

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
UNIDAD DE GRADUACIÓN PROFESIONAL
CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGÍA - CIEPs-
“MAYRA GUTIÉRREZ”**

**“EL MANEJO DE LAS EMOCIONES CAUSADAS POR EL DOLOR EN
PACIENTES CON LESIONES DE ESPALDA BAJA”**

**INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN PRESENTADO AL HONORABLE
CONSEJO DIRECTIVO
DE LA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**

POR

**GRISELDA VICTORIA RIVERA MEDINA
MIRNA LISSETH GUERRA PIRIR**

**PREVIO A OPTAR AL TÍTULO DE
PSICÓLOGAS**

**EN EL GRADO ACADÉMICO DE
LICENCIADAS**

GUATEMALA, SEPTIEMBRE DE 2014

The background of the page features a large, faint watermark of the official seal of the University of San Carlos of Guatemala. The seal is circular and contains the Latin motto "CETERAS ORBIS CONSPICUA ACCADEMIA COACTEM INTER" around its perimeter. The central emblem depicts a figure in a crown and robes, likely a saint or historical figure, surrounded by various heraldic symbols including castles, lions, and columns. A banner at the bottom of the seal reads "PLUS ULTRA".

CONSEJO DIRECTIVO
Escuela de Ciencias Psicológicas
Universidad de San Carlos de Guatemala

Licenciado Abraham Cortez Mejía
DIRECTOR

Licenciado Mynor Estuardo Lemus Urbina
SECRETARIO

Licenciada Dora Judith López Avendaño
Licenciado Ronald Giovanni Morales Sánchez
REPRESENTANTES DE LOS PROFESORES

Licenciado Juan Fernando Porres Arellano
REPRESENTANTE DE EGRESADOS

c.c. Control Académico
CIEPs.
Reg. 064-2014
CODIPs. 1644-2014

De Orden de Impresión Informe Final de Investigación

09 de septiembre de 2014

Estudiantes

Griselda Victoria Rivera Medina
Mirna Liseth Guerra Pirir
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Estudiantes:

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a ustedes el Punto VIGÉSIMO CUARTO (24º.) del Acta TREINTA Y SIETE GUIÓN DOS MIL CATORCE (37-2014), de la sesión celebrada por el Consejo Directivo el 02 de septiembre de 2014, que copiado literalmente dice:

VIGÉSIMO CUARTO: El Consejo Directivo conoció el expediente que contiene el Informe Final de Investigación, titulado: **“EL MANEJO DE LAS EMOCIONES CAUSADAS POR EL DOLOR EN PACIENTES CON LESIONES DE ESPALDA BAJA”**, de la carrera de **Licenciatura en Psicología**, realizado por:

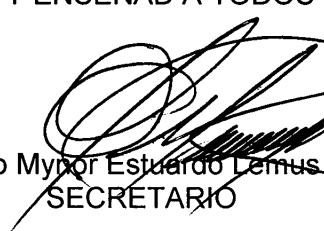
Griselda Victoria Rivera Medina
Mirna Liseth Guerra Pirir

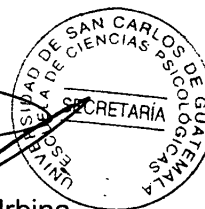
CARNÉ No. 2008-11885
CARNÉ No. 2009-22331

El presente trabajo fue asesorado durante su desarrollo por la Licenciada Luisa Eloina Ortiz Paz, y revisado por el Licenciado Helvin Velásquez Ramos. Con base en lo anterior, el Consejo Directivo **AUTORIZA LA IMPRESIÓN** del Informe Final para los Trámites correspondientes de graduación, los que deberán estar de acuerdo con el Instructivo para Elaboración de Investigación de Tesis, con fines de graduación profesional.

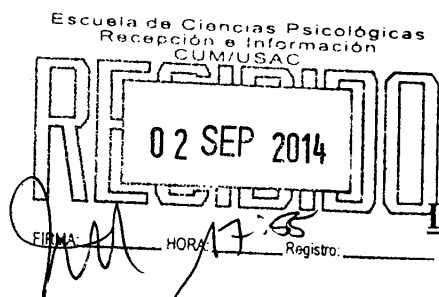
Atentamente,

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”


Licenciado Mynor Estuardo Lemus Urbina
SECRETARIO



/Gaby



UGP 166-2014
REG: 064-2014
REG: 436-2013

INFORME FINAL

Guatemala, 02 de Septiembre 2014

SEÑORES
CONSEJO DIRECTIVO
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO

Me dirijo a ustedes para informarles que el Licenciado Helvin Velásquez Ramos ha procedido a la revisión y aprobación del **INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN** titulado:

**“EL MANEJO DE LAS EMOCIONES CAUSADAS POR EL DOLOR EN
PACIENTES CON LESIONES DE ESPALDA BAJA.”**

ESTUDIANTE:
Griselda Victoria Rivera Medina
Mirna Lisseth Guerra Pirir

CARNE No .
2008-11885
2009-22331

CARRERA: Licenciatura en Psicología

El cual fue aprobado el 29 de Agosto del año en curso por la Docente encargada de esta Unidad. Se recibieron documentos originales completos el 01 de Septiembre del 2014, por lo que se solicita continuar con los trámites correspondientes para obtener ORDEN DE IMPRESIÓN.

“ID Y ENSEÑAN A TODOS”


M.A. Mayra Friné Luna de Alvarez
UNIDAD DE GRADUACIÓN PROFESIONAL S.A.C.
Centro de Investigaciones en Psicología CIEPs. “Mayra Gutiérrez”



c.c archivo
Andrea

**Centro Universitario Metropolitano —CUM— Edificio “A”
9ª. Avenida 9-45, zona 11 Guatemala, C.A. Teléfono: 24187530**

UGP. 166-2014
REG 064-2014
REG 436-2013

Guatemala, 02 de Septiembre 2014

Licenciada
Mayra Friné Luna de Álvarez
Coordinadora Unidad de Graduación
Escuela de Ciencias Psicológicas

De manera atenta me dirijo a usted para informarle que he procedido a la revisión del INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN, titulado:

**“EL MANEJO DE LAS EMOCIONES CAUSADAS POR EL DOLOR EN
PACIENTES CON LESIONES DE ESPALDA BAJA.”**

ESTUDIANTE:
Griselda Victoria Rivera Medina
Mirna Liseth Guerra Pirir

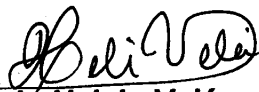
CARNÉ No.
2008-11885
2009-22331

CARRERA: Licenciatura en Psicología

Por considerar que el trabajo cumple con los requisitos establecidos por el Centro de Investigaciones en Psicología, emito **DICTAMEN FAVORABLE** el 29 de Agosto 2014, por lo que se solicita continuar con los trámites respectivos.

Atentamente,

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”


Licenciado Helvin Velásquez Ramos
DOCENTE REVISOR



Andrea./archivo

Guatemala, 21 de julio de 2014

Docente Encargada
M.A. Mayra Luna de Álvarez
Unidad de Graduación Profesional
Escuela de Ciencias Psicológicas
USAC

Por este medio me permito informarle que he tenido bajo mi cargo la asesoría de contenido del informe final de investigación titulado "El manejo de las emociones causadas por el dolor en pacientes con lesiones de espalda baja", realizado por las estudiantes: Griselda Victoria Rivera Medina No. de Carné 200811885 y Mirna Liseth Guerra Pirir No. de Carné 200922331.

El trabajo de asesoría fue realizado a partir del de 23 junio del 2013 al 21 de julio del presente año.

Esta investigación cumple con los requisitos establecidos por la Unidad de Graduación Profesional por lo que emito DICTAMEN FAVORABLE y solicito proceda la revisión y aprobación correspondiente.

Sin otro particular, me suscribo,

Atentamente,



Licenciada Luisa Eloina Ortiz Paz

Psicóloga
Colegiado No. 11438
Asesora de Contenido

Licda. Luisa Eloina Ortiz Paz
Psicóloga y Terapeuta del Lenguaje
Colegiada No. 11438



**Medicina Física y
Rehabilitación**

Guatemala, 21 de julio de 2014

Docente Encargada
M.A. Mayra Luna de Álvarez
Unidad de Graduación Profesional
Escuela de Ciencias Psicológicas
USAC

Deseándole éxito al frente de sus labores, por este medio le informo que las estudiantes Griselda Victoria Rivera Medina No. de Carné 200811885 y Mirna Lisseth Guerra Pirir No. de Carné 200922331 realizaron en este Departamento el proyecto y trabajo de investigación titulado: "El manejo de las emociones causadas por el dolor en pacientes con lesiones de espalda baja" en el periodo de 6 de junio al 11 de julio del presente año, en horario de 10:00 a 12:00 horas.

Las estudiantes en mención cumplieron con lo estipulado en su proyecto de investigación, por lo que agradecemos la participación en beneficio de nuestra institución.

Sin otro particular, me suscribo,

Dr. Jorge David Morales González
Jefe del Departamento de
Medicina Física y Rehabilitación

Hospital Roosevelt

**DEPARTAMENTO DE MEDICINA
FISICA Y REHABILITACION
HOSPITAL ROOSEVELT**

PADRINOS DE GRADUACIÒN

POR GRISELDA VICTORIA RIVERA MEDINA

LUISA ELOINA ORTIZ PAZ

LICENCIADA EN PSICOLOGÌA

COLEGIADO 11438

POR MIRNA LISSETH GUERRA PIRIR

CLAUDIA ROSSANA VALLE GRAMAJO DE BONILLA

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

COLEGIADO 5267

ACTO QUE DEDICO

A DIOS Y A LA VIRGEN MARIA

Por la oportunidad de vivir cada día, la salud, las bendiciones, mis estudios, mi trabajo, la guía y protección en cada paso de mi vida, porque cada segundo es un milagro suyo, por su amor infinito e inmensurable.

A MIS PADRES

Porque los amo y me aman, han cuidado de mí y han estado presentes en todo momento, por su paciencia, sus enseñanzas y su apoyo incondicional.

A MIS HERMANOS

Diana y César por sus sonrisas, apoyo, amor, lágrimas y regaños compartidos, porque han sido mi motivación para seguir adelante y no darme por vencida, los quiero muchísimo.

A MIS PRIMOS Y PRIMAS

Especialmente a Gaby, Brayan y Gabriel los quiero muchísimo, gracias por acompañarme en este camino y enseñarme muchas cosas de la vida.

A MIS TIOS Y TIAS

Porque han sido partícipes de mis caídas pero también han sido quienes me han apoyado y motivado para salir adelante.

A MIS ABUELITAS Y ABUELITO

Por su amor y cuidados, por enseñarme que la vida puede ser difícil pero que tenemos las herramientas que Dios nos da para no dejarnos vencer.

A MIS AMIGAS y AMIGOS

Por cada instante compartido en los momentos cómodos y alegres y en los no tan cómodos, por estar presentes, por su amistad sincera, apoyo y cariño, confianza, y que sin importar la distancia han estado presentes, gracias por formar parte muy importante de mi vida.

A MI COMPAÑERA DE TESIS

Mirna, por los momentos y experiencias, por las penas, las risas, enojos, lágrimas, pero sobre todo sonrisas.

AL AMOR

Por cada sonrisa, cada lágrima, cada triunfo, porque es felicidad en el camino de mi vida.

GRISELDA VICTORIA RIVERA MEDINA

ACTO QUE DEDICO

A DIOS

Por la vida y todas las bendiciones recibidas a lo largo del proceso de mi formación y por brindarme el don de comprender y aprender cosas nuevas esperando que las pueda poner en practica, ayudando a las personas.

A MIS PADRES

Sencillamente quiero darle las gracias por toda su ayuda, comprensión, paciencia y sus sabios consejos; pero muy en especial a mi madre porque ella es mi impulso para seguir adelante.

A MIS HERMANOS

Gracias por su apoyo que me brindaron a lo largo de estos años de desarrollo profesional a cada uno por nombre Edgar, Rudy y Carina por su cariño, comprensión los quiero.

A MIS SOBRINOS

Gracias por las buenas dosis de buen humor con sus ocurrencias y al mismo tiempo ser un ejemplo para ellos de superación para alcanzar sus sueños con cariño y todo a mi amor a ustedes Fernando, Ariana, Emyly, Helen.

A MI CUÑADO

Gracias por su ayuda, incondicional y por formar parte de mi familia, es como un hermano, para mí porque siempre demostró su apoyo.

A MIS ABUELITOS Y ABUELITAS

Gracias por las enseñarme que todo sueño se logra con trabajo y esfuerzo y que existe una fuerza mayor que es Dios con cariño para ustedes Juan y Venancia (Q.D.P.) y Lázaro y Alicia (Q.D.P.).

A MIS AMIGAS

Por compartir agradables y malos momentos que nos trae la vida gracias por su bella amistad, luchan por sus sueños que todo se realiza con trabajo, esfuerzo y dedicación, con aprecio y cariño para Andrea, Paola, Gris, Leslie.

A MI COMPAÑERA DE TESIS

Gracias Gris por hacerme participe de tan bella experiencia donde aprendí mucho y por tu voto de confianza que me has brindado a lo largo de estos años siempre sabes que te admiro eres una persona maravillosa gracias por ser mi amiga.

MIRNA LISSETH GUERRA PIRIR

AGRADECIMIENTOS

A LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

Gracias por abrirnos las puertas del conocimiento de estudios superiores y brindarnos la oportunidad de ser san carlistas de corazón.

A LA ESCUELA DE PSICOLOGÍA

Gracias por ser la fuente y el medio donde nos hemos formado académicamente, brindándonos la oportunidad de ser ahora unas profesionales preparadas para llevar los conocimientos adquiridos a nuestra población guatemalteca.

A NUESTROS DOCENTES

Gracias por su responsabilidad, entrega, cariño, conocimientos y experiencias transmitidas a lo largo de nuestra formación.

AL HOSPITAL ROOSEVELT Y DEPARTAMENTO DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN

Por la oportunidad, el espacio y apoyo para realizar nuestro trabajo de investigación.

A NUESTRO REVISOR

Por su acompañamiento y profesionalismo en la revisión del proyecto de investigación.

A NUESTRA ASESORA

Por su tiempo, acompañamiento y guía en cada momento del proceso de nuestro proyecto de investigación.

A LA MUESTRA DE INVESTIGACIÓN

Por su constancia, perseverancia, participación, interés y experiencias compartidas durante el proceso de estudio.

ÍNDICE

Resumen.....	10
Prólogo.....	11
Capítulo I	
Introducción	
1.1 Planteamiento del problema.....	14
1.1.2 Marco teórico.....	17
Clases sociales.....	18
Personalidad.....	21
Emoción.....	24
Descripción de las emociones.....	27
Sentimientos.....	29
Dolor.....	30
Modelo multidimensional del dolor.....	34
Espalda baja.....	36
Consideraciones anatómicas.....	37
Estrategias para el manejo de las emociones y el dolor.....	40
Prueba del balance.....	41
Escudo de emociones.....	42
La respiración como medio de liberación del dolor.....	44
Respiración profunda.....	45
Eliminando la tensión con suaves golpes-TAPPING.....	45
Modelos mentales.....	47
Relajación muscular progresiva.....	48
Musicoterapia.....	49
Dactilopintura.....	50
Ho'ponopono.....	51
1.1.3 Delimitación.....	54
Capítulo II	
Técnicas e Instrumentos	
2.1 Técnicas.....	55
2.2 Instrumentos.....	57
Capítulo III	
Presentación, análisis, e interpretación de los resultados	
3.1 Características del lugar.....	66
3.1.1 Características de la población.....	67
Resultados de la entrevista inicial.....	70
Resultados de la escala del dolor.....	75
Interpretación del Test del árbol.....	76
Resultados de la entrevista final.....	81
Interpretación general de resultados.....	86

Capítulo IV

Conclusiones y Recomendaciones

4.1 Conclusiones.....	88
4.2 Recomendaciones.....	89
Bibliografía.....	90

Anexos

Entrevista.....	93
Entrevista final.....	94
Escudo de la emoción.....	95

RESUMEN

TITULO: EL MANEJO DE LAS EMOCIONES CAUSADAS POR EL DOLOR EN PACIENTES CON LESIONES DE ESPALDA BAJA

Autores:

Rivera Medina, Griselda Victoria
Guerra Pirir, Mirna Lisseth

El proyecto de investigación se enfocó en aportar estrategias que le permitieron a las personas con lesión de espalda baja aprender a manejar sus emociones causadas por el dolor que les acompaña debido a su lesión, mejorando así su calidad de vida en su esfera física, emocional, familiar, cognitiva, social y laboral.

El objetivo planteado para la investigación fue aportar conocimientos para el manejo de las emociones causadas por el dolor en pacientes con lesiones de espalda baja; para determinar el nivel de emociones generadas por el dolor y la calidad de vida, estableciendo la relación existente entre ellos y los mecanismos necesarios para el manejo de esas emociones asociadas al dolor; esto se planteó para pacientes mujeres de 14 a 62 años con lesión de espalda baja que asisten al Departamento de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Roosevelt durante el año 2014.

