



UNIVERSIDAD DE SOTAVENTO A.C.

**ESTUDIOS INCORPORADOS A LA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

NÚMERO Y FECHA DE ACUERDO DE VALIDEZ OFICIAL 8931-25

TESINA PROFESIONAL

**ANÁLISIS DE LA SOMATIZACIÓN POR ESTRÉS EN RELACIÓN CON LAS
EMOCIONES**

PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

ELIZABETH RAMÍREZ ROSAS

ASESOR:

PSIC. JOSÉ ANTONIO REYES GUTIÉRREZ

ORIZABA, VER.

2021



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

A Dios que siempre puso en mi camino las personas, el tiempo y los medios necesarios para poder culminar mi carrera.

Al Profesor José Antonio Reyes Gutiérrez, porque durante toda la carrera recibí su apoyo, comprensión y colaboración. Sin Él este sueño no sería realidad.

A Mi Madre Judith y mi hermana Andrea por estar a mi lado a lo largo de toda mi carrera.

ÍNDICE

Resumen	4
Introducción.....	5
Capítulo I. La somatización	
1.1 Antecedentes de la somatización	7
1.2 Desarrollo teórico de la somatización	9
1.3 El papel del psicólogo en el trabajo con la somatización	20
Capítulo II. El estrés	
2.1 Generalidades del estrés	22
2.2 Fisiología del estrés	29
2.3 El afrontamiento en el trabajo con estrés	32
Capítulo III. Las emociones	
3.1 Generalidades de las emociones	35
3.2 Tipología de las emociones	39
3.3 Teorías conductuales relacionados con las emociones	42
Capítulo IV. Modelo y área psicológica	
4.1 Modelo psicológico: cognitivo conductual.....	53
4.2 Área de la psicología.....	70
Conclusión	75
Referencias.....	77

RESUMEN

La historia psicológica de un individuo es la historia de sus interacciones entre sus vivencias y perspectivas de las mismas. Ésta, constituye la disposición de un individuo para interactuar con una situación presente. La historia constituye un factor que facilita la emisión de ciertas conductas que sean pertinente para el funcionamiento del organismo de la persona. En la actualidad se están presentando cada vez más casos de personas que se están enfermando y sus causas no son precisamente con etiología físicas u orgánicas; sino más bien tienen causas psicológicas, situaciones preocupantes en nuestra sociedad, pues al parecer está afectando el rendimiento de una diversidad de individuos en sus áreas de vida: física, cognitiva y psicosocial. Es por lo antes mencionado que ha surgido el interés en realizar esta investigación documental que permita conocer a fondo el tema de la somatización y su relación con el estrés vinculado al manejo de emociones.

Esta investigación tiene el objetivo de dar a conocer teóricamente los principales conceptos de la somatización, el estrés y las emociones, mediante un texto informativo que permita la comprensión de dicha condición que se está viviendo en la sociedad. Este trabajo tiene un alcance meramente descriptivo, pues es una investigación documental que se encarga únicamente de recolectar información válida de dichos temas. Es de tipo de investigación documental, pues reúne aspectos teóricos de análisis y comprensión cognitiva de teorías y autores que sustentan la investigación.

INTRODUCCIÓN

La importancia que tiene un modelo psicológico de salud en la prevención de la somatización de las enfermedades ocasionadas por factores psicológicos de basan en: la descripción psicológica del continuo salud-enfermedad corresponde a la dimensión individualizada de las variables que tienen lugar en la interacción entre los factores biológicos del organismo y aquellos que constituyen la acción funcional de las relaciones socioculturales; pues cuando se analiza en un modelo psicológico, los factores biológicos y socioculturales no tienen representación en la forma de categorías correspondientes a las de las disciplinas originales; los factores biológicos se representan como la condición misma de existencia del individuo práctico y de las reacciones biológicas integradas a su actividad; y los factores socioculturales se representan como formas particulares que caracterizan a un individuo en su interrelación con las situaciones de su medio, con base a su historia personal.

El proceso psicológico permite al mantenimiento, reparación o pérdida de la salud biológica comprende la interacción de tres factores fundamentales: la historia interactiva del individuo; las competencias funcionales al interactuar con una situación general determinada; y la modulación de los estados biológicos del organismo por parte de las contingencias ambientales que definen a la situación. Los factores psicológicos tienen una estrecha relación con los estados biológicos, que medicamente se identifican con la ausencia o padecimiento de una enfermedad. Es por ello, que para tener una mejor comprensión de la lectura de esta investigación se ha dividido en tres capítulos, que a continuación se detallan:

En el capítulo I, denominado somatización y estrés se presentan los fundamentos teóricos de los mismo, en lo que se describen las principales definiciones, funciones y categorización de ambos temas, basándose en diferentes referencias y teorías que sustenten dicho capítulo.

En el capítulo II, denominado emociones se exponen las principales concepciones de las emociones para que el lector pueda comprender la importancia de las mismas en su vida diaria y a su vez las afectaciones que le pueden ocasionar en su organismo, a lo que será la somatización.

Y por último, pero no menos importante, se encuentra el capítulo III denominado Modelo y psicológica, en él se propone el enfoque de agrado personal e idóneo para trabajar la somatización con el manejo de emociones, identificando la importancia que tiene el racionalizar al mismo tiempo a los pensamientos, sentimientos y emociones, eligiendo así el modelo cognitivo conductual. De igual modo se identifica el área de la psicología de donde se puede trabajar dicho tema de investigación que en esta ocasión será la clínica.

CAPÍTULO I

LA SOMATIZACIÓN

No es raro que se seque la boca cuando se tiene que hablar en público o que se padezca una diarrea justo antes de un examen. A eso se le llaman somatizaciones. Son síntomas o enfermedades que no tienen una causa física, sino psicológica, y cuando estos problemas se agudizan, son recurrentes y variables, pueden causar un gran sufrimiento en quienes lo padecen y en las personas de su entorno, para ello hay que buscar atención psicológica.

Ahora bien, los síntomas son reales pues el hecho de que no haya una causa fisiológica para los problemas que padecen los pacientes somatizadores no significa que los síntomas no existan, éstos son reales. El paciente no finge, y sufre de verdad. El trastorno de somatizaciones es uno de los problemas psicológicos más frecuentes en las consultas médicas, acarrea graves complicaciones y riesgo a quien lo padece y es causa de importantes problemas de orden social y económico.

1.1 Antecedentes históricos.

El reconocimiento de la interacción entre los vocablos psique y soma viene de la antigüedad, sin embargo, en la época moderna, se han desarrollado el vocabulario y los conceptos necesarios para entenderlos de una manera un poco diferente, dando lugar al término de trastornos psicosomáticos o enfermedades psicosomáticas. A mediados del siglo XX, los diagnósticos psiquiátricos no estaban estandarizados y eran al menos parcialmente distintos en cada hospital, aunque había un acuerdo general acerca de las categorías principales que eran predominantemente las psicosis. El término hospital se acaba de utilizar de manera deliberada para indicar que la psiquiatría inicial se llevaba a cabo principalmente en los hospitales mentales públicos.

La primera edición del manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales se desarrolló en 1946 y 1951, después de la segunda guerra mundial. Tras el conflicto bélico hubo varios oficiales médicos norteamericanos que observaron un elevado número de trastornos no psicóticos relacionados con la respuesta al servicio militar y al combate. Muchos de esos oficiales médicos se convirtieron en psiquiatras, pero no ejercieron en hospitales estatales, sino que se dedicaron al tratamiento de los pacientes ambulatorios no psicóticos. Por otra parte, algunos psiquiatras comprendieron que las enfermedades que sufrían las personas a las que atendrían eran en gran medida reacciones psicológicas a la experiencia vital, con necesidades de un tratamiento psicológico, es decir: la psicoterapia.

La mayor parte estaban influenciados por el psicoanálisis. Estas tendencias quedaron reflejadas en el DSM, de modo que las psicosis incluían reacciones afectivas y esquizofrénicas, se hizo énfasis en la reacción que podían aparecer con o sin causas físicas o cambios estructurales cerebrales bien definidos. Inmediatamente después, a la psicosis se les otorgó una nueva denominación: trastornos psicológicos autonómicos y viscerales, haciendo referencia a los trastornos psicósomáticos, debido a que se refiere a un punto de vista relacionado con la disciplina de la medicina en su conjunto, más que ciertas enfermedades específicas.

La explicación indicaba que las reacciones representan la expresión visceral de los trastornos afectivos, que en muchos casos son inconscientes; los síntomas se deben a un estado crónico y exagerado de la expresión fisiológica normal de la emoción con represión de los sentimientos. Estos estados viscerales prolongados y continuados pueden dar lugar a cambios estructurales. Los trastornos psicofisiológicos se subclasifican en reacciones de los diversos órganos y sistemas como los: musculoesqueléticos, cardiovasculares, gastrointestinales, genitourinario, endocrino, etc. En cada uno de ellos, los ejemplos de las enfermedades incluían una amplia gama de problemas sintomáticos y de procesos patológicos demostrables como la lumbalgia, la cefalea por tensión, el asma, el estreñimiento, la colitis y la hipertensión. Años después

las enfermedades psicosomáticas pasaron a ser trastornos psicofisiológicos y desaparecieron los términos de autonómico y visceral. (Dimsdale et al, 2009, pp. 1)

A lo largo de la historia el trastorno de somatización ha recibido varios nombres: en una primera instancia se denominó histeria, que fue acuñada hace más de dos mil años por la cultura griega; posteriormente fue llamado síndrome de Briquet en honor al médico francés del siglo XIX que describió la presentación poli sintomática típica del trastorno. Ya para 1980, los autores del DSM3 implementaron el concepto de trastorno de somatización para hacer énfasis en el tratamiento psicológico y conductual al no padecer una enfermedad física real. Ya recientemente con el DSM 5, se busca tener intensidad y categorización de las personas que presentan este malestar, buscando con ello el bienestar de los pacientes (Morris y Maisto, 2009, p. 253)

1.2 Desarrollo teórico de la somatización.

Las somatizaciones son un fenómeno mucho más común de lo que cabría pensar, pues un gran número de personas en la actualidad padecen como mínimo un síntoma somático por causas psicológicas. Sin embargo, solo se habla de somatización cuando los síntomas físicos, recurrentes y variables son percibidos por la persona que los sufre como una señal de enfermedad, y busca ayuda médica para ellos. Pero en muchas ocasiones los médicos no haya ninguna explicación orgánica demostrable para dichos síntomas y cuando se encuentra una alteración orgánica, ésta no puede explicar la sintomatología que presenta el paciente. Es decir, los síntomas presentes son mucho más intensos, variables, persistentes e incapacitantes de lo que cabría esperar por los hallazgos médicos.

Comúnmente se entiende las somatizaciones como una forma de expresar el malestar psicológico, como puede ser: estrés, ansiedad, depresión, emociones negativas como la rabia, los celos, etc. a través del cuerpo; es decir, a través de síntomas físicos.

Con frecuencia existe una relación temporal entre la presencia de uno o varios factores de estrés, como pueden el aumento de responsabilidad laboral, una separación matrimonial o de pareja, o un accidente; y el inicio o intensificación de los síntomas (Globus comunicación, s/a, p. 103).

Uno o más síntomas somáticos que causan malestar o dan lugar a problemas significativos de la vida diaria. Pueden ser pensamientos, sentimientos o comportamientos excesivos relacionados con los síntomas somáticos o asociados a la preocupación por la salud de una persona (APA, 2014, p. 181).

No se conoce con exactitud la frecuencia real con que se presenta la somatización debido a que muchas veces, quienes lo sufren no son diagnosticados correctamente. Casi todas las personas perciben síntomas somáticos leves y transitorios, pero no por ello se consulta al médico, sin embargo, algunas personas experimentan un profundo malestar o se sienten incapacitadas hasta tal punto de que creen que están enfermas. Esto las lleva a consultar a su médico, el cual después de la entrevista y de las exploraciones necesarias, puede que no encuentre ninguna alteración que justifique su malestar. A pesar de ello, algunos pacientes continúan preocupados y con malestares, es entonces cuando pueden ser remitidos al especialista correspondiente, lo cual implica someterse a nuevas exploraciones, tratamientos o consultas, sin que encuentre una causa orgánica a su sufrimiento. Después de la visita al especialista muchos se tranquilizan y dejan de preocuparse, otros continúan con molestias y siguen intranquilos por ello, en muchas ocasiones por un largo tiempo.

Las somatizaciones tienden a hacerse crónicas, lo que a menudo genera un abuso o dependencia a determinados fármacos, habitualmente sedantes y analgésicos. Una complicación muy frecuente se presenta asociada a la depresión y la ansiedad. En muchas ocasiones no son más que síntomas fisiológicos como dolores musculares, trastornos del sueño, taquicardias, cefaleas o inflamaciones intestinales. La cronificación de

las somatizaciones va provocando alteraciones del estado de ánimo de las personas. Éstos estados afectivos como la depresión, la ansiedad y el estrés denotan la presencia de síntomas fisiológicos que son percibidos como enfermedad y esto a su vez incrementa el estado afectivo. En la ansiedad son característicos los síntomas neurovegetativos como la taquicardia, las palpitaciones, la hiperventilación y consecuentemente el mareo, los calambres, la tensión muscular y las tendencias a la diarrea.

Cuando se habla de la etiología de la somatización es necesario considerar todos aquellos factores que pueden predisponer a la persona a expresar sus dificultades psicosociales a través de síntomas somáticos. A nivel psicológico, los somatizadores son personas en las que se percibe una excesiva aprensión y una gran sensibilidad para detectar en su organismo anomalías sin significación clínica, las que convierten en centro de su atención al interpretarla de forma amenazante o nociva.

Los somatizadores presentan en grado elevado el rasgo de la personalidad denominada afectividad negativa, que se caracteriza por la propensión a experimentar fácilmente ansiedad e insatisfacción personal, por la tendencia a la introversión y la autoobservación, así como el catastrofismo y negativismo, por lo regular son personas vulnerables a situaciones de estrés. Las personas son un todo en perfecta armonía, pero en algunas ocasiones los estímulos psíquicos alteran el organismo; es decir un conflicto psicológico no resuelto puede provocar una enfermedad con todos los síntomas físicos evidentes y comprobables. Las enfermedades psicósomáticas se deben a la conjunción de los siguientes factores (Globus comunicación, s/a, p. 104):

- a) Factores psicológicos: la tensión y la angustia en el trabajo pueden provocar estrés, eso altera las hormonas, y el organismo acaba por resentirse y enfermar.

- b) Factores biológicos: surge una enfermedad somática en respuesta al problema psíquico y es el tipo de organismo el que resiste o se afecta, pues no todos los organismos son iguales.
- c) Factores sociales: si la persona no tiene una buena relación con sus compañeros de trabajo, sino sabe expresar verbalmente sus inquietudes y angustias, si no cuenta con un grupo de apoyo, será más fácil que se enferme.
- d) Factores de aprendizaje: cuando el afectado ha aprendido a obtener beneficios de su situación y aprovecharse de ellos.

