



UNIVERSIDAD ALZATE DE OZUMBA

INCORPORADA A LA UNAM CLAVE 8898-25

**PROPUESTA DE INTERVENCIÓN BASADO EN
LA TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL
PARA MUJERES QUE VIVIERON AGRESIÓN
SEXUAL**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA**

QUE PRESENTAN:

**Dulce Karen López Hernández
Guadalupe Ortega León**

ASESORA

Lizbeth Castro Amaro

Ozumba Estado de México, Mayo 2019.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

Gracias a Dios por darme paciencia, perseverancia y sobre todo la entereza tanto física como intelectual para concluir mi tesis y lograr una de mis metas principales en la vida. Gracias por cada una de las grandes oportunidades que me has brindado a lo largo de mi vida, gracias por cada persona que has puesto en mi camino y que me han proporcionado un granito de arena para poder llegar a tener mi título universitario.

A mis padres Juan Carlos y Teo Gracias por su amor, sus cuidados y todo ese apoyo que me han brindado a lo largo de toda mi vida, sin duda alguna han sido mis principales impulsores a concluir cada uno de mis estudios y ahora el de concluir mi tesis. Gracias a mi mamá por cada una de sus palabras que me hicieron crecer en mí en todos los aspectos, por su amor incondicional es una persona fundamental en mi vida te amo mamita por siempre estar ahí para mí en todo momento, por tú gran amor incondicional que me ayuda a ser mejor persona eres sin duda la mejor madre para mí tus enseñanzas de vida y profesional me han demostrado que todo se puede alcanzar si luchas por ello, al igual que mi papá ya que sin él no hubiera podido concluir mis metas su paciencia y perseverancia me han enseñado que es son aspectos fundamentales en la vida para poder lograr el éxito, te agradezco por todo lo que has hecho por mí y mi familia por tu infinito amor y enseñanzas de vida eres un excelente profesor y padre estoy orgullosa de ser tú hija y por todos y cada uno de los valores que me has enseñado a lo largo de toda mi vida eres un padre increíble en toda la extensión de la palabra te amo papi nunca terminare de agradecer tu apoyo a todo lo que hago y mi tesis no fue la excepción. Gracias a los dos por tanto amor y apoyo en todos los sentidos los amo mucho, sin ustedes no sería ni la mitad de lo que hoy soy ya que cada paso y sueño que he logrado son fruto de su amor y su apoyo incondicional son unos padres maravillosos estoy realmente agradecida por tener la dicha de ser su hija y poder darles este logro que suyo por ser esos seres tan extraordinarios que siempre están ahí para mí y mi familia los amo con todo mi corazón, son los mejores padres del mundo.

A mi hermana Carolina no solo eres mi hermana, sino que también eres una gran amiga y confidente siempre estas cuando necesito algo y te preocupas por mí así mismo siempre me brindadas tú amor y apoyo en todo momento, sin duda alguna me motiva con cada una de sus palabras, gracias por toda hermanita siempre te agradeceré las cosas que haces por mí te amo mucho hermanita.

Mi esposo Christian e hijos Ian Yamil y Fátima Aylin son personas a las que agradezco por su paciencia y amor durante el proceso de culminación de mi tesis, los amo mucho son mi motor para continuar con cada una de mis metas, ya que han vivido conmigo cada uno de mis logros y me han visto en mis peores y mejores momentos, sin duda alguna son muy importantes en mi vida y me motivan día a día a continuar luchando por cada uno de mis sueños y metas. Gracias amor por siempre apoyarme por estar a mi lado y no dejarme sola siempre lucharemos juntos

por nuestra familia y nuestros hijos que son lo primordial, contigo he compartido todo y esto no es la excepción sabes lo importante que es para mí este logro que también es tuyo ya que siempre me impulsas a seguir luchando por todo lo que queremos eres un gran esposo, padre y abogado sin duda alguna el gran amor de mi vida, admiro cada una de tus cualidades que te han hecho llegar hasta donde estas, es por ello que cada día me inspiras a seguir luchando por cada sueño y meta. Agradezco cada consejo y cada palabra de aliento cuando me quiero dar por vencida eres un gran hombre, sin duda alguna nunca me cansare de agradecer a Dios por ponerte en mi camino y que estés a mi lado apoyando cada logro gracias por tu amor y tu apoyo en todo lo que hago eres mi gran compañero de vida te amo mucho.

Quiero agradecer a mis suegros Gloria y Fidel porque son unas personas muy nobles y de gran corazón, que nos han brindado su apoyo y amor incondicional sin ello no hubiera logrado concluir la universidad y ahora la tesis. Sin duda son un gran ejemplo de entereza y esfuerzo ya que cada día trabajan arduamente para conseguir el bienestar de toda la familia muchas gracias por enseñarme eso y más los quiero mucho. Gracias por cada uno de sus consejos, sus cuidados, su comprensión y su calidad humana, de ustedes aprendí muchas cosas que me han servido en todos los ámbitos de mi vida siempre estaré agradecida por todo lo que han hecho y siguen haciendo por mis hijos y por mí, por todo esto y por más quiero compartir este logro con ustedes ya que sin su apoyo no habría logrado llegar a una de mis metas primordiales gracias de todo corazón.

A mis cuñadas Jennifer, Lupita y Gloria porque sin su ayuda nunca hubiera podido culminar mis estudios de nivel superior, son muy importantes en mi vida y en la de mi esposo e hijos ya que nos han demostrado su afecto y su apoyo durante 6 años muchas gracias por todo las quiero mucho. Muchas gracias porque sin su ayuda no hubiera podido concluir este logro que es también de ustedes.

A mi profesora y asesora de tesis Lizbeth Castro Amaro una persona muy importante dentro de este proceso, ya que nos ha proporcionado mucho apoyo para poder culminar esta tesis entre mi compañera Lupita y yo. Es una persona con muchos valores tanto profesionalmente como fuera del área laboral. Una profesional de la psicología que ama y valora su trabajo es por ello que inclino todo mi respeto y admiración hacia con ella. Muchas gracias profesora por este gran apoyo y por el tiempo dedicado para que podamos concluir con nuestra tesis.

Y a mi compañera de tesis Lupita hemos pasado por muchas situaciones adversas a nosotras para culminar la tesis en un tiempo determinado, sin embargo te externo mi más sincero agradecimiento por el apoyo y paciencia durante este proceso, por retomar cada idea y plasmarla dentro de nuestra tesis sé que desde el momento en que decidimos hacerla juntas nos comprometíamos la una con la otra para lograr algo en común y que sin duda alguna hoy se ha podido llegar a concretar, muchas gracias amiga por eso y lo que hemos pasado para lograrlo.

Gracias a todas esas personas que me ayudaron a conseguir cada uno de mis sueños y metas en mi vida, gracias por aportarme un granito de arena para que pudiera conseguir este logro tan importante y que sin duda alguna siempre los tendré presente en mi vida.

El éxito se logra a base de esfuerzo y sacrificios, sin embargo, cuando logras ver los frutos de cada uno de ellos es una felicidad que se comparte con esas personas que hicieron posible cada uno de ellos.

Dulce Karen López Hernández.

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo quiero dedicárselo principalmente a mis padres, Enrique y Marilu, por todo el apoyo y amor, por la dedicación que han tenido en enseñarme y en criar, no solo a una hija, si no a cuatro, y que gracias a eso somos las personas que somos ahora, su influencia sobre nuestra vida es inexplicable, pues todos a nuestra manera hemos salido adelante y hemos perseguido metas y estoy segura que eso no hubiese sido posible sin ustedes como guías.

Quiero agradecerle a mi hermano mayor, Marcos, quien está con nosotros aun estando lejos, siempre al margen y siempre preocupado por nosotros, la persona por la cual mi carrera universitaria ha sido concluida de la forma que esperaba y mi preparación ha seguido progresando. Gracias por tu apoyo incondicional, por tu amor y sobre todo por tu confianza hacia mí y dejarme crear mi propio camino.

Gracias a mis hermanas, Sarelli y Cecilia las cuales siempre han estado ahí, siendo, no solo mis hermanas, sino mis mejores amigas. Una siendo mi ejemplo, siempre fuerte y firme hacia lo que quiere y lo que es en la vida, además de ser la persona que siempre me hace reír hasta que el dolor de estómago aparece. Y, por otro lado, mi hermana menor, quien se convirtió en mi mayor confidente, en mi compañera y por la que día a día lucho para ser el ejemplo que merece.

También, quiero agradecerle a mi esposo, Juan, quien es mi compañero, mejor amigo y el amor de mi vida. Gracias por acompañarme y apoyarme, gracias por compartir nuestros logros y nuestra vida, y sobre todo gracias porque tu amor también me motiva a superarme personal y profesionalmente.

Gracias por ser la mejor familia, esa que no solo apoya sino motiva ha ser perseverante y conseguir lo que uno se propone. Gracias por todo su cariño, paciencia y confianza, ustedes son mi motor de vida.

Quiero agradecerle también a nuestra asesora, Lizbeth Castro Amaro, quien nos ayudó y guio en el proceso de este trabajo y a lo largo de la carrera, gracias por compartir sus conocimientos y su tiempo para concluir este trabajo que es, no el ultimo, pero si uno de los escalones primordiales de mi preparación profesional.

Por último, quiero agradecerle a mi compañera y amiga Dulce Karen, gracias por enseñarme la perseverancia y decisión que debe de tener una persona y que a pesar de los obstáculos que se puedan presentar, ser firme en lo que uno quiere para lograrlo.

Gracias a la vida, pues sé que soy afortunada por tener a mi lado a personas que sacan lo mejor mí, y me ayudan a conseguir cada sueño.

Este trabajo es dedicado a ustedes, infinitas gracias.

Guadalupe Ortega León

ÍNDICE

Introducción	8
Capítulo I Terapia Cognitivo Conductual	9
1.1 Supuestos y definición de la terapia cognitivo conductual	9
1.2 Componentes de la terapia cognitivo conductual.....	10
1.2.1 Habilidades de comunicación asertiva.....	10
1.2.2 Auto instrucciones	11
1.2.3 Reestructuración cognitiva	12
1.2.4 Solución de problemas	13
1.2.5 Relajación	14
1.2.6 Autocontrol.....	15
1.2.7 Terapia racional emotiva	16
Capítulo II Emociones	22
2.1 Concepto de emoción	22
2.2 Como se genera una emoción	22
2.3 Componentes de la emoción	23
2.4 Tipos de emociones.....	24
2.4.1 Emociones básicas.....	25
2.4.1.1 Miedo	25
2.4.1.2 Alegría	26
2.4.1.3 Sorpresa.....	27
2.4.1.4 Ira.....	29
2.4.1.5 Tristeza	30
2.4.1.6 Asco	31
2.4.2 Emociones sociales	33
2.4.2.1 Culpa.....	33
2.4.2.2 Vergüenza	34
2.4.2.3 Orgullo.....	36
2.4.2.4 Enamoramiento	36
2.4.2.5 Celos	38
2.4.2.6 Envidia	40
2.4.2.7 Empatía.....	42
2.5 Influencia de la emoción sobre la cognición	42
Capítulo III Cognición	44
3.1 Definición de cognición.....	44
3.2 Procesos Psicológicos básicos	44
3.2.1 Percepción	44
3.2.2 Memoria	46
3.2.3 Atención	48

3.2.4 Aprendizaje.....	50
3.2.5 Emoción	51
3.3 Influencia de la cognición sobre la emoción	57
Capítulo IV Agresión sexual	59
4.1 Definición de agresión sexual.....	59
4.2 Factores sexuales en una violación	60
4.3 Fases de crisis después de una agresión sexual	61
4.4 repercusiones emocionales en la víctima	62
4.5 Repercusiones cognitivas en la víctima.....	63
Capítulo V Método	65
5.1 Pregunta de investigación y planteamiento del problema	65
5.2 Objetivos	65
5.3 Hipótesis.....	66
5.4 Variables	66
5.5 Tipo de estudio y muestra	67
Capítulo VI Propuesta Intervención	68
Capítulo VII Conclusiones	88
Anexos	90
Referencias Bibliociberográficas.....	104

La agresión sexual es una problemática que afecta radicalmente la vida de la persona que la vive, esta problemática influye a corto, mediano y largo plazo después de haber sucedido, siendo las consecuencias a largo plazo las que más afectan a la víctima. En este trabajo se trata de entender las repercusiones emocionales y cognitivas de mujeres víctimas de agresión sexual con el fin de crear una propuesta de plan de intervención basado en la terapia cognitivo conductual, para trabajar sobre las emociones y las cogniciones que la víctima tiene generadas por la agresión y para mejorar su calidad de vida. La propuesta del plan de intervención está dividida en 20 sesiones donde las primeras y las últimas 5 abarcan pruebas o test psicológicos que ayudan a entender el estado actual de la víctima, antes y después de aplicar el plan de intervención.

INTRODUCCION

La agresión sexual, es un fenómeno frecuente, sin embargo, la mayoría de las veces se mantiene oculta. Se podrían dar cifras sobre casos de agresión sexual, pero los casos que son registrados son pocos ya que la mayoría de las víctimas no denuncian la agresión por diversos factores, los cuales incluyen miedo, ya sea a amenazas del agresor o a la falta de credibilidad de la agresión que vivió; y culpa que es generada por las creencias del contexto social.

El impacto psicológico de la agresión sexual va a depender de la relación con el agresor y de la fase del desarrollo psicológico de la víctima en la que tuvo lugar el suceso. Además, se ve reflejado desde el primer momento y puede o no generar implicaciones a largo plazo, esto va a depender de los recursos psicológicos que la víctima tiene para enfrentarlo.

La terapia cognitivo conductual tiene como fin disminuir las conductas y emociones disfuncionales. En la población ha sido empleada exitosamente para atender casos de agresión sexual teniendo como objetivo enseñar a modificar las percepciones erróneas de su ambiente, que se asocian con la manifestación desadaptada (conductual, fisiológica y cognitiva) de emociones como enojo, miedo, culpa, vergüenza para emplear técnicas que ayuden a afrontar eventos estresantes y resolver problemas que se presenten en la vida diaria, así como auto control ante situaciones conflictivas (Mendoza, 2010).

Nuestra propuesta del plan de intervención basado en la terapia cognitivo conductual está estructurado para trabajar directamente sobre las emociones y las cogniciones que la víctima presenta ante el suceso y que perjudican su calidad de vida, así mismo tiene como objetivo principal proporcionar diversas herramientas que ayuden a la víctima a enfrentar las consecuencias que se generaron a partir de la agresión, además, se pretende desarrollar habilidades que ayuden a su superación personal.

CAPÍTULO I. TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL

1.1 Supuestos y definición de la terapia cognitivo conductual

Según Méndez, Olivares & Moreno (citado por Mendoza, 2010) el supuesto básico de la terapia cognitivo conductual indica que los patrones conductuales irracionales y no adaptativos se deben a la errónea interpretación de la percepción del ambiente los resultados de esta percepción influyen notablemente en la conducta de las personas. Se basa en las leyes de aprendizaje tanto clásico como operante.

La terapia cognitivo conductual es un procedimiento terapéutico activo y estructurado que incorpora tanto intervenciones conductuales como cognitivas, con el fin de disminuir las conductas y emociones disfuncionales para modificar el comportamiento y los patrones de pensamiento del individuo. Ambos tipos de intervenciones se basan en la suposición de que un aprendizaje anterior está produciendo actualmente consecuencias desadaptativas y que el propósito de la terapia consiste en reducir el malestar o la conducta no deseados (Brewin, citado por Mendoza, 2010).

Se deben considerar algunas metas importantes para la terapia:

La primera es motivar al paciente para que permanezca durante todo el proceso terapéutico, la segunda es motivarlos para que empleen las técnicas aprendidas y comenzar a tener una vida más satisfactoria, la tercera, como señalan Nezu, Nezu y Lombardo (citado por Mendoza, 2010) es elaborar un plan de tratamiento que ayude a alcanzar sus metas, la cuarta es identificar los componentes y métodos del tratamiento que permitan al paciente cumplir con eficacia sus metas.

Brewin (citado por Mendoza, 2010) adopta la posición de que las respuestas emocionales pueden ser influidas por asociaciones inconscientes aprendidas provenientes de acontecimientos intensos o repetidos por el conocimiento consciente relevante. Esto se refiere a que cualquier situación estresante o de peligro genera ciertas emociones, las cuales vuelven a surgir si se vive una situación similar.

Por otro lado, la posición cognitivo conductual plantea que las deficiencias y las distorsiones cognitivas servirán para explicar el funcionamiento desadaptativo del individuo.

Este tipo de terapia se emplea frecuentemente para disminuir conductas que limitan o impiden la adaptación de la persona a su vida cotidiana. En la población ha sido empleada exitosamente para atender casos de agresión sexual teniendo como objetivo enseñar a modificar las percepciones erróneas de su ambiente, que se asocian con la manifestación desadaptada (conductual, fisiológica y cognitiva) de emociones como enojo, miedo, culpa, vergüenza, así como emplear técnicas que ayuden a afrontar eventos estresantes y resolver problemas que se presenten en la vida diaria, y tener auto control ante situaciones conflictivas (Mendoza,2010).

1.2 Componentes de la terapia cognitivo conductual

La terapia cognitivo conductual ofrece una variedad de componentes y estrategias, la elección de los componentes depende de la problemática del paciente y la efectividad que han probado tener para abordarla.

Kanfer (Citado por Mendoza, 2010) señala en la práctica clínica que las personas que acuden a solicitar apoyo psicológico tienen como objetivo el trabajo con emociones y generalmente presentan uno de los siguientes aspectos:

- Carecen de habilidades para expresar la emoción que experimentan.
- Las reacciones emocionales son excesivamente intensas.
- Las reacciones conflictivas emocionales provocan un pobre afrontamiento, inconsistencia o permanecer "paralizado" ante la situación.
- La reacción emocional es una respuesta secundaria a propios estados emocionales, o como resultado de la anticipación de una intensa activación emocional.

Los principales componentes de la terapia cognitivo conductual son:

Habilidades en comunicación asertiva, auto instrucciones, restructuración cognitiva, solución de problemas, relajación y autocontrol.

1.2.1 Habilidades de comunicación asertiva

Asertividad se define como una forma de conducta interpersonal. Las metas conductuales incluyen la expresión socialmente apropiada de pensamientos y sentimientos tanto negativos como positivos, la comunicación asertiva tiene por objetivo que la persona se dirija honestamente a otra, tomando en cuenta sus sentimientos, por lo que incluye también la comunicación efectiva. (Goldstein, Carr, Davidson & Wehr, Citado por Mendoza, 2010, p.5)

Existe un estilo de comunicación asertivo el cual será útil y funcional para hacer valer nuestros derechos, manejar conflictos, conducir situaciones de negación con habilidad, establecer y mantener conversaciones con diferentes personas y en diferentes contextos, así mismo favorecerá el proceso de tomar decisiones, solicitar cambios de conducta en otras personas, ser directo con lo que se quiere expresar sin ofender y asumir riesgos calculados (Asensí, 2013).

La asertividad parte de la premisa de que todos tenemos los siguientes derechos asertivos:

- Derecho a cometer errores y a equivocarnos
- Derecho a tener nuestras propias opiniones, creencias y convencimientos
- Derecho a decir "No"

- Derecho a no responsabilizarnos de los problemas de otros
- Derecho a responder o no hacerlo
- Derecho a rechazar peticiones sin sentirse culpable o egoísta
- Derecho a criticar y protestar por un trato injusto (Asensí, 2013).

Por otro lado, Salter (Citado por Mendoza, 2010) definió las siguientes técnicas específicas en el entrenamiento asertivo:

1. Externar los sentimientos (Expresar literalmente cualquier sentimiento)
2. Expresión facial (Comunicar a través de expresiones faciales que acompañan a emociones)
3. Expresar una opinión contraria cuando se está en desacuerdo
4. Uso del pronombre "Yo" (Implícito o explícito)*
5. Afirmar los elogios de otras personas
6. Improvisar
7. Contacto visual
8. Tono de voz firme y cálido

Este tipo de entrenamiento brindara al paciente la oportunidad de relacionarse con otros, aprendiendo a escuchar, a expresar lo que piensa, a ampliar su red social, y a sentir empatía por los demás.

1.2.2 Auto instrucciones

Mohammed, Jamil El Bahí (2013) menciona que el entrenamiento de auto instrucciones es una técnica cognitiva cuyo objetivo principal es enseñar al paciente a usar auto verbalizaciones (Verbalizaciones internas o pensamientos) en forma de auto instrucciones para cambiar y controlar conductas. La técnica se centra más en la capacidad para modificar la conducta y las emociones mediante las auto verbalizaciones, y menos en el sistema de creencias e ideas irracionales del paciente

Meichenbaum (Citado por Mendoza, 2010) diseño el entrenamiento en auto instrucciones el cual incluye auto refuerzos para las respuestas encaminadas a resolver los problemas y/o auto instrucciones de afrontamiento ante el fracaso (Auto corrección). Basándose en el supuesto de que podríamos modificar el comportamiento mediante el cambio de las propias verbalizaciones, las auto instrucciones positivas, flexibles y adaptativas generarían sentimientos positivos y comportamiento adaptativo; en cambio auto instrucciones negativas provocarían malestar y conductas des adaptativas.

Deffenbacher (Citado por Mendoza, 2010) proporciona algunas clases de auto instrucciones relevantes, que el paciente puede emplear para controlar su conducta:

1. Relajación: Mantener los pensamientos sin agresión, ayuda a relajarse dando paliativos emocionales y centrando la atención en cambios no agresivos.
2. Control de la situación: El paciente debe percibir que el conflicto es manejable
3. Descomposición del problema: Sugiere que el paciente descomponga la situación en múltiples componentes
4. Planeación: El paciente puede planear la solución del problema dándose auto instrucciones
5. Perseverancia: El paciente deberá conocer que no siempre las soluciones que plantea le darán buenos resultados por lo que no debe desistir en encontrar la mejor solución.
6. Control: Consiste en que el paciente identifique la emoción, por medio de auto instrucciones que le permitan darse cuenta de su conducta.
7. Auto reforzamiento: La persona deberá identificar las consecuencias que obtuvo al haber expresado sus emociones. Estas consecuencias se vuelven reforzadores si el paciente identifica las ganancias que obtuvo por su afrontamiento, dichas soluciones brindan expectativas realistas y positivas acerca de su capacidad para resolver futuros conflictos.

Cuando el paciente identifica los pensamientos automáticos negativos se condiciona para aprender a diseñar afirmaciones positivas que le permitan guiar su comportamiento.

1.2.3 Restructuración cognitiva

Este componente pretende modificar los pensamientos automáticos, definidos como pensamientos negativos que surgen inmediatamente ante un evento percibido como estresante, estos pensamientos no permiten la adaptación, por lo que se debe romper la asociación entre pensamientos negativos automáticos y la exhibición de conductas no adaptativas (Mendoza, 2010).

La restructuración cognitiva, tiene como objetivo ayudar a cambiar distorsiones de percepción e interpretación errónea de un evento, situación o estímulo, es decir, el paciente tiene que cambiar la interpretación que da a la situación, evitando percibirla como amenazante (Nezu, Nezu & Lombardo, Citado por Mendoza, 2010, p.7)

Deffenbacher (Citado por Mendoza, 2010) señala que en restructuración cognitiva se deberán superar los procesos que corresponden a las siguientes distorsiones cognitivas:

Adivinación. Se refiere al proceso de realizar "Cálculos erróneos" sobre la probabilidad de ocurrencia de eventos sobre todo negativos.

