



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

PROPUESTA DE UN TALLER, DIRIGIDO A PADRES DE
FAMILIA CON HIJOS QUE PADECEN DISCAPACIDAD
INTELLECTUAL PROFUNDA, PARA EL CONTROL DE
EMOCIONES NEGATIVAS.

T E S I N A

PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:
LIZETH HERNÁNDEZ HERNÁNDEZ

DIRECTOR DE LA TESINA:
MTRO. RODOLFO ESPARZA MÁRQUEZ

COMITÉ DE TESIS:
Mtra. Margarita María Molina Avilés
Dra. Alejandra Valencia Cruz
Dra. Gilda Teresa Rojas Fernández
Mtro. Jorge Álvarez Martínez



Ciudad Universitaria, D.F., 2015



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

Quiero brindar mis más sinceros agradecimientos a la División de Educación Continua, por brindar esta opción sencilla y eficaz de titulación, ya que gracias al programa "titúlate/gradúate", logre conseguir mi trámite de una manera accesible y clara.

Licenciado. Juan Manuel Gálvez Noguez. Responsable del programa "Titúlate/Gradúate". Gracias por ser una persona sencilla en la labor que le dedicas a este programa y por haber dispuesto de tiempo para apoyarme en mis dudas durante este proceso.

Maestro Rodolfo Esparza Márquez. A usted en especial quiero agradecer, que haya confiado en mi persona y en mi capacidad para haber realizado mi tesina.

Gracias por el apoyo, la paciencia, los consejos, por el proceso de elaboración en el que, en cada asesoría me animaba a seguir adelante, por sus atinadas correcciones en mi documento, por su tiempo y disponibilidad.

Siempre lo recordaré, porque gracias a usted subí un escalón más en mi vida.

Gracias MAESTRO!!!

DEDICATORIA

A mis padres.

Con todo cariño y amor a las personas que me dieron la vida y desde ese momento han seguido mi camino de la mano, por el infinito apoyo, comprensión, bondad y sacrificios que han hecho de mí una gran persona.

En especial a mi madre, porque gracias a ella, sigo de pie, gracias por sus cuidados, por su protección, por sus palabras de aliento y fortaleza para seguir adelante.

A mi hija.

Gracias Camila, por darle sentido a mi vida. Gracias y perdón por mis inasistencias y descuidos en los momentos importantes que no pude compartir contigo.

El título que yo reciba, es tuyo hija, lo que simboliza un recuerdo de que fui en busca de un mejor futuro para las dos. Tú eres mi alegría de todos los días, eres quién representa mi vida entera. Te amo.

A mis hermanos.

Porque son ustedes, los que me han enseñado a representar la unidad familiar. A Sol por ser un ejemplo de desarrollo profesional. A Andrea por regalarnos sus sonrisas y alegrías en el hogar y A Erik por su humildad y bondad. Gracias por darme su amor, cuando más lo he necesitado.

A mis amigos.

Gracias a las personas más importantes, que siempre estuvieron al pendiente de una forma entusiasmada para darme esos pequeños empujones que necesitaba, a todos mis amigos más cercanos, amigas a las que considero parte de mi familia, primos y primas les agradezco su valiosa paciencia, su apoyo moral y motivacional que me impulsaba a no dejarme caer. Hoy les puedo decir que esta tesina lleva mucho de ustedes.

Pies, ¿para qué los quiero si tengo alas para volar?
Frida Kahlo

ÍNDICE

RESUMEN.....	1
INTRODUCCIÓN.....	2
CAPÍTULO 1	
DISCAPACIDAD INTELECTUAL.....	3
1.1 Historia del concepto.....	3
1.2 Clasificación de discapacidad intelectual.....	6
1.3 Criterios para el diagnóstico.....	10
1.4 Causas biológicas de la discapacidad intelectual.....	13
1.5 Discapacidad intelectual profunda.....	15
CAPITULO 2	
FAMILIA.....	18
2.1 Qué es la familia.....	18
2.2 Tipos de familia.....	19
2.3 Familia y discapacidad.....	21
2.4 El duelo ante el diagnóstico.....	24
CAPITULO 3	
EMOCIONES.....	27
3.1 ¿Qué son las emociones?.....	27
3.2 Origen de las emociones.....	29
3.3 Función de las emociones.....	30
3.4 Cuáles son las emociones negativas.....	32
3.4.1 Miedo.....	33
3.4.2 Ira.....	34
3.4.3 Cólera.....	35
3.4.4 Tristeza.....	36
3.4.5 Envidia.....	37
3.4.6 El asco.....	38
3.4.7 Ansiedad.....	39
3.4.8 Celos.....	41
3.5 Emociones positivas.....	42
3.5.1 Alegría.....	42
3.5.2 Amor.....	43
3.5.3 Felicidad.....	44
3.5.4 Optimismo.....	45
3.5.5 Humor.....	46
3.5.6 Sorpresa.....	46
3.6 Manejo y control de emociones.....	47

i

CAPITULO 4	
PROPUESTA DE INTERVENCIÓN.....	47
4.1 Justificación.....	50
4.2 Objetivo general y objetivos específicos.....	50
4.3 Participantes.....	51
4.4. Materiales.....	51
4.5 Escenarios.....	51
4.6 Propuesta de evaluación.....	52
4.7 Cartas descriptivas.....	52

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS
ANEXOS

RESÚMEN

Esta tesina es la propuesta de un taller, para padres de familia de 25 a 35 años de edad, que tengan hijos ya diagnosticados con discapacidad intelectual profunda y hayan presentado algún problema para el manejo y control de emociones.

En dicho taller se aplicarán diversas técnicas de manera integral, incluyendo los diversos tipos de respiración, ejercicios físicos, diálogo y escritura reflexiva, en la cual se espera un apoyo, para mejorar la calidad emocional de las familias que se encuentran padeciendo alguna condición referente a la discapacidad de su hijo.

Palabras clave. Emociones, familia y discapacidad.

ABSTRACT

This thesis is the proposal of the workshop for family parents between 25-25 years old, with children diagnosed with severe mental retardation, that they have submitted some problema to handle and control emotions.

This technique will be applied in integral form, including several types of breathing, exercise, dialogue and reflective writing, in which it is expected emotional support, to improve the quality of life in families that are suffering some conditions relating to disability of their child.

Key words: emotions, family, disability.

INTRODUCCIÓN

El trabajo que a continuación se presenta, es la propuesta de un taller dirigido a padres de familia con hijos que padecen discapacidad intelectual profunda, para el control y manejo de emociones negativas ya que se considera de gran importancia el estado emocional de los padres ante este diagnóstico y el proceso de crecimiento del menor, es así como se busca la manera de intervenir psicológicamente, para que haya una mejor calidad de vida emocional y familiar, ya que es difícil para los padres afrontar un diagnóstico de tal magnitud, en dónde muchas veces se desconoce o no se tiene la información adecuada sobre la discapacidad intelectual que padece su hijo, motivo por el cual se desencadena una serie de sentimientos y emociones que son difíciles de identificar y controlar, los sentimientos de frustración e impotencia son los más frecuentes durante el proceso de aceptación del diagnóstico.

Se percibe que actualmente, con mayor frecuencia este diagnóstico ha ido en crecimiento debido a diversos factores orgánicos; sin embargo, esto no debe limitar a los padres sobre la educación y formación de su hijo, ya que de antemano se sabe que afecta a la persona discapacitada en su vida independiente, laboral, social y emocional, motivo por el cual es indispensable que los padres se encuentren preparados para afrontar la discapacidad de su hijo.

El contenido de este trabajo está conformado por cuatro capítulos, en los cuales se presentan algunos aspectos considerados de gran importancia para poder llevar a cabo este análisis.

En el capítulo 1 "Discapacidad intelectual", se mencionan las principales características para proporcionar un diagnóstico y así conocer los criterios, causas y detección de dicho trastorno.

En el capítulo 2 "Familia", se presenta una breve reseña sobre este concepto, además hablaremos sobre las crisis y dificultades que atraviesan los padres de familia para aceptar dicha discapacidad.

En el capítulo 3 "Emociones", se aborda el concepto de los tipos de emociones, además de su definición, función y manejo de ellas, principalmente de las emociones negativas, ya que a partir de ellas se trabaja la propuesta para aprender sobre su control y manejo.

Finalmente en el capítulo 4, encontraremos el desarrollo del taller, la propuesta elaborada para el manejo y control de emociones.

CAPÍTULO 1

DISCAPACIDAD INTELECTUAL

1.1 HISTORIA DEL CONCEPTO.

El término discapacidad intelectual ha variado a través de las décadas; sin embargo, siempre ha estado presente en la sociedad, la evolución del término implica varios criterios según los principios del medio en que se maneja.

Discapacidad intelectual, se identificó en primer lugar, como la incompetencia para satisfacer las demandas de la vida cotidiana, en el año de 1324 se promulgó la ley en la que los denominaban idiotas, ya que se les consideraba incapaces de manejar sus propios negocios.

Se cuenta con descripciones históricas en donde el término "idiotas" era aquella persona que no sabía contar o nombrar los nombres de sus padres. En esta década los profesionales que iniciaban sus estudios en esta área se referían a ellos como débiles mentales, ya que asumían que el hecho de que no pudieran hablar era evidencia suficiente para probar que carecían de inteligencia necesaria para hacerlo. (Verdugo, 1994)

Posteriormente, los médicos se ocuparon del término discapacidad intelectual a través del análisis de su etiología, asumían que la condición de la discapacidad era causada por una patología orgánica, pero fueron incapaces de localizar signos objetivos distintivos de la discapacidad intelectual. (Carr. & David, 1979).

Cabe destacar que hasta el siglo XIX la discapacidad intelectual no tuvo conceptualización claramente diferenciada de otras patologías. En los primeros trabajos no se diferenciaba al deficiente mental del sordomudo, criminal o epiléptico.

En el año de 1818 Esquirol, planteaba por primera vez la definición de idiota, diferenciándolo de la demencia y de la contusión mental, según Esquirol la discapacidad intelectual se caracterizaba por un déficit intelectual constatable de origen orgánico e incurable.

Se trataría así de un estado de agenesia intelectual (anomalía de parte de un órgano al desarrollarse durante el crecimiento embrionario), en que la inteligencia nunca ha llegado a desarrollarse a diferencia de la demencia que constituiría una alteración irreversible. (Esquirol, 1838).

En los últimos años del siglo XIX y principios del XX predominan las teorías Darwinistas que defienden la eugenesia (rasgos hereditarios), siguiendo el planteamiento de la selección natural en la teoría evolucionista y las instituciones se convierten en asilos que proporcionan cuidados meramente materiales o asistenciales. Sin embargo, el estudio científico de la deficiencia mental toma conciencia de las múltiples causas y niveles de retraso y gracias al desarrollo de

os test de inteligencia se unifica el criterio del diagnóstico y se favorece de aulas específicas para la discapacidad intelectual.

Tredgold en 1917, propuso una de las concepciones clásicas al concebir la discapacidad intelectual, como aquella persona incapaz de llevar una vida adulta así mismo, para Tredgold esta discapacidad incluye desarrollo incompleto antes de los 18 años, es ineducable educativamente, bajo CI, incapacidad para mantener una vida independiente, comportamiento general desadaptado, es básicamente incurable y sin posibilidad de mejoras sustanciales. (De Pablo & Rodríguez, 2010).

Posteriormente, Doll, 1953 sugirió una nueva definición en la que aparecen algunos términos que se han considerado adecuados para integrarlos al nuevo concepto de retraso mental, tales como: incompetencia social, desarrollo estancado, estado de inmadurez e incurable.

A partir del siglo XX el concepto de discapacidad intelectual se ha estudiado desde diferentes enfoques, los modelos psicológicos más importantes de análisis de esta discapacidad ha sido el psicométrico, el evolutivo, psicodinámico, cognitivo y análisis funcional o comportamental (Fierro 1984; Rubio 1987). Desde una perspectiva aplicada, los modelos han evolucionado lentamente en donde predominan los criterios psicométricos que exclusivamente tienen en cuenta el CI hasta incorporar más o menos explícitamente los aspectos de adaptación social. (De Pablo & Rodríguez, 2010).

Podemos notar significativos cambios en este concepto, sobre todo el criterio diferencial a otras patologías de un CI bajo, sin embargo existe la American Association on Mental Retardation, (AMMR) que ha tratado de unificar el concepto, es esta asociación en donde se marca la pauta de la concepción vigente más aceptada en medios científicos y profesionales.

La AMMR publica el manual sobre terminología y clasificación y Heber Goddar Henry en 1959, quién propone que la discapacidad está relacionada con el funcionamiento intelectual general por debajo de la media, que se origina en el periodo del desarrollo y se asocian diferencias en el comportamiento adaptativo

Así en 1973 la AMMR proporciona una nueva modificación y conceptualización más exacta a través de Grossman, en donde se refiere a un funcionamiento intelectual general significativamente inferior a la media que existe concurrentemente con déficit en conducta adaptativa y que se manifiesta durante el periodo de desarrollo.

Más adelante en 1977 el manual mantiene la misma definición, pero Grossman indica la dificultad de desarrollar un sistema de clasificación preciso por las siguientes razones:

1. La discapacidad intelectual no constituye una enfermedad, síndrome o síntoma único, es un estado de discapacidad que se reconoce en el comportamiento del sujeto cuyas causas son múltiples.
2. Sujetos con el mismo diagnóstico médico y el mismo nivel de inteligencia y comportamiento adaptativo pueden diferir ampliamente en sus habilidades, en los signos y estigmas asociados y en una serie de características que no se toman en cuenta en las evaluaciones médicas y psicológicas utilizadas para construir las clasificaciones.
3. Es difícil ponerse de acuerdo en las dimensiones que distinguen el retraso mental del autismo, de los trastornos emocionales y de los trastornos del aprendizaje. (Verdugo, 2002).

En 1983 la Asociación Americana de Retraso Mental publicó una nueva definición ligeramente revisada y de mayor claridad explicando que la discapacidad mental se refiere a un funcionamiento intelectual general significativamente inferior a la media que resulta o va asociado con déficit concurrentes en la conducta adaptativa y que se manifiestan durante el periodo de desarrollo.

Originalmente la definición aceptada y con la que se trabaja en diversas instituciones nos dice que, la discapacidad hace referencia a limitaciones sustanciales en el funcionamiento actual. Se caracteriza por un funcionamiento intelectual significativamente inferior a la media, que generalmente coexiste junto a limitaciones en dos o más de las siguientes áreas de habilidades de adaptación, comunicación, auto-cuidado, vida en el hogar, habilidades sociales, utilización de la comunidad, autodirección, salud y seguridad, habilidades académicas funcionales, tiempo libre y trabajo. Además se ha de manifestar antes de los 18 años de edad.

Esta definición asume también los siguientes postulados:

1. Una evaluación válida ha de considerar la diversidad cultural y lingüística, así como las diferencias en aspectos comunicativos y comportamentales.
2. La existencia de limitaciones en habilidades adaptativas ha de tener lugar en un contexto comunitario típico para iguales en edad y requerir apoyo individual.
3. Generalmente el funcionamiento de la persona con discapacidad mejora si se le proporcionan los apoyos apropiados durante un periodo de tiempo continuo. (Verdugo, 2002).

Con la última edición del año 2010 la AMMR, mantiene la misma definición, sin embargo elimina el término de retraso mental, por el de Discapacidad Intelectual,

por lo que la Asociación Americana de Retraso Mental, pasa a denominarse, Asociación Americana de Discapacidad Intelectual y del Desarrollo (AAIDD).

En el manual DSM-IV se describe a la discapacidad intelectual, como un trastorno que puede diagnosticarse durante la infancia, la niñez o adolescencia, que se caracteriza por una discapacidad significativamente por debajo del promedio (un CI de aproximadamente 70 o inferior) con una edad de inicio anterior a los 18 años.

Las personas suelen presentar incapacidades adaptativas más que un CI bajo. La capacidad adaptativa se refiere a cómo afrontar a los sujetos afectivamente las exigencias de la vida cotidiana y cómo cumplen las normas de autonomía personal esperables de alguien situado en su grupo de edad, origen sociocultural y ubicación comunitaria.

Con la nueva edición del manual DSM V, 2014 el término retraso mental ha realizado el mismo cambio en donde ahora se puede leer como, Discapacidad Intelectual (Trastorno del desarrollo intelectual)

Finalmente podemos percibir que los términos de ambos manuales de gran importancia y validez universal, nos proporcionan una visión dinámica del trastorno.

1.2 CLASIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD INTELECTUAL.

De acuerdo al manual DSM-V, la discapacidad intelectual es un trastorno que comienza durante el período de desarrollo y que incluye limitaciones del funcionamiento intelectual, como también del comportamiento adaptativo, en el que se pueden especificar 4 grados de intensidad de acuerdo con el nivel de insuficiencia intelectual que a continuación se describen:

1. Discapacidad Intelectual leve. En niños de edad preescolar puede no haber diferencias conceptuales manifiestas. En niños de edad escolar y en adultos existen dificultades en el aprendizaje de aptitudes académicas relativas a la lectura, escritura, aritmética, y tiempo o en el dinero y se necesita ayuda en uno o más campos para cumplir las expectativas relacionadas con la edad. En adultos existen alteraciones del pensamiento abstracto, la función ejecutiva, es decir la planificación, definición de estrategias, determinación de prioridades, flexibilidad cognitiva y de la memoria a corto plazo, así como del uso funcional de las aptitudes académicas.

En comparación con los grupos de edad de desarrollo similar, el individuo es inmaduro en cuanto a las relaciones sociales. La comunicación, conversación y el lenguaje son más concretos o inmaduros de lo esperado por la edad. Puede haber dificultades de regulación de la emoción y el comportamiento de forma inapropiada a la edad. Existe una comprensión

limitada del riesgo de situaciones sociales, el juicio social es inmaduro para la edad y el individuo corre el riesgo de ser manipulado por los otros.

El individuo puede funcionar de forma apropiada a la edad en el cuidado personal, necesitan cierta ayuda con tareas de la vida cotidiana complejas en comparación de sus iguales.

En la vida adulta, la ayuda implica típicamente la compra, el transporte, organización doméstica y del cuidado de los hijos, la preparación de los alimentos y la gestión bancaria.

Las habilidades recreativas son similares a la de los grupos de la misma edad, aunque el juicio relacionado con el bienestar y la organización del ocio necesitan ayuda constante.

2. Discapacidad intelectual moderada. Las habilidades conceptuales de los individuos están notablemente retrasadas en comparación con sus iguales. En preescolares el lenguaje y las habilidades pre académicas se desarrollan lentamente. En niños de edad escolar, el progreso de la lectura, la escritura, las matemáticas, el tiempo de comprensión y el dinero se produce lentamente a lo largo de los años escolares y está notablemente reducido en comparación con los niños de su misma edad.

En adultos el desarrollo de las aptitudes académicas está típicamente en un nivel elemental y se necesita ayuda para todas las tareas académicas, en el trabajo y vida personal. Se necesita ayuda continua diaria para completar tareas conceptuales de la vida cotidiana.

El lenguaje hablado es un instrumento primario para la comunicación social, la capacidad de relación está vinculada de forma evidente a la familia, amigos y el individuo puede tener amistades satisfactorias a lo largo de la vida y en ocasiones relaciones sentimentales en la vida adulta. Su juicio social y la capacidad para tomar decisiones son limitadas.

En cuanto a sus necesidades personales, como comer, vestir, funciones excretoras e higiene como un adulto, necesitará un periodo de tiempo prolongado para aprender a realizarlas, sin embargo se puede lograr su autonomía.

Se puede asumir un cargo independiente en trabajos que requieran habilidades conceptuales y comunicación limitada, necesitará ayuda considerable de los compañeros, supervisores y otras personas para administrar las expectativas sociales, las complejidades laborales y responsabilidades complementarias

3. Discapacidad intelectual grave. Las habilidades conceptuales están reducidas. El individuo tiene generalmente poca comprensión del lenguaje escrito o de conceptos que implican números, cantidades, tiempo y dinero. Los cuidadores proporcionan un grado notable de ayuda para la resolución de problemas durante toda la vida.

El lenguaje hablado está bastante limitado en cuanto a vocabulario y gramática. El habla puede consistir en palabras sueltas o frases y se pueden complementar con medidas de aumento. El habla y la comunicación se centran en el aquí y ahora dentro de conocimientos cotidianos. El lenguaje se utiliza para la comunicación social más que para la explicación.

Los individuos comprenden el habla sencilla y la comunicación gestual. En cuanto a la relación con los miembros de la familia y otras personas cercanas son fuente de placer y ayuda.

Las personas que se encuentran en este grado de discapacidad intelectual, necesitan ayuda para todas las actividades cotidianas, como comer, vestir, y función excretora. Necesita supervisión constante, ya que es imposible tomar decisiones responsables. En una minoría importante, existe comportamiento inadaptado que incluye autolesiones.

4. Discapacidad intelectual profunda. Las habilidades conceptuales para estas personas implican generalmente el mundo físico más que procesos simbólicos.

El individuo puede utilizar objetos dirigidos a un objetivo para el cuidado de sí mismo. Se pueden adquirir algunas habilidades visuoespaciales, como la concordancia y la clasificación basada en características físicas.

El individuo tiene una comprensión muy limitada de la comunicación simbólica en el habla y la gestualidad. Puede comprender algunas instrucciones sencillas o gestos simples, es capaz de expresar sus propios deseos y emociones principalmente mediante comunicación no verbal.

Respecto al cuidado físico diario, de la salud y seguridad depende completamente de otros.

Las personas sin alteraciones físicas graves pueden ayudar en algunas tareas de la vida cotidiana como llevar los platos a la mesa, sacar la ropa, el cual los cuidadores deben de tratar de incluirlos para que se sientan implicados. Es conveniente incluirlos en actividades recreativas como escuchar música, ver películas, salir a pasear o participar en actividades

acuáticas, recordando que se debe de tener el apoyo constante de la familia.

