoy contento.....	(1) (2) (3) (4)
86.	No me gusta la ironía.....	(1) (2) (3) (4)
87.	Tiendo a ignorar a la típica persona que está continuamente haciendo gracias....	(1) (2) (3) (4)
88.	Soy una persona seria.....	(1) (2) (3) (4)
89.	Disfruto viendo películas de humor.....	(1) (2) (3) (4)
90.	No suelo pasármelo bien ni en los momentos más divertidos.....	(1) (2) (3) (4)
91.	Prefiero a la gente que se comunica de manera clara y directa.....	(1) (2) (3) (4)
92.	Creo que el fracaso es una buena oportunidad para aprender a ser mejor persona.....	(1) (2) (3) (4)
93.	Normalmente estoy animado.....	(1) (2) (3) (4)
94.	Debido a mi mal estado de ánimo son muchos los días en los que pienso que lo mejor es quedarme en la cama.....	(1) (2) (3) (4)
95.	Necesito tener planificado de antemano todo lo que voy a hacer.....	(1) (2) (3) (4)
96.	Disfruto haciendo reír a mis amigos .....	(1) (2) (3) (4)
97.	Normalmente estoy triste.....	(1) (2) (3) (4)
98.	Me gusta entretener a mis amigos contándoles historias divertidas.....	(1) (2) (3) (4)
99.	Sólo hago cosas prácticas porque todo lo demás es malgastar el tiempo.....	(1) (2) (3) (4)
100.	Incluso las situaciones difíciles las abordo con un “espíritu alegre”.....	(1) (2) (3) (4)
101.	A menudo me siento desganado.....	(1) (2) (3) (4)
102.	Me molestan ese tipo de personas que están siempre contando chistes.....	(1) (2) (3) (4)
103.	Cuando hablo con los demás intento tener un intercambio de ideas parco y objetivo.....	(1) (2) (3) (4)
104.	Con frecuencia me digo a mí mismo que no he tenido un buen día.....	(1) (2) (3) (4)
105.	Disfruto bromeando o contando chistes cuando estoy con gente.....	(1) (2) (3) (4)
106.	Incluso las cosas aparentemente sin importancia tienen que ser tratadas seria y responsablemente.....	(1) (2) (3) (4)
107.	Suelo ver como graciosas cosas que el resto de la gente no ve.....	(1) (2) (3) (4)
108.	Me encanta estar en una de esas reuniones donde la gente no para de contar chistes.....	(1) (2) (3) (4)
109.	Suelo sentirme bien aún sin motivos.....	(1) (2) (3) (4)
110.	Aún estando a solas sonrío o río a menudo.....	(1) (2) (3) (4)
111.	Cuando estoy con mis amigos con frecuencia hago o digo tonterías.....	(1) (2) (3) (4)

112.	No entiendo como la gente se puede tomar tan a la ligera las cosas que le ocurren en su día a día.....	(1) (2) (3) (4)
113.	Si uno no tiene claro para qué sirve lo que está haciendo, seguramente es que no sirve para nada.....	(1) (2) (3) (4)
114.	Normalmente soy el que anima las reuniones.....	(1) (2) (3) (4)
115.	Desconfío de toda aquella persona que está siempre de charla y bromeando.....	(1) (2) (3) (4)
116.	Perder el tiempo haciendo cosas por hacerlas es una estupidez.....	(1) (2) (3) (4)
117.	Me siento mal cuando no hago las cosas tal y como las tenía planeadas.....	(1) (2) (3) (4)
118.	Me resultan absurdos los almacenes que venden artículos para hacer reír.....	(1) (2) (3) (4)
119.	Me divierto con cualquier cosa.....	(1) (2) (3) (4)
120.	Me gusta ser concreto y directo cuando hablo con los demás.....	(1) (2) (3) (4)
121.	Con frecuencia llevo una sonrisa en la boca.....	(1) (2) (3) (4)
122.	Soy una persona llena de entusiasmo.....	(1) (2) (3) (4)
123.	Si me siento mal, nadie lo puede cambiar.....	(1) (2) (3) (4)
124.	La gente cuando habla pierde mucho el tiempo en decir cosas que se salen de la conversación.....	(1) (2) (3) (4)
125.	Disfruto cuando veo que la gente se está divirtiendo.....	(1) (2) (3) (4)
126.	Normalmente tengo un humor excelente.....	(1) (2) (3) (4)
127.	A menudo me pregunto por qué la gente no es clara en lo que quiere decir.....	(1) (2) (3) (4)
128.	Soy de risa fácil.....	(1) (2) (3) (4)

## GELOPH 15

### Instrucciones:

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

Utilice por favor la siguiente escala:

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

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



**EAHU****INSTRUCCIONES**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Finalmente, tenga en cuenta que:**

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



4.

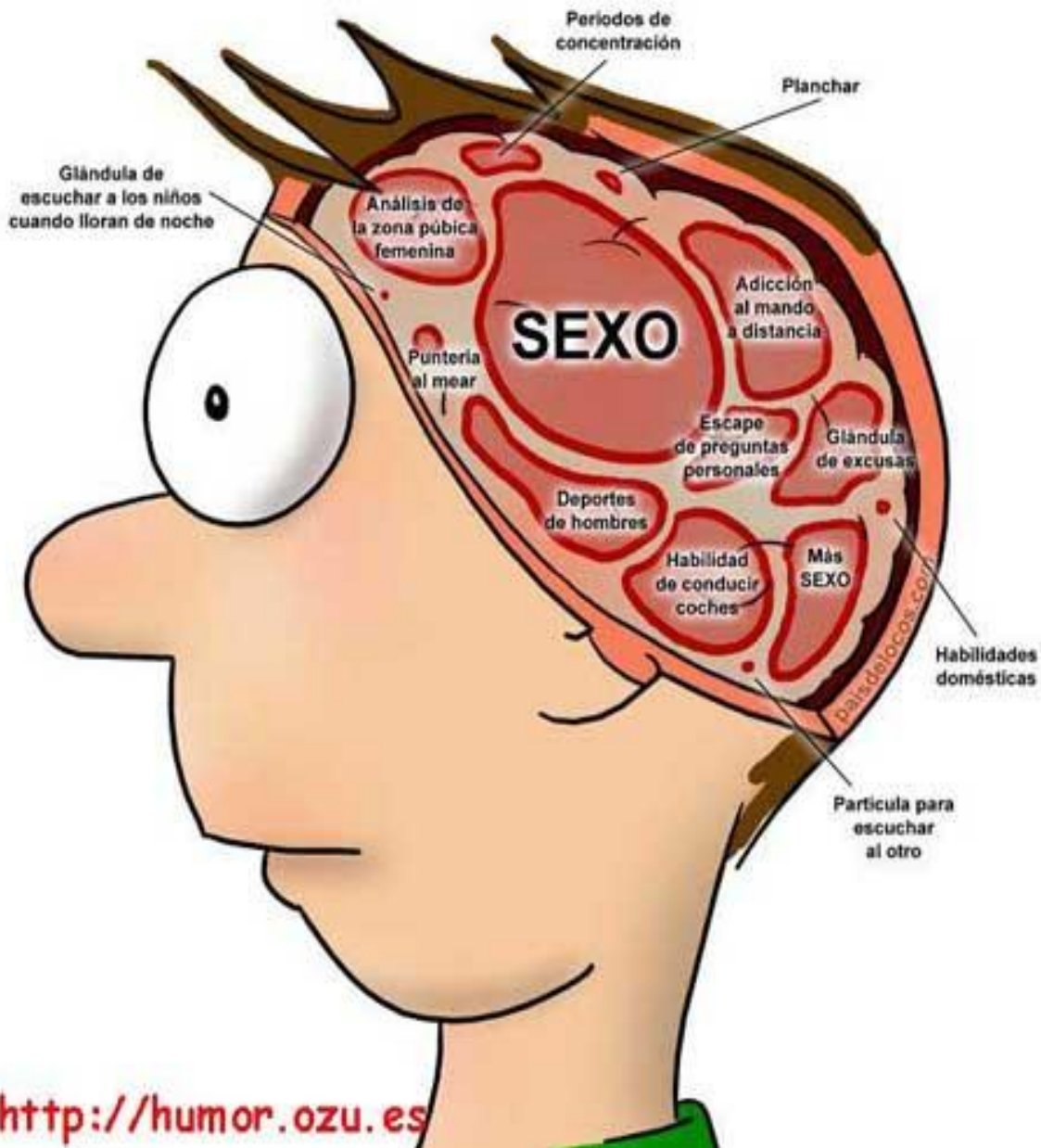
¿Cómo se meten 600 judíos en un coche?.....Dos delante, tres detrás, y el resto en el cenicero.

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

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

5.

**CEREBRO MASCULINO**



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

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

6.

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



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

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

7.

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

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

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

**8.**

-¿Cómo te llamas?

