



UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA IBEROAMERICANA S.C.

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

CLAVE DE INCORPORACIÓN 8901-25

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**“PURPURA TROMBOCITOPÉNICA IDIOPÁTICA EN
MUJERES DE 25 A 30 AÑOS”**

T E S I N A

PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

ESTEFANIA YESENIA DOROTEO GONZALEZ

419517333

GENERACIÓN-2019

DIRECTOR DE TESINA:

MTRO. JORGE NOE GAMEZ MORA

XALATLACO, ESTADO DE MÉXICO. JUNIO DEL 2023



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.

INTRODUCCIÓN.

El objetivo de la investigación es analizar las emociones asociadas a la enfermedad Purpura Trombocitopénica Idiopática en mujeres de 25 a 30 años a través de una metodología cualitativa. Se buscará identificar y comprender las emociones que estas mujeres experimentan al padecer esta enfermedad, así como los factores que pueden influir en su estado emocional.

Para llevar a cabo la investigación, se recogerán los testimonios de mujeres que hayan sido diagnosticadas con esta enfermedad, y se analizarán los datos recopilados a través de técnicas de análisis de contenido. Además, se tendrá en cuenta la literatura científica existente sobre el tema, con el fin de contrastar los resultados obtenidos y profundizar en el conocimiento sobre las emociones relacionadas con esta enfermedad en concreto.

Una vez obtenidos los resultados, se evaluará la posibilidad de aplicar la terapia cognitivo-conductual como tratamiento para los pacientes con Purpura Trombocitopénica Idiopática, tomando en cuenta la importancia de abordar las emociones de estos pacientes en el proceso de tratamiento.

En conclusión, esta investigación representa un paso importante para comprender las emociones asociadas a la enfermedad Purpura Trombocitopénica Idiopática en mujeres de 25 a 30 años, y puede aportar información valiosa para mejorar la atención médica y los tratamientos para pacientes con esta enfermedad.

Objetivo General

Promover que la enfermedad Purpura trombocitopénica idiopática forme parte de un cuadro clínico de interés clínico.

Objetivos Específicos

- Analizar las emociones asociadas a la enfermedad Purpura Trombocitopénica Idiopática en mujeres de 25 a 30 años.
- Determinar el proceso terapéutico para que este reciba ayuda por parte de un terapeuta.

JUSTIFICACIÓN.

Con este trabajo se pretende dar a conocer el impacto que genera la enfermedad Purpura Trombocitopénica Idiopática, en las mujeres de 25 a 30 años ya como sabemos la (PTI) es una enfermedad que se genera por el bajo nivel de plaquetas en el torrente sanguíneo lo que ocasiona moretones con facilidad, encías sangrantes y hemorragias internas, los beneficios que tendría serían que al conocer a esta enfermedad desde el lado interno y externo de la misma se podría entender cómo surge la enfermedad, se plantearían estrategias para determinar un correcto tratamiento terapéutico, por lo que su alcance es externo en el área de la salud ya que para que se considera trombocitopenia cuando las cifras de plaquetas son menores de $150 \times 10^9/L$ corroborado en por lo menos dos determinaciones con frotis de sangre periférica, los otros parámetros en la biometría hemática deben de ser normales, lo que hace que con esta enfermedad se debiliten, presente un cambio constante de emociones ya que al ser una enfermedad no muy conocida es complicado adaptarte a una sociedad donde esta enfermedad no es conocida por lo que con este trabajo se pretende realizar alternativas de tratamiento no solo fármacos sino también emplear una técnica en el proceso terapéutico ya que las personas con esta enfermedad llegan a generar inseguridad con su cuerpo como con ellas mismas, el impacto que genera esta enfermedad en los pacientes es de gran importancia, podremos llevar un tratamiento adecuado con los pacientes que padecen de esta enfermedad.

INDICE

INTRODUCCIÓN	2
MARCO TEÓRICO	5
Capítulo I: PURPURA TROMBOCITOPÉNICA IDIOPÁTICA	
1.1 Antecedentes de la PTI.....	7
1.2 Fisiopatología.....	12
1.3 Etiología.....	12
1.4 Signos y síntomas.....	15
1.5 Causa.....	16
1.6 Diagnostico.....	17
1.7 Tratamiento.....	18
Capítulo II: Emociones y subjetividad durante la enfermedad.	
2.1 Origen de las emociones.....	21
2.2 Teoría de las emociones.....	45
2.2.1 Teoría evolutiva de la emoción.....	47
2.2.2 La teoría de la emoción de Cannon-Bard.....	47
2.2.3 Teoría de Schachter-Singer.....	48
2.2.4 Teoría de la evaluación cognitiva.....	49
2.2.5 Teoría de la emoción de retroalimentación facial.....	50
2.2.6 La teoría de la emoción construida.....	51
2.3 Emociones que presentan.....	52
2.3.1 Esperanza.....	52
2.3.2 Disgusto.....	54
2.3.3 Tristeza.....	56
2.3.4 Miedo.....	59
2.3.5 Sorpresa.....	66
2.3.6 Ira.....	66
2.3.7 Decepción.....	69
2.3.8 Depresión	73
Capítulo III: Terapia Cognitivo conductual	
3.1 Antecedentes de la Terapia Cognitivo-Conductual.....	79
3.2 Tratamiento.....	84
3.3 Técnicas.....	87
3.3.1 Técnicas de exposición.....	87
3.3.2 Desensibilización sistemática.....	88
3.3.3 Técnica de la flecha ascendente.....	89
3.3.4 Técnicas de modelado.....	91
3.3.5 Inoculación de estrés.....	92

