

La influencia de las emociones positivas en la relación terapéutica: el humor y la risa

José María Mateos Fernández

Escuela Universitaria de Enfermería, Fisioterapia y Podología Universidad Complutense de Madrid.
Facultad de Medicina, Pabellón II, 3ª planta. Avda Complutense s/n.28040 Madrid
jmmateos@hotmail.com

Tutor
Héctor González Ordi

Escuela Universitaria de Enfermería, Fisioterapia y Podología Universidad Complutense de Madrid.
Facultad de Medicina, Pabellón II, 3ª planta. Avda Complutense s/n.28040 Madrid
hectorgo@psi.ucm.es

Resumen: La relación fisioterapeuta-paciente se muestra como una buena herramienta terapéutica de apoyo para el logro de nuestros objetivos y la satisfacción de las necesidades del paciente. A pesar que los pacientes presentan un alto grado de variabilidad, existen variables que la gran mayoría describen como positivas y necesarias. Las relaciones positivas son un elemento básico del bienestar biopsicosocial necesario para el nivel óptimo de salud. La psicología positiva nos sirve de apoyo para buscar habilidades para impulsar las cualidades positivas que ayuden a contrarrestar las negativas que acompañan al proceso de enfermedad. Dentro de estas cualidades se encuentran el humor y la risa por los efectos positivos que producen en el bienestar. Incorporarlos como habilidades terapéuticas puede ayudar a conseguir una mejor relación fisioterapeuta-paciente y favorecer el éxito de la intervención ya que una buena relación con el paciente facilitará la formación de una buena alianza terapéutica.

Palabras clave: Relación terapéutica. Emociones positivas. Humor-risa.

Abstract: The therapist-patient relationship is shown as a good therapeutic tool to support the achievement of our therapeutic goals and meeting the therapeutic needs of the patient. Although patients show a high degree of variability with respect to how they like to try them, there are variables that in general, the vast majority of people describe as positive and necessary in a good relationship with the therapist. These basic needs are: affective behavior, understanding of their perceptions and cognitions, which takes into account their expectations and understandable information. The therapeutic relationship may be useful to meet those expectations. Positive relationships are a staple of the biopsychosocial being necessary for optimal health. Positive psychology, the scientific study of optimal human function in go state of being. This discipline helps us to find support skills to promote the positive qualities of

patients to help counter act the negative emotions that accompany the disease process. Within these positive qualities are humor and laughter by the positive effects they have on the welfare state. Incorporate positive humor and laughter as positive therapeutic skills can help you get a better therapist -patient relationship and there by encouraging successful professional intervention as a good relationship with the patient will facilitate the formation of a good therapeutic alliance to greater patient-provider trust, understanding and adherence to treatment and satisfaction with performance.

Key Words: Therapeutic relationship. Positive emotions. Humor-laughter.

INTRODUCCIÓN

Antecedentes y estado actual

La progresiva tecnificación del campo médico está generando, en demasiadas ocasiones, cierto menosprecio a la importancia y poder de las relaciones humanas entre sanitarios y pacientes en la atención sanitaria, también en fisioterapia.

Aunque el marco teórico general de la fisioterapia moderna se desarrolla dentro del modelo biopsicosocial, en la práctica clínica cotidiana la actuación del fisioterapeuta se centra en la aplicación de procedimientos terapéuticos basados en técnicas validadas empíricamente y basadas en la evidencia científica demasiado orientados a la dimensión física dejando un poco apartadas las dimensiones psicológica y social. En la actualidad son pocos los textos de fisioterapia que tratan de integrar todos los conocimientos dispersos que se manejan en esta especialidad sanitaria para el diseño de un plan terapéutico individualizado y contextualizado a la experiencia individual de la enfermedad de cada paciente⁽¹⁾.

Desde esta perspectiva biopsicosocial, se entiende que se dan diversos factores en el proceso del enfermar, y por tanto habrá que tenerlos en cuenta en el proceso del curar: biológicos, cognitivos, emocionales, comportamentales, socio-culturales. Este modelo introduce una perspectiva contextual a través de la construcción fenomenológica de la experiencia individual de la enfermedad.

En la actualidad el énfasis en la calidad ha puesto de manifiesto que además del aspecto científico-técnico es preciso atender en el modelo biopsicosocial ya que también es determinante para el logro de una mayor efectividad y eficiencia, tanto a nivel terapéutico como preventivo. Aspectos tan variados como la satisfacción, el cumplimiento, la percepción de la competencia profesional e incluso el pronóstico de la enfermedad o el estado de salud general están relacionados con los procedimientos terapéuticos aplicados por el profesional⁽²⁾.

En Fisioterapia, la relación asistencial tiene particular relevancia, ya que los

fisioterapeutas a menudo se encuentran muy cerca de sus pacientes, tanto física como mentalmente. Sin embargo, los fisioterapeutas perciben deficiencias a la hora de establecer una buena relación con los pacientes. A pesar de la importancia de la relación interpersonal en la calidad de la atención y de las evidentes carencias que se reconoce que existen en los fisioterapeutas según ellos mismos y los pacientes, el mayor acento de la formación de pregrado y continuada de estos profesionales se ha enfatizado en la vertiente científico-técnica, dejando de lado la formación en los aspectos biopsicosociales⁽³⁾.

El trato humano que reciben los pacientes por parte del profesional sanitario es la primera razón por la cual se declaran satisfechos de la atención recibida. Por ejemplo, Schmerz E et al (2012) y Farin E et al (2012) muestran como para los pacientes que acuden a rehabilitación con dolor de espalda crónico, lo más importante es una comunicación eficaz y abierta con el médico^(4,5).

Según Farin E (2010) a pesar que los pacientes presentan un alto grado de variabilidad con respecto a cómo les gusta que les tratemos (diferencias entre ellos e individualmente según el curso de la enfermedad en la que se encuentren), existen variables que en general, la gran mayoría de personas describen como positivas y necesarias en una buena relación con el fisioterapeuta. Estas necesidades básicas son⁽⁶⁾:

- Que el fisioterapeuta tenga un comportamiento afectivo.
- Que trate de comprender sus percepciones y cogniciones.
- Que tenga en cuenta sus expectativas.
- Que le dé información de manera comprensible.

Además, Benedetti (2011) incluye la confianza y la esperanza como necesidades fundamentales del paciente en la relación con el profesional sanitario⁽⁷⁾. Por otro lado, como profesionales tenemos algunas necesidades para poder conseguir nuestros objetivos terapéuticos como por ejemplo:

- Realizar una evaluación exhaustiva (anamnesis, exploración física, etc.) y un diagnóstico correcto.
- Que el paciente comprenda y recuerde la información que se le da.
- Que el paciente siga las instrucciones médicas que le recomendamos (adherencia terapéutica).
- Conseguir los resultados terapéuticos deseados (disminución de los síntomas, la discapacidad, etc.).
- Que el paciente quede satisfecho de nuestra atención.

Conseguir o no los objetivos del tratamiento de fisioterapia no solo dependen de los aspectos científico-técnicos que apliquemos, sino que se le suma de manera imperativa, la influencia de muchos factores como puede ser nuestra relación con el paciente. Por ejemplo, que el profesional sanitario tenga un comportamiento afectivo

con el paciente, según Roter DL et al (2006) influye de manera importante en la satisfacción del paciente, el cumplimiento y los resultados clínicos de la atención sanitaria⁽⁸⁾. La forma en la que el médico se comporta (lenguaje no verbal) según Teutsch C (2003) también afecta al grado de satisfacción del paciente⁽⁹⁾. Por otro lado, Harrison A (1996) afirma que los pacientes tienden a dar calificaciones más altas a los médicos que hablaron sobre los problemas con ellos, y que los perciben como empáticos⁽¹⁰⁾.

Para muchos autores, la comunicación es un ingrediente muy importante de la atención sanitaria, por lo tanto, es imprescindible que se avance y que se integre en la formación de grado de una manera más específica y práctica para el fisioterapeuta, junto a otros aspectos técnicos igualmente relevantes.

La adherencia terapéutica es uno de los aspectos más importantes para lograr los objetivos terapéuticos. Farin E et al (2012) muestra como para los pacientes con enfermedades crónicas, especialmente aquellos con dolor lumbar crónico, la relación fisioterapeuta-paciente es importante para la adherencia al tratamiento⁽¹¹⁾.

Los fisioterapeutas deseamos que el paciente comprenda y recuerde la información y siga las recomendaciones que le damos. Parece ser según Martínez et al (2002), que los pacientes aceptan, recuerdan y siguen más las instrucciones y consejos cuando sus expectativas son consideradas. Cumplirlas o no parece afectar a su satisfacción por la atención recibida⁽¹²⁾.

La esperanza también es un tipo de expectativa. Benedetti F (2011) habla de su papel en la relación sanitario-paciente, y varios estudios indican que genera efectos beneficiosos sobre la salud. Por esta razón, el autor defiende que debemos esforzarnos para generar esperanza en los pacientes. Más esperanza se asocia con un mejor afrontamiento en las artritis severas (Snyder 2002), personas quemadas (Barnum et al 1998), lesionados medulares (Elliott et al 1991), fibromialgia (Tennen and Afleck 1996, 1999), ceguera (Jackson et al 1998), y en el cáncer (Stanton et al 2000)⁽⁷⁾.

Según dos revisiones bibliográficas de 2006 y 2008, la confianza también es un componente fundamental de la relación con el paciente; y se asocia a una mayor satisfacción, cumplimiento del tratamiento y continuidad de la atención^(13,14). Además, a veces el paciente tal y como recuerda Teutsch C (2003), puede obtener un beneficio terapéutico sólo con expresar sus preocupaciones en un entorno seguro con un profesional cuidadoso⁽⁹⁾.

Como se ha venido analizando en este trabajo hasta ahora, las relaciones terapéuticas pueden influir de forma determinante en los resultados obtenidos con los tratamientos de fisioterapia. En la literatura se pueden encontrar multitud de textos con referencias que orientan hacia donde debe dirigirse la relación terapéutica. Unos se refieren capacidades cognitivas (empatía, confianza, comprensión, cercanía, respeto, esperanza, etc...), a valores éticos o morales, y otros incluyen las normas de

conducta legal y económicas para conseguir una buena relación terapéutica; y aunque estos son elementos importantes, podrían entrar en el apartado del respeto mutuo y la buena educación^(1,15).