+Luis, como mi tío Antonio

<b>Nada divertido</b>	0 1 2 3 4	<b>Muy divertido</b>
---------------------------	-----------	----------------------

<b>Ningún rechazo</b>	0 1 2 3 4	<b>Fuerte rechazo</b>
---------------------------	-----------	---------------------------

**9.**

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

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

<b>Nada divertido</b>	0 1 2 3 4	<b>Muy divertido</b>
---------------------------	-----------	----------------------

<b>Ningún rechazo</b>	0 1 2 3 4	<b>Fuerte rechazo</b>
---------------------------	-----------	---------------------------

**10.**

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

+¡Cáncer, querido, cáncer!

<b>Nada divertido</b>	0 1 2 3 4	<b>Muy divertido</b>
---------------------------	-----------	----------------------

<b>Ningún rechazo</b>	0 1 2 3 4	<b>Fuerte rechazo</b>
---------------------------	-----------	---------------------------

**11.**

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

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

El hombre llenó un frasco con orina y fue a la farmacia. Encontró la máquina y puso la muestra de orina dentro. Luego depositó los mil pesos en la ranura. La computadora comenzó a hacer

ruidos, a encender y apagar varias luces, y tras una pequeña pausa, por una ranura salió un papel que decía:

Datos más importantes:

“Ud. tiene hombro de tenista  
Frote su brazo con agua caliente y sal  
No haga esfuerzos físicos de magnitud  
En dos semanas va a estar mucho mejor”

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

Datos más importantes:

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

<b>Nada divertido</b>	0 1 2 3 4	<b>Muy divertido</b>
<b>Ningún rechazo</b>	0 1 2 3 4	<b>Fuerte rechazo</b>

12.

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

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

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

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

Entonces, también muy lentamente, de la figura sale una voz que dice: +Hola, me llamo Juan, soy conductor de ambulancia, y estoy cagando.

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

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

**13.**

-¡Qué curioso!  
+¡Pero si yo te pareces a tu hermano!  
no tengo hermanos!

-¡Más curioso todavía!

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

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

**14.**

-¡Hola!, ¿cómo te llamas?

+No sé, pero tengo una bicicleta muy chimba.

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

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

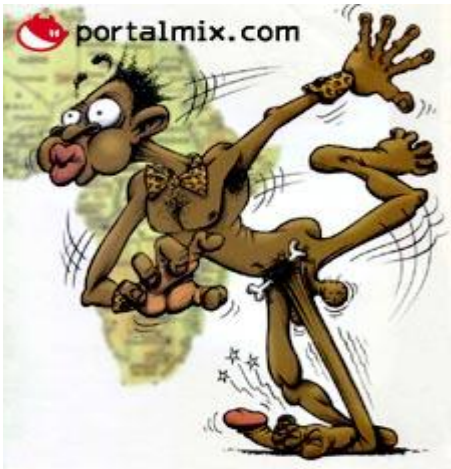
15.



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

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

16.



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

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



17.

Apple iMac



iMac para hombre



iMac para mujer

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

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

18.

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

-¡100 pesos, por favor!

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

-Perdone caballero, pero le faltan 50 pesos

+¡Nada de eso señorita!

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

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

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

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

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

Nada divertido 0 1 2 3 4 Muy divertido

Ningún rechazo 0 1 2 3 4 Fuerte rechazo

20.



Nada divertido 0 1 2 3 4 Muy divertido

Ningún rechazo 0 1 2 3 4 Fuerte rechazo

21.

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

Nada divertido 0 1 2 3 4 Muy divertido

Ningún rechazo 0 1 2 3 4 Fuerte rechazo

22.

Dos amigos se encuentran después da varios meses.

-¿Qué tal lleva tu hermano lo del SIDA?

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

-¿Qué es lo que se hace más duro?

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

-Pero ¿qué tiene que ver eso?

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

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

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

23.



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

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

**24.**

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

-Mire usted, mi pareja me dejó hace dos años. Se fue con mi mejor amigo. Mi hijo mayor es drogodependiente y lleva varios años en una granja de esas que sirven para enderezar a los drogadictos. Mi hijo menor es un poco lelo y está siempre en casa viendo películas, escuchando música y mirando por la ventana a la gente que pasa por la calle. Yo, el otro día, fui después de un montón de años a una discoteca, y me lo pase genial, aunque si le digo la verdad, no conseguí conocer a nadie. También...+Pero oiga, ¿qué dice?, ¿Por qué me cuenta a mi todo eso?-Bueno, ¿no hay en el escaparate un cartel que pone “entre y revele sus rollos”?

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

**divertido**

**Ningún** 0 1 2 3 4 **Fuerte**

**rechazo** **rechazo**

**25.**

Una pareja de novios hablando:

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

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

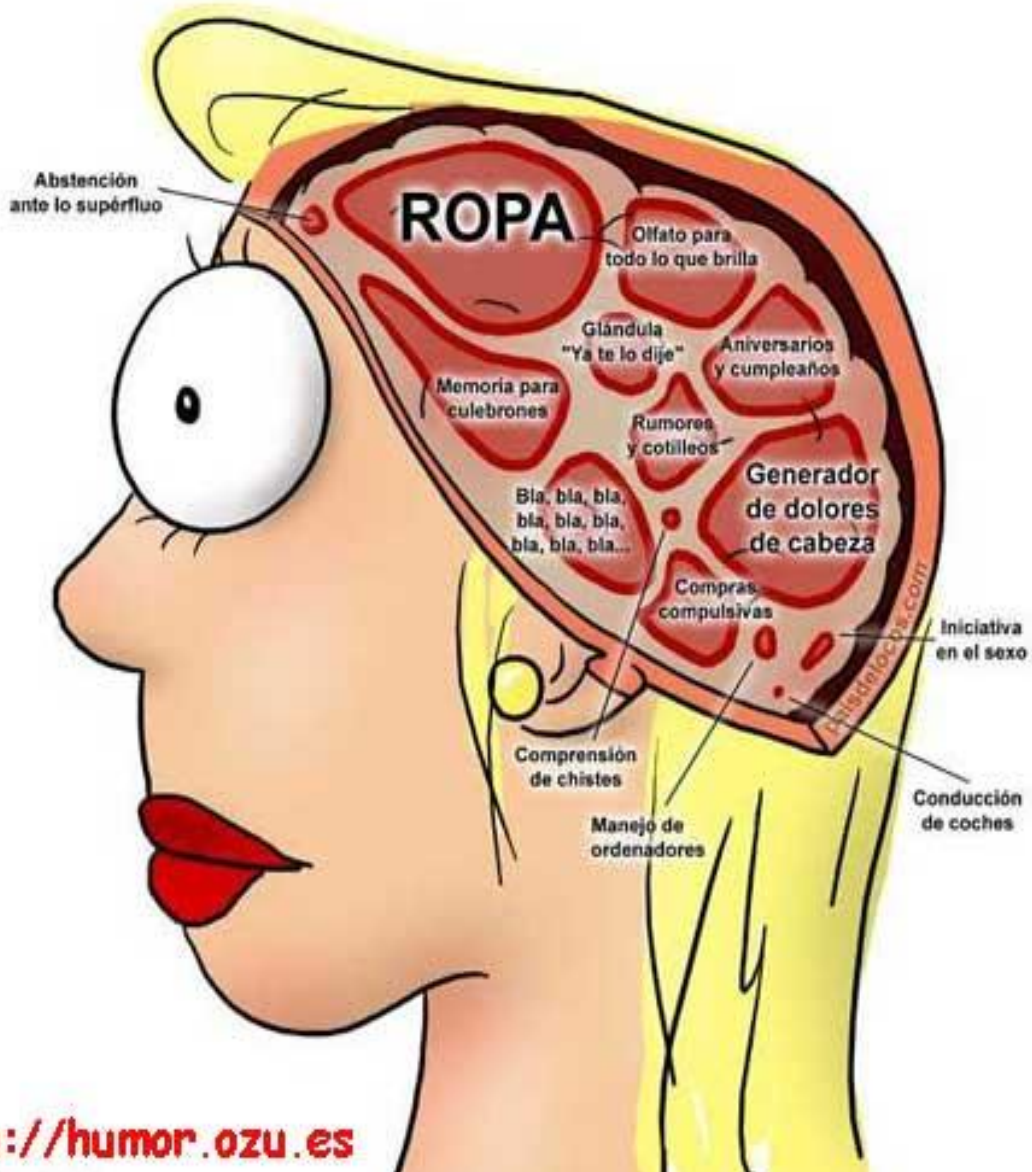
**divertido**

**Ningún** 0 1 2 3 4 **Fuerte**

**rechazo** **rechazo**

26.

**CEREBRO FEMENINO**



<http://humor.ozu.es>

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

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



27.



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

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

28.

En un gran centro comercial, van dos hombres bastante acelerados, cuando de pronto chocan entre ellos.-Perdona +¡No pasa nada hombre! ¿Qué le ocurre que le veo muy acelerado? -Se me ha perdido mi mujer y no la encuentro +¡Marica! Igual que a mí. Yo tampoco encuentro a mi mujer. -¡Que casualidad! Pues si quiere, para encontrarlas antes, nos ponemos los dos a buscar a la vez. A ver, ¿cómo es su mujer? +Mi mujer mide 1,90. Es rubia, tienen los ojos verdes y la piel bastante morena. Está muy delgada, con la cintura bastante estrecha y unos pechos prominentes. Lleva un vestido negro ajustado, con un escote sobresaliente y responde al nombre de Lulu. Y ahora, ¿cómo es su mujer? -¿Mi mujer? ¡Olvídese de ella y busquemos a la suya!