Abstracción selectiva. Ocurre cuando el paciente hace una atribución errónea a la causa de su emoción, tomando en cuenta para la interpretación solo una pequeña parte o fragmento del evento.

Irrealidad. Se presenta cuando el paciente percibe aspectos que no son reales, se tiene expectativas poco reales sobre un evento particular, y cuando no se cumple se activa alguna emoción como enojo.

Magnificación o catastrofismo. Este proceso se presenta cuando la persona amplifica catastróficamente las consecuencias de un evento.

Generalización excesiva. Cuando la persona tiene una consecuencia negativa por un determinado comportamiento asume que siempre obtendrá el mismo resultado.

Pensamiento blanco/ negro. El paciente erróneamente interpreta los eventos en forma extrema, sin término medio (todo o nada, aman u odian).

Los métodos para aplicar la reestructuración cognitiva son: ensayos conductuales, modelamiento, confrontación abierta, didáctica, tareas en el hogar.

1.2.4 Solución de problemas

La meta de este componente es ayudar al paciente a descomponer un problema en partes más pequeñas, enseñarle a identificar el evento que desencadenó el conflicto, la forma de afrontarlo, así como las consecuencias positivas y negativas relacionadas con dicho afrontamiento, todo ello con la finalidad de ayudarlo a adaptarse socialmente en su ambiente.

Según Nezu y Lombardo (Citados por Mendoza, 2010), mencionan que este componente se centra en aumentar la capacidad de afrontamiento ante situaciones conflictivas, lo que implica modificar aspectos cognitivos como la visión negativa con respecto a situaciones problemáticas y las expectativas que el paciente tiene sobre su capacidad para solucionarlo así como incrementar el compromiso del paciente para auto reforzarse cuando logre resolverlo, este proceso de aprendizaje le permitirá aprender a fijarse metas para el afrontamiento de problemas cotidianos.

De acuerdo con estos autores, la terapia de solución de problemas tiene las siguientes metas generales:

- Ayudar a los pacientes a identificar situaciones cotidianas que constituyan los antecedentes de un evento conflictivo.
- Aumentar la eficacia de los esfuerzos que el paciente ha realizado para afrontar los problemas en la vida diaria.
- Enseñar habilidades generales que le permitan abordar de modo más eficaz problemas futuros.

Por otro lado Spivack, Platt & Shure (Citados por Mendoza, 2010) mencionan algunas habilidades para la solución de problemas que deben tenerse para una adaptación adecuada, habilidades que deberán enseñarse en este componente:

Pensamiento de solución alternativa. Es la capacidad para generar diferentes opciones que puedan solucionar conflictos.

Pensamientos medios-fin. Instruir a la persona para que aprenda a identificar los pasos intermedios necesarios para lograr la solución al conflicto.

Pensamiento de consecuencias. El paciente deberá lograr identificar la conexión entre eventos antecedentes (probables desencadenadores del conflicto), el conflicto y la conducta que exhibe así como sus consecuencias (positivas o negativas).

Pensamiento causal. El paciente deberá adquirir la habilidad para relacionar un evento con otro, comprendiendo porque el comportamiento del paciente provoca respuestas particulares en otras personas.

Kazdin (Citado por Mendoza, 2010) señala que este tipo de entrenamiento ayuda a pensar sobre el conflicto, identificando las conductas que necesitan efectuarse, así como los cursos de acción disponibles para su solución, lo que permitirá aprender a tomar decisiones sobre la mejor opción para solucionar un conflicto.

1.2.5 Relajación

Marlat & Parks (Citados por Mendoza, 2010) Mencionan que el entrenamiento en relación ayuda a que el paciente incremente su percepción de autocontrol, reduciendo el estrés y mejorando la valoración de autoeficacia sobre una variedad de situaciones que se presentan en la vida diaria.

La relajación tiene como meta enseñar al paciente a afrontar situaciones estresantes, entre las técnicas empleadas se encuentran:

La respiración diafragmática

Relajación muscular progresiva

Visualización

El objetivo de dicha técnica es que el paciente las domine en ambientes controlados para que después pueda generalizar esta estrategia a situaciones estresantes en la vida cotidiana. (Kazdin, Nezu, Nezu & Lombardo Citado por Mendoza, 2010,p.8)

Por otro lado, Deffenbacher (Citado por Mendoza, 2010) señala que las técnicas de relajación proveen auto control, en la medida que se aplica el procedimiento, la consistencia se hace necesaria por lo que deberá practicar las habilidades diariamente en casa y entre sesión y sesión deberá aplicar las técnicas de relajación en el momento cualquier tipo de emoción.

Cautela & Groden (Citado por Mendoza, 2010) distinguieron varios tipos de relajación:

Respiración: Respirar profundamente, mantener la respiración y después expulsar el aire lentamente.

Relajación muscular profunda: Consiste en la tensión y relajación sucesiva de los músculos en una secuencia ordenada.

Relajación sin tensión: Cerrar los ojos, recorrer su cuerpo, respirar tranquilamente para inducir un estado de relajación.

Relajación en otras posiciones: Relajación estando de pie, relajación mientras camina, relajación mientras se está acostado.

1.2.6 Auto control

Los procedimientos de auto control en modificación conductual se refieren principalmente a técnicas que el paciente emplea para regular su propia conducta (el paciente participa activamente) y disminuye la probabilidad de consecuencias aversivas (Mendoza, 2010).

Los actos de autocontrol plantean de privar de recompensas inmediatas al paciente para tener recompensas futuras con beneficios mayores. Los patrones de auto control pueden ser adquiridos a través de técnicas de modificación conductual como: control de estímulos, auto monitoreo, auto refuerzo y entrenamiento respuesta alternativa (Kazdin, Citado por Mendoza, 2010, p.10).

En esta terapia se enseña a los pacientes a:

Mantener un registro diario de experiencias, observando el estado de ánimo asociado a ellas.

Establecer metas claras que puedan llevarse a cabo, tomando en cuenta que enseñaran al paciente comportamientos positivos que le permitan adaptarse a su medio.

Identificar reforzadores posibilitándoles la auto administración tras alcanzar una meta.

Algunas de las metas de este componente son:

1. Ayudar a los individuos a identificar situaciones cotidianas previas y actuales que constituyen antecedentes de un episodio que no permitan la adaptación.(Nezu, Nezu & Lombardo, Citado por Mendoza, 2010,p.10)
2. Minimizar el grado en el que los síntomas afectan de manera negativa los intentos de afrontamiento presentes y futuros.

3. Aumentar la eficacia de sus esfuerzos de resolución de problemas al afrontar problemas presentes en ese momento.
4. Enseñar habilidades generales que les permitan abordar de modo más eficaz problemas futuros. .(Nezu, Nezu & Lombardo, Citado por Mendoza, 2010,p.10)

Por su parte Kazdin (Citado por Mendoza, 2010) empleo algunas estrategias de auto control las cuales son las siguientes:

Control de estímulos: Refiere que algunas conductas se encuentran bajo el control de algunos estímulos. La meta terapéutica es eliminar o modificar el control que algunos estímulos tienen sobre la conducta.

Auto reforzamiento: El requisito principal de dicha estrategia es que el paciente tenga la libertad de recompensarse cuando lo crea necesario. Para que se lleve a cabo el auto reforzamiento y auto castigo es requisito necesario que el paciente observe y registre su conducta, de tal manera que pueda identificar si ha alcanzado la meta específica.

Respuesta alternativa: Consiste en entrenar al paciente para que emplee conductas que interfieren con la conducta problema.

1.2.7 Terapia racional emotivo-conductual

La terapia racional emotivo-conductual (TREC) fue propuesta durante el Congreso de American Psychological Association en Chicago, Estados Unidos, en 1956 por Albert Ellis, bajo el nombre de terapia racional, de dicha presentación, proviene la siguiente cita:

El marco de referencia teórico de la terapia racional está basado en la premisa de que el pensamiento y las emociones de los seres humanos no son dos procesos diferentes, sino que se yuxtaponen de forma significativa, y que, desde el punto de vista práctico, en algunos aspectos son, esencialmente la misma cosa. Esto es equivalente al caso de otros dos procesos básicos, sensación y movimiento, interrelacionados de forma tal que nunca pueden separarse totalmente el uno del otro. En otras palabras, ninguna de las cuatro funciones básicas (sentir sensaciones, moverse, sentir emociones y pensar) se experimenta en forma aislada. (p.16)

La cuestión de la racionalidad o irracionalidad del ser humano y en especial del pensamiento adquiere una mayor importancia en esta teoría, Ellis (1962) afirma directamente que los trastornos emocionales y psicológicos provienen en su mayoría de la manera ilógica o irracional de pensar, y es adquirida a través de tres agentes principales: los padres, la sociedad y la autosugestión.

La TREC se basa en la idea de que tanto las emociones como las conductas son producto de las creencias de un individuo, de su interpretación de la realidad (Ellis, 1962). Por esta razón, la meta principal de la TREC es asistir al paciente en la identificación de sus pensamientos “irracionales” o eficientes, que le permitan lograr con más eficacia metas de tipo personal (Ellis & Becker, 1982).

La TREC examina, además de las inferencias sobre uno mismo, sobre los demás y sobre el mundo en general, la filosofía básica del individuo, en la cual se basan estas inferencias (Ellis & Dryden, 1987).

La terapia racional emotivo-conductual supone que las emociones y acciones creadas y realizadas por un individuo en cualquier situación son respuesta de su sistema de creencias y de la interpretación que da a tal situación, por ende, esta terapia se basa en orientar al paciente a identificar y reconocer sus pensamientos, modificar los pensamientos irracionales y complementar los racionales para que el sujeto logre sus objetivos y metas personales de una forma eficaz.

Los pensamientos irracionales se pueden definir como interpretaciones o creencias ilógicas, poco empíricas, y que dificultan la obtención de las metas establecidas por el individuo, esto no significa que la persona no razone, sino que razona mal ya que llega a conclusiones erróneas. Por otro lado, si las interpretaciones o inferencias del individuo se basan en datos empíricos y en una secuencia científica y lógica, estas creencias son racionales, ya que el razonamiento es correcto. (Ellis, 1982).

EL MODELO TERAPEUTICO

El marco filosófico general de la TREC se basa en la premisa de que “la perturbación emocional no es creada por las situaciones sino por las interpretaciones de estas situaciones” (Epicteto, citado por Lega, Caballo & Ellis, 2009). Por ende, el modelo terapéutico propuesto por la TREC es utilizado para explicar los problemas emocionales y determinar la intervención terapéutica para ayudar a resolverlos, tiene como base principal la forma de pensar del individuo, la manera en el que interpreta su ambiente y sus circunstancias, las creencias que ha creado sobre sí mismo, sobre otras personas y sobre el mundo en general, este modelo recibe el nombre de ABC (Ellis, 1975).

Por esta razón, este modelo terapéutico hace responsable al paciente de su forma de pensar, sentir y comportarse y no a su pasado o a otras personas, esto no significa que el ambiente y las experiencias no influyen en la adquisición de aprendizaje e ideas apropiadas e inapropiadas, sino que el paciente no está condenado a actuar, pensar o sentir de manera irracional debido a sus experiencias pasadas.

El modelo ABC de la TREC habla de una “A” que se definen como acontecimientos activantes, de una “B” que son las creencias irracionales y de una “C” o consecuencias.

- Acontecimientos activantes (A): Cuando un paciente describe un acontecimiento perturbador en su vida, se debe indagar sobre tres elementos dentro de este componente:

- 1) ¿Qué sucedió?
- 2) ¿Cómo percibió el paciente lo que sucedió? (Interpretación)
- 3) ¿Cómo evaluó el paciente lo que sucedió?

Los primeros dos elementos son aspectos de la “A” (Acontecimiento activante), mientras que el tres se refiere al “B” (sistema de creencias).

Dentro de este componente la TREC hace una distinción entre la realidad objetiva y la realidad percibida. La realidad percibida es la realidad como la describen los pacientes y como supuestamente creen que es, mientras que la realidad confirmable se refiere al consenso social de lo que sucedió.

Otra distinción que hace la TREC es entre dos tipos de cogniciones. La realidad percibida conlleva las cogniciones descriptivas de los pacientes sobre lo que perciben del mundo. Mientras que las creencias racionales e irracionales son cogniciones evaluativas sobre descripciones de la realidad, dentro de esto cabe señalar, que la percepción por parte del paciente del acontecimiento activante no causa por si misma reacciones emocionales molestas, son las creencias evaluativas las que producen los problemas emocionales (Lega et. al. 2009).

- Creencias (B): Hay dos clases de sistemas de creencias, creencias racionales (rB) y creencias irracionales (iB), ambas son evaluaciones de la realidad. En la terapia la tarea es ayudar a los pacientes a discriminar entre creencias racionales y creencias irracionales, así como pedirles que cuestionen las últimas y las reemplacen por cuestiones más racionales.

Sin embargo, debemos preguntarnos, ¿Cómo se diferencian los pensamientos racionales de los irracionales? Como ya se ha mencionado antes, los pensamientos irracionales son interpretaciones o creencias ilógicas, esto indica que se basan en ideas equivocadas o sin fundamento claro acerca de un hecho real, lo que determina una exagerada reacción emocional por parte de los individuos y que producen efectos emocionales intensos y negativos.

Por otro lado, un pensamiento racional juzga los acontecimientos a partir de ideas claras y fundamentadas con la cual se logra mantener equilibrio ante circunstancias imprevistas o desagradables permitiendo actuar de manera más serena y exitosa ante cada hecho (Lega et. al. 2009).

- Consecuencias (C): Después de que el paciente ha descrito el acontecimiento activante, el terapeuta pregunta normalmente ¿Cómo se siente? Para saber los estados emocionales del paciente, sin embargo, hay varias maneras de inferir la presencia de estos:

- 1) Empleando señales del comportamiento del paciente
- 2) Entendiendo las consecuencias emocionales típicas de las situaciones frecuentes de la vida real
- 3) Por medio de la deducción a partir de la teoría racional-emotivo-conductual, de modo que si se conoce el sistema de creencias del paciente se puede inferir una emoción específica.

Hay que indicar, también, que el terapeuta de la TREC hace una distinción entre emociones que son de ayuda y aquellas que son dañinas, una emoción dañina obstaculiza la capacidad de los pacientes en su intento de alcanzar sus objetivos y puede tener como resultado un comportamiento auto degradante.

Se debe saber, que aunque algunas emociones son consideradas dañinas o perturbadoras, en algunos casos son apropiadas y adaptativas. De este modo, es apropiado sentirse triste después de una pérdida, si la tristeza se prolonga o es muy debilitante se puede decir que es una emoción perturbadora. Dentro de la terapia, el terapeuta debe hacer la distinción entre una emoción apropiada y una perturbadora. Algunas palabras que definen emociones apropiadas y perturbadoras son las siguientes:

Emociones apropiadas: Preocupación, tristeza, enfado, remordimiento, pesar, frustración.

Emociones perturbadoras: Ansiedad, depresión, ira, culpa, vergüenza.

Una vez que los pacientes han reconocido e identificado correctamente la emoción perturbadora, tienen que tomar la decisión de cambiarla (Lega et. al. 2009).

LA ESTRUCTURA BASICA DE LA TREC

Lega et. al. (2009) mencionan varios factores principales que parecen causar la perturbación emocional, los cuales, a menudo, se incluyen parcialmente uno en el otro, dentro de esto, podemos hablar de tres niveles básicos de conciencia cognitiva, que son importantes para comprender los problemas de los pacientes. (p.27)

- Pensamientos automáticos: Denominados así por Beck (Citado por Lega et. al. 2009) se encuentran en el flujo de la conciencia y los pacientes pueden informar fácilmente de estos pensamientos después de un momento de reflexión. El tipo de preguntas que más frecuentemente enfoca la atención de los pacientes hacia esos

pensamientos es: ¿Qué se está diciendo a sí mismo? O ¿Qué se dijo a sí mismo cuando sucedió X?

- Inferencias y atribuciones: Se hacen sobre las observaciones y pensamientos automáticos se encuentran en el mismo flujo de conciencia, y pueden descubrirse fácilmente si se pregunta ¿Qué pensó que significaba? O ¿Qué infirió de eso? (Lega et. al. 2009).

- Cogniciones evaluativas: Especialmente las disfuncionales asociadas con la perturbación emocional, normalmente son menos obvias para el paciente, ya que la evaluación a menudo se asume en silencio. (Lega et. al. 2009, p.27)

- Creencias irracionales nucleares: Son más difíciles de descubrir, son reglas de vida o filosofías básicas que no nos damos cuenta que están funcionando hasta que son activadas por un cambio, como un acontecimiento vital estresante, un trastorno emocional importante, etc. En la terapia cognitivo conductual estas creencias centrales se conocen como “estructuras subyacentes de creencias” o “esquemas”. (Lega et. al. 2009, p.27)

De acuerdo con la TREC, el elemento principal del trastorno psicológico se encuentra en la evaluación irracional, poco funcional, que hace el individuo sobre sí mismo, los demás y el mundo que lo rodea. Dicha evaluación se conceptualiza a través de exigencias absolutistas, de los “debo” y “tengo que” dogmáticos sobre uno mismo, los otros o la vida en general (Lega et. al. 2009).

La TREC postula que dichos “tengo que” /”debo” pueden agruparse en tres áreas principales:

- Área 1-Uno mismo: “Tengo que actuar/funcionar muy bien/perfectamente” lo que causa frecuentemente sentimientos de depresión, ansiedad y culpa.
- Área 2-Los demás: “Usted debe tratarme/comportarse conmigo muy bien/perfectamente” lo que genera sentimientos de ira y conductas pasivo-agresivas o violentas
- Área 3-El mundo en general: “Las condiciones generales de mi vida tienen que ser muy buenas/cómodas/fáciles”, lo que produce como resultado sentimientos de lastima por uno mismo y problemas de autodisciplina.

De estos “tengo que”/”debo” o exigencias absolutistas y rígidas agrupadas en las tres áreas descritas anteriormente se derivan, a su vez, tres conclusiones irracionales nucleares, que son creencias evaluadoras, tremendismo, baja tolerancia a la frustración y condenación, las cuales se explicaran mejor de la siguiente forma:

Tremendismo: Es la tendencia a resaltar en exceso lo negativo de un acontecimiento, a percibirlo como más de un 100% malo, una conclusión exagerada y mágica que proviene de la creencia “Esto no debería ser tan malo como es”.

Baja tolerancia a la frustración o No puedo soportar: Es la tendencia a exagerar lo insoportable de una situación y a calificarla como insufrible, ya que la persona considera que no puede experimentar ninguna felicidad.

Condenación o Evaluación global de la valía del ser humano: Es la tendencia a evaluar como “mala” la esencia humana, la valía de uno mismo y/o los demás, como resultado de la conducta individual. Dicha conducta compromete su valor como personas, como consecuencia de su comportamiento, o sea, de hacer algo que no “deben” hacer o de no hacer algo que “deben” hacer. Esta condena también puede aplicarse al mundo, o a la vida en general, cuando estos no proporcionan al individuo lo que creé merecer, de manera incuestionable y por encima de cualquier cosa.

La intervención psicoterapéutica se centra especialmente en los incondicionales “tengo que”/”debo”, que parecen constituir el núcleo de las creencias irracionales que conducen a las perturbaciones emocionales. (Lega et. al. 2009, p.28)

CAPITULO 2. EMOCIONES

2.1 CONCEPTO DE EMOCIÓN

Sánchez (2009) Define la emoción de la siguiente manera:

La emoción es una tendencia o un impulso actual de una determinada manera. Esta dirigida por nuestro cerebro y, a veces, mediatizada por pensamientos cognoscitivos, lo que provoca un determinado estado fisiológico en el cuerpo de la persona que la padece. Con lleva sentimientos y pensamientos asociados que producen condiciones biológicas y psicológicas, y se manifiesta a través de una conducta específica. (P.47, 48)

Por lo tanto, se cree que una emoción da una respuesta inmediata del organismo que le informa de algún estímulo o situación, así, si la situación es percibida como favorable se experimenta una emoción positiva como la alegría, y, si no, experimenta una emoción negativa como la tristeza (Sánchez, 2009). Wukmir (citado por Sánchez, 2009), afirma que un organismo vivo posee un mecanismo de emoción para orientarse en cada situación, buscando aquellas que le son favorables a su supervivencia y evitando las negativas para su supervivencia.

La emoción es el mecanismo principal que poseen todos los seres vivos para buscar su supervivencia, a través de este proceso psicológico un organismo sabe cuándo una situación es más o menos favorable para sí mismo.

2.2 ¿CÓMO SE GENERA UNA EMOCIÓN?

Para Damasio (citado por Sánchez, 2009) el procesamiento de una emoción puede resumirse en un proceso en el que comienza por una serie de operaciones cognitivas, que van desde la percepción de un estímulo hasta la percepción de un estado emocional que este genera. El proceso se desarrolla en cuatro etapas que incluyen:

1. La percepción y la evaluación del estímulo.
2. El disparo de la emoción.
3. La ejecución de la emoción.
4. El estado emocional propiamente dicho.

Podemos explicar las etapas anteriormente mencionadas en el siguiente ejemplo: Al asistir a un concierto de música, donde una canción en específico genera en el público diferentes emociones, pensemos, que una persona con esa canción empieza a llorar mientras que otra canta. En este caso el estímulo que dispara la emoción es la canción, en la primera etapa las dos personas perciben y evalúan el estímulo y una la evalúa favorablemente y otra desfavorablemente, lo que provoca en ellos distintas emociones, en la persona que llora su percepción y evaluación es desfavorable lo que lo lleva a experimentar tristeza, mientras que la persona que canta tiene una percepción favorable lo que genera la alegría. La

tercera etapa se explica en el comportamiento de las dos personas, mientras que la que experimenta tristeza lo refleja llorando, la que siente alegría lo demuestra cantando, esto lleva a que se concluya en la cuarta etapa creando en la primera persona un estado emocional de tristeza durante el concierto y en la segunda un estado emocional de felicidad.

Por otro lado, Lewis, Rosenblum, entre otros (Citados por Sánchez 2009) plantean los siguientes componentes esenciales que forman la emoción:

1. Los elicitadores emocionales: son las situaciones o estímulos que activan a los receptores emociones, pueden ser internos o externos y pueden provocar respuestas emocionales innatas o aprendidas.
2. Los receptores emocionales: son los núcleos o vías específicas del sistema nervioso central implicados en los cambios del estado fisiológico y o cognitivo del organismo, pueden actuar de forma innata o adquirida.
3. Los estados emocionales: se refieren a los cambios en actividad somática y neural que acompaña a la activación de los receptores emocionales, pueden ser específicos y pasajeros.
4. Las expresiones emocionales: características superficiales, potencialmente observables, de la cara, la voz, el cuerpo y la actividad general corporal, que suelen acompañar a los estados emocionales, estos pueden ser innatos o aprendidos.
5. Las experiencias emocionales: son los procesos de percepción, interpretación y evaluación, que se realizan sobre el propio estado y expresión emocional, altamente influenciados por sus experiencias sociales previas.

2.3 COMPONENTES DE LA EMOCIÓN.

Podemos decir que la emoción está formada por cinco componentes los cuales son: los componentes subjetivos, conductuales, fisiológicos, de regulación y reconocimiento:

1. El componente conductual, motor o expresivo. Según Sánchez (2009) trata de la habilidad para expresar emociones a través de la expresión facial, los gestos, las acciones, la postura corporal, el tono de voz, es la respuesta emocional manifiesta. Los seres humanos nacen con una dotación de acciones faciales, gestuales y corporales y éstas con el paso del tiempo se van modificando.
2. El componente subjetivo o experiencia adquirida. Se refiere al conocimiento consciente de las emociones y sus consecuentes sentimientos producidos por la toma de consciencia de aquello que está ocurriendo en el sistema nervioso central, de la retroalimentación (feedback) de nuestras expresiones faciales y de la interpretación de lo que está sucediendo. (Sánchez, 2009).