La World Confederation of Physical Therapy considera la relación terapéutica entre paciente y fisioterapeuta como parte integral del propio tratamiento fisioterapéutico⁽¹⁶⁾. La Chartered Society of Physiotherapy (Inglaterra) en su 3ª edición de Standard of Physiotherapy Practice⁽¹⁷⁾, subraya la importancia de la comunicación y la relación terapéutica, como componentes clave en el proceso terapéutico. A menudo se ve como un efecto inespecífico del tratamiento, sin embargo, es tal su influencia sobre la eficacia y resultados de cualquier intervención que surge la necesidad de transformarla, epistemológica y metodológicamente, en un instrumento terapéutico.

Desde el punto de vista neurobiológico existen mecanismos por los cuales, la relación fisioterapeuta-paciente podría influir en el tratamiento. Por ejemplo el papel de las expectativas y el placebo en la modulación del dolor; la coherencia y sentido se puede dar a ciertas circunstancias explicando al paciente el qué, el cómo y el por qué; o la anticipación de acontecimientos futuros (¿Cuándo? ¿Cómo?).

Se considerarán en conjunto que estos aspectos de la relación fisioterapeuta-paciente nos permiten:

- Que el paciente recupere un mayor control de la situación de enfermedad, dolor o discapacidad que padece, disminuyendo así emociones negativas como el miedo o la ansiedad y pensamientos catastrofistas.
- Intervenir sobre creencias, conductas, expectativas... no siempre ciertas ni beneficiosas para el paciente, que afectan directamente a sus estrategias de afrontamiento y a su nivel de autoeficacia⁽⁷⁾.

¿Cómo se puede mejorar la relación terapéutica para contribuir al nivel óptimo de salud del paciente?

Los fisioterapeutas desarrollan su actividad en contacto directo y continuo con los clientes/usuarios, por lo que pueden ofrecer muchos de los recursos que hoy existen. Esto exige una formación adecuada y estudios de investigación para saber cuáles son los más idóneos, y cuándo y cómo utilizarlos. En la sociedad multicultural en que nos encontramos son muchas las personas que tienen un enfoque diferente de la vida y de la salud. Muchas de ellas abogan por lo natural y su relación con el entorno rechazando la excesiva tecnificación.

Como se ido estudiando en este trabajo, las guías de práctica clínica en fisioterapia marcan las pautas a emplear para mantener una relación terapéutica adecuada. Estas pautas se basan en la ética, el respeto mutuo y las normas de buena educación.

Es tal la importancia que tiene la relación terapéutica que se deberían incorporar los elementos necesarios para convertirla en una habilidad terapéutica complementaria a las técnicas físicas para lograr restablecer el nivel óptimo de salud del paciente⁽¹⁷⁾. Para definir el nivel óptimo de salud del paciente se partirá de la definición de salud de OMS de 1948:

Estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad.

Tradicionalmente la fisioterapia ha basado su intervención en la obtención del bienestar en la dimensión física de la salud siendo pocas las herramientas empleadas en la promoción del bienestar en las otras dimensiones de la salud.

El buen funcionamiento somático ha sido el eje central de los procesos terapéuticos en fisioterapia. Es en el campo del bienestar psicológico y social que afecta a los procesos físicos hacia donde se puede orientar la relación terapéutica para mejorar las posibles interacciones del problema físico con las otras dimensiones de la salud del paciente. La OMS recomienda que utilicen todos los recursos para conseguir salud para todos⁽¹⁸⁾.

- **Bienestar Psicológico**

Carol Ryff entiende por bienestar psicológico el resultado de una evaluación valorativa por parte del sujeto con respecto a cómo ha vivido. Para una mayor comprensión del mismo ofrece una articulación de las teorías del desarrollo humano óptimo, el funcionamiento mental positivo y las teorías del ciclo vital. Con respecto a las dimensiones, pudo determinar, a través del análisis factorial en la población norteamericana, la existencia de seis dimensiones⁽¹⁹⁾ (Tabla 1).

1	Apreciación positiva de sí mismo
2	Capacidad para manejar de forma efectiva el medio y la propia vida
3	Alta calidad de los vínculos personales. Relaciones positivas
4	Creencia de que la vida tiene propósito y significado
5	Sentimiento de que se va creciendo y desarrollando a lo largo de la vida
6	Sentido de autodeterminación

Tabla 1. Dimensiones del bienestar psicológico de Carol Ryff.

Las relaciones positivas son uno de los seis elementos básicos del bienestar. La constatación de que las relaciones positivas siempre producen ventajas emocionales, de entrega, de sentido o de logros no implica que las relaciones se entablen para recibir emoción positiva o sentido o logros. Más bien se trata de que las relaciones positivas son tan básicas para el éxito del Homo sapiens que la evolución las ha fortalecido con el apoyo adicional de los otros tres elementos a fin de asegurarse de que buscamos relaciones positivas. Así pues, la teoría del bienestar indica que el

bienestar es un constructo de todas las dimensiones del bienestar. Ningún elemento por sí solo define el bienestar, pero cada uno de ellos contribuye al mismo.

Este estado de bienestar subjetivo provoca en el paciente una serie de beneficios objetivos como:

- ✓ Reducción de los procesos inflamatorios e infecciosos.
- ✓ Mejorías en el sistema cardiovascular, endocrino e inmune.
- ✓ Se reduce el riesgo cardiovascular.
- ✓ Incremento de conductas saludables.
- ✓ Se reducen los tiempos de recuperación de enfermedades.
- ✓ Se incrementa la longevidad y supervivencia⁽²⁰⁾.

El bienestar subjetivo es el objeto de estudio de la psicología positiva. La psicología positiva es una disciplina de la psicología de reciente aparición, aparece en 2002 de la mano de Martín Seligman. Centra su interés en estudiar el bienestar, la felicidad y la vida satisfactoria. Este interés se remontan a la época de la Grecia clásica e incluso antes. Aristóteles, por ejemplo, escribió en profundidad sobre la eudaimonia (i.e., felicidad o plenitud), y sobre cómo la vida virtuosa podía ser la vía para llegar a ella. Otros filósofos célebres posteriores, como Spinoza, escribieron también ensayos sobre diversos aspectos humanos y su relación con el bienestar.

Martín Seligman en 2002 incluye dentro de la psicología positiva tres grandes bloques. El estudio de las emociones positivas, el estudio de los rasgos positivos y el estudio de las organizaciones positivas⁽²¹⁾. La nueva Teoría del Bienestar de Martin Seligman (2011) ya no está centrada en la felicidad y en la medición de la satisfacción con la vida, sino que se centra en el bienestar y mide cinco componentes: 1) la emoción positiva, 2) la entrega, 3) el sentido, 4) las relaciones positivas y 5) los logros. Así pues, Seligman ha apostado por añadir dos elementos que se relacionan con el éxito y el virtuosismo, y que explican por qué las personas intentan triunfar por el mero hecho de triunfar. Estos dos nuevos elementos son las relaciones positivas y los logros⁽²²⁾.

De estos rasgos positivos este trabajo se centrará en los bloques de las emociones positivas y las relaciones positivas por ser los factores que más fácil manejo por fisioterapeutas sin formación específica en psicología. Por desgracia, algunos autores identifican erróneamente a la psicología positiva con el estudio únicamente del bienestar y la felicidad. Aunque en ocasiones se tome como un elemento central del área, sobre todo cuando se trata de exponer resultados útiles para la población general, es totalmente desenfocado reducir la psicología positiva a dicho vértice. Otra parte fundamental de la psicología positiva es el estudio de otros aspectos más positivos del ser humano, como la resiliencia, que pueden conllevar incluso experiencias de intenso sufrimiento, o el estudio de fortalezas humanas o cualidades positivas, como la valentía, la sabiduría, el altruismo o el humor entre otros. Otras veces, se ha confundido la verdadera naturaleza del movimiento al plantear que niega

o desestima los aspectos negativos del ser humano, o que abandona o minimiza la presencia del sufrimiento. Lo cierto es que lejos de esa acusación, el sufrimiento humano, está dentro de la agenda de la psicología positiva y nunca dejó de estarlo. Algunos ejemplos lo constituyen áreas como el afrontamiento adaptativo al trauma, la resiliencia y el crecimiento postraumático y el papel protector de determinados rasgos positivos en la aparición de trastornos físicos y psicológicos. La psicología positiva es el estudio científico del funcionamiento humano óptimo⁽²³⁾.

Dicho enfoque estudia la experiencia óptima, esto es, a las personas siendo y dando lo mejor de sí mismas. Los resultados de las investigaciones de la psicología positiva tienen el propósito de contribuir a una comprensión científica más completa y equilibrada de la experiencia humana y transmitir lecciones valiosas acerca de cómo construir una vida feliz, saludable, productiva y significativa⁽²⁴⁾.

La psicología positiva cuestiona los supuestos del modelo de enfermedad tradicionales en los que solo se atendía a la carencia o debilidad y exige prestar tanta atención a la fortaleza como a la debilidad, tanto interés a la construcción de las mejores cosas de la vida como a la reparación de las peores y tanta atención a lograr una vida plena para las personas sanas como a curar las heridas de las personas enfermas.

- **Bienestar social**

Keyes y Wateman investigan los 3 aspectos de bienestar subjetivo - psicológico, social, y emocional - que afectan a la salud en la edad adulta. La evidencia es revisada que indica los resultados sociales y económicos positivos que se asocian con niveles más altos de bienestar subjetivo, e identifica múltiples determinantes de bienestar subjetivo para los adultos.

Entre las áreas discutidas incluyen el funcionamiento positivo y el bienestar social, y enumera las dimensiones que llevan al bienestar social.

- ✓ Coherencia social. Percibir que el mundo social tiene lógica y es coherente y predecible.
- ✓ Integración social. Sentirse parte de la sociedad y sentirse apoyado y con elementos a compartir.
- ✓ Contribución social. Percepción de que uno contribuye con algo valioso para la sociedad en general.
- ✓ Actualización social. Tener la sensación de que la sociedad es un marco que crece y se desarrolla permitiendo además el crecimiento y la actualización personal.
- ✓ Aceptación social. Tener actitudes positivas hacia la gente. Sentir que el mundo no es un lugar hostil y cruel⁽²⁵⁾.