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

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

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

**Edad:** |\_|\_|

**Sexo:** O Hombre O Mujer

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

### Vivienda

Vive solo	<input type="checkbox"/>
Vive con su pareja/conyugue/familia	<input type="checkbox"/>

### Número de habitantes de su ciudad

Hasta 2.000	<input type="checkbox"/>
Hasta 20.000	<input type="checkbox"/>
Más de 20.000	<input type="checkbox"/>
Hasta 100.000	<input type="checkbox"/>
Más de 100.000	<input type="checkbox"/>

### Educación

Primaria incompleto	<input type="checkbox"/>
Primaria completo	<input type="checkbox"/>
Secundaria incompleta	<input type="checkbox"/>
Secundaria completa	<input type="checkbox"/>
Universidad no graduado	<input type="checkbox"/>
Universidad graduado	<input type="checkbox"/>

### Profesión

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

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

### Ocupación

Trabajador activo en su propia empresa	<input type="checkbox"/>
Ama/amo de casa	<input type="checkbox"/>
Estudiante primaria-secundario	<input type="checkbox"/>
Estudiante universitario	<input type="checkbox"/>
Aprendiendo un oficio	<input type="checkbox"/>
Jubilado inactivo	<input type="checkbox"/>
Desempleado	<input type="checkbox"/>
Sin profesión	<input type="checkbox"/>
Otros trabajos	<input type="checkbox"/>

### Anexo 3: Protocolo de Intervención Grupal.

## PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN GRUPAL A PACIENTES DE DOLOR CRÓNICO

### SESION I

#### TEMA:

Manejo del Dolor y Creencias de Dolor

#### OBJETIVOS:

- Lograr la cohesión grupal a partir de la comprensión de las experiencias de dolor de los participantes y generar expectativas realistas de las intervenciones psicológicas como recurso facilitador para aliviar el sufrimiento y mejorar la calidad de vida de los pacientes.
- Modificar las creencias irracionales y las percepciones distorsionadas que tienen los pacientes como forma de aumentar la comprensión de la enfermedad, el control del dolor y mejorar sus habilidades de afrontamiento.
- Instruir a los pacientes en técnicas de autorregulación del dolor.

#### PLAN TERAPEUTICO (Estrategias y Técnicas):

- Se brinda información acerca de los aspectos psicológicos del dolor crónico, se trabaja sobre la relación y la comprensión del dolor y la disminución de la ansiedad y el estrés, el círculo del dolor y el papel de las emociones en la enfermedad.
- Se instruye a los pacientes en el modelo cognitivo y sobre las puntuaciones obtenidas en las pruebas aplicadas.
- Se trabaja sobre las creencias irracionales a través del Registro de Pensamiento y las Tarjetas de Apoyo, identificando pensamientos automáticos, y creencias irracionales.

#### EVALUACION:

Se aplica la Escala Analógica de dolor al comenzar y al terminar cada sesión, formulando categorías de cero a cinco de acuerdo a la sensación de dolor que poseen antes y después de la intervención.



## **SESION II**

### **TEMA:**

Manejo de Emociones y Emociones Positivas

### **OBJETIVOS:**

- Aumentar la capacidad de los pacientes para expresar sus emociones y sentimientos de forma asertiva como estrategia para mejorar las relaciones interpersonales y a su vez optimizar su red de apoyo.
- Mejorar los mecanismos de expresión y resolución de malestar físico y psicológico a través del manejo adecuado de las emociones.
- Sensibilizar a los pacientes sobre la existencia de emociones positivas en sus vidas y que no todo refiere a la experiencia de dolor.

### **PLAN TERAPEUTICO (Estrategias y Técnicas):**

- Diario de las emociones y socialización del mismo en cada sesión.
- Ejercicio de relajación y visualización con emociones positivas para abordar la distorsión cognitiva sobre generalización.
- Registros de pensamientos, formulándolos de forma asertiva y Positiva.

### **EVALUACION:**

Se aplica la Escala Analógica de dolor al comenzar y al terminar cada sesión, formulando categorías de cero a cinco de acuerdo a la sensación de dolor que poseen antes y después de la intervención.

## **SESION III**

### **TEMA:**

Manejo de la Ansiedad y pensamiento Flexible

## **OBJETIVOS:**

- Entrenar a los pacientes en la adquisición del sentido del humor como estrategia de afrontamiento activa.
- Sensibilizar a los pacientes de la relación existente entre el nivel de ansiedad y el aumento o disminución del dolor, para que puedan desarrollar una posición proactiva frente a la enfermedad.
- Entrenar a los pacientes en recursos y técnicas de manejo de ansiedad.

## **PLAN TERAPÉUTICO (Estrategias y Técnicas):**

- Distracción y Relocalización.
- Relajación y Visualización a través de la técnica de relajación pasiva.
- Reestructuración cognitiva.
- Distracción y re focalización del pensamiento.

## **EVALUACIÓN:**

Se aplicara la Escala Analógica de dolor al comenzar y al terminar cada sesión, formulando categorías de cero a cinco de acuerdo a la sensación de dolor que poseen antes y después de la intervención.

## **SESION IV**

### **TEMA:**

Temor a la evaluación negativa y Duelo por pérdida de la salud

### **OBJETIVOS:**

- Disminuir el temor a la evaluación negativa con el fin de optimizar las relaciones interpersonales y mejorar la búsqueda de estrategias de afrontamiento activas.
- Desarrollar estrategias para afrontar las pérdidas a nivel social, laboral, familiar y demás que presupone la condición crónica de la enfermedad con el fin de mejorar su calidad de vida.

**PLAN TERAPÉUTICO (Estrategias y Técnicas):**

- Modificar la imagen de sí mismo.
- Confrontación de las Creencias a partir de la búsqueda de evidencias.
- Presentación y socialización del diario de emociones o registro de pensamientos en todas las sesiones.
- Formulario para resolución de Problemas.
- Evaluación del proceso a través de autorreportes y elaboración de conclusiones y compromisos grupales.

**EVALUACIÓN:**

Se aplica la Escala Analógica de dolor al comenzar y al terminar cada sesión, formulando categorías de cero a cinco de acuerdo a la sensación de dolor que poseen antes y después de la intervención.

Anexo 4: Conceptualización de casos

**Caso 1**

**1. DATOS SOCIO DEMOGRÁFICOS**

**Nombre:** Señor L

**Sexo:** M

**Estado Civil:** Casado

**Edad:** 38

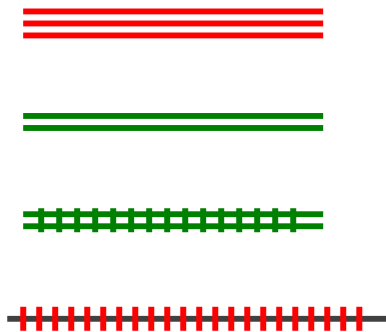
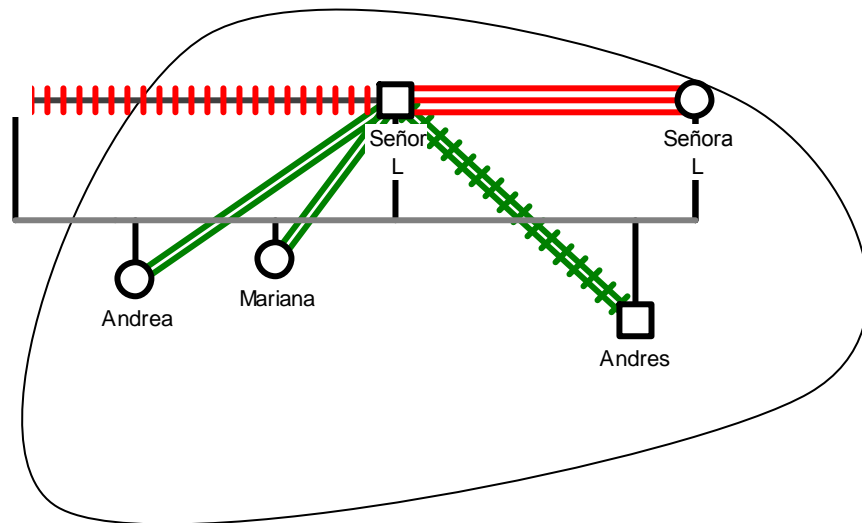
**Lugar de nacimiento:** Bucaramanga

**Ocupación:** Empleado

**Nivel de Estudios:** Profesional

**Nivel Socioeconómico:** 5

**2. GENOGRAMA**



Fusión
Amistad cercana
Amistad muy cercana
Desconfiado

### **3. MOTIVO DE CONSULTA**

“ Estoy angustiado con este dolor, ningún tratamiento médico de la clínica me lo puede quitar, me he vuelto una persona amargada y triste”

