



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO**

---

**INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD  
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA**

**“INTERVENCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA  
MODIFICAR EL ENOJO Y CALIDAD DE VIDA EN ALUMNOS DE  
LICENCIATURA EN ODONTOLOGÍA”**

**T E S I S**

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

**PRESENTA:**

**SERRANO GARCÍA GILBERTO**

**DIRECTORA:**

**DRA. ANDRÓMEDA IVETTE VALENCIA ORTIZ**



**Pachuca de Soto, Hidalgo, 2017**



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO  
Instituto de Ciencias de la Salud  
School of Health Sciences  
Área Académica de Psicología  
Department of Psychology

30 de junio de 2017  
Asunto: Autorización de impresión formal

DRA. NORMA ANGÉLICA ORTEGA ANDRADE  
JEFA DEL ÁREA ACADÉMICA DE PSICOLOGÍA  
Head of academic psychologyc area

Manifestamos a usted que se autoriza la impresión formal del trabajo de investigación del pasante **Gilberto Serrano García**, bajo la modalidad de Tesis cuyo título es: **"Intervención cognitivo-conductual para modificar el enojo y calidad de vida en alumnos de licenciatura en odontología"** debido a que reúne los requisitos de decoro académico a que obligan los reglamentos en vigor para ser discutidos por los miembros del jurado.

"AMOR, ORDEN Y PROGRESO"

Nombres de los Docentes Jurados	Cargo	Firma de Aceptación del Trabajo para su Impresión Formal
Dr. Arturo del Castillo Arreola	Presidente	
Dra. Andrómeda Ivette Valencia Ortíz	Primer Vocal	
Dra. María Leticia Bautista Díaz	Segundo Vocal	
Dr. David Jiménez Rodríguez	Tercer Vocal	
Dr. Rubén García Cruz	Secretario	
Dra. Claudia Margarita González Fragoso	Suplente	
Mtra. Marianomeli Velázquez García	Suplente	



Circuito Ex Hacienda La Concepción S/N  
Carretera Pachuca Actopan  
San Agustín Tlaxiaca, Hidalgo, México; C.P. 42160  
Teléfono: 52 (771) 71 720-00 Ext.5104, 5118 y 4313  
psicologia@uaeh.edu.mx

[www.uaeh.edu.mx](http://www.uaeh.edu.mx)

## *Agradecimientos y dedicatorias*

*Muchas veces me pregunte que escribiría o que nombres pondría en esta parte, la verdad es que resulta difícil el poner un nombre en particular, con esto no quiero decir que soy el hombre más popular del instituto, sin embargo en mi trayectoria por esta universidad mi vida se vio impactada por diversas personas que en lo personal no me gustaría dejar fuera de este trabajo.*

*Quiero agradecer a esas personas que en su vida se tomaron el momento de platicar y de compartir aquellas experiencias que con el tiempo se convirtieron en anécdotas y amistades, esos momentos en los que simplemente deseaba estar con alguien siempre aparecían ustedes, cuando caía, cuando no me sentía fuerte, cuando el mundo se venía abajo, siempre llegaba alguien con una sonrisa, una palabra, una canción, un chiste o simplemente una compañía. Mi proyecto no sería posible sin ese apoyo que muchas veces no lo pedía o ustedes no lo ofrecían, simplemente llegaba.*

*Aquellas personas que me ofrecieron su mano con esperanza sin esperar nada a cambio, cuando más lo necesitaba, cuando no sabía por dónde salir, en verdad les agradezco infinitamente su apoyo. Soy consciente y reconozco que en el momento no expresaba mi agradecimiento, porque así soy todo el tiempo con una cara de incertidumbre y de pena, pero si alguien pudiera describir mi expresión precisamente en el momento cuando recibía su apoyo sería la siguiente: una cara roja llena de lágrimas, sorprendida, con la boca incapaz de emitir una palabra que explicara como apreciaba su apoyo.*

*Que sería de mi vida sin agradecer al amor, aquel que hizo darme cuenta de la importancia del esfuerzo, sacrificio y dedicación, solo me queda decir gracias muchas gracias por ese compañero de vida que no me soltó a pesar de los malos momentos, de las peleas y disgustos... Porque en el fondo sabemos que nuestros caminos se cruzaron para no separarse y si algún día nos distanciáramos, cada uno se sentirá orgulloso de haber luchado juntos en esta hermosa etapa.*

*Mi mamá la persona que me tiene la paciencia del mundo y sin la cual mi vida no sería como lo es ahorita porque ha luchado a mi lado, claro desde su trinchera, pero nunca se ha escondido y ahí está creyendo en mí y en lo que puedo hacer. Es y será la única persona que no me juzga...*

*Agradezco infinitamente el que nunca me di por vencido a pesar de que los días estaban nublados, no dejaba de luchar por ese sueño que inicio hace años, el cual sigue ahí motivándome e inspirándome. Pocas personas saben lo difícil que es el levantarme y salir a luchar por ese sueño, porque en algunas ocasiones no contaba con las herramientas para seguir ni con la fuerza para hacerlo, sin embargo nunca baje los*

*brazos. Agradezco a esos miedos e inseguridades que me acompañan desde que tengo memoria, porque sin ellos no hubiera tenido el valor de enfrentarlos para demostrarles que todavía existe Gilberto para largo. Que si en efecto mis inseguridades son más grandes y fuertes, pero no son reales...*

*En fin esto es lo que dedico a esta parte, algunas personas ya no están conmigo, porque su camino en algún momento dejó de estar a mi lado, entiendo y solo me queda decir que si en algún momento nos cruzamos por el tiempo que haya sido corto o largo, por si aún estás conmigo o decidiste (o yo decidí) ya no estarlo, te quiero decir gracias por que aprendí de ti, aprendí tu forma de ver la vida y sobre todo aprendí el valor que tenemos como personas...*

*Ohana significa familia*

*Y tu familia nunca*

*Te abandona ni te olvida*

*Lilo and Stitch*

## Índice

<b>Resumen</b>	10
<b>Abstract</b>	11
<b>Introducción</b>	12
<b>Capítulo 1. Salud Mental</b>	16
1.1. Concepto de Salud	16
1.2. Transición epidemiológica	18
1.3. Salud Mental	23
1.4. Determinantes de la enfermedad mental	25
1.5. Calidad de vida	28
1.6. Bienestar psicológico	31
<b>Capítulo 2. Regulación emocional</b>	37
2.1. Concepto de emoción	37
2.2. Funciones de la emociones	41
2.3. Emociones básicas	44
2.4. Regulación emocional	61
2.5. Investigaciones en regulación emocional	65
<b>Capítulo 3. Técnicas cognitivo conductual para favorecer el manejo de emociones</b>	68
3.1. Psicoeducación	69
3.2. Terapia racional emotiva conductual	72
3.3. Entrenamiento en solución de problemas	73
3.4. Autorregistros	76
3.5. Entrenamiento en habilidades sociales	77
3.6. Técnicas de relajación	79
3.6.1. Relajación muscular progresiva	79
3.6.2. Respiración diafragmática	80
3.7. Inoculación del estrés	82
<b>Método</b>	
1.- Justificación	85
2.- Planteamiento del problema	87
3.- Preguntas de investigación	87
4.- Objetivos	88

5.- Hipótesis	88
6.- Variables	89
7.- Diseño experimental	94
8.- Instrumentos de medición	94
9.- Participantes	97
10.- Escenario	98
11.- Procedimiento	98
12.- Análisis de los datos	102
<b>Resultados</b>	<b>103</b>
<b>Discusión y conclusiones</b>	<b>113</b>
<b>Referencias</b>	<b>126</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>142</b>

## Índice de tablas

Tabla 1: Emociones secundarias	45
Tabla 2: Características del miedo	51
Tabla 3: Características de la tristeza	53
Tabla 4: Características de la ira	55
Tabla 5: Características del asco	57
Tabla 6: Características de la alegría	59
Tabla 7: Características de la sorpresa	60
Tabla 8: Variables independientes	89
Tabla 9: Variables dependientes	89
Tabla 10: Variables extrañas	91
Tabla 11: Resultados de sintomatología de ansiedad	103
Tabla 12: Resultados de sintomatología depresiva	104
Tabla 13: Escala de respuestas rumiativas	105
Tabla 14: Instrumento de calidad de vida WHO-QOL-Breve	107
Tabla 15: Estadísticos de contraste del instrumento WHO-QOL-Breve	108
Tabla 16: Inventario multicultural de la expresión de la cólera y la hostilidad (ML-STAXI)	110
Tabla 17: Estadísticos de contraste del inventario multicultural de la expresión de la cólera y la hostilidad (ML-STAXI) grupo 1	111
Tabla 18: Estadísticos de contraste del inventario multicultural de la expresión de la cólera y la hostilidad (ML-STAXI) grupo 2	111
Tabla 19: Cambios en la intervención	112



## Índice de figuras

Figura 1: Bienestar psicológico	34
Figura 2: Funciones de las emociones	42
Figura 3: Familias de emociones	49
Figura 4: Regulación emocional	63
Figura 5: Niveles de ansiedad	95
Figura 6: Niveles de depresión	96

## Resumen

Se llevó a cabo una intervención cognitivo-conductual para modificar el enojo y calidad de vida en alumnos de nuevo ingreso a la licenciatura en odontología, con el objetivo de conocer los efectos que genera esta intervención en la adaptación a una nueva etapa educativa, debido a que la regulación emocional es una estrategia que potencializa los aspectos individuales, proporcionando un sustento que contribuye a desarrollar las habilidades de reconocimiento y regulación emocional que puedan interferir en su desempeño académico. Existen diversos sentimientos y situaciones que caracterizan a los alumnos universitarios, por ejemplo: la frustración generada por no alcanzar objetivos planeados, miedo a cometer errores, a ser rechazados, a la opinión de los demás, la incertidumbre de no contar con las habilidades requeridas ante determinadas situaciones, así como aburrimiento, orgullo, y la satisfacción por entregar trabajos de calidad; estas emociones podrían ser precipitadas por una inadecuada regulación de las emociones negativas (Perez, 2014). Al respecto se ha postulado que, un entrenamiento en regulación emocional con estrategias del enfoque cognitivo-conductual es útil para ayudar a los individuos a encontrar el equilibrio o aumentar el bienestar que se tenía antes de experimentar situaciones que parecen no tener solución (Pagés & Reñé, 2008). Los participantes contestaron un batería de pruebas en la fase pre-test y pos-test compuesta por: el Inventario de Ansiedad de Beck, el Inventario de Depresión de Beck, la Escala de Respuestas Rumiativas, el Instrumento WHO-QOL-Breve y el Inventario Multicultural de la Expresión de la Cólera y la Hostilidad (ML-STAXI). Los resultados demostraron que la población no presentaba sintomatología clínica, encontrando un cambio significativo en la calidad de vida y en la expresión del enojo. La intervención fortaleció las habilidades que las personas no presentan en su repertorio conductual y cognitivo, aprendiendo y desarrollando estrategias enfocadas a la solución de situaciones específicas, en el ámbito escolar y personal.

*Palabras clave:* Regulación emocional, programa cognitivo-conductual, bienestar psicológico, calidad de vida.

## Abstract

A cognitive-behavioral intervention was carried out to modify the anger and quality of life in new students to the degree in dentistry, in order to know the effects that this intervention generates in the adaptation to a new educational stage, due to That emotional regulation is a strategy that potentiates the individual aspects, providing a support that contributes to the development of recognition skills and emotional regulation that may interfere in their academic performance. There are several feelings and situations that characterize university students, for example: the frustration generated by not achieving planned goals, fear of making mistakes, being rejected, the opinion of others, the uncertainty of not having the skills required before Certain situations, as well as boredom, pride, and the satisfaction of delivering quality jobs; These emotions could be precipitated by an inadequate regulation of negative emotions (Perez, 2014). In this regard, it has been postulated that a training in emotional regulation with strategies of the cognitive-behavioral approach is useful to help individuals to find the balance or increase the well-being that was had before experiencing situations that seem to have no solution (Pagés & Reñé , 2008). Participants answered a battery of tests in the pre-test and post-test phase consisting of: the Beck Anxiety Inventory, the Beck Depression Inventory, the Rumiative Response Scale, the WHO-QOL-Brief Instrument, and the Inventory Multicultural Expression of Anger and Hostility (ML-STAXI). The results showed that the population did not present clinical symptomatology, finding a significant change in the quality of life and in the expression of anger. The intervention strengthened the skills that people do not present in their behavioral and cognitive repertoire, learning and developing strategies focused on the solution of specific situations, in the school and personal.

*Keywords:* Emotional regulation, cognitive-behavioral program, psychological well-being, quality of life.

## Introducción

La regulación emocional cuyo objetivo específico radica en encontrar un punto de recuperación del equilibrio en las personas, conservando o aumentando el bienestar que se tenía antes de que la emoción intensa modificará el estado actual (Pagés & Reñé, 2008). Esta ha tomado gran relevancia en el trabajo de los pacientes con alguna enfermedad crónica degenerativa, por la importancia que tiene al momento de iniciar un tratamiento multidimensional para generar estrategias óptimas de los resultados esperados. Sin embargo la regulación emocional no se limita al trabajo con estos pacientes, sino que va más allá del contexto de salud para incorporarse al ambiente escolar.

En particular el trabajo de la regulación emocional con alumnos universitarios es relevante debido a las dificultades que se presentan al momento de enfrentarse con emociones negativas (miedo, tristeza e ira) ya que estas interfieren en los procesos cognitivos indispensables para lograr un aprendizaje de calidad, aunado a esto se presentan problemas en la regulación de la intensidad en las emociones, el control de la conducta emitida frente ante situaciones (externas) que exigen un alto grado de presión (trabajos escolares, exámenes, sugerencias de padres o familiares, etc.), insuficiencia en el desarrollo de diversos recursos que le permitan implementar emociones que estimulan o logren sostener sus actividades de estudio y trabajo y por último la dificultad que existe al momento de comunicarse con compañeros y profesores sobre el reconocimiento oportuno de los límites de cada una de estas relaciones (asertividad) (Chirino & Hernández, 2015). Se han desarrollado diversas intervenciones educativas en relación a la regulación emocional, sin embargo la mayoría de ellas abarca una población infantil, adolescente o grupos vulnerables como lo son las personas con alguna enfermedad crónica degenerativa (Chávez, 2010; Cortina, 2014; Facundo & Guerrero, 2016; Ortiz, 2014; Reséndiz, 2015; Rivera, 2014; Vázquez, 2015). Correspondiente a la relación en la regulación emocional de los adolescentes universitarios, no se han encontrado intervenciones específicas que vayan dirigidas a esta población.

Este trabajo se desarrolla en tres capítulos, el capítulo I comprende el concepto de salud mental, sin embargo para lograr una definición de tal constructo resulta importante desglosar los conceptos que se tienen de salud. Tomando en consideración la definición que enmarca La Organización Mundial de la Salud (2004) la cual la define como un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Esta definición establece una diferencia a la antigua definición que se englobaba de salud, donde solo se hacía referencia al estado de la enfermedad.

Sin embargo, este concepto actualmente engloba aspectos particulares que enriquecen esta definición, variables directas que interfieren en el estado de salud de las personas, que son los aspectos socio-culturales, biológicos y psicológicos. Tomando a la salud como un proceso salud-enfermedad que engloba características particulares donde al individuo se le evalúa tomando en cuenta estos tres factores que interfieren en su estado de salud actual.

Resulta importante tener información relevante de la transición epidemiológica y demográfica por la que está pasando nuestro país para de esta forma poder entender que nuestro país que se caracteriza primordialmente por un incremento de las enfermedades crónicas no transmisibles desplazando a las enfermedades transmisibles. Los trastornos propios de esta transición como los son las enfermedades cardiovasculares o cerebrales, hipertensión, cáncer de pulmón y otros, o la cirrosis hepática, tienen componentes de comportamiento y estilos de vida importantes (Gómez, et. al, 2011; Ybarra, Orozco & Valencia, 2015).

Resulta indispensable asignar a la salud mental como un factor importante a considerar dentro de esta transición epidemiológica debido a que es un indicador importante cuando se habla de la salud en el individuo. Los estudios epidemiológicos realizados en los últimos años revelan una alta prevalencia de trastornos mentales en los países de Latinoamérica y el Caribe (Ybarra, Orozco & Valencia, 2015).

Por lo tanto la salud mental implica más que la ausencia de una enfermedad mental incluyendo aspectos como los siguientes: bienestar subjetivo, autonomía,

competencia, dependencia intergeneracional y reconocimiento de las habilidades de realizarse intelectual y emocionalmente. En concreto definiéndose como un estado de bienestar donde los individuos son conscientes de sus propias capacidades y habilidades, tienen la capacidad de enfrentar el estrés o tensiones normales de la vida cotidiana, trabajar de forma fructífera y productiva, generando una contribución al ambiente donde se desarrollan (Organización Mundial de la Salud, 2004; García, 2014).

El capítulo II va orientado a formular una definición de emoción y regulación emocional que incluya las variables que engloban estos conceptos. La literatura nos muestra la diversidad de autores que se han encargado de definir estos conceptos, donde se consideran los elementos relevantes que comparten estas definiciones. Por lo tanto la emoción es una respuesta psicofisiológica que se precipita ante situaciones específicas relevantes, que ocurren a las personas desde un punto de vista adaptativo, estas reacciones son de carácter universal, independientes de la cultura las cuales producen cambios en la experiencia afectiva (Cognitivo-conductual), en la activación fisiológica (Fisiológica-adaptativa) y en la conducta expresiva (Conductual-expresiva) (Piqueras, Ramos, Martínez & Oblitas, 2009).

Diversos autores (Barrón & Bazán, 2004; Goleman, 1996; Ortiz, 2014; Perez, 2014; Seligman, 2003) han llevado a cabo diversas clasificaciones de las emociones, sin embargo para los objetivos de este trabajo se desarrollaron las emociones básicas identificadas con mayor facilidad debido a sus reacciones fisiológicas y por la particularidad de expresión en el rostro: Miedo, tristeza, ira, alegría, sorpresa y asco.

En el capítulo III se detallan las técnicas cognitivo-conductuales empleadas en el taller de regulación emocional.

Se emplean las técnicas cognitivo-conductuales debido a que su definición concibe la aplicación clínica de la ciencia de la psicología fundamentándose en los principios y procedimientos validados empíricamente (Plaund, 2001). Este enfoque se utiliza en gran medida para el tratamiento de diversos trastornos psicológicos

debido a que utiliza procedimientos y estrategias activas, directivas, estructuradas, y con una duración establecida, generando un trabajo en conjunto de colaboración con el paciente para afrontar la situación problemática, planteando un modelo donde se puedan explicar de manera simple las diversas estrategias para la resolución del conflicto (García, 2014). Estas técnicas se desarrollan en un ámbito de intervención en salud donde se trabaja con las respuestas emitidas de manera física, emocional, cognitiva y conductual desadaptativas de carácter aprendido (Ángeles, Díaz & Villalobos, 2012).

Las técnicas empleadas en la intervención de la regulación emocional son: psicoeducación, autorregistros, entrenamiento en habilidades sociales, entrenamiento en solución de problemas, terapia racional emotiva conductual, inoculación del estrés, técnica de relajación como la relajación muscular progresiva y respiración diafragmática.

El capítulo IV explica la metodología que se desarrolló para llevar a cabo la intervención cognitivo-conductual en los alumnos de licenciatura. Se llevó a cabo la intervención en dos grupos de la licenciatura en cirujano dentista, la cual se formaba por seis sesiones específicas en cada tema y técnica aplicadas en el taller, se aplicó una batería de pruebas pre-test y post-test, la batería se compone de: el Inventario de Ansiedad de Beck, el Inventario de Depresión de Beck, Instrumento WHO-QOL-Breve, Inventario Multicultural de la Expresión de la Cólera y la Hostilidad (ML-STAXI) y la Escala de Respuestas Rumiativas. Los resultados emitidos por la batería de pruebas se analizaron para describir los cambios presentados después de la intervención.

El concepto de salud deriva de diversas consideraciones, las cuales contribuyen a generar un panorama más amplio abarcando las múltiples y diversas técnicas que se emplean para su comprensión encaminada a fortalecer el estado de salud de los individuos. De esta forma al comprender el concepto de salud podemos integrar a ello la salud emocional, calidad de vida y el bienestar psicológico que proporcionan sustentos teóricos que nos brindan un mayor abordaje de la situación de los individuos.

## Capítulo 1. Salud Mental

### 1.1. Concepto de Salud

Stone (1979 en Morrison & Bennett, 2008) destaca la importancia de llegar a un consenso en el significado del concepto de salud y de la forma en la que se puede medir, debido a que no seremos capaces de responder a las preguntas de cómo podemos proteger, mejorar y recuperar la salud.

El concepto de estado de salud, cotidianamente se definía en referencia a la función de una ausencia de signos que provocan el inapropiado funcionamiento del organismo o simplemente como la ausencia de enfermedad, la utilización de esta definición generó una serie de problemas, al considerar el concepto de salud y enfermedad como independientes, cuando en la realidad no lo son, sería impertinente hablar de ellos en forma absoluta, ya que ambos forman parte de una dinámica que pertenece a un continuum, ubicando estos términos dentro de una escala gradual, abarcando desde el extremo negativo incluyendo la presencia de procesos destructivos con signos, síntomas e incapacidades características (enfermedad) al extremo positivo cubriendo el bienestar físico, mental y social en el estado dominante (salud) (Alcántara, 2008; Buela, Caballo & Sierra, 1996).

Dentro de la escala gradual que se genera en el proceso de salud-enfermedad cada individuo puede tener grados diferentes, estas diferencias están constituidas por cambios objetivos que se presentan en el organismo humano entre los extremos de salud-enfermedad, por lo cual es de vital importancia establecer que este proceso está determinado por el modo de vida existente (Morales, 1999).

Sin embargo si se conceptualiza el estado de salud como la simple ausencia de enfermedad, el interés radicaría en el mantenimiento del funcionamiento óptimo del organismo libre de los desajustes que lo aproximan a la enfermedad. Tomando en cuenta las perspectivas integrales actuales que superan la idea de salud como la ausencia de enfermedad, el proceso de salud-enfermedad, trasciende a una idea de proceso en la salud como un bienestar o bien como calidad de vida en general, esta integración pone de manifiesto la necesidad de incluir en sus



modelos explicativos diversos factores de tipo biológico, psicológico y social-cultural que expliquen la determinación compleja del proceso (Flórez, 2007).

Hoy en día como es concebido el término de salud, resulta evidente que el significado atribuido a este término ha cambiado a lo largo del tiempo, se ha integrado en un constructo con mayor complejidad, permitiendo entender la salud como algo más que la simple ausencia de signos que provocan el inadecuado funcionamiento del cuerpo (Buela, Caballo & Sierra, 1996).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. A pesar de que esta definición se formuló hace más de 60 años, es relevante por su institucionalidad, sirve de base para el cumplimiento de las competencias de la OMS, considerado como un organismo gubernamental mundialmente reconocido en materia de salud (OMS, 1948 en Alcántara, 2008; OMS, 2004).

Otro concepto de salud propuesto por Oblitas (2004) hace mención a que el bienestar físico, psicológico y social va más allá de un esquema biomédico, abarcando la subjetividad y el comportamiento del ser humano; considerando el término no solo como la ausencia de enfermedad o alteraciones, como se mencionó con anterioridad, sino como un concepto positivo que engloba diversos grados en el funcionamiento adaptativo y la vitalidad.

El concepto adoptado hoy en día de salud considera la participación de variables psicosociales presentes tanto en el mantenimiento de la salud como en los factores que acompañan o llevan a la enfermedad, integrando a su vez a las ciencias sociales, construyendo un conocimiento formado por los factores sociales e individuales del continuo salud-enfermedad (Meave, 2008).

La salud se encuentra modulada por tres factores primordiales que ayudan a generar un equilibrio: el primero es el factor biológico con el que nace cada individuo el segundo se refleja en la conducta o comportamiento y el tercero es el medio en donde se encuentra el individuo, el ambiente (Rivas & Fernández, 1996;

Ybarra, Orozco & Valencia, 2015).

Uno de los principales objetivos de la salud radica no únicamente en lograr que esta sea buena, sino de que el individuo pueda desarrollar una capacidad, para que de forma activa, sea capaz de cambiar su situación actual y generar un funcionamiento que maximice las capacidades y satisfacciones percibidas, tomando en cuenta que la salud es un proceso social producto de factores de la vida comunitaria (Buela, Caballo & Sierra, 1996; Rivas & Fernández, 1996).

## **1.2. Transición epidemiológica**

Debemos considerar que nuestro país está pasando por una transición epidemiológica y demográfica caracterizada primordialmente por un incremento de las enfermedades crónicas no transmisibles desplazando a las enfermedades transmisibles. Los trastornos propios de esta transición como los son las enfermedades cardiovasculares o cerebrales, hipertensión, cáncer de pulmón y otros, o la cirrosis hepática, tienen componentes de comportamiento y estilos de vida importantes (Gómez, et. al, 2011; Ybarra, Orozco & Valencia, 2015).

Para el año 2010 se calculaba la existencia de 16.5 millones de personas hipertensas, 4,5 millones de diabéticos, alrededor de 700 mil casos de infartos al miocardio y más de 13 millones de personas con obesidad, en relación a la patología adictiva, más de 3 millones de personas presentan una adicción al alcohol, 13 millones al cigarro y 400 mil pacientes adictos a los psicotrópicos. En la actualidad estas cifras irán aumentado considerablemente (Souza & Cruz, 2101).

Esta transición merece especial interés debido a que se presentan indicadores demográficos importantes en la población de nuestro país, determinados en gran medida por la conformación actual de la pirámide poblacional la cual explica en gran medida el cambio en la elevación de las enfermedades crónicas no transmisibles, la salud mental no queda exenta de este cambio, determinando en gran medida que no hay salud sin salud mental (Vázquez, 2015).

Atendiendo con mayor énfasis a los trastornos emergentes como la violencia, abuso infantil, abuso a mujeres, homicidios, suicidios, accidentes automovilísticos,

consumo de sustancias, VIH/SIDA que contribuyen en gran porcentaje a la carga de enfermedades mentales de una nación en desarrollo propiciando cambios importantes en la estructura poblacional, ocasionando que un número considerable de personas llegue a la edad de riesgo de sufrir trastornos mentales propios de la adultez. Ahí radica la necesidad de un tratamiento adecuado por los agentes de salud para evitar las manifestaciones relacionadas con condiciones psiquiátricas específicas (Vicente, Saldivia & Pihán, 2016; Ybarra, Orozco & Valencia, 2015).

En relación a un informe de la OMS (2004 en Alvarado, 2011; Ybarra, Orozco & Valencia, 2015) la enfermedad mental representaba en 1990 el 11% de la carga total de la enfermedad expresada en años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) y se calcula que en el año 2020 corresponderá al 15%, donde la depresión será la segunda entre todos los trastornos considerados de la carga total de enfermedad, después de la enfermedad cardíaca isquémica. Aproximadamente un 33.3% del total de países no dispone de políticas sobre salud mental, ni de programas enfocados a la prevención de la enfermedad mental y la promoción de la salud mental; adicionalmente más del 90% de los países no tiene políticas que incluyan a niños y adolescentes enfocados a la salud mental.

En el periodo de 1994 se estimó una prevalencia de trastornos mentales de 5-18% en la población general. La depresión presentó mayor frecuencia en mujeres con un 9.7% a diferencia de los hombres con un 4.9%. Estimando que 1 de cada 6 personas desarrolle eventualmente un trastorno mental que requiera de una atención especializada. Además, el 18% de la población urbana entre los 18 y 64 años sufre de un trastorno del estado de ánimo (Souza & Cruz, 2010).

La OMS refiere que de las 10 enfermedades con mayor frecuencia y de altos costos en la población mundial, al menos 4 son de tipo mental: epilepsia, depresión, alcoholismo y trastorno bipolar (Campuzano, Hernández, González & Hernández, 2014).

En el 2002 las condiciones neuropsiquiátricas sólo explicaban el 1% de las muertes en el mundo, sin embargo eran responsables del 13% de la carga global

de enfermedades y del 28% de los años vividos con discapacidad. En Chile los años de vida vividos con discapacidad se identifican con ciertas enfermedades mentales entre las que destacan, el trastorno depresivo unipolar que alcanza el segundo lugar con 4.5% del total, la dependencia al alcohol ocupa el cuarto lugar con el 3.4% complementaria a la cirrosis hepática que alcanza el quinto lugar con un 3.3% (Vicente, Saldivia & Pihán, 2016).

En gran parte del mundo la atención que reciben por primera vez los problemas identificados a la salud mental se relacionan a las consultas de atención primaria desplazando la atención a la salud mental, se estima que de cada 5 consultas que recibe el médico familiar 1 se debe a problemas relacionados con psicología o psiquiatría. Generando una prevalencia de trastornos mentales en atención primaria de entre 22 y 29% (Latorre, López & Montañez, 2005). De las razones por las que la atención primaria ofrecida por el médico general es oportuna radican en el hecho de que los pacientes reflejan un mayor alivio con el médico general, no son catalogados como enfermos mentales y a evitar las largas esperas para las consultas de psiquiatría (Olivier, 2015).

Al no presentarse la atención oportuna para los trastornos mentales, en especial los de la infancia, no se logran identificar y por lo tanto no se aplican estrategias para su tratamiento oportuno. Por ejemplo: el 7% de la población de entre 3 y 12 años se encuentra afectada por un trastorno mental propio de la infancia. Las escuelas de educación especial de la Secretaría de Educación Pública (SEP) atienden al año 140 mil niños con algún trastorno del aprendizaje: 35 mil por déficit, 12 mil por trastornos de lenguaje. 8 mil con trastornos de audición, 3 mil por trastornos motrices y 3 mil por trastornos de conducta (Souza & Cruz, 2010).

En México debido a que las dimensiones y características de la enfermedad mental no son ampliamente conocidas es difícil hoy en día encontrar estadísticas confiables sobre la epidemiología. En nuestro país entre las quince principales causas de pérdida de años de vida saludable (AVISA) encontramos las enfermedades psiquiátricas y neurológicas que representan el 18% de AVISA de todo este conjunto seis de ellas se relacionan estrechamente con los trastornos

mentales y las adicciones, homicidios, violencia, accidentes automovilísticos, enfermedades cerebrovasculares, cirrosis hepática, demencia, consumo de alcohol y trastornos depresivos (Secretaría de Salud, 2001).

Teniendo en cuenta que la depresión es uno de los trastornos psicológicos más comunes, considerándose como el “resfriado” entre los problemas de salud mental. La depresión por sí sola en nuestro país afecta al 17% de la población con problemas mentales, la depresión mayor es considerada la decimotercera causa más importante que contribuye a los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD), en las mujeres es la séptima causa más frecuente de los AVAD y la número uno tomando en cuenta a los años de vida productivos perdidos por discapacidad (AVPD) y el segundo en hombres después de la lumbalgia. También representa un 4.3% de la carga mundial de morbilidad y se encuentra a nivel mundial entre las principales causas de discapacidad (Nezu, Nezu & Lombardo, 2006; Organización Mundial de la Salud, 2013; Secretaria de Salud, 2001; Ybarra, Orozco & Valencia, 2015).

Actualmente el 26.1% de la población mexicana presentan un trastorno psicológico, siendo los trastornos de ansiedad los más comunes (14.3%) con una media de inicio de 21 años presentando las mujeres mayor grado de afectación con un 1.7% en comparación con los hombres (1.0%) (Medina-Mora, Borges, Muñoz & Jaimes, 2003).

En la mayoría de las enfermedades se encuentran presentes estados emocionales, conductas y aseveraciones acerca de la condición patológica, las exigencias de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, el pronóstico e impacto de la vida en un futuro. Se tiene contemplado de cierta forma que cada individuo presenta su propia “respuesta a la enfermedad” las cuales ponen en evidencia no solo las características normales biológicas sino que de igual forma se manifiestan como las personas actúan ante las situaciones específicas (Velo, López, Velo & Dagoberto, 2008).

El estrés y las emociones negativas entre ellas el miedo y la ira pueden de forma temporal limitar el dolor a través de la liberación de norepinefrina, sin embargo

cuando esta respuesta se prolonga en el tiempo, pueden producir tensión muscular y la lesión original se puede agravar, ocasionando una percepción alterada de dolor producida por el estrés (Ornelas, 2015).

En un estudio referido a 5 104 personas con diabetes tipo I y II se realizaron entrevistas para indagar sobre sus actitudes, deseos y necesidades con respecto a su diagnóstico se encontró que el 85.2 % al momento del diagnóstico identificó malestar emocional experimentando sobresalto, culpa, enfado, ansiedad, culpa e impotencia, después del diagnóstico el malestar permaneció y manifestaron miedo a futuras complicaciones aunado a cargas psicológicas y sociales; el 76.3% de los entrevistados reportaron al menos uno de estos miedos o cargas y la mayoría de los participantes presentaron problemas psicológicos (67.9 y 65.6 % respectivamente) (Skovlund & Peyrot, 2005 en Del Castillo, Guzmán, García & Martínez, 2012).

Los pacientes con diabetes experimentan algunos sentimientos de frustración cuando obtienen altos niveles de glucosa en algunas mediciones a pesar de llevar a cabo la mayoría de las conductas implicadas con el tratamiento (La Greca et al., 1991). Se encuentran diversos factores individuales implicados directamente en las intervenciones de automanejo y los resultados de pacientes con diabetes, entre los que destacan: las creencias de salud incluyendo la autoeficacia, el locus de control y las evaluaciones costo-beneficio; de igual forma se encuentran implicadas las habilidades para enfrentar el estrés, la aparición de un trastorno psicológico asociado al diagnóstico de diabetes, además de la depresión, los trastornos de ansiedad, los de alimentación, el malestar psicológico (distrés) que se relaciona o no con la diabetes, factores de la personalidad, como lo pueden ser la ansiedad rasgo, el sexo y la edad (Del Castillo, Guzmán, García & Martínez, 2012).

Al momento de las revisiones médicas en pacientes con cáncer de mama se han encontrado un grado considerable de incertidumbre que lleva consigo alteraciones psicológicas importantes entre ellas destacan el insomnio, irritabilidad, ansiedad elevada, quejas hipocondríacas, ideas obsesivas, estados depresivos aunado al

síndrome de Damocles que refiere al malestar psicológico no sólo derivado de la percepción de vulnerabilidad a la enfermedad, sino también a la dificultad psíquica de desarrollar un proyecto vital a largo plazo (Solana, 2005).

Las enfermedades crónicas degenerativas no solo tienen consecuencias físicas en el individuo sino como se muestra, existen diversos factores en la persona que se ven considerablemente afectados. Abarcando puntos extremos pero entrelazados como lo interpersonal y las relaciones sociales.

Es importante considerar en el concepto de salud, el de salud mental, debido a que existe una evidencia de la existencia de factores emocionales que llegan a impactar en la salud de las personas, para poder entender este concepto de salud mental fue importante antes hacer una breve descripción de la importancia de esta en el nuevo constructo evocado por la OMS sobre salud.

### **1.3. Salud Mental**

Teniendo en cuenta la existencia de un reconocimiento en la importancia y la utilización tan amplia que se hace del concepto de salud mental y como esta cobra relevancia en el campo de la salud pública, es relevante tener en cuenta que aún se enfrenta a dificultades importantes prácticas y epistemológicas que nos lleven a generar un concepto claro y universal de lo que se entiende por “mental” para de esta forma identificar cómo se investiga e interviene en el ámbito de la salud mental puesto que en la práctica todo va orientado al esquema de salud-enfermedad (Restrepo & Jaramillo, 2012).

En el campo de la psicología la situación en torno al enfoque destinado a la patología era similar al de enfermedad, la prioridad ha sido siempre la comprensión y la curación o reducción del malestar producido por la gama de problemas individuales y sociales: trastornos psicológicos, enfermedades físicas agudas o crónicas, violencia escolar, prejuicios, racismo, etc. (Antonovsky, 1987).

Este enfoque corresponde al modelo clínico tradicional. La necesidad de tratar los trastornos mentales refleja la necesidad real asistencial de curación de las personas enfermas, sin embargo este enfoque reduccionista omite aspectos

positivos inherentes al concepto de salud (Pando, León, González, Aldrete & López, 2015).

La salud mental es un fenómeno complejo determinado por múltiples factores de índole social, ambiental, biológica y psicológica (Souza & Cruz, 2010). Es un componente fundamental e inseparable de la salud y está directamente relacionada con el bienestar personal, familiar y comunitario, aunque en diversas ocasiones es subestimada frente a la salud física (Organización Panamericana de la Salud & Organización Mundial de la Salud, 2011).

Al igual que el concepto de salud, la salud mental es más que solo la ausencia de trastornos mentales. Algunos conceptos de salud mental incluyen bienestar subjetivo, autonomía, competencia, dependencia intergeneracional y reconocimiento de las habilidades de realizarse intelectual y emocionalmente. También se ha definido como un estado de bienestar donde los individuos son conscientes de sus propias capacidades y habilidades, tienen la capacidad de enfrentar el estrés o tensiones normales de la vida cotidiana, trabajar de forma fructífera y productiva, generando una contribución al ambiente donde se desarrollan. Por último el concepto se refiere a la posibilidad de incrementar las competencias de los individuos y comunidades para alcanzar sus propios objetivos (Organización Mundial de la Salud, 2004; García, 2014).

La salud mental es considerada como un elemento matriz de la calidad de vida y la sana convivencia. Es un estado de bienestar que se genera por la interacción funcional de la persona y su entorno y la integración óptima de diversos factores tales como, la percepción e interpretación de la realidad, la forma de satisfacer las necesidades físicas primarias, identificando los potenciales psíquicos, mentales y espirituales teniendo como objetivo elevarlos a su máximo nivel (Moscoso, Rodríguez, Reyes, & Colón, 2016).