El objetivo de este trabajo es analizar la influencia que puede tener impulsar

de las emociones positivas y más concretamente el humor y la risa en las relaciones asistenciales como habilidad terapéutica de los fisioterapeutas.

IMPORTANCIA DE LAS EMOCIONES POSITIVAS EN LA RELACIÓN TERAPÉUTICA

¿Qué son las emociones positivas?

Las emociones tienen su ubicación biológica en un conjunto de estructuras nerviosas denominada sistema límbico que incluye el hipocampo, la circunvolución del cuerpo calloso, el tálamo anterior y la amígdala. La amígdala además de desempeñar otras funciones es la principal gestora de las emociones y su lesión anula la capacidad emocional. Las conexiones neuronales entre estas estructuras ubicadas en el cerebro reptiliano y la parte moderna del cerebro, el neocórtex, son muchas y directas, lo cual asegura una comunicación de vértigo muy adaptativa en términos evolutivos. Esto hace que sea algo ficticio hablar de pensamiento, emoción y conducta como entidades separadas⁽²⁶⁾.

Existe cierto consenso respecto a algunas de las características de las emociones básicas⁽²⁷⁾, de manera que se puede considerar que las emociones son tendencias de respuesta con un gran valor adaptativo, que tienen evidentes manifestaciones a nivel fisiológico, en la expresión facial, la experiencia subjetiva, el procesamiento de la información, etc., que son intensas pero breves en el tiempo y que surgen ante la evaluación de algún acontecimiento antecedente.

Las emociones positivas, a diferencia de las emociones primarias de tipo negativo, no están asociadas a una conducta preestablecida o estereotipada. Tienen un efecto más difuso y más a largo plazo, principalmente modulando procesos cognitivos y conductas. Además, las emociones positivas se muestran ante la experiencia subjetiva de forma interrelacionada, mezclándose distintos aspectos emocionales al mismo tiempo.

Recientemente se ha planteado la Teoría abierta y construida de las emociones positivas (Broaden and build theory of positive emotions) (Fredrickson, 1998, 2001), que sostiene que emociones como la alegría, el entusiasmo, la satisfacción, el orgullo, la complacencia, etc., aunque fenomenológicamente son distintas entre sí, comparten la propiedad de ampliar los repertorios de pensamiento y de acción de las personas y de construir reservas de recursos físicos, intelectuales, psicológicos y sociales disponibles para momentos futuros de crisis⁽²⁷⁾.

Es importante destacar que las emociones positivas son etiquetadas como positivas porque generan una sensación placentera –frente a las negativas que generan malestar. Entre otros efectos, la investigación ha mostrado que el afecto positivo mejora la capacidad para resolver problemas, aumenta la creatividad, mejora la capacidad para resistir el dolor, aumenta el altruismo, etc. Las emociones negativas

son tremendamente útiles para la supervivencia y para prevenir otras muchas dinámicas negativas al margen del peligro vital directo. Pero, en general, se puede decir que carecen de ese efecto de potenciación de habilidades diversas que parecen presentar las emociones positivas.

Precisamente, la teoría de la ampliación y construcción plantea que las emociones positivas podrían tener como función principal el desarrollo de habilidades y comportamientos nuevos⁽²⁷⁾. Según esta teoría, la función de las emociones positivas es completamente diferente a la de las emociones negativas. Mientras que éstas se centran en el afrontamiento de situaciones específicas negativas dirigiendo la acción de una forma muy específica, las emociones positivas favorecen la flexibilidad, la ampliación de pensamientos y acciones y la construcción de nuevos recursos para el futuro. Por tanto, las emociones positivas serían también importantes para la supervivencia pero buscando generar recursos a medio y largo plazo.

- **El estudio de las fortalezas humanas**

Algunas características de personalidad como la extraversión o la introversión, no tienen una connotación valorativa o moral en cuanto a que sea más deseable un polo que el otro. Sin embargo, hay rasgos que sí se consideran generalmente valiosos, como la capacidad para trabajar en equipo o la sabiduría. Estos últimos se suelen considerar fortalezas del carácter⁽²⁸⁾.

En los últimos diez años, se ha desarrollado un intenso trabajo de clasificación y elaboración de un sistema de evaluación de fortalezas que, aunque como todas las propuestas científicas, está sometido a continua revisión, ha tenido la pretensión de ser lo más exhaustivo y universal posible. Este trabajo realizado fundamentalmente por Chris Peterson y Martin Seligman, pero que ha contado con la colaboración de otros muchos investigadores, ha dado lugar a una clasificación de 24 fortalezas y a varios instrumentos de evaluación, actualmente todavía en proceso de validación, para que una fortaleza fuera finalmente incluida, además de tener presencia en todas las culturas, tenía que cumplir una amplia serie de condiciones entre las que se encontraban la distintividad, la apariencia de rasgo, la ausencia de un opuesto deseable, etc. En la tabla 2 aparece una lista de las 24 fortalezas, agrupadas en seis bloques, con una breve definición de cada una⁽²⁸⁾.

A diferencia de las tradiciones de corte más religioso, las aplicaciones desarrolladas centradas en las fortalezas no se plantean que una persona deba cultivar todas o la mayoría de ellas; ni siquiera sugieren que las personas deban mejorar, en las que tengan una puntuación muy baja. La aplicación propuesta habitualmente consiste en poner en práctica y aplicar, en la vida cotidiana, aquellas fortalezas que uno de forma natural ha desarrollado, o lo que es lo mismo, sus fortalezas principales. Es decir que se trata de destacar los recursos de las personas y aprovecharlos, más que detectar deficiencias para intentar reducirlas. Este cambio de foco elimina la frustración habitual al enfrentarse a una lista de cualidades “obligatorias” y casi

imposibles de cumplir, y aporta una visión más positiva de la persona y de su futuro. Favorecer que la persona tome conciencia y aplique sus fortalezas, más que destacar y trabajar en sus debilidades, implica confiar en que muchas de esas debilidades se reducirán como consecuencia de centrar el crecimiento de la persona sobre sus cualidades naturales⁽²⁹⁾.

DIMENSIÓN	NIVEL ÓPTIMO	NIVEL DEFICITARIO
Control ambiental	<ul style="list-style-type: none"> • Sensación de control y competencia. • Control de actividades. • saca provecho de las oportunidades • Capaz de crearse o elegir contextos 	<ul style="list-style-type: none"> • Sentimientos de indefensión. • Locus externo generalizado. • Sensación de descontrol.
Crecimiento personal	<ul style="list-style-type: none"> • Sensación de desarrollo continuo. • Se ve a sí mismo en progreso • Abierto a nuevas experiencias • Capaz de apreciar mejoras personales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sensación de no aprendizaje • Sensación de no mejora. • No transferir logros pasados al presente.
Propósito en la vida	<ul style="list-style-type: none"> • Objetivos en la vida. • Sensación de llevar un rumbo. • Sensación de que el pasado y el presente tienen sentido. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sensación de estar sin rumbo. • Dificultades psicosociales. • Funcionamiento premórbido bajo.
Autonomía	<ul style="list-style-type: none"> • Capaz de resistir presiones sociales. • Es independiente y tiene determinación. • Regula su conducta desde dentro. • Se autoevalúa con sus propios criterios. 	<ul style="list-style-type: none"> • Bajo nivel de asertividad. • No mostrar preferencias. • Actitud sumisa y complaciente. • Indecisión.
Autoaceptación	<ul style="list-style-type: none"> • Actitud positiva hacia uno mismo. • Acepta aspectos positivos y negativos. • Valora positivamente su pasado. 	<ul style="list-style-type: none"> • Perfeccionismo. • Más uso de criterios externos.
Relaciones positivas con otros	<ul style="list-style-type: none"> • Relaciones estrechas y cálidas con otros. • Le preocupa el bienestar de los demás. • Capaz de fuerte empatía, afecto e intimidad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Déficit en afecto, intimidad y empatía

Tabla 2. Clasificación de las fortalezas humanas de Peterson y Park (2009).

La risa y el humor se han clasificado dentro de las 24 fortalezas personales y se los considera una de las actividades más proclives al bienestar subjetivo, el saboreo y la promoción de los estados de flujo. La terapia de la risa, clasificable entre las terapias alternativas o complementarias en medicina, es el conjunto de técnicas e intervenciones terapéuticas para conseguir experimentar risa que se traduzca en los beneficios fisiológicos y psicológicos conocidos. El reciente advenimiento de la

psicología positiva ha despertado un grandísimo interés y expectación sobre los beneficios de aplicar el trabajo con recursos positivos a la terapia de la risa (y a otras terapias mente-cuerpo). Por lo tanto, nace con este moderno enfoque, la terapia positiva con risa, como complemento de la terapia de la risa “general” y de la psicología positiva, con sus aportaciones y sus limitaciones. Los profesionales sanitarios pueden ejercer un importante papel para difundir los beneficios de las “terapias positivas” y aplicarlas en condiciones reales, tanto para los pacientes como para ellos mismos⁽³⁰⁾.

Efectos terapéuticos de las emociones positivas

Los efectos terapéuticos de las emociones positivas se basan en varias propiedades que ha observado Fredrickson:

- Las emociones positivas amplían momentáneamente el repertorio de pensamientos-acciones, incrementan el campo perceptivo y facilitan respuestas más creativas.
- Ayudan a construir un conjunto de recursos personales (físicos, intelectuales y sociales) que el individuo puede aprovechar posteriormente para afrontar una dificultad, un trastorno o una enfermedad.
- Se retroalimentan formando espirales ascendentes de emociones positivas que mejoran el bienestar y la capacidad de afrontamiento.
- Neutralizan los efectos perjudiciales persistentes de las emociones negativas - estrés, bloqueos, etc.-, deshaciéndolos y ayudando a recuperar la salud⁽²⁷⁾.

Efectos de las emociones positivas se podrían resumir en:

- El juicio hacia los demás y uno mismo es más indulgente.
- Se codifican y recuperan mejor los recuerdos positivos.
- Amplía el campo visual (reduce sesgos cognitivos).
- Genera un pensamiento más flexible y creativo.
- Genera más repertorios de conducta.
- Reduce la duda.
- Se generan conductas altruistas.
- Permite contrarrestar afectos negativos.
- Se tolera mejor el dolor físico.
- Favorece la resistencia ante las adversidades.
- Permite el cambio por razones positivas, no como huida⁽³¹⁾.