3.3.6 Entrenamiento en auto instrucciones.....	93
3.3.7 Entrenamiento en resolución de problemas.....	94
3.3.8 Técnicas operantes para la modificación de conductas.....	95
3.3.9 Técnicas de autocontrol.....	97
3.3.10 Técnicas de relajación y de respiración.....	98
3.3.11 Ventajas de las técnicas cognitivo-conductuales.....	97
3.3.12 Desventajas y limitaciones.....	99

Capítulo IV. Propuesta: Intervención de la terapia Cognitivo (Tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos somatoformes).

4.1 Tratamiento Cognitivo-Conductual de la hipocondría.....	101
4.2 Concepto y Diagnóstico	102
4.3 La clasificación de la Asociación Psiquiátrica Americana.....	103
4.4 La clasificación de la Organización Mundial de la Salud.....	108
4.5 Modelos explicativos de corte cognitivo.....	109
4.6 Amplificación somatosensorial.....	109
4.7 Interpretación catastrófica de los síntomas	110
4.8 Tratamientos conductuales y cognitivo-conductuales.....	114
4.9 Técnicas conductuales.....	114
4.10 Protocolo de intervención.....	116
Conclusión.....	126
FUENTE DE CONSULTADAS.....	127

CAPÍTULO I:

PURPURA TROMBOCITOPÉNICA IDIOPÁTICA.

1.1 Antecedentes de la PTI.

La producción y liberación de plaquetas está regulada por diferentes factores, como la trombopoyetina, la interleucina-6 y la interleucina-11, entre otros. Cuando ocurre una lesión en un vaso sanguíneo, las plaquetas se adhieren al sitio dañado formando un tapón plaquetario y secretando diferentes sustancias que promueven la activación de otras células y la coagulación de la sangre para detener el sangrado (Kuter, 2023).

Sin embargo, un exceso de formación de coágulos puede tener consecuencias negativas, como la obstrucción de los vasos sanguíneos y la aparición de enfermedades como la trombosis y la embolia. Por lo tanto, es importante mantener un adecuado equilibrio en la producción y función de las plaquetas para garantizar una adecuada coagulación y prevenir complicaciones trombóticas (Kuter, 2023).

La producción de plaquetas se regula por medio de hormonas y factores de crecimiento sanguíneo, y su vida media es aproximadamente de 7 a 10 días antes de ser eliminadas por el sistema reticuloendotelial. Si hay una disminución en la producción de plaquetas o hay un incremento en su destrucción, puede ocasionar plaquetopenia. Además, ciertas enfermedades o medicamentos pueden disminuir los niveles de plaquetas, como es el caso de la quimioterapia usada para tratar el cáncer (Kuter, 2023).

El recuento de plaquetas se puede determinar mediante un análisis de sangre sencillo, conocido como hemograma completo, que mide la cantidad de células sanguíneas presentes en la sangre, incluyendo las plaquetas (Kuter, 2023).

Este examen es muy útil para detectar problemas de coagulación y trastornos hematológicos como la leucemia (Kuter, 2023).

En resumen, las plaquetas son importantes células sanguíneas que ayudan a prevenir el sangrado excesivo y participan en la formación de coágulos. Un recuento normal de plaquetas es esencial para una buena coagulación sanguínea y cualquier alteración en los niveles de plaquetas puede indicar la presencia de alguna enfermedad o trastorno (Kuter, 2023).

Es importante realizar análisis de sangre periódicos para detectar cualquier irregularidad en los niveles de plaquetas y tomar medidas en consecuencia para mantener la salud sanguínea en óptimas condiciones (Kuter, 2023).

La PTI puede presentarse en adultos y en niños, siendo más común en el sexo femenino. Los síntomas pueden incluir petequias (puntos rojos en la piel), equimosis (moretones), sangrado de encías y nariz, sangrado menstrual excesivo y sangre en la orina o heces (Kuter, 2023).

El diagnóstico de la PTI se realiza a través de pruebas de laboratorio, incluyendo un recuento de plaquetas y la evaluación de la función de las mismas. En algunos casos, se puede realizar una biopsia de la médula ósea para confirmar el diagnóstico (Kuter, 2023).

El tratamiento de la PTI varía según la gravedad del caso. En algunos casos leves, no se requiere tratamiento, mientras que en casos más graves se pueden utilizar esteroides, inmunoglobulinas intravenosas (IVIG), agentes inmunosupresores y, en casos extremos, una esplenectomía (extirpación del bazo). (Kuter, 2023).

En general, la PTI es una enfermedad tratable pero no curable, y el tratamiento se enfoca en reducir los síntomas y prevenir complicaciones (Kuter, 2023).