Por ejemplo el gobierno escocés introdujo hace años una definición de salud mental la cual radica en la resiliencia mental y espiritual que permite disfrutar de la vida y sobrevivir al dolor, la decepción y la tristeza. Es un sentimiento positivo de bienestar y una creencia subyacente en uno mismo y en la dignidad propia y de



los demás (Scottish Executive, 2005 en Vázquez & Hervás, 2008).

Es importante poder consensar sobre un concepto relacionado al de salud mental para de esta forma generar un panorama amplio y completo de la contraparte de la salud mental, que resulta ser el de enfermedad mental o trastorno mental.

Al definir este concepto podemos integrar la información que se tiene acerca de los factores de riesgo, tomándolo en cuenta como algo fundamental ya que permite el establecimiento de prioridades para la atención del problema del/la joven para de esta forma crear factores de protección correspondientes en la relación al individuo (Moscoso, Rodríguez, Reyes & Colón, 2016).

#### **1.4. Determinantes de la enfermedad mental**

La enfermedad mental es una alteración de tipo emocional, cognitivo y/o del comportamiento, en donde se afectan diversos procesos psicológicos básicos como las emociones, la motivación, la cognición, la conciencia, la conducta, la percepción, la sensación, el aprendizaje, el lenguaje, etc. Esto conlleva a que la persona genere dificultades entorno a la adaptación a su entorno cultural y social en donde vive creando diversas formas de malestar subjetivo (Restrepo & Jaramillo, 2012).

La enfermedad mental o mejor conocida como trastorno mental, es lo contrario a la salud mental y comprende los procesos psicopatológicos, cognitivos y mentales que se expresan en signos, síntomas, disfuncionalidad, discapacidad, cambios en la conducta y en determinadas ocasiones una errónea percepción de la realidad, los trastornos mentales al igual que la salud mental están en cierta forma influidos por factores biológicos, psicológicos y sociales. Es importante tener en cuenta que estos términos (Trastorno mental y salud emocional) se ubican entre matices de bienestar o malestar, tomando en cuenta que es un proceso continuo, no se comprende un parámetro exacto que defina el grado o nivel de salud mental de un individuo (Hernández, 2016).

De acuerdo con la OMS (2013 en Hernández, 2016) la definición de trastorno mental comprende una amplia gama de problemas, que presentan diversos

síntomas que se caracterizan por una combinación primordialmente de pensamientos anormales, emociones, conductas y relaciones interpersonales.

Un concepto que está ligado al de enfermedad mental es el de malestar psicológico haciendo referencia al nivel de estrés percibido, desmoralización, disconfort y desasosiego; este concepto permite generar información sobre auto percepción de pensamientos, sentimientos y comportamientos que podrían indicar problemas en la salud mental (Páez, 1986 en Páez, 2008). Las situaciones críticas pueden expresarse a través de múltiples sintomatologías por ejemplo: alteraciones del sueño, afecciones psicósomáticas, sentimientos de miedo y temor, desesperación, adicciones, etc. que ponen de manifiesto el grado de vulnerabilidad psíquica de los sujetos (Páez, 2008).

El identificar y comprender los factores relacionados con la emergencia y mantenimiento de las alteraciones psicopatológicas y de los determinantes del bienestar psicológico son indispensables para el avance en las diversas vertientes de la atención en salud mental: preventiva, tratamiento y promoción de la salud (Tortella et al., 2016).

La organización Panamericana de la Salud (Organización Panamericana de la Salud & Organización Mundial de la Salud, 2011) contempla que los determinantes de la salud mental y las enfermedades mentales que tienen como resultado una mayor prevalencia, incidencia y magnitud, incluyen aspectos no solo individuales como, la capacidad de gestionar pensamientos, emociones, comportamientos e interacciones con los demás, sino que también abarcan factores sociales, culturales, políticos y ambientales tales como las políticas nacionales, la protección social, inmigración, el nivel de vida, satisfacción con la vida, disfuncionalidad familiar, carencias afectivas, estilos de vida nocivos, entornos no saludables como condiciones laborales no óptimas o ausencia en la red de apoyo social por parte de la comunidad. La exposición a edades tempranas de adversidades es un factor de riesgo que se puede prevenir antes de que aparezca el trastorno mental (OMS, 2013).

Algunas persona y/o grupos sociales presentan factores de riesgo significativos

que los lleven a sufrir problemas de salud mental, esto determinado por el contexto social, algunos grupos vulnerables representativos son, aunque no en todos se presente esta situación, miembros de las familias que viven en pobreza, las personas con problemas de salud crónicos, los niños expuestos al maltrato o abandono, niños en situación de calle, mujeres trabajadoras, población rural, los adolescentes expuestos por primera vez al abuso de sustancias, los grupos minoritarios, las poblaciones indígenas, las personas de la tercera edad, madres adolescentes solteras, población migrante, las personas sometidas a discriminaciones o violaciones de los derechos humanos, los homosexuales, bisexuales y transexuales, los prisioneros o las personas expuestas a conflictos, desastres naturales u otras emergencias humanitarias (Servicio de Investigación y Análisis, 2010; OMS, 2013).

Los trastornos mentales en la mayoría de los casos conducen a las personas y a las familias a la pobreza mermando sus ingresos, reflejándose en los costes económicos asociados a problemas de salud mental, en los últimos 10 años en Europa se han duplicado. En 2010 se estima un coste de 136,300 millones de euros, cantidad que sigue aumentando. Se trata de un problema que genera importantes daños a la economía ya que da lugar a casi el 50% de todas las bajas laborales por enfermedad (OMS, 2013; Sobocki, Jonsson, Angst & Rehnberg, 2006; Souza & Cruz, 2010).

Sin embargo el panorama de los trastornos mentales no se limita solo en los efectos que se identifican en la economía sino que se orienta a un problema ético. Sin un tratamiento adecuado, las consecuencias de padecer un trastorno mental son cada vez mayores, tanto para el individuo como para la sociedad. En los países de ingresos bajos y medios, entre un 76% y un 85% de las personas con un trastorno mental grave no reciben algún tipo de tratamiento, las cifras en los países de ingresos elevados también son altas, 35% y un 50% respectivamente, sin embargo el problema se complica aún más por la escasa calidad en la atención que reciben los casos tratados (Secretaria de Salud, 2007; Wilkinson & Pickett, 2010).

El acceso a los servicios de salud mental en la mayoría de los países se dirige al antiguo paradigma de los grandes hospitales psiquiátricos asilares, esto no posibilita la integración de la salud mental como un importante componente en la atención de la salud en general, observándose en esta accesibilidad insuficiente diversos casos de violación a los derechos humanos de las personas con algún trastorno mental (OPS & OMS, 2011).

Estas situaciones se convierten en una fuente de desigualdad y desventajas sociales, encaminadas en gran medida por la estigmatización y la discriminación, negándoles el acceso en muchas ocasiones a los derechos económicos, sociales y culturales, imponiéndose restricciones al trabajo y a la educación, así como a los derechos reproductivos y al derecho a gozar de estándares óptimos en salud (OMS, 2013; Wilkinson & Pickett, 2010).

Para generar una integración del concepto de salud propuesto por la OMS es necesario abarcar diversos aspectos de otras áreas, aspectos aunados al bienestar psicológico del individuo, es por ello que se define el concepto de calidad de vida y bienestar psicológico para entender el grado de impacto que tiene en el concepto de salud y salud mental.

### **1.5. Calidad de vida**

El estudio de la calidad de vida generó un interés considerable en los últimos años del siglo XX. Debido a que se consideró que la población había satisfecho sus necesidades básicas, o esto al menos en los países de primer mundo, y justo ahora era momento de trabajar por una mejora en la calidad de vida. Sin embargo en los países en vías de desarrollo la situación era diferente ya que las necesidades básicas de la población no sean cubiertas o satisfechas, por lo tanto el concepto de calidad de vida cambia con respecto a las culturas, épocas y grupos sociales (Ardila, 2003).

El estudio de la calidad de vida ha resultado difícil no sólo por el hecho de su naturaleza plurideterminada sino porque existen dos grandes dimensiones que la comprenden: la dimensión objetiva y la subjetiva, la primera va centrada a

variables objetivas externas al sujeto, las cuales corresponden con un enfoque sociológico y económico, tratando de medir la calidad de vida utilizando preferentemente la metodología de los indicadores de corte sociodemográfico, dentro de estos estudios se encuentran los que llevan a cabo diversos organismos internacionales relacionados con la salud, tales como esperanza de vida, mortalidad infantil, nutrición, servicios de salud entre otros; La segunda tendencia, contempla la calidad de vida como una dimensión subjetiva la cual se determina por la valoración que los sujetos llevan a cabo de su propia vida, esta concepción ha realizado innumerables esfuerzos en la elaboración de metodologías que permiten estimar la apreciación subjetiva y el nivel de satisfacción global o parcial de áreas importantes de la vida del sujeto (García-Viniegras, 2005).

La calidad de vida de manera general hace referencia a una propiedad que los individuos tienen para experimentar situaciones y condiciones de su ambiente dependiendo de las interpretaciones y valoraciones que hacen de los aspectos objetivos de su entorno, esta se considera una combinación de elementos objetivos y de evaluación individual de estos elementos (Ardila, 2003).

Este concepto se comprende desde un aspecto nuclear de bienestar, que resulta de una construcción personal, subjetiva e interactiva. Esta diversidad de aspectos relacionados con diversas dimensiones son empleados debido a que conducen a la optimización de estados saludables para los individuos las cuales pueden ser, biológica o del sustrato somático; con aspectos subjetivos (emociones, motivaciones, valores, pensamientos, procesamiento y estructuración de la realidad), así como con el entorno físico (ambiente u territorio) y la calidad de las interacciones sociales. Dentro de este marco conceptual holístico y sistémico se reafirma la idea de que el cambio en un subsistema o componente incide, inevitablemente, en el resto de los subsistemas y en la totalidad individuo-ambiente. Las relaciones existentes de causa-efecto tienen efectos condicionantes recíprocos y de naturaleza circular, los subsistemas que diferenciamos se entrelazan y se afectan entre sí. Los seres humanos solo constituyen una sola parte, de una totalidad mayor, la cual consiste en el mundo en el cual estamos

inmersos. Los seres humanos tienen la capacidad de generar acciones mentales y de comportamientos creativos, de hacer elecciones conscientes acerca de pautas de conductas que orienten a una mejora en el desarrollo y equilibrio (Oblitas, 2010).

Ardila (2003) menciona ciertos factores que se tienen en cuenta en el estudio de la calidad de vida:

- 1.- Bienestar emocional
- 2.- Riqueza material y bienestar material
- 3.- Salud
- 4.- Trabajo y otras formas de actividad productiva
- 5.- Relaciones familiares y sociales
- 6.- Seguridad
- 7.- Integración con la comunidad

De manera general el concepto de calidad de vida está relacionado con el bienestar social y depende de la satisfacción de las necesidades humanas y de los derechos positivos (libertad, modos de vida, trabajo, servicios sociales y condiciones ecológicas), estos elementos son indispensables para que el individuo y la población se desarrollen; de esta manera caracterizan la distribución social y establecen un sistema de valores culturales que coexisten en la sociedad (Tuesca, 2005). Las estrategias orientadas a la mejora en la calidad de vida van encaminadas a modificar, en términos de procesos adaptativo-integrativos, una multiplicidad de componentes ya sean biológicos, subjetivos o psíquicos y socio-ambientales, aunado a que la calidad de vida se entiende como un estado y un proceso que resulta de la interacción de múltiples dimensiones o subsistemas, presentándose como una realidad cambiante y dinámica que implica continuas reestructuraciones de esquemas valorativos, cognitivo-emocionales y de comportamiento (Oblitas, 2010).

La evaluación de la calidad de vida debe basarse en una amplia serie de criterios, y no sólo en algún aspecto en particular, como puede ser un dolor físico cuando esté presente en el individuo, la calidad de vida se evaluará estudiando el impacto de ese dolor en la autonomía individual y en la vida psicológica, social y espiritual del individuo y no sólo va a centrar su atención concretamente en el dolor en sí (OMS, 1996).

De manera general la calidad de vida está estrechamente vinculada al funcionamiento de la sociedad, las normas y valores sociales que el individuo debe asumir, sin embargo se enfoca en gran medida con las aspiraciones y el nivel de satisfacción que tiene el individuo respecto a los dominios más importantes en el que se desarrolla su vida, es decir, con la construcción que él propio individuo hace de su bienestar psicológico. Este concepto se encuentra muy relacionado con la categoría de bienestar psicológico, debido a que esta última se encuentra ligada a otras categorías que se han estudiado en relación con la vida humana (García-Viniegras, 2005).

### **1.6. Bienestar psicológico**

Existen razones relacionadas a la sociología de la ciencia que aunadas al propio desarrollo profesional de las disciplinas científicas, han conducido históricamente a que el foco de las intervenciones en áreas relacionadas con la salud se haya centrado específicamente en la reducción del dolor, el sufrimiento y las carencias dejando a un lado el desarrollo de las capacidades individuales y colectivas (Vázquez, 2009; Vázquez & Hervás, 2008).

El énfasis en los estados psicológicos positivos, como factores de protección de la salud física y mental, en particular la relación existente entre estados psicológicos positivos y su repercusión en el desarrollo de enfermedades, en el campo de la psicología ha comenzado a tomar mayor importancia en las últimas dos décadas (Taylor, Kemeny, Reed, Bower & Gruenewald, 2000).

Una definición de salud mental en términos positivos representa un desafío para la creencia extendida a lo largo de los años de que la salud mental es lo opuesto al

trastorno mental. La salud mental entendida desde aspectos positivos implica un estado emocional positivo y un modo de pensar compasivo sobre nosotros mismos y los demás, tener expectativas de un futuro positivo generando un modo adaptativo de interpretar la realidad. También supone contar con recursos para afrontar adversidades pero aún más importante que sirvan para desarrollarnos como seres humanos. Todo esto desarrolla un panorama más amplio de lo que un enfoque basado en los déficit en salud pueda ofrecer (Díaz, Blanco, Horcajo & Valle, 2007).

La psicología positiva se ha encargado del bienestar de la población, sin embargo han existido atrás diversos enfoques que han hablado de bienestar y que por ende han consolidado su trabajo, antes de tener un concepto de psicología positiva resulta conveniente comprender las bases que han tenido relevancia al lado de la psicología positiva.

Desde una perspectiva subjetiva resulta relativamente sencillo identificar el propio nivel de bienestar o la felicidad. Sin embargo obtener conclusiones más generales desde una perspectiva rigurosa ha resultado ser una tarea mucho más compleja (Ryan & Deci, 2001).

La evolución de los estudios científicos relacionados al bienestar se han desarrollado desde dos principales tradiciones filosóficas: la tradición hedónica y la eudaimónica (Barrantes & Ureña, 2015; Keyes, Shmotkin & Ryff, 2002).

La tradición hedónica concibió originalmente el bienestar como un indicador de la calidad de vida teniendo como base la relación existente entre las características del ambiente y el nivel de satisfacción que experimentan las personas, asociado a nociones como la felicidad y el placer (orientado al disfrute y las actividades nobles) por lo tanto la felicidad sería en cierto sentido una suma de momentos placenteros (Vázquez, Hervás, Rahona & Gómez, 2009).

El bienestar subjetivo se enmarca en la tradición hedónica y se compone del balance entre satisfacción con la vida, entendiéndose esta como el juicio global que las personas hacen de su vida en general de manera positiva o de aspectos



particulares de ésta (familia, estudios, trabajo, salud, amigos, tiempo libre), en otras palabras cuánto le gusta a una persona la vida que lleva (Denegri, García & González, 2015; Díaz et al., 2006; Veenhoven, 1994 en Padrós, Gutiérrez & Medina, 2015) y la felicidad comprende el balance entre estados afectivos positivos y estados afectivos negativos. El componente esencial radica que el principal objetivo de la vida es experimentar la mayor cantidad de experiencias positivas por sobre las negativas (Pereira, 1997; Vázquez, Hervás, Rahona & Gómez, 2009).

En resumen el bienestar subjetivo hace mención a lo que las personas piensan y sienten acerca de su vida obteniendo conclusiones cognitivas y afectivas que alcanzan cuando evalúan su existencia (Cuadra & Florenzano, 2003).

La tradición eudaimónica por su parte centra la atención en el desarrollo del potencial humano, sus capacidades, crecimiento personal y en la percepción que tienen las personas con relación a diversos aspectos de su funcionamiento, propone que el bienestar no consiste en la maximización de experiencias positivas y la minimización de experiencias negativas (Ryan & Deci, 2001) sino que se refiere a vivir de forma plena y realizar los potenciales humanos más valiosos (Ryan, Huta & Deci, 2008).

Aristóteles exhortaba a los hombres a vivir de acuerdo con su “daimon”, ideal o criterio de perfección hacia el que uno aspira en su vida. Todos los esfuerzos por vivir de acuerdo con ese ideal, hacer y lograr que se cumplan las propias potencialidades conducen a un estado óptimo (Avia & Vázquez 1998).

Aristóteles observó que los hombres aspiran a la felicidad como un fin universal, sin embargo la felicidad se define como una forma de vida, no como algo dado por la naturaleza, se presenta como el resultado del obrar del hombre, es decir, se requiere de un esfuerzo para llegar a ella. Eudaimonia desde una perspectiva más amplia hace referencia al término “florecimiento” que tiene que ver con la vida en la que la persona realiza su verdadero potencial (Gutiérrez, 2014).

Esta perspectiva defiende que la auténtica felicidad no se representa de la opinión

directa de los sujetos sobre la satisfacción o los niveles de afecto reportados. El bienestar psicológico alude a un conjunto de funcionalidades que provienen de las virtudes a las que aludía Aristóteles, se refiere a los ámbitos y/o funciones que serían indicadores del desarrollo humano (Keyes, Ryff & Shmotkin, 2002; Padrós, Gutiérrez & Medina, 2015; Seligman, 2003).

El bienestar se define como el desarrollo del verdadero potencial de uno mismo, este funcionamiento óptimo sugiere seis dominios fundamentales que caracterizan el bienestar psicológico (Ryff, 1995; Ryff 1989). Los cuales se muestran en la figura 1.



Figura 1: Bienestar psicológico. Adaptada de Ryff, 1995.

Autoaceptación: Se sienten bien consigo mismo aceptando aspectos positivos y negativos siendo conscientes de sus propias limitaciones. Una característica fundamental del funcionamiento psicológico óptimo consiste en generar actitudes

positivas hacia uno mismo (Keyes, Shmotkin & Ryff, 2002).

Relaciones positivas con los otros: Desarrollan y mantienen relaciones cálidas con los demás, entendiéndose como una necesidad de las personas el mantener y generar relaciones sociales estables al igual que tener amigos en los que pueda confiar. La capacidad de amar es un componente fundamental del bienestar (Allardt, 1996).

Dominio del entorno: La habilidad personal de acomodar, elegir y crear entornos favorables para satisfacer sus necesidades y deseos. La mayoría de las personas con un alto dominio del entorno obtienen sensaciones de control mayores sobre el mundo, sintiéndose capaces de influir sobre el contexto que les rodea (Ryff, 1995).

Autonomía: Desarrollan un sentido de individualidad y de libertad personal, teniendo la capacidad de resistir presiones sociales, autorregulando sus opiniones, necesitan tener sustentos sólidos en sus propias convicciones (autodeterminación). Las personas con autonomía tienen la capacidad de afrontar en mayor medida la presión social teniendo una auto-regulación óptima de comportamiento (Ryff, 1995).

Propósito en la vida: Encuentran un propósito que unifica sus esfuerzos y retos, las personas necesitan marcarse metas, definir ciertos objetivos que den sentido a la vida (Ryff, 1995). Crecimiento personal: Mantienen una dinámica de aprendizaje y de desarrollo continuo, maximizando sus capacidades y potenciales, incidiendo en la sensación de percibir que evolucionan y progresan de forma continua (Ryff, 1995).

El bienestar psicológico complementa, desde la perspectiva eudaimónica, el concepto amplio del bienestar. El bienestar psicológico trasciende los estados afectivos y las valoraciones a partir de la satisfacción vital, y propone que el bienestar se encuentra en aspectos que buscan y facilitan la realización de las personas y su desarrollo óptimo (Ryff, 1995).

Estas dos tradiciones que generan diversos aportes al concepto de bienestar, se consideran antítesis, sin embargo Seligman (2003) menciona que ambos se

consideran diferentes vías hacia la felicidad.

La tradición eudaimónica tiene su foco de interés en el contenido de la propia vida y en los procesos implicados en vivir bien, por su parte la tradición hedónica se interesa en un resultado específico, tener la mayor presencia de afecto positivo lo que conduciría a generar una ausencia de afecto negativo y a obtener una sensación global de satisfacción con la propia vida (Vázquez, Hervás, Rahona & Gómez, 2009).

Reflejando un interesante camino hacia la psicología positiva la cual genera un campo fértil para el trabajo de la salud mental, permitiendo entender un concepto de salud de manera integral. La psicología positiva abrió el campo dando impulso al estudio de lo positivo, que anteriormente era muy escaso, la prueba más fehaciente de este hecho se encuentra en la poca presencia de modelos sobre el bienestar humano (Vázquez & Hervás, 2008).

El concepto de salud mental establece relación significativa con la psicología positiva cuyo objetivo es el estudio de la satisfacción vital, el bienestar psicológico, el bienestar subjetivo y otras variables positivas, así como el desarrollo de recursos para su promoción (Seligman, 2008).

La psicología positiva propone un modelo salutogénico encaminado a la promoción y el desarrollo personal, complementario al modelo tradicional patogénico (Fredrickson, 2001). Con un objetivo específico orientado a fortalecer y promocionar en cada ser humano la salud y la adaptación de manera positiva no prestando exclusivamente atención en el tratamiento de los síntomas que caracterizan los desórdenes psicológicos (Fredrickson, 2000). La psicología positiva va encaminada a generar mayor interés en las fortalezas, la salud y los potenciales, y no solo en las debilidades, la psicopatología y los déficits (García, 2014).

## Capítulo 2. Regulación emocional

### 2.1. Concepto de emoción

La psicología de la emoción es un área dentro de la psicología en la que existen múltiples modelos teóricos, sin embargo es quizás en la que existe un conocimiento menos preciso. Esto posiblemente se deba a las propiedades que caracterizan el objeto de estudio, de un campo difícil de investigar, en el que los estudios sistemáticos son recientes (Chóliz, 2005a).

Gran parte de la población utiliza la palabra sentimiento haciendo referencia a la emoción y viceversa. De igual forma se designa a la emoción en relación a diversos estados afectivos, debido al uso cotidiano que se atribuye a estos términos, aunado a la inexistencia de una definición estructurada del término emoción (Gómez, 2012).

Los seres humanos se encuentran inmersos en un ambiente cargado de estímulos, los cuales generan un grado de impacto positivo y negativo en la vida personal, a lo cual se responde de la mejor forma posible para asegurar su supervivencia y adaptarse a su entorno. Para lograr este propósito el ser humano aprende a discriminar las situaciones importantes de los que no son importantes, evaluando las situaciones teniendo como base la familiaridad o relevancia, si éstas resultan sobresalientes, entonces generan en el individuo una emoción (Gross & Thompson, 2007).

Estas experiencias se acompañan de una serie de componentes biológicos, psicológicos y fisiológicos que generan cambios que impulsan a actuar de determinada manera (dependiendo de la valoración que se realiza del estímulo ya sea positivo o negativo y de la emoción generadora por él) generando repercusiones directamente en la situación desencadenante, teniendo efecto en su medio ambiente y en su propio estado (Ben-Ze'ev, 2000).

Existen múltiples definiciones de lo que es una emoción

La palabra emoción proviene del latín “movere” (que significa moverse) con el

prefijo “e” que llega a tener el significado de moverse hacia afuera, sacar, alejarse. Lo que sugiere que ante la presencia de una emoción, está la tendencia a actuar y a la acción (Goleman, 2007 en Garzón, 2014; Goleman, 1996; Ostrosky & Vélez, 2013; Reséndiz, 2015).

La emoción es una respuesta psicofisiológica ante situaciones específicas que tienen un grado de relevancia, que podrían definirse en cierta medida como una experiencia agradable o desagradable, que le ocurren a las personas desde un punto de vista adaptativo, por ejemplo, aquellas que implican un grado de amenaza, peligro, daño, pérdida, éxito, novedad, etc. Estas reacciones poseen caracteres universales, independientes de la cultura e innatas, aunque se debe tomar en cuenta la influencia que los factores de aprendizaje ejercen sobre su expresión, produciendo cambios en la experiencia afectiva (Cognitivo-subjetivo), en la activación fisiológica (Fisiológica-adaptativa) y en la conducta expresiva (Conductual-expresiva) (Chóliz, 2005a; Ostrosky & Vélez, 2013; Piqueras, Ramos, Martínez & Oblitas, 2009).

Por emoción se entiende, una experiencia multidimensional que está compuesta por tres sistemas de respuesta: cognitivo/subjetivo, conductual/expresivo y fisiológico/adaptativo. Para entender la emoción resulta conveniente prestar atención a las manifestaciones de estas tres dimensiones, cada una de ellas adquiere relevancia en emociones específicas de la persona en particular frente a situaciones determinadas (Chóliz, 2005a).

Bisquerra (2003) menciona que la emoción se trata de un complejo estado del organismo que se caracteriza por una excitación o perturbación que actúa como una respuesta predispuesta organizada. Entonces la emoción se presenta como una respuesta que se genera ante los acontecimientos internos y externos de las personas.

Las emociones son reacciones rápidas (desaparecen en cuestión de segundos) impulsivas, innatas e intuitivas, son de carácter universal, independientes de la cultura, que la persona experimenta sin darse cuenta (Ekman, 1992 en Reyes & Tena, 2016; Piqueras, Ramos, Martínez & Oblitas, 2009; Reséndiz, 2015).

Las emociones se componen o son precipitadas por un elemento interno o externo psicológicamente relevante, donde se genera una valoración congruente de las metas u objetivos individuales (Reyes & Tena, 2016).

Se conciben como reacciones a la información (conocimiento) que se obtiene de la interacción con el entorno. La intensidad está en función de la evaluación subjetiva que se lleva a cabo referente a la información recibida con el objetivo de evaluar si el bienestar individual se ve afectado. Los conocimientos previos, creencias, objetivos personales, percepción de ambiente proactivo son algunos elementos que interfieren en la evaluación subjetiva. Una emoción se forma de la importancia que tiene para cada persona, de esta manera si la emoción es muy intensa puede producir disfunciones intelectuales o trastornos emocionales (fobias, estrés, depresión, etc.) (Ortiz, 2014).

Las personas realizan una valoración y significado consciente o inconscientemente del evento relevante, respecto a los objetivos o metas individuales importantes. La emoción pasa al plano positivo si se genera un avance o valoración de congruencia en torno a los objetivos personales y es negativa si esta supone un retraso, incompatibilidad u obstáculo para alcanzar dichas metas. Estas metas que el individuo genera tienen su sustento en los valores personales, rasgos de personalidad, normas subjetivas, normas sociales establecidas, etapas en el desarrollo vital, estados situaciones (Reyes & Tena, 2016).

De igual forma un componente significativo de la emoción es el elemento fisiológico, que se acompaña de reacciones involuntarias o voluntarias, autónomas por ejemplo una sonrisa, dilatación pupilar, expresiones faciales y verbales específicas, aunado a las expresiones de comportamiento causadas por una motivación por ejemplo golpear, evitar o desear escapar de la situación aversiva y a una respuesta fisiológica comprendida por cambios autonómicos y neuroendocrinos que sustentan un cambio metabólico y motor (Reséndiz, 2015; Reyes & Tena, 2016).

Lázarus (1992 en Ramírez, 2015) destaca que el proceso fisiológico de las

emociones presenta un proceso llamado valoración que se divide en dos momentos, el primero es la valoración primaria, donde la persona analiza el grado de relevancia que tiene un suceso para alcanzar sus metas ya sean positivas o negativas, el segundo proceso es la valoración secundaria, haciendo referencia a los recursos individuales que posee cada individuo para hacer frente a las situaciones, aquí es donde la persona se pregunta ¿Estoy en condiciones de hacer enfrenar a esa situación? De esta forma gran parte del proceso que lleva a cabo el cerebro cuando se produce una emoción es automático e independiente del acontecimiento consciente que se puede deber a una reacción emocional innata o a una reacción emocional en la que interfiere la voluntad.

Las emociones llevan a cabo un rol decisivo en la memoria. Los recuerdos que vivimos en nuestro día a día los que la persona considera buenos o relevantes son recordados mientras que los que se consideran malos resultan ser olvidado. Por lo tanto la evolución del ser humano ha sido plena, teniendo la capacidad de colocar cada fragmento en el lugar adecuado. El impacto que las emociones tienen sobre la vida del ser humano, resulta ser excepcional, debido a que le permite sobrevivir, estar en alerta, interactuar consigo y el medio que le rodea (De la Cruz, 2015).

La complejidad de las emociones proviene de la diferencia existente en el valor que se atribuye a los acontecimientos de manera individual y diferente, esto ocurre debido a los diferentes esquemas emocionales que posee cada persona que es un resumen estructurado y organizado de las experiencias emocionales. Por lo tanto para lograr entender las emociones y las reacciones individuales de los sentimientos, se debe considerar la dotación biológica, las experiencias vividas y los conocimientos aprendidos (Perez, 2014).

Se observa que existe una diversidad de definiciones de la palabra emoción, la mayoría de ellas proyecta la percepción de cada autor con relación a su investigación, sin embargo existen elementos que comparten, por ejemplo el identificar a las emociones como fenómenos complejos multifactoriales que incluyen: una evaluación cognitiva de la situación, diversos cambios a nivel fisiológico, una serie de expresiones visible o manifiestas, cargadas de un



componente motivacional que refleja una intención o tendencia a actuar y un estado subjetivo de experiencia o sentimiento (Moltó, 1995).

## **2.2. Funciones de la emociones**

Todas las emociones poseen una función que les otorga una utilidad, permitiendo que el individuo realice eficazmente ciertas reacciones conductuales apropiadas, incluyendo aspectos biológicos que proporcionan la supervivencia o salvaguarda de la integridad física, resulta importante esclarecer que las emociones desagradables tiene una función importante en la adaptación social y el ajuste personal (Piqueras, Ramos, Martínez, & Oblitas, 2009). A continuación se indican algunas funciones de las emociones.

### **Función adaptativa**

Para Charles Darwin (1872 en León, 2014) las emociones cumplen con la función de ser señales que comunican o transmiten intenciones, con el objetivo de aumentar las posibilidades de sobrevivir en el proceso de adaptación que el individuo lleva a cabo en su medio ambiente.

Mientras que para otros investigadores la emoción desempeña una función importante, la cual consiste en preparar al organismo para ejecutar una conducta exigida por las condiciones ambientales eficazmente (asociadas a conductas de defensa o agresivas, que conducen a la supervivencia y adaptación), para lograr esto la persona moviliza la energía necesaria, dirigiendo conductas específicas que lo acercan o alejan de un determinado objetivo (Chóliz, 2005a; Ostrosky & Vélez, 2013; Piqueras, Ramos, Martínez, & Oblitas, 2009).

Plutchik (1980 en Chóliz, 2005a) resalta ocho funciones principales de las emociones identificando cada una de ellas con determinadas reacciones adaptativas las cuales se observan en la figura 2:



Figura 2: Funciones de las emociones. Adaptado de Chóliz, 2005a.

### Función social

Las emociones como uno de sus principales objetivos, facilitan la aparición de conductas apropiadas antes los demás. Es por ello que la expresión de las emociones permite a los demás predecir el comportamiento asociado con ellas, lo cual conlleva un importante valor en los proceso de relación interpersonal y comunicación social (Chóliz, 2005a; Piqueras, Ramos, Martínez, & Oblitas, 2009).

Izard (1989 en Piqueras, Ramos, Martínez, & Oblitas, 2009) resalta diversas funciones sociales de las emociones, como la de facilitar la interacción social, controlar la conducta de los demás, permitir la comunicación de los estados afectivos o promover la conducta prosocial. Esto queda de manifiesto por ejemplo con la felicidad la cual favorece los vínculos sociales y las relaciones interpersonales, por el contrario la ira puede producir respuestas de evitación o confrontación. Las emociones tienen un doble papel en la función comunicativa. En primer lugar la expresión de las emociones podría considerarse una serie de estímulos discriminativos que indican o dan pauta a la realización de determinadas conductas por parte de los demás. Es por ello que la expresión de las emociones

resulta benéfico y saludable, porque en cierta medida reduce el trabajo fisiológico que resulta de la inhibición, también favorece la creación de una red de apoyo social para la persona afectada. En segundo lugar la represión de las emociones tiene una función social, por el hecho de que es socialmente necesaria la inhibición de determinadas reacciones emocionales que generen o lleguen a alterar las relaciones sociales y por ello afectar la propia estructura y funcionamiento de los grupos o cualquier sistema de organización social.

### Función motivacional

Las emociones permiten mover recursos, acompañadas de respuestas fisiológicas que incrementan la activación, cumplen con una función social-motivadora, como se describió anteriormente las emociones se desenvuelven en un contexto social, impulsadas por acontecimientos y estímulos ambientales que provocan una actividad relacional, por ejemplo el miedo lleva a buscar protección y la tristeza a buscar ayuda. Por lo tanto la emoción es motivacional ya que influye al establecimiento de metas y objetivos (Pérez, 2009).

La relación existente entre emoción y motivación es íntima, debido a que se trata de una experiencia que se encuentra presente en cualquier tipo de actividad que contenga las dos principales características de la conducta motivada, a saber, dirección e intensidad. La emoción “energiza” la conducta motivada, es por ello que una conducta cargada emocionalmente se lleva a cabo de una forma más vigorosa. La emoción cumple con la función adaptativa de facilitar la ejecución eficaz de la conducta necesaria exigida en cada situación, por ejemplo de esta forma la cólera facilita las reacciones defensivas, la alegría genera la atracción interpersonal, la sorpresa mejora la atención ante estímulos novedosos, etc. Aunado a esto la emoción dirige la conducta, facilitando el acercamiento o evitación del objetivo de la conducta motivada en función de las características de agrado/desagrado de la emoción (Chóliz, 2005a; Reeve, 1994).

Esta relación no se limita al simple hecho de que en toda conducta motivada se producen reacciones emocionales, sino al hecho de que una emoción puede determinar la aparición de la propia conducta motivada, conducirla a determinado

objetivo y ejecutar la acción con intensidad. En resumen se puede inquirir que toda conducta motivada produce una reacción emocional y a su vez la emoción posibilita la aparición de conductas motivadas o conductas no motivadas (Chóliz, 2005a; Leon, 2014).

Se observa que las emociones cumplen con múltiples funciones, las cuales aportan diversos factores al individuo, cabe destacar que estas funciones ayudan y contribuyen a realizar diversas clasificaciones de éstas. Con relación a los objetivos planteados para esta investigación el foco de interés radica en las emociones básicas debido al consenso que se ha realizado alrededor de ellas.

### **2.3. Emociones básicas**

Existen múltiples divisiones de las emociones.

Las emociones primarias son mecanismos de supervivencia automáticos y pre-organizados, las cuales están formadas por un equipamiento estándar desde el nacimiento, con una importante función en la regulación de los procesos biológicos básicos. Estos mecanismos ayudan al organismo a clasificar situaciones adecuadas o inadecuadas, en función del impacto que genere en la supervivencia, mientras que, fisiológicamente estas emociones dependen de circuitos del sistema límbico (Barrón & Bazán, 2004).

Las emociones secundarias al igual que las primarias son mecanismos de supervivencia, que motivan a la acción, se desarrollan en la vida adulta y su existencia depende del aprendizaje, conduciendo a que las personas sean más sensibles a la significación de la diversidad de señales al igual que a su interpretación en concordancia con su bienestar. Estas emociones tienen una gran relación con la cultura y la educación, debido a que se desarrollan un conjunto de estrategias que integran y producen una óptima calidad y funcionalidad de los mecanismos automáticos (Barrón & Bazán, 2004).

De este modo, las emociones secundarias se originan como consecuencia de las emociones primarias, por ejemplo si se experimenta una emoción primaria como el miedo, se obtendría como respuesta a la misma una emoción secundaria, la cual

podría ser, rabia o sentirse amenazado. Así, las emociones depende de la situación a la que se enfrenta el individuo (Ortiz, 2014). Algunos ejemplos de emociones secundarias se observan en la tabla 1.

Tabla 1

*Emociones secundarias*

Vergüenza	Frustración	Decepción
Lástima	Nostalgia	Inseguridad
Euforia	Culpa	Tensión
Cariño	Inseguridad	Empatía
Melancolía	Enfado	Amabilidad
Rabia	Indignación	Satisfacción
Celos	Preocupación	Optimismo
Esperanza	Entusiasmo	Admiración
Asertividad	Tenacidad	Gratitud
Remordimiento	Abatimiento	Tranquilidad

Nota: Adaptada de Ortiz, 2014.

Tomkins (1964 en Ortiz, 2014) agrupa las emociones en dos dimensiones: positivas (interés, sorpresa, alegría) y negativas (miedo, angustia, ira, vergüenza, asco) todas ellas representando patrones de respuesta innatos que se activan ante la presencia de ciertos estímulos, adoptando como principal manifestación a la expresión facial.

