

EVALUACIÓN DEL SENTIDO DEL HUMOR Y SU RELACIÓN CON VARIABLES
PSICOLÓGICAS E INDICADORES CLÍNICOS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS CON
TRASTORNOS DEL ESTADO DEL ÁNIMO.

Gloria Helena Gómez Arenas

Claudia Liliana Olave Noguera

Trabajo de Grado:

En la Modalidad de Trabajo de Grado como Requisito para Optar
al Título de Psicóloga

Directora:

PhD. Diana María Agudelo Vélez



UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA

ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

BUCARAMANGA

2010

*“Un espíritu alegre es como una buena medicina,
mientras que un espíritu melancólico seca los huesos”.*

(Proverbios 17; 22).

A todos aquellos que nos acompañaron e hicieron posible este camino:

A Dios por presentarnos la ruta indicada,

A nuestros padres por su amor incondicional,

A nuestros hermanos por apoyarnos en ella.

A docentes que marcaron nuestra existencia:

A Diana María Agudelo Vélez y

Nelson Molina Valencia por su entrega y dedicación,

que se traducen en la pasión que reflejan por lo que hacen.

A las personas que estuvieron y están en cada paso de nuestras vidas,

por hacer de esto algo posible y cada vez mejor.

A todos los que fueron parte de este proyecto,

por abrirnos sus puertas y permitirnos conocer más

a través de su experiencia.

Por último, pero no menos importante,

a las personas que partieron de nuestras vidas y

que nos condujeron a los que somos hoy.

Índice

| | |
|--|----|
| Agradecimientos | |
| Resumen | |
| Abstract | |
| 1. Introducción | 6 |
| 2. Justificación | 7 |
| 3. Objetivos | 10 |
| 3.1 Objetivo General | |
| 3.2 Objetivos Específicos | |
| 3.3 Hipótesis | |
| 4. Marco Conceptual | |
| 4.1 Epidemiología de los trastornos del estado de ánimo. | 10 |
| 4.2 Etiología de los trastornos del estado ánimo | 15 |
| 4.3 Impacto de las emociones sobre la salud | 23 |
| 4.4 Indicadores clínicos de recuperación | 31 |
| 5. Metodología | |
| 5.1 Tipo de Investigación | 37 |
| 5.2 Diseño | |
| 5.3 Población | |
| 5.4 Muestra | |
| 5.5 Instrumentos | |
| 5.6 Procedimiento | 39 |
| 6. Análisis de Resultados | 41 |
| 7. Discusión | 62 |
| 8. Conclusiones | 67 |
| 9. Recomendaciones | 68 |
| 10. Referencias | 70 |
| Anexos | |

RESUMEN GENERAL DEL TRABAJO DE GRADO

TÍTULO: EVALUACIÓN DEL SENTIDO DEL HUMOR Y SU RELACIÓN CON VARIABLES PSICOLÓGICAS E INDICADORES CLÍNICOS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS CON TRASTORNOS DEL ESTADO DEL ÁNIMO.

AUTORES: GLORIA HELENA GÓMEZ ARENAS.
CLAUDIA LILIANA OLAVE NOGUERA.

FACULTAD: PSICOLOGÍA

DIRECTORA: Ps. DIANA MARÍA AGUDELO VÉLEZ

RESUMEN

El influjo de las emociones sobre la salud ha sido objeto de múltiples investigaciones, en especial desde la psiconeuroinmunología, sin embargo, siempre se han abordado las emociones negativas. Recientemente la psicología de la salud se ha empezado a ocupar de los factores protectores de la salud, entre ellos el sentido del humor como estrategia de afrontamiento frente a diversas condiciones físicas y psicológicas. El objetivo de esta investigación fue evaluar el sentido del humor en pacientes diagnosticados con trastornos del estado de ánimo y su relación con algunas variables psicológicas e indicadores clínicos. Se trabajó con una muestra de 60 pacientes, hombres y mujeres, hospitalizados, con un rango de edad de 18 a 65 años, de los cuales el 75 % fueron mujeres y el 25 % hombres. Se realizó una evaluación mediante los siguientes instrumentos: la Mini Entrevista internacional Neuropsiquiátrica (MINI), el Inventario de Depresión Estado/Rasgo (IDER), el Inventario de Depresión de Beck-Segunda Versión (BDI-II), la Escala de Evitación y Ansiedad Social (SAD), la Escala de Temor a la Evaluación Negativa (FNE), el State-Trait-Cheerfulness-Inventory (STCI- T), el Cuestionario de Gelotofobia (GELOPH 15) y la Escala de Apreciación del humor (EAHU). Se encontró que en la muestra, los pacientes con trastorno del estado de ánimo tienen menor puntuación en alegría y más altas puntuaciones seriedad y mal humor.

Palabras claves: Sentido del humor, indicadores clínicos, salud mental, trastornos del estado de ánimo.

GENERAL SUMMARY OF WORK OF DEGREE

- TITLE:** ASSESMENT OF HUMOUR SENSE AND ITS RELATIONSHIP WITH PSYCHOLOGICAL VARIABLES AND CLINICAL INDICATORS IN PATIENTS HOSPITALIZED WITH MOOD DISORDER.
- AUTHORS:** GLORIA HELENA GÓMEZ ARENAS.
CLAUDIA LILIANA OLAVE NOGUERA.
- FACULTY:** PSYCHOLOGY.
- DIRECTOR:** Ps. DIANA MARÍA AGUDELO VÉLEZ.

ABSTRACT

The influence of emotion on health has been the goal of multiple investigations, in special from psiconeuroimmunology, however, the negative emotions always has been addressed. Recently the health psychology has begun to take care of the health protective factors, among them a sense of humor as a coping strategy against various physical and psychological conditions. The Research aim was assess the humor sense on diagnosed patients with mood disturbances and their relationship with both psychological variables and clinical indicators. The sample was 60 hospitalized patients, between 18 to 65 years old, of which 75% were women, and 25% were men. An evaluation was performed through the next instruments, the International Neuropsychiatric Interview (MINI), Depression Inventory state/feature (IDER), Depression Inventory of Beck-Second version (BDI-II), the Avoidance scale and Social anxiety (SAD), the fear scale to negative evaluation (FNE), the State-Trait-Cheerfulness-Inventory (STCI- T), the gelotophobia questionnaire (GELOPH 15), and the appraisal humor scale (EAHU). Finally, the sample has shown that patients have less score on joy, and more high score on both bad mood and seriousness.

Keywords: humor sense, clinical indicators, mental health, mood disorders

1. Introducción.

El sentido del humor ha sido un tema poco estudiado ya que, entre otras razones, se cuestiona la existencia de evidencia empírica suficiente (Martin, 2004); sin embargo, existen estudios que afirman que hay una relación entre los factores emocionales y las enfermedades tanto físicas como mentales (Laham, 2008). Tal es el caso de la investigación realizada por Seligman (1999) la cual apoya lo anterior. Así mismo, Rodríguez, González, Falcón y Nuñez (2006) afirman que las emociones generalmente surgen en un contexto que exige una respuesta adaptativa por parte del ser humano que las experimenta. Es así como existen unas emociones que facilitan dicha respuesta adaptativa mientras que otras la entorpecen.

Por su parte, Abel (2002) afirma que las emociones positivas (como el humor) funcionan como estrategia de afrontamiento, la cual, entre sus múltiples funciones, permite tener una visión más positiva frente a los obstáculos, lo que conlleva a reducir los niveles de estrés que se generan a partir de las dificultades. Ahora bien, el humor no está únicamente relacionado con la salud sino que también se le relaciona con rasgos de personalidad ya que, tal y como lo afirman Köhler y Ruch (1996), aquellas personas extrovertidas estaban más ligadas con el humor, registrando puntajes más bajos en seriedad y mayor cantidad de producción de humor, además de afirmar que estas personas también eran emocionalmente más estables y, por lo tanto, tenían una mejor salud mental (Fierro & Cardenal, 2001).

Los beneficios del sentido del humor sobre la salud se han descrito no sólo en entidades orgánicas sino también a nivel de la salud mental, de ahí que en el presente trabajo lo que se pretendió fue evaluar el sentido del humor en pacientes con trastornos del estado de ánimo y relacionar estos resultados con algunos indicadores clínicos de recuperación como el tiempo de estancia hospitalaria, la frecuencia de las recaídas y la adherencia al tratamiento.

La evaluación se realizó por medio de la MINI (Mini Entrevista Internacional Psiquiátrica), el IDER (Inventario de Depresión Estado/Rasgo), el BDI-II (Inventario de Depresión de Beck-Segunda Versión), la SAD (Escala de Evitación y Ansiedad Social), la FNE (Escala de Temor a la Evaluación Negativa), el Cuestionario de Gelotofobia (GELOPH 15), el STCI- T (State-Trait-Cheerfulness-Inventory) y el EAHU (Escala de Apreciación del humor). Los resultados permitieron encontrar relaciones importantes entre los marcadores clínicos en función de las puntuaciones en las escalas de humor y los rasgos psicológicos evaluados y se discuten de acuerdo con lo encontrado en los estudios previos.

Finalmente, se recomienda la necesidad de implementar programas de prevención de las alteraciones emocionales y promoción de la salud mental para incrementar las acciones de adherencia entre los pacientes. También es importante seguir con esta línea de investigación, para conocer el impacto que tienen las investigaciones sobre el sentido del humor y sus repercusiones sobre la salud mental. De igual forma, se sugiere evaluar otras variables y optimizar la metodología de obtención de datos en la variable de consumo de medicamentos para reducir el sesgo en la información obtenida.

2. Justificación

Tal como han señalado distintos autores recientemente (Carretero-Dios, Pérez & Buela-Casal, 2005, 2006; Cecen, 2007; Higuera, et al., 2006; Peterson & Seligman, 2004), en las últimas décadas de investigación en psicología puede observarse una recuperación de temas de estudio asociados no sólo a una eliminación o reducción del malestar físico o psicológico vinculado a psicopatologías, trastornos de conducta, problemas de salud física, etc., sino también centrados en la potenciación de la salud del ser humano y en los aspectos que favorecerían unas mejores condiciones vitales. De acuerdo con lo anterior, en el presente estudio se pretendió evaluar el sentido del humor en pacientes diagnosticados con trastornos del estado de ánimo y su relación con indicadores clínicos de recuperación.

La pretensión del estudio supone aportar en la línea de búsqueda de alternativas ante un importante problema de salud como son los trastornos del estado de ánimo, los cuales representan una importante carga de enfermedad y discapacidad en el mundo, además de suponer altos costos para su atención y tratamiento, donde una de las mayores quejas de los profesionales de la salud tiene que ver con la falta de adherencia al tratamiento de los pacientes, lo cual conlleva a un recrudecimiento de las crisis y a un deterioro paulatino de su calidad de vida. Los resultados obtenidos en el estudio brindarán beneficios a la investigación psicológica en aspectos como: **LA RELEVANCIA CONCEPTUAL** orientada hacia la profundización del impacto que las emociones tienen sobre la salud mental del ser humano ya que, como enfatiza Vera (2006, p.5) “la psicología positiva busca comprender, a través de la investigación científica, los procesos que subyacen a las cualidades y emociones positivas del ser humano”. El sentido del humor y la capacidad de reír están relacionados con factores protectores de la salud mental debido a sus múltiples beneficios dentro de los cuales se destacan los psicológicos (sensaciones y estados de alegría, bienestar y satisfacción, reducción del estrés, prevención de la depresión), los físicos

(tolerancia al dolor, activación del sistema inmunológico, mejora del sistema cardiovascular) y los sociales (mejoras en la motivación, la comunicación, el orden y la armonía social) (Carbelo & Jáuregui, 2006). Los resultados arrojados pretenden aportar en la formulación de programas de prevención de la enfermedad y promoción de la salud ya que, los datos de estudios previos, entre ellos los relacionados con la psiconeuroinmunología (PNI), demuestran la incidencia de las disposiciones del ánimo sobre la salud física, beneficiando conjuntamente la salud mental. Por último, la realización de este estudio permite aportar al conocimiento psicológico en cuanto al impacto de factores disposicionales sobre el afrontamiento de la enfermedad y la adversidad, permitiendo arrojar datos que favorezcan la consecución de evidencias para esta importante y promisorio área de investigación.

En cuanto a las **IMPLICACIONES PRÁCTICAS** se tiene la posibilidad de ofrecer datos empíricos que muestren la efectividad de abordar las cualidades y capacidades que tiene el ser humano como elementos protectores de la salud, ya que la mayor parte de estudios en psicología se han enfocado en las patologías del comportamiento y han dejado a un lado aspectos positivos como la creatividad y el humor, entre otros. La Psicología Positiva destaca los aspectos que permiten aprender a disfrutar, ser alegres, generosos, serenos, solidarios y optimistas. Indica además, que aplicar las “fortalezas personales” en los momentos y ámbitos cruciales de la vida desarrolla protecciones naturales frente a las adversidades, la depresión y las emociones negativas, y permite que la persona tenga una visión diferente de lo que ocurre (Seligman, 2003 citado por Prada, 2005). Así mismo, estudios de PNI han demostrado que las emociones positivas son de beneficio para la salud, ya que ayudan a soportar las dificultades de una enfermedad y facilitan su recuperación (Giglio, 2007). Por esto, la Psicología Positiva juega un papel importante dentro de esta investigación. Por otra parte, el sentido del humor ha sido un aspecto poco estudiado lo cual ha traído múltiples consecuencias como su escasa utilización en aspectos como la intervención a cualquier nivel (primario, secundario y terciario).

En cuanto al valor **METODOLÓGICO** del trabajo, se identifica la aportación en cuanto a la utilización de instrumentos novedosos en el medio, lo cual contribuye al desarrollo de herramientas ajustadas a las necesidades de los entornos específicos, tal como bien lo refuerzan Köler & Ruch (1996) al concluir que *“resulta evidente según los resultados mostrados en el presente trabajo, que la investigación sobre el sentido del humor debería poner más atención a los problemas metodológicos envueltos en la evaluación de este constructo”* (Köhler & Ruch,

1996 p. 394), lo cual ratifica la necesidad de ajustar las medidas, a la vez que esta precisión en la medición permitirá una aproximación más certera a los aspectos involucrados en la apreciación del humor. Así mismo, Martin (2004) refiere que en las investigaciones existentes acerca del sentido del humor aún no hay una concepción estandarizada (como en el caso de constructos como la inteligencia o la extraversión, entre otros) que limite dicho constructo lo cual hace que se tome como un tema con poca evidencia disponible y, por lo tanto, se minimice su valor teórico y/o empírico. Ruch defiende la necesidad de delimitar las *bases cognitivas y afectivas del sentido del humor*, como paso previo a la delimitación de sus componentes operativos y al estudio de las dimensiones particulares de este constructo (Ruch, 1993, 1994, 1996, 1997; Ruch, Freiss & Köhler, 1993; Ruch & Köhler, 1998, 1999). Una vez concretadas dichas bases, se podrá esclarecer la relación entre estas y otras variables, especificando los elementos teóricos implicados y la dirección de las conexiones. Además, tanto las facetas ya aisladas o consensuadas sobre el sentido del humor, como las nuevas dimensiones o componentes que vayan proponiéndose, deberían ir integrándose coherentemente en las estructuras cognitivas y afectivas de índole superior propuestas, mostrar su pertenencia teórica, a la vez que su relevancia empírica.

Los anteriores elementos justifican la pertinencia del presente estudio como un paso importante para la investigación en esta naciente línea de interés académico y profesional, que está siendo liderada por el grupo de Psicología Clínica y de la Salud. El proyecto general se centra en la evaluación de la apreciación del humor y su relación con distintas variables psicológicas, en el caso de pacientes con diferentes trastornos mentales, específicamente, el objeto del presente trabajo son pacientes con trastornos del estado de ánimo, estableciendo relaciones con indicadores clínicos como tiempo de estancia hospitalaria, frecuencia en las recaídas y comportamiento de adherencia al tratamiento (evaluado desde el consumo de medicamentos y asistencia a controles psicológicos y/o psiquiátricos).

3. Objetivos

3.1 Objetivo General

Evaluar el sentido del humor en pacientes diagnosticados con trastornos del estado de ánimo y su relación con algunas variables psicológicas e indicadores clínicos.

3.2 Objetivos Específicos

Evaluar el sentido del humor en pacientes con diagnóstico de trastornos del estado de ánimo.

Relacionar el sentido del humor con variables psicológicas como la ansiedad social, el temor a la evaluación negativa, la depresión, la gelotofobia y la jovialidad.

Relacionar el sentido del humor con indicadores clínicos como el tiempo de estancia hospitalaria, la frecuencia de recaídas, los reingresos y la adherencia al tratamiento.

3.3 Hipótesis

3.3.1 Hipótesis de trabajo

H1. Los pacientes que tienen mejor sentido del humor tendrán menores tiempos de estancia hospitalaria, mayor espaciamiento en las recaídas y mejor conducta de adherencia al tratamiento.

H2. Los pacientes con mejor sentido del humor tendrán más bajas puntuaciones en ansiedad social, depresión, gelotofobia y temor a la evaluación negativa.

3.3.2 Hipótesis nula

H1. Los pacientes que tienen mejor sentido del humor no tendrán menores tiempos de estancia hospitalaria, mayor espaciamiento en las recaídas ni mejor conducta de adherencia al tratamiento.

H2. Los pacientes con mejor sentido del humor no tendrán bajas puntuaciones en ansiedad social, depresión, gelotofobia y temor a la evaluación negativa.

4. Marco Conceptual

El presente estudio tuvo como objetivo evaluar el sentido del humor en pacientes diagnosticados con Trastornos del Estado de Ánimo (TEA). Para esto, y antes de hablar de aquellos trastornos es indispensable conocer la definición de salud mental para hacer una ubicación más amplia del contexto que permita entender la importancia del sentido del humor como estrategia de afrontamiento en los problemas emocionales. Autores como Jiménez (2009) la definen como “integralidad, equilibrio y capacidad de ser una persona productiva a corto,

mediano y largo plazo” (p. 184). Houtman y Kompier (2008) argumentan que es un concepto que no permite obtener una definición unánime; es por eso que lo definen como estado (por ejemplo un estado de bienestar psicológico), como proceso (por ejemplo luchar por conseguir la independencia) y como resultado (por ejemplo estado crónico debido a una confrontación aguda), además agregan que también se le puede relacionar con características de la persona (por ejemplo, los estilos de afrontamiento). Es por esto que para ellos, la salud mental se conceptualiza “no sólo como un proceso o una variable de resultado, sino también como una variable independiente; es decir, una característica personal que influye en nuestro comportamiento” (p. 5.2).

De acuerdo con lo anterior, la salud mental cobra gran importancia en el bienestar general del ser humano y la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha indicado la importancia de garantizarla (Ministerio de la Protección Social, 2005). Desafortunadamente, los aspectos físicos han predominado sobre la salud mental lo cual muestra la poca valoración que aún se le tiene. Sin embargo, el crecimiento de los problemas sociales y el envejecimiento de la población indican que la salud mental se tornará en un tema de gran atención. En tal sentido, dada la situación nacional, el Ministerio de la Protección Social, incluyó la salud mental como una de las áreas prioritarias de salud pública en el país (Ministerio de la Protección Social, 2005).

Por otra parte, en el tema de salud mental, es importante reconocer que existe una enorme necesidad de explorar nuevos campos que apunten hacia el incremento del conocimiento en dicha área. Además de esto, existe una fuerte necesidad de investigarlo ya que según Valle (2002) del 20% al 25% de los pacientes que acuden al médico general sufren de algún trastorno mental, generalmente leve, y siendo predominantes los trastornos afectivos. Estudios realizados en diferentes países concuerdan en que los trastornos del estado de ánimo y los trastornos de ansiedad son los más prevalentes y aquellos en donde más casos se presentaron fueron Estados Unidos, Colombia y Ucrania (Ministerio de la Protección Social, 2005). Por lo anterior, la salud mental se ha vuelto un asunto del Estado ya que, aparte de los altos índices de trastornos mentales que existen en Colombia, se considera como indicador importante para mejorar la calidad de vida, que permite la plena participación social y económica de la población (Hernández, 2004).

Por su parte, tanto en el campo internacional como en el nacional, han surgido múltiples estudios que permiten vislumbrar de manera más clara aquellos aspectos poco explorados, como

la epidemiología y la prevalencia, de los trastornos mentales, además del aumento del número de casos de personas que los padecen. En el 2005, Kohn et al. realizaron una recopilación de los diferentes estudios llevados a cabo en países de América Latina y el Caribe. Algunos ejemplos de estos fueron aquellos realizados en Brasil por autores como Almeida et al. (1997) los cuales realizaron una investigación para conocer la prevalencia de diagnósticos psiquiátricos de tres áreas metropolitanas de Brasil (Brasilia, Sao Paulo y Porto Alegre). La muestra estuvo conformada por 6.476 adultos. Sus resultados mostraron un rango entre 19% (Sao Paulo) y 34% (Brasilia y Porto Alegre) de casos que representaban una necesidad de atención psiquiátrica. Dentro de los trastornos que obtuvieron puntajes más altos se encontraron: los de ansiedad (por encima del 18%); los de consumo de sustancias, que además mostraron mayor consistencia entre las regiones y los del estado del ánimo (en especial, la depresión) los cuales mostraron gran variación entre las ciudades con un 3% en Sao Paulo y Brasilia y un 10% en Porto Alegre. En Chile, investigadores como Vicente, Rioseco, Saldivia, Kohn y Torres (2002) hallaron que el 36%, de la población chilena estudiada, había tenido un desorden psiquiátrico a lo largo de su vida, mientras que el 22,6%, había tenido un desorden en los últimos 6 meses. En Colombia, Gómez-Restrepo et al. (2004) trabajaron con una muestra de 1.116 adultos donde se buscaba conocer la prevalencia de síndrome depresivo. En los últimos 12 meses (anteriores a la encuesta), el 10% de los participantes sufrieron algún episodio depresivo y el 8,5% presentaron algún episodio durante el último mes. También se encontró una mayor proporción de mujeres con depresión en ambos períodos y las mayores prevalencias se encontraron en las personas mayores de 45 años. En México se encontró que los trastornos más frecuentes fueron los de ansiedad (14.3% alguna vez en la vida), seguidos por los trastornos de uso de sustancias (9.2%) y los trastornos afectivos (9.1%) (Andrade et al., 2003; Caraveo-Anduaga, 1995;; Caraveo-Anduaga, Colmenares & Saldívar, 1999; Caraveo-Anduaga et al., 1996; Caraveo-Anduaga, Martínez, Rivera & Dayan, 1997; Caraveo-Anduaga & Bermúdez, 2004; Demyttenaere et al., 2004; Medina-Mora et al. 2003; Merikangas et al., 1998; Salgado de Zinder & Díaz-Pérez, 1999 citados por Kohn et al., 2005).

Algunas de la conclusiones que Kohn et al. (2005) hallaron a partir de la compilación de los anteriores estudios realizados en Latinoamérica y el Caribe fueron: 1) La frecuencia de la depresión mayor fue casi el doble en mujeres (Bebbington, 1998; Gater et al., 1998; Gómez, 2001; Guavita & Sanabria, 2006; Shea & Owens-Gary, 2009; Scheibe, Preuschhof, Cristi &

Bagby, 2003); 2) la prevalencia de distimia fue la mitad de la observada en el caso de la depresión mayor; 3) en cuanto al trastorno bipolar, no se encontraron diferencias en función del sexo (Becoña & Lorenzo, 2001); 4) el trastorno de ansiedad generalizada mostró una alta prevalencia, siendo más frecuente en mujeres que en hombres (Guavita & Sanabria, 2006); 5) las crisis de pánico suelen presentarse más frecuentemente en mujeres que en hombres (Guavita & Sanabria, 2006); y por último, 6) en cuanto al trastorno obsesivo compulsivo, no se encontraron diferencias en función del sexo (OMS, 2004). Así mismo, según datos de la OMS (2005) se calcula que 450 millones de personas a nivel mundial padecen alguna forma de trastorno mental, lo cual genera algún tipo de sufrimiento o incapacidad. De acuerdo con lo anterior, Vicente, Rioseco, Saldivia, Kohn y Torres (2005) en su estudio afirman que en América Latina “la depresión mayor es considerada hoy como la decimotercera causa más importante que contribuye a la carga de los Años de Vida Ajustados por Discapacidad y la más importante cuando se incluyen los Años Vividos con Incapacidad” (p.507); esta perspectiva se torna negativa ya que cabe recordar que el Banco Mundial proyecta que entre 2000 y 2015 la población entre los 15 y 49 años de edad, que corre el mayor riesgo de sufrir los trastornos mentales que aparecen en la edad adulta, aumentará en 22% (Kohn et. al., 2005).

En Colombia en el último estudio publicado sobre Salud Mental (2003) se indica que los trastornos mentales (entre ellos los TEA y los Trastornos de Ansiedad) se configuran como un problema de salud pública por su magnitud, por los costos que implican y por su impacto en los individuos, las familias, las comunidades y la sociedad en términos de un sufrimiento que va más allá de las cifras y de la discapacidad que generan (Ministerio de la Protección Social, 2005). Este estudio se hizo teniendo en cuenta el momento en que se presentó el trastorno (alguna vez en la vida, durante los últimos 12 meses y durante los últimos 30 días). Algunas de las conclusiones para destacar son que el 40,1% de la población colombiana presentó alguno de los 23 trastornos del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM-IV-TR por sus siglas en inglés) alguna vez en su vida, el 16% lo reportó en los últimos 12 meses y el 7,4% reportó trastornos mentales durante los últimos 30 días. Por tipo de trastornos, los más frecuentes en las personas que reportaron haber tenido un trastorno alguna vez en la vida fueron los trastornos de ansiedad con un 19,3%, seguidos por los del estado de ánimo (15%) y los de uso de sustancias (10,6%). En el caso de quienes reportaron haber padecido un trastorno en los

últimos 12 meses y en los últimos 30 días, los trastornos más comunes fueron los de ansiedad, seguidos por los afectivos y después por los de uso de sustancias psicoactivas.

Por otra parte, es importante observar la distribución por regiones de dichos trastornos mentales en Colombia. Según el Estudio Nacional de Salud Mental (2003), Bogotá, D.C. fue la ciudad que presentó la prevalencia más elevada de trastornos del estado de ánimo, de ansiedad y por uso de sustancias psicoactivas en alguna vez en la vida (21,2%) mientras que la región Atlántica presentó los índices más bajos (14,9%) para el mismo tipo de trastorno. A su vez, Bogotá D.C. y la región Pacífica reportaron la prevalencia más elevada para los últimos 30 días, de los trastornos de ansiedad (6,7%) y la región Pacífica de trastornos del estado de ánimo (2,7%) (Ministerio de la Protección Social, 2005).

Algunos estudios específicos por regiones van en la dirección de lo indicado de manera precedente. Amézquita, González y Zuluaga (2003) realizaron una investigación con 625 estudiantes (44% hombres y 56% mujeres) de pregrado de la Universidad de Caldas acerca del comportamiento suicida. En este estudio se encontró que el 49,8% de los entrevistados reportó depresión, el 58,1% ansiedad y el 41% ideación suicida. Así mismo, se mostró una prevalencia significativamente mayor en la proporción de trastorno depresivo en mujeres (36%) en comparación con los hombres (16%); de igual forma, las crisis de pánico fueron mayores en las mujeres (66%) comparado con los hombres (39%). Por su parte, Arrivillaga, Cortés, Goicochea y Lozano (2008) concluyeron en su estudio que existe una estrecha relación entre depresión y sexo femenino. Otros estudios que se han realizado sobre la prevalencia y la epidemiología de trastornos mentales, permiten ver cuántos de estos casos llegan a obtener un tratamiento. El Estudio Nacional de Salud Mental realizado en el 2003 afirma que sólo una de cada 10 personas con un trastorno mental recibió atención psiquiátrica (Ministerio de la Protección Social, 2005) lo cual agrava la situación ya que según la Asociación Americana de Suicidología (2001), si este no llega a ser tratado, aumenta el riesgo de que un nuevo episodio aparezca, acrecentando a su vez, el riesgo de suicidio.

En cuanto a Bucaramanga, Rueda, Díaz y Rueda (2008) afirman que la prevalencia de Trastorno Depresivo Mayor (TDM) en población adulta es alta (11,2%), comparada con los índices arrojados en estudios realizados en otros países. Blazer, Kessler, McGonagle y Swartz (1994) refieren que en una muestra representativa de Estados Unidos la prevalencia es de 4,9%. Vicente, Rioseco, Saldivia, Kohn y Torres (2005) investigaron en seis ciudades chilenas y

encontraron una prevalencia de 3,4%. Por último, Battaglia, Dubini, Mannheimer y Pancheri (2004) hallaron el 10% en una comunidad italiana. Estos índices se corroboran con estudios como el realizado por Mantilla, Salbaza, Díaz y Campo-Arias (2004) el cual buscaba conocer la prevalencia de sintomatología depresiva en niños escolarizados. Dentro de sus conclusiones afirman que es muy probable que por lo menos uno de cada dos evaluados con síntomas depresivos con importancia clínica desarrolle un trastorno depresivo. El problema con este alto índice es que la búsqueda de soluciones por parte de la persona que padece el trastorno es baja, y aquellos que lo hacen, tienen poca adherencia a los tratamientos (Rey & Hormiga, 2005 citado por Álvarez & Almeida, 2008).