Es importante trabajar de la mano con un médico especialista en hematología para el manejo adecuado de la PTI (Kuter, 2023).

Además, se recomienda evitar ciertas situaciones o actividades que puedan desencadenar una crisis drepanocítica, como la exposición a temperaturas extremas o a altitudes elevadas, la deshidratación o el consumo de alcohol (Kuter, 2023).

También es importante mantener una buena hidratación, llevar una dieta saludable y hacer ejercicio regularmente para mejorar la circulación y reducir el riesgo de complicaciones (Guía Clínica Practica, 2023).

En algunos casos, se pueden utilizar técnicas de terapia génica o trasplante de médula ósea para curar la enfermedad, pero estos tratamientos son más invasivos y requieren una evaluación cuidadosa del paciente. Es importante que los pacientes con anemia drepanocítica reciban un seguimiento médico regular y sigan las indicaciones de su médico para manejar su enfermedad de manera efectiva (Guía Clínica Practica, 2023).

Los pacientes con PTI presentan púrpura (manchas en la piel), petequias (puntos rojos en la piel), hematomas y sangrado de mucosas como encías y nariz. La gravedad de la enfermedad varía ampliamente, desde casos leves que no requieren tratamiento hasta episodios graves que pueden requerir transfusiones y otros tratamientos médicos (Guía Clínica Practica, 2023).

El diagnóstico se basa en la evaluación clínica, el conteo de plaquetas y la presencia de autoanticuerpos en el suero. Es importante descartar otras causas de trombocitopenia, como la insuficiencia medular o la presencia de enfermedades autoinmunitarias (Guía Clínica Practica, 2023).

El tratamiento de la PTI depende de la gravedad del cuadro clínico. En casos leves, se puede optar por una observación cuidadosa, mientras que en casos graves se pueden utilizar corticoides, inmunoglobulinas, plaquetas transfundidas o agentes inmunosupresores más potentes. En casos refractarios o recurrentes, se puede considerar la esplenectomía (extirpación del bazo), (Guía Clínica Practica, 2023).

La púrpura trombocitopénica idiopática es una enfermedad autoinmunitaria que se caracteriza por la destrucción de plaquetas por autoanticuerpos dirigidos contra antígenos plaquetarios (Guía Clínica Practica, 2023).

El diagnóstico se basa en la evaluación clínica y el conteo de plaquetas, y el tratamiento depende de la gravedad del cuadro clínico efectiva (Guía Clínica Practica, 2023). Es importante mencionar que, aunque se han registrado casos de PTI relacionados con estas enfermedades, no necesariamente implica que todas las personas que las padecen desarrollen PTI. La relación causal no está completamente comprendida y requiere de más investigaciones para determinar los mecanismos precisos detrás de esta asociación efectiva (Guía Clínica Practica, 2023).

Esencialmente, la PTI puede ser desencadenada por una variedad de factores, incluyendo infecciones, medicamentos, trastornos autoinmunitarios y otros factores desconocidos. Por lo tanto, es importante recibir atención médica adecuada y seguir las recomendaciones de su médico para evitar la aparición de PTI y cualquier otra complicación de salud efectiva (Guía Clínica Practica, 2023).

El nombre de este trastorno es Púrpura Trombocitopénica Idiopática (PTI) y suele ser más común en niños y adultos jóvenes, aunque también puede afectar a personas de cualquier edad y género (Guía Clínica Practica, 2023).

La causa exacta es desconocida, pero se cree que puede ser el resultado de un trastorno autoinmunitario en el que el sistema inmunológico del cuerpo ataca y destruye las plaquetas efectivas (Guía Clínica Practica, 2023).

El diagnóstico se basa en la evaluación clínica, el recuento de plaquetas en sangre y la exclusión de otros trastornos asociados con trombocitopenia. efectiva (Guía Clínica Practica, 2023).

El tratamiento de la PTI depende del grado de trombocitopenia y las manifestaciones clínicas. En casos leves, puede no requerir tratamiento y se controla con una observación cuidadosa y seguimiento regular efectiva (Guía Clínica Practica, 2023).

En casos graves, el tratamiento puede incluir corticosteroides, inmunoglobulina intravenosa, terapia con anticuerpos monoclonales o esplenectomía (extirpación del bazo) efectiva (Guía Clínica Practica, 2023).

Es importante que las personas con PTI reciban un cuidado médico adecuado y estrecho seguimiento para evitar complicaciones potencialmente mortales (Guía Clínica Practica, 2023).

La mayoría de las personas con PTI pueden recuperarse completamente o vivir con la enfermedad de forma controlada a largo plazo efectiva (Guía Clínica Práctica, 2023).

1.2 Fisiopatología de la púrpura trombocitopénica trombótica.

La púrpura trombocitopénica trombótica es una enfermedad rara y potencialmente mortal si no se trata adecuadamente. El tratamiento se basa en la terapia de plasmaféresis, que consiste en la eliminación del plasma y su sustitución por plasma fresco congelado o crioprecipitado rico en factor de Von Willebrand (Brenes, 2022).