Quizás el sentido del humor y la risa pueden ser una herramienta más fácil que otras para comenzar a fomentar las emociones positivas en la relación terapéutica. La experiencia del humor y de la risa está caracterizada por la relajación, fomentar la aparición de la respuesta hilarante ayuda a mitigar y suprimir una variedad de estados negativos, resulta beneficiosa para la salud mental y física.

Uno de los aspectos inmersos en las emociones positivas es el humor, el cual es reconocido como una forma de percibir, afrontar y analizar los sucesos vividos de manera paradójica y jocosa. Este rasgo de la personalidad presenta una gran incidencia sobre los pensamientos, sentimientos y comportamientos⁽³²⁾.

Potenciar el sentido del humor, puede ser una buena herramienta para afrontar situaciones estresoras como las alteraciones del estado de salud, pues su incidencia podría tener efectos en las dimensiones físicas, psicológicas y sociales del concepto de salud.

La presencia de emociones positivas como la alegría, el buen humor, optimismo, entusiasmo y paz que se manifiestan en el individuo como realidades biopsicosociales que generan diversas reacciones y contribuyen al afrontamiento de las enfermedades⁽³³⁾.

El humor y la risa en la relación terapéutica

Durante los últimos siglos los médicos se han formado para practicar la medicina como una «ciencia seria» y como un arte de «curar». Para los maestros de la medicina antigua que no tenían microscopios, cámaras de fibra óptica o tecnología de microchip, los estados de ánimo y los sentimientos del paciente se consideraban indicadores fundamentales. Las investigaciones científicas llevadas a cabo en el campo de la medicina psicosomática demuestran que se puede «enfermar de preocupación».

La salud es una interacción vibrante, dinámica y armoniosa entre el cuerpo y la mente, entre el propio «yo», la sociedad y la vida.

El humor es algo libre, imprevisible y sorprendente y como tal no debería definirse. Mingote lo define como no tener miedo a pensar; Fernández Flórez nos dice que es una posición ante la vida. Destacaríamos otras como que es un lenguaje universal y una emoción contagiosa que no tiene reacciones adversas, o la que dice que es una forma ingeniosa de enfrentarse a una situación difícil. Es un instrumento terapéutico complementario, necesario para mantener el bienestar tanto físico como mental, una puerta para la relajación, abrir nuestra capacidad de sentir, de amar, de llegar al silencio, al éxtasis, a la creatividad.

Introducir el humor como algo que puede contribuir al bienestar del personal sanitario y de sus pacientes puede parecer anacrónico y hasta poco serio. Desde la más remota antigüedad la función terapéutica de la risa franca y cordial es reconocida por sabios, filósofos y médicos. Reír es un bien para la salud del cuerpo y el espíritu. Cuando uno se siente enfermo o tiene algún dolor es evidente que no está para risas.

La relación entre el carácter taciturno y la enfermedad física estaba clara, hace ya muchísimo tiempo, para Galeno, que averiguó que las mujeres con un temperamento melancólico tenían más probabilidades de padecer tumores de mama

que las jocosas. Está descrita la asociación inversa entre la enfermedad coronaria y el sentido del humor, así como la relación existente entre el humor y la empatía.

La carencia de sentido del humor es un factor de riesgo para enfermar, y dando la vuelta al argumento nos damos cuenta de que su presencia es una medicina de gran utilidad. Wender, en su artículo titulado «El humor en medicina» explica, cómo acorta las distancias interpersonales y culturales, facilita la comunicación de malas noticias y, además, permite expresar la frustración proporcionando la adaptación en situaciones de ansiedad y depresión⁽³⁴⁾.

- **Definiciones: el humor y la risa**

Desde hace años se está comprobando, cada vez con más estudios científicos, que el sentido del humor y la risa pueden beneficiar la salud, tanto físicamente como psíquicamente. Parece cierto que el buen humor actúa como una válvula de escape y de seguridad en nuestro psiquismo. Nos libera de tensiones, neutraliza las preocupaciones, nos relaja y nos permite olvidar temporalmente los problemas.

El humor actúa como un puente entre los seres humanos. Es parte de la comunicación que sirve para su relación, transmisión de mensajes y conocimiento del otro. El sentido del humor ayuda a mantener un estado emocional y mental adecuado, corrige los defectos comunicativos como si fuera un lubricante y, además de ser una fuente de entretenimiento y placer, reduce el estrés de la vida diaria. Por su gran importancia, todas las culturas estimulan la existencia del humor, la alegría y la risa dentro de las actividades de bienestar de sus miembros y de las concepciones vitales. Su efecto positivo puede verse en todas las etapas de la vida. Se ha utilizado en el cuidado de pacientes con cáncer, en los no sedados de unidades de cuidados intensivos, en psicoterapia, en el preoperatorio e incluso en acciones para mejorar el autocuidado del personal sanitario y de los cuidadores en la terminalidad.

El humor y la risa son útiles a la hora de establecer la relación entre cuidadores, pacientes y familiares y ayudan a romper el hielo en situaciones tensas, a la vez que sirven para fomentar la confianza y reducir el temor. Una vez establecida la relación terapéutica, puede llegar a ser un agente curativo poderoso⁽³⁵⁾.

- ✓ **El humor**

Es parte integral del comportamiento humano en cada día de la vida. Es una forma de comunicación y un canal útil para liberar ansiedad, tensión e inseguridad.

Asimismo es un buen mecanismo de defensa. Es distinto para cada persona y cultura. Un hombre puede llorar por lo que otro ríe. La capacidad para

ofrecer humor es exclusiva del ser humano y, por tanto, su actividad se desarrolla en el intelecto⁽³⁴⁾.

El Diccionario de la Real Academia define el término humorismo como la «manera de enjuiciar, afrontar y comentar las situaciones con cierto distanciamiento ingenioso, burlón y, aunque sea en apariencia, ligero».

Es una forma de comportamiento humano por la que somos capaces de percibir, apreciar o expresar circunstancias o hechos graciosos, divertidos, incongruentes o absurdos. Realmente podemos decir que, al igual que la belleza está en los ojos de los que la ven, el humor se halla en la mente de quien lo percibe.

El humor nos remite a un tipo de percepción que hasta ahora hemos relegado para dar prioridad a la lógica. Nos señala la posibilidad de insertar ciertos cambios en esa percepción y nos muestra que dichos cambios pueden modificar instantáneamente nuestras emociones, algo que la lógica nunca conseguirá⁽³⁶⁾.

El humor no necesariamente ha de llevar a la risa, ni a la sonrisa siquiera, cumple su tarea «sólo» con mostrarnos que se puede ver las cosas de formas muy diferentes de las acostumbradas. Si algo logra el humor, es separarnos de lo rutinario, distanciar el problema y permitirnos afrontarlo con recursos renovados.

El sentido del humor no es algo simple, al contrario, es un proceso emocional-cognitivo de gran complejidad. Implica tener una actitud lúdica y optimista en la vida, que facilita el ver los problemas con otro prisma más positivo y mantener unas expectativas constructivas cara al futuro. Hay personas con más aptitud que otras respecto al sentido del humor, pero en algún grado todos podemos aprender a desarrollar este muy sano rasgo de la personalidad⁽³⁶⁾.

✓ **La risa**

La risa es una manifestación de alegría y bienestar y una descarga emocional.

Podría definirse como una reacción psicofisiológica que externamente se caracteriza por:

Contracciones enérgicas del diafragma, acompañadas de vocalizaciones silábicas repetitivas con resonancia de la faringe, velo del paladar y otras cavidades fonatorias;

Expresión facial determinada (movimiento de cerca de 50 músculos faciales, principalmente alrededor de la boca), que puede acompañarse de secreción lagrimal;

Movimientos de otros grupos musculares corporales, más de 300 diferentes (pared abdominal, cabeza y cuello, espalda, hombros, brazos, manos y piernas, entre otros)

Una serie de procesos neurofisiológicos asociados (cambios respiratorios y cardiocirculatorios, activación del sistema dopaminérgica y otros circuitos neuroendocrinos e inmunológicos). Internamente la risa se acompaña de una sensación subjetiva reconocible (hilaridad), cuyo goce se ha comparado con el de la actividad sexual y otras reacciones placenteras del organismo⁽³⁷⁾.

Fisiología del sentido del humor y de la risa

- **¿Qué ocurre en el cerebro cuando sonreímos o reímos?**

Las modernas técnicas de registro de imágenes cerebrales nos permiten saber cómo procesa el cerebro el sentido del humor. Las imágenes obtenidas por resonancia magnética funcional mientras se oyen o leen chistes, muestran que para entenderlo se activan zonas en las tres capas del cerebro.

Áreas de la corteza cerebral para procesar las palabras recibidas y comprender que lo escuchado o leído no tiene sentido. El sistema límbico se activa provocando una emoción placentera ante lo absurdo. La activación del tronco del encéfalo da lugar a la alegría, la risa, o la carcajada.

El sentido del humor requiere una mente ágil y flexible ya que los procesos de entender el chiste, entenderlo y reírse se sincronizan muy rápido. Primero se escuchan o leen las palabras, inmediatamente los receptores de la vista o del oído envían los datos al cerebro. En ese momento el hemisferio izquierdo comienza a ordenar los datos recibidos mientras tratamos de acertar el final lógico de la historia.

Por otra parte se activa una pequeña zona en el hemisferio derecho que permitirá imaginar la historia desde una perspectiva absurda. Para entender ese absurdo se utilizan las zonas implicadas en el procesamiento del lenguaje, estas áreas son fundamentales para entender la coherencia de lo que recibimos al principio de la historia y detectar después la incongruencia propia del chiste. Y por último para poder contrastar lo imaginado y el resultado final inesperado se necesita activar la memoria corto plazo.

Se trata de una especie de red neuronal que almacena nuestra expectativa

lógica de la historia mientras recibimos la información que un momento concreto hace un giro absurdo rompiendo nuestras expectativas. Lo lógico y lo ilógico se encuentran en el tiempo y se comprueba que es absurdo y al cerebro lo absurdo le resulta divertido. Resulta divertido porque en el cerebro se dispone un área denominada “central anunciadora de errores” localizada en la zona media posterior de corteza frontal. Allí las neuronas se activan cuando una acción se aparta de lo correcto. Esa capacidad innata en el humano de descubrir errores siempre activa los circuitos cerebrales de recompensa.