Durante el desarrollo del proyecto de investigación se determinó que la problemática del manejo inadecuado de las emociones causadas por el dolor, acompaña a la persona y afecta su calidad de vida, y que por ello aprender estrategias que permitan su manejo hace que la persona viva y se sienta mejor. Se han dado respuesta a las preguntas de investigación, que son: ¿Qué nivel de emociones se generan por el dolor de espalda baja? ¿Cómo se relaciona la emoción y el dolor? ¿Cuáles son los mecanismos necesarios para el manejo de las emociones asociadas al dolor? ¿Cuál es la relación existente entre el manejo emociones causadas por el dolor y su calidad de vida? Las categorías que se plantearon fueron: personalidad, emoción, dolor, lesiones en espalda baja, calidad de vida, manejo de emociones. El proyecto de investigación es de carácter cualitativo, se utilizó el muestreo intencional de juicio y técnicas de recolección de datos; entre los instrumentos que se utilizaron están: Rapport, entrevistas iniciales, talleres, entrevista final y técnicas de análisis estadísticos haciendo uso de cuadros de datos obtenidos en los resultados finales. Los talleres se realizaron en el Hospital Roosevelt específicamente en el Departamento de Medicina Física y Rehabilitación en el área de Escuela de Columna en el horario de 10:00 a.m. a 12:00 p.m. los días viernes.

Concluyendo, que el manejo de las emociones no puede ser controlado solo desde fuera, sino que debe hacerse en el interior de la persona, teniendo los cuidados necesarios para mantenerlas bajo control y que no pasen a ser perjudiciales en la salud física y emocional de la persona.

PRÓLOGO

Guatemala es un país resiliente, que a pesar de situaciones impactantes que acontecen día a día ha salido avante, pero con una limitada cultura de prevención con respecto a la salud física y mental, ya que se vive con la preocupación del mañana y no por el que se puede hacer hoy. La investigación surgió de la observación de la necesidad de las personas por ser atendidas y “aliviar su dolor” porque este, le limita hacer sus actividades de la vida diaria. Lo que llevó a este proyecto de investigación a describir que el dolor produce una emoción que puede afectar en gran medida el desempeño de la persona en su vida, pero que esa emoción puede ser manejada de forma adecuada en su esfera física, emocional, familiar, cognitiva, social y laboral.

Comprendiendo que somos seres integrales, se trabajó partiendo de la personalidad que hace referencia a los rasgos distintivos de la persona al pensar y actuar, porque define gustos, intereses, actitudes, reacciones y expresiones que brindan una identidad propia y que ante circunstancias iguales o semejantes hay una reacción diferente en cada persona y que puede provocar un desequilibrio en la salud y en la vida cotidiana.

El objetivo planteado para la investigación fue cumplido a cabalidad, ya que se aportaron conocimientos para el manejo de las emociones causadas por el dolor en pacientes con lesiones de espalda baja; determinando el nivel de emociones generadas por el dolor y la calidad de vida, estableciendo la relación existente entre ellos y los mecanismos necesarios para el manejo de esas emociones asociadas al dolor.

Se definieron estrategias que se implementaron en los talleres activo-participativos, las cuales fueron de aprendizaje y aplicación en cada uno, para que las pacientes pudieran incorporarlas en su vida cotidiana y así llevar una vida mejor y satisfactoria, estos talleres se realizaron dentro del Programa de Escuela de Columna del Departamento de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Roosevelt con mujeres de 14 a 62 años de

edad que asistieron a dicho programa, durante el año 2014, en el horario de 10:00 a 12:00 am. los días viernes.

Los factores que justificaron la investigación de las lesiones de espalda baja es que son más comunes en nuestra sociedad y se incrementa el número en personas jóvenes de género femenino, porque la espalda está representada por la manera de ser, de hacer y de sentir de la persona, reflejado en sus actividades diarias, su salud física y su salud emocional. La espalda es todo aquello que no se quiere ver y que no se desea enseñar a los demás, es la típica manera de actuar del avestruz: “si yo no lo veo, los demás tampoco lo podrán ver”. También que la personalidad se enfoca en la influencia de los rasgos que caracterizan al individuo tanto en su origen como en el transcurso de su vida que reflejan su forma de percibir, pensar, sentir, afrontar y comportarse, sin olvidar que pueden haber situaciones orgánicas que pueden marcar la personalidad desde la edad temprana pero que sustancialmente se modela por las experiencias que se tienen en la vida cotidiana. Considerando en esto que, las emociones son causadas por un dolor existente y la calidad de vida depende de qué tanto se quiere estar bien y qué se quiere hacer para vivir satisfactoriamente teniendo las herramientas necesarias para llevarlo a cabo.

Dentro de los alcances que se obtuvieron en el proyecto están: el establecimiento de Rapport de forma exitosa, lo que permitió conocer aspectos personales de las pacientes y al mismo tiempo lograr una participación activa y constante de cada una de ellas en los talleres.

Los beneficios que las pacientes obtuvieron fueron el aprendizaje activo de las estrategias para el manejo de las emociones integradas a su vida de forma progresiva generando resultados satisfactorios en su vida. Se emplearon estrategias de fácil aprendizaje y de pocos recursos económicos, para que la aplicación se lleve a cabo en casa sin mayor dificultad por las personas con lesiones de espalda baja y manejar sus emociones causadas por el dolor.

Las limitaciones que se tuvieron en la realización del proyecto fue el horario para algunas de las pacientes por su rutina diaria y consultas médicas, por lo que no podían participar en uno que otro taller; así mismo el espacio físico reducido para el trabajo, la falta de ventilación, el atraso de inicio de sesiones debido a que el área es muy frecuentada para la realización de otros programas. Dentro de las limitaciones para obtener los resultados esperados por los objetivos propuestos, fueron durante las aplicaciones de las evaluaciones establecidas y la entrevista inicial debido a algunas pacientes influían en otras por su comportamiento de resistencia ante un cambio y más que se inició con un proceso de evaluación, porque se ha crecido con el pensamiento de que si no se toma algún medicamento para el dolor no se alivia, pero fue un paso superado con el transcurso de los talleres y el aprendizaje mutuo dentro de ellas.

Se agradece al Hospital Roosevelt, al área de Docencia y en especial al Departamento de Medicina Física y Rehabilitación por la apertura y aprobación del proyecto de investigación y su apoyo con el espacio para llevarlo a cabo, resaltando su profesionalismo y atención brindada en el proceso y porque su objetivo principal es la atención hacia los y las pacientes.

Así mismo, a las pacientes que participaron en la investigación, aportando sus experiencias previas, emociones y dolencias, por su perseverancia, constancia, optimismo y participación proactiva en los talleres que fueron enriquecidos con sus conocimientos desde inicio a final. Promoviendo el trabajo en equipo y la aceptación de una emoción para poder vivir feliz y sentirse mejor.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El problema de la investigación planteado fue el manejo de las emociones causadas por el dolor en el mejoramiento de la calidad de vida en pacientes mujeres de 14 a 62 años con lesión de espalda baja que asisten al Departamento de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Roosevelt durante el año 2014.

Las estrategias planteadas fueron precisamente para el manejo de esas emociones que surgen al sentir dolor las cuales dificultan y van limitando una buena calidad de vida. Se implementó un proyecto de valor, impacto psicosocial y de salud física, por ello se categorizó: el contexto de la sociedad guatemalteca: clases sociales, la personalidad, las emociones, el dolor, el Modelo Multidimensional, las lesiones de espalda baja, como una serie de elementos importantes que engloban la calidad de vida de la persona y de cómo sus acciones pueden darle un cambio positivo o negativo en salud física y emocional.

A causa de un dolor físico las pacientes, desencadenan elementos emocionales como poca tolerancia dentro del trabajo diario, sentimientos de frustración por no hacer las actividades que acostumbraban antes de la lesión y en casos extremos se alojan dentro de la depresión causando problemas en su vida personal, familiar, en el trabajo; otras pacientes presentan duelos no resueltos provocando mucho más dolor debido a la fuerte carga emocional que están viviendo.

La energía de los pensamientos y sentimientos ejercen un efecto sutil en el cuerpo, llegando al punto de afectarlo debilitando órganos y tejidos provocando un peligro para la salud y el bienestar. Somos personas con opiniones, prejuicios, tradiciones, teorías, hechos, doctrinas y perspectivas dentro de un mundo, porque estamos en constante

bombardeo de información. Entonces, se dice que, el ser humano en su cuerpo tiene la habilidad para auto sanarse y auto destruirse, esto como parte innata de su inteligencia, adquiere una lesión por un accidente, malas posturas al realizar sus actividades de la vida diaria, manejo de cargas pesadas, falta de ejercicio, mala alimentación o exceso de peso y aquí se ve que no todas las personas tienen conocimiento del impacto y deterioro que puede causar en su vida una lesión y del surgimiento de emociones provocadas por el dolor que van limitando día a día su desempeño funcional dentro de su medio.

Dando respuesta a lo anterior, primero se observó que las lesiones de espalda baja son cada vez más comunes en nuestra sociedad y se incrementa el número de ellas en personas jóvenes de género femenino, porque la carga emocional que manejan las mujeres son más fuertes y expresivas que en un hombre. La espalda está representada por la manera de ser, de hacer y de sentir de la persona, se puede decir que en ella está reflejada su forma vida, porque evidencia los resultados de las actividades diarias en la salud física y el manejo de sus emociones.

Primero, en la espalda se reflejan todas las cosas que no se desean saber y por ende se ocultan, como ésta no se puede maquillar, la espalda es la más sincera revelación del interior por las energías emocionales negativas que quedan atrapadas en nuestro cuerpo. Segundo, la personalidad se enfoca en la influencia de los rasgos que caracterizan al individuo tanto en su origen como en el transcurso de su vida, sin olvidar que hay situaciones orgánicas que pueden marcar la personalidad desde la edad temprana pero que sustancialmente se modela por las experiencias que se tienen en la vida cotidiana. Tercero, las emociones son un estado afectivo que experimentamos y que viene acompañada de cambios orgánicos (fisiológicos y endocrinos), positivos o negativos, tienen una función adaptativa, conducen a un impulso involuntario originado como respuesta a los estímulos del ambiente que conducen a sentimientos del ser humano y en los animales desencadenando conductas de reacción automática. Cuarto, las emociones son causadas por un dolor existente y la calidad de vida depende de qué

tanto queremos estar bien y qué queremos hacer para vivir satisfactoriamente teniendo las herramientas necesarias para llevarlo a cabo.

Con lo anterior, se evidencia que se logró dar respuesta a las preguntas de investigación: ¿Qué nivel de emociones se generan por el dolor de espalda baja? ¿Cómo se relaciona la emoción y el dolor? ¿Cuáles son los mecanismos necesarios para el manejo de las emociones asociadas al dolor? ¿Cuál es la relación existente entre el manejo emociones causadas por el dolor y su calidad de vida?

1.2 MARCO TEÓRICO

EL MANEJO DE LAS EMOCIONES CAUSADAS POR EL DOLOR EN EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES MUJERES DE 14 A 62 AÑOS CON LESIÓN DE ESPALDA BAJA QUE ASISTEN AL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN DEL HOSPITAL ROOSEVELT DURANTE EL AÑO 2014

La vida puede ser difícil y las emociones a veces pueden ser abrumadoras, porque pueden permanecer en nuestro cuerpo causando un significativo estrés físico y emocional. Las investigaciones médicas tienen a dejar de lado el sufrimiento y el dolor emocional concentrándose solamente en la sintomatología física referida por la persona. Por ello es necesario comprender qué es emoción y dolor y cómo estos se presentan en las lesiones de espalda baja afectando el desempeño funcional en el diario vivir de la persona.

El dolor es la manera del cuerpo de avisarle que hay un problema, es una señal de alerta. La idea más antigua en el arte de la sanación es que la enfermedad es causada por un desequilibrio en el cuerpo y las emociones que quedan atrapadas en el cuerpo pueden estar implicadas en casi todas las enfermedades físicas directa o indirectamente, porque pueden deformar los tejidos del cuerpo, bloquear el flujo de energía e impedir el funcionamiento normal de los órganos y las glándulas¹. Como se observa, los datos evidencian que la emocionalidad del ser humano se refleja en su salud.

Partiendo de este punto, se hace necesario conocer el contexto social de la población guatemalteca. Se define, en los inicios de la revolución industrial, los capitalistas

¹Bradley, Nelson. "El código de la emoción (Cómo Liberar tus Emociones Atrapadas para Una Abundante Salud, Amor y Felicidad)". Editorial Wellness Unmasked Publishing, Inc. Estados Unidos, Junio 2007. Pag: 23.

ocuparon un lugar de los grandes, terratenientes y la nobleza mientras que el proletariado ocupó, el de los trabajadores rurales y pequeños campesinos. Aquí fue donde por primera vez empleó la sociología el concepto de “clase”. La definición de clase social es la entidad concreta que tiene conocimiento en la participación en una sociedad.

Al hablar de clases sociales nos referimos al conjunto de agentes sociales representadas por el nivel económico. Esta definición se caracteriza desde los de mejor posición económica de clase alta hasta los más pobres de clase baja.

CLASE DOMINANTE

Actualmente hay un debate sobre la denominación que actualmente se encuentra en Guatemala específicamente a los propietarios de los medios de producción conocidos como patronos. En Guatemala ha existido una auténtica burguesía haciendo uso del término oligarquía para nombrar los elites sociales guatemaltecos. Algunos miembros y familias que pertenecen dentro de esta clase son:

- Roberto Arzú Cobos quien participó en el derrocamiento del dictador Jorge Ubico.
- Jacobo Arbenz en 1970 y 1980, Roberto Alejos Arzú fueron azucareros más influyentes en el gobierno.
- Familia Castillo de la oligarquía tradicional fundadores del monopolio de cerveza.
- Álvaro Castillo Monge propietarios de varias fincas rurales y urbanas y accionista del siglo veintiuno.
- La familia Paiz principal accionista de la mayor cadena de supermercados de Guatemala.
- La familia Castillo Love incursionó en las finanzas con la fundación de la financiera industrial y agropecuaria

CLASE MEDIA

Dentro de la clase media social podemos encontrar que los salarios de la época están comprendidos Q. 1,200.00 y su nivel de escolaridad supera los seis años de la educación primaria, la cuarta parte había completado la enseñanza secundaria y una tercera parte de esta población, cursaba estudios universitarios. Los miembros de esta clase social en la mayoría relativamente hacen uso de automóvil, para trasladarse al trabajo, casa, estudio etc.

“Es importante señalar que Colby Van Berghe (1977) que dentro de la sociedad guatemalteca el siglo pasado el automóvil constituía un símbolo de estatus social alta.”²

Las características de la clase media son sus condiciones de trabajo siendo más flexibles en su horario, relación con los demás jornadas laborales cortas gracias al sindicato de empleados. La educación de sus hijos dentro de instituciones educativas privadas era un privilegio, porque dentro de nuestra sociedad guatemalteca el nivel de analfabetismo ha sido históricamente alto considerando la educación como un símbolo de estatus social. El poder tener acceso al servicio doméstico era un elemento de diferenciación dentro de la sociedad guatemalteco al menos cada tres hogares de esta clase social contaba con servicio domestico.

²Díaz Castellano, Guillermo Osvaldo. “Las clases sociales en ciudad de Guatemala 1964-2002”. Editorial Academia Española, Alemania, año 2011. Pag: 48.

CLASE TRABAJADORA

Dentro de esta clase social está integrada por personas de escolaridad sumamente baja, solo una parte de estas personas ha completado la primaria y una gran minoría ha cursado estudios de diversificado; siendo un número inferior en mujeres.

La posición laboral de estas personas es dentro de la industria manufacturera, construcción, comercio, y servicios domésticos. Las viviendas de esta clase social son demasiado reducidas contando con un promedio de dos habitaciones, en donde la familia está integrada como mínimo de 4 o más integrantes haciendo que vivan en condiciones altas de sobrevivencia.

Generalmente las viviendas están construidas con paredes de adobe, ladrillo los cuales están hechos de barro, madera y láminas junto con el techo. Para poder distinguir mas esta clase social, se hace mención el nombre del barrio en que viven, los barrios de clases generalmente tienen nombres, comunes como ejemplo tenemos el barrio san Antonio, la Florida, El Milagro. En algunos otros casos los hogares de menor ingreso las viviendas están construidas con desperdicios de madera y metal las cuales están ubicadas en los suburbios de la ciudad y lugares no aptos para habitar como los asentamientos, abismos siendo sus calles de tierra y por lo general no cuentan con los servicios básicos como es el agua potable, luz, drenajes etc. “Estos lugares son habitados mayoritariamente por indígenas que emigraron de sus localidades de origen hacia la ciudad de Guatemala en busca de mejores condiciones de vida, o huyendo del conflicto armado.”³

³Díaz Castellano, Guillermo Osvaldo. “Las clases sociales en ciudad de Guatemala 1964-2002”. Editorial Academia Española, Alemania, año 2011. Pag: 52.

La población guatemalteca ha sido luchadora y perseverante pero con el tiempo ha ido adquiriendo cada vez más problemáticas en su salud física por los factores de pobreza, mal nutrición, nivel de educación bajo, desempleo, violencia, abandono, etc., y por lo tanto su dinámica emocional se ve perjudicada por la carga excesiva de emociones guardadas y acumuladas que se reflejan en su salud y desempeño diario.

PERSONALIDAD

La personalidad es un patrón único de pensamientos, sentimientos y conductas de un individuo que persiste a través del tiempo y de las situaciones, relativamente estables y duraderas. Para comprender la personalidad es importante tomar en cuenta gustos, intereses, actitudes, sentimientos, formas de afrontar una situación, de percibir y reaccionar. Sin olvidar que el temperamento forma parte de ella y que este hace referencia a patrones prototípicos de maneras de reaccionar y comportarse propios de un individuo, generalmente identificado como un componente orgánico heredado, que se manifiesta desde las etapas tempranas de la vida. Hay situaciones orgánicas que pueden marcar la personalidad desde la edad temprana, aunque sustancialmente se modela por las experiencias que se tienen en la vida cotidiana. El pensamiento es en una buena parte detonado y modulado por las circunstancias del ambiente.