Debido a la alta prevalencia de TEA y TA que existe en el país, es importante conocer la etiología de dichas enfermedades mentales y así entender el origen de aquellos trastornos, ya que como afirman Caballero y Caballero (2005), se ha observado que en las últimas dos décadas, la creciente investigación sobre los trastornos depresivos en atención primaria ha motivado un cambio crítico en la concepción de este problema a nivel internacional: la depresión se considera hoy un trastorno crónico muy prevalente en la población mundial, que cursa con tasas de recaídas muy altas y que conlleva una morbilidad y deterioro en la calidad de vida comparable o mayor a los de otras enfermedades crónicas, como la diabetes. La OMS estima que en un horizonte de quince años la depresión se habrá configurado como la segunda causa de discapacidad y pérdida de calidad de vida en todo el mundo, sólo por detrás de la patología isquémica cardíaca (Caballero & Caballero, 2005).

Pero, ¿qué se entiende por depresión?, Baena, Sandoval, Urbina, Juárez y Villaseñor (2005) la definen como una enfermedad que afecta el estado de ánimo, los pensamientos y por lo tanto al organismo total. Es un sentimiento persistente de inutilidad, pérdida de interés por el mundo y falta de esperanza en el futuro, que modifica negativamente la funcionalidad del sujeto. De acuerdo con el DSM-IV-TR (American Psychiatric Association [APA], 2002), el trastorno depresivo mayor debe presentar cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de al menos dos semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa: estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, falta de interés en las actividades, pérdida o aumento importante de peso, insomnio o hipersomnias, agitación o enlentecimiento psicomotores, fatiga o pérdida de energía, sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados, disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, pensamientos recurrentes de muerte e ideación

suicida. Estos síntomas deben provocar malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Ahora bien, al intentar delimitar las causas de tan altos índices de trastornos mentales en la población colombiana, no existe consenso acerca del tema. Se parte de la confluencia de múltiples factores que contribuyen a afectar a la población y que se constituyen en factores de riesgo. Sin embargo, es una realidad que se le atribuye gran parte de la responsabilidad al conflicto armado (Gómez, 2001; Pardo, Sandoval & Umbarila, 2004). Autores como Aitken (2005) proponen el concepto de VIOLENCIA POLÍTICA, la cual es definida como “aquella ejercida como medio de lucha, con el fin de mantener, modificar, sustituir, o destituir un modelo de Estado o sociedad” (p.51). Esta violencia afecta de distintas maneras la salud mental. Jiménez (2009) plantea que en cuanto a la clase social, la guerra no es vivida de igual forma por personas que pertenecen a un estrato alto que aquellas que viven en uno bajo ya que, por lo general, son estas últimas quienes reciben de forma más directa su impacto (desplazamiento, destrucción de sus viviendas, entre otras) y por lo tanto, sus consecuencias se van a manifestar de manera distinta. En cuanto al involucramiento en el conflicto, Jiménez (2009) afirma que los efectos de la guerra los viven todos, sólo que, las diferencias radican en las vivencias que tienen aquellas personas que enfrentan la guerra (policías, militares, etc.) y aquellas que experimenta la población civil, luego las repercusiones de la guerra se vivirán de manera diferente. Cabe resaltar que los efectos de tener un trastorno mental producto de la guerra no se limitan sólo a aquel que lo padece, en sus familiares también recaen sus efectos (Martín-Baró, 1984). Por último, la temporalidad es un aspecto que la afecta ya que a medida de que se alargue la guerra, sus efectos inmediatos serán más profundos (Jiménez, 2009). Lo anterior sirve para comprender uno de los aspectos que incide en tan alto índice de padecimiento de enfermedades mentales en la población colombiana.

De otro lado, se indica que los trastornos son multicausales. Así, y de acuerdo con Florido y Urrego, (2007), más que una causa, se entiende que la etiología obedece a la confluencia de factores. De igual forma, Baena et al. (2005) indican que la etiología de los trastornos del estado del ánimo radica en varias perspectivas que permiten entender sus causas. Entre ellas están:

Las teorías biológicas: suponen que la causa de la depresión se encuentra en los genes o en un mal funcionamiento fisiológico que puede tener o no una base en la herencia. Lo anterior

indica que su vulnerabilidad biológica puede heredarse. Esto se aplica tanto para la depresión grave como para los trastornos bipolares. Existen estudios que mencionan que aquellas personas que tienen parientes con un diagnóstico bipolar, tienen de 1,5 a 3 veces más probabilidad para desarrollar una depresión grave, que aquellas que no tienen ningún familiar con este diagnóstico.

Baena et al. (2005) también indican que existen aspectos **BIOQUÍMICOS** que explican la génesis de la depresión. En el cerebro, existen millones de neuronas que interactúan entre sí por medios electroquímicos. Al estimular una neurona, su vesícula sináptica libera neurotransmisores los cuales reaccionan con quimiorreceptores permitiendo así el traspaso de los impulsos de una neurona a otra. Algunas teorías indican que la depresión es el resultado de un déficit parcial o total en las concentraciones de noradrenalina, serotonina y dopamina.

Por su parte, Florido y Urrego (2007) proponen dos factores relacionados con el origen de la depresión que son: 1) Los Factores Individuales y 2) Los Factores Sociales.

1) Factores Individuales: **a) La edad:** aunque la depresión puede presentarse en cualquier etapa de la vida, según el Estudio Nacional de Salud Mental realizado en Colombia en el 2003, existe una mayor incidencia entre los 25 y los 40 años (Ministerio de la Protección Social, 2005). La Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica realizada en México estimó que el 8,4% de la población ha sufrido un episodio de depresión mayor alguna vez en la vida con una mediana de edad de inicio de 24 años (Benjet, Borges, Medina-Mora, Fleiz-Bautista & Zambrano-Ruiz, 2004). **b) El sexo:** Las mujeres suelen ser más susceptibles para presentar esta patología (presentándose en dos mujeres por cada hombre). Esta conclusión se puede apoyar en varios factores que inciden en la mujer; uno de ellos son los cambios hormonales propios de las mujeres (Ministerio de Salud Social, 2005). También pueden influir algunas alteraciones fisiológicas y las responsabilidades cotidianas que se convierten en factores de estrés. Por su parte, los hombres, experimentan de una manera diferente la depresión. Esta afirmación es sustentada por el Estudio Nacional de Salud Mental realizado en Colombia (2003), el cual indica que los hombres tienden a reconocer más síntomas físicos que psicológicos (como son la fatiga, la irritabilidad, la pérdida de interés en las actividades que antes resultaban placenteras, alteraciones del sueño, entre otros.); su forma de afrontarla también es distinta pues tienen más probabilidades que las mujeres de usar el alcohol o las drogas. **c) La herencia:** las personas que presentan antecedentes de depresión en su familia tienen una mayor probabilidad de desarrollar episodios depresivos que aquellas que no lo tienen. Además, la personalidad premórbida, o sea

el tipo de personalidad previa a la enfermedad, predispone a la presencia de depresión (por ejemplo, las personas con rasgos obsesivo-compulsivos, dependientes, entre otros). Según Griens et.al. (2002, citado por Agudelo, Spielberger y Buena-Casal, 2007), es de vital importancia que durante el episodio depresivo se evalúen las características de la personalidad, pues la depresión puede influenciar rasgos particulares de esta sin mostrar una personalidad premórbida, es decir, que se debería tener en cuenta cómo la depresión activa puede generar algunos rasgos y formas de respuesta más estables y constitutivos de un rasgo de personalidad y no considerar la depresión como una consecuencia de determinados rasgos de personalidad. Y finalmente, **d) Factores biológicos:** los cuales coinciden con los aspectos bioquímicos propuestos por Baena et al. (2005). Estos últimos agregan que, alteraciones en el sistema endocrino y otras alteraciones fisiológicas producidas por enfermedades generales también pueden ser causantes de depresión.

2) Factores Sociales: **a) El estado civil:** influye de diferente manera en el hombre y en la mujer. Mientras que en la mujer es un factor de riesgo, en el hombre se convierte en un factor protector. Dentro de las teorías que apoyan esta afirmación, se encuentra la presencia de violencia de género hacia la mujer (tanto física como psicológica) desencadenando una depresión. Algo para recalcar es que aquellas personas que no tienen un vínculo afectivo, tienen un mayor riesgo de presentar depresión que aquellas que si lo tienen. **b) La cultura:** afecta de dos maneras diferentes: en la forma de comportarse una población en general y en los roles asignados al individuo. En cuanto al modo de comportamiento que presenta una población específica se da el caso de aquellas sociedades en donde el aislamiento y la introversión son comportamientos comunes. En este tipo de sociedades, se da más frecuentemente la somatización (manifestaciones físicas de la enfermedad) que los síntomas psicológicos. En culturas más sociables y cooperativas, la expresión de síntomas emocionales es más evidente.

En cuanto a la asignación de roles y patrones de conducta específicos, estos pueden proteger o vulnerar al individuo. Esto depende de la exigencia, la experiencia y la capacidad que tenga la persona para afrontarlo y vivirlo. **c) Las condiciones socioeconómicas:** cuando las condiciones son desfavorables (como baja educación, pocos ingresos y desempleo), predisponen a la depresión, ya que favorecen emociones negativas, la disminución de la capacidad de respuesta y la motivación, generando así cambios fisiológicos y patológicos, dando como resultado el trastorno (Florido & Urrego, 2007). **d) Los eventos vitales:** son aquellos acontecimientos en la

vida de las personas que generan niveles altos de estrés y condiciones difíciles en un momento determinado. Lara, Navarro y Navarrete (2004) definen los eventos vitales como los diversos tipos de adversidad que tienen efecto sobre la salud mental y su poder traumático tiene que ver con su traducción subjetiva. Estos sucesos incluyen la vivencia de pérdidas o situaciones difíciles, no sólo personales, sino también del rol social que desempeña. Los resultados de diferentes estudios acerca de su relación indican que los sucesos vitales cumplen un papel importante en desencadenar un episodio depresivo y, aunque no de manera uniforme, se considera que éstos disminuyen la posibilidad de mejoría derivada de los tratamientos y aumentan las recaídas.

Además de los factores descritos anteriormente, la depresión también se puede presentar en circunstancias específicas como por ejemplo, ante la presencia de alguna enfermedad física, al tomar algún medicamento e incluso, en el postparto. En cuanto a la presencia de una enfermedad física, ésta suele estar asociada con el dolor y tal y como lo exponen Bakaikoa, Borrell, Fernández y Semis (2008), “el dolor es una experiencia desagradable y compleja que resulta de la interacción de múltiples factores” (p. 341). Además, se argumenta que cuando una enfermedad se cronifica, suelen aparecer conflictos de índole familiar como alteraciones en la relación de pareja, las relaciones sexuales, la comunicación entre los miembros de la familia, etc. (Caudill, 1995; Moix, 2006 citados por Bakaikoa et al., 2008), sin olvidar que, en la mayoría de enfermedades en las que hay dolor crónico, es frecuente que aparezcan síntomas psicológicos como depresión, ansiedad y algunos trastornos del sueño, que exigen altos costos emocionales y económicos (Bakaikoa et al., 2008). Por otra parte, según un informe realizado en el 2003 por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, al ingerir medicamentos (como en el caso de algunos anticonceptivos orales), se pueden generar algunos síntomas propios de la depresión e incluso, si la persona ya la padece, aumentarlos. Otra situación que puede hacer vulnerable a la mujer es el postparto ya que se experimentan múltiples cambios bioquímicos, psicológicos y sociales. Según Carro, Sierra, Hernández, Ladrón y Antolín (2000), los desencadenantes específicos para que se de este tipo de depresión no se conocen pero sí describen diversos factores relacionados con su presentación. El primero de ellos es el antecedente psiquiátrico; una historia de depresión previa aumenta la incidencia un 10% - 24%. Además aclaran que si la depresión se dio durante el embarazo, el riesgo aumenta a un 35%; y que si existen antecedentes de depresión postparto, puede llegar hasta un 50%. En segundo

lugar, se encuentran los factores psicológicos en donde ser la *madre ideal* provoca enfrentamientos intrapsíquicos en la mujer. Otros aspectos que hacen parte de estos factores son: “reivindicar la feminidad, abandonar la familia de origen, unir a la pareja, evitar un duelo, satisfacer a un hermanito o tener un hijo no deseado” (Carro et al., 2000, p.17), lo cual puede ocasionar problemas psicológicos los cuales pueden manifestarse durante el embarazo, llegando a alterar el vínculo madre – hijo.

En cuanto al trastorno bipolar, existen factores que pueden llegar a predecir su aparición y, aunque no se alejan de los nombrados anteriormente, sí existen algunas especificaciones, tal y como lo explican Jara, Lana, Schneider y Lemos (2008). Algunos de ellos son, el inicio temprano de un episodio depresivo, la historia familiar de trastorno bipolar, los antecedentes de depresión postparto y los antecedentes de hipomanía al iniciar tratamiento con antidepresivos, además, antecedentes en la historia clínica tales como historia de abuso sexual, explosividad e irritabilidad en la infancia, antecedentes de trastorno de déficit de atención e interrupción de la vida académica (Jara, Lara, Schneider & Lemos, 2008). Los TA tienen la capacidad potencial de llegar a interferir negativa y significativamente con la habilidad de un individuo para desenvolverse y adaptarse con éxito a su entorno habitual, llevando al sujeto a escapar del control voluntario, interfiriendo significativa y negativamente en la vida de la persona en múltiples niveles (Puchol, 2003).

En la línea de lo anterior, existe un problema frente a la co-ocurrencia de la depresión y la ansiedad lo cual ha llevado a retomar la discusión acerca del carácter dimensional de la depresión frente al modelo categorial defendido por el DSM IV-TR. Esto se debe a que es común encontrar la presencia de sintomatología ansiosa en la depresión, lo cual dificulta en muchos casos separar ambos trastornos, además que cabe recordar que estos dos cuadros comparten síntomas lo cual hace difícil la tarea de diagnóstico. En algunas ocasiones, los síntomas de ansiedad se hallan presentes en los trastornos depresivos de modo subsindrómico. Así, es frecuente encontrar entre los síntomas depresivos rumiaciones obsesivas, ansiedad, preocupaciones somáticas y fobias. A su vez, los trastornos de ansiedad también presentan con frecuencia síntomas propios de la depresión sin llegar a alcanzar el umbral de un trastorno depresivo (Valle, 2002). Los trastornos de ansiedad son en general factores de riesgo para el desarrollo del primer episodio de depresión mayor y también la distimia se ha visto como un importante predictor del desarrollo posterior de un cuadro depresivo mayor. Por otra parte, se ha

observado que pacientes fundamentalmente hombres, con antecedentes de ataques de pánico, tenían un alto riesgo de desarrollar depresión mayor (OMS, 2004). De igual forma, como se mencionó en un apartado anterior, las características de la personalidad pueden exacerbar las respuestas y la sintomatología depresiva (Agudelo, Spielberger & Buela-Casal, 2007).

De acuerdo con lo anterior, se podría decir que la depresión puede estar relacionada con distintos trastornos, lo cual es observable en los pacientes que tienen más de un diagnóstico; es en estos casos cuando se habla de comorbilidad (Valle, 2002). En los pacientes comórbidos cuando la severidad de sus síntomas depresivos se incrementa, aumenta también el riesgo de evidenciar otro tipo de trastorno. Según la Encuesta Nacional de Comorbilidad de Estados Unidos en 1994, el 58% de los afectados por depresión mayor tenían manifestaciones de algún trastorno de ansiedad, específicamente un 27,1% con fobia social, un 17,2% con trastorno de ansiedad generalizada y un 8,9% con trastorno de pánico (Czernik, Dabski, Canteros & Almiron, 2006). Asimismo, Watson, Clark & Carey (1988), concluyen que “numerosos estudios han demostrado que las escalas de auto-reporte de ansiedad y depresión están altamente correlacionadas sugiriendo de esta forma que evalúan el mismo constructo” (p.347). Además, afirman que los síntomas ansiosos y depresivos co-ocurren en la mayoría de los pacientes y que cerca de la mitad de las personas con diagnósticos de ansiedad o depresión presentan comorbilidad en cuanto al síndrome clínico completo (Pardo, Sandoval & Umbarila, 2004). Según una encuesta psiquiátrica llevada a cabo en una muestra de población general no institucionalizada, la National Comorbidity Survey (NCS) citada por Valle (2002), muestra que cerca del 60% de los casos presentan la coexistencia de estos dos trastornos. Una de las explicaciones que expone Valle (2002) sobre esta asociación es que un primer trastorno predisponga a desarrollar el segundo. Así, una hipótesis señalada por el mismo autor es que, la persistencia de un trastorno de ansiedad (trastorno primario) predispone a desarrollar una depresión posterior (trastorno secundario), según registran los resultados de la NCS donde 2/3 de los pacientes con diagnóstico de depresión habían sufrido previamente otro trastorno, generalmente de naturaleza ansiosa. Lo contrario podría ser también cierto, según señala la misma encuesta, ya que el 12% de los pacientes tenían depresión como trastorno primario (Valle, 2002). Se podría decir que aproximadamente entre un 40% y un 75% de los casos indican que la depresión y la ansiedad aparecen simultáneamente (Shankman & Klein, 2003).

Ahora bien, hay ciertos trastornos especialmente difíciles de distinguir dadas las similitudes que guardan con el trastorno de ansiedad generalizada como son fobia social, trastorno de pánico, distimia, depresión, trastorno obsesivo compulsivo y fobia simple o específica (Noyes et.al., 1992; Brown & Barlow, 1992; Sanderson, Beck & Beck, 1990, citados por González, Ibáñez & Cubas, 2005). Es por esto que, no se puede apartar la fobia social o ansiedad social de este proyecto, y mucho más cuando son constructos que se han asociado claramente con la dificultad de las personas para actuar tranquilamente en las situaciones sociales, lo cual estaría directamente relacionado con la capacidad para apreciar el humor, para reírse o admitir la burla y la risa de otros. La ansiedad social constituye un trastorno complejo que engloba distintos componentes y dimensiones a considerar en su evaluación, definiéndose como una experiencia de estrés, discomfort, miedo, ansiedad ante situaciones sociales, como una evitación deliberada de las mismas, así como temor de ser objeto de evaluación negativa por parte de los demás (Watson & Friend, 1969). La ansiedad social consiste en una preocupación excesiva acerca de ser percatado por otras personas en situaciones en las que el individuo cree que hará algo que pueda ser embarazoso o humillante o mostrará signos de ansiedad, lo que lleva a conductas de evitación de dichas situaciones o a soportarlas con estrés. Este temor puede ser concreto (ej.: comer, escribir o hablar en público, etc.) o indeterminado (en todas las situaciones sociales fuera del círculo familiar) (Bobes, Bascarán, Bousoño, García-Portilla & Saiz, 2003). Así mismo, es común que se presente junto con otros trastornos mentales, en particular los trastornos por abuso de sustancias, la depresión mayor y el trastorno de pánico y tiende a mostrar una elevada cronicidad (APA, 2002; Book & Randall, 2002; Swinson, 2005 citados por Rey, Mejía & Montoya, 2008). Además, se ha encontrado que los sujetos evalúan la retroalimentación de los demás por medio de una atención selectiva a los aspectos negativos o atribuyéndose errores no cometidos. Igualmente, subestiman sus habilidades sociales y a la vez sobreestiman la probabilidad de que ocurran sucesos sociales negativos dando como resultado la creación de pensamientos derrotistas, anticipándose a las consecuencias negativas y experimentando un acusado temor a la evaluación negativa (Mellings & Alden, 2000). Por otra parte, la evaluación psicométrica de la fobia social ha tenido un amplio desarrollo a partir de su inclusión en el sistema de diagnóstico de la APA. Tal y como señalan García-López, Olivares & Vera-Villaruel (2003), el desarrollo de pruebas psicométricas para evaluar la fobia social ha sido predominantemente en países de lengua inglesa, y gran parte de los instrumentos disponibles en

español son validaciones y adaptaciones de pruebas ya construidas en estos países. La elaboración de instrumentos de medida de la fobia social ha tenido diferentes intereses (Chavez & Castaño, 2008), por ejemplo, Watson y Friend (1969) diseñaron la Escala de Temor a la Evaluación Negativa (FNE) y la Escala de Evitación y Ansiedad Social (SAD); el primero para medir el miedo a la evaluación negativa (elemento central en la fobia social) y el segundo con el fin de explorar las respuestas de ansiedad y evitación que integran la ansiedad.

Por otra parte, es importante destacar que uno de los trastornos más asociados con la apreciación del humor es la gelotofobia, la cual parece tener un antecedente en común con los trastornos de ansiedad, aunque los investigadores no estudien su relación. En 1901, un psiquiatra francés llamado Paul Hartenberg define en su libro “Les Timides et la Timidité” los criterios para la ansiedad social (o fobia social) que son utilizados en el DSM y en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), señalando que, tanto la vergüenza como el miedo se producen en situaciones donde no hay un peligro real, y que estas emociones se generan sólo en presencia de los demás (Ruch, 2009). Ahora bien, estudios aislados llevaron al descubrimiento y descripción fenomenológica, además de la definición de la gelotofobia como el miedo patológico de aparecer ante los interlocutores sociales como un objeto de ridículo (Titze 1995, 1996). Titze (1995), observó a los pacientes que había tratado y que se encontraban diagnosticados con trastornos de ansiedad o depresión, y afirmó que para algunos de ellos el temor de que se rieran de su sintomatología fue un problema con graves consecuencias para su vida social. Para explicar lo anterior, en su libro utiliza el cuento de hadas de Pinocho el cual contiene una temática central acerca de la vergüenza en las experiencias y, es allí cuando implementa el término Gelotofobia y describe los modos de tratar esta enfermedad específica relacionada con la vergüenza. En línea con lo anterior, Titze (2009) afirma que cuando hay presencia de fobia, ésta se activa en cuanto la persona afectada escucha a otra reírse. Es entonces cuando asocian esta reacción con su personalidad y nace la sensación de que han dicho o hecho algo ridículo, de manera que consideran el fenómeno como un ataque personal, y es allí donde se puede considerar la aparición de la gelotofobia. Estudiando casos individuales, Titze (1996) llegó a la conclusión de que las personas que presentan gelotofobia no experimentan el humor y la risa como un goce compartido, sino que lo ven como una amenaza. Como causa general se pueden considerar repetidas vivencias traumáticas sobre haber hecho el ridículo (o haber sido ridiculizado) durante la infancia / adolescencia. Con ello la opinión vergonzosa de hacer el

ridículo o sentirse ridículo se habituará durante el proceso de la formación de identidad del niño / joven y se producirá un estilo de vida defensivo que tiende a la evitación del mismo (Titze, 2009).

En relación con lo anterior, la percepción distorsionada de tomar de manera personal el hecho de escuchar que alguien se ría, es lo que desencadena los síntomas propios de la gelotofobia (Ruch, Beermann & Proyer, 2009). En la misma línea, Papousek et al. (2009) hablan que recientemente la gelotofobia se ha introducido como una variable de diferencia individual que no sólo es relevante en la práctica clínica, sino también como parte de los factores de la personalidad. En el 2009, Papousek et al. llevaron a cabo un estudio acerca de la relación existente entre la gelotofobia y las emociones, encontrando que aquellos individuos diagnosticados con esta patología pueden ser inseguros con respecto al uso habitual de ciertas habilidades relacionadas con las emociones. Además, muestra que aquellas personas con puntuaciones altas en gelotofobia indican que se sienten relativamente débiles al tratar de regular sus emociones, y que los intentos que suelen hacer para manejarlas son considerados ineficientes por los expertos, presentando un alto grado de contagio emocional de estados de ánimo negativos. También se observó que estos sujetos tienen una fuerte tendencia a controlar la expresión de sus emociones (Papousek et al., 2009).

En línea con lo anterior, Proyer y Ruch (2010) muestran la forma como las personas tratan con el ridículo ya que esta puede llegar a ser diferente. El estudio examina estas tres perspectivas: los que temen que se burlen de ellos (gelotofobia), aquellos que disfrutan que se rieran de ellos (gelotofobia) y los que disfrutan burlándose de los demás (katagelasticistas). Las personas que sufren de Gelotofobia no interpretan la risa de los demás como algo positivo. Las personas con Gelotofobia se regocijan al estar en situaciones en las cuales los demás se burlen de ellos, interpretando dicha risa como algo positivo. Por último, los Katagelasticistas disfrutan burlándose de los demás y no sienten que haya nada malo en ello. Los resultados de esta experiencia arrojaron que aquellos que padecen de gelotofobia resultan ser neuróticos e introvertidos. Los que presentan gelotofobia estaban principalmente relacionados con la extraversión y en una perspectiva de género resultó ser predictivo que se diera con mayor frecuencia en hombres que en mujeres. Aquellos con katagelasticismo resultaron ser hombres jóvenes con mayores puntuaciones en extraversión y psicoticismo (sujetos de vulnerabilidad a conductas impulsivas, agresivas o de baja empatía). Esta condición de la personalidad podría

afectar directamente la capacidad para apreciar el humor y en consecuencia convertirse en un predictor de peor respuesta en el caso de los pacientes con trastornos del estado de ánimo, razón por la cual merece la atención en el presente trabajo.

Ahora bien, de acuerdo con lo anterior, la ansiedad afecta de diferentes maneras la salud mental del ser humano pero existen teóricos que afirman que el humor puede ser una herramienta que ayude a disminuirla e incluso a evitarla. Según Cann y Etzel (2008), el hecho de usar el humor para afrontar la adversidad, permite la generación de respuestas positivas hacia los estresores. Por estas y otras razones, es que desde la antigüedad, el humor ha causado curiosidad en los pensadores y son inmensas las aportaciones teóricas que se han realizado desde la Filosofía o la Psicología, aunque al momento de concretar su definición, existe cierto problema semántico, ya que puede identificarse con fenómenos como la risa, lo cómico, lo divertido o el ingenio. En los últimos veinte años han aumentado notablemente los estudios e investigaciones, y aunque muchos son ensayos o pruebas, indudablemente han sentado las bases para iniciar el interés investigador por el tema (Roeckelein, 2002).

Existe una nueva área que argumenta que el estudio de la psicología debe dar un giro y centrarse en todas aquellas cualidades, capacidades y fortalezas (como el sentido del humor) que tiene el ser humano. Bajo esta perspectiva, nace la Psicología Positiva, la cual se define como el estudio científico de todas aquellas experiencias que influyen de manera positiva en las personas, sus rasgos individuales positivos, aquellas instituciones que promueven su desarrollo y además de los programas que ayudan a mejorar su calidad de vida, mientras previene o reduce la incidencia de la psicopatología (Seligman, 1999). Este nuevo paradigma brinda “una nueva perspectiva de abordaje de los fenómenos psíquicos, principalmente los vinculados con el quehacer profesional en el ámbito clínico relacionado con el logro de la salud y con los procesos de adaptación a contextos sociales y culturales diversos” (Maddux, 2002 citado por Casullo & Fernández, 2006, p. 262). De acuerdo con lo anterior, Prada (2005) afirma que el modelo psicológico basado en el trastorno ha limitado el trabajo de los profesionales, enfatizando sus metodologías en la cura del mismo, dejando de lado la “explotación” de los recursos positivos que tiene el ser humano. Es por eso que la psicología positiva intenta obtener un conocimiento científico más balanceado y completo de la experiencia humana, incluyendo así el entendimiento del sufrimiento y de la felicidad (Seligman, Steen, Park & Peterson, 2005). Por lo anterior, es

necesario enfatizar en saber que no es suficiente con reparar los defectos sino que es necesario promover los aspectos positivos y una manera de hacerlo, es por medio del sentido del humor.

Por otra parte, la definición imprecisa del concepto de sentido del humor ha afectado en el abordaje del mismo. Seligman (2002) define el sentido del humor como “la capacidad para experimentar y/o estimular una reacción muy específica, la risa (observable o no), y de esta manera conseguir o mantener un estado de ánimo positivo”. Esta es la definición adoptada en la presente investigación. A su vez, al utilizar el sentido del humor como tema central de algunas investigaciones, la gran mayoría de autores coinciden en diferenciar categorías o tipos de humor que se pueden clasificar en: a) Superioridad/Denigración la cual se refiere a la respuesta de humor que surge ante un material concreto como son de los defectos, las meteduras de pata y las desventajas propias o ajenas (Gruner, 1997; Joubert, 2002 citados por Carretero-Dios, Pérez & Buela-Casal, 2006); b) Incongruencia, que tiene que ver con la manera como el humor es el resultado de la asociación de dos ideas o situaciones que lógicamente no deberían estar unidas, llegando a centrarse en sus aspectos cognitivos (Roeckelin, 2002); y por último, c) Reserva/Control frente a Alivio/Descarga en la cual autores como Billing (2002) afirma que este tipo de humor se basa en los planteamientos de Sigmund Freud (1994) y sostiene que el humor y la risa son una forma de liberación o alivio y que, a través de los chistes o bromas, se manifiestan los deseos reprimidos.

Ahora bien, se postula que aunque la respuesta o expresión del humor puede estar culturalmente mediatizada (por factores como los valores, las creencias, etc.), y modificarse a través del tiempo, y de las situaciones particulares, los fundamentos afectivos y emocionales serán una condición *universal* (Jáuregui, 2008). Como lo expresó La Barre (1947 citado por Jáuregui, 2008, p. 48) “aunque se presente el mismo comportamiento fisiológico, sus funciones culturales y emocionales pueden ser distintas”. Ruch y Köhler (1998) argumentan que el sentido del humor se compone de varias facetas: la *seriedad* (seriousness), el *mal humor* (bad mood) y la *alegría* (cheerfulness), las cuales representan las variaciones disposicionales intrapersonales. La alegría y el mal humor serían disposiciones afectivas-emocionales, y la seriedad, sería conceptualizada como una forma de ver el mundo, una actitud ante éste.