Hasta este momento el cerebro ha detectado lo absurdo, pero para que se produzca el sentimiento de diversión y la risa es necesario se active el sistema límbico en la segunda capa del cerebro que el área encargada de procesar los sentimientos.

Como otros muchos estímulos positivos, lo gracioso o lo absurdo activa un área en la tercera capa, tronco encefálico, que segrega dopamina, también conocida como la hormona de la felicidad. Esta hormona estimula el interruptor central del sistema de recompensa. Una vez activado, el interruptor envía señales de felicidad a la corteza prefrontal. Al mismo tiempo el sistema de recompensa y placer se encargan de generar una reacción eufórica. Se debe tener en cuenta que encontrar algo divertido es muy personal y depende de la intensidad de la emoción provocada, de ahí que el sentido del humor aumente con una inteligencia fluida y creativa⁽³⁸⁾.

- **Efectos del humor y la risa en el cuerpo humano**

Aunque no se dispone de ensayos clínicos aleatorizados y controlados que hayan validado específicamente el valor terapéutico de la risa, son numerosos los estudios que han descrito beneficios en múltiples áreas de la medicina, tales como: la oncología, psiquiatría, rehabilitación.

Reumatología, alergología y dermatología, inmunología, endocrinología y metabolismo, neumología, cardiología, geriatría, medicina de urgencias y cuidados intensivos, atención domiciliaria, cuidados paliativos, enfermos terminales, cuidados pre/perioperatorios y hospitalización, y cuidados generales del paciente.

Algunos de estos estudios sobre los efectos de la risa marcaron el inicio de un nuevo campo de investigación llamado psiconeuroinmunología, que explora las interacciones entre el sistema nervioso central y el sistema inmunitario y endocrino⁽³⁹⁾. Para el psiconeuroinmunólogo, lo importante es el estudio de los mecanismos de interacción y comunicación entre la mente y los sistemas nerviosos, inmunológicos y endocrinos, responsables de mantener el organismo en equilibrio.

Esta comunicación se desarrolla a través de procesos y sustancias químicas producidas por esos mismos sistemas, como las hormonas, los neurotransmisores y las citoquinas.

✓ **Beneficios físicos**

Modifica el tono muscular, permitiendo que la musculatura quede en estado flácido y se libere la tensión excesiva

Provoca la liberación de neurotransmisores, endorfinas, encefalinas, serotonina, dopamina, produciendo en el individuo sensación de bienestar. Disminuye la secreción de cortisol que se produce en las situaciones de estrés descendiendo la presión arterial, la frecuencia cardiaca y la tensión muscular.

Estimula el sistema inmunológico

Regulariza la respiración aumentando la oxigenación de los tejidos

Favorece la digestión⁽³³⁾.

✓ **Beneficios psicológicos**

A nivel psicológico, el humor contribuye al desarrollo de la creatividad, la fluidez, velocidad y flexibilidad de pensamiento, de la misma forma, facilita que se generen pensamientos flexibles con habilidades para formar ideas y formar relaciones entre estas ideas⁽³³⁾.

Usar el humor como apoyo en la relación asistencial genera diferentes efectos tanto en el terapeuta como en el paciente; entre otras cosas el humor ayuda a descargar emociones y pensamientos negativos; contribuye al desarrollo y fortalecimiento de la alianza terapéutica; utilizar el humor contribuye a poner distancia con la situación causante del displacer; Permite modificar los marcos de referencia rígidos y flexibiliza el pensamiento para comprender nuevos conceptos y estilos de comportamiento con relación a sí mismo y a las situaciones estresoras o angustiosas como puede ser la enfermedad; de la misma forma ayuda a generar alternativas de solución y patrones de comportamiento más adaptativos; el humor puede actuar como agente persuasivo dentro de las terapias y permite crear un proceso terapéutico más distendido e incluso que el proceso sea menos doloroso, el humor ayuda a flexibilizar las terapia disminuyendo la monotonía⁽⁴⁰⁾.

✓ **Beneficios sociales**

El humor y la comunicación divertida fortalecen nuestras relaciones al desencadenar sentimientos positivos e impulsar la conexión emocional. Cuando reímos juntos, un lazo positivo se crea. Este lazo actúa como un fuerte amortiguador contra el estrés, los desacuerdos, y la desilusión. Reír

con los otros es más poderoso que reír solos.

Compartir nuestra risa es una de las herramientas más poderosas para mantener las relaciones frescas y excitantes. Toda la experiencia emocional compartida construye lazos fuertes y duraderos, pero el compartir la risa también crea alegría, vitalidad y resiliencia. El humor también es una buena forma de sanar resentimientos, desacuerdos y heridas del pasado. La risa une a las personas durante los momentos difíciles. Permite el establecimiento de relaciones interpersonales sanas y ayuda a solucionar desacuerdos de forma deliberativa y pacífica⁽⁴¹⁾.

✓ **Beneficios emocionales**

El humor genera beneficios emocionales, sociales, de comunicación y de calidad de vida. Se han realizado estudios sobre sus beneficios en aspectos de control percibido, optimismo, aceptación, competencias, limitaciones y estado de ánimo.

En cuanto al estrés, el mecanismo por el cual la risa podría modularlo y, en consecuencia, redundar en beneficios de salud sería, por un lado, a través de la promoción de estados emocionales positivos, y por otro, mediante su efecto neuroendocrino, actuando sobre la disminución de los valores de cortisol y otros marcadores de estrés físico y mental. El aumento de catecolaminas producido por la risa afectaría a algunas funciones mentales, como el aumento de la respuesta interpersonal, la alerta, la creatividad y la memoria, y el aumento de otros neurotransmisores (serotonina, dopamina) tendría un efecto antidepresivo y ansiolítico. En este sentido, algunos estudios han descrito los beneficios de la risa en el tratamiento de pacientes con depresión y ansiedad, o en determinadas psicosis, tales como la esquizofrenia⁽³⁹⁾.

Clasificaciones del sentido del humor y de la risa

• **Tipos de humor**

Martín, Pulhlik-Doris, Larsen, Gray y Weir⁽⁴²⁾, desarrollaron estudios con el fin de evaluar las diferencias individuales en cuatro estilos de humor que son denominados según el objetivo de quien lo utiliza. Según este criterio diferenciaron los siguientes estilos de humor:

- ✓ **Afiliativo** (Affiliative). Se refiere a la tendencia a decir cosas divertidas, a hacer chistes y bromas, a llamar la atención con burlas espontáneas e ingeniosas para divertir a otras personas, facilitar las relaciones entre sí y reducir las tensiones surgidas en las relaciones interpersonales. Se trata de un estilo esencialmente carente de hostilidad y su uso ubica

adecuadamente tanto a quien lo utiliza como a los demás. Se presume que permite el aumento de la cohesión interpersonal.

- ✓ **Mejoramiento personal** (Self-enhancing). Se refiere a la tendencia a mantener una perspectiva humorística de la vida aunque ésta no sea compartida con otros. Implica divertirse con las incongruencias de la vida aún en la adversidad y usar el humor como una estrategia para afrontar las vicisitudes.
- ✓ **Agresividad** (Aggressive). Es la tendencia a usar el humor con el propósito de criticar o manipular a otros recurriendo al sarcasmo, “tomando el pelo” a los otros, molestando con bromas, poniendo en ridículo a los demás (frecuentemente con temas sexistas o racistas). Es una forma potencialmente ofensiva del humor. En este caso el humorista se impone a expensas de los demás.
- ✓ **Descalificación personal** (Self-defeating). Las personas que usan este tipo de humor son autodespreciativos, hacen o dicen cosas divertidas a expensas de sí mismos y se ríen con otros al tiempo que se ridiculizan o menosprecian. Implica también el uso del humor como una forma negativa de defensa para ocultar sus sentimientos. Este estilo de humor parece ser un intento de congraciarse consigo mismo o de ganar la aprobación de los otros a expensas de sí mismo.

Es conveniente diferenciar entre el humor positivo y el humor agresivo. No todo el humor es beneficioso, aquel que es hostil, que busca la burla, el sarcasmo, el insulto, etc. no es beneficioso, perjudica tanto a la misma persona que lo hace como a los demás. El humor basado en la ironía y el sarcasmo puede herir los sentimientos de los interlocutores de la relación, y la intención del uso del humor en la relación tiene el objetivo final de mejorar la interacción con el paciente y potenciar sus emociones positivas. En cambio, el estilo humorístico positivo y creativo, con crítica constructiva, encaminado a hacer ver las contradicciones del mundo que nos rodea y a facilitar la risa mostrando situaciones casi inverosímiles, es un tipo de humor sano que consigue generar beneficios psicológicos, que además de mejorar la salud mental también refuerza las relaciones interpersonales y sociales. Las personas de humor positivo, constructivo, a veces irónico e incisivo, pero dialogantes y conciliadoras, son transmisoras de energía positiva⁽⁴³⁾.

- **Tipos de risa**

Se han elaborado múltiples clasificaciones para los diferentes tipos de risa, en función de diversos parámetros y desde distintos ámbitos y ciencias de estudio
4. Con interés médico y terapéutico pueden considerarse 5 grandes grupos:

- ✓ Risa **espontánea o genuina**; La risa espontánea es la que surge de forma natural como expresión genuina de las distintas emociones humanas (p. ej., la risa vinculada a la alegría, a la diversión, al humor). Se ha descrito que la risa espontánea produce típicamente una contracción de los músculos cercanos a la órbita ocular.
- ✓ Risa **ensayada, simulada o practicada**. La risa ensayada se consigue mediante su práctica a voluntad y sin motivo alguno que la justifique (incondicional), por lo que no está asociada directamente al humor o a otras emociones humanas positivas (p. ej., la risa de un programa de dinámica de la risa).
- ✓ Risa **estimulada**; La risa estimulada es consecuencia de la acción física o refleja de determinados estímulos externos (p. ej., cosquillas, praxias faciales).
- ✓ Risa **inducida**, más superficial y hueca, es producto de los efectos de determinados fármacos o sustancias psicoactivas: alcohol y drogas.
- ✓ Risa **patológica** es específica y secundaria a lesiones del sistema nervioso central como consecuencia de diversas enfermedades neurológicas transitorias o persistentes, aparece ante estímulos inespecíficos, no está vinculada a cambios emocionales, no hay control voluntario sobre su duración, intensidad o expresión facial, y a veces se acompaña de «llanto patológico».