“La personalidad es algo que se puede describir, que se desarrolla, cambia y tiene principios de funcionamiento que podemos conocer”⁴ Al estudiar la personalidad debe indagarse los componentes de la conducta, debido que esta no tiene explicaciones a nivel de causas externas que hace tomar, variables de la personalidad como los sentimientos, impulsos y la ansiedad; los cuales intervienen en la ella.

⁴Dicaprio, Nicholas s. “Teorías de la personalidad”. , Editorial Mcgraw-hill, Traducción Jorge Alberto Velázquez Arellano, México, 2da Edición. Pag: 48

Freud realiza aportes significativos e importantes en el desarrollo de la personalidad en (1933) expuso que un motivo o conflicto consciente se vuelve inconscientes, y es constante afecta la conducta como si estuviera consiste. Para Freud la personalidad esta formulada por un mecanismo que se encuentran en conflicto entre sí. Freud define en su teoría la catarsis como un vínculo para liberar la energía psíquica reprimida, también estudia tres niveles de la conciencia los cuales son; consciente, preconscious e inconsciente.

El Id está formado por los impulsos psicobiológicos o el yo interior; el Ego está formado por los consciente o el yo controlador; el superego es el aspecto moral y social de la personalidad o el yo superior. Cada uno de los mecanismos lucha por dominar la personalidad y abarcar la mayor parte de esta. Los muchos estudios y análisis que realizo Freud llega a la conclusión que las tendencias infantiles se volvían características permanentes de la personalidad del adulto. Los cuales se pueden trazan en la conducta en donde se ven influenciado aspectos de la vida como son: elección de pareja, interés y actividades recreativas, incluso rasgos patológicos como el orden compulsivo, puntualidad, optimismo exagerado.

Para Carl Jung comprender la personalidad se debe tener un conocimiento de si mismo haciendo una autoexploración de la personas, tomando los papeles sociales o máscaras sociales, señalando esta son importantes en la vida efectiva pero no para la personalidad completa. También se debe hacer un análisis de la sobra esta contiene aspectos indeseables de la personalidad, estando consientes de algunas fallas como otras fuera de la conciencia. “la personalidad debe ser enfrentada, ya sea cambiándolos o aceptándolos como parte del yo e integrándolos en la corriente principal de la vida.”⁵

⁵Dicaprio, Nicholas s. “Teorías de la personalidad”. , Editorial Mcgraw-hill, Traducción Jorge Alberto Velázquez Arellano, México, 2da Edición. Pag: 54

Jung propone que la libido no es parte primordial de lo sexual, es una energía psíquica amplia con dimensiones espirituales, en el desarrollo de la personalidad se ocurren en la edad adulta y no en la niñez. “Para Jung la psique como un lenguaje de la mitología en lugar de la ciencia negando el lenguaje científico racional a cambio de una forma mitológica dramática de pensar y hablar.”⁶

La individualización para Jung es que la persona, entienda la naturaleza de los componentes de la personalidad como es la sombra, mascarar sociales y los requerimientos arquetípicos. Para Jung la Psique tiene componentes conscientes e inconscientes; en donde el centro de la conciencia es el ego y sirve a la persona y el inconsciente se encuentra el complejo, arquetipos y la estructura primaria de la personalidad.

Otros de los grandes exponentes de sobre la personalidad es Alfred Adler dentro de su postulados expone que cuando, el ser humanos es egoísta sus tendencias sociales son parte de la naturaleza, necesitando de otras personas para satisfacer los deseos y necesidades básicos; como amor, sexo, compañía, trabajo en sociedad. Los seres humanos están motivados por impulsos sociales, que por sexuales; distinguiéndose por ser conscientes y no inconscientes, sacando provecho de sus errores y de cambiarse a si mismo y modificar el mundo a su alrededor. “Adler expone que la tendencias al egocentrismo y los sentimientos sociales son innatas basados en impulsos poderosos y los sentimientos sociales se desarrollan dentro del hogar.”⁷

⁶Cloninger, C. Susan. “Teorías de la Personalidad”. Editorial Pearson Educación, Traducción Fernández Molina. México, año 2000. Pag: 39

⁷Cloninger, C. Susan. “Teorías de la Personalidad”. Editorial Pearson Educación, Traducción Fernández Molina. México, año 2000. Pag: 41

Skinner la personalidad es un conjunto de pautas de conducta, en diversas situaciones a esquemas de respuestas, la respuesta de una persona se basa en sus experiencias y conformación genética.

El ser humano engloba una cantidad grande de características, y que con el pasar del tiempo se enriquecen, se fortalecen y otras desaparecen, para este estudio el conocer parte de la personalidad de las personas fue muy importante ya que gracias a ello se pueden tomar en cuenta la forma de comportarse de cada una, sus gustos, gestos y expresiones de su realidad y la construcción de una nueva forma de vida para sentirse mejor.

EMOCIÓN

Las emociones pueden ser consideradas como la reacción inmediata del ser vivo a una situación que le es favorable o desfavorable; es inmediata en el sentido de que está condensada en la tonalidad sentimental, placentera o dolorosa, la cual basta para poner en alarma al ser humano y disponerlo para afrontar la situación con los medios a su alcance. Las emociones se viven, se sienten, se reconocen, pero sólo una parte de ellas se puede expresar en palabras o conceptos. Es una experiencia afectiva agradable o desagradable que tiene una cualidad fenomenológica que se caracteriza por tres sistemas de respuestas: cognitivo-subjetivo, conductual-expresivo y fisiológico-adaptativo.⁸

Las emociones de cualquier ser humano tienen su origen dentro de la necesidad de poder enfrentar el mundo cambiante y parcialmente impredecible, conteniendo motivos múltiples para poder sobrevivir. La mayoría de las definiciones de emoción distingue cuatro elementos:

⁸Bloch, Susana. "Alba Emoting: A Psychophysiological Techniqueto Help Actors Create and Control Real Emotions", publicado en *THEATRE TOPICS, Francia*, Septiembre 2000, vol. 3. #2, pag: 3.

- La situación estímulo que provoca una reacción;
- Se produce una experiencia consciente con un tono positivo y negativo, de la emoción que sentimos;
- Se genera un estado de activación fisiológica en el organismo a partir del sistema neuroendocrino, lo que significa que las emociones tienen un sustrato físico y;
- Se produce una conducta que acompaña por lo general a las emociones: alegría, miedo, etc.

El estado emocional lo podemos definir como una impresión muy fuerte, como una excitación en determinados estados de emoción: alegría, pena profunda o melancolía, “un estado emocional se manifiesta por lo tanto en tres niveles paralelos e interconectados: un nivel expresivo (facial y postural), un nivel fisiológico (orgánico) y un nivel subjetivo (mental)”⁹

Dentro de las emociones están las llamadas “emociones atrapadas” que consisten en energías bien definidas que tienen una figura y una forma a pesar de no ser visibles pero si muy reales. Deshacerse de las emociones atrapadas puede ayudar a vencer todos los obstáculos del pasado, brindando una nueva perspectiva de la vida y un estado de bienestar físico. A veces por motivos que aun no se comprenden las emociones no se procesan completamente en estos casos en vez de simplemente experimentar la emoción y luego avanzar la energía de las emociones queda de alguna manera “atrapada” dentro de nuestro cuerpo físico. Entonces en vez de atravesar un momento de enojo o un periodo temporal de pena o depresión dicha energía emocional negativa puede permanecer dentro del cuerpo causando un significativo estrés físico y emocional.¹⁰

⁹Bloch, Susana. “*Alba Emoting: A Psychophysiological Technique to Help Actors Create and Control Real Emotions*”, publicado en *THEATRE TOPICS, Francia*, Septiembre 2000, vol. 3.#2, pag: 5.

¹⁰Bradley, Nelson. “*El código de la emoción (Cómo Liberar tus Emociones Atrapadas para Una Abundante Salud, Amor y Felicidad)*”. Editorial WellnessUnmasked Publishing, Inc. Estados Unidos, Junio 2007. Pag: 41.

Las dificultades de expresar emociones intensas se ha concebido como variante del dolor agudo y crónico, los pacientes con dolor crónico tienen dificultad de manifestar las emociones intensas por causas que no son somáticas alterando la sintomatología de su dolor, éstas dificultades conducen a trastornos depresivos, se ha categorizado como un nuevo diagnóstico de predisposición al dolor como variante de la depresión.

Por lo anterior, para ser conscientes de nuestras emociones necesitamos:

1. Percibir: reconocer de forma consciente nuestras emociones e identificar qué sentimos y ser capaces de darle una etiqueta verbal.
2. Comprender: integrar lo que sentimos dentro de nuestro pensamiento y saber considerar la complejidad de los cambios emocionales.
3. Regular: dirigir y manejar las emociones tanto positivas como negativas de forma eficaz.

Los elementos constitutivos de la emoción son:

- a. Una situación o estímulo que reúne ciertas características, o cierto potencial, para generar tal emoción.
- b. Un sujeto capaz de percibir esa situación, procesarla correctamente y reaccionar ante ella.
- c. El significado que el sujeto concede a dicha situación, lo que permite etiquetar una emoción, en función del dominio del lenguaje con términos como alegría, tristeza, enfado, entre otros.
- d. La experiencia emocional que el sujeto siente ante esa situación.
- e. La reacción corporal o fisiológica: respuestas involuntarias: cambios en el ritmo cardíaco o respiratorio, aumento de sudoración, cambios en la tensión muscular, sudoración, sequedad en la boca, presión sanguínea.
- f. La expresión motora-observable: expresiones faciales de alegría, ira, miedo, entre otras; tono y volumen de voz, movimientos del cuerpo, sonrisa, llanto y otros.

DESCRIPCIÓN DE LAS EMOCIONES

Para los autores Fernández-Abascal, Martín hacen una clasificación de las emociones las cuales son:

- Emociones primarias: tienen una alta carga genética dentro del sentido de la respuesta emocional pre-organizadas las cuales son moldeadas por medio del aprendizaje y experiencia, estas presentes en todas las personas y culturas.
- Emociones Secundarias: estas surgen de las primarias las cuales se les otorga un grado de desarrollo individual y sus respuestas son ampliamente de una persona a otra.
- Emociones Negativas: en estas se ven involucrados sentimientos desagradables dentro de valoraciones dañinas y su trabajo para su abordamiento en esta encontramos el miedo, ira, tristeza y asco.
- Emociones Positivas: implican sentimientos agradables dentro de una valoración beneficiosa, teniendo una duración corta en este grupo se encuentra la felicidad.
- Emociones Neutras: se producen intrínsecamente reacciones ni agradables ni desagradables, no se pueden considerar como positivas ni como negativas teniendo como objetivo la facilidad de experimentar estados emocionales encontrándose la sorpresa.

Definiéndose de la siguiente forma:

Miedo: emoción primaria negativa activada por la presencia de peligro, la cual está ligado a un estímulo. Algunos la reconocen como una señal de advertencia ligada a un daño físico o psicológico; el miedo se deriva de la aversión natural al riesgo o la amenaza, y se manifiesta tanto en los animales como en el ser humano.

Amor: Como concepto abstracto, el *amor* se considera normalmente un sentimiento profundo e inefable de preocupación cariñosa por otra persona, animal o cosa. Abarca una gran cantidad de sentimientos diferentes, desde el deseo pasional y de intimidad del amor romántico hasta la proximidad emocional asexual del amor familiar y el amor

platónico, y hasta la profunda unidad de la devoción del amor religioso. El amor en sus diversas formas actúa como importante facilitador de las relaciones interpersonales. “El amor incluye un deseo operativo, este nos impele hacia nuestro objetivo con una fuerza singular, por él nos movemos y sólo por él nos movemos y pasamos a una acción decidida”.¹¹

Tristeza: la tristeza es una de las emociones básicas (no natales) del ser humano, junto con el miedo, la ira, el asco, la alegría y la sorpresa. Estado afectivo provocado por un decaimiento de la moral. Es la expresión del dolor afectivo mediante el llanto, el rostro abatido, la falta de apetito. La alegría es la emoción contraria. “la tristeza y el sentimiento de resignación depresiva, desesperada surgen de sentir que tu enfado no será escuchado, que no es válido o que no tendrá ninguna influencia, aquí la tristeza es una respuesta al sentimiento subyacente de enfado impotente y, a la vez, sirve para enmascararlo”.¹²

Ira: emoción primaria negativa la cual se desprende, de situaciones valoradas como injustas o que están en contra de los valores morales y la libertad personal, las cuales ejercen un control externo o coacción del comportamiento abusando de la comunicación verbal y física. La ira produce efectos subjetivos o sentimientos de irritación, enojo, furia acompañado de incapacidad o dificultad para la ejecución de los procesos cognitivos. Esta produce sensaciones de energía o impulsividad en las necesidades subjetivas de actuar de forma intensa e inmediata para solucionar, de forma activa la problemática.

Felicidad: estado de ánimo debido a un bien, la felicidad facilita la empatía donde, promoviendo conductas altruistas también contribuye al rendimiento cognitivo a la solución de problemas, creatividad, aprendizaje y la memoria. Podría expresar que la felicidad es el producto de los éxitos o logros produciendo congruencia, en lo que se desea y lo que se posee, en sus expectativas actuales.

¹¹ Vivas, Mireya, Gallego Domingo, Y González Belkis. “Educación a las Emociones”. Editoriales C.A., Venezuela, año 2007, pag: 56

¹² Vivas, Mireya, Gallego Domingo, Y González Belkis. “Educación a las Emociones”. Editoriales C.A., Venezuela, año 2007, pag: 58

Ansiedad: estado de agitación, inquietud, la cual se presenta por la aparición de miedo. La ansiedad al igual que todas las emociones son un proceso adaptativos, que reaccionan defensivamente a conductas innatas en la supervivencia de las personas. Definimos dos tipos de ansiedad una es inespecífica la que no está asociada a un estímulo específico y ansiedad específica está asociada a estímulo concreto que puede ser real o simbólico. La ansiedad produce efectos subjetivos de tensión, nerviosismos, preocupación, aprensión llegando a sentimientos de pánico la ansiedad produce dificultades para mantener la atención y concentración.

Sorpresa: es una breve emoción la cual es causada por algo imprevisto o extraño, como un trueno o celebración no anunciada. La sorpresa prepara al individuo para afrontar de forma eficaz a los acontecimientos repentinos e inesperados en sus consecuencias. Está asociada con los siguientes términos asombro, pasmo, estupefacción, extrañeza.

Hostilidad: emoción secundaria negativa implica una actitud social que lleva respuestas verbales motoras implícitas, siendo un sentimiento manteniendo en el tiempo en el que concurren el resentimiento, indignación, animosidad. Los efectos fisiológicos son similares a la ira pero moderados en intensidad.

Vergüenza: emoción negativa por una creencia en relación al carácter.

Desprecio y odio: emoción negativa desencadenada por creencias sobre el carácter de otros.

Culpa: emoción negativa desencadenada por una creencia en acciones de otros.

Envidia: emoción negativa causada por el merecido bien de alguien.

SENTIMIENTOS

La palabra sentimiento tiene la misma raíz que sentido, “sentiré”. El sentido me orienta hacia dónde voy, es en los sentimientos donde empezamos a descubrir nuestro sentido de la vida, nuestro sentido de la existencia. El sentimiento es la síntesis de las emociones, valores, principios, creencias y prejuicios. Los sentimientos son la expresión mental de las emociones; es decir, se habla de sentimientos cuando la emoción es

codificada en el cerebro y la persona es capaz de identificar la emoción específica que experimenta: alegría, pena, rabia, soledad, tristeza, vergüenza, etc. Para facilitar su estudio algunos autores han clasificado a los sentimientos de la siguiente forma:

Para Scheller:

- Sensibles: localizándose en el cuerpo con referencia al yo próxima a las emociones como placer, dolor.
- Vitales: pertenecen al organismo como un todo y son el centro vital difíciles de localizar al relacionarse con la sociabilidad como es bienestar, salud, clama, tensión.
- Espirituales: la persona no se entrega a lo ajeno constituye su valor y fundamento.

Según Young:

- Simples: relacionados con el agrado, desagrado olores y sabores.
- Orgánicos negativos o positivos: como hambre, sed, alivio
- De actividad: aburrimiento, enojo, entusiasmo.
- De actividades sociales: estéticos, morales, educativos.

Asumir los sentimientos es asumir la vida tratando de hacerla más completa, no es una vida nada más pensada, sino una vida vivida, una vida involucra lo esencial, lo existencial, lo biológico y lo social. Los sentimientos, entonces, pueden definirse básicamente como la expresión mental de las emociones, lo que incluye la idea de darse cuenta de las emociones que se experimentan.

DOLOR

El dolor tendría un valor claramente adaptativo. Se decía que, es un proceso nociceptivo donde los aspectos de tipo emocional, atencionales, conductuales, cognitivos son reacciones al proceso doloroso. En la actualidad, se define el dolor como

un proceso dinámico, cambiante, que inicialmente tiene una finalidad específica de protección y que en condiciones normales se encuentra restringido a la relación con el tiempo de curación de la causa que originó el dolor. El dolor es una experiencia sensorial y emocional que puede ser desagradable, asociada a una lesión tisular presente o potencial que se describe en medio de la lesión. Funciona como sistema de alarma para el propio sujeto, facilitando conductas reparadoras (sueño, reposo, cuidado, comida, etc.) y posee un componente social importante (comunicación del peligro a otros congéneres).

Los pensamientos y emociones pueden estar en el origen del problema, aunque no se sea consciente de ello. El dolor se caracteriza por su localización (cefalea, dolor torácico, dolor abdominal); tipo (punzante, opresivo, lacerante, cólico); su duración (agudo o crónico); su periodicidad (relación con ingesta); frecuencia (continuo, intermitente); intensidad (leve, moderado, intenso, insoportable) e irradiación.