Por su parte Seligman (2003) menciona que las emociones positivas se pueden centrar en el pasado, presente y futuro. Las emociones que se identifican respecto al futuro son el optimismo, la esperanza, la fe y la confianza, las que tienen relación con el presente son la alegría, el éxtasis, la tranquilidad, el entusiasmo, la euforia, el placer y la más importante la fluidez; emociones que de manera informal hacen referencia al término felicidad. Las emociones positivas sobre el pasado incluyen la satisfacción, la complacencia, la realización personal, el orgullo

y la serenidad.

Fredrickson en 1998 (en Seligman, 2003) afirma que las emociones positivas tienen un objetivo primordial en la evolución de las personas, debido a que amplían los recursos intelectuales, físicos y sociales, haciendo a las personas más perdurables, acrecientan los recursos y reservas a los que el ser humano recurre cuando se enfrente a una amenaza u oportunidad. Cuando las personas se encuentran envueltas en una emoción positiva se visualiza una mejora en ella, creando fuertes lazos de amistad y de relaciones amorosas, las coaliciones tienen un grado mayor de prosperar.

Seligman (2003) explora la existencia de una relación negativa moderada entre emociones positivas y negativas. Lo cual significa que si existe una gran cantidad de emotividad negativa en la vida de las personas, quizá esta posea una menor emotividad positiva que la media, pero eso no quiere decir que las personas sean condenadas a una vida sin alegrías, del mismo modo si en el transcurso de la vida hay considerables emociones positivas, eso sólo protege de forma moderada los pesares de la vida.

Las emociones positivas como el interés, el gusto y la alegría presentan un grado de frecuencia que facilita la exploración y el aprendizaje, así como el comportamiento de afiliación y apego. Las emociones negativas como lo son la tristeza, el enojo y el miedo, presentan corta duración jugando un papel importante en la relación individuo-ambiente, por ejemplo cuando las situaciones exigen determinadas demandas como respuesta inmediata y rápida, facilitando el alejamiento de las eventos aversivos (Gómez, 2012).

Resulta importante destacar que la distinción realizada de las emociones positivas y negativas, no significa una distinción total de que resulten buenas o malas. En realidad todas tienen una función adaptativa. La valoración que se realiza en términos de bueno/malo en relación a las emociones puede producir y/o generar prejuicios que conduzcan a actitudes de negación y exclusión de determinadas emociones. La clasificación llevada a cabo en relación a las emociones positivas o negativas se hace debido al impacto de bienestar o malestar que causa en las

personas. La maldad se atribuye solo al comportamiento subsecuente a la emoción, pero no a la emoción en sí (Perez, 2014).

Goleman (1996) identifica una distinción en la impronta biológica característica de cada emoción, la cual desempeña un papel único en el repertorio emocional. El desarrollo de nuevos métodos que profundizan el estudio del cuerpo y el cerebro confirman con mayor precisión la forma en que cada emoción predispone al cuerpo a un tipo diferente de respuesta, por ejemplo:

El enojo incrementa el flujo sanguíneo en la manos, permitiendo el acceso a empuñar un arma o golpear a un enemigo, aumentando de igual forma el ritmo cardíaco y la tasa de hormonas tales como la adrenalina, generando una cantidad necesaria para llevar a cabo acciones vigorosas.

En el caso del miedo, la sangre se retira del rostro (explicando la palidez y la sensación de “quedarse frío”) e influye en la musculatura esquelética larga, por ejemplo en las piernas, lo que favorece la huida del estímulo desagradable, al mismo tiempo, el cuerpo parece paralizarse.

La felicidad genera cambios biológicos importantes que se caracterizan por el aumento de la actividad de un centro cerebral encargado de inhibir los sentimientos negativos y de estabilizar los estados de preocupación, aumentando la capacidad de energía disponible en el cuerpo. Para ello la felicidad no genera un cambio significativo a nivel fisiológico, solo tal vez el de generar una sensación de tranquilidad conduciendo al cuerpo a una recuperación más rápida de la excitación biológica provocada por las emociones perturbadoras. Proporcionando estados de reposo en el cuerpo aunado a un entusiasmo y disponibilidad para afrontar cualquier situación que se esté desarrollando.

El amor está relacionado con los sentimientos de ternura y satisfacción sexual los cuales activan el sistema nervioso parasimpático (el opuesto a la respuesta fisiológica de lucha-huida producido por el miedo y la ira). La respuesta parasimpática está relacionada a la respuesta de relajación, englobando diversos componentes y reacciones que generan en el cuerpo un estadio de calma y

satisfacción favoreciendo la convivencia.

La sorpresa produce un arqueo en las cejas aumentando el campo visual permitiendo que penetre más luz en la retina, brindando mayor información sobre la situación inesperada lo que facilita la exploración y descubrimiento lo que está ocurriendo realmente para elaborar un plan de acción óptimo y adecuado a las demandas del exterior.

Las manifestaciones expresadas por la emoción de desagrado se identifican como universales, transmitiendo el mensaje de repulsión literal o metafórica para el gusto o el olfato. Estas expresiones se caracterizan por un ladeo del labio superior y fruncimiento ligero de la nariz respondiendo a un intento esencial de cerrar las fosas nasales evitando un olor nauseabundo o para expulsar un alimento tóxico.

La tristeza por su parte proporciona ayuda con el objetivo de asimilar una pérdida irreparable. Provocando la disminución de la energía y del entusiasmo por actividades vitales, por ejemplo las diversiones y el placer, esta situación de introspección brinda la oportunidad de llorar una pérdida o una esperanza frustrada, valorando las consecuencias y elaborando los planes para un nuevo comienzo.

El autor menciona que estas predisposiciones biológicas que conducen a la acción son moldeadas posteriormente por las experiencias vitales y por el medio cultural en el que se desarrolla la persona.

Al mismo tiempo Goleman (1996) realiza una propuesta de división de las emociones colocándolas en un lugar primordial identificando algunos miembros de las respectivas familias que la conforman, debido al desacuerdo que existe en los investigadores con respecto a cuáles son las emociones que se consideran primarias y cuáles derivan de todas las demás, esta clasificación se puede observar en la figura 3.





Figura 3: Familias de emociones. Adaptada de Goleman, 1996.

Resulta razonable y obvio que esta lista no resuelve el problema que conlleva el categorizar las emociones, pues existen diversas variantes que no encajan en esta clasificación, la idea de la existencia de emociones universales surge de las investigaciones de Paul Ekman que identifica expresiones faciales concretas que son reconocidas por personas de diversas culturas procedentes de varias partes del mundo (Goleman, 1996).

El miedo, la ira, la tristeza, la alegría, la sorpresa y el asco representan las emociones básicas debido a que existe un mayor consenso alrededor de su definición conceptual, son de fácil percepción, constituyendo patrones individuales de conducta expresiva asociada cada una a un patrón específico de activación fisiológica y una experiencia cognitiva subjetiva o sentimiento específico con un substrato neuro-anatómico específico, constituyen principalmente un proceso de adaptación, etc. (Arriaga & Bautista, 2016; Ortiz, 2014; Piqueras, Ramos, Martínez & Oblitas, 2009). Las emociones básicas que se utilizaron para el propósito de esta investigación tiene su sustento en las mencionadas anteriormente debido a que se caracterizan por una expresión facial característica y universal aunada a una disposición típico de afrontamiento (Perez, 2014). A continuación se describen cada una de estas emociones:

Las emociones negativas (miedo, ira y tristeza) han encabezado las investigaciones del siglo XX debido a los efectos en el organismo, esta tendencia continúa a pesar de los esfuerzos de la psicología positiva por brindar atención a otras emociones.

**Miedo:** es la emoción que ha generado una gran cantidad de investigaciones, desarrollando un arsenal de técnicas de intervención en la mayoría de las teorías psicológicas, generando de igual forma un mayor interés de los investigadores y teóricos, debido a que presta mayor atención a la principal finalidad de todo ser humano “la supervivencia” (Pérez, 2009; Piqueras, Ramos, Martínez & Oblitas, 2009).

En general el miedo ocurre cuando existe un estímulo, evento o situación, que después de la valoración (consciente o inconsciente) realizada por el individuo, se identifica una amenaza física, psíquica o social al organismo o en relación a las metas que genera el individuo (Chávez & Chávez, 2016; Piqueras, Ramos, Martínez & Oblitas, 2009). Los trastornos de ansiedad son considerados la expresión patológica del miedo, relacionados con una respuesta de ansiedad desproporcionada e irracional ante un peligro inexistente. La distinción entre miedo

Tabla 2

*Características del miedo*

Expresión conductual	Experiencia subjetiva	Función	Procesos cognitivos implicados	Actividad fisiológica	Instigadores
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Confrontación (acciones dirigidas hacia la acción como el contraataque, la reacción agresiva, por ejemplo la ira); distanciamiento (evitación o escape); autocontrol; búsqueda de apoyo social, etc.</li> <li>- Objetivo de las conductas: mitigar o aliviar el malestar físico psicológico generado (evitación, escape) que pueden derivar en conductas no saludables, por ejemplo beber, fumar, llevar una mala dieta, etc.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Debido a que se trata de una de las emociones más intensas y desagradables. Genera aprensión, desasosiego y malestar.</li> <li>- Preocupación, recelo por la propia seguridad o por la salud.</li> <li>- Sensación de pérdida de control.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Facilitación de las respuestas de evitación o evitación de la situación peligrosa. El miedo es la reacción emocional más relevante en los procedimientos de reforzamiento negativo.</li> <li>- El organismo reacciona rápidamente ante el estímulo temido debido a la atención casi exclusiva que se genera.</li> <li>- Moviliza gran cantidad de energía para ejecutar las respuestas con mayor intensidad que en condiciones normales. Si la reacción es excesiva, la eficacia disminuye, de acuerdo con la relación entre activación y rendimiento.</li> </ul>	<p>Valoración primaria de amenaza y una valoración secundaria de ausencia de estrategias de afrontamiento adecuadas.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Reducción de la eficacia de los procesos cognitivos</li> <li>Ocasionando una focalización de la percepción en el estímulo temido.</li> <li>- Pensamientos negativos automáticos y creencias irracionales, antes y durante la situación, interpretándola como peligrosa o existiendo una valoración de la propia capacidad de afrontamiento.</li> <li>- Preocupación, anticipación, hipervigilancia, temor, inseguridad, sensación de pérdida de control y la percepción de fuertes cambios fisiológicos, etc.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sistema nervioso autónomo (división simpática adrenal: activación rápida al identificar cualquier amenaza de un modo automático e involuntario.</li> <li>Elevación de la frecuencia cardiaca (taquicardia) y de la presión arterial, dilatación de los bronquios, aumento de la tensión muscular, incremento de la conducta y de las fluctuaciones de ésta.</li> <li>- Sistema neuroendocrino (hipotálamo-hipofísio-suprarrenal): activación más lenta, de efectos más duraderos que en el sistema nervioso autónomo, el cual requiere una exposición más prolongada a la amenaza.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Situaciones potencialmente peligrosas o estímulos condicionados (EC) los cuales generan respuestas condicionadas de miedo. Los EC a una reacción de miedo pueden ser variados y carece objetivamente de peligro.</li> <li>- Situaciones novedosas y misteriosas en particular en los niños.</li> <li>- Procesos de valoración secundaria que interpretan una situación como peligrosa.</li> <li>- Dolor y anticipación del dolor.</li> <li>- Pérdida de sustento, en general un cambio repentino de estimulación.</li> </ul>

Nota: Adaptado de Piqueras, Ramos, Martínez & Oblitas, 2009; Chóliz, 2005a.

y fobia se especifica en que la primera se produce ante un peligro real y la reacción es proporcionada a éste, mientras que la fobia la reacción de ansiedad es intensa, desproporcionada o innecesaria debido a la peligrosidad que representa el estímulo (Piqueras, Ramos, Martínez & Oblitas, 2009) como se observa en la tabla 2.

**Tristeza:** Es considerada tradicionalmente como una emoción desagradable y displacentera, aunque no siempre se debe considerar negativa. Existe alrededor de esta emoción una gran variabilidad cultural, inclusive algunas culturas no poseen palabras para definirla (Chóliz, 2005a; Piqueras, Ramos, Martínez & Oblitas, 2009).

Al definir la tristeza más que enfocarse en el estímulo propio del origen, resulta productivo considerar el proceso de valoración que origina la emoción, de esta forma el proceso de valoración se encuentra relacionada con el fracaso o pérdida de una meta valiosa actual o posible, asociada en particular con una persona u objeto. También se experimenta ante la pérdida de una persona próxima, la pérdida no puede ser irreversible o permanente (Chávez & Chávez, 2016; Pérez, 2009).

Sin embargo, la tristeza al igual que las demás emociones descritas, tiene una función filogenética adaptativa para generar el interés, la atención y el cuidado de los demás, formar un canal de comunicación ante situaciones de pérdida o separación o ser un modo de conservar energía para enfrentar procesos externos de adaptación (Whybrow, Akiskal & McKinney, 1984 en Piqueras, Ramos, Martínez & Oblitas, 2009). La tristeza puede experimentarse aun cuando la pérdida es sufrida por alguien próximo a la persona que la experimenta. La estructura temporal de la emoción se puede identificar en el pasado, presente y futuro. Al ser considerada una de las emociones que desempeña mayor reflexión permite que la persona realice una introspección y un análisis personal en torno a la situación futura y en general de su vida (Palmero, Fernández, Martínez & Chóliz, 2002).

Tabla 3

*Características de la tristeza*

Expresión conductual	Experiencia subjetiva	Función	Procesos cognitivos implicados	Actividad fisiológica	Instigadores
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reducción generalizada en la frecuencia de las conductas y pérdida de reforzadores positivos contingentes a la conducta.</li> <li>- Pérdida en la efectividad de tales reforzadores (o la incapacidad de hacer frente a una situación, indefensión aprendida).</li> <li>- Pérdidas/incapacidades debidas a factores ambientales (rupturas de pareja) o intrapersonales (déficit de habilidades sociales).</li> <li>- Evidencia sobre antecedentes de sucesión de eventos vitales estresantes o una historia previa de adversidades y estrés psicosocial.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Desánimo, melancolía, desaliento; pérdida de energía</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cohesión con otras personas, especialmente con aquellas que se encuentran en situaciones similares.</li> <li>- Disminución en el ritmo de actividades.</li> <li>- Valoración de otros aspectos de la vida a los que antes no se les prestaba atención.</li> <li>- Comunicación a los demás de no encontrarse bien; ello puede generar ayuda de otras personas, así como apaciguamiento de reacciones de agresión por parte de los demás, empatía o comportamientos altruistas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Valoración de pérdida o daño que no puede ser reparado.</li> <li>- Focalización de la atención en las consecuencias a nivel interno de la situación.</li> <li>- Proceso cognitivo característico de la depresión (triada cognitiva, esquemas depresivos y errores en el procesamiento de la información, teoría de Beck.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sistema nervioso central: disfunción de la neurotransmisión (descompensación de las monoaminas neurotransmisoras noradrenalina y serotonina y posiblemente también la acetilcolina y de las endorfinas).</li> <li>- Sistema neuroendocrino (hipotálamo-hipofisio-suprarrenal): actividad fisiológica elevada y sostenida con ligero aumento en la frecuencia cardiaca, presión sanguínea y resistencia eléctrica de la piel (perfil bioquímico similar al de situaciones de estrés: activación eje hipotalámico-hipofisiario-corticosuprarrenal; perturbación de los ritmos circadianos de cortisol, etc.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Separación física o psicológica, pérdida o fracaso; decepción, especialmente si se han desvanecido esperanzas puestas en algo; situaciones de indefensión, ausencia de predicción y control; ausencia de actividades reforzadas y conductas adaptativas; dolor crónico.</li> <li>- La tristeza aparece después de una experiencia que genera miedo debido a que la tristeza constituye el proceso oponente del pánico y actividad frenética.</li> </ul>

Nota: Adaptada de Piqueras, Ramos, Martínez & Oblitas, 2009; Chóliz, 2005a.

La experiencia de estado de ánimo triste depende de la evaluación cognitiva que se realiza de las demandas situacionales y de los recursos que posee el sujeto para afrontar la situación, tomando en cuenta la relación existente entre emociones negativas y la respuesta de estrés, esta sería negativa y con frecuencia predominará cuando el estresor se cronifica (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1983 en Piqueras, Ramos, Martínez & Oblitas, 2009) (ver tabla 3).

**Ira:** La mayoría de los teóricos de las emociones consideran la ira como una emoción negativa. La ira puede interpretarse atendiendo a tres tipos de definiciones de la valencia emocional, es decir las emociones en base a estos puntos se pueden identificar como positivas o negativas: 1) las condiciones que evocan la emoción, 2) las consecuencias adaptativas de la emoción y 3) la experiencia subjetiva de la emoción. Tomando como base estos puntos, en primer lugar la ira se concibe como negativa, ya que las condiciones evocadoras de la emoción suelen ser acontecimientos aversivos. En segundo lugar se puede ubicar a la ira como positiva o negativa teniendo como marco de referencia las consecuencias adaptativas adoptadas ante una situación determinada, evaluando los resultados de esta. Por último, se debe considerar la sensación subjetiva o evaluación emocional que lleva a cabo el sujeto de sentir placer/gusto o displacer/aversión tras la experiencia de ira, para catalogarla como positiva o negativa (Lazarus 1991 en Piqueras, Ramos, Martínez & Oblitas, 2009; Pérez, 2009).

Dentro del complejo AHÍ (Agresividad-Hostilidad-Ira) la ira forma parte de componente emocional, la hostilidad el componente cognitivo y el componente conductual se vincula a la agresividad. Este complejo está en estrecha relación con los trastornos psicofisiológicos, en particular con las alteraciones cardiovasculares (Fernández-Abascal & Martín, 1994 en Chóliz, 2005a) (ver tabla 4).

Tabla 4

*Características de la ira*

Expresión conductual	Experiencia subjetiva	Función	Procesos cognitivos implicados	Actividad fisiológica	Instigadores
<p>- De manera general una aproximación al estímulo, objeto o situación.</p> <p>- Tres estilos de expresión de la ira:</p> <p>Supresión de la ira (anger-in): Afrontamiento de la situación reprimiendo la expresión verbal o física, aunque persista una activación alta.</p> <p>Expresión de la ira (anger-out): Afrontamiento de la situación manifestando conductas airadas verbal o físicamente hacia otras personas u objetos, aunque sin intención de producir daño.</p> <p>Control de la ira (anger-control): Afrontamiento de la situación canalizando la energía emocional y proyectándola hacia fines constructivos, tales como maximizar la posible resolución positiva del conflicto.</p>	<p>- Sensación de energía e impulsividad, necesidad de actuar de forma intensa e inmediata (física o verbalmente) para solucionar de forma activa la situación problemática</p> <p>- Se experimenta como una experiencia aversiva, desagradable e intensa.</p> <p>Relacionada con impaciencia.</p>	<p>- Movilización de energía para las reacciones de autodefensa o de ataque.</p> <p>- Eliminación de los obstáculos que impiden la consecución de los objetivos deseados y generan frustración. Si bien la ira no siempre termina en agresión, al menos sirve para inhibir las reacciones indeseables de otros sujetos e incluso evitar una situación de confrontación.</p>	<p>- Focalización de la atención en los obstáculos externos que impiden la consecución del objetivo o son responsables de la frustración.</p> <p>- Obnubilación, incapacidad o dificultad para la ejecución eficaz de procesos cognitivos.</p>	<p>- Elevada actividad neuronal y muscular.</p> <p>- Reactividad cardiovascular intensa (elevación en los índices de frecuencia cardiaca, presión sistólica y diastólica).</p>	<p>- Estimulación aversiva sensorial o cognitiva.</p> <p>- Condiciones generadoras de frustración, interrupción de una conducta motivada, situaciones injustas o atentados contra valores morales.</p> <p>- Extinción de la operante, especialmente en programas de reforzamiento continuo</p> <p>- Inmovilidad, restricción física o psicológica.</p>

Nota: Adaptada de Piqueras, Ramos, Martínez & Oblitas, 2009; Chóliz, 2005a.

**Asco:** aversión o repugnancia, es considerada una emoción básica por el sustrato neuronal innato, con una expresión universal innata, un único estado motivacional-afectivo y un patrón de respuesta asociado que perdura a lo largo de diferentes especies y culturas. Es una de las reacciones emocionales en donde las sensaciones fisiológicas son más patentes, la mayoría de las reacciones de asco se generan por condicionamiento interoceptivo, guardando estrecha relación con trastornos del comportamiento, tales como la anorexia y la bulimia, sin embargo también puede formar parte de los tratamientos basados en condicionamiento aversivo (Chóliz, 2005a; Palmero, Fernández, Martínez & Chóliz, 2002).

Esta emocional considerada con una intensidad alta de desagrado, constituye patrones de adaptación, sociales y motivacionales importantes, debido a que prepara al organismo para ejecutar rechazos eficazmente a las condiciones externas potencialmente dañinas (Palmero, Fernández, Martínez & Chóliz, 2002) (ver tabla 5).



Tabla 5

*Características del asco*

Expresión conductual	Experiencia subjetiva	Función	Procesos cognitivos	Actividad fisiológica	Instigadores
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Expresión facial: retracción del labio superior de la boca y arrugamiento de la nariz.</li> <li>- Distanciamiento del objeto, evento o situación.</li> <li>- Rechazo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Necesidad de evitación o alejamiento del estímulo. Si el estímulo es oloroso o gustativo aparecen sensaciones gastrointestinales desagradables, tales como náuseas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A pesar de que algunos autores restringen el asco a estímulos relacionado con alimentos en mal estado o potencialmente peligrosos para la salud, lo cierto es que esta reacción emocional también se produce ante cualquier otro tipo de estimulación que no tenga por qué estar relacionada con problemas gastrointestinales, incluso puede producirse reacción de asco ante nutritivos y en buen estado.</li> <li>- Potenciar hábitos saludables, higiénicos y adaptativos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Experiencia subjetiva de repulsa, de corta duración.</li> <li>- Puede provocar reacciones de humor determinados en contextos que elicitán sensaciones de asco.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aumento de la reactividad gastrointestinal.</li> <li>- Tensión muscular.</li> <li>- Náuseas e incremento de la salivación.</li> <li>- Mayor predominancia de la división parasimpática del sistema nervioso autónomo frente a otras emociones como el miedo y la ira.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estímulos desagradables (químicos, principalmente), potencialmente peligrosos o molestos.</li> <li>- EC condicionados aversivamente. Los estímulos incondicionados, EI, en su mayoría son olfativos o gustativos.</li> </ul>

Nota: Adaptada de Piqueras, Ramos, Martínez & Oblitas, 2009; Chóliz, 2005a.

**Alegría:** favorece la recepción e interpretación positiva de los diversos estímulos ambientales. Como todas las emociones, presenta una respuesta multidimensional, con bases adaptativas, que suele ser breve y muy intensa, no es fugaz como el placer, ya que la alegría pretende una estabilidad emocional más duradera (Delgado, 1992 en Chóliz, 2005a; Palmero, Fernández, Martínez & Chóliz, 2002; Pérez, 2009) (ver tabla 6).

Tabla 6

*Características de la alegría*

Expresión conductual	Experiencia subjetiva	Función	Procesos cognitivos implicados	Actividad fisiológica	Instigadores
<p>- Se manifiesta en gran parte del cuerpo, sin embargo es el rostro donde más se aprecia, debido a la apertura de los ojos y de la boca que dibuja la sonrisa (Pérez, 2009).</p> <p>- Se distinguen tres tipos de expresiones para la alegría: Las primeras son las auténticas o sentidas, que se originan de forma espontánea y natural, manteniendo la coherencia entre la experiencia y la expresión. Presentan un patrón universal diferenciado de los otros tipos con la implicación del músculo orbicular (De Catanzaro, 2001 en Pérez, 2009), el tono de voz, la postura erguida, la cabeza alta.</p> <p>Las falsas que se identifican por la incongruencia entre la experiencia y la expresión. Al existir una manipulación de la expresión, la sonrisa es asimétrica y carece de otros signos característicos (Ekman, 1980 en Pérez, 2009).</p> <p>- Las miserables son aquellas en las que se manipula la expresión facial para cubrir o enmascarar una emoción negativa.</p>	<p>- Estado placentero, deseable y sensación de confort y bienestar.</p> <p>- Sensación de autoestima y autoconfianza.</p> <p>- La mente y el cuerpo se encuentran en equilibrio, por lo que se experimenta una sensación de relajación (Pérez, 2009).</p> <p>- Fomenta una actitud positiva hacia el mundo, optimismo sobre la naturaleza humana y los acontecimientos (Pérez, 2009).</p>	<p>- Incremento de la capacidad de disfrutar diferentes aspectos de la vida.</p> <p>- Genera actitudes positivas hacia uno mismo y los demás, favoreciendo el altruismo y la empatía.</p> <p>- Establecer nexos y favorecer las relaciones interpersonales.</p> <p>- Sensaciones de vigorosidad, competencia, trascendencia y libertad.</p> <p>- Favorece procesos cognitivos y de aprendizaje, curiosidad y flexibilidad mental.</p>	<p>- Facilita la empatía, favoreciendo la aparición de conductas altruistas.</p> <p>- Favorece el rendimiento cognitivo, en la solución de problemas y la creatividad, así como el aprendizaje y la memoria.</p> <p>- Esta relación, sin embargo, es paradójica, ya que estados muy intensos de alegría pueden enlentecer la ejecución e incluso pasar por algún elemento importante en la solución de problemas y puede interferir con el pensamiento creativo.</p>	<p>- Aumento en la actividad del hipotálamo, septum y núcleo amigdalino.</p> <p>- Aumento en la frecuencia cardiaca, identificándose diferencias significativas con respecto a otras emociones como la ira y el miedo debido a que la reactividad cardiovascular es menor.</p> <p>- Cuando la emoción se identifica con poca intensidad provoca una desaceleración de la frecuencia cardiaca y activación del músculo zigomático (sonrisa).</p> <p>- La sonrisa produce cambios hormonales entre los que destacan una disminución de los niveles de colesterol, epinefrina (Pérez, 2009).</p> <p>- A nivel somático se desencadenan diversas activaciones de los músculos del pecho, pulmones, garganta y las cuerdas vocales (Izard, 1991 en Pérez, 2009).</p>	<p>- Logro, consecución exitosa de los objetivos que se pretenden.</p> <p>- Congruencia entre lo que se desea y lo que se posee, entre las expectativas y las condiciones actuales y en la comparación con los demás.</p>

Nota: Adaptado de Chóliz, 2005a.

Tabla 7

*Características de la sorpresa*

Experiencia subjetiva	Función	Procesos cognitivos implicados	Actividad fisiológica	Instigadores
- Estado transitorio. Aparece rápidamente y de duración momentánea, para proceder posteriormente a una reacción emocional y a procesar la información novedosa. Eliminar la actividad residual del sistema nervioso central que pueda interferir con la reacción apropiada. Las ante nuevas situaciones que exigen de la sorpresa se recuerdan no tan agradables como la felicidad, pero sí de mayor grado de emociones como ira, asco o miedo.	- Facilitar la aparición de la reacción emocional y a procesar la información novedosa. Incremento en frecuencia cardíaca. Incremento momentáneo de la actividad neuronal.	- Atención y memoria de trabajo dedicadas a procesar la información novedosa. Incremento en frecuencia cardíaca. Incremento momentáneo de la actividad neuronal.	- Patrón fisiológico característico del reflejo de orientación: disminución de la frecuencia cardíaca. Incremento momentáneo de la actividad neuronal.	- Estímulos novedosos débiles o moderadamente intensos acontecimientos inesperados. - Aumento abrupto de una estimulación. - Interrupción de la actividad que se está realizando en ese momento.

Nota: Adaptada de Chóliz, 2005a.

## **2.4. Regulación emocional**

Tomando en cuenta las aportaciones de la literatura en psicología clínica en los últimos años, se destaca la importancia de la desregulación emocional, como un elemento modular y central en los problemas psicológicos por los que llegan las personas a consulta psicológica (Vargas & Muñoz, 2013).

El término desregulación emocional se refiere a la dificultad o inhabilidad para regular o modular las emociones, lo cual no permite el adecuado procesamiento emocional. La desregulación emocional se manifiesta como una excesiva intensificación de las emociones (las cuales se manifiestan como abrumadoras e intrusivas) o en su contraparte como una inhibición excesiva de ellas (disociación, despersonalización o desrealización, o bien adormecimiento emocional) (Reyes & Tena, 2016; Vargas & Muñoz, 2013).

Por lo tanto, la regulación emocional se refiere a la intención y capacidad de modificar los componentes de la experiencia emocional (experiencia subjetiva, respuestas fisiológicas, expresión verbal y no verbal y las conductas manifiestas) respecto a su frecuencia, forma, duración e intensidad (Thompson, 1994 en Company, Oberst & Sánchez, 2012).

Gross y Thompson (2007; Gross, 1998) definen que la regulación emocional es un proceso donde los individuos tienen influencia en las emociones (positivas y negativas) que experimentan ellos y lo demás, cuando las experimentan, cómo las experimentan y cómo es la forma en la que se expresan. Los procesos de la regulación emocional pueden ser automáticos, controlados, conscientes o inconscientes y producir efectos en uno o más puntos de la emoción.

Cuando se piensa en la regulación emocional, las primeras impresiones que surgen al menos en el contexto cultural, implican rechazar o disminuir ciertos aspectos experienciales y/o conductuales de las emociones negativas como la ira, el miedo y la tristeza (Gross & Thompson, 2007).

La regulación emocional es probablemente uno de los factores más importantes para la interacción social, debido a que influye en la expresión emocional y el

reconocimiento directo de ellas. Por ejemplo, una inapropiada explosión de ira puede destruir una relación por siempre. En contraste la capacidad de percibir y comprender las emociones influye indirectamente en las interacciones sociales, ya que las personas interpretan las señales internas y sociales, lo que conduce a una auto-regulación emocional y un comportamiento social óptimo (Lopes, Beers & Coté, 2005).

La regulación emocional puede influir en las interacciones desde varios mecanismos de actuar, entre los más destacados se encuentra el visualizar y potencializar las emociones de los encuentros sociales, de esta manera emociones agradables tienden a provocar respuestas favorables de otros, mientras que la expresión de emociones negativas tiende a menudo a alejar a otras personas (Lopes, Beers & Coté, 2005).

El objetivo de la regulación emocional consiste en inducir un cambio en la persona que experimenta la emoción (intrínseca) o para inducir un cambio en otra persona (extrínseca), como cuando los padres ayudan a sus hijos a regular las emociones. El objetivo regulador puede ser explícito lo cual implica procesos deliberados y generando un esfuerzo, o de manera implícita, lo que conlleva un trabajo inconsciente y un menor esfuerzo. Como una última instancia, las metas regulatorias pueden tener como objetivo disminuir o aumentar facetas de respuesta emocional, como la intensidad, duración y frecuencia de una emoción determinada (Sheppes, Suri & Gross, 2015).

La generación de emociones y la regulación emocional tienen funcionalidad a través de diversos sistemas que comparten características básicas que incluyen la activación de determinados objetivos. Sin embargo algunos de estos objetivos que comparten difieren en algunas características. De esta forma el objetivo de la generación de emociones puede ser una amplia gama de resultados internos y/o externos, mientras que el objetivo de la regulación emocional es siempre inducir un cambio en el sistema de generación de emociones (Sheppes, Suri & Gross, 2015).

De acuerdo con Pagés y Reñé (2008) la regulación emocional cumple con un objetivo específico, el cual consiste en recuperar el equilibrio, conservando o aumentando el bienestar que se tenía antes de que la emoción intensa cambiará el estado actual de la persona. Estos mismos autores identifican varias características de lo que es y no es regular, como se observa en la figura 4:

<b>Regulación</b>	<b>Falta de regulación</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Percibir, reconocer, comprender y aceptar las emociones y sus manifestaciones</li> <li>Vivir la experiencia emocional con armonía</li> <li>Generar pausas que conduzcan a pensar en una respuesta oportuna</li> <li>Tener el conocimiento de cuando hace falta regular las emociones y cuando no</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pensar excesivamente sobre lo que ha pasado</li> <li>Reprimir las emociones o sus manifestaciones</li> <li>Negar la emoción</li> <li>Controlarse de manera excesiva</li> <li>Interrumpir la experiencia emocional</li> </ul>

Figura 4: Regulación emocional. Adaptada de Perez, 2009.

Varios de estos términos de la regulación emocional son entendidos con facilidad de manera hedonista. Personas que están motivadas para evitar el dolor y buscar el placer. Pero si la regulación emocional solo implica el aumentar, iniciar o disminuir/detener las emociones positivas, la base de un tratamiento hedónico a corto plazo sería el aumentar la emoción positiva disminuyendo la negativa (Gross & Thompson, 2007).

Sin embargo, esto no quiere decir que las emociones positivas no sean reguladas, ciertamente lo son, esto se presenta por ejemplo cuando se intenta parecer menos feliz al ganar un juego de tenis muy disputado o cuando se intenta disminuir sentimientos de atracción. Se considera importante especificar que la regulación emocional no necesariamente implica la regulación baja de la emoción sino que también puede mantener o aumentar la emoción, como cuando compartimos buenas noticias con otros, lo cual puede prolongar los efectos de la emoción e incluyendo el contexto de las emociones negativas por ejemplo cuando un

colector de billetes al momento de recolectar las cuentas morosas trata de aumentar su ira como un factor de apoyo o ayuda (Gross & Thompson, 2007).

Gross (1998) señala que existen diversas estrategias que se ubican en distintas etapas del proceso de regulación emocional, el identificar un proceso de la regulación emocional permite detectar fallas en las personas con una psicopatología, donde se describen mecanismos subyacentes. Este proceso describe cuatro categorías que son:

**La selección de la situación:** Se refiere a la evitación de ciertas personas, lugares u objetos para que de esta forma se puedan regular las emociones. Presupone un conocimiento de las características probables de ciertas situaciones remotas y de respuestas emocionales esperables a estas características. Sin embargo determinadas situaciones son complejas y a menudo tienen múltiples capas de significado emocional, es por ello importante el autoconocimiento para la toma de decisiones acertadas sobre las situaciones que se presentan. De esta forma se reorienta las emociones teniendo como base las experiencias previas.

**Modificación situacional:** La aparición de una situación potencialmente desencadenante de emociones, requiere de esfuerzos activos para la modificación directa de la situación, de esta forma poder alterar su impacto emocional. Por lo tanto, las expresiones emocionales son un medio poderoso para cambiar la interacción de la situación en curso, como objetivo principal estos esfuerzos reguladores de la emoción permiten la modificación de la situación distinguiendo las consecuencias directas de la expresión emocional no regulada.

**Manipulación de la atención:** Las estrategias para cambiar el enfoque de atención se pueden agrupar libremente bajo los encabezados de distracción, concentración y rumiación. Por lo tanto la atención se puede modificar a voluntad para concentrarse en aspectos específicos de una situación o distraerse de otros. Estas estrategias no modifican la situación.

**Revaloración cognitiva:** Incluso después de que las características emocionales de la situación hayan sido atendidas, una respuesta emocional no es de ninguna manera una conclusión inevitable. De hecho la emoción requiere que las



percepciones se incluyan en el significado y que los individuos evalúan su capacidad para manejar la situación. De esta forma una reevaluación de la situación genera un mayor impacto en las respuestas emociones, debido a que disminuye la respuesta fisiológica como un factor principal.

**Modulación de respuesta:** Esta modulación se refiere a la influencia directa ya sea fisiológica, experiencial o conductual con la que se responde a la situación. A diferencia de los procesos descritos anteriormente en la regulación de emociones, la modulación de respuesta tiene un tiempo de aparición que ocurre después de que las tendencias de respuesta hayan iniciado. Por lo tanto las estrategias van orientadas a la respuesta.

## **2.5. Investigaciones en regulación emocional**

Las investigaciones sobre regulación emocional enfocadas a las enfermedades crónico-degenerativas revelan la importancia de generar técnicas específicas de regulación emocional, como lo demuestra Pérez, Guerra, Zamora & Grau (2014) en un estudio llevado a cabo con relación a la regulación emocional en adolescentes con hipertensión arterial. Donde los resultados obtenidos muestran que la dificultad en la regulación emocional aumenta la vulnerabilidad a otras enfermedades. En dichas dificultades, predomina dos tipos de estrategias de regulación inefectivas: la rumiación y la represión.

Siguiendo esta línea, Porro, Andrés & Rodríguez (2012) llevaron a cabo un estudio cuyo objetivo era describir la frecuencia que se tiene del uso de la supresión emocional y de la expresividad emocional en un grupo de pacientes con diagnóstico de cáncer y un grupo control. Los resultados obtenidos, revelan que existe una diferencia significativa en la frecuencia sobre el uso de la supresión de la expresión emocional, donde el grupo de pacientes oncológicos es el que utiliza con mayor frecuencia esta estrategia en comparación con el del grupo control. De igual forma el grupo de pacientes oncológicos presenta una expresión de las emociones negativas menor que el grupo control.

De este modo, la escasa regulación emocional en pacientes con diagnóstico de

enfermedad crónica degenerativa, ocasiona una vulnerabilidad, no sólo biológica sino también psicológicas y sociales. Por tanto, la importancia de llevar a cabo un programa de regulación emocional reside en fortalecer el estado de salud de los pacientes con el propósito final de lograr equilibrio en el paciente (Pérez, Guerra, Zamora & Grau, 2014).