Además, se pueden utilizar corticoides y otros tratamientos inmunosupresores para controlar la respuesta inmunológica. El manejo agresivo temprano es importante para prevenir complicaciones graves como falla renal, accidente cerebrovascular y sangrado (Brenes, 2022).

1.3 Etiología de la púrpura trombocitopénica trombótica.

Los síntomas de la púrpura trombocitopénica trombótica incluyen:

- Trombocitopenia: disminución del número de plaquetas en la sangre, lo que puede causar hematomas, sangrado de las encías o narices, manchas o puntos rojos en la piel (púrpura) (Brenes, 2022).

- Anemia hemolítica: destrucción de los glóbulos rojos, lo que puede causar fatiga, debilidad, ictericia (coloración amarillenta de la piel y los ojos) y dolor abdominal.

- Insuficiencia renal: se puede producir porque los trombos plaquetarios obstruyen los pequeños vasos sanguíneos que irrigan los riñones, lo que puede causar insuficiencia renal aguda (Brenes, 2022).

- Alteraciones neurológicas: en algunos casos, los trombos pueden obstruir los vasos sanguíneos del cerebro, lo que puede causar alteraciones visuales, confusión, convulsiones o coma (Brenes, 2022).

El tratamiento de la púrpura trombocitopénica trombótica incluye transfusiones de plasma fresco congelado, que contiene ADAMTS13 y otros factores de coagulación. En casos refractarios o recurrentes, se pueden utilizar agentes inmunosupresores o terapias más agresivas como la plasmaféresis o la terapia antitrombina. Es importante un diagnóstico temprano y un tratamiento adecuado para prevenir complicaciones graves como fallo renal o neurológico permanente (Brenes, 2022).

El tratamiento de la microangiopatía trombótica similar a la púrpura trombocitopénica trombótica relacionada con fármacos implica la suspensión del medicamento ofensor y la gestión de los síntomas y complicaciones (Brenes, 2022).

En algunos casos, se puede considerar el uso de anticoagulantes, como la heparina de bajo peso molecular, si se ha descartado la presencia de contraindicaciones (Brenes, 2022).

Es importante que se realice un monitoreo cuidadoso para detectar cualquier signo de recurrencia o empeoramiento de los síntomas después de suspender el fármaco ofensor. Si hay una recurrencia, puede ser necesario buscar otras causas subyacentes de la microangiopatía trombótica (Brenes, 2022).

A diferencia de la ITP aguda, la forma crónica no suele estar precedida por una infección viral y los síntomas suelen ser menos graves. Sin embargo, la ITP crónica puede repetirse y a menudo requiere tratamiento a largo plazo. En algunos casos, puede ser necesario extirpar el bazo para ayudar a controlar los síntomas (Brenes, 2022).

La ITP crónica puede ser causada por una variedad de factores, como problemas autoinmunitarios, infecciones virales crónicas y ciertos tipos de cáncer. Los síntomas pueden incluir una tendencia a sangrar o tener hematomas fácilmente, fatiga, debilidad y dificultad para combatir infecciones (Brenes, 2022). El tratamiento de la ITP crónica puede incluir medicamentos para suprimir el sistema inmunológico, transfusiones de sangre y terapia de inmunoglobulina (Brenes, 2022).

En algunos casos, la extirpación del bazo (esplenectomía) puede ser necesaria para tratar la ITP crónica, es importante trabajar en estrecha colaboración con su médico para desarrollar un plan de tratamiento que sea efectivo y seguro para su caso específico de ITP crónica. El apoyo continuo y la educación sobre la enfermedad también son importantes para manejar y controlar los síntomas de la ITP crónica (Brenes, 2022).

1.4 Signos y síntomas de la púrpura trombocitopénica trombótica.

La trombocitopenia puede ser causada por varios factores, incluyendo la producción reducida de plaquetas en la médula ósea, la destrucción excesiva de plaquetas en la sangre y/o la trombosis de los vasos sanguíneos pequeños debido a la activación plaquetaria excesiva (Clínica Universitaria de Navarra, 2023).

La causa exacta de la trombocitopenia en la ITP todavía se desconoce, aunque se cree que es el resultado de una respuesta autoinmunitaria o inflamatoria anormal que causa la destrucción excesiva de plaquetas por anticuerpos o células inmunitarias (Clínica Universitaria de Navarra, 2023).

El tratamiento de la ITP depende de la gravedad de los síntomas y del recuento de plaquetas del individuo. En los casos leves, se pueden realizar cambios en el estilo de vida y se pueden recetar medicamentos para aumentar el recuento de plaquetas. En los casos moderados a graves, se pueden utilizar glucocorticoides, medicamentos inmunosupresores, inmunoglobulina intravenosa o terapias más agresivas, como la esplenectomía (extirpación del bazo) (Clínica Universitaria de Navarra, 2023).

En casos extremadamente graves, se puede utilizar la transfusión de plaquetas o incluso el trasplante de células madre hematopoyéticas (Clínica Universitaria de Navarra, 2023).

Se recomienda que todas las personas con ITP sean tratadas por un hematólogo, un médico especializado en trastornos sanguíneos. También es importante seguir un estilo de vida saludable, evitar el uso de algunos medicamentos y minimizar el riesgo de lesiones, ya que incluso las lesiones leves pueden causar hematomas o hemorragias en personas con ITP (Clínica Universitaria de Navarra, 2023).