De acuerdo al manual CIE 10 (Clasificación Internacional de Enfermedades 1992) se describe 6 tipos de retraso mental.

1. Retraso mental leve. Estos individuos adquieren el lenguaje, pero la mayoría alcanzan la capacidad de expresarse en la vida cotidiana, pueden mantener una conversación y ser guiados para completar una entrevista. La mayoría de los afectados llegan a alcanzar una independencia completa para el cuidado de su persona, como asearse, vestirse, lavarse, comer solos y lograr el control de esfínteres, aunque el desarrollo será considerablemente lento. Las mayores dificultades se presentan en las actividades escolares y muchos de ellos tienen problemas específicos en la lectura y escritura. Sin embargo las personas con este tipo de retraso pueden beneficiarse de una educación diseñada de un modo específico, de igual manera podrán realizar trabajos que requieran aptitudes de tipo práctico, entre ellos trabajos manuales. Aunque existe una falta de madurez emocional o social notables.
2. Retraso mental moderado. Los individuos en esta categoría presentan una lentitud en el desarrollo de la comprensión y del uso del lenguaje y alcanzan en esta área un dominio limitado. La adquisición de la capacidad de cuidado personal y de las funciones motrices también se encuentran retrasadas, de tal manera que algunos de los afectados necesitan supervisión permanente. Los progresos escolares son limitados, algunos aprenden lo esencial para la lectura, la escritura y el cálculo. De adultos las personas moderadamente discapacitadas suelen ser capaces de realizar trabajos prácticos sencillos, si las tareas están cuidadosamente estructuradas y se les supervisa de un modo adecuado. Rara vez pueden conseguir una vida completamente independiente en la edad adulta. Por lo general son físicamente activos y tienen una total capacidad de movimientos, alcanzan un desarrollo normal de su capacidad social para relacionarse con los demás y participar en actividades sociales simples.
3. Retraso mental grave. Tanto el cuadro clínico, como la etiología orgánica y la asociación con otros trastornos son similares a los del retraso mental moderado, siendo lo más frecuente en este grupo las adquisiciones de nivel más bajos en diferentes áreas escolares, motoras e independientes. Muchas personas dentro de esta categoría padecen un grado marcado de déficit motor o de la presencia de otros déficits que indican la presencia de un daño orgánico o una anomalía del desarrollo del sistema nervioso central.
4. Retraso mental profundo. El cociente intelectual de esta categoría es inferior a 20, lo que significa en la práctica que los afectados están totalmente incapacitados para comprender instrucciones o requerimientos

para actuar de acuerdo a ellas. La mayoría de estas personas tienen una movilidad muy restringida o totalmente inexistente, no controlan esfínteres y son capaces en el mejor de los casos de una comunicación rudimentaria no verbal, poseen una capacidad para cuidar sus necesidades básicas y requieren ayuda y supervisión constante.

5. Otro retraso mental. Esta categoría debe usarse sólo cuando la evaluación del grado de retraso mental intelectual es específicamente difícil o imposible de establecer mediante los procedimientos habituales debido a la presencia de déficits sensoriales o físicos, tales como ceguera, sordomudez y en personas con trastornos graves del comportamiento e incapacidad física.
6. Retraso mental sin especificación. En estos casos hay evidencias de un retraso mental, pero con información insuficiente como para asignar al enfermo una de las siguientes categorías: deficiencia mental sin especificación y subnormalidad sin especificación. (CIE-10, 1992)
7. En ambos manuales se consideran diversos factores en donde se llega a la conclusión que este tipo de trastorno es una incapacidad, que afecta diversas áreas del desarrollo dependiendo el nivel en el que se encuentre el individuo.

CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE DISCAPACIDAD INTELECTUAL.

Retomando el manual AAIDD 2010, que ha ido realizando nuevas modificaciones de acuerdo al diagnóstico, actualmente nos brinda 4 dimensiones para dar un diagnóstico integral, que a continuación se describen.

1. Funcionamiento intelectual y habilidades adaptativas.
2. Consideraciones psicológicas y emocionales
3. Consideraciones físicas, de salud y etiológicas.
4. Consideraciones ambientales.

A partir de estas cuatro dimensiones se propone un procedimiento en tres pasos para diagnosticar, clasificar y determinar las necesidades de apoyo de una persona con discapacidad intelectual.

El primer paso es el nivel de funcionamiento intelectual, se considera cumplido este criterio si la evaluación del individuo mediante test de inteligencia estandarizada apropiado para su origen cultural, lingüístico y social, indica un CI de 70-75 o menor. Se consideran como instrumentos adecuados para la medida del funcionamiento intelectual, la escala de inteligencia de Stanford-Binet, escala de Weschler de inteligencia para adultos y para niños, así como la evaluación de Kaufman para niños.

El nivel de habilidades de adaptación es el segundo criterio que implica el funcionamiento intelectual inferior al promedio, se acompaña de limitaciones en las

habilidades adaptativas, debe realizarse dentro de los ambientes comunitarios típicos del grupo de edad del individuo y siempre teniendo en cuenta las necesidades individualizadas de apoyo, para su evaluación precisa el empleo de instrumentos estandarizados que permiten dibujar el perfil de fuerzas y debilidades en cada una de las diez áreas de habilidades de adaptación, como son el autocuidado, vida en el hogar, habilidades sociales, autodirección, utilización de la comunidad, salud y seguridad, habilidades académicas y trabajo.

El segundo paso es la clasificación y descripción. Una vez que la persona ha sido diagnosticada, es necesario describir sus fuerzas y debilidades, salud y ambientes que le rodean en las 4 dimensiones mencionadas.

En ese punto se describen las potencialidades y debilidades para las diez áreas adaptativas.

Se hace una descripción para las consideraciones psicológicas y emocionales, es muy importante realizar observaciones conductuales en ambientes cotidianos, entrevistas con el sujeto, evaluaciones estandarizadas, y evaluaciones médicas, incluyendo tomografía de emisión de positrones y otros métodos de evaluación por neuroimagen.

Posteriormente se clasifica el diagnóstico en relación a la salud, la etiología primaria y cualquier factor de tipo causal en la dimensión tres. Respecto a la etiología se debe destacar que se ha eliminado la distinción entre causas biológicas y psicosociales de la discapacidad intelectual.

Como establecen los criterios, la evaluación debe realizarse aplicando de forma individual un test que facilite la determinación del CI. Sin embargo si la determinación del CI es un requisito para efectuar el diagnóstico, suele servir poco la hora de planificar el diagnóstico, por tal motivo debe de realizarse una evaluación con los comportamientos adaptativos, la mayoría de las escalas evalúan las siguientes áreas.

- Desarrollo sensorial. Visual, auditivo, táctil, olfativo y gustativo.
- Desarrollo motor. Motricidad gruesa, fina y esquema corporal.
- Autonomía personal. Alimentación, control de esfínteres, aseo y vestido.
- Comunicación. Lenguaje receptivo y expresivo.
- Socialización. Interacción social, comportamiento en lugares públicos y comportamiento en grupos.
- Cognición. Atención, imitación, seguimiento de órdenes, conceptos básicos y seriación.
- Aprendizajes. En lectura, escritura y números.
- Habilidades. Actitud en el trabajo, relación con los compañeros y rendimiento laboral.

Por medio de las escalas de habilidades adaptativas u otro tipo similar, se establece un perfil del sujeto en cada una de las áreas adaptativas, haciendo

mayor o menor hincapié en unas o en otras dependiendo del nivel del sujeto. Así en las personas afectadas con discapacidad intelectual severa se evaluará en mayor detalle las habilidades de autonomía personal y de comunicación, mientras en los afectados de nivel leve, se evaluará en mayor detalle el área de aprendizaje escolar y de habilidades vocacionales. Además se debe de realizar un estudio de las condiciones socioeconómicas, culturales y del entorno en el que se desenvuelve el sujeto. Igualmente en los casos que sean necesarios, se debe realizar un diagnóstico de los trastornos mentales o de los trastornos de conducta que se puedan realizar.

Con todos los datos anteriores se realiza un programa de atención individual, en el que se especifiquen los objetivos a conseguir, estableciendo si es posible que se puedan alcanzar en un determinado tiempo y para esto será necesario ser muy explícito en las tareas y actividades a desarrollar en cada una de las áreas.

Una vez diseñado el programa de atención individual, se debe de integrar en un grupo con el que vaya a trabajar cada área, teniendo presente la convivencia de que todos los sujetos de un grupo se encuentran en un nivel de habilidades similar en el área que se vaya a trabajar.

No en todos los casos diagnosticados de discapacidad intelectual, el trastorno es permanente a lo largo de la vida, algunos pacientes diagnosticados precozmente, pueden adquirir el suficiente desarrollo de sus capacidades adaptativas para no mostrar el grado de afectación requerido para el diagnóstico de discapacidad intelectual. Por definición, el inicio del trastorno debe ser anterior a los 18 años, aunque el momento del diagnóstico puede diferir en función de la afectación presentada y de la etiología que lo ha provocado. Así en los sujetos gravemente afectados, el trastorno suele reconocerse muy tempranamente.

Las personas con discapacidad intelectual presentan una prevalencia de trastornos mentales comórbidos que se estima en tres o cuatro veces mayor observada en la población general. Los trastornos mentales más frecuentes asociados a la discapacidad, son el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, los trastornos del estado de ánimo, trastornos generalizados del desarrollo y trastorno de movimientos estereotipados.

En cuanto al DSM-IV 1994, hace mención a 3 criterios.

- a) Capacidad intelectual significativamente inferior al promedio de 70 o inferior en un test de CI administrado individualmente.
- b) Déficit o alteración de ocurrencia en la actividad adaptativa actual, se refiere a las exigencias planteadas para su edad y grupo cultural, en por lo menos dos de las áreas siguientes, comunicación personal, vida doméstica, habilidades sociales-interpersonales, autocontrol, habilidades académicas, de trabajo, salud y seguridad.
- c) El inicio debe ser anterior a los 18 años de edad.

Finalmente siempre debe ser importante llevar un seguimiento médico desde el nacimiento de los niños, para así descartar algún tipo de discapacidad o algún otro tipo de deficiencia, de ser así ya hemos visto que existen diversos aspectos en los que se puede trabajar con ellos ya con un diagnóstico certero y de esa manera poder encontrar alguna funcionalidad positiva en pacientes con discapacidad intelectual. (American Association On Mental Retardation. 2002)

1.3 CAUSAS BIOLÓGICAS DE LA DISCAPACIDAD INTELECTUAL.

Existen diversos factores orgánicos que pueden alterar específicamente algún área cerebral y así dañar las capacidades del menor.

De acuerdo al manual AAMD, Grossman mencionó en el año de 1973 que las causas biológicas son divididas en 7 categorías, basadas en la etiología, es decir la causa de la discapacidad, que a continuación mencionaremos dando una breve explicación de cada una de ellas:

1. Infecciones e intoxicaciones: Es una enfermedad causada por microorganismos como virus o bacterias que atacan al sistema nervioso, dando por resultado discapacidad intelectual, el tiempo para desarrollarse es frecuentemente durante el periodo prenatal. Entre las enfermedades más frecuentes se encuentra la rubeola y sífilis.
2. Traumas y otros agentes físicos: Uno de los más comunes es la llamada anoxia perinatal, que consiste en la falta de oxígeno del niño y se da frecuentemente durante el parto, ya que el niño comienza a respirar por el mismo y si no lo hace adecuadamente algunas células mueren y están son irremplazables, otra de las causas probables son el desprendimiento de la placenta de la pared del útero antes de que el niño nazca y por último encontramos la falta de respiración inmediatamente propia del menor durante el nacimiento.
Otro de los agentes físicos es la lesión mecánica que consiste en la posición inadecuada del niño por lo que se fuerza la cabeza del recién nacido al nacimiento ya que los huesos aún están flexibles y la cabeza se deforma y conlleva a una hemorragia interna, lo cual a su vez produce una lesión cerebral.
Después de estas dos causas, otra más común es la lesión física ya sea algún accidente como caídas, desde grandes alturas o algún tipo de agresión deliberada que generalmente son los padres quienes las provocan como el síndrome del niño sacudido.
3. Desórdenes de metabolismo y de nutrición: Una tercer categoría de causa son las indisposiciones que resulta, de que el niño no está recibiendo la alimentación apropiada o de que no está asimilando debidamente lo que

come ya sea por un desorden alimenticio, trastornos endocrinos o metabólicos por herencia, es la incapacidad heredada para realizar indebidamente el metabolismo o asimilación de uno o más de los aminoácidos esenciales los cuales son elementos básicos de las proteínas. Se habla de la desnutrición por parte de la madre durante la gestación. Sin embargo a pesar de diversos estudios que se han realizado no se ha llegado a establecer nada sobre este aspecto ya que se hace mención solo de familias de bajos recursos, esto debe considerarse por otra parte la falta de atención médica, las condiciones de vida insalubres y la falta de estímulos intelectuales, por lo que no se puede considerarse específicamente la desnutrición.

4. Enfermedades cerebrales burdas postnatales: Son todas aquellas que se manifiestan posterior al nacimiento, la mayoría de ellas son raras, pero entre las más frecuentes se tiene la esclerosis tuberosa, que se caracteriza por la formación de nódulos endurecidos sobre la superficie de la corteza cerebral. Estas áreas escleróticas producen una discapacidad, los nódulos se van formando poco a poco durante el desarrollo y en consecuencia el retraso es progresivo lo que hace que el sujeto vaya quedando incapacitado cada vez más a medida de que crece.

La enfermedad postnatal es la llamada Von Recklinghausen (neurofibromatosis). Los síntomas característicos son tumores de la piel y manchas cutáneas de color café con leche, estos tumores varían de tamaño ya que algunos no son muy perceptibles cuando otros son de gran tamaño. Esta enfermedad aparece en uno de 3,000 nacimientos aproximadamente y solo la cuarta parte de casos padecen discapacidad intelectual y la mayoría se encuentran ligeramente incapacitados.

5. Influencias prenatales desconocidas. Aquí abarca malformaciones congénitas del cerebro o cráneo que frecuentemente producen discapacidad mental, entre ellos se encuentra la hidrocefalia, microcefalia y espina bífida. En la primera encontramos una anomalía craneal, ya que el líquido cefalorraquídeo se acumula en la cabeza produciendo presión sobre el cerebro y el cráneo, este líquido se drena del sistema nervioso central y debe ser absorbido por diversos conductos, sin embargo aquí no se puede drenar debidamente lo que provoca que el cráneo se agrande y así el líquido haga presión en el cerebro generando una profunda discapacidad. En la espina bífida podemos ver, que es una enfermedad de la espina vertebral, ya que este no se forma debidamente y como consecuencia aparece una apertura en el casquillo óseo que protege los nervios. La espina bífida es relativamente frecuente, sin embargo no produce discapacidad intelectual por sí mismo, si no que va acompañada de otras

malformaciones particularmente de hidrocefalia por lo que es una enfermedad frecuente en las poblaciones con discapacidad intelectual.

Las bífidas craneales casi siempre van acompañadas de discapacidad y de otras señales de lesión cerebral como espasticidad y ceguera.

Por último tenemos que la microcefalia, significa cráneo pequeño que generalmente la circunferencia es más pequeña dos veces más que lo normal, como tal, la microcefalia acompaña a otros síntomas de retraso, como por ejemplo el síndrome de Down y el retraso causado por infecciones prenatales o por radiación.

6. Anormalidades de los cromosomas. Una de las categorías más importantes de síndromes orgánicos asociados a la discapacidad intelectual son las anomalías de cromosomas. Todas las personas normalmente cuentan con 23 pares de cromosomas, a excepción del síndrome de Down en donde se tiene un cromosoma de más en el par número 21 (trisomía), este tipo de síndrome es el más frecuente de los síndromes orgánicos de discapacidad mental.

Las personas promedio con el síndrome de Down se encuentran con un CI de cerca de 30 sin embargo esta puede variar de acuerdo a la estimulación que se le brinde desde el nacimiento.

7. Desórdenes de gestación. Por último es esta causa orgánica se encuentran complicaciones durante el embarazo, que es la falta de madurez en el proceso de gestación, esto quiere decir un parto prematuro lo que daría como consecuencia un peso menor al peso normal.

Se han realizado varios estudios de comparación de peso con niños prematuros a niños que cumplieron las semanas adecuadas de gestación y de esos mismos niños se observó que el mayor porcentaje de los que padecen discapacidad intelectual han nacido prematuramente, por lo que se observa que el tiempo de gestación influye en este desorden.

Es evidente que las deficiencias de inteligencia se pueden deber a una cantidad desconcertante de diferentes trastornos. Sin embargo aunque la ciencia médica ha avanzado en el estudio de las condiciones, todavía es una realidad que en varios casos no se puede puntualizar con precisión la verdadera causa de la discapacidad intelectual. (Ingalls, 1982).

1.4 DISCAPACIDAD INTELECTUAL PROFUNDA.

Este tipo de trastorno está formado por el 3-4% de los individuos con discapacidad intelectual, el DSM-IV establece para este grupo un CI comprendido entre el 35-40 y el 20-25. Por su parte el CIE 10 los agrupa en el margen de CI existente entre el 34 y el 20 de CI, con una edad mental de 3 a 6 años en la edad adulta.

Las personas que padecen discapacidad intelectual profunda, adquieren durante los primeros años de la niñez escasa o nula habilidades de comunicación y durante la edad escolar pueden aprender a hablar si son adiestrados en habilidades básicas de cuidado personal. Se benefician solo limitadamente de la enseñanza en materias pre académicas como la familiaridad con el alfabeto y el cálculo simple, pueden llegar a aprender la lectura de algunas palabras imprescindibles para desenvolverse en su entorno. Los adultos pueden ser capaces de realizar tareas simples con una estrecha supervisión en instituciones. La mayoría se adaptan bien a la vida en la comunidad, en hogares colectivos o con sus familiares a menos de que sufran alguna discapacidad que requiera cuidados o asistencia especializada.

Cuando se requiere atención especializada es debido a alteraciones del funcionamiento sensoriomotor, sin embargo obtienen un desarrollo óptimo de sus capacidades en ambientes altamente estructurados, con ayuda y supervisión constante, así como una relación individual con el educador. El desarrollo motor y las habilidades para la comunicación y el cuidado personal pueden mejorar mucho más si se le somete a un trabajo en equipo integral, no dejando pasar o dejando a un lado la familia o los cuidadores principales, como los padres ya que son la parte fundamental en el cuidado del menor o del adulto.

Por otro lado podemos encontrar que se menciona que es limitado el grado de adiestramiento que hoy en día puede darse al niño más seriamente afectado con este tipo de discapacidad. Debido a la severidad del defecto, muchos especialistas y otras personas tienden a considerar que no hay esperanzas y que no vale la pena intentar nada. Algunas de las conductas manifestadas por este grupo son similares a las que se esperan en los infantes. Debido a la edad de la persona se profundiza la brecha que impide entender mejor al niño o al adulto con discapacidad intelectual profunda.

Aceptamos que es normal que los bebés se comporten como tales, pero cuando un niño o un adulto manifiestan la misma conducta, se puede sentir uno pesimista y tal vez derrotado respecto a las habilidades de ayudarlo a crecer.

Las personas con esta discapacidad, no les importa su edad ya que tiene un pobre sentido del tiempo. Además como su crecimiento queda detenido en una etapa infantil, existe la probabilidad de que a pesar de haber llegado a adulto en su crecimiento físico, este pobremente integrado en su repertorio de capacidades sensoriomotoras. Por ello a menudo se observan actividades como golpearse la cabeza, mecerse y morderse, es por esto que hacen pensar que tienen la mente de un bebé y están atrapados en el cuerpo de un adulto y es así como se explica la conducta extraña que manifiestan.

Es frecuente que se presenten perturbaciones en la alimentación y el sueño de estas personas. En el sueño se ha encontrado que los adultos duermen frecuentemente en posición fetal y meciéndose constantemente, sin embargo

algunos de ellos, les proporciona cierto placer y comodidad. Si se presenta insomnio es recomendado brindar una habitación cómoda, y tal vez colocar algo de música con un nivel de volumen bajo, esto ayuda a tranquilizar y a conciliar el sueño.

Su alimentación debe de ser cuidadosa ya que frecuentemente se atragantan debido a la falta de masticación de los alimentos, es común que consuman sustancias u objetos que tienen alrededor, por lo que se debe tener precaución con lo que se cuenta en casa, tales como juguetes, pegamentos, sustancias tóxicas, como limpiador de pisos, jabón, ya que un descuido llevaría a la intoxicación e incluso la muerte por atragantamiento.

Se le debe de enseñar a comer porciones pequeñas y la manera de masticación debe ser correcta para este tipo de discapacidad, si esto se muestra y se enseña frecuentemente, es probable que exista un aprendizaje condicionado.

Se ha demostrado que muchos niños aprenden a través del tacto diversas sensaciones táctiles, auditivas y olfativas, por lo que es importante estimular estos sentidos y relacionarlos con alguna actividad que queramos que aprenda o realice el menor. (Doman G. 2005)

Es complicado que se realice algún tipo de actividad física o cotidiana en los menores, es indispensable enseñarles hábitos sencillos, tales como vestirse y comer solos, cumplir adecuadamente con sus necesidades fisiológicas, entre otras, para esto será necesario contar con atención adecuada de especialistas que brinden apoyo sobre la manera de enseñarlo en casa. Por otra parte como padres de familia se deben buscar alternativas sencillas en su vestimenta, como no utilizar botones, listones de atar, ropa entubada, ya que puede existir alguna discapacidad motora, lo que dificultaría la realización de estas actividades, pero si el ejemplo es constante tendremos niños y adultos que podrán e intentarán independizarse en sus hábitos básicos.