### **4. LISTADO DE CONDUCTAS PROBLEMA. HISTORIA Y ANTECEDENTES DEL PROBLEMA**

- ✓ Recurrentes quejas de dolor a pesar del tratamiento médico
- ✓ Dificultad para expresar sentimientos y emociones
- ✓ Dificultades en las relaciones sexuales con su pareja
- ✓ Evitación de situaciones Sociales
- ✓ Irritabilidad

El paciente padece de dolor crónico desde hace diez años cuando le diagnosticaron síndrome de espalda fallida a raíz de un accidente laboral, motivo por el cual ha tenido que modificar su estilo de vida, fue reubicado en el área de sistemas para evitar el desplazamiento y el esfuerzo físico en sus labores, razón por la cual se ha alejado de sus compañeros; desde ese momento su estado de ánimo ha decaído por la sensación de discapacidad para realizar actividades que anteriormente le generaban placer, del mismo modo, ha presentado ideación suicida y desesperanza frente al futuro; a nivel familiar, las recurrentes quejas en su casa y su estado de irritabilidad por la sensación de dolor frecuente le han generado dificultades de comunicación con los hijos, a nivel de pareja complicaciones en el área sexual, por ausencia del deseo y algunas ideas relacionadas con la celotipia, a nivel social, tiende a evitar reuniones en donde haya mucha gente.

### **5. DESCRIPCIÓN DE LA HISTORIA DE VIDA**

El paciente proviene de una familia numerosa, siendo el menor de seis hermanos, cinco hombres y una mujer, las relaciones en el sistema paternal eran cercanas, pero su padre era rígido y exigente realizando constantes comparaciones entre sus hijos y enunciado su preferencia por el hijo que mayor éxito tuviera en el colegio, además era desconfiado y siempre estaba prevenido sobre todo en las relaciones con las personas cercanas.

El padre muere cuando el paciente era adolescente y cinco años después, la madre establece una nueva relación; uno de los hermanos, más cercanos fenece hace diez años por muerte violenta consecuencia de los conflictos sociales de la zona en la que se encontraba, situación que movilizó al paciente de forma significativa a partir de ideas de venganza y búsqueda de responsabilidades relacionadas con la muerte.

En la actualidad presenta conflictos con el padrastro y los hermanos por su situación económica y por la forma en la que se establecen los límites en cuanto a la herencia de los padres, ya que la madre no se encuentra en condiciones de salud para administrar el patrimonio familiar.

En su infancia y en su juventud, el paciente fue una persona muy activa, le encantaban los deportes y participar en competencias con sus amigos; cuando cumple veinticinco años inicia convivencia con su actual pareja y diez años después establecen vínculo religioso, de esta unión resulta el hijo menor de la madre, pues de su primer matrimonio tiene dos hijas mayores de veintidós y veintiún años cada una, con el padre de las hijas mantienen una relación lejana, de desconfianza y con poco contacto. El Señor L asume el rol de padre de las niñas, estableciendo con ellas vínculos cercanos y como figura de autoridad, las relaciones familiares son cercanas y armónicas, aunque el estado óptimo de comunicación, se ha deteriorado un poco, con la enfermedad, en los últimos meses su esposa refiere mayor incomodidad por el estado irritable de su esposo y por los continuos rechazos que presenta el paciente hacia el desarrollo de la sexualidad en la pareja argumentando que el dolor le imposibilita físicamente y que el deseo se ha extinguido a causa de su discapacidad.

En el trabajo, era considerado por sus compañeros como una persona muy rígida, seria y poco amable, aunque muy cumplidora de sus labores.

## **6. CICLO DE VIDA**

La infancia del paciente se desarrolló bajo patrones de crianza rígidos por parte del padre y sumisión en la madre, creció en zona rural y debido a las ocupaciones de los padres, era el encargado de colaborar con las actividades de la finca ejerciendo trabajos pesados dentro de ella.

En la adolescencia, la muerte del padre se constituyó como uno de los eventos significativos en su vida, ya que debió asumir parte de los roles que él ejercía y sucede la inclusión del padrastro en el sistema familiar.

En la adultez, el señor L conforma su actual hogar y asume la paternidad de sus hijos, obtiene su actual empleo y sucede la muerte de su hermano con el que tenía una relación cercana, esta situación le generó gran dolor por las condiciones de la muerte y por el deseo de justiciar este evento.

## 7. CONTEXTO

**Familia:** En la actualidad se encuentra viviendo con su esposa, su hijo y sus hijastras, quienes representan su red de apoyo más cercano, aunque con dificultades de comunicación por su estado irritable; a su familia extensa la visita cada mes, aunque tienen contacto telefónico con la madre todos los días, se siente respaldado, aunque argumenta que se siente desplazado y que no es comprendido debido a que sus parientes piensan que el dolor se lo inventó para “llamar la atención”, también existe preocupación por los conflictos económicos entre hermanos y padrastro.

**Social y Recreacional:** En el trabajo no ha podido asistir a los eventos y celebraciones desarrollados por la empresa, ya que su sensación de dolor impide el traslado con facilidad y la movilidad para realizar ejercicios que anteriormente disfrutaba como el baile. Asiste frecuentemente a la iglesia y encuentra como red de apoyo a las personas que asisten a la misma, del mismo modo que en la oración encuentra refugio para su tristeza y dolor.

**Sexual:** Paciente que como consecuencia del daño biológico por el dolor crónico, presenta ausencia del deseo sexual y conflictos de pareja por la misma razón. Sin embargo, refiere contacto físico de besos y caricias con su pareja.

**Estado de Salud:** Paciente con diagnóstico de Síndrome de Espalda Fallida desde hace 10 años, con dificultades para desplazarse, manejar y realizar actividades que requieran esfuerzos físicos considerables, además de dificultades para mantener la postura en su sitio laboral.

## 8. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

Paciente que presenta síntomas de depresión, ideación suicida, asociados a irritabilidad y dificultad para percibir el humor, con visión catastrófica del mundo y evitación de las situaciones sociales por temor a la evaluación negativa, del mismo modo, que presenta dificultad en la expresión de sentimientos, lo cual ha generado conflictos a nivel familiar y reforzado conflictos de pareja, específicamente en el área sexual.

En los resultados de la evaluación realizada el paciente tuvo puntuaciones significativas para las pruebas de: Gelotofobia, es decir el miedo a hacer algo que resulte risible para los otros; Depresión, Escala de Estrés y Evitación Social, Escala de Miedo a la Evaluación Negativa, estado predominantemente serio y predominio del mal humor y tristeza. Su forma de percibir el mundo de forma seria, se relaciona a su estilo de crianza rígida y la asunción temprana de roles adultos en su cotidianidad, en cuanto a su estado de tristeza, este se asocia a las ideas de invalidez e inutilidad respecto a sí mismo, lo cual ha generado cambios en su estilo de vida, razón por la cual se le dificulta compartir espacios sociales y evita estas situaciones por temor a ser catalogado por la gente como discapacitado, de la misma forma, estas ideas prevalecen en el establecimiento de intercambios físicos y emocionales con su pareja.

## EVALUACIÓN MULTIAXIAL

-Eje I: Episodios depresivos y ansiosos, ideación suicida, Fobia social.

-Eje II: Ninguno

-Eje III: Síndrome de espalda Fallida

-Eje IV: Conflictos de pareja y problemas laborales.

-Eje V: EEAG 72 Al ingreso.

## 9. OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

- Modificar las creencias irracionales y las percepciones distorsionadas para optimizar el control del dolor y mejorar sus habilidades de afrontamiento.
- Instruir en técnicas de autorregulación del dolor
- Mejorar el estado de ánimo (Depresión e irritabilidad)



- Identificar las ideas irracionales que respaldan la evitación de las relaciones sexuales con su pareja.

## 10. PLAN DE INTERVENCIÓN

### Sesiones individuales:

- ✓ SESION I: Evaluación y establecimiento de los objetivos y del plan terapéutico.
- ✓ SESION II: Entrenamiento en modelo cognitivo – conductual y reestructuración cognitiva para modificar las ideas irracionales con relación a sí mismo y sobre las relaciones sexuales.
- ✓ SESION III: Se realiza intervención de pareja en donde se abordan expectativas, creencias e interpretaciones disfuncionales y comportamientos a nivel del área sexual.