Puede tener síntomas y signos acompañantes: náuseas, vómitos, fiebre, temblor, sudoración, palidez, escalofríos, trastornos neurológicos, factores agravantes y/o atenuantes, medicamentos: que calman o que provocan el dolor. Según el tiempo de evolución puede ser dolor agudo: que dura menos de 1 mes, dolor crónico: que persiste durante más de 6 meses. Desde el punto de vista fisiológico el dolor el producido por una estimulación breve de los nociceptores, que provoca una activación de las vías nociceptivas, manifestada por una sensación dolorosa de pocos minutos de duración, con poca lesión tisular (pinchazo), en el dolor nociceptivo: que aparece como consecuencia de la aplicación de estímulos que producen daño o lesión de órganos somáticos o viscerales.

Según la localización el dolor se presenta como somático: está producido por la activación de los nociceptores de la piel, hueso y partes blandas, es un dolor sordo, continuo y bien localizado, suele responder bien al tratamiento; dolor visceral: está ocasionado por la activación de nociceptores por infiltración, compresión, distensión,

tracción o isquemia de vísceras pélvicas, abdominales o torácicas. También se añade el espasmo de la musculatura lisa en vísceras huecas, se trata de un dolor pobremente localizado, profundo y opresivo, cuando es agudo se acompaña frecuentemente de manifestaciones vegetativas como náuseas, vómitos, sudoración, taquicardia y aumento de la presión arterial, con frecuencia, el dolor se refiere a localizaciones cutáneas que pueden estar distantes de la lesión.

Al hablar de dolor no solo se describe cómo reacciona el cuerpo ante el sino también de los factores que inciden, encontrando; la personalidad, estado de ánimo, expectativas de la persona, que producen control de impulsos, ansiedad, miedo, enfado, frustración, momento o situación de la vida en la que se produce el dolor; relación con otras personas familiares, amigos y compañeros de trabajo; sexo y edad; nivel cognitivo; nivel intelectual, cultura y educación; ambiente; ciertos lugares ruidosos, con iluminación intensa tienden a exacerbar algunos dolores (cefaleas) y otros a disminuirlos.

La respuesta de dolor se va a dar a tres niveles: 1º Nivel fisiológico incluyendo respuestas generales (autonómicas, vasculares y musculares) y específicas; 2º Nivel cognitivo a través de distintas estrategias de afrontamiento, las cuales pueden aumentar o disminuir las respuestas fisiológicas y la percepción de dolor, la calidad del afrontamiento del dolor agudo media en su posible cronificación, en su intensidad, en el grado de incapacidad funcional y de depresión posterior; y 3º Conductas de dolor en el refuerzo que estas conductas obtienen del medio social facilita o inhibe el procesamiento del dolor.¹³

Debemos tener en cuenta los efectos que produce el dolor en las personas:

¹³ Chòliz, Montañez, Mariano. “El Dolor como experiencia multidimensional: La cualidad motivacional afectiva”. Editorial Española, España: Valencia. Año 2000. Pag: 20.

1. Aumento en la forma de la medicación y adición poliquirúrgica.
2. Efectos yatrogénicos (problemas debidos a las intervenciones Quirúrgicas y farmacológicas).
3. Deterioro de las habilidades sociales.
4. Aprendizaje de las conductas de dolor como conductas útiles (debido a ganancias secundarias, asunción de "rol de enfermo").
5. Aumento de la percepción de falta de control de las situaciones dolorosas y de la inutilidad de actuar sobre ellas.
6. Sentimientos de inadecuación y problemas emocionales (ansiedad, depresión, etc.)
7. Reducción de los refuerzos positivos o pérdida de éstos.
8. Modificación en el ambiente en el que se desenvolvía habitualmente.
9. Disminución de la actividad.
10. El dolor es siempre subjetivo. Por lo tanto, el indicador más fiable del dolor es la propia descripción del paciente. En ausencia de una duda clara, debemos aceptar y respetar estas manifestaciones.
11. Los signos objetivos del dolor, fisiológicos y del comportamiento (por ejemplo, taquicardia y gesticulaciones) no son ni específicos ni sensibles. Excepto que exista una incapacidad para comunicarse, no deberían sustituir las manifestaciones del paciente.
12. Puede existir dolor aunque no encontremos una causa física que lo justifique. De este modo, el dolor sin una causa física identificable no debería atribuirse, de manera rutinaria, a causas psicológicas.
13. Diferentes pacientes tienen diferentes niveles de dolor frente a estímulos comparables. No existe un umbral uniforme de dolor.
14. La tolerancia al dolor varía entre diferentes y dentro del mismo individuo. Está influenciada por factores hereditarios, culturales, capacidades de afrontamiento, etc.
15. Los pacientes con dolor crónico pueden ser más sensibles al dolor y a otros estímulos.
16. El dolor tiene consecuencias negativas en el aspecto psicológico y físico. Es importante animar al paciente a expresar su dolor, especialmente en aquellos grupos

como ancianos y pacientes con alguna dificultad para comunicarse, o en aquello que no están tomando la medicación de forma adecuada.

17. El dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable, por consiguiente, deberíamos evaluar los aspectos físicos y psicológicos del dolor.¹⁴

MODELO MULTIDIMENSIONAL DEL DOLOR - MODELO DE MELZACK Y CASEY TEORIA DEL CONTROL DE LA PUERTA

Esta teoría se encuentra formulada por los trabajos de Melzack Y Casey en 1968, compuesta como un modelo neurofisiológico de modulación del dolor, con un sistema que se encuentra localizado en el asta dorsal de la médula en donde pasa los impulsos nociceptivos hacia el centro de nervios superiores. Según Melzack y Casey, el dolor puede ser interrumpido no solo con fármacos o procedimientos quirúrgicos sino actuando sobre los componentes que forman parte de las tres dimensiones que conforman la teoría de la compuerta.

La Teoría de la Compuerta, por tanto nos explica cómo los aspectos psicológicos influyen en los cambios neuroquímicos y estos en la experiencia dolorosa, bloqueando las vías de dolor o facilitándolas. El modelo de Melzack y Casey se encuentra modulado por tres aspectos:

- **Dimensión Sensorial Discriminativa:** relacionada con los mecanismos, anatomofisiológicos de la estimulación nociva que activa los nociceptivos que activa intensidad del dolor y su localización en el organismo.

Es la responsable de la detección de características espaciales temporales del dolor como la intensidad del dolor. Las técnicas que se utilizan dentro de esta dimensión son las técnicas biomédicas tradicionales, analgésicos pueden interferir

¹⁴Vivas, Mireya, Gallego Domingo, Y González Belkis. "Educar a las Emociones". Editoriales C.A., Venezuela, año 2007, pag: 55

en tres niveles como nivel receptorial, es la capacidad de estimulación de los nociceptores. Nivel De Conducción se encuentra el anestésico local como lipnocaína y el Nivel Central en donde está el opiáceos.

- Dimensión Afectivo Motivacional: es la caracterización que la persona hace del dolor cuando lo objetiva como desagradable o nocivo, asociando estas cualidades a estados de ansiedad y respuestas de escape o evitación. Las reacciones emocionales directamente están relacionadas con el dolor son la ansiedad y depresión. Debido al componente aversivo del dolor se producen conductas de evitación que significan el mantenimiento de las conductas de dolor y la experiencia dolorosa. Los procedimientos utilizados en esta dimensión son técnicas psicológicas de carácter sugestión, hipnosis, imaginación, biofeedback.
- Dimensión Cognitiva Evolutiva: es la variable de atención, creencias y pensamientos sobre el dolor que pueden afectar las dimensiones anteriores. Están relacionada con la motivación hace referencias a las creencias valores culturales, variables cognitivas como la autoeficacia, percepción del control y las consecuencias del dolor. Las técnicas psicológicas de control del dolor experimenta el dolor sin catastrofismo la utilización de estrategias, de afrontamiento las reacciones emocionales del dolor no sean tan aversivas para controlar el dolor. En esta dimensión las técnicas cognitivas comportamentales de procedimientos de distracción sugestión, reevaluación de las sensaciones.

La experiencia del dolor puede deberse a factores como el sexo y la edad, el tipo de ocupación, el nivel de educación, el nivel económico, los acontecimientos vitales, los antecedentes familiares con enfermedad de dolor, los antecedentes psicopatológicos familiares (trastornos depresivos, adicción al alcohol), medio familiar, extensión del dolor en el cuerpo e intensidad, cronicidad del dolor y persistencia.

ESPALDA BAJA

Las emociones normalmente se guardan: acumulamos tensiones en diferentes zonas del cuerpo especialmente en el hígado, estómago, riñones, hombros y espalda. Esta tensión deforma los órganos y el propio cuerpo, afectando de esta manera a la columna vertebral en forma de tensión. Uno siempre le expresa al paciente que un dolor es el resumen final de una calidad de vida con deterioro, uno no llega a padecerlo fortuitamente, sino por la acumulación de situaciones.

El concepto de columna se refiere al soporte vertical que permite sostener el peso de una estructura. Vertebral, por otra parte es lo perteneciente o relativo a las vértebras (los huesos cortos y articulados entre sí que forman el espinazo de los animales vertebrados). Es el verdadero eje del cuerpo humano, que permite sostener el peso de una estructura.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que el dolor de espalda baja no es ni una enfermedad ni una entidad diagnóstica, sino que se trata del dolor de duración variable en un área de la anatomía, afectada de manera tan frecuente que se ha convertido en un paradigma de respuestas a estímulos externos e internos. De acuerdo con la Sociedad Internacional para el Estudio de la Columna Lumbar, la lumbalgia se define como el síndrome doloroso localizado en la región lumbar con irradiación eventual a la región glútea, las caderas o la parte distal del abdomen. En el estado agudo, este síndrome se agrava por todos los movimientos y en la forma crónica solamente por ciertos movimientos de la columna lumbar. Cuando el cuadro doloroso se agrega un compromiso neurológico radicular, la lumbalgia se convierte en lumbociática y el dolor es entonces referido a una o ambas extremidades pélvicas.

Otra definición es la de Dolor Lumbar Inespecífico (CIE 10: M545) “Se define como la sensación de dolor o molestia localizada entre el límite inferior de las costillas y el límite inferior de los glúteos, cuya intensidad varía en función de las posturas y la actividad

física. Suele acompañarse de limitación dolorosa del movimiento y puede asociarse o no a dolor referido o irradiado”

El dolor en la parte baja de la espalda puede ser desde un dolor leve, sordo y molesto, hasta un dolor fuerte y persistente que deja a la persona que lo padece totalmente incapacitada. El dolor en la parte baja de la espalda puede limitar los movimientos e interferir con las funciones normales.

Los factores que repercuten en el desarrollo y evolución del dolor de espalda baja son laborales: Trabajo físicamente duro, Trabajar en la misma postura durante largos períodos, Levantar pesos importantes con frecuencia, Trabajos con inclinaciones y giros del tronco, Trabajos repetitivos, Satisfacción en el trabajo, Historia laboral anterior: bajas laborales previas, cambios frecuentes de trabajo, Accidente laboral como inicio de la lumbalgia; factor económico: Compensación económica, cobrar baja laboral, cobrar indemnización, Litigio, situación de demanda a nivel legal; factores demográficos: Varones en edad laboral, Nivel educacional bajo; historia médica; Intensidad del dolor, peor para niveles más intensos; Drogodependencias, alcoholismo; Síndromes de dolor crónico, sufrir otros síndromes dolorosos crónicos; Patología psicosomática asociada: colon irritable, molestias gástricas inespecíficas, cefaleas; Ausencia de rasgos de organicidad a la exploración, Diagnóstico de lumbalgia inespecífica; factores psicológicos: Historia de patología psiquiátrica previa, Personalidad, peor pronóstico si rasgos de personalidad rígidos o disfuncionales.

CONSIDERACIONES ANATÓMICAS

La unidad funcional de la columna vertebral se encuentra formada por dos segmentos, el anterior y el posterior.

a. El segmento anterior está compuesto por dos cuerpos vertebrales separados entre sí por el disco intervertebral y ayudado por el refuerzo de los ligamentos vertebrales comunes anteriores y posteriores. El disco intervertebral es el responsable en gran

parte de la flexibilidad y resistencia y su función principal es la de soportar peso. Está compuesto por una zona externa fibrosa formada por capas concéntricas de alta resistencia, en cuyo centro se encuentra una zona central o núcleo pulposo.

b. El segmento posterior está compuesto por los arcos vertebrales, las apófisis transversas, las apófisis espinosas posteriores y el par de articulaciones conocidas como facetas. El segmento posterior no es una estructura que soporte peso, pero tiene la función de proteger a la médula espinal y los nervios y permite que la primera pueda moverse, tanto durante la extensión como la rotación de los segmentos óseos.

El dolor músculo esquelético más común al que se enfrenta el terapeuta es el Síndrome de Espalda Baja Dolorosa siendo sus etiologías mecánicas de dolor lumbar:

a. Estáticas (Posturales)

b. Cinéticas (Biomecánica defectuosa)

El dolor de espalda bajo es categorizado de acuerdo a su duración como agudo (< 6 semanas), sub-agudo (6 a 12 semanas) y crónico (> de 12 semanas). La causa mecánico degenerativa es la etiología más frecuente. La columna vertebral está formada por la superposición de treinta y tres o treinta y cuatro vértebras con un centro en donde se encuentra la médula espinal. Se encuentra dividida en cinco porciones:

1. Cervical
2. Dorsal
3. Lumbar
4. Sacra
5. Cóccix.

Los lugares donde es más factible que se produzca dolor de espalda bajo son:

1. Ligamento longitudinal posterior
2. Núcleo pulposo del disco intervertebral.

En la Tesis de Ciencias Médicas del Dr. Carlos Alfredo Santos Contreras se encuentra la clasificación del dolor lumbar tomada de los Doctores White, Dershy y Whayne:

1. CATEGORÍA I: DOLOR LUMBAR AGUDO

Es el típico desgarró muscular que se presenta luego de movimientos fuertes, bruscos o malas posiciones al levantar objetos de cierto peso. No se presenta irradiación a miembros inferiores y se aprecia contracción o espasmo de los músculos paravertebrales, radiológicamente no se observa nada especial.

2. CATEGORÍA II: DOLOR CRÓNICO CON DEGENERACIÓN DISCAL

En ocasiones el dolor puede ser semejante al anterior, pero de menor intensidad y con periodos asintomático. No hay dolor radicular. Radiológicamente aparecen osteofitos, disminución del espacio intervertebral de las articulaciones.

3. CATEGORÍA III: HERNIA DEL NÚCLEO

Los movimientos están disminuidos limitando la actividad normal, dolor más generalizado, en ocasiones irradiando a las piernas. A los rayos X puede aparecer disminución del espacio intervertebral, por la vaguedad de los síntomas puede confundirse con los psicómáticos.

4. CATEGORÍA IV: HERNIA DEL NÚCLEO CON IRRADIACIÓN DE RAÍZ

Se caracteriza por dolor lumbar con irradiación, pero sin compromiso neurológico. Moderada limitación de movimientos. Radiológicamente se observan cambios degenerativos discretos.

5. CATEGORÍA V: HERNIA DEL NÚCLEO CON COMPRESIÓN RADICULAR

Se presenta con dolor lumbar compresivo sensitivo motor de la raíz afectada. Cambios en reflejos tendinosos. Radiográficamente se observan cambios degenerativos. El diagnóstico se hace por mielografía.

6. CATEGORÍA VI Y VII: ESPONDILOSIS-ESPONDILOLISTESIS

La primera se presenta generalmente luego de traumatismos o esfuerzos prolongados, el dolor es generalizado en toda el área lumbar, ocasionalmente se puede irradiar a los glúteos. La espondilolistesis es el deslizamiento de una vértebra sobre otra (generalmente L5 sobre S1) o (L4 sobre L5) ocasionando dolor por estiramiento de la raíz nerviosa especialmente L5.

7. CATEGORÍA VIII: SINDROME DE LAS FACETAS ARTICULARES

Es un dolor del área lumbosacra unilateral, con irradiación variable a miembro inferior y se produce al mantener la columna en hipertensión unos segundos.

8. CATEGORÍA IX: OTRAS CAUSAS

Posturas deficientes, obesidad, infecciones renales, tumores, enfermedades congénitas, etc. Que producen una sintomatología lumbar muy variada y que solo una buena historia clínica, un buen examen físico, acompañado de los diferentes métodos diagnósticos que guiarán la conducta terapéutica a seguir.

Las 3 causas emocionales del dolor de espalda, desde la cintura hasta el cuello.

- a.** Espalda baja (coxis, sacro, vertebrae lumbares): si se tiene dolor en la cintura y cerca del coxis y sacro quiere decir que hay miedo o problemas relacionados con la sobrevivencia, problemas de tipo económico y problemas con recibir y aceptar el placer en nuestra vida.
- b.** Espalda Media (vertebrae dorsales, costillas): aquí se acumula el miedo, la culpa, las preocupaciones, las resistencias que pongamos para cambiar o para recibir lo nuevo y aquí también se acumulan cargas de problemas muy pesados en nuestra vida.
- c.** Espalda alta (Primeras vertebrae dorsales, cervicales, hombros, omoplatos): significa que se está cargando problemas ajenos, que nos hemos enganchado con aquellas situaciones que no nos corresponden, si el cuello nos duele significa que hay algo que no queremos enfrentar y estamos siendo duros e inflexibles ante ver otros puntos de vista de una situación.