CAPÍTULO 2 FAMILIA.

2.1 ¿QUÉ ES LA FAMILIA?

Este término es complejo y difícil de delimitar ya que sus fundamentos son históricos desde hace varios milenios, en este concepto brindaremos algunas definiciones de acuerdo a determinados autores de estos últimos años.

No podemos dejar atrás el significado etimológico de familia, que proviene del latín "famulus" significa sirviente, esclavo. El significado etimológico de familia es un conjunto de esclavos y criados que sirven a un señor.

Esta definición tiene sus orígenes en la estructura original romana, en la que se hace una exaltación de la figura paterna que reservaba para sí todos los poderes de aquellos que estaban bajo su autoridad e incluso tenía el derecho de disponer de su vida o muerte. El padre aparecía como el "señor" o el amo de la casa, este término está ligado a la idea de servir, por que se consideraba al resto de la familia como la servidumbre, el término tiene sus raíces sobre el poder de un ser supremo "Dios padre todo poderoso, creador del cielo y de la tierra" (Membrillo, 2008)

Como se puede revisar, el término familia puede continuar en algunas culturas, sin embargo actualmente se marca la diferencia de este concepto con la dinámica familiar en este siglo.

Santa cruz 1983, define a la familia como un grupo social primario formado por individuos unidos por lazos sanguíneos de afinidad o de matrimonio, que interactúan y conviven en forma más o menos permanente y que en general comparten factores biológicos, psicológicos y sociales que pueden afectar su salud individual y familiar.

Por otra parte Minuchin 1984, nos dice que familia, es el grupo en el cual los individuos desarrollan sus sentimientos de identidad e independencia, el primero de ellos principalmente influido por el hecho de sentirse miembro de una familia y el segundo por permanecer a diferentes subsistemas intrafamiliares y por su participación con grupos extra familiares.

Posteriormente en 1989 Swerdlow, menciona la palabra hogar dentro del término familia, haciendo referencia a un grupo compuesto por personas interdependientes, que comparten responsabilidades y compromisos recíprocos a lo largo del tiempo.

En muchas ocasiones, las responsabilidades dentro del hogar no se compartían de manera igual, a veces quedaban bajo la responsabilidad, en la mayor parte de las veces designadas a la mujer, mientras el hombre cumplía el papel de proveedor.

Más adelante Fishman 1992, definen familia como un grupo natural que en el curso del tiempo ha elaborado pautas de interacción, estas pautas constituyen una estructura familiar la cual se refiere a la individualización de cada miembro para desempeñar sus tareas esenciales, esto genera un sentimiento de pertenencia al grupo o institución de la familia.

En el año de 1994 el autor Macías, hace una adscripción natural de familia ya que los ve como seres humanos con o sin lazos de consanguinidad de pertenencia primaria y que conviven habitualmente bajo el mismo techo, comparten la escasez o la abundancia de sus recursos de subsistencia y servicios y que al menos en algún etapa de su ciclo vital, incluyen dos o más generaciones.

Wynne en 1990, define familia, como un sistema social único y primario en permanente interacción de los demás sistemas sociales primitivo y secundario. En ella se encuentran los gérmenes patógenos que se puede detectar a la luz de los conocimientos del psicodinamismo del grupo familiar. (Membrillo, 2008).

Finalmente Pérez 2001, da un giro a este término ya que hace mención a la familia como una placenta extrauterina, que sustenta el crecimiento biológico del ser humano nacido indefenso, que provee los elementos para su humanización, para su devenir en individuo maduro de la especie, fundador de otros grupos familiares que perenniza a la familia de origen.

Recientemente como resultado de la 1ra reunión de consenso académico en medicina familiar de organismos e instituciones educativas y de salud, efectuada en junio de 2005 en la ciudad de México, se menciona el concepto de familia emanado desde la perspectiva médico familiar, donde dice que familia es un grupo social, organizado como un sistema abierto constituido por un número variable de miembros, que en la mayoría de los casos conviven en un mismo lugar, vinculados por lazos consanguíneos, legales y/o afinidad. Es responsable de guiar y proteger a sus miembros; su estructura es diversa y depende del contexto en el que se ubique. Es la unidad, de análisis de la medicina familiar para estudiar y dar seguimiento al proceso salud-enfermedad.

Se puede observar gran diversidad es estos términos y conceptualizaciones en donde la mayoría de ellos llega hacia el mismo lugar indicándonos que la familia se encuentra formada por varios miembros. Sin embargo esto depende del origen de la definición ya sea, sociológico, antropológico o demográfico.

2.2 TIPOS DE FAMILIA.

El término ha demostrado a lo largo de la historia, que la familia es el motor indispensable para el desarrollo de la persona, la cual depende de ella para su crecimiento y supervivencia

Si no se conoce el armazón del grupo familiar no se puede llegar a saber las relaciones, roles o funciones que mueven a esa familia, por lo cual serían

incapaces de entender la salud o la enfermedad de la familia y de cada uno de los miembros.

La tipología familiar no es más que el reflejo de la gran diversidad de condiciones que existen en una sociedad lo cual predetermina la naturaleza, la composición y la dinámica familiar de esta sociedad y a su vez representa el hecho de suma importancia, porque depende del tipo de familia que componen esta sociedad, ya que solo así se podrán abordar los problemas inherentes a cada una de ellas.

Desde el punto de vista del Desarrollo de la familia, se pueden dividir en cuatro tipos:

- Familia nuclear. Es aquella familia constituida exclusivamente por el padre, la madre y los hijos, el padre y la madre pueden ser la descendencia biológica de la pareja o miembros adoptados por la familia. (Esteinou, 2008).

-Familia extensa o extendida. Estas familias se componen de más de una unidad nuclear, se extiende más allá de dos generaciones y está basada en los vínculos de sangre de una gran cantidad de abuelos, tíos, primos, sobrinos, etc. Se ha identificado que en las familias extensas pueden surgir problemas con miembros de autoridad e incluso pérdida de atención a los hijos. (Membrillo, 2008).

-Familia monoparental. Es aquella familia formada por un solo padre o la cabeza de la familia, esto sucede en caso de un divorcio, o en la simple elección no tener pareja. (Ríos, 1998).

-Familia ensamblada o reconstruida. Aquí la familia se origina a partir del segundo matrimonio o cuando uno a ambos integrantes de la pareja tiene hijos de una unión anterior.

Es una configuración familiar no tradicional que cada vez tiene mayor peso en nuestra sociedad. Ya que son grupos familiares en donde conviven o circulan niños y adolescentes de distintos matrimonios anteriores. (UNICEF. Fondo de las naciones unidas para la infancia, 2003).

La tipología de la familia desde el punto de vista del desarrollo, recae básicamente en la situación socioeconómica de la familia y en su demografía.

La familia se presenta como un tipo particular de estructura, no es solamente una institución social con características propias, sino que es también la expresión de las características y de las leyes de una organización determinada.

En las familias se tienden a mantener las pautas culturales asociadas al status social, a las relaciones de desigualdad, de género y de clase social. Las familias en nuestra sociedad son un espacio de resistencia al cambio social y cultural. (Bauleo, 1982).

2.3 FAMILIA Y DISCAPACIDAD.

La discapacidad ha sido considerada como una problemática que tiene consecuencias personales, familiares y sociales que llevan a la exclusión social.

El nacimiento de un hijo es sin duda, un momento de cambio real en la historia personal de un individuo que reestructura el flujo de su existencia, es parte de la evolución personal, de pareja y familiar. Sin embargo el nacimiento de un hijo con una discapacidad, es inmediatamente percibido por los padres como un acontecimiento inesperado y muchas veces incomprendido, puede llevar a un trauma que sería difícil explicar por ellos mismos, ya que en ese momento se genera un sufrimiento y un dolor silencioso. Este proceso puede provocar un rompimiento en el lazo y perturbar la dinámica familiar. (Limaña & Patró, 2004).

Todo nacimiento pone en movimiento el ejercicio de posiciones funcionales que permiten el sostenimiento y la satisfacción de necesidades reciprocas de los integrantes del grupo familiar. La presencia de un hijo con discapacidad añade un plus a la práctica de estas funcionalidades que además de acomodarse a lo novedoso e inédito que significa poner en juego la función de la crianza debe enfrentarse a lo incierto y desconocido de sostener, cuidar y contener a un ser que presenta capacidades diferentes.

Con el advenimiento de un ser con discapacidad se cae la certeza de lo planeado en la fantasía, no se termina el anhelo y la ilusión, sino más bien ahora se genera un desconocimiento, una angustia y posibles miedos.

Cabe aclarar que, no existe una relación directa entre la aparición o detección de un trastorno incapacitante y las dificultades de vinculación temprana en la relación de madre, padre e hijo. Existen conflictos tempranos en las familias, en donde no acontece la discapacidad. Es decir que hay familias con hijos que presentan discapacidades severas que han podido establecer relaciones primarias satisfactorias. Sin embargo no podemos negar que el tipo de discapacidad, el grado de severidad y el déficit funcional que se instala como consecuencia de ella condicionan los intercambios e interacciones entre los miembros de la familia.

El modo en que la familia enfrente y afronte la discapacidad de su hijo dependerá de la conjunción de múltiples factores, tal como los recursos personales de cada miembro, las fortalezas, debilidades de la alianza establecida entre la sociedad conyugal, las experiencias y modalidades familiares de resolución de otras crisis y la red social entorno a la cual asienta sus intercambios del sistema familiar primario, como amigos, consejeros, etc. (Ariel & Yuni, 2008).

Existe un abanico de reacciones frente a la elaboración de la discapacidad de un hijo. Estas dependen de un conjunto de condiciones tales como recursos emocionales, intelectuales y afectivos, que poseen los padres al momento de enfrentar una discapacidad, y las acciones que emprendan para salir del cruce de lo desconocido, deben comenzar nuevos aprendizajes que les permitan

conectarse de un modo instrumental y socio-afectivo con las posibilidades y limitaciones de su hijo que presenta una discapacidad. (Soulé, 2009).

De la combinación del conjunto de estos factores derivan las diversas reacciones frente a la discapacidad. No obstante en su diversidad, estas reacciones están atravesadas por un proceso de elaboración psicoafectivo que puede describirse como la manifestación de un duelo.

En estos momentos la familia deberá ofrecer oportunidades suficientes para desarrollar aquellas habilidades, competencias personales y sociales que permitan a sus miembros crecer con seguridad y autonomía, siendo capaces de relacionarse y de actuar satisfactoriamente en el ámbito social, sin olvidar las instituciones y medios que intervengan en la educación y seguimiento de la persona con discapacidad.

Todo grupo familiar, independientemente de la existencia de discapacidad en uno de sus miembros, debe pasar por distintas etapas en las cuales se producen incertidumbres y diversos cambios, que se pueden agravar más y es común que presenten difícil tomas de decisiones en cuanto a los cuidados del hijo.

Es importante tomar en cuenta varios aspectos, desde el impacto de la pérdida que supone la discapacidad, hasta mantenerse informados sobre el diagnóstico, ya que esto ayudaría a reducir la ansiedad sobre la evolución de su hijo, se debe manejar la situación con un equipo de profesionales, para lograr un alto grado de independencia y autonomía para todos los miembros, reduciendo así la presión hacia el cuidado y la dependencia, otro punto importante es la comunicación, se considera esencial ya que discusiones continuas afectará la familia y específicamente a la pareja, es importante aprender a negociar los diferentes puntos de vista, para así evitar quejas y reclamos frecuentes. (Velasco & Sinibaldi, 2001).

Se debe tener en cuenta que la vida no debe girar únicamente en torno al familiar con discapacidad, a pesar de su importancia uno debe tener presente que es parte de la familia y habrá cosas que no podrán cambiarse. La familia debe afrontar una discapacidad sin sacrificar el desarrollo de sus miembros y asegurando su calidad de vida aceptable.

Por su parte, los familiares más cercanos también deben afrontar cambios importantes en su estilo de vida. En la forma cómo se adaptan estos cambios influyen factores específicos, como son sus características personales, la severidad de la enfermedad del paciente y los ajustes que debe hacer a su estilo de vida y el rol familiar para satisfacer las demandas de cuidado.

La mayoría de las veces encontramos diversas dificultades a las que se enfrenta una familia aún y sin que ningún miembro de ellos padezca alguna discapacidad.

El entorno familiar se modifica desde el momento del nacimiento de un nuevo miembro, ya que el nacimiento del hijo requiere una disponibilidad afectiva de los padres para ofrecer sostén, contención y satisfacción de las necesidades del niño.

Cuando este nacimiento viene acompañado de alguna discapacidad intelectual modifica el ciclo vital de la familia, por lo que sufrirán un intenso impacto, la presencia de un niño con una disminución puede constituirse en un factor con influencia crítica sobre el vínculo conyugal, en muchos casos podrá funcionar como un elemento de fractura y ruptura de la misma, más cuando ya existían conflictos previos. También el hijo con discapacidad puede funcionar como un factor de unión y fortalecimiento mayor del vínculo, fundamentalmente aquellos casos en los que la pareja tenía buenas bases en su constitución. (Ariel & Yuni, 2008).

Sabemos del abanico de anhelos, expectativas e ilusiones que se entretajan en la pareja en torno al hijo que se espera. La confirmación del diagnóstico de discapacidad hace añicos muchas de estas ilusiones.

Muchas familias podrá procesar en forma adaptativa esta crisis, en cambio otras harán una mala gestión de la misma.

Los padres en su afán por darle una explicación al sufrimiento y a la frustración que les produce la enfermedad de su hijo, por lo general experimentan algunos tipos de sufrimiento como la culpa y el enojo. La primera puede llevarlos a situaciones autodestructivas, mientras que la segunda los conduce a culpar a otros, sobre todo a la pareja, presentando conflictos abiertos o encubiertos con la misma culpa. (Aida, 2008).

Otro factor que crea problema en los padres es el comportamiento de familiares o amigos cercanos que, en su afán por ayudar, cuestionan el diagnóstico del médico y suele crear ansiedad y confusión.

Por otra parte, muchos padres del niño con discapacidad se sienten socialmente aislados, además de que sufren el estigma de sentirse diferente, es por eso que resulta importante que los padres tengan la oportunidad de compartir sus experiencias con otros progenitores que tienen problemas similares, de manera que esta experiencia les permita sentir que no están solos en su sufrimiento y que su angustia es una reacción normal ante la enfermedad.

Los sentimientos de culpa son difíciles de disipar a través de un razonamiento lógico, por lo que si se detectan pueden aprovecharse para señalar a los familiares formas positivas de como poder brindar su ayuda al paciente, tal como colaborar en el tratamiento, distribuir la responsabilidad del cuidado del enfermo entre los diferentes miembros de la familia, evitar la sobreprotección, preservar la privacidad y los espacios de la pareja conyugal, aún en presencia del hijo enfermo y tratar al niño de una forma adecuada como corresponden los cuidados perfectos. (De pablo & Rodríguez, 2010).

Es importante que las familias se mantengan en una comunicación constante ya que un diagnóstico negativo sobre la salud, se presenta la represión de los sentimientos. Nuestra cultura en general censura la libre y abierta expresión de los sentimientos y empuja a ocultar cierta gama de ellos, como el miedo, la vergüenza, enojo y el dolor. Nos enseñan que las lágrimas son un signo de debilidad y que por lo tanto hay que ocultarlas, el llanto es una respuesta natural y totalmente humana al dolor. A veces se piensa que contener el llanto u ocultarlo es un signo de fortaleza, pero en realidad las personas que no expresan todos estos sentimientos suelen desmoronarse fácilmente.

Los padres con hijos que padecen algún tipo de discapacidad suelen comportarse de esta manera, tratan de comportarse animados y contentos como si no pasará nada, sin embargo este tipo de comportamiento nos lleva a presentar problemas personales y familiares, lo más importante es aprender a reconocer nuestros sentimientos y así demostrarlos y enfrentarlos, esto será saludable y de gran ayuda para la familia ya que de este manera se afrontará la problemática y será más fácil aceptar la discapacidad del miembro de la familia. (Barbaranne, 1988).

2.4 EL DUELO ANTE EL DIAGNÓSTICO.

Todo momento de crisis trae consigo situaciones de pérdida que conllevan la necesidad de elaborar un duelo, en caso del enfrentamiento de la discapacidad de un hijo, hay que procesar el duelo de no haber tenido un hijo sano.

De acuerdo al DSM IV-TR 2005, el duelo es una reacción, a la muerte de una persona querida acompañada por síntomas característicos de un episodio de depresión mayor, en el que se presenta, insomnio, tristeza y pérdida del apetito.

Desde un enfoque psicoanalítico el autor Freud 1917, describe el duelo, como un proceso intrapsíquico, como la fase que atraviesa una persona que ha perdido un objeto al cual estaba fuertemente apegado. Por lo general el duelo es la reacción a la pérdida de un ser amado o de una abstracción equivalente, explicó que el proceso de duelo se caracterizaba por un extremo dolor, la pérdida de interés en todo aquello del mundo exterior que no recuerde al objeto perdido, la incapacidad para escoger un nuevo objeto de amor y la imposibilidad para entregarse al mundo productivo. (Cit. En Bacuab, 2001).

Por otra parte Bucay 2001, menciona que el duelo es el proceso normal de elaboración de una pérdida, tendiente a la adaptación y armonización de nuestra situación interna y externa frente a una nueva realidad.

De acuerdo a estos autores, se podría entender que el duelo, es percibido como una crisis, como un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado principalmente, por la incapacidad del individuo para abordar situaciones particulares, utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas y por el potencial para obtener un resultado radicalmente positivo o negativo.

El duelo ante el diagnóstico de la enfermedad, es una reacción muy común frente a otro tipos de crisis, ya que cuando la familia se entera de que uno de sus miembros sufre una enfermedad crónica y posiblemente mortal, responde al choque a través de una serie de etapas que van desde la negación hasta la aceptación (Kubler-Ross, 1969).

La negación es el rechazo de una parte o todo del significado de un evento, con el propósito de minimizar el dolor y la ansiedad. La mayoría de las familias se encuentran en esta fase durante mucho tiempo.

La culpa y el miedo son dos sentimientos que constantemente aparecen en el camino del duelo, estos sentimientos son difíciles de confrontar porque se trata de emociones que recubren otras. La culpa resulta del acto de castigarse a sí mismo por haber hecho algo que afecto a otro.

En cuanto a Soule 2009, ve la culpa como una sensación que se presenta de manera repetitiva en varios padres con hijos discapacitados. Al ser una de las manifestaciones de la ira, normalmente se crea durante el apogeo de la etapa del enojo y se transforma en ira dirigida hacia uno mismo. En este sentido, la culpa es la sensación de haber provocado o estar provocando un daño a sus hijos, aun cuando dicho daño no exista.

Al hablar de duelo se hace referencia al dolor que emerge tras la pérdida de una relación con un objeto/sujeto en el que se ha depositado un valor afectivo que le otorga el carácter de significativo y lo constituye en un objeto deseable. Solo se desea aquello que no se tiene y que se demanda como pertenencia. En esta relación el sujeto ubica a aquello reconocible como objeto de su deseo, como una posesión en tanto que constituye el espacio en donde se hace afectiva la pertenencia.

Es por esta razón que la situación de duelo conecta con el dolor de aquello que se pierde desde la ilusión, pero también supone un acto de combate entre aquello construido desde la previsión y la irrupción, de lo novedoso desconocido que amenaza toda la certeza. La discapacidad pone al descubierto esta tensión entre el dolor de perder este hijo soñado desde la fantasía y el combate por revestir a este hijo real con atributos elaborados desde la ilusión.

Hasta ahora solo hemos descrito un poco sobre el proceso del duelo de padres de familia, sin embargo es indispensable no dejar de lado las experiencias de otros miembros de la familia, que por no ser los padres del niño o niña con discapacidad recorren eventos parecidos en el trance del duelo, es decir los hermanos, tíos, primos, amigos y estos últimos muchas veces son los hermanos elegidos.

Cuando se ha de recorrer el camino del duelo y la discapacidad como ya habíamos mencionado hay que hacer cambios necesarios para poder adaptarnos, ya que las familia nunca vuelven a ser las misma, se transforman diversas

actividades, roles, prioridades, formas y en ocasiones la composición básica de la familia. (Hoffman, 1987).

En esta adaptación a veces se pierden los padres en la estructura e ingresan abuelos, tíos, amigos, quienes desempeñan roles maternos o paternos.

La familia surge de una metamorfosis evolutiva para mejorar las condiciones actuales, sin embargo los miembros de una familia se ajustan a hábitos con tal de lograr un equilibrio en el entorno familiar y así ofrecer al niño con discapacidad una vida plena de amor, aún cuando ha pasado por circunstancias extremas y hasta traumáticas.

Las familias se reinventan, se amoldan para asegurarse de que todo sus integrantes se encuentren estables y puedan vivir con bienestar lo mejor que se pueda.

CAPITULO 3

EMOCIONES

3.1 ¿QUE SON LAS EMOCIONES?

La naturaleza de la emociones es un tema común a numerosas disciplinas, una de las primeras definiciones fue proporcionada por el filósofo Aristóteles, dónde abarca un primer concepto explicando la emoción, como una forma más o menos inteligente de concebir alguna situación dominada por un deseo como en la cólera o deseo de venganza.

Sin embargo se realizó mayor énfasis sobre este tema, hace aproximadamente 100 años por el filósofo y psicólogo William James quién fue el primero en realizarse esa pregunta "¿Qué son las emociones?", este autor formuló su propia teoría Jamesiana dónde define emoción, como una percepción de los cambios corporales provocados por un estímulo particular. Por lo tanto James enfatiza la importancia de los eventos sensoriales periféricos en la emoción. (Cheshire & Robert, 1989).