Según Wundt (citado por Sánchez, 2009) en la teoría tridimensional del sentimiento propone la existencia de tres dimensiones: placer-displacer, excitación-depresión y tensión-relajación para comprender la emoción. Según Sánchez (2009) la dimensión de placer-displacer o dolor es de las más comunes en los seres humanos.

3. El componente fisiológico. Es aquel estado corporal que se padece como consecuencia de un sentimiento intenso (Sánchez, 2009). Ejemplificando dicho componente en función de la intensidad del sentimiento le ayuda a un ser vivo a enfrentarse a situaciones de peligro manifestando como respuesta una pelea o, en su defecto, huir de la situación. Los cambios fisiológicos, determinan la intensidad de la emoción sentida.
4. El componente que regula la emoción. Este componente está relacionado con la intervención de la maduración cognitiva y neuronal que el ser humano va adquiriendo (Sánchez, 2009). Por lo tanto, esta maduración se va modificando con la edad,
5. y, por consiguiente, se esperaría que el control de las emociones vaya aumentando progresivamente.
6. El componente de reconocimiento o procesamiento de las emociones de los demás. A partir del procesamiento de la información procedente de sus expresiones faciales, postura corporal, tono de voz, esta habilidad se desarrolla en la primera infancia, a través de un proceso de aprendizaje (Sánchez, 2009).

2.4 TIPOS DE EMOCIONES

Darwin (Citado por Sánchez, 2009) apunta la existencia de diferentes emociones, que no solo son aquellas que se pueden clasificar en positivas o negativas, sino que cada una de ellas tiene una función o propósito diferente. Las emociones básicas son aquellas de las que se derivan todas las demás

Siguiendo con esta clasificación, otros autores, como Damasio (Citado por Sánchez, 2009) en su libro el error de Descartes, considera que las emociones se deben clasificar en:

1. Primarias o universales: Se encuentran estrechamente relacionadas con el carácter universal de las expresiones faciales de la emoción, están unidos a los instintos de fuga (miedo), agresión (ira), sorpresa y asco.
2. Secundarias (Damasio, citado por Sánchez, 2009) o sociales (Ross, Homan & Buck, citados por Sánchez, 2009). Son aquellas que cuentan con características propias, entre ellas podemos citar la envidia, la vergüenza, el desprecio, los celos, la culpa, el orgullo.
3. Derivadas o de fondo. Estas emociones se relacionan con condiciones que se dan en un momento determinado, caracterizándose por la naturaleza de

los inductores que suelen ser internos, y por el foco de la respuesta, que suele ser el medio ambiente interno del organismo, por ejemplo, alegría, pena, esperanza, bienestar, malestar, calma, tensión, energía, fatiga, anticipación y desconfianza.

2.4.1 EMOCIONES BÁSICAS

El concepto de emociones básicas o primarias fue introducido por Darwin (1872) en su trabajo titulado *The expression of Emotion in Man and Animals* (Citado por Sánchez, 2009) para este autor determinados patrones de conducta, como son los correspondientes a la expresión de emociones, dependían de mecanismos biológicos como son los correspondientes a la expresión de emociones, dependían de mecanismos biológicos determinados genéticamente que, garantizan la supervivencia del individuo y las especies. Parece que las expresiones faciales y los gestos son en muchas ocasiones innatos y estereotipados y, por tanto, no son, consecuencia del aprendizaje (Sánchez, 2009). Otros trabajos realizados con posterioridad han demostrado la universalidad de las emociones básicas, como los estudios de Ekman & Friesen (Citados por Sánchez, 2009) indican que las emociones faciales que caracterizan determinadas emociones se expresan y reconocen en todas las culturas, es decir, son comunes en todas ellas.

El organismo se rige por las emociones básicas, que son como instintos o impulsos, que llevan al individuo a actuar o no de determinada manera, esto sucede antes de que intervengan el aprendizaje o la cultura. Se trata de mecanismos reguladores de la supervivencia que están relacionados con las necesidades básicas (hambre, sed y sueño), a una emoción definida (miedo, ira) o también, a alguna combinación del estado corporal y de la emoción. Las emociones primarias ayudan a responder de forma inmediata ante un estímulo (Sánchez, 2009).

2.4.1.1 MIEDO

El miedo es considerado la más primitiva de las emociones y está presente prácticamente en todas las especies, ya que se relaciona con el instinto de supervivencia.

Bisquerra (Citado por Calderón, Gonzales, Salazar, & Washburn. 2012) define el miedo como la emoción que se experimenta ante un peligro real o inminente. Así mismo está activado por amenazas a nuestro bienestar físico o psíquico; la forma más habitual de afrontar el miedo o es la huida o evitación de la situación peligrosa.

Todas las funciones del miedo se encuentran relacionadas con la adaptación, es decir una persona que experimente miedo toma conciencia de los peligros y consecuencias de la situación lo que lo lleva a escapar o enfrentarse a la situación activando todos los mecanismos y procesos de defensa, para incrementar la

probabilidad de éxito, por ejemplo, una persona que tiene miedo a hablar en público su probabilidad de éxito aumentaría si al activar los mecanismos de defensa este decide enfrentar la situación en lugar de escapar. Por otro lado el decidir escapar de una situación de peligro, por ejemplo, de un asalto, también te llevaría al éxito, en lugar de decidir enfrentar al asaltante. Dichos ejemplos muestran que estas respuestas son motivadoras de las conductas relacionadas con la supervivencia.

Las respuestas fisiológicas del miedo se producen por acción de la amígdala que a través, de su estimulación sobre el hipotálamo lateral produce un incremento de la activación simpática, dicha activación produce un incremento en la frecuencia cardiaca, tensión muscular, incremento en las respuestas de sudoración, alteraciones en la frecuencia respiratoria, trastornos gástricos y sequedad de la boca.

Según Fernández, Palmero & Breva (2002) mencionan que se ha podido constatar la existencia de una importante vasoconstricción periférica, cuya consecuencia es una apreciable disminución de la temperatura, especialmente localizada en las extremidades, y más concretamente en los dedos, hecho que lleva a que los individuos que experimentan miedo hablen de frialdad corporal. Tales manifestaciones psicofisiológicas son el resultado de la activación de un sistema neurobiológico, en el que la amígdala tiene un papel destacado.

El miedo se asocia con: ansiedad, nerviosismo, desconfianza, terror, pánico, pavor, preocupación, inquietud, cautela y en un nivel profundo con fobia y pánico (Sánchez, 2009).

2.4.1.2 ALEGRÍA

Palmero (2002) menciona: “que la alegría, como cualquier otra emoción, se corresponde con una respuesta multidimensional, con connotaciones adaptativas, que suele ser muy breve, muy intensa y provocada por un estímulo antecedente con unas características específicas” (P.340).

Lazarus (citado por Palmero, 2002) considera que la alegría se produce como consecuencia de la valoración que hace un individuo referida al progreso razonable respecto a la consecución de un fin deseado.

Por otro lado, Ortony, Clore & Collins (citados por palmero 2002) desde una perspectiva cognitiva de la emoción, apuntan que la alegría se produce fundamentalmente tras la evaluación positiva de las consecuencias provocadas por un determinado evento, en términos de las implicaciones que presenta para las metas de una persona.

Por consiguiente, podemos decir que la alegría es consecuencia de una valoración de las metas u objetivos deseados que se encuentran próximos a cumplir, y que pueden ser mantenidos, o se pueden recuperar.

Ortony, et. Al., Lazarus (citado por palmero, 2002) mencionan que las funciones de la alegría están directamente relacionadas con el equilibrio y el bienestar.

La alegría como cualquier otra emoción, positiva o negativa, presenta dos funciones fundamentales: una adaptativa y otra social. Por lo que respecta a la función biológica o adaptativa, el componente fisiológico es el que mayor implicación tiene en esta función, al aportar la energía necesaria para que se puedan llevar a cabo las conductas oportunas. Por lo que respecta a la función social, el componente expresivo – motor es el que presenta una mayor implicación. Así, la expresión manifiesta alegría permite informar a los otros de cuál es nuestro estado afectivo actual y cuáles son las conductas que con mayor probabilidad van asociadas a dicho estado (Palmero, 2002).

Una función fundamental de la alegría consiste en favorecer la relación interpersonal, influyendo sobre los demás, favoreciendo la diversión, permitiendo mostrar el afecto o estima que se siente por alguien, y suavizando las eventuales tensiones que con frecuencia se generan en el ambiente interpersonal. (Palmero, 2002. P.341)

Palmero (2002) Afirma:

Que el patrón fisiológico de la alegría se caracteriza por una deceleración de la frecuencia cardiaca y una activación del musculo zigomático, cuya acción permite la elevación de las comisuras de la boca. Esto acontece cuando la experiencia y expresión de la alegría ocurre de una forma “relativamente calmada”. Sin embargo, la emoción de alegría también puede ir acompañada por grandes manifestaciones de exaltación, júbilo y excitación, con grandes carcajadas y gran actividad motora. (p. 342)

Así pues, esta emoción tiene gran relevancia en el ser humano ya que este puede producir la inhibición de las emociones negativas, además de producir un estado placentero, de paz y calma corporal, que ayuda a que organismo a afrontar cualquier situación con buena disposición.

2.4.1.3 SORPRESA

La sorpresa es sin duda la emoción básica más singular de todas ya que existe la polémica acerca de sus connotaciones de emoción básica, incluso se llega a cuestionar que se trate de una auténtica emoción. Otra singularidad de la emoción de sorpresa proviene de su tono “hedónico” aunque, se ha considerado como una emoción positiva realmente se trata de una reacción emocional neutra. Una última singularidad es el hecho de ser la emoción más breve, se produce de forma súbita ante una situación novedosa o extraña, y desaparece con la misma rapidez con la

que apareció además da lugar, también de un modo muy rápido, a la aparición de otras emociones (Palmero, 2002).

Por lo tanto, la sorpresa es definida como una emoción singular que se caracteriza por su reacción ante algo imprevisto o extraño, y, como consecuencia de ello, la atención, la memoria de trabajo y en general todos los procesos psicológicos se dedican a procesar la estimulación responsable de esta reacción. (Palmero, 2002 p.346).

Palmero (2002) menciona cuatro condiciones e licitadoras de esta emoción:

- 1) En general, los estímulos novedosos.
- 2) La aparición de acontecimientos inesperados o fuera de contexto.
- 3) Los aumentos bruscos de la intensidad en la estimulación.
- 4) La interrupción inesperada o el corte de una actividad en curso.

La función de la sorpresa como en la mayoría de las emociones básicas, es la función adaptativa, ya que la sorpresa facilita la aparición de una reacción emocional y conductual apropiada ante situaciones novedosas (Palmero, 2002). Izard (citado por Palmero, 2002) asegura que para ello, elimina las actividades residuales en el sistema nervioso central, que pueden interferir con la reacción apropiada ante las nuevas exigencias de la situación. Meyer, Reisenzein & Schuetzwohl (citado por Palmero 2002) Mencionan que también produce el bloqueo de otras actividades y la concentración de esfuerzos en el análisis de evento sorprendente o inesperado; este último es mayor cuando las condiciones tienen una alta relevancia motivacional, mientras que es menor cuando se produce ante un evento que le resulte relevante.

También la sorpresa cumple una función social que se lograra mediante claros mecanismos de expresión, que comunican a los demás la situación de incertidumbre y, por tanto, permiten adecuar su comportamiento a dicha condición (Palmero, 2002).

Por último, la función motivacional de la sorpresa corresponde con una reacción afectiva que cumple el papel de valoración de la situación; se trata de una primera valoración automática de la situación en términos de si es congruente o no para el organismo (Palmero, 2002 p.346). Se trata de una valoración muy rápida, que corresponde con lo que Öhman (citado por Plamero, 2002) denomina “respuesta de orientación” esta respuesta de orientación comprende un proceso fisiológico / cognitivo de respuesta emocional de curiosidad o afectación de los estímulos del entorno, preparando al organismo para su recepción y análisis (Palmero, 2002 p.346).

Conjuntamente con la reacción emocional, se produce un incremento general de la actividad cognitiva lo que permite identificar, analizar y valorar las condiciones

desencadenantes de la misma. En lo que se refiere a la expresión facial, se caracteriza por los siguientes aspectos:

La elevación de la parte interior y exterior de las cejas, la elevación de los párpados superiores el descenso de la mandíbula y la apertura de la boca (Palmero, 2002 p.347).

2.4.1.4 IRA

Aristóteles (citado por Palmero, 2002) considera que la ira puede ser definida como la creencia que tenemos de haber sido indignamente ofendidos, lo que produce en nosotros un gran sentimiento de dolor, así como un deseo o impulso de venganza.

Una de las características más llamativas de la emoción de ira consiste en la especial dependencia de las situaciones interpersonales para entender como los eventuales estímulos se pueden convertir en desencadenantes de la emoción. En este orden de cosas, también se ha podido establecer que la percepción de una determinada situación como algo injusto puede generar también ira (Palmero, 2002 p.354).

Un factor principal para que se genere la ira es la influencia cultural que desencadena las situaciones que el sujeto determina como una ofensa.

Palmero (2002) afirma:

En efecto, es relativamente fácil combinar la dimensión biológica de la emoción de ira con las influencias sociales y culturales, así, biológicamente hablando, se produce la emoción de ira cuando un individuo realiza una valoración acerca de un determinado estímulo o situación, llegando a la conclusión de que alguna meta o posesión, material o no material, se encuentra amenazada por algún agente externo o por la impericia o la incapacidad del propio individuo (p.354)

La ira posee funciones de regulación interna y de comunicación social, que se encuentran relacionadas con la protección y la defensa de la integridad propia, de la dependencia de los bienes o posiciones. Además, en el ser humano, también se encuentra relacionada con la defensa de creencias, los juicios y los valores (Palmero, 2002).

Desde un punto de vista fisiológico la emoción de ira prepara al organismo para iniciar y mantener intensos niveles de activación focalizada y dirigido a un objetivo. Desde un punto de vista psicológico, la emoción de ira se relaciona con la auto protección, así como con las tendencias de acción en la aparición de eventuales formas de conducta de la agresión (Palmero, 2002, p.354).

Si existe dificultad para controlar la ira se pueden generar consecuencias negativas para la salud y bienestar de la persona.

Su funcionamiento fisiológico se asocia con un incremento en la frecuencia cardiaca y en la presión sanguínea, así como un incremento en la tensión muscular. (Menor que en la emoción de miedo. Se asocian la experiencia de la ira y la manifestación de conductas expresivas, ya que las manifestaciones conductuales de esta emoción generan una preparación para la acción, junto con una serie de respuestas motoras, dirigidas “contra alguien” (Palmero, 2002).

Esta emoción puede afrontarse de tres formas distintas:

- a) Su presión de la ira: este estilo de afrontamiento se refiere a la experiencia frecuente de sentimientos intensos de enfado, los cuales no se manifiestan externamente sino que se tiende a inhibirlos.
- b) Expresión de la ira se refiere a la expresión manifiesta de los sentimientos de enfado con una mayor o menor intensidad.
- c) Control de la ira se refiere a la utilización de estrategias que permiten afrontar la reacción emocional de una forma personal y socialmente más adaptativa (Palmero, 2002, p.354).

2.4.1.5 TRISTEZA

Para definir la emoción de tristeza se considera el proceso de valoración que origina la emoción, dicha valoración está relacionada con la pérdida o el fracaso, actual o posible, de una meta valiosa, que puede ser un objeto o una persona. Dicha pérdida no tiene por qué ser irreversible o permanente, puesto que puede referirse a una separación temporal. La emoción de la tristeza puede experimentarse en el pasado, en el presente y en el futuro (Palmero, 2002).

Cuando la valoración realizada ante un determinado acontecimiento lleva la conclusión de que un individuo ha perdido algo importante para su propio bienestar se produce la emoción de tristeza.

Una de las funciones esenciales de la tristeza tiene connotaciones sociales de tal forma que la expresión de dicha emoción es interpretada como una petición o demanda de ayuda a los otros miembros del grupo o de la sociedad. Como señala Izard (citado por Palmero, 2002) “se incrementa la cohesión social y la unión entre los miembros de un grupo, fomenta la conducta de ayuda o conducta altruista” (p.359).

Otra función importante de la tristeza tiene connotaciones personales, ya que, siendo la emoción más reflexiva que existe, permite que una persona haga introspección, realiza un análisis personal acerca de su situación, su futuro y su vida en general. (Palmero, 2002, p.359).

En general en la emoción de tristeza se aprecia un incremento funcional del sistema simpático, uno de los signos más notorios en la expresión de la tristeza consiste en la orientación hacia debajo de las comisuras de la boca, que son la

consecuencia de una relativa pérdida del tono muscular facial. De hecho, se puede hablar de una importante pérdida del tono muscular del organismo. La apatía motora y el abandono conductual se ven reflejadas en la pérdida del interés (Palmero, 2002).

La emoción de tristeza se asocia frecuentemente con la depresión, la depresión es considerada por la organización mundial de la salud (1992) y por la American Psychiatric Association (1994) como un trastorno que se caracteriza de un humor depresivo, durante, al menos dos semanas junto con al menos tres de los siguientes síntomas:

- 1) Pérdida del interés por actividades placenteras
- 2) Baja autoestima
- 3) Sentimientos de culpa
- 4) Pensamientos y/o intentos de suicidio
- 5) Disminución de la energía
- 6) Agitación
- 7) Problemas de sueño
- 8) Modificaciones en el apetito
- 9) Problemas relacionados con el pensamiento y la concentración

2.4.1.6 ASCO

El asco es considerada una emoción básica porque tiene un sustrato neural innato, así como una expresión universal, un único estado motivacional-afectivo y un patrón de respuesta asociado a que es relativamente estable a lo largo de distintas situaciones, culturas e incluso especies, así como otras emociones básicas, se caracteriza por una expresión facial concreta, una acción apropiada que lleva a alejarse del objeto o situación que la produce, una distintiva manifestación fisiológica “la náusea” y una sensación característica “la repulsión” (Palmero, 2002).

En general, el asco define una marcada aversión producida por algo fuertemente desagradable o repugnante. El asco es la respuesta emocional causada por la repugnancia que se tiene a alguna cosa o por una impresión desagradable causada por algo. (Palmero, 2002, p.366)

Rozin, Haidt & McCauley (citados por Palmero, 2002) han encontrado siete dominios de elicitadores del asco:

1. Ciertos alimentos; como comida putrefacta, maloliente, etc.
2. Las secreciones corporales; como las heces, la saliva, las flemas, etc.
3. Ciertos animales o “bichos”
4. Ciertas conductas sexuales inapropiadas; como realizar sexo con animales, hermanos, etc.

5. El contacto con cuerpos muertos
6. Trozos corporales; como miembros seccionados, vísceras, heridas, etc., incluyendo la sangre
7. La falta de higiene y los contactos potenciales con objetos que producen repugnancia; como ropas usadas, manchas, restos de alimentos, etc.

De acuerdo con estos autores, podemos concluir, que los estímulos que desencadenan esta emoción son los estímulos valorados como desagradables, así como los estímulos valorados como peligrosos o molestos.

En el caso del asco, la función adaptativa, es quizás, la más significativa, ya que prepara al organismo para que ejecute eficazmente un rechazo de las condiciones ambientales que se consideran dañinas, movilizandole la energía para ello y dirigiendo la conducta al alejamiento del estímulo que desencadena la emoción. De acuerdo a esto Rozin, et al. (Citados por Palmero, 2002) mencionan que el asco tiene como finalidad potenciar los hábitos saludables, higiénicos y, en última instancia, adaptativos. Para ello, el asco estimula la respuesta de escape cuando se presenta un estímulo desagradable que es potencialmente dañino para la salud.

Por otro lado, la función social del asco, según Izard (Citado por Palmero, 2002) es la facilitación de la interacción social, controlando la conducta de los demás, permitiendo la comunicación de estados afectivos asociados y promoviendo conductas pro sociales; ya que la expresión del asco permite a los demás predecir el comportamiento que se asocia con esta emoción.

Pennebaker (Citado por Palmero, 2002) plantea que:

La represión de la expresión de asco, también tiene una evidente función social. Ya que se trata de un proceso claramente adaptativo, por cuanto es socialmente necesaria la inhibición de ciertas reacciones emocionales que podrían alterar las relaciones sociales y afectar incluso a la propia estructura y funcionamiento de grupos, así como de cualquier otro sistema de organización social (p.367).

Desde este punto de vista, el asco también es usado como un mecanismo de control social, de acuerdo con esto, se sugiere, que el asco interpersonal se encuentra en la base del trato discriminatorio a otras personas, por diversas razones, tales como apariencia física, abuso de sustancias, crímenes, desviación sexual, entre otras. De esta manera como proponen Rozin, et al., Imada (citados por Palmero, 2002) esta emoción juega un papel importante en los juicios morales y en la violencia étnica.

La respuesta fisiológica del asco, en general, se caracteriza por una moderada elevación de la frecuencia cardíaca, así como del nivel de la conductancia de la piel, y ciertas reducciones en el volumen sanguíneo. La expresión facial que caracteriza la expresión de esta emoción se configura

por un descenso y unión de las cejas, elevación de las mejillas, nariz fruncida, elevación de la barbilla y reducción acentuada de la abertura de los párpados (Palmero, 2002).

2.4.2 EMOCIONES SOCIALES

Las emociones sociales son consideradas emociones secundarias, ya que se trata de experiencias emocionales que están conformadas por otras más elementales, y que no pueden entenderse sino se analiza el contexto en el que aparecen y la relación que se establece con los demás. Porque, lejos de tratarse de emociones simples, este tipo de emociones pueden adquirir una intensidad incluso más elevada que cualquier emoción mencionada en el capítulo anterior, e implicar conductas de un alcance bastante mayor.

Una de las características de las emociones sociales es que se trata de experiencias que tienen sentido en su relación con los demás. Surgen en un contexto social determinado, que es el que les confiere significación y necesitan del análisis de los otros para poder entenderse apropiadamente. (Palmero, 2002, p.394)

Otras características de las emociones sociales, es que se tratan de emociones relacionadas entre sí, por ejemplo, una pareja de relación sentimental, experimenta el enamoramiento y a su vez puede desencadenar celos al sentir su relación amenazada.

Por otro lado, todas y todos los individuos en las relaciones sociales que experimentan a diario suelen tener situaciones en las que se ven reflejadas la envidia, la empatía, el orgullo, vergüenza y culpa.

La culpa, la vergüenza y el orgullo han sido denominadas emociones autoconscientes, dado que en todas ellas existe un rasgo fundamental que inmiscuye algún tipo de evaluación del propio yo. Estas surgen cuando se produce una valoración positiva o negativa de esto y juegan un papel muy importante en la orientación de la conducta del sujeto.

2.4.2.1 CULPA

Para definir la culpa debemos de hacer un análisis de todos los factores que intervienen en el surgimiento de esta emoción. Esta emoción surge regularmente cuando rompemos o creemos haber roto ciertas normas o significados que pueden ser tanto personales como sociales, que contienen un carácter ético, natural, religiosos, sexual, existencial etc. Ante esta situación nos encontramos ante una culpa causa- efecto, es decir, hicimos algo que pensamos que no debíamos haber hecho, o viceversa, no hicimos algo que creíamos haberse realizado y que esto

genera una sensación de incomodidad, cabe mencionar que esto puede ser algo real o imaginario (Montejano, 2016).