Es importante que cualquier persona que experimente alguno de estos síntomas acuda a un médico para recibir un diagnóstico y tratamiento adecuados (Clínica Universitaria de Navarra, 2023).

En algunos casos, la ITP puede resolverse por sí sola, pero en otros, puede ser necesaria la administración de medicamentos o incluso un procedimiento quirúrgico para controlar la enfermedad y prevenir hemorragias peligrosas (Clínica Universitaria de Navarra, 2023).

También es importante que las personas con ITP tomen medidas para prevenir lesiones y evitar situaciones en las que puedan sufrir hemorragias, como evitar deportes de contacto y tomar precauciones adicionales al realizar tareas domésticas o en el trabajo (Clínica Universitaria de Navarra, 2023).

1.5 Causa

La ITP puede causar síntomas como petequias (puntos rojos en la piel), equimosis (manchas moradas), hematomas inusuales, sangrado prolongado después de lesiones o cirugías menores, sangrado nasal frecuente y sangrado en las encías. (Clínica Universitaria de Navarra, 2023).

La ITP aguda generalmente afecta a los niños y es autolimitada, desapareciendo sin tratamiento después de varios meses (Clínica Universitaria de Navarra, 2023).

La ITP crónica, por otro lado, afecta principalmente a adultos y puede requerir tratamiento a largo plazo con medicamentos para controlar los síntomas y evitar complicaciones (Clínica Universitaria de Navarra, 2023).

El diagnóstico se basa en los resultados de pruebas de sangre, en las que se pueden observar niveles bajos de plaquetas y la presencia de anticuerpos contra las plaquetas. El tratamiento depende de la gravedad de la enfermedad y puede incluir medicamentos, transfusiones de plaquetas y terapia inmunosupresora (Clínica Universitaria de Navarra, 2023).

La ITP es una enfermedad crónica que puede afectar significativamente la calidad de vida de los pacientes, por lo que es importante buscar atención médica si se experimentan los síntomas mencionados (Clínica Universitaria de Navarra, 2023).

1.6 Diagnóstico.

Es posible que se deban suspender o cambiar ciertos medicamentos que puedan estar causando la púrpura trombocitopénica idiopática (Clínica Universitaria de Navarra, 2023).

- **Biopsia de la médula ósea:** Este procedimiento implica tomar una muestra de tejido de la médula ósea para examinarla en el laboratorio. Puede ayudar a descartar otras causas de la disminución de plaquetas y confirmar el diagnóstico de púrpura trombocitopénica idiopática (Clínica Universitaria de Navarra, 2023).
- **Prueba de conteo de reticulocitos:** Los reticulocitos son glóbulos rojos inmaduros. Un conteo bajo de reticulocitos puede indicar una disminución en la producción de células sanguíneas, lo que puede ayudar en el diagnóstico de la púrpura trombocitopénica idiopática (Clínica Universitaria de Navarra, 2023).
- **Ultrasonido abdominal:** Esta prueba puede utilizarse para detectar la presencia de sangrado interno o anomalías en los órganos abdominales, como el bazo (Clínica Universitaria de Navarra, 2023).
- **Tomografía computarizada (TC) o resonancia magnética (RM):** Estos procedimientos de imagen pueden ayudar a detectar cualquier sangrado interno o anomalías en los órganos internos (Clínica Universitaria de Navarra, 2023).

1.7 Tratamiento.

El manejo de la PTI debe individualizarse en cada caso, teniendo en cuenta la edad del paciente, la gravedad de los síntomas, la presencia de comorbilidades y el riesgo de complicaciones, así como la preferencia del paciente y de su familia (Beléndez et al., 2009).

En pacientes asintomáticos o con clínica leve, se recomienda la observación sin tratamiento específico, con controles periódicos para detectar posibles cambios en el estado clínico o la cifra de plaquetas. En pacientes con clínica moderada o grave, se puede considerar el tratamiento con corticoides, inmunoglobulina intravenosa (IGIV) o transfusiones de plaquetas. La elección del tratamiento dependerá de la edad del paciente, las comorbilidades, la disponibilidad de los tratamientos y las preferencias del paciente y de su familia (Beléndez et al., 2009).

En pacientes refractarios o en los que no se hayan conseguido los objetivos terapéuticos, se pueden plantear otras opciones terapéuticas, como la esplenectomía, la terapia inmunomodulador o los medicamentos de segunda línea, como el Rituximab o el Romiplostim (Beléndez et al., 2009).

En definitiva, el manejo de la PTI sigue siendo un desafío para los especialistas, y se requiere un abordaje individualizado y multidisciplinar para cada caso (Beléndez et al., 2009).

Sin embargo, la IVGG es más costosa que los esteroides y puede causar efectos secundarios como dolor de cabeza, dolor abdominal y reacciones alérgicas (Beléndez et al., 2009).