Walter Cannon, estudio las relaciones entre el sistema nervioso autónomo y la emoción, Cannon argumento además que los cambios viscerales pueden ser similares en emociones diferentes y que algunos cambios viscerales pueden tener consecuencias emocionales muy distintas, dependiendo del contexto. La teoría de Cannon destacaba la integración cerebral entre la experiencia emocional y la respuesta emocional. Señalando que los estados emocionales implicaban un considerable gasto de energía, enfatizo que algunas emociones son una respuesta de emergencia del organismo a una condición de súbita amenaza. Afirmó que la respuesta produce una activación máxima del componente simpático del sistema nervioso autónomo. Así las emociones producen cambios corporales, como el incremento en la frecuencia cardiaca, la movilización de la glucosa y otros efectos mediados por la división simpática del sistema nervioso autónomo. La activación de la víscera por el sistema simpático, según esta teoría se produce por que los estímulos emocionales excitan a la corteza cerebral que a su vez desinhibe los mecanismos de control talámico. La activación del tálamo produce entonces excitación cortical, lo que provoca experiencias emocionales y actividad del sistema nervioso autónomo. La teoría de Cannon se encierra en el cerebro. (Vygotsky, 2004).

El trabajo de Charles Darwin sobre "La expresión de las emociones en el hombre y en los animales, 1872", cataloga las expresiones faciales humanas y animales y destaca la naturaleza universal de estas expresiones. Enfatiza especialmente que las expresiones faciales están conectadas con estados emocionales característicos tanto en los humano como en los primates no humanos. (Lelord & André, 2001).

En cuanto a Stanley 1981, afirmó contundentemente que una emoción es una reacción fisiológica como insistió James, pero también es una actividad cognoscitiva que pone una etiqueta, esto quiere decir que identifica la emoción de cierto tipo y que abarca un conocimiento previo apropiado a las circunstancias.

De acuerdo a estos autores podemos observar que la emoción cae como un sentimiento subjetivo privado, que puede ir acompañado de signos obvios de placer o dolor, también se puede ver como una expresión a manifestación de diversas respuestas específicas.

Las emociones son experiencias cotidianas sumamente frecuentes y normales que son detectables en uno mismo y en la gente que nos rodea, es por lo mismo que el tema de las emociones es uno de los que ofrecen mayores dificultades para ser tratados en un nivel propiamente científico. Y esto surge como ya habíamos mencionado, que por el hecho de ser una experiencia subjetiva, sus elementos visibles no siempre han podido ser detectados con claridad.

Ya que las emociones se manifiestan en los planos biológicos y psíquicos, en ambos aspectos se registran un conato de movimientos en favor o en contra del estímulo presente, es por esto, que encontramos determinadas características en las emociones.

1. Reacciones fisiológicas externas, estas se presentan en el cambio de color del rostro, sudor en las manos y en la cara, aceleramiento de las palpitations cardíacas, alteraciones del tono de la voz, movimientos bruscos, tensión de los músculos, y respiración agitada.
2. Reacciones fisiológicas internas. La más importante de estas reacciones es la secreción de algunas sustancias, como la adrenalina que proviene de las capsulas suprarrenales y que origina los síntomas típicos del miedo al precipitarse en el torrente sanguíneo.
3. La experiencia subjetiva de la emoción. Desde el punto de vista psíquico, este es el aspecto más importante y consiste en la presencia consiente de una reacción en pro o en contra de un objeto. Estar emocionado significa, tomar la postura vital respecto a un objeto. Por ejemplo, el miedo, es una actitud de rechazo y de defensa que procura la preservación personal ante lo que se considera un peligro. (Gutiérrez, 1999).

Por medio de estas características podemos observar que las emociones llevan un orden ya que primero captamos el objeto que nos afecta personalmente, posteriormente experimentamos ese conato de atractivo o rechazo, que es propiamente la emoción y por último se produce en el organismo algunos cambios fisiológicos.

Es así como llegamos a la conclusión de que son las emociones y la manera de poder identificarlas.

3.2 ORIGEN DE LAS EMOCIONES.

Rosenzweig y Leiman 2003, encuentran que las emociones están ligadas a la conciencia, ya que cada individuo conecta determinadas emociones a su historia y a sus propias circunstancias, esto implica un flujo de conciencia cuyo asiento es el tono afectivo, sin embargo el origen de ellas se ve rotundamente apegado a un proceso bioquímico, esto se debe a que cuando un estímulo provoca una emoción, hace vibrar nuestro ánimo, pero todo esto se logra, transformándose en un lenguaje codificado, este debe ser accesible a la conciencia y a la red de neuronas, la cual posee de 20 mil a 50 mil millones de unidades, cada una de ellas por medio de sus terminaciones nerviosas, establece alrededor de 20 mil contactos con las otras. La forma en que se comunican consiste en dejar pasar los códigos que abren las puertas del sensorio y difunden el mensaje en su propia red.

El otro elemento es la sinapsis, lugar donde confluyen dos o más células o terminaciones, ahí se produce un retardo debido a la participación de las sustancias que facilitan o inhiben el paso del mensaje.

Una vez en los circuitos cerebrales el mensaje adquiere una dinámica que sale del control de conciencia, aunque esta lo haya desencadenado y es aquí cuando sufre una serie de transformaciones eléctricas y químicas que lo hacen propagarse en un sistema de información que tiene señales, códigos, mensajes y reglas que nuestro sistema apenas empieza a descubrir, mediante una continua y alternada dialéctica de excitación – inhibición, el mensaje circula por el sistema, accediendo algunos lugares y evitando otros, es así como los neurotransmisores son sustancias que se producen en la intimidad del sistema nervioso. (Guido & Valadéz, 2008).

Mientras esto sucede, en su vertiente interna se ha iniciado la transformación del estímulo, en impulsos eléctricos y en mensajes químicos. Al difundirse en la red neuronal a gran velocidad, estos inciden en los centros de almacenamiento de la memoria. Ahí el ARN. (Ácido Ribonucleico), una especie de disco duro, proporciona los engramas, que la conciencia interpreta como asociados a lo que el estímulo sugiere y mediante un complicado engrane, le dan sentido. Al mismo tiempo se conecta con el sistema límbico, donde reverberan los circuitos de la emoción y si el ánimo está dispuesto, hace vibrar al individuo.

El resultado de este complejo proceso, es una emoción simultánea que se almacena de vivencias con diversos significados propios y al producirse la emoción, nuestros músculos han recibido la señal y ejecutan movimientos de expresión facial, gestos y actitudes, a lo que se le llama reacción emotiva.

Ortony, Clare y Collinsi 1998, encontraron que las reacciones emotivas provocan conductas que en la experiencia individual resultan eficaces para expresar afectos. Esta misma respuesta emotiva es producto de las conexiones entre la emoción y la base instintiva, esta última determina la intensidad y las vías por las que circula el estímulo de regreso.

Podemos ejemplificar esto diciendo que la ira es la emoción y la respuesta es la pulsión agresiva por lo que es posible que en ese momento se reciban amenazas o conductas violentas.

Podemos decir que la suma de todo esto es que el origen fisiológico de la emoción, modifica el ánimo por una serie de cambios del organismo y en un viaje circular por las redes neuronales, el estímulo va y viene. Se consultan los archivos y se emite la respuesta, haciendo concordar percepción, reacción emotiva y flujo de la conciencia. Este último al verificar las imágenes representativas da o debe dar una respuesta socialmente moldeada y de nuevo vuelve todo a su lugar.

Todo esto sucede de modo automático y forma parte de la adaptación biológica.

Finalmente una emoción es un estado afectivo que experimentamos, una reacción subjetiva al ambiente que viene acompañada de cambios orgánicos, fisiológicos y endocrinos, de origen innato, influidos por la experiencia. Las emociones tienen una función adaptativa de nuestro organismo a lo que nos rodea. Es un estado que sobreviene súbita y bruscamente, en forma de crisis más o menos violentas y pasajeras.

En el ser humano la experiencia de una emoción generalmente involucra un conjunto de cogniciones, actitudes y creencias sobre el mundo, que utilizamos para valorar una situación concreta y por tanto influyen en el modo en el que se percibe dicha situación.

3.3 FUNCIÓN DE LAS EMOCIONES.

Las emociones fundamentalmente se desencadenan en situaciones que representan una apuesta vital para nosotros en términos de supervivencia o estado. Las emociones han sido un factor favorable en la supervivencia y la reproducción de todos los antepasados de nuestra especie.

Las emociones dan color, profundidad y riqueza a la experiencia humana, pueden también causar rupturas espectaculares en el juicio y la acción, tales rupturas pueden tener consecuencias profundas y a veces terribles para los individuos y para la sociedad.

Con la publicación del libro. La expresión de las emociones en los animales y en el hombre en 1873, Darwin fue el primero que puso de manifiesto la importancia funcional de las emociones. En donde cumplían dos funciones.

1. Facilitaban la adaptación del organismo al medio y por tanto su supervivencia al reaccionar de manera adecuada ante las situaciones de emergencia, tales como la huida o la lucha.
2. Servían como medio de comunicación de las futuras intenciones a otros animales mediante la expresión de la conducta emocional.

En cuanto a la relación adaptativa de las emociones, éstas preparan al organismo o lo activan para hacer frente a las demandas o exigencias del entorno y lo dirigen hacia el objetivo aproximación-evitación, en este sentido, se afirma que cada conducta emocional tiene un objetivo, por ejemplo el miedo está relacionado con la protección, la rabia con la destrucción, la energía con la reproducción, la tristeza con la reintegración, la aceptación con la afiliación, el asco con el rechazo, la anticipación con la exploración y la sorpresa con la orientación. Todas estas emociones y sus funciones representan patrones de conducta adaptativas relacionados con la supervivencia.

Todas la emociones tienen alguna función que les confiere utilidad y permite que el sujeto ejecute con eficacia las reacciones conductuales apropiadas y ello con independencia de la cualidad hedónica que generen, incluso las emociones más desagradables tienen funciones importantes en la adaptación social y el ajuste personal (Choliz, 2005).

Reeve 1994, menciona que las emociones tienen 3 funciones principales.

1. Funciones adaptativas. Es una de las funciones más importantes de la emoción, consiste en preparar al organismo para que ejecute eficazmente la conducta exigida por las condiciones ambientales, movilizandó la energía necesaria para ello, así como dirigir la conducta hacia un objetivo determinado.

En determinadas emociones se manifiesta un lenguaje funcional, hace referencia que en el miedo, el lenguaje funcional es la protección, en la ira, la destrucción, en la alegría la reproducción, en la tristeza la reintegración y en la sorpresa la exploración, entre otras.

Esto quiere decir que la relevancia de la emociones sirve para facilitar la conducta apropiada, lo cual confiere un papel de extraordinaria relevancia en la adaptación.

2. Funciones sociales. Puesto que una de las funciones principales de las emociones es facilitar la aparición en las conductas apropiadas, la expresión de las emociones permite a los demás predecir el comportamiento asociado con las mismas, lo cual tiene un valor en los procesos de relación interpersonal.

En emociones como la felicidad favorecen los vínculos sociales y relaciones interpersonales, mientras que la ira puede generar respuestas de evitación o confrontación.

La propia represión de las emociones también tiene una evidente función social, en un principio se puede ver que se trata de un proceso claramente adaptativo, por cuanto que es socialmente necesaria la inhibición de ciertas reacciones emocionales que podrían alterar las relaciones sociales y afectar incluso la propia estructura y el funcionamiento de grupos y cualquier otro sistema de organización social.

3. Funciones motivacionales. Las relaciones entre emoción y motivación es íntima ya que se trata de una experiencia presente en cualquier tipo de actividad que posee las dos principales características de la conducta motivada, dirección e intensidad. La emoción energiza la conducta motivada, una conducta cargada emocionalmente que se realiza de manera más vigorosa, como ya habíamos comentado la emoción tiene la función adaptativa de facilitar la ejecución eficaz de la conducta necesaria en cada exigencia.

La relación entre motivación y emoción no se limita al hecho de que en toda conducta motivada se producen reacciones emocionales, sino que una emoción puede determinar la aparición de la propia conducta motivada, dirigirla hacia determinado objetivo y hacer que se ejecute con intensidad. Es así como se puede decir que toda conducta motivada produce una reacción emocional y a su vez la emoción facilita la aparición de unas conductas motivadas.

Un aspecto estrechamente relacionado con la funcionalidad de las emociones, es su regulación o control. Las emociones para que cumplan las funciones mencionadas anteriormente, se tienen que manifestar en un contexto apropiado y con una intensidad adecuada. En la regulación emocional interviene tanto mecanismos biológicos como culturales. La regulación emocional óptima se produce cuando la persona es capaz de controlar sus emociones en relación consigo mismo y los demás y a las normas sociales establecidas y presenta un funcionamiento psicológico competente. La regulación emocional está íntimamente vinculada a la inteligencia emocional. (Goleman, 1995).

3.4 TIPOS DE EMOCIONES NEGATIVAS.

Se han llevado a cabo tentativas empíricas, de clasificación de las emociones, utilizando diversas metodologías, tales como cuestionarios, entrevistas, escala, etc., las cuales han llegado a diferentes puntos, sin embargo se llega a la conclusión de que hay coincidencias entre las emociones que van del placer al displacer, por lo tanto se puede distinguir entre emociones positivas y negativas.

Piqueiras, Ramos, Martínez y Oblitas 2010, mencionan que el estudio de las emociones negativas ha tenido durante todo el siglo XX y sigue teniendo mucha fuerza en el desarrollo de la investigación de la ciencia psicológica, y se refiere específicamente a las emociones que producen una experiencia emocional desagradable como son el miedo-ansiedad, la ira y la tristeza-depresión.

Bisquerra 2000, hace mención en que las emociones negativas afectan la salud, ya que son desagradables se experimentan cuando se bloquea una meta, ante una amenaza o una pérdida. Estas emociones requieren energía y movilización para afrontar situaciones urgentes.

Por otro lado Lazarus, 1991, hace una propuesta provisional de clasificación que puede esquematizarse en los siguientes términos. Las emociones negativas son el resultado de una evaluación desfavorable, respecto a los propios objetivos, se refieren a diversas formas de amenaza, frustración o retraso de un objetivo o conflicto entre objetivos.

Estas emociones incluyen la ira, susto-ansiedad, culpa-vergüenza, tristeza, envidia-celos y disgusto.

Entre otros autores que tienen gran influencia en este tema, se encuentra, Wilhelm Wundt, quién argumenta que todas las emociones pueden situarse en un punto de un espacio tridimensional con los siguientes ejes: placer-displacer, excitación-inhibición, tensión-relajación.

De acuerdo a algunos autores encontramos una gran cantidad de emociones negativas, sin embargo a continuación se describirán brevemente aquellas que tiene mayor estudio durante las últimas décadas.

3.4.1 De acuerdo a Bisquerra, 2008. El miedo, es captado como la reacción ante un peligro, cuando un individuo interpreta un estímulo como peligroso y amenazante en forma inminente ante él, experimenta la emoción que así se denomina. El miedo es una emoción a menudo inconsciente, nos prepara para la huida, y esta emoción tiene un rostro que se manifiesta a simple vista.

Ante la experiencia del miedo el organismo reacciona rápidamente, movilizándolo una gran cantidad de energía del tal forma que prepare el cuerpo para respuestas más intensas de las que sería capaz en condiciones normales.

El miedo cumple con una función básica de supervivencia, de alejamiento impulsivo de los peligros potenciales o inmediatos que pueden amenazarnos como seres integrales de tal manera que los miedos pueden abatir contingencias físicas pero también emocionales. Desde esta perspectiva el miedo es una reacción absolutamente sana.

En el proceso del duelo puede existir la variante de que el miedo se presente no como una reacción sino como un continuo estatus de persona, es decir que el miedo determine, limite y deforme su vida.

El miedo es una de las sensaciones más intensas y desagradables, una de las características del miedo son que genera aprensión, desasosiego, malestar, preocupación e inseguridad.

Es una emoción con un fuerte impacto fisiológico; se acelera el ritmo cardiaco y la respiración, se contraen los músculos y tiemblan las manos. Estas manifestaciones están ligadas a la activación de nuestro sistema nervioso simpático.

La expresión conductual se manifiesta con evitación, escape y búsqueda de apoyo, este tipo de conducta nos puede derivar conductas no saludables.

Es posible inducir el miedo en la mayoría de nosotros, si somos sometidos a experiencias traumáticas intensas y repetidas. La primera puede ser la de una experiencia traumática única, la segunda es de las pequeñas experiencias estresantes repetidas y la retrospectiva, tras un suceso determinado. (Waltón, 2004).

Un exceso de miedo, a lo que llamamos fobias, es una enfermedad psicológica extendida, caracterizada por la aparición de miedos muy intensos, ligados a situaciones que no son consideradas como grandes peligros y que obligan a la persona a evitar a lo que teme.

El miedo es una de las emociones que más escondemos y ocultamos, por las críticas, sin embargo debemos darle frente al miedo, no mostrando vergüenza ni suprimir la emoción.

Finalmente debemos adoptar una actitud activa frente al miedo.

3.4.2 En cuanto a la Ira, Waltón 2004 explica que esta se genera cuando tenemos la sensación de haber sido perjudicados, es una reacción de irritación, furia o cólera desencadenada por la indignación y el enojo de sentirnos vulnerables a nuestros derechos. Cuando el miedo y la intimidación se experimentan con insistencia pueden transformarse en ira. Una ira causa dolor o aflicción, hasta que nos sumerge en un estado de locura o posesión.

La ira y el miedo son dos emociones que impulsivamente exigen una respuesta más urgente. Ante la ira hay una impaciencia por actuar, por otra parte la ira es la emoción potencialmente más peligrosa ya que su propósito funcional es destruir.

La agresividad que desencadena la ira hace que sea una emoción explosiva.

La ira hacia adentro consiste en la supresión de la emoción de la ira hacia alguien para transformarla en irritación consigo misma. La ira hacia afuera se refiere a expresar la ira hacia otras personas distintas de las que la han provocado, es una forma de desplazamiento.

Esta emoción nos permite conocer nuestra propia fuerza para salir adelante. Es energía acumulada que nos parece negativa, pues al no ser correctamente canalizada se convierte en algo destructivo, se trata de una energía vital de nuestro instinto de supervivencia que se hace presente en una situación en que la psique se encuentra bajo una situación de vida o muerte emocional.

Una de las características fisiológicas de la ira es la elevada actividad neuronal y muscular, ya que se elevan los índices de frecuencia cardíaca, presión sistólica y diastólica. (Soulé, 2009).

La función principal de la ira es la movilización de energía para las reacción de autodefensa o de ataque y la eliminación de los obstáculos que impiden la consecución de los objetos deseados y que generan frustración, si bien la ira no siempre concluye en agresión, al menos sirve para inhibir las reacciones indeseables de otros sujetos e incluso evitar una situación de confrontación.

La ira es una sensación de energía e impulsividad que se experimenta como una experiencia aversiva, desagradable e intensa, relacionada con la impaciencia.

Detrás de toda ira existe un sentimiento profundo de dolor combinado con impotencia. También se pueden presentar sentimientos de envidia y enojo ante otros niños que no padecen discapacidad o se encuentran en mejores condiciones generales. (Soulé, 2009).

3.4.3 En cuanto a la cólera, diversas personas describen algunos síntomas de esta emoción como, tensión muscular en donde va en aumento el tono muscular, en especial los brazos, lo cual conduce en la mayoría de los casos a cerrar los puños; Latidos del corazón acelerados, ya que los vasos sanguíneos periféricos se dilatan lo que corresponde a la sensación de calor, la cólera suele manifestarse con un enrojecimiento del rostro, aumenta la temperatura cutánea de los dedos y finalmente la cólera va acompañada de un aumento del ritmo respiratorio, de la frecuencia cardíaca y de la tensión arterial, al encolerizarnos bombeamos más sangre y nos oxigenamos mejor.

La cólera cumple dos funciones, primeramente nos prepara para luchar, pero también la bloquea al intimidar al otro.

La cólera como intimidación es esencial, permite evitar la lucha, un proceder arriesgado y caro en términos de energía en toda las especies. Si el hombre ha sobrevivido, es porque, tanto en las pequeñas tribus de nuestros antepasados

como en todos los grupos de animales sociales, la mayoría de los conflictos pueden solucionarse a través de la sumisión de una de la partes frente a una actitud de cólera intimidatoria en la otra. (André & Lelord, 2001).

Para los psicólogos cognitivistas, nos emocionamos porque pensamos, así es como la cólera se presenta ante el resultado de una serie de evaluaciones psicológicas casi instantáneas, que nos permite apreciar si el suceso es a la vez, indeseable, intencionado, contrario a nuestros valores o controlable mediante nuestra reacción.

De acuerdo a lo escrito anteriormente existen dos grandes formas de regular mal esta emoción.

La primera de ellas es la explosión, ya que dejarla caer de forma incontrolada o por motivos fútiles, es el caso de los arrebatos de cólera, de los que uno se arrepiente, que provoca enfados inútiles, dejan rencores latentes o incluso no ridiculizan.

Por último la inhibición, que se refiere a interiorizar por completo la cólera disimulándola frente a otros, incluso frente a uno mismo. En este caso nos arriesgamos a acumular una cólera reprimida, muy perjudicial para nosotros, además de hacernos pasar por individuos a los que se pueden molestar sin temor. Mediante la retención excesiva, nos arriesgamos a que un día nos desequilibre brutalmente una situación y terminemos explotando en un momento poco propicio

3.4.4 La tristeza es producida por pensamientos de pérdida, cada vez que una persona interpreta algún estímulo como pérdida de su mundo interno o externo, experimentara dicha emoción.

Estar frente a una perdida nos provoca diferentes reacciones pero todas suelen ocultar tristeza. El desgaste de la tristeza nos reclama recibir más amor de los demás, porque cuando se llega a esta etapa, uno se encuentra frente a la realidad.