La sensación de culpa nos lleva con facilidad a la tristeza, la vergüenza, la autocompasión y los remordimientos, provocando una mezcla de emociones y sentimientos que nos hacen sentir mal y que además se retroalimentan entre si dificultando su identificación y una superación positiva de los mismos. Como consecuencia de esto la definición de la culpa es un proceso de auto aprendizaje y evitación de lo que nos llevó a lo antes experimentado.

La culpa conlleva a un proceso de reflexión que permite que se entienda y se aprenda de la situación que nos llevó a sentir culpa. Esta emoción está relacionada con la escala de valores personales producto de la educación recibida, no todos experimentamos culpa ante las mismas situaciones y no toda culpa tiene un origen reprochable.

Por otro lado, si la emoción de culpabilidad no puede controlarse, porque no se generó un aprendizaje o adaptación se convierte en un factor de riesgo ya que puede afectar negativamente en la autoestima y en el estado de ánimo del sujeto. Ante estas situaciones hay que aprender a contra restar la culpa con un análisis integral, crítico y racional de la situación, los hechos, las causas, las consecuencias y los valores personales para generar un sentido de la responsabilidad que ayude a controlar la emoción.

2.4.2.2 VERGÜENZA

La vergüenza es una emoción social que todo ser humano puede experimentar a lo largo de su vida. Bau (2016) la define como un sentimiento que surge de una evaluación negativa del yo, cursa con la idea de ser inadecuado y el deseo de ocultarse.

Por otro lado, esta emoción aparece cuando los demás nos ven realizando algo que daña nuestra imagen, esta reacción autoconsciente tiene de antecedente algún tipo de juicio que regularmente se hace sobre propias acciones y que también ese juicio lo puede hacer alguien externo.

Debido a esto la función de la vergüenza es permitir que seamos conscientes de nuestras limitaciones, promoviendo la humildad y manteniéndonos socialmente equilibrados. Sin embargo, cuando esta emoción no se controla se convierte en vergüenza tóxica, cuando esto sucede, la vergüenza se vuelve un estado que se apodera de nuestra identidad, provocando que nos consideremos a nosotros mismos defectuosos, carentes, incompletos e indignos. Lo más preocupante de la vergüenza toxica es que el individuo no solo esconde su ser real ante nosotros, sino que también se esconde de sí mismo; esto nos lleva a un rasgo muy importante de

la vergüenza ya que se evita la expresión, la exposición y/o la confesión , siendo así difícil de reconocerla y expresarla.

La vergüenza regularmente se relaciona con pensamientos negativos los cuales generan:

Temor al abandono, sentimiento de vacío, necesidad de complacer a, los demás, baja autoestima, aislamiento social, uso de máscaras para mantener una distancia emocional, perfeccionismo, afán de criticar y rabia. Los pensamientos catastróficos y negativos son los siguientes:

- Soy defectuoso
- No soy como los demás
- Soy incompetente
- Nadie me quiere
- Soy débil
- Soy malo
- No sirvo para nada
- Nunca podré alcanzar mis metas
- Todo lo hago mal

De forma muy concreta podemos decir que existen tres posiciones fundamentales desde el punto de vista de algunos autores, los cuales hacen mención de la diferencia entre la culpa y la vergüenza. Según un primer punto de vista Ausubel, Benedict & Mead (Citados por Palmero, 2002) definen a la vergüenza como una emoción más pública, una emoción que surge de la desaprobación de los demás y requiere de la presencia (real o imaginada) de los otros, mientras que la culpa es una emoción más privada, que surge de la propia desaprobación y no requiere de observadores externos.

Según un segundo punto de vista, una y otra emoción son elicitadas por distintos de transgresiones o fallos. Así como Piers, Singer (Citados por Palmero, 2002), basándose en la teoría psicoanalítica, sostienen que la culpa aparece cuando se transgreden ciertas normas o reglas, y la vergüenza, en cambio, cuando no se alcanzan ciertas metas o estándares.

Sin embargo, según un tercer punto de vista definido por Tangney (Citado por Palmero, 2002) lo que diferencia a la culpa y a la vergüenza no es tanto el tipo de evento elicitante como el modo en que la persona interpreta sus transgresiones y fallas. Tangney se basa en la distinción propuesta por Block (1971) que afirma que el foco de atención de la vergüenza es el self, mientras que el foco de atención en la culpa es la conducta.

2.4.2.3 ORGULLO

El orgullo surge como consecuencia de la evaluación positiva de una acción propia.

La experiencia fenomenológica de la persona que siente orgullo por algo (Una acción, un pensamiento, un sentimiento que considera loable) es de alegría, de satisfacción por ello; el sujeto se centra en la acción que lo hace sentir orgulloso. Al ser un estado positivo, placentero, la persona va a tratar de repetirlo.

De este modo, el orgullo conlleva una tendencia a la reproducción de las acciones que lo suscitan, es decir, una atención a continuar en una serie de acciones que la persona evalúa como positivas (Lewis, citado por Etxeberria, 2003). Por ejemplo, cuando el sujeto cumple una meta muy importante para él y que provoca que la atención se centre en sí mismo y en su conjunto, es cuando se genera.

Sin embargo, aunque el orgullo produce una sensación positiva, al generarse un orgullo exagerado este se puede asociar con narcisismo. A este tipo de orgullo se le denomina Hubris, el cual se relaciona a expresiones tales como “estar pegado de sí mismo”. Las personas que experimentan Hubris en general, provocan rechazo en los demás puesto que esta emoción puede resultar conflictiva en el terreno interpersonal: este estado a menudo interfiere en los deseos y necesidades de los otros y es fácil que dé lugar a conflictos interpersonales. Además, dado el sentimiento de superioridad y desdén hacia los demás asociados a este estado, pueden hacer con su forma de actuar que otras personas se sientan humilladas (Etxeberria, 2003).

En el ejemplo anteriormente mencionado, no se provoca un orgullo exagerado (hubris), ya que la persona cumplió un logro lo que genera ser reconocido. Si hubris tuviera lugar en esta situación, esta persona, buscaría constantemente ser reconocido por tal acción y propiciaría situaciones donde se de este reconocimiento.

En relación al ejemplo anterior, un aspecto fundamental del orgullo es el de las experiencias de socialización responsables de las diferencias individuales.

2.4.2.4 ENAMORAMIENTO

El enamoramiento es una de las emociones más intensas, sin embargo, no deja de ser una fase (la primera en el tiempo) de un tipo de amor, el romántico, en nuestro contexto sociocultural.

Esta emoción se define como una limitación importante del raciocinio, una angostura mental voluntariamente establecida (en ellos se diferenciaría de patologías como la obsesión y la manía) que no hace distinción entre personas de distinta capacidad intelectual, una de las cualidades más características del enamoramiento es la focalización en la conciencia del ser querido, hasta el punto de que limita, o incluso

impide el buen uso del raciocinio, la necesaria concentración mental en la ejecución de diversas tareas cognitivas (Palmero, 2002).

El ser humano tiene la capacidad de amar y lo hace de muy distinta manera, según la relación que se establezca con el ser querido. Así, podemos distinguir el amor fraternal del parental, o el amor romántico del de una relación de íntima amistad. Y en cada una de las posibles relaciones que definen las distintas formas de querer, este puede ser más o menos intenso o comprometido. Y, desde luego, la relación evoluciona y se modifica como cualquier otro proceso que perdura en el tiempo (Palmero, 2002).

Por otro lado, la psicología aborda el amor desde la psicología social y de la terapia de parejas, pero son escasos los trabajos de psicología experimental propiamente. Y ello a pesar de que, para unos autores, como Fisher, Mashek & Aron (Citados por Palmero, 2002) el sentimiento de amor romántico intenso constituiría un sistema emocional asociado a circuitos distintivos de actividad cerebral activados por estímulos específicos. Dichos sentimientos asociados al amor romántico podrían inducirse experimentalmente mediante estímulos visuales, pensamientos, o canciones lo que facilita su análisis y la realización de tareas experimentales que nos darán razón de la dinámica de este proceso, de esta forma también se pueden controlar experimentalmente los estímulos que producen las emociones relacionadas al amor para comprobar su evolución, se inducen o se extinguen (Palmero, 2002).

Muchas y variadas son las formas de comportarse del enamorado, aunque podríamos reseñar como las más relevantes del hecho de que se trata de una “explosión emocional” que va acompañada de obnubilación mental, euforia y ansia por unirse a otra persona. Beach&Tesser, (citados por Palmero, 2002, p.397) Su sola presencia es causa de una reacción emocional y fisiológica muy intensa, que moviliza una ingente cantidad de energía para favorecer aquellas que benefician de alguna manera a quien se ama.

Por otro lado, el enamoramiento se caracteriza por dos tipos de sentimientos: eróticos y románticos Yela (citado por Palmero, 2002, p.397) que aparecen por la atracción que nos provoca la otra persona. Así pues, la atracción es un requisito fundamental para que exista el enamoramiento, aunque no amamos a todas las personas por las que nos sentimos subyugados.

El enamoramiento consta de un proceso de atracción erótico y romántico, el cual atiende a las cualidades que debe tener la persona de la que nos enamoramos y que satisface nuestros deseos. Uno de los principales y sin duda el más evidente es el atractivo físico, que ha sido señalado por numerosos investigadores de la psicología social tales como Hendrick (citados por Palmero, 2002, p. 398) como un factor fundamental en el proceso de atracción interpersonal. Así mismo la seducción física será fundamental para que la otra persona nos induzca fascinación que facilite el enamoramiento.

Uno de los factores que modula el efecto del atractivo es la proximidad, entendiendo por ella lo cercano que nos encontramos a la otra persona, tanto física como psicológicamente, a la que suele referir como afinidad (Palmero, 2002).

La proximidad ha sido estudiada en psicología social como un factor de atracción interpersonal, Festinger , Schachter & Back (Citados por Plamero, 2002, p.399) es por ello que las personas establecen relaciones de amistad más frecuentemente con personas que se encuentran cercanos a ellas o que conviven la mayor parte del tiempo que con las que no lo hacen.

Por último, la similitud juega un papel muy esencial a la hora de facilitar el enamoramiento. Al igual que nos atraen las personas que tienen el aspecto físico similar al nuestro, nos sentimos más cercanos de los que compartimos actitudes y valores esenciales y es más probable que iniciemos una relación con ellos que con quienes mostramos discrepancias notables entre atributos y características importantes. (Palmero, 2002, p.400)

Dentro de nuestro contexto sociocultural, el enamoramiento suele ser la primera etapa del amor en pareja. Comienza antes de que esta relación se establezca y perdura mientras se mantiene. Es por ello que cada individuo en conjunto con su pareja decide cómo llevar a cabo las características que definen el enamoramiento como los son la atracción sexual, el intenso deseo de estar junto a la otra persona y las características antes mencionadas.

2.4.2.5 Celos

La palabra celos procede etimológicamente de Zealous. El Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española señala dos acepciones que son relevantes.

Una es recelo que alguien siente que cualquier afecto o que bien disfrute o pretenda, llegue a ser alcanzado por otro. Y la otra es sospecha, inquietud y recelo de que la persona amada mude su cariño, poniéndolo en otra. En ambos casos se alude al temor, creencia o sospecha que algo preciado está en peligro de perderse, y esta es una de las características que define a esta emoción: la percepción de que una relación significativa está amenazada y puede llegar a desaparecer, deteriorarse como consecuencia de la acción de una tercera persona, con independencia de que dicha amenaza sea real o imaginaria. (Palmero, 2002, p.403)

Así pues, en los celos suele haber alguien de por medio, lo que se define como una relación triangular Bringle & Buunk (citados por Palmero, 2002, p.403). Aunque la experiencia de los celos más característica es la que produce en la relación de pareja por causa de la intrusión de un tercero.

También los celos pueden aparecer en otras relaciones diferentes al amor romántico y con la implicación de distintos agentes, tales como amistades hermanos, o

compañeros de trabajo las cuales producen satisfacción, apoyo emocional y social y son fuente importante de refuerzos. Sin embargo, los celos provocados en las relaciones de amistad suelen ser uno de los más destacados después de los celos románticos ya que las relaciones de amigos varían en grado o cualidad de intimidad y generalmente no comienzan con una decisión o intención. Existen dos funciones principales de las relaciones de amistad que son minimizar los conflictos y suministrar experiencias reforzantes (Palmero, 2002).

Argky & Henderson (citados por Palmero 2002) señalan tres categorías de reglas aplicadas en las relaciones de amigos:

- a) Reglas de intercambio, que implican apoyo emocional compartir novedades etc.
- b) Reglas de intimidad, que reflejan connotaciones de verdad e intimidad
- c) Reglas de grupo, que en contraste con las relaciones románticas, presuponen no sentir celos o mostrarse crítico de otras relaciones y respetar la privacidad.

Existen tres tipos de celos los cuales son los siguientes: celos sospechosos que son los que se producen cuando la amenaza es incierta su naturaleza no está clara, aunque quien los tiene está convencido de su existencia. Este se caracteriza por una reacción de temor, ansiedad, incertidumbre por el devenir de la situación e inseguridad, y estos a su vez suelen estar asociados con: sospecha, falta de concentración, perturbación, preocupación, aprensión hacia su pareja, miedo a la pérdida, así como fantasías de su pareja con el rival etc.

Por otro lado, los celos consumados no generan ansiedad sobre el estatus de relación, ya que el deterioro de la misma es evidente. La reacción emocional que aparezca dependerá del objeto en el que se focalice la persona celosa, sentirá tristeza cuando se enfatiza la pérdida de la relación, ira si piensa que ha sido y traicionado, depresión si se centra en los defectos de sí mismo como responsable de la ruptura, o envidia si se evidencia la superioridad del rival. En este tipo de celos existe mayor deseo por lo que tiene el otro, así como sentimientos de culpa por desear la desgracia a los demás, es por ello que predomina la envidia, que caracteriza a este tipo de celos

Por ultimo encontramos los celos patológicos, los cuales son un trastorno en el cual un individuo mantiene una convicción o creencia anormal de su pareja sexual es, o le será infiel. Gelder, Gath y Mayou (citados por Palmero 2002) mencionan que esta condición es clasificada como patológica por que la creencia se mantiene con motivos infundados. Por otra parte, TARRIER, Beckett, Harwood y Bishay (citados por Palmero 2002) definen los celos patológicos como una condición en la que hay una sospecha infundada de rivales emocionales o sexuales y un miedo a la pérdida de la pareja, manifestado mediante respuestas cognitivas, afectivas y conductuales. Para Mullen y

Shepherd (citados por Palmero 2002) Los pensamientos intrusivos y la sospecha sobre la fidelidad de su pareja, también aparecen con frecuencia pensamientos e imágenes sobre el paradero y las actividades de su pareja así como conductas afirmadoras abiertas y evidentes, tales como acusaciones verbales, interrogaciones, confirmación de los lugares que frecuenta la pareja, lectura de las cartas, examinar su ropa y medidas extremas como contratar un detective para que siga a su pareja.

Otros problemas asociados a los celos patológicos incluyen la evitación de aquellas situaciones que provocan esta reacción emocional tales como: asistencia a reuniones sociales dará como efecto secundario un mayor riesgo de violencia doméstica, sentimientos de inferioridad, baja autoestima o depresión (Palmero, 2002).

Entonces podemos concluir que los celos son una experiencia emocional ya que según Sharpsteen (citado por Palmero, 2002) existen al menos tres emociones básicas: ira, tristeza y miedo además de otras reacciones asociadas como disgusto o sentimientos de inferioridad. Así mismo los celos forman parte de una relación tanto de pareja como en una amistad entonces cada individuo dará valor a estas relaciones dependiendo el grado de compromiso que este sienta con ellas y a su vez las expectativas que ambos forjen, puesto que cuanto mayor es el compromiso, más intensa es la relación emocional de los celos y estos a su vez provocan una ruptura en la relación.

2.4.2.6 ENVIDIA

El significado de la palabra envidia se deriva de la palabra latina "invidia" Bryson (Citado por Palmero, 2002) afirma que significa descontento con, o deseo de las posesiones de otro. Otra definición de la envidia es la que da el diccionario de la Real Academia Española que la define como "tristeza o pesar del bien ajeno", así como "emulación, deseo de algo que no se posee". (p.408)

Tomando en cuenta estas dos definiciones las principales características de esta emoción. En primer lugar, una ferviente aspiración de poseer algo de lo que se carece, pero que los otros disfrutan. En segundo lugar, un deseo de quien efectivamente dispone de lo que se anhela, lo pierda, o de alguna manera se vea perjudicado (Palmero, 2002).

La emoción de la envidia, es eminentemente social, ya que se produce por comparación con los demás y tanto las cogniciones, como las conductas, están dirigidas hacia (o en contra) de las personas que poseen lo que se desea. Palmero (2002) sugiere que es una de las emociones cuya valoración moral suele ser más peyorativa, hasta el punto de que es difícil que alguien admita padecerla, especialmente porque con ella se asume no solo que se codicia lo que tienen los

demás y se desea su mala suerte, sino que, de alguna manera se reconoce, implícitamente, una inferioridad respecto a la persona que posee lo que anhela. (p.408)

Esta emoción aparece frecuentemente cuando los otros superan en habilidades, logros, o cualquier otra variable psicológicamente relevante (Salovey & Rothman, Citados por Palmero, 2002).

Smith, Diener & Garonzik (Citados por Palmero, 2002) construyeron una escala en 1990 diseñada para medir la propensión a experimentar envidia, de la que obtuvieron los siguientes factores que son los más relevantes:

1. Frecuencia e intensidad de las experiencias de envidia en la vida de la persona
2. Sentimientos de inferioridad
3. Resentimiento y percepciones de injusticia

La existencia de estos factores sugiere que las tendencias a sentirse inferiores a otros y la construcción de defectos en uno mismo están relacionadas con la sensación de injusticia. Así, la experiencia de envidia se relaciona con resentimiento por la sensación de injusticia, hostilidad y sentimientos de inferioridad.

La envidia, como cualquier otra experiencia emocional, cumple una serie de funciones psicológicas, en este caso primero debemos distinguir dos tipos de envidia, la envidia maliciosa y la envidia sana. Como se ha comentado anteriormente, la envidia es una experiencia emocional hedónicamente desagradable, caracterizada por el anhelo de algo que otros poseen, esta emoción suele tener una valoración emocional negativa en ámbitos socioculturales o ideológico-religiosos muy diversos, en estos sentidos es donde se habla de envidia maliciosa. Sin embargo, al hablar de la envidia sana, se hace referencia a la emoción al deseo que surge de poseer lo ajeno, pero sin que eso implique, ni despojar del mismo a quien disfruta de lo que se anhela, ni que le sobrevenga por ello desventura alguna. En este tipo de envidia sana podemos constatar que se trata de anhelo, fuerte inclinación a lo que poseen los demás, acompañada de desasosiego, o impaciencia, determinación de superarse, o admiración hacia el otro (Palmero, 2002).

La envidia se acompaña de emociones como la ira e infelicidad, al tiempo que favorece reacciones de hostilidad. Parrot & Smith (Citados por Palmero, 2002) describen seis tipos de episodios emocionales que suelen formar parte de la envidia: deseo de lo que tiene la otra persona, hostilidad y admiración hacia ella, resentimiento global, sentimientos de inferioridad y de culpa.

2.4.2.6 EMPATÍA

Se le denomina empatía a la capacidad que tenemos de entender cómo se encuentran los demás y poder actuar en consecuencia. Palmero (2002) distingue tres cualidades de esta emoción, en primer lugar, la capacidad para comprender a los demás, ponerse en el lugar del otro. Por otro lado, ser capaz de reproducir un estado afectivo que sintonice con lo que sienten y, finalmente, ejecutar las conductas apropiadas que es preciso llevar a cabo para solucionar el problema de la otra persona (p.413).

Respecto a la primera de ellas, es importante la capacidad para tener la perspectiva del otro “ponerse en su lugar”, esta experiencia empática centrada en el otro requiere de un desarrollo evolutivo que permite un procesamiento cognitivo en el que se deben tener en cuenta al menos los siguientes elementos mencionados por Strayer (Citado por Palmero, 2002): reconocer la existencia de realidades separadas de otras personas, necesidad de tomar el punto de vista del otro para poder evaluar la realidad apropiadamente, tener las habilidades y recursos necesarios para llevar a cabo este proceso, y realizar las conductas coherentes con dicho análisis.

La intensidad de la reacción de empatía depende de la magnitud y gravedad del malestar de los demás. Se trata de una capacidad en la que se demuestran evidentes diferencias individuales, la empatía favorece la realización de conductas de ayuda.

Batson (Citado por Palmero, 2002) distingue entre empatía centrada en el otro, de la empatía centrada en uno mismo. En el caso de la empatía centrada en los demás, uno es capaz de sufrir con el que sufre y alegrarse con el que está contento, al tiempo que comprende su situación. La conducta de ayuda estaría, entonces motivada para reducir el malestar de la otra persona.

La empatía centrada en sí mismo, favorecería la conducta de ayuda porque esta reduce el malestar propio producido por la situación deplorable en la que se encuentran los otros.

2.5 Influencia de la emoción sobre la cognición

Existe una influencia de la emoción sobre la cognición ya que tanto el estado emocional como el aprendizaje influyen en los recuerdos de una persona. Cuando estamos alegres recordamos mejor lo sucedido, cuando estamos tristes tendemos a recordar lo relacionado con situaciones tristes (Mestre & Palmero, 2004).

Se ha podido comprobar también que el estado emocional afecta a procesos, como la percepción o el pensamiento, así como puede afectar nuestras expectativas sobre acontecimientos futuros.

Bower & Cohen (Citados por Mestre & Palmero, 2004) concluyen que las distintas emociones están representadas dentro de la memoria semántica. Al igual que las sensaciones y los conceptos están almacenados dentro de una estructura de red que los relaciona unos con otros, también existen nodos de la red que representan el miedo, la ira, la alegría, la tristeza, etc. Cuando uno de esos nodos alcanza un cierto nivel de activación se experimenta la emoción correspondiente. Las emociones pueden activarse tanto por estímulos fisiológicos como por cogniciones, de esta forma se combinan las dos influencias que afectan a la emoción.

Esta estructura de la memoria semántica, en la que se entrelazarían las emociones con los conceptos explica muchos fenómenos, por ejemplo, lo mismo que un concepto puede relacionarse con otro, también es posible asociar un concepto con una emoción ya que la emoción activa todos los recuerdos relacionados con la emoción que corresponde, también el nombre de una persona se ha asociado con la emoción del momento.

En general, si se produce la activación de una emoción, esta se difunde a toda la memoria semántica, determinando los recuerdos que ocupa nuestra conciencia y afectando a los juicios y pensamientos actuales (Mestre & Palmero, 2004).

Las repercusiones de los estados de ánimo son amplios e importantes, ya que al predominar un estado de ánimo se ve afectada la conducta y los pensamientos de forma negativa, es decir, una persona depresiva tiende a recordar acontecimientos tristes de su experiencia pasada, que acentúan su depresión. Los recuerdos a su vez le hacen creer que las experiencias desagradables son más frecuentes que las agradables, con lo que se alteran sus expectativas sobre el futuro, y esto genera un círculo vicioso que debe romperse si se quiere mejorar el estado anímico de esa persona. Para ello, es necesario que la persona recuerde acontecimientos felices que permitan mejorar la valoración del presente y del futuro (Mestre & Palmero, 2004).