### Sesiones grupales:

**Sesión 1:** Manejo del Dolor y Creencias de Dolor

**Sesión 2:** Manejo de Emociones y Emociones Positivas

**Sesión 3:** Manejo de la Ansiedad y pensamiento Flexible

**Sesión 4:** Temor a la evaluación negativa y Duelo por pérdida de la salud

## REGISTRO DE EVOLUCIÓN

**NOMBRE DEL PACIENTE:** Señor L

FECHA	DESCRIPCIÓN DE LA SESIÓN	EVOLUCIÓN
Noviembre 26 – 2009	<b>Sesión I</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se realiza evaluación a partir de la batería de pruebas, se indaga sobre el motivo de consulta expectativas del paciente.</li> <li>- Se recolecta información sobre la historia de vida del paciente y de</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- El paciente se muestra receptivo frente a la sesión, enunciando de forma abierta la información relevante de su historia de</li> </ul>

	<p>la historia de la enfermedad.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se establecen objetivos y plan de intervención a partir de la aclaración de expectativas relacionadas a la terapia.</li> <li>- Se evalúa el nivel de dolor a través del autoreporte y actualización del estado del ánimo</li> <li>- Se establecen compromisos de participación en las sesiones grupales.</li> </ul>	<p>vida; frente a las pruebas su actitud fue seria y con gesticulación de desagrado frente a los estímulos humorísticos.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- el señor L, participa activamente en el diseño de los objetivos y plan de intervención proponiendo una sesión de pareja.</li> <li>- se compromete de forma entusiasta en la participación de la sesión grupal.</li> </ul>
<p><b>Marzo 08 - 2010</b></p>	<p><b>Sesión II:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se realiza instrucción acerca del modelo cognitivo y sobre los resultados obtenidos en la batería de pruebas.</li> <li>- Se realiza realimentación sobre la sesión grupal haciendo énfasis en las creencias de discapacidad, inutilidad y personalización de comentarios de sus compañeros de trabajo.</li> <li>- Se establece relación entre estas situaciones y su actitud en la relación de pareja y pérdida del deseo a partir de estas creencias.</li> <li>- Se realiza control del estado de ánimo y nivel de dolor.</li> <li>- Se realiza resumen de sesión, conclusiones y actividad para la casa: registro de pensamiento de situaciones con su pareja y compromiso de asistencia a sesión grupal.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-El paciente entiende y clarifica el modelo cognitivo a través de ejemplificación con situaciones de su vida.</li> <li>- identifica sus ideas irracionales sobre minusvalía e inutilidad y las asocia como agentes generadores de incomodidad en las relaciones interpersonales.</li> <li>- a partir de la clarificación y modificación de sus creencias logra disminuir los sentimientos de tristeza y la frustración.</li> <li>- se encuentra receptivo sobre las sesiones grupales argumentando que le generan conocimiento y</li> </ul>

		reflexión.
<b>Marzo 17 – 2010</b>	<p><b>Sesión III:</b> Intervención de pareja.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se analiza la actividad para la casa, identificando las ideas irracionales trabajadas en la sesión anterior y racionalizándolas a partir del dialogo socrático.</li> <li>- Se exploran las expectativas de la pareja con relación a la sesión.</li> <li>- Se exploran las creencias de cada miembro y las interpretaciones disfuncionales.</li> <li>- Se realiza psicodrama o acercamiento afectivo modificando las ideas irreales de los miembros.</li> <li>- Se realimenta el ejercicio y se cierra la sesión, evaluando modificaciones en las creencias y generado nuevas conclusiones.</li> </ul>	<p>-El señor L, logra modificar sus ideas a partir del análisis del registro de pensamiento, activando ideas racionales como la diferencia entre discapacidad e invalidez, temor a aumentar lesión en la espalda.</p> <p>- la pareja se muestra analítica frente a las expectativas irreales de sí mismo y del compañero, generando interpretaciones diferentes a las situaciones expresadas.</p> <p>- el acercamiento físico les permitió pensar en otras alternativas de expresarse el afecto y la sexualidad buscando el bienestar para los dos.</p>

En las sesiones grupales, el paciente asiste con su pareja mostrándose receptivo y expresando de forma constante sus preocupaciones en lo relacionado con los comentarios de las personas cercanas respecto a su estado de salud y relacionado también con el cambio de actividad en la empresa, respecto a las emociones positivas identifica situaciones que le generan alegría y en las cuales el dolor se desfocaliza a partir del buen estado de ánimo, su esposa participa activamente, expresando que a partir de estas actividades ha comprendido el padecimiento de su esposo de forma más clara y siendo coherente con sus actitudes y sentimientos en la relación, además de compartir la información con los hijos, situación que genero sentimientos de comprensión en el paciente por parte de la familia y modificación en el lenguaje en las ideas de incapacidad.

CASO 2

**1. DATOS SOCIO DEMOGRÁFICOS**

**Nombre:** Señora G

**Sexo:** F

**Estado Civil:** Viuda

**Edad:** 71

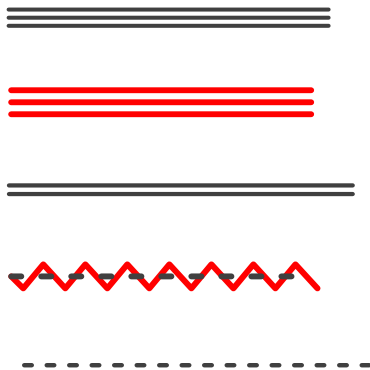
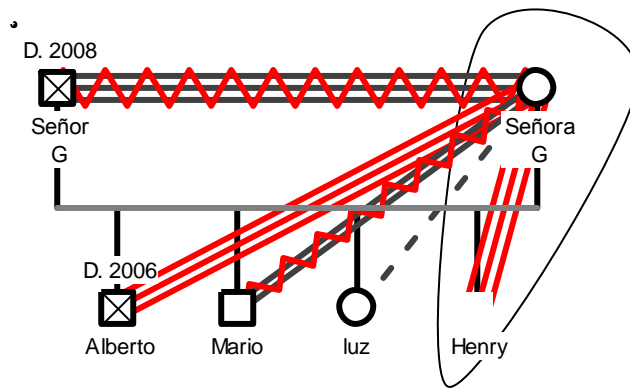
**Lugar de nacimiento:** Ibagué

**Ocupación:** Hogar

**Nivel de Estudios:** Secundarios

**Nivel Socioeconómico:** Alto

**2. GENOGRAMA**



Fusión /Hostil
Fusionada
Cercano/Hostil
Distante

### 3. MOTIVO DE CONSULTA

“Me duelen mucho las piernas y ese dolor aumenta cuando hay situaciones que me causan molestia o angustia, además me siento muy triste cuando recuerdo a mi esposo y a mi hijo fallecido”

### 4. LISTADO DE CONDUCTAS PROBLEMA. HISTORIA Y ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

- ✓ Recurrentes quejas de dolor a pesar del tratamiento médico
- ✓ Dificultad para conciliar el sueño
- ✓ Llanto frecuente por sentimientos de culpa respecto a la muerte de su esposo e hijo.
- ✓ Conflictos familiares (nueras e hija)

La paciente padece de dolor crónico desde hace quince años, pero hasta hace cinco le diagnosticaron la enfermedad e inicio tratamiento médico en la clínica de dolor; además ha padecido de síndrome de colon irritable desde siete años. Su hijo fallece debido a una afectación severa en el riñón hace diez años y su esposo muere hace dos años producto de un cáncer invasivo, desde entonces ha vivido con sus hijos por temporadas hasta que se radica en Bucaramanga con su hijo menor con el cual comparte el apartamento.

### 5. DESCRIPCIÓN DE LA HISTORIA DE VIDA

La paciente proviene de zona rural de la ciudad de Ibagué, de una familia numerosa, en la cual ella ocupaba un lugar importante contribuyendo en la crianza de los hermanos mientras la madre realizaba actividades pertinentes a la finca, el padre era un hombre consentidor y le proporcionaba beneficios con relación a sus hermanos.

Esta era una familia matriarcal, en donde la mujer se ocupaba además del hogar, de las labores de la finca, mientras que su esposo trabajaba en el pueblo, el cuidado de los hijos siempre estuvo a cargo de la madre, quien representaba la figura de autoridad.

La señora G se casa cuando tenía veinte años y producto de esta unión nacen cinco hijos, al comienzo de la relación su esposo tenía dificultades con el uso indebido del alcohol y ausencias

en el hogar por el mismo; al igual que su madre, la paciente se encargaba de los oficios de la finca y del cuidado de los hijos, mientras que su conyugue se encargaba del sustento económico del hogar. Cuando los hijos crecen, se desplazan a la ciudad de Bucaramanga a estudiar en la universidad permaneciendo la paciente y su pareja por varios años solos en Ibagué.

Con el inicio de la enfermedad del cónyuge y la entrada a la tercera edad, este extingue por completo el consumo de alcohol afianzando la relación, dedicándose los dos al cuidado de la casa.

Cuando su hijo mayor cumple treinta y cinco años, padece de complicaciones severas en los riñones, situación por la cual, la señora G vive con él un par de meses hasta que su primogénito fallece a causa de la enfermedad, situación que le genera fuerte impacto emocional y complicaciones de salud.

La paciente regresa a su ciudad natal y al cuidado de su esposo, el cual adquiere y padece cáncer de garganta durante cuatro años, siendo la señora G quien le acompaña durante la enfermedad y cuando este fenece, hace dos años, la paciente genera depresión severa y es remitida a psiquiatría, situación por la cual se desplaza a Bucaramanga para vivir con uno de sus hijos.