El anterior planteamiento sobre el humor surgió investigando las respuestas emocionales ante estímulos humorísticos (Ruch, 1993). Ruch definió a las respuestas conductuales y fisiológicas, tanto manifiestas como auto-percibidas, que pueden darse ante distintos estímulos

humorísticos, como una emoción, y propuso el término *exhilaration* (júbilo, euforia o regocijo), para denominarla. Dichas respuestas son definidas como “el aumento temporal, para a continuación pasar a disminuir lentamente, de un estado de alegría o buen humor” (Ruch & Köhler, 1998 p. 205). En los trabajos de Ruch, aparece siempre el término *exhilaration*, siendo el correspondiente más cercano en español *hilaridad*. De hecho, Ruch explica que se decanta por esta etiqueta debido a que la acepción de su homólogo en latín (*hilaris* = cheerful), hace referencia a cada uno de los procesos que hace que el ser humano esté alegre, o provocan el incremento temporal y posterior descenso paulatino de un estado de alegría (Ruch, Köhler & Van Thriel, 1996). De igual forma, también se habla de *exhilarants*, para referirse a los estímulos y situaciones con la capacidad de inducir a la *exhilaration*. Se postula que tanto la *alegría*, el *mal humor*, como la *seriedad*, afectan al grado de *exhilaratability*, o tendencia a la respuesta de euforia o júbilo, estado y rasgo.

A la definición operativa de la alegría, la seriedad y el mal humor se llegó a través de las facetas que fueron delimitadas para cada uno de estas tres dimensiones teniendo en cuenta sus manifestaciones rasgo y estado. Las facetas fueron establecidas por derivación teórica, y basándose fundamentalmente en la corriente fenomenológica alemana que ha abordado la definición de los conceptos alegría (*Heiterkeit*), seriedad (*Ernst*), tristeza (*Traurigkeit*) y mal humor (*MiBmut*) (Ruch, Köhler & Van Thriel, 1996). Según Ruch, et al. (1996), la alegría, como estado afectivo, sería algo que se diferenciaría de la emoción de júbilo o regocijo, característica del humor (*exhilaration*) en intensidad y duración. Así, la alegría se separaría conceptualmente de la emoción de *exhilaration* o júbilo, al ser ésta última más intensa y momentánea, pudiéndose observar tanto en manifestaciones conductuales, como psicofisiológicas. La alegría se caracterizaría por ser más duradera, presentar menos fluctuaciones en el tiempo, y mostrar una cierta independencia de los estímulos situacionales elicitadores de una respuesta de humor. Hipotéticamente, se insertaría dentro la dimensión básica extroversión, como factor igualmente relacionado al afecto positivo.

Aunque para Ruch, el júbilo o regocijo (*exhilaration*) es conceptualmente distinto de la alegría, tal y como se acaba de exponer, la emoción de júbilo y el estado de alegría deberían ser estudiados juntos, dado que se parte de la hipótesis de que va a existir una relación recíproca entre ambas. “Un estado alegre facilita la inducción de júbilo, y una acumulación de las respuestas jubilosas podría conducir a un aumento en la duración de los cambios ocurridos en el

“nivel” de alegría. También, si la inducción del júbilo falla (cuando se cuenta un chiste y es percibido como de mal gusto), el estado de alegría podría descender” (Ruch, et al., 1996 p. 334).

El grupo de trabajo de Ruch y colaboradores desarrolló un instrumento para evaluar estas tres dimensiones del sentido del humor, creando una serie de subescalas para cada una de las dimensiones (Ruch, et al., 1996), el cual busca medir las bases temperamentales del humor (seriedad, mal humor y alegría) llamado The State-Trait Cheerfulness Inventory (STCI). La alegría, como disposición habitual se definiría a través de cinco facetas: Predominio de una afectividad alegre (AL1); Bajo umbral para la sonrisa y la risa (AL2); Visión sosegada de las adversidades de la vida (AL3); Extenso rango de estímulos que provocan la alegría y la sonrisa/risa (AL4), Estilo de interacción generalmente alegre (AL5).

Para Ruch y Köhler (1998), todo lo dicho sobre la alegría estado y rasgo como elemento facilitador de la respuesta de júbilo, puede ser extrapolado al mal humor y a la seriedad, pero en este caso como inhibidores de dicha respuesta.

Así mismo, según Ruch y Köhler (1998) la seriedad se conceptualizaría como una visión del mundo, una actitud hacia la mayoría de los eventos y situaciones de la vida, una forma de ver y afrontar esos eventos y situaciones. Sus facetas serían: Predominio de un estado serio (SE1); Percepción constante de sucesos de la vida diaria como importantes y tendencia a considerarlos minuciosa y cuidadosamente (SE2); Tendencia a planear anticipadamente un amplio rango de objetivos, y a alcanzar un estado lo más cercano al bienestar personal y la armonía, a través de las decisiones y acciones que se relacionan con esos objetivos (SE3); Tendencia a preferir actividades para las que se puedan dar razones racionales y concretas, y a considerar las actividades que no tienen un objetivo claro, como un desperdicio o pérdida de tiempo (SE4); Preferencia por un estilo de comunicación sobrio, orientado al objeto, diciendo lo que exactamente uno quiere decir sin exageraciones o matices sarcásticos o irónicos (SE5); Actitud de rechazo hacia las personas, comportamientos, situaciones, acciones, roles, etc., que se relacionan con la diversión o alegría (SE6).

Para el mal humor, Ruch y Köhler (1998) proponen que este sería, un componente más relacionado con los aspectos afectivos y emocionales, y sus facetas se encargarían de delimitar estos aspectos afectivos al igual que las conductas relacionadas con ellos. En concreto, sus facetas serían: Predominio del mal humor (MH1); Predominio de la tristeza (abatimiento, decaimiento, etc.) (MH2); Dificultad para disfrutar o para mostrar manifestaciones de alegría,

ante circunstancias alegres o ante situaciones de humor, predominando un estado de abatimiento o tristeza (MH3); Sentirse frecuentemente malhumorado (gruñón, brusco, desagradable, cascarrabias, etc.) (MH4); Comportamientos y actitudes malhumoradas ante circunstancias evocadoras de alegría, y hacia las situaciones, personas, objetos y roles envueltos (MH5).

Por otra parte, al hablar de la risa, también se encuentra el obstáculo de su falta de definición, pero un aspecto en el cual se ha ahondado es en sus múltiples beneficios. Según Butler (2005) y Hernández (2009), dentro de los beneficios que tiene el reír están bajar la tensión arterial, reducir las hormonas del estrés, aumentar la flexión muscular y activar funciones inmunes, aumentando las proteínas que combaten las infecciones, producir liberación de endorfinas que combaten el dolor y producir una sensación de bienestar. Además, sus beneficios también se hallan a nivel social ya que el humor que se considera eficiente (o sea aquel que es socialmente apropiado) aumenta la posibilidad de relacionarse mejor con los demás y consigo mismo (Kirsh & Kuiper, 2003). Seligman (2002), propone una definición que ayuda a delimitar un poco más el término: “la risa, a su vez, como una reacción psicofisiológica caracterizada externamente por unas vocalizaciones repetitivas (típicamente transcritas en castellano como ja-ja, je-je, etc.), una expresión facial fácilmente reconocible (boca en una sonrisa cerrada o abierta, comisuras de los ojos arrugadas), unos movimientos corporales característicos (del abdomen, hombros, cabeza y en casos de risa intensa en todo el cuerpo) y una serie de procesos neurofisiológicos concretos (cambios respiratorios y circulatorios, activación del sistema dopaminérgico y otros circuitos neuroquímicos, etc.)”. Ahora bien, la risa puede funcionar de la misma manera en todos los seres humanos, la gran diferencia radica en aquellas situaciones u objetos que la provocan y la interpretación que se hace de aquellas ya que éstas están mediatizadas en gran proporción por la cultura (Jáuregui, 2008). Pero no todas las risas tienen un efecto positivo en los seres humanos. Un ejemplo de esto es, la risa hostil o agresiva (una persona se ríe de otra), o se toma a la ligera temas considerados trágicos, serios o sagrados por otras personas, provocando malestar u ofensa. Esta risa negativa, no sólo tiene que ver con el hecho de reírse del otro sino también involucra el reírse de sí mismo. Tal y como lo afirman Kirsh y Kuiper (2003), cuando un individuo fácilmente admite sus debilidades tratando de ganar la aprobación de los demás, puede llegar a sufrir de trastornos como la depresión.

En general, puede decirse que el humor es un concepto multidimensional que comprende compuestos positivos y negativos, ambos igualmente son importantes ya que una u otra manera

afectan la salud del ser humano (Kirsh & Kuiper, 2003). Al centrarse en aquellos aspectos que son de beneficio se encuentra que el sentido del humor promueve el buen ánimo lo cual ayuda a sobrellevar una enfermedad o incluso a prevenir una depresión (Carbelo & Jáuregui, 2006). Boyle y Joss-Reid (2004) agregan que en aquellas personas que tienen problemas de salud suele usarse el humor como mecanismo de defensa de forma más reiterativa. Un ejemplo de esto es la experiencia de Viktor Frankl en los campos de exterminio Nazi en 1946, al referir que el humor fue una de las armas que utilizó para sobre llevar la situación de encierro. Con un compañero se hacían todos los días una promesa, la de inventar una historia divertida sobre alguna situación que ocurriría después del primer día de su liberación (Frankl, 1991). En su libro *El hombre en busca de sentido (1946)*, Frankl también cuenta que el sentido del humor, aunque en sus formas más leves, podía ayudarlos a tener, aunque sea sólo por unos pocos segundos, el distanciamiento necesario para sobreponerse a cualquier situación (Frankl, 1991). Frankl (1991) llamó al *humor* como: “otra arma del alma en la lucha por su supervivencia” (p.51). El humor ha sido considerado una estrategia efectiva de enfrentamiento a situaciones estresantes (Abel, 2002).

De acuerdo con lo anterior cabría suponer, siguiendo la línea y los hallazgos de la psiconeuroinmunología, que el sentido del humor podría comprenderse como una estrategia de afrontamiento, y en este sentido, cumplir un valor fundamental en los procesos de adaptación y manejo de la enfermedad tanto física como mental (Giglio, 2007). Estudios como los realizados por Weisenberg, Tal y Tamar (1998) indican que la tolerancia y el umbral del dolor aumentan al exponer a una persona a material fílmico humorístico además que dichos efectos son más duraderos en el tiempo. En el 2002, Abel realizó un estudio en el cual participaron 258 estudiantes de pregrado a los cuales se les aplicaron diferentes cuestionarios que buscaban medir aspectos como el estrés, la ansiedad, sus estrategias de afrontamiento entre otros. Entre los hallazgos encontrados se concluyó que aquellos que puntuaron alto en Sentido del Humor experimentaban menos estrés y menos ansiedad que aquellos que obtuvieron puntuaciones bajas a pesar de haber experimentado un número similar de problemas diarios.

De acuerdo con lo anterior, Cann y Etzel (2008) afirman que al usar el humor “positivo” en sucesos amenazantes (como por ejemplo una enfermedad o trastorno mental), en lugar de responder a ellos con ansiedad, ayuda a formar una mentalidad positiva (aquella en la cual hay mayor esperanza, optimismo, etc.) lo cual contribuye a construir una tendencia hacía una perspectiva positiva al momento de confrontar estresores. Esta tendencia puede ligarse con

aspectos como una mayor adherencia al tratamiento al hacerse más consciente de la enfermedad y tener mejor expectativa con respecto al mismo.

Por otra parte, en un informe realizado por la OMS en el 2004 se afirma que sólo el 50% de la población que padece de una enfermedad crónica se adhieren de manera adecuada al tratamiento. Esto no sólo sucede con enfermedades a nivel somático, también ocurre con trastornos mentales ya que como la OMS lo informa, entre el 40 y el 70% de las personas que padecen de depresión, se adhieren al tratamiento farmacológico (Organización Mundial de la Salud, 2004).

Es por eso que, al momento de padecer una enfermedad o trastorno mental, aspectos como la adherencia al tratamiento cobran importancia ya que el hecho de seguir adecuadamente las instrucciones brindadas por el profesional de la salud permitirá una reducción e incluso alivio del malestar. Por otra parte, es necesario conocer que existen múltiples definiciones del término adherencia a tratamiento; una de estas es la que propone la OMS en la cual hacen referencia “al grado en el que el comportamiento de una persona (tomar medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida) se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria” (OMS, 2004, p. 3-4). Sin embargo, Knobel, Polo y Escobar (2008) proponen que es necesario definirla de manera más extensa, de tal forma que involucre la capacidad del paciente de implicarse correctamente en la elección, inicio y control de tratamiento médico a fin de mantener una buena calidad de vida. Este término también incluye la capacidad del paciente para asistir a las consultas programadas (consultorio/hospital), tomar los medicamentos como se prescribieron, realizar los cambios de vida recomendados y completar los análisis y pruebas solicitadas (Silva, Galeano & Correa, 2005). De esta forma, la adherencia a un tratamiento específico requiere que el usuario esté de acuerdo con dichas recomendaciones, de tal manera que el proceso para definirlo se convierte en un consenso entre médico y paciente (OMS, 2004).

La definición anterior sugiere que el tema de adherencia al tratamiento va más allá del hecho de tomar el medicamento de la manera como fue recomendado; este tema incluye la integración de múltiples áreas para que sus resultados sean efectivos en el tiempo. Para esto, Sanabria (2003; citado por Contreras, Esguerra, Espinoza, Gutiérrez & Fajardo, 2006) propone que es necesario evaluar: el dominio físico, en el cual se evalúan los síntomas, el funcionamiento y la discapacidad; el dominio psicológico en el cual se considera el nivel de satisfacción, el

bienestar percibido, la ansiedad, la depresión y la autoestima); y el dominio social en el cual se tienen en cuenta aspectos como las relaciones interpersonales del paciente, la actividad diaria y la rehabilitación laboral, entre otros.

Así mismo, al sugerir un tratamiento, el paciente puede elegir entre seguir las indicaciones o no. Según Silva, Galeano y Correa (2005), esta decisión depende del análisis de cuatro factores: qué tan alta es la prioridad de tomar la medicación, qué tan grave percibe la persona su enfermedad, qué tanta credibilidad en la eficacia del medicamento tiene el paciente y qué tanta aceptación se tiene acerca de los cambios que debe hacer en su comportamiento. Ahora bien, para las instituciones de salud, el término adherencia al tratamiento cobra importancia ya que el hecho de no adoptarlo, hace ineficaz al proceso prescrito trayendo consecuencias negativas no solamente a la persona que lo está usando sino también a los organismos encargados de suministrarlo, ya que sus altos costos serían despilfarrados en aspectos como innumerables citas clínicas innecesarias, pruebas diagnósticas adicionales, visitas a urgencias, hospitalizaciones y servicio domiciliario por parte del personal de enfermería (Johnson & Carlson, 2002). Cameron y Gregor (1987 citados por Johnson & Carlson, 2002), refieren que la adherencia al tratamiento en las enfermedades crónicas es más pobre que aquella que se da en enfermedades agudas, lo cual es motivo de preocupación ya que, en países como Estados Unidos hay más de 90 millones de habitantes que padecen algún tipo de enfermedad crónica (Centers for Disease Control and Prevention, 2004 citado por Johnson & Carlson, 2002). En cuanto al paciente, este comportamiento tiene efectos en varias áreas como por ejemplo, en lo personal; el paciente puede presentar complicaciones y secuelas que traigan consigo un gran sufrimiento y limitaciones irreversibles y progresivas (Ginarte, 2001).

De acuerdo con lo anterior, la OMS (2004) afirma que existen factores que afectan el comportamiento de la gente y su capacidad para adherirse a un tratamiento. Dichos factores son:

Factores socioeconómicos: tiene que ver con todas las variables sociodemográficas y económicas como el estado socioeconómico deficiente, la pobreza, el analfabetismo, el bajo nivel educativo, el desempleo, la falta de redes de apoyo social efectivas, etc.

Factores relacionados con el equipo o el sistema de asistencia sanitaria: éste puede influir de manera positiva en la adherencia pero existen múltiples razones que afectan negativamente este proceso como son servicios de salud poco desarrollados, sistemas deficientes de distribución de medicamentos, poco control en las tarifas de los medicamentos, falta de conocimiento y

adiestramiento del personal de salud en el control de las enfermedades crónicas, proveedores de asistencia sanitaria recargados de trabajo, entre otros.

Factores relacionados con la enfermedad: algunos aspectos definitivos de este proceso son aquellos relacionados con la gravedad de los síntomas, el grado de la discapacidad (física, psicológica, social y vocacional), la velocidad de progresión y la gravedad de la enfermedad y la disponibilidad de tratamientos efectivos. Esta idea apoya la afirmación realizada por Silva et al. (2005) ya que la percepción de riesgo que tengan los pacientes de su enfermedad va a ser la que repercute en el comportamiento de adherencia.

Factores relacionados con el tratamiento: tienen que ver con la complejidad del régimen médico, la duración del tratamiento, los fracasos que se hallan experimentado anteriormente, los cambios frecuentes en el tratamiento, la inminencia de los efectos beneficiosos, los efectos colaterales inmersos en el tratamiento acordado y la disponibilidad de apoyo médico para tratarlos” (OMS, 2004, p.30).

Factores relacionados con el paciente: los recursos (físicos, económicos, mentales, etc.), el conocimiento por parte del paciente acerca de la enfermedad, las actitudes, las creencias, las percepciones sobre la necesidad de utilizar un medicamento y las expectativas del paciente (Ortiz & Ortiz, 2007). Es por esto que, la multidimensionalidad del fenómeno de la no-adherencia a la terapia, requiere que su abordaje integre tres perspectivas: paciente-médico-sistema de salud” (Silva et al., 2005, p. 269) ya que la “no-adherencia” a los tratamientos prescritos es la mayor causa de falla terapéutica, y en la mayoría de las ocasiones, es atribuida al paciente.

Ahora bien, autores como Palop y Martínez (2004) distinguen varias maneras en las que la adherencia al tratamiento no se hace correctamente, estas son:

Incumplimiento parcial: en el cual, la persona que está tomando el tratamiento, lo hace algunas veces.

Incumplimiento esporádico: en la cual el paciente incumple con las instrucciones de manera ocasional. Esto se ve de forma más frecuente en los ancianos que olvidan tomar la medicación o la fecha en que se asignan las citas de control, o toman de manera incorrecta las dosis, muchas veces por miedo a los efectos adversos.

Incumplimiento secuencial: aquí, el tratamiento es abandonado durante periodos de tiempo en los cuales los síntomas han desaparecido pero lo retoman cuando éstos se reactivan.

Cumplimiento de bata blanca: el paciente sólo se adhiere al tratamiento cuando sabe que se encuentra cerca una visita médica.

Incumplimiento completo: si el abandono del tratamiento es de forma indefinida.

De acuerdo con lo anterior, la falta de adherencia a un tratamiento hace que sus resultados no sean óptimos, dando como consecuencia complicaciones médicas y psicosociales del trastorno, reduciendo la calidad de vida de los pacientes y desperdiciando los recursos que el Estado asigna para la salud (OMS, 2004). Estos recursos se ven afectados ya que ante una escasa adherencia a tratamiento se genera mayor uso de los servicios de salud especializados, debido a que los síntomas se exacerbaban, aumentan las crisis y por consiguiente, se acrecienta la posibilidad de que se generen más recaídas. Ahora bien, al hablar de las consecuencias que tiene para el paciente el hecho de no adherirse a un tratamiento, la OMS (2004) refiere las siguientes:

1. Recaídas más intensas ya que el hecho de recaer por no tomar el medicamento de la manera como fue recomendado aumenta la posibilidad de que los pacientes no respondan al tratamiento con la misma eficacia que si la crisis se presenta mientras el medicamento es tomado de la manera correcta.
2. Aumenta el riesgo de dependencia. Esto ocurre con algunos medicamentos (como el diazepam) al ser tomados de la manera incorrecta.
3. Aumenta el riesgo de abstinencia y efecto rebote ya que cuando se suspende o se interrumpe un tratamiento farmacológico de manera abrupta, pueden ocurrir efectos adversos trayendo consigo posibles daños.
4. Aumenta el riesgo de crear resistencia a los tratamientos.
5. Aumenta el riesgo de toxicidad al tomar de manera incorrecta las dosis. Tal es el caso de aquellos pacientes que tienen un bajo umbral de toxicidad y que deben tomar litio.
6. Aumento del riesgo de accidentes ya que, algunos tratamientos requieren que, además de tomar medicamento de forma controlada, existan cambios en el modo de vida. Por ejemplo, el hecho de dejar de consumir alcohol, dormir bien o no realizar actividades que requieran de gran concentración una vez se ingieran (como son el manejar mientras se toman sedantes).

Por otra parte, estas consecuencias no solamente afectan a la persona que se encuentra diagnosticada, sino que también afectan su cuidador, tal y como lo afirma Montaner (2008), al concluir que las frecuentes recaídas llegan a disparar la tendencia a la hospitalización, la pérdida del empleo, la cárcel e incluso el suicidio de ambos miembros. En países como los Estados

Unidos, de todas las hospitalizaciones que se dan al año, del 22 al 69% se dan debido a una mala adherencia a tratamiento costándole un billón de dólares anuales aproximadamente (Osterberg & Blashke, 2005). Ahora bien, al centrarse en los trastornos mentales, los índices de adherencia a tratamiento no son positivos ya que en el caso de la depresión, Osterberg y Blashke (2005) afirman que sólo la mitad de aquellos pacientes a los cuales se les ha recetado medicamentos como los antidepresivos, los toman meses después de haber iniciado terapia. En el trastorno bipolar, el índice es inferior al 35% (Osterberg & Blashke, 2005).

La adherencia al tratamiento es un tema que se ha vuelto importante ya que el hecho de seguirlo correctamente permitirá que en un futuro aumente la efectividad de los sistemas de salud debido a la escasa necesidad de intervenciones más costosas. Debido a que la mayoría de estudios apuntan hacia el hecho de que tener una buena adherencia al tratamiento significa consumir de manera correcta el medicamento, es necesario conocer que la adherencia significa algo más que la forma adecuada de seguir instrucciones; esto también implica que el paciente este de acuerdo con el tratamiento propuesto lo cual lo convierte en un ente activo dentro de este proceso y por consiguiente, más consciente de su comportamiento. Para que la adherencia se mantenga en el tiempo, también es necesario evaluar las diferentes áreas que componen al ser humano como son el área física, la psicológica y la social, además de los diferentes factores que influyen en él (socioeconómicos, calidad de la prestación del servicio médico, etc.) lo cual hace que este proceso sea complicado. Por lo anterior, existe la necesidad de aclarar que al tener en cuenta dichos factores puede repercutir de manera positiva tanto en la salud de quien lo lleva a cabo como en la calidad del servicio de la empresa que lo suministra.

En la línea de lo anterior, es importante destacar que en los estudios anteriores la depresión se puede considerar como uno de los trastornos con mayor índice de recaídas y deterioro del estilo de vida. La prevalencia de los casos de depresión se ve afectada por diversos factores tanto individuales (edad, sexo, herencia) como sociales. Otro aspecto significativo es la presencia de comorbilidad entre ansiedad y depresión, sus implicaciones frente al diagnóstico y el tratamiento además de, los costos sociales y económicos que acarrea este importante problema de salud. En razón de lo anterior, estudios como el que se presenta aquí contribuyen a incrementar el conocimiento acerca de uno de los factores que podría ser protector frente al desarrollo de respuestas de depresión en las personas, como sería el humor. De esta forma se

estaría haciendo una aproximación más salutogénica y menos patologizante a la forma de relación entre las personas consigo mismas y con los otros.

Ahora bien, al momento de enfrentar patologías tanto a nivel físico como a nivel mental, el sentido del humor ha sido relacionado con estrategias de afrontamiento, representando un beneficio para la salud. Tal y como lo afirma el reciente movimiento denominado Psicología Positiva en el cual, se estudia y promueve ese ángulo positivo del ser humano (sus características, sus potencialidades, etc.) que ayudan a mejorar su calidad de vida, previniendo e incluso reduciendo la incidencia de psicopatologías. Se propone el humor como uno de esos aspectos y es así como se llega a la búsqueda de su definición encontrando múltiples teorías que hablaban al respecto. A grandes rasgos, se clasificó en: teorías de incongruencia / resolución, teorías superioridad / denigración y teorías de reserva / control vs. Alivio / descarga. Siguiendo con el tema, Ruch, Köhler y Van Thriel (1996) crearon el State-Trait Cheerfulness Inventory (STCI) el cual sirve para medir las bases temperamentales del humor con sus respectivas facetas (por ejemplo, la Alegría compuesta por AL1, AL2, AL3, AL4 y AL5). Dejando atrás el tema del sentido del humor, se pasa a exponer los efectos que tienen el reír, encontrando que está compuesto por aquellos positivos (como estrategia de afrontamiento propuesto por la Psiconeuroinmunología) y negativos (como en el caso en donde se utiliza la burla para obtener reconocimiento social). Ahora bien, al hablar de adherencia al tratamiento se encuentra que el hecho de que el paciente participe y opine acerca del tratamiento que va a seguir permite que su adherencia sea más efectiva y duradera en el tiempo. Así mismo, es necesario conocer que existen factores tanto externos (escaso acceso al servicio médico) como internos (poco conocimiento acerca de la enfermedad) que influyen en grado en que la persona se adhiere al proceso del tratamiento. Por lo anterior, esta investigación cobra importancia ya que tiene múltiples beneficios tanto para el paciente como para la entidad. En cuanto a los beneficios hacia el paciente, según la revisión que se ha realizado se ha encontrado que el sentido del humor está ligado con beneficios tanto a nivel físico (por ejemplo, reducción del estrés) como a nivel social (permite una mejor interacción con el otro). Esto también repercute en las empresas ya que como se dijo anteriormente, al tener mayor adherencia al tratamiento, se evita el despilfarro de recursos económicos y el humor, al actuar como estrategia de afrontamiento en eventos estresantes como una enfermedad, mejora las expectativas del tratamiento, dando como resultado una mejor adherencia al mismo.

5. Metodología

Tipo de investigación: Descriptivo correlacional.

Diseño: Ex post facto de tipo transversal.

Población: Pacientes mayores de edad, hombres y mujeres, hospitalizados en la E.S.E Hospital Psiquiátrico San Camilo con diagnóstico de trastornos del estado de ánimo.

5.1 Muestra: La muestra estuvo conformada por 60 pacientes con trastornos del estado de ánimo y se tuvieron en cuenta los siguientes criterios de inclusión:

1. Pacientes con un periodo de hospitalización superior a tres días.
2. Pacientes a quienes no se les haya aplicado Terapia Electroconvulsiva recientemente.
3. Pacientes no diagnosticados con demencia, ni síntomas psicóticos.
4. Pacientes sin limitaciones cognitivas que afectaran la aplicación de la evaluación.
5. Pacientes con competencia lectora y escritora.

5.2 Instrumentos:

Se realizó una evaluación mediante los siguientes instrumentos (ver anexo 1):

1. La Mini Entrevista internacional Neuropsiquiátrica (MINI) (Ferrando, Bobes, Gibert, Soto & Soto, 2005) es un instrumento que explora los principales trastornos psiquiátricos del Eje I del DSM IV y la CIE 10. Es de breve duración. Existen estudios en los cuales se compara la MINI con el SCID-P para el DSM-III-R y el CIDI (una entrevista estructurada desarrollada por la Organización Mundial de la Salud para entrevistadores no clínicos para la CIE-10). Los resultados de estos estudios demuestran que la MINI tiene una puntuación de validez y confiabilidad aceptablemente alta, pero puede ser administrada en un período de tiempo mucho más breve (promedio de $18,7 \pm 11,6$ minutos, media 15 minutos) que los instrumentos mencionados.

2. El Inventario de Depresión Estado/Rasgo (IDER) (Spielberger, Agudelo & Buena-Casal, 2008). Su objetivo es evaluar el grado de afectación y la frecuencia de ocurrencia del componente afectivo de la depresión. Este 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. En muestra colombiana (específicamente realizada con adolescente y universitarios), los resultados dieron cuenta de las evidencias que sustentan sus propiedades psicométricas, presentando en la escala de Estado un alfa de Cronbach de 0,73 (para las mujeres) y de 0,81 (para los hombres) en la subescala de distimia y de 0,80

(para los hombres) y 0,73 (para las mujeres) en la subescala de eutimia., En cuanto a la escala Rasgo se observó un alfa de Cronbach de 0,78 (para los hombres) y de 0,82 (para las mujeres) en la subescala distimia y de 0,81 (para los hombres) y de 0,79 (para las mujeres) en la subescala eutimia. mostrando mayores niveles de confiabilidad los resultados obtenidos en los universitarios (Agudelo, 2009).

3. El Inventario de Depresión de Beck-Segunda Versión (BDI-II) (Vázquez, Sanz, Fortún, García & Espinosa, 2005), es un instrumento de autoaplicación compuesto por 21 ítems. Ha sido diseñado para evaluar la gravedad de sintomatología depresiva en adultos y adolescentes con una edad mínima de 13 años. En cuanto a la calificación, 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 son 0.83 y 0.90.

4. La Escala de Evitación y Ansiedad Social (SAD) (Watson, Friend, & Leary, 1983, adaptado en Colombia por Chávez & Castaño, 2008), es una escala que evalúa el malestar subjetivo, la evitación activa o los deseos de escape, que experimentan las personas con fobia social. Cuenta con 21 ítems y se responde mediante un formato de falso y verdadero. Su alfa de Cronbach es 0,85.

5. La Escala de Temor a la Evaluación Negativa (FNE) (Watson, Friend, & Leary, 1983, adaptado en Colombia por Chávez & Castaño, 2008). Su objetivo es 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. El instrumento está compuesto por 24 ítems y las respuestas se realizan mediante un formato de respuesta falso y verdadero; su alfa Cronbach fue de 0,66.

6. El State-Trait-Cheerfulness-Inventary (STCI- T) (Ruch, Köhler & van Thriel, 1996, adaptado en Colombia por Carretero, Agudelo, Olave & Gómez, en prensa), es un instrumento que tiene como objetivo 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). Para su desarrollo, 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 oscilan entre 0,56 y 0,86 por facetas y de 64 a 72 para la totalidad de las escalas.