En el ámbito escolar, concretamente en las universidades se han realizado investigaciones que demuestran la importancia de generar estrategias de intervención en el manejo de las emociones por ejemplo, Guzmán-González, Carrasco, Figueroa, Trabucco & Vilca (2016) desarrollaron un estudio cuyo objetivo principal fue identificar la relación entre los estilos de apego y las dificultades en la regulación emocional, en una muestra intencionada de 548 estudiantes universitarios, donde se encontró que los adolescentes que poseen estilos de apego seguro presentan niveles bajos de confusión emocional a diferencia de quienes poseen estilos de apego inseguros; identificándose menores niveles de descontrol, rechazo emocional e interferencia cotidiana a diferencia de los que poseen patrones preocupados y temeroso. Los niveles de mayor desatención y confusión emocional se identificaron en los adolescentes que presentan un apego desentendido y temeroso, destacando que las personas que poseen estilos de apego preocupado y temeroso presentaron mayor rechazo emocional e interferencia cotidiana.

Un estudio llevado a cabo con 120 estudiantes universitarios cuyo objetivo era explorar las diferencias en la expresión emocional y su impacto en el bienestar personal, mostró la existencia de un impacto en el bienestar personal que depende del estilo de expresión emocional que se posee. Los alumnos que tienen un nivel alto de bienestar presentan un estilo positivo, flexible y la habilidad de regular adecuadamente sus emociones, por otro lado los que poseen un bienestar bajo tienen un estilo pesimista, inflexible o una baja regulación de sus emociones. Aunado a estos resultados, las personas que presentan un bienestar alto tiene una regulación emocional que los conduce a expresar sus emociones con los receptores adecuados, por lo regular son familia y amigos, regulando las

emociones negativas que identifican, reconociendo los motivos que los lleva a realizar una expresión emocional relacionados con el obtener apoyo social y estrechar vínculos sociales, el motivo de encontrar un significado y por último el llevar a cabo una valoración sobre lo que resulta conveniente expresar y lo que resulta mejor guardar para sí (Caballero, 2012).

Investigaciones que buscaban encontrar la relación entre la regulación emocional, el burnout, engagement y estrés en universitarios, comprueban que cuando los estudiantes presentan mayor regulación emocional (uso efectivo de estrategias de regulación emocional, autoconocimiento y claridad emocional) menor es la presencia de las dos dimensiones (cansancio emocional y despersonalización) que integran el núcleo duro del burnout, de esta forma una elevada regulación emocional funciona como medida de prevención para la aparición de burnout en los estudiantes universitarios, en contraparte una baja regulación de las emociones en los estudiantes propicia la aparición de las manifestaciones del burnout. Los alumnos con una regulación emocional manifiestan niveles más altos de eficacia y realización personal, sintiéndose más elevados de vigor, dedicación, absorción, mostrando una realización y eficacia en el desarrollo de su formación académica, en cambio, los estudiantes que presentan una regulación emocional menos eficaz son los que manifiestan una baja realización personal (Extremera, Durán & Rey, 2007; González, Souto, Fernández & Freire, 2011).

### **Capítulo 3. Técnicas cognitivo conductuales para favorecer el manejo de emociones**

Las técnicas cognitivo-conductuales cuentan con una base científica o experimental relevante, sin embargo resulta importante considerar que también surgen de los utilizados en la experiencia clínica, los cuales fortalecen su definición y aplicación en diversos procedimientos, debido a los resultados emitidos por estas (Ángeles, Díaz & Villalobos, 2012; Plaund, 2001).

El objetivo de la intervención cognitivo-conductual es modificar las respuestas emitidas de manera conductual, cognitiva, fisiológica y emocional que se desarrollan de manera desadaptada de carácter aprendido, donde se concibe la medición y evaluación de aspectos manifiestos o encubiertos, como actividades fundamentales (Ángeles, Díaz & Villalobos, 2012). Así para alcanzar el objetivo de la intervención se enseñan o entrenan conductas que no existen en el repertorio del participante. Se utiliza en gran medida para el tratamiento de diversos trastornos psicológicos debido a que utiliza procedimientos y estrategias activas, directivas, estructuradas, y con una duración establecida, generando un trabajo en conjunto de colaboración con el paciente para afrontar la situación problemática, planteando un modelo donde se puedan explicar de manera simple las diversas estrategias para la resolución del conflicto (Ángeles, Díaz & Villalobos, 2012; García, 2014).

Las técnicas cognitivo-conductuales forman parte de la promoción para la salud debido a que permiten un aprendizaje positivo de hábitos protectores de comportamiento. Con un alto grado de funcionalidad a la hora de programar e instrumentar acciones concretas y específicas de promoción, siendo muy útil para comprender la significación psicológica, cuyo objetivo va orientado al proceso de aprendizaje de comportamientos por reforzadores positivos. De esta forma el concepto de la prevención como una disminución de hábitos comportamentales de riesgo, crea una importancia significativa al momento de entender la significación psicológica, como un proceso de aprendizaje de evitación que se va adquiriendo por reforzamiento negativo (Flórez, 2007).

La intervención primaria en particular tiene como objetivo la modificación de comportamientos de riesgo por medio de la prevención, es entendida como una reducción de hábitos comportamentales de riesgo que conducen a la adquisición de enfermedades o de otras disfunciones, de igual forma se enfoca al aprendizaje de determinados comportamientos protectores para la salud (Flórez, 2007).

Por lo tanto, para el trabajo en la regulación emocional, las técnicas cognitivo-conductuales forman parte de una estrategia cuyo objetivo es educar las reacciones conductuales, cognitivas y fisiológicas que conllevan las emociones, por medio de la enseñanza e implementación de técnicas y conductas adaptativas que conduzcan a una regulación emocional, eliminando o modificando las estrategias que los alumnos emplean de manera equivocada, lo que podría ocasionar un desempeño deficiente en las actividades que se realicen personalmente, socialmente y escolarmente debido a una escala o nula regulación emocional.

La efectividad de la aplicación de intervenciones con un enfoque cognitivo-conductual en el manejo de emociones en específico con la ira han ofrecido excelentes resultados. Las estrategias que se utilizan con mayor frecuencia para abordar este tipo de situaciones son: relajación, entrenamiento en habilidades sociales en asertividad y reestructuración cognitiva (López, Rodríguez, Vázquez & Alcázar, 2012).

La combinación de diversas técnicas cognitivo-conductuales resulta productivo debido a que generan y desarrollan en el sujeto diversas habilidades de afrontamiento. Las técnicas que se utilizan con mayor frecuencia de manera complementaria son: enseñanza didáctica, discusión socrática, reestructuración cognitiva, resolución de problemas, entrenamiento en relajación, ensayos conductuales e imaginados, autorregistros, autoinstrucciones y autorreforzamiento y la inoculación de estrés (Meichenbaum, 1987).

### **3.1. Psicoeducación**

Entre las intervenciones psicosociales, las psicoeducativas para los pacientes y

sus familias en los últimos treinta años se han considerado como las más prometedoras y exitosas (Dixon, Adams & Lucksted, 2000). Los principios básicos de las intervenciones psicoeducativas están representados por información sencilla, correcta y completa sobre el trastorno y sus posibles métodos de tratamiento (Buchkremer, Klingberg, Holle & Schulze, 1997).

Para crear un adecuado manejo de las emociones, la psicoeducación es considerada una intervención importante y necesaria, ya que permite conocer e identificar los elementos que conforman la experiencia emocional (pensamientos, sensaciones e impulsos), de esta forma se puede observar la brevedad con la que ocurren, para que el sujeto pueda normalizar o disminuir el temor que se genera sobre su supuesta incontrollabilidad o peligrosidad, logrando formar diversas metas personales conducidas o indicadas por las emociones (Roemer & Orsillo, 2009).

La psicoeducación se puede definir de las siguientes maneras:

Un proceso educativo mediante el cual el facilitador detalla y resume información científica actual y relevante, respondiendo preguntas acerca del origen, evolución y óptimo abordaje de un padecimiento desde un entorno e implica también consejería y entrenamiento en técnicas para afrontar el problema (Anderson, Douglas & Hogarty, 1988 en Albarrán & Macías, 2007; Montiel & Guerra, 2016).

De igual forma se define como la aproximación terapéutica o modalidad de tratamiento mediante la cual se proporciona al paciente y su familia información específica acerca de la enfermedad y tratamiento teniendo como finalidad contribuir a la eliminación de barreras que ocasionan la dificultad en la comprensión de esta entrenando al paciente en técnicas para afrontar el problema (Albarrán & Macías, 2007; Moreno, 2013).

La psicoeducación se origina como una respuesta a la necesidad de un abordaje integral de la enfermedad mental, convirtiendo a pacientes y familiares en colaboradores activos en el tratamiento de la enfermedad (Fallon & Pederson, 1992) para generar una mejora en el apego terapéutico, desarrollando ambientes bajos en estresores y en la disminución de recaídas.

La función de la psicoeducación es proporcionar al paciente herramientas que le faciliten el ser más proactivo en la comprensión y tratamiento de los factores de riesgo o protección, trastorno o enfermedad, con el objetivo de reducir el número y duración de recaídas evitando reingresos. Una psicoeducación eficaz comprende más allá de la información aspirando a la modificación de actitudes o conductas que permitan al paciente una mejor adaptación a la enfermedad, mediante cambios en su estilo de vida, en sus cogniciones acerca de la enfermedad, en la adhesión al tratamiento, en el manejo de los desencadenantes o en la detección precoz de recaídas (Colom, 2011 en Pérez, 2016).

La psicoeducación comprende una explicación lógica, promoviendo la mayor parte del tiempo la comprensión del malestar, cumple una función informativa, construyendo nexos entre la lógica del paciente y lógica del terapeuta (Arriaga & Bautista, 2016). Así la unión de la educación con la salud proporciona beneficios en los pacientes. De esta forma cuando se educa, se desarrollan en los individuos conductas sanas evitando daños a la salud, propia y de la comunidad (López & Hernández, 2011). Por lo que el nuevo modelo de cuidados para la salud tiene como pilares básicos el conocer de la enfermedad, comprenderla y participar en su atención, es en éste punto donde la psicoeducación resulta de gran utilidad en el tratamiento de la enfermedad mental (López & Hernández, 2011).

Los efectos positivos de la psicoeducación tanto en el paciente como en los familiares, no solo logran disminuir las fases agudas sintomáticas, sino que de igual forma reduce el número de hospitalizaciones mejorando el cumplimiento del tratamiento, en específico el farmacológico (Moreno, 2013).

La psicoeducación tiene lugar desde la primera sesión con la presentación del esquema general de tratamiento y el modelo que sustenta el programa de intervención (Ángeles, Díaz & Villalobos, 2012). Es recomendable presentar información lo más clara posible generando alternativas óptimas para transmitirla en sesiones cortas, especificando los términos médicos y los tratamientos disponibles de una forma clara y sencilla (López, 2011).

Las intervenciones psicoeducativas tienen como base un modelo cognitivo

conductual (Moreno, 2013). Probablemente esta sea una de las principales causas de la dificultad en la aceptación y la lenta popularidad en las intervenciones terapéuticas de los centros de salud en Italia, el miedo abierto y latente en torno a aceptar estos modelos terapéuticos radica en que parecen ser demasiados simples y limitados orientados hacia un enfoque biológico del trastorno, que está alejado de la comunidad y tradición italiana de salud mental. A pesar de la abrumadora tasa de éxito y su propagación entre el personal psiquiátrico del mundo los modelos psicoeducativos siguen vistos hoy en día con sospecha (Casacchia & Roncone, 1999).

Existen investigaciones que muestran la eficacia de las intervenciones psicoeducativas por ejemplo Pérez en el 2016 mostró la eficacia de la psicoeducación en la modificación de ansiedad, depresión y percepción de control en pacientes hospitalizados con cardiopatía isquémica en dos grupos (Grupo control y grupo experimental) aplicando pruebas pre-test y post-test obteniendo los siguientes resultados: en el grupo experimental la psicoeducación influyó en que el puntaje de ansiedad disminuye aunque no en forma significativa, el puntaje de depresión no incrementará y el puntaje de percepción de control no se modificará significativamente. Respecto al grupo control que no recibió psicoeducación los pacientes se mostraron más ansiosos y presentaron más síntomas depresivos durante su hospitalización.

De igual forma otro estudio muestra que la psicoeducación es útil en el manejo integral del paciente con enfermedad mental, permitiendo un conocimiento amplio de la enfermedad mental generando una mejor toma de decisiones, una participación activa y procurando el beneficio del paciente, presentando una óptima efectividad en la calidad de vida de los pacientes con enfermedad mental (López & Hernández, 2011).

### **3.2. Terapia racional emotiva conductual**

La terapia racional emotiva conductual (TREC) considera al ser humano como un organismo complejo y biopsicosocial con una tendencia a establecer y tratar de conseguir metas y propósitos. Dos de las principales metas básicas son a)



permanecer vivo y b) obtener el mayor bienestar posible y evitar el malestar innecesario. Con base a estas dos metas se derivan el resto de submetas que las personas se van proponiendo a lo largo de su vida, aparte de proporcionar felicidad estas le permiten dar cierto sentido a su vida (Ellis, 1984 en Ángeles, Díaz & Villalobos, 2012).

Cuando las personas intentan conseguir sus metas se encuentran en los diversos ambientes en los que se desenvuelve, con acontecimientos activadores que les impiden o facilitan alcanzar sus metas. Para analizar las relaciones entre los acontecimientos, cogniciones y consecuencias Ellis (1984 en Ángeles, Díaz & Villalobos, 2012; Ellis & Dryden, 1989) propone el modelo ABC: los acontecimientos activadores (A) por si solos no ocasionan consecuencias emocionales, cognitivas y conductuales (C); estas dependen de la forma en la que se interpretan o perciben (B) los acontecimientos activadores. En resumen “A” son los acontecimientos activadores a los que reaccionamos, “C” siendo la respuesta cognitiva, emocional o conductual que damos y “B” son las creencias que tenemos sobre “A” (Ángeles, Díaz & Villalobos, 2012; Colop, 2016).

### **3.3. Entrenamiento en solución de problemas**

La terapia de Solución de Problemas (TPS) es una intervención cognitivo-conductual dirigida a acrecentar las habilidades de un individuo para solucionar problemas, es decir, las habilidades necesarias para afrontar experiencias estresantes de la vida para de esta forma conseguir identificar y poner en marcha las opciones de afrontamiento más adaptativas y eficaces (D´Zurilla & Nezu, 2010 en Ángeles, Díaz & Villalobos, 2012).

El proceso de solución de problemas (PSP) se define como la secuencia cognitivo-conductual mediante la cual los individuos tratan de identificar soluciones eficaces para los problemas de la vida diaria, para ello se genera y utiliza un conjunto de actitudes, destrezas y habilidades de diferente ámbito (Cognitivo, conductual y emocional) que deben ser llevadas a cabo cotidianamente (Ángeles, Díaz & Villalobos, 2012).

Los objetivos específicos de esta técnica son mejorar la orientación positiva disminuyendo en gran medida la tendencia a la orientación negativa, afinar las habilidades de la solución de problemas (Nezu, Nezu & Lombardo, 2006).

A pesar de que una de sus principales características radica en la sistematización, la terapia de solución de problemas es una intervención flexible referente a los objetivos de tratamiento, método e implementación. Por ejemplo, se puede realizar individualmente o en formato de grupo o pareja, de igual forma se puede utilizar como elemento único del tratamiento o formar parte de una intervención cognitivo-conductual más amplia (Ángeles, Díaz & Villalobos, 2012).

Los modelos contemporáneos identifican dos procesos principales en la solución de problemas: Orientación del problema y estilo de resolución de problemas. La orientación del problema es un conjunto relativamente estable de esquemas cognitivos-afectivos que representan las ideas, actitudes y reacciones emocionales generales de las personas acerca de los problemas cotidianos y su capacidad de afrontarlos con éxito (Nezu, Nezu & Lombardo, 2006).

La terapia en solución de problemas muestra una diferencia entre dos tipos de orientación hacia el problema:

**Orientación positiva al problema:** Es un sistema de creencias constructivo y optimista que caracteriza los problemas como retos. De esta forma el individuo considera los problemas como algo normal en la vida y una oportunidad de sacar beneficio de alguna forma y como eventos solucionables al existir en el individuo expectativas positivas de resultados, percibiendo auto-eficaz, con habilidad para solucionar los problemas efectivamente, sin generar respuestas emocionalmente desproporcionadas. La orientación positiva a los problemas tiene diversas consideraciones para el individuo entre ellas existe el compromiso consigo mismo con las medidas de afrontamiento en torno al problema en vez de evitarlo (D´Zurilla & Nezu, 2010 en Ángeles, Díaz & Villalobos, 2012).

**Orientación negativa al problema:** Consiste en un sistema de creencias negativas que identifican los problemas como amenazas para el bienestar social,

considerando la capacidad para resolver problemas como ineficaz. Un individuo con orientación negativa considera los problemas como interferencias en la búsqueda del bienestar y la calidad de vida, generando dudas de la habilidad para enfrentar y dar soluciones, creyéndose irresolubles. Desencadenando motivación a la evitación, posteriormente operando en la inhibición e interrupción de los intentos subsecuentes en la solución del problema (Nezu, Nezu & Lombardo, 2006; D´Zurilla & Nezu, 2010 en Ángeles, Díaz & Villalobos, 2012).

El estilo de solución de problemas se refiere al tipo de actividades cognitivo-conductuales que las personas ponen en marcha intentando diversas acciones de afrontamiento a los problemas en la vida cotidiana. Se identifican tres estilos: el primero de ellos es la solución racional del problema, que conduce a un estilo adaptativo que lleva consigo la aplicación sistemática y planeada de diversas habilidades (Nezu, Nezu & Lombardo, 2006).

Las fases implicadas en un estilo de solución de problemas racional son: 1) definición y formulación del problema, 2) generación de alternativas de solución, 3) toma de decisiones y 4) implementación de la solución y evaluación de los resultados de la acción. De acuerdo con la terapia de solución de problemas este es el mejor método para abordar los problemas (Ángeles, Díaz & Villalobos, 2012).

Por otra parte hay dos estilos desadaptativos, el impulsivo y descuidado el cual se caracteriza por la toma rápida, descuida e impulsiva de decisiones si un análisis previo de la opción elegida o de las posibles alternativas de solución. El estilo evitativo se sustenta en el aplazamiento de la toma de decisiones, la pasividad y la dependencia a otras personas al momento de la toma de decisiones (Ángeles, Díaz & Villalobos, 2012; Nezu, Nezu & Lombardo, 2006).

La presencia de la activación emocional ante la presencia de problemas es un hecho inevitable. Lo que conduce a diversas interferencias o errores que se pueden llegar a cometer si no existe una regulación emocional adecuada, abarcando desde la no identificación de un problema, a no reconocer las señales de su presencia, la evitación del afrontamiento cuando los esfuerzos presentes se dirigen a eliminar de forma inmediata la ansiedad que produce la presencia de

éste. Estas interferencias llevarían a catastrofizar la situación. En resumen el conocimiento, análisis y modulación de las respuestas emocionales es un elemento imprescindible para el desarrollo efectivo y eficiente del proceso de solución de problemas (Ángeles, Díaz & Villalobos, 2012).

### **3.4. Autorregistros**

Una sola persona puede desempeñar el papel de observador y observado, generalmente a este procedimiento se le denomina autoobservación o autorregistro (Cone, 1978 en Caballo, 2007) Cuando la conducta se lleva a cabo, el observador escribe un diario, marca una tarjeta, graba en un casete etc. (Caballo, 2007).

Los autorregistros probablemente son los instrumentos de evaluación conductual con más utilidad en el desarrollo de la formulación clínica, ya que facilita la inclusión de instrucciones detalladas en las que el paciente desarrolla registros específicos de diversos aspectos de su comportamiento, no solo permite la descripción en términos de la respuesta proporcionada por el paciente, sino que también la relación existente con otras variables de estímulo. Los formatos de autorregistros más conocidos y usados son los formatos con triple columna, donde se recoge información sobre condiciones antecedentes, respuesta y consecuencia, empleándose en terapia cognitivo-conductual los registros de situaciones, pensamientos y acciones (Caballo, 1998).

El autorregistro es un método muy práctico y eficaz para evaluar la conducta social de un individuo en su ambiente natural, fuera de la clínica o en el laboratorio (McNeil, Ries y Turk, 1995 en Caballo, 2002) considerado un componente habitual y básico de un sin número de programas cognitivo-conductuales, incluyendo los programas centrados en la fobia social (Caballo, 2002).

Los autorregistros se desarrollan como un método eficaz para observar y registrar la conducta manifiesta (pública) al igual que la encubierta (cogniciones). Sugiriendo a los pacientes el registro de los antecedentes y/o consecuencias (manifiestos y/o encubiertos) que acompañan la conducta de interés (Caballo,

2007).

Se pueden evaluar mediante esta técnica la frecuencia de los contactos sociales, el rango o número de diferentes personas con las que interactúa el paciente, temas de conversación o clases de interacción y autoevaluaciones de la ansiedad y las habilidades sociales (Caballo, 2002).

El autorregistro como técnica de evaluación presenta ventajas considerables, ya que permite el acceso a datos e información que de otra manera no estarían fácilmente disponibles. Claramente estas percepciones y cogniciones del individuo internas sobre los hechos o acontecimientos socio-ambientales no se presentan o están bajo el escrutinio público. Es importante tener en cuenta que resulta difícil obtener datos en torno a la interacción social diaria de los pacientes, con excepción de estos procedimientos de autoinforme altamente estructurados (Caballo, 2007).

La(s) hojas(s) de autorregistro puede desempeñar en algunas ocasiones, como un autorrefuerzo de las conductas registradas, generando un incremento o decremento de la conducta (Caballo, 2007).

### **3.5. Entrenamiento en habilidades sociales**

Las habilidades sociales se pueden definir como aquellas conductas aprendidas que el sujeto pone en juego ante situaciones interpersonales con el objetivo de obtener y mantener un reforzamiento del ambiente (Kelly, 2002).

De acuerdo con Caballo (2007) La conducta socialmente habilidosa es un conjunto de conductas que el individuo emite dentro de un contexto interpersonal donde expresa los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos en concordancia con la situación actual, respetando las conductas de los demás, donde generalmente se resuelven los problemas de manera inmediata minimizando la probabilidad de futuros problemas.

Alberti (1977 en Caballo, 2007; Ángeles, Díaz & Villalobos, 2012) destaca diversos puntos que identifican una habilidad social:

- A) Es una característica de la conducta no de las personas.
- B) Es una característica específica a la persona y a la situación, no universal.
- C) Debe observarse desde el contexto cultural del individuo, así como en términos de otras variables situacionales.
- D) Está basada en la capacidad de un individuo de escoger libremente su acción.
- E) Es una característica de la conducta socialmente eficaz, no dañina.

Lazarus (1973 en Caballo, 2007) establece cuatro principales clases de respuesta o dimensiones conductuales que abarcan las habilidades sociales:

- 1.- La capacidad de decir "no".
- 2.- La capacidad de pedir favores y hacer peticiones.
- 3.- La capacidad de expresar sentimientos positivos y negativos.
- 4.- La capacidad de iniciar, mantener y terminar conversaciones.

El programa de entrenamiento en habilidades sociales se centra en tres repertorios conductuales específicos (La aserción negativa, la aserción positiva y las habilidades de conversación) La aserción negativa abarca conductas que permitan al individuo defender sus derechos y actuar de acuerdo a sus intereses. La aserción positiva se refiere a la expresión de sentimientos positivos a terceros como lo son el afecto, la aprobación, la alabanza y el aprecio, de igual forma el presentar disculpas apropiadas cuando la situación así lo requiera. El entrenamiento en habilidades de conversación incluye el adecuado inicio de las conversaciones (Caballo, 2002).

La respuesta socialmente habilidosa constituye el resultado final de una cadena de conductas, que da inicio con la recepción correcta de estímulos interpersonales relevantes, seguido de un procesamiento flexible de estos estímulos para de esta forma generar y evaluar las posibles opciones de respuesta seleccionando la mejor opción para la situación, terminando con una respuesta apropiada o expresión manifiesta de la opción escogida (Kelly, 2002; Caballo, 2007).

### **3.6. Técnicas de relajación**

Las técnicas de relajación son elementos fundamentales para la regulación emocional, cognitiva y conductual. Ya que permite que las personas que la practican disminuyan la sobreactivación física retornando a estados basales (Arriaga & Bautista, 2016).

La relajación forma parte de un enfoque conductual que enfatiza el desarrollo de una respuesta de relajación para afrontar la respuesta de estrés o ansiedad producidas por el ambiente. Existen varios tipos de relajación, entre las más conocidas destacan la relajación progresiva de Jacobson (1938). El entrenamiento autógeno de Shultz (1972), la relajación de Bernstein y Borkoveck (1973) y la relajación aplicada de Ost (1987,1988) (Pérez, 2009).

#### **3.6.1. Relajación muscular progresiva**

El objetivo del entrenamiento en relajación muscular progresiva consiste en lograr un nivel de relajación general al igual que lograr un estado de autorregulación del organismo, teniendo como base la distensión de la musculatura esquelética por medio de una serie de ejercicios de tensión-distensión de los principales grupos musculares tomando consciencia de las sensaciones que se producen en cada ejercicio (Ángeles, Díaz & Villalobos, 2012; Choliz, 2005b).

El ciclo tensión-relajación es la característica principal de la relajación muscular progresiva. La tensión antes de relajar tiene como objetivo el poder discriminar cuándo se encuentran tensas las partes del cuerpo que se precisa relajar. En el entrenamiento en relajación muscular progresiva se condicionan una serie de instrucciones y sensaciones para que estas obtengan como respuesta e induzcan a una disminución en la tensión muscular convirtiéndose en un estímulo condicionado que produzca una respuesta condicionada (Choliz, 2005b; Payne, 2002).

Actualmente se realiza una de las mejores adaptaciones del procedimiento original de Jacobson realizada por Bernstein y Borkovec (1973 en Choliz, 2005b; Payne, 2002) La cual comprende la relajación de al alrededor de 16 grupos musculares en

un tiempo estimado de 30-40 minutos.

Se deben llevar a cabo diversas indicaciones de manera general para el entrenamiento en relajación muscular progresiva (Choliz, 2005b):

1.- Desarrollar en todo momento una secuencia ordenada, procurando llevar a cabo la misma en todas las ocasiones que se repita el entrenamiento (comenzando por las manos y acabando por los pies, o viceversa).

2.- El olvidar algún músculo por tensar y relajar no debe ser signo de preocupación. En ese caso se prosigue la relajación con los ejercicios que se recuerden. Para evitar estas situaciones de olvido se debe emplear un repaso mental de los músculos antes de empezar la relajación.

3.- El proceso de tensar tiene una duración aproximada de dos segundos y relajar el músculo dejándolo suelto, el músculo debe permanecer relajado durante quince segundos aproximadamente antes de tensar de nuevo.

4.- En ningún momento debe forzar excesivamente el músculo. Al momento de tensar lo que se pretende es facilitar la distensión no el producir un nivel alto de contracción.

5.- Al momento de relajar se debe soltar el músculo de repente, no destensar lentamente ya que ello requiere un control mayor de los músculos antagonistas.

6.- Se sugiere durante un tiempo concentrarse disfrutando de la agradable sensación de relajar cada músculo.

7.- Una vez que el entrenamiento ha finalizado y se han relajado todos los músculos, se sugiere realizar un repaso mental iniciando del final al principio de la secuencia, con la finalidad de facilitar una autoexploración de las partes que no se han relajado adecuadamente. Durante este procedimiento no es necesario tensar algún músculo.

### **3.6.2. Respiración diafragmática**

La relación existente entre respiración y activación está directamente relacionada,



demostrado por el hecho de que determinados ejercicios sirven para reducir niveles elevados de ansiedad. El principal objetivo del entrenamiento en respiración es conseguir un patrón respiratorio fisiológicamente apropiado, que en general resulta eficaz para diferentes alteraciones respiratorias (Chóliz, 2005b).

De acuerdo con Payne (2002) existen ciertas ventajas de utilizar la respiración como técnica de respiración:

- 1.- La respiración se encuentra estrechamente relacionada con el sistema nervioso autónomo, el cual controla la estimulación fisiológica.
- 2.- Las técnicas de respiración son fáciles de aprender.
- 3.- Es una herramienta útil para aquellos individuos que no conciben desarrollar adecuadamente la visualización.
- 4.- La mayoría de los ejercicios de respiración pueden llevarse a cabo en cualquier lugar.

La respiración completa, la que implica la musculatura diafragmática es la evocadora de la activación parasimpática, equivalente a un estado que favorece la relajación. De esta manera el entrenamiento en determinadas pautas respiratorias es considerado un adecuado procedimiento para reducir efectos de estrés y en general trastornos debido a excesos de activación (Everly, 1989 en Chóliz, 2005b).

La respiración diafragmática genera una gran movilidad de las costillas inferiores y la parte superior del abdomen. El diafragma tiene una participación activa. Tratándose de la respiración fisiológica más adecuada. Siendo un ejercicio útil para reducir el nivel de activación general. Cumpliendo con las siguientes características (Chóliz, 2005b; Payne, 2002):

- Un establecimiento de un tipo de respiración, que llene de aire la parte inferior, media y superior de los pulmones.
- En la inspiración debe llenarse primero la parte inferior (abdominal) posteriormente la zona costal media y costal superior.

- La espiración se caracteriza por la expulsión del aire en el mismo orden por el que se inspira.
- La característica más importante de la respiración consiste en una secuencia de inspiración-pausa-espiración-pausa, la duración de esta serie depende en gran medida de los intereses del entrenamiento, sin embargo es conveniente llevar a cabo sesiones completas donde se combinen de inspiración y espiración de duración variable.
- La respiración debe ser fluida, constante y no forzada, para fines del entrenamiento resulta conveniente realizar sesiones donde se combinan series de inspiración y espiración rápidas, intensas y profundas de esta forma poder ejercitar la musculatura y los órganos de la fonación.
- Las sesiones de respiración pueden ser complementadas por movimientos de brazos (brazos pegados al costado que ascienden hasta llevar a una posición de cruz a la vez que se inspira y bajan hasta los costados mientras se suelta el aire) u hombros (llevarlos hacia delante al inspirar y retroceder al espirar), de esta forma se favorece la inhalación y exhalación de volúmenes considerables de aire, al mismo tiempo que se ejercita los músculos implicados en la acción respiratoria.

### **3.7. Inoculación del estrés**

Es el nombre que se le dio a un paquete de técnicas cognitivo-conductuales diseñado principalmente para el trabajo en problema de ansiedad, en la actualidad debido a la diversidad de trastornos a los que se aplica, se puede considerar una forma heurísticamente útil de conceptualizar el estrés y los factores que pueden promover el cambio, de esta forma proporcionar ayuda para el diseño de tratamientos de cambio específico y preventivos (Ángeles, Díaz & Villalobos, 2012).

La inoculación de estrés no es una técnica aislada, sino que hace referencia al término genérico referente a un paradigma de tratamiento que se integra de un plan de adiestramiento semiestructurado y clínicamente sensible, estas operaciones son efectuadas concretamente durante el curso del adiestramiento,

sin embargo estas varían dependiendo de la población con la que se está trabajando (Meichenbaum, 1987).

Los objetivos del tratamiento se centran en tres áreas fundamentales (Ángeles, Díaz & Villalobos, 2012):

- 1.- La promoción de una actividad autorreguladora adecuada, la cual implica el reducir o suprimir la intensidad de auto-verbalizaciones, imágenes y emociones perturbadoras e incrementar o instaurar aquellas que proporcionen un funcionamiento más adaptativo en relación a la situación.
- 2.- La modificación de conductas desadaptativas y el incremento o instauración de conductas adaptativas.
- 3.- La revisión y modificación de estructuras cognitivas (creencias, supuestos básicos, etc.) que estén promoviendo valoraciones negativas de uno mismo y del mundo.

Esta técnica combina determinados elementos de la enseñanza didáctica, discusión socrática, reestructuración cognitiva, resolución de problemas y entrenamiento en relajación, ensayos conductuales e imaginados, autorregistro, autoinstrucciones y autorreforzamiento, así como el lograr algunos cambios en el entorno. Tiene como objetivo el generar y desarrollar habilidades de afrontamiento, pero no sólo para resolver problemas inmediatos concretos, sino también para aplicarlo a dificultades futuras. De esta manera, el paciente puede desarrollar un sentido de recursos aprendidos gracias a su experiencia con éxito al afrontar unos niveles plausibles de estrés, para de este modo hacerse con una defensa prospectiva compuesta de habilidades y expectativas positivas que le ayudaran eficazmente en situaciones todavía más estresantes (Meichenbaum, 1987).

El programa de inoculación del estrés se ha aplicado como tratamiento y prevención a una amplia variedad de poblaciones en el ámbito clínico y no clínico, aplicándose a individuos, parejas y grupos, teniendo una duración que varía desde una hora, en pacientes a punto de ser intervenidos quirúrgicamente, hasta

sesiones de cuarenta horas administradas a pacientes psiquiátricos o con problemas clínicos crónicos. Esta técnica se compone de tres fases, iniciando con la fase de conceptualización, adquisición de habilidades y ensayo, aplicación y consolidación (Meichenbaum, 1987).

## **Método**

### **1.- Justificación**

La frustración por los objetivos no alcanzados, el miedo a cometer errores, miedo a la opinión de los demás, al no ser aceptados o a la incertidumbre de no contar con las habilidades necesarias ante determinada situación, el aburrimiento, el orgullo y la satisfacción por la entrega de trabajos de calidad, la curiosidad por lo desconocido, la ilusión al anticipar emociones positivas, la alegría, forman parte de una lista de emociones y sentimientos que se identifican en los estudiantes de nuevo ingreso a la educación media y superior (Perez, 2014).

Extremera & Fernández-Berrocal (2004) identifican cuatro factores relacionados a los problemas en el contexto educativo y los bajos niveles de inteligencia emocional: a) déficit en los niveles de bienestar y ajuste psicológico de los alumnos, b) disminución en la cantidad y calidad de las relaciones interpersonales, c) baja en el rendimiento académico y d) aparición de conductas disruptivas y consumo de sustancias adictivas.

La forma de gestionar las emociones va orientada a conectar, acoger, aceptar y transformar los estados emocionales, para ello en primer lugar se debe modificar su intensidad y la fuerza de impacto de las emociones negativas, donde se conduce a incremento de las emociones positivas, para generar efectos adaptativos en los diferentes contextos de enseñanza-aprendizaje (Perez, 2014).

Fernández-Berrocal & Ruiz (2008) recogieron evidencia importante de los alumnos emocionalmente inteligentes, que como norma general poseen mejores niveles de ajuste psicológico y bienestar emocional, son más hábiles a la hora de percibir, comprender y manejar sus propias emociones al igual que al extrapolar estas habilidades a las emociones de los demás, presentando una mayor calidad y cantidad de redes interpersonales y de apoyo social, generando menor propensión de llevar a cabo comportamientos disruptivos, agresivos o violentos, obteniendo mayor rendimiento escolar al enfrentarse ante situaciones de estrés con mayor facilidad, presentando un menor consumo de sustancias adictivas (por ejemplo,

tabaco, alcohol, etc.).

La regulación emocional como una técnica de intervención en adolescentes universitarios de nuevo ingreso potencializa los aspectos individuales referentes al bienestar emocional en las aulas sobre todo en lo que corresponde al rendimiento y la mejora de la convivencia escolar, proporcionando un sustento que contribuya a desarrollar las habilidades de reconocimiento y regulación emocional que puedan interferir en su desempeño académico, concluyendo que la adquisición meramente de conocimientos académicos no es suficiente para el éxito escolar (Jiménez & López-Zafra, 2009).

Una intervención cuyo objetivo se centra en el fortalecimiento de las habilidades emocionales debe iniciar con un módulo educativo, que tenga un enfoque de descripción de las emociones en relación a la información revisada con antelación; lo que permite reconocer la experiencia emocional logrando distinguir los efectos de otros fenómenos psicológicos. Esta educación debe incorporar técnicas que observen la duración de las emociones e identificar los temores que los usuarios pueden tener sobre su incontrolabilidad o peligrosidad (Roemer & Orsillo, 2009).

La enseñanza de las habilidades de regulación emocional depende de manera prioritaria de la práctica, entrenando y perfeccionando estos procedimientos y no solo la instrucción verbal. Tomando como prioridad ejercitar y practicar estas habilidades para de esta forma convertirlas en respuestas adaptativas, que formen parte del repertorio natural de los alumnos (Fernández-Berrocal & Ruiz, 2008).

La importancia de educar el impacto de las emociones a nivel fisiológico resulta evidente debido a que los alumnos logran conocer e identificar lo que sucede en su cuerpo. De este modo, el implementar este tipo de programas en la educación superior fortalecería el compromiso al iniciar una etapa de la vida donde las decisiones difíciles se toman y los compromisos se fortalecen individualmente. Con el objetivo de canalizar los esfuerzos que los alumnos llevan a cabo para alcanzar las metas planteadas individualmente, se fomenta un reconocimiento emocional tanto positivo como negativo de lo que sucede en la interpretación del medio escolar, para de esta forma obtener un reconocimiento óptimo de las

situaciones cotidianas, lo que permite adoptar una perspectiva complementaria donde se integran aspectos personales y sociales que mantienen estrecha relación en el contexto educativo (habilidades cognitivas y prácticas, apoyo familiar, motivación, expectativas, etc.) (Extremera & Fernández-Berrocal, 2004). El identificar factores de riesgo y protección pueden conducir a reducir los índices de enfermedades crónico degenerativas ocasionadas por la escasa regulación emocional, partiendo de estrategias psicoeducativas orientadas a generar en el individuo estrategias de afrontamiento ante las situaciones adversas y cotidianas de la vida.