ESTRATEGIAS PARA EL MANEJO DE LAS EMOCIONES Y EL DOLOR

El poder liberar las emociones atrapadas pueden a menudo aliviar el dolor y el sufrimiento, incluso en casos en los que sería considerado imposible por la medicina convencional. Hace miles de años, los antiguos médicos eran astutos observadores del cuerpo humano. Descubrieron que aquellas personas, cuyas vidas dominadas por una emoción en particular, tendrían dolencias correspondientes. Por ejemplo, las personas

cuyas vidas estaban regidas por la ira padecían sufrir de problemas de hígado y vesícula. Las personas que pasaban sus vidas sintiendo angustia sufrían a menudo de problemas de pulmón o colon. Las personas temerosas perecían tener problemas de riñón y vejiga.

El médico del futuro no dará medicinas, sino que hará que sus pacientes se interesen por el cuidado de la estructura humana, la dieta, y la causa y la prevención de las enfermedades”. Thomas A. Edison. El propósito del manejo de las emociones y el dolor es mejorar la calidad de vida de las personas, permitiéndoles realizar sus actividades diarias. Los pacientes y sus médicos tienen un número de opciones para el tratamiento del dolor; algunos más eficaces que otros, los cuales deben ser acordes a el diagnostico de la persona.

Las estrategias son medios de prevención, tratamiento primario y secundario de la lesión, pueden ser naturales y alternativos, fármacos no invasivos y quirúrgicos, pero que no significa que deban de alejarse de la medicina tradicional o tener una supervisión de lo que se emplea para el bienestar propio.

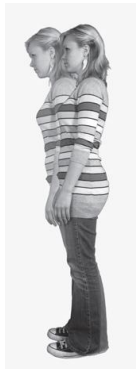
PRUEBA DEL BALANCE

Para probar el prueba de Balance, se debe adoptar una posición vertical y asegurarte de estar cómodo. La habitación debe ser tranquila y libre de distracciones, incluyendo música y televisión. Será más fácil de aprender si se está solo o con alguien que esté aprendiendo junto a él.

Esto es lo que hay que hacer: Permanecer parado con los pies separados del ancho de los hombros así está en equilibrio de manera confortable. Quedarse quieto con las manos a los costados. Dejar ir todas tus preocupaciones y relajar el cuerpo completamente. Cerrar los ojos si se siente cómodo haciéndolo. Cuando se haga una

afirmación positiva, verdadera o congruente el cuerpo debería comenzar a balancearse hacia adelante notablemente, usualmente en menos de diez segundos.

Cuando se haga una afirmación incongruente o falsa debería balancearse hacia atrás dentro de la misma estructura. Al decir la frase “amor incondicional” el cuerpo se balancea hacia adelante, y al decir la palabra “odio” el cuerpo se alejará de forma automática, deje que el cuerpo se balancee sin forzarlo. Acá el subconsciente nos habla de manera directa y debe ser hecho de manera suave para mejores resultados. Este ejercicio nos permite hacer consciencia de lo que nos está afectando. ¹⁵



Balance hacia adelante



Balance hacia atrás

ESCUDO DE EMOCIONES

Este es un registro sistemático de la o las emociones experimentadas durante el día, las cuales constituyen el desarrollo de la conciencia emocional. Esta estrategia es una herramienta conveniente para el paciente porque es flexible y creativa en donde aprovecharemos las ventajas de cada una de las anotaciones de cada acontecimiento

¹⁵ Bradley, Nelson. “El código de la emoción (Cómo Liberar tus Emociones Atrapadas para Una Abundante Salud, Amor y Felicidad)”. Editorial Wellness Unmasked Publishing, Inc. Estados Unidos, Junio 2007. Pag: 37,38.

experimentado sin convertirlo en una camisa de fuerza, en donde nos brindara sentido y espontaneidad.

El hacer un registro emocional deber ser una opción personal, cada persona está en su total libertad de elegir si lo desea hacer o no. Algunas personas prefieren hacer anotaciones de forma inmediata en cuanto a sus emociones, otras personas se sienten cómodas al hacerlos al final del día, cada quien debe experimentar lo que les sea más útil y cómodo en su escudo emocional. Se emplean cuatro espacios dentro del escudo: qué emoción estoy sintiendo, por qué la estoy sintiendo, de 1 a 10 cuanto está presente y qué quiero cambiar de ella?

Cada registro que se realice debe hacerse de forma continua para que cumpliendo con el propósito y descubrir las situaciones detalladamente al realizarlo adecuado nos darán información importante acerca de cada persona.

Después de concluido este etapa se realiza una lectura a los registros realizados, realzando puntos importantes como son: ¿Qué emociones se repiten? ¿Qué emociones no se experimenta? ¿Cuáles son los pensamientos dominantes? ¿Dificultades para experimentar ciertas emociones? ¿Cuáles son las acciones que realiza? ¿Cómo valora tu control emocional?

Al terminar la revisión de los registros debe realizar algunos cambios que permitirán manejar de forma positiva determinadas circunstancias ante las emociones que experimente.¹⁶

¹⁶ Vivas, Mireya, Gallego Domingo, Y González Belkis. "Educar a las Emociones". Editoriales C.A., Venezuela, año 2007, pag: 142

LA RESPIRACIÓN COMO MEDIO DE LIBERACIÓN DEL DOLOR

La respiración es esencial para la vida. Una respiración correcta es un antídoto contra el estrés y el dolor. Los ejercicios de respiración han demostrado ser útiles en la reducción de la ansiedad, la depresión, la irritabilidad, la tensión muscular y la fatiga. La respiración nos proporciona una mejor oxigenación optimizando la vida, cuanto más oxigenado tengamos el cerebro, seremos más claros, más lúcidos y más eficaces. La mayoría de las personas creen que la respiración es una función vital que se produce de forma automática; sin embargo, de todos los sistemas vitales del cuerpo, el respiratorio es el más fácilmente controlable y modificable.

Existen dos tipos de respiración que generan efectos sutilmente diferentes. Una superficial, rápida y entrecortada, que normalmente se asocia a la respuesta de lucha, huida o estrés. Este tipo de respiración se caracteriza por un movimiento ascendente y frontal del tórax, de este modo el aire únicamente accede a la parte media y superior de los pulmones; es un sistema poco eficaz para oxigenar la sangre, por lo que si se mantiene de manera indefinida, intensifica la sensación de estrés y ansiedad. La otra respiración es abdominal o diafragmática, también llamada profunda, que oxigena mejor la sangre porque permite el acceso del aire a la parte inferior de los pulmones y requiere el uso consciente del diafragma. Cuando inspiramos, el diafragma se contrae y desciende, ayudando a que el aire penetre en la parte inferior de los pulmones. Cuando expiramos, el diafragma se relaja y sale el aire. La respiración abdominal fomenta un estado mental sosegado y tiene efectos psicológicos beneficiosos, como la reducción de la presión sanguínea y la disminución del ritmo cardíaco. La respiración abdominal da al cuerpo el mayor aporte de oxígeno con el menor esfuerzo. Los ejercicios que estimulan la respiración abdominal ayudan a relajar la mente. El hecho de concentrarnos en el acto de respirar detiene el flujo de pensamientos inquietantes y angustiosos que se suelen experimentar en un estado de estrés o ansiedad.¹⁷

¹⁷Vivas, Mireya, Gallego Domingo, Y González Belkis. “Educación a las Emociones”. Editoriales C.A., Venezuela, año 2007, pag: 35

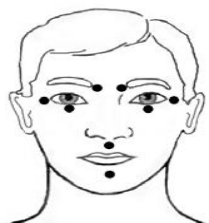
RESPIRACION PROFUNDA

El primer paso es relajar los hombros y brazos, seguido de un movimiento circular con la cabeza hacia la derecha y luego hacia la izquierda. Repetir el proceso diez veces. Deben mantenerse los ojos cerrados e ir respirando lenta y profundamente haciendo el movimiento circular y exhalando. Debe concentrarse en una respiración correcta.

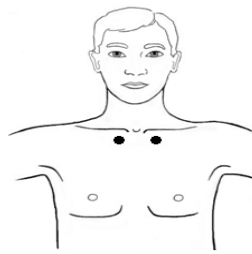
ELIMINANDO LA TENSION CON SUAVES GOLPES – TAPPING –

Este ejercicio brinda una sensación de relajación y alerta. Se puede hacer tapping con cualquier mano pero generalmente resulta más conveniente hacerlo con la mano dominante (mano derecha si se es diestro o mano izquierda si se es zurdo). Al hacer tapping se hace con las puntas de tus dedos índice y medio, firmemente pero nunca tan fuerte como para lastimarse dar alrededor de siete veces un golpeteo en cada uno de los puntos de tapping, repitiendo una “Frase Recordatoria” como una afirmación “aunque tengo este dolor en la zona lumbar, me acepto y me amo completa y profundamente”. La mayoría de los puntos de tapping existen en cada lado del cuerpo. No importa cuál lado se utilice, ni tampoco importa si cambia de lado durante la Secuencia. Los Puntos: Cada meridiano energético tiene dos puntos extremos. Los puntos de tapping van en forma descendente por el cuerpo. Esto es, cada punto de tapping está debajo del anterior. Son:

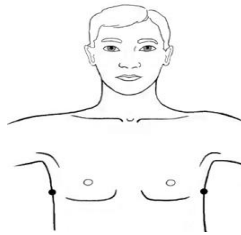
1. Inicio de la Ceja
2. Lado del Ojo
3. Bajo el Ojo
4. Bajo la Nariz
5. Bajo los Labios



6. Clavícula



7. Bajo el Brazo



Las emociones negativas surgen cuando se enfoca en ciertos pensamientos o circunstancias que, a su vez, desequilibran el sistema energético. Sintonizarse con el problema puede darse simplemente al pensar en el mismo. De hecho, sintonizarse significa pensar en él. Pensar acerca del problema hará que surjan las interrupciones energéticas involucradas, que entonces, y sólo entonces, pueden ser equilibradas aplicando el tapping.

Los resultados se comprueban evaluándose en escala de 0 a 10 que tan intenso es el dolor o molestia ante una situación. Es necesario decir frases positivas en cada punto identificando la emoción que esta afectando, dándose el permiso de hacerlo creyendo en el potencial y probabilidad de que es capaz de sanarse.¹⁸

¹⁸Church, Dawson. "Estrés y el poder de la sanación emocional – Mini Manual de EFT Emotional Freedom Techniques Técnicas de liberación emocional". Editorial Energy Psychology Press, Estados Unidos año 2010, Pag: 50.

MODELOS MENTALES

El cuerpo, como todo en la vida, es un espejo de nuestras ideas y creencias. El cuerpo está siempre hablándonos; sólo falta que nos molestemos en escucharlo. Cada célula de su cuerpo responde a cada una de las cosas que usted piensa y cada palabra que usted dice, mientras más continuo sea termina expresándose en comportamientos y posturas corporales, en formas de estar y “mal estar” El hecho de que una relación se acabe no significa que nada anda mal en mí, ni disminuye mi valor intrínseco. Hay “modelos mentales probables” que crean enfermedades en el cuerpo, y también hay nuevos modelos o afirmaciones mentales que se han de usar para crear salud. Para ello es necesario saber lo siguiente para poder usar la lista y se tenga un problema físico:

1. Identificar una causa mental y si es aplicable a su caso. si no, pregúntese, en silencio, cuáles fueron los pensamientos que crearon ese problema.
2. Repítase: “estoy dispuesto a renunciar al modelo mental que ha creado el problema...”.
3. Repítase varias veces el nuevo modelo mental.
4. Dé por sentado que está ya en el proceso de curación.¹⁹

Problema	Causa probable	Nuevo modelo mental
Dolor	Culpa. Deseo de castigo. “No sirvo para...”	Lo pasado, pasado. Decido amarme y aprobarme en el presente.
Columna	El flexible apoyo de la vida.	La vida me apoya
Problemas de ...	Problemas emocionales antiguos. Falta de	Júbilo, Júbilo, Júbilo. Con amor permito que el

¹⁹ Hay, Louise L. “Usted puede sanar su Vida”. Ediciones Urano, Estados Unidos, año 1996. Pag : 220-225

	alegría. Endurecimiento del corazón. Tensión y estrés.	júbilo fluya por mi mente, mi cuerpo y mi experiencia.
Dolor continuo	Nostalgia de amor. Nostalgia de ser abrazado	Me amo y me apruebo. Soy capaz y digno de amor.
Dolores	Culpa. La culpa siempre busca castigo	Con amor me libero del pasado. Ellos son libres yo también. Todo está bien en mi corazón.
Espalda	Representa el apoyo de la vida	Sé que la vida siempre me apoya.
Espalda, problemas de la Parte baja	Miedo a quedarse sin dinero. Falta de apoyo financiero.	Confió en el proceso de la vida, que se ocupa siempre de todo lo que necesito. Estoy a salvo.
Hernia Discal	Sensación de no recibir apoyo en la vida. Indecisión.	La vida apoya a todos mis pensamientos; por eso me amo y me apruebo y todo está bien

RELAJACION MUSCULAR PROGRESIVA

Esta técnica puede aplicarse estando en posición sentada, de pie o acostada hacia arriba, se debe apretar o contraer los músculos de brazo dominante, cerrando el puño con fuerza, respira profundo y al exhalar abra la mano y disfrute de la sensación cuando la tensión se desvanece, debe repetir el mismo proceso con el brazo izquierdo. De la misma forma trabajara las otras partes del cuerpo como: cara, cuello, hombros, pecho, espalda, cadera, glúteos, muslos, piernas y pies.

MUSICOTERAPIA

Para poder describir que es la musicoterapia, se debe saber que la música, posee un efecto inductor dentro del proceso emocional debido a sus profundas resonancias afectivas, para muchos autores la música juega con nuestro ser provocando muchas emociones como alegrías, tristezas, pensamientos negativos o positivos, o muy profundos.

A la música se le atribuye muchos beneficios entre estos en un estado de relajación, dentro de algunos procesos interpersonales se encuentra relacionada con la empatía, intimidad, comunicación y la relación de roles. Además beneficia el estado de salud de la persona. Se aplica así:

- Primero se usan sonidos relajantes y suaves, para que las personas logren una relación consigo misma y logren un lazo interior.
- Luego se introducen elementos que contengan ritmo a través de instrumentos de percusión, para que la persona entre en contacto con su cuerpo, entorno, emociones e instintos espontáneos esto ayudara que la sangre y su ánimo despierten y empiecen a recorrer su organismos, esta parte es muy importante porque el elemento del ritmo logra que la persona entre en una especie de viabilidad para, poder ser llevado por el sendero que la música.
- Después debe guiársele por los estados de conciencia los cuales deben de ser amplios, a través de sonidos sencillos que logren apaciguar la excitación que provoca la parte rítmica. Con este ejercicio se pretende que las personas se relajen y al mismo tiempo disminuyan su dolor.
- Puede elegir la música a su gusto, empiece siempre de lo mas suave, aumente el ritmo y para finalizar disminúyalo, puede usarse música con letra o sin letra.
- Busque que la música sea un medio no solo auditivo sino de expresión, utilice su cuerpo, muévase suave y siéntase en la libertad de disfrutar y de decir a través de su cuerpo lo que con palabras se dificulta expresar. Esta técnica puede aplicarse de forma individual o colectiva.

- Con lo anterior, se mejora la conducta motriz: equilibrio, movimientos de marcha, coordinación etc. Así también la recuperación, de la pérdida de la seguridad psicológica, estabilidad emocional autoestima expresión emocional incrementando la posibilidad de interacción con los demás independencia autocontrol, creatividad e imaginación.

DACTILOPINTURA

La dactilopintura es pintar con las manos y los dedos, es una técnica libre, no hay un patrón a seguir que la persona le de rienda suelta a su creatividad. Es importante el uso de toda la mano y la realización de diversos movimientos para que pueda lograr muchas formas y líneas. Esta técnica tiene la capacidad de exteriorizar el mundo interno, su forma de sentir despertando la sensibilidad de cada persona. Los materiales utilizados en la dactilopintura son importantes puede hacer uso del que más le convenga y se sienta cómodo (a) trabajando con este tipo de material como por ejemplo:

- Pasta especial
- Barro
- Engrudo coloreado cocido (yuquia, agua, toki)
- Tempera espesada con harina
- Tempera espesada con jabón común rallado.

Se coloca la masa o pasta sobre un pliego de papel que este en el suelo o sobre la mesa donde se sienta más cómodo (a), luego al ritmo de música y con los ojos cerrados dibuje o pinte lo que imagina, deje que su mente sea libre y exprese con sus manos lo que siente, concédase el permiso de disfrutar de ser como un niño o una niña una vez más, esa será su mejor obra de arte. Al trabajar la actividad debe alternarse con respiraciones profundas. Al utilizar toki o esencias usted estimula su sentido del olfato, con la textura de la masa su sentido del tacto y con la música su sentido del oído. Hay finalizar el proceso haga un análisis, de lo que sintió, libero y expreso.

HO`POPONONO

Es una técnica de sanación que deriva de las enseñanzas del Dr. Lhaleakala Hew Len basada en la tradición y creencias Hawaianas. Se basa en sentirnos 100% responsables de nuestras vidas y de todo lo que en ella sucede. Ho'oponopono significa: "Rectificar un error" El error proviene de pensamientos contaminados por memorias dolorosas acontecidas en el pasado. Ofrece una forma de liberar la energía de esos pensamientos traumáticos, o errores, los cuales causan desequilibrio y enfermedades.

Este sistema de sanación permite conectar con el propio ser y desarrollar una relación con la Divinidad aprendiendo a limpiar las memorias, ya que se es la suma total de todas las experiencias pasadas. Las emociones que están ligadas a estas memorias afectan el ahora. El subconsciente asocia una acción o una persona en el presente con algún suceso del pasado. Cuando esto sucede, las emociones son activadas. El proceso es esencialmente acerca de la completa liberación de nuestro pasado por medio del perdón. Al hacernos 100% responsables de nuestras vidas nos alejamos finalmente de la trampa mental de creer que gran parte de todo lo que nos sucede es producto del afuera, ajeno a nosotros. Se dirá cada frase o petición dependiendo de la situación teniendo en cuenta que las cuatro palabras básicas de la técnica son:

- **LO SIENTO**

Tomo la responsabilidad al 100% de todo lo que sucede en mi vida.