7. El Cuestionario de Gelotofobia, (GELOPH 15) (Ruch & Titze, 1998, adaptado en Colombia por Carretero, Ruch, Agudelo, Platt & Proyer, 2010), es una escala la cual busca medir el miedo a hacer algo que resulte risible para los otros. Su confiabilidad medida mediante alfa de Cronbach es de 0,73. La versión colombiana consta de 15 ítems cuya y se califica mediante una escala Likert de que va de 1 a 4 (de *totalmente en desacuerdo* a *totalmente de acuerdo*).

8. Por último, la Escala de Apreciación del humor (EAHU) (Carretero, 2005), que 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 hacia el mismo. Los estímulos están clasificados así: dos categorías referentes a estímulos humorísticos sin un contenido específico y que presentan una estructura interna distinta en función del proceso cognitivo que provocan (Incongruencia – Resolución frente a Incongruencia sin Resolución o Sin Sentido) y otras tres donde el aspecto central es el contenido del material humorístico (Humor Sexual, Negro y Denigración). Se selecciona como escala de respuesta la opción tipo Likert de cinco puntos, de 0 (“nada divertido” o “ningún rechazo”) a 4 (“muy divertido” o “fuerte rechazo”), con la posibilidad de señalar un punto medio. La versión colombiana del EAHU consta de 28 ítems. Los valores de consistencia interna mediante alfa de Cronbach oscilan entre 0,70 y 0,80 para todas las dimensiones.

5.3 Procedimiento:

El estudio se llevó a cabo mediante fases. En la primera se realizó la selección de la muestra con previa autorización por parte del Hospital Psiquiátrico San Camilo. Una vez presentado el estudio a los pacientes y obtenido el consentimiento informado se procedió a la recolección de los datos mediante la revisión de la historia clínica seleccionado a los pacientes con diagnóstico de ingreso de algún trastorno del estado de ánimo y previo cumplimiento de los criterios de inclusión mencionados de manera precedente. Posteriormente, se aplicó un protocolo de evaluación. Para esto se realizaron tres sesiones con el objetivo de disminuir los riesgos de la fatiga sobre la respuesta de los pacientes.

En la primera sesión se incluyó la administración de los módulos de trastornos del estado de ánimo y Ansiedad de la MINI con el objetivo de validar el diagnóstico inicial ofrecido por el psiquiatra y consignado en la historia clínica. De esta manera, se esperaba controlar el efecto de la evaluación por diferentes psiquiatras utilizando, en el presente estudio la MINI como Gold Standard. Adicionalmente, en esta misma sesión se aplicaron las escalas

BDI-II e IDER, como instrumentos estandarizados para medir depresión.; además se aplicaron el FNE y el SAD (cuestionarios breves de autoinforme, tiempo aproximado: 40 minutos), con el objetivo de evaluar condiciones clínicas que pueden afectar la apreciación del humor. En una segunda sesión se aplicó el STCI-T (tiempo aproximado 45 minutos), el objetivo fue evaluar las bases temperamentales del humor. Finalmente, en la tercera sesión se aplicaron la escala de Gelotofobia y la Escala de Apreciación del Humor (tiempo aproximado, 30 minutos). La primera, con el objetivo de evaluar la presencia de miedo intenso a ser objeto del ridículo y la segunda para ver la capacidad para apreciar el humor en los pacientes. Adicionalmente, se obtuvieron de la historia clínica los datos referidos al tiempo de tratamiento, frecuencia de hospitalizaciones y duración de las estancias hospitalarias (anteriores y actuales) que permitieron establecer correlaciones entre las variables evaluadas. El periodo de observación analizado fue de un año atrás. Es de indicar que como medida de adherencia al tratamiento se tomaron datos de la asistencia a los controles y para el control del consumo del medicamento se consideró el criterio objetivo de cubrimiento de fórmula médica, aunque este no es un indicador real o definitivo de que efectivamente se consuma, además que el autorreporte de los pacientes suele ser afectado por la deseabilidad social y, por lo tanto, no arrojar siempre datos confiables.

Posteriormente se realizaron los análisis estadísticos mediante el SPSS 15,0 utilizando estadística descriptiva, comparación de medias y análisis de correlación. Para establecer el modelo de relación entre las variables se recurrió a un análisis de regresión multivariante.

Los resultados obtenidos fueron comunicados a los pacientes participantes del estudio mediante contacto telefónico y algunos de manera personal en alguna cita de control psiquiátrico o psicológico.

Al Hospital fueron entregados informes de avance y cierre del proceso con las indicaciones correspondientes a cada paciente y al tipo de resultados arrojados en la evaluación. Por razones de tipo administrativo estas anotaciones no se registraron en la historia clínica sino en un documento bajo custodia de la Subdirección Científica del Hospital, con el fin de salvaguardar el manejo ético de la información de los usuarios.

6. Análisis de Resultados.

A continuación se presentan los resultados de los datos obtenidos por la muestra. En primer lugar se muestran los datos sociodemográficos, seguidos de la distribución de los indicadores clínicos y los diagnósticos, posteriormente se informan los estadísticos descriptivos de las pruebas aplicadas así como el porcentaje de puntuaciones clínicamente relevantes en cada una de las escalas y subescalas aplicadas. Finalmente, se muestran los análisis multivariados entre las diferentes variables estudiadas con relación a los indicadores clínicos de recuperación.

Tabla 1. Características sociodemográficas de la muestra, N=60.

| VARIABLE | MEDIA | DESVIACIÓN TÍPICA | RANGO |
|-------------------------|------------|------------------------------------|------------|
| Edad | 36,97 | 13,42 | 18 - 65 |
| VARIABLE | FRECUENCIA | VARIABLE | FRECUENCIA |
| <i>Sexo</i> | | <i>Personas con quien vive</i> | |
| Mujer | 75% | Solo | 16,7% |
| Hombre | 25% | Con su pareja/ conyugue/familia | 83,3% |
| <i>Estado Civil</i> | | <i>Ocupación</i> | |
| Soltero | 35,1% | Independiente | 11,7% |
| Unión Libre | 23,3% | Ama de Casa | 20% |
| Casado | 23,3% | Estudiante Universitario | 11,7% |
| Separado | 18,3% | Jubilado Inactivo | 1,7% |
| <i>Escolaridad</i> | | Desempleado | 8,3% |
| Primaria Incompleta | 13,3% | Otros Trabajos | 43,7% |
| Primaria Completa | 3,3% | | |
| Secundaria Incompleta | 11,7% | | |
| Secundaria Completa | 16,7% | | |
| Universidad no Graduado | 35% | | |
| Universidad Graduado | 3,3% | | |
| Tecnólogo | 16,7% | | |

Se trabajó con una muestra de 60 pacientes hospitalizados, en un rango de edad entre los 18 y los 65 años, de los cuales el 75% fueron mujeres y el 25% hombres. La media de edad fue de 37,03 años; se destaca que el 50% de la muestra fue menor de 37 años, aunque se encontró un alto porcentaje de participantes en los rangos de edad entre 18 y 30 años. En la tabla también se observa que el 35% de los sujetos eran solteros, seguido del 23,3% que casados y en unión libre, pero el 83,3% vive con su pareja o familia.

De acuerdo con los resultados de la tabla 1 se observa que el 20% de la muestra eran amas de casa y un 46,7% ejercía otro tipo de trabajos (especialmente servicio doméstico); asimismo, con

respecto a la escolaridad se encuentra que un 35% de los participantes eran universitarios no graduados, seguido por el 16,7% con estudios de secundaria completa y tecnólogos.

Tabla 2. Características clínicas de los pacientes evaluados N=60.

| VARIABLE | MEDIA | D. T |
|--|--------------|-------------|
| Tiempo de Estancia Hospitalaria (días) | 11,18 | 4,54 |
| Historia de Hospitalizaciones Previas. | 2,27 | 2,63 |
| Historia de Hospitalizaciones Último Año | 1,50 | 0,98 |

| VARIABLE | FRECUENCIA | VARIABLE | FRECUENCIA |
|-------------------------------|-------------------|--------------------------------|-------------------|
| <i>Frecuencia de Recaídas</i> | | <i>Consumo de Medicamentos</i> | |
| Mayor a un año | 23,3% | Regularmente | 21,7% |
| 6 – 12 meses | 11,7% | Esporádicamente | 15% |
| 3 – 5 meses | 5% | Sólo en Crisis | 30% |
| 1 – 2 meses | 3,3% | Sin Información | 3,3% |
| 1 – 30 días | 10% | Sin Historia Previa | 30% |
| Primera vez | 46,7% | | |
| <i>Asistencia a Controles</i> | | | |
| Regularmente | 21,7% | | |
| Esporádicamente | 16,7% | | |
| Sólo en Crisis | 28,3% | | |
| Sin Información | 3,3% | | |
| Sin Historia Previa | 30% | | |

De acuerdo con los resultados de la tabla 2 se observa que el promedio de estancia hospitalaria fue de 11,18 días, con una historia previa de dos (2) hospitalizaciones, registrándose 1.5 ingresos en promedio, durante el último año. El 46,7% de la muestra se encontraba en la primera hospitalización, además de registrar un único episodio (el actual). El 23,3% de la muestra tuvo una frecuencia de recaídas mayor a un (1) al año, seguido de un 11,7% que sucede durante el periodo de 6 a 12 meses.

Por su parte, con relación a los indicadores de adherencia al tratamiento se encuentra que el 30% de los pacientes no tenía historia previa de tratamiento ni medicación. En cuanto a los

pacientes con registro clínico se encontró que el 30% consume medicamentos cuando se encuentra en crisis y el 28,3% solo asiste a control psiquiátrico o psicológico cuando se encuentra en esta etapa.

Tabla 3. Diagnósticos clínicos de los pacientes.

| DIAGNÓSTICOS | FRECUENCIA |
|---|-------------------|
| <i>PRINCIPAL POR PSIQUIATRÍA</i> | |
| Trastorno Depresivo Mayor, Recidivante grave sin síntomas psicóticos | 55% |
| Trastorno Depresivo no especificado | 18,3% |
| Trastorno Bipolar I, episodio más reciente maniaco, grave sin síntomas psicóticos | 11,7% |
| Trastorno Bipolar I, episodio más reciente depresivo, grave sin síntomas psicóticos | 6,7% |
| Trastorno Depresivo Mayor, episodio Único moderado | 5% |
| Trastorno Bipolar I, episodio más reciente mixto, grave sin síntomas psicóticos | 1,7% |
| Trastorno Bipolar II | 1,7% |
| <i>SECUNDARIO POR PSIQUIATRÍA</i> | |
| Sin Diagnóstico | 83,3% |
| Trastorno de Personalidad por Dependencia | 5% |
| Trastorno Límite de la Personalidad | 5% |
| Trastorno de Angustia con Agorafobia | 3,3% |
| Trastorno de Personalidad No especificado | 1,7% |
| Otros | 1,7% |
| <i>SEGÚN ENTREVISTA MINI</i> | |
| Episodio Depresivo Mayor Actual | 90% |
| Episodio Depresivo Mayor con Síntomas Melancólicos Actual | 76,7% |
| Episodio Depresivo Mayor Pasado | 63,3% |
| Trastorno de Ansiedad Generalizada | 50% |
| Fobia Social | 38,3% |
| Episodio Maniaco | 36,7% |
| Agorafobia Actual sin Historial de Trastorno de Angustia | 28,3% |
| Trastorno de Angustia Alguna Vez en la Vida | 28,3% |
| Trastorno Obsesivo Compulsivo | 25% |
| Crisis con Síntomas Limitados Alguna Vez en la Vida-Actual | 18,6% |
| Episodio Hipomaniaco | 15,% |
| Trastorno de Angustia Actual | 11,7% |
| Estado por Estrés Postraumático | 11,7% |
| Episodio de Angustia con Agorafobia Actual | 6,7% |
| Trastorno Distímico | 5% |
| Episodio de Angustia sin Agorafobia Actual | 1,7% |

Como lo muestra la tabla 3, el diagnóstico con más prevalencia, en la evaluación inicial de psiquiatría fue el Trastorno Depresivo Mayor Recidivante con 55%. De igual forma, con la

entrevista MINI, el diagnóstico más prevalente fue el Episodio Depresivo Mayor Actual (90%); además se observa alta comorbilidad con el trastorno de ansiedad generalizada (50%). Con respecto al diagnóstico secundario se encontró que el 83,3% no registra ningún trastorno, pero dentro del 16,7% restante se identifica la presencia de trastornos de personalidad (2,7%) y de trastorno de angustia con agorafobia (3,3%).

Tabla 4. Estadísticos descriptivos y puntuaciones clínicamente relevantes obtenidas en las pruebas aplicadas.

| VARIABLE | MEDIA | D.T. | PUNTUACIONES CLINICAMENTE RELEVANTES |
|--|--------------|-------------|---|
| Depresión de Beck (BDI) | 30,47 | 14,65 | 75% |
| Ider Rasgo Eutimia | 12 | 4,52 | 53,3% |
| Ider Rasgo Distimia | 11,93 | 4,68 | 58,3% |
| Ider Estado Eutimia | 14,05 | 4,73 | 60% |
| Ider Estado Distimia | 10,05 | 4,38 | 50% |
| Ansiedad Social (SAD) | 12 | 5,54 | 46,7% |
| Temor a la Evaluación Negativa (FNE) | 15,55 | 6,03 | 60% |
| <i>STCI-T</i> | | | |
| Alegría 1* | 21,30 | 4,71 | 18,3% |
| Alegría 2 | 14,68 | 3,80 | 20% |
| Alegría 3 | 25,08 | 4,11 | 18,3% |
| Alegría 4 | 22,70 | 5,57 | 16,7% |
| Alegría 5 | 23,37 | 7,64 | 21,7% |
| Seriedad 1 | 19,37 | 2,85 | 8,3% |
| Seriedad 2 | 22,83 | 3,19 | 15% |
| Seriedad 3 | 21,57 | 4,44 | 15% |
| Seriedad 4 | 14,33 | 3,67 | 11,7% |
| Seriedad 5 | 21,10 | 2,62 | 18,3% |
| Seriedad 6 | 14,82 | 4,50 | 16,7% |
| Mal Humor 1 | 15,72 | 4,69 | 18,3% |
| Mal Humor 2 | 17,75 | 5,02 | 20% |
| Mal Humor 3 | 12,93 | 4,02 | 16,7% |
| Mal Humor 4 | 17,42 | 5,44 | 26,7% |
| Mal Humor 5 | 10,73 | 3,93 | 20% |
| Gelotofobia (GELOPH 15) | 38,48 | 11,64 | 78,3% |
| <i>EAHU</i> | | | |
| Humor Sexual Diversión | 7,40 | 5,70 | 15% |
| Humor Sexual Rechazo | 8,32 | 6,61 | 18,3% |
| Humor Negro Diversión | 5,92 | 5,01 | 23,3% |
| Humor Negro Rechazo | 6,42 | 5,59 | 21,7% |
| Humor Incongruencia-Resolución Diversión | 12,58 | 5,62 | 18,3% |
| Humor Incongruencia-Recolución Rechazo | 2,43 | 3,67 | 15% |
| Humor Sin Sentido diversión | 7,60 | 5,60 | 21,7% |

| | | | |
|------------------------------------|------|------|-------|
| Humor Sin Sentido Rechazo | 2,03 | 3,98 | 8,3% |
| Humor Denigración Hombre Diversión | 6,03 | 4,01 | 13,3% |
| Humor Denigración Hombre Rechazo | 5,28 | 4,34 | 18,3% |
| Humor Denigración Mujer Diversión | 5,02 | 4,39 | 15% |
| Humor Denigración Mujer Rechazo | 5,70 | 4,20 | 18,3% |

*Para las escalas de Alegría se consideran puntuaciones clínicamente relevantes las bajas puntuaciones debido a que se están evaluando las bases temperamentales del sentido del humor.

Las puntuaciones obtenidas en las pruebas aplicadas, pueden observarse en la Tabla 4, donde se muestran los estadísticos descriptivos y las puntuaciones clínicamente relevantes obtenidas en las diferentes escalas utilizadas. Es importante resaltar que para el cálculo de las puntuaciones clínicamente relevantes se tomó como referencia el valor de la media más una desviación típica, excepto para las escalas de alegría, ya que al ser una variable positiva, invierte las puntuaciones obtenidas. Es de indicar además, que la decisión estadística se toma considerando la ausencia de puntos de corte para estas pruebas en el contexto, pero que es válido tomar como punto de referencia, la misma muestra y comparar a cada sujeto con respecto al grupo del cual forma parte.

De acuerdo con lo observado en la tabla 4 los resultados arrojan que el 78,3% de la muestra puntuó alto en Gelotofobia, mientras que un 60% obtuvo altas puntuaciones en Temor a la Evaluación Negativa. Por su parte, los resultados muestran que el 46,7% de la muestra puntuó alto en Ansiedad Social (SAD). Por otra parte, el STCI-T muestra que un 21,7% de los sujetos obtuvo puntuaciones bajas en Alegría 5 que se refiere al estilo de interacción generalmente alegre, o sea, que en el 21,7% de la muestra no se evidencia este tipo de interacción.

Por otra parte, en cuanto a la Escala de Apreciación del Humor (EAHU) la muestra puntuó mayor diversión y rechazo ante la categoría de Humor Negro (23,3%), seguida por la diversión hacia el Humor Sin Sentido (21,7%) Asimismo, se identifica que en Humor Sexual y Humor Denigración Hombre y Mujer predomina el rechazo (18,3%). Finalmente, los porcentajes del inventario de depresión de Beck mostraron que un 75% de la muestra obtuvo altas puntuaciones en esta escala, lo cual es corroborado por las altas puntuaciones obtenidas en el IDER, específicamente en la escala de Rasgo y la subescala de distimia (58,3%), lo cual corroboraría el diagnóstico.

A continuación se presentan los resultados del análisis multivariado para los indicadores clínicos en función de las variables sociodemográficas y las variables psicológicas evaluadas.

Con respecto a la edad cabe indicar que no se encontró un efecto significativo sobre ninguno de los indicadores clínicos.

En cuanto a la relación de la estancia hospitalaria y los diferentes grupos de edad (18-24, 25-30, 31-37, 38-44, 45-51, 52-58 y 59-65 años), el tiempo fue mayor en el grupo de 45 a 51 años (más de 13 días), mientras que el menor se registró en las personas entre 38 y 44 años (9 días). Así, se podría concluir que a mayor edad, mayor es el tiempo de estancia hospitalaria en esta muestra. Es importante indicar que este dato se pudo ver afectado por la presencia de una paciente que es consultante frecuente del servicio con estancias hospitalarias prolongadas (más de 20 días), por lo tanto, las conclusiones que se deriven de aquí deben ser tratadas con cuidado.

En cuanto a las hospitalizaciones previas se encontró que los pacientes con mayor número de hospitalizaciones se encuentran en el grupo de edad de 59 a 65 años, lo cual concuerda con el número de hospitalizaciones en el último año. Asimismo, el menor número de hospitalizaciones en el último año, se encontró en el grupo de edad entre 18 y 24 años donde un porcentaje importante de participantes sólo había tenido un ingreso previo al actual.

En cuanto al espaciamiento en las recaídas se halló que los pacientes mayores (59-65 años) presentan recaídas más espaciadas con un promedio de 6 a 12 meses, mientras que el grupo de edad más joven (18 a 24 años) tiene una frecuencia de recaídas más estrecha ya que se ubican en un periodo de 1 a 2 meses. Este punto será retomado en la discusión puesto que debe tenerse en cuenta que el grupo de pacientes más jóvenes, en su mayoría sólo había tenido dos hospitalizaciones y por lo tanto una sola recaída.

A continuación se presentan los análisis multivariados para los indicadores clínicos en función del sexo y el estado civil. Los resultados indican que cada variable por separado no mostró ningún efecto sobre los indicadores clínicos. Sin embargo, la interacción entre estado civil y sexo sí muestra un efecto a nivel del 0,05 ($F=3,73$) ($\eta^2=0,16$) de acuerdo con la Raíz Mayor de Roy.

Cabe decir que, mientras para las mujeres el estar casadas representa un factor protector, ya que presentan menor estancia hospitalaria (9 días), en los hombres casados y solteros no se da esta condición ya que muestran mayor estancia hospitalaria (17 y 15 días, respectivamente).

Por su parte, en cuanto al número de hospitalizaciones previas es de indicar que los hombres casados y las mujeres separadas registran un mayor número de ingresos. Ahora, aunque en el

último año se mantiene la tendencia indicada anteriormente para el caso de los hombres casados, las mujeres casadas tuvieron menos hospitalizaciones durante este mismo lapso de tiempo.

Por su parte, con respecto a la frecuencia de las recaídas se observó un menor espaciamiento en los hombres separados y las mujeres en unión libre, mientras que los hombres casados presentaron un mayor distanciamiento de las mismas.

De otro lado, con respecto a las variables de adherencia al tratamiento se indica que en cuanto al consumo de medicamentos y la asistencia a los controles se observó que los hombres casados manifiestan un consumo y una asistencia regular de los mismos lo cual podría contradecirse con el dato de historias de hospitalización. Este asunto será retomado en la discusión. Con respecto a las mujeres se observa que, con independencia del estado civil se reportó comportamiento de adherencia sólo durante la crisis.

De otro lado, el nivel educativo no mostró ningún efecto sobre los indicadores clínicos, sin embargo, se observó que la mayor estancia hospitalaria fue para los sujetos con estudios universitarios concluidos.

En cuanto a las hospitalizaciones previas se evidenció que las personas con primaria incompleta fueron quienes manifestaron un mayor número. Por su parte, los sujetos con escolaridad de primaria completa y Universitarios graduados fueron quienes reportaron menor número de hospitalizaciones (tanto previas como las del último año). De igual forma, muestra que los sujetos con primaria completa registraban un menor número de hospitalizaciones ya que se encontraban en la primera. Por su parte, se observa que el resto de niveles educativos presentó altas frecuencias en las recaídas (1-2 meses).

Con relación al consumo de medicamentos se halló que las personas con primaria completa, no registraban historia previa de consumo de medicamentos ya que como se indicó previamente, se encontraban en su primera hospitalización y no habían sido medicados con anterioridad. De forma general, con independencia del nivel educativo, el consumo de los medicamentos no da cuenta de un comportamiento de adherencia, pues sólo se consume esporádicamente o en crisis. Este mismo comportamiento se observa en relación con la asistencia a los controles psicológicos y/o psiquiátricos.

En lo referente a la ocupación no se observó ningún efecto sobre los indicadores clínicos, no obstante, las personas independientes y los desempleados fueron quienes presentaron los picos más altos con respecto al tiempo de estancia hospitalaria (12 días). Las personas que

manifestaron trabajar en su propia empresa fueron quienes registraron mayor número de hospitalizaciones, seguido por los participantes que tenían como ocupación “otros trabajos”.

De la misma manera, se pudo observar que los trabajadores activos en su propia empresa, las amas de casa y aquellos que conformaban la categoría de otros trabajos fueron quienes en su historia clínica reportaron más hospitalizaciones en el último año.

Así mismo, los Trabajadores activos en su propia empresa tuvieron mayor espaciamiento en la frecuencia de las recaídas (de 3 a 5 meses). Por su parte, los estudiantes universitarios y las amas de casa fueron quienes reportaron menor espaciamiento entre las mismas (de 1 a 30 días). También, se observó que los jubilados inactivos pasaban por su primera hospitalización.

Con referencia a un mejor comportamiento de adherencia a tratamiento, las personas jubiladas inactivas fueron quienes obtuvieron puntajes más altos, en cambio las personas dedicadas a Otros trabajos, los estudiantes universitarios y las Ama de casa fueron las que presentaron menos adherencia, reportando que sólo lo hacen durante las crisis. En la línea de lo anterior aparecen los datos de asistencia a los controles psicológicos y psiquiátricos.

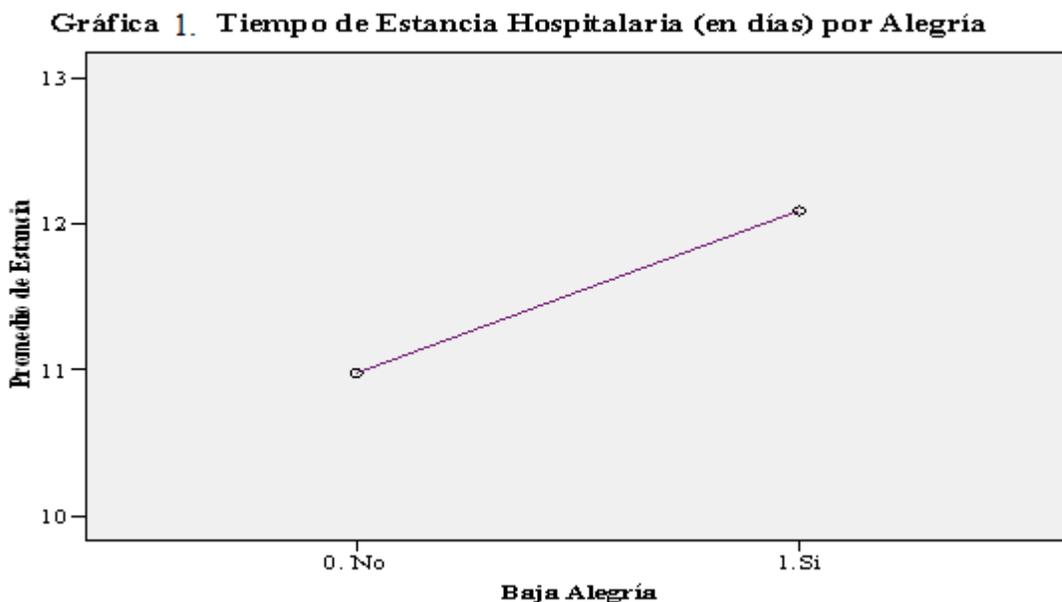
Ahora bien, en cuanto a la relación de los diagnósticos asignados por psiquiatría y los indicadores clínicos, hay un efecto medido a través de la Raíz Mayor de Roy para las variables: tiempo de estancia hospitalaria ($F=2,96$) ($\eta^2=0,33$) $p < 0,05$; de la misma manera para la variable Consumo de medicamentos ($F=3,32$) ($\eta^2=0,35$) $p < 0,05$; y para la variable Asistencia a controles psicológicos-psiquiátricos ($F=5,72$) ($\eta^2=0,35$). De acuerdo con lo anterior, se observó que la estancia hospitalaria fue mayor en pacientes diagnosticados con Trastorno Bipolar I, episodio más reciente depresivo grave sin síntomas psicóticos, Trastorno Bipolar I, episodio más reciente maniaco grave sin síntomas psicóticos, Trastorno Bipolar II y Trastorno Depresivo Mayor recidivante grave sin síntomas psicóticos. Aquellos que registraron menor estancia fueron los pacientes diagnosticados con Trastorno Depresivo Mayor episodio único moderado.

En cuanto al número de hospitalizaciones, se encontró que quienes han tenido un mayor promedio han sido los pacientes diagnosticados con Trastorno Bipolar I, episodio más reciente depresivo grave sin síntomas psicóticos y Trastorno Bipolar I, episodio más reciente mixto grave sin síntomas psicóticos. Quienes reportaron un menor número fueron los participantes diagnosticados con Trastorno Depresivo Mayor no especificado.

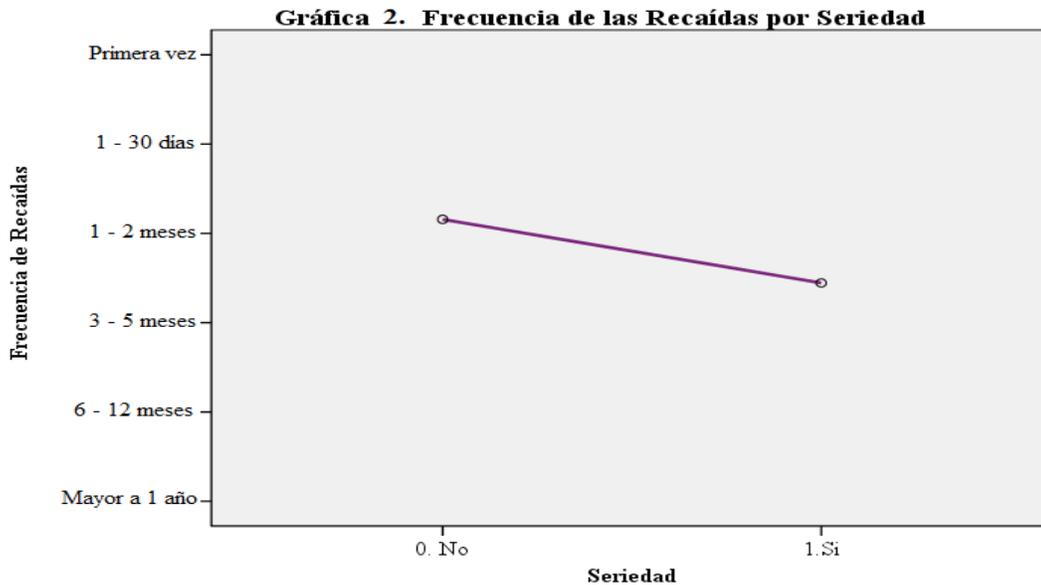
Los pacientes con Trastorno Bipolar I, episodio más reciente maniaco grave sin síntomas psicóticos, Trastorno Bipolar I, episodio más reciente depresivo grave sin síntomas psicóticos y Trastorno Bipolar I, episodio más reciente mixto grave sin síntomas psicóticos fueron quienes más hospitalizaciones reportaron en el último año.