Es común que se confunda la debilidad con la tristeza o la depresión. La etapa de la tristeza se caracteriza por una sensación profunda de dolor.

La tristeza es una emoción natural y saludable aunque poco placentera porque significa extrañar lo perdido o lo anhelado y a pesar de que nos puede generar una crisis permite que posteriormente uno vuelva a estar completo, que se genere el cambio y la vida continúe su curso. (Mora, 2008).

Tradicionalmente la tristeza es una de las emociones desagradables, aunque no siempre se puede decir que es negativa, no obstante la tristeza-depresión, al igual que cualquier otra emoción, tiene una función filogenética adaptativa, para recabar la atención y el cuidado de los demás, constituir un modo de comunicación en

situaciones de pérdida o separación, o un modo de conservar energía, para poder hacer frente a ulteriores procesos de adaptación.

Desde el punto de vista de la relación entre las emociones negativas y la respuesta del estrés, la experiencia del estado de ánimo triste dependería de la evaluación cognitiva realizada sobre la demanda situacional y los recursos que posee el sujeto para afrontar la situación, que en tal caso sería negativa y con frecuencia predominaría cuando el estresor se cronifica. (Piqueiras, 2010).

Entre las características más comunes de la tristeza se encuentra el desánimo, la melancolía, desaliento y pérdida de energía.

La tristeza al igual que el dolor, nos enseña que ciertas situaciones son contraproducentes y nos empuja a protegernos mejor ante estas adversidades.

Esta emoción también desempeña, un papel de aprendizaje similar al dolor, cuando nos dañamos, tendemos a evitar reproducir el comportamiento responsable. (Damasio, 2005).

Es posible que los demás reconozcan nuestra tristeza y manifestaran simpatía o empatía, y nuestra tristeza nos ayudara a atraer la atención y a conseguir su apoyo afectivo y material, lo que no permitirá rehacernos antes de las situaciones de pérdida.

Esta emoción se encuentra ligada al duelo, ya que de esa manera manifestamos la pérdida, sino es superada esta situación sobreviene la depresión que muchas veces no es diagnosticada y esta viene acompañada de una auto desvalorización asociada con frecuencia a otras emociones. Los pensamientos debidos a la depresión se traducen en una visión negativa, en donde uno mismo muestra un sentimiento de inferioridad o indignidad, ve un pésimo futuro y percibe al mundo como duro, exigente e injusto.

Las personas llegan a pensar que estar triste constantemente, es una forma de vida usual, ala que nunca son tratados ni diagnosticados.

Por otro lado podemos ver que en los padres de hijos con discapacidad, la tristeza puede ser un periodo prolongado, ya que generalmente se tienen varios procesos de duelo no concluidos alrededor de la historia de vida de sus hijos, pues son niños que confrontan no uno si no muchos tropiezos y dificultades.

La tristeza es considerada una emoción normal, que participa en nuestra experiencia y madurez psicológica, no se trata de vaciarse y rechazar toda tristeza ya que sería irreal, sino debemos aprender a enfrentarla y llegar a controlarla, ponerle límites y aceptarla, esto nos ayudara a reflexionar, recordar y aprender mejor del mundo que nos rodea y evitar volver a caer en situaciones que nos empujan hacia la tristeza.

3.4.5 Alberoni, 1991 describe a la envidia como una emoción universal, emoción mezclada entre la irritación y odio contra alguien, que posee una o varias ventajas de las que los demás estamos desprovistos. La envidia es una emoción oculta, ya que es difícil reconocerla y aceptarla.

En el libro, los envidiosos del autor Alberoni 2006, describe la envidia como una mordedura, una emoción repentina, involuntaria, acompañada de manifestaciones físicas. La envidia no suele provenir de improviso y nos muerde, ya que al expresarla, solo damos muestra de que nos sentimos incompletos.

La envidia es una emoción compleja ya que supone en primer lugar una comparación entre la situación propia y la de otra persona que nos hace constatar nuestra inferioridad, al menos en un campo y darnos cuenta de que dicha inferioridad no puede ser modificada de inmediato. La persona con envidia vive con un tormento de impotencia ya que les genera, tristeza y miedo de no poder alcanzar lo envidiado.

Menciona una mayor tendencia a envidiar a las personas que son más próximas a nosotros, porque esta proximidad facilita la comparación entre sus ventajas y las nuestras y finalmente porque compartimos la misma visión de lo que es importante a la hora de definir el valor o la oposición de un individuo

(Girard ,2006) Describe la envidia como nacida de la admiración y la imitación. Ya que deseamos los mismos objetos que desean aquellos a quienes admiramos, bajo el efecto del deseo imitativo. De ahí la violencia, pues somos muchos los que queremos apropiarnos del mismo bien y la necesidad de instaurar reglas para controlarlas.

La envidia no está clasificada entre las emociones fundamentales; no existe expresión facial que la caracterice, sin duda porque, en el curso de la evolución, comunicar un estado de envidia nunca ha sido una ventaja, pero la envidia no es tan indispensable como el resto de las emociones y todas ellas nos han sido legadas por nuestros antepasados.

Esta emoción se puede percibir como negativa, sin embargo nos podemos dar cuenta de que al contrario, puede llevarnos a una autosuperación y ese estímulo puede repercutir beneficiosamente, no solo al respecto de uno mismo, sino también para la sociedad en su conjunto.

Por último es importante saber que la envidia es una emoción natural que debemos aprender a aceptar y expresar, manifestándola hacia la persona envidiada de forma sutil. Esta emoción es muy intensa ya que nos hace sentir inferiores a otras personas, sin embargo son solo pensamientos que nos quitan el valor frente a nosotros mismos.

3.4.6 El asco, es un fuerte rechazo hacia la comida, la bebida o un medicamento, que nos produce, náuseas, aborrecimiento, incluso intensa repugnancia hacia lo que resulta aborrecible u ofensivo.

Esta reacción emocional suele darse ante estímulos desagradables que son potencialmente peligrosos o molestos, suelen ser muy proclive a los condicionamientos aversivos, siendo los estímulos condicionados mayoritariamente olfativos o gustativos. (Waltón, 2004).

Según (Darwin, en Pablo Fernández Berrocal 2009) Darwin y el misterio de las emociones. Los indicadores emocionales de esta emoción es quedarse boquiabiertos, escupir, soplar, estremecimiento con los brazos presionando sobre los costados y los hombros encogidos, repliegue del labio inferior, arrugar la nariz, dilatar los orificios nasales, fruncir el ceño, gestos de rechazo o protección frente al objeto que nos resulta ofensivo y en caso extremos vómitos.

A diferencia del miedo o la ira, el asco es una reacción visceral, corporal, ante estímulos negativos externos. El terror o la furia extrema, tiene un efecto físico sobre el cuerpo de la víctima, pero el vómito y preparar de ese modo el esófago para el vómito, es la reacción ante una cosa sucia o desagradable, es sin duda una reacción somática mucho más intensa. El asco, comparte junto con el miedo, la capacidad de hacernos retroceder ante el objeto que lo suscita.

El asco se puede dar ante diversas situaciones, ya sea olores, sabores, tacto, en donde utilizamos lo sentidos básicos, esto no quiere decir que lo que nos produce asco, sea algo sucio específicamente, ya que para lo que, a unas personas les produce asco, para otras personas es agradable. (Waltón, 2004).

3.4.7 Entre otras emociones negativas, encontramos la ansiedad, cuando las personas tienen intensidad o duración de ella, se obtiene como respuesta limitaciones importantes en la vida del individuo y en su capacidad de adaptación al medio circundante, en estos casos se habla de ansiedad patológica o de un trastorno de ansiedad.

Reyes 1991, hace mención a que la ansiedad es un sentimiento muy penoso; puede acompañarse de una variedad de síntomas somáticos y psicológicos que hacen sentir a la persona con fuertes miedos, incluso se ha llegado a pensar en la muerte, por aquello que no puede tolerarse por mucho tiempo. Debemos enfrentarnos a ella, para todos los seres humanos hay un límite de tolerancia a la ansiedad. Esta emoción aparece ante toda presión, como una situación de estrés.

Posteriormente este mismo autor en el año de 1999, considera que la ansiedad y el miedo son sinónimos, si la causa del miedo es real, la ansiedad es sana y sirve como mecanismo de defensa, si la causa del miedo no es real, entonces habla de una ansiedad neurótica.

En cuanto a Freud 1925-1926 en su escrito inhibición, síntoma y angustia, describió dos tipos de ansiedad, una de ellas era el resultado de una represión de la libido, esto quiere decir un incremento fisiológico de la tensión sexual que producía el incremento de la libido, la consecuencia de esta tensión es el acto sexual (coito), sin embargo otras prácticas sexuales, como la abstinencia o el coitus interruptus impedían la liberación de esta tensión produciendo una neurosis. La otra clase de ansiedad se caracterizaba por un sentimiento difuso de preocupaciones o temor que se originaban en un deseo o pensamiento reprimido. Este tipo de ansiedad era la responsable de las fobias o neurosis obsesivas.

Así mismo Freud habla de tres tipos de ansiedad, la primera de ellas, fue la ansiedad de realidad, la cual se podía definir como el propio miedo, sin embargo de acuerdo a otros autores contemporáneos este término es algo vago ya que el miedo es originado o producido por una serie de acciones, casos o personas.

La segunda es la llamada ansiedad moral, que se refiere a lo que sentimos cuando el peligro no proviene del mundo externo, sino del mundo social interiorizado del súper yo, específicamente se habla de la culpa, vergüenza, miedo y castigo.

Por último menciona la ansiedad neurótica, esta consiste en el miedo a sentirse abrumado por los impulsos del ello, es como si alguna vez sintiéramos que perdemos el control y esta nos lleva a perder la razón, lo que genera este tipo de ansiedad, ya que es más intensa y profunda.

Revisando otros autores, Sullivan 1974, menciona que la ansiedad es transmitida por la madre al hijo y éste a la madre; aparece siempre que el niño siente la desaprobación de la madre; Adler la considera como el temor a una amenaza al modo de vida; Horney la ve más bien como consecuencia de una amenaza a la autoimagen; Fromm subraya la presencia de ansiedades existenciales: miedo a la muerte, al daño y a la insignificancia relativa.

La ansiedad es, por definición, un efecto desagradable que consiste en manifestaciones psicofisiológicas como respuesta a un conflicto intrapsíquico. La diferencia más marcada con el miedo normal es que en ella el peligro no es real.

Dicho de otra manera, la angustia es la variante humana que alerta al organismo frente al peligro y que, al mismo tiempo, organiza el sistema específicos y las defensas adecuadas. En cambio el temor exagerado, es un estado emocional que con frecuencia paraliza las defensas: esto se debe a que el temor exagerado se mezcla con lo mágico.

Horney 1950, habla de la ansiedad básica, caracterizada por sentimientos vagos de soledad, desamparo y miedo a un modo potencialmente hostil. Explica que sobre la ansiedad de separación, que es el temor y la aprensión de un niño a ser alejado de unos de sus padres o de los dos; La ansiedad flotante, aparece como un miedo invasor, sin fundamentos en la realidad, que no se vincula a ninguna idea ni se alivia por sustitución de síntomas, aparece sobre todo en la neurosis de angustia.

Es muy importante no confundir angustia o ansiedad con depresión, ya que debemos tomar en cuenta que no necesariamente el deprimido tiene que sufrir angustia, aunque esto sea lo más frecuente. Muchos deprimidos no sufren de angustia, como muchos angustiados no padecen depresión, la angustia es un agente activador, que promueve el funcionamiento mental hasta que se alcance el grado y el modo de defensa necesarios.

La angustia mira siempre hacia el futuro y la depresión se fija solamente en el pasado.

La presencia de fuertes reacciones o estados de ansiedad no solamente va a estar en la base de los denominados trastornos de ansiedad, si no que se encuentra asociada frecuentemente a la depresión y en general a los distintos trastornos considerados tradicionalmente como neuróticos.

3.4.8 Respecto a los celos Mead 1980, menciona que son una emoción de una primera reacción automática, que se desencadena en los primeros segundos, cuando se percibe la amenaza sobre la relación. En esta emoción se presenta en primer instante la cólera y el miedo.

Es probable que en esta emoción, intervengan lo pensamientos negativos. Cuando manifestamos cólera, es debido a la frustración de no poder defender lo que creemos nuestro, de forma positiva o pasiva.

Cuando mostramos miedo, es claramente a la pérdida. Los celos son una emoción universal, la aptitud de los celos forma parte del patrimonio genético de la humanidad. Ya que según los evolucionistas, nuestras emociones, son adaptaciones a nuestro entorno de cazadores-recolectores.

Los celos son una emoción difícil de definir con exactitud ya que, estos se presentan debido a nuestra experiencias de vida, es un simbolismo que utilizan los seres humanos, para creer que son dueños de alguna otra persona, por este motivo genera inconvenientes en una relación, sin embargo queda claro que una persona celosa, manifiesta sentimientos de baja autoestima e inseguridad. Es importante mantener el grado de compromiso en una relación, para no generar dependencia afectiva.

Desde un punto de vista Freudiano, el complejo de Edipo describe a la vez el deseo inconsciente que experimenta el hijo por su madre y los celos que siente hacia su padre, al que percibe como un rival. Para los psicólogos evolucionistas, el hijo no experimenta deseo sexual por la madre, sino reacciones edípicas, en donde existe una rivalidad no sexual, entre padre e hijo que compiten por captar la atención de la madre. Unos celos, en donde el niño desea a su madre, pero soporta el mal deseo de su padre por ella. Y aparece un deseo sexual cuando el hijo alcanza la adolescencia, y es así como el padre y el hijo se convierte en rivales para competir contra el amor y atención de su madre.

Posteriormente, este mismo hijo con esta rivalidad, sin embargo es imposible seguirla demostrando a su padre porque es desplazada hacia otra persona y expresa sus celos ante el ser amado.

Los celos al igual que otras emociones, se manifiestan distintamente de una cultura a otra, según la manera en que sean interpretados, valorados o reprimidos.

Como se puede observar existe una gama extensa sobre las emociones negativas y existen datos importantes en los que se demuestran que las emociones negativas tienden a disminuir la salud, ya que cuando nos encontramos bajo la influencia de estos estados emocionales negativos, es más probable desarrollar ciertas enfermedades relacionadas con el sistema inmune o adquirir determinados hábitos poco saludables que a la larga pueden minar nuestra salud.

Entre algunas de las emociones más estudiadas se encuentran, la ansiedad, depresión e ira ya que muchas de ellas están asociadas a múltiples trastornos sobre todo los de ansiedad y trastornos psicofisiológicos. La ira se encuentra relacionada con los trastornos cardiovasculares, la tristeza es una de las emociones básicas que se considera precursora de la depresión como patología, lo cual cursa por lo general con niveles altos de ansiedad. (Piqueiros, 2010).

Las reacciones desadaptativas de ansiedad, tristeza, depresión e ira que llegan alcanzar niveles demasiados intensos o frecuentes tienden a producir cambios en la conducta, de manera que se incrementa la probabilidad de que el sujeto adopte conductas perjudiciales para la salud, tales como ciertas adicciones y que olvide hábitos saludables como la actividad física. Ya que se ha demostrado que existe relación entre la ansiedad y el tabaco, que posteriormente nos llevaría a adquirir algún tipo de cáncer.

Las disfunciones fisiológicas de esta serie de emociones tienen como consecuencia sería la arritmia, aumento crónico de la presión arterial, dispepsias, dermatitis, dolor muscular, cefaleas crónicas, molestias gástricas, entre otras. Esta alta activación fisiológica puede estar sometida a un cierto grado de inmunodepresión, lo que nos vuelve más vulnerables al desarrollo de enfermedades infecciosas o de tipo inmunológico.

3.5 EMOCIONES POSITIVAS.

A lo largo de la historia de la psicología grandes autores reconocidos, centraron diversos de sus estudios en lo negativo, como ya mencionamos anteriormente en aquello que causa dolor, disconformidad y conductas desadaptadas.

Sin embargo ahora conoceremos algunos puntos importantes de las emociones positivas ya que estas cumplen un objetivo importante en el desarrollo del ser humano, porque amplían los recursos intelectuales, físicos y sociales, haciéndolos más perdurables y acrecentando las reservas a las que puede la persona recurrir cuando se presentan amenazas u oportunidades.

Por lo tanto las emociones positivas son el resultado de una evaluación favorable (congruencia) respecto al logro de objetivos o de acercarse a ellos.

3.5.1 La alegría es una de las principales emociones positivas en donde André y Lelard 200, la describen como un diada con la tristeza que se forma desde el primer año de vida. Es la emoción que produce un suceso favorable, las principales causas de alegría se debe a las relaciones con los amigos, satisfacciones básicas, cómo comer, beber y sexo. La alegría es una emoción capital.

La palabra alegría es sinónimo de animación, es una exaltación del ánimo. La alegría refiere a una vibración afectiva que registra el placer de vivir, crecer u obtener bien, un logro o un anhelo.

Como forma emocional la alegría es aguda, seca y brillante, su esencia resplandece, como una luz que irradia.

Las fuentes de la alegría se encuentran tanto fuera, como dentro del sujeto. Al interior la alegría tiene su asiento en una pulsión: el placer. Al exterior, múltiples estímulos que hacen vibrar al ánimo en la escala de la alegría. Existe una estrecha liga entre la alegría y el placer. Este último es una fuerza al servicio de la vida, sostiene las funciones digestivas, de eliminación y sexual.

Los estímulos que conmueven al sujeto y producen alegría están asociados con la obtención de un bien o un logro, es una emoción particular, que nos empuja a explorar un nuevo entorno, es sobre todo intensa en los niños y jóvenes. Les permite vencer su miedo, la emoción rival frente a la novedad.

En esta emoción, el deseo es el motor de muchas expectativas que predisponen el ánimo en una dirección u otra, de ahí que el estímulo pueda producir respuesta emotivas contradictorias según las circunstancias. Ello depende del grado de interés que uno tenga en tal persona u objeto. El interés funge de intermediario entre el deseo y la emoción suscitada.

Toda alegría experimentada, presenta la característica de una emoción: una intensa experiencia física y mental, frente a un suceso y de una duración limitada aunque sea renovable.

Las personas que se encuentran en una actividad, son más felices, sobre todo si es una actividad que va de acuerdo a sus objetivos y valores. Se debe mantener una armonía entre el apoyo emocional, de estima personal, laboral, educativo y familiar para mantener un equilibrio en su esfera psicosocial, esto mejora la calidad de vida personal, por lo que mantiene al ser en un estado de alegría constante.

El icono claro de la alegría, es la risa o una cara sonriente y mirada radiante, en donde a través de ella se manifiesta claramente esta emoción.

3.5.2 El amor, es una de las emociones más complicada por definir ya que no se ha encontrado una expresión facial específica. Darwin evocaba la expresión del amor, con una similitud religiosa, ya que describió la postura, como un arrodillamiento humilde, manos juntas, mirada estática elevada hacia el cielo, una actitud que en efecto puede compararse en una oración.

Se ha podido identificar una expresión del amor, como ternura hacia los niños, sonrisa tierna, relajación de los músculos faciales, acompañada de una mirada que desciende hasta el niño y a veces una inclinación lateral de la cabeza. Puede a ver un cambio de voz suave, tranquilo y seguro.

Izard 1977, menciona que el amor no es considerado como una emoción fundamental, pero si, subraya su complejidad comparada con las emociones positivas. El amor no es una emoción, sino una mezcla de emociones asociadas a pensamientos particulares y una tendencia a querer estar cerca de la persona amada.

Habla de una orientación, afecto-cognitiva, que va acompañada de pensamientos que tienden a sobrevalorar al otro y pensar que posee todas las cualidades positivas.

Por otro lado Stendahl, 2008, describió el amor, como un desencadenamiento de pensamientos y emociones bajo el nombre de cristalización. Que consiste en la operación del espíritu, que aprovecha todo lo que se presenta para descubrir que el objeto amado cuenta con nuevas perfecciones.

Esta es la emoción más experimentada por una persona hacia otra, se manifiesta en desear su compañía, alegrarse con lo que es bueno para uno mismo. Este es el afecto que sentimos por otra persona, cosa, animal o idea. El desencadenante de la emoción de amor suelen ser variaciones subjetivas.

El amor en el sentido más amplio que podemos experimentar, es nuestra vida de adultos que contiene una gran parte del apego que desarrollamos por nuestras madres.

En cuanto a Fischer 1990, distingue entre dos clases de amor. Amor apasionado a veces denominado amor obsesivo o enamoramiento; es una emoción muy intensa caracterizada por el anhelo de unión con el otro. Amor de compañero, es el amor conyugal, de algún compañero, cariño que se caracteriza por una emoción lejana que combina sentimientos profundos, compromisos e intimidad y puede definirse como el afecto y ternura que sentimos por las personas que convivimos.

El amor a la familia, amor al arte, a la pareja, son un reflejo de la presencia de experiencias emocionales relacionadas con el amor, pero de forma muy diversa,

dado que el amor es una emoción positiva que se puede manifestar en varios aspectos.

3.5.3 Otra emoción de mayor importancia, es la felicidad ya que es la forma de valorar la vida en su conjunto. En la percepción y valoración global de las experiencias vitales, hay algunos factores más o menos estables que juegan un papel preponderante, principalmente la familia y el trabajo son aspectos importantes en las relaciones sociales, tiempo libre, ausencia de enfermedades, ingresos económicos congruencia entre lo que se posee y lo que se desea.

La felicidad es un estado de bienestar, y por tanto deseable y deseado.

La felicidad, se encuentra ligada con el bienestar ya que estos dos conceptos son intercambiables en el marco de la cotidianidad, son términos que hacen mención a un mismo eje de emociones positivas en el ser humano, ante determinadas situaciones o ante determinada realidad en la que se encuentra.