CAPÍTULO III COGNICIÓN

3.1 Definición de cognición

La palabra cognición etimológicamente se deriva del latín cognoscere que se puede traducir como conocer. Proceso de pensar o procesar información mentalmente (imágenes, conceptos, palabras, reglas y símbolos); esto incluye procesos mentales superiores que influyen en la forma en que las personas conocen y comprenden el mundo, procesan la información, hacen juicios y toman decisiones, y describen su conocimiento y comprensión a los demás (La cognición, s.f).

La cognición funciona a través de los procesos psicológicos básicos que son un conjunto de temas que están dirigidos a comprender los fundamentos de la actividad mental y el comportamiento humano, tales procesos son percepción, memoria, aprendizaje, atención y emoción (La cognición, s.f).

3.2 Procesos Psicológicos básicos

Los procesos psicológicos básicos son imprescindibles para la vida, son la base, ya que ellos nos permiten percibir y sentir lo que nos rodea; atender lo que es importante; aprender aspectos necesarios para resolver problemas cotidianos; almacenar y evocar aquello que necesitamos para enfrentarnos a situaciones problemáticas; y todo ello siempre relacionado con un fuerte componente emocional. Los procesos psicológicos básicos que abordaremos son los siguientes: percepción, memoria, atención, aprendizaje y emociones.

3.2.1 Percepción

La percepción puede definirse como el conjunto de procesos y actividades relacionados con la estimulación que alcanza a los sentidos, mediante los cuales obtenemos información respecto a nuestro entorno, las acciones que efectuamos en él y nuestros propios estados internos; se considera a la percepción como un proceso de tres fases, así pues, la percepción es la imagen mental que se forma con la idea de la experiencia y necesidades; es resultado de un proceso de selección, interpretación y corrección de sensaciones (La percepción, s.f).

Características de la percepción. La percepción de un individuo es subjetiva, selectiva y temporal.

Es subjetiva, ya que las reacciones a un mismo estímulo varían de un individuo a otro, lo extraño es que a veces percibamos de formas diferentes, sino que casi siempre interpretamos la entrada sensorial de una cierta manera.

La percepción es selectiva por consecuencia de la naturaleza subjetiva de la persona que no puede percibir todo al mismo tiempo y selecciona su campo perceptual en función de lo que desea percibir.

Por último, es temporal ya que es un fenómeno a corto plazo. La forma en que los individuos llevan a cabo el proceso de percepción evoluciona a medida de que crecen las experiencias, o varían las necesidades y motivaciones de los mismos (La percepción, s.f).

Componentes de la percepción ya hemos mencionado anteriormente que aunque los estímulos sean los mismos para todas las personas cada una de ellas percibirá cosas distintas. Este fenómeno nos lleva a dos componentes que se derivan de este:

- 1) Las “sensaciones o el estímulo físico” que proviene del medio externo, en forma de imágenes, sonidos, aromas, etc.
- 2) Los “Inputs internos” que provienen del individuo, como las necesidades, motivaciones y experiencia previas, y que proporcionarían una elaboración psicológica distinta de cada uno de los estímulos externos. (La percepción, s.f).

Proceso de la percepción

Todos los individuos reciben estímulos mediante las sensaciones, es decir, información a través de cada uno de sus sentidos; pero no todo lo que se siente es percibido ya que el individuo selecciona, organiza e interpreta los estímulos, con el fin de adaptarlos mejor a sus niveles de comprensión.

El proceso de la percepción se realiza en tres fases:

- 1) Selección: los individuos perciben solo una pequeña porción de los estímulos a los cuales están expuestos. Se denomina percepción selectiva cuando el sujeto percibe aquellos mensajes según sus actitudes, intereses, escala de valores y necesidades.

El proceso de selección de los estímulos puede estar influido por dos tipos de fenómenos:

- a) Las naturalezas del estímulo en estas incluyen aspectos sensoriales que hacen que el elemento se sienta de manera más intensa que otros. Esto nos lleva a diferenciar entre diversas clases de estímulo: por su tamaño, color, luz y forma, movimiento, intensidad, pequeños detalles, contraste, emplazamiento.
- b) Los aspectos internos del individuo: Entre estos se diferencian dos aspectos, las expectativas y los motivos que estos tienen en ese momento. De acuerdo a las expectativas las personas tienden a percibir de acuerdo a ellas.

Por otro lado, los motivos, las personas tienden a percibir con mayor facilidad lo que necesitan y lo que desean, cuanto más fuerte sea la necesidad, más fuerte será la tendencia a ignorar los estímulos no relacionados con el ambiente y a destacar aquellos que se necesitan.

2) La organización.

El paso siguiente a la selección es analizar agrupadamente las características de los diversos estímulos, las personas clasifican los estímulos de modo rápido asignándoles un significado.

3) Interpretación

Esta última fase trata de dar contenido a los estímulos previamente seleccionados y organizados. La interpretación depende de la experiencia previa del individuo, así como sus motivaciones, intereses personales y su interacción con otras personas es por eso que la forma de interpretar los estímulos puede variar entre cada individuo. (La percepción, s.f.).

3.2.2 Memoria

Mestre & Palmero (2004) consideran a la memoria como el proceso por medio del cual codificamos, almacenamos y recuperamos información. Para poder evocar cualquier información o suceso es necesario enviar información a nuestro cerebro (codificación), retener dicha información (almacenamiento) y, finalmente, recuperarla (recuperación). (Pag.103)

Atkinson & Shiffrin (citados por Mestre & Palmero, 2004) afirman que hay tres clases o estructura de memoria:

La memoria sensorial, la memoria a corto plazo y la memoria a largo plazo.

La memoria sensorial es el primer sistema de almacenamiento que retiene la información por periodos muy breves de tiempo. Se asume que cada modalidad sensorial (visual, auditiva, táctil, olfativa y gustativa) tendría su propio sistema de registro. Esta memoria tiene una gran capacidad, pero una rápida pérdida de la misma, la información que selecciona la memoria sensorial es trasladada a la memoria a corto plazo.

Memoria a corto plazo. Parte de la información almacenada en los registros sensoriales es transferida en la memoria a corto plazo, que es una memoria de capacidad limitada, esta información se retiene durante un breve periodo de tiempo antes de ser almacenada en la memoria a largo plazo. La duración de un recuerdo en el almacén a corto plazo es de unos 15 a 20 segundos nunca más de 30, durante este tiempo la información es interpretada y organizada para producir una experiencia más significativa.

La memoria a corto plazo es un componente que lleva a cabo tanto la retención a corto plazo de la información de los registros sensoriales como el procesamiento activo de esas y/o de cualquier otra información procedente del sistema cognitivo.

Memoria a largo plazo retiene la información que se transfiere desde la memoria a corto plazo mediante la repetición. La memoria a largo plazo es el depósito permanente de la información que hemos ido acumulando a lo largo de la vida, esto quiere decir, que contiene conocimiento que tiene que ver con el ¿Que conocemos? y conocimiento sobre el ¿cómo conocemos?

La memoria a largo plazo tiene capacidad ilimitada, es decir no existen límites conocidos a la información que en ella se puede depositar, la duración de la información en esta debe ser durante toda la vida del individuo.

Según Mestre & Palmero (2004) mencionan que el olvido que se produce en la memoria a largo plazo es un problema vinculado a una deficiente codificación o a un problema de acceso a la misma.

La memoria a largo plazo está dividida en dos grandes estructuras que son la memoria explícita o declarativa y la memoria implícita o procedimental (Tulving, citado por Mestre & Palmero, 2004). La memoria declarativa a su vez está dividida en memoria episódica y memoria semántica; mientras que la memoria implícita se compone de otros subsistemas: memoria procedimental, priming y condicionamiento clásico.

- 1) Memoria declarativa: es una memoria consciente e incluye cualquier conocimiento que pueda ser expresado.
 - a) Memoria episódica incluye la información sobre recuerdos concretos, personales y autobiográficos asociados con el tiempo y el lugar en el que aprendimos esa información.
 - b) Memoria semántica: es toda la información general y los conceptos disponibles pero que no están vinculados a un contenido en particular. En ella está almacenado el conocimiento sobre el lenguaje y el conocimiento general sobre el mundo
- 2) Memoria implícita: según la Enciclopedia de la salud (2016) este tipo de memoria almacena la información de manera inconsciente sobre hábitos habilidades motoras, estrategias perceptivas y condicionamientos asociativos, para recuperar esta información no se requiere atención consciente.
 - a) Memoria Procedimental es un tipo de conocimiento de habilidades, destrezas y hábitos difíciles de verbalizar, y que se manifiesta a través de la conducta y acción. Las habilidades son procedimientos perceptivos,

motores, y/o cognitivos que nos permiten actuar en el mundo con destreza, de manera similar a lo que sucede con los hábitos, que se definen como disposiciones o tendencias específicas que dirigen nuestra conducta en situaciones concretas. Este conocimiento no es consciente en la mayor parte de las ocasiones y rige la conducta de los organismos, es decir, son habilidades que se han automatizado debido a la reiterada práctica.

- b) Priming o facilitación: la palabra priming hace referencia a la influencia que un determinado aprendizaje ejerce en una tarea posterior sin que la persona sea consciente del episodio previo de aprendizaje.
- c) Condicionamiento clásico: en este tipo de condicionamiento, se presenta un estímulo que parte de la neutralidad y posteriormente adquiere propiedades para propiciar un tipo de respuesta denominada respuesta condicionada.

Anteriormente mencionamos que los contenidos de la memoria a largo plazo duran toda la vida; sin embargo, el olvido afecta a ésta en el sentido de no poder recuperar un determinado contenido. Existen distintas teorías que tratan de explicar el olvido.

- 1) Fallos en la decodificación: una razón principal para olvidar es que la información no fue decodificada adecuadamente, si utilizamos el material en la memoria operativa, puede que no hubiera suficientes estrategias de repetición o repaso activo o elaborativo para transferirlo a la memoria a largo plazo.
- 2) El olvido como represión: esta explicación es dada desde el punto de vista psicoanalíticos, Freud (citado por Meestre & Plamero, 2004) Propuso que nuestra memoria se autocensura cuando el contenido a recordar es doloroso, para proteger el concepto que tenemos de nosotros mismos y para minimizar la ansiedad, supuestamente reprimimos los recuerdos dolorosos.

3.2.3 Atención

Reategui (citado por Arbieto, s.f) señala que la atención es un proceso discriminativo y complejo que acompaña todo el procesamiento cognitivo además es el responsable de filtrar información e ir asignando los recursos para permitir la adaptación interna del organismo en relación a las demandas externas.

Características

Fenomenológicamente la orientación seleccionadora es considerada como la característica principal de la atención (Kahneman, Rubenstein & Rosselló citado por Arbieta, s.f), presenta además otras características entre las que destacan:

- 1) La concentración: Es la inhibición de la información irrelevante y la focalización de la información relevante, con mantenimiento de esta por periodos prolongados (Ardila, Rosseli, Pineda & Lopera, citados por Arbieta, s.f.) se manifiesta por su intensidad y por la resistencia a desviar la atención a otros objetos o estímulos secundarios.
- 2) La distribución de la atención: Se manifiesta durante cualquier actividad y consiste en conservar al mismo tiempo en el centro de atención varios objetos o situaciones diferentes. De esta manera cuanto más vinculados estén los objetos entre sí, y cuanto mayor sea la automatización o la práctica, se efectuará con mayor facilidad la distribución de la atención (Celada & Rubentein citados por Arbieta, s.f.).
- 3) La estabilidad de la atención: Celada & Cairo (Citados por Arbieta, s.f) mencionan que es la capacidad de mantener la atención durante un largo periodo de tiempo sobre un objeto o actividad específica.
- 4) Oscilamiento de la atención: Para Celada (Citado por Arbieta, s.f), el cambio de la atención es intencional lo cual se diferencia de la simple desconexión o distracción, este cambio surge del carácter de los objetos que intervienen, de esta forma siempre es más difícil cambiar la atención de un objeto a otro cuando la actividad precedente es más interesante que la actividad posterior.

Existen 5 tipos de atención: la atención selectiva, atención dividida, atención sostenida, atención involuntaria y atención voluntaria.

- a) La atención selectiva: Kirby & Grimley (citados por Arbieta, s.f) La definen como la habilidad que tienen las personas para responder a los aspectos esenciales de una tarea o situación y pasar por alto aquellas que son irrelevantes.
- b) Atención dividida: Este tipo de atención se da ante una sobrecarga estimular, se distribuye los recursos atencionales con los que cuenta el sujeto hacia una actividad compleja (García, citado por Arbieta, s.f). se refiere a la capacidad de atender a más de un estímulo a la vez.

- c) Atención sostenida: Este tipo de atención se manifiesta cuando un individuo debe mantenerse consciente de los requerimientos de una tarea y poder ocuparse de ella (Kirby & Grimley citados por Arbieto, s.f).
- d) Atención involuntaria: Está relacionada con la aparición de un estímulo nuevo, fuerte y significativo, y desaparece casi inmediatamente con el surgimiento de la repetición o monotonía. Una de sus características más importantes es la respuesta de orientación, que son manifestaciones electrofisiológicas, motoras y vasculares que se dan ante estímulos fuertes y novedosos, esta respuesta es innata (Luria citado por Arbieto, s.f).
- e) Atención voluntaria: Se desarrolla a partir de la atención involuntaria, y con la actividad propia del hombre se pasa de una a otra constantemente, se caracteriza por ser activa y consciente.

3.2.4 Aprendizaje

Domjam (Citado por Mestre & Palmero, 2004) considera el aprendizaje como un cambio relativamente permanente en la capacidad para realizar una conducta debido a la experiencia con determinados eventos ambientales relacionados con esa conducta en particular. (pag.78)

Existen diferentes tipos de aprendizaje, de los cuales retomaremos el aprendizaje asociativo y el aprendizaje social.

Aprendizaje asociativo: Se expresa cuando la reacción de un organismo ante un estímulo cambia como consecuencia de la relación que mantenga ese estímulo con otro. Este tipo de aprendizaje se ha estudiado a partir de procedimientos como el condicionamiento clásico o el condicionamiento instrumental u operante.

- a) Condicionamiento clásico: Se caracteriza por el establecimiento de una relación entre dos estímulos independientemente de la respuesta que emita el sujeto. Su principal característica es que nos permite aprender acerca de eventos que están más allá de nuestro control conductual.
- b) Condicionamiento instrumental u operante: este ocurre siempre que el sujeto pueda controlar la aparición de la consecuencia mediante su conducta, asumiendo que las consecuencias pueden ser apetitivas (aquellas que el sujeto quiere tener) aversivas (aquellas que el sujeto prefiere no recibir) y que la relación entre la respuesta y las consecuencias puede ser positiva (la respuesta produce la consecuencia) o negativa (la respuesta hace que la

consecuencia no aparezca). Cuando hablamos de reforzamiento nos referimos a situaciones de condicionamiento instrumental que producen un aumento en la respuesta del sujeto, mientras que al referirnos a castigo hablamos de situaciones que producen una disminución en la respuesta del sujeto.

- c) Aprendizaje social: permite que el individuo pueda aprender de los demás sin necesidad de descubrir por sí mismo cada solución a un problema.

La teoría del aprendizaje social cognitivo de Bandura (citado por Mestre & Palmero, 2004) sugiere que en el desarrollo del aprendizaje están implicados procesos cognitivos como la atención, la memoria, o la motivación.

El aprendizaje social juega un papel esencial en el desarrollo de la conducta de los individuos, es una forma de aprendizaje más compleja que el condicionamiento clásico e instrumental ya que supone aprender acerca de las consecuencias de nuestro comportamiento (Mestre & Palmerto, 2004).

3.2.5 Emoción

Mestre & Palmero (2004) definen la emoción como un proceso adaptativo que forma parte de los procesos afectivos. La emoción es una respuesta elícitada por un estímulo o situación temporalmente próximos y conocidos, pueden tener connotaciones positivas o negativas, pero siempre se encuentra vinculada a la adaptación ante situaciones que suponen una importante amenaza para el equilibrio del organismo.

Dentro de la característica expresiva de las emociones se defiende la universalidad de algunas de estas a partir de la existencia de una expresión facial y de unos cambios fisiológicos específicos para cada una de dichas emociones. Dentro de estas se encuentran las emociones básicas que demuestran su existencia en los distintos grupos humanos independientemente de las influencias culturales.

Función de las emociones

Cada una de las emociones posee unas funciones particulares, pero es pertinente mencionar una de las funciones generales de las emociones y tienen que ver con la flexibilidad que aportan a las conductas de un organismo cuando este se enfrenta a situaciones que exigen una solución más o menos drástica y útil, de este modo se incrementa la probabilidad de éxito, de adaptación y de supervivencia.

Si estas funciones influyen en la solución de problemas, de evitar peligros etc. Es lógico que las emociones negativas se presenten dentro de las emociones básicas,

que se consideran peligrosas para la salud física, mental y social de una persona cuando su ocurrencia es excesiva en frecuencia, intensidad o duración.

Existe una relación entre la dimensión biológica y la dimensión cultural al momento de que se presente una emoción, ya que cada una de las emociones básicas presenta una dotación genética y se activaran como resultado del proceso de valoración de las influencias sociales y culturales que tenga cualquier persona.

Para entender las funciones de las emociones es importante abordar su implicación adaptativa mencionando cuáles son sus repercusiones, tanto positivas como negativas, en el funcionamiento biológico, psicológico y social de una persona; hablamos de repercusiones negativas ya que en ocasiones, es necesario tener control o regular voluntariamente, tanto en la experiencia, como en la expresión, ya que puede ocurrir un conflicto o incompatibilidad entre la necesidad o impulso biológico y la necesidad o exigencia social (Mestre & Palmero 2004).

Levenson (citado por Mestre & Palmero 2004) agrupan la participación de dichos procesos en las dimensiones intrapersonal e interpersonal. Por lo que respecta en la dimensión intrapersonal, algunas de las más importantes funciones se refieren a los siguientes aspectos.

- a) El escape o pérdida de la homeostasis: Las emociones movilizan con rapidez los recursos internos para incrementar la probabilidad de ofrecer la respuesta más apropiada en una situación de amenaza o desafío. Es evidente, que las emociones permiten estas modificaciones extremas en el medio ambiente interno, es también cierto que, en la medida en la que dichas modificaciones sean frecuentes, intensas y duraderas se incrementa el riesgo de que las emociones dejen de ser funcionales y se conviertan en factores de riesgo (Tucker, Friedman, Palmero & Fernández citado por Mestre & Palmero 2004).
- b) La recuperación de la homeostasis: El ser humano dispone de una herramienta importante para contrarrestar los eventuales efectos negativos asociados a la ocurrencia sostenida las emociones negativas. Si bien las emociones negativas permiten la función relacionada con la preparación del organismo para ofrecer una respuesta intensa mediante la pérdida de la homeostasis, la emoción positiva permite la recuperación rápida de esta.
- c) El cambio en la jerarquía cognitivo y conductual: La emoción tendrá la función importante de reorganizar las posibles respuestas que puede llevar a cabo un individuo, aunque esto involucre la interrupción en cualquier actividad conductual motora y cognitiva en curso, con lo cual podría decirse que las emociones desorganizan la conducta.

- d) Motivación: Si las emociones se encuentran asociadas a la pérdida o al fracaso o al mantenimiento de los objetivos de la persona, lo que motiva es el objetivo en sí, se lucha por conseguir el objetivo por el valor que posee en sí mismo.

Desde un punto de vista intrapersonal, las emociones cumplen la función de interrumpir cualquier actividad en curso ejerciendo una selección prioritaria de las actividades a realizar y de las metas a conseguir.

Sin embargo, las emociones presentan formas concretas de coordinar las interacciones y relaciones sociales con el objetivo de suprimir o minimizar los problemas derivados de la propia interacción; una interacción que es cambiante, y en ocasiones imprevisible. Esto se aborda desde la perspectiva interpersonal

- a) En el plano diádico (conformado por dos personas) en este plano adquieren una especial relevancia todas las manifestaciones externas de la emoción tales como los gestos, las expresiones, las palabras etc. Las funciones propuestas en este plano se refieren a los siguientes aspectos, en primer lugar, la expresión de las emociones ayuda a los individuos a conocer sus emociones, las creencias y las intenciones de la otra persona con la que se mantiene la relación diádica, es decir la función de las emociones tendría que ver con la coordinación rápida de las interacciones sociales. También se transmite información del estado interno de quien expresa a quienes perciben tales manifestaciones, esa información permite inferir la esporádica emoción, las intenciones, la intensidad respecto a la propia relación e incluso, se puede hablar, del aprendizaje de la significación de eventos nuevos.
- b) En el plano social: (Referido a un conjunto de personas que interactúan de una forma sostenida a lo largo de un cierto tiempo). Una de las funciones importantes de las emociones en el plano social tiene que ver con la identificación de la pertenencia, o la identidad de los distintos miembros que integran ese grupo, a la vez que, sirven también para delimitar las fronteras de lo propio rechazando lo ajeno. De hecho, en esta dimensión se pueden localizar las funciones de cohesión social y solidaridad, así como la función del agrupamiento colectivo para oponerse a determinados agentes que tratan de desestabilizar dicha cohesión.
- c) En el plano cultural: (Que tienen que ver con la interacción que se establece entre los miembros de un grupo que comparte creencias, valores, normas y modelos sociales) la relevancia se localiza en la

interpretación de las manifestaciones externas, tanto las que se producen de manera verbal como las que ocurren de forma conductual motora. En cuanto a las funciones específicas en este plano, las emociones juegan un papel crítico en los procesos mediante los cuales los individuos asumen la identidad cultural, de forma particular se ha comprobado que las emociones se encuentran incluidas en los procesos de socialización. Las emociones ejercen su influencia en el aprendizaje de pautas, de conductas ajustadas a las normas y los valores de esa cultura.

Desde un punto de vista interpersonal, podemos plantear que las funciones de las emociones tienen que ver con la solución de los problemas que se le presentan a una persona, las emociones se producen en la interacción que una persona establece con su medio ambiente externo, considerando que este se encuentra en continuo cambio, pero además, las emociones cumplen el importante papel de representar un código de información que es compartido por los individuos que forman parte de un grupo o sociedad, posibilitando el conocimiento de los estados internos a través de las distintas manifestaciones externas.

Proceso: La emoción es un proceso que implica dinamismo, es un dinamismo funcional, orientado a la adaptación del organismo o las condiciones cambiantes del medio ambiente. Palmero (Mestre & Palmero 2004) propone que la secuencia del proceso emocional sería la siguiente: estímulo, percepción, evaluación- valoración, sentimiento, respuesta fisiológica, orexis, expresión.

- a) Ocurrencia o aparición del estímulo. Se requiere la presencia de un estímulo que sea capaz de desencadenar el proceso de una emoción, el estímulo puede ser interno o externo y puede estar presente en el ambiente físico o puede no estarlo, este último se refiere a un recuerdo; es decir el estímulo puede ser actual o pasado. Por otra parte, el estímulo puede no ser real, y consistir solo en una distorsión perceptiva, como una alucinación. Además, el estímulo en algunas ocasiones no es percibido conscientemente, esto es, puede ocurrir que la intensidad o la duración del estímulo provoquen en el sujeto una activación que no supera el umbral de la consciencia, en este caso el sujeto no tiene conocimiento de haber recibido esa estimulación, pero dicho estímulo ha sido procesado. En el proceso emocional puede ser innato o puede haber sido consolidado a partir del proceso de aprendizaje localizados en la experiencia del sujeto, hay estímulos con una capacidad inherente para

desencadenar procesos emocionales particulares en todos los sujetos, mientras que otros estímulos, que en principio no poseen esa capacidad, la han adquirido a partir de la experiencia particular de un sujeto.