El somatizador adulto, de forma inconsciente, puede continuar obteniendo ventajas, ya que socialmente es considerado y tratado como un enfermo, demostrando así sus carencias afectivas. El somatizador percibe las sensaciones y los signos corporales como una amenaza a su salud. Estas sensaciones pueden proceder de un proceso normal (cambios fisiológicos, asociados con la respiración, la digestión, la menstruación entre otros) de una situación de estrés (aumento de la frecuencia cardiaca, aumento de la transpiración, digestiones lentas y pesadas, etc); o de una enfermedad menor (resfriado, gripe, entre otras leves); o quizás de una alteración emocional como el pesimismo, la fatiga, el insomnio; y probablemente un déficit nutricional (hipertensión, debilidad muscular, cansancio, etc.) y cuando la persona percibe lo que él cree que es una anomalía en su organismo, automáticamente se despierta su tendencia aprensiva y toda su atención la focaliza en su cuerpo, dando lugar a una serie de comportamientos de autochequeo constante con el fin de reasegurarse de que hay algo en él que efectivamente no está funcionando como debiera.

Esta capacidad de centrarse en sí mismo permite al somatizador detectar señales corporales que para la mayoría pasarían inadvertidas, y que refuerzan su sospecha de que los síntomas se deben a una enfermedad grave, que tiene que ser explorada y tratada. Hay enfermedades que pueden ser psicósomáticas, pero que no siempre lo son.

Y en ocasiones la enfermedad puede avanzar en el plano físico e independizarse de la causa que lo originó, transformándose en una patología diferente, como por ejemplo (Globus comunicación, s/a, p. 106):

- a) Digestivas: úlceras gastroduodenal, colitis ulcerosa, gastritis, problemas de vesícula, hemorroides, estreñimiento.
- b) Respiratorias: asma, síndrome de hiperventilación, alergia respiratoria, rinitis alérgica, sinusitis, bronquitis.
- c) Cardiovasculares: hipertensión arterial, arritmias cardíacas, infarto de miocardio, hemorragias cerebrales.
- d) Piel: acné, hiperhidrosis, alopecias, picazón.
- e) Ginecológicas: síndrome de tensión premestrua, dismenorrea y trastornos menopáusicos.
- f) Sexuales: impotencia, frigidez, vaginismo, apatía sexual.
- g) Sistema endócrino: obesidad, diabetes, hipertiroidismo.
- h) Sistema urinario: enuresis, dolor.
- i) Aparato locomotor: dolores lumbares, de articulación, debilidad, defectos en la postura, artritis reumatoide.

El comportamiento del propio del paciente frente a las sensaciones y signos físicos que detecta puede conducir a que estos se extiendan cada vez más, ya que su conducta no hace más que aumentar su ansiedad, síntoma que a su vez genera más síntomas como boca seca, alteraciones intestinales, etc., interpretadas por la persona como señales evidentes del mal funcionamiento físico. De este modo se establece un círculo vicioso en el cual los síntomas y las conductas de chequeo para corroborar éstos pensamientos se potencializan el uno al otro.

Dejar de hacer las actividades que se hacían antes de la aparición de los síntomas por miedo a provocar un mayor malestar, no hace más que empeorar el problema, ya que

favorece la autoobservación y priva al individuo del mecanismo de distracción, de relajación, y de afrontamiento de la causa que desencadenó las somatizaciones.

El somatizador se aísla cada vez más y su conciencia de incapacidad laboral, física y social no hace más que acrecentar la preocupación por su supuesta enfermedad. Con frecuencia se ve que algunas familias intentan comprender y afrontar los múltiples y variables síntomas que va presentando el somatizador (Globus comunicación, s/a, pp. 106-107).

Las quejas somáticas pueden referirse a cualquier parte del cuerpo y el dolor puede estar localizado en más de un lugar y relacionado con más de una función. Los dolores más frecuentes son los ligados a las funciones ginecológicas y gastrointestinales. Parece ser que las mujeres presentan más tendencia a somatizar que los hombres, pero eso depende de las sociedades, ya que las diferencias culturales son muy importantes.

El diagnóstico de la somatización lo realiza el médico y se efectúa a partir de la historia clínica del paciente. Ésta se caracteriza por la presencia de una extensa lista de síntomas inespecíficos de larga duración, que pueden implicar a diversos órganos y funciones, por los cuales el paciente ha recibido múltiples diagnósticos y tratamientos también inespecíficos sin que se obtuviera una mejora importante. La recolección de información sobre los síntomas y su evolución se amplía con la exploración y las pruebas complementaria que se estimen oportunas, ya que los somatizadores no están exentos de padecer una enfermedad orgánica. Se puede padecer un trastorno orgánico determinado.

En la elaboración de la historia clínica el médico y el psicólogo, tienen en cuenta los aspectos de la personalidad, pues la presencia de síntomas de ansiedad o depresión, la exposición a una situación de estrés y acontecimientos vitales para el paciente; así como

su posible vinculación temporal con el inicio o intensificación de sus síntomas (Globus comunicación, s/a, p. 108):

a) Modelos culturales y síndromes somáticos.

Los trastornos somatomorfos agrupan tres conjuntos conceptualmente diferentes clínicos citado por Kirmayer y Sartorius (En Dimsdale et al, 2009, p. 19):

* Pacientes con preocupaciones excesivos por su cuerpo, por la enfermedad o convicción injustificada de que la sufren.

*Pacientes con sintomatología médica de origen desconocido o con síndrome somáticos funcionales, como por ejemplo fibromialgia, síndrome de intestino irritable, fatiga crónica o diversos dolores crónicos, que se suponen se deben a factores psicológicos.

* pacientes que manifiestan clínicamente sintomatología o preocupación somática, pero en los que es posible establecer un diagnóstico de algún otro trastorno psicológico, como por ejemplo trastorno depresivo mayor o trastorno de angustia.

Cuando los síntomas somáticos (corporales) son un motivo prominente para la valoración clínica, el diagnóstico con frecuencia corresponderá a alguno de los trastornos (o categorías) específicas. A continuación, se presentan la categorización de los trastornos de síntomas somáticos y algunos otros que se relacionan:

- a) En primera instancia se enuncian los trastorno de síntomas somáticos primarios, entre los que se encuentran:

- Trastorno de síntomas somáticos. Denominado anteriormente como trastorno de somatización, esta afección crónica se caracteriza primordialmente por la presencia de síntomas físicos que carecen de explicación, se identifica mucho más en mujeres. Los criterios del DSM5 solo ponen como requisito la existencia de un síntoma somático, pero este debe generar tensión o provocar compromiso marcado en el desempeño del paciente. El paciente muestra un patrón de síntomas físicos y emocionales múltiples que pueden referirse a distintas partes del organismo, entre los que se encuentran manifestaciones del dolor, problemas de respiración o el latido cardíaco, malestares abdominales, trastornos menstruales, entre otros.

También pueden presentarse síntomas conversivos como es la disfunción corporal, la parálisis o la ceguera que carecen de base anatómica o fisiológica. El tratamiento que suele aliviar los síntomas cuya causa es una enfermedad física real suele ser a la larga ineficaz en estos pacientes. Este tipo de trastorno inicia en una fase temprana del desarrollo humano (desde los años en adelante).

Las características esenciales de este trastorno se basan en la preocupación relativa a uno o varios síntomas somáticos que conducen al paciente a expresar un nivel intenso de ansiedad por su salud, al invertir un tiempo excesivo en los cuidados de su salud o preocuparse en extremo en cuanto la gravedad de los síntomas. Debe considerarse una duración de seis meses o más. (Morris, 2015, pp. 249 - 253).

Por lo que entonces se puede decir que este trastorno inicia desde una temprana edad, en donde los pacientes muestran malestares físicos que aparecen u desaparecen, al tiempo que se agregan unos nuevos, cuando los previos se resuelven. Ante la ineffectividad de algún tratamiento los pacientes tienden a cambiar de proveedor de

atención de la salud en busca de una cura. Se presenta una variedad amplia de síntomas potenciales:

En primero lugar está el dolor y se requiere su presencia en distintos sitios, como puede ser en la cabeza, espalda, torax, abdomen, articulaciones, brazos, piernas; o incluso en relación con funciones corporales. En segundo lugar, se encuentran los malestares gastrointestinales como puede ser la distensión, constipación, diarrea, náuseas, crisis de vómito, intolerancia a distintos alimentos. En tercer lugar, están los malestares pseudo-neurológicos como son la ceguera, sordera, sensación de nudo en la garganta o dificultad para tragar, incapacidad al hablar, coordinación deficiente, debilitamiento muscular, amnesia, entre otros. (Morrison, 2015, p. 256).

Trastorno de síntomas somáticos con predominio de dolor: en donde el dolor carece de una base física o fisiológica clara, o excede por mucho las expectativas usuales, dada la condición física existente de la persona. (Morris, 2015, p. 249). Las personas que experimentan este tipo de trastorno presentan dolor en diferentes niveles. Y es necesario tener en cuenta que el dolor es subjetivo por que los individuos lo experimentan de forma diversa; no existe una patología anatómica evidente; y por tercero la cuantificación del dolor es compleja. Con estos tres puntos es difícil saber si un individuo que refiere dolor crónico o insoportable, y en apariencia carece de una patología objetiva que lo explique. El dolor suele ser crónico y muchas veces intenso, principalmente en la espalda baja, cabeza o pelvis o articulaciones temporo-mandibular.

El dolor crónico interfiere con la cognición y hace que las personas tengan problemas memoria, concentración para terminar sus tareas. Se asocia con frecuencia con la depresión, ansiedad, estrés, baja autoestima, y problemas de sueño. Las personas pueden experimentar una respuesta más lenta a los estímulos; el temor a la intensificación del dolor pudiera limitar su actividad física, su vida laboral o familiar. El

dolor suele iniciar entre los treinta y cuarenta años, a menudo ocasionado por algún incidente o enfermedad física. Se diagnostica mayormente en mujeres más que en hombres. Conforme aumenta su duración crecen las incapacidades para la vida social de la cada persona, afectando sus áreas de desarrollo: física, cognitiva y psicosocial; además de sus esferas específicas: familiar, laboral y social (Morrison, 2015, pp. 245-261):

- Trastorno de conversión o también conocido como trastorno de síntomas neurológicos funcionales, en los que los pacientes refieren síntomas aislados que parecen no tener ninguna causa física.
- Trastorno de ansiedad por enfermedad o también conocido anteriormente como hipocondriasis, en este las personas con salud física desarrollan un temor infundado de padecer alguna enfermedad grave que con frecuencia amenaza la vida, como el cáncer o la cardiopatía, pero presentan pocos síntomas somáticos. Las personas que presentan el trastorno de ansiedad por enfermedad muestran una preocupación terrible ante la posibilidad de padecer una enfermedad grave. Su ansiedad persiste, no obstante existe evidencia médica que indica lo contrario y la reafirmación de los profesionales de la atención de la salud. A pesar de la ausencia de síntomas físicos graves, las personas muestran una inquietud extraordinaria por la posibilidad de estar enfermos. La ansiedad intensa acoplada a un umbral bajo de alarma trae consigo comportamientos recurrentes relativos a la salud. Algunos individuos se adaptan por el contrario al acudir a hospitales y citas médicas.
- Factores psicológicos que influyen sobre otras afecciones médicas. Implican los aspectos mentales o emocionales del paciente e influyen sobre el curso de la atención de un trastorno médico.

Los profesionales de la salud mental se enfrentan a todo tipo de problemas capaces de influir sobre la evolución o el cuidado de una condición médica. El diagnóstico de los factores psicológicos que actúan sobre otras enfermedades médicas puede ayudar para reconocer a estos pacientes. Un síntoma o enfermedad de tipo físico recibe influencia de un factor psicológico o conductual que precipita, agrava, interfiere o prolonga la necesidad de tratamiento en un paciente. Es importante considerar la intensidad que puede ser leve, moderado, grave o extremo.

En el DSM-IV se pueden observar seis categorías específicas de factores capaces de modificar la evolución de alguna enfermedad médica, considerando que factor psicológico lo acompañe (Morrison, 2015, pp. 267-268): Trastorno mental; síntomas psicológicos; rasgos de la personalidad o el estilo de adaptación; conductas de salud mal adaptativas; respuesta psicológica relacionada con el estrés.

- Trastorno facticio aplicado a uno mismo. En este los pacientes se desean desempeñar el papel del enfermo; es decir falsean de manera consciente los síntomas para atraer la atención de los profesionales de la salud; o si fuera el caso, disfrutan de la atención que se les brinda al permanecer en un hospital (Morrison, 2015, p. 249).

El término facticio implica que es artificial]; y en el contexto de los pacientes de salud mental hace referencia que un trastorno parece como una enfermedad verdadera pero no lo es. Estos pacientes logran este estado cuando simulan ciertos síntomas como el dolor; o signos físicos; o signos psicológicos como la depresión, alucinaciones, ansiedad, ideas delirantes, ideas suicidas o incluso comportamientos desorganizados, pues son objetivos. En éste, las personas afectadas pueden mostrar síntomas dramáticos, acompañados por mentiras francas en torno a la gravedad de la enfermedad. El patrón general que se presenta en este caso de signos y síntomas puede resultar atípico, pues algunas personas modifican sus historias al volver a repetir las; otros pacientes, por el

contrario saben mucho acerca de los síntomas y la terminología de la enfermedad, lo que dificulta más la detección de su comportamiento. Es más común en varones. (Morris, 2015, p. 268).

- Trastorno facticio aplicado a otro. Que es en donde una persona adjudica síntomas a otra persona, en muchas ocasiones a niños, con la finalidad de obtener atención. Este se aplica al cuidador, que es el que adjudica los síntomas facticios a otra persona, también se le conoce como síndrome de Munchausen. Es más común en mujeres. Algunas madres generan este tipo de situaciones con sus hijos. Y el fenómeno social que se presenta denominado: la enfermedad de moda. (Morrison, 2015, p. 271).

1.3 El papel del psicólogo en el trabajo con la somatización.

Los profesionales de la salud pueden cumplir un papel muy importante en la perpetuación o eliminación de la visión distorsionada que el paciente tiene de sus síntomas. Es importante tener cuidado con las palabras, pues en algunas situaciones el profesional debe explicar que el origen de las molestias puede estar en una situación de estrés, en un factor emocional, en la forma de como el paciente vive sus problemas pero que existen medios y técnicas para evaluar y tratar las manifestaciones físicas con una base psicológica. (Globus comunicación, s/a, p. 108):

Los trastornos psicósomáticos son enfermedades físicas reales que pueden detectarse por medio de exámenes médicos. Como, por ejemplo: las cefaleas por tensión se deben a contracciones musculares causadas por el estrés; en este caso la cefalea es real, pero se puede llamar psicósomática, pues sus factores o causas son psicológicas; Algunas causas comunes pueden ser: estrés o ansiedad. El calificativo psicósomático denota a la perfección la interacción de la psique (mente) con el soma (cuerpo) que

caracteriza estos problemas. Los factores psicológicos pueden favorecer la aparición de algunas enfermedades físicas como; cefaleas, alergias, problemas respiratorios y altas de presión. Pues el estrés, la ansiedad y varios estados de activación emocional alteran la química corporal, el funcionamiento de los órganos y el sistema inmunológico. El estrés y las tensiones psicológicas pueden alterar también el comportamiento saludable, que abarca las acciones positivas, como la nutrición y el ejercicio, así como las actividades negativas como el fumar y el consumo de alcohol. Las enfermedades físicas y enfermedades mentales se conciben en la actualidad como enfermedades del estilo de vida, debido a las combinaciones de factores biológicos, psicológicos y sociales

CAPÍTULO II

EL ESTRÉS

2.1 Generalidades del estrés.

Hablar de estrés desde la perspectiva actual y psicológica es necesario referirnos a estresores y respuestas al estrés. Cuando se dice que alguien tiene estrés se entiende que es un estado del organismo producido por diversos agentes, pues se debe entender primeramente como una respuesta. Así pues, entendamos al estrés, en condiciones de equilibrio el organismo vive bajo la actividad normal de sus funciones biopsicosociales moduladas por los ritmos de sueño y vigilia. Bajo estas condiciones, el funcionamiento fisiológico y psicológicas está sometido a niveles de activación que se consideran normales. Esta actividad fluctúa según las vivencias diarias y ordinariamente está se asocia a las emociones que se viven día a día, entre las que encontramos la ira, tristeza, alegría, disgusto, entre otras.