Podemos entender a la felicidad como un estado que conjuga el bienestar y los sentimientos positivos y que lleva a la persona a sentirse autorrealizada y a posicionarse con una actitud diferente ante la vida.

La felicidad no es algo que se pueda alcanzar fácilmente, o que nos venga desde el día de nuestra concepción, es algo que va mucho más allá de lo que podemos ver, tocar y soñar ya que está muy relacionada con nuestra forma de ver la vida y vivir las situaciones que se nos presentan.

3.5.4 El optimismo se ve como una cognición, pero no es solo eso, ya que el optimismo resalta un proceso más complejo y tiene su fundamento en como conceptualizar las causas, eventos y hechos que tienen lugar en nuestro alrededor.

Varios autores han mencionado que el optimismo es una emoción positiva ya que esta consiste en mirar el futuro de una manera más favorable, esto nos permite ver a la persona tener un mejor estado de ánimo y ser más perseverante con respecto a sus metas futuras.

Para una persona optimista los problemas se consideran como pasajeros, determinados y los atribuyen a causas externas, es así como estas personas aprenden a tener mayor control sobre el futuro a salir fortalecidos y encontrar beneficios en situaciones adversas, traumáticas o estresantes, fomentan las relaciones sociales y el éxito académico.

Cabe resaltar la importancia, de la diferencia que existe entre el optimismo y el pensamiento positivo, que está relacionada íntimamente con el carácter de verdad que posee las cosas y los sucesos; una persona optimista puede ver claramente cuáles son sus problemas y los afrontan, esperando que posteriormente obtengan

resultados favorables. Por el contrario, los pensamientos positivos, tendrían a tergiversar la realidad y a afirmar que todo lo que pasa es bueno, por ello cuesta mucho más que lleguen a afrontar la realidad. (Soulé, 2009)

Se puede promover el optimismo, cuando se reconoce e identifican los pensamientos que se cruzan por la mente en los peores momentos, ya que estos pensamientos afectan el estado de ánimo. Posteriormente se realiza una evaluación sobre estos pensamientos, para generar explicaciones certeras y alternativas y así utilizar pensamientos automáticos, para resolver adecuadamente esos pensamientos negativos.

El tener un pensamiento optimista nos brinda ventajas como presentar mejores habilidades de resolución de problemas, podemos tener una percepción optimista ante una enfermedad y así mejorar la calidad de vida, esto nos dará una vida más prolongada, seremos personas más sociables y felices.

3.5.5 Humor, también hablamos de la risa, ya que estas dos emociones se encuentran interrelacionadas y se llegan a complementar, es la risa externa la que nos habla del humor interno y sin la primera, el segundo no podría ser nunca descrito por las personas del exterior.

El buen humor nos lleva a ofrecer ayuda a los demás, estas personas también aportan nuevas ideas, tienen más en cuenta las sugerencias de los demás, cooperan fácilmente y elaboran mejores soluciones ya que examinan el problema metódica y rápidamente.

La gente con buen humor, está más dispuesta a aceptar riesgos moderados, en situaciones en las que el fracaso no sería demasiado costoso. Se sienten inclinados a intentar una solución novedosa en lugar de un procedimiento ya verificado.

El humor se ve reflejado en nuestros procesos de salud y enfermedad ya que se ve al humor como una válvula interna de seguridad que no permite liberar tensiones, disipar las preocupaciones, relajarnos y tratar de olvidarnos de todo, es así como podemos ver que este escape nos permite realizar un alto a todo lo que acontece y estresa y poder disfrutar de lo que se está viviendo en un determinado movimiento. (Alpizar, 2010).

3.5.6 La sorpresa es la sensación o emoción de algo.

Los indicadores físicos que menciona Darwin, son abrir mucho los ojos, enarcar las cejas, arrugar la frente, abrir la boca, hacer bocina con los labios, inspiración repentina por la boca, chascar la lengua, levantar los brazos con las palmas hacia afuera y los dedos separados y llevarse una mano abierta a la boca son indicadores claros de la alegría.

Eckman 2009, menciona que la alegría es espontánea, con poca duración y limitada. La mostramos ante una buena noticia y sobre todo inesperada, algo más

que se deriva de esta emoción es la comprensión de lo que se acontece y sobre todo lo inmerecido que podría ser para nosotros. Esta es una sensación que puede devolver la fé ante un mundo mejor.

Las emociones positivas ejercen una influencia favorable sobre la actuación del sistema inmunitario, transitoria o perdurable, en particular el apoyo social a personas con baja autoestima, los ayuda a mejorar su estado emocional y así lograr una constante estabilidad.

3.6 MANEJO Y CONTROL DE EMOCIONES.

Una de las cosas más difíciles de la vida es controlar emociones y los sentimientos. Su fuerza nos doblega con frecuencia nuestra voluntad y conducta. Los sentimientos a menudo nos traicionan y hacen que sin quererlo nos comportemos de manera inconveniente, en muchas ocasiones quisiéramos ser capaces de superar la tristeza, los celos, el sentimiento de culpa o incluso el odio que nos invade. Desearíamos controlar el mal humor, el rencor la prepotencia o la soberbia pero en realidad son emociones difíciles de controlar.

A lo largo de millones de años, nuestro cerebro moldea o construye lo nuevo sobre lo viejo, lo agrupamientos de neuronas sobre las primitivas redes celulares, la primitiva corteza cerebral sobre los agrupamientos neuronales interiores y la corteza cerebral moderna, la neocorteza sobre la corteza primitiva. O lo que es lo mismo, las emociones sobre los instintos y el razonamiento sobre las emociones y los sentimientos. Todo sigue en nuestro cerebro, los humanos somos seres racionales pero seguimos siendo también ser emotivos, dependientes de motivaciones e instintos primarios.

De ese modo la evolución ha conservado en los humanos la capacidad de afrontar situaciones amenazantes o de convivencia mediante reacciones emocionales. La eficacia de tales reacciones se basa en su carácter de reflejos inconscientes y automáticos.

La región del cerebro que hace posible el pensamiento racional y con él la búsqueda de soluciones a los problemas, la toma de decisiones y la planificación del futuro es la llamada corteza pre frontal, esta región se localiza en el lóbulo frontal la parte anterior del cerebro inmediatamente por detrás de la frente, lo relevante aquí es que la corteza pre frontal, al estar críticamente implicada. (Morgado I. 2010)

Un desajuste emocional se presenta cuando hay falta de oportunidad o adecuación de las reacciones propias o cuando hay una mala interpretación de las emociones de los otros.

Cuando las emociones no se expresan, no se denominan o no se adecuan a las situaciones del entorno aparecen las disfunciones. El desajuste emocional se

presenta cuando hay falta de oportunidad o adecuación de las reacciones propias o cuando hay una mala interpretación de las emociones de los otros.

De alguna manera se puede conseguir ejercer un control de emociones cuando se desactiva o estimula una emoción en función de las circunstancias, manejado adecuadamente la atención y así logrando un equilibrio entre el tipo de temperamento del sujeto y el tipo de relación que mantiene con el medio que le rodea. (Del Barrio.M , 2002)

Es muy importante reflexionar acerca del miedo que se les tiene a las emociones y a su expresión en muchos ambientes, por lo que es conveniente sabe manejar las emociones, esto incluye reconocerlas, vivenciarlas y expresarlas externamente, reconocer una emoción es importante, cuando la persona ha estado acostumbrada a reprimirlas por miedo a lo que puede pensar o imaginas las personas que se encuentran cerca de ella. Tanto ha influido en su vida el rechazo al coraje o al miedo, que llega a no detectarlos cuando tiene lugar en su propio organismo. Vivenciarlas significa tener conciencia clara de ellas, asumirlas de manera consciente, con todo el malestar que pudiera traer consigo. Expresarlas externamente implica saber controlar la emoción para que no haga daño a otras personas.

Cuando se reprime una emoción significa negarla, no tomar conciencia de ella y no expresarla exteriormente. Este acto puede ser consciente en alguna ocasión especial, y en tal caso no produce un daño en el organismo, con tal de que el mismo sujeto exprese la emoción contenida en una ocasión próxima y apropiada.

La represión es nociva cuando se efectúa en forma inconsciente. En tal caso el sujeto no se da cuenta de esta operación y el resultado es la afloración de emociones sustitutas que aparentemente no tienen razón de ser. Este funcionamiento biológico será la causa de que posteriormente el sujeto experimente una emoción exagerada como puede ser la culpa, depresión o incluso vergüenza, ante un suceso que no lo amerita en circunstancias normales.

El hecho de no tener conciencia de una emoción parecería una contradicción; sin embargo, en toda emoción se distinguen dos aspectos, el fisiológico y el psicológico; el primero se refiere a los cambios visibles en el organismo y el segundo a la toma de conciencia de la emoción. Es así como una emoción inconsciente solamente se presenta en el aspecto fisiológico, pero no el psicológico; es decir el sujeto no toma conciencia de los efectos glandulares que se producen en el organismo. Cuando una persona tiene interés en no experimentar miedo, coraje, envidia o alguna otra emoción que ha sido calificada como negativa, llega a sugestionarse y en efecto, no las experimenta en ocasiones normales. El problema es que el organismo guarda los efectos fisiológicos de esta emoción reprimida y posteriormente, los hace sentir de una u otra manera.

El reconocimiento de las propias emociones requiere que seamos capaces de percibir las como tales cuanto antes, de darnos cuenta enseguida de la cualidad de ese estado de ánimo, de notar que lo que estamos viviendo es una emoción. Y ellos puede llevarnos a analizar porque nos pasa lo que no pasa, es decir podemos investigar cual es la causa de que estamos así, el origen de ese sentimiento. El mismo análisis nos hará razonar sobre el posible curso temporal de la emoción, poniéndonos en guardia para controlar en lo posible su expresión, aunque no podamos evitar lo que sentimos.

Quien es un momento determinado siente miedo o frustración y se da cuenta de que eso no es un estado racional sino afectivo, empieza a analizar las causas que le producen ese miedo, cuánto puede durar, como se sentirá dentro de un rato, que es lo que le conviene hacer en esos casos según sus experiencias precedentes, etc. Quien no entiende sus emociones queda a su merced, con escaso control de su propio comportamiento y expuesto a reacciones indeseables que pueden más tarde comprometerlos a situaciones de conflictos.

Las personas emocionalmente inteligente, es además capaz de comunicar sus emociones utilizando todos sus recursos a sus alcance, como la expresión de su cara, sus gestos, postura corporal y tono de voz. Con ello además expresa sus propios afectos, su aprobación o desaprobación, su comprensión o incomprensión, su confianza o su desconfianza. El lenguaje sentimental, la capacidad de expresión de los sentimientos, es otro de los elementos críticos constitutivos de la inteligencia emocional.

Ya sabemos que una característica crítica de la inteligencia emocional es la capacidad de controlar y regular las emociones, de saber tranquilizarse y controlar la expresión abierta de los sentimientos. No se trata de reprimir las respuestas emocionales, de ocultar los sentimientos y ser frío, sino de saber administrarlos porque cada emoción lleva una importante información y tiene un valor aprovechable.

CAPITULO 4

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

"Aprendo a manejar y controlar mis emociones negativas"

4.1.JUSTIFICACIÓN

En la presente se desarrollara un taller, sobre el manejo y control de emociones, dirigido a padres de familia, con diagnóstico de discapacidad intelectual profunda.

La discapacidad intelectual, es un diagnóstico difícil de aceptar, sobre todo a los padres que jamás imaginaron pasar por este tipo de situaciones, lo que les genera un conflicto emocional difícil de identificar.

Las familias comienzan a manifestar una serie de emociones negativas, como miedo, ira, tristeza e impotencia, entre otras, lo que les lleva a tomar decisiones equivocadas, puede verse involucrado un rompimiento en el núcleo familiar, de no ser así, los padres se enfrascan en sus emociones sin saber que los lleva a una inestabilidad emocional, que en determinado tiempo provoca pérdidas sociales, laborales, familiares y personales.

Los padres viven desmotivados, tristes e incluso deprimidos o por el contrario, enojados, resentidos y violentos con sus propios hijos y pareja. En donde se percibe un claro sentimiento de culpa del diagnóstico de su hijo.

Por ello se diseñó una propuesta de taller, con el fin de apoyar, aprender e identificar las emociones básicas, le darán nombre a sus sentimientos y controlaran esto, por medio de diversas técnicas de relajación, respiración, escritura reflexiva y diálogo.

A través de estas técnicas, los padres de familia desahogaran y manifestarán su sentir emocional negativo, de tal manera que haya un autocontrol, para ponerle límites a las emociones que les provocan insatisfacción. Esto les llevara a una estabilidad emocional en la que podrán controlar sus emociones.

4.2 OBJETIVO GENERAL

Al final del taller, los participantes, serán capaces de controlar sus emociones negativas, ante situaciones que salen de su control.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

Reconocerán las emociones.

Comprenderán las causas que producen las emociones negativas.

Expresar las emociones negativas.

Resolverán conflictos personales de manera pacífica.

Conocer las técnicas básicas de relajación y respiración para aplicarlas en la vida cotidiana

4.3 PARTICIPANTES

Grupo de 15 a 20 padres de familia de 25 a 35 años de edad, con hijos de diagnóstico de retraso mental severo, sin tomar en cuenta grado escolar, que vivan en el municipio de Naucalpan de Juárez, Estado de México y presenten conflictos en el control de emociones debido al diagnóstico del menor.

4.4 INSTRUMENTOS Y MATERIALES

Nombre	Cantidad
Hojas rotafolio	25 piezas
Hojas blancas	100 piezas
Plumones de colores	50 piezas
Gomas	20 piezas
Lápices	20 piezas
Bolígrafos tinta negra	25 piezas
Fotocopias de la prueba psicológica	20 juegos
Fotocopias de reglas del taller	20 juegos
Fotocopias de inventario de emociones	20 juegos
Fotocopias de estrategias de apoyo	20 juegos
Fotocopias de directorio de profesionales	20 juegos
Proyector	1 pieza
Computadora	1 pieza
Pizarrón blanco	1 pieza
Borrador	1 pieza
Pelotas antiestrés.	50 piezas

4.5 ESCENARIO.

La propuesta se pretende llevar a cabo en el CRI (Centro de Rehabilitación Infantil, ya que cuenta con los participantes adecuados, debido al diagnóstico con el que se trabaja en este centro y se brinda atención psicológica integral como apoyo a los familiares de niños con dicha discapacidad.

El escenario será una sala de reuniones, con buena iluminación, aire acondicionado adecuado, toma eléctrica y salida de emergencia.

El aula debe encontrarse en adecuadas condiciones de higiene, con 30 sillas cómodas y resistentes disponibles para los participantes y escritorio para el facilitador.

4.6 PROPUESTA DE EVALUACIÓN.

Se aplicará un pre-test y pos-test de 20 preguntas cada uno, para evaluar el nivel de conocimiento sobre el tema de emociones negativas, control y manejo.

4.7 CARTAS DESCRIPTIVAS.

Con base en el código ético del psicólogo 2010, se diseñó el taller de 5 sesiones, agrupados en una carta descriptiva que incluye diversas técnicas de respiración, reflexión, diálogo entre otras, para el control de emociones, en dónde se espera el respeto, la confidencialidad, seguridad y bienestar de cada uno de los integrantes que participarán en dicho taller.

A continuación se detallara el taller, que se impartirá durante 5 sesiones, con una duración total de 20 horas.

TALLER "APRENDO A MANEJAR Y CONTROLAR MIS EMOCIONES NEGATIVAS"

Objetivo específico. Al finalizar esta sesión los participantes se habrán integrado en equipo y conocerán los tipos de emociones que existen e identificarán las negativas, para comenzar a favorecer un equilibrio emocional.

Instructor. Psicólogo con experiencia en el manejo de grupos y conocimientos básicos sobre el tema de emociones.

Sesión	Actividad	Procedimiento	Materiales	Tiempo
1	Bienvenida y presentación.	El facilitador da la bienvenida a los participantes, se presenta y explica la metodología del taller. Los integrantes se presentaran a través de la dinámica, "saludo con las partes del cuerpo", para romper el hielo e integrarse en equipo. (Anexo 1)		30 minutos
	Encuadre.	Se entregarán las reglas que se aplicarán dentro del aula de trabajo. Se definirán los términos respeto confidencialidad, compromiso, asistencia, participación y honestidad. (Anexo 2)	Fotocopias de reglas del taller.	20 minutos
	Aplicación de cuestionario sobre las expectativas del grupo.	Se le entregará a cada integrante un cuestionario, para conocer las expectativas del taller y ellos mismos conozcan cual será su función dentro de este. (Anexo 3)	Fotocopias de cuestionario y bolígrafos.	40 minutos
	Aplicación Pre-test	Se aplicará de forma grupal un cuestionario sobre el tema de emociones, para saber los conocimientos básicos de los participantes. (Anexo 4)	Fotocopias de cuestionario y bolígrafos.	30 minutos

	Breve receso	Se entregará un desayuno ligero a los integrantes del taller.	Sándwich, galleta y jugo o café	20 minutos
	Presentación del tema emociones	Se definirá el tema emociones, explicando las negativas y positivas, qué son, cual es su función y el manejo de ellas. (Anexo 5)	Proyector. Laptop Fotocopias del tema emociones	40 minutos
	Como reaccionó ante mis emociones.	Se entregarán dos tarjetas al azar a cada participante, cada tarjeta tendrá escrita una emoción ya sea positiva o negativa, aquí el participante realizará una escenificación sobre la emoción que le corresponda. (anexo 6)	Tarjeta de emociones	40 minutos
	Aclaración de dudas	Se aclaran las dudas que tengan los integrantes del taller, respecto al tema explicado.		15 minutos
	Despedida	Se agradecerá a los participantes su asistencia y participación.		5 minutos

Objetivo específico. Al término del taller, los participantes identificarán las emociones positivas y negativas, conocerán los aspectos importantes que pueden alterar sus emociones, para así comenzar a desarrollar nuevas habilidades positivas que mejoren su estado emocional.
Instructor. Psicólogo con experiencia en el manejo de grupos y conocimientos básicos sobre el tema de emociones.

Sesión	Actividad	Procedimiento	Materiales	Tiempo
2	Técnica detención del pensamiento.	Se le entregará una tarjeta a cada participante, en dónde deberá cambiar los pensamientos negativos que se encuentran escritos, por pensamientos positivos. (Anexo 7)	Tarjetas de pensamientos.	20 minutos
	Reflexión sobre la actividad anterior.	Integrantes al azar, compartirán las respuestas sobre la actividad anterior y reflexionaran sobre la importancia y beneficios que tienen las situaciones incómodas, que se presentan en la vida cotidiana, al cambiarlos de manera positiva.		40 minutos
	Cortometraje "El circo de las mariposas".	Los participantes observarán el cortometraje, que trata del tema de discapacidad, con el fin de comprender y tener una perspectiva diferente sobre la condición del ser humano y así generar conciencia sobre la serie de emociones negativas que sufren los individuos ante cierta dificultad física.	Proyector Laptop	30 minutos
	Catarsis de los participantes.	Cada uno de ellos hablará brevemente sobre sus emociones y el sentir que tienen ante la discapacidad de su hijo. El grupo deberá brindar apoyo.		30 minutos.
	Breve receso.	Se brindará un ligero desayuno para todos.	Sándwich, gelatina y jugo o café	20 minutos
	Técnica "El que se enoja pierde"	Se les pedirá a los miembros del taller, que completen algunas oraciones, que se encuentran escritas en un rotafolio, relacionadas con el enojo. (Anexo 8)	Papel bond plumones	30 minutos

	Discusión de la actividad anterior	Se invita a los participantes a encontrar un punto de partida, sobre la emoción del enojo y discutir el tema, para encontrar soluciones y aplicar lo aprendido en nuestra vida.		35 minutos
	Despedida	Se agradece la participación de los integrantes del taller.		5 minutos

Objetivo específico. Al finalizar esta sesión, los participantes, habrán aprendido algunas técnicas básicas de relajación, para realizarlas en su vida cotidiana y desahogaran emociones a través de la escritura y el diálogo para hacer reflexionar sobre su pensamiento negativo.

Instructor. Psicólogo con experiencia en el manejo de grupos y conocimientos básicos sobre el tema de emociones.