## **2.- Planteamiento del problema**

En la actualidad la regulación emocional es un componente determinante para el conocimiento de los procesos internos que determinan las conductas de las(os) adolescentes que pasan por una transición de la preparatoria a la universidad. Las dificultades en la regulación emocional pueden conducirlos a dificultades en su desempeño escolar y por ende en su estado de salud actual. Los efectos que el mal manejo de las emociones puede producir son diversos, y van desde el incremento del estrés hasta el desarrollo de síntomas de ansiedad o depresión.

Una intervención primaria enfocada a la regulación emocional permitirá que los estudiantes universitarios de primer ingreso cuenten con habilidades para reconocer las emociones y por lo tanto mejores estrategias para su expresión y manejo. Debido a que el uso de técnicas de psicoeducación en el ámbito universitario es escaso, se necesita contar con programas institucionales de prevención para poblaciones vulnerables, como lo son los estudiantes de primer ingreso.

## **3.- Pregunta de investigación**

¿Cuáles son los efectos de una intervención cognitivo-conductual para modificar el enojo y calidad de vida en alumnos de licenciatura en odontología?

#### **4.- Objetivo General**

Describir los efectos que tiene una intervención cognitivo-conductual para modificar el enojo y calidad de vida en alumnos de licenciatura en odontología.

#### **Objetivos específicos**

- Describir los puntajes obtenidos antes y después de la intervención cognitivo-conductual en alumnos de licenciatura en odontología con la aplicación del Inventario de Calidad de Vida de la OMS.
- Describir los puntajes obtenidos antes y después de la intervención cognitivo-conductual en alumnos de licenciatura en odontología con la aplicación del Inventario de expresión de la ira estado-rasgo.
- Describir los puntajes obtenidos antes y después de la intervención cognitivo-conductual en alumnos de licenciatura en odontología con la aplicación del Inventario de Ansiedad de Beck.
- Describir los puntajes obtenidos antes y después de la intervención cognitivo-conductual en alumnos de licenciatura en odontología con la aplicación del Inventario de Depresión de Beck.
- Describir los puntajes obtenidos antes y después de la intervención cognitivo-conductual en alumnos de licenciatura en odontología con la aplicación del Instrumento de Respuestas Rumiativas.

#### **5.- Hipótesis descriptiva (García, 2009)**

La intervención psicoeducativa para el manejo de emociones es una estrategia que favorecerá el reconocimiento de emociones en alumnos de primer ingreso de odontología, a través del uso de técnicas cognitivo conductuales.



## 6.- Variables

Tabla 8

### *Variables Independientes*

<b>Variables</b>	<b>Definición conceptual</b>	<b>Definición operacional</b>
“Taller Cognitivo-Conductual para el Manejo de Emociones”	Conjunto de técnicas grupales cognitivo-conductuales para el manejo de emociones en alumnos universitarios de nuevo ingreso.	Técnicas seleccionadas específicamente para el tratamiento psicoeducativo (Psicoeducación, Terapia Racional Emotiva Conductual, Entrenamiento en solución de problemas, Autorregistros, entrenamiento en habilidades sociales, Técnicas de relajación como la Relajación muscular progresiva y la Respiración diafragmática).

Tabla 9

### *Variables dependientes*

<b>Variables</b>	<b>Definición conceptual</b>	<b>Definición operacional</b>
Calidad de vida	La percepción que un individuo genera de su situación en la vida, tomando en cuenta el contexto cultural y los valores en que vive,	Se utilizó el Instrumento WHO-QOL-Breve, traducido y validado en población mexicana por González-Celis y

Variables	Definición conceptual	Definición operacional
Niveles de enojo	<p>teniendo estrecha relación con los objetivos, expectativas, valores e intereses. Esta definición tiene un grado de influencia importante por la salud física de la persona, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales (WHOQOL Group, 1995 en Ruvalcaba, Salazar &amp; Fernández-Berrocal, 2012).</p> <p>Enojo estado: hace referencia al enojo que la persona experimenta al momento de contestar el inventario. El enojo rasgo: evalúa la disposición o vulnerabilidad para reaccionar la mayor parte del tiempo con enojo.</p> <p>Expresión y control del enojo: la expresión se divide en externa e interna, la primera se refiere a mostrar el enojo por ejemplo discutiendo o gritando y la segunda a la manera en cómo la</p>	<p>Sánchez-Sosa (2006), Integrado por 26 ítems que evalúan la percepción que tienen las personas de su calidad de vida, se divide en cuatro factores: Físico, psicológico, relaciones sociales y ambiente (González-Celis &amp; Padilla, 2006).</p> <p>Se utilizó el Inventario Multicultural de la Expresión de la Cólera y la Hostilidad (ML-STAXI) desarrollado por Moscoso y Spielberger (1999), validada en población mexicana por Alcazar, Deffenbacher y Byrne (2011). Integrado por 44 ítems que miden tres categorías del enojo: Enojo estado, enojo rasgo y expresión y control del enojo con una confiabilidad alfa de cronbach que va de 0.65 a 0.86(Alcazar,</p>

<b>Variables</b>	<b>Definición conceptual</b>	<b>Definición operacional</b>
	persona suprime su enojo. Con respecto al control se divide en externo e interno, el primero es el grado en el que el individuo intenta dominar o controlar su conducta cuando se está enojado y el segundo evalúa los intentos por calmarse o relajarse para disminuir el enojo (Alcázar, Deffenbacher & Byrne, 2011).	Deffenbacher & Byrne, 2011).

Las variables extrañas se tratan de variables independientes no relacionadas con el propósito del estudio, sin embargo puede presentar efectos sobre la variable dependiente (García, 2009). En este estudio son utilizadas para evaluar la sintomatología (depresiva y ansiosa) de los participantes cumpliendo con los criterios de inclusión y exclusión de la intervención.

Tabla 10

*Variables Extrañas (García, 2009)*

<b>Variables</b>	<b>Definición conceptual</b>	<b>Definición operacional</b>
Niveles de ansiedad	Grupo de síntomas clínicamente significativos como lo son: una preocupación excesiva, inquietud,	Se utilizó el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) creado por Beck, Epstein, Brow y Steer (1988). Estandarizada para

Variables	Definición conceptual	Definición operacional
	<p>dificultad para concentrarse y en la atención, sudoración excesiva, sensación de ahogo, insomnio e hipersomnia, fatiga, sensación de huida, miedo o temor sin justificación, incremento en la frecuencia cardiaca y respiratoria, movimientos repetitivos entre otro conjunto de síntomas (Rodríguez-Correa, 2008).</p>	<p>población mexicana por Jurado, Páez, Robles y Varela (2001). Está integrado por 20 reactivo en escala tipo likert, que evalúan la sintomatología ansiosa en poblaciones clínicas y no clínicas con una confiabilidad alfa de cronbach de 0.83 (Galindo, Rojas, Meneses, Aguilar, Álvarez &amp; Alvarado, 2015).</p>
Niveles de depresión	<p>El trastorno de depresión mayor se caracteriza por la presencia de cinco o más de los siguientes síntomas en un periodo de al menos dos semanas: estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, una disminución considerable en el interés o el placer por llevar a cabo actividades, una pérdida considerable de</p>	<p>Se utilizó el Inventario de Depresión de Beck creado por Beck, Steer y Garbin (1988), validada en población mexicana por Jurado, Loperena, Méndez, Rodríguez, Varela y Villegas (1998). Está integrado por 21 ítems en escala tipo Likert, evaluando sintomatología depresiva en población clínica y no clínica con una confiabilidad alfa de cronbach de 0.87.</p>

Variables	Definición conceptual	Definición operacional
	<p>peso o aumento de este sin hacer algún tipo de dieta, insomnio o hipersomnia, pérdida de energía, retraso psicomotor, sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva, disminución en la concentración y presencia de pensamientos recurrentes de muerte (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).</p>	
Respuestas rumiativas	<p>La rumiación o el estilo de pensamiento rumiativo es considerado una estrategia de regulación emocional que consiste en un tipo de pensamiento repetitivo, pasivo y reflexivo que se enfoca en la propia tristeza, en sus causas y posibles consecuencias (Hernández-Martínez, García, Valencia &amp; Ortega, 2016).</p>	<p>Se utilizó la Escala de Respuestas Rumiativas desarrollada por Nolen-Hoeksema y Morrow (1991), Validada al español de México por Hernández-Martínez, García, Valencia y Ortega (2016). Es un autoinforme que consta de 22 ítems, que mide el estilo rumiativo de pensamiento con una confiabilidad alfa de cronbach de 0.93.</p>

## **7.- Tipo de Diseño**

Pre-experimental con dos grupos, con pre test-post test.

G1 O1 X1 O2

G2 O1 X1 O2

## **Tipo de Estudio**

Estudio descriptivo, en el que se describirán los resultados de las variables dependientes antes y después de la intervención.

## **8.- Instrumentos de medición**

El Inventario de Ansiedad de Beck es uno de los instrumentos más empleados para evaluar sintomatología ansiosa en poblaciones clínicas y no clínicas, se han realizado estudios en población general como en psiquiátrica, adolescentes y adultos, obteniendo una consistencia interna alta, alfa superior a 0.90. Creado por Beck, Epstein, Brown y Steer, 1988 (Jurado, Páez, Robles & Varela, 2001 en Galindo, Rojas, Meneses, Aguilar, Álvarez & Alvarado, 2015). Estandarizado en población mexicana por Jurado, Páez, Robles y Varela (2001) mostrando validez y confiabilidad para nuestra población.

Es un instrumento que se compone de 20 reactivos de auto-reporte que determinan la severidad de las categorías sintomáticas y conductuales de la ansiedad (Galindo et al., 2015).

Contiene cuatro opciones de respuesta tipo likert, las cuales se especifican de la siguiente manera: “poco o nada”, “más o menos”, “moderadamente” y “severamente”. Al momento de la aplicación se indica a cada participante seleccione la opción de respuesta con la que mayor se identifique teniendo en cuenta la última semana incluyendo el día en el que se contesta el inventario (Arriaga & Bautista, 2016) con una confiabilidad alfa de cronbach de 0.83 (Hernández, 2015).

La calificación se especifica de la siguiente manera: “poco o nada” equivale a 0,

“más o menos” es igual a 1, “moderadamente” se califica con 2 y “severamente” se le otorga el valor de 3, se realiza la suma total y se obtiene el grado de ansiedad con base al puntaje obtenido individualmente (ver anexo 1).



Figura 5: Niveles de ansiedad. Adaptada de Arriaga & Bautista, 2016.

El Inventario de Depresión de Beck, es utilizado en gran parte del mundo para medir la severidad de la sintomatología depresiva en muestras clínicas y no clínicas, creado por Beck, Steer y Garbin en 1988 (Jurado, Loperena, Méndez, Rodríguez, Varela & Villegas, 1998).

Fue adaptado a población mexicana por Jurado, Loperena, Méndez, Rodríguez, Varela y Villegas en 1998. Es por ello que el instrumento fue utilizado en este estudio por contar con una confiabilidad y validez ajustada a México, obteniendo un alfa de cronbach de .87.

Consta de 21 ítems con cuatro opciones de respuesta en escala tipo Likert. Al momento de contestar se da la instrucción a cada participante de seleccionar la oración u oraciones con las que mayor se identifica, teniendo como marco de referencia la última semana incluyendo el día en el que se contesta el inventario (Arriaga & Bautista, 2016).

Para calificar el Inventario de Depresión de Beck se otorga una puntuación de 0 a 3 a cada opción de respuesta que selecciona el participante, se realiza un suma

total de los reactivos seleccionados por los participantes, identificando el grado de depresión correspondiente al puntaje obtenido (Jurado et al., 1998) (ver anexo 2).

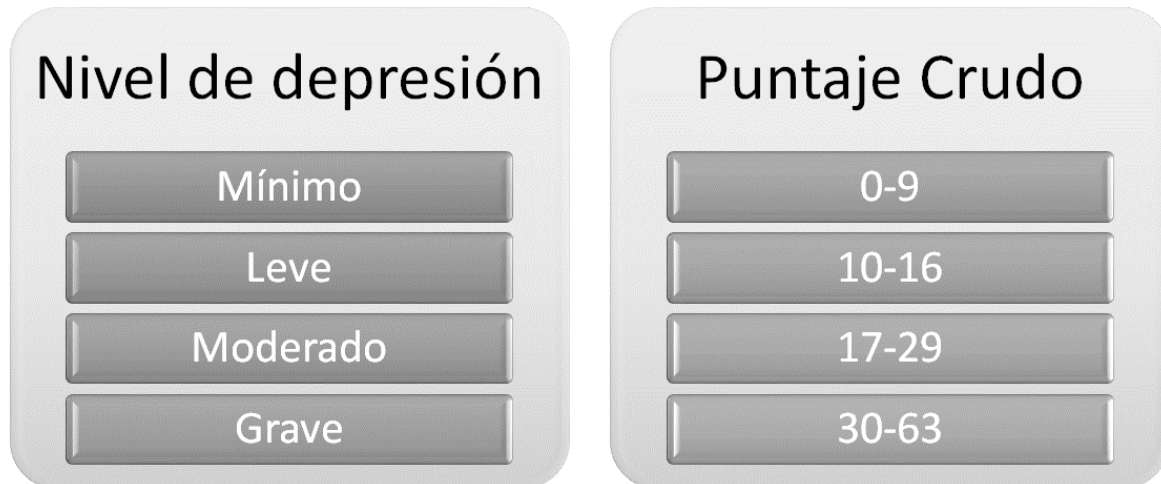


Figura 6: Niveles de depresión. Adaptada de Jurado et al., 1998.

El instrumento de Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud fue traducido y adaptado a población mexicana por González-Celis & Sánchez-Sosa (2001).

Es un autoinforme que contiene veintiséis ítems con cinco opciones de respuesta que miden la percepción que tiene el individuo de su calidad de vida, se divide en cuatro factores: físico, psicológico, relaciones sociales y ambiente. Se obtienen cuatro sumas parciales correspondiente a cada dominio que oscilan entre el 0 y el 100, entre más alta la calificación, mejor calidad de vida (González-Celis & Padilla, 2006) (ver anexo 3).

Inventario Multicultural de la Expresión de la Cólera y la Hostilidad (ML-STAXI). Desarrollado por Moscoso y Spielberger en 1999. Consta de 44 ítems, mide tres categorías del enojo: Enojo estado, Enojo rasgo y Expresión y control del enojo. Validada en población mexicana, obteniendo un alfa de cronbach que va de .65 a .86 (Alcázar, Deffenbacher & Byrne, 2011).

El inventario cuenta con cuatro opciones de respuesta diferentes, dependiendo de



la categoría que se esté evaluando, por ejemplo para el enojo estado las opciones de respuesta son: “No en absoluto”, “Un poco”, “Bastante” y “Mucho, Para las categorías de enojo rasgo y expresión y control del enojo son: “Casi nunca”, “Algunas veces”, “Frecuentemente” y “Casi siempre”. Cada una obteniendo un puntaje que va de 1 a 4. La suma se realiza por cada categoría y subcategoría, comparando el puntaje total con la media obtenida por mujeres y hombres como se observa en la tabla (Alcázar, Deffenbacher & Byrne, 2011) (ver anexo 4).

Escala de Respuestas Rumiativas (Rumiative Responses Scale, RRS) desarrollada por Nolen-Hoeksema y Morrow (1991). Es un autoinforme que consta de 22 ítems, que mide el estilo rumiativo de pensamiento. Consta de cuatro opciones de respuesta que abarcan desde “Casi nunca” a “Casi siempre”, teniendo como punto de corte 40 lo que significa que puntajes por arriba de éste, existe la presencia del estilo de pensamiento rumiativo, siendo 88 el puntaje máximo. Validada al español de México obteniendo un alfa de cronbach de .93 (Hernández-Martínez, García, Valencia & Ortega, 2016) (ver anexo 5).

## **9.- Participantes**

El tratamiento grupal se replicó dos veces en un periodo de dos meses (Agosto-Septiembre). El tratamiento en el primer grupo se aplicó a 14 participantes, el segundo grupo estuvo conformado por 8 participantes. En total la intervención conto con 20 participantes del sexo femenino y 2 del sexo masculino, con una media de edad de 18.75 con una mínima de 17 años y una máxima de 21 años.

### **Criterios de inclusión:**

- Alumnos de nuevo ingreso de la UAEH.
- Inscritos en la licenciatura de Cirujano Dentista.
- Que hayan realizado la aplicación de la batería de pruebas al inicio y final del tratamiento.

### **Criterios de exclusión:**

- Alumnos que hayan obtenido puntuaciones graves en el Inventario de Ansiedad

de Beck y en el Inventario de Depresión de Beck.

- Que hayan dejado de asistir al tratamiento grupal, en más de tres ocasiones.

## **10.- Escenario**

Para la aplicación del tratamiento grupal, se solicitó el aula B9 al área académica de psicología. Se utilizó material audiovisual (Proyector) de las instalaciones del Instituto de Ciencias de la Salud (ICSa).

Con el primer grupo se trabajó los días martes en un horario de 12:00-14:00 hrs, para la realización de las últimas tres sesiones el horario se modificó de 11:00-13:00 hrs, por solicitud de la trabajadora social del área académica de odontología, sin modificación del día de tratamiento.

El segundo grupo trabajo los días martes en un horario de 09:00-11:00 hrs, sin modificación de horarios o día de trabajo.

## **11.- Procedimiento**

Se realizó una entrevista con la trabajadora social del área académica de Odontología de la UAEH, para solicitar el apoyo de los grupos de nuevo ingreso. Se gestionó la apertura de espacios y material para la aplicación del taller psicoeducativo de manejo de emociones. Posteriormente se aplicó la batería de pruebas de manera digital a los alumnos de los dos grupos de nuevo ingreso.

La intervención se elaboró a partir de la identificación de la escasa regulación emocional que presentaban los alumnos del Instituto de Ciencias de la Salud lo que conducía a que presentarán problemas académicos y personales. La intervención estuvo integrada por diversas técnicas cognitivo-conductuales elegidas específicamente para alcanzar los objetivos planteados en este estudio, cada sesión contiene objetivos y temas específicos, en relación a esto se elaboró material y diversas estrategias para que los temas estuvieran accesibles a la población.

La intervención grupal se compone de seis sesiones con una duración de dos horas cada una (Ver Anexo 6).

La primera sesión tiene como objetivo, que el alumno conozca e identifique la forma de trabajar en el taller psicoeducativo de manejo de emociones, proporcionando el plan de tratamiento de manera general junto con los objetivos generales y específicos de este. Se brinda una breve introducción de las emociones básicas y los componentes (reacciones fisiológicas, pensamientos y conductas), para de esta forma poder identificar y reconocer cuales son las que tienen mayor relevancia en su día a día (Ver Anexo 7).

Se realizaron dinámicas para que los participantes se conozcan y expresaran las expectativas que tenían acerca del taller. Se les proporcionó una hoja base de autorregistros teniendo como sustento el modelo cognitivo-conductual. Se les explica el modelo A-B-C, donde (A) es la situación, (B) el pensamiento que se genera entorno a esta situación, generando mayor énfasis en este punto, tomando en cuenta que sobre él recae la mayor carga de trabajo del tratamiento, (C) que es la consecuencia o acciones que se realizan. Como actividad extra para la semana se entrega a cada alumno una tabla de autorregistros para empezar a identificar los pensamientos que se generan alrededor de situaciones específicas que le ocurren a los alumno.

En la segunda sesión se retroalimenta el llenado de los autorregistros analizados la sesión pasada aclarando y resolviendo las dudas que pudieron surgir en el transcurso de la semana. El objetivo de la sesión, consiste en proporcionar los componentes del manejo emocional (autoeficacia, automotivación, empatía, habilidades sociales, etc.) de esta forma los alumnos comprenden e identifican los conceptos que les ayudarán a identificar las emociones, esta exposición de los conceptos se compone de videos y de conceptos teóricos (Ver Anexo 8).

Se realizaron ejercicios de autoconocimiento, donde se explora las fortalezas y aspiraciones de los participantes, posteriormente se aborda el tema de pensamientos rumiativos donde se explica la importancia de reconocerlos en videos y conceptos teóricos. Se continúa con el llenado de los autorregistros haciendo énfasis en los pensamientos rumiativos que aparecen durante la semana contemplando la frecuencia e intensidad de aparición, en una escala del 1 al 10

donde 1 es mínimo y 10 es máximo en intensidad y frecuencia.

Para la tercer sesión los temas principales que se desarrollaron fueron la asertividad y comunicación no verbal, en el tema de asertividad se explica de manera teórica el concepto, se retroalimenta con un video y se lleva a cabo una dinámica donde se exponen las diversas formas de comunicación (pasiva, agresiva y asertiva), haciendo mayor énfasis en la comunicación asertiva. El tema de comunicación no verbal presenta una estructura similar, se explica de manera teórica, pero se realiza de manera gráfica la exposición de las facciones representativas que tiene cada emoción en el rostro. Esto se complementa con un video y con una dinámica donde cada participante expresa una emoción y los demás tienen que adivinar por los gestos que realiza, a qué emoción corresponde (Ver Anexo 9).

Esta sesión además de ser teórica se abarca la técnica de solución de problemas, se explica abarcando con detalle cada uno de los puntos que componen esta técnica, orientada a que el alumno pueda desarrollar estrategias específicas de carácter racional fomentando la actitud positiva de la solución de problemas en base a las situaciones que cada participante notifique en sus autorregistros, se pide que de una situación en particular, la que esté causando mayor conflicto se aplique esta técnica y la traigan de manera gráfica y detallada con cada punto de la técnica la siguiente semana.

En la cuarta sesión se analiza de manera grupal ciertas situaciones que los participantes quieren comentar en el ejercicio de la técnica de solución de problemas, de manera opcional, si los participantes no desean compartir su ejercicio se procede a retroalimentar y aclarar las dudas que surgieron en la semana en torno a los autorregistros y al ejercicio de solución de problemas (Ver Anexo 10).

El tema de la sesión abarca al estrés, se expone a los alumnos los diferentes conceptos de estrés que se encuentran en la literatura (distrés y eustrés), de manera simultánea se abordan los efectos fisiológicos producidos por este, al igual que las causas que conlleva el no reconocer y manejar estas reacciones

producidas por situaciones ambientales. Al momento de explicar estos conceptos se realiza un ejercicio donde los participantes, enumeran situaciones que les generan estrés, esta actividad se retroalimenta de manera general, teniendo como base el modelo A-B-C expuesto con anterioridad.

Se llevan a cabo las fases del entrenamiento en inoculación del estrés teniendo como objetivo la promoción de la regulación en las actividades realizadas por los participantes, incrementando la instauración de conductas adaptativas, reestructurando los esquemas cognitivos que los llevan a realizar conductas desadaptativas. Posteriormente se enseña la relajación progresiva de Jackson en partes generales del cuerpo, dejando como tarea la realización de estas técnicas, teniendo como marco de referencia los autorregistros anteriormente revisados, evaluando una situación en particular descrita anteriormente en sus registros, que les provoque niveles altos o moderados de estrés. La realización de la técnica se anota en los autorregistros notificando cómo se sienten (físicamente) para tener un control de las actividades dejadas fuera de la sesión.

Para la quinta sesión se abordó el tema de ansiedad, explicando su significado de acuerdo a las características expuestas en el DSM-V y la importancia de identificar las reacciones fisiológicas que se manifiestan en este trastorno para disminuir la aparición de alguna enfermedad crónica degenerativa. Con los autorregistros dejados se analizan los pensamientos irracionales que se generan en torno a las situaciones anotadas, se explican y se aclara la importancia de poder identificarlos y manejarlos para de esta forma disminuir los efectos que producen en el cuerpo. Se realiza una actividad donde se describen los principales pensamiento irracionales propuesto por Albert Ellis, donde cada participante identifica anotando en una hoja cuáles son los que tienen mayor presencia en su pensamiento (Ver Anexo 11).

Se realiza una retroalimentación de las técnicas expuestas en las últimas sesiones para aclarar cualquier duda, se deja de tarea realizar el análisis de sus autorregistros identificando estos pensamientos irracionales y las causas que tienen de manera conductual y física. Para terminar la sesión se lleva a cabo una

imaginaria guiada, donde se abordan aspectos acerca de las fortalezas individuales, se reflexiona sobre los aspectos que los llevaron a tomar decisiones importantes y cómo pueden trabajar en el aspecto personal.

En la sexta y última sesión se pide a cada participante que anote qué aspectos se lleva del taller, de los facilitadores y de su participación. Retroalimentando y alentando a que sigan practicando las técnicas expuestas en el taller psicoeducativo de manejo de emociones, posteriormente se expone y explica el tema de enojo, detallando las diferencias entre ira, hostilidad y miedo, se exponen las reacciones fisiológicas que se producen por esta emoción. Se lleva a cabo una actividad de enojo, que tiene como objetivo identificar factores que producen enojo de manera individual y como se reacciona ante estas situaciones (Ver Anexo 12).

El final del taller consiste en una breve explicación de la importancia de regular las emociones para disminuir la aparición de factores psicológicos o físicos que desarrollen o propicien la aparición de una enfermedad crónico degenerativa, se les recomienda poner en práctica las técnicas expuestas en las sesiones, se recolectan los autorregistros de la semana aclarando dudas o ciertas complicaciones que se tuvieron en el proceso.

## **12.- Análisis de los datos**

Para describir los puntajes de las variables extrañas, se utilizaron las medias totales de las puntuaciones para cada cuestionario y sólo en el caso de la escala de respuestas rumiativas se realizó para cada factor.

En tanto que para evaluar los cambios antes y después del tratamiento se calculó la prueba no paramétrica W de Wilcoxon que pertenece a las pruebas no paramétrica de comparación, para 2 muestras relacionadas (Juárez, Villatoro & López, 2002),

El análisis estadístico se llevó a cabo con el programa IBM SPSS versión 21.

## Resultados

A continuación se muestra la descripción de las puntuaciones del grupo 1 y 2 antes y después de la intervención en cada una de las variables evaluadas, el total de alumnos que estuvo en la intervención fue de 22, 20 del sexo femenino y 2 del sexo masculino, con una media de edad de 18.75 con una mínima de 17 años y una máxima de 21 años. Los datos del pre-test respecto al Inventario de Ansiedad de Beck (Grupo1  $X=8.36$ , Grupo 2  $X=5.00$ ), mismos que se ubican en los niveles mínimo, leve y moderado. En tanto que, para el post-test las medias fueron (Grupo 1  $X=6.43$ , Grupo 2  $X=6.13$ ), también se ubican en los niveles mínimo, leve y moderado en la mayoría de los participantes (como se muestra en la tabla 11). Los niveles de la puntuación con este instrumento durante la intervención se mantuvieron. Se encontraron diferencias en el número de participantes que puntúan en sintomatología mínima, leve y moderada, siendo datos clínicamente significativos, sin embargo no son estadísticamente relevantes. Las puntuaciones obtenidas por este instrumento muestran que no es una población clínica. Por supuesto, la muestra es “comunitaria y muy sana.

Tabla 11

### *Resultados de sintomatología de ansiedad*

Nivel	Grupo 1		Grupo 2	
	Pre-test Número de participantes	Post-test Número de participantes	Pre-test Número de participantes	Post-test Número de participantes
Mínimo	7	9	7	4
Leve	4	3	1	4
Moderado	3	2	0	0
Grave	0	0	0	0

Las puntuaciones obtenidas durante el pre-test por el Inventario de Depresión de Beck reflejan puntuaciones que se clasifican en los niveles mínimo, leve y moderado en la mayoría de los participantes (Grupo 1  $X=8.71$ , Grupo 2  $X=8.25$ ). En los resultados post-test se obtuvieron puntuaciones clasificadas en los mismos niveles (Grupo 1  $X=6.71$ , Grupo 2  $X=6.13$ ), (como se muestra en la tabla 12). Los niveles de este instrumento durante la intervención se mantuvieron en lo general, sin embargo, se encontraron diferencias en el número de participantes que puntúan en sintomatología mínima, leve y moderada, siendo datos clínicamente significativos, aunque no son estadísticamente relevantes. Las puntuaciones obtenidas por este instrumento confirman que no es una población clínica.

Tabla 12

*Resultados de sintomatología depresiva*

Nivel	Grupo 1		Grupo 2	
	Pre-test Número de participantes	Post-test Número de participantes	Pre-test Número de participantes	Post-test Número de participantes
Mínimo	10	10	4	5
Leve	4	3	3	3
Moderado	0	1	1	0
Grave	0	0	0	0

Por otro lado las puntuaciones generales obtenidas en la aplicación pre-test de la escala de respuestas rumiativas (Grupo 1  $X=41.14$ , Grupo 2  $X=37.63$ ), enfatizando que en el grupo 1 se sobrepasa la puntuación promedio considerada de riesgo (que es de 40), lo mismo se observa en los factores que integran la prueba, es decir, reproches (Grupo 1  $X=9.21$ , Grupo 2  $X=8.75$ ), reflexión (Grupo 1  $X=9.64$ , Grupo 2  $X=8.50$ ) y depresión (Grupo 1  $X=20.71$ , Grupo 2  $X=18.88$ ). En la aplicación post-test se obtuvieron de manera general resultados que sobre pasan la puntuación de riesgo que es de 40 (Grupo 1  $X=47.14$ , Grupo 2  $X=38.88$ ) y por



cada factor, reproches (Grupo 1  $X=10.43$ , Grupo 2  $X=8.88$ ), reflexión (Grupo 1  $X=10.86$ , Grupo 2  $X=8.00$ ) y depresión (Grupo 1  $X=23.93$ , Grupo 2  $X=20.13$ ), como se muestra en la tabla 13. Los resultados de este instrumento durante la intervención incrementaron en el total y en los tres factores en el grupo 1, por su parte en el grupo dos se registró un incremento en el total sin llegar a alcanzar la puntuación de riesgo. Se encontraron diferencias en las puntuaciones con este instrumento antes y después de la intervención. Las diferencias en la media de cada grupo que puntúan en respuestas rumiativas y en cada factor, son datos clínicamente significativos, sin embargo no son estadísticamente relevantes. A pesar de las puntuaciones elevadas obtenidas por este instrumento se identifica que no es una población clínica lo que se comprueba con los resultados del Inventario de Depresión de Beck y del Inventario de Ansiedad de Beck.

Tabla 13

*Escala de Respuestas Rumiativas*

Factores	Grupo 1			Grupo 2		
	Media Pre-test	Media Post-test	Post-test	Media Pre-test	Media Post-test	Post-test
Reproches	9.21	10.43	8.75	8.88		
Reflexión	9.64	10.86	8.50	8.00		
Depresión	20.71	23.93	18.88	20.13		
Total	41.14	47.14	37.88	38.88		

Los resultados del pre-test del instrumento de calidad de vida WHO-QOL-Breve, que se divide en cuatro factores: físico, psicológico, relaciones sociales y ambiente. En el factor físico se observa una disminución en comparación con los

resultados obtenidos en la aplicación pre-test (Grupo 1  $X=71.57$ , Grupo 2  $X=68.88$ ) a los arrojados por la aplicación post-test (Grupo 1  $X=28.71$ , Grupo 2  $X=61.13$ ) (ver tabla 14). Como puede observarse en la tabla existe un cambio en los niveles de la puntuación con este instrumento debido a que se encontraron diferencias en el porcentaje del factor físico en esta prueba antes y después de la intervención, siendo datos clínicamente significativos, sin embargo en el grupo 1 estas diferencias son estadísticamente significativas, para ello se utilizó la prueba de Wilcoxon ( $z=-3.297$ ,  $p= 0.001$ ) mientras que en el grupo 2 no son estadísticamente relevantes (como se observa en la tabla 15).

El factor ambiente reporta un incremento en relación con los resultados de la aplicación pre-test (Grupo 1  $X=65.36$ , Grupo 2  $X=69.63$ ) con el obtenido en la aplicación post-test (Grupo 1  $X=75.00$ , Grupo 2  $X=75.00$ ) (ver tabla 14). Como puede observarse en la tabla existe un cambio en los niveles de la puntuación con este instrumento, debido a que se encontraron diferencias en el porcentaje del factor ambiente en esta prueba antes y después de la intervención, siendo datos clínicamente significativos, sin embargo, no son estadísticamente relevantes en ambos grupos (como se observa en la tabla 15).

Los resultados de la aplicación pre-test del factor psicológico (Grupo 1  $X=67.57$ , Grupo 2  $X=63.25$ ) en comparación con la aplicación post-test (Grupo 1  $X=71.64$ , Grupo 2  $X=66.38$ ) (ver tabla 14). Como puede observarse en la tabla existe un cambio en los niveles de la puntuación con este instrumento, debido a que se encontraron diferencias en el porcentaje del factor psicológico en esta prueba antes y después de la intervención, siendo datos clínicamente significativos, aunque no son estadísticamente relevantes en los dos grupos (como se observa en la tabla 15).

Por último Los resultados de la aplicación pre-test del factor de relaciones sociales (Grupo 1  $X=73.71$ , Grupo 2  $X=75$ ) en comparación con la aplicación post-test (Grupo 1  $X=70.64$ , Grupo 2  $X=79$ ) (ver tabla 14). Como puede observarse en la tabla existe un cambio en los niveles de la puntuación con este instrumento, debido a que se encontraron diferencias en el porcentaje del factor de relaciones

sociales en esta prueba antes y después de la intervención, siendo datos clínicamente significativos, a pesar de que no son estadísticamente relevantes en ambos grupos (como se observa en la tabla 15).

Tabla 14

*Instrumento de calidad de vida WHO-QOL-Breve*

Factores	Grupo 1		Grupo 2	
	Pre-test	Post-test	Pre-test	Post-test
	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje
Factor físico	71.57	28.71	68.88	61.13
Factor Psicológico	67.57	71.64	63.25	66.38
Factor ambiente	65.36	75	69.63	75
Relaciones sociales	73.71	70.65	75	79

Los resultados obtenidos con la prueba de Wilcoxon nos muestran el valor de la razón  $z$ , así como el valor de significancia asintótica bilateral de la prueba, tomando en cuenta la regla de decisión la cual muestra que si el valor de significancia es menor o igual a 0.05 se debe rechazar la hipótesis nula (Juárez, Villatoro & López) por lo tanto los resultados obtenidos en el instrumento WHO-QOL-Breve revelan que en el factor físico se encontró una diferencia estadísticamente significativa antes y después de la intervención en el grupo 1 (como se observa en la tabla 15) en los demás factores la significancia obtenida es mayor a la regla de decisión (0.05) lo que nos conduce a aceptar la hipótesis nula, revelando que en los factores ambiente, psicológico y relaciones sociales (grupo 1) el porcentaje se mantuvo antes y después de la intervención, por su parte en el grupo 2 los cuatro factores del instrumento, demuestran que el porcentaje se mantuvo antes y después de la intervención, en la significancia

obtenida por la prueba de Wilcoxon.

Tabla 15

*Estadísticos de contraste del instrumento WHO-QOL-Breve*

	Grupo 1				Grupo 2			
	Factor Físico	Factor Psicológico	Factor Relaciones sociales	Factor Ambiente	Factor Físico	Factor Psicológico	Factor Relaciones sociales	Factor Ambiente
Z	-3.297	-.979	-.563	-1.642	-1.866	-.921	-.686	-1.109
p=	.001	.327	.573	.101	.062	.357	.493	.268

Por último las puntuaciones obtenidas con el inventario multicultural de la expresión de la cólera y la hostilidad (ML-STAXI) antes y después de la aplicación arrojaron datos clínicamente significativos en ambos grupos de manera diferente en cada factor que compone el inventario, resulta importante destacar que estas diferencias no son estadísticamente significativas en todos los factores.

En el factor sintiendo enojo que mide la intensidad de la emoción que la persona experimenta al momento de contestar el inventario (Alcázar, Deffenbacher & Byrne, 2011), en ambos grupos se observa una disminución clínicamente significativa antes y después de la intervención (ver tabla 16). El factor deseo de expresar el enojo física y verbalmente que evalúa las ganas de insultar o golpear a alguien cuando la persona está contestando el inventario (Alcázar, Deffenbacher & Byrne, 2011), en los dos grupos se registró una disminución clínicamente significativa antes y después de la intervención (como se observa en la tabla 16).

El factor de temperamento de enojo que mide la tendencia a reaccionar generalmente con enojo por cualquier motivo, en cualquier lugar y con cualquier persona (Alcázar, Deffenbacher & Byrne, 2011), en el grupo 1 se observa una disminución antes y después de la intervención mientras que en el grupo 2 se registra un aumento, clínicamente significativo (ver tabla 16).

El factor de reacción de enojo que valora el grado en que la persona reacciona con esta emoción ante situaciones frustrantes (Alcázar, Deffenbacher & Byrne, 2011), en ambos grupos se observa un aumento clínicamente significativo antes y después de la intervención (ver tabla 16). En el factor expresión externa el cual hace mención a cuando se muestra el enojo hacia otras personas por ejemplo discutiendo (Alcázar, Deffenbacher & Byrne, 2011), en el grupo 1 se observa una disminución clínicamente significativa antes y después de la intervención, por su parte en el grupo 2 se identifica un aumento clínicamente significativa (ver tabla 16).

El factor expresión interna el cual indica que el individuo suprime su enojo por ejemplo alejándose de los demás o guardando rencores (Alcázar, Deffenbacher & Byrne, 2011), el grupo 1 registro una disminución clínicamente significativa antes y después de la intervención, mientras que en el grupo 2 se observa un aumento antes y después (ver tabla 16).

En el factor de control externo que mide el grado en que la persona intenta dominar o controlar su propia conducta cuando está enojado (Alcázar, Deffenbacher & Byrne, 2011), en los dos grupos se observa una disminución clínicamente significativa antes y después de la intervención (ver tabla 16). El último factor que es él de control interno el cual evalúa los intentos por calmarse o relajarse para disminuir el enojo (Alcázar, Deffenbacher & Byrne, 2011), en el grupo 1 se identifica un aumento clínicamente significativa antes y después de la intervención por su parte en el grupo 2 se observa una disminución clínicamente significativa antes y después de la intervención (ver tabla 16).