El estrés se produce cuando ocurre una alteración en este funcionamiento normal por la acción de algún agente externo o interno. El organismo reacciona de forma extraordinaria realizando un esfuerzo para contrarrestar el desequilibrio. La respuesta del estrés es extraordinaria, implica esfuerzo y produce una sensación subjetiva de tensión. Esto suele suponer un incremento de la activación o inhibición, un cambio en los estados de emocionales. La respuesta del estrés implica factores fisiológicos, conductuales y cognitivos, por lo que entonces el estrés implica un proceso de reacción especial (sobreesfuerzo) ante las demandas fundamentales de naturaleza psicológica (Beloch et al, 2009, p. 8)

El estrés lejos de ser un concepto simple y estratégico implica un conjunto complejo de variables que funcionan a diferentes niveles y que interaccionan entre sí.

Implica además ciertos elementos esenciales como la presencia de agentes externo o internos, proceso de evaluación cognitiva, estrategias de afrontamiento y un complejo de respuestas psicológicas y fisiológicas que suelen definirse como reacción del estrés.

El modelo procesual del estrés se estructura sobre siete etapas que a continuación se detallan (Beloch et al, 2009, p. 10):

- Demandas psicosociales. Este se refiere a los agentes externos causales del estrés. Incluye factores psicosociales y ambientales naturales y/o artificiales. Este tipo de estresores se han denominados estresores ambientales, como puede ser el ruido, el clima, el viento, la contaminación, el ruido de la ciudad, la congestión del tráfico se ha sugerido como agentes altamente patógenos para la salud somática y psicológica. Cuando se habla del estrés psicosocial se refiere a sucesos vitales, sucesos menores o estrés crónico. Un factor a considerar en estos días de contingencia es la situación socioeconómica, el desempleo, los sueldos bajos o medios sueldos, generando estrés y conductas negativas.
- Evaluación cognitiva. Se refiere a la valoración cognitiva que efectúa el individuo con respecto a la situación o demanda psicosocial. Ésta debe ser consciente a menos que existiera alguna amenaza externa (pérdida, peligro inminente o desafío). Estos tres tipos generales de valoración de la situación estresora pueden depender fundamentalmente de la naturaleza propia de la demanda, de las características del individuo, o de ambas cosas.
- La evaluación de la demanda psicosocial puede implicar que esta se valore según diversas características como la violencia, la independencia, la predecibilidad esperada o no esperada la situación y la controlabilidad de las situaciones.
- Respuesta del estrés. Considerar las respuestas fisiológicas como la neuroendocrinas y las asociadas al sistema nervioso autónomo; así como las respuestas psicológicas como son las emociones, la ansiedad y/o depresión.

- **Afrontamiento.** Se refiere a los esfuerzos conductuales y cognitivos que emplea el sujeto para hacer frente a las demandas estresantes; así como también para suprimir el estado emocional del estrés. Un afrontamiento eficaz del estrés podría influir por feedback negativo sobre la valoración cognitiva de la situación, así como de la propia situación psicosocial. Una relación muy estrecha ocurre entre el afrontamiento y los componentes psicológicos y fisiológicos de la respuesta del estrés. En ciertas circunstancias resulta ser difícil separar la reacción emocional o cognitiva y un proceso de afrontamiento.
- **Características personales.** Éste incluye todo un conjunto de variables que pueden influir sobre las cuatro etapas anteriores, como pueden ser tipos de personalidad, factores hereditarios, sexo, raza, etc. Las características personales pueden determinar en gran medida la evaluación que el individuo haga del contexto psicosocial. Además, pueden influir las estrategias de afrontamiento que tengan ante el estrés.
- **Características sociales.** Éstas pueden ser el apoyo social, el nivel socioeconómico y las redes sociales. El apoyo social puede ser considerado como un recurso del afrontamiento del estrés. Son aquellas acciones llevadas a cabo a favor de un individuo por otras personas como amigos, familiares, entre otros.
- **Estatus de salud.** Es un estado de salud, tanto psicológica como fisiológicas, y dependerá en gran parte del funcionamiento de las fases anteriores. Sin embargo, se puede tener un afrontamiento inadecuado como puede ser el alcoholismo, tabaquismo, o reducción de actividad física, etc.

El propósito de la respuesta del estrés es desviar los recursos del cuerpo a los mecanismos que nos ayudan a pelear o escapar. Es probable que la respuesta de estrés haya evolucionado en el momento en que los principales estresores de una persona eran obtener calor y comida o evitar a los depredadores. Experimentar una oleada de energía fue una manera eficaz de preservar la vida cuando las cosas se ponían difíciles; sin

embargo, en la actualidad nos preocupamos por cosas más sutiles, como el aumento de las tasas de intereses o los exámenes de fin de año.

La participación del estrés en el origen de la afección mental es indudable. Es importante mencionar que no todos experimentan un periodo intenso o incluso prolongado de estrés desarrollan problemas de salud mental. De hecho, algunas personas florecen o cuando menos afrontan en situaciones estresantes, hay personas que se vuelen más productivos y eficientes cuando esta estresada, y es porque no todos los organismos son iguales y por lo tanto responden de manera diferente.

Los estresores pueden categorizarse como catastróficos, personales o contextuales. Los estresores catastróficos son calamidades, como los desastres naturales, guerras o como en la actualidad pandemias, que le ocurren a grandes grupos de personas. Los estresores personales son sucesos que por lo general solo tienen importancia para un solo individuo o un pequeño grupo de personas como la familia. Los estresores contextuales suelen ser molestias cotidianas, situaciones pequeñas pero persistentes de presión que irritan o molestan a la gente. Una elevada incidencia de molestias cotidianas puede tener un efecto negativo pronunciado; su situación sostenida en el tiempo puede construir un estresor crónico (Lee, Irwin, 2020, s/n)

Es importante distinguir entre estrés y estresores. Un estresor se refiere a cualquier situación que genera estrés; y el estrés se refiere a nuestras reacciones ante un estresor. El estrés es el agotamiento nervioso o la tensión psicológica y física generada por circunstancias, eventos o experiencias físicas, emocionales, sociales, económicas u ocupacionales que son difíciles de manejar o superar.

El estrés también se puede considerar como el resultado de la interacción entre el individuo y su ambiente; y ocurre cuando las demandas percibidas de la situación

exceden la capacidad del individuo para manejarlas o afrontarlas. Hay cuatro tipos de principales de efecto que se asocian con el estrés: fisiológicos, emocionales, cognitivos, y conductuales. El estrés y la ansiedad tienen varios efectos negativos sobre el sistema cognitivo. Los efectos conductuales se relacionan con los cognitivos e incluyen la capacidad para funcionar de manera efectiva en el trabajo y una disminución general de su motivación.

Los efectos emocionales del estrés que se pueden identificar son: sentimientos de ansiedad y depresión, mayor tensión física y mayor tensión fisiológica. Los efectos fisiológicos del estrés son: liberación de adrenalina y noradrenalina, bloqueo del sistema digestivo, expansión de los pasajes de aire en los pulmones, incremento en el ritmo cardíaco, construcción de los vasos sanguíneos. Los efectos cognitivos del estrés son: mala concentración, incremento con tendencia a la distracción, y disminución de la capacidad de la memoria de corto plazo. Y por último los efectos conductuales del estrés son: mayor ausentismo, alteración de los patrones del sueño, y disminución en el desempeño del trabajo (Eysenck, 2019, pp. 67-68)

Los estímulos aversivos pueden perjudicar la salud de las personas. Muchos de estos efectos perjudiciales son producidos por los estímulos en sí mismos, sino por las reacciones que se presentan. De este modo Walter Cannon (Citado en Carlson, 2006, p. 620) entiende el estrés como la reacción fisiológica que provoca la percepción de situaciones aversivas o amenazantes.

La palabra estrés se ha tomado prestada de la ingeniería, donde se refiere a la acción de las fuerzas físicas de las estructuras mecánicas. La palabra puede ser sustantivo o verbo, el sustantivo puede referirse a situaciones o respuestas del sujeto ante ellas, siendo estos factores estresantes (situaciones externas), y a la reacción del sujeto como respuesta del estrés.

Las respuestas fisiológicas que acompañan a las emociones negativas nos preparan para amenazar a los rivales o para escapar de situaciones peligrosas. Un término que es importante considerar es la respuesta de la lucha o huida para designar a las reacciones fisiológicas que nos preparan para los enérgicos esfuerzos que requieren luchar o escapar.

Muchos de los estudios realizados con seres humanos que han sido sometidos a situaciones estresante han aportado pruebas de que tienen salud deficiente. Un pionero en el estudio de estrés fue Hans Selye, quien sugirió que la mayoría de los efectos perjudiciales de éste se debían a la secreción prolongada de glucocorticoides. Estos efectos incluyen la subida de la tensión arterial, daño del tejido muscular, diabetes esteroide, infertilidad, inhibición del crecimiento, inhibición de la respuesta inflamatoria y supresión de la respuesta inmunitaria. La tensión arterial alta puede desembocar en ataques cardíacos y apoplejía. La inhibición del crecimiento en niños sujetos a estrés impide que alcancen su estatura plena. La inhibición de la respuesta inflamatoria dificulta que el organismo se recupere de una lesión y la supresión de la respuesta inmunitaria hace que un individuo sea vulnerable a las infecciones. La administración prolongada de esteroides puede tratar las enfermedades inflamatorias a menudo produce déficits cognitivos y puede incluso llevar a una psicosis esteroide, cuyos síntomas incluyen marcada tensión a la distracción, ansiedad, insomnio, depresión, alucinaciones y delirios (Carlson, 2006, pp. 620-623).

- **Causas del estrés.**

Existen muchas causas diferentes del estrés. Muy a menudo las personas son estresadas por las molestias y los eventos negativos de la vida; los trabajadores están expuestos a muchos estresores en el trabajo. Los eventos de la vida suelen ser sucesos o acontecimientos negativos importante que causan altos niveles de estrés. En contraste, las molestias son inconvenientes o interrupciones menores de la vida cotidiana. Todos

los eventos de la vida severos como las molestias producen efectos negativos en la salud física y el bienestar psicológico; sin embargo, existentes diferencias individuales en la respuesta a los eventos de la vida y las molestias.

Existen tres factores de gran importancia que pueden generar estrés en las personas que son laboralmente activas:

- Elevada tensión laboral (un trabajo que combina poco control con altas demandas).
- Desequilibrio entre el esfuerzo y recompensa (en donde las recompensas en el trabajo son pocas en relación al esfuerzo requerido).
- El estrés resultante del enorme incremento en el uso de computadoras en el lugar de trabajo.

Tener poco control en el trabajo da lugar a varios resultados relacionados con el estrés. Ahora bien, en la actualidad se habla del notable incremento en el uso de las computadoras en los lugares de trabajo, a lo que se le conoce como el tecno estrés, teniendo profundos efectos en la vida de muchas personas. El tecnoestrés es una fuente cada vez más importante de estrés en el trabajo. El agotamiento (burnout) es un síndrome que combina desgaste emocional, despersonalización (actitudes clínicas hacia los compañeros de trabajo y clientes) y un menor sentido de logro personal; siendo entonces el desgaste emocional el componente central del agotamiento; y esto ocurre como resultado de la exposición prolongada a estresores. Se pueden identificar tres dimensiones relacionadas con el agotamiento (Eysenck, 2019, p.74):

- Desgaste emocional entendido como la sensación de ser rebasado o extenuado emocionalmente por el trabajo.
- Despersonalización entendida como una respuesta insensible e impersonal hacia los receptores de la atención o servicio.

- Logro personal entendido como los sentimientos de competencia y éxito en el trabajo con la gente.

El agotamiento depende tanto de la personalidad de los trabajadores como de la naturaleza de las exigencias de trabajo.

2.2 La fisiología del estrés.

La fisiología de los estresores es que parten del hipotálamo; en primer lugar, la respuesta inicial del choque depende principalmente del sistema simpático adrenal medular (SAM); en contraste, la respuesta del contra choque involucra al eje del hipotálamo hipofisario adrenal (HHA). Por un lado, la médula adrenal permite la liberación de adrenalina y noradrenalina, generando la respuesta de lucha o escape como: el incremento en los ritmos cardíacos y respiratorios; disminución en la actividad del estómago; inhibición en la prohibición de salida (boca seca); dilatación (expansión) de las pupilas oculares; y la liberación de glucosa en el torrente sanguíneo para proporcionar más energía. Por otro lado, la glándula hipofisaria anterior libera el torrente sanguíneo, teniendo la liberación de glucocorticoides (cortisol) en el torrente sanguíneo, causa que el hígado libere glucosa almacenada manteniendo un suministro constante de combustible al cuerpo, suprime el sistema inmunológico, útil para afrontar el estrés de largo plazo y reducir los efectos de la respuesta de choque inicial (Eysenck, 2019, p. 69)

Existen dos formas principales en que el estrés puede causar enfermedad (Eysenck, 2019, pp.76-77):

- Estrés directo: se da al reducir la capacidad del cuerpo para combatir la enfermedad y dañando el sistema inmunológico. Es común pensar que el estrés

provoca enfermedad al dañar el sistema inmunológico, pues las células del sistema inmunológico tienen receptores para varias hormonas y neurotransmisores involucrados en la respuesta al estrés. Estas células contribuyen a explicar cómo influye el estrés: los estresores de corta duración incrementan la inmunidad natural; el estrés producido por la muerte de un familiar disminuye la inmunidad natural; el estrés provocado por desastres naturales produce un pequeño incremento tanto en la inmunidad natural como en la inmunidad específica; y por último los eventos de la vida se asocian con menor inmunidad natural y específica solo en individuos mayores de 55 años.

- Estrés indirecto: el estilo de vida tiene un impacto importante en la enfermedad y el ciclo de vida a través de una ruta indirecta. Breslow y Enstrom (citado en Eysenck, 2019, p.77) consideraron los efectos de siete conductas saludables: no fumar, desayunar todos los días, no consumir más de dos bebidas alcohólicas al día, hacer ejercicio regular, dormir de siete a ocho horas por noche, no comer entre comidas y no tener sobrepeso. En este tipo de estrés se consideran también cinco factores del estilo de vida: el hábito de fumar, alto consumo de alcohol, consumo insuficiente de frutas y vegetales, actividad física, peso por debajo o por arriba de lo apropiado. La probabilidad de sufrir multimorbilidad (dos o tres enfermedades crónicas) fue cinco veces más probable entre los hombres con cuatro o cinco factores no saludables del estilo de vida que entre los individuos con ninguno de esos factores; en el caso de las mujeres, la probabilidad de multimorbilidad fue tres veces mayor en quienes exhibían muchos factores no saludables del estilo de vida que en quienes no mostraban más de uno de esos factores.

El estilo de vida de los individuos estresados suele ser algo menos saludable que el de los no estresados. También se ha encontrado que el estrés está asociado con el endurecimiento de las arterias. Esto se debe a que los individuos estresados tienen una ingesta de alimentos nada sanos y tienen un estilo de vida menos activo. Es decir, los

efectos de los estresores en el sistema inmunológico dependen de la naturaleza y duración del estresor (Eysenck, 2019, p. 77).