Sesión	Actividad	Procedimiento	Materiales	Tiempo
3	Bienvenida.	Se les da la bienvenida a los participantes durante esta tercera sesión.		10 minutos
	Conocimiento teórico, sobre las técnicas de respiración, para el control de emociones negativas.	Se le entregara a cada uno de los participantes, material impreso sobre estas técnicas, las cuales se irán definiendo a través de la presentación en power point y al finalizar se aclaran dudas. (Anexo 9)	Laptop proyector material impreso	60 minutos
	Desahogo de emociones	Los integrantes escribirán sin censura ni prejuicios, aquellos sentimientos negativos que tienen guardados o enfrascados hacia personas que ellos consideran que les han hecho daño. (Por ejemplo amigos o familiares a los que no les hablen o vivan resentidos con ellos, por alguna conflicto personal)	Hojas blancas Bolígrafos	30 minutos
	Escuchándose a ti mismo.	Una vez desahogadas las emociones, cada participante se sentará frente a una silla vacía, en dónde imaginará que ahí se encuentra sentada la persona que más lo ama, que lo comprende y que es la más sabia que ha conocido. Comenzará una conversación con esa persona, en dónde le platicará todo lo que había escrito anteriormente, después el mismo participante, se sentara en la otra silla, en dónde volverá a imaginar que es la misma persona con la que ya había hablado, de esta manera iniciarán un diálogo en dónde		30 minutos

		el mismo participante ira encontrado respuestas sobre su situación.		
	Breve receso.	Desayuno ligero para todos.	Sándwich, galleta y jugo o café.	20 minutos
	Escritura reflexiva.	Se entregará a los participantes una hoja en blanco con bolígrafo y cada uno de ellos escribirá una situación que recuerde, en dónde no pudo controlar sus emociones y le ha generado conflicto con la persona o situación que lo provocó. Describirá detalladamente, cuál fue el motivo, cómo reaccionó, si daño o perjudicó a terceras personas, cuánto tiempo tardó en controlarse, y cuantas veces le ha ocurrido la misma situación.	Hojas blancas Bolígrafos	30 minutos
	Apoyo grupal	Concluida la dinámica anterior, cada participante leerá en voz alta y ante el grupo lo que escribió. El grupo escuchará atentamente y dará su apoyo, sugiriendo alternativas o en dado caso, que harían ellos ante esa situación. A través de esto buscamos que el participante elimine ese sentir negativo que tiene ante otras personas. Para que pueda sentirse mejor con el mismo y vaya desechando poco a poco sus sentimientos negativos. En caso de haber llanto, apoyaremos a través del silencio y permitiremos que el participante concluya su catarsis.		50 minutos
	Despedida.	Se agradece a los integrantes su escucha, respeto y participación.		10 minutos

Objetivo específico. Al término de esta sesión, los participantes habrán mejorado su estado emocional, ya que trabajarán y aplicarán lo aprendido en casa. Se les mostraran ejercicios físicos acompañados de técnicas de respiración, para disminuir, la ansiedad, el estrés, sus angustias, miedos e ira. De esta manera sabrán que la actividad física mejorará su calidad en el aspecto de salud.

Instructor. Psicólogo con experiencia en el manejo de grupos y conocimientos básicos sobre el tema de emociones.

Sesión	Actividad	Procedimiento	Materiales	Tiempo
4	Manual de ejercicios físicos en casa.	Se entregará a los integrantes un breve manual y se explicaran los beneficios, que tiene llevar actividades físicas y dieta balanceada en casa. (Anexo 10)	Fotocopias del manual	40 minutos
	Ejercicios sobre el control de respiración.	Se le darán las indicaciones al grupo, sobre la manera en que deben colocarse recostados en el piso, sobre una almohada cómoda, relajados y tranquilos. En cada ejercicio se le pedirá recordar o pensar en la persona con quién vive un enojo, miedo o alguna situación que le genere ansiedad o ira. Posteriormente colocaran las manos sobre el abdomen, inspirando a través de la nariz, mantener el aire de 1 a 2 segundos y sacarlo por la boca lentamente, se realizaran 10 tiempos. En esta misma posición, colocaran sus manos en las ultimas costillas, cerca de la cintura, aspirará con la nariz, mantendrá el aire de 1 a 2 segundos, enseguida sacara el aire por la boca lentamente, hasta que no haya quedado nada, por 10 tiempos. Ahora sentados sobre una silla cómoda, se colocaran con la espalda recta y las piernas ligeramente separadas, pondrán las manos sobre las rodillas cruzándolas, inspiraran por la nariz y al mismo tiempo, subirán los brazos formando una "V" con ellos, espiraran por la boca e irán bajando las manos lentamente hasta volver a poner las manos cruzadas sobre las rodillas.	Almohadas cómodas	60 minutos



		<p>Terminados los 10 tiempos, pondrán la mano derecha sobre su hombro derecho, doblando el codo mientras sacan el aire con los labios, bajarán el tronco hasta apoyar el codo sobre la rodilla izquierda. Al inspirar por la nariz, subirán el codo hacia arriba, pasados los 10 tiempo se hace lo mismo con el codo izquierdo.</p> <p>Sentados con la espalda recta se les pedirá que levanten los brazos por delante del tronco hasta el máximo que puedan por encima de su cabeza y mantenerlos es esa posición durante 3 segundo y bajarlos después de 5 tiempo, abrirán los brazos hasta la altura de los hombros, mantenerlos de 3 a 5 segundo y bajarlos, finalmente con los brazos extendidos flexionarán los codos y los mantendrán de 3 a 5 segundos, por 5 tiempos cada uno.</p> <p>NOTA. El facilitador no puede hablar o interrumpir a los integrantes del taller, ya que mientras ellos realizan estos ejercicios están recordando el momento negativo que se les había pedido y puede distraerlos y hacer perder la emoción.</p>		
	Breve descanso	Se proporcionará desayuno para todos.	Sándwich, galleta, jugo o café.	20 minutos
	Pensamiento Positivo.	Cada integrante debe colocar una mano abierta en su frente cubriendo un poco las cejas y la otra mano abierta en la parte trasera de la cabeza, cerrará sus ojos y mentalmente dirá 10 frases positivas sobre él y la manera en la que le gustaría comenzar a vivir, quitando sus miedos.		20 minutos
	Obra de teatro.	Los integrantes del taller, crearán una breve obra de teatro, a la que le asignarán nombre, el punto central de la obra, será interpretar las emociones tanto positivas como negativas que hemos revisado, todos participarán en la obra.	Hojas blancas Bolígrafos Hojas de colores Plumones, marcadores y papel	60 minutos

	Reflexión.	Algunos integrantes al azar, explicarán como sienten sus emociones al interpretarlas.	bond	20 minutos
--	------------	---	------	------------

Objetivo específico. En esta última sesión escucharemos al grupo esperando que hayan quedado claros las actividades y ejercicios realizados durante el taller. Se revisará que se hayan cumplido las expectativas de los integrantes y se cerrará el taller con reflexiones que ellos mismos proporcionarán al grupo.

Instructor. . Psicólogo con experiencia en el manejo de grupos y conocimientos básicos sobre el tema de emociones.

Sesión	Actividad	Procedimiento	Materiales	Tiempo
5	Pelota antiestrés	Se le entregará a cada integrante una pelota blanca antiestrés, elaborada de hule-espuma, cada uno de ellos, con un plumón de aceite, escribirá en ella, una frase que lo motivé o el nombre de la persona más importante que mejores recuerdos le traiga a su vida. Se les explicará a los integrantes que esta pelota formara parte de su vida ya que siempre cargaran con ella y la utilizarán en los momentos que se sientan cansados, aturcidos, aburridos o estresados, dándole fuertes apretones una y otra vez con ambas manos y leerán lo que habían escrito anteriormente, para que esto mejore su estado de ánimo.	Pelotas antiestrés Plumones	30 minutos
	Árbol de las emociones	Se entregarán a los integrantes 5 hojas, previamente diseñadas, con la imagen de un árbol, dentro de este árbol estará escrita una emoción y ellos definirán esa emoción, de acuerdo a lo aprendido durante el taller y escribirán 5 nombres de personas cercanas que les provocan esta emoción. (Anexo 11)	Fotocopias del árbol de emociones.	30 minutos
	Evaluación post-test	Se retomará el cuestionario aplicado en la primera sesión, para confirmar los conocimientos adquiridos durante el taller, sobre el tema de emociones y el control de ellas. (Anexo 4)	Fotocopias del cuestionario.	60 minutos

	Breve receso	Se entregará un desayuno ligero a los integrantes.	Sándwich, galleta y café o jugo.	20 minutos
	Reflexión grupal	Los miembros del taller participarán de manera voluntaria, aportando una serie de frases motivacionales para los padres de familia, referente al diagnóstico de su haciéndoles ver que no se encuentran solos y hay diversas formas de apoyo en cuanto al tema.		40 minutos
	Evaluación del facilitador.	Cada integrante con una hoja y bolígrafo, expondrá si fueron cumplidas sus expectativas, dará su opinión sobre el trabajo del facilitador, proponiendo y propondrá nuevas ideas de trabajo para mejorar el taller de control de emociones a futuro.	Hojas blancas Bolígrafos	20 minutos
	Tiempo de dudas.	Se les pedirá a los participantes que expongan sus dudas, para ser aclaradas de forma grupal.		20 minutos
	Entrega de constancia y directorios de apoyo	Se entregara una constancia a cada integrante por la participación y asistencia al taller, al igual que un directorio de especialistas para que les brinde apoyo en caso de considerarlo necesario. (Anexo 12 y 13) Finalmente se les hará la invitación para los próximos talleres que se realizarán sobre temas similares. Se agradece la participación a los padres de familia.	Constancias y directorios	20 minutos

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- Albertoni, F. (2006). *Los envidiosos. ¿Qué y a quién envidiamos?* .Barcelona: Gedisa.
- American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and Statistical manual of mental disorders (4ª. ed). Whashington, DC, EE.UU; Autor.*
- AMMR. (*American Association on mental retardation*) (10ª.ed) (2002). Madrid: Alianza Editorial
- André, C & Lelord, F. (2001). *La fuerza de las emociones*. Barcelona: Kairos.
- Ariel, U & Yuni, A. (2008). *La discapacidad en la escena familiar*. Córdoba: Encuentro.
- Bauab, A. (2001). *Los tiempos del duelo*. Rosario Argentina: Homo Sapiens.
- Barbaranne, J. (1998). *Un niño especial en la familia. Guía para padres*. México: Trillas.
- Bauleo, A. (1982). *Ideología, grupo y familia*. México: Folios ediciones.
- Bisquerra, A. (2000). *Educación emocional y bienestar; Colección educación emocional*. Barcelona: Cisspraxis. S.A.
- Bucay, J. (2010). *El camino de las lágrimas*. Barcelona: Grijalbo.
- Carr, C & Swartz, J. (1990). *Retardo mental; concepto para un cambio institucional*. México: Trillas.
- Cheshir, C & Solomón. R. (1989). *Lecturas clásicas de Psicología- Fisiológica; ¿Qué es una emoción?* México: Fondo de la Cultura Económica.
- Chóliz, M. (2005). *Psicología de la emoción; El proceso emocional*. Depto. de Psicología básica: Universidad de Valencia.
- Collins, A., Clare, G & Ortony, A. (1998) *La estructura cognitiva de las emociones*. España: Siglo Veintiuno, S.A.
- Damasio, R. (2005). *En busca de Spinoza; Neurobiología de la emoción y los sentimientos*. España: Criticas.
- De pablo, B & Rodríguez, J. (2010). *Manual práctico discapacidad intelectual*. Madrid: Síntesis.

Esquirol, J. (1838). *Des maladies mentales considérées sous les rapports médical hygiénique et médico-légal*. Libraire de L'Académie royale de medecine.

Ekman, P. (2009). *Sabiduría emocional*. España: Kairos.

Esteinou, R. (2008). *La familia; introducción al estudio de sus elementos*. México: Textos Mexicanos.

Fernández, B. (2009). *Darwin y el misterio de las emociones*. Laboratorio de la emoción de la UMA: (Universidad de Málaga).

Girard, R. (2006). *Los orígenes de la cultura*. Madrid España: Trotta. S.A.

Glenn, D. (2005). *Que hacer por su hijo con lesión cerebral*. México: Diana.

Gutiérrez, S. (1999). *Psicología*. México: Esfinge S.A de C.V.

Hoffman, L. (1987). *Fundamentos de la terapia familiar*. México: Fondo de la Cultura Económica. S.A de C.V.

Horney, K. (1950). *Philosophy; Psychoanalysis*. EE.UU: Opensource.

Ingalls, P. (1982). *Retraso mental; la nueva perspectiva*. México: Editorial Moderno.

Izard, C. (1977). *Human emotions*. New York: Springer.

Lazarus, R. (1991). *Cognition and motivation in emotion*. EE.UU: American psychologist.

Limifana, R & Patró, R. (2004). *Mujer y salud; trauma y cronificación en madres discapacitadas*. España: Universidad de Murcia.

Macías, G & Valadéz, T. (2008). *Emociones y sentimientos; el vehículo de las emociones, memoria y sentimientos de la modulación afectiva*. México: Trillas.

Mead, M. (1980). *Cultura y compromiso*. Barcelona: Gedisa.

Membrillo, L. (2008). *Familia. Introducción al estudio de sus elementos*. México: Textos mexicanos.

Mora, F. (2008). *El reloj de la sabiduría. Tiempos y espacios en el cerebro humano*. Madrid: Alianza.

Núñez, B. (2008). *Familia y discapacidad de la vida cotidiana a la teoría*: Autor.

Reeve, J. (1994). *Motivación y emoción*. México: Mc Graw-Hill. Madrid.

- Reyes, L. (1991). *Depresión y angustia; curso fundamental de tanatología México*: el autor.
- Ríos, G. (1998). *La familia, realidad y mito*. Madrid: Centro de estudios Areces, S.A.
- Rosenweing, R & Leiman, A. (2003). *Psicología- Fisiológica*. México: Mc Graw-Hill.
- Sociedad Mexicana de Psicología. (2010). Código ético del Psicólogo. México: Trillas.
- Snack, S. (1974). *Teoría interpersonal de la psiquiatría*. Buenos Aires: Psique.
- Soulé, G. (2009). *Papás especiales para niños especiales*. México: Planta Mexicana, S.A de C.V.
- UNICEF. (Noviembre, 2003). *Nuevas formas de familia. Perspectivas nacionales e internacionales*: Fondo de las naciones unidas para la infancia.
- Velasco, C. & Sinidalbi, G. (2001). *Manejo del enfermo crónico y su familia (sistemas, historias y creencias)*. México-DF: El manual moderno.
- Verdugo, A. (2002). *Análisis de la definición de la discapacidad intelectual de la Asociación Americana sobre retraso mental*: Instituto Universitario de Integración de la Comunidad Universidad de Salamanca (revista española. Vol. 34. Pág. 5-19).
- Vigotsky, L. (2004). *Teoría de las emociones; Estudio Histórico-Psicológico*. Madrid: Akal, S.A.
- Walton, S. (2004). *Humanidad, una historia de las emociones*. Madrid: Taurus Historia.

ANEXOS

ANEXO 1

Dinámica de saludo con partes del cuerpo.

El facilitador invita a formar dos círculos (uno dentro de otro), con igual número de participantes y pide que se miren frente a frente. Poniendo música alegre de fondo.

Se les indica que se presenten con la mano y digan su nombre, a qué se dedican y qué es lo que les gusta y lo que no les gusta.

Inmediatamente el facilitador da la señal para que se rueden los círculos cada uno en sentido contrario, de tal manera que le toque otra persona enfrente.

Se les pide saludarse dándose un abrazo y realizar las mismas preguntas. Vuelven a girar y esta vez se deben saludar con los pies, posteriormente con los codos, los hombros, la cabeza y aquellas partes del cuerpo que se vayan ocurriendo.

Esta dinámica tiene como función principal integrar al grupo, bajar la ansiedad y romper el hielo.

ANEXO 2

Reglas dentro del aula

El respeto es el valor que les brindamos a los demás, supone un trato amable y cortés, lo cual se espera recibir lo mismo del otro.

Es por eso que este taller se basara en este valor tan importante y básico para el ser humano.

- Para tomar la palabra hay que levantar la mano, solo se habla cuando llegue el turno, es decir respetando y escuchando a los que se encuentran participando.
- El coordinador podrá dar prioridad a aquel participante que no haya hablado o que haya hablado poco.
- No se deben hacer conversaciones aparte, mientras alguien hace uso de la palabra.
- Colaborar con las actividades que se realizarán dentro del grupo.
- Todo integrante debe tener claro cuál es su responsabilidad y el trabajo que le fue asignado.
- Tratar de ser puntual, para que los demás no tengan que explicarle lo ya hablado.
- Tener presente el objetivo del taller.
- Escuchar, no interrumpir y respetar los puntos de vista de todos los miembros del grupo.
- Evitar conflictos personales, críticas destructivas y conversaciones que distraigan la atención del grupo.
- Se le indica a los participantes que, de acuerdo al código ético del psicólogo, todo lo que se exponga dentro del aula es totalmente confidencial.

¡GRACIAS!

ANEXO 3

Nombre. _____

Cuestionario de expectativas.

1. ¿Por qué estoy aquí?: _____

2. ¿Qué interés tengo al recibir este taller?: _____

3. ¿Cuáles son mis expectativas?: _____

4. ¿Qué deseo aprender en este taller?: _____

5. ¿Tengo algún conocimiento previo, sobre el tema de emociones?: _____

6. ¿Qué pregunta, le gustaría a usted que contestáramos en este taller?: _____

7. ¿Qué espera del facilitador?: _____

Gracias. Esperamos cumplir sus expectativas.

ANEXO 4. Cuestionario.

El siguiente cuestionario pretende recolectar información sobre los conocimientos básicos del tema de emociones, por lo que le sugerimos lea cuidadosamente cada una de ellas y responda de manera clara y sencilla.

1. ¿Cómo define una emoción?
2. ¿Cuáles son las bases neurobiológicas del origen de las emociones?
3. ¿De qué manera se pueden identificar las emociones?
4. ¿Cuál es función principal de las emociones?
5. ¿Por qué es importante el control de emociones?
6. ¿Cómo define las emociones positivas?
7. Mencione 5 emociones positivas, definiendo cada una de ellas.
8. ¿Cuales emociones negativas conoce?
9. ¿Pueden las emociones influir en nuestra salud?
10. ¿De qué manera afecta una persona al no poder controlar sus emociones?
11. ¿Qué pasa en nuestro organismo, cuando se reprimen las emociones?
12. ¿De qué manera influyen o perjudican mis emociones negativas en el ámbito familiar?
13. ¿Qué técnicas conoce para el manejo de control de emociones?
14. ¿De qué manera se puede diferenciar el enojo de la ira?
15. ¿Qué es el amor?
16. ¿Qué reacciones fisiológicas se presentan ante el miedo?
17. ¿Qué diferencias se encuentran entre la tristeza y depresión?

ANEXO 5

EMOCIONES.

Las emociones son alteraciones súbitas, rápidas e intuitivas de nuestro estado de ánimo que experimentamos casi sin darnos cuenta. Son provocadas por ideas, recuerdos o acontecimientos que producen reacciones rápidas que conducen a actuar en función de lo que sentimos en ese momento.



La función de las emociones fundamentalmente se desencadena en situaciones que representan una apuesta vital para nosotros en términos de supervivencia o estado. Las emociones han sido un factor favorable en la supervivencia y la reproducción de todos los antepasados de nuestra especie.

Las emociones dan color, profundidad y riqueza a la experiencia humana, pueden también causar rupturas espectaculares en el juicio y la acción, tales rupturas pueden tener consecuencias profundas y a veces terribles para los individuos y para la sociedad.

Todas las emociones tienen alguna función que les confiere utilidad y permite que el sujeto ejecute con eficacia las reacciones conductuales apropiadas y ello con independencia de la cualidad hedónica que generen, incluso las emociones más desagradables tienen funciones importantes en la adaptación social y el ajuste personal.

Las emociones pueden ser positivas o negativas. Las negativas afectan a nuestro estado de ánimo y perjudican seriamente nuestra salud emocional.

La emoción producida da paso a un estado de ánimo que denominamos sentimiento. Así por ejemplo, después de una emoción súbita de tristeza producida por una mala noticia (desastres naturales, hambre, accidentes.) nos produce un sentimiento de frustración, impotencia o decaimiento de no poder hacer algo ante ello.

Las emociones positivas, son aquellas que nos resultan sanas y saludables: algunas de ellas son, la alegría, satisfacción, amor, generosidad, la tolerancia y la humildad. Experimentarlas demuestra nuestra inteligencia emocional.

Vivirlas en nuestras relaciones con los demás es la mejor manera de cuidar de nosotros mismos. Las emociones positivas nos proporcionan algunos efectos, como equilibrio, tranquilidad, relajación y aumenta nuestra autoestima.

A continuación explicaremos brevemente algunas emociones positivas.

El amor es una de las emociones básicas que son consideradas positivas. Ya que a través de este sentimiento mostramos lo que verdadera sentimos hacia otras personas.



La alegría es una emoción, que produce un suceso favorable, las principales causas de alegría se debe a las relaciones con los amigos, satisfacciones básicas, como come, beber y sexo. La alegría es una emoción capital.

La palabra alegría es sinónimo de animación, es una exaltación del ánimo. La alegría refiere a una vibración afectiva que registra el placer de vivir, crecer y obtener bien, un logro o un anhelo.

Como forma emocional la alegría es aguda, seca y brillante, su esencia resplandece, como una luz que irradia.



La felicidad es un estado de bienestar, y por tanto deseable y deseado. La felicidad no es algo que se pueda alcanzar fácilmente, o que nos venga desde el día de nuestra concepción, es algo que va mucho más allá de lo que podemos ver, tocar y soñar, ya que está muy relacionada con nuestra forma de ver la vida y vivir las situaciones que se nos presentan.

En cuanto al optimismo, una persona puede considerarse como pasajero de determinados conflictos, ya que los atribuye a causas externas, es así como estas personas aprenden a tener mayor control sobre el futuro a salir fortalecidos y encontrar beneficios en situaciones adversas, traumáticas o estresantes, fomentan las relaciones sociales y el éxito académico.

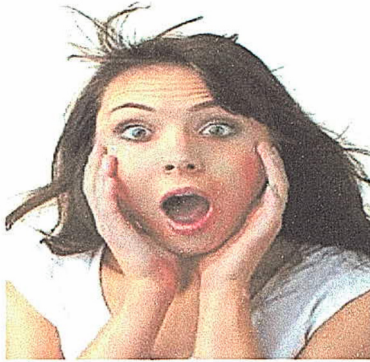
El tener un pensamiento optimista nos brinda ventajas como presentar mejores habilidades de resolución de problemas, podemos tener una percepción optimista ante una enfermedad y así mejorar la calidad de vida, esto nos dará una vida más prolongada, seremos personas más sociables y felices.



Se considera el humor como una emoción positiva, ya que nos lleva a ofrecer ayuda a los demás, estas personas también aportan nuevas ideas, tienen más en cuenta las sugerencias de los demás, cooperan fácilmente y elaboran mejores soluciones, ya que examinan el problema metódica y rápidamente. La risa constante es un símbolo de buen humor.