En la línea de lo anterior, se observó que aquellas personas diagnosticadas con Trastorno Bipolar II tienen un mayor espaciamiento entre recaídas (mayor a un año) mientras que las diagnosticadas con Trastorno Depresivo no especificado reportaron un menor espaciamiento entre las mismas (de 1 a 30 días). En cuanto a la adherencia al tratamiento, se observó que los sujetos diagnosticados no reportaron una adecuada comportamiento.

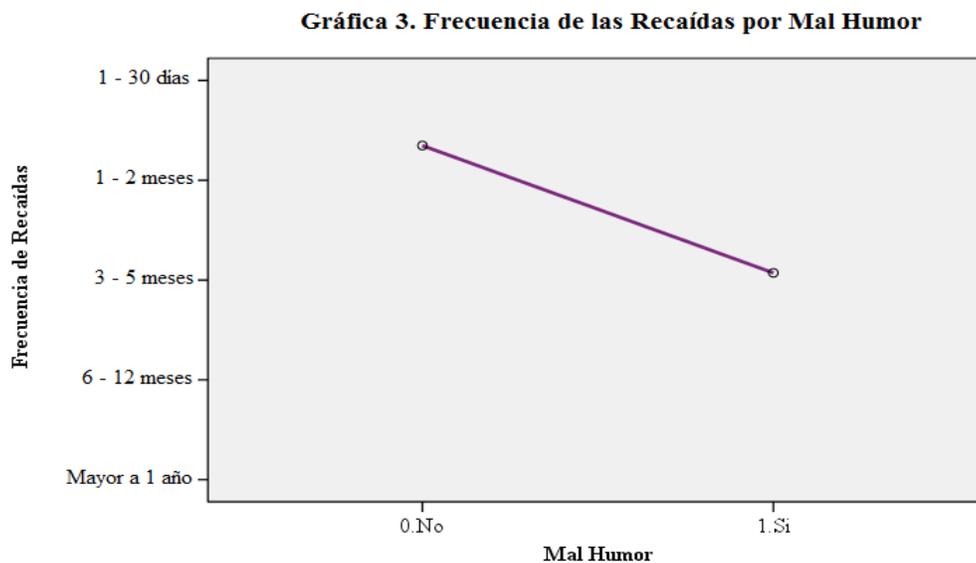
Finalmente, con respecto a las variables psicológicas evaluadas, se presentan a continuación aquellas que arrojaron diferencias notorias en relación con alguno de los indicadores clínicos. Así, en la gráfica 1 se observa que la faceta de Alegría del STCI-T, muestra que las personas que puntuaron bajo en alegría, tuvieron mayor estancia hospitalaria.



Ahora bien, con respecto a la faceta de Seriedad se observó que en la variable de frecuencia de recaídas los sujetos que no puntuaron en esta escala tuvieron menor espaciamiento (1-2 meses).



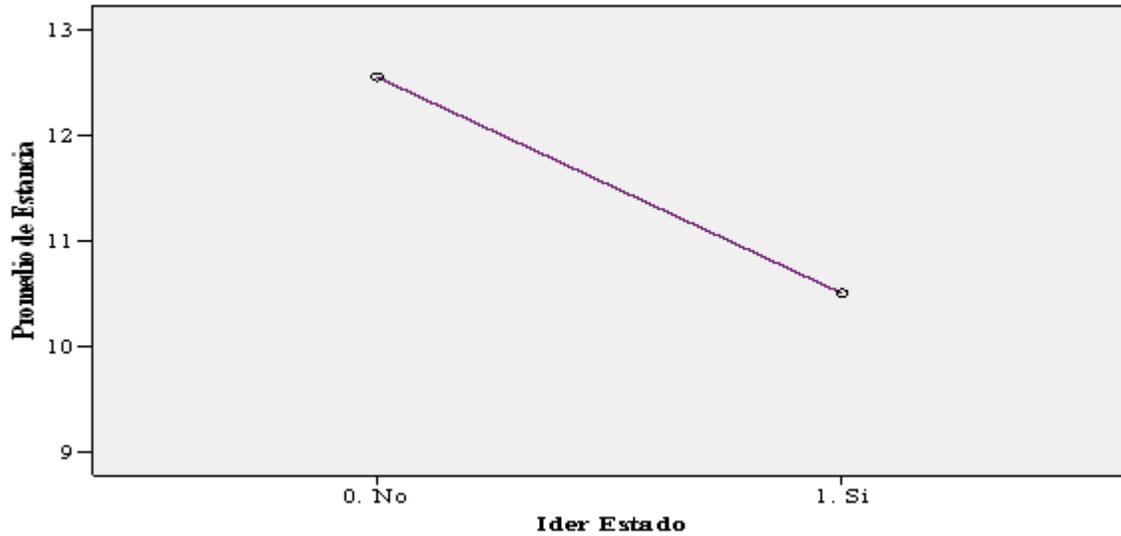
Con respecto a la variable de frecuencia en las recaídas, en la faceta de Mal Humor se muestra que a mayor puntuación en mal humor mayor espaciamiento en las recaídas (entre 3 y 5 meses). En los demás indicadores clínicos no se observaron diferencias con respecto a presentar o no mal humor.



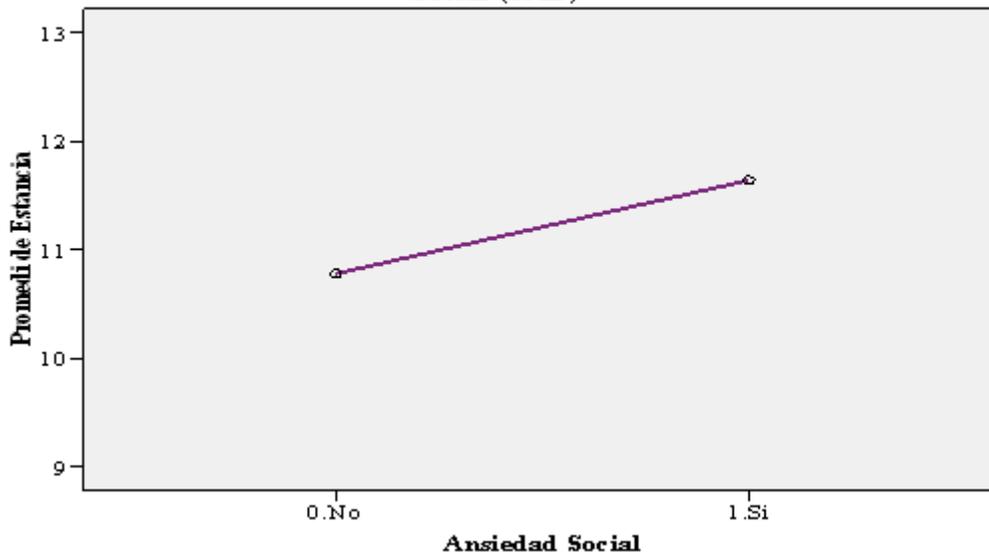
Por su parte, con respecto a las pruebas de depresión, en la gráfica 4 se observa que los sujetos que puntuaron alto en Depresión Estado, tuvieron una estancia hospitalaria más corta que el resto de la muestra. Sin embargo, en la gráfica 5 con la Escala de Evitación y Ansiedad Social (SAD) ocurre algo diferente y es que al relacionarla con los indicadores clínicos, aquellos

que puntuaron alto en dicha prueba mostraron una estancia hospitalaria ligeramente más prolongada.

Gráfica 4. Tiempo de Estancia Hospitalaria (en días) por Ider Estado

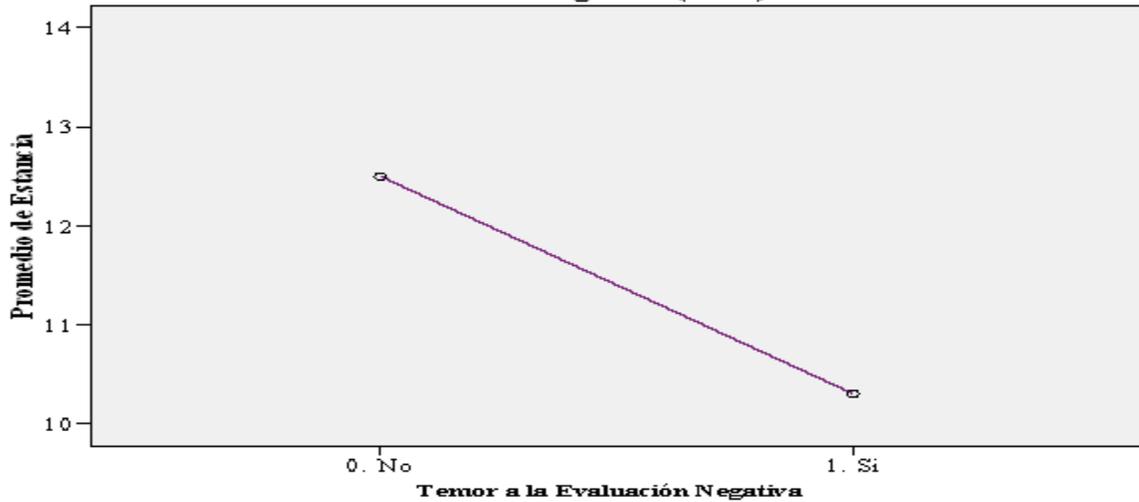


Gráfica 5. Tiempo de Estancia Hospitalaria (en días) por Ansiedad Social (SAD)



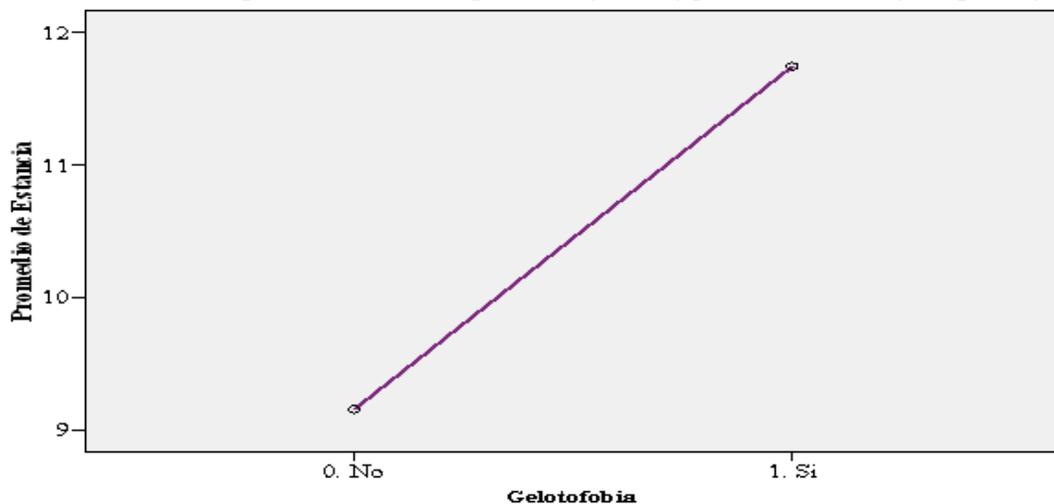
En el gráfico 6 se aprecia el resultado de la escala de Temor a la Evaluación Negativa (FNE) en relación con los indicadores clínicos, la cual muestra que aquellos que no obtuvieron altas puntuaciones en dicha escala tuvieron una estancia hospitalaria más prolongada.

Gráfica 6. Tiempo de Estancia Hospitalaria (en días) por Temor a la Evaluación Negativa (FNE)

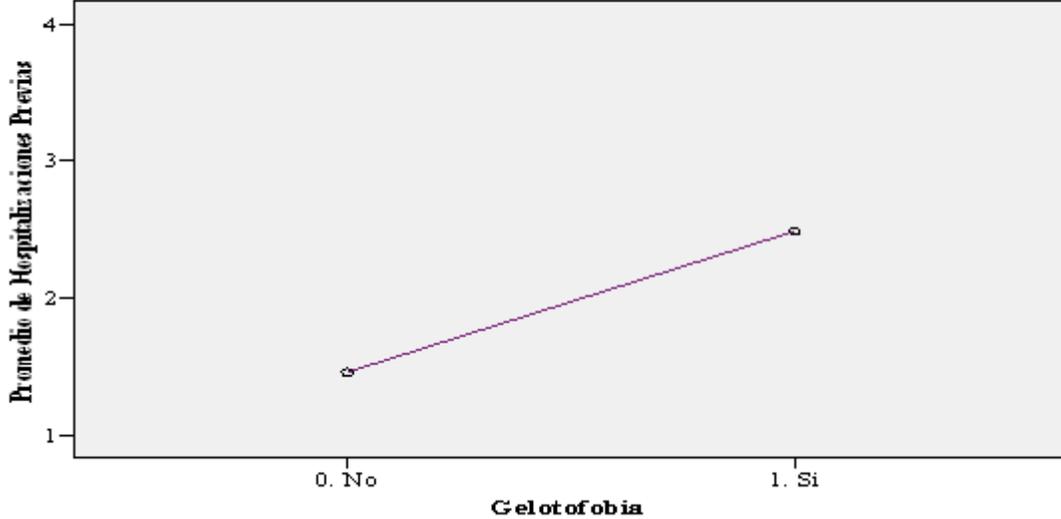


En cuanto al Cuestionario de Gelotofobia, (GELOPH 15) hay un efecto medido a través de la Raíz Mayor de Roy para las variables de frecuencia de recaídas ($F=5,3$) ($\eta^2 = 0,68$) $p < 0,05$; de la misma manera para la variable de consumo de medicamentos ($F= 4,9$) ($\eta^2 = 0,62$) $p < 0,05$; y para la variable de asistencia a controles psicológicos y psiquiátricos ($F=5,1$) ($\eta^2 = 0,65$) $p < 0,05$. En relación con los indicadores clínicos se encontró en las gráficas 7 y 8, que los pacientes que obtuvieron puntuaciones altas registraron estancia hospitalaria más prolongada además de mayor número de hospitalizaciones.

Gráfica 7. Tiempo de Estancia Hospitalaria (en días) por Gelotofobia (Geloph- 15)

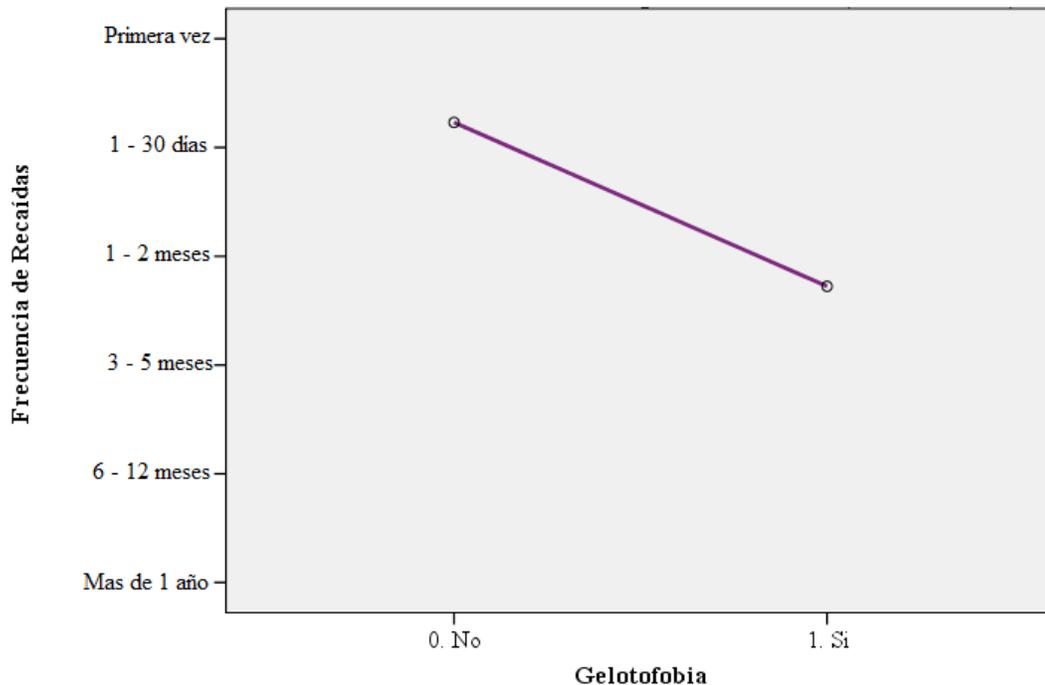


Gráfica 8. Historia de Hospitalizaciones Previas (cuántas) por Gelotofobia (GELOPH-15)



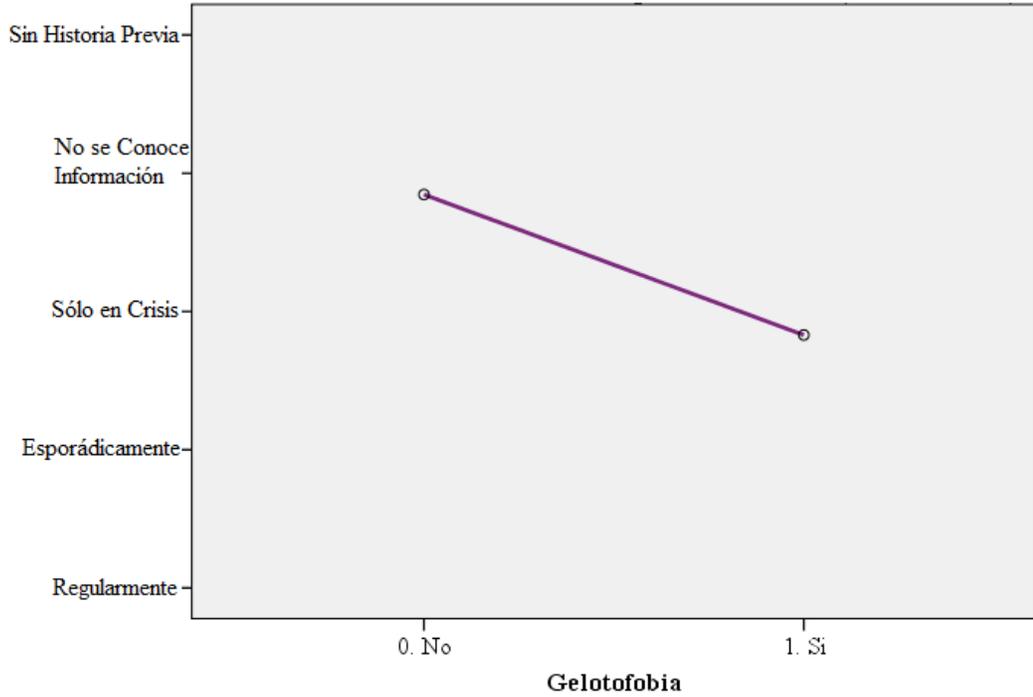
En línea con lo anterior, en la gráfica 9, se puede observar que aquellas personas que no obtuvieron puntuaciones altas en Gelotofobia registraron un menor espaciamiento en frecuencia de las recaídas (de 1 a 30 días).

Gráfica 9. Frecuencia de Recaídas por Gelotofobia (GELOPH-15)



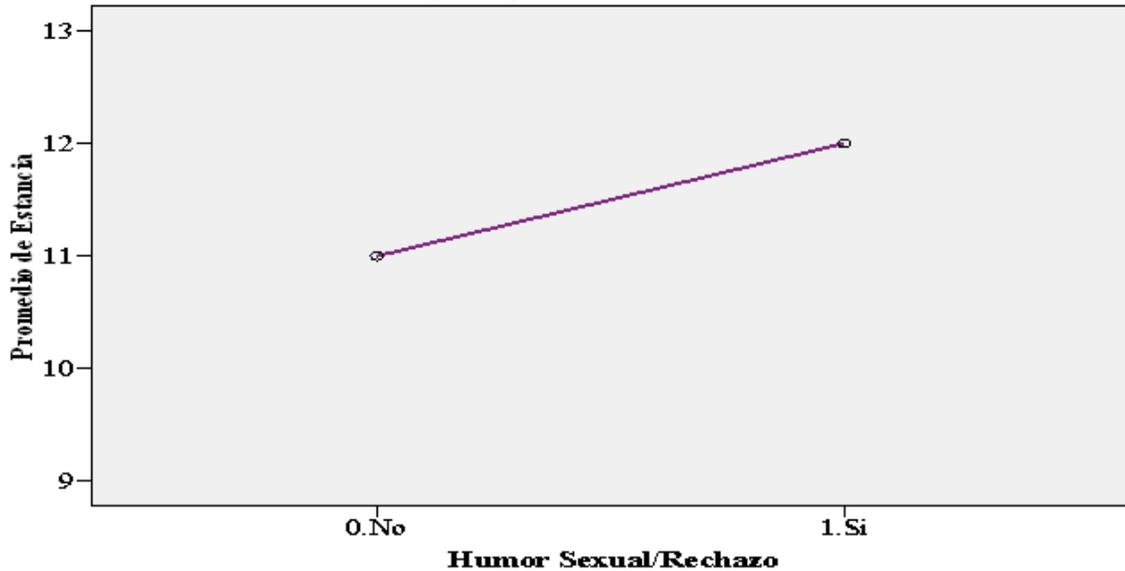
Por su parte, se observa que los pacientes que puntuaron alto en Gelotofobia tendían a consumir el medicamento y a asistir a controles de psicología-psiquiatría únicamente cuando se encuentran en crisis (gráficas 10).

Gráfica 10. Adherencia al Tratamiento (Consumo de Medicamentos/ Asistencia a Controles) por Gelotofobia (GELOPH-15)



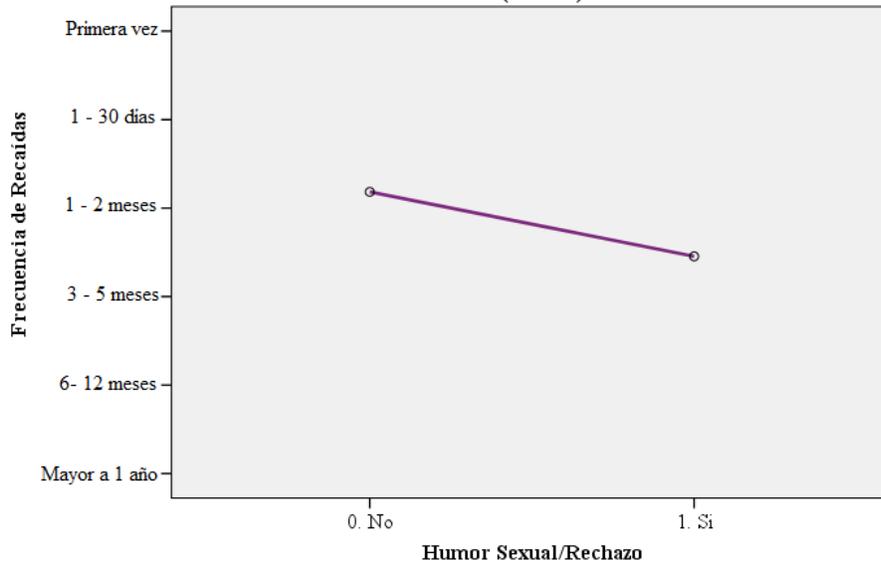
Por último, al relacionar los indicadores clínicos con la Escala de Apreciación del humor (EAHU) se encuentra que aquellos que manifestaron rechazo frente al Humor Sexual registraron mayor tiempo de estancia (gráfica 11).

Gráfica 11. Tiempo de Estancia Hospitalaria (en días) por Escala de Apreciación del Humor (EAHU) Humor Sexual

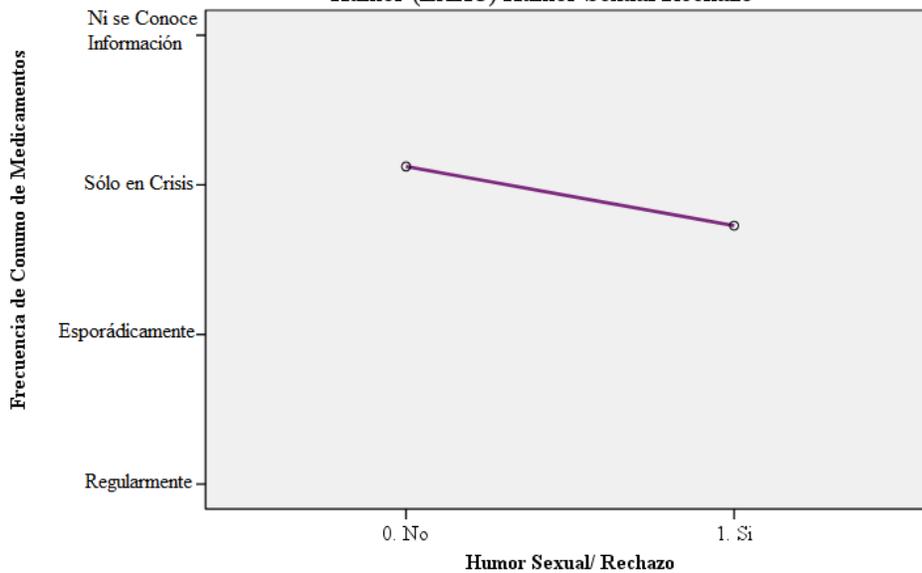


En la gráfica 12, se encuentra que aquellos que manifestaron rechazo frente al Humor Sexual registraron un mayor espaciamiento en las recaídas. Con respecto a la adherencia al tratamiento (gráfica 13) se observó que los sujetos que no puntuaron en el rechazo al humor sexual asisten a consulta y se toman el medicamento sólo cuando se presenta la crisis.

Gráfica 12. Frecuencia de Recaídas por Escala de Apreciación Humor Escala (EAHU)

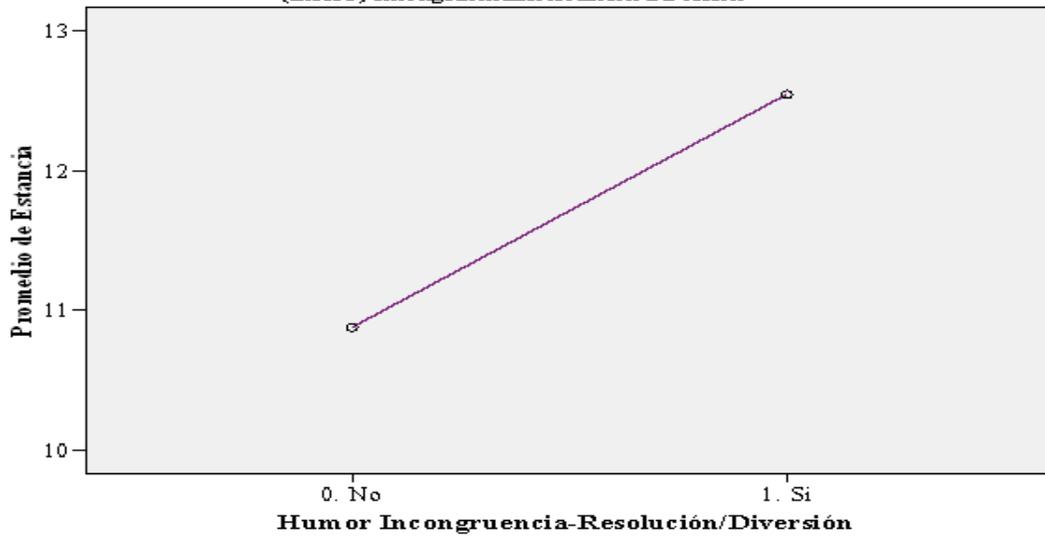


Gráfica 13. Consumo de Medicamentos por Escala de Apreciación del Humor (EAHU) Humor Sexual Rechazo

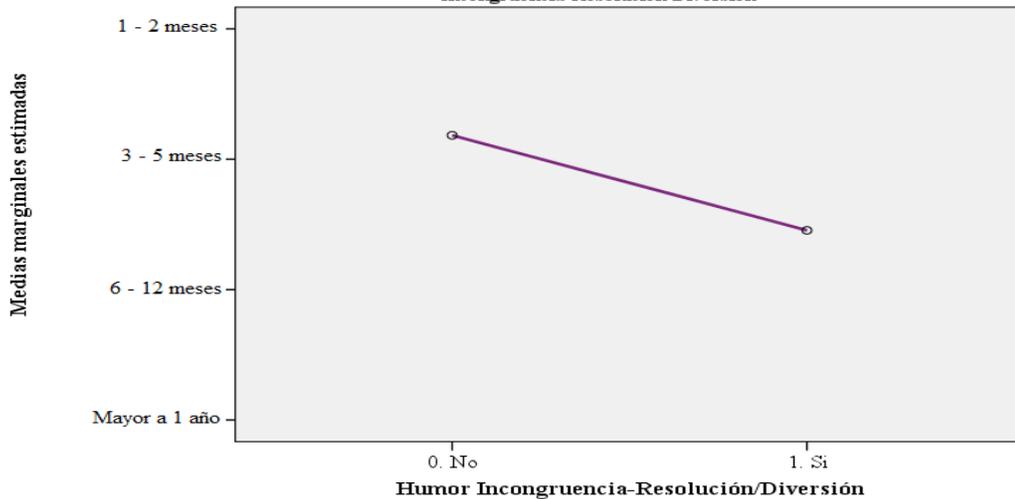


Ahora bien, con respecto al Humor Incongruencia-Resolución, hay un efecto medido a través de la Raíz Mayor de Roy para la variable de frecuencia de recaídas ($F=4,6$) ($\eta^2 = 0,58$) $p < 0,05$. En la gráfica 14, se muestra que aquellas personas que puntuaron alto para diversión registraron un tiempo más prolongado de estancia hospitalaria. Frente a este tipo de humor, los pacientes que obtuvieron altas puntuaciones en diversión, reportaron un mayor tiempo de estancia hospitalaria. Por el contrario, en la gráfica 15, con respecto a las frecuencias de recaídas, los sujetos que no puntuaron en diversión en humor de incongruencia-resolución tienen un espaciamiento entre 3 y 5 meses en sus recaídas.