El interés terapéutico de los distintos tipos de risa se centra especialmente en los 2 primeros: la risa espontánea y la risa ensayada. En ausencia o en espera de risa espontánea, la risa ensayada se torna divertida y contagiosa al poco rato de practicarla, y puede hacer brotar la risa espontánea y potenciar su intensidad y duración. El cerebro no es capaz de distinguir la risa ensayada de la espontánea, por lo que ambas se asociarían indistintamente a similares beneficios de salud^(43,44).

El manejo del humor y la risa como habilidad terapéutica

El humor actúa como un puente entre los seres humanos. Es parte de la comunicación que sirve para su relación, transmisión de mensajes y conocimiento del otro. El sentido del humor ayuda a mantener un estado emocional y mental adecuado, corrige los defectos comunicativos como si fuera un lubricante y, además de ser una fuente de entretenimiento y placer, reduce el estrés de la vida diaria. Por su gran importancia, todas las culturas estimulan la existencia del humor, la alegría y la risa dentro de las actividades de bienestar de sus miembros y de las concepciones vitales. Su efecto positivo puede verse en todas las etapas de la vida. Se ha utilizado en el cuidado de pacientes con cáncer, en los no sedados de unidades de cuidados

intensivos, en psicoterapia, en el preoperatorio e incluso en acciones para mejorar el autocuidado del personal sanitario y de los cuidadores en la terminalidad.

El humor es un mecanismo positivo para algunos individuos que actúa como equilibrador de la inquietud ante la muerte, ayuda a engendrar la esperanza, crea un sentido de perspectiva y ayuda a establecer la comprensión de la persona consigo misma y con los demás⁽³⁵⁾.

- **Humor y manejo del dolor crónico**

El Dolor es un fenómeno de una elevada complejidad que es el resultado evolutivo de un mecanismo protector de nuestra fragilidad frente al mundo que nos rodea. Un elemento esencial en nuestra supervivencia, generado a través de la interacción de nuestra estructura neuropsicológica y de su sustrato bioquímico. Una experiencia que por muy habitual que nos suceda, es percibida y sentida de forma peculiar por cada una de las personas que lo padecen.

Definición de la IASP (International Association for the Study of Pain, 1979, 1986) como una “experiencia sensorial y emocional desagradable que se asocia a una lesión histórica presente o potencial o que es descrita en términos de esta lesión”.

Esta definición invalida la conceptualización del dolor como modalidad exclusivamente sensorial y otorga especial importancia a la subjetividad del paciente, destacando el papel de los factores psicológicos como mediadores de la percepción, mantenimiento y exacerbación del dolor, pudiendo estar desencadenado o no por procesos biológicos (Belloch, 1989). La consideración de las variables psicológicas moduladoras del dolor ha permitido, a su vez, la progresiva e imparable incorporación de la Psicología⁽⁴⁵⁾.

A partir de los años 80 el dolor en general, y el dolor crónico en particular, se entienden como una experiencia subjetiva compleja cuyo acercamiento debe realizarse desde una perspectiva integral biopsicosocial, en la que el dolor es considerado resultado de la interacción de elementos biológicos que pueden provocar y mantener distintas dolencias, de factores psicológicos que influirán en la percepción de la experiencia subjetiva interna y de elementos socioambientales moduladores de la percepción de la estimulación nociceptiva y moldeadores de las respuestas del organismo.

La contribución de los factores psicológicos se hace especialmente relevante y obvia en el caso del dolor crónico en el que la propia cronificación del dolor es considerada una enfermedad en sí misma⁽⁴⁶⁾.

Desde 1968, las emociones se han establecido como una de las dimensiones que configura la experiencia de dolor⁽⁴⁷⁾.

El componente afectivo del dolor incorpora toda una gama de emociones negativas en cuanto a su cualidad. Las más estudiadas y relevantes en la literatura sobre dolor crónico han sido, la depresión, la ansiedad y, en menor medida, la ira. Estas emociones se han relacionado tanto con la génesis, como con el mantenimiento y la exacerbación del dolor crónico en su aspecto psicológico y físico.

✓ **Ansiedad y dolor crónico**

La relación entre ansiedad y dolor crónico ha sido puesta de manifiesto por numerosos autores constituyendo una de las respuestas psicológicas mediadoras de la experiencia de dolor más temprana y consistentemente identificada.

Por un lado, la ansiedad actúa como potenciadora y mantenedora del dolor, que cuanto mayor sean los niveles de ansiedad, el dolor será percibido como más intenso y desagradable.

Los aspectos que la ansiedad comparte con el dolor son numerosos en cuanto a medida, respuestas fisiológicas y tratamiento resultando, en ocasiones, difícil diferenciar una de otro.

La ansiedad continua produce un incremento de la tensión muscular, alteraciones del Sistema Nervioso Autónomo y una mayor receptividad y aumento de la percepción de los estímulos dolorosos. Estas reacciones tienen como consecuencia final un más largo mantenimiento de la sensación dolorosa, aunque el estímulo nociceptivo cese⁽⁴⁸⁾.

✓ **Depresión y dolor crónico**

La depresión supone una de las respuestas emocionales más frecuentemente asociada al dolor, suscitando un considerable interés teórico y clínico por su prevalencia y por la aparición regular de síntomas de dolor en el transcurso de la sintomatología depresiva.

Carulla et al realizaron un estudio con 258 pacientes oncológicos para valorar la correlación entre dolor oncológico y depresión, determinar la prevalencia de depresión en los grupos de casos y controles, y conocer qué factores de la historia clínica del paciente podrían estar potencialmente asociados a la depresión. Este estudio evaluó la relación entre dolor y depresión en pacientes oncológicos con diferentes tipos de cáncer.

Los resultados confirman, como en estudios previos, una clara correlación entre ambos factores en pacientes con enfermedades crónicas incluyendo

las de origen oncológico. Se observa una relación significativa entre dolor y depresión, especialmente cuando el dolor estaba referido a un breve espacio de tiempo. Esta correlación quedó demostrada en el estudio, en base a la puntuación de la EVA (durante las últimas 24 horas y durante los últimos 7 días) con respecto a la puntuación del IDB. La conexión entre dolor y depresión parece residir en el mecanismo fisiológico subyacente en ambos procesos. El desequilibrio en la concentración de los neurotransmisores serotonina y noradrenalina, causante de depresión, es también responsable de una disminución del umbral de la sensibilidad al dolor. Los pacientes deprimidos, por lo tanto, tienen una mayor sensibilidad nociceptiva⁽⁴⁹⁾.

El uso del humor como forma de afrontamiento, es decir como la tendencia a mantener una perspectiva humorística ante la adversidad, ha sido tema de amplia discusión. Así, se ha encontrado que como estrategia de afrontamiento se asocia con niveles más bajos de sintomatología psiquiátrica, especialmente depresiva⁽⁴⁹⁾.

✓ **Ira y dolor crónico**

La ira ha sido la emoción negativa más ampliamente observada en el dolor crónico, destacándose su influencia negativa en la adaptación de los pacientes; La propia frustración frente a la enfermedad crónica, las quejas somáticas persistentes, la escasa información sobre la etiología del dolor, acompañado todo ello de repetidos fracasos terapéuticos, aumentan la probabilidad de que los pacientes experimenten estados emocionales de ira asociados, como una respuesta natural al dolor⁽⁵⁰⁾.

La inclusión de la risa y el humor en las relaciones terapéuticas como estrategias de afrontamiento del dolor ante las emociones negativas que se asocian con dolor crónico podrían ser equilibradas por el empleo de la potenciación de las emociones positivas en la relación terapéutica como facilitadoras de las estrategias de afrontamiento del dolor, pueden crear las condiciones que posibiliten una mayor eficacia de los tratamiento, sea de cara a su eliminación o al alivio y adaptación a la convivencia con él⁽⁵¹⁾.

• **Humor en el cuidado del paciente al final de la vida**

Enfrentarse con humor a un asunto serio no significa forzosamente tratarlo a la ligera, por lo que aquel puede ser usado como una herramienta terapéutica y para tratar el estrés. El cuidado holístico que la OMS pide para los enfermos en fase terminal incorpora, cuando sea posible y esté indicado, la utilización del sentido del humor de un modo cortés y espontáneo porque el final de la vida es también un periodo útil para compartir momentos de risa e ingenio como otra forma de influir en la mejora de la calidad de vida del paciente y de sus

familiares. El humor y la risa pueden estimular una actitud positiva y de esperanza y da una nueva perspectiva a nuestros problemas. No obstante, su empleo requiere que los cuidadores sean muy sensibles para percibir cuándo éste es apropiado o desaconsejado. El humor es individual y adquiere diferentes significados en cada persona, más aún con los enfermos en el final de la vida, por lo que es importante acercarse a cada situación con sensibilidad e intuición y no asumir que el humor es bienvenido para todos.

Hay que valorar el uso del humor desde la perspectiva del paciente, su situación clínica, la familia y la propia experiencia. Algunos sugieren que la iniciativa para su empleo debe partir del paciente, pero otros consideran que el personal debe observar directamente las respuestas e intentar identificar la actitud de los pacientes ante el humor y la risa, preguntándoles si disfrutaban riendo y qué les causa risa. Incrementaremos nuestro éxito para estimular la risa del paciente si primero respondemos a las siguientes preguntas:

- ✓ ¿Le ha dado el paciente alguna pista que indique que es receptivo al humor?
- ✓ ¿Intenta el paciente compartir su sentido del humor con el personal o las visitas?
- ✓ ¿Cuál es la capacidad del paciente para percibir y comprender el humor?
- ✓ ¿Cómo utiliza el humor el paciente? ¿Es cínico y sarcástico o absurdo y ridículo?
- ✓ Observe el tipo de humor que crea su paciente. ¿Explica chistes, gasta bromas o trae objetos divertidos al hospital?
- ✓ ¿Hay algún tema humorístico que su paciente pudiera considerar tabú? Evite el humor sobre el tema sexual, étnico y religioso para minimizar la posibilidad de ofenderle.
- ✓ ¿Ha observado si el paciente tiene alguna preferencia por un tipo particular de humor?
- ✓ ¿Tiene alguna preferencia por un actor cómico?
- ✓ ¿Será percibido el humor como algo enojoso? ¿Indicará que usted se preocupa por el paciente?