La gente con buen humor, está más dispuesta a aceptar riesgos moderados, en situaciones en las que el fracaso no sería demasiado costoso. Se sienten inclinados a intentar una solución novedosa en lugar de un procedimiento ya verificado.

La sorpresa es espontánea, con poca duración y limitada. La mostramos ante una buena noticia y sobre todo inesperada, algo más que se deriva de esta emoción es la comprensión de lo que se acontece y sobre todo lo inmerecido que podría ser para nosotros. Esta es una sensación que puede devolver la fe ante un mundo mejor.



Las emociones positivas ejercen una influencia favorable sobre la actuación del sistema inmunitario, transitoria o perdurable, en particular el apoyo social a personas con baja autoestima, los ayuda a mejorar su estado emocional y así lograr una constante estabilidad.

Por otro lado podemos ver que las emociones negativas, son desagradables, se experimentan cuando se bloquea una meta, ante una amenaza o una pérdida. Estas emociones requieren energía y movilización para afrontar situaciones urgentes

El miedo es una emoción negativa que es captada como la reacción ante un peligro, cuando un individuo interpreta un estímulo como peligroso y amenazante en forma inminente ante él, experimenta la emoción que así se denomina. El miedo es una emoción a menudo inconsciente, nos prepara para la huida, y ésta emoción tiene un rostro que se manifiesta a simple vista.

El miedo cumple con una función básica de supervivencia, de alejamiento impulsivo de los peligros potenciales o inmediatos que pueden amenazarnos como seres integrales de tal manera que los miedos pueden abatir contingencias físicas pero también emocionales. Desde esta perspectiva el miedo es una reacción absolutamente sana.



La ira se genera cuando tenemos la sensación de haber sido perjudicados, es una reacción de irritación, furia o cólera desencadenada por la indignación y el enojo de sentirnos vulnerables a nuestros derechos. Cuando el miedo y la intimidación se experimentan con insistencia pueden transformarse en ira. Una ira causada por dolor o aflicción, puede sumergir a una persona en un estado de locura o posesión.

La ira es una sensación de energía e impulsividad que se experimenta como una experiencia aversiva, desagradable e intensa, relacionada con la impaciencia.



La cólera es una emoción negativa que produce gran ansiedad e impotencia, diversas personas describen algunos síntomas de la cólera como, tensión muscular, en donde aumenta el tono muscular, en especial el de los brazos, lo cual conduce en la mayoría de los casos a cerrar los puños; Latidos del corazón acelerados, ya que lo vasos sanguíneos periféricos se dilatan lo que corresponde a la sensación de calor, la cólera suele manifestarse con un enrojecimiento del rostro, aumenta le temperatura cutánea de los dedos y finalmente es acompañada por aumento del ritmo respiratorio, de la frecuencia cardíaca y de la tensión arterial, al encolerizarnos bombeamos más sangre.



La tristeza es producida por pensamientos de pérdida. Cada vez que una persona interpreta algún estímulo como pérdida de su mundo interno o externo, experimentará dicha emoción.

Estar frente a una pérdida nos provoca diferentes reacciones pero todas suelen ocultar tristeza. El desgaste por la tristeza nos reclama recibir más amor de los demás, porque cuando se llega a esta etapa, uno se encuentra frente a la realidad.

La tristeza es una emoción natural y saludable aunque poco placentera porque significa extrañar lo perdido o lo anhelado y a pesar de que nos puede generar una crisis permite que posteriormente uno vuelva a estar completo, que se genere el cambio y la vida continúe su curso.

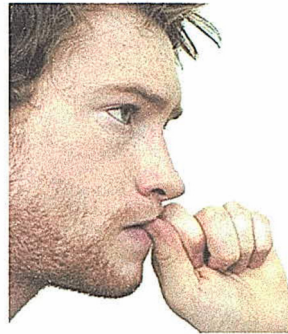


La envidia es una emoción compleja ya que supone en primer lugar una comparación entre la situación propia y la de otra persona que nos hace constatar nuestra inferioridad, al menos en un campo y darnos cuenta de que dicha inferioridad no puede ser modificada de inmediato. La persona con envidia vive con un tormento de impotencia ya que les genera, tristeza y miedo de no poder alcanzar lo envidiado.

En cuanto la envidia la podemos percibir como una emoción negativa, sin embargo nos podemos dar cuenta de que al contrario, puede llevarnos a auto superarnos y ese estímulo puede repercutir beneficiosamente, no solo al respecto de uno mismo, sino también para la sociedad en su conjunto.



La ansiedad es un sentimiento muy penoso; puede acompañarse de una variedad de síntomas somáticos y psicológicos que hacen sentir a la persona con fuertes miedos, incluso se ha llegado a pensar en la muerte, por aquello que no puede tolerarse por mucho tiempo. Debemos enfrentarnos a ella, para todos los seres humanos hay un límite de tolerancia a la ansiedad. Esta emoción aparece ante toda presión, como una situación de estrés.



Respecto a los celos, una de las primeras reacción automática, que se desencadena cuando se percibe la amenaza sobre la relación. En esta emoción se presenta en primer instante la cólera y el miedo.

Es probable que en esta emoción, intervengan lo pensamientos negativos.

Cuando manifestamos cólera, es debido a la frustración de no poder defender lo que creemos nuestro, de forma positiva o pasiva.

Los celos son una emoción difícil de definir con exactitud ya que, estos se presentan debido a nuestra experiencia de vida, es un simbolismo que utilizan los seres humanos, para creer que son dueños de alguna otra persona, por este motivo genera inconvenientes en una relación, sin embargo queda claro que una persona celosa, manifiesta sentimientos de baja autoestima e inseguridad. Es importante mantener el grado de compromiso en una relación, para no generar dependencia afectiva.

El grado de compromiso depende como se establezca en cada relación, motivo por el cual se debe mantener una comunicación constante y así dejar claras las reglas que se llevaran a cabo dentro de una relación amorosa.



Como se puede observar existe una gama extensa sobre las emociones negativas y existen datos importantes en los que se demuestran que las emociones negativas tienden a disminuir la salud, ya que cuando nos encontramos bajo la influencia de estos estados emocionales negativos, es más probable desarrollar ciertas enfermedades relacionadas con el sistema inmune o adquirir determinados hábitos poco saludables que a la larga pueden minar nuestra salud.

Las emociones positivas ejercen una influencia favorable sobre la actuación del sistema inmunitario, transitoria o perdurable, en particular el apoyo social a personas con baja autoestima, los ayuda a mejorar su estado emocional y así lograr una constante estabilidad.

ANEXO 6
TARJETAS DE EMOCIONES

AMOR

COLERA

TRISTEZA

MIEDO

IRA

ANSIEDAD

ALEGRIA

SORPRESA

ANEXO 7

TÉCNICA DETENCIÓN DEL PENSAMIENTO.

Pensamientos positivos

"Soy un desastre"

"No puedo soportarlo"

"Me siento desbordado"

"Todo va a salir mal"

"No puedo controlar esta situación"

"Lo hace a propósito"

Pensamientos negativos

ANEXO 8

Técnica "EL QUE SE ENOJA PIERDE"

Actividad en papel bond

Instrucciones. Completa las siguientes oraciones.

a) ¿Llego a enojarme cuando? _____

b) ¿Cuando me enojo, yo digo? _____

c) ¿Cuando me enojo, yo hago? _____

d) ¿Me enojan las personas que? _____

e) ¿En mi trabajo, me enojo cuando? _____

f) ¿Cómo me siento, cuando alguien se enoja conmigo? _____

g) ¿Lo que me enoja de mi pareja es? _____

h) ¿Cuando alguien se encuentra cerca de mí y está enojado, yo? _____

i) ¿Consigo controlar mi enojo, mediante? _____

j) ¿Cuánto tiempo dura mi enojo? _____

ANEXO 9

TÉCNICAS DE RESPIRACIÓN.

La respiración es la entrada del oxígeno al cuerpo de un ser vivo y la salida del bióxido de carbono del mismo.

La relajación es una de las técnicas más utilizadas en la intervención psicológica, sin embargo estas técnicas deben formar parte de nuestro estilo de vida ya que mejora la capacidad funcional y la calidad relacionada con la salud del ser humano.

Las técnicas que se utilizan deben ser diseñadas de acuerdo a las necesidades físicas, emocionales, sociales y personales de cada individuo.

Las técnicas se utilizan en cualquier ámbito, se puede dar un seguimiento individual, integral e incluso multidimensional.

El objetivo fundamental de estas técnicas es conseguir que el individuo alcance el máximo grado de autonomía y mejore su calidad de vida.

Los beneficios de la actividad respiratoria adecuada influyen positivamente en él:

-Sistema cardiovascular, mejora la circulación, normaliza la presión arterial, normaliza la frecuencia cardíaca, mejora la contracción cardíaca y disminuye el colesterol

-Sistema respiratorio, mejora la elasticidad pulmonar, la oxigenación de la sangre y aumenta la capacidad ventilatoria.

-Sistema locomotriz. Mejora la movilidad articular, mantiene la fuerza y flexibilidad, disminuye la fatiga

-Sistema nervioso. Mejora la coordinación motora, el equilibrio, el insomnio, la capacidad de memoria y las relaciones humanas y autoestima.

Lo más recomendable es dejar de fumar ya que es altamente perjudicial para la salud.

Para mantener una activación saludable, es recomendable y necesario realizar las técnicas mínimo 5 veces a la semana, una vez por día y mínimo 30 minutos.

1. Respiración abdominal. Cerrar los ojos e imaginar que tiene un globo en el estómago, que se infla cuando inhala y se desinfla cuando exhala.

2. Respiración profunda. Es un ejercicio sencillo, se recomienda sentarse cómodamente, colocar la mano izquierda sobre el abdomen y la derecha sobre la mano izquierda. Imaginar una bolsa vacía dentro del abdomen debajo de donde apoyan las manos. Comenzar a respirar y notar cómo se va llenando de aire la bolsa y la onda asciende hasta los hombros. Inspirar de 3 a 5 segundos.
3. Respiración rítmica controlada. Este ejercicio facilita la concentración y el control de esta. Con los ojos cerrados comienza a respirar lento por la boca y expirar por la nariz. Debe contar el pulso durante un minuto y modificar el ritmo de la inspiración y espiración hasta localizar un ritmo apropiado.
4. Respiración intercostal o media. Debe dirigir el aire hacia la zona media del tórax, hacia los costados para favorecer la movilidad de los músculos del tórax.
5. Respiración alternada. Debe utilizar una posición cómoda y relajada, colocar el dedo pulgar en la ventana nasal derecha y los dedos anular y medio en la izquierda. Ocluir la ventana derecha con el pulgar e inspirar con la izquierda lenta y tranquilamente.
Separar el pulgar y ocluir con los otros dedos la ventana izquierda. Espirar por la ventana derecha, manteniendo cerrada la izquierda.
6. El suspiro. Se respira normalmente, pero al exhalar el aire, usted debe emitir un sonido de alivio. Con este sencillo ejercicio experimentara una enorme relajación.
7. Respiración completa. Aquí se inhala el aire hasta que se hinche el abdomen y justo a continuación se expandirá la caja torácica. Durante uno segundos se sigue respirando mientras se elevan los hombros. Se continúa tomando el aire con tranquilidad, hasta llegar al límite de la capacidad de cada quién. Finalmente se expulsa el aire, siguiendo el orden contrario, esto quiere decir que primero se bajan los hombros y a continuación se afloja el pecho y después el abdomen.
8. Respiración energética. Se debe situar de piernas ligeramente separadas y los brazos relajados pegados al cuerpo. Después debe inspirar todo lo profundamente que pueda, inmediatamente después levanta los brazos hacia el frente hasta situarlos el horizontal con respecto a nuestro tronco. Las manos deben estar con las palmas hacia abajo. Posteriormente cierra las manos con fuerza de manera que los puños queden totalmente cerrados

9. con presión. A continuación flexiona los brazos hacia el pecho sin perder la posición horizontal. Posteriormente estira los brazos, sin aflojar la tensión de los puños hacia el frente haciendo fuerza como si empujara un mueble. Finalmente los baja sin perder la tensión hacia la posición inicial, a lo largo del cuerpo. Relajamos los brazos y manos y soltamos todo el aire con fuerza. Debe descansar y respirar con normalidad.

10. Respiración tranquilizadora. Comienza tomando el aire por la nariz, sostenerlo unos momentos y expulsarlo nuevamente. Contando cuatro tiempos para tomar el aire, cuatro para sostenerlo y cuatro para dejarlo salir. A medida de que mejore su capacidad pulmonar, puede aumentar de cuatro a seis y finalmente hasta ocho por cada fase.

Podemos observar que existe una serie indefinida de estas técnicas y ejercicios de respiración y relajación, se debe comenzar con ellos, con un mínimo de tiempos, posteriormente se puede ir alargando.

Usted debe tomar en cuenta los siguientes puntos, para que sus ejercicios sean funcionales.

- Usar ropa cómoda.
- Mantener una buena postura
- No mantenerse en una sola posición.
- Mantenerse tranquilo, sin ruidos expuestos y distracciones.
- Tomar los tiempos correspondientes.
- No molestarse, por no encontrar la concentración o relajación, recuerde que esto lo ira aprendiendo poco a poco y a través de la constancia.
- Tomar líquidos simples de preferencia agua.
- Si llega a sentir molestias físicas, no se preocupe, usted está iniciando un nueva rutina, por lo que estás irán disminuyendo, de continuar con molestias, acuda a su medio de cabecera.

ANEXO 10

EJERCICIOS FÍSICOS, IMPORTANCIA Y BENEFICIOS.

Los ejercicios físicos, son cualquier actividad que mejora y mantiene la aptitud física y la salud. Se lleva a cabo por diversas razones como el fortalecimiento muscular, desarrolla habilidades motoras y mantiene la actividad recreativa.

Entre sus beneficios se encuentra la mejoría de la función mental, la autonomía, la memoria, la sensación del bienestar, produce una estabilidad en la personalidad caracterizada por el optimismo, la euforia, genera un sentimiento de tranquilidad, aumenta la fuerza de las emociones ya que reduce tensión, ansiedad, angustia y genera la libertad de la ira, el enojo y los miedos ante la práctica de algún deporte rudo (box, karate, lucha).

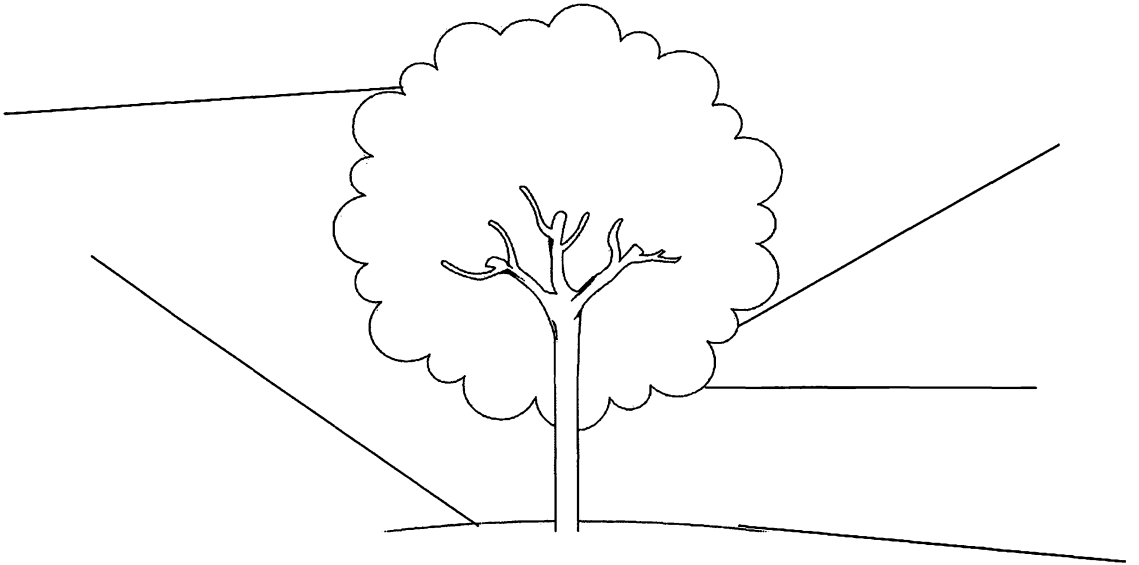
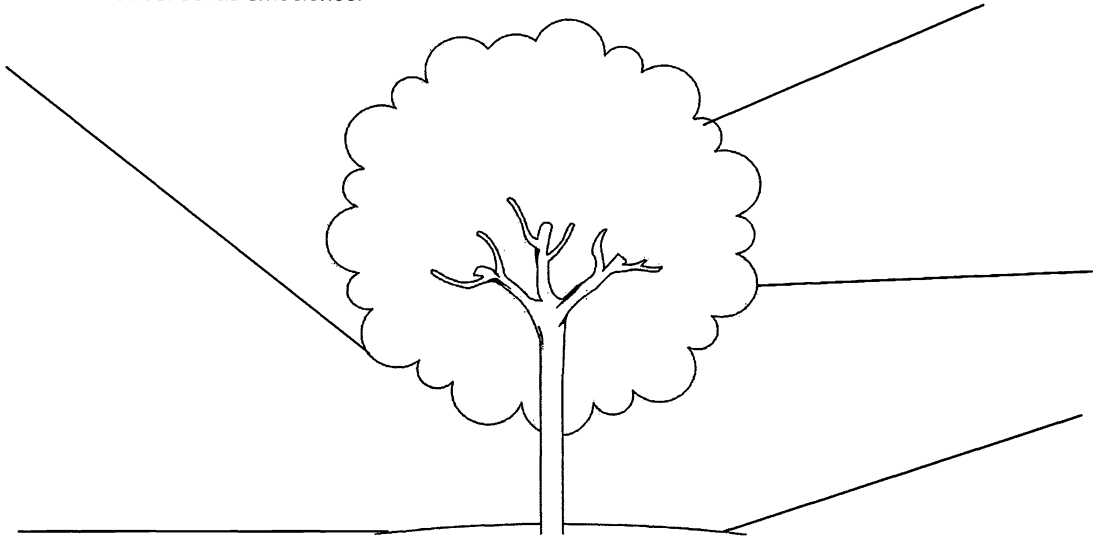
Cada semana trate de aumentar su actividad física.

A continuación se le dará una breve y sencilla guía sobre la actividad física que debe realizar en casa o fuera de ella. Estos ejercicios los puede realizar mientras experimenta la reacción de algún tipo de emoción negativa, como alguna discusión, que le haya provocado enojo, tristeza o alguna otra.

- Uso de bicicleta ergonómica, durante 30 minutos, tres veces a la semana
- Utilice las escaleras en lugar del ascensor.
- Camine diario solo o acompañado por la noche o en las mañanas, durante 30 minutos. Si desea hacerlo solo, puede utilizar ese tiempo para resolver mentalmente algún conflicto o reflexionar.
- Movimiento de levantamiento de pesas, utilizar cargas ligeras, con una serie de pocas repeticiones.
- Realice sentadillas con saltos por 10 o 15 minutos.
- Dar saltos de tijera de 20 repeticiones
- Haga de la lectura un hábito. Busque lecturas cortas y de su agrado.
- Puede realizar actividades recreativas, tales como pintar, bailar, tejer, ejercicios de yoga o algún ejercicio constante y de manera grupal, como tenis, natación, bolos, golf o caminata
Recuerde realizar un ejercicio de su agrado, para que esto lo motive a ser constante.
- Finalmente el llevar una dieta balanceada le evitara digestiones pesadas para la realización de los ejercicios, tendrá una alimentación equilibrada, basada en frutas, verduras, vitaminas y líquidos abundantes.
Mantenga mínimo sus 3 comidas al día, ya que esto disminuye el estrés y la ansiedad y se recomienda la ingesta diaria de 1.5 litros de agua simple que lo mantendrá hidratado durante su rutina diaria.

Árbol de las emociones.

ANEXO 11



ANEXO 12

Directorio.

- Locatel. 56 581111. Servicio las 24 horas, los 365 días del año
- Centro de llamadas UNAM 56 222288. Servicio en línea le atenderá alguno de los 21 psicólogos para dar auxilio o apoyo directo en problemas emocionales, entre otros.
- DIF. 55 591919. Dirección ejecutiva de apoyo a personas con discapacidad.
- Centro de servicios psicológicos UNAM. 56 222309. Ubicado en sótano del edificio "D", de la Facultad de Psicología. Servicio de lunes a viernes de 8:30am a 7:30pm.
- Gobierno del Estado de México. Atención ciudadana. 01800 6969696. Atención las 23 horas del día.
- Secretaria de Trabajo y Fomento al Empleo. Atención a grupos vulnerables y personas con discapacidad. 01 800 8491075
- AMPRE. Asociación mexicana. Pro niño-retardado. Tel. 5666 3254. E.mail. ampreac@hotmail.com
- Confederación Mexicana de Organizaciones a favor de la persona con Discapacidad Intelectual. A.C.
Lada: 55
Teléfonos: 5292-1390, 5292-1392
Fax: 5292-1392
Mail: confe_confe@yahoo.com
Página Web: www.confe.org.mx

ANEXO 13



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

Otorga la presente constancia a:
LAURA MORALES CASTILLO

**POR HABER PARTICIPADO EN EL TALLER
“APRENDO A MANEJAR Y CONTROLAR MIS EMOCIONES”**



**CON UNA DURACIÓN DE 40 HORAS EN LAS INSTALACIONES DE LA FACULTAD DE PSICOLOGÍA UNAM
IMPARTIDO A PADRES DE FAMILIA CON HIJOS QUE PADECEN DISCAPACIDAD INTELECTUAL.**

Distrito Federal a 20 de Febrero 2015

Psicóloga Lizeth Hernández Hernández