Las secuelas de acontecimientos trágicos y traumáticos, como los asociados a la guerra y desastres naturales, a menudo incluyen síntomas psicológicos que persisten mucho después de los que los acontecimientos estresantes hayan acabado. según el DSM, el trastorno por estrés traumático se debe a una situación en la cual una persona experimento o fue testigo, o incluso tuvo que afrontar un acontecimiento (s) que ocasionaron un muerte o amenazas de muerte o lesiones graves que afectan a la integridad física de uno mismo o de otros, lo que provoco una respuesta de un intenso miedo, indefensión, horror, etc. los síntomas producidos por dicha experiencia incluyen sueños o evocaciones recurrentes del suceso, impresión de que el suceso traumático vuelve a ocurrir (episodios flashback) y profundo malestar psicológico. Estos sueños o recuerdos pueden hacer que una persona evite pensar en el suceso traumático, lo que a menudo desemboca en disminución de interés por las actividades sociales, sentimientos de desapego de los demás, supresión de sentimientos afectivos y sensación de un futuro desolador y vacío.

Entre los síntomas psicológicos concretos figuran la dificultad para conciliar o mantener el sueño, irritabilidad, estallidos de ira, problemas de concentración y reacciones exageradas a los ruidos y movimientos repentinos. El trastorno por estrés postraumático puede manifestarse a cualquier edad. Los niños pueden presentar determinados síntomas que no suelen verse en los adultos, como pérdida de las recientemente adquiridas capacidades lingüísticas o de control de esfínteres, y quejas somáticas como dolor de cabeza o estómago.

Una de las principales causas de fallecimiento son las enfermedades cardiovasculares, éstas pueden provocar infarto de miocardio y apoplejía, el infarto del miocardio ocurre cuando se obstruyen los vasos sanguíneos del corazón, mientras que

la apoplejía afecta a los vasos sanguíneos del encéfalo. Muchas de las consecuencias nocivas del estrés prolongado se deben a nuestras propias reacciones. Algunos sucesos que motivan respuestas de estrés, como por ejemplo un esfuerzo prolongado o el frío extremo, causan perjuicios directamente. El efecto de otros factores estresantes, como las situaciones que generan miedo o ansiedad, depende de la percepción de cada cual y de su reacción emocional. (Carlson, 2006, p.627)

2.3 El afrontamiento en el trabajo con estrés

Las Estrategias de afrontamiento se pueden definir como los esfuerzos para prevenir o disminuir la amenaza, daño y pérdida para reducir la angustia asociada. Hay que distinguir entre el afrontamiento enfocado en el problema y el afrontamiento enfocado hacia la emoción. El primero implica el uso de pensamientos o acciones para actuar directamente sobre una situación estresante (acciones deliberadas, toma de decisiones, planeaciones de vida, etc.). el segundo implica intentos por disminuir el estado emocional experimentado en una situación estresante (mediante la distracción, la evitación de la situación, la búsqueda de apoyo profesional, etc.)

El afrontamiento es un concepto que se entiende como el proceso para reducir el estado de estrés. Es decir, cuando la respuesta fisiológica de estrés desaparece, éste tendrá una gran disminución en esa carga emocional que generaba, y por lo tanto los síntomas elevados en el organismo bajarán, disminuyendo el proceso de somatización.

El afrontamiento se relaciona con las dimensiones de evaluación cognitiva de la situación que se presente. En la vida diaria de una persona, tendrá que ver con esa capacidad, que las personas tengan para manejar sus emociones, y no permitir que esto se acumulen. Se pueden encontrar cuatro patrones de afrontamiento (Belloch et al, 2009, p. 19) :

- Modo vigilante rígido. Que es aquel que se lleva a cabo por personas con alta vigilancia y baja evitación (sensibilizadores); es decir, tienen la tendencia a buscar información sobre el estresor para configurar una imagen mental de la confrontación anticipada, ya que este tipo de personas se estresan primariamente por la experiencia de incertidumbre respecto a una situación de amenaza.
- Modo evitador rígido. Es aquel que es muy típico en personas de baja vigilancia y alta evitación (represores). En éste se asume, que la activación emocional producida por las señales anticipatorias de la confrontación produce gran nivel de amenaza al sujeto, por lo que tienden a prestar poca atención a las características amenazantes del estresor.
- Modo flexible (uso flexible de estrategias relacionadas con la situación). Es muy característico de personas no defensivas, es decir, son aquellas con un patrón de baja vigilancia y baja evitación. Ahora bien, ante una situación de amenaza no les cuesta tolerar ni la posibilidad de incertidumbre ni la sorpresa negativa de una posible activación emocional. Se entiende que la utilización reflexiva de estrategias de afrontamiento se caracteriza por una marcada orientación hacia los requerimientos situacionales que prevalecen en cada momento.
- Modelo inconsciente o también llamado como afrontamiento ineficaz. Este se da cuando la persona tiene una alta vigilancia y alta evitación, o lo que se le conoce como personas ansiosas, y se estresan frecuente y fuertemente, ya sea por a la incertidumbre de la situación relevante como la activación emocional. Y por ello se encuentra emocionalmente inestable, y ocasiones empieza a somatizar.

Las consideraciones del afrontamiento, como proceso, implica que se debe considerar que el afrontamiento debe separarse de los resultados; sino más bien que éste depende del contexto, siempre y cuando éste sea estable y consciente.

Existen dimensiones que corresponden al afrontamiento focalizado en el problema, que busca soluciones a los problemas que se presentan, por lo que algunos estarán enfocados a los problemas y otros a la emoción (como el autocontrol, aceptación de la responsabilidad, revaloración positiva entre otros). Entre las dimensiones que se consideran están las siguientes (Belloch et al, 2009, p. 21):

- **Confrontación:** Esta se refiere a las acciones directas dirigidas hacia las situaciones. Como por ejemplo la expresión de la ira hacia una persona causante del problema, tratar de que la persona responsable cambie de idea.
- **Distanciamiento:** indica tratar de olvidarse del problema, negarse a tomarlo en serio, comportarse como si nada hubiera ocurrido.
- **Autocontrol.** Indica guardar los problemas para uno mismo, procurar no precipitarse.
- **Búsqueda de apoyo social:** se refiere a pedir consejo o ayuda de alguien que puede hacer algo concreto, sea familiar o amigos.
- **Escape o evitación.** Hace referencia a esperar a que ocurra un milagro, evitar el contacto con la gente, toma alcohol o drogas.
- **Planificación de solución de problemas:** es establecer un plan de acción o seguirlo, cambiar algo para que las cosas mejoren.
- **Reevaluación positiva:** se enfoca hacia la experiencia que enseña, cambio, madurez como persona.

CAPÍTULO III

LAS EMOCIONES

3.1 Generalidades de las emociones.

Las emociones se pueden conocer como estados que salen a flote en determinados momentos y a ciertos estímulos, están presentes en las personas de forma innata, ante esto las emociones suelen ser desequilibrantes para las personas que no pueden ocupar su inteligencia emocional de una manera inteligente, pues muchos expertos en este tema aseguran que las emociones tienen que ser ocupadas inteligentemente o de lo contrario cada vez que se experimente una emoción esta en vez de ayudar perjudicará.

En los últimos años las emociones se han convertido en un tema de gran interés y de mucho análisis para distintas disciplinas, es difícil dar como tal un concepto base y exacto para definir a la emoción, pero existen características que conforman a este término para su mejor comprensión mismos que se mencionan a continuación: Las emociones son un proceso complejo, multidimensional ya que pueden ser expresadas con mucha intensidad, leve o moderada. Y que a su vez están conectadas por medio de respuestas de tipo neuro-fisiológico, motor y cognitivo.

En las personas siempre habrá dos factores la emoción y la cognición es decir si un individuo suele ser más racional esto será interpretado como una barrera que impida a que pueda experimentar y tener un conocimiento emocional. Por otro lado, las emociones son de suma importancia en el momento de la toma de decisiones ya que ayudaran a dirigir correctamente a la conducta. (Vivas et al, 2007, pag.17).

A continuación, se presenta una definición que puede ser aceptada por los investigadores y que tal vez sea una de las que más se acerque a este término: La emoción es definida como como reacciones derivadas del conocimiento con el que ya se cuenta del mundo exterior que a su vez tendrá una medida de la intensidad con la que se recibe la emoción en base a esto se hace una evaluación para comprender si la información recibida afectara o no el bienestar. La emoción depende siempre de todo aquello que es importante para los seres humanos, si las emociones se reciben con gran intensidad pueden provocar daños intelectuales en las personas y pueden llegar a provocar una fobia, estrés o ansiedad.

En diferentes opiniones todos conocemos a las emociones como o bueno las principales que son alegría y temor. las emociones también pueden ser de carácter biológico, así mismo también pueden ser fenómenos sociales, pero el concepto puede ser un poco confuso debido a que parecen tan explícitas en nuestras experiencias diarias. La emoción es el constructo que va a unir y a coordinar la experiencia dentro de un patrón sincronizado, esta definición de la emoción se destaca la forma de los diferentes aspectos que se coordinan entre sí, es decir aquello que las personas sienten se correlaciona con una manera en que se mueven los músculos de la cara esto en especial se observa al momento de oler una comida podrida, en el momento que se huele inmediatamente se arrugara la nariz haciendo un acto de aberración esto como un sistema coherente y de adaptación (Reeve, 2010, p. 223).

Otra definición de emoción puede ser la siguiente: Una reacción intensa de afecto, determinada por un estímulo ambiental, provocando una modificación en el nivel somático, vegetativo y psíquico. Ante una situación emocionante afectan las funciones vegetativas como la circulación, respiración y secreción. Las reacciones viscerales tienden a manifestarse por la pérdida momentánea del control neurovegetativo y la incapacidad de asimilar el contexto emocional y las reacciones psicológicas se manifiestan como una reducción del control de sí mismo, la dificultad para articular las

acciones y reflexiones, la disminución de las capacidades de método y de crítica (Galimberti, 2002, p. 377)

La emoción como cualquier concepto tiene o está formado por ciertos elementos los cuales hacen que por esa razón este tema sea de mucho interés. Ejemplos: las situaciones o estímulos deben de tener ciertas características potenciales para poder generar una emoción. Las personas percibirán del entorno la situación con las determinadas características que corresponda a su intensidad, entonces cuando esto pase la persona la interpretara y reaccionara como respuesta ante el momento. Si la emoción que la persona siente en ese momento es agradable probablemente vengan recuerdos que hagan que disfrute aún más la emoción, de lo contrario si la emoción le cause aberración recuerdos similares volverán a aparecer y probablemente eso haga que la emoción lo domine al grado de que se bloquee por no poder encontrar una solución.

Cada persona al sentir una emoción automáticamente se le notara de inmediato ya que interviene la expresión motora el cual será observado fácilmente porque incluye las expresiones faciales en este caso como las de la alegría, ira, miedo, etc. Incluye también el tono y volumen de voz, los movimientos del cuerpo, la sonrisa, el llanto entre otras (Vivas et al, 2007, p. 20).

Dentro de la estructura de la emoción y como es el proceso de esta misma se dice que parte desde el cerebro ya que este tiene dos hemisferios, el derecho contribuye con la inteligencia de igual forma el hemisferio izquierdo. Pero en si en su totalidad el cerebro se encuentra conformado por tres partes, es decir: el sistema neo cortical, el sistema límbico y el sistema reptil. De acuerdo a esto muchos investigadores le llaman cerebro triuno, pero aseguran que el centro principal de las emociones está en el sistema límbico o también llamado sistema emocional.

Dentro del sistema límbico existen otras estructuras que complementan al proceso emocional la amígdala, hipotálamo, hipocampo y tálamo, la amígdala en si es una estructura muy grande en comparación con la de los primates, la amigada está especializada en cuestiones de tipo emocional y que también la consideran como una estructura que esta aligada a los procesos de aprendizaje y memoria, porque actúa como un tanque de almacenamiento de emoción o considerarlo también como un depósito de significado se le conoce a si porque como se había mencionado antes una emoción siempre traerá recuerdos, experiencias pasadas en donde probablemente la persona se haya sentido bien o en este caso todo lo contrario. En la amígdala las emociones pueden ser un poco difíciles de controlar ya que conecta con muchas partes antes del cerebro pensante como lo es el neo córtex. Entonces si la amígdala tiene diferentes conexiones es la responsable de las experiencias consientes, es por ello que la amígdala es considerada como un lugar principal en la vida emocional porque en situaciones puede movilizar el cuerpo como respuesta a una emoción fuerte en especial el miedo, mucho antes de que el cerebro sepa lo que está pasando.

En los aspectos biológicos de la información que son vitales importantes el estudio de las emociones se inició aproximadamente hace unos cien años en ese entonces se plantearon las interrogantes de como el sistema nervioso autónomo hacia acto de presencia en esta parte en las experiencias subjetivas de la emoción. Las primeras teorías que salieron a la luz fueron las de James Lange, él se preguntaba si las distintas emociones tenían reacciones corporales únicas que se asocian o no.

Esta teoría de las emociones fue adquiriendo fama muy rápido, pero como toda teoría nueva muchos no estuvieron de acuerdo y por lo tanto tuvo críticas, los críticos reaccionaban y decían que las respuestas corporales que comentaba James no eran más que de respuesta general de pela-huida que no variaba de una emoción a otra. Estos críticos afirmaban que la activación fisiológica consistía en aumentar la emoción, más que ocasionarla y se concluyó que la contribución de los cambios fisiológicos de la

experiencia emocional era pequeña, complementaria y relativamente insignificante, años más tarde de que se haya propuesto, la primera teoría estaba en tela de juicio.

3.2 Tipos de emociones.

Existen clasificaciones que se han dedicado a tratar de ir separando los tipos de emociones que puedan experimentarse como lo pueden ser básicas y complejas o secundarias. Las emociones básicas o primarias son las que se reconocen por la expresión facial característica, estas se inician de forma rápida y su tiempo de experimentarse puede ser de solo unos cuantos segundos dentro de las cuales pueden ser reconocidas con facilidad es la alegría, tristeza, ira, miedo, la sorpresa y el asco. Estas emociones mencionadas son las que se consideran básicas) no tiene que ver con alguna cultura en especial pues esto no depende del lugar donde se interactúa si o que viene por genética de cada ser humano.

Por otro lado, las emociones cognitivas difieren de las emociones básicas puesto que estas tardan mucho más y tampoco se pueden distinguir con facilidad en las expresiones faciales, varios autores clasifican las emociones en primarias, secundarias, positivas, negativas y neutras y se describen de la siguiente manera:

- **Emociones primarias:** estas se pueden moldear con el aprendizaje y las experiencias y están presentes en todas las personas sin importar la cultura.
- **Emociones secundarias:** surgen de las emociones primarias, solo que estas se desenvuelven en desarrollo individual es decir cada persona las puede ir moldeando por lo tanto la respuesta será diferente de otra.

- **Emociones negativas:** son las que tiene sentimientos desagradables, se valoran en todos los sentidos como dañinas, en esta clasificación entra la ira, la tristeza y el miedo.
- **Emociones positivas:** a diferencia de las negativas estas promueven los sentimientos agradables y valoran las situaciones como beneficiosa, presentan duración temporal cortas y movilizan pocos recursos para su afrontamiento, dentro de este apartado la emoción principal es la felicidad.
- **Emociones neutras:** estas no producen ni sentimientos agradables ni desagradables, tampoco se consideran negativas ni positivas su finalidad es de aparecer repentinamente con una emoción posteriores a las demás, por ejemplo, la sorpresa. (Palmero et al, 2010, p.12).