Con el otro hijo y son su esposa tiene contacto frecuente, aunque manifiesta conflictos con su nuera por desacuerdos en el establecimiento de límites de la pareja y patrones de crianza con los nietos; con la hija mantiene una relación lejana.

En la actualidad se ha incorporado en un grupo de la tercera edad, al cual asiste tres veces por semana y en el cual ha podido afianzar su red de apoyo con personas de su edad.

## **6. CICLO DE VIDA**

Durante su infancia, la señora G fue criada en un sistema matriarcal, rígido y exigente en cuanto al cumplimiento de las actividades del cuidado del hogar, disposición al esposo y a los hijos, su padre era sobreprotector.

En la adolescencia conoce a su esposo y se casa con él, en su adultez se dedica al cuidado de los hijos; se da inicio a su enfermedad (dolor crónico y síndrome de colon irritable); muere su hijo mayor y diez años después fallece también su conyugue, se desplaza a Bucaramanga e inicia en el grupo de la tercera edad.

## 7. CONTEXTO

**Familia:** En la actualidad se encuentra viviendo con su hijo menor, él cual es separado, con su otro hijo tiene contacto frecuente, aunque dificultades en la relación con la nuera por diferencias en cuanto a la posición en el hogar, su hija reside en Bogotá y con ella presenta un contacto distante, con su familia de origen tiene contacto cercano con su hermana y sus sobrinos.

**Social y Recreacional:** pertenece a un grupo de tercera edad, al cual asiste tres veces por semana y el cual considera muy relevante en su vida, además interactúa con sus amigas del conjunto en el que vive y los fines de semana se encuentra con su hijo y nietos.

**Estado de Salud:** Paciente que presenta dolor crónico por polineuropatía y síndrome de colon irritable.

## 8. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

Paciente que presenta duelo complicado por muerte de esposo e hijo, con ideas de culpabilidad relacionadas a las acciones que pudo haber hecho para evitar la muerte y asociadas a la sensación de escaso acompañamiento en la enfermedad de sus parientes. El padecimiento de la enfermedad como fatalista y con locus de control externo, la idea de muerte referida como suceso catastrófico y la relación conflictiva con su nuera, están asociados a ideas rígidas de control de las situaciones y el predominio de la percepción constante de los eventos cotidianos de la vida como importantes y la tendencia a considerarlos minuciosa y cuidadosamente, como lo evidencian los resultados en las pruebas aplicadas en donde fueron mayores las puntuaciones para seriedad 1 y 2 y con mayor aversión en chistes sobre todo los relacionados a circunstancias de enfermedad y denigración hombre, aunque no tanto impacto en chistes denigración mujer, lo cual puede estar referido por sus ideas rígidas de machismo.

## **EVALUACIÓN MULTIAXIAL**

-Eje I: No aplica

-Eje II: No aplica

-Eje III: Bolineuropatia y síndrome de colon irritable.

-Eje IV: Duelo complicado por muerte de esposo y conflictos con nuera asociados a dificultades en la comunicación y diferencias en estilos de crianza.

-Eje V: EEAG 80 Al ingreso.

### **9. OBJETIVOS TERAPÉUTICOS**

- Modificar ideas de culpa referidas a la muerte de sus familiares
- Entrenamiento en comunicación asertiva y resolución de Problemas
- Manejo y entrenamiento en estrategias de afrontamiento ante situaciones generadoras de estrés y frente al dolor.

### **10. PLAN DE INTERVENCIÓN**

#### **Sesiones individuales:**

- ✓ SESION I: Evaluación y establecimiento de los objetivos y del plan terapéutico.
- ✓ SESION II: Entrenamiento en modelo cognitivo – conductual y reestructuración cognitiva para modificar las ideas irracionales con relación a sí mismo, a la muerte de sus familiares y a la enfermedad.
- ✓ SESION III: Cierre del proceso de duelo a partir de una actividad de despedida.

#### **Sesiones grupales:**

**Sesión 1:** Manejo del Dolor y Creencias de Dolor

**Sesión 2:** Manejo de Emociones y Emociones Positivas

**Sesión 3:** Manejo de la Ansiedad y pensamiento Flexible

**Sesión 4:** Temor a la evaluación negativa y Duelo por pérdida de la salud



**REGISTRO DE EVOLUCIÓN****NOMBRE DEL PACIENTE:** Señora G

<b>FECHA</b>	<b>DESCRIPCIÓN DE LA SESIÓN</b>	<b>EVOLUCIÓN</b>
<b>Noviembre 15 – 2009</b>	<p><b>Sesión I</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se realiza evaluación a partir de la batería de pruebas, se indaga sobre el motivo de consulta expectativas del paciente.</li> <li>- Se recolecta información sobre la historia de vida del paciente y de la historia de la enfermedad.</li> <li>- Se establecen objetivos y plan de intervención a partir de la aclaración de expectativas relacionadas a la terapia.</li> <li>- Se evalúa el nivel de dolor a través del autoreporte y actualización del estado del animo</li> <li>- Se establecen compromisos de participación en las sesiones grupales.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La paciente refiere receptividad en cuanto al proceso de intervención psicológica argumentando que para su salud le beneficiaría en cuanto al manejo de situaciones de estrés de la agudizan el dolor.</li> <li>- la señora G, refiere que su mayor dificultad ha sido “superar” el impacto emocional causado por la muerte de su esposo e hijo y lo propone como objetivo terapéutico.</li> <li>- se compromete de forma entusiasta en la participación de la sesión grupal.</li> </ul>
<b>Marzo 08 - 2010</b>	<p><b>Sesión II:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se realiza psicoeducación en el modelo cognitivo y se socializan los resultados de las pruebas.</li> <li>- Se aborda las creencias sobre la situación de muerte de sus parientes, sus emociones, comportamientos y actitudes frente al proceso de duelo.</li> <li>- Se realiza realimentación sobre lo referido en la sesión grupal desde sus compañeros respecto al duelo y las estrategias para asumirlo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-La señora G aduce que entiende el modelo cognitivo y lo realimenta con lo aprendido en la sesión grupal.</li> <li>- identifica sus ideas irracionales sobre la culpa que le genera no haber estado presente en el momento de la muerte y la forma de percibir la enfermedad y muerte como situación controlable.</li> </ul>

		<p>-Piensa que aun debe expresarle a su esposo sus sentimientos y pensamientos respecto a lo ocurrido durante su enfermedad.</p> <p>- Argumenta encontrar en las sesiones grupales elementos para afrontar su enfermedad de forma activa.</p>
<p><b>Marzo 17 – 2010</b></p>	<p><b>Sesión III:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se realiza realimentación de la sesión grupal en cuanto a la expresión adecuada de sentimientos y movilización de pensamientos hacia la flexibilidad.</li> <li>- Se realiza la actividad de cierre de duelo a partir de la construcción de una carta en la cual manifieste sus emociones referentes a lo ocurrido.</li> <li>- Se realimenta el ejercicio y se cierra la sesión, evaluando modificaciones en las creencias y generado nuevas conclusiones.</li> </ul>	<p>-La paciente acepta la importancia de la expresión de los sentimientos y refiere sentirse mejor a partir del ejercicio de expresarlos a sus hijos de forma adecuada.</p> <p>- En la realización de la carta, la señora G, expresa dolor ante la falta de consideración de su esposo respecto a su enfermedad, por el daño producido en la primera etapa de la relación y por las ideas de abandono después de la muerte, realiza despedida a partir de la aceptación de la muerte como evento natural y no controlable.</p> <p>- La paciente manifiesta que a expresión de sentimientos es necesaria para afrontar situaciones de gran impacto emocional y logra movilizar sus ideas con relación a la enfermedad.</p>

En las sesiones grupales, la paciente se mostro receptiva sintiendo agrado por compartir sus experiencias y realizando aportes a las situaciones que los demás evidenciaban, utilizando para ello, juego de palabras con datos humorísticos frente cada situación que se evidenciara, este

aspecto permitió enriquecer las temáticas planteadas para los grupos tomándolas como forma de ejemplificar lo relacionado a las emociones positivas y sobre todo al sentido del humor y su relación con el impacto en la salud y en la enfermedad. La señora G, asume de forma más abierta su situación de dolor buscando estrategias de afrontamiento activas como el reforzar la red de apoyo a partir de su grupo de amigos y realizando actividades físicas y recreativas que le generan distracción de pensamiento, estrategias que compartió con sus compañeros y con los cuales se pudieron generar alternativas diferentes para enfrentar el proceso de enfermedad.