- **PERDÓNAME**

Sentido arrepentimiento de nuestros pensamientos erróneos y creencias
Que en algún momento consideramos

- **TE AMO**

Transmuta la energía, bloqueos, o vibraciones negativas en luz

- **GRACIAS**

Por la oportunidad de cancelar mis memorias

Las frases o peticiones son:

- Divinidad limpia en mi lo que está contribuyendo con mis problemas – lo siento, perdóname, te amo, gracias.
- Cada vez que sientas incomodidad, enojo, angustia o cualquier emoción negativa respecto a un hecho, situación o persona, o hacia ti mismo, di: lo siento, perdóname, te amo, gracias.
- Divinidad, lamento que mis pensamientos erróneos hayan creado situaciones indeseables en mi vida, limpia estas armonías, lo siento, perdóname, te amo, gracias.
- En momentos donde nos encontremos viviendo experiencias redundantes (cuando las situaciones o circunstancias se repiten) podemos afirmar: mis memorias las amo gracias por la oportunidad que tengo de liberarlas y liberarme, lo siento, perdóname, te amo, gracias.
- Cuando no nos sintamos a gusto con nuestra realidad podemos afirmar: Divinidad limpia en mi lo que está contribuyendo a mi escasez, lo siento, perdóname, te amo, gracias.
- Para sanar relaciones decimos: te amo, te amo, te amo, por favor perdóname, lo siento. Cualquiera que haya sido esta memoria que haya causado esto entre nosotros, por favor bórrala, cancélala, gracias, gracias, gracias.
- Lo siento, perdóname por aquello que está en mi que ha creado esto.

Existen ciertas palabras “gatillo” que se utilizan para borrar memorias las cuales debemos repetir continuamente para estar generando la limpieza en nuestro interior el mayor tiempo posible:

GOTAS DE ROCÍO

Los alquimistas la usaron el día de San Pedro, quienes atrapaban con paños o trapos limpios las gotas de rocío con fines nobles de sanación.

LLAVE DE LUZ

Lo que antes era “encender una vela” ahora decimos: “llave de luz” sirve para crearnos un espacio de luz donde no existe la controversia.

FUENTE PERFECTA

Borra las memorias y creencias erróneas

LLOVIZNA

Por cuestiones de dinero, providencia y suministro

AZUL HIELO

Es anestésico para el dolor, tanto físico como emocional.

VERDE ESMERALDA

Enfermedades

PAPEL MOSCA

Para problemas en relaciones de pareja

PUNTO CERO

Inspiración

AZUL INDIGO BUDICO BLANCO

Sirve terapéuticamente para problemas de salud

1.1.3 DELIMITACIÓN

Los talleres se realizaron los días viernes en el área de Escuela de Columna, del Departamento de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Roosevelt en el tercer nivel, con 10 mujeres con lesiones de espalda baja las cuales estaban comprendidas en la edad de 14 a 62 años. Los talleres tenían como referencia ayudar a las participantes a disminuir el dolor de espalda, enfocándonos en las emociones y sentimientos que surgen a raíz de dicho dolor.

Se trabajo basándose en que todo cuerpo está constituido de energía con un nivel positivo y negativo; siendo necesaria la aplicación de estrategias que le den otra perspectiva de vida.

Los resultados para las investigadoras fueron favorables se lograron los objetivos establecidos al principio de la investigación, los cuales están evidenciados en la entrevista final y los sondeos que se realizaban constantemente a las participantes demostrando cambios notables en su forma de vida.

CAPÍTULO II

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

2.1 TÉCNICAS

TÉCNICAS DE MUESTREO

Dado que la investigación es de tipo cualitativo y que la población tiene rasgos específicos, se utilizó el muestreo intencional de juicio, utilizando para su selección los criterios siguientes:

- **Ser pacientes activos del departamento de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Roosevelt durante el 2014.**
- **Ser de sexo femenino.**
- **Estar comprendidas entre los 14 y 62 años de edad.**
- **Padecer de una lesión de espalda baja.**
- **Estar bajo tratamiento médico – rehabilitativo.**

Técnicas de recolección de datos o información: para poder obtener la información necesaria, se aplicaron diferentes técnicas:

- Se estableció Rapport con los pacientes, de forma colectiva realizándose los días viernes en la sala de Escuela de Columna en el Departamento de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Roosevelt Tercer Nivel en el horario de 10:00 a 12:00 am.
- Se aplicó una entrevista inicial de forma individual, realizándose el día viernes en la sala de Escuela de Columna en el Departamento de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Roosevelt Tercer Nivel en el horario de 10:00 a 12:00 am.

- Se realizó el Taller de emociones de forma grupal, llevándose a cabo el día viernes en la sala de Escuela de Columna en el Departamento de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Roosevelt Tercer Nivel en el horario de. 10:00 a 12:00 am.
- El taller de estrategias No. 1 y 2 se aplicaron de forma grupal, realizándose el día viernes en la sala de Escuela de Columna en el Departamento de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Roosevelt Tercer Nivel en el horario de 10:00 a 12:00 am.
- El taller de evaluación de resultados se aplicó de forma grupal, trabajando el día viernes en la sala de Escuela de Columna en el Departamento de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Roosevelt Tercer Nivel en el horario de 7:00 a 9:00 am.
- La Entrevista Final se aplicó de forma individual trabajando el día, viernes en la sala de Escuela de columna en el departamento de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Roosevelt Tercer Nivel en el horario de 10:00 a 12:00 am.
- Se realizó un total de seis sesiones, en la sala de Escuela de Columna en el Departamento de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Roosevelt tercer nivel, en el horario de.10:00 a 12:00 am.
- **Técnicas de análisis estadístico:** dado que esta fue una investigación cualitativa se utilizaron cuadros descriptivos del proceso y resultados de la investigación.

2.2 INSTRUMENTOS

Los instrumentos que se utilizaron en la investigación tienen como finalidad proporcionar información importante los cuales son:

Entrevista Inicial

Criterios de la elaboración de la entrevista

Objetivos	Preguntas	Criterios de Elaboración	Criterios de Evaluación
Determinar el nivel de emociones generadas por el dolor en pacientes mujeres de 14 a 62 años con lesión de espalda baja que asisten al departamento de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Roosevelt durante el año 2014.	¿Qué siente?	Nivel del dolor	• Bajo • Medio • Alto
Determinar la calidad de vida en pacientes mujeres de 14 a 62 años con lesión de espalda baja que asisten al departamento de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Roosevelt durante el año 2014.	¿En que le afecta lo que siente?	• Nivel de las emociones • Calidad de vida	Emociones: • Negativas • Positivas Calidad de vida: • Buena • Mala • Excelente
Establecer los mecanismos necesarios para el manejo de las emociones asociadas al dolor en pacientes mujeres de 14 a 62 años con lesión de	¿Por qué cambiaría lo que siente?	Manejo de emociones.	• Mejor la calidad de vida • Mejores relaciones interpersonales

espalda baja que asisten al departamento de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Roosevelt durante el año 2014.			
Establecer la relación existente entre el manejo de emociones causadas por dolor y la calidad de vida en pacientes mujeres de 14 a 62 años con lesión de espalda baja que asisten al departamento de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Roosevelt durante el año 2014.	¿Qué haría para manejar lo que siente? ¿Qué pasaría si mejora?	Aplicación de estrategias	Uso de estrategias • Pocas veces • Rara vez • En ocasiones • Frecuentemente

Taller de la emoción (dos sesiones)

No.	OBJETIVO ESPECIFICO	ACTIVIDADES	TIEMPO	RECURSOS	EVALUACION
1	Establecer un ambiente agradable y de confianza con las personas involucradas.	Dinámica rompe Hielo “el coyote”	10 min.	Humanos	Reflexión sobre la dinámica
2	Definir el concepto de emoción y sentimiento.	Lluvia de ideas “Qué es una emoción y un sentimiento” para introducir al tema	20 min.	Humanos Material didáctico: Tiras informativas hojas en blanco	Actividad libre

				lapiceros	
4	Aplicar la diferencia entre una emoción y un sentimiento.	Dramatización “aprendamos a identificar las emociones”	20 min.	Humanos	Autoevaluación
5	Analizar el nivel de dolor según la lesión que presente.	Aplicación de la escala visual del dolor y emociones, entrevistas.	20 min.	Humanos Hojas de entrevista Material didáctico	Auto aplicación de test
6	Identificar los aspectos más importantes desarrollados a lo largo del taller.	Conclusiones	10 min.	Humanos	Reflexiones

Test del árbol (aplicado de forma individual)
Ficha técnica

Test del árbol	
Nombre completo: Test del árbol	Autor del test: Karl Koch
Forma de aplicación: De forma individual	Procedencia: Suiza
Materiales: Hojas de 80 gramos Lápiz mongol No. 12 Borrador Sacapuntas Crayones	Cualidades del test: Es un test proyectivo de tipo menor el cual nos brinda información de la persona acerca de su evolución, y la relación con el mundo en el cual se desarrolla, además sirve como un espejo refleja la imagen de la persona que lo está realizando.
Edad para su aplicación: 5 a 99 años	Tiempo durante la prueba: 30 minutos

Escala Visual del dolor (aplicada de forma individual)



Taller de estrategias (tres sesiones)

No.	OBJETIVO ESPECIFICO	ACTIVIDADES	TIEMPO	RECURSOS	EVALUACIÓN
1	Establecer un ambiente agradable y de confianza con las personas involucradas.	Dinámica rompe Hielo “la bomba”	10 min.	Humanos	Reflexión sobre la dinámica
2	Determinar la importancia de las emociones y sentimientos en la vida diaria.	Retroalimentación del tema anterior “las emociones y sentimientos”	20 min.	Humanos	Preguntas de sondeo.
4	Analizar la importancia de aplicación de las estrategias para disminuir el dolor según la lesión que tenga.	Explicación, Presentación y aplicación de las estrategias para el manejo de las emociones.	20 min.	Humanos	Autoevaluación
5	Clasificar las estrategias que sean apropiadas para aplicarlas en su vida y así disminuir el dolor.	Aplicación de estrategias: Test del balance Escudo de	20 min.	Humanos Hojas de entrevista Hoja de	Auto aplicación de test

		emociones Respiración profunda TAPPING Modelos mentales Relajación muscular progresiva. Musicoterapia Dactilopintura Ho'ponopo		escudos.	
6	Relacionar la importancia de la aplicación de las estrategias para disminuir su dolor y cuáles son sus beneficios.	Dinámica “El Barco se Hunde”	10 min.	Humanos	Reflexión personal
7	Sintetizar los beneficios de la aplicación de las estrategias en su vida.	Conclusiones	10 min.	Humanos	Reflexiones

Taller de evaluación de resultados (una sesión)

No	OBJETIVO ESPECIFICO	ACTIVIDADES	TIEMPO	RECURSOS	EVALUACIÓN
1.	Establecer un ambiente agradable y de confianza con las personas involucradas.	Dinámica rompe Hielo “la Coqueta”	10 min.	Humanos	Reflexión sobre la dinámica
2.	Considerar los beneficios de aplicar estrategias	Retroalimentación del tema	15 min.	Humanos	Preguntas de sondeo.

	para disminuir el dolor.	anterior “aplicación de las estrategias”			
4.	Relacionar la calidad de vida que tenía antes de utilizar estrategias para disminuir el dolor y la que tiene actual aplicando dichas estrategias.	Entrevista final (calidad de Vida)	20 min.	Humanos Entrevistas en físico	Entrevistas
5.	Formular los beneficios y ventajas de cada una de las estrategias, tomando solo las que considera de importancia dentro de su vida.	Examinar las estrategias para el dolor: Test del balance Escudo de emociones Respiración profunda TAPPING Modelos mentales Relajación muscular progresiva. Musicoterapia Dactilopintura Ho’ponopo	20 min.	Humanos Hojas de los escudos	Preguntas sobre las estrategias del dolor.
6.	Identificar la importancia de aplicar la escala del	Aplicación de la escala del dolor	10 min.	Humanos Hojas de la	Reflexión personal

	dolor y sus beneficios.			escala del dolor	
7.	Apreciar las capacidades que posee para realizar actividades, manuales la cual le ayudara a disminuir el dolor causado por una lesión.	Manualidad flores foamy	10 min.	Humanos Foamy, tijeras, silicón pistola de silicón	Con el la elaboración de las flores producto final.
7.	Calificar los aspectos más importantes de los talleres tomando algunos para aplicarlos dentro de su vida.	Conclusiones y agradecimiento	10 min.	Humanos	Reflexiones

Entrevista Final

Criterios de la elaboración de la entrevista

Objetivos	Preguntas	Criterios de Elaboración	Criterios de Evaluación
Determinar el nivel de emociones generadas por el dolor en pacientes mujeres de 14 a 62 años con lesión de espalda baja que asisten al departamento de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Roosevelt durante el año 2014.	¿Qué siente?	Nivel del dolor	- Bajo - Medio - Alto
Determinar la calidad de vida en pacientes mujeres de 14 a 62 años con lesión de espalda baja que asisten al departamento de	¿En qué ha cambiado lo que siente?	- Nivel de las emociones - Calidad de vida	Emociones: - Negativas - Positivas Calidad de vida:

Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Roosevelt durante el año 2014.			• Buena • Mala • excelente
Establecer los mecanismos necesarios para el manejo de las emociones asociadas al dolor en pacientes mujeres de 14 a 62 años con lesión de espalda baja que asisten al departamento de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Roosevelt durante el año 2014.	¿Qué ha aprendido?	Nivel cognitivo	• poco • regular • mucho • nada
Establecer la relación existente entre el manejo de emociones causadas por dolor y la calidad de vida en pacientes mujeres de 14 a 62 años con lesión de espalda baja que asisten al departamento de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Roosevelt durante el año 2014.	¿Cómo ha cambiado su vida? ¿Qué ha pasado con su mejora de salud?	Nivel Psicosocial	• ha mejorado • no ha mejorado • sigue igual • su mejora es progresiva

El procedimiento fue establecer contacto con las personas para que pudieran participar en el proceso de investigación, informarlos sobre los alcances y beneficios de la investigación para que ellas mismas construyan conocimientos que mejoren su vida. Se estuvo realizando un análisis del cuerpo de datos textuales, los que derivaran de las entrevista y determinando las diferentes categorías. Se realizó un registro profundo de las diferentes bibliografías que tenían relación con el tema de investigación. Se

elaboraron esquemas para poder clasificar el objeto de estudio y análisis de las causas, consecuencias y estrategias de acción para su presentación, culminado con la elaboración de un informe de investigación y socialización de los resultados.

CAPÍTULO III

PRESENTACION, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

3.1 Características del lugar y de la población

3.2 Características del lugar

HOSPITAL ROOSEVELT

En enero de 1942 se celebró en Río de Janeiro la III Reunión de los Ministros de Relaciones Exteriores de las Repúblicas Americanas. Aprobado por dicha reunión, por medio de la resolución No.30, se creó la Agencia del Gobierno de los Estados Unidos de Norte América denominada "Institutos de Asuntos Interamericanos", con el objetivo primordial de fomentar el bienestar general y afianzar las relaciones amistosas entre los países americanos. En agosto 1942 el instituto de Asuntos Interamericanos, celebro el 14 de agosto de 1942 con el Gobierno de Guatemala por medio de la subsidiaria el "Servicio Cooperativo Interamericano de la Salud Pública (SCISP), un contrato por el cual además de algunos comprometerse a ejecutar otros trabajos de salud y saneamiento, se comprometía a construir un hospital de 300 camas en la ciudad de Guatemala. De esta manera se escogió el lugar adecuado para construir el nuevo Hospital. El proyecto se ubico en los terrenos de la antigua finca "La Esperanza", lo que ahora es la zona 11 de esta Ciudad Capital y se inicia el proyecto. Todos unidos, técnicos americanos, constructores y mano de obra Guatemalteca se conjugaron para sacar adelante la obra. La construcción del HOSPITAL ROOSEVELT se inició a finales del año 1944 siendo de nacionalidad Guatemalteca los constructores y encargados del proyecto, el ingeniero Héctor Quezada. Así pues, en agosto 1945 importantes cambios políticos suceden en Guatemala. La nueva Junta Revolucionaria de Gobierno suscribe con el "Servicio Cooperativo Interamericano de la Salud Pública" (SCISP) un nuevo convenio, por medio del cual el cupo del HOSPITAL ROOSEVELT, se elevo a 1,000 camas, considerando las necesidades hospitalarias del país. Y además se da un paso importante en el sistema de salud como lo es el edificar una Escuela de Enfermeras con

todos los requisitos indispensables. El HOSPITAL ROOSEVELT contaba pues, con un edificio principal de cuatro (4) pisos, edificios anexos para maternidad y pediatría, edificios para mantenimiento, lavandería, transportes y además amplios de parqueo. En diciembre 1955 Siguió el tiempo inexorable... el 15 de diciembre de 1955 queda inaugurada oficialmente la primera sección concluida de esta magna Obra; la Maternidad de HOSPITAL ROOSEVELT, con una capacidad 150 camas.