- b) Percepción del estímulo. El proceso de percepción implica la existencia de un estímulo y la disponibilidad funcional de receptores específicamente relacionados con el estímulo en cuestión.

La percepción puede ocurrir de dos modos: conscientemente y no conscientemente. En la percepción consciente el sujeto se da cuenta de la presencia de un estímulo que, por sus características particulares, para llamar su atención, en este caso, la estimulación es procesada hasta que el sujeto es capaz de adquirir toda la información, o la suficiente información, para conocer las características del estímulo en cuestión. En este tipo de percepción se produce la influencia de variables cognitivas, como las creencias, los juicios, etc., que el sujeto tiene acerca del estímulo. También ejercen una influencia notable la propia biología del organismo y el estado afectivo actual del sujeto en esos momentos, dependiendo de estas dos variables existe la posibilidad de que ocurra un incremento o una disminución en la sensibilización del individuo hacia ciertos tipos de estímulos.

En la percepción no consciente el estímulo no logra captar la atención consciente del sujeto, pero si se produce un cierto procesamiento de la estimulación, tal procesamiento tampoco alcanza los umbrales de la consciencia del sujeto, aunque puede dar lugar a los siguientes pasos del proceso emocional. Este tipo de percepción también puede suceder cuando la aparición de un estímulo especialmente importante para el individuo produzca una percepción rápida y automática sin que haya consciencia de la misma.

- c) Evaluación- Valoración. Implica la existencia de un estímulo y de unos receptores especializados capaces de captar dicho estímulo, dando lugar a la percepción. Es el paso previo a la experiencia de una emoción ya que dependiendo de cuál sea este proceso de evaluación y valoración, el sujeto experimentara una emoción u otra, o ninguna.

Dentro del proceso emocional, el subproceso de evaluación- valoración puede ocurrir de forma consciente y de forma no consciente. En ambas posibilidades, la evaluación- valoración se refiere a la interpretación completa, o la más completa posible (evaluación), y a la estimación de la repercusión personal (valoración) del estímulo.

Como consecuencia de la evaluación- valoración consciente se produce la experiencia subjetiva de la emoción (sentimiento), se produce una respuesta fisiológica congruente con la emoción que el sujeto experimenta y se puede producir por una parte una posible expresión emocional, y, por otra parte, una suerte de orexis, bajo la forma de deseos de tendencias de acción, que es la causa inmediata de una eventual conducta posterior.

Por otro lado, la evaluación- valoración no consciente no produce un análisis e interpretación finos de las características del estímulo, ni se produce un análisis particularizado de la repercusión del estímulo sobre el sujeto. Lo verdaderamente importante en esta forma de evaluación- valoración es el ajuste del estímulo a la categoría amenazante o no amenazante.

- d) Experiencia emocional (sentimiento) es la toma de consciencia de la ocurrencia de una emoción. La experiencia subjetiva o sentimiento permite al sujeto poner una cualidad a la emoción que experimenta, es difícil, llegar a la experiencia subjetiva de una emoción si no existe un proceso previo de evaluación- valoración consciente.
- e) La respuesta fisiológica. Siempre tiene como antecedente una evaluación- valoración como esta puede ser consciente o no consciente. La respuesta fisiológica resultante de la evaluación consciente, produce que el organismo tenga una reacción específica concordante con la emoción experimentada, mientras que, en la reacción fisiológica resultante de forma no consciente, la respuesta fisiológica puede ser específica de la emoción que se acaba de desencadenar de forma ajena al conocimiento consciente del individuo, o puede tratarse solo de una reacción que, al menos en principio, tendría que ser considerada como una respuesta indiferenciada, con connotaciones de defensa general o de evitación.
- f) La orexis. Hace referencia a las tendencias de acción, el deseo, los impulsos. La orexis permitirá entender como la evaluación- valoración da lugar a las conductas intencionales. Esta es la característica que permite plantear el papel motivador que juegan las emociones, dichas emociones tienen características motivadoras, entendiendo por tales los deseos, los apetitos, las tendencias de acción, que no son tan evidentes.
- g) La expresión emocional. Puede ocurrir de distintas formas. Existe en primer lugar la posibilidad de que produzca una expresión automática instintiva, sin que medie ningún tipo de control voluntario sobre la misma.

Sería la canalización impulsiva de la energía acumulada tras la experiencia subjetiva de una emoción, en esta forma de expresión no existe ningún tipo de intencionalidad, y se refiere a las manifestaciones observables que se encuentran asociados a la experiencia de una emoción.

Los signos más visibles se localizan en la expresión facial, en los movimientos corporales y en la producción de gritos y manifestaciones verbales, con el denominador común de la espontaneidad y la impulsividad. Esto es, la exteriorización emocional incontrolada, tiene como antecedente inmediato la experiencia subjetiva de una emoción, o, lo que es lo mismo, el sentimiento.

El organismo puede reaccionar de forma automática e instintiva manifestando la expresión emocional característica de la emoción que experimenta, también puede ocurrir que el sujeto decida suprimir voluntariamente la expresión de dicha emoción. Esta posibilidad admite dos modalidades, el control absoluto sobre la expresión exterior también denominado represión y el control razonado de la misma, estas son el resultado y la voluntad de no expresar ninguna manifestación emocional. Así mismo estas se refieren a la interacción del sentimiento y la evaluación-valoración, también existe una cierta implicación de la dimensión orética pues el sujeto puede llevar a cabo dicho control, como una forma de conducta intencional dirigida a la obtención de ciertos objetivos. Tanto en la represión emocional como en el control de la expresión emocional se aprecia como los factores sociales, culturales y de aprendizaje ejercen su influencia sobre los factores biológicos.

3.3 Influencia de la cognición sobre la emoción

Existen procesos fisiológicos tanto periféricos como centrales que afectan a la emoción y también a los procesos cognitivos que influyen en dicha emoción y se ven afectados por ella (Mestre & Palmero, 2004).

La emoción es un fenómeno complejo, en él se interrelacionan el resultado de los procesos fisiológicos con la interpretación cognitiva de esos procesos. La psicología ha sido capaz de comenzar a entender los mecanismos que provocan, mantienen y modifican la experiencia emocional. El resultado muestra una interacción constante entre nuestro funcionamiento biológico, nuestros sentimientos, y nuestros pensamientos (Mestre & Palmero, 2004).

Los fenómenos fisiológicos reaccionan ante los estímulos externos y los pensamientos internos, creando un estado de activación que predispone a la experiencia emocional. Al mismo tiempo, nuestra forma de ver el mundo (nuestras

cogniciones), incluyendo los recuerdos de nuestra experiencia pasada, cambia constantemente en función de la emoción que nos domine en cada instante.

Por último, el sistema cognitivo integra los mecanismos biológicos, la emoción, los recuerdos y las creencias en imágenes que modifican tanto la emoción como las respuestas biológicas. (Mestre & Palmero, 2004, p.228)

CAPITULO IV AGRESIÓN SEXUAL

La agresión sexual es una problemática que ha existido durante años, y que en la mayoría de los casos no se brinda la importancia y atención adecuada para las víctimas. La sociedad es un factor que influye en que estos casos no se atiendan apropiadamente, ya que culpan a las víctimas de haber sufrido la agresión, lo que genera que se sientan inferiores e incapaces de llevar a cabo una denuncia.

Tanto mujeres como hombres pueden llegar a ser víctimas de una agresión sexual, sin embargo son más vulnerables a vivirlo las mujeres. Cabe mencionar que los agresores son regularmente hombres y pueden estar involucrados o no con la víctima, por ejemplo, un familiar, un vecino, un conocido, un amigo o un desconocido.

Las repercusiones que se presentan en la víctima son: Físicas, emocionales, cognitivas, conductuales y éstas varían según el contexto en que se generó la agresión.

En este capítulo se abordará a la mujer como víctima de una agresión sexual y sus repercusiones emocionales y cognitivas.

4.1 Definición de agresión sexual

La agresión es considerada una conducta ya que se basa en un comportamiento básico y primario en la actividad de los seres vivos. (Huntingford & Turner, citados por Carrasco & González, 2006). En la conducta agresiva están implicados diferentes factores, que pueden manifestarse en cada uno de los niveles que integran al individuo: físico, emocional, cognitivo y social.

La palabra agresión procede del latín “agredi”, que conlleva ir contra alguien con la intención de producirle daño (Carrasco & González, 2006).

Existen diversos tipos de agresión, sin embargo en este trabajo se abordará la agresión sexual, que puede definirse de la siguiente manera:

Se considera como agresión sexual la relación sexual sin consentimiento con otra persona. Infiere en agresión sexual quien tiene contacto físico con otra persona, ya sea por vía vaginal, anal u oral con uso de medios, modos o instrumentos que ejerzan intimidación, fuerza o engaño (Martínez, Martínez & Bauset, s.f).

Desde la perspectiva jurídica se define a la agresión sexual como aquellos comportamientos que, mediando violencia o intimidación en su realización y sin que exista un previo consentimiento de la víctima, atentan contra la libertad sexual de ésta. (Anónimo, s.f)

Desde el punto de vista psicológico la agresión sexual es primordialmente un acto de violencia, donde el sexo es el instrumento del agresor, pero su mayor motivación es el deseo de humillar, controlar y dominar a su víctima. El acto de agresión tiene consecuencias sobre la salud física y la salud mental. Las consecuencias físicas incluyen lesiones y múltiples dolencias somáticas. Sin embargo, para muchas mujeres, los efectos psicológicos de la agresión son más debilitantes que los efectos físicos, los cuales son: miedo, ansiedad, fatiga, desordenes de estrés post traumático y desordenes del sueño y la alimentación constituyen reacciones comunes a largo plazo ante la agresión.

Las mujeres víctimas de agresión sexual pueden llegar a ser dependientes y sugestionables y tienen dificultades para tomar decisiones por sí mismas. Las mujeres agredidas frecuentemente se aíslan y tratan de esconder la evidencia de la agresión esto debido a los efectos psicológicos antes mencionados. (Anónimo, s.f)

4.2 Factores que influyen en una agresión sexual

Existen diversos factores que aumentan la vulnerabilidad de las mujeres a sufrir agresión sexual, los cuales son:

- 1) La edad: las mujeres jóvenes generalmente corren mayor riesgo de agresión sexual que las mujeres mayores, sin embargo, no las excluye.
- 2) El consumo de alcohol y otras drogas: el consumo de alcohol o drogas hace más difícil que las mujeres puedan protegerse, e interpretar adecuadamente los signos de advertencia y reaccionar como corresponde. Las mujeres que frecuentemente consumen alcohol, están más expuestas a encontrarse con un agresor.
- 3) Haber sido agredida sexualmente con anterioridad: las mujeres que vivieron una agresión sexual en algún momento de su vida generan problemas significativos en las áreas sexual, mental, y relaciones interpersonales que las hacen ser más vulnerables a sufrir otra agresión.
- 4) Tener muchos compañeros sexuales: Este factor puede considerarse una causa cuando una mujer tiene varias parejas sexuales lo que la expone a ser más vulnerable a vivir una agresión sexual, o también una consecuencia, cuando una mujer tiene antecedentes de agresión sexual lo que provoca que aumente la probabilidad de tener más parejas sexuales.
- 5) Nivel de instrucción: una mayor capacidad social de la mujer genera mayor resistencia a las normas patriarcales por lo que los hombres suelen recurrir a la violencia para tratar de recuperar el control.
- 6) La pobreza: La pobreza obliga a muchas mujeres a buscar ocupaciones que suponen un riesgo relativamente elevado de agresión sexual. También les genera enormes presiones para encontrar y mantener un trabajo, realizar

actividades comerciales y si están estudiando, obtener buenas calificaciones, por lo cual las hace vulnerables a la agresión sexual de quienes pueden prometerles estas cosas (Organización panamericana de la salud, 2003).

4.3 Fases de crisis después de una agresión sexual

Hernández & Soria (1994) Retoman el modelo descriptivo: las fases de la crisis, que es utilizado en el estudio de la victimización. Se explica de forma consecutiva tras la agresión sexual, estructurada a partir de los criterios de la crisis, la agresión actúa como evento desencadenante, generando tres fases: el impacto, la recuperación y el ajuste.

Koss & Harvey (citados por Hernández & Soria, 1994) en su investigación acerca de víctimas de agresión sexual añaden a las fases anteriores una “anticipatoria” que permitirá reconocer la situación como peligrosa.

- a) Fase de shock emocional: La afectividad se ve nominada por los sentimientos de vulnerabilidad, impotencia, aislamiento y bloqueo afectivo. A nivel cognitivo la persona es incapaz de pensar con claridad, la conmoción y la imposibilidad de aceptar lo sucedido dominan sus pensamientos. Su duración varía desde minutos a horas.
- b) Fase de reorganización: La segunda fase o reacción a corto plazo se caracteriza por la reevaluación cognitiva del suceso. La duración aproximada varía entre semanas a meses. Durante este periodo, la víctima trata de integrar el suceso dentro de sus esquemas personales, escala de valores, expectativas previas de comportamiento, percepción de sí mismo y del entorno, etc. El elemento clave es la cognición, esta se mueve entre la repetición continuada del suceso y los intentos por comprender las causas de la agresión, incapaces de enfrentar lo sucedido, la afectividad alterna continuamente entre la tristeza y la euforia, del miedo a la ira. El temor a ser nuevamente agredida o a amenazas del agresor inciden negativamente en el proceso de reevaluación. La conducta se ve modificada dentro de su vida cotidiana.

Algunas víctimas actúan “como si no hubiera sucedido nada”; sin embargo, esconden procesos cognitivos y afectivos que involucran la negación del suceso lo que posteriormente genera una reacción postraumática retardada, Horowitz (Citado por Hernández & Soria, 1994) subdivide esta fase en dos, el estado intrusivo, caracterizado por ideas inesperadas compulsivas acciones y sentimientos sobre saltados, y el estado de negación, durante el cual la persona ignora las implicaciones de las amenazas o pérdidas.

- c) Fase de readaptación: Cuando el miedo y la ira disminuyen, la víctima entra en la fase de reorganización o reacción a largo plazo. El impacto de la agresión se reserva mediante el establecimiento de unas defensas más efectivas, conductas más vigilantes y mediante una revisión de los valores y actitudes que permiten un reajuste en la vida cotidiana (Symonds, citado por Hernández & Soria, 1994). Holnstrom (Citado por Hernández & Soria, 1994) destaca que las mujeres agredidas sexualmente nunca recuperan el nivel previo de funcionamiento en la conducta sexual y el contacto interpersonal. Para un 30% de las víctimas los efectos traumáticos se prolongan por un periodo de tiempo elevado; así las víctimas reportan un año después de la agresión, mayores sensaciones depresivas y de insatisfacción en su vida habitual.

4.4 Repercusiones emocionales en la víctima

Al menos un 80% de las víctimas sufren consecuencias negativas. El impacto va depender del grado de culpabilización, así como de las estrategias de afrontamiento de que disponga la víctima. Dentro de las repercusiones emocionales se encuentran las repercusiones a corto y a largo plazo.

- Principales consecuencias a corto plazo a largo plazo:
 - 1) MIEDO GENERALIZADO: El miedo se desarrolla en la víctima cuando esta evalúa que puede repetirse la agresión, o ante situaciones que le recuerden la agresión que vivió.
 - 2) HOSTILIDAD Y AGRESIVIDAD: Una mujer que haya presentado algún suceso de agresión sexual tiende a ser más irritable o enojarse con facilidad debido a la impotencia y frustración que le género no haber impedido la agresión.
 - 3) CULPA Y VERGÜENZA: En la mayoría de los casos la víctima se siente culpable de la agresión, aquí influyen algunos factores que culpabilizan a la víctima los cuales son, el agresor que durante la agresión sexual o después manifiesta que la víctima fue la causante de esta experiencia, y, la sociedad ya que desacreditan el relato de la víctima y a esto se agregan comentarios que generan que se sienta culpable, esto mismo provoca en la mujer vergüenza, así mismo, los valores y las creencias de la víctima forman un papel fundamental.
 - 4) TRISTEZA: Que se convierte en depresión y baja autoestima. La depresión puede incidir en intentos de suicidio.

Las consecuencias a largo plazo son menos frecuentes y más difusas que las secuelas iniciales pero pueden afectar, al menos a un 30% de las víctimas. Se considera que el impacto es más grave a largo plazo si además de la agresión

sexual se encuentran otras adversidades como: falta de relaciones afectivas, maltrato físico o verbal, entre otros.

Las consecuencias psicológicas a largo plazo más frecuentes son:

- ✓ Depresión
- ✓ Ansiedad
- ✓ Baja autoestima
- ✓ Estrés postraumático
- ✓ Trastornos de personalidad
- ✓ Desconfianza y miedo de los hombres
- ✓ Dificultad para expresar o recibir sentimientos de ternura o intimidad (Echeburúa & Corral, 2006).

4.5 Repercusiones cognitivas en la víctima

Las mujeres víctimas de agresión sexual utilizan ciertas estrategias cognitivas de supervivencia que suponen una distorsión de la realidad, las cuales son las siguientes:

- 1) Negación de lo ocurrido, debido a la agresión muchas víctimas tienden a negar lo ocurrido lo que genera una alteración en la percepción ya que la víctima minimiza el peligro lo que las lleva a exponerse nuevamente.
- 2) Cambios en el sistema de creencias ya que después de la agresión se manifiesta la sensación de inseguridad lo que provoca que el mundo se vea como un lugar peligroso.
- 3) Pensamientos auto inculpatorios: Miller & Porter (Citados por Carballal, 2010) distinguen tres tipos de cogniciones de autoinculpación: creer que son ellas las causantes de la agresión, no haber sido capaces de detenerla y por tolerar la agresión.
- 4) Déficit en resolución de problemas: launius & Jensen (Citados por Carballal, 2010) afirman que las víctimas muestran un déficit general en estrategias de afrontamiento, al encontrar que presentan dificultades en las tres habilidades para una resolución de problemas eficaz: las habilidades para generar un gran número de alternativas, para generar soluciones eficaces y para seleccionar una alternativa eficaz ante un problema.
- 5) Ideas suicidas llegan a esta decisión como la única solución para escapar del sufrimiento que están viviendo (Carballal, 2010).

La agresión sexual también puede afectar de forma más específica en algunos de los procesos básicos que son:

- a) La atención: falta de atención en actividades cotidianas, de relaciones personales y de su vida personal como su aspecto.
- b) La concentración: se distraen con facilidad o la mayor parte del tiempo por pensar constantemente en lo que vivió.

CAPITULO V. METODO

5.1 Pregunta de investigación

¿Cómo la terapia cognitivo conductual puede ayudar en las emociones y el desarrollo cognitivo de mujeres víctimas de agresión sexual?

Justificación

Hemos comprobado que las repercusiones de una agresión sexual abarcan la mayor parte de la vida de la víctima, lo cual impide que esta se desenvuelva de una manera efectiva en su contexto, por las consecuencias que se han generado y que con el paso del tiempo han ido incrementando desde el momento de la agresión.

Es importante, por eso, abordar las diferentes áreas de la víctima, que sin duda se ven afectadas, las áreas tanto físicas, psicológicas, sociales, conductuales y sexuales de la mujer, las cuales además se pueden dividir en el tiempo de acuerdo a la secuencia cronológica en que se presentan.

Es claro que las consecuencias a corto, mediano y largo plazo de la agresión sexual, denotan la importancia de la atención psicológica, a partir de las variables que se pueden presentar, como es el hecho de que el agresor pertenezca a la familia de la propia víctima o bien se trate de una persona conocida, pero ajena al núcleo familiar, o bien sea alguien francamente desconocido.

Para abordar esto en la vida de la víctima es importante conocer los síntomas, entender las emociones, conductas y cogniciones, así como el papel importante que tiene el componente social, comprendiendo entonces la experiencia personal y la forma en que detona la afectación emocional.

Nos centraremos en el trabajo con las emociones y su integración con las cogniciones, para formar un nuevo significado, siendo un modelo de reorganización de la experiencia traumática.

5.2 Objetivos

General:

Desarrollar un plan de intervención dirigido a mujeres víctimas de agresión sexual basado en la terapia cognitivo conductual, el cual se deberán llevar a cabo basándose en las emociones y el desarrollo cognitivo de las víctimas

Específicos:

Proponer pruebas psicológicas que ayuden a la identificación de las emociones que predominen en las víctimas.

Proponer pruebas que ayuden a identificar el desarrollo cognitivo de mujeres víctimas de agresión sexual.

Exponer técnicas específicas de la terapia cognitivo conductual que podrán utilizarse para obtener mejores resultados de la intervención.

Hipótesis

Hipótesis de investigación: el plan de intervención basado en la terapia cognitivo conductual provocará una reestructuración del evento traumático, en este caso la agresión sexual.

Hipótesis alternativa: El plan de intervención basado en la terapia cognitivo conductual no provocará una reestructuración del evento traumático, en este caso la agresión sexual.

5.4 Variables

Variable Independiente:

Cogniciones y emociones.

Cognición: La palabra cognición etimológicamente se deriva del latín cognoscere que se puede traducir como conocer. Proceso de pensar o procesar información mentalmente (imágenes, conceptos, palabras, reglas y símbolos); esto incluye procesos mentales superiores que influyen en la forma en que las personas conocen y comprenden el mundo, procesan la información, hacen juicios y toman decisiones, y describen su conocimiento y comprensión a los demás (La cognición, s.f).

Emoción: La emoción es una tendencia o un impulso actual de una determinada manera. Esta dirigida por nuestro cerebro y, a veces, mediatizada por pensamientos cognoscitivos, lo que provoca un determinado estado fisiológico en el cuerpo de la persona que la padece. Con lleva sentimientos y pensamientos asociados que producen condiciones biológicas y psicológicas, y se manifiesta a través de una conducta específica. (Sánchez, 2009, P.47, 48)

Variable dependiente:

Terapia cognitivo conductual: La terapia cognitivo conductual es un procedimiento terapéutico activo y estructurado que incorpora tanto intervenciones conductuales como cognitivas, con el fin de disminuir las conductas y emociones disfuncionales para modificar el comportamiento y los patrones de pensamiento del individuo. Ambos tipos de intervenciones se basan en la suposición de que un aprendizaje anterior está produciendo actualmente consecuencias des adaptativas y que el

propósito de la terapia consiste en reducir el malestar o la conducta no deseados (Brewin, citado por Mendoza, 2010).

5.4 Tipo de estudio: Transaccional descriptivo (Hernández, Fernández & Baptista, 2010).

La investigación llevara a cabo un Enfoque Cualitativo (Hernández, Fernández & Baptista, 2010) ya que se pretende describir como una agresión sexual afecta de forma emocional y cognitivamente a las víctimas.

Se propondrá un plan de intervención basado en la terapia cognitivo conductual, el cual trabajará específicamente con las emociones y cogniciones que las víctimas presentan después de haber vivido una agresión sexual.

Muestra:

Mujeres que hayan vivido agresión sexual.

CAPITULO VI. PROPUESTA DE INTERVENCION

Objetivo General:

Brindar el plan de intervención que ayudará a evaluar y analizar los procesos cognitivos y emocionales de mujeres víctimas de agresión sexual, así como apoyar con una serie de técnicas basadas en el enfoque cognitivo conductual para ayudar a generar cambios positivos en el estilo de vida de la víctima después de la agresión.