### CASO 3

#### 1. DATOS SOCIO DEMOGRÁFICOS

**Nombre:** Señor A

**Sexo:** M

**Estado Civil:** Casado

**Edad:** 60 años

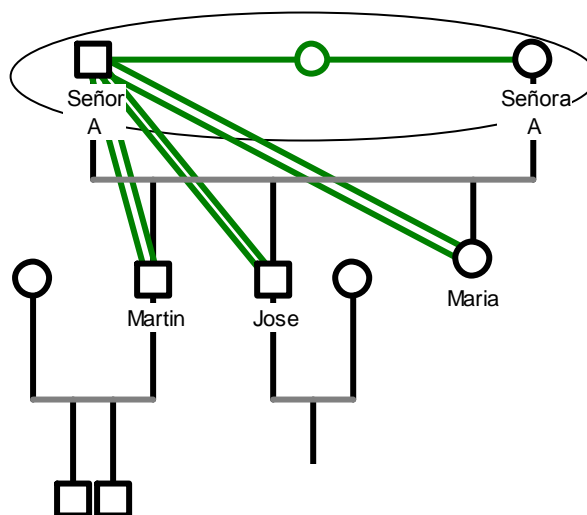
**Lugar de nacimiento:** Bucaramanga

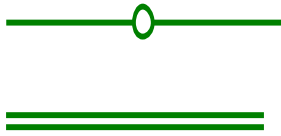
**Ocupación:** Pensionado por invalidez

**Nivel de Estudios:** Bachillerato

**Nivel Socioeconómico:** Medio

#### 2. GENOGRAMA





Amor
Amistad cercana

### 3. MOTIVO DE CONSULTA

“Me siento muy triste, sin animo de nada, esta situacion me pone muy mal, casi no puedo caminar y ya no puedo ni salir, ni hacer las cosas que antes podia hacer”

### 4. LISTADO DE CONDUCTAS PROBLEMA. HISTORIA Y ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

- ✓ Recurrentes quejas de dolor a pesar del tratamiento medico.
- ✓ Dificultar para conciliar el sueño y pesadillas frecuentes referidas a su trabajo.
- ✓ Dificultad para expresar sentimientos y emociones generándole conflictos con la pareja.
- ✓ Evitación de situaciones Sociales.

El paciente refiere padecer de dolor crónico desde hace 23 años debido a una discopatía generada por accidente laboral, dicho dolor ha aumentado en los últimos cinco años debido a que cada vez es mayor la desviación de la columna, situación que dificulta la marcha; además de esta enfermedad, sufre de cáncer de piel desde hace trece años, situación que le impide tener contacto con el sol; presenta diagnóstico de depresión y ansiedad por psiquiatría y tratamiento con diferentes medicamentos (dulocetin, lorazepan, trasadon).

### 5. DESCRIPCIÓN DE LA HISTORIA DE VIDA

El paciente proviene de una familia numerosa conformada por cuatro varones, cuatro mujeres y los padres, ocupando la posición del medio, su familia fue muy unida, su padre se dedicaba a la

agricultura y su madre a los oficios del hogar, sus padres fueron rígidos, exigentes en cuanto al rendimiento en el trabajo.

El señor A, permaneció junto a ellos hasta los catorce años, desplazándose a Bucaramanga para estudiar y empezando a trabajar desde esta edad; a los veintiocho años contrae matrimonio con su actual pareja y en el siguiente año tienen su primer hijo, dos años después nace su siguiente hijo y seis años después nace su hija.

El paciente permanece trabajando treinta y nueve años en la empresa, después de esto, lo pensionan por su invalidez laboral, ya que las condiciones en las que se encontraba trabajando son las que le generan la discopatía y la exposición prolongada al sol, el cáncer de piel.

Señor A, se considera una persona siempre activa, motivada hacia el trabajo y cumplidora de su deber, aunque sus compañeros lo consideraban bastante serio. A partir de su pensión, pasa la mayor parte del tiempo en casa y solo sale cuando asiste a controles médicos.

Sus hijos, establecieron sus familias fuera de la casa, en el momento solo permanece con su esposa, con la cual presenta diversos conflictos en la comunicación, ya que exhibe dificultades en la expresión de sentimientos y como consecuencia de ello prefiere estar solo, además porque su carácter de irritabilidad genera en ella molestia.

## 6. CICLO DE VIDA

Durante su infancia, el señor A, tuvo una crianza exigente y direccionada hacia la entrega en el trabajo y en la familia; en su adolescencia, se aleja de su casa por condiciones económicas y difíciles para el estudio; en la adultez, se casa y tiene tres hijos, adquiere las enfermedades y se pensiona por la misma razón y es diagnosticado con depresión y ansiedad, siendo medicado por esta causa.

## 7. CONTEXTO

**Familia:** el paciente se encuentra viviendo con su esposa con la cual establece relaciones cercanos y conflictivos, con sus hijos posee contacto frecuente, al igual que con sus nietos.

**Social y Recreacional:** no tiene contacto con sus ex – compañeros laborales y no realiza actividades de ocio, ni recreación.

**Estado de Salud:** Paciente que presenta discopatía y cáncer de piel.

## 8. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

Paciente con síntomas de depresión, estado predominantemente serio y asociado a afecto aplanado, además presenta dificultad en el manejo de las emociones y expresión de sentimientos, estado de ánimo predominantemente irritable que afecta la comunicación con su familia. Lo cual es coherente con los resultados encontrados en la evaluación referente a Gelotofobia, que se asocia con el miedo a hacer algo que resulte risible para los otros, además de puntuaciones altas en depresión (BDI, cuestionario de depresión de Beck), y en depresión rasgo y estado del IDER. En cuanto a la seriedad en el STCI obtuvo baja alegría 5 que hace referencia a un estilo de interacción poco alegre, en seriedad 4 y 6, que hace referencia a la tendencia a preferir lo concreto y racional y a una actitud de rechazo frente a las situaciones o personas que involucren diversión y/o alegría, además del mal humor referido al predominio de un estado de ánimo irritable. En cuanto a la prueba EAU de apreciación del humor se muestra serio, sin respuesta ante los estímulos humorísticos.

## EVALUACIÓN MULTIAXIAL

Eje I: Síntomas de Depresión y ansiedad

Eje II: No aplica

Eje III: Desviación en la columna, discopatía y cáncer de piel.

Eje IV: Conflictos con su pareja

Eje V: EEAG 70 al inicio

## 9. OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

- Modificar los síntomas asociados con la depresión

- Entrenar en expresión de sentimientos
- Disminuir la irritabilidad
- Entrenar en comunicación asertiva

## 10. PLAN DE INTERVENCIÓN

### Sesiones individuales:

- ✓ SESION I: Evaluación y establecimiento de los objetivos y del plan terapéutico.
- ✓ SESION II: Entrenamiento en modelo cognitivo – conductual y reestructuración cognitiva para modificar las ideas irracionales con relación a sí mismo, entrenamiento en ABC (acontecimiento activador, creencias acerca de A y consecuencia conductual y emocional).

### Sesiones grupales:

**Sesión 1:** Manejo del Dolor y Creencias de Dolor

**Sesión 2:** Manejo de Emociones y Emociones Positivas

**Sesión 3:** Manejo de la Ansiedad y pensamiento Flexible

**Sesión 4:** Temor a la evaluación negativa y Duelo por pérdida de la salud

## REGISTRO DE EVOLUCIÓN

**NOMBRE DEL PACIENTE:** Señor A

FECHA	DESCRIPCIÓN DE LA SESIÓN	EVOLUCIÓN
Febrero 24 – 2010	<b>Sesión I</b> - Se realiza evaluación a partir de la batería de pruebas, se indaga sobre el motivo de consulta	-El paciente se muestra resistente a hablar de su vida, pero asume la importancia y la

	<p>expectativas del paciente.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se recolecta información sobre la historia de vida del paciente y de la historia de la enfermedad.</li> <li>- Se establecen objetivos y plan de intervención a partir de la aclaración de expectativas relacionadas a la terapia.</li> <li>- Se evalúa el nivel de dolor a través del autoreporte y actualización del estado del ánimo</li> <li>- Se establecen compromisos de participación en las sesiones grupales.</li> </ul>	<p>necesidad de las intervenciones psicológicas alternativas al tratamiento médico y psiquiátrico.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- El señor A, se muestra de acuerdo en el establecimiento de los objetivos y el plan de intervención terapéutica y propone que se aborde su estado de ánimo predominantemente bajo.</li> <li>- se compromete de forma entusiasta en la participación de la sesión grupal.</li> </ul>
<p><b>Marzo 03 - 2010</b></p>	<p><b>Sesión II:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se realiza psicoeducación en el modelo cognitivo y se socializan los resultados de las pruebas.</li> <li>- Se aborda las creencias sobre las situaciones de la cotidianidad que le generan tristeza y ansiedad, a través del entrenamiento en la técnica ABC.</li> <li>- Se motiva a la expresión de sentimientos a través del entrenamiento en comunicación asertiva.</li> </ul>	<p>-El paciente A, denota entender el modelo cognitivo y realiza preguntas para clarificarlo, asociándolo a sus ideas relacionadas con la depresión y la ansiedad, algunas de ellas referidas a sentirse como un “estorbo” si manifiesta sus sentimientos, hipótesis de la desmoralización (se siente triste por su tristeza) y por sus ideas de incapacidad para hacerse cargo de sí mismo.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Analizando las ideas anteriores, se le facilita realizar el entrenamiento en comunicarle a su pareja molestias y sentimientos positivos.</li> <li>- Se compromete con motivación a asistir a las sesiones grupales.</li> </ul>



El paciente A, participo de manera cumplida en el desarrollo de las sesiones grupales denotando motivacion por el aprendizaje realizado en cada encuentro, aunque durante la primera sesion permanece callado y retraido del grupo, en las siguientes realiza aportes al grupo desde su propia experiencia y comparte textos leidos en casa, junto con actividades que utiliza como estrategia para afrontar el dolor, la depresion y la ansiedad. En las dos ultimas sesiones se presenta sonriente tomando en cuenta los estímulos humorísticos de los demás participantes e interpretandolos de acuerdo a sus situaciones cotidianas y generando la realimentacion en cada tematica trabajada, del mismo modo, genera alternativas de pensamiento y conducta relacionadas al pensamiento flexible y analiza la importancia de la expresión de emociones en las relaciones interpersonales.