El Hospital Roosevelt es un centro asistencial que atiende a personas que habitan en la ciudad capital y en el resto del país, referidos desde los hospitales departamentales y regionales. De igual forma, brinda atención a ciudadanos de otros países que viven o están de paso por Guatemala. Ofrece servicios médicos y hospitalarios especializados de forma gratuita en medicina interna, cirugía, ortopedia, traumatología, maternidad, ginecología, pediatría, oftalmología, MEDICINA FISICA Y REHABILITACION y demás subespecialidades. También a pacientes en medicina nuclear, diagnóstico por imágenes y laboratorios clínicos. Proporciona a la población guatemalteca, atención de emergencias pediátricas y de adultos/as las 24 horas del día, todos los días del año. En el Hospital Roosevelt son más de 3 mil 100 colaboradores distribuidos entre personal médico, de enfermería, auxiliar, técnico, nutrición, trabajo social, atención al usuario y usuaria, personal de seguridad, intendencia y administrativo. A este equipo, se suman estudiantes de ciencias de la salud de las universidades: San Carlos de Guatemala, Rafael Landívar, Francisco Marroquín y Mariano Gálvez. De igual forma, el Roosevelt alberga un grupo de voluntarios y voluntarias que apoyan las gestiones interinstitucionales para ofrecer un servicio más humano y cálido.

3.1 Características de la población

La investigación principia al observar que las pacientes que asisten al Hospital, específicamente al área de Medicina Física y Rehabilitación refieren como queja principal dolor físico localizado en espalda baja siendo tratado con medicamentos farmacológicos y terapia por su dolor físico, puesto que es indispensable que el dolor

disminuya y el paciente pueda controlarlo y sentirse bien. A raíz de esto observamos la necesidad por crear un espacio con el desarrollo de talleres que permitieran a las pacientes expresar sus emociones provocadas por el dolor existente en su espalda que les limita sus actividades diarias, tanto como tratamiento preventivo como tratamiento primario y rehabilitador para evitar un deterioro físico acelerado por la acumulación de emociones negativas y tóxicas para el cuerpo y un estado de su lesión crónica.

Se logró constatar a base de entrevistas preliminares y finales que las emociones no son tratadas adecuadamente, puesto que el medicamento solo disminuye el dolor físico y no se indaga el área del dolor emocional que puede estar agravando la situación física de la persona, por ello hay necesidad de aprender a manejar emociones y vivir bien con ellas. Dentro de cada entrevista se trabajó la emoción y el sentimiento que la persona está viviendo en su momento, cómo afecta este a sus actividades y relaciones con otras personas, si sabe o no manejarlas y lo que ha aprendido para tener mejor control de esas emociones. Las entrevistas se realizaron intercalando actividades de expresión, juego, arte y aprendizaje coparticipativo para un mejor análisis y aplicación del tema en la vida. También se realizó la aplicación del test proyectivo del árbol de Karl Koch como medio para obtener información sobre la personalidad y su estructura y una escala visual del dolor al inicio de los talleres para saber cómo las pacientes sentían su dolor (esta escala se aplicó al final para evaluar la mejoría de las pacientes durante el proceso).

Se trabajó con una población de género femenino, ya que las consultas son más frecuentes que en personas de género masculino, que están comprendidas entre las edades de 14 a 62 años que padecen de una lesión en espalda baja y que son pacientes activas del Departamento de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Roosevelt.

El contacto con las pacientes y el rapport establecido en el proceso de investigación dio la apertura para que ellas se auto comprometieran con su bienestar y aprendizaje de

las reacciones emocionales adecuadas ante distintas situaciones para que no tenga repercusiones en su salud física y por ende en el desempeño de sus actividades diarias.

Las categorías formuladas en la investigación fueron atendidas a cabalidad, y como resultado del estudio y trabajo de campo, decimos que la población atendida padece de dolores fuertes, pero que predomina el sentimiento de búsqueda de bienestar y felicidad a través de estrategias que les permitan vivir bien, evitando sentirse molestas por un desempeño inadecuado en sus actividades y relaciones con los demás. Se evidenció en las evaluaciones que la extroversión, dulzura, dependencia, inhibición, necesidad de autorrealización, necesidad de recibir y dar afecto, timidez, culpa y poco equilibrio emocional es el perfil que figura la personalidad de quien padece una lesión de espalda baja por el nulo o poco manejo emocional provocado por el dolor.

Lo antes mencionado se dio al inicio y durante el proceso de la ejecución del proyecto de investigación, con la continuidad de los talleres y las técnicas empleadas se logró observar y llegar a la conclusión de que las personas que participaron compartieron experiencias y evidenciaron un cambio de gran importancia que reflejó felicidad, manejo de emociones y disminución de dolor físico y emocional, desarrollo y crecimiento de habilidades para sentir, percibir, comprender y equilibrar sus emociones para que no afecten su vida, aceptaron su condición y tomaron la decisión de un cambio que les permite crecer y ser mejores para sí mismas y su mayor motivación es su sentido de bienestar en su salud.

RESULTADOS DE LA ENTREVISTA INICIAL

CUADROS

NIVEL DEL DOLOR MANIFESTADO POR LAS PACIENTES

CUADRO NO. 1

VARIABLES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Dolor	7	70 %
Depresión	1	10%
Enojo	1	10%
Frustración	1	10%
Total	10	100%

FUENTE: Entrevista inicial aplicada a pacientes del Hospital Roosevelt.

INTERPRETACIÓN: la mayoría de las pacientes sienten mucho dolor a causa de varios factores de tipo emocional como enojo, ansiedad, frustración, sentimientos de impotencia y tristeza a raíz de su lesión, porque no les permiten realizar sus actividades rutinarias, por lo tanto su dolor físico ha aumentado no solo en la parte afectada se ha prolongado a otras áreas de su cuerpo, causando más molestias. El dolor es una alerta que las ha llevado a buscar ayuda, pero la cual en momentos ha sido limitada por la falta de recursos económicos y la cantidad de responsabilidades que asumen en sus actividades diarias, primero por la obtención de medicamentos farmacológicos para aliviar y segundo por la falta de un diagnóstico específico por su dolor. Estas emociones se alojaron en su cuerpo perjudicando cada vez más su recuperación.

NIVEL DE LAS EMOCIONES Y CALIDAD DE VIDA
CUADRO NO. 2

VARIABLES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Trabajo	2	20%
Familia	2	20%
Vida normal	2	20%
Economía	1	10%
Emoción	1	10%
No soy útil	2	20%
Total	10	100%

FUENTE: Entrevista inicial aplicada a pacientes del Hospital Roosevelt.

INTERPRETACIÓN: es impactante la forma en que una lesión de espalda baja puede afectar la realización de las actividades diarias, como el trabajo, la familia y los que hacer del hogar, la escuela, las actividades sociales, lo espiritual, etc., en la vida de cada una de las pacientes teniendo que modificarla para no agravar su lesión provocado cambios poco positivos y alentadores, en la economía familiar y el manejo de las emociones generadas a raíz de esta situación, recordando que la mujer es un pilar fundamental dentro de la familia y que ella la mayoría del tiempo lleva las cargas más pesadas. El limitar las actividades hace que se encierre una carga emocional grande que se acumula y con el paso del tiempo puede ya no encontrar espacio en el cuerpo y hace que este entre en una crisis, comentaron las pacientes como parte de su experiencia, ya que han llegado incluso a quedarse en cama sin poder hacer nada, encadenándose a su lesión y sumiéndose en ella dejando de disfrutar de la vida con todas sus variedades.

MANEJO DE LAS EMOCIONES

CUADRO NO. 3

VARIABLES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Por ser feliz	2	20%
Para estar mejor	4	40%
Economía	1	10%
Por nada	1	10%
Por tranquilidad	1	10%
Mejor rendimiento	1	10%
Total	10	100%

FUENTE: Entrevista inicial aplicada a pacientes del Hospital Roosevelt.

INTERPRETACIÓN: hay un deseo existente de cambio para poder obtener una mejoría en su salud y así sentirse mejor, lo cual le ayudara a identificar sus emociones y a la vez controlarlas, teniendo un equilibrio entre estas logrará beneficio y provecho dentro de su desarrollo biopsicosocial haciendo su vida más fructífera. Es difícil para las personas creer que una lesión puede agravarse con el mal manejo emocional, incluso es difícil determinar que emoción se vive en el momento, y mucho más complicado saber que es lo que realmente se quiere, no solo por un bajo nivel económico o nivel educativo limitado, si no porque nuestra personalidad se construye a base de nuestra cultura, creencias, tradiciones y experiencias que nos encierran en una burbuja y es difícil creer que algo que hagamos pueda ayudarnos a sanar más que solo fármacos. Las pacientes comentaron en un inicio que toman medicamentos diferentes y cada vez que visitan a su médico les cambiaba la dosis porque sienten que no les hace efecto, es acá en donde enfatizamos que el manejo de las emociones es parte complementaria del proceso de rehabilitación de la persona.

APLICACIÓN DE ESTRATEGIAS

CUADRO NO. 4

VARIABLES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Valorarme	1	10%
Seguir indicaciones	6	60%
Asistir a los talleres	1	10%
Buscar a Dios	2	20%
Total	10	100%

FUENTE: Entrevista inicial aplicada a pacientes del Hospital Roosevelt.

INTERPRETACIÓN: la población atendida coincide en que una de las formas prácticas e importantes para manejar el dolor es seguir instrucciones de los tratamientos asignados por su médico y las estrategias aprendidas dentro de los talleres, son muy importantes y beneficiosas para su salud. Se observa en los resultados que hay una noción de las formas en que puede manejarse el dolor y las emociones, pero que hasta ese momento la puesta en marcha de ellas no se ha realizado. Existe miedo por el cambio, hay disposición pero no aceptación completa de la situación que viven y es de acá donde se inicia el aprendizaje de qué es una emoción y cómo puede manejarse adecuadamente aceptando su lesión y aprendiendo a vivir con ella. Las pacientes tienen la apertura por aprender pero hacen falta medios que les den la oportunidad de expresar y construir una personalidad segura y un ambiente cómodo para vivir, en donde hablen sus sentimientos, aprendan a buscar soluciones, confíen en sí mismas, tomen decisiones, no vivan tristes y sobre todo se acepten tal y como son.

APLICACIÓN DE ESTRATEGIAS

CUADRO NO. 5

VARIABLES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Agradecer a Dios	2	20%
Trabajar	1	10%
Mejor salud emocional	1	10%
Una Bendición	1	10%
Mejor persona	1	10%
Ser feliz	4	40%
Total	10	100%

FUENTE: Entrevista inicial aplicada a pacientes del Hospital Roosevelt.

INTERPRETACIÓN: las pacientes buscan una autorrealización personal considerando que por su lesión no son felices y no pueden vivir bien, buscan un equilibrio físico y emocional para que su dolor sea menos y en sus emociones negativas puedan ser cambiadas por positivas para sentirse plenas, pero es difícil encontrar un espacio de liberación emocional y aprendizaje de manejo de emociones, en las entrevistas se observa que tienen una noción de ese aprendizaje pero parece ser muy abstracto, no hay algo en concreto que les permita avanzar a base de lo que conocen, pero tienen el deseo por aprender y adquirir conocimientos.

**EVALUACIÓN DEL TALLER DE EMOCIONES
RESULTADOS DE ESCALA VISUAL DEL DOLOR**

**ESCALAVISUAL DEL DOLOR
CUADRO NO. 6**

VARIABLES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Sin Dolor		
Dolor Leve	1	10%
Molesto	2	20%
Muy Molesto	5	50%
Horrible	1	10%
Inaguantable	1	10%
Total	10	100%

FUENTE: Escala visual del dolor aplicada a pacientes del Hospital Roosevelt.

INTERPRETACIÓN: la mayoría de las pacientes describe su dolor como muy molesto, no les permite hacer sus actividades de forma regular provocando sentimientos negativos en sí mismas, como enojo, frustración, desvalorización, aislamiento, culpa, miedo y tristeza, estos no solo afectan a las pacientes sino también a las personas que están a su alrededor: familia, trabajo y amigos, disminuyendo su socialización. El dolor bloquea a la persona, influyendo en su alimentación, ciclo de sueño, desempeño ocupacional y relaciones interpersonales.

CUADRO NO. 7
TEST DEL ÀRBOL
INTERPRETACIÓN

CATEGORIAS		RESULTADO	
	Datos del paciente	Iniciales: B. A.	Edad:32 años
		Diagnostico: Dolor Lumbago	
AREA INTELECTUAL		Capacidades intelectuales normales, haciendo que su pensamiento este centrado en sus metas y poderlas alcanzar.	
COGNITIVO		Tiene la capacidad se seguir su lógica aunque este mal, le gusta estar expuesta a las criticas, tiene la capacidad de equilibrar la introversión de la extroversión.	
AREA EMOCIONAL		Tendencia de dulzura y suavidad con criterio reservado ante los problemas que la aquejan.	
INTERRACCIÓN SOCIAL		Entusiasta, de carácter sociable, alegre con gran deseo por la vida y la de los demás.	
CATEGORIAS		RESULTADO	
	Datos del paciente	Iniciales: R. C. C. G	Edad: 52 años
		Diagnostico: Hernia lumbar	
AREA INTELECTUAL		Tiene confusión en sus ideas, provocando dependencia hacia las personas.	
COGNITIVO		Tiene la capacidad de racionalizar pero sus ideas son fugaces, inhibición y un debilitamiento físico y emocional ocultando un carácter débil.	
AREA EMOCIONAL		Con un sentido de vida excéntrico, le gusta ser alegre y muy idealista, delicada.	
INTERRACCIÓN SOCIAL		Sociable pero reservada, caprichosa en la forma de comportarse no le gusta la rutina y lo establecido.	

CATEGORIAS		RESULTADO	
	Datos del paciente	Iniciales: A.F.	Edad: 53 años
		Diagnostico: Fisura lumbar	
AREA INTELECTUAL		Inseguridad de afecto y falta de realización.	
COGNITIVO		Inmadurez, baja cultura, tiene una latente necesidad de auto realizarse en el materialismo.	
AREA EMOCIONAL		Sentimientos de inferioridad ante otras personas, necesidad latente de dar y recibir afecto.	
INTERRACCIÓN SOCIAL		Caprichosa pero tímida, poca interacción con otras personas por falta de seguridad; denota un carácter apático por la vida y la de los demás, no le gusta la rutina, ni la improvisación, meticulosa.	
CATEGORIAS		RESULTADO	
	Datos del paciente	Iniciales: H. J.S.L.	Edad:14 años
		Diagnostico: Escoliosis	
AREA INTELECTUAL		Infantilismo, capacidad de tomar decisiones maduras pero inestables, poniendo en práctica su propia subjetividad.	
COGNITIVO		Carácter diplomático, con una dualidad en sus criterios provocando una mezcla entre la euforia y el desaliento.	
AREA EMOCIONAL		Capacidad de comprensión hacia los problemas que le afectan, con sentimientos de perseverancia hacia sus metas propuestas, explosivas e impulsivas.	
INTERRACCIÓN SOCIAL		Tradicionalista, no le gusta socializar con personas que no conoce, por falta de afecto a si mismo, hace uso de mascarar de dureza pero en el fondo dulce y suave en busca de aceptación, deseosa de destacar ante las demás personas ser el centro de atención.	

CATEGORIAS	RESULTADO		
	Datos del paciente	Iníciales: I. E. G. S.	Edad:44 años
		Diagnostico: Discopatía y Cirugías Lumbares	
AREA INTELLECTUAL		Se centra en las decisiones para alcanzar sus metas, perseverante.	
COGNITIVO		Capacidad de adaptarse rápidamente a los cambios con diplomacia provocando el aumento considerable de problemas causados por sentimientos negativos como culpa.	
AREA EMOCIONAL		Carácter conflictual entre sí misma, el cual no le permite seguir adelante con su vida, posee la firmeza de alcanzar las metas con perseverancia y al mismo tiempo con sentimientos negativos que se vuelven obstáculos para auto realizarse.	
INTERACCIÓN SOCIAL		Resistencia a lo tradicional, siendo muy rígida, con tendencia a la polémica y la contradicción en su entorno.	
CATEGORIAS	RESULTADO		
	Datos del paciente	Iníciales: M. C. F.	Edad:66 años
		Diagnostico: Dolor Lumbar	
AREA INTELLECTUAL		Infantilismo con una tendencia a la polémica y la contradicción hacia el mundo.	
COGNITIVO		Tendencia hacia el mundo de los instintos, siendo calculadora y al mismo tiempo practica.	
AREA EMOCIONAL		Necesidad latente de afecto de dar y recibir, con sentimientos de aprobación para otras personas, con sentimientos de inferioridad ante los demás.	
INTERACCIÓN SOCIAL		Introversión, aislada de los demás, es orgullosa y narcisista.	
CATEGORIAS	RESULTADO		

	Datos del paciente	Iniciales: A. A. G. F.	Edad:58 años
		Diagnostico: Lumbago Crónico	
AREA INTELECTUAL		Estable, vincula en sus decisiones por la vida con una percepción futura de las cosas.	
COGNITIVO		Tendencia a lo materialismo, y al mismo tiempo hace un equilibrio entre la introversión y extraversión en donde refleja serenidad hacia su entorno.	
AREA EMOCIONAL		Notable dulzura y suavidad por las personas, le gusta dar y recibir afecto, al mismo tiempo es una persona explosiva no mide sus consecuencias. Sus pensamientos se enfocan en autorrealización.	
INTERRACCIÓN SOCIAL		Dificultad para relacionarse con las demás personas, debido a que posee sentimientos de inferioridad y necesita tener la aprobación de otras personas.	
CATEGORIAS	RESULTADO		
	Datos del paciente	Iniciales: M.E.R.H.	Edad: 37 años
		Diagnostico: Cervicolumbalgia	
AREA INTELECTUAL		Personalidad formal, espontaneidad.	
COGNITIVO		Gran control de todo de lo que tenga que ver con sus emociones y sentimientos	
AREA EMOCIONAL		Fuerte afirmación del yo, actúa desde lo impulsivo, actitud defensiva	
INTERRACCIÓN SOCIAL		Perturbación de arraigo, facilidad para los contactos interpersonales, simpatía, carácter abierto, buena disposición de adaptación	
CATEGORIAS	RESULTADO		
	Datos del paciente	Iniciales: M.E.M.P	Edad:34 años
		Diagnostico: Dolor lumbar	

AREA INTELLECTUAL		Receptiva, deseosa de comunicación.	
COGNITIVO		Autoprotección, receptibilidad a la apertura, filtra todo lo que exterioriza.	
AREA EMOCIONAL		Decaimiento, depresión, cálido emotivo, sensible	
INTERRACCIÓN SOCIAL		Apertura a nuevas situaciones y experiencias, buscando dar una buena impresión cuidando de su imagen.	
CATEGORIAS	RESULTADO		
	Datos del paciente	Iniciales: L.C.G	Edad: 67 años
		Diagnostico: Dolor lumbar	
AREA INTELLECTUAL		Inseguridad, de carácter cambiante.	
COGNITIVO		Dificultad para tomar decisiones.	
AREA EMOCIONAL		Es emotiva, sensible, cálida.	
INTERRACCIÓN SOCIAL		Receptividad a nuevas situaciones y experiencia, abierta a los demás, pérdida de apoyo afectivo, debilidad de energía la contacto con los demás.	
CATEGORIAS	RESULTADO		
	Datos del paciente	Iniciales: A.T.	Edad: 63 años
		Diagnostico: Dolor lumbar	
AREA INTELLECTUAL		Infantilismo, regresión, desean ver lo que está oculto para ella.	
COGNITIVO		Debilidad mental, pobre sentido de objetividad.	
AREA EMOCIONAL		Afable, cálida.	
INTERRACCIÓN SOCIAL		Huida de lo desagradable y lo transforma en infantilismo, carácter primitivo.	