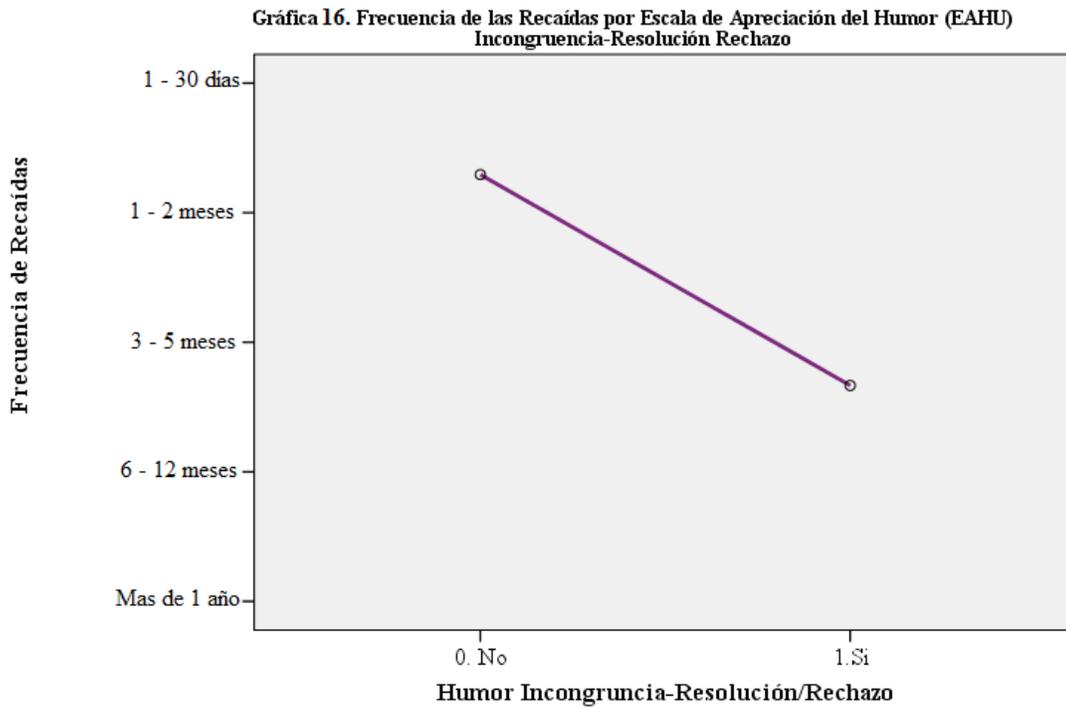
Gráfica 14. Tiempo de Estancia Hospitalaria (en días) por Escala de Apreciación del Humor (EAHU) Incongruencia-Resolución Diversión



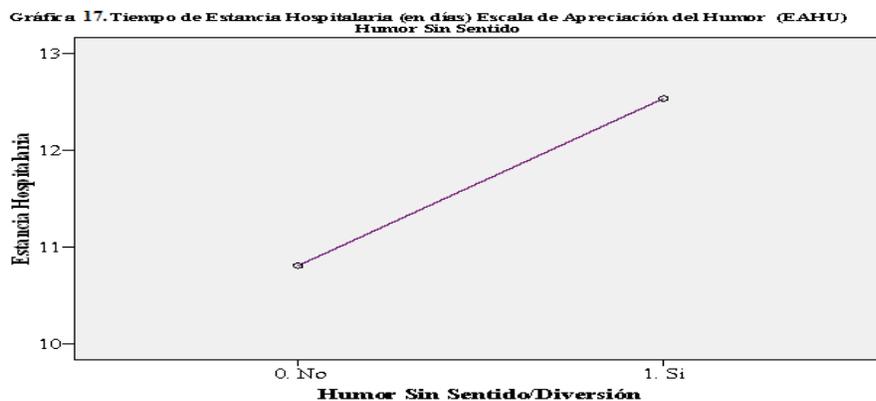
Gráfica 15. Frecuencia de Recaídas por Escala de Apreciación del Humor (EAHU) Incongruencia-Resolución Diversión



Ahora bien en la gráfica 16, se observó que en cuanto al rechazo obtenido en los estímulos humorísticos que hacían referencia al humor incongruencia-resolución, las personas que no puntuaron manifestaron menor espaciamiento entre las recaídas.

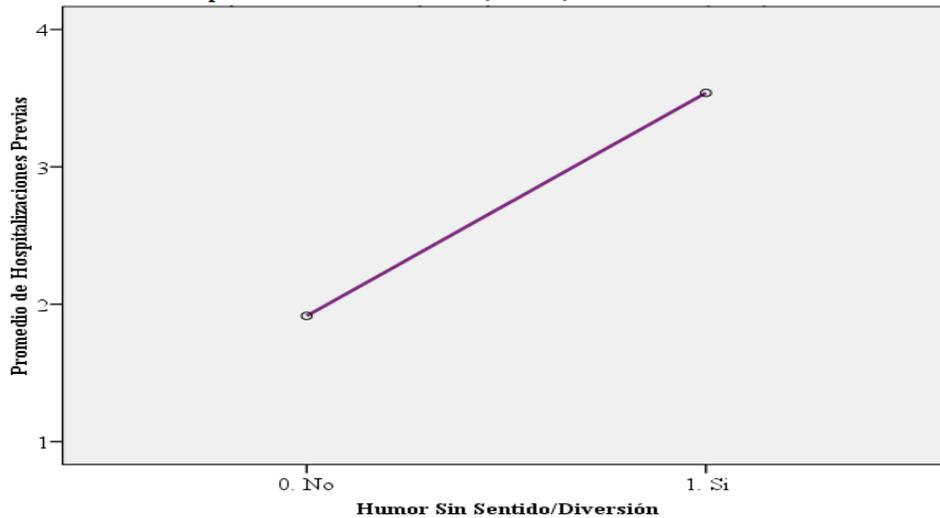


Por otra parte, con respecto al Humor Sin Sentido Diversión, hay un efecto medido a través de la Raíz Mayor de Roy para la variable de hospitalizaciones previas ($F=4,09$) (eta cuadrado = 0,50) $p < 0,05$. En la gráfica 17 se observa que aquellos pacientes que percibieron como divertido el humor sin sentido, registraron mayor tiempo de estancia hospitalaria.

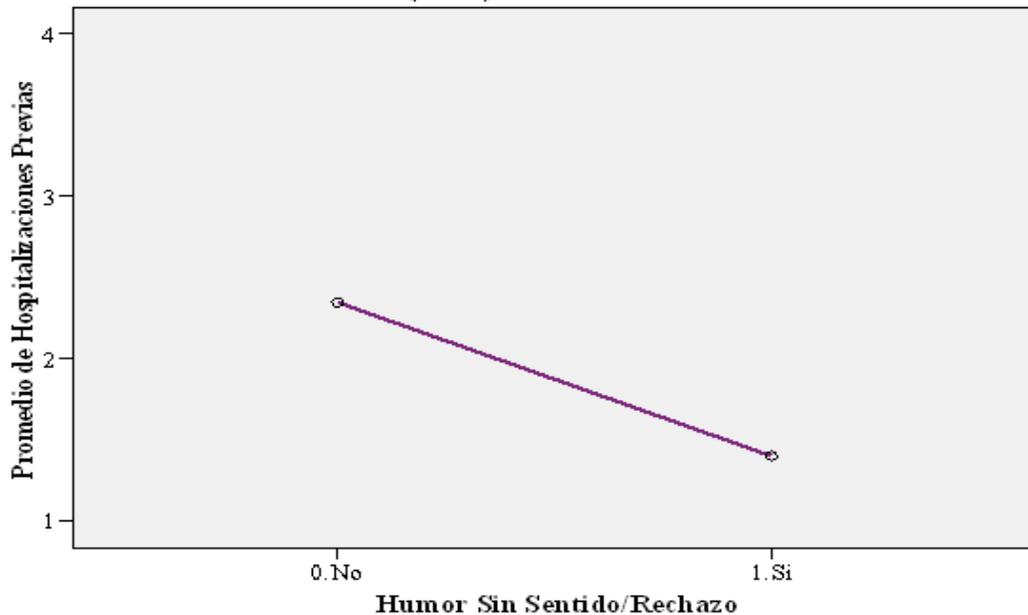


Así mismo, se observó una similitud entre las gráficas 17 y 18 ya que como se puede observar, los pacientes que obtuvieron puntuaciones altas en diversión en humor sin sentido también registraron mayor número de hospitalizaciones previas. En cambio en la gráfica 19 se muestra que las personas que no puntuaron en el rechazo al humor sin sentido tuvieron más hospitalizaciones previas.

Gráfica 18. Historia de Hospitalizaciones Previas (cuántas) por Escala de Apreciación del Humor (EAHU) Humor Sin Sentido

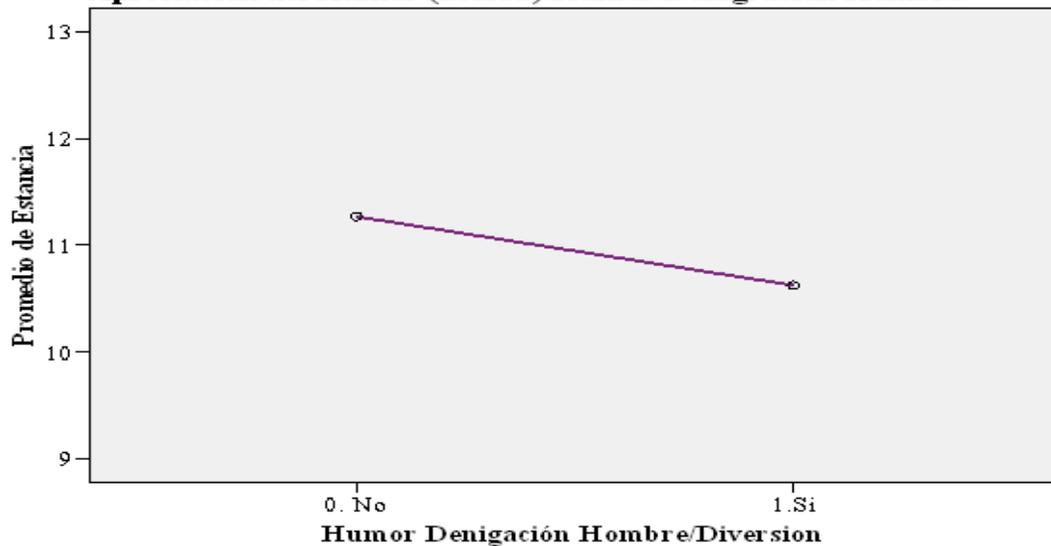


Gráfica 19. Historia de Hospitalizaciones Previas (cuántas) por Escala de Apreciación del Humor (EAHU) Humor Sin Sentido

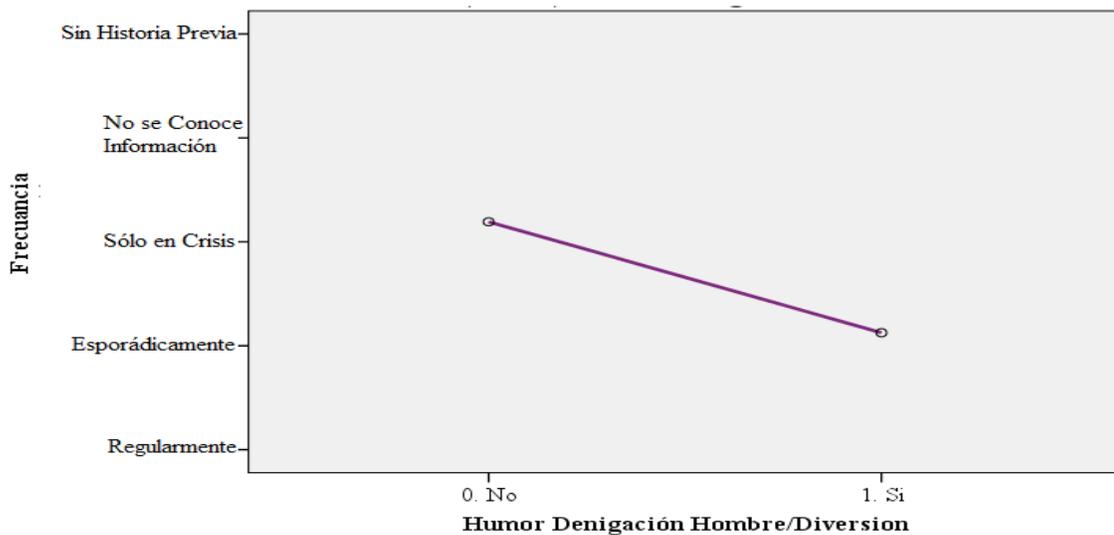


Ahora bien, en cuanto a la diversión en el humor denigración hombre se encontró en la gráfica 20 que los sujetos que no puntuaron, tienen más estancia hospitalaria. En cuanto al consumo de medicamentos y asistencia a los controles (gráfica 21) se observa que aunque ninguno de los dos grupos tiene buena adherencia al tratamiento, los sujetos que si puntúan en diversión sobre humor denigración del hombre consumen medicamentos y asisten a sus controles esporádicamente.

Gráfica 20. Tiempo de Estancia Hospitalaria (en días) por Escala de Apreciación del Humor (EAHU) Humor Denigración Hombre

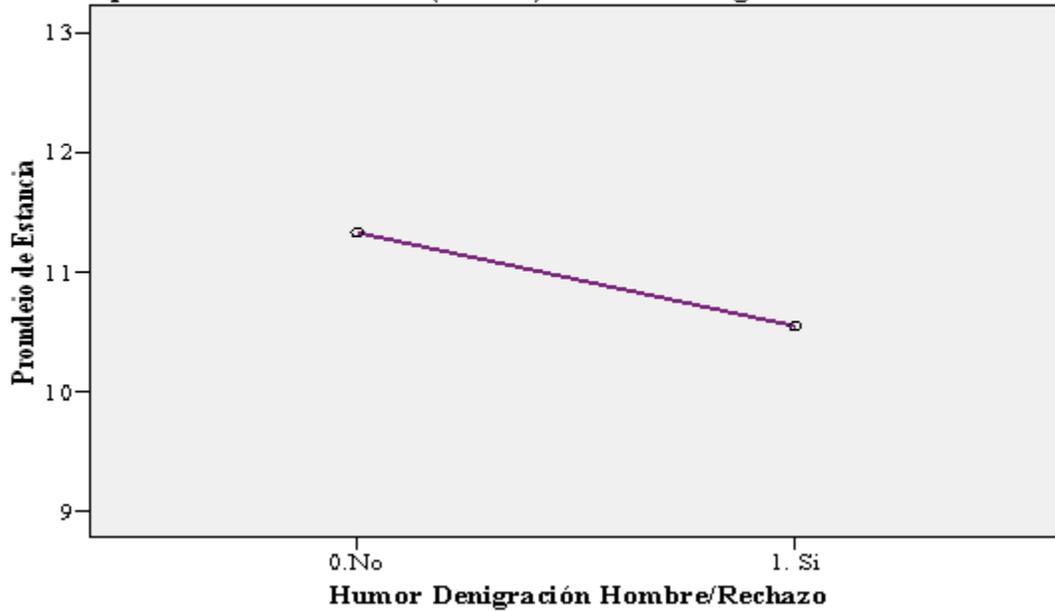


Gráfica 21. Adherencia al Tratamiento (Consumo de Medicamentos/ Asistencia a Controles) por Escala de Apreciación del Humor (EAHU) Humor Denigración Hombre

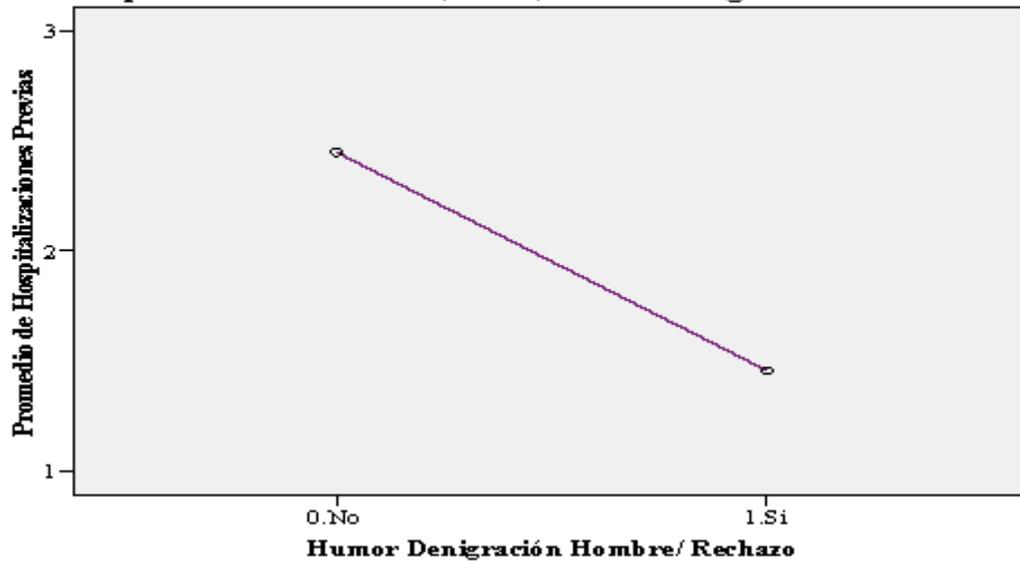


Con respecto a la estancia hospitalaria y al número de hospitalizaciones previas, se observa que las personas que manifestaron rechazo por el humor de denigración del hombre presentaron menor estancia hospitalaria y menor número de hospitalizaciones, que aquellos a quienes este tipo de humor, no les causó rechazo.

Gráfica 22. Tiempo de Estancia Hospitalaria (en días) por Escala de Apreciación del Humor (EAHU) Humor Denigración Hombre

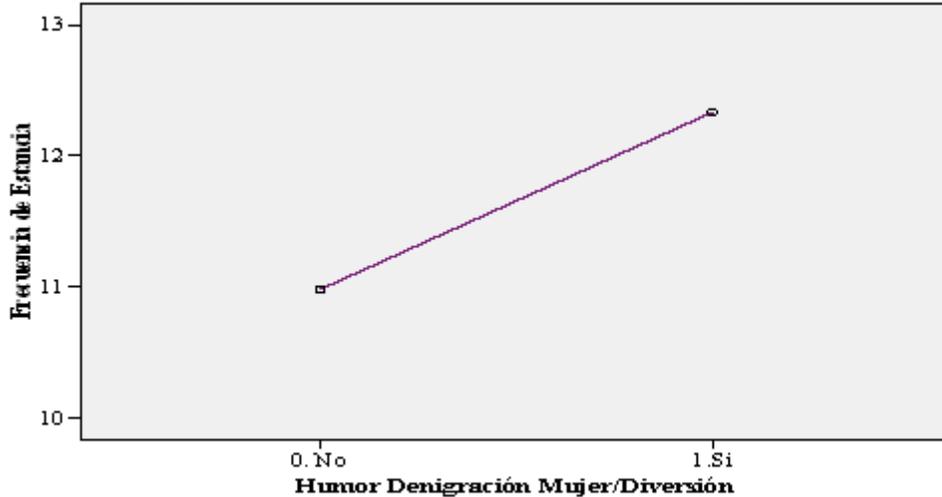


Gráfica 23. Historia de Hospitalizaciones Previas (cuántas) por Escala de Apreciación del Humor (EAHU) Humor Denigración Hombre



En lo referente al tiempo de estancia hospitalaria, los participantes que obtuvieron un alto puntaje en diversión frente al humor de denigración hacia la mujer fueron quienes reportaron un lapso de tiempo más prolongado.

Gráfica 24. Tiempo de Estancia Hospitalaria (en días) por Escala de Apreciación (EAHU) Humor Denigración Mujer



La gráfica 25, muestra que aquellos participantes que apreciaron como divertidos los estímulos humorísticos en los cuales se reflejaba la denigración hacia la mujer fueron quienes registraron mayor número de hospitalizaciones, lo cual va en la línea de lo indicado de manera precedente.

Gráfica 25. Historia de Hospitalizaciones Previas (cuántas) Por Escala de Apreciación del Humor (EAHU) Humor Denigración Mujer



7. Discusión

El objetivo del presente trabajo fue evaluar el sentido del humor en pacientes con trastornos del estado de ánimo y relacionar estos datos con indicadores clínicos como la duración de la estancia hospitalaria, los comportamientos de adherencia al tratamiento, el espaciamiento en las recaídas y el número de hospitalizaciones previas.

Las hipótesis planteadas iban en la dirección de que a mejor sentido del humor mejores indicadores clínicos y menor relación con variables psicológicas como la gelotofobia, la ansiedad social y el temor a la evaluación negativa.

Los resultados permiten observar que las variables sociodemográficas muestran relación con algunos de los indicadores clínicos, por ejemplo, a mayor edad mayor tiempo de estancia hospitalaria, mayor número de hospitalizaciones y más espaciamiento en las recaídas. En cuanto a esto último se puede afirmar que en las personas mayores los TEA tienen una mayor cronicidad mientras que en las personas más jóvenes, este tipo de trastorno se muestra de manera más aguda. Los datos del Ministerio de la Protección Social (2003) indicaron que las personas con mayor prevalencia de trastornos del estado de ánimo se encontraban entre los 25 y 40 años, sin embargo, en la presente muestra, la evidencia indica mayor prevalencia en las personas mayores de 40 años.

En cuanto a la adherencia al tratamiento, es de indicar que los datos mostraron que en su mayoría, los participantes del estudio presentaron bajos indicadores, lo cual, de acuerdo con la OMS (2004) se asocia con el aumento en la posibilidad de las recaídas y la cronificación de los trastornos. Es importante recordar que el indicador de consumo de medicamentos utilizado en el presente estudio fue el reporte de la historia clínica sobre el cubrimiento de la fórmula médica, además del autoreporte de los pacientes, esto representa una debilidad en el estudio ya que en rigor, cubrir la fórmula no es una garantía del consumo de los medicamentos, además, en el autoreporte, los pacientes suelen actuar bajo el principio de deseabilidad social y falsean la información sobre el tratamiento, por lo cual se hace necesario, de un lado, tomar con prudencia los datos aquí indicados y tener en consideración este aspecto para futuros estudios..

Ahora bien, al observar la incidencia del estado civil y el sexo sobre indicadores clínicos como la estancia hospitalaria y el número de hospitalizaciones en el último año, se encuentra que para las mujeres, el hecho de estar casadas se convierte en un factor protector, aspecto que no se comporta de la misma manera para los hombres casados y solteros. Por el contrario, según

análisis de literatura se ha encontrado que el hecho de convivir en pareja se convierte en un factor protector para los hombres pero no se da igual en las mujeres (Florido & Urrego, 2007), es decir los hallazgos presentes van en dirección opuesta a lo encontrado por autores como Florido y Urrego (2007). Lo anterior sí da cuenta de aquello que sucede en cuanto a la adherencia al tratamiento ya que, los hombres casados tienden a seguir las prescripciones médicas y a asistir a los controles de manera esporádica mientras que las mujeres, en general, lo hacen únicamente cuando se encuentran en crisis; esto confirma lo indicado por Montaner (2008) quien afirma que los hombres casados pueden llegar a tener mejor adherencia al tratamiento ya que las esposas pueden jugar un papel importante como cuidadoras efectivas, pero este mismo comportamiento no se da para el cuidado de sí mismas, aunque como ya se indicó, este aspecto puede estar sesgado por la deseabilidad social ya que, no se tiene el dato real del consumo.

Por otro lado, en cuanto al nivel educativo se halla que aunque las personas universitarias graduadas tienen un tiempo de estancia hospitalaria más prolongado, se logra apreciar que el número de hospitalizaciones, tanto anteriores como en el último año es menor. En contraparte, las personas que tenían primaria incompleta presentaron un mayor número de hospitalizaciones previas y mayor frecuencia de recaídas. Este fenómeno se puede explicar con lo que refieren Florido y Urrego (2007) y la OMS (2005) con respecto a las condiciones socioeconómicas desfavorables como la baja educación lo cual, genera emociones negativas disminuyendo la capacidad de respuesta y la motivación dando como resultado trastornos como la depresión y la escasa adherencia a los tratamientos. Esto también se aplica para las personas desempleadas las cuales también presentaron una mayor estancia hospitalaria.

De acuerdo con la categoría de Ocupación se observa que los Jubilados son quienes presentan un menor número de hospitalizaciones en el último año y a su vez, mejor adherencia a tratamiento (tanto en consumo de medicamentos como en asistencia a controles de psicología-psiquiatría). Lo anterior pudo haberse generado debido a que muchos de estos pacientes reportaron encontrarse en la primera hospitalización. Por su parte, las amas de casa reportaron comportamientos de adherencia al tratamiento menos adecuados ya que sólo lo hacían durante las crisis. Piccineli y Wildinson (2000 citados por Agudelo, 2005) refuerzan la idea de que el matrimonio es generador de estrés para las mujeres, además de que, la confluencia de los distintos aspectos que rodean al ser humano afecta su salud mental tanto de manera positiva como negativa.

Según la relación entre los diagnósticos asignados por psiquiatría y los indicadores clínicos se encuentra que los participantes con trastornos bipolares I y II fueron quienes tuvieron mayor estancia hospitalaria, y mayor número de hospitalizaciones (tanto previas como en el último año). En cuanto a la adherencia al tratamiento, los pacientes menos adherentes fueron los que tenían trastorno bipolar I episodio más reciente depresivo grave sin síntomas psicóticos y el trastorno bipolar I episodio más reciente maniaco grave sin síntomas psicóticos. Cameron y Gregor (1987) afirman que en las enfermedades crónicas, el comportamiento de adherencia al tratamiento es más pobre que en las enfermedades agudas, lo cual refuerza lo encontrado en la muestra en cuanto a los trastornos y la historia de los mismos.

Para el análisis de la relación entre los indicadores clínicos y las diferentes pruebas aplicadas se encontró que las personas con bajo rasgo de alegría registraron un mayor lapso de tiempo de hospitalización. Ruch y Köhler (1998) proponen para la alegría unas subescalas, las cuales contienen aspectos como la predominancia por la afectividad alegre, un umbral bajo para la sonrisa y la risa, una visión serena de las adversidades, un amplio rango de estímulos que producen alegría y unos estilos de interacción alegre. Retomando la idea anterior se puede concluir que estas personas, al reportar puntuaciones bajas en alegría, sus indicadores clínicos se afectaron negativamente. Ahora bien, Butler (2005) y Hernández (2009) mencionan aquellos beneficios que producen los estados de alegría, destacando la reducción de hormonas de estrés y la producción de sensaciones de bienestar. De igual forma, Kirsh y Kuiper (2003) refieren que estos beneficios no se dan únicamente a nivel individual sino que también, a nivel social, ayuda a relacionarse de una manera más adecuada con los demás y con sí mismo, esto explicaría su función como factor protector frente a los sucesos estresantes, dadas las bajas puntuaciones en la presente muestra se indica la ausencia de este factor protector y se confirma la hipótesis que indica que la ausencia de sentido del humor, y en este caso, la ausencia de alegría como base temperamental del mismo, se asocia con peores indicadores clínicos.

En cuanto a los resultados de las subescalas de Seriedad y Mal humor del STCI-T se encontró que ambas se comportaron de manera similar frente a la frecuencia de las recaídas reportando espaciamientos de las mismas entre 3 y 5 meses cuando se obtuvieron altas puntuaciones en estas subescalas. Como se mencionó en el marco teórico, el mal humor está compuesto de 5 facetas pero para lo que concierne a este apartado es de resaltar que aquellas personas en las que predomina una base temperamental de este tipo, existe la dificultad para

disfrutar o mostrar alegría además de predominar un estado de ánimo negativo (tristeza, abatimiento, etc.) (MH2); el experimentar constantemente sensaciones y emociones negativas hace que el espaciamiento entre las crisis (ampliamente relacionadas con las recaídas) sea más estrecho. Es de recordar que en el contexto colombiano se suele identificar la actitud seria frente a la vida como sinónimo de mal humor, de ahí que estas puntuaciones sean similares en la muestra. Nuevamente, estos datos apuntan en la dirección de las hipótesis propuestas.

En cuanto al SAD, se observó que aquellos que puntuaron alto en esta prueba tuvieron un tiempo de estancia hospitalaria más prolongado. En la ansiedad social existe una preocupación constante hacia ser percibido en circunstancias que el mismo sujeto juzga como vergonzosas y/o humillantes, como el hecho de padecer una enfermedad mental, lo que desencadena respuestas de estrés o comportamientos evitativos, pero, que al mismo tiempo, contribuyen a mantener el estado de ánimo negativo y por lo tanto a prolongar el tiempo de estancia y la respuesta al tratamiento.

Por otra parte, el 78,3% de la muestra presentó gelotofobia. Al relacionar los resultados de esta prueba (GELOPH 15) con los indicadores clínicos se encontró que quienes reportaron altas puntuaciones tenían un mayor tiempo de estancia hospitalaria y un espaciamiento entre las recaídas de entre 1 y 2 meses, aunque los que no puntuaron en esta variable tuvieron recaídas entre 1 y 30 días. En los sujetos que padecen de gelotofobia, la asociación de que una persona se ría con la idea de que se están burlando de ellos genera la sensación de que han hecho o dicho algo que los pone en vergüenza y por lo tanto, consideran el acontecimiento como un ataque personal (Titze, 2008), esto se asocia con una actitud seria y malhumorada, e incluso con condiciones de la personalidad que dificultan la apreciación de los estímulos humorísticos, además de afectar de manera negativa la vida social de quienes la padecen.