- **Descripción de las emociones**

El miedo: Emoción primaria negativa, sale a flote por el presentimiento o percepción de peligro, se considera como señal de advertencia que se aproxima por daños psicológicos o físicos, también implica inseguridad por para soportar o manejar una situación de amenaza. Esta es una de las emociones que se reciben con gran intensidad y sobretodo muy desagradables, su característica principal es sensaciones nerviosas, preocupación por la propia seguridad o por la salud en ocasiones se acompaña por la sensación de pérdida de control. Si el miedo llegara a crecer o se sintiera de forma extrema automáticamente lo que se estaría sintiendo en ese momento seria terror, las sanciones del miedo son ojos se agrandan para que puedas ver mejor, el corazón en cada latir bombea más sangre de lo normal sobre todo en las piernas para que de esta forma se puede emplear una huida.

La ira o enojo: Emoción primaria negativa que se produce en momentos que se evalúan como injustas, incluye a las personas que afectan con abusos verbales o físicos por lo que se considera como un trato injusto lo que hace que se genere un bloqueo de metas personales. La ira resulta ser veloz, tan dominante que puedes empezar a perder el control de la misma en el momento que se empieza a experimentar, te hace reaccionar como un animal que es atacado por otro, por esta razón es mejor evitar que la ira tome el control mientras se esté a tiempo.

La tristeza: Esta emoción denota pesadumbre y melancolía, es una forma de considerar el displacer que se produce por la frustración de un deseo en particular, el desencadenante principal de esto es el físico y psicológico, se caracteriza por sentimientos de desánimo, desaliento y pérdida de energía y se asocia con los siguientes términos: aislamiento, infelicidad, añoranza, pesimismo, depresión, abandono, condolencia, remordimiento y rechazo. La tristeza es un velo gris y que te empaña de lágrimas la vida, no a todas las personas suelen entristecerse con las mismas cosas pero es normal sentir tristeza en el momento que surge una decepción, la tristeza es parte de la compasión.

El asco: Su respuesta emocional es causada por estímulos repugnantes, la emoción es de carácter complejo porque implica con respuesta de rechazo a un objeto echado a perder, el suceso es valorado como desagradables los efectos del asco son la necesidad de alejarse lo más posible del estímulo aberrante. Todo el mundo siente asco hacia cosas en particular, pero esas cosas en particular son diferentes en cada familia porque en ocasiones se aprenden de las personas que nos rodean.

La felicidad: Este estado de ánimo que se complace con la acción de algún bien, esta emoción propina herramientas que ayuden a la facilidad de empatía y la aparición de conductas altruistas. Los estímulos principales en desencadenar esta emoción son los éxitos o los logros que se proponen a cumplir y se relacionan a la felicidad los siguientes

términos: contento, triunfo, alegría, júbilo, entusiasmo, deleite, buen humor, etc. Cuando sientes felicidad tu manera de actuar resulta ser confortante para los demás y piensas con ideas más positivas para tu bienestar.

La sorpresa: Es una emoción que se considera como breve, es una respuesta causada por algo de improviso o extraño. Los acontecimientos cognitivos entran aquí ya que ellos provocan sorpresa, el significado principal de la sorpresa es que preparan al individuo para afrontar el acontecimiento inesperado y se asocian con la sorpresa los siguientes términos: asombro, pasmo, extrañeza.

La vergüenza: Esta es una emoción negativa que se caracteriza por un evento en el que provoque exhibición del individuo. La vergüenza por desgracia es muy indiscreta, tiene la manía de anunciar a los demás que resulta ser consciente de tu falta, respuestas faciales comunes es que la cara comience a enrojecerse.

El amor o cariño: El sentimiento que se tiene hacia una persona, cosa o idea. Implica dos cosas el amor apasionado o el de compañero, el apasionado o también conocido como amor obsesivo suele ser fuerte pues la emoción que se recibe es con mucha intensidad y gran anhelo por la unión con otro. Mientras que el amor de compañero es menos intenso, combina sentimientos profundo cariño, compromiso e intimidad.

3.3 Aspectos conductuales relacionados con las emociones.

Las emociones pueden ser desencadenadas o producidas por la motivación o puede ser que al sentir una emoción positiva que provoque un sentimiento agradable llegue al

grado de motivar para conseguir un logro y que la emoción pueda aumentar el tiempo de duración.

La motivación es un término general que comúnmente se utiliza cuando se quieren describir fuerzas que interactúan sobre o adentro de un organismo para iniciar y dirigir la conducta de este. Estas fuerzas harán que los comportamientos estén destinados a modificar el curso de vida del organismo el concepto de motivación puede ser considerado para ayudar a diferenciar los grados de intensidad con las que las conductas se manifiestan, es decir que las conductas intensas están consideradas en el resultado de los niveles altos en la motivación. Se refiere a un proceso interno como un proceso que puede implicar un cambio o una variabilidad cuando se dice que la motivación es un proceso dinámico momentáneo, se refiere a que es un estado motivacional, pero si se habla de una predisposición que va encaminada a las tendencias de acción se estaría hablando entonces de un estado de rasgo motivacional.

En los aspectos relacionados con la motivación de su intensidad, existen factores que son utilizados para referirse a lo que proporciona esa energía, en la actualidad se habla también de la activación utilizado como referencia para para señalar la intensidad de la información: que son la dimensión fásica y la dimensión tónica. Una hace referencia a respuestas o excitaciones breves asociadas a un objeto o estímulo que por razones desconocidas es significativo para el individuo. Mientras que la segunda hace referencia a respuestas o excitaciones sostenidas más duraderas que la anterior y estas están provocadas por un estímulo u objetivo de la relevancia para el individuo. (Palmero et al, 2011, p.12).

En términos generales la motivación es una definición que describe aquellas fuerzas que salen y que actúan sobre el organismo para dirigir una conducta. Una conducta motivada puede ser el resultado de las necesidades que tiene como finalidad

conseguir una meta en el medio ambiente para así poder satisfacer sus necesidades y reducir ese impulso que lo alienta.

Se menciona que la conducta motivada es influida por factores internos y externos que actúan como responsables en la activación del organismo y así encaminarlo hacia la meta para conseguir de esta manera su bienestar. Palmero señala que “la motivación es un concepto que se usa cuando se quiere describir las fuerzas que actúan en el organismo, para así poder iniciar una conducta destinada a modificar o mantener el curso de la vida de un organismo para la obtención de probabilidad que incrementen su supervivencia”. (Palmero et al, 2010, p. 76).

La conducta motivada se realizará cuando el impulso sea elevado y se fortalezca con el ámbito mediante el reforzamiento, es decir el impulso sería la suma de todas aquellas necesidades que el organismo tenga, sin embargo, un impulso inespecífico permitirá activar una conducta, pero no dirigirla. La diferencia principal entre estas dos especificaciones es que la motivación es el resultado de los factores internos del organismo, mientras que la segunda dependerá tanto de factores internos como externos.

Una disciplina que también se dedica al estudio de las emociones es la biopsicología, sobre cómo influye esta en el estrés y en la salud, ya que estos pueden ser tanto trastornos fisiológicos o úlceras e infecciones así que en este apartado se explicara un poco de cómo funciona esta disciplina dentro de las emociones.

Los primeros acontecimientos de importancia que tuvieron que ver con la biopsicología fue en los libros de Charles Darwin, en donde él se basaba en determinadas respuestas emocionales, como se había mencionado antes las expresiones faciales de los humanos. Darwin mencionaba que las respuestas a cada emoción eran producto de

una evolución así que se dedicó a elaborar una teoría que correspondía a las expresiones emocionales, y esta constaba de tres principales ideas.

- a) la primera era que las expresiones emocionales evolucionan cada que las conductas indicaban lo que los seres humanos o algún animal fuera a hacer a continuación.
- b) En esta mencionaba que, si las señales que proporcionaban dichas conductas eran beneficiosas para el que las mostraba, evolucionaran de forma de apoyo para una buena función comunicativa y que el comportamiento original se eliminara por completo.
- c) Y que los mensajes opuestos a veces indican un movimiento y posturas opuestas. (Pinel, 2007, p. 475).

En las investigaciones de carácter psico-biológico de la emoción su principal punto de interés y de estudio ha sido el miedo y las conductas que este pueda atraer como defensa. El papel importante que desempeña el miedo junto con sus efectos estresantes del miedo crónico en las enfermedades. El miedo resulta ser una reacción emocional en donde motiva a las conductas defensivas, las cuales son conductas cuyo principal objetivo es proteger al ser humano de una amenaza o de un daño en particular.

Pero por lo contrario existe otra conducta de polo opuesto a la ya antes mencionada, como lo es la conducta agresiva estas son principalmente las que provocan las amenazas o los daños, el descubrimiento de estas dos clases de conductas se produjeron de formas estereotipadas en relación a una especie que resulto de utilidad para la clasificación de sus bases como se muestra en la parte de abajo:

Conductas agresivas

- **Agresión depredadora:** en los animales es común porque persiguen con la intención de devorarlos, en especial las ratas matan a su presa, o a miembros de su misma especie.
- **Agresión social:** Esto es más que nada con el fin de establecer alterar o simplemente mantener una jerarquía social.

Conductas defensivas

- **Defensas dentro de la especie:** Se caracteriza por la paralización y huida debido a diversas conductas.
- **Ataques de defensa:** El ataque que los seres vivos emprenden cada que son amenazados por miembros de su propia especie, se suele recurrir a los golpes por lo general en la cara del agresor.
- **Paralización y huida:** Respuestas de las que los seres vivos optan para evadir algunos peligros, ejemplo si una persona se acerca a una rata, esta se inmovilizará hasta que sienta que el ser humano esta desprevenido cuando esto pase automáticamente la rata emprenderá la huida.
- **Conducta de defensa maternales:** En este tipo de conductas las que salen a la defensiva son las madres.
- **Evaluación del riesgo:** Estas conductas es para analizar específicamente y que les ayude a defenderse más eficazmente.
- **Enterramiento de defensa:** Esto quiere decir que las personas necesitan de herramientas para que ellos mismos puedan crear sus propias defensas en los momentos que ellos se vean amenazados por algo o alguien.

En relación al miedo crónico, el estrés y la enfermedad es fácilmente observable sobre todo en los animales, los mamíferos machos en particular experimentan miedos con miembros de su misma especie en determinados momentos de la vida, cada que la amenaza de sus miembros de la especie es cotidiana, entonces pasaría a ser estrés por una subordinación este estrés es fácil de estudiar ya que se da en especies que buscan formar jerarquías de dominancia estable. (Pinel, 2007, p.486).

- **Trastorno emocional.**

En la fuente de un trastorno emocional que se constituye por los procesos bioquímicos disfuncionales para comprender esto se hará mención de los siguientes trastornos emocionales que en algún momento puedan surgir, en el primer lugar se toma en cuenta al estrés que se explica de la siguiente forma: es de importancia mencionar al estrés puesto que este, para el organismo emocional lo afecta cuando no se alcanza una meta adaptativa de cambiar las relaciones con el entorno en este momento hay demasiados sentimientos funcionando especialmente cuando estos son negativos, se produce el estrés y en ocasiones el colapso. A sí que en una terapia cuando los pacientes están sufriendo relaciones de abuso o fracasos en la escuela, se debe de considerar una intervención de inmediato en el mismo momento de la problemática.

En segundo lugar, se tiene a la evitación y disociación de la información, es decir si el estímulo es interno la persona tiene más posibilidades de controlarse y afrontar la situación, las personas tienden a encontrar muchas maneras de evitar sentir una emoción y el dolor que en dado caso pueda incluirse en las mismas, pero para poder experimentar las emociones inteligentemente es necesario llenarse de valor y decidir ya no evadir sus emociones con nuevas herramientas que permitan la facilidad de superarlas en el momento de afrontarlas. Si se guardan sentimientos desagradables o de tristezas, el cuerpo recibirá la información de que algo anda mal y que por lo tanto se encuentra en un desequilibrio, por lo que es urgente buscar soluciones para dejar de estar así. Los

sentimientos dolorosos son difíciles de soportar de modos que todos optan por evitarlos o interrumpir esas experiencias, los sentimientos fomentan la capacidad de afrontamiento y una vez aceptados pueden ellos mismos afrontarlos de una mejor manera. Así que la intervención terapéutica implica señalar de un modo explícito en su experiencia interna de la persona, especialmente en la experiencia corporal. Pero en las dificultades de trabajar con el paciente es la insensibilidad emocional que puede afectar la sesión, por lo que el terapeuta tiene que trabajar e indagar más para poder encontrar una chispa de energía.

Sin embargo, el terapeuta debe de permanecer siempre centrado en el presente del paciente mientras va explorando el entumecimiento de su cliente, otra fuente que puede resultar importante en la discusión es que la técnica consista en alejarse de los sentimientos encontrados, es decir hacerles ver a las personas que lo que están sintiendo no es lo que realmente sienten, un ejemplo es que las personas pueden estar sintiendo enfado o tal vez que puedan sentir tristeza, pero deciden poner un rostro feliz por razones sociales.

Por lo que la intervención terapéutica debe de prestar siempre atención en las claves corporales, desplegar y clarificar los diferentes componentes de la experiencia. Para controlar las reacciones emocionales se tienen que utilizar diferentes tipos de estrategias en el procesamiento de la información, lo que llevaría a dar como resultado una eliminación en la conciencia de los aspectos afectivos de la experiencia.

Los sentimientos suelen fomentar en las personas la capacidad para el afrontamiento que una vez que la mente y el cuerpo estén acostumbrados a este tipo de capacidad mejoraran las habilidades para poder afrontar mejor. Pero si se llega a desatender esta parte dejará grandes deficiencias, por ejemplo, en primer lugar, se descontrolará la parte adaptativa dejando a las personas en un estado de desorientación, en segundo lugar, fallará al no poder conseguir que los sentimientos ni los efectos del mismo desaparezcan,

solo registra un sentimiento de incongruencia, carencias de armonía en la vida tanto en lo que se piensa y en las acciones de la vida cotidiana. La intensidad, rapidez, duración, tiempo de recuperación y la persistencia de las emociones pueden llegar a ser la principal fuente de desadaptación.

En la teoría cognoscitiva de la agresión, resulta ser un tema que a todos inquieta mucho, por eso propone tres principios en donde explica más de la agresión humana. Sigmund Freud propuso que toda agresión era el resultado de un motivo que por naturaleza era para agredir únicamente y que por lo tanto necesitaba ser liberado.

En la teoría del aprendizaje social se sugiere que la agresión no es una conducta innata y que las personas se agredirán solo si han aprendido a hacerlo, así que el conflicto más interesante de estas teorías es que se refiere a la prescripción de Freud para tratar de disminuir la violencia en la sociedad, los psicólogos creyentes de Freud han sugerido que se debe de encontrar una salida y ya que se está hablando de agresión una catarsis sería la solución como método, solo que no debe de seguir fomentando la agresión si no que debe de ser una catarsis en donde la persona logre liberar esa agresividad. Todas estas investigaciones sobre este tema comparten la opinión de que Freud estaba equivocado y que por lo tanto se apoya totalmente en el enfoque del aprendizaje social en relación de que dichas salidas simplemente enseñan a las personas a ser más violentas, así que los teóricos cognoscitivos afirman que las creencias se vuelven más propensas en las personas y naciones enteras a cometer actos de agresión.