Otros tratamientos pueden incluir transfusiones de plaquetas, inmunoglobulina anti-D y esplenectomía (extracción del bazo) en casos graves y persistentes (Beléndez et al., 2009). El tratamiento de la púrpura trombocitopénica idiopática es un proceso individualizado y debe ser administrado por un médico especialista en hematología o en enfermedades del sistema inmunológico (Beléndez et al., 2009).

- **Corticoides.** Los corticoides, como la prednisona, disminuyen la actividad del sistema inmunológico y reducen la destrucción de las plaquetas por anticuerpos. Son muy eficaces en la mayoría de los pacientes, pero tienen efectos secundarios a largo plazo y pueden no ser adecuados para algunos pacientes (Beléndez et al., 2009).
- **Medicamentos inmunosupresores.** Estos medicamentos, como la azatioprina o la ciclosporina, se utilizan para reducir la actividad del sistema inmunológico y prevenir que se destruyan las plaquetas. Pueden tardar varias semanas para hacer efecto y también pueden tener efectos secundarios a largo plazo (Beléndez et al., 2009).
- **Esplenectomía.** La esplenectomía es una cirugía que consiste en extirpar el bazo, que es el órgano responsable de destruir las plaquetas. Sin el bazo, el número de plaquetas suele aumentar y reducirse los episodios de sangrado. Sin embargo, esta cirugía no garantiza la cura y puede tener efectos secundarios a largo plazo (Beléndez et al., 2009).
- **Tratamientos biológicos.** Estos medicamentos, como el Rituximab o el eltrombopag, se utilizan para estimular la producción de plaquetas en la médula ósea y reducir la destrucción de las mismas en el bazo (Beléndez et al., 2009).

Es importante recordar que el tratamiento debe ser personalizado según cada paciente, su edad, su estado de salud y las causas y síntomas de la ITP. Por lo tanto, el tratamiento puede variar de un paciente a otro y debe ser supervisado por un especialista (Beléndez et al., 20

CAPÍTULO II:

EMOCIONES Y SUBJETIVIDAD DURANTE LA ENFERMEDAD.

2.1 Origen de las emociones.

En la Edad Media, el término pasión se asociaba con las emociones intensas y con una propensión al deseo y la acción. En este contexto, las pasiones se consideraban como fuentes de alegría o de sufrimiento, capaces de motivar tanto actos buenos como malos (Ortega, 2021).

Algunas pasiones, como la ira, la envidia o la lujuria, se relacionaban con el pecado y se concebían como obstáculos para la vida virtuosa. Otras, como el amor, la compasión o la alegría, eran consideradas como virtudes que acercaban al hombre a Dios y a la perfección moral (Ortega, 2021).

En la teología cristiana medieval, las pasiones se asociaban con la naturaleza humana caída, marcada por el pecado original y por la necesidad de redención. La teología distinguía entre las pasiones innatas, como el miedo o el deseo sexual, y las pasiones adquiridas, como el orgullo o la avaricia, resultado de la libre elección del hombre (Ortega, 2021).

En ambos casos, las pasiones eran vistas como parte de una lucha interior entre la carne y el espíritu, entre el hombre viejo y el hombre nuevo, que debía conducir a la purificación y la transformación moral del individuo (Ortega, 2021).

En la filosofía medieval, las pasiones se concebían como movimientos del alma que implicaban una valoración subjetiva de los objetos o situaciones externas (Ortega, 2021).

El filósofo Agustín de Hipona, por ejemplo, distinguía entre las pasiones que correspondían al bien verdadero, como el amor a Dios, y aquellas que correspondían al bien aparente, como el amor a los placeres mundanos (Ortega, 2021).

La filosofía aristotélica, por su parte, sostenía que las pasiones eran una parte necesaria y natural de la vida humana, pero que debían ser reguladas por la razón y la virtud para evitar excesos y desequilibrios emocionales (Ortega, 2021).

En resumen, en la Edad Media las pasiones se concebían como una dimensión central de la vida humana, capaz de influir en la acción moral y en la relación del hombre con Dios. Aunque las pasiones eran en general vistas como algo negativo, su papel en la vida moral se reconocía y se buscaba su regulación y transformación hacia la virtud (Ortega, 2021).

Estas concepciones medievales han dejado huella en la cultura occidental y han influido en las muchas corrientes psicológicas y filosóficas que han intentado entender y explicar el fenómeno emocional (Ortega, 2021).

La historia de los conceptos de emoción, afectos y pasiones no sigue una secuencia lineal de progreso, sino que es cíclica y repetitiva, determinada por tradiciones que se resisten a desaparecer (Ortega, 2021).

La oposición emoción-razón y la condena valorativa de la emoción se encuentran presentes desde la antigüedad y la Edad Media hasta la modernidad y el mundo contemporáneo (Ortega, 2021).

A pesar de que han aparecido otras visiones de la emoción, las posturas antiguas se siguen expresando de muchas maneras. La historia de los conceptos permite entender las resistencias y los anquilosamientos de ciertas discusiones y la lenta transformación de las tradiciones (Ortega, 2021).

El tercer momento se ubica en la segunda mitad del siglo XX y se caracteriza por un esfuerzo por parte de la antropología y la historia de las emociones en Europa por indagar en las especificidades culturales e históricas de los sentimientos y las emociones (Ortega, 2021).