Núm. de sesión	Instrumento a aplicar	Objetivo específico	Materiales	Tiempo	Procedimiento	Justificación
1	Entrevista	Conocer el estilo de vida antes, durante y después de la agresión.	<ul style="list-style-type: none"> • Formato de entrevista. • bolígrafo 	50 a 60 min	Recepción, establecimiento de rapport y realizar la entrevista.	Para conocer las repercusiones de la agresión sexual en las diferentes áreas que se desenvuelve la víctima.
2	K-BIT	Evaluar los procesos cognitivos del paciente	<ul style="list-style-type: none"> • Prueba de k-bit • Lápiz • Goma • Sacapuntas 	60 min	Se aplicarán los subtest que incluye la prueba los cuales son: (vocabulario, definiciones y matrices) El terapeuta deberá indicarle al paciente las instrucciones de cada subtest de acuerdo al manual.	Indagar de que forma la agresión afectó los procesos cognitivos de la paciente.

3	Sacks ideas irracionales	Evaluar las diferentes áreas en las que se desenvuelve la paciente así como identificar sus ideas irracionales.	<ul style="list-style-type: none"> • Prueba de SACKS E IDEAS IRRACIONALES • Lápiz • Sacapuntas 	50 a 60 min	Entregar la prueba al paciente y proporcionarle las instrucciones	Saber de qué forma sus pensamientos perjudican las distintas áreas de la vida cotidiana de la
4	IDARE E IDERE	Medir el grado de depresión y ansiedad que la paciente pueda presentar.	<ul style="list-style-type: none"> • Prueba de IDARE E IDERE • Lápiz • Goma • Sacapuntas 	25 min	Entregar la prueba al paciente e indicarle que lea las instrucciones	Conocer el nivel de ansiedad y depresión de la víctima.
5	Cuestionario de estilo de vida y auto reporte vivencial	Analizar el estilo de vida del paciente e identificar los estados emocionales que predominan en ella.	<ul style="list-style-type: none"> • Cuestionario de estilo de vida y auto reporte vivencial. • Lápiz • Goma • Sacapuntas 	50 a 60 min	Entregar la prueba al paciente y proporcionarle las instrucciones	Analizar como los estados emocionales de la paciente afectan su calidad de vida

6	Relajación Muscular Progresiva de Jacobson	Favorecer el estado relajación y disminuir la tensión que se	<ul style="list-style-type: none"> • Lugar cómodo 	10 a 15 min	El método se divide en tres fases: 1. La primera fase se denomina Tensión-	Se aplicará la técnica de relajación para que la paciente disminuya la
---	--	--	--	-------------	---	--

		<p>presente para ayudar a que las víctimas dominen sus estados de tensión.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ropa cómoda 		<p>Relajación, se trata de tensionar y luego de relajar diferentes grupos de músculos en todo el cuerpo, en el siguiente orden: Cara, cuello y hombros. Brazos y manos. Piernas Tórax, abdomen y región lumbar.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Revisar mentalmente los grupos de los músculos, comprobando que se han relajado al máximo y relajar aún más cada una de ellas. 3. Se le denomina relajación mental, la cual se debe pensar en una escena agradable y positiva posible y mantener la mente en blanco, se trata de relajar la mente a la vez que continúa relajando todo su cuerpo. <p>Realizar junto con la paciente un cuadro en el cuaderno en el que registre sus pensamientos</p>	<p>tensión y ayudar a que controle dichos estados.</p> <p>Lograr que la paciente valore de qué forma sus</p>
--	--	--	---	--	--	--

	Reestructuración Cognitiva: Fase 1	Identificar los pensamientos inadecuados que afectan el estado emocional de la paciente	<ul style="list-style-type: none"> • Cuaderno • Lápiz 	35 min	inadecuados, el cuadro deberá llevar la situación activante, los pensamientos que surgen de la situación y la emoción. Se ejemplifica durante la sesión las situaciones sean más frecuentes para que así pueda realizar el auto registró semanal.	pensamientos afectan su calidad de vida para que pueda generar una interpretación más realista de las situaciones que se le presenten.
7	Reestructuración cognitiva: Fase 2	Evaluar y analizar los pensamientos negativos y la emoción que surge de estos para que ella valore de qué manera repercuten en su vida diaria	<ul style="list-style-type: none"> • Cuaderno con el cuadro anteriormente realizado • Lápiz 	45 min	Comentar las situaciones que le generaron pensamientos negativos. Analizar uno por uno los pensamientos resultantes de dicha situación Cuestionar a la paciente de acuerdo a la situación que se le presento y a los pensamientos que se provocaron, si estos son útiles, objetivos y que pasaría si lo que piensa realmente sea cierto.	Lograr que la paciente valore de qué forma sus pensamientos afectan su calidad de vida para que pueda generar una interpretación más realista de las situaciones que se le presenten.
8	Reestructuración cognitiva fase 3	Lograr que la paciente identifique formas alternativas de interpretar una situación de una forma realista.	<ul style="list-style-type: none"> • Cuaderno • lápiz 	45 min	Realizar un nuevo esquema en el cuaderno donde el paciente anotara paso 1. Describir el acontecimiento que le preocupa, paso 2. Anotar sus emociones negativas y puntuará cada una de ellas de cero (nada) a 100 (máximo), paso 3. Técnica de las tres columnas registrara	Lograr que la paciente valore de qué forma sus pensamientos afectan su calidad de vida para que pueda generar una interpretación más realista de las situaciones que se le presenten.

					<p>pensamientos automáticos (anotar los pensamientos negativos y calcular cuánto cree en esos pensamientos de (0 a 100), en otra columna y con la ayuda del terapeuta deberá registrar las distorsiones de cada pensamiento automático, en la última columna anotara respuestas racionales y sustituirá por pensamientos más realistas los pensamientos negativos y calculara cuanto cree en dichos pensamientos</p>	
9	El árbol de los logros	Que la paciente reflexione sobre sus logros y cualidades positivas y que analice la imagen que tiene sobre si misma.	<ul style="list-style-type: none"> • Lápiz • Hojas blancas 	60 min	<p>La paciente deberá hacer una lista sobre todos sus valores positivos, ya sean cualidades personales (como: paciencia), sociales: (como: simpática, capacidad de escucha), intelectuales (como: memoria, razonamiento) o físicos (como: atractivo, agilidad). Una vez acabada la primera lista, elabora otra con todos los logros que ha conseguido en la vida, ya sean grandes o pequeños lo importante es que la paciente se sienta orgullosa de haberlos conseguido.</p>	Aumentar la autoestima de la paciente.

					<p>Cuando ya tenga las dos listas, deberá dibujar el árbol de los logros. Deberá hacer un dibujo grande, que ocupe toda la hoja que lleve raíces, ramas y frutos. Las raíces y los frutos de diferentes tamaños, en cada una de las raíces debe ir colocando un de sus valores positivos, donde los acomodará con el grado de importancia que ella le asigne a cada uno. De la misma manera en los frutos colocará sus logros poniendo los logros más importantes en los frutos grandes y los menos relevantes en los más pequeños.</p> <p>Al finalizar comentara con el terapeuta cada una de sus cualidades y logros y cuáles son las razones por las que los considera más o menos importantes.</p>	
10	Técnica del espejo	Por medio de la autoobservación lograr que la paciente acepte su auto concepto y la autoimagen que tiene para así	<ul style="list-style-type: none"> • Espejo de cuerpo completo 	40 a 45 min	<p>El terapeuta procede a modelar la técnica colocando frente a un espejo de cuerpo entero y luego procede a explicarle al paciente: en la mañana, después del aseo matutino y, frente al espejo vas a comenzar alabar tu</p>	Generar que la paciente tenga un auto concepto y autoimagen positiva de sí misma para así poder aumentar su autoestima.

lograr aumentar su autoestima.

intelecto, haciendo contacto visual y con la respectiva gesticulación, vas a verbalizar, expresando en voz alta: yo soy inteligente, me gusta como pienso, soy espontaneo en mi pensamiento, ser improvisar soy capaz de ver una situación problemática y buscar una solución rápida, soy brillante, soy brillante, soy valiente, soy asertivo. Acto seguido el terapeuta indicara al paciente que repita la conducta que acaba de demostrarle. Posteriormente el terapeuta indicará al paciente que al medio día se coloque nuevamente frente al espejo y procederá a alabar su cuerpo, haciendo contacto visual y con la respectiva gesticulación, vas a verbalizar: me gusta el color de mi pelo, me gusta el color de mis ojos, me gustan mis labios, me gusta mi nariz, mis cejas, mis orejas, me gusta el color y textura de mi piel, mi cuello, me gusta mi tórax, me gustan mis senos, mis hombros, mis extremidades, mis manos son

					<p>lindas, mis uñas, me gusta mi espalda, caderas, glúteos, mi abdomen</p> <p>, mi ombligo, mis genitales, mis piernas, rodillas, mis pies.</p> <p>Nuevamente el terapeuta indicara al paciente que imite la conducta que acaba de demostrarle.</p> <p>Finalmente el terapeuta indicara al paciente que en la noche se coloque nuevamente frente al espejo y le indica ahora vas a alabar tu capacidad afectiva haciendo contacto visual y con la respectiva gesticulación: en esta parte de la técnica la paciente puede utilizar la lista de cualidades que realizo en la técnica del árbol de los logros.</p>	
11	Técnica del espejo	<p>Evaluar la manera en que la paciente realiza la técnica del espejo para comprobar si siguió las indicaciones y así reforzar la manera en que ejecuta la técnica.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Espejo de cuerpo completo 	30 min	<p>El terapeuta le solicita a la paciente que realice la técnica en su totalidad. Mientras la paciente realiza la técnica el terapeuta evaluara el contacto visual, el tono de voz, la gesticulación, el contenido, la secuencia y la postura.</p>	

	ABC de Ellis.	Abordad las creencias y las consecuencias emocionales y conductuales que se generaron a partir de la agresión sexual	<ul style="list-style-type: none"> • Hojas blancas • Bolígrafo 	30 min	Elaborar una tabla dividida en tres columnas, donde "A" equivale al suceso activante que sería la agresión sexual. "B" equivale a las creencias que la paciente tiene acerca de dicho suceso y "C" que equivale a las consecuencias emocionales y conductuales que se generaron. identificar junto con el paciente si las consecuencias emocionales y conductuales corresponden al suceso o a las creencias que tiene de él.	Que la paciente pueda cambiar las creencias que se generaron a partir de la agresión sexual.
12	el diccionario de las emociones	Que la paciente aprenda a distinguir las diferentes emociones que experimento y/o que experimenta a partir de la agresión sexual	<ul style="list-style-type: none"> • Cuaderno • Bolígrafo 	50 min	La paciente deberá realizar un diccionario de emociones, tomando en cuenta las emociones que identifico en la sesión pasada. Posteriormente anotará con qué frecuencia se presenta esa emoción y la intensidad que experimenta. Con la intervención del terapeuta realizaran una reflexión de cada una de las emociones que menciono en el diccionario. Si no son adaptativas las emociones modificar algunos de los puntos que se indicaron con	Que la paciente aumente el manejo de sus emociones.

					anterioridad con ayuda del terapeuta.	
13	Entrenamiento asertivo	Dar a conocer a la paciente las ideas centrales del comportamiento asertivo definiendo la conducta asertiva, para poder diferenciar entre la conducta no asertiva o pasiva y la conducta pasiva.	<ul style="list-style-type: none"> • Hojas blancas • Bolígrafo 	50 min	<p>Junto con el terapeuta definen los tres tipos de comportamiento y ejemplifican los mismos. Posteriormente se definen unas series de características de las diferentes formas de comportamiento, en cuanto a los efectos que tiene sobre el que la emite y el que la recibe, registrándolas en una tabla. Después, se le explicara el papel que juegan los pensamientos irracionales en el comportamiento asertivo. Se le presentan algunos ejemplos típicos de pensamientos distorsionados:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Si digo como me siento realmente, no les voy a gustar y eso sería insoportable. 2) Mi opinión no es realmente lo suficientemente importante como para decirle algo. 3) No debería tener estos sentimientos, así que 	Que la paciente utilice la asertividad para mejorar sus habilidades sociales y favorecer sus relaciones interpersonales.

					<p>más vale que me los guarde para mí.</p> <p>Por otro lado, se explican los comportamientos no verbales de la conducta asertiva: contacto visual, tono de voz, postura, expresión facial, tiempo y contenido. Una vez concluida los componentes de la conducta asertiva se llevara a cabo un autoanálisis racional en donde la paciente hará una descripción por escrito de una situación en la que quisiera comportarse asertivamente, después se le pide que exterioricé los pensamientos negativos que vienen a su mente cuando intentara responder asertivamente, se le recuerda la técnica de reestructuración cognitiva para cambiar el tipo de pensamiento.</p>	
14	Entrenamiento asertivo: Dar y recibir cumplidos	Que la paciente aprenda a dar y recibir cumplidos y esto le ayude a diferenciar entre las formas positivas y negativas de		30 min	Después de una breve explicación se procede a simular las formas como típicamente se responde ante un cumplido, disminuyendo la probabilidad de que la otra persona lo vuelva hacer: negándolo, regresándolo	

	<p>Entrenamiento asertivo Conversaciones sociales</p>	<p>Que la paciente genere y/o refuerce las distintas habilidades de conversación que mejoren su forma de expresarse en conversaciones cotidianas.</p>		<p>30 min</p>	<p>inmediatamente o rechazándolo. Después de simular las formas negativas en las que se dan cumplidos: auto despreciándose, haciendo sarcasmo o enfatizando primero un defecto y se demuestran algunas formas organizadas de recibir cumplidos. En seguida se le pide que piense en alguna característica positiva del terapeuta, se lo exprese y este responderá al elogio. Se hace una breve introducción que describa los componentes de las habilidades de conversación. Preguntas abiertas, responder información libre, parafrasear, hacer auto revelaciones, cambiar de tópico, interrumpir para participar en conversaciones en marcha y terminar conversaciones. La paciente practicara con el terapeuta cada una de las habilidades dándole retroalimentación sobre su ejecución.</p>	
--	---	---	--	---------------	---	--

15	Entrenamiento Asertivo: Derechos personales	Que la paciente reconozca sus personales y que acepte las responsabilidades que estos generan para que así ejerza sus derechos sin dejarlos a un lado o imponerlos.	<ul style="list-style-type: none"> • Hojas blancas • pluma 	30 min	Se le solicita a la paciente que haga una lista sobre todos los derechos, que ella considera tener. A continuación, se discuten y analizan cada uno de ellos, considerando la obligación que con lleva cada derecho, así como las responsabilidades que implican. Después de se le pide que elija uno que le sea muy difícil aceptar. Si comenta que hacer y reusar demandas es algo que le cuesta mucho trabajo, se procede a mostrarle cómo hacerlo a talvez del juego de roles. Se hace una petición razonable y la respuesta debe ser solamente "NO". Por último, se le sugiere que haga y reúse demandas intentando ser honesta y directa, enfatizando los mensajes "NO QUIERO" En lugar de "NO PUEDO".	
	Entrenamiento Asertivo: Enfrentándose a personas persistentes	Enfrentar a la paciente a situaciones en las que otras personas persisten		30 min	Se ejemplifican situaciones donde se presenten una serie de respuestas de persistencia que van aumentando, el grado de recursos que se utilizan para convencer a una persona;	

		en su empeño por convencerla para que haga valer sus derechos personales de una forma asertiva.			después de cada respuesta, se le pide a la paciente que conteste para posteriormente discutir sobre las ideas irracionales que se hubieran generado, enfatizando cuales son los derechos que no se están ejerciendo al ceder a este tipo de requerimientos. Se revisan además una serie de respuestas a utilizar en este tipo de interacciones: básica, enfática, escalamiento y confrontadora. Se procede entonces a los ejercicios, que involucran diversas situaciones en o donde la paciente deba responder asertivamente eligiendo cualquiera de las respuestas mostradas anteriormente.	
16	Proyecto de superación personal	Que la paciente fije metas ya sea a corto, mediano y largo plazo y que organice sus actividades para que las pueda llevar a cabo.	<ul style="list-style-type: none"> • Hojas blancas • bolígrafo 	50 min	Primero deberá plantearse una meta clara y concreta, con ayuda del terapeuta la paciente debe identificar las herramientas y habilidades que tiene para cumplir la meta establecida; posteriormente deberá establecer las tareas en una lista que debe realizar para	Que la paciente tenga una visión y expectativas para una satisfacción personal.

					lógrola, después deberá organizar estas tareas en el orden en que debería realizarlas y finalmente ejecutar y evaluar los logros que ser vayan consiguiendo.	
17	Técnica del espejo	<p>Evaluar los efectos que la técnica tuvo en el auto concepto la auto imagen de la paciente, para determinar si la paciente mejoro y/o fortaleció su autoestima</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Espejo de cuerpo completo 	30 min	<p>El terapeuta le solicita a la paciente que realice la técnica en su totalidad. Mientras la paciente realiza la técnica el terapeuta evaluara en su totalidad el contacto visual, el tono de voz, la gesticulación, el contenido, la secuencia y la postura.</p> <p>Al finalizar el terapeuta indagara sobre:</p> <p>¿Cómo se sintió la primera vez que realizo la técnica? Y ¿Cómo se siente ahora? Y si la paciente logro identificar cambios relacionados con su persona.</p>	<p>Generar que la paciente tenga un auto concepto y autoimagen positiva de sí misma para aumentar su autoestima.</p>
	Proyecto de superación personal	<p>Analizar el registro que la paciente realizo durante toda la semana para así poder determinar si realmente cumplió con las tareas establecidas y de</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Registro de las tareas 	30 min	<p>Evaluar con ayuda del terapeuta las tareas que cumplió respondiendo las siguientes preguntas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Cómo la llevo a cabo? 2. ¿Qué herramientas o habilidades utilizo? 	<p>Que la paciente tenga una visión y expectativas para una satisfacción personal.</p>

		no ser así reestablecerlas para que logre su meta			<p>3. ¿Cómo se sintió al realizar la tarea? De no haberlas cumplido deberá responder las siguientes preguntas:</p> <ol style="list-style-type: none">1. ¿Por qué no las llevo a cabo?2. ¿Qué dificultades u obstáculos tuvo?3. ¿Cómo se sintió al no realizar la tarea? <p>Por último se replantearan las tareas que no cumplió y se reforzaran las que si ejecuto para que así pueda lograrla meta que se haya propuesto.</p>	
--	--	---	--	--	--	--

18	K-BIT	Evaluar si los procesos cognitivos del paciente mejoraron con ayuda de la intervención.	<ul style="list-style-type: none"> • Prueba de K-BIT • Lápiz • Goma • Sacapuntas 	50 min	Se aplicarán los subtest que incluye la prueba los cuales son: (vocabulario, definiciones y matrices) El terapeuta deberá indicarle al paciente las instrucciones de cada subtest de acuerdo al manual.	Analizar en qué medida el proceso terapéutico ayudo a la paciente a mejorar su calidad de vida.
19	Sacks e ideas irracionales	Evaluar ¿De qué manera cambiaron las diferentes áreas en las que se desenvuelve el paciente? así como sus ideas irracionales a partir del proceso terapéutico.	<ul style="list-style-type: none"> • Prueba de SACKS E IDEAS IRRACIONALES • Lápiz • Sacapuntas 	50 a 60 min	Entregar la prueba al paciente y proporcionarle las instrucciones	
20	Idare e idere	Comparar si el grado de depresión y ansiedad que el paciente presento al inicio, ha disminuido con ayuda del proceso terapéutico.	<ul style="list-style-type: none"> • Prueba de IDARE E IDERE • Lápiz • Goma • Sacapuntas 	25 min	Entregar la prueba al paciente e indicarle que lea las instrucciones	
21	Cuestionario de estilo de vida y auto reporte vivencial	Analizar cómo cambio el estilo de vida del paciente y estados emocionales.	<ul style="list-style-type: none"> • Cuestionario de estilo de vida y auto reporte vivencial. • Lápiz 	50 a 60 min	Entregar la prueba al paciente y proporcionarle las instrucciones	

Cuadro de tareas estructurado por el número de sesión, la técnica aplicada en la sesión y la tarea a realizar durante el lapso especificado.

Numero de sesión	Técnica	Tarea a realizar
6	Relajación Muscular Progresiva de Jacobson Reestructuración Cognitiva: Fase 1	La paciente debe practicar en casa la técnica de relajación y anotar todo lo que hubiese facilitado o interferido con sus ejercicios, así como cualquier duda que tuviera. La paciente incluirá en el cuadro, día y hora en el que se presentaron los pensamientos inadecuados en base a las situaciones que acontecieron durante la semana.
8	Reestructuración Cognitiva: Fase 3	La paciente deberá la misma dinámica que se realizó en esta sesión, con situaciones que se le presenten durante la semana hasta la próxima sesión.
9	Técnica del espejo	La paciente a partir de la sesión que se realizó en terapia deberá diariamente repetir la técnica siguiendo las indicaciones que le proporcionaron durante la sesión. Es importante que realice la técnica durante todo el proceso terapéutico y que lleve un registro diario y horario de cumplimiento de la técnica,
10	Técnica de asertividad	La paciente observara y escribirá por lo menos tres situaciones en su vida cotidiana en la que las personas se comportaran de acuerdo a los tres tipos de comportamientos,

		<p>marcando cual es el más adecuado.</p> <p>Usar el autoanálisis racional en tres situaciones durante la semana.</p>
11	<p>Técnica d entrenamiento asertivo</p> <p>Entrenamiento asertivo Conversaciones sociales</p>	<p>Que haga tres cumplidos diariamente durante toda la semana, que evalué que tan cómodo y directa se sienta al hacerla. Se observa algún comportamiento que se quisiera cambiar en ese tiempo de interacciones, debe ensayarlo varias veces hasta que le agrade la forma en que lo haga. Conversar con alguna persona conocida, usando los tres tipos de comportamiento (asertiva, inasertiva, y agresiva) y observar las reacciones de esa persona en los tres casos.</p>
12	<p>Entrenamiento Asertivo: Derechos personales.</p> <p>Entrenamiento Asertivo: Enfrentándose a personas persistentes</p>	<p>Hacer tres demandas razonables que se le dificulten, como evaluar lo que crea que fue positivo de su ejecución; ejercer cualquiera de los derechos discutidos en este paso y que hasta ahora había evitado, reusar asertivamente las demandas que le fueron hechas durante la semana y que realmente no quiere complacer.</p> <p>Se le entrega un resumen y un formato de registro para que ella misma se evalué a lo largo de la semana, para determinar la conducta apropiada en su</p>

		nivel más bajo se tomara como base la "respuesta efectiva mínima" que es aquella conducta que alcanza la meta con un mínimo esfuerzo y emoción negativa observable; en su nivel más alto, que las llevara a cabo como se le había indicado en esta parte.
13	Proyecto de superación personal	La paciente deberá llevar un registro de las tareas establecidas en la sesión, para que así pueda identificar si las ha cumplido y que herramienta o habilidad le ayudo a cumplirla.

CAPITULO VII. CONCLUSIONES

El objetivo principal de este trabajo es brindar un plan de apoyo realizado específicamente para mujeres víctimas de agresión sexual, se trata de brindar un plan desarrollado en la terapia cognitivo conductual, en el cual las técnicas y estrategias allí plasmadas están dirigidas a trabajar principalmente el aspecto emocional y cognitivo de las víctimas, ya que, debido a nuestra investigación, estos aspectos son los más perjudicados en la vida de las mujeres.

Tomamos en cuenta, que al hablar de agresión sexual, no hablamos de casos que se puedan contar y que muchas veces estas situaciones no son externadas por las mujeres que lo viven, sin embargo, pretendemos crear un camino que se pueda seguir para ayudar a estabilizar la vida de las víctimas.

Hablamos principalmente del área emocional y del área cognitiva, tomándolas en cuenta como la base en la vida de una persona.