Tabla 16

*Inventario multicultural de la expresión de la cólera y la hostilidad (ML-STAXI)*

Factores	Grupo 1		Grupo 2	
	Pre-test Porcentaje	Post-test Porcentaje	Pre-test Porcentaje	Post-test Porcentaje
Sintiendo enojo	5.79	5.14	5.38	5
Deseo de expresar el enojo física y verbalmente	7.64	6.57	5.88	5.5
Temperamento	10.07	10	10.88	11
Reacción de enojo	11.14	12.5	9.5	10.63
Expresión externa	10.14	9.43	8.75	9.88
Expresión interna	12.86	12.29	10.75	10.88
Control externo	17.57	16.14	19.25	16.25
Control interno	16.86	17.36	16.5	13.63

Los resultados obtenidos con la prueba de Wilcoxon nos muestran el valor de la razón  $z$ , así como el valor de significancia asintótica bilateral de la prueba, tomando en cuenta la regla de decisión la cual muestra que si el valor de significancia es menor o igual a 0.05 se debe rechazar la hipótesis nula (Juárez, Villatoro & López). De esta forma en el inventario multicultural de la expresión de la cólera y la hostilidad (ML-STAXI) en todos los factores que conforman la prueba los resultados muestran que no hay una diferencia estadísticamente relevante (como se observa en la tabla 17 para el grupo 1 y en la tabla 18 para el grupo 2) debido a que los porcentajes son mayores a la regla de decisión (0.05) por lo tanto se rechaza la hipótesis nula para los dos grupos en este inventario antes y después de la intervención. Demostrando que estadísticamente los porcentajes

por cada factor se mantuvieron a lo largo de la intervención de acuerdo con la prueba de Wilcoxon en relación a la significancia asintótica.

Tabla 17

*Estadísticos de contraste del inventario multicultural de la expresión de la cólera y la hostilidad (ML-STAXI) grupo 1*

Factores	z	p= <.05
Sintiendo enojo	-1.194 <sup>b</sup>	.233
Deseo de expresar	-1.270 <sup>b</sup>	.204
Temperamento	-.045 <sup>c</sup>	.964
Reacción de enojo	-1.142 <sup>c</sup>	.253
Control interno	-.398 <sup>b</sup>	.691
Control externo	-1.142 <sup>b</sup>	.253
Enojo externo	-.475 <sup>c</sup>	.635
Enojo interno	-.507 <sup>b</sup>	.612

Tabla 18

*Estadísticos de contraste del inventario multicultural de la expresión de la cólera y la hostilidad (ML-STAXI) grupo 2*

Factores	z	p= <.05
Sintiendo enojo	-.707 <sup>b</sup>	.480
Deseo de expresar	-1.000 <sup>b</sup>	.317
Temperamento	-.531 <sup>c</sup>	.595
Reacción de enojo	-1.273 <sup>c</sup>	.203
Control interno	-1.609 <sup>b</sup>	.108
Control externo	-1.802 <sup>b</sup>	.072
Enojo externo	-1.186 <sup>c</sup>	.236
Enojo interno	-.284 <sup>b</sup>	.776

Se observaron una serie de cambios clínicos importantes en el desarrollo de la intervención, observados por el facilitador, los cuales se describen a continuación:

Tabla 19

*Cambios en la intervención*

Al comienzo	Al finalizar
Se emplearon técnicas para motivar y reforzar la participación de los alumnos.	Los alumnos participaban con iniciativa y voluntariamente en las actividades propuestas en la intervención.
La postura corporal, el tono de voz y la participación de los alumnos los identificaba como tímidos y reservados.	La participación era más constante, su tono de voz fue fluido y con más seguridad y la postura corporal cambio al momento de la intervención.
Los alumnos no compartían sus dudas o problemas con los que se enfrentaron al iniciar sus estudios universitarios.	Los alumnos desarrollaron una curiosidad por los aspectos relacionados a la motivación que identificaban con sus estudios, lo que los llevo a enfrentar de mejor manera los primeros problemas de su licenciatura. Compartiendo con sus compañeros y debatiendo sobre las posibles soluciones.
Desconocían los conceptos principales y las reacciones fisiológicas de las emociones.	Los alumnos que identificaron reacciones fisiológicas importantes en su cuerpo, buscaron ayuda por parte del facilitador de la intervención y de la CAP.
No tenían el conocimiento referente a las causas y consecuencias de la escasa regulación emocional.	El alumno era más consciente de los sucesos que ocurrían en su vida, generando mayor importancia a las consecuencias de no expresar sus emociones. Lo que en algunos casos los llevo a pedir ayuda al facilitador de la intervención a la CAP.
Los alumnos no lograban generar una convivencia adecuada al interior del grupo.	Se generó un ambiente agradable de convivencia al interior del grupo, lo que contribuyó a la creación de redes de apoyo importantes.
La asistencia a la intervención se debía a la presión por parte de la trabajadora social del área académica de Odontología.	La asistencia a la intervención, se llevó a cabo de manera voluntaria y motivada, manifestando el interés y relacionando los conceptos vistos en las sesiones con los acontecimientos de sus vidas.
Desconocían las técnicas empleadas para una regulación emocional.	Los alumnos lograron aplicar y replicar las técnicas en casa para tener un conocimiento de las emociones.



## **Discusión y conclusiones**

El objetivo general del presente trabajo, fue describir los efectos que tiene una intervención cognitivo-conductual para modificar el enojo y calidad de vida en alumnos la licenciatura en odontología, teniendo como objetivo importante la psicoeducación del manejo de emociones. Con la aplicación de instrumentos psicométricos que constatan que la población a trabajar no presentaba sintomatología clínica. Resulta importante destacar que este tipo de intervenciones cognitivo-conductuales pueden aplicarse en personas que presentan sintomatología depresiva y/o de ansiedad (Arriaga & Bautista, 2016; Álvarez, 2016).

El objetivo de la intervención psicoeducativa es favorecer el mantenimiento de las conductas saludables o el cambio conductual, cognitivo y emocional. Para alcanzar estos objetivos, se modifican o eliminan las conductas desadaptadas y se enseñan o instruye las conductas adaptativas que no existen en el repertorio conductual del sujeto. Para ello García (2014) destaca la importancia de establecer una duración, generando un trabajo en colaboración con el paciente para afrontar la situación problemática, planteando un modelo donde se puedan explicar de manera simple las diversas estrategias para la resolución del conflicto (Ángeles, Díaz & Villalobos, 2012).

La intervención psicoeducativa trabaja en conjunto con la promoción para la salud la cual es considerada como un aprendizaje positivo de hábitos protectores de comportamiento. Desarrollando un alto grado de funcionalidad a la hora de programar e instrumentar acciones concretas y específicas de promoción, siendo muy útil para comprender la significación psicológica, teniendo como un pilar el proceso de aprendizaje de comportamientos por reforzadores positivos. Flórez (2007) toma el concepto de la prevención como una disminución de hábitos comportamentales de riesgo, el cual permite comprender aspectos psicológicos, así como la importancia del proceso de aprendizaje de evitación que se va adquiriendo por reforzamiento negativo y que de no atenderse puede mantener no sólo conductas de riesgo sino convertirlas en precursores claros de padecimientos

físicos y mentales.

Tomando en cuenta lo mencionado por Flórez (2007) la prevención primaria es entendida como una reducción de hábitos comportamentales de riesgo que conducen a la adquisición de enfermedades o de otras disfunciones, así como de igual forma a desarrollar el aprendizaje de determinados comportamientos o a no tener otros. Por lo tanto la intervención que se desarrolló permite generar estrategias de aprendizaje para determinados comportamientos, como lo es la regulación emocional que incluye diversos factores de la esfera del individuo (cognitivo, conductual y fisiológico).

Por lo tanto la psicoeducación forma parte importante de un adecuado manejo de las emociones debido a que permite conocer e identificar los diversos elementos que conforman la experiencia emocional (pensamientos, sensaciones e impulsos), observando el tiempo de reacción en la que ocurren, para que el individuo pueda normalizar o disminuir el temor que se genera sobre su supuesta incontrollabilidad o peligrosidad, logrando formar diversas metas personales conducidas o indicadas por las emociones (Roemer & Orsillo, 2009).

La intervención tuvo una duración de seis sesiones, debido a que toma como punto principal la psicoeducación de las emociones, partiendo de diversas aplicaciones que toman como eje complementario la educación emocional que contemplaban siete o diez sesiones (León, 2014; Rojas, 2012), la cual está constituida por técnicas específicas para el manejo de estas (Psicoeducación, Terapia Racional Emotiva Conductual, Entrenamiento en solución de problemas, Autorregistros, Habilidades sociales, Técnicas de relajación como la Relajación muscular progresiva y la Respiración diafragmática).

En relación a la estrategia de planeación de seis sesiones para la intervención, cada sesión está elaborada específicamente para que los temas fueran comprendidos y abordados de una mejor manera, empleando diversos ejemplos y explicaciones, aclarando la mayor parte del tiempo las dudas existentes por parte de los alumnos. Las sesiones tenían una duración de dos horas.

La explicación de las técnicas cognitivo-conductuales se abordó desde una perspectiva psicoeducativa, partiendo de la explicación teórica, su funcionalidad y las consecuencias de no aplicarlas ante situaciones complicadas, para después explicar de manera práctica cómo desarrollar sistemáticamente su aplicación en la vida cotidiana, fortaleciendo el conocimiento de las estrategias de regulación emocional. El taller obtuvo un sustento importante debido a que la comunicación desarrollada por el psicólogo y el grupo, se desarrolló mediante la retroalimentación de los contenidos teóricos, contribuyendo a la implementación y mejora de las técnicas cognitivo-conductuales.

La efectividad de la aplicación de intervenciones con un enfoque cognitivo-conductual en el manejo de emociones en específico con la ira han ofrecido excelentes resultados. Las estrategias que se utilizan con mayor frecuencia para abordar este tipo de situaciones son: relajación, entrenamiento en habilidades sociales en asertividad y reestructuración cognitiva (López, Rodríguez, Vázquez & Alcázar, 2012). De esta forma las técnicas empleadas en esta intervención fueron empleadas como complementos para la psicoeducación y la regulación emocional.

Los resultados obtenidos por la intervención se interpretan con la significancia clínica, debido a que como lo menciona Iraurgi (2009) esta genera un marco de referencia en el cual se necesita tener una relación entre los indicadores de monitorización clínica con los objetivos de la terapia. Siguiendo esta línea la significancia clínica tiene un interés en el valor de los efectos, el tiempo requerido para cada sesión, la accesibilidad en la aplicación del tratamiento, teniendo en consideración los efectos adversos, la aceptación y satisfacción con el tratamiento por parte de los pacientes.

Gómez y Roussos (2012) comentan que el objetivo fundamental de la significancia clínica es determinar en qué medida los procesos terapéuticos permiten alcanzar y lograr resultados de valor y significancia para el paciente y el terapeuta, produciendo modificaciones reales y tangibles en la vida de los pacientes, la cual es un recurso importante para que los terapeutas evalúen la relevancia e impacto de las intervenciones y el devenir en el tiempo de los pacientes. De esta forma el

cambio terapéutico se formula desde la hipótesis científica, la cual radica en recoger los cambios en los valores de normalidad dentro del área clínica sometida a intervención por ejemplo una reducción de la sintomatología depresiva hacia niveles no patológicos (Iraurgi, 2009).

Iraurgi (2009) manifiesta en determinados casos, la importancia de que el cambio estadísticamente significativo no indica el verdadero valor terapéutico, sin embargo es importante destacar la relevancia que tiene la significancia clínica y la significancia estadística en esta intervención debido a que como lo menciona Iraugi (2009) se deben utilizar como complementos que informen acerca de la magnitud, dirección y la importancia real de los resultados obtenidos con estas dos pruebas de significancia. La significancia clínica es un recurso importante para que los terapeutas evalúen la relevancia e impacto de las intervenciones y el devenir en el tiempo de los pacientes (Gómez & Roussos, 2012).

Por lo tanto Los resultados obtenidos durante la intervención con los cinco instrumentos generan una relación considerable en el ámbito clínico. Para ello al momento de encontrar la significancia estadística se utilizó la prueba para muestras no paramétricas de Wilcoxon en dos muestras relacionadas, la significancia clínica se obtiene de los resultados de la aplicación pre-test y post-test de la batería de pruebas. De esta forma se pudo validar lo que menciona Gómez y Roussos (2012) en relación al objetivo de la significancia clínica el cual está determinado en la medida en el que los procesos terapéuticos permiten alcanzar y lograr los resultados de valor y significancia para el paciente y el terapeuta, lo que conlleva a producir modificaciones reales y tangibles en la vida del paciente

En cada instrumento que se aplicó durante la intervención se obtuvo datos clínicamente significativos, los porcentajes de ansiedad y depresión, que arrojaron el Inventario de ansiedad de Beck y el Inventario de depresión de Beck, se mantuvieron a lo largo de la intervención cognitivo-conductual propuesta, los puntajes oscilan en los niveles mínimo, leve y moderado de sintomatología ansiosa y depresiva antes y después de la intervención, de esta forma se cumplen

los objetivos específicos que consisten en describir los resultados obtenidos por estas pruebas. Al no presentarse puntuaciones graves en el inventario de ansiedad de Beck y en el inventario de depresión de Beck, se confirma que la población no presentaba rasgos clínicos y se muestra que son clínicamente significativos.

Por su parte en la escala de respuestas rumiativas se encontraron puntuaciones que sobre pasan la puntuación de riesgo en el total de esta (que es igual o mayor a 40) en el grupo 1, el grupo 2 registró un aumento antes y después de la intervención, sin embargo el total no supera la puntuación de riesgo. Estos resultados resaltan la importancia de la rumiación como un factor de riesgo a padecer depresión por más tiempo y de una manera más intensa, no afectando directamente en el desarrollo del episodio depresivo, de igual forma la rumiación se concibe desde una visión desadaptativa derivada de una inadecuada reflexión mental provocando efectos adversos en los individuos (Hernández, 2015). El estilo de pensamiento rumiativo o rumiación es considerado una estrategia de regulación emocional la cual tiene su base en un modo de pensar de forma repetitiva, pasiva y reflexiva en las emociones negativas experimentadas considerando sus posibles causas y consecuencias, los estudios de la rumiación han encontrado dos subcomponentes que la conforman, el primero de ellos se llama reflexión presenta componentes adaptativos, debido a que el individuo busca en su interior las estrategias para encontrar una solución a sus conflictos, por su parte el segundo subcomponente es el de reproches, considerado desadaptativo, ya que las personas centran su atención de manera pasiva sin encontrar una solución eficaz a sus conflictos (Treyner, Gonzalez & Nolen-Hoeksema, 2003). En el grupo 1 se encontró un aumento clínicamente significativo en el subfactor de reflexión antes ( $X=9.64$ ) y después ( $X=10.86$ ) de la intervención al igual que en el factor de reproches antes ( $X=9.21$ ) y después ( $X=10.43$ ), identificando que este aumento fue mayor en el subfactor adaptativo. En el grupo 2 en el subfactor de reflexión se identificó una disminución antes ( $X=8.50$ ) y después ( $X=8.00$ ) de la intervención, por su parte en el subfactor de reproches en el antes ( $X=8.75$ ) y en él después ( $X=8.88$ ) se observa un aumento.

En lo que respecta a la calidad de vida de los participantes, que se evaluó con el instrumento WHO-QOL-Breve, se encontraron cambios estadísticamente significativos después de la intervención cognitivo-conductual. En el primer grupo el factor físico registró una disminución de la calidad de vida después de la intervención, antes de la intervención se encontró una media de 77.57 y después la media obtenida fue de 28.71, esto tiene estrecha relación con el reconocimiento de los factores físicos que se registran al momento de la experiencia emocional, por ejemplo la tensión muscular, incremento en la presión sanguínea, resistencia eléctrica de la piel, presión arterial, dilatación de los bronquios, aumento de la reactividad gastrointestinal, náuseas e incremento de la salivación (Chóliz, 2005a; Palmero, Fernández, Martínez & Chóliz, 2002; Piqueras, Ramos, Martínez & Oblitas, 2009; Pérez & Redondo, 2008). En el factor ambiente en ambos grupos se registró un aumento antes y después de la intervención, las diferencias encontradas después del tratamiento grupal demuestran que los sujetos encuentran apoyo en los medios que los rodean para de esta forma crear vínculos y redes de apoyo eficaces, lo que apoya la eficacia de la intervención generando una diferencia clínicamente significativa, debido al fortalecimiento de la salud mental desde aspectos positivos, la cual implica un modo de pensar compasivo sobre nosotros mismos y los demás, generando expectativas de un futuro positivo y un modo adaptativo de interpretar la realidad, lo cual lleva a tener recursos para afrontar adversidades que sirvan para un desarrollo como seres humanos. Todo esto desarrolla un panorama más amplio de lo que un enfoque basado en los déficit en salud pueda ofrecer (Díaz, Blanco. Horcajo & Valle, 2007).

El aumento en el factor ambiente reportado antes y después de la intervención conduce a un desarrollo del bienestar y la felicidad los cuales tienen una fuerte relación con la promoción de la salud psicofísica y la prevención de conductas de riesgo, en lo que respecta a la prevención se pueden identificar conductas como el abuso de sustancias adictivas, violencia, depresión, suicidios, etc. (García, 2014), que ocasionen que los alumnos generen una percepción de falta de apoyo con el ambiente en donde se desarrollan. Por ejemplo, Vázquez en el 2015 señala en un estudio de manejo de emociones que si la emoción es positiva, como lo es la

alegría (factor importante a considerar en la calidad de vida de los sujetos) se estimula la vitalidad del organismo, por lo tanto se genera un aumento en la energía, incrementando las defensas del organismo contra agentes dañinos para la salud, fomentando la actividad física. Esta investigación respalda los incrementos que se registraron en el factor psicológico antes y después de la intervención, donde los alumnos presentan una percepción alta en relación a su salud mental llevándolos a formar relaciones sociales estables y un conocimiento propio real y tangible. La calidad de vida se compone de factores tanto internos como externos, por lo cual su evaluación resulta importante en el reconocimiento de las emociones.

El inventario multicultural de la expresión de la cólera y la hostilidad (ML-STAXI) en los factores en que se divide registraron cambios clínicamente significativos. El enojo estado que se divide en los factores: sintiendo enojo y deseo de expresar el enojo física y verbalmente, se observó una disminución clínicamente significativa en ambos grupos, indicando que los usuarios al momento de contestar el inventario no presentaban o experimentaban enojo. Las puntuaciones antes y después de la intervención cognitiva-conductual en este inventario en ambos grupos correspondiente al factor de temperamento se mantuvieron, el temperamento hace mención a la tendencia a reaccionar con enojo ante cualquier persona en cualquier lugar y sin importar el motivo (Alcázar, Deffenbacher & Byrne, 2011). Diversos estudios comienzan del concepto de que cada persona nace con un patrón específico de respuesta conductual, por su parte los rasgos y características temperamentales se pueden estimular o inhibir por la presencia de factores externos, como lo son familiares, culturales, ambientales y sociales. El ambiente genera un grado de influencia lo que lleva a que dichos rasgos se presentan con mayor o menor fuerza (Albores-Gallo, Márquez-Caraveo & Estaño, 2003), la disminución en el porcentaje de este factor refleja que la forma de mostrar el enojo ante determinada situación, aunque estas sean valoradas como intrusivas, se mantiene a lo largo de la intervención, no reaccionando de manera automática, obteniendo la posibilidad de replicar estas conductas.

En el factor de expresión del enojo interno y externo las diferencias clínicamente significativas encontradas fueron distintas en cada grupo, en el grupo 1 antes y después de la intervención se observa una disminución en la media de cada factor, causando que la expresión del enojo de manera externa no sea discutiendo con los demás o de manera interna guardando rencores o reprimiendo la emoción (Alcázar, Deffenbacher & Byrne, 2011), las técnicas cognitivo-conductuales empleadas en la intervención tienen como objetivo ayudar a los alumnos a canalizar de manera eficaz la emoción experimentada ante determinadas situaciones estresantes para ellos. Por su parte en el grupo 2 estas diferencias encontradas antes y después de la intervención aumentaron en los dos factores de expresión (interna y externa) de enojo.

En relación al control externo e interno del enojo, en el grupo dos se identificó una diferencia clínicamente significativa antes y después de la intervención, esta diferencia consiste en una disminución en el porcentaje de la media reportado por estos factores, por su parte en el grupo 1 en el factor interno se observa una disminución mientras que en el factor externo las puntuaciones se mantuvieron durante la intervención, resulta importante destacar la disminución que se encontró en el enojo expresado externamente, debido a que el individuo desarrolla estrategias óptimas para la expresión de los impulsos que ocasiona esta emoción. Señalando la importancia de la intervención, debido a que la ira es considerada una emoción negativa, pues es un estado de malestar que abarca desde una intensidad equivalente a una irritación suave hasta un cólera intenso guardando una estrecha relación con el control de ésta, la cual consiste en afrontar la situación canalizando la energía emocional con el objetivo de proyectar esa energía a fines constructivos, tales como el encontrar o maximizar las posibles soluciones positivas al conflicto (Piqueras, Ramos & Martínez, 2009).

Estos resultados en la disminución de la ira implican un cambio clínicamente significativo debido a que es conocida ampliamente como un problema de salud mental significativo, la cual contiene diversas ramificaciones psicológicas, conductuales e incluso médicas significativas, ya que causa un sufrimiento



emocional significativo a la persona que la experimenta al igual que a las personas que lo rodean (Piqueras, Ramos & Martínez, 2009).

Vázquez (2015) contempla que las emociones negativas como lo son la ira, tristeza, desagrado o el miedo desarrollan un desequilibrio en los mecanismos que regulan al organismo teniendo como efectos los trastornos digestivos, nerviosos y circulatorios en el cuerpo, lo que conduce a un descenso en la energía vital que contribuye a una disminución de las defensas orgánicas y a la actividad física. Llevando a las personas a una limitación progresiva en el pensamiento, produciendo aislamiento personal donde predominan las ideas negativas

Partiendo de estos resultados es importante destacar la implementación de factores de protección como la aplicación de intervenciones cognitivo-conductuales para el manejo de emociones a nivel primaria primaria, debido a que el reconocimiento y el manejo de las emociones contribuyen a disminuir los riesgos de padecer una enfermedad crónica-degenerativa, contrario a emplear una escasa o nula regulación emocional, que con lleve a la aplicación de estrategias de evitación o escape, como estrategias de regulación emocional.

El empleo de técnicas cognitivo-conductuales a un nivel de intervención primaria queda justificado en la intervención del manejo de emociones debido a que uno de los objetivos de las técnicas cognitivo-conductuales es el tratamiento de las conductas y respuestas emitidas de manera desadaptada de carácter aprendido (conductual, cognitivo, fisiológica y emocional), instruyendo al sujeto a la educación de conductas y respuestas (conductual, cognitivo, fisiológica y emocional) (Ángeles, Díaz & Villalobos, 2012).

Los objetivos planteados al principio de la intervención se lograron exitosamente, partiendo de una base teórica de conocimiento de la definición de las emociones y de los factores que interfieren en el manejo de estas, para de esta forma enseñar y educar las estrategias cognitivo-conductuales de regulación emocional, las cuales estuvieron planeadas específicamente para las situaciones que se fueran presentando en la vida cotidiana de los alumnos de nuevo ingreso.

El taller de técnicas cognitivo-conductuales va orientado a proporcionar estrategias a los alumnos de nuevo ingreso para generar un manejo de emociones, la intervención cuenta con técnicas específicas y temas en particular desarrollados a lo largo de cada sesión que fortalecen los objetivos de la intervención, sin embargo se debe tomar en cuenta la población a la que va dirigida, los objetivos planteados o el enfoque a utilizar, para adecuar las técnicas propuestas y de esta forma obtener los resultados esperados. Realizando adecuaciones que logren cumplir con los objetivos planteados en particular por la población a la que va dirigido u orientados a los fines determinadas por la investigación.

La intervención cognitivo-conductual tiene un papel importante en intervenciones de primer nivel con alumnos de nuevo ingreso de nivel superior, donde el eje principal radica en la prevención y el cuidado de la salud mental. Los objetivos van orientados al apoyo para este tipo de poblaciones, de esta forma las situaciones externas ligadas al ámbito educativo y personal no generen un grado significativo de deterioro que conduzca a los alumnos a adoptar conductas de riesgo o a aumentar el índice de deserción.

Por medio del proceso de aplicación de pruebas psicométricas la intervención proporciona información relevante de los alumnos, destacando los datos importantes en relación a los signos de riesgo que lleven a los alumnos a adoptar conductas inadecuadas, de esta forma se puede realizar una canalización oportuna, para brindar técnicas específicas. Un aspecto destacable de la funcionalidad en la intervención, radica en el hecho de su diseño, donde los alumnos aprenden la información relevante de las emociones básicas (componentes, reacciones físicas, cognitivas y conductas, etc.), de los componentes específicos de la calidad de vida y el bienestar psicológico, brindando de manera práctica y sencilla determinadas técnicas específicas para identificar, reconocer y modificar la experiencia emocional que en diversas ocasiones se reacciona de manera instintiva conduciendo a actuar de manera desadaptada.

Esta intervención esta en los márgenes de las intervenciones primarias de salud, donde existe evidencia de que la población no presenta síntomas clínicos y por ello se orienta y educa el cuidado de la salud mental, proporcionando estrategias y herramientas necesarias para su cuidado, promocionando el uso adecuado de ellas. De esta forma podemos entender la importancia de disminuir síntomas importantes en los alumnos o de mantener los estados de bienestar, los cuales conducen a la toma de decisiones oportuna y al comprender la naturaleza de los aspectos cognitivos y afectivos en las situaciones con las que se enfrentan. Para que en el ámbito educativo y personal puedan identificar las fortalezas y aspectos reales o consientes, que se desarrollan con el autoconocimiento, que los lleven a alcanzar sus objetivos, evitando en la medida de lo posible futuras frustraciones por no alcanzar dichos objetivos.

La intervención cognitivo-conductual cumple con los objetivos de la psicoeducación al momento de informar a los usuarios sobre las consecuencias que se desarrollan de la escasa regulación emocional. La propuesta planteada en esta investigación va orientada al fortalecimiento de las habilidades que las personas no presentan en su repertorio conductual y cognitivo, lo cual se logra obtener con el apoyo teórico y práctico de una intervención a nivel primaria en salud, como la población a trabajar no contaba con sintomatología clínica significativa, se enseñan estas estrategias para que en un futuro no se presente algún tipo de consecuencias que se desencadenan de la vida.

## **Limitaciones**

Este proyecto formó parte de los trabajos de intervención planteados por la clínica de atención psicológica (CAP) del Instituto de Ciencias de la Salud, por lo que existen factores institucionales que afectan en la intervención que pueden ser susceptibles de mejora en beneficio de las futuras intervenciones. Por tanto, se hacen las siguientes recomendaciones para futuros estudios.

- 1.- Disponibilidad de espacios para la aplicación de las pruebas planeadas en esta intervención.
- 2.- Disponibilidad de espacios y horarios específicos para llevar a cabo la intervención.
- 3.- Número reducido de participantes en la intervención.
- 4.- Control sobre la aplicación pre-test y post-test.

## **Recomendaciones**

Finalmente es necesario considerar diversas recomendaciones para tener mejores resultados de los obtenidos por este trabajo.

- 1.- Buscar el apoyo de las diversas áreas del Instituto de Ciencias de la Salud, para replicar la aplicación a los alumnos de nuevo ingreso de estas áreas.
- 2.- Con los resultados obtenidos por la batería de pruebas aplicada, identificar los alumnos que presenten sintomatología depresiva y ansiosa grave, para su canalización oportuna.
- 3.- Buscar los espacios y horarios adecuados para la aplicación óptima de la intervención a cada grupo.
- 4.- Mayor número de sesiones, lo cual contribuiría al fortalecimiento de las técnicas empleadas.
- 5.- Tener un grupo control.

## Referencias

- Albarrán, A. & Macías, M. (2007). Aportaciones para un modelo psicoeducativo en el servicio de psiquiatría del hospital civil Fray Antonio Alcalde en Guadalajara, Jalisco, México. *Investigación en salud*, 9(2), 118-124. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=14290308>.
- Albores-Gallo, L., Márquez-Caraveo, M. & Estañol, B. (2003). ¿Qué es el temperamento? El retorno de un concepto ancestral. *Salud Mental*, 26(3), 16-26.
- Alcántara, G. (2008). La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad Sapiens. *Revista Universitaria de Investigación*, 9(1), 93-107.
- Alcázar, R., Deffenbacher J. & Byrne, Z. (2011). Assessing the factor Structure of the Anger Expression Inventory (ML-STAXI) in a Mexican Sample. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 11(2), 307-318.
- Allardt, E. (1996). Tener, amar, ser: una alternativa al modelo sueco de investigación sobre el bienestar. En A. Nussbaum & A. Sen (Comps.). *La calidad de vida* (pp.126-134), México: F.C.E.
- Alvarado, H. (2011). Los problemas de salud mental en los adolescentes, el derecho a la salud en la actual política de salud y el papel del profesional de enfermería. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 13(1), 79-92.
- Anadón, O. (2006). Inteligencia emocional percibida y optimismo disposicional en estudiantes universitarios. *REIFOP*, 9(1). Recuperado de <http://www.aufop.com/aufop/home/>
- Ángeles, M., Díaz, M. & Villalobos, A. (2012). *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales*. Bilbao: Desclée de Brouwer S.A.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health*. San Francisco: Jossey

Bass.

Ardila, R. (2003). Calidad de vida: una definición integradora. *Revista latinoamericana de psicología*, 35(2), 161-164.

Arriaga, V. & Bautista, L. (2016). *Propuesta de tratamiento grupal para el manejo de ansiedad y depresión en adultos jóvenes*. (Tesis de licenciatura no publicada). Universidad Nacional Autónoma de México.

Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-V*. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría.

Avia, M. & Vázquez, C. (1998). *Optimismo inteligente. Psicología de las emociones positivas*. Madrid: Alianza Editorial.

Barrantes, K. & Ureña, P. (2015). Bienestar psicológico y bienestar subjetivo en estudiantes universitarios costarricenses. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 17(1), 101-123.

Barrón, J. & Bazán, A. (2004). *Expresión de sentimientos en el género masculino*. (Tesis de licenciatura no publicada). Universidad Nacional Autónoma de México.

Ben-Ze'ev, A. (2000). *The subtlety of emotions*. Cambridge, MA: Massachusetts Institute of Tehnology.

Bisquerra, R. (2003). Educación emocional y competencias básicas para la vida. *Revista de Investigación Educativa*, 21(1), 7-43. Recuperado de: <http://revistas.um.es/rie/article/view/99071>.

Buchkremer, G., Klingberg, S., Holle, R. & Schulze, H. (1997). Psychoeducational psychotherapy for schizophrenic patients and their key relatives or care givers. Results of a 2-year follow-up. *Acta Psychiatry Scand*, 96. 483–491.

Buela, G., Caballo, V. & Sierra, J. (1996). *Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud*. España: Siglo Veintiuno.

- Caballero, D. (2012). *Diferencias por género en la expresión emocional y su impacto en el bienestar desde la perspectiva de la psicología positiva*. (Tesis de licenciatura no publicada). Universidad Nacional Autónoma de México.
- Caballo, V. (1998). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos: Vol. 2 formulación clínica, medicina, conductual y trastornos de relación*. España: Siglo Veintiuno.
- Caballo, V. (Eds.). (2002). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos: Vol. 1 Trastornos por ansiedad, sexuales, afectivos y psicóticos*. (2da ed.). España: Siglo Veintiuno.
- Caballo, V. (Eds.). (2007). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. (7ma ed.). España: Siglo Veintiuno.
- Campuzano, J., Hernández, A., González, M. & Hernández, C. (2014). Tendencia de la mortalidad por trastornos mentales: un panorama epidemiológico en México (1980-2011). *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, 57(3) 22-30.
- Casacchia, M. & Roncone R. (1999). Trattamenti psicoeducativi familiari nella schizofrenia: esterofilia o applicazione di interventi basati sull'evidenza? *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 8(3) ,183–189.
- Chávez, B. (2010). *Estrategias para el desarrollo de la inteligencia emocional en los niños preescolares*. (Tesis de licenciatura no publicada). Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, Escuela superior de Actopan. Facultad de psicología.
- Chávez, J. & Chávez, A. (2016). *Emociones, afrontamiento e integración de la familia en el tratamiento y control de la diabetes mellitus*. (Tesis de licenciatura no publicada). Universidad Nacional Autónoma de México, facultad de estudios superiores Zaragoza.
- Chirino, A. & Hernández, E. (2015). Comunicación afectiva y manejo de las



emociones en la formación de profesionales de la salud. *Educación Médica Superior*, 29(4), 872-879.

Chóliz, M. (2005a). Psicología de la emoción: El proceso emocional. Recuperado el 15 de enero de 2017 desde: <http://www.uv.es/choliz/ProcesoEmocional.pdf>

Chóliz, M. (2005b). *Técnicas para el control de la activación: Relajación y respiración*. Recuperado el 02 de febrero de 2017, de universidad de Valencia: <http://www.uv.es/choliz/RelajaciónRespiración.pdf>

Colop, A. (2016). *Terapia racional emotiva-conductual y sentimiento de culpa*. (Tesis de grado no publicada). Universidad Rafael Landívar, Facultad de Humanidades, Licenciatura en Psicología Clínica.

Company, R., Oberst, U. & Sánchez, F. (2012). Regulación emocional interpersonal de las emociones de ira y tristeza. *Boletín de Psicología*, 104, 7-36.

Cortina, L. (2014). *Las emociones positivas y su relación con el nivel de consumo de alcohol en un grupo de universitarios mexicanos*. (Tesis de doctorado no publicada). Universidad Nacional Autónoma de México.

Cuadra, H. & Florenzano, R. (2003). El bienestar subjetivo: Hacia una psicología positiva. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, 12(1), 83-96.

De la Cruz, D. (2015). *Emociones en el proceso de embarazo adolescente*. (Tesis de licenciatura no publicada). Centro Universitario Vasco de Quiroga de Huejutla, Hidalgo, Incorporada a la UNAM.

Del Castillo, A., Guzmán, R., García, M & Martínez, C. (2012). Intervención cognitivo-conductual para modificar el nivel de distrés en pacientes con diabetes tipo II. En S. Galán & E. Camacho (Eds.). *Estrés y salud: Investigación Básica y aplicada*. (pp. 191-208). México: Manual Moderno.

Denegri, M., García, C. & González, N. (2015). Definición de bienestar subjetivo en

- adultos jóvenes profesionales chilenos. Un estudio con redes semánticas naturales. *CES Psicología*, 8(1), 77-07. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=423539425006>.
- Díaz, D., Blanco, A., Horcajo, J. & Valle, C. (2007). La aplicación del modelo del estado completo de salud al estudio de la depresión. *Psicothema*, 19(2), 286-294.
- Díaz, D., Rodríguez, R., Blanco, A., Moreno, B., Gallardo, I., Valle, C. & Dierendonk, D. (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema*, 18(3), 572-577.
- Dixon, L., Adams C. & Lucksted, A. (2000). Update on family psychoeducation for schizophrenia. *Schizophr Bull*, 26(1), 5–20.
- Ellis, A. & Dryden, W. (1989). *Práctica de la terapia racional emotiva*. España: Descleer de Brouwer.
- Extremera, P. & Fernández-Berrocal, P. (2004). El papel de la inteligencia emocional en el alumnado: evidencias empíricas REDIE. *Revista Electrónica de Investigación Educativa*, 6(2), 2-17.
- Extremera, P., Durán, A. & Rey, L. (2007). Inteligencia emocional y su relación con los niveles de burnout, engagement y estrés en estudiantes universitarios. *Revista de Educación*, 342, 239-256.
- Facundo, J. & Guerrero, D. (2016). *Análisis del manejo de las emociones en población de riesgo ante conductas antisociales y parasociales entre los alumnos del CBtis No. 227*. (Tesis de licenciatura no publicada). Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Iztacala.
- Fallon, R. & Pederson, J. (1992). A family management in the prevention of exacerbation of schizophrenia: a controlled study. *E. Engl J. Med*, 306, 1437-1440.
- Fernández-Berrocal, P. & Ruiz, D. (2008). La inteligencia emocional en la

- educación. *Revista Electrónica de Investigación Psicoeducativa*, 6(2), 421-436.
- Flórez, L. (2007). *Psicología Social de la Salud: Promoción y Prevención*. Colombia: Manual Moderno.
- Fredrickson, B. (2000). Cultivating Positive Emotions to Optimize Health and Well-Being. *Prevention and treatment*, 3. Recuperado de: <http://www.rickhanson.net/wp-content/files/papers/CultPosEmot.pdf>.
- Fredrickson, B. (2001). The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-Build Theory of positive Emotions. *American Psychologist*, 56, 218-226.
- Galindo, O., Rojas, E., Meneses, A., Aguilar, J., Álvarez, M. & Alvarado, S. (2015), Propiedades Psicométricas del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI). *Pacientes con Cáncer. Psicooncología*, 12(1), 51-58. DOI: 10.5209/rev\_PSIC.2015.v12.n1.48903.
- García, B. (2009). *Manual de métodos de investigación para las ciencias sociales. Un enfoque de enseñanza basado en proyectos*. México; Manual Moderno.
- García, E. (2014). *Terapia Cognitivo-Conductual Individual en la Relación de Pareja*. (Tesis de licenciatura no publicada). Facultad de Estudios superiores Iztacala UNAM.
- García, J. (2014). Psicología positiva, bienestar y calidad de vida. *EN- CLAVES del pensamiento*, 8(16), 13-29.
- García-Viniegras, C. (2005). El bienestar psicológico: Dimensión subjetiva de la calidad de vida. *Revista electrónica de psicología Iztacala*, 8(2), 1-20.
- Garzón, M. (2014). *Inteligencia emocional Manejando mis emociones adecuadamente*. (Tesis de licenciatura no publicada). Universidad Nacional Autónoma de México.
- Goleman, D. (1996). *Inteligencia Emocional*. España:Kairós.