FUENTE: Test del árbol aplicada a pacientes del Hospital Roosevelt.

RESULTADOS DE LA ENTREVISTA POSTERIOR A LA REALIZACIÓN DE TALLERES

NIVEL DE DOLOR EN LAS PACIENTES CUADRO NO. 8

VARIABLES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Felicidad	6	60 %
Bendiciones	2	20%
Dolor	2	20%
Total	10	100%

FUENTE: Entrevista final aplicada a pacientes del Hospital Roosevelt.

INTERPRETACIÓN: a través de las estrategias enseñadas y llevadas a cabo por las pacientes, se refleja que el dolor ha disminuido provocando un sentimiento de felicidad y comodidad, porque su nivel de dolor ha cambiado dando inicio y apertura a aspectos positivos en su vida, aumentando su autoestima y el control de las emociones. Las pacientes refieren un equilibrio en su vida, más armonía sin hacer que su identidad cambie, es solo que ahora la diferencia es que han aprendido a vivir con su dolor. Han dejado de cargar su equipaje con lo innecesario aprendiendo a caminar mejor y con pasos mas seguros.

NIVEL DE LAS EMOCIONES Y CALIDAD DE VIDA
CUADRO NO. 9

VARIABLES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Mi salud es mejor	3	30%
El dolor es menos	3	30%
Cambio mi forma de pensar	2	20%
Realizo mis actividades	1	10%
Expreso lo que siento	1	10%
Total	10	100%

FUENTE: Entrevista final aplicada a pacientes del Hospital Roosevelt.

INTERPRETACIÓN: hay evidente cambio en la forma de sentir, la percepción del dolor no es la misma como en la primera entrevista, las pacientes han evidenciado un mejoramiento en su salud, estando más estables que antes realizando sus actividades normales sin dificultades significativas, generando sentimientos de seguridad por parte de las pacientes. Complementando su tratamiento con medios alternativos de liberación emocional, creando sus propias circunstancias. Reflejan motivación y actitud, el abrir espacios de aprendizaje invita a las personas a ser mejores cada día estableciéndose metas y prioridades que no requieren de un esfuerzo físico excesivo y gastos económicos innecesarios.

NIVEL COGNITIVO DE LAS PACIENTES

CUADRO NO. 10

VARIABLES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Ha valorarme	3	30%
Ser positiva	2	20%
Quererme	3	30%
Controlar mis emociones	2	20%
Total	10	100%

FUENTE: Entrevista final aplicada a pacientes del Hospital Roosevelt.

INTERPRETACIÓN: el notable cambio de estrategias de valoración y amor propio para cuidar su cuerpo, se fue dando a conocer como las pacientes se sentían en toda la libertad de expresar lo más significativo en su vida, lo que tuvieron y han tenido que callar ocultar o “aguantar” siendo de beneficio para poder dar y recibir afecto y atención, cambiando su forma de pensar hacia la vida. Han logrado llegar a asumir la responsabilidad del manejo de sus pensamientos, emociones y acciones, sin llegar a justificar la situación, siendo asertivos sin limitarse a vivir el momento lo que sienten.

NIVEL PSICOSOCIAL
CUADRO NO. 11

VARIABLES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Motivación por la vida	3	30%
Ser mas estable	2	20%
Mejora de salud	3	30%
Menos dolor	1	10%
Ser positiva	1	10%
Total	10	100%

FUENTE: Entrevista final aplicada a pacientes del Hospital Roosevelt.

INTERPRETACIÓN: las variables que se obtuvieron establecieron el cambio positivo y la mejora en su forma de vida, como ser más estables con sus emociones, y adaptándose a una nueva forma de vida. En el dolor emocional y físico que padecen han demostrado un equilibrio entre ambos, haciendo que tengan una motivación por la vida. Inclusive mayor facilidad en sus relaciones interpersonales, la cooperación, y comprensión con los otros, dejando de victimizarse por su situación. Al principio la participación activa se veía limitada por la vergüenza, aislamiento y timidez en las actividades desarrolladas, pero con el transcurrir del tiempo, incrementó la autoconfianza, el hecho de mejorar y conocer a nuevas personas, al final la unión del grupo fue notable lo que las llevó a sentirse mejor y confiadas en que todo está mejor y así seguirá.

NIVEL PSICOSOCIAL
CUADRO NO. 12

VARIABLES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
A mejorado	3	30%
El dolor es menos	5	50%
He modificado mi vida	2	20%
Total	10	100%

FUENTE: Entrevista final aplicada a pacientes del Hospital Roosevelt.

INTERPRETACIÓN: las pacientes han manifestado que después de recibir los talleres y poner en práctica las estrategias su dolor ha disminuido, considerablemente mejorando su salud física, porque el dolor es de menos intensidad y porque han aprendido a identificar las emociones y mantenerlas reguladas dentro de su vida. Haciendo énfasis de que en ningún momento retiraron el tratamiento farmacológico y tratamiento de terapias asignadas por el Departamento de Medicina Física y Rehabilitación, ya que las estrategias para el manejo de las emociones causadas por el dolor son un tratamiento alternativo y complementario en su proceso de mejoría y bienestar. Entre las experiencias comentadas por las pacientes resalta la modificación de ambientes y de actividades en casa, en el trabajo y la escuela como factores externos pero como factores internos y más importantes el darse el permiso de vivir el momento, vivir la emoción para poder reconocerla y manejarla.

INTERPRETACIÓN GENERAL

Para obtener la información necesaria se aplicaron diferentes técnicas entre ellas está la entrevista inicial de forma individual con el objetivo de conocer cual era la condición de las pacientes antes de los talleres, los resultados fueron: que el nivel de dolor de las pacientes es muy molesto, debido a factores emocionales, provocados por la limitación que les produce el dolor afectando sus actividades cotidianas, evidenciado una necesidad latente de mejorar salud, coincidiendo que la forma mas practica de sobre llevar el dolor es seguir instrucciones de los tratamientos indicados. Las pacientes buscan una autorrealización personal y equilibrio físico y emocional.

Se aplico el test del árbol con la finalidad de conocer la personalidad y su relación con el mundo en que se desarrolla, los resultados fueron: las pacientes están en busca de bienestar y felicidad para sentirse bien como personas, las características que predomina son la extroversión, dulzura, dependencia, inhibición, necesidad de autorrealización, necesidad latente de recibir y dar afecto, timidez, culpa y poca estabilidad emocional. Estas variables figuran en las personas que padecen de una lesión de espalda baja, en algunas se desarrollan mas y en otras menos.

Se midió el nivel del dolor de los pacientes a través de una escala visual del dolor los resultados fueron: la mayor parte de las pacientes, describe su dolor como muy molesto porque este interfiere en la realización de sus actividades cotidianas, provocando sentimientos negativos, hacia sí mismas y las personas que se encuentran a su alrededor, causándoles que las pacientes se aislen de su círculo sociable.

Se aplicó la entrevista final con el propósito de conocer cuánto habían avanzado y mejorado las pacientes con los talleres, los resultados fueron: la percepción del dolor cambió evidenciado una mejoría en su salud, observando una valoración y

amor propio para cuidar su cuerpo, sienten la libertad de expresar sus emociones sin miedo. La estabilidad emocional como física es más recurrente entre las pacientes porque han aprendido a identificar las emociones, regularlas en su vida haciéndola más satisfactoria, porque el dolor ha disminuido considerablemente.

Las pacientes manifestaron que las estrategias enseñadas les han ayudado y les ayudarán a ver la vida de otra forma, se han eliminado creencias erróneas que ellas se habían formulado a causa de su lesión ahora se siente más seguras de si mismas y satisfechas de lo que han podido lograr.

CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

3.1 CONCLUSIONES

- Por medio de los talleres de emociones se aportaron conocimientos a las pacientes que padecen de una lesión de espalda baja, como el uso de estrategias alternativas para disminuir el dolor identificando las emociones que le afectan en el desarrollo de su vida.
- Se determinó que el nivel de emociones es generado por el dolor y que a través de actividades de expresión, juego, arte y aprendizaje coparticipativo se permite la identificación y comprensión de emociones y pensamientos negativos que agravan su salud.
- La calidad de vida de las personas con una lesión de espalda baja, que no sabe qué es su lesión, sus manifestaciones, los cuidados que requiere y cómo puede agravarse llega a ser deficiente y limitada, por lo que se encuentran en un nivel de vulnerabilidad y susceptibles a empeorar su salud cada vez más.
- Se aplicaron y enseñaron estrategias nuevas a las pacientes para manejar sus emociones y disminuir el dolor que les provoca su lesión, las cuales mostraron ser necesarias y de gran beneficio en su salud física y emocional.
- Se les brindó un espacio dedicado a la expresión de las emociones, todas las personas necesitan y deben darse el permiso de vivir su emoción y saberla expresar, dejar que su cuerpo hable para que no calle y enferme su interior.

3.2 RECOMENDACIONES

En el Programa de Escuela de Columna del Departamento de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Roosevelt:

- Se deberían de implementar talleres sobre expresión de emociones que ayuden a las pacientes a disminuir el dolor físico con estrategias de aplicación para su vida diaria.
- Programar actividades de expresión donde las pacientes puedan experimentar estrategias que le ayuden a percibir, comprender y regular las emociones que le estén afectando.
- .
- La calidad de la vida para las personas con una lesión debe de ser prioridad se les deben dar charlas informativas y material de apoyo didáctico sobre su lesión, la importancia y beneficio que tiene conocerla, aceptarla y tratarla adecuadamente.
- Continuar con la implementación de estrategias para el manejo de las emociones causadas por el dolor y procesos de investigación que fortalezcan el desarrollo biopsicosocial de las pacientes.

En la Escuela de Ciencias Psicológicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala:

- Implementar proyectos y espacios de expresión emocional como terapia grupal que le permita a las pacientes desahogar lo que les afecta y agrava su salud física y el desempeño en sus actividades cotidianas

BIBLIOGRAFIA

- Aguirre, Ana Paula et al. “El mini-manual de eft (emotionalfreedomtechniques) Técnicas de liberación emocional”. Editorial Energy Psychology Press, Estados Unidos, año 2010. Pag: 62.
- Bloch, Susana. “Al Alba de Las Emociones”. Editorial Española, Francia, año 2002.
- Bradley, Nelson. “ElCodigo De La Emocion”. *Editorial* Wellness Unmasked, Mesquite Nevada :Wellness, año 2007 Primera Edicion.
- Cabezudo, de la Muela. “Aspectos Generales de la Evaluacion del dolor” valencia: psicologa de la unidad del dolor clinica virgen de el Consuelo y del Hospital 9 de octubre.
- Campos Herrero, J. “Inteligencia Emocional sus características mas Humanas” Editoriales San Pablo Division Comercial. 2000.
- Chóliz M. “El Dolor Como Experiencia Multidimensional: la Cualidad Motivacional Afectiva. Ansiedad y estrés”. Editorial Española, Barcelona, año 2000.
- Cloninger C. Susan. “Teorías de La Personalidad”. Editorial Pearson Educación Tercera Edición, Traducción Fernández Molina Alberto. Año 2000.
- Church, D. “Estrés y el poder de la sanación Emocional” mini Manual de EFT EmotionalFreedomTechniques Técnicas de Liberación Emocional Estados Unidos Editorial EnergyPsychologypressPag 50.
- Cury, Augusto. “Ser libre en el territorio de la Emoción”. Editorial San Pablo, Venezuela, año 2004.
- Díaz, Castellano, Guillermo Osvaldo. “Las clases sociales en ciudad de Guatemala 1964-2002”. Editorial Academia Española, Alemania, año 2011.
- Dicaprio Nicholas s. “Teorías de la personalidad”. Editorial Mcgraw-hill, México, Traducción Jorge Alberto Velázquez Arellano, 2da Edición, año 1989.
- Esteve, Rolando.“Afecciones De La Columna Vertebral”. Editorial Urano, Barcelona. Segunda Edición, Año 1965.

- Lindemann, Karla “Medicina Física En Pacientes Con Dolor de Espalda”. Editorial Menesia, Barcelona Labor, año 2001.
- Hay, L.L. “ Usted Puede sanar su vida”. Estados Unidos, Ediciones Urano.
- Morris, Charles G., Maisto, Arlbert A. “Psicología”. Edicion Pearson Educaciòn, Unidecima Edición, Mèxico: 2005.
- Morris, Charles y Albert Maisto. “Psicología”. Pearson Prentice Hall. Duodécima edición. México, 2005.
- Vargas, Penélope Infantes. (2002) “Variables Psicologicas En Pacientes Con Dolor Crónico”. Universidad Autonoma De Barcelona, Barcelona, año 2004.
- Vivas Mireya, Gallego Domingo Y González Belkis. “Educar las Emociones”. Editoriales C.A, Venezuela 2da edición, año 2007.
- Triado Segura, Felipe. “Psicología Educativa para afrontar los desafíos del siglo XXI.” Editores, S.A Mc Graw Hill, Interamericana. México, año 2010.

EGRAFÍAS

- <http://www.uv.es/~cholz/DolorEmocion.pdf>
Fecha de consulta mayo del 2013
- <http://www.catedradeldolor.com/PDFs/Cursos/Tema%201.pdf>
Fecha de consulta mayo del 2013
- <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/5423/piv1de4.pdf;jsessionid=77D19E8B9E85135A79035BAB7BADAEE7.tdx2?sequence=1>
Fecha de consulta junio del 2013
- <http://www.cop.es/colegiados/m-00451/dolor.htm>
Fecha de consulta junio del 2013
- www.nyp.org/trastornos de
Columnavertebral doloren la parte baja de la espalda
Fecha de consulta junio del 2013
- www.espanol.ninds.nih.gov/trastornos/dolor.htm f
Fecha de consulta julio del 2013
- <http://www.vertebralle.com/>

Fecha de consulta julio del 2013

- <http://www.inteligenciaemocionalysocial.com/263/uncategorized/ultimas-noticias-sobre-el-dolor>

Fecha de consulta agosto del 2013

- <http://www.bioenergetica-radiestesia.com/noticias/cuando-nuestra-espalda-nos-habla/>

Fecha de consulta enero del 2014

- <http://www.caemmo.com/index.php/disciplinas/todos-os-artigos/145-emocoes-e-dores-de-costas>

Fecha de consulta enero del 2014.

ANEXOS

**EL MANEJO DE LAS EMOCIONES CAUSADAS POR EL DOLOR EN
PACIENTES CON LESIONES DE ESPALDA BAJA**

ENTREVISTA INICIAL

F O M

Nombre: _____

Edad: _____ Estado Civil: _____

Ocupación: _____

Diagnostico: _____

Instrucciones: a continuación se le presenta una serie de preguntas responda de acuerdo a su experiencia personal.

1. ¿Qué siente?

2. ¿En que le afecta lo que siente?

3. ¿Por qué Cambiaría lo que siente?

4. ¿Qué haría para manejar lo que siente?

5. ¿Qué pasaría si mejora?

**EL MANEJO DE LAS EMOCIONES CAUSADAS EL DOLOR EN PACIENTES
CON LESIONES DE ESPALDA BAJA**

ENTREVISTA FINAL

F O M

Nombre: _____

Edad: _____ Estado Civil: _____

Ocupación: _____

Diagnostico: _____

Instrucciones: a continuación se le presenta una serie de preguntas responda de acuerdo a su experiencia personal.

1. ¿Qué Siente?

2. ¿En que ha cambiado lo que siente?

3. ¿Qué ha aprendido?

4. ¿Cómo ha cambiado su vida?

5. ¿Qué ha pasado con su mejora de salud?

ESCUDO DE LA EMOCION

F O M

Nombre: _____

Edad: _____ Estado Civil: _____

Ocupación: _____

Diagnostico: _____

Instrucciones: a continuación se le presenta un escudo de emociones el cual debe de llenar diariamente con lo que se le pide.

Mi emoción	¿Por qué la siento?
De 1 a 10 ¿cuánto la siento?	¿Qué quiero cambiar?