A partir de la propuesta de Clifford Geertz (1973) de la cultura como un texto que hay que descifrar, se buscó interpretar el valor simbólico y ritual de las emociones en las diferentes sociedades y culturas (Ortega, 2021).

Finalmente, el cuarto momento se sitúa en el siglo XXI, y se enfoca en la movilización política y social de las emociones en la era de las tecnologías de la información y las redes sociales (Ortega, 2021). Se destaca el análisis de las emociones en el marco de las luchas sociales y políticas y su papel en la configuración de una esfera pública emocional, donde las emociones se vuelven visibles y objeto de disputa (Ortega, 2021).

Autores como Sara Ahmed (2014) y William Reddy (2012) han explorado cómo las emociones juegan un papel importante en la movilización social y política y cómo la esfera pública se convierte en un espacio de transformación emocional y práctica política (Ortega, 2021).

El estudio de las emociones en las Ciencias Sociales ha evolucionado a lo largo del tiempo, pasando por diferentes enfoques y perspectivas que reconocen la complejidad de las emociones y su importancia en la configuración de las relaciones sociales, culturales y políticas (Ortega, 2021).

Desde una visión que las supedita a lo fisiológico, hasta una comprensión más amplia y social de las mismas, las emociones han sido objeto de análisis en distintos momentos históricos y culturales y hoy se reconoce su rol en la conformación de la subjetividad y la identidad individual y colectiva (Ortega, 2021).

Las Ciencias Sociales ha pasado por distintas fases, desde el énfasis en la dimensión individual y psicológica hasta la comprensión de su construcción social y su relación con la historia y la cultura (Boeri, 2003).

La antropología de las emociones ha sido una de las corrientes más influyentes en este campo, al relativizar la universalidad de las emociones y destacar su variabilidad según los contextos culturales y sociales (Boeri, 2003).

Sin embargo, también ha recibido críticas por su enfoque interpretativo que puede limitar la comprensión de los procesos sociales e históricos que influyen en la experiencia emocional de los sujetos (Boeri, 2003).

En el siglo XIX, el estudio de las emociones comenzó a ser abordado por distintas disciplinas como la psicología y la antropología, pero estos avances fueron limitados y basados en la introspección y en la observación empírica (Boeri, 2003).

William James, uno de los padres de la psicología moderna, se enfocó en la relación entre las emociones y las sensaciones corporales, argumentando que estos dos elementos son inseparables en la experiencia emocional humana (Boeri, 2003).

Por su parte, algunos antropólogos como Edward Tylor y James Frazer se interesaron por el estudio de la magia y las religiones primitivas como posibles formas de expresión emocional y simbólica (Boeri, 2003).

A pesar de estos avances, el estudio de las emociones en las ciencias humanas del siglo XIX seguía siendo rudimentario y limitado, con pocas herramientas teóricas y escasos recursos metodológicos para abordar adecuadamente este fenómeno tan complejo y multifacético (Boeri, 2003).

Sería en la década de 1960 y 1970 cuando las emociones comenzarían a ser objeto de un mayor interés y estudio en el campo de la psicología y otras disciplinas afines (Boeri, 2003).

James argumentaba que una emoción no era más que una respuesta automática y no controlada del cuerpo ante un estímulo externo, y que ésta solamente se manifestaba después de que el cuerpo había comenzado a actuar en consecuencia (Boeri, 2003).

Según James las emociones no eran causa, sino resultado de la actividad física y, por tanto, no estaban bajo el control consciente del individuo (Boeri, 2003).

Esta perspectiva, conocida como la teoría de la emoción de James-Lange, ha sido criticada y revisada a lo largo de los años, pero sigue siendo una de las teorías más conocidas en el campo de la psicología de las emociones (Boeri, 2003).

En estas teorías, se defiende que las emociones no son simplemente reacciones físicas o instintivas, sino que incluyen una evaluación cognitiva y un juicio de valor. Según Scheler, las emociones son un tipo de conocimiento que nos permite percibir el valor de las cosas y actuar en consecuencia (Rodríguez, 2018).

Por su parte, Brentano sostiene que las emociones implican una intencionalidad, es decir, un objeto o situación hacia el cual están dirigidas (Rodríguez, 2018).

En la actualidad, las teorías sobre las emociones siguen siendo objeto de debate y exploración por parte de diversos enfoques disciplinares como la psicología, la filosofía, la sociología y la neurociencia (Rodríguez, 2018).

Algunas teorías se centran en la comprensión de la neurobiología de las emociones, mientras que otras se enfocan en su dimensión social y cultural. En cualquier caso, el estudio de las emociones es fundamental para entender aspectos tan diversos como la toma de decisiones, la moralidad, la creatividad y la salud mental y física (Rodríguez, 2018).

Las diversas reflexiones sobre las emociones a lo largo de la historia han permitido comprender que estas no son meramente un fenómeno biológico, sino que están influidas por creencias, valores, cultura y contexto social (Rodríguez, 2018).

La educación sentimental y la atención a las emociones y los sentidos han sido consideradas desde distintas corrientes filosóficas como importantes vías de acceso al conocimiento y al autoconocimiento (Rodríguez, 2018).