## CASO 4

### 1. DATOS SOCIO DEMOGRÁFICOS

**Nombre:** Señora J

**Sexo:** F

**Estado Civil:** Separada

**Edad:** 44 años

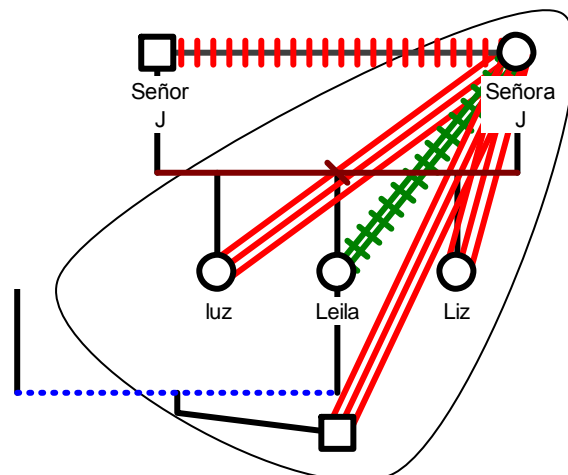
**Lugar de nacimiento:** Bucaramanga

**Ocupación:** Hogar

**Nivel de Estudios:** Secundarios

**Nivel Socioeconómico:** Medio

### 2. GENOGRAMA





## **5. DESCRIPCIÓN DE LA HISTORIA DE VIDA**

La señora J proviene de una familia mediana radicada en Floridablanca, es la mayor de cuatro hermanas, situación que le generó atenciones por parte del padre y conflictos con los hermanos por su posición de preferencia, su padre era muy laxo y su madre rígida exigiéndole perfección en el cumplimiento de las labores; en su adolescencia fue una buena alumna con calificaciones altas para todas las asignaturas y con un desempeño deportivo alto, se dedicaba en sus tiempos libres a la academia de baile y llegó a ser campeona en baile para la categoría salsa, este gusto era compartido con su familia en donde se resaltaba esta cualidad de forma relevante.

Cuando tenía 25 años se casó y de esa unión nacieron tres hijas, las relaciones con la pareja fueron conflictivas por la posición dominante de su compañero, esta unión se disuelve hace diez años por los recurrentes conflictos en el sistema parental debido a la inequidad en las responsabilidades del hogar y las diferencias en el estilo de vida de los cónyuges.

La paciente sumió desde entonces la crianza de sus hijas, convirtiéndose en la jefa de la familia, trabajó durante muchos años en confecciones hasta que fue incapacitada por su enfermedad y ahora se encuentra esperando la pensión por invalidez.

En la actualidad sus hijas mayores están encargadas de los gastos económicos y la hija menor colabora con los quehaceres del hogar, el nieto la acompaña la mayor parte del tiempo y su familia de origen se encuentra cercana, su segunda hija se encuentra laborando en España desde hace un año.

## **6. CICLO DE VIDA**

La paciente proviene de una familia ambivalente con figuras de autoridad laxa y rígida, con matices artísticos, en su infancia y en su adolescencia recibió reconocimiento por sus cualidades deportivas y por ser una persona autónoma. En su adultez se casa, tiene hijos y se separa de su pareja por la negligencia que este profería hacia ellas, aparece la enfermedad y es retirada de su trabajo a causa de la misma.

## 7. CONTEXTO

**Familia:** Actualmente se encuentra viviendo con sus hijas, quienes denotan apoyo en todas las áreas, su familia de origen se encuentra muy cercana, la madre pasa temporadas en la casa de la paciente para cuidarla aunque presente continuos dolores en el brazo.

**Social y Recreacional:** Tiene una red social limitada, no realiza actividades de recreación.

**Estado de Salud:** Paciente que presenta síndrome de espalda fallida y hernias discales.

## 8. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

La paciente refiere síntomas de depresión con sentimientos de frustración que le generan estados predominantes de irritabilidad lo cual afecta la comunicación familiar y lo cual se relaciona con los resultados de la evaluación, sus puntuaciones son altas para las pruebas de gelotofobia, la cual evalúa el miedo a hacer algo que resulte risible para los otros, cuestionario de depresión (BDI), depresión rasgo y estado (IDER), con estados predominantemente serios, tendencia a preferir lo concreto y racional y a una actitud de rechazo frente a las situaciones o personas que involucren diversión y/o alegría, además del mal humor referido al predominio de un estado de ánimo irritable (STCI). En cuanto a la prueba EAU de apreciación del humor se muestra seria, sin respuesta ante los estímulos humorísticos.

## EVALUACIÓN MULTIAXIAL

Eje I: Síntomas de Depresión y ansiedad

Eje II: No aplica

Eje II: Síndrome de espalda fallida.

Eje IV: Dificultades económicas por discapacidad.

Eje V: EEAG 65 al inicio

## 11. OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

- Modificar los síntomas asociados con la depresión
- Disminuir la irritabilidad
- Entrenar en comunicación asertiva

## 12. PLAN DE INTERVENCIÓN

### Sesiones individuales:

- ✓ SESION I: Evaluación y establecimiento de los objetivos y del plan terapéutico.
- ✓ SESION II: Entrenamiento en modelo cognitivo – conductual y reestructuración cognitiva para modificar las ideas irracionales con relación a sí mismo, entrenamiento en ABC (acontecimiento activador, creencias acerca de A y consecuencia conductual y emocional).

### Sesiones grupales:

**Sesión 1:** Manejo del Dolor y Creencias de Dolor

**Sesión 2:** Manejo de Emociones y Emociones Positivas

**Sesión 3:** Manejo de la Ansiedad y pensamiento Flexible

**Sesión 4:** Temor a la evaluación negativa y Duelo por pérdida de la salud.

## REGISTRO DE EVOLUCIÓN

**NOMBRE DEL PACIENTE:** Señora J

FECHA	DESCRIPCIÓN DE LA SESIÓN	EVOLUCIÓN
<b>Noviembre 28 – 2009</b>	<b>Sesión I</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se realiza evaluación a partir de la batería de pruebas, se indaga sobre el motivo de consulta expectativas de la paciente.</li> <li>- Se recolecta información sobre la historia de vida de la paciente y de la historia de la enfermedad.</li> <li>- Se establecen objetivos y plan de intervención a partir de la aclaración de expectativas relacionadas a la terapia.</li> <li>- Se evalúa el nivel de dolor a través del autoreporte y actualización del estado del animo</li> <li>- Se establecen compromisos de participación en las sesiones grupales.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-La paciente denota estado significativo de tristeza con llanto cuando habla de su situación actual.</li> <li>- Sin embargo, es receptiva frente al planteamiento del proceso y propone como objetivo terapéutico abordar su autoimagen.</li> <li>- La señora J, se muestra motivada frente a la participación en las sesiones grupales y se compromete con su asistencia.</li> </ul>
<b>Marzo 03 - 2010</b>	<b>Sesión II:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se realiza psicoeducación en el modelo cognitivo y se socializan los resultados de las pruebas.</li> <li>- Se aborda las creencias respecto a la enfermedad y a sí misma que le generan tristeza y frustración y a través del entrenamiento en la técnica ABC se instruye sobre modificación de estas ideas irracionales.</li> <li>- Se realiza la realimentación de las sesiones grupales haciendo énfasis en la inclusión de las emociones positivas como parte de su repertorio de conductas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-La paciente refiere estar de acuerdo con el modelo cognitivo y propone algunos ejemplos relacionados con la enfermedad.</li> <li>- se abordan las creencias de inutilidad y “carga” para los demás, pérdida de la autonomía y minusvalía que son las ideas que le generan pensamientos de frustración y estados intensos de tristeza.</li> <li>- Referente a las sesiones grupales argumenta reflexionar sobre su situación y retomar estrategias y técnicas aprendidas y ponerlas en práctica en la casa.</li> </ul>

Respecto a las sesiones grupales, la paciente denota pensamientos fatalistas y catastróficos referentes a la evolución de la enfermedad, retoma las emociones positivas como foco para trabajar a partir de los ejercicios para la casa y denota mayor análisis en la ideación del concepto de sí misma. Se le dificulta asistir a una sesión, debido a sus dificultades económicas y la ayuda requerida para caminar y la necesidad de compañía por parte de algún familiar con dificultad de disponibilidad de los mismos.