La filosofía de los cuidados paliativos incluye atender a la familia y al paciente como una unidad por lo que es esencial considerar las preferencias y actitudes familiares en la evaluación del humor. Es posible utilizar el humor en la convivencia diaria con los pacientes, ya que se parte de la perspectiva de que ayuda a compartir la adversidad⁽⁵²⁾.

Para utilizar el humor, sin embargo, es necesario desarrollar la sensibilidad para saber cuándo emplearlo, esto es, tener el sentido de la oportunidad. Para iniciarse en el tema, se sugiere observar qué respuesta se produce en el paciente a algo tan sutil como un guiño o un comentario divertido y benigno. Una actitud negativa hacia el empleo del humor por el personal de cuidados y

la ausencia de una buena relación con el paciente y la familia son obstáculos para su utilización terapéutica. Se considera que el humor no debe utilizarse y se evitará:

- ✓ En las horas de agonía y fase muy terminal de la enfermedad, porque es cuando el paciente y la familia viven un gran impacto emocional y en consecuencia no están receptivos a ningún tipo de intervención desde el exterior.
- ✓ En la comunicación del diagnóstico, donde el proceso mental de comprensión es muy importante y requiere toda la atención posible.
- ✓ En presencia de familiares u otros pacientes que se encuentran en diferentes estadios de su enfermedad o de aceptación de la misma.
- ✓ El humor sexista, étnico, o que ridiculiza es siempre inapropiado⁽⁵³⁾.

Recomendaciones para la aplicación del humor y la risa en la relación terapéutica

- **Uso apropiado del sentido del humor en la relación terapéutica**

Los profesionales de salud pueden ejercitar sus efectos positivos sobre sus pacientes desde las fases tempranas de la relación hasta las etapas finales con las siguientes pautas:

- ✓ Establecer desde el principio una relación sana, alegre y “empática” con el paciente.
- ✓ Adoptar actitudes positivas en la información al paciente y en la resolución de dudas.
- ✓ Ayudar al paciente y familia a identificar qué es lo que más le preocupa del proceso de la enfermedad.
- ✓ Reforzar cualquier aspecto o progreso positivo, por pequeño que parezca.
- ✓ Animar al paciente a realizar actividades que resulten agradables y de su interés.
- ✓ Si la alegría es un estado normal del ser humano, practicarla para reforzarla.
- ✓ Ser muy consciente de las actitudes que favorecen una relación de ayuda humana basada en el respeto y la comprensión.
- ✓ Aprender a reírnos de nosotros mismos, de nuestras debilidades, errores, miedos e ignorancias, que es el primer paso que nos sitúa en condiciones de reconocer que lo sabemos todo entre todos⁽⁵²⁾.

El sentido del humor puede ser una forma de ayudar al paciente y a la familia, por lo que para que así sea el personal debe estar dispuesto a permitir que emerja un humor espontáneo y recíproco con el enfermo. Con un ambiente de

buen humor el personal se siente apoyado y se enriquece más cuando comparte la risa y el afecto. La terapia humorística más valiosa no consiste en contarle chistes al paciente, sino en ayudarlo a que pueda adoptar una actitud humorística ante la vida.

- **Cómo evaluar el sentido del humor**

Entre las escalas que miden el humor destacamos las de Martín Lefcourt que mide cómo es la risa ante distintas situaciones.

La escala de adaptación al humor de **Martín y Lefcourt** se propone como una medida de la utilización del humor individual como respuesta adaptativa a los sucesos estresantes de la vida. Los ítems deben evaluarse según el grado de desacuerdo o de acuerdo en una escala de cuatro puntos (muy en desacuerdo, 1, 2, 3, 4 muy de acuerdo). Algunos ejemplos de los ítems:

1. A menudo pierdo mi sentido del humor cuando estoy teniendo problemas.
2. Normalmente busco algo gracioso que decir cuando me encuentro en situaciones tensas.
3. He experimentado a menudo que si estoy en una situación donde tengo que llorar o reír, es mejor reír.
4. Mi experiencia ha sido que el humor es frecuentemente una forma muy efectiva de afrontar los problemas.

El cuestionario de Martín y Lefcourt está diseñado para valorar más la respuesta conductual de la risa que el propio sentido del humor, es decir, parecen medir solo la probabilidad de reír que no parece que sea equivalente al sentido del humor⁽⁵³⁾.

La Escala "Multidimensional Sense of Humor Scale (**MSHS**)" de Thorson y Powell⁽⁵⁴⁾ contiene 24 ítems, 18 de los cuales están redactados positivamente (1, 2, 3, 5, 6, 7, 9, 10, 12, 14, 15, 16, 18, 19, 21, 22, 23, 24) y 6 negativamente (4, 8, 11, 13, 17, 20) para reducir el sesgo de respuestas fijas. Los ítems positivos se califican con una escala de cinco puntos que va de muy en desacuerdo (0) a muy de acuerdo (4). Los ítems negativos al revés, muy en desacuerdo (4) a muy de acuerdo (0). La menor puntuación es cero y la mayor 96. Proponen un modelo multidimensional, con cuatro dimensiones que se caracterizan de la siguiente manera:

1. Creación o generación del humor. Esta dimensión abarca el elemento más evidente y fácilmente identificable del sentido del humor. La dimensión describe a la persona ingeniosa, graciosa, a la que le resulta fácil ver el sentido cómico de las cosas, que ríe fácilmente. En este caso humor se explica como la capacidad para o conjunto de estrategias, habilidades y automatismos que inducen a reír a los demás. Se trata de las personas que

animan fácilmente a otros y son divertidas.

2. Uso del humor para hacer frente a la vida. Esta dimensión implica la capacidad para el humor o el conjunto de estrategias, habilidades y automatismos que tiene una persona para afrontar los fracasos, problemas y dificultades sin hundirse. Es una dimensión que explica el humor desde el punto de vista del optimismo. Es decir, que a pesar de las circunstancias y preocupaciones, las personas logran encontrar salidas con humor en situaciones negativas y mostrarse alegres en situaciones difíciles, riendo incluso en los malos momentos. Desde esta dimensión humor es percibir lo positivo de las personas, cosas y acontecimientos y actuar en consecuencia.
3. Reconocimiento y apreciación del humor. Esta dimensión se relaciona con un conjunto de estrategias, habilidades y automatismos que tiene una persona para sentir alegría de vivir, disfrutar de la vida, de las cosas pequeñas y tomarse la vida con “toques de humor”, apreciando el mismo. En este caso humor es la capacidad subjetiva para ver lo positivo de la vida.
4. Actitudes hacia el humor y uso del mismo en situaciones sociales. Se trata de una dimensión que hace referencia a la capacidad para o el conjunto de estrategias, habilidades y automatismos para generar humor fácilmente en compañía de otras personas.

Estas dimensiones tratan de unificar aspectos muy generales del humor. Por ejemplo, la experiencia de humor de las personas en sus vidas. No se refieren tanto a preferir un tipo u otro de humor, o a centrarse en lo que se entiende por el mismo.

Con estas dimensiones queda más claro que las personas tienden a percibir, interpretar, crear o disfrutar del humor en una amplia gama. Estas dimensiones serán aptas siempre que en el futuro estén en permanente contraste entre generaciones y culturas, ayudando a que la investigación arroje más luz al constructo. De hecho, la investigación no ha hecho más que empezar (Tabla 3)⁽⁵⁴⁾.

CONCLUSIONES

Debido a la complejidad para realizar estudios científicos rigurosos sobre algo tan personal individual como el sentido del humor son escasa las referencias que se encuentran de la aplicación del humor y la risa en la relación asistencial, son numerosos los referidos a la risa como instrumento principal de la intervención, más conocida como risoterapia, pero ese no es el objeto de este trabajo. La literatura sugiere que los efectos del humor en varios resultados, como el estrés, la salud y la

función inmune han sido bien documentados por la investigación empírica y, por tanto, son comúnmente aceptados pero para poder afirmar que la incorporación del humor y la risa en la relación terapéutica es beneficiosa para el éxito terapéutico s deberían realizar estudios serios y rigurosos sobre esta materia.

	1	2	3	4	5
1.- A veces invento chistes o historias graciosas.					
2.- El uso de chistes o del humor me ayuda a dominar situaciones difíciles.					
3.- Sé que puedo hacer reír a la gente.					
4.- no me gustan las lecturas tipo "comics".					
5.- La gente dice que cuento cosas graciosas.					
6.- Puedo usar chistes para adaptarme a muchas situaciones.					
7.- Puedo disminuir la tensión en ciertas situaciones al decir algo gracioso.					
8.- La gente que cuenta chistes es insoportable.					
9.- Sé que puedo contar las cosas de tal modo que otras personas se rían.					
10.- Me gusta un buen chiste.					
11.- Denominar a alguien "cómico" es un insulto.					
12.- puedo decir las cosas de tal manera que la gente se ría.					
13.- El humor es un pobre mecanismo para hacer frente a la vida.					
14.- Aprecio a la gente con humor.					
15.- la gente espera que yo diga cosas graciosas.					
16.- El humor me ayuda a hacer frente a la vida.					
17.- No me siento bien cuando todo el mundo está contando chistes.					
18.- mis amigos me consideran chistoso.					
19.- Hacer frente a la vida mediante el humor es una manera elegante de adaptarse.					
20.- Tratar dominar situaciones mediante el uso del humor es estúpido.					
21.- En un grupo puedo controlar la situación contando un chiste.					
22.- Usar el humor me ayuda a relajarme.					
23.- Uso el humor para entretener a mis amigos.					
24.- mis dichos graciosos entretienen a otras personas.					

Tabla 3. Escala multidimensional del sentido del humor MSHS.

En virtud de lo encontrado y expuesto anteriormente en este trabajo, la promoción del humor y la risa como fortalezas humanas o capacidades emocionales positivas en la relación terapéutica, puede ayudar a liberar ansiedades excesivas por el tratamiento y por la situación del paciente; a interrumpir situaciones tensas y hacer los tratamientos más distendidos; influir en la experiencia personal de dolor del paciente provocada por el proceso de su enfermedad o por la aplicación de las técnicas de tratamiento. Además puede ser una buena habilidad en los aspectos relacionales como la empatía, la comprensión, las expectativas, la esperanza y la confianza que influyen de forma importante en el cumplimiento del tratamiento y en la satisfacción del paciente.