En la línea de lo anterior, es de resaltar la alta comorbilidad que tienen los trastornos del estado de ánimo y los trastornos de ansiedad debido a que su sintomatología es similar lo cual ha dificultado la tarea de diagnóstico. En el presente estudio se da este mismo fenómeno ya que como se pudo observar, el 50% de los pacientes puntuaron en Trastorno de Ansiedad Generalizada. Como indica Valle (2002), es frecuente encontrar entre los síntomas depresivos rumiaciones obsesivas, ansiedad, preocupaciones somáticas y fobias, además de una alta influencia de las características de personalidad en la aparición de las respuestas y la sintomatología depresiva (Agudelo, Spielberger & Buela-Casal, 2007).

Ahora bien, el humor se ha definido como un constructo multidimensional compuesto por varios tipos los cuales repercuten de manera distinta en la salud del ser humano. Estos se clasifican así: humor negativo (aquel que no promueve la salud emocional) e incluye el humor sexual, el humor de denigración tanto hacia la mujer como hacia el hombre y el humor negro; y como humor positivo (aquel que brinda una visión positiva de las circunstancias) se encuentra el humor incongruencia-resolución y el humor sin sentido. Al observar los resultados, se puede apreciar que aquellas personas que obtuvieron altas puntuaciones en el humor de tipo Incongruencia/Resolución (diversión) registraron mayor tiempo de estancia hospitalaria, mientras que las personas que rechazaron este tipo de humor presentaron en la frecuencia de las recaídas, un menor espaciamiento (1-2 meses). En este punto es de indicar que la apreciación del humor requiere de ciertas condiciones de contexto y está afectada, a su vez por condiciones culturales, sin dejar de lado que trastornos como la fobia social (la cual afecta el establecimiento de relaciones sociales) también inciden en la capacidad para apreciar el humor, reírse, admitir la burla y la risa de los otros. Así, se observó en la muestra que, la valoración del nivel de diversión asociado con el chiste pasa por una valoración de su contenido, que si es juzgado favorablemente da lugar a la risa, pero si supone una carga moral negativa genera rechazo y los participantes lo juzgaron como poco divertido o sin gracia. Lo anterior es sustentado por Ruch, Köler y Van Thiriell (1996), los cuales afirman que si el estímulo humorístico no genera júbilo (por ejemplo, cuando el chiste se percibe de mal gusto), la alegría puede disminuir. Esto fue claro en el caso de las mujeres quienes mostraron mayor diversión pero menor rechazo con respecto a los chistes de denigración de la mujer, en cambio en los de denigración del hombre puntuaron más alto el nivel de rechazo. Este comportamiento claramente está influido por valores culturales relacionados con comportamientos sexistas que son mantenidos fundamentalmente por las mujeres y que condicionan su posibilidad de reconocer como humorísticos ciertos estímulos. Tampoco puede olvidarse que los pacientes estaban medicados y aunque se controló que tuvieran más de 3 días de hospitalización para disminuir el efecto inmediato del medicamento, muchos de ellos muestran indicadores de cierto nivel de alteración cognitiva lo cual puede tener efectos sobre el procesamiento de la información y por lo tanto, la apreciación del humor en los chistes que requieren un proceso mental más elaborado. De manera general se pudo constatar que los bajos niveles de alegría como disposición temperamental se asociaron con peores indicadores clínicos, ya que el humor es considerado como una estrategia efectiva de afrontamiento a

situaciones estresantes (Abel, 2002). De la misma manera, la psiconeuroinmunología apoya la idea anterior, además de afirmar que el sentido del humor cumple una función fundamental en los procesos de adaptación y manejo de la enfermedad tanto física como mental (Giglio, 2007). En la muestra se encontró que, el hecho de no puntuar en humor positivo afecta los indicadores clínicos como una baja conducta de adherencia la cual se relaciona directamente con incremento en las recaídas y cronificación del trastorno.

Por último, Cann y Etzel, (2008) muestran que el humor positivo puede asociarse con mejor afrontamiento en las situaciones de estrés que afectan la salud. En esta muestra queda confirmado que los bajos indicadores de rasgos temperamentales asociados con el humor, relacionan y explican los comportamientos de bajo cuidado frente a los trastornos mentales y su tratamiento.

Finalmente, la OMS estima que para dentro de 15 años la depresión será la segunda causa de discapacidad y pérdida de calidad de vida en todo el mundo (Caballero & Caballero, 2005). Es por esto que, es importante hacer uso del humor ya que como lo indican Carbelo y Jáuregui (2006), éste promueve el buen ánimo lo cual ayuda a sobrellevar una enfermedad o incluso a prevenir una depresión. Por tal motivo, es necesario implementar programas de promoción y prevención que enfatizan en los aspectos positivos que comprenden al ser humano.

8. Conclusiones

Al analizar las hipótesis planteadas se concluye que:

En general, se observa que la muestra presentó poca adherencia al tratamiento lo cual desencadena múltiples consecuencias dentro de las cuales se encuentra el aumento de la probabilidad de que los trastornos se cronifiquen, lo cual, para las entidades prestadoras de los servicios de salud, aumenta los costos asignados para el tratamiento de dichas patologías y mayor número de recaídas lo cual repercute de manera directa en el aumento de los reintegros.

Los estudios muestran que el sentido del humor influye de manera positiva, como estrategia de afrontamiento en la salud. En la presente muestra se observó que los pacientes con mejor disposición del humor y que demostraron preferencia por el humor de incongruencia resolución mostraron mayor espaciamiento en las recaídas, lo cual podría entenderse como un mejor manejo de la condición clínica.

En cuanto a las variables psicológicas se encontró que aquellas personas que tenían como base temperamental un estado de baja alegría, registraron mayor tiempo de estancia hospitalaria

lo cual, afirma que la alegría afecta dicho indicador clínico y que en general la capacidad para reír y valorar positivamente las situaciones se asocia con una estrategia activa y efectiva de afrontamiento

Finalmente, a pesar de que la muestra estuvo conformada predominantemente por mujeres, se encontró que existe más tolerancia hacia el humor en el cual se denigra a la mujer ya que este tipo de estímulos graciosos generaban mayor diversión, situación que no se dio para el caso de aquel humor donde se denigra al hombre ya que en este, se manifestó una posición de rechazo. En relación con los indicadores clínicos se encontró que este humor los afecta de manera negativa ya que se observó que aquellos que puntuaban alto en el humor de denigración hacia la mujer tenían mayor tiempo de estancia hospitalaria además de registrar mayor número de hospitalizaciones previas. Es por esto que la presente tesis apoya que el humor, al ser un constructo multidimensional, es afectado por distintos factores entre ellos, la cultura.

9. Recomendaciones

Se recomienda para futuros estudios tomar un indicador más preciso frente al consumo de fármacos, pues evidentemente, el cubrimiento de la fórmula médica, empleado en el presente estudio, no es en rigor un buen indicador de consumo de los mismos, como tampoco los autoreportes de los pacientes.

En la línea de lo anterior, es necesario un mayor control sobre la medicación y su efecto frente al desempeño cognitivo en la evaluación, ya que este puede verse afectado por dicha condición. En este sentido, es necesario tener cuidado con el alcance de los resultados pues al tratarse de pacientes medicados con diferentes esquemas de tratamiento, se pueden alterar los resultados en las pruebas por efecto de la modificación en la actividad cerebral consecuencia de la medicación. Aunque se trató de minimizar este efecto, excluyendo a los pacientes con terapia electroconvulsiva y evaluando sólo tres días después de haber sido ingresado, es un hecho que los tiempos de afectación de los medicamentos son variables y dependen de la sustancia administrada, de las características de los pacientes en cuanto a historia previa de medicación y respuesta orgánica a la misma.

Los resultados revelan que es necesario implementar programas de prevención y promoción en salud mental con el fin de que los sujetos tomen conciencia de la enfermedad y de la importancia de seguir las indicaciones médicas, ya que en la muestra evaluada se observó poca adherencia al tratamiento.

Es importante continuar con las investigaciones sobre el sentido del humor, conocer sus efectos sobre la salud física, psicológica y social del sujeto. Los datos aunque no son concluyentes, sí arrojan luces en la línea de lo indicado por la literatura y permitirían acercarse a la reformulación de los actuales tratamientos para introducir el uso de variables relacionadas con las emociones positivas.

Finalmente, es importante utilizar los hallazgos con el objetivo de incidir en la psicoeducación como una estrategia que ayuda a favorecer no sólo el conocimiento de las personas relacionado a sus trastornos, sino su responsabilidad sobre su manejo.

10. Referencias

- Abel, M. (2002). Humor, Stress and Coping Strategies. *Humor*, 15, 376.
- 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.
- Agudelo, D., Spielberger, C. & Buela- Casal, G. (2007). La Depresión: ¿ Un Trastorno Dimensional o Categorical?. *Salud Mental*, 30, 3, 20-28.
- Aitken, M. (2005). Protección de la salud mental de la población afectada por la violencia política. En G. Sánchez & C. Gómez (Comps.), *Una puerta hacia la paz. Paz y salud mental en Colombia* (p. 51-54). Colombia: Editorial Kimpres Ltda.
- Almeida-Filho, N., Mari, J., Coutinho, E., Franca, JF., Fernandes, J., Andreoli, SB. & Busnello, E. (1997). Brazilian multicentric study of psychiatric morbidity. *The British Journal of Psychiatry*, 171, 524-529.
- Álvarez, L. & Almeida, O. (2008). Actitudes hacia el trastorno mental y la búsqueda de ayuda psicológica profesional en un grupo de adultos intermedios de la ciudad de Bucaramanga. Tesis de grado obtenido no publicado. Universidad Autónoma de Bucaramanga, Colombia.
- American Psychiatric Association (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Barcelona: Masson.
- Amézquita, M., González, R. & Zuluaga, D. (2003). Prevalencia de la depresión, ansiedad y comportamiento suicida en la población estudiantil de pregrado de la Universidad de Caldas, año 2000. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 32, 4, 341-356.
- Arrivillaga, M., Cortés, C., Goicochea, V. & Lozano, T. (2008). Caracterización de la Depresión en Jóvenes Universitarios. *Universitas Psychologica*, 3, 17-23
- Asociacion Americana de Suicidiología. (2001). *Hechos Sobres Suicidio y Depresión*. Recuperado el 3 de Abril de 2010 de, <http://www.suicidology.org/pdf>
- Baena, A., Sandoval, M., Urbina, C., Juárez, N. & Villaseñor, S. (2005). Los Trastornos del Estado de Ánimo. *Revista Digital Unversitaria*, 6, 11, 1-14.
- Bakaikoa, M., Borell, D., Fernández, V. & Semis, R. (2008). Protocolo de tratamiento psicológico grupal en una Unidad del Dolor. *Apuntes de Psicología*, 26, 341-348.
- Battaglia, A., Dubini, A., Mannheimer, R. & Pancheri, P. (2004). Depression in the Italian community: epidemiology and socio-economic implications. *International Clinical Psychopharmacology*, 19, 135-142.
- Bebbington, P. (1998). Sex and Depresión. En Cambridge Journals. Recuperado el 12 de Agosto de 2010 en : <http://journals.cambridge.org/action/displayAbstract?fromPage=online&aid=25617>
- Becoña, E. & Lorenzo, M. (2001). Tratamientos Psicológicos eficaces para el Trastorno Bipolar. *Psicothema*, 13,515-530.
- Benjet, C., Borges, G., Medina- Mora, M., Fleiz-Bautista, C. & Zambrano-Ruiz, J. (2004). La Depresión con Inicio Temprano; Prevalencia, Curso natural y Latencia para buscar Tratamiento. *Salud Pública de México*, 46, 1-8.
- Billin, M. (2002). Freud and the language of humor. *The Psychologist*, 15, 452-453.
- Blazer, D., Kessler, R., McGonagle, K. & Swartz, M. (1994). The prevalence and distribution of major depression in national community sample: The national comorbidity survey. *American Journal of Psychiatry*, 151, 979-986.

- Bobes, J., Bascarán, M., Bousoño, M., García-Portilla, M. & Saiz, P. (2003). Trastorno de Ansiedad Social. *Salud Global*, 3, 6, 1-8.
- Boyle, G. & Joss-Reid, J. (2004). Relationship of humour to health: A psychometric investigation. *The British Journal of Health Psychology*, 9, 51-66.
- Caballero, F. & Caballero, L. (2005). Importancia de la prevención de recaídas y recurrencias de la depresión. *Salud Global*, 5, 1-8.
- Cann, A. & Etzel, K. (2008). Remembering and anticipating stressors: Positive personality mediates the relationship with sense of humor. *Humor: International Journal of Humor Research*, 2, 157-178.
- Carbelo, B. & Jáuregui, E. (2006). Emociones Positivas: Humor Positivo. *Papeles del Psicólogo*, 27, 10-25
- Carretero-Dios, H. (2005). *Sentido del Humor: construcción de la Escala de Apreciación del Humor, EAHU*. Tesis doctoral: Universidad de Granada.
- Carretero-Dios, H., Agudelo, D., Olave, C. & Gomez, G. (en prensa) Adaptación Colombiana del State-Trait-Cheerfulness-Inventory (STCI- T) de Ruch, Köhler, & Van Thriel, 1996.
- Carretero-Dios, H., Pérez, C., & Buela-Casal, G. (2005). Apreciación del humor y dimensiones básicas de personalidad: evidencias externas de validez de la Escala de Apreciación del Humor, EAHU. *Análisis y Modificación de Conducta*, 31, 348-376.
- Carretero-Dios, H., Pérez, C. & Buela-Casal, G. (2006). Dimensiones de la apreciación del humor. *Psicothema*, 18, 465-470.
- Carretero-Dios, 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.
- Carro, T., Sierra, J., Hernández, M., Ladrón, E. & Antolín, E. (2000). Trastornos de Estado de Ánimo en el postparto. *Medicina general*, 24, 452-456.
- Casullo, M. & Fernández, M. (2006). Las propuesta de la psicología positiva ¿Universales psicológicos o particulares de una visión cultural?. *Anuario de Investigaciones*, 14, 262.
- Cecen, A.R. (2007). Humor styles in predicting loneliness among Turkish university students. *Social Behavior and Personality*, 35, 835-843.
- Chavez, L. & Castaño, C. (2008). Validación de las Escalas de Evitación, Ansiedad Social y Temor a la Evaluación Negativa en Población Colombiana. *Acta Colombiana de Psicología*, 11, 2, 65-67.
- Contreras, F., Esguerra, G., Espinosa, J., Guitiérrez, C. & Fajardo, L. (2006). Calidad de vida y adhesión al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. *Universitas Psychologica*, 5, 487-499.
- Czernik, G., Dabski, M., Canteros, J. & Almirón, L. (2006). Ansiedad, Depresión y Comorbilidad en Adolescentes de la Ciudad de Corrientes. *Revista de Posgrado de la Vía Cátedra de Medicina*, 2, 162, 1-4.
- Fierro, A. & Cardenal, V. (2001). Pertinencia de Estilos de Personalidad y Variables Cognitivas a Indicadores de Salud Mental. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 54, 211-212.
- Florido, C. & Urrego, D. (2007). *Manuales de la Salud: Depresión: causas, características generales, diagnóstico, tratamiento, prevención*. Bogotá: Intermedio Editores Ltda.
- Frankl, V. (1991). *El Hombre en Busca de Sentido*. Barcelona, España: Editorial Herder
- S.A. Gater R., Tansella M., Korten A., Tiemens B.G., Mavreas V.G., Olatawura M.O. (1998). Sex differences in the prevalence. En National Center of Biotechnology Information. Recuperado el 13 de Agosto de 2010 en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9596043>

- Giglio, C. (2007). Relación entre Emociones y Salud. La Verdad sobre la Salud y las Emociones. Recuperado el 28 de Abril, 2010, de <http://apologista.blogdiario.com/tags/EMOCIONES/>
- Ginarte, A. (2001). La adherencia terapéutica. *Revista Cubana Medicina General*, 17, 1-3.
- Gómez, P. (2001). Colombia y Salud Mental. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 30, 212-213.
- Gómez-Restrepo, C., Bohóquez, A., Pinto, D., Gil, J., Rondón, M. & Díaz-Granados, N. (2004). Prevalencia de depresión y factores asociados con ella en la población colombiana. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 16, 378-86.
- González, M., Ibañez, I. & Cubas, R. (2005). Variables de Proceso en la Determinación de la Ansiedad Generalizada y su Generalización a otras medidas de ansiedad y depresión. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6, 001, 23-39.
- Guavita, P. & Sanabria, P. (2006). Prevalencia de la Sintomatología Depresiva en una Población estudiantil de la facultad de medicina de la Universidad Militar Nueva Granada. *Revista facultad de la Medicina Nacional de Colombia*, 54, 76-77.
- Hernández, Á. (2004). *Psicoterapia Sistémica Breve: La Construcción del Cambio con Individuos, Parejas y Familias*. Bogotá: El Búho Ltda.
- Hernández, D. (2009). *Fisiología de la Risa. El Desarrollo Inteligente de las Emociones*. Recuperado el 10 de Junio de 2010 en: <http://diverrisa.es/web/index.php?page=la-risa-la-mejor-medicina>
- Higueras, A., Carretero-Dios, H., Muñoz, J.P., Idini, E., Ortiz, A., Rincón, F., Prieto-Merino, D. & Rodríguez del Águila, M. (2006). Effects of a Humor-Centered Activity on Disruptive Behavior in Patients in a General Hospital Psychiatric Ward. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6, 45-57.
- Houtman, I. & Komper, A. (2008). Trabajo y salud mental. *Salud y Seguridad en el Trabajo*, 4, 5.1-5.5
- Jara, M., Lana, K., Schneider, L. & Lemos, K. (2008). Trastornos Bipolares. *Revista de Posgrado de la Via Cátedra de Medicina*, 177, 22-24.
- Jáuregui, E. (2008). Universalidad y Variabilidad Cultural de la Risa y el Humor. *Revista de Antropología Iberoamericana*, 3, 51-80.
- Jiménez, W. (2009). Salud Mental en el Posconflicto Colombiano. *Revista Criminalidad*, 51, 180-195.
- Johnson, S. & Carlson, D. (2004). Medical regimen adherence: Concepts, assessment, and interventions. En T. Boll (Ed.), *Handbook of Clinical Health Psychology*. Washington: American Psychological Association.
- Knobel, F., Polo, R. & Escobar, I. (2008). *Recomendaciones GESIDA/SEFH/PNS para mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral*. Recuperado el 10 de Mayo de 2010 en: <http://www.msc.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/recomendacionesAdherenciaTrtoAntirretroviral062008.pdf>
- Kohn R., Levav, I., Caldas de Almeida, J., Vicente, B., Andrade, L., Caraveo-Anduaga, J., Saxena, S. & Sarraceno, B. (2005). Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. *Revista Panamericana Salud Publica*, 18, 229-240.
- Köhler, G. & Ruch, W. (1996). Sources of variante in current sense of humor inventories: How much substance, how much method variante? *Humor: International Journal of Humor Research*, 9, 363-397.

- Kirsh, G. A. & Kuiper, N. A. (2003). Positive and Negative Aspects of Sense of Humor: Associations with Constructs of Individualism and Relatedness. *Humor: International Journal of Humor Research*, 16, 34.
- Laham, M. (2008). Psicocardiología y su importancia en la Prevención y la Rehabilitación Coronarias. *Suma Psicológica*, 15, 144.
- Lara, M., Navarro, C. & Navarrete, L. (2004). Influencia de los Sucesos Vitales y el apoyo Social en una intervención Psicoeducativa para Mujeres con Depresión. *Salud Pública*, 46, 378-387.
- Mantilla, L. Sabalza, L. Díaz, L. & Campo-Arias, A. (2004). Prevalencia de sintomatología depresiva en niños y niñas escolares de Bucaramanga, Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 34,163-171.
- Martin, R. A. (2004). Sense of Humor and Physical Health: Theoretical Issues, Recent Findings and Future Direction. *Humor: International Journal of Humor Research*, 17, 57.
- Martín-Baró, I. (1984). Guerra y salud mental. Recuperado el 15 de Agosto de 2010 en <http://www.dinarte.es/salud-mental/pdfs/MBaro-Guerra%20y%20salud%20mental.pdf>
- Mellings, T. & Alden, L. (2000). Cognitive process in social anxiety: the effects of self focused attention, rumination, and mood-congruent memory retrieval. *Behaviour Research and Therapy*, 3, 243-257.
- Ministerio de la Protección Social – Fundación FES Social, (2005). *Estudio Nacional De Salud Mental, Colombia 2003*. Cali: Graficas Ltda.
- Montaner, J. (2008). *La Enfermedad Mental como Estigma Familiar*. Recuperado el 17 de Mayo de 2010 en: [http://www.consumer.es/web/es/salud/psicologia/2008Organización Mundial de la Salud. \(2004\). Prevención de los Trastornos Mentales: Intervenciones Efectivas y Opciones de Políticas. Ginebra](http://www.consumer.es/web/es/salud/psicologia/2008Organización Mundial de la Salud. (2004). Prevención de los Trastornos Mentales: Intervenciones Efectivas y Opciones de Políticas. Ginebra).
- Organización Mundial de la Salud. (2005). Conjunto de guías sobre servicios y políticas de salud mental. Política, planes y programas de salud mental. Ginebra, Suiza: Editores Médicos, S.A. EDIMSA.
- Ortiz, M. & Ortiz, E. (2007). Psicología de la salud: Una clave para comprender el fenómeno de la adherencia terapéutica. *Revista Médica de Chile*, 135,649.
- Osterberg, L. & Blashke, T. (2005). Adherence to Medication. *The New England Journal of Medicine*, 353,487-497.
- Palop, V. & Martínez, I. (2004): Adherencia al tratamiento en el paciente anciano. *Información terapéutica del Sistema Nacional de Salud*, 5, 113-120.
- Papousek, I., Ruch, W., Freudenthaler, H., Kogler, E., Lang, B. & Schuler, G. (2009). *Personality and Individual Differences*, 47, 58-63
- Pardo, G., Sandoval, A. & Umbarila, D. (2004). Adolescencia y Depresión. *Revista Colombiana de Psicología*,13,17-32.
- Peterson, C. & Seligman, M. (2004). *Character Strengths and Virtues*. Oxford: Oxford University Press.
- Prada, E. (2005). Psicología Positiva & Emociones Positivas. Recuperado el 10 de Mayo, 2010, de <http://www.psicologia-positiva.com/Psicologiapos.pdf>
- Proyer, R. & Ruch, W. (2010). Enjoying and fearing laughter: Personality characteristics of gelotophobes, gelotophiles, and katagelasticians. *Psychological Test and Assessment Modeling*, 52,148-160.
- Puchol, D. (2003). *Los Trastornos de Ansiedad: la epidemia silenciosa del siglo XXI*. Recuperado el 12 de Mayo de 2010 de, www.psicologiacientifica.com.

- Rey, C., Mejía, D. & Motoya. (2007). Evaluación de la confiabilidad y la validez de un cuestionario breve de autoinforme para el diagnóstico de la fobia social. *Universitas Psychologica*, 7, 2, 477-491.
- Rodríguez, T., González, C., Falcón, A. & Nuñez, L. (2006). Necesidad Estratégica y Terapéutica de la Comprensión del Papel de las Emociones en las Enfermedades Cardiovasculares. Recuperado el 15 de Junio, 2010, de http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/urgencia/047_-_necesidad_estrategica_y_terapeutica_de_la_comprension_del_papel_de_las_emociones_en_las_enfermedades_cardiovasculares.pdf
- Roeckelein, J. (2002). *The Psychology of Humor: A reference guide and annotated bibliography*. London: Greenwood Press.
- Ruch, W. (1993). Exhilaration and humor. En M. Lewis y J.M. Haviland (eds.), *The handbook of emotions* (pp. 605-616). New York: Guilford Press.
- Ruch, W. (1994). A state-trait approach to cheerfulness, seriousness, and bad mood: A progress report. *International Society for Humor Studies Conference*. Ithaca, NY, 22-26 de Junio.
- Ruch, W. (1996). Measurement approaches to the sense of humor: introduction and overview. *Humor: International Journal of Humor Research*, 9, 239-250.
- Ruch, W. (1997). State and Trait cheerfulness and the induction of exhilaration: A FACS-study. *European Psychologist*, 2, 328-341.
- Ruch, W. (1998). Sense of humor: A new look at an old concept. En W. Ruch (ed.), *The sense of humor: Explorations of a personality characteristic* (pp. 3-14). Berlin: Mouton de Gruyter.
- Ruch, W. (2009). Fearing humor? Gelotophobia: The fear of being laughed at. Introduction and overview. *Humor: International Journal of Humor*, 22, 1-25.
- Ruch, W., Beerman, U. & Proyer, R. (2009). Investigating the humour of gelotophobes: Does feeling ridiculous equal being humourless?. *Humor, International Journal of Humor* 22, 111-143.
- Ruch, W., Freiss, M. & Köhler, G. (1993). *The State-Trait Cheerfulness Inventory (STCI). Preliminary manual*. Documento no publicado. Universidad Heinrich-Heine de Düsseldorf: Alemania.
- Ruch, W. & Köhler, G. (1998). A temperament approach to humor. En W. Ruch (ed.), *The sense of humor: Explorations of a personality characteristic*. Berlin: Mouton de Gruyter.
- Ruch, W. & Köhler, G. (1999). The measurement of state and trait cheerfulness. En I. Mervielde, I. Deary, F. DeFruyt y F. Osendorf (eds.), *Personality psychology in Europe*. Tilburg, Netherlands: Tilburg University Press.
- Ruch, W., Köhler, G. & Van Thriel, C. (1996). Assessing the “humorous temperament”: construction of the facet and standard trait forms of the State-Trait-Cheerfulness-Inventory (STCI). *Humor: International Journal of Humor Research*, 9, 303-339.
- Ruch, W. & Proyer, R. T. (2009). Extending the Study of Gelotophobia: On Gelotophobes and Katagelasticians. *International Journal of Humor Research*, 22, 184.
- Rueda, M., Díaz, L. & Rueda, G. (2008). Prevalencia de trastorno depresivo mayor y factores asociados: un estudio poblacional en Bucaramanga (Colombia). *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 37, 159-168.
- Seligman, M. (1999). The President's Address. En University of Pennsylvania. Recuperado el 13 de Agosto de 2010 en: <http://www.ppc.sas.upenn.edu/aparep98.htm>

- Seligman, M. (2002). *Authentic Happiness: Using the new positive psychology to realize your potential for lasting fulfillment*. New York: The Free Press.
- Seligman, M., Steen, T., Park, N. & Peterson, C. (2005). Positive Psychology Progress. Empirical Validation of Interventions. *American Psychological Association*, 60, 410-427.
- Shankman, S. & Klein, D. (2003). The comorbidity between depression and anxiety: An evaluation of the tripartite, approach-withdrawal and valence-arousal models. *Clinical Psychology Review*, 23, 605-637.
- Shea, L. & Owens-Garry, M (2009). Diabetes y Depresión en mujeres Mayores: Doble riesgo, Doble Carga. *Diabetes Voice*, 54, 1-22.
- Spielberger, C.D., Agudelo, D. & Buela-Casal, G.(2008). *Inventario de Depresión Estado/Rasgo (IDER)*. Madrid: TEA Ediciones.
- Titze, M. (1995). *Die heilende Kraft des Lachens [The Healing Power of Laughter]*. Munich, Germany: Kosel.
- Titze, M. (1996). The Pinocchio Complex: Overcoming the fear of laughter. *Humor and Health Journal*, 5, 1-11.
- Titze, M. (2009). Gelotophobia: The Fear of Being Laughed at. *Humor: International Journal of Humor Research*, 22, 29.
- Valle, J. (2002). Depresión con Ansiedad. *Revista Salud Global*, 2, 3, 1-8.
- Vázquez, C., Sanz, J., García, M., Espinosa, R. & Fortin, M. (2005). Adaptación española del inventario para la depresión de Beck- II (BDI-II): Propiedades psicométricas en pacientes con trastornos psicológicos. *Clínica y Salud*, 16, 121-142
- Vera, B. (2006). Psicología Positiva: Una Nueva Forma de Entender la Psicología. *Papeles del Psicólogo*, 27, 5.
- Vicente, B., Rioseco, P., Saldivia, S., Kohn, R. & Torres, S. (2002). Estudio chileno de prevalencia de patología psiquiátrica (DSM-III-R/CIDI) (ECPP). *Revista Médica de Chile*, 130, 527-536.
- Vicente, B., Rioseco, P., Saldivia, S., Kohn, R. & Torres, S. (2005). Prevalencia de Trastornos Psiquiátricos en Latinoamérica: Revisión Crítica. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, XXXIV, 507.
- Watson, D., Clark, L. A. & Carey, G. (1988). Positive and negative affect and their relation to anxiety and depressive disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 97, 346-353.
- Watson, D. & Friend, R. (1969). Measurement of social evaluative anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33, 44.
- Weisenberg, M., Tal, R. & Tamar, H. (1998). The influence of film-induced mood on pain perception. *Pain*, 76, 365-375.
-

Anexos

Anexo 1. Batería de Pruebas

CONSENTIMIENTO INFORMADO



Después de haber recibido la información referente a la investigación **Evaluación del sentido del humor en pacientes con trastornos del estado de ánimo y trastornos de ansiedad** por parte de los investigadores, manifiesto libre, consciente y voluntariamente mi intención de participar en la investigación a través de las respuestas a los cuestionarios que me presenten. Entiendo mi derecho a retirarme en cualquier momento y a recibir información sobre los resultados.

Se me ha explicado que los datos publicados serán generales y se protegerá mi identidad en todas las publicaciones a que hubiere lugar.