Dentro del área emocional hablamos sobre la sensación constante de tristeza, miedo y culpa; siendo estas emociones las que se manifiesta principalmente en la víctima, y se ven reflejadas a corto y largo plazo, teniendo repercusiones que afectan el estilo de vida de la víctima.

Por otro lado, el área cognitiva se ve afectada en algunos procesos psicológicos básicos, los cuales son: percepción, atención y concentración.

Se mencionaron algunas técnicas que ayudaran a la víctima a mejorar el estilo de vida que llevan a partir de una agresión sexual, particularmente trabajando en la autoestima que refleja el daño ocasionado en el área cognitiva y el área emocional. También se hace énfasis en el manejo de las emociones que más se experimentan después de la agresión sexual, entre las cuales destacamos, tristeza, ira, miedo, culpa y vergüenza. Dichas emociones también se trabajan desde el área cognitiva por medio de los pensamientos, ya que como menciona la terapia racional emotiva, las emociones influyen sobre los pensamientos y viceversa.

Las características tanto emocionales como cognitivas se ven reflejadas en cómo se relacionan e interactúan con otras personas, es por eso que también retomamos técnicas de asertividad, para ayudar a la víctima no solo en el área personal sino también social, ya que al ser un reflejo de sus emociones y pensamientos sus relaciones sociales se ven afectadas.

Es por ello que es necesario y fundamental que a las víctimas se les pueda proporcionar apoyo psicológico después de haber sufrido una agresión sexual para que trabajen en estas áreas y sobre todo la vida de la víctima no se vean afectadas a largo plazo, provocando algún tipo de trastorno. Cabe destacar que no todas las reaccionan de la misma ante esta situación manera ya que varían dependiendo sus emociones, pensamientos sentimientos y de cómo la víctima evalúa el suceso y que recursos tienen en ese momento para afrontarlo, así como quien es el agresor pues

influye de diferente manera si es una persona desconocida o una que está involucrada en la vida de la persona.

ANEXOS

K·BIT est Breve de
Inteligencia
de Kaufman

Alan S. Kaufman
Nadeen L. Kaufman

Cuaderno de examen

Traducción y adaptación:

Agustín Cordero
Isabel Calonge



TEA Ediciones, S.A.

Recordar

- Deben seguirse estrictamente las normas del Manual en cuanto se refiere al inicio de la prueba (de acuerdo con la edad) y al "Criterio de terminación" (atendiendo al número de fallos).
 - Situarse de forma que resulten visibles ambos lados del Cuaderno de examen.
 - Si el sujeto dice algo verdadero acerca del objeto o alude a alguna de sus propiedades, decir: **Sí, pero dime su nombre.** Ejemplos: «Sirve para clavar» en vez de «martillo» o «hace ruido», en vez de «tambor».
 - Cuando se da un nombre poco específico, aunque no sea incorrecto, decir: **Sí, pero dime un nombre mejor.** Ejemplos: «pájaro» en vez de «búho» o «clavo» en vez de «tornillo».
 - Si se nombra sólo un aspecto parcial o irrelevante de la figura, hacer un gesto que englobe todo el objeto y decir: **Sí, pero dime el nombre de TODA LA FIGURA.** Ejemplos: «mango» por «paraguas» o «pantalla» por «lámpara».
 - Cuando se ofrecen dos o más "Respuestas correctas", separadas por comas, cualquiera de ellas se considera válida. Las que, en ocasiones, aparecen tras la palabra "Pregunta", constituyen ejemplos de contestaciones imprecisas.
- Ha de hacerse una pregunta aclaratoria ante cualquier respuesta dudosa o incompleta. Una vez hecha la pregunta puntuar el ítem como correcto sólo si se obtiene una respuesta aceptable.
- En este test no hay ítems de ensayo. Los dos primeros que se aplican se consideran ítems de aprendizaje (ver el apartado «Tareas de aprendizaje» en el capítulo 2 del Manual). En estos dos ítems se puntúa únicamente la primera respuesta del sujeto.
 - No penalizar los errores de pronunciación.
 - Considerar correctas las palabras compuestas o frases que incluyan la respuesta aceptable. Ejemplos: «autobús escolar» por «autobús»; «anzuelo para pescar» por «anzuelo».
 - De acuerdo con las circunstancias utilizar o no el «tuteo»

Edades	Empezar en el ítem
4 - 5	1
6	6
7	11
8	16
9 - 10	21
11 - 12	26
13 - 90	31

**VOCABULARIO
EXPRESIVO**



Copyright © 1990 by AGS.
Copyright © 1996 by TEA Ediciones, S.A.
Prohibida su reproducción total o parcial.
Todos los derechos reservados

TEST DE FRASES INCOMPLETAS DE JOSEPH SACKS (FIS)

Componentes: 61 frases
4 áreas
15 actitudes

Requisitos: 14 años mínimo
20-40 minutos

AREA DE ADAPTACION FAMILIAR

Actitud hacia:

- 1.- Padre 1, 16, 31, 46
- 2.- Madre 14, 29, 44, 59
- 3.- Unidad Familiar 12, 27, 42, 57

AREA DEL SEXO

Actitud hacia:

- 4.- Hombres y mujeres 10, 25, 40, 55
- 5.- Relaciones heterosexuales 11, 26, 41, 56

AREA DE RELACIONES INTERPERSONALES

Actitud hacia:

- 6.- Amigos y conocidos 9, 23, 38, 53
- 7.- Colegas en el trabajo o escuela 13, 28, 43, 58
- 8.- Superiores 6, 21, 36, 51
- 9.- Subordinados 4, 19, 34, 48

AREA DEL CONCEPTO DE SI MISMO

- 10.- Temores 7, 22, 37, 52
- 11.- Sentimientos de culpa 15, 30, 45, 60
- 12.- Metas 3, 18, 33, 49
- 13.- Propias capacidades 2, 17, 32, 47
- 14.- Pasado 8, 24, 39, 54
- 15.- Futuro 5, 20, 35, 50

TEST DE FRASES INCOMPLETAS (SACKS)

NOMBRE: _____ FECHA DE NAC: _____
PATERNO MATERNO NOMBRE(S) DIA MES AÑO
SEXO: (M) (F) EDAD: _____ FECHA DE APLIC: _____

1. Siento que mi padre rara vez _____
2. Cuando la suerte está en mi contra _____
3. Siempre he querido _____
4. Si estuviera encargado _____
5. El futuro me parece _____
6. Las personas que son mis superiores _____
7. Se que es una tontería, pero tengo miedo _____
8. Cuando era niño _____
9. Siento que un verdadero amigo _____
10. Mi idea de la mujer perfecta _____
11. Cuando veo a una mujer y un hombre junto _____
12. Comparada con la mayoría de las familias, la mía _____
13. En el trabajo (escuela) me llevo bien con _____
14. Mi madre _____
15. Daría cualquier cosa por olvidar _____
16. Si mi padre solamente fuera _____
17. Creo que tengo habilidad para _____
18. Sería completamente feliz si _____
19. Si la gente trabaja bajo mis órdenes _____
20. Busco _____
21. En la escuela mis maestros _____
22. La mayoría de mis amigos no saben que yo _____
23. No me gusta la gente que _____
24. Antes, cuando era más joven _____
25. Pienso que la mayoría de las muchachas _____
26. Mi concepto del matrimonio es _____
27. Mi familia me trata como _____
28. Las personas con quienes trabajo son _____
29. Mi madre y yo _____

30. Mi peor equivocación fue _____
31. Deseo que mi padre _____
32. Mi mayor debilidad _____
33. Mi ambición secreta en la vida _____
34. La gente que trabaja bajo mis órdenes _____
35. Algún día yo _____
36. Cuando veo venir a mi jefe _____
37. Me gustaría perder el miedo a _____
38. La gente que más me gusta _____
39. Si fuera niño otra vez _____
40. Creo que la mayoría de las mujeres _____
41. Si yo hubiera tenido relaciones sexuales _____
42. La mayoría de las familias que conozco _____
43. Me gustaría trabajar con personas que _____
44. Pienso que la mayoría de las madres _____
45. Cuando era pequeño me sentía culpable de _____
46. Pienso que mi padre es _____
47. Cuando las circunstancias me son adversas _____
48. Al dar órdenes a otro _____
49. Lo que más deseo en la vida _____
50. Cuando sea mayor de edad _____
51. La gente que yo creo que son mis superiores _____
52. A veces mis temores me impulsan a _____
53. Cuando no estoy presente mis amigos _____
54. Mi experiencia infantil más vivida _____
55. Lo que menos me gusta de las mujeres _____
56. Mi vida sexual _____
57. Cuando era niño mi familia _____
58. La gente que trabaja conmigo, generalmente _____
59. Me gusta mi madre pero _____
60. La peor cosa que he hecho en la vida _____

Proporciona una puntuación de ansiedad como estado y otra de ansiedad como rasgo, que toman valores de 20 a 80 pts. En algunas versiones al español, no existen puntos de corte propuestos, sino que las puntuaciones directas que se obtienen se transforman en centiles en función del sexo y la edad, sin embargo, en la validación que se realizó en población cubana en 1986, se pudo establecer la puntuación 45 como punto de corte para la ansiedad alta, tanto estado como rasgo.

Resumen: Estrategia de calificación IDARE

A. Estado

$$3+4+6+7+9+12+13+14+17+18= A$$

$$1+2+5+8+10+11+15+16+19+20= B$$

$$(A-B)+50=$$

___ Alto ($> = 45$)

___ Medio (30-44)

___ Bajo ($< = 30$)

A. Rasgo

$$22+23+24+25+28+29+31+32+34+35+37+38+40 = A$$

$$21+26+27+30+33+36+39 = B$$

$$(A-B)+35=$$

___ Alto ($> = 45$)

___ Medio (30-44)

___ Bajo ($< = 30$)

IDARE
INVENTARIO DE AUTOVALORACIÓN

Nombre: _____ Fecha: _____

INSTRUCCIONES: Algunas expresiones que las personas usan para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y encierre en un círculo el número que indique *cómo se siente ahora mismo*, o sea, en estos momentos.

No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos ahora.

	NO	UN POCO	BASTANTE	MUCHO
1. Me siento calmado	1	2	3	4
2. Me siento seguro	1	2	3	4
3. Estoy tenso	1	2	3	4
4. Estoy contrariado	1	2	3	4
5. Me siento a gusto	1	2	3	4
6. Me siento alterado	1	2	3	4
7. Estoy alterado por algún posible contratiempo	1	2	3	4
8. Me siento descansado	1	2	3	4
9. Me siento ansioso	1	2	3	4
10. Me siento cómodo	1	2	3	4
11. Me siento con confianza en mí mismo	1	2	3	4
12. Me siento nervioso	1	2	3	4
13. Estoy agitado	1	2	3	4
14. Me siento "a punto de explotar"	1	2	3	4
15. Me siento relajado	1	2	3	4
16. Me siento satisfecho	1	2	3	4
17. Estoy preocupado	1	2	3	4
18. Me siento muy excitado y aturdido	1	2	3	4
19. Me siento alegre	1	2	3	4
20. Me siento bien	1	2	3	4

IDARE
INVENTARIO DE AUTOVALORACIÓN

INSTRUCCIONES: Algunas expresiones que las personas usan para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y encierre en un círculo el número que indique *cómo se siente generalmente*. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero describa cómo se siente generalmente.

	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE
21. Me siento bien	1	2	3	4
22. Me canso rápidamente	1	2	3	4
23. Siento ganas de llorar	1	2	3	4
24. Quisiera ser tan feliz	1	2	3	4
25. Me pierdo cosas por no poder decidirme rápidamente	1	2	3	4
26. Me siento descansado	1	2	3	4
27. Soy una persona "tranquila serena y sosegada"	1	2	3	4
28. Siento que las dificultades se amontonan al punto de no poder soportarlas	1	2	3	4
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	1	2	3	4
30. Soy feliz	1	2	3	4
31. Me inclino a tomar las cosas muy a pecho	1	2	3	4
32. Me falta confianza en mí mismo	1	2	3	4
33. Me siento seguro	1	2	3	4
34. Trato de evitar enfrentar una crisis o dificultad	1	2	3	4
35. Me siento melancólico	1	2	3	4
36. Estoy satisfecho	1	2	3	4
37. Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente	1	2	3	4
38. Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza	1	2	3	4
39. Soy una persona estable	1	2	3	4
40. Cuando pienso en los asuntos que tengo entre manos me pongo tenso y alterado	1	2	3	4

IDERE

Estados de tristeza que no encuentran en una depresión clínica, pero que provocan graves limitaciones y afectan la calidad de vida del paciente.

Calificación IDERE

D. Estado

$$1+2+6+8+9+10+13+15+18+20= A$$

$$3+4+5+7+11+12+14+16+17+19=B$$

___ALTO (≥ 43)

___MEDIO (35-42)

___BAJO (≤ 34)

D. Rasgo

$$1+2+5+7+8+11+14+16+17+20+22= A$$

$$2+4+6+9+10+12+13+15+18+19+21=B$$

___ALTO (≥ 47)

___MEDIO (36-46)

___BAJO (≤ 35)

IDERE
INVENTARIO DE DEPRESIÓN RASGO - ESTADO)
Grau, Martín, Ramírez, 1989

Nombre: _____
Edad: _____ Fecha: _____

Instrucciones: Alguna de las expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y escriba el número correspondiente a la respuesta seleccionada de acuerdo a como usted se sienta ahora mismo, en estos momentos. No hay respuestas buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos, ahora.

No, en absoluto —1
Un poco —2
Bastante —3
Mucho —4

Primera Parte

1. Pienso que mi futuro es desesperado y no mejorará mi situación ()
2. Estoy preocupado ()
3. Me siento con confianza en mí mismo ()
4. Siento que me canso con facilidad ()
5. Creo que no tengo nada de que arrepentirme ()
6. Siento deseos de quitarme la vida ()
7. Me siento seguro ()
8. Descubro desentenderme de todos los problemas que tengo ()
9. Me canso más pronto que antes ()
10. Me inclino a ver el lado bueno de las cosas ()
11. Me siento bien sexualmente ()
12. Ahora no tengo ganas de llorar ()
13. He perdido la confianza en mí mismo ()
14. Siento necesidad de vivir ()
15. Siento que nada me alegra como antes ()
16. No tengo sentimientos de culpa ()
17. Duermo perfectamente ()
18. Me siento incapaz de hacer cualquier trabajo por pequeño que sea ()
19. Tengo gran confianza en el porvenir ()
20. Me despierto más temprano que antes y me cuesta trabajo volverme a dormir ()

IDERE
(INVENTARIO DE DEPRESIÓN RASGO - ESTADO)
Grau, Martín, Ramírez, 1989

Instrucciones: Alguna de las expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y escriba el número correspondiente a la respuesta seleccionada de acuerdo a como usted se sienta usted generalmente. No hay respuestas buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos, generalmente.

- Casi nunca — 1
- Algunas veces — 2
- Frecuentemente — 3
- Casi siempre — 4

Segunda Parte

- 1. Quisiera ser tan feliz como otras personas parecen serlo ()
- 2. Creo no haber fracasado más que otras personas. ()
- 3. Pienso que las cosas me van a salir mal ()
- 4. Creo que he tenido suerte en la vida ()
- 5. Sufro cuando no me siento reconocido por los demás ()
- 6. Pienso que todo saldrá bien en el futuro ()
- 7. Sufro por no haber alcanzado mis mayores aspiraciones ()
- 8. Me deprimo por pequeñas cosas ()
- 9. Tengo confianza en mí mismo ()
- 10. Me inclino a ver el lado bueno de las cosas ()
- 11. Me siento aburrido ()
- 12. Los problemas no me preocupan más de lo que se merecen ()
- 13. He logrado cumplir mis propósitos fundamentales ()
- 14. Soy indiferente ante las situaciones emocionales ()
- 15. Todo me resulta de interés ()
- 16. Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza ()
- 17. Me falta confianza en mí mismo ()
- 18. Me siento lleno de fuerzas y energías ()
- 19. Pienso que los demás me estimulan adecuadamente ()
- 20. Me ahogo en un vaso de agua ()
- 21. Soy una persona alegre ()
- 22. Pienso que la gente no me estimula las cosas buenas que hago ()

ESTILO DE VIDA

Tenga la bondad de leer las afirmaciones impresas en el siguiente cuestionario. Es necesario que para cada una de ellas usted manifieste la medida en que refleja algo que le sucede a usted, o que coincide con su experiencia o sentimientos.

Para esto escogerá el número que le corresponde a la respuesta suya y lo pondrá el espacio en blanco que se encuentra al inicio de las afirmaciones. Los números son de 1 al 5 y significan lo siguiente:

CASI SIEMPRE 1

MUCHAS VECES 2

ALGUNAS VECES 3

POCAS VECES 4

CASI SIEMPRE 5

Ejemplo: Si usted quiere reflejar que casi nunca asiste a actividades sociales que le son agradables, entonces coloque el número 5 en el espacio en blanco al principio de la afirmación número 7.

7. 5 Asistió a actividades sociales en las que pasó ratos agradables. Ya está usted listo para comenzar, escriba rápido y no deje de contestar ninguna de las afirmaciones del cuestionario.

CUESTIONARIO

1. Duermo tranquilo y me levanto descansado.
2. Hay personas a la que le demuestro cariño y ellas me lo devuelven a mi
3. Puedo confiar en mis parientes mas cercanos.
4. Hago ejercicios o trabajo físico hasta sudar.
5. Lo que yo gano y en general los ingresos de mi casa me alcanzan para mis necesidades.
6. Mis creencias filosóficas o religiosas me hacen sentir confiado en el futuro.
7. Asisto a actividades sociales en las que paso ratos agradables.
8. Tengo un grupo de buenos amigos en los que puedo confiar.
9. Soy capaz de quejarme en voz alta cuando me siento molesto o irritado.
10. Tengo amigos a los que puedo contar mis problemas íntimos.
11. Asisto a actividades de diversión tales como cine, teatro, fiestas, etc.
12. Converso de los problemas cotidianos con la gente que convive conmigo.
13. Soy capaz de organizar bien mi tiempo.
14. Me propongo cosas que están a mi alcance lograrlas.
15. Estoy seguro que puedo lograr éxito en mi vida futura.
16. Mis éxitos y mis fracasos dependen de mis propias decisiones.
17. El tiempo me alcanza para resolver mis problemas.
18. Cuando me pasa algo desagradable logro controlarme con facilidad.
19. Estoy satisfecho con lo que he logrado en mi vida.
20. Mantengo un estado de animo alegre.

CALIFICACIÓN

- Se suman todos los valores
- -40 Normal
- 40 o más. No adecuado

Autor reporte Vivencial

Nombre: _____ Edad: _____

Instrucciones: A la izquierda se relacionan una serie de emociones o estados psíquicos y usted como cualquier otra persona puede experimentar. A la derecha de cada una de estas emociones hay una línea horizontal, cuyo extremo izquierdo indica el grado más débil en que se experimentan estas emociones, extremo derecho corresponde a la mayor intensidad en que le ha sido experimentado.

Usted debe marcar el punto de la línea que considere refleje el grado en que usted ha experimentado **estas emociones durante estos últimos años.**

Vivencia/Intensidad	Escasamente	Moderadamente	Intensamente
Inquietud			
Desconfianza			
Irritabilidad			
Tristeza			
Apatía			
Miedo			
Inseguridad			
Sufrimiento			
Abatimiento			
Angustia			
Ira			
Rechazo			
Ansiedad			
Desprecio			

REFERENCIAS BIBLIOCIBEROGRÁFICAS

- Arbieto, K. (s.f). La atención. *Psicología de la educación para padres y Profesionales: psicoPedagogia.com*. Recuperado de: <http://www.psicopedagogia.com/atencion>
- Asensi, L. F. (2013). *La comunicación asertiva. Una habilidad personal y Profesional*. Blogspot. Recuperado de: <https://laura-asensi.blogspot.com/2013/04/la-comunicacion-asertiva-una-habilidad.html?m=1>
- Bau, S. (2016). *La vergüenza, emoción escondida*. Amadag. Recuperado de: <https://www.google.com.mx/amp/amadag.com/la-verguenza-emocion-escondida/amp>
- Calderón, M. Gonzales, G. Salazar, P. & Washburn, S. (2012). *Aprendiendo sobre Las emociones, manual de educación emocional*. Recuperado de: www.fundacionpilares.org/modeloyambiente/docs/materiales/2016/Aprendiendo-Sobre-Las-Emociones.pdf
- Carballal, M. (2010). *Empoderar a las mujeres: Consecuencias físicas y Psicológicas de la violencia de género*. Blogspot. Recuperado de: empoderarmujeres.blogspot.com/2010/11/consecuencias-de-la-violencia-de-genero.html?m=1
- Carrasco, M. A. Gonzales, M. J. (2006). Aspectos conceptuales de la agresión: Definición y modelos explicativos. *Acción Psicológica*, 4(2) 7-38. Recuperado de: <http://revistas.uned.es/index.php/accionpsicologica/article/viewFile/478/417>
- Echeburúa, E. & Corral, P. (2006). *Secuelas emocionales en víctimas de abuso Sexual en la infancia*. Cuad Med Forense, 12 (43-44). Recuperado de: <http://scielo.isciii.es/pdf/cmfn43-44/06.pdf>
- Ellis, A. Lega, L. I. & Caballo V. E. (2009). *Teoría y práctica de la terapia racional Emotiva*. España. Siglo XX
- Etxeberria, I. (2003). Las emociones autoconscientes: Culpa, vergüenza y orgullo. De García, E. García, B. Jiménez, M.P. Martín, M.D. & Domínguez, F.J. *Psicología de la emoción* (pp. 431-439). Madrid. De Centro de estudios ramón areces.
- Hernández, J. A. Soria, M.A. (1994). *El agresor sexual y la víctima*. Barcelona.

Editorial Boixareu Universitaria

Hernández, R. Fernández, C. & Baptista, M. P. (2010). *Metodología de la Investigación*. México. McGraw-Hill

Martínez, A. I. Martínez, V. & Bauset, C. (s.f) Agresión sexual. De Bajo, J.m. Lailla, J.M. & Xercavins, J. *Fundamentos de ginecología* (pp. 247-255). España. Editorial medica panamericana.

Mendoza, B. (2010). *Manual de autocontrol del enojo: tratamiento cognitivo Conductual*. México. El manual moderno

Mestre, J. M. Palmero, F. (2004). *Procesos psicológicos básicos: una guía Académica para los estudios en psicopedagogía, psicología y pedagogía*. España. McGraw-Hill

Mohammed, J. (2013. 17 de junio). Entrenamiento en auto instrucciones. *Centro De psicología clínica y logopedia AVERROES*. Recuperado de: <http://averroespsicologos.blogspot.com/2013/06/el-entrenamiento-en-autoinstrucciones.html?m=1>

Montejano, S. (2016. 28 de abril). Psicología de las emociones: La culpa. *Psicoglobal*. Recuperado de: <http://www.psicoglobal.com/blog/psicologia-emociones-culpa>

Organización Panamericana de la salud. (2003). *Informe mundial sobre la Violencia y la salud (588)*. Recuperado de: www.oas.org/ext/DesktopModules/EasyDNNNews/DocumentDownload.aspx?portalid=11&moduleid=169&articleid=15&documentid=12

Palmero, F. Fernández, E. Chóliz, M. & Martínez, S. (2002). *Psicología de la Motivación y la emoción*. España. McGraw-Hill

Sánchez, A. (2009). *El valor de la inteligencia emocional*. España: Alcalá Grupo Editorial.