- Gómez, O. (2012). *Valoración de la regulación emocional en la adolescencia: Diseño, desarrollo y evaluación del cuestionario de regulación emocional para estudiantes de secundaria, CREES*. (Tesis de maestría no publicada). Universidad Nacional Autónoma de México.
- Gómez, O., Sesma, S., Becerril, V., Knaul, F., Arreola, H. & Frenk, J. (2011). Sistema de salud de México. *Salud Pública de México*, 53(2), 220-232.
- Gómez, P. & Roussos, A. (2012). ¿Cómo sabemos si nuestros pacientes mejoran? Criterios para la significancia clínica en psicoterapia: un debate que se renueva. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 21(2), 173-190.
- González, R., Souto, A., Fernández, R. & Freire, C. (2011). Regulación emocional y burnout académico en estudiantes universitarios. *Revista de Investigación en Educación*, 9(2), 7-18.
- González-Celis, A. & Padilla, A. (2006). Calidad de vida y estrategias de afrontamiento ante problemas y enfermedades en ancianos de ciudad de México. *Universitas Psychologica*, 5(3), 501-509.
- Gross, J. & Thompson, R. (2007). Emotion Regulation: Conceptual. En Gross, J. (Ed), *Handbook of emotion regulation* (pp. 3-24). New York: Guilford Press.
- Gross, J. (1998). The emerging field of emotion regulation: an integrative review. *Review of general psychology*, 2(3), 271-299.
- Gutiérrez, D. (2014). *Propuesta de intervención con coaching y psicología positiva*. (Tesis de licenciatura no publicada) Universidad Nacional Autónoma de México.
- Guzmán-González, M., Carrasco, N., Figueroa, P., Trabucco, C. & Vilca, D. (2016). Estilos de apego y dificultades de regulación emocional en estudiantes universitarios. *PSYKHE*, 25(1), 1-13. DOI:10.7764/psyjhe.25.1.706
- Hernández, Z. (2016). *Salud mental en atención primaria: En análisis cualitativo a*

*partir de la visión del profesional de enfermería.* (Tesis de Maestría no publicada). Universidad Nacional Autónoma de México.

Hernández-Martínez, A., García, R., Valencia, A. & Ortega, N. (2016). Validación de la escala de respuestas rumiativas para población mexicana. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, 6(2), 66-74.

Iraurgi, L. (2009). Evaluación de resultados clínicos I: Entre la significación estadística y la relevancia clínica. *Norte de Salud Mental*, 33, 94-108.

Jiménez, M. & López-Zafra, E. (2009). Inteligencia emocional y rendimiento escolar: estado actual de la cuestión. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 41(1), 69-79.

Juárez, F., Villatoro, J. & López, E. (2002). *Apuntes de Estadística Inferencial*. México, D.F.: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente.

Jurado, S., Loperena, V., Méndez, L., Rodríguez, F., Varela, R. & Villegas, M. (1998). La estandarización de Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la ciudad de México. *Salud Mental*, 21 (3), 26-31.

Kelly, J. (2002). *Entrenamiento de las habilidades sociales*. España: Desclée De Brouwer

Keyes, C., Shmotkin, D. & Ryff, C. (2002). Optimizing well-being: the empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82, 1007-1022.

La Greca, A., Huertwiltz, B., Freeman, C., Wick, P., Irellan, S. & Agramonte, R. (1991). Autonomic dysfunction in adults with IDDM: implications for psychological functioning. *Diabetes*, 40(1), 431.

Latorre, J., López, H. & Montañez, J. (2005). Percepción de la demanda y necesidades de formación en salud mental de los médicos de atención primaria. *Aten Primaria*, 36(2), 85-92.

Leon, M. (2014). *Propuesta de un taller de respiración diafragmática activa, para el*

- control y manejo de las emociones dirigido a personas de 20 a 40 años.* (Tesis de licenciatura no publicada). Universidad Nacional Autónoma de México.
- López, B., Rodríguez, E., Vázquez, F. & Alcázar, R. (2012). Intervención cognitivo conductual para el manejo de la ira. *Revista Mexicana de Psicología*, 29(1), 97-103.
- Lopes, P., Beers, M. & Cote, S (2005). Brief Reports: Emotion regulation abilities an the quality of social interaction. *Emotion*, 5(1), 113-118. DOI: 10.1037/1528-3542.5.1.113
- López, I. (2011). *Alteraciones emocionales en la hospitalización infantil: Análisis psicoevolutivo.* (Tesis de doctorado no publicada). Universidad de Granada, Departamento de psicología evolutiva y de la educación, España.
- López, V. & Hernández, M. (2011). Efectividad de la psicoeducación en la calidad de vida con enfermedad mental. Estudio piloto. *Revista Neurología, Neurología y Psiquiatría*, 44(3), 94-100.
- Meave, S. (2008). *Relación entre Rasgos de Personalidad y Conductas Sexuales de Riesgo, Elementos para la intervención Preventiva con Adolescentes Escolares.* (Tesis de Doctorado no publicada). Universidad Autónoma de México.
- Medina-Mora, M., Borges, G., Muñoz, C. & Jaimes, J. (2003). Resultados de la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México. *Salud mental*, 26(4) 1.
- Meichenbaum, D. (1987). Manual de inoculación de estrés. Barcelona: Ediciones Martínez Roca, S.A.
- Moltó, B. (1995). *Psicología de las emociones entre la biología y la cultura.* España: Albatros.
- Montiel, V. & Guerra, V. (2016). Aproximaciones teóricas sobre Psicoeducación. Análisis de su aplicación en mujeres con cáncer de mama. *Psicogente*,

- 19(36), 324-335. Recuperada de: <http://doi.org/10.17081/psico.19.36.1301>.
- Morales, F. (1999). *Introducción a la psicología de la salud*. Buenos Aires: Paidós.
- Moreno, I. (2013). *Psicoeducación en pacientes con esquizofrenia: Insight y pronóstico, un estudio comparativo*. (Tesis de especialidad no publicada) Universidad Nacional Autónoma de México.
- Morrison, V. & Bennett, P. (2008). *Psicología de la Salud*. España: Pearson.
- Moscoso, M., Rodríguez, L., Reyes, J. & Colón, H. (2016). Adolescentes de puerto rico: Una mirada a su salud mental y su asociación con el entorno familiar y escolar. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 21(2), 320-332.
- Nezu, A., Nezu, C. & Lombardo, E. (2006). *Formulación de casos y diseño de tratamientos cognitivo-conductuales: un enfoque basado en problemas*. México, D.F.: Manual Moderno.
- Oblitas, L. (2004). *Psicología de la salud y calidad de vida*. México: Thompson.
- Oblitas, L. (2010). *Psicología de la salud y calidad de vida*. México: Cengage learning.
- Olivier, C. (2015). *Perfil Epidemiológico de la Salud Mental en México*. Secretaría de Salud. México: Editorial Inner Traditions en Español Rochester.
- Organización Mundial de la Salud. (1996). ¿Qué calidad de vida?. *La gente y la salud*, 17, 385-387.
- Organización Mundial de la Salud. (2004). *Invertir en Salud Mental*. (1ra. Ed.). Ginebra, Suiza: Autor.
- Organización Mundial de la Salud. (2013). *Plan de acción sobre salud mental 2013-2020*. Ginebra, Suiza: Autor.
- Organización Panamericana de la Salud & Organización Mundial de la Salud. (2011). *IESM-OMS Informe sobre el Sistema de Salud Mental en México*. (1ra. Ed.), México: Autor.
- Ornelas, P. (2015). Manejo Psicológico del Dolor. En E. Camacho & S. Galán.

- (Eds). *Alternativas psicológicas de intervención en problemas de salud*. (pp. 34-52). México: Manual Moderno.
- Ortiz, I. (2014). *Propuesta de Taller de inteligencia emocional para el manejo de las emociones en la adolescencia*. (Tesis de licenciatura no publicada). Universidad Nacional Autónoma de México.
- Ostrosky, F & Vélez, A. (2013). Neurobiología de las emociones. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, 13(1), 1-13.
- Padrós, F., Gutiérrez, C. & Medina, M. (2015). Propiedades psicométricas de la escala de satisfacción con la vida (SWLS) de Diener en población de Michoacán (México). *Avances en Psicología Latinoamericana*, 33(2), 223-232.
- Páez, D. (2008). *Cuaderno de Prácticas de Psicología Social y Salud: Fichas Técnicas sobre Bienestar y Valoración Psico-Social de la Salud Mental*. (Manuscrito no publicado). San Sebastián: Universidad del País Vasco.
- Pagés, E. & Reñé. A. (2008). *Com ser docent i no deixar-hi la pell. Tècniques de concentració i relaxació a l'aula*. Barcelona: Graó.
- Palmero, F., Fernández, E., Martínez, F. & Chóliz, M. (2002). *Psicología de la motivación y emoción*. España: Mc Graw Hill/interamericana.
- Pando, M., León, S., González, R., Aldrete, M. & López, L. (2015). Validez y confiabilidad de la escala de salud mental positiva. *Psicogente*, 18(33), 78-88. Recuperado de: <http://doi.org/10.17081/psico.18.33.57>
- Payne, R. (2002). *Técnicas de Relajación. Guía Práctica*. Barcelona: Paidotribo.
- Pereira, C. (1997). Um panorama histórico-conceitual acerca das subdimensões de qualidade de vida e do bem-estar subjetivo. *Archivos Brasileiros de Psicologia*, 49(4), 32-48.
- Pérez, J. (2016). *Eficacia de la psicoeducación para modificar ansiedad, depresión y percepción de control en pacientes hospitalizados con cardiopatía*



- isquémica*. (Tesis de licenciatura no publicada). Universidad Nacional Autónoma de México.
- Perez, L. (2014). *Regulación Emocional y Experiencias Positivas: un camino hacia la felicidad*. Projecte Final del Postgrau en Educació Emocional i Bienestar. Barcelona: Universitat de Barcelona. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/2445/64104>
- Pérez, N. (2009). *Tratamiento de los trastornos de ansiedad: Diseño y evaluación de una intervención grupal basada en la inteligencia emocional*. (Tesis de doctorado no publicada). Universitat Ramon Llull, Barcelona, España.
- Pérez, Y., Guerra, V., Zamora, Y. & Grau, R. (2014). Regulación emocional en adolescentes con hipertensión arterial esencial. *Revista cubana de medicina*, 53(4), 392-401.
- Piqueras, J., Ramos, V., Martínez, A. & Oblitas, L. (2009). Emociones negativas y su impacto en la salud mental y física. *Suma Psicológica*, 16(2), 85-112.
- Plaund, J. (2001). Clinical Science and Human Behavior. *Journal of Clinical Psychology*, 57(9), 1089-1102.
- Porro, M., Andrés, M. & Rodríguez (2012). Regulación emocional y cáncer: utilización diferencial de la expresión y supresión emocional en pacientes oncológicos. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 30(2), 341-355.
- Ramírez, L. (2015). Validación y confiabilidad del instrumento de regulación emocional para adolescentes, "IREA". (Tesis de licenciatura no publicada). Universidad Nacional Autónoma de México.
- Reeve, J. (1994). *Motivación y Emoción*. Madrid: Mc Graw Hill.
- Reséndiz, A. (2015). *¿Cómo educar las emociones en el ámbito escolar y familiar?: Recomendaciones para la puesta en práctica de una educación emocional*. (Tesina de licenciatura no publicada). Universidad Nacional Autónoma de México.

- Restrepo, D. & Jaramillo, J. (2012). Concepciones de Salud Mental en el Campo de la Salud Pública. *Revista Facultad Nacional de la Salud Pública*, 30(2), 202-211.
- Reyes, M. & Tena, E. (2016). *Regulación emocional en la práctica clínica: Una guía para terapeutas*. México, D.F: Manual Moderno.
- Rivas, R. & Fernández, P. (1996). El proceso de evaluación en la Educación para la salud. En Buela-Casal, Caballo & Sierra (Dirs). *Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud*. Madrid: Siglo Veintiuno.
- Rivera, R. (2014). *Manejo de las emociones en la educación primaria pública*. (Tesis de licenciatura no publicada). Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Filosofía y Letras.
- Rodríguez-Correa, P. (2008). *Ansiedad y sobreactivación*. Bilbao: Desclée de Brouwer
- Roemer, L & Orsillo, S. (2009). *Minfulness and acceptance based behavioral therapies in practice (Guides to individualized evidence-based treatment)*. Nueva York: The Guilford Press.
- Rojas, D. (2012). *Propuesta de un taller de psicología positiva dirigida a la generación de bienestar psicológico y como prevención a los efectos de la depresión*. (Tesis de licenciatura no publicada). Tecnológico Universitario de México, incorporado a la Universidad Nacional Autónoma de México.
- Ruvalcaba, N., Salazar, J. & Fernández-Berrocal, P. (2012). Indicadores sociales, condiciones de vida y calidad de vida en jóvenes mexicanos. *Revista Iberoamericana de Psicología: Ciencia y Tecnología*, 5(1), 71-80.
- Ryan, R. & Deci, E. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. En Fiske, S. (Ed.). *Annual Review of Psychology* (pp. 141-166) Palo Alto, C.A.: Annual Reviews, Inc.
- Ryan, R., Huta, V. & Deci, E. (2008). Living well: A self-determination theory perspective on eudaimonia. *Journal of Happiness Studies*, 9, 139-170.

- Ryff, C. (1989). Beyond Ponce de Leon and life satisfaction: New directions in quest of successful aging. *International Journal of Behavioral Development*, 12, 35-55.
- Ryff, C. (1995). Psychological well-being in adult life. *Current Directions in Psychological Science*, 4(4), 99-104.
- Secretaria de Salud (2001). *Programa de acción en salud mental*. (1ra. Ed.). México: Autor.
- Secretaría de Salud (2007). *Programa Nacional de Salud 2007-2012, Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud*. (1er. Ed.). México: Autor.
- Seligman, M. (2003). *Authentic Happiness*. España: B.S. A.
- Seligman, M. (2008). Positive Health. *Applied Psychology*, 57, 3-18. Doi: 10.1111/j.1464-0597.2008.00351.x.
- Servicio de Investigación y Análisis (2010). *La Salud Mental en México*. México: Autor.
- Sheppes, G., Suri, G. & Gross, J. (2015). Emotion regulation and psychopathology. *Annu. Rev. Clin. Psychol*, 11, 379-405.
- Sobocki, P., Jonsson, B., Angst, J. & Rehnberg, C. (2006). Cost of Depression in Europe. *The Journal of Mental Health Policy and Economics*, 9, 87-98.
- Solana, A. (2005). Aspectos psicológicos del paciente superviviente. *Psicooncología*, 28(3), 157-163.
- Souza, M. & Cruz, D. (2010). Salud mental y atención psiquiátrica en México. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, 53(6), 17-23.
- Taylor, S., Kemeny, M., Reed, G., Bower, J. & Gruenewald, T. (2000). Psychological resources, positive illusions, and health. *American Psychologist*, 55(1), 99-109.
- Tortella, M., Baños, R., Barrantes, N., Botella, C., Fernández, F., García, J.,

- García, A., Hervás, G., Jiménez, S., Montorio, I., Soles, J., Quero, S., Valiente, C. & Vázquez, C. (2016). *Retos de la investigación psicológica en salud mental. Clínica y salud*, 27, 37-43. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1016/j.clysa.2016.02.001>.
- Tuesca, R. (2005). La calidad de vida, su importancia y como medirla. *Salud Uninorte*, 21, 76-86.
- Vargas, M. & Muñoz, M. (2013). La regulación emocional: Precisiones y avances conceptuales desde la perspectiva conductual. *Psicología USP*, 24(2), 225-240.
- Vázquez, A. (2015). *Detección de salud mental en el servicio de la consulta externa de la clínica de ISSEMYM Chalco*. (Tesis de especialidad no publicada). Universidad Nacional Autónoma de México.
- Vázquez, C. & Hervás, G. (2008). Salud mental positiva: Del síntoma al bienestar. En C. Vázquez & G. Hervás (Eds.). *Psicología positiva aplicada* (pp. 17-39). Bilbao: Desclee de Brower.
- Vázquez, C. (2009). La ciencia del bienestar psicológico. En C. Vázquez & G. Hervás (Eds.). *La ciencia del bienestar: Fundamentos de una Psicología Positiva* (pp. 13-46). Madrid: Alianza Editorial.
- Vázquez, C., Hervás, G., Rahona, J. & Gómez, D. (2009). Bienestar psicológico y salud: *Aportaciones desde la psicología positiva. Anuario de Psicología Clínica y de la salud*, 5, 15-28.
- Vázquez, L. (2015). *La autocomprensión, como una herramienta de apoyo psicológico para la identificación y manejo de emociones, en mujeres entre 30 y 35 años de edad, que padecen cáncer cervicouterino*. (Tesis de licenciatura no publicada). Universidad de Sotavento A.C. estudios incorporados a la Universidad Nacional Autónoma de México.
- Veloso, E., López, Y., Veloso, A. & Dagoberto, A. (2008). Depresión en pacientes con cardiopatía isquémica. *Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud*,

5(2), 107-110.

Vicente, B., Saldivia, S. & Pihán, R. (2016). Prevalencias y brechas hoy; Salud mental mañana. *Acta Bioethica* 2016, 22(1), 51-61.

Wilkinson, R. & Pickett, K. (2010). *The Spirit Level: Why Equañity is Better for Everyon*. Londres: Penguin.

Ybarra, J., Orozco, L. & Valencia, A. (2015). *Intervenciones con apoyo empírico: Herramientas fundamentales para el psicólogo clínico y de la salud*. México: Manual Moderno.

## ANEXOS

### Anexo 1. Inventario de Ansiedad de Beck

#### INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK

NOMBRE: \_\_\_\_\_ FOLIO: \_\_\_\_\_

EDAD: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

**Instrucciones:** Abajo hay una lista que contiene los síntomas más comunes de la ansiedad. Lea cuidadosamente cada afirmación. Indique cuánto le ha molestado cada síntoma durante la última semana, inclusive hoy, marcando con una **X** según la intensidad de la molestia.

SÍNTOMAS	POCO O NADA	MÁS O MENOS	MODERADAMENTE	SEVERAMENTE
1. Entumecimiento, hormigueo				
2. Sentir oleadas de calor (bochorno)				
3. Debilidad de piernas				
4. Miedo a que pase lo peor				
5. Sensación de mareo				
6. Opresión en el pecho, o latidos acelerados.				
7. Inseguridad				
8. Terror				
9. Nerviosismo				
10. Sensación de ahogo				
11. Manos temblorosas				
12. Cuerpo tembloroso				
13. Miedo a perder el control				
14. Dificultad para respirar				
15. Miedo a morir				
16. Asustado				
17. Indigestión, o malestar estomacal				
18. Debilidad				
19. Ruborizarse, sonrojamiento				
20. Sudoración (no debida a calor)				
21. Dificultad para relajarse				

No apto para su  
reproducción

## Anexo 2. Inventario de Depresión de Beck

### INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

NOMBRE: \_\_\_\_\_ FOLIO: \_\_\_\_\_

EDAD: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

En este cuestionario se encuentran grupos enumerados de oraciones. Por favor lea cada una cuidadosamente. Posteriormente escoja una oración de cada grupo que mejor describa la manera en que usted se **SINTIÓ LA SEMANA PASADA, INCLUSIVE EL DIA DE HOY**. Encierre en un círculo el cuadrado que se encuentra al lado de la oración que usted escogió. Si varias oraciones de un grupo se aplican a su caso, circule cada una. Asegúrese de leer todas las oraciones en cada grupo antes de hacer su elección.

<p>1</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Yo no me siento triste</li> <li><input type="radio"/> Me siento triste</li> <li><input type="radio"/> Me siento triste todo el tiempo y no puedo evitarlo</li> <li><input type="radio"/> Estoy tan triste o infeliz que no puedo soportarlo</li> </ul>	<p>2</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> En general no me siento descorazonado por el futuro</li> <li><input type="radio"/> Me siento descorazonado por mi futuro</li> <li><input type="radio"/> Siento que no tengo nada que esperar del futuro</li> <li><input type="radio"/> Siento que el futuro no tiene esperanza y que las cosas no pueden mejorar</li> </ul>
<p>3</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Yo no me siento como un fracasado</li> <li><input type="radio"/> Siento que he fracasado más que las personas en general</li> <li><input type="radio"/> Al repasar lo que he vivido, todo lo que veo son muchos fracasos</li> <li><input type="radio"/> Siento que soy un completo fracaso como persona</li> </ul>	<p>4</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Obtengo tanta satisfacción de las cosas como solía hacerlo</li> <li><input type="radio"/> Yo no disfruto de las cosas de la manera como solía hacerlo</li> <li><input type="radio"/> Ya no obtengo verdadera satisfacción de nada</li> <li><input type="radio"/> Estoy insatisfecho o aburrido con todo</li> </ul>
<p>5</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> En realidad yo no me siento culpable</li> <li><input type="radio"/> Me siento culpable una gran parte del tiempo</li> <li><input type="radio"/> Me siento culpable la mayor parte del tiempo</li> <li><input type="radio"/> Me siento culpable todo el tiempo</li> </ul>	<p>6</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Yo no me siento que esté siendo castigado</li> <li><input type="radio"/> Siento que podría ser castigado</li> <li><input type="radio"/> Espero ser castigado</li> <li><input type="radio"/> Siento que he sido castigado</li> </ul>
<p>7</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Yo no me siento desilusionado de mí mismo</li> </ul>	<p>8</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Yo no me siento que sea peor que otras personas</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Estoy desilusionado de mí mismo</li> <li><input type="radio"/> Estoy disgustado conmigo mismo</li> <li><input type="radio"/> Me odio</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Me critico a mí mismo por mis debilidades o errores</li> <li><input type="radio"/> Me culpo todo el tiempo por mis fallas</li> <li><input type="radio"/> Me culpo por todo lo malo que sucede</li> </ul>
<p>9</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Yo no tengo pensamientos suicidas</li> <li><input type="radio"/> Tengo pensamientos suicidas pero no los llevaría a cabo</li> <li><input type="radio"/> Me gustaría suicidarme</li> <li><input type="radio"/> Me suicidaría si tuviera la oportunidad</li> </ul>	<p>10</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Yo no lloro más de lo usual</li> <li><input type="radio"/> Lloro más ahora de lo que solía hacerlo</li> <li><input type="radio"/> Actualmente lloro todo el tiempo</li> <li><input type="radio"/> Antes podía llorar, pero ahora no lo puedo hacer a pesar de que lo deseo</li> </ul>
<p>11</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Yo no estoy más irritable de lo que solía estar</li> <li><input type="radio"/> Me enojo o irrito más fácilmente que antes</li> <li><input type="radio"/> Me siento irritado todo el tiempo</li> <li><input type="radio"/> Ya no me irrito de las cosas por las que solía hacerlo</li> </ul>	<p>12</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Yo no he perdido el interés en la gente</li> <li><input type="radio"/> Estoy menos interesado en la gente de lo que solía estar</li> <li><input type="radio"/> He perdido en gran medida el interés en la gente</li> <li><input type="radio"/> He perdido todo el interés en la gente</li> </ul>
<p>13</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Tomo decisiones tan bien como siempre lo he hecho</li> <li><input type="radio"/> Pospongo tomar decisiones más que antes</li> <li><input type="radio"/> Tengo más dificultad en tomar decisiones que antes</li> <li><input type="radio"/> Ya no puedo tomar decisiones</li> </ul>	<p>14</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Yo no siento que me vea peor de cómo me veía</li> <li><input type="radio"/> Estoy preocupado de verme viejo(a) o poco atractivo(a)</li> <li><input type="radio"/> Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen ver poco atractivo(a)</li> <li><input type="radio"/> Creo que me veo feo(a)</li> </ul>
<p>15</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Puedo trabajar tan bien como antes</li> <li><input type="radio"/> Requiero de más esfuerzo para iniciar algo</li> <li><input type="radio"/> Tengo que obligarme para hacer algo</li> <li><input type="radio"/> Yo no puedo hacer ningún trabajo</li> </ul>	<p>16</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Puedo dormir tan bien como antes</li> <li><input type="radio"/> Ya no duermo tan bien como solía hacerlo</li> <li><input type="radio"/> Me despierto una o dos horas más temprano de lo normal y me cuesta trabajo volverme a dormir</li> <li><input type="radio"/> Me despierto muchas horas antes de lo que solía hacerlo y no me puedo volver a dormir</li> </ul>
<p>17</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Yo no me canso más de lo habitual</li> <li><input type="radio"/> Me canso más fácilmente de lo que solía hacerlo</li> <li><input type="radio"/> Con cualquier cosa que haga me canso</li> </ul>	<p>18</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Mi apetito no es peor de lo habitual</li> <li><input type="radio"/> Mi apetito no es tan bueno como solía serlo</li> <li><input type="radio"/> Mi apetito está muy mal ahora</li> </ul>



<p><input type="radio"/> Estoy muy cansado para hacer cualquier cosa</p>	<p><input type="radio"/> No tengo apetito de nada</p>
<p>19</p> <p><input type="radio"/> Yo no he perdido mucho peso últimamente</p> <p><input type="radio"/> He perdido más de dos kilogramos</p> <p><input type="radio"/> He perdido más de cinco kilogramos</p> <p><input type="radio"/> He perdido más de ocho kilogramos</p> <p>A propósito estoy tratando de perder peso comiendo menos <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO</p>	<p>20</p> <p><input type="radio"/> Yo no estoy más preocupado de mi salud que antes</p> <p><input type="radio"/> Estoy preocupado acerca de problemas físicos tales como dolores, malestar estomacal o constipación</p> <p><input type="radio"/> Estoy muy preocupado por problemas físicos y es difícil pensar en algo más</p> <p><input type="radio"/> Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en ninguna otra cosa</p>
<p>21</p> <p><input type="radio"/> Yo no he notado ningún cambio recientemente en mi interés por el sexo</p> <p><input type="radio"/> Estoy menos interesado en el sexo de lo que estaba</p> <p><input type="radio"/> Estoy mucho menos interesado en el sexo ahora</p> <p><input type="radio"/> He perdido completamente el interés por el sexo</p>	<p>Puntuación: _____</p>

### Anexo 3. Instrumento WHO-QOL-Breve

#### INSTRUMENTO WHO-QOL-BREVE, VERSIÓN ESPAÑOL

Traducción y adaptación: González- Celis, & Sánchez-Sosa, 2001

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

#### INSTRUCCIONES:

Este cuestionario le pregunta cómo se siente usted acerca de su calidad de vida, salud, y otras áreas de su vida. **Por favor conteste todas las preguntas.** Si usted está inseguro acerca de la respuesta que dará a una pregunta, por favor **seleccione sólo una**, la que le parezca más apropiada. Ésta es con frecuencia, la primera respuesta que dé a la pregunta.

Por favor tenga en mente sus estándares, esperanzas, placeres y preocupaciones. Estamos preguntándole lo que piensa de su vida en las últimas dos semanas. Por ejemplo pensando acerca de las últimas dos semanas, una pregunta que podría hacerse sería:

PREGUNTA	No en absoluto	No mucho	Moderadamente	Bastante	Completamente
¿Recibe usted la clase de apoyo que necesita de otros?	1	2	3	4	5

Usted deberá poner un círculo en la respuesta que mejor corresponde de acuerdo a la medida de apoyo que usted recibió de otros durante las últimas dos semanas. De esta manera encerraría en un círculo el número 4 si usted hubiera recibido un gran apoyo de otros. O encerraría con un círculo en número 1 si no recibió el apoyo de otros, que usted necesitaba en las dos últimas semanas.

Por favor lea cada pregunta, evalúe sus sentimientos y encierre en un círculo sólo un número, de la opción de respuesta que mejor lo describa.

#### Ahora puede comenzar:

	PREGUNTA	Muy pobre	Pobre	Ni pobre ni buena	Buena	Muy buena
1	¿Cómo evaluaría su calidad de vida?	1	2	3	4	5
	PREGUNTA	Muy satisfecho	Insatisfecho	Ni satisfecho ni insatisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho
2	¿Qué tan satisfecho está con su salud?	1	2	3	4	5
	PREGUNTA	Nada en lo	Un poco	Moderadame	Bastante	Completamente

		absoluto		nte		
3	¿Qué tanto siente que el dolor físico le impide realizar lo que usted necesita hacer?	1	2	3	4	5
4	¿Qué tanto necesita de algún tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	1	2	3	4	5
5	¿Cuánto disfruta usted la vida?	1	2	3	4	5
6	¿Hasta dónde siente que su vida tiene un significado (religioso, espiritual o personal)?	1	2	3	4	5
7	¿Cuánta capacidad tiene para concentrarse?	1	2	3	4	5
8	¿Qué tanta seguridad siente en su vida diaria?	1	2	3	4	5
9	¿Qué tan saludable es su medio ambiente físico?	1	2	3	4	5

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SON ACERCA DE QUE TAN COMPLETAMENTE HA EXPERIMENTADO, O HA TENIDO USTED OPORTUNIDAD DE LLEVAR A CABO CIERTAS COSAS EN LAS DOS ÚLTIMAS SEMANAS						
	PREGUNTA	Nada en lo absoluto	Un poco	Moderadamente	Bastante	Muy satisfecho
.						

10	¿Cuánta energía tiene para su vida diaria?	1	2	3	4	5
11	¿Qué tanto acepta su apariencia corporal?	1	2	3	4	5
12	¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5
13	¿Qué tan disponible esta la información que necesita en su vida diaria?	1	2	3	4	5
14	¿Qué tantas oportunidades tiene para participar en actividades recreativas?	1	2	3	4	5
15	¿Qué tan capaz se siente para moverse a su alrededor?	1	2	3	4	5

**LAS SIGUIENTES PREGUNTAS LE PIDEN CONTESTAR QUE TAN BIEN O SATISFECHO SE HA SENTIDO USTED ACERCA DE VARIOS ASPECTOS DE SU VIDA DURANTE LAS DOS ÚLTIMAS SEMANAS**

	<b>PREGUNTA</b>	<b>Muy insatisfecho</b>	<b>Insatisfecho</b>	<b>Ni satisfecho ni insatisfecho</b>	<b>Satisfecho</b>	<b>Muy satisfecho</b>
16	¿Qué tan satisfecho está con su sueño?	1	2	3	4	5
17	¿Le satisface su habilidad para llevar a cabo sus actividades en la vida diaria?	1	2	3	4	5
	<b>PREGUNTA</b>	<b>Muy insatisfecho</b>	<b>Insatisfecho</b>	<b>Ni satisfecho ni insatisfecho</b>	<b>Satisfecho</b>	<b>Muy satisfecho</b>

18	¿Está satisfecho con su capacidad para trabajar?	1	2	3	4	5
19	¿Se siente satisfecho con su vida?	1	2	3	4	5
20	¿Qué tan satisfecho está con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5
21	¿Qué tan satisfecho está con su vida sexual?	1	2	3	4	5
22	¿Cómo se siente con el apoyo que le brindan sus amigos?	1	2	3	4	5
23	¿Qué tan satisfecho está con las condiciones del lugar donde vive?	1	2	3	4	5
24	¿Qué tan satisfecho está con el acceso que tiene a los servicios de salud?	1	2	3	4	5
25	¿Qué tan satisfecho está con los medios de transporte que utiliza?	1	2	3	4	5
<b>LA SIGUIENTE PREGUNTA SE REFIERE A CON QUE FRECUENCIA USTED HA SENTIDO O EXPERIMENTADO EN LAS DOS ULTIMAS SEMANAS</b>						
	<b>PREGUNTA</b>	<b>Nunca</b>	<b>Rara vez</b>	<b>Con frecuencia</b>	<b>Muy seguido</b>	<b>Siempre</b>
26	¿Con qué frecuencia ha experimentado sentimientos	1	2	3	4	5

	negativos tales como tristeza, desesperación, ansiedad o depresión?					
--	---	--	--	--	--	--

FACTOR	PUNTUACION	PORCENTAJE
Factor Físico		
Factor Psicológico		
Factor Rel. Sociales		
Factor Ambiente		

Anexo 4. Inventario Multicultural de la Expresión de la Cólera y la Hostilidad (ML-STAXI)

**INVENTARIO MULTICULTURAL DE LA EXPRESIÓN DE LA CÓLERA Y LA HOSTILIDAD (ML-STAXI)**

Nombre: \_\_\_\_\_ Folio: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Semestre: \_\_\_\_\_ Grupo: \_\_\_\_\_

**Sección 1:** Para esta sección, lo más importante es contestar dependiendo de *cómo te sientes en este momento*. Encierra en un círculo o tacha la opción que mejor corresponde contigo.

<b>¿Cómo te sientes en este momento...</b>	No en absoluto	Un poco	Bastante	Mucho
1. Me siento enojado (a)	1	2	3	4
2. Estoy enojado (a)	1	2	3	4
3. Me siento irritado (a)	1	2	3	4
4. Estoy furioso (a)	1	2	3	4
5. Me dan ganas de romper cosas	1	2	3	4
6. Me dan ganas de insultar a alguien	1	2	3	4
7. Me dan ganas de pegar a alguien	1	2	3	4
8. Me dan ganas de golpear a alguien	1	2	3	4
9. Me siento enfadado	1	2	3	4
10. Tengo ganas de destrozar algo	1	2	3	4

**Sección 2:** Ahora lo más importante es contestar dependiendo de *cómo te sientes generalmente*.

<b>¿Cómo te sientes generalmente...</b>	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Casi siempre
11. Soy muy temperamental (enojón)	1	2	3	4

12. Tengo un carácter irritable	1	2	3	4
13. Exploto fácilmente	1	2	3	4
14. Me enojo cuando hago algo bien y no es Apreciado	1	2	3	4
15. Me enojo muy fácilmente	1	2	3	4
16. Me pone furioso(a) que me critiquen delante de los demás	1	2	3	4
17. Me pongo furioso(a) cuando cometo errores estúpidos	1	2	3	4
18. Me siento furioso cuando hago un buen trabajo y se me valora poco	1	2	3	4
19. Me enojo cuando alguien arruina mis planes	1	2	3	4
20. Tengo un humor enojón	1	2	3	4

**Sección 3:** Todos nos sentimos enojados de vez en cuando, sin embargo la gente varía en la *manera de reaccionar* cuando están enojados. Por favor lee cada frase y circula el número apropiado en la sección de respuestas para indicar la frecuencia con la que tú *generalmente* reaccionas cuando te enojas.

<b><i>Cuando siento Enojo...</i></b>	Casi nunca	Algunas veces	Frecuente-mente	Casi siempre
21. Controlo mi humor enojón	1	2	3	4
22. Expreso mi enojo.	1	2	3	4
23. Contengo mi enojo por muchas horas	1	2	3	4
24. Me aparto de la gente	1	2	3	4
25. Mantengo la calma	1	2	3	4
26. Muestro mi enojo a los demás	1	2	3	4
27. Controlo mi forma de actuar	1	2	3	4



28. Discuto con los demás	1	2	3	4
29. Guardo rencores que no comento a nadie	1	2	3	4
30. Puedo controlarme antes de ponerme de mal humor	1	2	3	4
31. Secretamente soy muy crítico de los demás	1	2	3	4
32. Estoy más enojado(a) de lo que generalmente admito	1	2	3	4
33. Me irrito mucho más de lo que la gente se da cuenta	1	2	3	4
34. Pierdo los estribos (el control)	4	3	2	1
35. Si alguien me molesta, le digo cómo me siento	1	2	3	4
36. Controlo mis sentimientos de cólera.	1	2	3	4
37. Hago algo reconfortante para calmarme	1	2	3	4
38. Trato de relajarme	1	2	3	4
39. Hago algo relajante para tranquilizarme	1	2	3	4
40. Reduzco mi enojo lo más pronto posible.	1	2	3	4
41. Trato de calmarme lo más pronto posible.	1	2	3	4
42. Respiro profundo para relajarme	1	2	3	4
43. Expreso mis sentimientos de furia	1	2	3	4
44. Mantengo el control	1	2	3	4

## Anexo 5. Escala de Respuestas Rumiativas

### Escala de Respuestas Rumiativas

NOMBRE: \_\_\_\_\_

FOLIO: \_\_\_\_\_

EDAD: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

**Instrucciones:** Las personas piensan y hacen distintas cosas cuando se sienten tristes o abatidas. Por favor lee cada una de las frases a continuación y señala si *casi nunca*, *algunas veces*, *a menudo* o *casi siempre* piensas o actúas de esa manera cuando estás abatido o triste.

Por favor, indica lo que *generalmente* haces, no lo que crees que deberías hacer.