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: _____

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 |

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>1. Tristeza</p> <p>0 No me siento triste habitualmente. 1 Me siento triste gran parte del tiempo. 2 Me siento triste continuamente. 3 Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.</p> <p>2. Pesimismo</p> <p>0 No estoy desanimado sobre mi futuro. 1 Me siento más desanimado sobre mi futuro que antes. 2 No espero que las cosas mejoren. 3 Siento que mi futuro es desesperanzador y que las cosas sólo empeorarán.</p> <p>3. Sentimientos de Fracaso</p> <p>0 No me siento fracasado. 1 He fracasado más de lo que debería. 2 Cuando miro atrás, veo fracaso tras fracaso. 3 Me siento una persona totalmente fracasada.</p> <p>4. Pérdida de Placer</p> <p>0 Disfruto las cosas que me gustan tanto como antes. 1 No disfruto de las cosas tanto como antes. 2 Obtengo muy poco placer de las cosas con las que antes disfrutaba. 3 No obtengo ningún placer de las cosas con las que antes disfrutaba.</p> <p>5. Sentimientos de Culpa</p> <p>0 No me siento especialmente culpable. 1 Me siento culpable de muchas cosas que he hecho o debería haber hecho. 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo. 3 Me siento culpable constantemente.</p> | <p>6. Sentimientos de Castigo</p> <p>0 No siento que esté siendo castigado. 1 Siento que puedo ser castigado. 2 Espero ser castigado. 3 Siento que estoy siendo castigado.</p> <p>7. Insatisfacción con uno mismo</p> <p>0 Siento lo mismo que antes sobre mí mismo. 1 He perdido confianza en mí mismo. 2 Estoy decepcionado conmigo mismo. 3 No me gusta.</p> <p>8. Auto-Críticas</p> <p>0 No me critico o me culpo más que antes. 1 Soy más crítico conmigo mismo de lo que solía ser. 2 Critico todos mis defectos. 3 Me culpo por todo lo malo que sucede.</p> <p>9. Pensamientos o Deseos de Suicidio</p> <p>0 No tengo ningún pensamiento de suicidio. 1 Tengo pensamientos de suicidio, pero no los llevaría a cabo. 2 Me gustaría suicidarme. 3 Me suicidaría si tuviera la oportunidad.</p> <p>10. Llanto</p> <p>0 No lloro más de lo que solía hacerlo. 1 Lloro más de lo que solía hacerlo. 2 Lloro por cualquier cosa. 3 Tengo ganas de llorar continuamente.</p> |
|--|---|

11. 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.

12. 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.

13. 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.

14. 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.

15. 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.

16. Cambios en el Patrón de Sueño

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

1^a Duermo algo más de lo habitual.

1b Duermo algo menos de lo habitual.

2^a Duermo mucho más de lo habitual.

2b Duermo mucho menos de lo habitual.

3^a Duermo la mayor parte del día.

3^a Me despierto 1 o 2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme.

17. 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.

18. Cambios en el Apetito

- 0 No he experimentado ningún cambio en el apetito.

1^a Mi apetito es algo menor de lo habitual.

1b Mi apetito es algo mayor de lo habitual.

2^a Mi apetito es mucho menor que antes.

2b Mi apetito es mucho mayor que antes.

3^a He perdido completamente el apetito.

3^a Tengo ganas de comer continuamente.

19. 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.

20. 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.

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

STCI

Instrucciones:

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

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

Por ejemplo:

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

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

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

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

| | | |
|-----|---|-----------------|
| 12. | Soy una persona jovial..... | (1) (2) (3) (4) |
| 13. | Son muchos los días en los que siento que estoy enojado con el mundo..... | (1) (2) (3) (4) |
| 14. | Normalmente leo la sección de humor en el periódico..... | (1) (2) (3) (4) |
| 15. | Me comporto de manera desagradable con las personas que no paran de contar chistes..... | (1) (2) (3) (4) |
| 16. | Las personas que están siempre alegres y contentas me resultan inmaduras..... | (1) (2) (3) (4) |
| 17. | Me considero una persona reflexiva..... | (1) (2) (3) (4) |
| 18. | Comparado con los demás puedo resultar gruñón y cascarrabias..... | (1) (2) (3) (4) |
| 19. | Mi estado de ánimo hace que me resulte difícil pasármelo bien..... | (1) (2) (3) (4) |
| 20. | Soy una persona feliz..... | (1) (2) (3) (4) |
| 21. | Necesito pensar detenidamente las cosas antes de actuar..... | (1) (2) (3) (4) |
| 22. | Me pueden hacer reír con facilidad..... | (1) (2) (3) (4) |
| 23. | A veces tengo una sensación como de “vacío interior”..... | (1) (2) (3) (4) |
| 24. | A menudo pienso que la gente debería reírse de sus propios problemas..... | (1) (2) (3) (4) |
| 25. | 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) |
| 26. | A menudo me siento abatido..... | (1) (2) (3) (4) |
| 27. | Me identifico con el refrán “No hay mal que por bien no venga” | (1) (2) (3) (4) |
| 28. | Me resulta innecesario y molesto que exageren al hablarme | (1) (2) (3) (4) |
| 29. | La vida diaria me ofrece numerosas oportunidades para reírme..... | (1) (2) (3) (4) |
| 30. | Muchas veces pienso, “¡Por favor, no me molesten hoy!” | (1) (2) (3) (4) |
| 31. | 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) |
| 32. | Con frecuencia me pregunto por qué la gente gasta su tiempo en actividades que realmente no sirven para nada. | (1) (2) (3) (4) |
| 33. | Me parece mal que la gente invierta tanto tiempo y dinero en divertirse | (1) (2) (3) (4) |
| 34. | Cuando estoy angustiado nada consigue alegrarme | (1) (2) (3) (4) |
| 35. | Sonrío a menudo..... | (1) (2) (3) (4) |
| 36. | Me gusta hacerle bromas a la gente..... | (1) (2) (3) (4) |
| 37. | En todo lo que hago siempre tengo en cuenta las posibles consecuencias, comparando los pros y contras cuidadosamente..... | (1) (2) (3) (4) |

| | | |
|-----|--|-----------------|
| 38. | Cuando los amigos intentan animarme haciendo bromas, a veces llego a ponerme de mal humor..... | (1) (2) (3) (4) |
| 39. | Creo que incluso de las situaciones más difíciles de la vida pueden obtenerse cosas positivas..... | (1) (2) (3) (4) |
| 40. | Los que me conocen dicen que siempre parece que estoy pensativo..... | (1) (2) (3) (4) |
| 41. | A menudo silbo o canto en voz alta por puro placer..... | (1) (2) (3) (4) |
| 42. | Muchos días pienso, “Hoy me levanté con el pie izquierdo”..... | (1) (2) (3) (4) |
| 43. | Normalmente muestro mi desaprobación hacia las bobadas y tonterías que divierten a algunas personas..... | (1) (2) (3) (4) |
| 44. | A menudo no quepo en mí de alegría..... | (1) (2) (3) (4) |
| 45. | A menudo veo graciosas las situaciones más cotidianas..... | (1) (2) (3) (4) |
| 46. | No me tomo los problemas diarios a la ligera..... | (1) (2) (3) (4) |
| 47. | La gente que está contenta puede llegar a “sacarme de mis casillas”..... | (1) (2) (3) (4) |
| 48. | Son muchas las veces en las que me siento mal anímicamente..... | (1) (2) (3) (4) |
| 49. | Las cosas marcharían mejor si se analizara todo con mayor profundidad..... | (1) (2) (3) (4) |
| 50. | Me río a menudo..... | (1) (2) (3) (4) |
| 51. | Me resulta muy difícil pasármelo bien cuando estoy con gente que está divirtiéndose..... | (1) (2) (3) (4) |
| 52. | No me interesa la gente que invierte su tiempo en fiestas y cosas parecidas..... | (1) (2) (3) (4) |
| 53. | A veces me siento decaído..... | (1) (2) (3) (4) |
| 54. | Soy una persona alegre..... | (1) (2) (3) (4) |
| 55. | Frecuentemente estoy malhumorado..... | (1) (2) (3) (4) |
| 56. | Cuando me apetece divertirme, sé cómo conseguirlo..... | (1) (2) (3) (4) |
| 57. | A menudo soy insoportable..... | (1) (2) (3) (4) |
| 58. | Considero que la mayoría de las situaciones diarias son serias y muy importantes..... | (1) (2) (3) (4) |
| 59. | Suelo ser de los que cuentan chistes en las reuniones..... | (1) (2) (3) (4) |
| 60. | No soporto los programas televisivos de humor..... | (1) (2) (3) (4) |
| 61. | Muchos de los problemas que surgen en la vida diaria tienen su lado positivo..... | (1) (2) (3) (4) |
| 62. | A menudo tengo un mal estado de ánimo..... | (1) (2) (3) (4) |
| 63. | Me considero más responsable que la mayoría de la gente que me rodea..... | (1) (2) (3) (4) |
| 64. | En las conversaciones siempre evito el uso de exageraciones, adornos o rodeos..... | (1) (2) (3) (4) |
| 65. | Normalmente estoy de mal humor aunque no tenga motivos para ello..... | (1) (2) (3) (4) |
| 66. | Con frecuencia el más mínimo contratiempo me hace explotar de rabia..... | (1) (2) (3) (4) |
| 67. | No comprendo como otros pueden malgastar su tiempo en hacer cosas sin sentido..... | (1) (2) (3) (4) |
| 68. | Siempre estoy listo para entablar una conversación graciosa o en tono de charla..... | (1) (2) (3) (4) |
| 69. | Me enojo más frecuentemente que la mayoría de la gente que me rodea..... | (1) (2) (3) (4) |
| 70. | Creo que el humor está por todos lados y sólo hace falta prestar atención..... | (1) (2) (3) (4) |
| 71. | Mi vida diaria está fundamentalmente ocupada por asuntos importantes..... | (1) (2) (3) (4) |

| | | |
|------|--|-----------------|
| 72. | Soy una persona bastante triste | (1) (2) (3) (4) |
| 73. | Normalmente planifico las cosas con mucho tiempo de antelación, poniéndome metas a largo plazo..... | (1) (2) (3) (4) |
| 74. | Afrontar los problemas tranquilamente hace que nos demos cuenta de que no son tan importantes..... | (1) (2) (3) (4) |
| 75. | Tiendo a ignorar a la típica persona que está continuamente haciendo gracias.... | (1) (2) (3) (4) |
| 76. | Soy una persona seria..... | (1) (2) (3) (4) |
| 77. | Disfruto viendo películas de humor..... | (1) (2) (3) (4) |
| 78. | No suelo pasármelo bien ni en los momentos más divertidos..... | (1) (2) (3) (4) |
| 79. | Prefiero a la gente que se comunica de manera clara y directa..... | (1) (2) (3) (4) |
| 80. | Creo que el fracaso es una buena oportunidad para aprender a ser mejor persona..... | (1) (2) (3) (4) |
| 81. | Normalmente estoy animado..... | (1) (2) (3) (4) |
| 82. | 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) |
| 83. | Necesito tener planificado de antemano todo lo que voy a hacer..... | (1) (2) (3) (4) |
| 84. | Disfruto haciendo reír a mis amigos..... | (1) (2) (3) (4) |
| 85. | Normalmente estoy triste..... | (1) (2) (3) (4) |
| 86. | Me gusta entretener a mis amigos contándoles historias divertidas..... | (1) (2) (3) (4) |
| 87. | Sólo hago cosas prácticas porque todo lo demás es malgastar el tiempo..... | (1) (2) (3) (4) |
| 88. | Incluso las situaciones difíciles las abordo con un “espíritu alegre”..... | (1) (2) (3) (4) |
| 89. | A menudo me siento desganado..... | (1) (2) (3) (4) |
| 90. | Me molestan ese tipo de personas que están siempre contando chistes..... | (1) (2) (3) (4) |
| 91. | Cuando hablo con los demás intento tener un intercambio de ideas parco y objetivo..... | (1) (2) (3) (4) |
| 92. | Con frecuencia me digo a mí mismo que no he tenido un buen día..... | (1) (2) (3) (4) |
| 93. | Disfruto bromeando o contando chistes cuando estoy con gente..... | (1) (2) (3) (4) |
| 94. | Incluso las cosas aparentemente sin importancia tienen que ser tratadas seria y responsablemente..... | (1) (2) (3) (4) |
| 95. | Suelo ver como graciosas cosas que el resto de la gente no ve..... | (1) (2) (3) (4) |
| 96. | Me encanta estar en una de esas reuniones donde la gente no para de contar chistes..... | (1) (2) (3) (4) |
| 97. | Suelo sentirme bien aún sin motivos..... | (1) (2) (3) (4) |
| 98. | Si uno no tiene claro para qué sirve lo que está haciendo, seguramente es que no sirve para nada..... | (1) (2) (3) (4) |
| 99. | Normalmente soy el que anima las reuniones..... | (1) (2) (3) (4) |
| 100. | Perder el tiempo haciendo cosas por hacerlas es una estupidez..... | (1) (2) (3) (4) |
| 101. | Me siento mal cuando no hago las cosas tal y como las tenía planeadas..... | (1) (2) (3) (4) |
| 102. | Me gusta ser concreto y directo cuando hablo con los demás..... | (1) (2) (3) (4) |
| 103. | Si me siento mal, nadie lo puede cambiar..... | (1) (2) (3) (4) |
| 104. | Normalmente tengo un humor excelente..... | (1) (2) (3) (4) |
| 105. | A menudo me pregunto por qué la gente no es clara en lo que quiere decir..... | (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 mi no puedo volver a tratarla relajadamente..... (1) (2) (3) (4)
- 12 Me toma mucho tiempo recobrar me cuando los otros se han burlado de mí. (1) (2) (3) (4)
- 13 Me siento incómodo bailando porque estoy convencido que les parezco ridículo a 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 | 3 | 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 |

X

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 | 3 | 4 | Muy |
| | | | | | | divertido |
| Ningún | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | Fuerte |
| rechazo | | | X | 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.

1.

Un grupo de cabezas rapadas se encuentran con un negro.

-Hoy estás de suerte y vamos a darte una oportunidad. Toma este dado y tíralo. Si sale un número del 1 al 5 te damos una paliza.

+¿Y si saco un 6?

-¡Tiras de nuevo!

| | | | | | | |
|-----------------------|---|---|---|---|---|-----------------------|
| Nada divertido | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | Muy divertido |
| Ningún rechazo | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | Fuerte rechazo |

2.

-¿Saben cuál es la parte más dura de un vegetal?.....La silla de ruedas!

| | | | | | | |
|-----------------------|---|---|---|---|---|-----------------------|
| Nada divertido | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | Muy divertido |
| Ningún rechazo | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | Fuerte rechazo |

3.

Dios llama a Adán. Le dice:

- Hijo, tengo una noticia buena y otra mala.

+ La buena primero, por favor.

- Te voy a hacer dos regalos; un cerebro y un pene.

+ ¡Fantástico!.....¿Y la mala noticia?

- Que no tendrás la suficiente sangre para hacer funcionar a los dos al mismo tiempo.

| | | | | | | |
|-----------------------|---|---|---|---|---|-----------------------|
| Nada divertido | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | Muy divertido |
| Ningún rechazo | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | Fuerte rechazo |

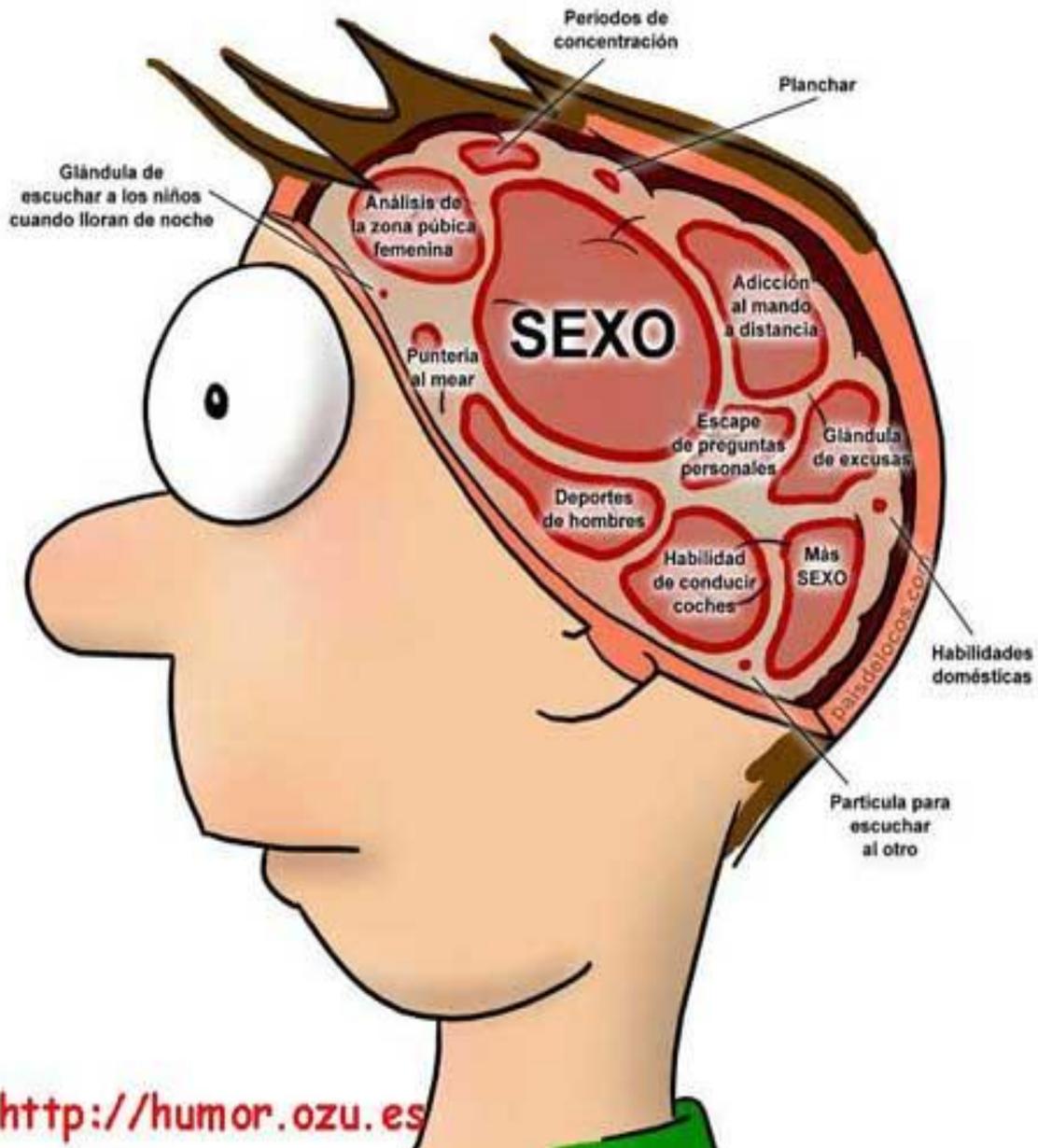
4.

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

| | | | | | | |
|-----------------------|---|---|---|---|---|-----------------------|
| Nada divertido | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | Muy divertido |
| Ningún rechazo | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | Fuerte rechazo |

5.

CEREBRO MASCULINO



Nada divertido 0 1 2 3 4 Muy divertido

Ningún rechazo 0 1 2 3 4 Fuerte rechazo

6.

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



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

7.

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

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

8.

-¿Cómo te llamas?

+Luis, como mi tío Antonio

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

9.

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

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

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

10.

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

+¡Cáncer, querido, cáncer!

| | | | | | | |
|-----------------------|---|---|---|---|---|-----------------------|
| Nada divertido | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | Muy divertido |
| Ningún rechazo | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | Fuerte rechazo |

11.

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

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

El hombre llenó un frasco con orina y fue a la farmacia. Encontró la máquina y puso la muestra de orina dentro. Luego depositó los mil pesos en la ranura. La computadora comenzó a hacer ruidos, a encender y apagar varias luces, y tras una pequeña pausa, por una ranura salió un papel que decía:

Datos más importantes:

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

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

Datos más importantes:

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

| | | | | | | |
|-----------------------|---|---|---|---|---|-----------------------|
| Nada divertido | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | Muy divertido |
| Ningún rechazo | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | Fuerte rechazo |

12.

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

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

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

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

Entonces, también muy lentamente, de la figura sale una voz que dice:

+Hola, me llamo Juan, soy conductor de ambulancia, y estoy cagando.

| | | | | | | |
|-----------------------|---|---|---|---|---|-----------------------|
| Nada divertido | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | Muy divertido |
| Ningún rechazo | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | Fuerte rechazo |

13.

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

+¡Pero si yo no tengo hermanos!

-¡Más curioso todavía!

| | | | | | | |
|-----------------------|---|---|---|---|---|-----------------------|
| Nada divertido | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | Muy divertido |
| Ningún rechazo | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | Fuerte rechazo |

14.

-¡Hola!, ¿cómo te llamas?

+No sé, pero tengo una bicicleta muy chimba.

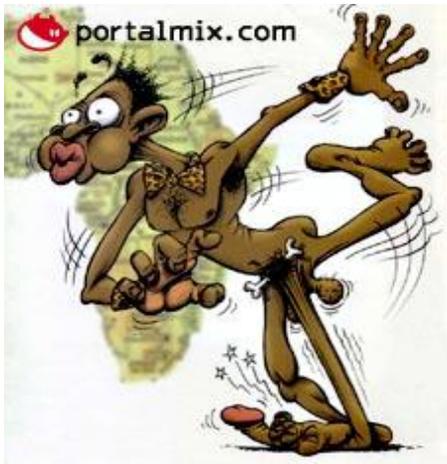
| | | | | | | |
|-----------------------|---|---|---|---|---|-----------------------|
| Nada divertido | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | Muy divertido |
| Ningún rechazo | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | Fuerte rechazo |

15.



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

16.



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

17.

Apple iMac



iMac para hombre



iMac para mujer

| | | | | | | |
|-----------------------|---|---|---|---|---|-----------------------|
| Nada divertido | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | Muy divertido |
| Ningún rechazo | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | Fuerte rechazo |

18.

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

-¡100 pesos, por favor!

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

-Perdone caballero, pero le faltan 50 pesos

+¡Nada de eso señorita!

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

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

| | | | | | | |
|-----------------------|---|---|---|---|---|-----------------------|
| Nada divertido | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | Muy divertido |
| Ningún rechazo | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | Fuerte rechazo |

19.

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

| | | | | | | |
|-----------------------|---|---|---|---|---|-----------------------|
| Nada divertido | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | Muy divertido |
| Ningún rechazo | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | Fuerte rechazo |

20.



| | | | | | | |
|-----------------------|---|---|---|---|---|-----------------------|
| Nada divertido | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | Muy divertido |
| Ningún rechazo | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | Fuerte rechazo |

21.

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

| | | | | | | |
|-----------------------|---|---|---|---|---|-----------------------|
| Nada divertido | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | Muy divertido |
| Ningún rechazo | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | Fuerte rechazo |

22.

Dos amigos se encuentran después de varios meses.

-¿Qué tal lleva tu hermano lo del SIDA?

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

-¿Qué es lo que se hace más duro?

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

-Pero ¿qué tiene que ver eso?

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

| | | | | | | |
|-----------------------|---|---|---|---|---|-----------------------|
| Nada divertido | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | Muy divertido |
| Ningún rechazo | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | Fuerte rechazo |

23.



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

24.

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

-Mire usted, mi pareja me dejó hace dos años. Se fue con mi mejor amigo. Mi hijo mayor es drogodependiente y lleva varios años en una granja de esas que sirven para enderezar a los drogadictos. Mi hijo menor es un poco lelo y está siempre en casa viendo películas, escuchando música y mirando por la ventana a la gente que pasa por la calle. Yo, el otro día, fui después de un montón de años a una discoteca, y me lo pase genial, aunque si le digo la verdad, no conseguí conocer a nadie. También....

+Pero oiga, ¿qué dice?, ¿Por qué me cuenta a mi todo eso?

-Bueno, ¿no hay en el escaparate un cartel que pone “entre y revele sus rollos”?

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

25.

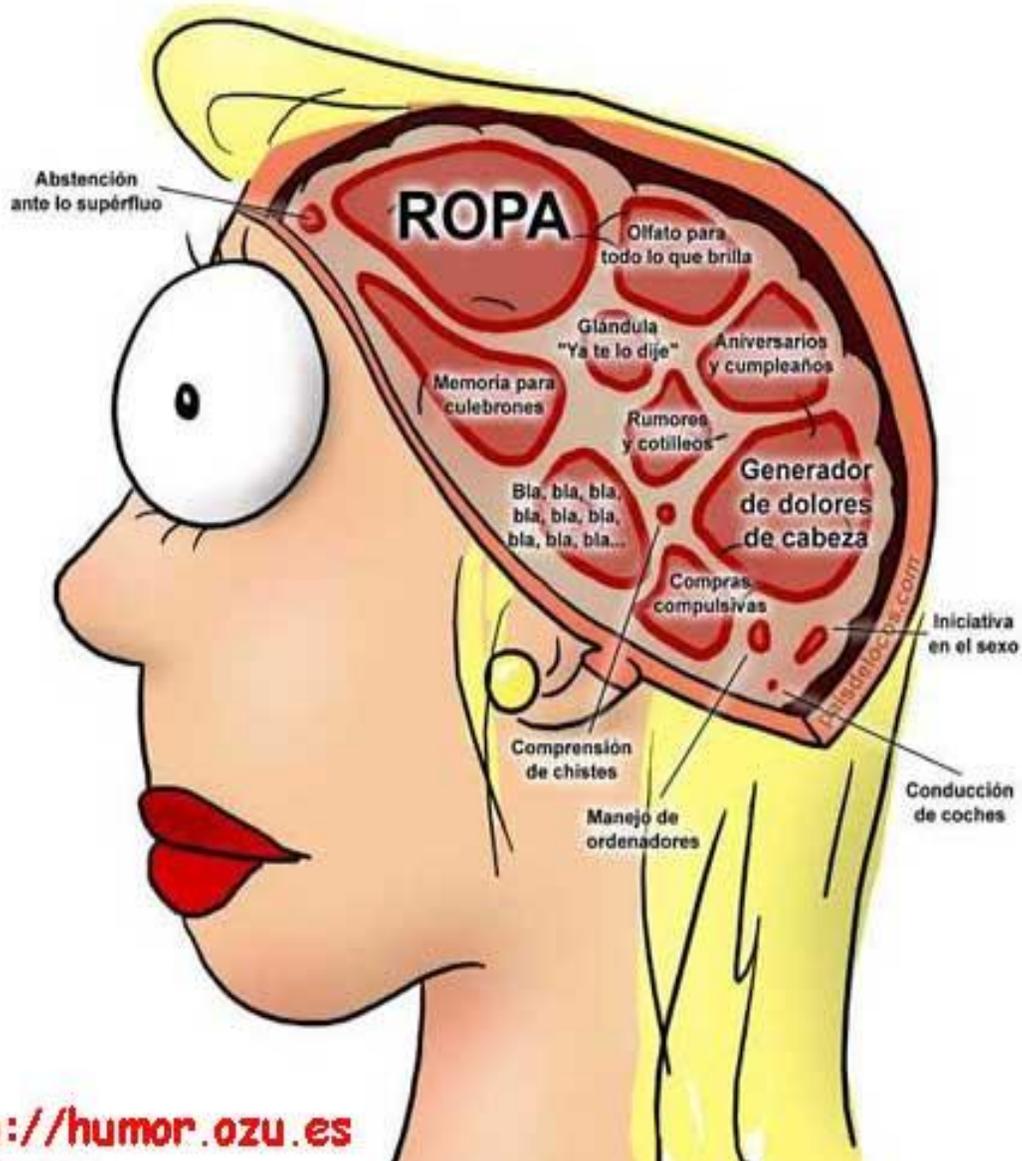
Una pareja de novios hablando:

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

+¿Qué otras?

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

CEREBRO FEMENINO



| | | | | | | |
|----------------|---|---|---|---|---|----------------|
| Nada divertido | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | Muy divertido |
| Ningún rechazo | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | Fuerte rechazo |

27.



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

28.

En un gran centro comercial, van dos hombres bastante acelerados, cuando de pronto chocan entre ellos. -Perdona

+¡No pasa nada hombre! ¿Qué le ocurre que le veo muy acelerado?

-Se me ha perdido mi mujer y no la encuentro

+¡Marica! Igual que a mí. Yo tampoco encuentro a mi mujer.

-¡Que casualidad! Pues si quiere, para encontrarlas antes, nos ponemos los dos a buscar a la vez.

A ver, ¿cómo es su mujer?

+Mi mujer mide 1,90. Es rubia, tienen los ojos verdes y la piel bastante morena. Está muy delgada, con la cintura bastante estrecha y unos pechos prominentes. Lleva un vestido negro ajustado, con un escote sobresaliente y responde al nombre de Lulu. Y ahora, ¿cómo es su mujer?

-¿Mi mujer? ¡Olvídese de ella y busquemos a la suya!

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

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 | |
| Vive con su pareja/conyugue/familia | |

Número de habitantes de su ciudad

| | |
|----------------|--|
| Hasta 2.000 | |
| Hasta 20.000 | |
| Más de 20.000 | |
| Hasta 100.000 | |
| Más de 100.000 | |

Educación

| | |
|-------------------------|--|
| Primaria incompleto | |
| Primaria completo | |
| Secundaria incompleta | |
| Secundaria completa | |
| Universidad no graduado | |
| Universidad graduado | |

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 | |
| Trabajador independiente | |
| Pequeños y medianos trabajadores independientes (comercio o trabajo manual) | |
| Empleado no directivo | |
| Funcionario ejecutivo | |
| Funcionario medio | |
| Trabajador de campo/peón | |
| Trabajador especializado graduado | |
| Otros trabajos | |

Ocupación

| | |
|--|--|
| Trabajador activo en su propia empresa | |
| Ama/amo de casa | |
| Estudiante primaria-secundario | |
| Estudiante universitario | |
| Aprendiendo un oficio | |
| Jubilado inactivo | |
| Desempleado | |
| Sin profesión | |
| Otros trabajos | |