Las emociones son consideradas también un objeto de una acción reguladora en otros modos, en si para regular la experiencia emocional, los acontecimientos deben no ser tomados en cuenta o ser evitados, las respuestas que se encuentran basadas en los recuerdos emocionales necesitan de ser reguladas también o como causa experiencias del pasado podrían controlar las respuestas del presente.

La experiencia emocional puede modificarse por medio de la atención y retribución selectiva, la tendencia de acción también puede ser contrastada y cambiada tomando un ligero impulso de sentido o de la urgencia de suprimirse para que así desaparezcan de la conciencia. Esta regulación de las emociones se desarrollan toda la vida y muchas de ellas requieren un resumen de respuestas emocionales y de aprendizajes, aunque la regulación no siempre se desarrolla de forma consciente o voluntario, ya que la mayor parte de los procesos de regulación no se dan en la conciencia inmediata (Greenberg y Paivio, 1997, p. 95).

Se dice que la experiencia en los hombres y las mujeres difieren mucho debido a la forma en la que expresan la emoción, porque se dice que a menudo los hombres resultan ser menos emocionales que las mujeres, pero no porque los hombres en especial no sientan la emoción por incapacidad o porque sea algo innato en ellos, sino que más bien es por las tradiciones o la cultura que deciden no manifestarse emocionalmente, muchas veces se ha oído el “ tu no debes de llorar porque los hombres no lloran” frases como esta en el entorno limitan a ser emocionales libremente y por lo tanto vienen las evasiones y reprimen el sentimiento.

Por otro lado, las mujeres resultan ser más abiertas en cuanto a expresar emociones. A menudo se considera que las emociones como la compasión, la tristeza, empatía y sufrimiento son poco viriles y por lo tanto a los niños se les entrena a temprana edad para suprimirlas como ya se había mencionado, las mujeres suelen tener reacciones emocionales ante recuerdos autogenerados y que muy probablemente los hombres reaccionen con emociones diferentes ante la misma situación, es decir cuando los hombres sienten enojo, suelen dirigirlo al exterior y contra la situación que los hizo enojarse, en este caso es probable que las mujeres se vean a ellas como el punto de origen del problema y que esto haga que el coraje lo dirijan en su interior, contra ellas mismas.

En general los hombres tienen habilidades menores para la decodificación de las expresiones emocionales de los demás. Un ejemplo puede ser que los hombres no son en sí los mejores cuidadores de niños que son aun pequeños para poder hablar y el resultado de esto es que no adquieren practica para poder reconocer o interpretar las emociones corporales y faciales. Cada que cambian los roles sexuales tradicionales en la sociedad y que los padres adopten un papel más importante en el cuidado de niños pequeños. La mayoría de ellos se adaptarán en cuanto a las sutilezas de las expresiones emocionales.

Por el simple hecho de que los hombres tengan mayor probabilidad de que las mujeres puedan tener posiciones de poder también así afectar la experiencia emocional de otras maneras. En los trabajos que por tradición ocupan las mujeres, normalmente se piden que los trabajadores regulen, manejen o alteren de otra forma la expresión emocional.

En la actualidad gracias al descubrimiento de nuevas culturas que se encontraban aisladas durante la mayor parte de su existencia fue así que permitió recopilar la mayor información posible para poder comprender este hábito, las experiencias culturales en las emociones en las culturas son similares en algunos casos y en ciertos aspectos, tomando como ejemplo la muerte de un ser querido, es obvio que una noticia de esta magnitud traerá consigo grandes sentimientos de dolor y tristeza esto en todas las culturas existentes. Para algunos psicólogos la clave para ayudar a las culturas, un elemento definitivo es que en si en la cultura se dan los individualismos o colectivista, esta diferencia recordara la orientación predominante de la individualista de la mayoría de las culturas.

Las emociones de las personas colectivistas tienden a ser de menor duración que la de los individualistas, un ejemplo es que unos estudiantes universitarios de estados unidos comentaron que habían experimentado emociones y que duraban más, como eran

más intensas traían consigo más síntomas corporales ya que estos tienden a entender mejores las emociones que se centran en uno mismo como el enojo y la tristeza mientras que los japoneses tienden a comprender mejor las emociones centradas en otros como la compasión y la empatía., En contraste con las emociones y sus experiencias, la formas en las que estas se expresan las experiencias parecen que son más constantes de una cultura a otra. Independientemente de la cultura, las personas tendían a coincidir en las emociones que expresaban otros por medio del rostro (Morris y Maisto, 2009, p. 376).

APARTADO IV

MODELO Y ÁREA PSICOLÓGICA

4.1 Modelo psicológico: cognitivo.

a) Antecedentes generales.

Durante años atrás han ido apareciendo enfoques terapéuticos, pero, aun así, las terapias cognitivas se han posicionado como las principales protagonistas dentro del mundo de las psicoterapias. Son muchos los aspectos que han estado contribuyendo en el desarrollo de este tipo de psicoterapias, algunos podrían esa unión de terapia cognitiva con la de terapia cognitiva conductual, pero en si los rasgos principales de la importancia del modelo cognitivo es que reúne a todas las técnicas cognitiva porque de ellas se deriva el interés e importancia que estas otorgan a las cogniciones, en los trastornos psicopatológicos en el proceso de cambio con la psicoterapia.

El modelo cognitivo engloba grandes ideas, como lo son los constructos personales, las imágenes, creencias, expectativas, atribuciones, etc. Entonces se puede comentar que el termino es utilizado para procesos intelectuales, pero no, porque este término lo que hace es que involucra patrones complejos de significados que incluyen a las emociones, pensamientos y conductas. Puesto que se dice que el hombre en el uso de su psicología humana se va formulando el mismo los significados, procesos y transacciones que se dan en el transcurso de la creación de sus significados adquiridos. Este modelo es de importancia para el método científico ya que este está constantemente en investigaciones en donde observan los resultados terapéuticos, debido al gran alto nivel que tienen las terapias cognitivas han contribuido en la investigación psicoterapéutica en la psicología como los principales pioneros que fueron Beck, Ellis y Kelly, ellos hicieron grandes aportaciones a las terapias cognitivas, fue así como una nueva corriente que se llamó cognitivo conductual.

Las terapias cognitivas han ido apareciendo por una gran variedad de precursores, a pesar de las diferencias que han ido presentándose en cuanto a las diversas técnicas del modelo cognitivo que al final logran coincidir en el componente principal que es el estudio de los procesos mentales. Muchos líderes de este modelo desarrollaron teorías y posteriormente sus modelos terapéuticos hasta convertirlos en modelos cognitivos, por lo regular habían sido líderes que se dedicaban al conductismo, pero al dar el salto de crear modelos cognitivos proporcionaron a una dominación híbrida.

Hablando históricamente sobre las perspectivas de estas teorías, los psicólogos o terapeutas cognitivos mencionan como su principal referente al estoicismo. Que se referían a que los acontecimientos no resultaban ser perturbadores, lo que en realidad incomodaba eran las ideas o juicios que se hacían de esos acontecimientos. Es decir, ellos se enfocaban en la realidad de las personas y la importancia del pensamiento en cuanto a las pasiones. Dentro del contexto del modelo cognitivo en psicología, se presentan factores que ayudaron para el surgimiento de las terapias cognitivas en las cuales destacan los siguientes:

El descontento existente con los tratamientos: Que existían desacuerdos dentro de las psicoterapias, aunque fueron efectivas las primeras apariciones, pero sus consistencias eran limitadas por trastornos de carácter conductual, es por ello que se cuestionaba su eficacia en las psicoterapias psicodinámicas.

La emergencia de psicología cognitiva: El progresivo desarrollo de los modelos clínicos en cuanto a lo que era el procesamiento de la información, entonces se pensaba en la falta de fundamentación de las terapias cognitivas no eran consideradas como una innovación tecnológica de la psicología clínica, sino que era más bien una convergencia con otras técnicas que le daban el papel principal a la cognición.

Para los años setenta las terapias cognitivas entraron en una fama muy importante por los trabajos de otros autores que trabajaron en una forma unida como lo fueron Aarón Beck, Albert Ellis y Kelly, con el llamado enfoque cognitivo conductual dentro de los conceptos básicos, del modelo cognitivo se dice que carece de un marco teórico único en su estilo. Aunque en el momento de buscar respuestas en este modelo se podrá encontrar un panorama de muchos lenguajes diversos (Feixas y Miró, 1993, p.214).

Dentro de los conceptos básicos que maneja el modelo cognitivo es el de los esquemas: Que dice que las estructuras y proposiciones cognitivas, son los principales orígenes de la noción de esquema y se dan muchos años atrás cuando Piaget realizaba estudios de lo que se está hablando ahora. Y se considera al esquema como una reacción activa de experiencias pasadas es decir de ideas tomadas en cuenta como una estructura cognitiva que tiene que ver con la abstracción dada por una experiencia previa, es el principal responsable encargado de los mecanismos que guían la atención y percepción.

Entonces la estructura cognitiva se concibe como una especie de arquitectura del sistema, esa estructura encargada de organizar la información recibida y las proposiciones cognitivas se refieren al contenido de la información que organiza la estructura cognitiva. Poseen principales prioridades en el momento del procesamiento de la información, los esquemas permiten al que está por percibir identificar estímulos en forma rápida, una vez identificados los estímulos viene el siguiente paso que es empezar con la jerarquía de los acontecimientos, después seleccionar las estrategias que permitirán obtener nueva información para encontrar la solución a los problemas al finalizar se alcanzarán las metas deseadas.

Dentro de los esquemas que hablan sobre el self que es una palabra que se traduce como “el sí mismo” que está compuesta por las creencias, conceptos, afirmaciones, ideas que la persona va adquiriendo respecto a si mismo, por lo tanto, estas generalizaciones cognitivas son relativamente estables que firman la información. El

procesamiento hace que la información disponible interpreta el significado y los integra en los acontecimientos ya obtenidos que se almacenan en el self.

En este proceso que conlleva la información es importante para el auto concepto y para la conducta social, los sentidos de identidad de cada persona están definidos por los esquemas del self, por lo que para la personalidad estos elementos son fundamentales en su estructura, en el modelo de Beck identifica muy detalladamente el rol de los esquemas en la formación y en el mantenimiento de algunos trastornos, por ejemplo en una depresión los esquemas salen al exterior generando una información negativa acerca del self acompañada por una percepción negativa del mundo de los hechos en el presente y los del futuro.

Tomando en cuenta otros modelos como el de Albert Ellis que se encontraba estructurado por los elementos que se refieren a los esquemas solo que estos no están tan detalladamente como en el modelo de Aarón Beck, en sus aportaciones a la terapia racional emotiva Ellis afirmaba que la base del trastorno o más bien de todo trastorno psicológico se daba por esa necesidad que las personas sienten por los pensamientos irracionales que tomando en cuenta el modelo ABC se da de la siguiente manera, en el que A representa el conjunto de creencias irracionales es decir la problemática que descontrola a las personas, B se basan en experiencias absolutistas o dogmáticas, C del pensamiento que las personas tiene, dependerá del grado de racionalidad que las personas ocupen para medir las creencias en los acontecimientos (Feixas y Miró, 1993, p. 216).

Bruner introduce el planteamiento del aprendizaje como un proceso del descubrimiento, donde los conocimientos se le presentan al individuo como un reto, una situación del desafío que provoca un desarrollo de nuevas ideas para una resolución de problemas y transferencias para estas resoluciones, para así transformarlas a nuevas situaciones de problemas con rasgos semejantes, pero en contextos diferentes, el

aprendizaje tiene que ser significativo, el Ello comporta que el nuevo contenido de aprendizaje se ensamble en su estructura cognitiva previa. La contribución de Piaget la que se considera más importante la cual fue la noción de competencia, una capacidad que se caracteriza en el ser humano por naturaleza, para producir algunas respuestas cognitivas en función del desarrollo evolutivo. De esta manera los procesos de incorporación y de acomodación propiciaban el equilibrio cognitivo.

En la contribución de Vygotsky lo constituye el papel del factor social como un importante desencadenante para el desarrollo psicológico, es de esta manera que explica el desarrollo psicológico a través de factores sociales y educativos. Puso énfasis en los factores del entorno como determinantes para desarrollar aprendizaje, la teoría de Vygotsky se centra principalmente en la genética del desarrollo cultural de tal forma que hace que la función cognitiva aparezca primero en el plano social, después aparecerá en el plano psicológico individual. El individuo de esta forma estará siendo moldeado por el entorno social, esta teoría es constructivista porque contribuye a un papel fundamental a las estrategias docentes como dinamizadoras del entorno del alumno y del maestro.

El propósito es evaluar las capacidades intelectuales del individuo y del entorno en forma conjunta, la definición es conocida como zona del desarrollo próximo que explica la distancia entre el nivel del desarrollo real del niño tal y como puede ser determinado a partir de la resolución independiente de los problemas y del nivel más elevado del desarrollo potencial tal y como es determinado por la resolución del problema bajo la guía de un adulto o en colaboración con sus iguales más capacitados (zapata, 2015, p. 77).

Una de las teorías de este modelo corresponde a las terapias y asignaciones se menciona esto con la finalidad de entender este proceso de cambio hay que asumir tres insight (se considera al insight como una capacidad o facultad en la cual podemos generar conciencia ante una situación. Por qué las personas se vuelven prisioneras de

su forma de pensar y como su forma de pensar resulta ser irracional, pero este mal puede cambiar si se internalizan tres insight mayores como, por ejemplo:

- Que los sucesos que marcan el malestar de las personas sean pasados o del presente no son las que afectan las emociones o las conductas disfuncionales, sino que más bien es el sistema de creencias irracionales los que afectan todo.
- Los sucesos que han marcado al individuo durante el pasado obviamente lo perturban también en el presente porque aún sigue teniendo esas ideas irracionales que no ha podido superar.
- Con el paso del tiempo en la terapia, el individuo puede superar las creencias irracionales y sus respectivas consecuencias (Álvarez et al, 2016, pág.58).

En los estilos del terapeuta puede observar la amplitud y flexibilidad con este modelo es el planteamiento de los distintos estilos del terapeuta desde donde se trabaja teniendo en cuenta las características propias tanto del cliente como del psicólogo. Un terapeuta puede cambiar su método de trabajo según el cliente que le esté tocando atender y para esto se plantean ideas de que la forma de cambiar del psicólogo resulte rígido o estable (Álvarez et al, 2016, Pág. 58).

- **Estilo socrático:** Este se basa en llevar a cabo preguntas orientadas al cliente.
- **Estilo didáctico:** Ayuda a comprender y a explicar sobre que son los mecanismos de la perturbación emocional como surgen y que se debe de hacer para combatirlos.
- **Estilo humorístico:** Muestra evidencia a través de cosas que causen risa o de forma sarcástica de una creencia emocional, esto solo si el paciente tiene sentido del humor,

que también exista buena relación entre paciente-terapeuta y que la broma este dirigida a la idea más no a la persona.

- **Estilo autorrevelación:** Ilustra los argumentos con ejemplos de su propia experiencia de su vida personal.
- **Estilo metafórico:** Utiliza conceptos con metáforas referidas a temas que resultan familiares al paciente

a) Principales Teóricos.