Pregunta	Casi nunca	Algunas veces	A menudo	Casi siempre
1. Piensas en lo solo (a) que te sientes.				
2. Piensas "No seré capaz de hacer mi trabajo si no puedo resolver esta situación."				
3. Piensas en tus sensaciones de fatiga y molestia.				
4. Piensas en lo difícil que te resulta concentrarte.				
5. Piensas "Todo lo que pasa me lo merezco."				
6. Piensas en lo desmotivado (a) que te sientes.				
7. Analizas los sucesos recientes para entender porqué estás sintiéndote así.				
8. Piensas acerca de cómo parece sentir diferente a los (as) demás.				
9. Piensas "¿Por qué no puedo lograr las cosas?"				
10. Piensas "¿Por qué siempre reacciono de esta forma cuando algo me entristece o preocupa?"				
11. Te aíslas y piensas porqué te sientes así.				
12. Escribes lo que estás pensando y lo analizas.				
13. Piensas acerca de una situación reciente anhelando que te hubiera ido mejor.				
14. Piensas "No seré capaz de concentrarme si continuo sintiéndome de esta manera."				
15. Piensas: "¿Por qué tengo problemas que los (as) demás no tienen?"				
16. Piensas: "¿Por qué no puedo controlar las				

cosas?"				
17. Piensas en lo triste que te sientes.				
18. Piensas sobre tus defectos, debilidades, fallas y equivocaciones.				
19. Piensas que no te dan ganas de hacer nada.				
20. Analizas tu forma de ser para intentar comprender por qué estás deprimido (a).				
21. Te vas solo (a) a algún sitio para pensar sobre cómo te sientes.				
22. Piensas en cómo estás enojado (a) contigo mismo (a).				

## Anexo 6. Carta descriptiva general

<b>Carta descriptiva general del Taller Psicoeducativo sobre el Manejo de Emociones</b>
<b>FECHA DE ELABORACIÓN: 31 de Marzo de 2016</b>
<b>ELABORADO POR: Gilberto Serrano García</b>
<b>REVISADO POR: Dra. Andrómeda I. Valencia Ortiz</b>
<b>OBJETIVO GENERAL: Desarrollar una intervención psicoeducativa sobre el manejo de emociones a los alumnos de nuevo ingreso de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.</b>

Num. sesión	Tema	Actividad	Objetivo	Material	Descripción	Duración
1	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Emociones básicas</li> <li>- Emoción y sentimiento</li> <li>- Modelo cognitivo conductual de las situaciones</li> <li>- Efectos fisiológicos de las emociones</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dinámica de presentación</li> <li>-Encuadre del trabajo a realizar en el taller.</li> <li>- Información sobre las emociones y los efectos a nivel fisiológico.</li> <li>- Relación sobre los eventos, pensamientos y conductas</li> </ul>	<p>Que el alumno conozca e identifique la forma de trabajar en el taller.</p> <p>Reconocer las emociones básicas (reacciones fisiológicas, pensamientos y conductas) que más se representan en su día a día.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lap top</li> <li>- Cañon</li> <li>- Hojas de colores</li> <li>- Lapiceros</li> <li>- Autorregistros</li> </ul>	<p>Se dará a conocer al alumno los temas a tratar en este taller.</p> <p>Se expondrá al alumno la descripción de las emociones partiendo de las reacciones fisiológicas, cognitivas y conductuales para determinar cuáles son las emociones básicas, Al finalizar se le pedirá que identifique las emociones que experimenta en determinadas situaciones</p>	120 minutos
2	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Manejo de emociones</li> <li>- Autoeficacia</li> <li>- Automotivación</li> <li>- Empatía</li> <li>- Habilidades sociales</li> <li>-Pensamientos rumiativos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Proporcionar los conocimientos básicos referentes al manejo de las emociones.</li> <li>- Identificar las conceptos que llevan a las personas a generar un manejo e identificación emocional</li> <li>- Exponer el significado y la importancia de los pensamientos rumiativos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Brindar información relevante sobre el manejo de las emociones.</li> <li>- Que el alumno sea capaz de percibir la manera de manejar sus emociones con los conceptos expuestos</li> <li>- Que el alumno identifique la</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lap top</li> <li>- Cañon</li> <li>- Hojas de colores</li> <li>- Lapiceros</li> <li>- Diario de pensamientos rumiativos</li> </ul>	<p>Presentar al alumno los conceptos básicos que le brindan apoyo al momento de manejar las emociones.</p> <p>Se aplicará una actividad para disminuir dudas respecto a los conceptos.</p> <p>Se dará a conocer el significado e importancia de los pensamientos rumiativos para fortalecer y trabajar en la identificación de estos.</p>	120 minutos

Num. sesión	Tema	Actividad	Objetivo	Material	Descripción	Duración
			importancia de los pensamientos rumiativos que interfieren en la toma de decisiones			
3	-Asertividad -Asertividad como pilar en el manejo de emociones -Inteligencia emocional	-Que es la asertividad y cómo puede ayudar a manejar las emociones. - Estrategias de aprendizaje que nos ayudan a reconocer nuestras emociones y reacciones	Que el alumno identifique diferentes maneras y formas de manejar sus emociones que se reflejan en el cuerpo y pensamientos para de esta forma comunicarla s de manera asertiva optando por las diversas formas que se exponen	- Lap top - Cañon - Hojas de colores - Lapiceros - Autorregistros	Se instruirá al alumno para que no sólo de forma teórica tenga la información si no de manera práctica pueda ser participe de las estrategias que se explican y desarrollan por parte del instructor. Se evaluará lo visto en esta sesión con una dinámica de asertividad	120 minutos
4	- Estrés -Técnicas para reducir el estrés - Como el estrés afecta la salud	-Desarrollo y explicación del concepto de estrés - Explicación y práctica de las técnicas para reducir el estrés	Entrenar al alumno para que conozca y practique las técnicas para reducir el estrés para que de esta forma pueda integrarlas al manejo de emociones	- Lap top - Cañon - Hojas de colores - Lapiceros	Se expondrá al alumno los diferentes conceptos de estrés que se encuentran en la literatura de igual forma se abordaron los efectos fisiológicos que se llevan en el cuerpo. Se aplican técnicas para controlar y disminuir el estrés cotidiano	120 minutos
5	-Ansiedad -Reacciones fisiológicas de la ansiedad -Técnicas para reducir la ansiedad	- ¿Qué es la ansiedad? - Presentación de ansiedad a nivel corporal - Ejemplos de reacciones fisiológicas de ansiedad	Que el alumno distinga el concepto de ansiedad e identifique cuáles son los efectos fisiológicos	- Lap top - Cañon - Hojas de colores - Lapicero	Se presenta al alumno una serie de diapositivas con la información relevante sobre el significado de la ansiedad y como se presenta en el cuerpo a nivel físico y cognitivo. De esta forma se emplearán y ejemplifican una serie de	120 minutos

Num. sesión	Tema	Actividad	Objetivo	Material	Descripción	Duración
		-Técnicas para la disminución de reacciones o estados de ansiedad	que conlleva esta situación. Que el alumno realice diversas técnicas para disminuir la ansiedad presente en determinadas situaciones personales	s	técnicas adoptadas para disminuir estos estados. Se evaluará lo visto en la sesión	
6	- Enojo -Técnicas para el manejo de las emociones - Devolución -Cierre	-Definición de enojo -Identificar el enojo a nivel somático y cognitivo - Devolución - Técnicas de cierre	-Que el alumno identifique hasta este momento de las sesiones la diferencia entre enojo y ansiedad -Describir al alumno cuales son los efectos de identificar el enojo a nivel físico y cognitivo -Devolución de los resultados obtenidos durante las sesiones	- Lap top - Cañon - Hojas de colores - Lapiceros	Presentar al alumno el significado de enojo y desarrollar cuales son las diferencias con las situaciones abordadas con anterioridad, para que de esta manera pueda concentrarse en cuales son los efectos que presenta con mayor frecuencia en su día. Hacer una dinámica de cierre y devolución en donde el alumno se percate de los cambios presentados en el desarrollo del taller.	120 minutos

## Anexo 7. Cartas descriptivas primera sesión

Taller Psicoeducativo sobre el manejo de emociones	Número de sesiones:6
Facilitador: Gilberto Serrano García	Carta descriptiva: Sesión No. 1
Objetivo General: Proporcionar la forma de trabajo en el taller y la familiarización con los conceptos de emoción	Presentación: Conocer emociones básicas

Actividad	Objetivo	Material	Descripción	Tiempo Real	Tiempo Acumulado
Establecimiento de la comunidad de aprendizaje.	Dar a conocer los datos generales y básicos de los facilitadores(as).	Marcadores de agua, fichas bibliográficas, seguritos.	Inicialmente los facilitadores se presentan de forma general: nombre, edad, lugar de residencia y de origen, área de énfasis. Posteriormente se les entrega a todos una ficha para que anoten su nombre y se lo coloquen en un lugar visible	5 min	5 min
Reglas de convivencia	Establecimiento de reglas	Papel rotafolio Marcadores de colores Marcadores para pintarrón	Se le pregunta al grupo sobre qué reglas consideran que deben establecerse para que las actividades del taller se lleven a cabo de la mejor forma posible. Se escriben en una cartulina, las indicaciones no se ponen en negativo. Con lo que debemos hacer. Nota: Al término del taller, se anotan en un rotafolio y se plasma en la pared en los talleres posteriores.	5 min	10 min
Canasta de frutas	Ruptura de hielo; que los chicos y las chicas se conozcan y establezcan confianza entre todos.	Ninguno	El facilitador invita a los integrantes del grupo a sentarse formado un círculo con sillas, el número de sillas debe ser una menos con respecto al número de integrantes; designa a cada uno con el nombre de la fruta. Estos nombres los repite varias veces, asignando a la misma fruta a varias personas.  Enseguida explica la forma de realizar el ejercicio: el facilitador empieza a relatar una historia (inventada); cada vez que se dice el nombre de un fruta, las personas que ha recibido ese nombre cambian de asiento (el que al iniciar el juego se quedó de pie intenta sentarse), pero si en el relato aparece la palabra "canasta", todos cambian de asiento. La persona que en cada cambio queda de pie se presenta. La dinámica se realiza varias veces, hasta que todos se hayan	20 min	30 min

Actividad	Objetivo	Material	Descripción	Tiempo Real	Tiempo Acumulado
			presentado.		
Presentación	Dar a conocer los objetivos y datos generales del contenido del taller.	Proyector Diapositivas con el contenido temático	Se presenta la serie de temáticas a abordar durante el transcurso del taller.	10 min	40 min
Dinámica sobre la "Definición de emoción"	Presentación de un video Identificar y manejar el concepto más utilizado de la emoción	Plumones de colores Marcadores para pintarrón Hojas Lap top Cañon	Se proyecta un video sobre el conocimiento de las emociones. Se preguntan al grupo las ideas y pensamientos acerca del video Se divide el grupo en equipos de tres integrantes (modalidad de división queda a criterio de facilitadores), luego se entregará una hoja en blanco con marcadores, donde se les pedirá que entre los integrantes de su equipo lleguen a un consenso de una definición de emoción, posteriormente se le pedirá a cada equipo que pegue y exponga su definición de emoción y se dejará en el pizarrón para que al final de la sesión se contraste su definición con lo expuesto.	10 min	50 min
Temática de emociones	Dar a conocer los conceptos básicos de emoción, diferencia entre emoción y sentimiento, factores psicofisiológicos	Proyector Diapositivas con el contenido temático	Se proyecta y se explica el contenido de las diapositivas; al final o durante el transcurso, si se requiere, se aclararán las dudas al respecto.	20 min	70 min
Dinámica sobre la diferencia entre emoción y sentimiento.	Encontrar por medio de ejemplos una diferencia clara entre emociones y sentimientos propuesta por los participantes	Proyector Hojas Marcadores de colores	Se presentan a los integrantes cuatro situaciones, donde se tendrá que analizar si se representa una emoción o un sentimiento en cada una, el grupo se dividirá de acuerdo a como vea la situación y proporciona justificantes del porqué de su respuesta. Se retroalimentará con la opción correcta al grupo	15 min	90 min
Temática del modelo ABC y los autorregistros	Dar a conocer los conceptos básicos sobre el modelo ABC y la forma de llevarlo a cabo por medio de los autorregistros	Proyector Diapositiva con el contenido temático Hojas de autorregistro	Se proyecta y se explica el contenido de las diapositivas; al final o durante el transcurso, si se requiere, se aclararán las dudas al respecto. Se enseña al alumno a realizar un autorregistro Haciendo una actividad y proporcionando ejemplos	15 min	105 min



Actividad	Objetivo	Material	Descripción	Tiempo Real	Tiempo Acumulado
Cierre	Lograr que los participantes den su opinión y evaluación sobre el taller y los temas vistos en este.	Hojas Lapiceros	<p>Se pide a tres integrantes que digan cuál fue su aprendizaje y que se lleven del taller.</p> <p>Se evalúa por medio de tres preguntas a todos en una hoja</p> <p>¿Logras identificar qué pensamientos están presentes en las acciones que realizas cotidianamente?</p> <p>¿Qué emociones se encuentran con mayor presencia durante tú día?</p> <p>¿Qué situación en particular piensas que interfiere en tus actividades diarias?</p> <p>Se hace la sugerencia de que lleven un autorregistro que anteriormente se les proporcionó para traerlo la siguiente semana.</p>	15 min	120 min

## Anexo 8. Cartas descriptivas segunda sesión

Taller Psicoeducativo sobre el manejo de emociones	Número de sesiones:6
Facilitador: Gilberto Serrano García	Carta descriptiva: Sesión No. 2
Objetivo General: Proporcionar los componentes del manejo emocional (autoeficacia, automotivación, empatía, habilidades sociales, etc.	Manejo general de emociones

Actividad	Objetivo	Material	Descripción	Tiempo Real	Tiempo Acumulado
Presentación	Dar a conocer los objetivos y datos generales del contenido del taller.	Proyector Diapositivas con el contenido temático	Se presenta la serie de temáticas a abordar durante el transcurso del taller.	5 min	5 min
Retroalimentación	Aclarar dudas u observaciones sobre los autorregistros y temas vistos la sesión pasada	Autorregistros	Se pregunta al grupo sobre el llenado de los autorregistros aclarando al final o durante el curso las dudas que surgen. Se recogen los autorregistros de la semana pasada	5 min	10 min
Dinámica "Lo mejor de mí"	Generar en el alumno un autoconocimiento de sus fortalezas	Hojas blancas	El facilitador invita a los integrantes del grupo a sentarse formado un círculo. Se les pide que en una hoja en blanco escriban tres cosas, acciones o actitudes que consideran ellos que los caracterizan, enfocándose en lo positivo que han realizado. Se asigna un tiempo considerable de cinco minutos para que escriban estas cualidades que los describen. A terminar de escribir se pide a cada alumno que diga en voz alta y de pie cual es la que él considera que mejor lo describe. Se retroalimenta la actividad con la importancia del autoconocimiento en los logros o acciones que los han llevado a estar en el lugar que hoy están.	20 min	30 min
Temática del manejo de emociones	Dar a conocer la definición del manejo de emociones así como de los componentes que lo integran (Autoeficacia y	Proyector Diapositivas con el contenido temático	Se proyecta y se explica el contenido de las diapositivas; al final o durante el transcurso, si se requiere, se aclararán las dudas al respecto. Se presentan videos que apoyan el contenido	15 min	45 min

Actividad	Objetivo	Material	Descripción	Tiempo Real	Tiempo Acumulado
	automotivación).		expuesto.		
Dinámica "Mi autoimagen"	Identificar aspectos físicos y emocionales que caracterizan a los alumnos	Plumones de colores Hojas	<p>El facilitador pide a los alumnos que en una hoja blanca o de su cuaderno realicen un dibujo de cómo se perciben, resaltando aspectos físicos que les agrada de ellos.</p> <p>Se les proporcionan plumones de colores o crayones para que los alumnos marquen las emociones que más identifican en alguna parte del cuerpo clasificándolas por colores.</p> <p>Se proporciona un tiempo considerable de cinco minutos para que los alumnos lleven a cabo sus dibujos.</p> <p>Se pide a cada alumno que muestre el dibujo y mencione la parte del cuerpo que más le agrada así como en que parte del cuerpo es en donde identifica algunas emociones.</p> <p>El facilitador al finalizar retroalimenta la actividad con la importancia de identificar en el cuerpo las emociones que experimentamos en nuestra vida cotidiana</p>	20 min	55 min
Temática de empatía y habilidades sociales	Dar a conocer los conceptos básicos de empatía, diferencia entre empatía y simpatía, el concepto de habilidades sociales y la importancia de llevarlas a cabo.	Proyector Diapositivas con el contenido temático	<p>Se proyecta y se explica el contenido de las diapositivas; al final o durante el transcurso, si se requiere, se aclararán las dudas al respecto.</p> <p>Se retroalimenta lo expuesto con diversos videos</p>	20 min	75 min
Dinámica "No entiendo"	Encontrar por medio de ejemplos la aplicación eficaz de las habilidades sociales	Ninguno	<p>Se pide el apoyo de seis integrantes del grupo el facilitador los divide en parejas y a cada pareja le proporciona un ejemplo de habilidad social, previamente explicada, y se pide que la interpreten de dos formas una de manera correcta y la otra lo contrario a ella.</p> <p>El grupo funge como observador para identificar la forma correcta y la incorrecta</p>	15 min	90 min

Actividad	Objetivo	Material	Descripción	Tiempo Real	Tiempo Acumulado
			de las habilidades sociales. Al terminar la actividad el facilitador retroalimenta la actividad mencionando la importancia de emplear las habilidades sociales y como él no emplearlas puede conducir a no entender el objetivo del mensaje.		
Dinámica "Admiración"	Identificar las características que nos causan admiración de los demás	Hojas blancas	Se pide al grupo que piensen en la persona que más admiran e identifiquen las cualidades que más les llame la atención de esta persona. En una hoja escribirán estas cualidades y el nombre de la persona, lo compartirán con el resto del grupo mencionando estas cualidades que admiran del otro. El facilitador retroalimenta la actividad.	15 min	105 min
Temática de pensamientos irracionales	Dar a conocer la información sobre pensamientos irracionales su importancia e identificación	Proyector Diapositivas con el contenido temático	Se proyecta y se explica el contenido de las diapositivas; al final o durante el transcurso, si se requiere, se aclararán las dudas al respecto. Se retroalimenta lo expuesto con diversos videos	10 min	115 min
Cierre	Aclarar dudas que surgieron a lo largo del taller	Hojas de autorregistros	Se hace la sugerencia de que lleven un autorregistro que anteriormente se les proporcionó para traerlo la siguiente semana, haciendo énfasis en los pensamientos rumiativos.	05 min	120 min

## Anexo 9. Cartas descriptivas tercera sesión

Taller Psicoeducativo sobre el manejo de emociones	Número de sesiones:6
Facilitador: Gilberto Serrano García	Carta descriptiva: Sesión No. 3
Objetivo General: Desarrollar y conocer las formas de comunicar emociones	Asertividad

Actividad	Objetivo	Material	Descripción	Tiempo Real	Tiempo Acumulado
Presentación	Dar a conocer los objetivos y datos generales del contenido del taller.	Proyector Diapositivas con el contenido temático	Se presenta la serie de temáticas a abordar durante el transcurso del taller.	5 min	5 min
Retroalimentación	Aclarar dudas u observaciones sobre los autorregistros y temas vistos la sesión pasada	Autorregistros	Se pregunta al grupo sobre el llenado de los autorregistros aclarando al final o durante el curso las dudas que surgen. Se recogen los autorregistros de la semana pasada	5 min	10 min
Dinámica "El cartero"	Implementar la empatía al momento de escuchar situaciones complicadas de sus compañeros	Hojas blancas	<p>El facilitador invita a los integrantes del grupo a sentarse formado un círculo con sillas, el número de sillas debe ser una menos con respecto al número de integrantes.</p> <p>Enseguida explica la forma de realizar el ejercicio: el facilitador estará de pie y menciona ha "llegado carta para todos aquellos que..." (Agregando cualquier cosa: los que desayunaron, los que traen zapatillas, los que fuman, los que son de Pachuca, etc...).</p> <p>Todos los que cumplen con la característica que el facilitador mencionó deben levantarse y cambiarse de lugar. Este momento es aprovechado por él que está conduciendo el juego para sentarse en una de las sillas que queda vacía. El que queda de pie sigue conduciendo la dinámica del juego y así sucesivamente continua la dinámica hasta completar la participación de la totalidad de los alumnos</p>	20 min	30 min

Actividad	Objetivo	Material	Descripción	Tiempo Real	Tiempo Acumulado
			(la persona que está de pie dice una emoción que haya edificado con mayor frecuencia la semana pasada y si existen situaciones que le causen algún conflicto).		
Temática de asertividad	Dar a conocer la definición de asertividad y los tipos de comunicación (pasiva, agresiva y asertiva).	Proyector Diapositivas con el contenido temático	Se proyecta y se explica el contenido de las diapositivas; al final o durante el transcurso, si se requiere, se aclararán las dudas al respecto. Se presentan videos que apoyan el contenido expuesto.	15 min	45 min
Dinámica "Comunicación"	Identificar aspectos físicos y emocionales que caracterizan a los alumnos	Ninguna	Se pide nueve voluntarios al grupo, luego se les divide en 3 equipos, posteriormente a cada equipo se le plantea la misma situación a resolver. Uno de ellos deberán hacerlo según los pasos de una resolución eficiente. Y dos de ellos deberán hacerlo de forma no asertiva (agresivo y pasivo). Se les indica que deberán representar tanto la situación de conflicto como su resolución, en un máximo de 5 minutos. El resto del grupo deberá indicar de qué tipo de comunicación se trata, y que identifiquen los puntos de resolución de conflictos. Se retroalimenta la dinámica por los facilitadores.	20 min	55 min
Temática de comunicación no verbal	Dar a conocer los conceptos básicos de la importancia de la comunicación no verbal en las emociones.	Proyector Diapositivas con el contenido temático	Se proyecta y se explica el contenido de las diapositivas; al final o durante el transcurso, sí se requiere, se aclararán las dudas al respecto. Se retroalimenta lo expuesto con diversos videos	20 min	75 min
Dinámica "Dilo con mímica"	Encontrar por medio de ejemplos la aplicación de la comunicación no verbal	Ninguno	Se divide al grupo en equipos de cinco (la división queda a criterio del facilitador) posteriormente a cada equipo se le pide que elija a un participante para que por medio de mímica intérprete (por medio de gestos, posturas y movimientos, sin	15 min	90 min

Actividad	Objetivo	Material	Descripción	Tiempo Real	Tiempo Acumulado
			palabras) una película o canción y el equipo tiene que adivinar de qué película o canción se trata en un tiempo de un minuto. Si el equipo no adivina de qué película se trata el equipo que tenga la respuesta puede participar. Gana el equipo que logre interpretar la mayor cantidad de películas. El facilitador retroalimenta la dinámica		
Temática de terapia en solución de problemas	Explicar abarcando con detalle cada uno de los puntos que componen esta técnica, orientada a que el alumno pueda desarrollar estrategias específicas de carácter racional fomentando la actitud positiva de la solución de problemas	Proyector Diapositivas con el contenido temático	Se pide al grupo que piensen en la persona que más admiran e identifiquen las cualidades que más les llame la atención de esta persona. En una hoja escribirán estas cualidades y el nombre de la persona, lo compartirán con el resto del grupo mencionando estas cualidades que admiran del otro. El facilitador retroalimenta la actividad.	15 min	105 min
Actividad de terapia de solución de problemas	Practicar lo expuesto teóricamente de la terapia en solución de problemas	Hojas blancas	El facilitador pide a los alumnos que para la siguiente sesión cada uno elabore un problema que tenga presente o esté afectando su desempeño, de manera gráfica lo elabora de acuerdo a los puntos de la técnica	05 min	110 min
Cierre	Aclarar dudas que surgieron a lo largo del taller	Hojas de autorregistros	Se hace la sugerencia de que lleven un autorregistro que anteriormente se les proporcionó para traerlo la siguiente semana, haciendo énfasis en la terapia de solución de problemas.	10 min	120 min

## Anexo 10. Cartas descriptivas cuarta sesión

Taller Psicoeducativo sobre el manejo de emociones	Número de sesiones:6
Facilitador: Gilberto Serrano García	Carta descriptiva: Sesión No. 4
Objetivo General: Conocer estrategias de regulación del estrés	Manejo de estrés

Actividad	Objetivo	Material	Descripción	Tiempo Real	Tiempo Acumulado
Presentación	Dar a conocer los objetivos y datos generales del contenido del taller.	Proyector Diapositivas con el contenido temático	Se presenta la serie de temáticas a abordar durante el transcurso del taller.	5 min	5 min
Retroalimentación	Aclarar dudas u observaciones sobre los autorregistros y temas vistos la sesión pasada	Autorregistros	Se pregunta al grupo sobre el llenado de los autorregistros aclarando al final o durante el curso las dudas que surgen. Se recogen los autorregistros de la semana pasada	5 min	10 min
Dinámica "La pelota"	Identificar las relaciones de empatía y compañerismo de los integrantes del grupo		El facilitador invita a los integrantes del grupo a sentarse formado un círculo con sillas. Enseguida explica la forma de realizar el ejercicio: el facilitador estará de pie y lanzara la pelota a un alumno (Preguntando sobre su estado emocional o sobre una situación que esté interfiriendo en su desempeño) el alumno que tenga la pelota quedara de pie y lanzara está a uno de sus compañeros repitiendo la dinámica. El facilitador retroalimenta la dinámica.	20 min	30 min
Temática de Estrés	Exponer a los alumnos los diferentes conceptos de estrés que se encuentran en la literatura (distrés y eustrés), de manera	Proyector Diapositivas con el contenido temático	Se proyecta y se explica el contenido de las diapositivas; al final o durante el transcurso, si se requiere, se aclararán las dudas al respecto. Se presentan videos que apoyan el contenido expuesto.	20 min	50 min



Actividad	Objetivo	Material	Descripción	Tiempo Real	Tiempo Acumulado
	simultánea se abarcan los efectos fisiológicos producidos por este, al igual que las causas que conlleva el no reconocer y manejar estas reacciones producidas por situaciones ambientales.				
Dinámica "La situación más estresante"	Identificar situaciones clasificándolas de menor a mayor intensidad	Hojas en blanco	Se pide a los alumnos que enumeren situaciones que les causan estrés en una hoja en blanco, identificando la situación en una escala del 1 al 10 donde 1 es mínimo y 10 es máximo. Cada alumno comparte ante el grupo la situación que le causa mayor estrés y el grupo vota si esa situación igual causa un grado de estrés en ellos. Al final el facilitador realiza la clasificación de situaciones que causan mayor estrés en el grupo y retroalimenta la dinámica.	20 min	70 min
Temática distrés	Dar a conocer los efectos e interpretaciones de las situaciones de estrés	Proyector Diapositivas con el contenido temático	Se proyecta y se explica el contenido de las diapositivas; al final o durante el transcurso, si se requiere, se aclararán las dudas al respecto. Se retroalimenta lo expuesto con diversos videos	20 min	75 min
Temática inoculación del estrés	La promoción de la regulación en las actividades realizadas por los participantes, incrementando la instauración de conductas adaptativas, reestructurando los esquemas cognitivos que los llevan a realizar conductas	Proyector Diapositivas con el contenido temático	Se proyecta y se explica el contenido de las diapositivas; al final o durante el transcurso, si se requiere, se aclararán las dudas al respecto. Se retroalimenta lo expuesto con diversos videos . Se deja como actividad el aplicar esta técnica con una situación que produce estrés en el alumno.	20 min	96 min

Actividad	Objetivo	Material	Descripción	Tiempo Real	Tiempo Acumulado
	desadaptativas.				
Técnica de relajación progresiva de Jackson en partes generales del cuerpo	Explicar y poner en práctica técnicas de relajación de manera sencilla y eficaz que consisten en una serie de pasos consecutivos.	Proyector Diapositivas con el contenido temático	<p>Se pide al grupo que se pongan de pie sin celular o cualquier cosa que pueda interferir en el desempeño de esta técnica.</p> <p>Se utiliza el modelamiento para que el grupo realice eficazmente el contraer las partes específicas del cuerpo.</p> <p>Se procede a contraer las partes del cuerpo empezando por los pies, se contraen los pies durante 15 segundos y después se relaja esa parte por 30 segundos aclarando en cualquier momento cualquier duda que pueda surgir, tratando de no lastimar esta parte del cuerpo, este procedimiento continúa con las pompas, abdomen, manos, espalda y cuello.</p> <p>El facilitador retroalimenta la actividad y prosigue a dejar como actividad para la semana el practicar esta técnica</p>	20 min	115 min
Cierre	Aclarar dudas que surgieron a lo largo del taller	Hojas de autorregistros	Se hace la sugerencia de que lleven un autorregistro que anteriormente se les proporcionó para traerlo la siguiente semana, haciendo énfasis en la terapia en inoculación del estrés y la relajación progresiva.	05 min	120 min

## Anexo 11. Cartas descriptivas quinta sesión

Taller Psicoeducativo sobre el manejo de emociones	Número de sesiones:6
Facilitador: Gilberto Serrano García	Carta descriptiva: Sesión No. 5
Objetivo General: Identificar reacciones fisiológicas, conductuales y cognitivas de la ansiedad	Ansiedad

Actividad	Objetivo	Material	Descripción	Tiempo Real	Tiempo Acumulado
Presentación	Dar a conocer los objetivos y datos generales del contenido del taller.	Proyector Diapositivas con el contenido temático	Se presenta la serie de temáticas a abordar durante el transcurso del taller.	5 min	5 min
Retroalimentación	Aclarar dudas u observaciones sobre los autorregistros y temas vistos la sesión pasada	Autorregistros	Se pregunta al grupo sobre el llenado de los autorregistros y las técnicas explicadas la sesión pasada aclarando al final o durante el curso las dudas que surgen. Se recogen los autorregistros de la semana pasada	5 min	10 min
Dinámica "Noticias"	Implementar el juicio crítico de las situaciones para valorarlas como positivas o negativas	Hojas blancas	El facilitador invita a los integrantes del grupo a sentarse formado un círculo. Se les pide que identifiquen de la semana o del mes pasado una noticia en particular que les haya impactado y la escriban en una hoja en blanco, después se les pide que identifiquen si esa noticia fue buena o mala y el porqué de esa conclusión. Cada alumno expone lo que escribió ante el grupo Se retroalimenta la actividad con la importancia de identificar en qué situación, qué emoción o situaciones anteriores estuvieron presentes durante el evento que narran para de esta forma catalogar un evento como positivo o negativo.	15 min	25 min
Temática de ansiedad	Explicar el significado de la ansiedad de acuerdo a las características expuestas en el DSM-V aunado a la importancia de	Proyector Diapositivas con el contenido temático	Se proyecta y se explica el contenido de las diapositivas; al final o durante el transcurso, si se requiere, se aclararán las dudas al respecto. Se presentan videos que apoyan el contenido expuesto.	15 min	40 min

Actividad	Objetivo	Material	Descripción	Tiempo Real	Tiempo Acumulado
	identificar las reacciones fisiológicas que se manifiestan en este trastorno para disminuir la aparición de alguna enfermedad crónica degenerativa				
Dinámica "PI"	Conducir a los alumnos a una situación de ansiedad y con ello reconocer si aparecen reacciones fisiológicas.	Ninguno	Se forman 3 equipos (la dinámica de la distribución queda criterio del facilitador). En primer lugar se les explica a los alumnos que van a contar del 1 al 70 pero cuando aparezca un 7 o múltiplos de él se pronunciará la palabra "PI" (7,14, 21, 28,...). En un segundo momento se les pide que sigan sumando pero ahora los numero que tengan un número 7 (17, 27, 37...) se pronunciaran con la palabra "PI" también, se incrementa la velocidad para mejorar la concentración de los alumnos. El equipo que logre llegar a 70 sin equivocarse recibirá un premio. El facilitador retroalimenta la actividad y sugiere que los alumnos que identificaron alguna reacción en su cuerpo la compartan con los demás y que pensaron en el momento de la actividad.	15 min	55 min
Temática de ansiedad y miedo.	Diferenciar diversos conceptos con base en la literatura que se asocian a la ansiedad	Proyector Diapositivas con el contenido temático	Se proyecta y se explica el contenido de las diapositivas; al final o durante el transcurso, sí se requiere, se aclararán las dudas al respecto. Se retroalimenta lo expuesto con diversos videos	20 min	75 min
Dinámica "Preguntas"	Identificar por medio de ejemplos pensamientos que ocasionan ansiedad.	Ninguno	El facilitador se coloca en el centro del grupo y hace una pregunta a un alumno referente a sus autorregistros un pensamiento o situación que le genere preocupación, detallando el inicio y fin del pensamiento o situación, el alumno al que se le preguntó repite la dinámica.	15 min	90 min

Actividad	Objetivo	Material	Descripción	Tiempo Real	Tiempo Acumulado
			El facilitador retroalimenta la actividad.		
Temática de pensamientos irracionales y racionales	Proporcionar a los alumnos de manera textual la diferencia entre los pensamientos irracionales y racionales de acuerdo a Albert Ellis.	Proyector Diapositivas con el contenido temático	Se proyecta y se explica el contenido de las diapositivas; al final o durante el transcurso, si se requiere, se aclararán las dudas al respecto. Se retroalimenta lo expuesto con diversos videos	15 min	105 min
Técnica de imaginación guiada	Proporcionar una estrategia de relajación	Música	Se pide a los alumnos que se pongan de pie o sentados en círculo y el facilitador pide que sigan sus instrucciones, la primera de ellas es cerrar los ojos. Comenzamos con cuestiones de respiración y relajación. En el transcurso el facilitador llevará a cabo una imaginación guiada, diciendo frases como:  ¿Qué estás haciendo en tu vida? ¿Cómo estás cuidando tu salud? ¿Qué haces para sentirte mejor? ¿Cómo estás cuidando tus relaciones personales? ¿Cómo te estás preparando para que sea exitosa tu carrera? ¿Cómo te imaginas a la mitad de la carrera? ¿Qué tienes que hacer para alcanzar esas metas?  ¿Te das cuenta cómo lo puedes alcanzar?  Durante el cierre se menciona: Has construido quién quieres ser, eres la mejor versión de ti mismo. El facilitador retroalimenta la dinámica.	15 min	120 min
Cierre	Retroalimentación de lo expuesto en el taller	Ninguno	Se retroalimenta las actividades vistas en el taller y se dejan los últimos autorregistros	5 min	125 min.

## Anexo 12. Cartas descriptivas sexta sesión

Taller Psicoeducativo sobre el manejo de emociones	Número de sesiones:6
Facilitador: Gilberto Serrano García	Carta descriptiva: Sesión No. 6
Objetivo General: Retroalimentación y motivación a proseguir con la práctica en las técnicas expuestas en el taller psicoeducativo de manejo de emociones.	Manejo del enojo y cierre

Actividad	Objetivo	Material	Descripción	Tiempo Real	Tiempo Acumulado
Presentación	Dar a conocer los objetivos y datos generales del contenido del taller.	Proyector Diapositivas con el contenido temático	Se presenta la serie de temáticas a abordar durante el transcurso del taller.	5 min	5 min
Retroalimentación	Aclarar dudas u observaciones sobre los autorregistros y temas vistos la sesión pasada	Autorregistros	Se pregunta al grupo sobre el llenado de los autorregistros y las técnicas explicadas la sesión pasada aclarando al final o durante el curso las dudas que surgen. Se hace una contrastación de los avances o limitaciones que las técnicas expuestas sirvieron en el manejo de las emociones.	15 min	20 min
Dinámica "Carta a alguien especial"	Generar la autoevaluación de las situaciones presentes por las que está pasando el alumno.	Hojas blancas	El facilitador invita a los integrantes del grupo a redactar una carta, donde narren y describan los aspectos relevantes y positivos que los han llevado a alcanzar los objetivos planteados, de igual forma sobre qué actitud tendrían para conseguir aquellos objetivos que se presentan a largo plazo. De manera voluntaria se pide a los integrantes del grupo que compartan su carta con el resto del grupo. El facilitador retroalimenta la dinámica	10 min	30 min
Temática de enojo	Comprender el significado y las reacciones fisiológicas del enojo y la diferencia que existe con otros constructos similares.	Proyector Diapositivas con el contenido temático	Se proyecta y se explica el contenido de las diapositivas; al final o durante el transcurso, si se requiere, se aclararán las dudas al respecto. Se presentan videos que apoyan el contenido expuesto.	15 min	45 min
Dinámica "El que se enoja pierde"	Identificar en los alumnos situaciones o	Proyector Diapositivas con el	Se proyectan en el pizarrón una serie de preguntas, estas se irán dictando a los alumnos,	15 min	60 min

Actividad	Objetivo	Material	Descripción	Tiempo Real	Tiempo Acumulado
	eventos que generan reacciones de enojo	contenido temático	proporcionándoles determinado tiempo para contestar con lo primero que les aparezca en la mente, después de terminar de dictar estas oraciones, cada alumno mencionara en voz alta la respuesta que obtuvo a cada pregunta. El facilitador retroalimentara al grupo sobre sus respuestas.		
Dinámica "que te llevas"	Diferenciar diversos conceptos con base en la literatura que se asocian a la ansiedad	Proyector Diapositivas con el contenido temático	Se entrega a cada integrante una hoja en blanco y se pide que escriban tres cosas que se lleva del taller, de sí mismo y de los facilitadores, se indica un tiempo considerado para que escriban posteriormente se va preguntando a cada alumno lo que escribió. El facilitador retroalimenta en cada respuesta de los alumnos.	20 min	80 min
Cierre	Retroalimentación del taller	Ninguno	Se retroalimenta las actividades vistas en el taller preguntando sobre lo aprendido y como lo aplicarían en la nueva etapa que están comenzando- El facilitador agradece el esfuerzo de cada integrante del grupo, dando indicaciones generales de la evaluación post-test.	5 min	95 min.