No obstante, no todas las formas de humor son adecuadas, ni su uso estará indicado en todos los casos. Antes de usar como herramienta el sentido del humor se deberá estudiar si el humor sería beneficioso en la relación asistencial y en caso afirmativo que tipo de humor se adapta mejor a las características personales del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. American Physical Therapy Association. Guide to physical therapist practice. Alexandria; 2001. Disponible en: <http://guidetoptpractice.apta.org/>
2. Stumberg JP. Continuity of care: towards a definition based on experiences of practising GPs. Fam Pract [Internet];17(1):16-20. Disponible en: <http://fampra.oxfordjournals.org/content/17/1/16.long>
3. Dahlgren MA, Almsquit A, Krook J. Physiotherapists in Balint group training. Physiother Res Int 2000; 5(2):85-95. Schmerz E, Gramm L, Farin E. Communication preferences of patients with chronic back pain in medical rehabilitation. 2012; 26(1):69-76.
4. Farin E, Gramm L, Schmidt E. Talking in to account patients' communication preferences: instrument development and results in chronic back pain patients. Patient Educ Couns. 2012 Jan; 86(1):41-8.
5. Farin E. Patient-provider communication in chronic illness: current state of research in selected areas. Rehabilitation (Stuttg). 2010; 49(5):277-91.
6. Benedetti F. The patient's brain. The neuroscience behind the doctor-patient relationship. Oxford: Oxford University press, 2011.
7. Roter DL, Frankel RM, Hall JA, Sluyter D. The expression of emotion through nonverbal behavior in medical visits. Mechanisms and outcomes. J Gen Intern Med. 2006; Jan;21 Suppl 1:S28-34.
8. Teutsch C. Patient-doctor communication. Med Clin North Am. 2003; 87(5):1115-45.
9. Harrison A. Patients' evaluations of their consultations with primary health clinic doctors in the United Arab Emirates. Fam Pract. 1996; 13(1):59-66.
10. Farin E, Gramm L, Schmidt E. The patient-physician relationship in patients with chronic low back pain as a predictor of outcomes after rehabilitation. J Behav Med. 2013; Jun;36(3):246-58.
11. Martínez A, Fernández R, Medina F. Habilidades comunicacionales en la entrevista clínica. Fisioterapia 2002; 24(2):90-96.
12. McKinstry B, Ashcroft RE, Car J, Freeman GK, Sheikh A. Interventions for improving patients' trust in doctors and groups of doctors. Cochrane Database Syst Rev. 2006 Jul 19;(3):CD004134.

13. Platonova EA, Kennedy KN, Shewchuk RM. Understanding patient satisfaction, trust, and loyalty to primary care physicians. *MedCare Res Rev.* 2008 Dec;65(6):696-712.
14. *Managing Challenging Situations A Resource Guide for Physiotherapists.* Alberta Physiotherapy Alberta - College + Association, Edmonton, Alberta. September 2007. Disponible en:
http://www.physiotherapyalberta.ca/files/guide_managing_challenging_situations.pdf
15. Mead J. Patient partnership. *Physiother.* 2000; 86:282-284.
16. Organización Mundial de la Salud. El ejercicio de la enfermería. Informe del comité de expertos de la OMS. Génova: OMS. 1995; 11-2.
17. Ryff C, Keyes C. The structure of ophysiological well-being revisited. *J Pers Soc Psychol.* 1995;69(4):719-727. Disponible en:
<http://midus.wisc.edu/findings/pdfs/830.pdf>
18. De Neve JE, Diener E, Tay L, Xuereb C. Chapter 4. Bienestar subjetivo y beneficios objetivos. *The Objective Benefits of Subjective Well-Being.* En: Helliwell J, Layard R, Sachs J (Eds.). *World Happiness REPORT 2013* (pp. 54-79). New York: Sustainable Development Solutions Network. 2013 Disponible en:
http://unsdsn.org/wp-content/uploads/2014/02/WorldHappinessReport2013_online.pdf
19. Peterson C. *A Primer in Positive Psychology.* New York: Oxford University Press, 2006.
20. Seligman MEP. *Flourish. A Visionary New Understanding of Happiness and Well-being.* William Heinemann, Sydney, 2011.
21. Vázquez C, Castilla C, Hervás G. Reacciones frente al trauma: vulnerabilidad, resistencia y crecimiento. En: Fernández Abascal E, editor. *Las emociones positivas.* Madrid: Pirámide; 2008. p. 375-392
22. Park N, Peterson C. Character strengths: Research and practice. *Journal of College and Character,* 2009;10(4),[aprox. 8 p.]. Disponible en:
<http://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.2202/1940-1639.1042>
23. Keyes CLM, Waterman MB. Chapter 33. Dimensions of well-being and mental health in adulthood. In Bornstein M, Davidson L, Keyes CLM, Moore K (Eds.), *Well-being: Positive development throughout the life course* (pp. 477-497). Hillsdale, NJ: Erlbaum, 2003

24. Vecina Jiménez ML. Emociones positivas. *Pap Psicol*, 27(1), p. 9-17, Consejo General de la Psicología de España, Madrid, 2006.
25. Fredrickson BL. The role of positive emotions in positive psychology. *Am. Psychol.*, 2001;56(3), 218-226.
26. Peterson C, Seligman MEP. *Character Strengths and Virtues: A handbook and classification*. Oxford: Oxford University Press, 2004.
27. Hervás G. Psicología positiva: una introducción. *Rev. Interuni. Form. Prof*, 2009;66(23,3)23-41.
28. Mora Ripoll R, Quintana Casado I. Risa y terapias positivas: moderno enfoque y aplicaciones prácticas en medicina. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 2010;3(1)27-34.
29. Vázquez C, Hervás G, Ho SMY. ¿Qué efecto tienen las emociones positivas? Intervenciones clínicas basadas en la psicología positiva: Fundamentos y aplicaciones. *Psicología Conductual*, 2006;14,401-432.
30. Riso W. *El poder del pensamiento flexible. De una mente rígida a una mente libre y abierta al cambio*. Bogotá: grupo editorial Norma, 2007.
31. Lupiani M, Gala FJ, Bernalte S, Lupiani J, et.al. El humor, la alegría y la salud. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*. 2005;75,40-48.
32. Sanz Ortiz J. El humor como valor terapéutico. *Med Clin. Barcelona*, 2002;119(19) 734-7.
33. Astudillo Alarcón W, Mendinueta Aguirre C. El buen humor y la salud. *Notas Paliativas*. 2005; 7(1)14-15.
34. García Walker D. ¿Qué es el humor? En: García Walker D, editor. *Los efectos terapéuticos del humor y la risa*. Málaga: Editorial Sirio S.A. 1999; p. 11.
35. Carbelo B, Jáuregui E. Emociones positivas: humor positivo. *Pap. Psicol*. 2006;27:18-30.
36. Wiseman R. Psicología de la risa. *Mente y cerebro*. 2009;36:38-39.
37. Garciandíalmaz JA, Rozo CM. Terapia y felicidad. *Revista Colombiana de Psiquiatría [en línea]* 2006, XXXV (abril-junio): Fecha de consulta: 13 de febrero de 2014] Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80635205>
38. Mora Ripoll R, García Roderer MC. El valor terapéutico de la risa en medicina.

Med Clin (Barc) 2008;131(18):694-8.

39. Chanzenbalk L (2006) El valor del humor en el proceso psicoterapéutico, *Psicodebate. Psicología, cultura y sociedad*. Recuperado el 8 de febrero del 2014. Disponible en:
<http://www.palermo.edu/cienciassociales/publicaciones/pdf/Psico6/6Psico%2006.pdf>
40. Martin RA, Puhlik-Doris P, Larsen G, Gray J (et al). Individual differences in uses of humor and their relation to psychological well-being: Development of the Humor Styles Questionnaire. *J Res Pers*, 2003;37(1):48-75.
41. Carbelo Baquero B. El Humor en la relación con el paciente: una guía para profesionales de la salud. Barcelona, Elsevier España, 2005
42. Pearce JMS. Some neurological aspects of laughter. *Eur Neurol*. 2004;52:169-71.
43. Truyols MM, Pérez J, Medinas MM, Palmer A (et al). Aspectos psicológicos relevantes en el estudio y el tratamiento del dolor crónico. *Clínica y Salud*, 2008;19(3):295-320.
44. Miró J. Dolor crónico: procedimientos de evaluación e intervención psicológica. Bilbao: Desclée de Brouwer, 2003.
45. Melzack R, Casey KL. Sensory, motivational and central control determinants of pain: A new conceptual model. En: Kenshalo D (Ed.). *The Skin Senses* (pp. 168-194). Springfield, III.: Charles C. Thomas, 1968.
46. Pérez-Pareja J, Borrás C, Palmer A, Sesé A, (et al). Fibromialgia y emociones negativas. *Psicothema*, 2004;16(3):415-420.
47. Carulla J, Jara C, Sanz J, Martínez C (et al). Dolor como factor predictor de depresión en el paciente oncológico: estudio de casos y controles. *Estudio D-PRESS**. *Rev Soc Esp Dolor*, 2013;20(3):113-121.
48. Amir M, Neuman L, Bor O, Shir Y (et.al.). Coping styles, anger, social support and suicide risk in women with fibromyalgia syndrome. *J. Musculoskelet. Pain*, 2000; 8, 7-20.
49. Vázquez C, Hervás G, Y Ho SM. Intervenciones clínicas basadas en la psicología positiva. *Psicol Conduct*, 2006;14(3) p. 401-432.
50. Carbelo Vaquero B, Asenjo Esteve A, Rodríguez de la Parra S. Una aproximación terapéutica al humor en el cuidado paliativo. *Atención Primaria*. 2000; 26(1):58-62.

51. Martin RA, Lefcourt HM. Situational humor response questionnaire: quantitative measure of sense of humor. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1984;47,145-155.
52. Thorson JA, Powell FC. Measurement of sense of humor. *Psychological Reports*, 1991; 69,691-702.

Recibido: 21 septiembre 2015.

Aceptado: 14 diciembre 2015.