La terapia cognitivo conductual incide e interviene de forma directa sobre los tres aspectos fundamentales del mundo psicológico de la persona: pensamientos emociones y conductas. Para ello es importante entender las tres variables de este modelo: la terapia de Albert Ellis, la terapia multimodal de Arnold Lazarus, la terapia cognitiva de Aaron Beck y la terapia de los esquemas de Jeffrey Young. Y para una mejor comprensión se presenta la clasificación de los tres modelos de trabajo clínico (Álvarez et al, 2016, pp. 51-52):

- El modelo cognitivo comportamental que lo desarrollan los teóricos conductistas, los cuales consideran que los pensamientos son conducta encubiertas influenciadas por las leyes del condicionamiento; en donde su objetivo es enseñar habilidades cognitivas específicas; sus principales representantes son: Albert Bandura, Donald Meichenbaum y Arthur Nezu.
- El modelo de reestructuración cognitiva que caracteriza por la importancia que tiene el papel del significado, en donde lo más valioso es la persona misma. Estos procesos de psicoterapia tienen un límite de tiempo, son estructuradas, orientadas hacia el problema y dirigida a modificar las actividades defectuosas del proceso de la

información en donde se trabaja en conjunto con el terapeuta y cliente para identificar las cogniciones distorsionadas. Su objetivo es realinear su pensamiento con la realidad. Sus máximos representantes son: Albert Ellis y Aaron Beck.

- El modelo construccionista, que sostiene que los seres humanos son participante proactiva que operan en niveles tácitos y que son ellos los que representan un desarrollo auto organizado que busca la coherencia dentro de la construcción social de los sistemas de creencias. Sus principales exponentes son: Vittorio Guidano y Michael Mahoney.

Existen grandes aproximaciones que se basan en la comprensión y el tratamiento de los trastornos de la conducta que han dominado en especial a la psicología clínica desde los comienzos de este siglo, desarrolladas como consecuencias de las obras de Freud y las conductistas que surgieron a partir de las obras de Pavlov. La aplicación conductista aplica métodos y controles de laboratorio, todo esto para el estudio y modificaciones de formas anormales del comportamiento, con bases estrictamente experimentales. En la actualidad se puede considerar que la terapia conductual consiste en la aplicación de principios experimentales establecidos para lograr la superación de los hábitos no deseados, no adaptativos y persistentes, así que en caso de ser necesario toda la gama de la conducta los procesos terapéuticos serán sometidos a un análisis experimental.

De tal forma que, para lograr un entendimiento mejor de este tema en las terapias conductuales, es necesario enterarse de los conceptos básicos de los cuales se clasifican en tres categorías: condicionamiento y aprendizaje, procesamiento de la información en el organismo humano y la naturaleza de los seres humanos y sus problemas.

El modo en que las personas estructuran cognitivamente sus experiencias ejerce una influencia fundamental en cómo se sienten, actúan y piensan con respecto a las

reacciones físicas que presentan en ese momento, en otras palabras, la reacción ante un acontecimiento depende principal de cómo se perciben las atribuciones que se hacen de las expectativas que se van generando. Se puede identificar a las cogniciones d muchas maneras a través de métodos como la entrevista, cuestionarios y auto registros. Muchas de estas cogniciones son de forma consientes y otras son preconscientes, solo que la persona es capaz de conseguir y acceder a las mismas, es posible identificar las cogniciones de todas las personas, lo cual puede ser empleado para lograr grandes cambios terapéuticos (Bados y García, 2010, p. 3).

- **George Kelly.**

Una de las principales teorías que contribuyen a la estructura del modelo cognitivo es el de la teoría de los constructos personales de Kelly, en donde el elabora su principal concepto de constructos personales y menciona que todos los individuos tienen la habilidad para poder construir su propia personalidad a través de la percepción que cada quien tiene sobre el mundo y que no solamente un profesional como tal se interesa en el estudio de la conducta humana. Esto lo afirmaba basándose en la teoría de Horney en donde explica que muchos de los problemas se resolvieron antes de que los psicólogos existieran. La teoría de Kelly es de carácter cognoscitivo y fenomenológico es decir está basado en modelos intelectuales de conducta, debido a que las ideas que se tienen se ven reflejas en la conducta, porque para las personas esto influye mucho en la personalidad y estilo de vida. Todos los rasgos componen a esta teoría son de carácter dicotómicos son difíciles de desprenderse de ellos ya que son innatos.

George Kelly propone su teoría de la personalidad que hace mucho énfasis en los diferentes pensamientos de los individuos, esta teoría de Kelly se encuentra aún asilada de otros enfoques, se concentra en la personalidad individual, mucho más que en la situación y de esta forma difieres del enfoque cognoscitivo del aprendizaje social. Kelly no propuso motivación o fuerza para que la persona se movilizará, es decir no fue

necesaria una teoría motivacional él decía que las personas ya están activas y que las activaciones de esta actividad determinan las formas en las cuales se anticipan los eventos. Puesto que la anticipación de los eventos es tan importante que Kelly describe cuatro corolarios que explican el proceso de construcción:

Corolario de construcción: El lenguaje de los constructos y la predicción suena demasiado cognoscitivo y se critica por ser abiertamente intelectualizado e ignorar el lado emocional de la experiencia humana, Kelly pretendía que estos procesos se identificaran de forma más amplia para su mejor entendimiento. En terapia los pacientes pueden aprender a verbalizar esos constructos, por ejemplo, una paciente con dolores frecuentes de pecho aprendió a expresar su ira y los dolores mejoraron rápidamente.

Corolario de la experiencia: La gente cambia con la experiencia puesto que las direcciones de este cambio varían de forma individual y se pueden comprender a partir de otros corolarios, Kelly no propone que el desarrollo deba darse en secuencia estable o en una dirección en particular.

Corolario de la elección: En las terminologías de Kelly una persona cuenta con una elección elaborativa, en ocasiones se supone a ampliar el sistema de constructos. El énfasis se encuentra en la acción o la elección.

El corolario de la modulación: Forma parte de los constructos de la persona, aunque no está abiertos a nuevos elementos, cuando tratan con constructos o polos problemáticos, los terapeutas kellianos trabajan con el paciente para hacerlos más concretos, de manera que estos y los efectos devastadores no se apliquen a nuevas experiencias (Cloninger,2003, p. 389).

- **Albert Ellis.**

Albert Ellis como uno de los principales aportadores del modelo cognitivo crea sus nuevas corrientes en psicoterapias y que a partir del año de 1993 se le conoce como terapia racional emotiva conductual, años después Aaron Beck inicia una nueva propuesta en las psicoterapias de la cual el la nombra como terapia cognitiva y que con el paso del tiempo agarraría fuerza y gran prestigio por su eficacia para enfrentar la depresión y ansiedad. Tanto la TREC como la TC dentro de sus mismos espacios han ido superando algunas concepciones originales.

Albert Ellis creó una teoría la de ABC DE LA TREC que utilizó para estructurar sencillamente y conceptualizar problemas psicológicos en los pacientes que el atendía, el punto A eran las experiencias activantes que representaba a los sucesos desencadenantes del problema. El punto B representaban a las creencias irracionales absolutista de las creencias de la persona con respecto de los acontecimientos. Y el punto C representa la consecuencia emocional denota las respuestas emocionales y conductas que resultan ser consecuencias. Esto ofrece una base de fácil comprensión para la contribución de las creencias, que son consideradas dentro de la TRE como de tipo específico de los conocimientos, es decir una valoración. Es importante señalar que cada terapeuta dedicado a la racionalidad emotiva utiliza versiones distintas del ABC original y por lo tanto no existe una forma correcta en absoluto de conceptualizar los problemas de las personas añadidas a un esquema general, sobre todo grupal (Gonzales,1999, p. 71).

En la práctica actual ha alcanzado reconocimiento la incorporación al modelo cognitivo conductual de todas las técnicas y recursos de las corrientes humanistas y experienciales, en especial el psicodrama y la terapia Gestalt. Por lo que las terapias cognitivas constituyen enfoques nacidos y contruidos en el mismo ámbito clínico, al inicio desprendidos del psicoanálisis. Tanto Ellis y Beck crearon nuevos sistemas teóricos

y dispositivos técnicos, que más tarde recibirían el respaldo de la investigación científica experimental.

El tratamiento de algunas patologías, en particular como lo eran la depresión, ello implicaba que hacía falta develar las conductas encubiertas, los principales elementos de las intervenciones denominadas cognitivas:

- Que las personas no cambian ante el entorno, sino que lo interpretan de forma activa.
- Los individuos son capaces de pensar sobre sus propios pensamientos.
- La cualidad del pensamiento ejerce una gran influencia sobre las emociones y la conducta, aunque no se afirma una relación lineal (Álvarez et al, 2016, p. 54).

Ellis considera que el centro de su teoría está representado por una frase que atribuye al filósofo estoico epícteto. Y por eso resume su teoría en lo que denomina el ABC como se había mencionado antes, recordando que entre el evento activador y las consecuencias C, siempre hay un pensamiento B. En las evaluaciones demandantes se caracterizan por su rigidez e intolerancia, estas evaluaciones son denominadas por Ellis como creencias y calificadas de irracionales (que corresponden a las demandantes) y de las racionales (que corresponden a las preferenciales. Y una creencia se identifica como (Álvarez et al, 2016, p. 55):

- Ser consciente de forma lógica, esto se logra por medio de ideas falsas o por pensar de forma incorrecta.
- Ser inconsciente con la realidad, no tiene que ver con los sucesos y resulta ser distinto a lo observable.
- Ser dogmática absoluta, y expresada con demandas, esto aparece con conceptos como “necesito”, “debo”, “no puedo”, “jamás”.

- Conducir a emociones o las conductas inapropiadas o auto saboteadoras.
- No ayudar o impedir en el logro de los objetivos de la persona

Las evaluaciones demandantes, se caracteriza por la rigidez y tolerancia a la frustración. Y las demandas pueden ser dirigidas hacia sí mismo, los otros o el mundo en general. Las actitudes demandantes conducen siempre a las citas expresiones conducen a las emociones disfuncionales o auto saboteadas que se caracterizan en aquellos trastornos que los pacientes intenten eliminar. Ellis se centra en las consecuencias acordes o contrarias a los objetivos de las personas excluyéndolo de la calificación de racionalista que algunos de manera errónea han querido atribuir.

El modelo de la ABC se completa con la consideración de las metas G que incluyen los propósitos, valores y deseos, estas metas pueden o no ser saludables. Estas metas interactúan con, influyen sobre y cierta forma, crean distintas A, B y C. Las metas intenciones y valores forman parte de y determinan el sistema de creencias B de manera obvia, el sistema de creencias y conductuales en C. Llegando aún más lejos afirmar que desde un punto de vista constructivista y concordando con Jean Piaget y George Kelly en cuanto a que las personas no adquieren de modo pasivo las reglas familiares y culturales, sino que las construye, incluyendo importantes variantes y creando por su cuenta reglas e ideas.

Las personas no pueden evitar teorías sobre el mundo, en cuanto a las relaciones interpersonales y sobre si mismos estas teorías, los esquemas o los paradigmas pueden guiar a la persona a afrontar adecuadamente en su entorno o también pueden llevarla a un deficiente afrontamiento y a una psicopatología (Álvarez, et al, 2016, pág.17).

De acuerdo con la teoría de Ellis, en virtud de que gran parte de la patología, es consecuente con las ideas irracionales que el individuo tiene respecto a los diferentes

problemas que presenta, como por ejemplo en las terapias cognitivas es necesario llevar un registro para saber identificar las creencias irracionales que producen las emociones y conductas perturbadoras, el uso de bitácoras resultaría muy relevante en esos momentos con base en preguntas hechas por el terapeuta para hacer un contraste de las creencias irracionales.

Con esta terapia racional emotiva se busca promover la aceptación y el autodescubrimiento para utilizar métodos humorísticos, se emplean así también historias que contengan parábolas de creencias irracionales con el fin de hacerlas ver en el paciente y en base a eso buscar su modificación. Para llevar a cabo este proceso terapéutico para esto se le pide al paciente que adopte el papel de representante de su creencia racional en una situación simulada y verificar los nuevos efectos positivos que traerá consigo, aunque este enfoque resulta ser muy popular y efectivo en el tratamiento de distintas enfermedades, pero debido a algunos excesos en el uso de la comercialización de esta terapia han demeritado su aporte en el ámbito clínico (Sánchez, 2008, pp. 309 - 310).

b) Técnicas del modelo cognitivo

Las técnicas de intervención de la TREC, donde a continuación se presentan unas de las técnicas más comunes, dentro de esta técnica de las cuales se pueden clasificar según su intensidad, de tal manera que hay las que inciden en las cogniciones B, de las conductas C, y otras sobre las emociones.

- **Darse cuenta inducido:** Se presentan una de las formas de averiguar las creencias, donde el terapeuta refuta las indiferencias y en el debate del paciente empieza a descubrir las creencias existentes y se terminan por expresarlas.

- **Interpretación por inducción:** El psicólogo hace grupos de todas las indiferencias, genera las conclusiones y las propone de tal manera que el sujeto tenga indiferencias y que el terapeuta pueda interpretar la creencia irracional gira en torno a la no aceptación del fracaso.
- **Encadenamiento de inferencias:** Esta técnica se puede utilizar de la siguiente manera cuando el individuo tiene inferencias y que se empieza a victimizar para de esta forma encontrar la idea irracional.
- **Evaluación guiada por hipótesis:** Cuando el paciente se esfuerza y no logra expresar su creencia.
- **Formas de discusión teórica:** En esta se busca la coherencia lógica, por ejemplo, en una discusión de cuestiones de pareja, hacer una pregunta como ¿qué relación tendría que no te ame y que tu vida no tenga sentido? O que antes de que fueran pareja y que no te amaba ¿tu vida tenía sentido?
- **Biblioterapia:** Esto hace referencia al material escrito relacionando ya sea la TREC o con la propia problemática que presenta el paciente, esta técnica tiene como objetivo generar una mayor conciencia y conocimiento como del proceso terapéutico que lo ayuda a generar un adecuado entendimiento.
- **Imaginación racional emotiva:** Esto implica idear un acontecimiento activador que haga sentir a la persona de forma alterada ya sea con ansiedad, pánico, depresión o rabia y trocar ese sentimiento por otro negativo, pero más apropiado.
- **Proyección en el tiempo:** Es usada para conseguir una reestructuración cognitiva, al darse cuenta que no es tan terrible que ocurra algún hecho temido (Álvarez et al, 2016, pp. 59-60).

Técnicas conductuales: Esto hace referencia a permanecer en una situación desagradable, con cambios más rápidos y drásticos que la desensibilizan. La técnica de

la implosión es reinstalar muchas veces de manera simbólica las situaciones a las que la respuesta de ansiedad se ha condicionado. Esta técnica consiste en crear una situación amenazante puede ser ya sea en vivo o en la mente del paciente casi como una fantasía guiada, el trabajo del terapeuta en esta situación es que el paciente alcance un nivel máximo, cuando el paciente este experimentando un alto nivel de ansiedad esta se debe de mantener hasta que ocurra una disminución del valor que produjo la ansiedad de la situación. La implosión se refiere al contacto de dosis masivas de los estímulos provocadores de la ansiedad.

- La desensibilización sistemática, esta técnica habla de una reducción de la ansiedad, esta técnica la desarrolló Salter y Wolpe, esta desensibilización puede inhibirse cuando se sustituye por una actividad antagónica, implica en la exposición del paciente sometiéndolo a una jerarquía de situaciones aberrantes, al mismo tiempo que este desarrolle una actividad que sea contraria a lo que está sintiendo, en este caso la ansiedad. Por lo general el proceso de esta teoría se inicia con una situación no amenazante pero cuando esta se ha dominado y no evoca más ansiedad, el entrenamiento progresa en un nivel mayor de amenaza. Por lo que se alienta al paciente a practicar la respuesta recién aprendida en su ambiente natural (Gonzales,1999, pp. 59-60).
- Las creencias racionales e irracionales es otra técnica del modelo cognitivo está basada en la evaluación de la adaptabilidad como por ser manifestaciones personales no absolutas. Las creencias irracionales son cuestiones de significación personal donde se afirma en términos no adaptables en absoluto con respecto al acontecimiento activador, las emociones van ligadas con este tipo de creencias las mismas se pueden expresar como depresión y culpabilidad. Estas expresiones son perjudiciales para la emoción porque se presenta con valores exagerados y son inadecuados incluso para un suceso activo negativo. Las creencias irracionales contribuyen a la aparición de comportamientos que afectan de manera considerada a las conductas y mantienen o intensifican los problemas, mientras que las ideas racionales promueven conductas útiles para la solución de problemas. Ya que algunas

de las creencias irracionales que producen consecuencias emocionales y conductuales, tanto perturbadoras como perjudiciales en las personas, suelen derivar de una exigencia u obligatoria básica. Algunas de las creencias irracionales más frecuentes (Gonzales, 1999, p. 69).

- Las oraciones no expresadas que son las verbalizaciones internas, estas al no estar en la conciencia inmediata de la persona y se encuentran incompletas porque carecen de la parte no expresada, otra consecuencia de esta es que las suposiciones y creencias no reconocidas es que las verbalizaciones internas no reflejan en modo alguno al estado del problema real, todas las personas con problemas emocionales graves o incluso los individuos relativamente normales que se encuentran bajo tensión pueden encontrar difícil el momento de revelar los problemas y sentimientos que se están experimentando (Gonzales, 1999, p. 71).
- **La aceptación incondicional:** No solo es por esta parte del terapeuta hacia el cliente, sino que el paciente aprenda a aceptarse a pesar de sus errores y defectos, no deben de juzgarse como personas sino por sus hechos.
- **Métodos humorísticos:** El uso de melodías con sentido de bromas hacia las cosas negativas por las que las personas llegan a toparse, el hecho de realizar un drama de la situación cotidiana por medio de la exageración.
- **Inversión del rol racional:** Tienen que generarse argumentaciones fuertes seguido por dramas entre el sí mismo irracional y el sí mismo racional.
- **Ejercicios de ataques para la vergüenza:** se tiene que generar un estado del mismo solo que esta debe de ser inofensiva sin que afecte tanto al paciente, para acostumbrarlo a esa situación y deje de juzgarse a sí mismo.

- **Ejercicios de riesgo calculando:** Se tiene que realizar actividades para disminuir las conductas o sentimientos no deseados, se debe de realizar en lugares no pongan en riesgo la integridad del paciente o de las demás personas.
- **Tareas para la casa:** Uno de los recursos valiosos son los de dejar tareas para realizarlas en casa y que pueden estar enfocadas en cogniciones, conductas o emociones. La lógica de dichas tareas se puede dividir en dos (Álvarez et al, 2016, p. 62).

3.2 Área de la psicología: clínica.

La psicología clínica es un campo que continua en transformación en cuanto a disciplinaria y profesional que requiere de reflexión actualización y de renovación constantes. Constituye a un campo amplio de teorías y de procedimientos, se dice que los psicólogos clínicos trabajan en cuanto a la promoción de la salud mental, en la intervención y la rehabilitación de las personas con trastornos mentales y físicos. Esto surge de la tradición de los profesionales de ayuda psicológica para atender las patologías o anormalidades este término surge de la etimología griega que klinos que significa cama en este sentido lo clínico. La orientación clínica se dirige a quienes tienes problemas y trastornos, enfatizando en el caso individual, pero sobrepasa el campo de la anormalidad y la patología, ya que la mayoría de los psicólogos clínicos manejan eventos normales, cotidianos o extraordinarios que de algún modo u otro afectan a las personas en cuanto a su desarrollo y bienestar. En la tradición psicológica, el campo clínico enfatiza la necesidad del individuo dentro de su contexto, tareas del desarrollo y fortalezas entre muchos factores más a considerar de forma simultanea e integradamente, por otra parte, la psicología clínica se exige cada día más a sus psicólogos para la capacidad de interactuar con otros profesionales de igual o de mayor jerarquía profesional (Sánchez, 2008, pp.1-3).

En el campo profesional, la psicología clínica es una disciplina en la cual confluyen la tradición psicométrica y la psicoanalítica, es decir el énfasis se pone en la medición de las diferencias individuales por un lado y por el otro, en la comprensión de los mecanismos inconscientes que subyacen en la conducta (Sánchez, 2008, pág.8).

La psicología clínica tiene una larga tradición como contexto y parte fundamental del área de la psicología. Este capítulo muestra las líneas que delimitan el campo de la psicología clínica, así como el tipo de aprendizajes y actividades que se realizan las personas que trabajan con esta área.

En una evaluación clínica, aunque no carezca de problemas se puede constituir un medio válido y fiable para obtener información valiosa para el tratamiento de los pacientes. La evaluación constituye de un proceso continuo y que puede resultar de gran importancia en otras etapas del tratamiento, como por ejemplo para realizar una evaluación de eficacia del mismo se deben de identificar las principales dimensiones del problema del paciente, en esta etapa es donde se toman decisiones cruciales, esto para decidir qué clase de tratamiento se ocupará, es decir, si el problema es tan grave que requiere de hospitalización o si será necesario el tratamiento para todos los miembros de la familia.

En muchos casos es necesario elaborar un diagnóstico formal para que una compañía de seguros se haga cargo del problema solo si así se desea, desde un punto de vista administrativo resulta ser esencial conocer todo el poder del abanico del problema, por ejemplo, si la mayoría de los pacientes de una clínica están diagnosticados con trastornos de personalidad, entonces el personal actúa en el entorno físico o los recursos de la clínica tendrá que ajustarse a esa elevada prevalencia y conocer lo mejor posible cual es la naturaleza de las dificultades con las que se enfrentan.

La evaluación debe de incluir una descripción de cualquier característica de personalidad importante, también resulta importante hacer una evaluación social en el contexto donde actúa la persona por ejemplo para una esposa que tiene alzhéimer resulta prácticamente imposible ser el cuidador principal de unos niños, sobre todo si se carece de ayuda. Y resulta ser impredecible integrar los diversos y a menudo incompatibles elementos de información que se van obteniendo de los rasgos de personalidad. En las terapias trabajando con esta área, las personas que acuden a terapia suelen sentirse muy vulnerables y están abiertas al tratamiento psicológico, se sienten motivadas para modificar sus perturbados estados mentales por lo que en esas situaciones las personas pueden mostrar un avance de mejora considerable en un breve periodo de tiempo.

La infelicidad crónica y la incapacidad para sentirse confiado y seguro pueden impulsar para buscar ayuda. Cuando deciden ir a terapia estos la comienzan con una gran motivación, pero a medida que las pautas avanzan pueden generar grandes resistencias con las que deberá enfrentarse el terapeuta, sin embargo, la psicoterapia no solo es adecuada para personas con problemas observados con facilidad o con la capacidad para poder percatarse de sus propios problemas. La intervención psicoterapéutica también se ha aplicado en una amplia variedad de problemas crónicos (Butcher et al, 2007, p.565).

Para el psicólogo el campo clínico su desempeño profesional y sus actividades dentro del campo clínico lo distinguen de los otros profesionales de la salud, esa capacidad de ampliar las pruebas psicológicas, calificarlas y sobretodo interpretarlas como evidencias del proceso. Las pruebas psicológicas se aplican en una amplia variedad de contextos, y en el área de salud mental no es la excepción, esto en ocasiones es difícil de comprender para otros profesionales de la salud quienes en ocasiones se muestran inconformes y con sensaciones de dudas sobre los resultados que las pruebas psicométricas puedan arrojar.

De lo anterior los psicólogos clínicos no solo deben saber aplicar pruebas psicológicas, sino que también pueden en algún momento capacitar a sus compañeros para que adquieran conocimiento de las mismas. En un diagnóstico es indispensable una batería de pruebas de observación y de información que surge de la entrevista clínica y otros elementos provenientes de todo el proceso desde el punto de vista médico, físico, psicológico, social y contextual.

Igual cabe advertir que las diferentes pruebas tienen utilidades y poderes muy diferentes durante la práctica clínica, por ejemplo, en las pruebas de inteligencia se deben de aplicar para un diagnóstico de discapacidad intelectual, para estas condiciones las pruebas proyectivas o de percepción tendrán un valor relativamente pobre, es decir, las pruebas psicológicas pueden jerarquizarse, ordenarse y juzgarse en función de los propósitos de la evaluación. En el ámbito clínico las pruebas sirven para tres funciones diferentes en el proceso clínico: es la detección o identificación de un paciente, una persona con el riesgo de alguna enfermedad, la segunda es proveer de evidencias para el diagnóstico de la condición del paciente y la tercer es para evaluar los progresos, si los hay de la intervención.

Una clasificación que se encarga de agrupar las enfermedades conocidas como CIE-10 para ayudar al rastreo de las estadísticas mortalidad, la lista de códigos es la décima versión de la clasificación de la estadística internacional de enfermedades y una amplia variedad de síntomas, hallazgos anormales, circunstancias sociales y causas externas de daños o enfermedades, la CIE es usada a nivel mundial en sistemas de reintegro y soportes de decisión automática en medicina. Este sistema está diseñado para promover la comparación internacional de la recolección, procesamiento, clasificación y presentación de estadísticas. Después de revisar este manual son importantes algunos señalamientos para el estudiante de psicopatología, en la mayoría de los casos el termino ansiedad se utiliza con más frecuencia y el termino angustia parece significar una mayor gravedad. En los apartados de psiquiatría infantil han sido abandonados muchas de las palabras que normalmente se usan ahí, una desventaja es

que tener que decir trastorno específico de la lectura o trastorno generalizado del desarrollo frente a dislexia o autismo se ve compensada por una mayor precisión.

Por lo tanto, la psicología clínica es un campo científico y profesional que tiene como objetivo aumentar el conocimiento de la conducta humana y que busca promover el funcionamiento efectivo de los individuos. Los psicólogos clínicos se ocupan de la investigación, la enseñanza, el diagnóstico, la evaluación, la psicoterapia y de los programas para mejorar el rendimiento y el bienestar psicológico, como toda profesión, la psicología clínica esta constante transformación y cambio. Los nuevos e interesantes conocimientos son generados año tras año de la investigación científica, y el avance del entendimiento del cerebro y de las influencias contextuales del desarrollo de la persona.

CONCLUSIÓN

La emoción ayuda a guiar la conducta humana, un motivo es de necesidad o bien puede ser un deseo específico que activa al organismo y dirige la conducta para lograr un bien común y es la experiencia de sentimientos como: el temor, la alegría, sorpresa y enojo, las cuales se activan y en determinados casos se puede alterar la conducta.

La calidad de la emoción propia es tan importante como la cantidad con el fin de florecer la motivación necesita de condiciones de apoyo, especialmente en relaciones sustentadoras. Todas las emociones son buenas con reacciones biológicas, cognitivas y sociales ante los sucesos importantes de la vida, no siempre se percata conscientemente de las bases motivacionales de la conducta.

Lo importante no solo es saber que son las emociones sino más que nada es saber a aprender cómo manejarlas, para así poder superar las alteraciones, conocer las propias emociones resulta ser fundamental. Reconocer cual es la emoción que estamos sintiendo en el momento que se manifiesta tremendamente útil ya que esto permite un mayor conocimiento de uno mismo.

Esta investigación es de tipo documental y tiene como objetivo recolectar información sobre los tres temas que se relacionan entre sí: la somatización, el estrés y las emociones, pues en la actualidad se presentan cada vez más personas que están presentando dichos síntomas, objetivo que se cumplió, Además, la lectura de este trabajo permite tener una concepción más profunda de la vivencia de la somatización. Es importante recalcar que, si la persona logra manejar sus emociones o canalizarlos de la mejor manera, tendrá un mejor estilo de vida, sin tener una sintomatología presente.

Además de haber presentado los sustentos teóricos de dichos temas esenciales, tiene una gran trascendencia el saber que a través del modelo cognitivo conductual se puede abordar el tema de la somatización por estrés, que además desde una perspectiva racional, permitirá tener un control de emociones, es decir. Aprender a vivir de la mejor manera con las emociones, sin engancharse tanto de ellas. Si bien es cierto que es un tema que se puede abordar de diferentes áreas, la elección en esta investigación fue la clínica, pues en el campo de trabajo personal, es una situación que se ha presentado muy común.

Este es un tema que se está viviendo en la actualidad con mayor intensidad, pues al permanecer más tiempo en casa, sin salir, y al no saber cómo manejar las emociones cada día, más personas se están enfermando y presentando somatización. Por ello, este trabajo es un tema en el que se puede profundizar mucho, buscando la estabilidad y salud mental de las personas en la sociedad, desde la perspectiva psicológica.

REFERENCIAS

Álvarez, S. Escoffie, E. Rosado, M. Sosa, M. (2016), Terapia en contexto, Editorial manual moderno, México.

APA, (2014), Guía de consulta de los criterios diagnósticos del dsm-5, APA, EEUU.

Bados Arturo, García Grau Eugeni, (2010), La técnica de la reestructuración cognitiva, Universidad de Barcelona, España.

Belloch Amparo, Sandín Bonifacio, Ramos Francisco, (2009), Manual de psicopatología, Editoria Mc Graw Hill, España.

Butcher, J., Hooley, J., Mlneka S., (2007) Psicología Clínica, Addison Wesley, España.

Carlson Neil R, (2006), Fisiología de la conducta, Editorial Pearson, México.

Clonniger Susana, (2003), Teorías de la personalidad, Editorial Pearson, México.

Dimsdale Joel, Xin Yu, Kleinman Arthur, Patel Vikram, Narrow William, Sirovatka Paul, Regier Darrel,(2009), Manifestaciones somáticas de los trastornos mentales, Editorial Elsevier Masson, México.

Eysenck Michael W., (2019), Psicología básica, Manual moderno, México.

Feixas, G. Miró, T, (1993) Aproximaciones A La Psicoterapia, Paidós, España.

Galimberti, U. (2002) Diccionario De Psicología, siglo XXI editores, México.

Gonzales J., (1999), Psicoterapia De Grupos: Teoría y Técnica, manual moderno, México.

Greenberg L., Paivio S., (1997) Trabajar Con Las Emociones En Psicoterapia, Paidós, España.

Globus comunicación, (s/a), enciclopedia de la psicología, Editorial OCEANO, España.

Lee Alison, Irwin Robert, (2020), Psicopatología: una perspectiva neuropsicológica social, Editorial manual moderno, México.

Morris Charles, Maisto Albert, (2009), Psicología, Editorial Prentice, México.

Morrison James, (2015), Guía para el diagnóstico clínico, editorial Manual Moderno. México.

Palmero F., Carpi A., Gómez C., Guerrero C., (2010) Manual De Practicas De Motivación Y Emoción, Sapientia, s/l.

Pinel J., (2007), Biopsicología, Addison Wesley, España.

Reeve J., (2010), Motivación y Emoción, Mc Graw Hill, 5ta edición, México.

Sánchez P., (2008), Psicología Clínica, Manual Moderno, México.

Vivas, M., Gallego D., Gonzáles B., (2007) Educar Las Emociones, Producciones editoriales, Venezuela.

Zapata, M (2015) Teorías y Modelos Sobre El Aprendizaje En Entornos Conectados y Ubicuos, Education in the knowledge society, España.