En la actualidad, la comprensión de las emociones se ha convertido en un tema de interés multidisciplinario que involucra a la filosofía, la psicología, la sociología y otras disciplinas. Este enfoque limitado de la realidad social tuvo graves consecuencias para las mujeres, ya que se les invisibilizó y redujo a su supuesta naturaleza emocional, deslegitimando así su capacidad de reflexión y análisis crítico (Rodríguez, 2018).

La literatura de Jane Austen representa una ruptura con la lógica establecida, al reconocer la complejidad y profundidad emocional de las mujeres y los hombres, y al tratar los sentimientos como elementos clave en la construcción de la identidad personal y social (Rodríguez, 2018).

De este modo, Austen contribuyó al proyecto de humanismo que busca comprender al ser humano en su totalidad, y no limitarlo a su capacidad cognitiva o a su género (Rodríguez, 2018).

Las emociones son consideradas como una dimensión esencial para la comprensión de la vida individual y social. Se entiende que las emociones no son simplemente reacciones pasivas del organismo frente a estímulos externos, sino que están influidas por factores culturales, históricos y sociales (Rodríguez, 2018).

De esta manera, las emociones se constituyen en una dimensión importante en la construcción de identidades, en la comunicación y en las relaciones sociales (Rodríguez, 2018).

En este sentido, las Ciencias Sociales han desarrollado distintas teorías y enfoques para estudiar el papel de las emociones en la vida individual y social. El enfoque psicoanalítico, por ejemplo, ha explorado el papel de las emociones en la construcción de los traumas y las neurosis, y ha puesto énfasis en la importancia de la represión y la expresión de las emociones como elementos clave en el desarrollo humano (Rodríguez, 2018).

Por su parte, las teorías cognitivas han desarrollado modelos explicativos de cómo se procesa la información emocional y cómo ésta influye en el pensamiento y la conducta. También han explorado el papel de las emociones en la toma de decisiones y en la resolución de problemas (Rodríguez, 2018).

Además, la sociología ha abordado el papel de las emociones en la construcción de las identidades individuales y colectivas, en la comunicación y en las relaciones sociales (Rodríguez, 2018).

Se ha explorado cómo las emociones influyen en la forma en que se construyen y se mantienen las relaciones interpersonales, así como en la forma en que se generan conflictos y se resuelven (Rodríguez, 2018).

En definitiva, las Ciencias Sociales han avanzado en su comprensión de las emociones como una dimensión esencial en la vida individual y social. Esto ha permitido una aproximación más completa y holística a la comprensión de los fenómenos sociales, y ha abierto nuevas áreas de investigación y análisis en este campo (Rodríguez, 2018).

Estos autores partían de la idea de que las expresiones emocionales no eran universales ni innatas, sino que estaban determinadas por el contexto social, cultural e histórico de cada sociedad. En otras palabras, la manera en que las personas expresan sus sentimientos, emociones y afectos, está influenciada por las normas, valores y creencias que rigen en su sociedad (Rodríguez, 2018).

Por ejemplo, en algunas sociedades africanas, la expresión de dolor y aflicción es una muestra de fortaleza y resistencia física. En cambio, en sociedades occidentales, la expresión de dolor y llanto puede ser socialmente mal vista y se espera que las personas mantengan un control emocional en situaciones extremas (Rodríguez, 2018).

La investigación de Mauss y Elías permitió comprender que las emociones no son solo una experiencia individual, sino que también son moldeadas por la cultura y la sociedad en la que se vive (Rodríguez, 2018).

La expresión de los sentimientos es, por tanto, una construcción social que está en constante cambio y evolución, y que puede ser objeto de transformación y resistencia por parte de los individuos y grupos sociales (Brown, 1988).

El condicionamiento social e histórico de la expresión de los sentimientos implica que las emociones no son universales ni innatas, sino que están determinadas por el contexto social, cultural e histórico en el que se desarrollan las personas. La comprensión de esta realidad permite tener una visión más amplia y compleja de las emociones humanas y su expresión en la vida cotidiana (Brown, 1988).

Por su parte, Norbert Elías sostiene que la formación social de los individuos, es decir, la manera en que éstos son socializados desde edades tempranas, condiciona su economía psíquica. Es decir, la forma en que los individuos gestionan sus emociones y sentimientos está enraizada en la estructura social de la cual forman parte (Brown, 1988).

Ambos autores, entonces, ponen de manifiesto la estrecha relación entre lo social y lo individual, y cómo ésta influye en la manera en que los individuos experimentan y gestionan sus emociones y sentimientos (Brown,1988).

De esta forma, la comprensión de la estructura emotiva e individual solo es posible en el marco de una perspectiva que tenga en cuenta las estructuras sociales, históricas y culturales que las condicionan (Brown,1988).

El estudio de Elías destaca cómo el autocontrol de los afectos es una habilidad fundamental para la consolidación del poder y la creación de sociedades ordenadas y jerarquizadas (Brown,1988).

Según el autor, en la sociedad cortesana europea del Renacimiento y la Edad Moderna, el control de las emociones era un signo de civilización y sofisticación. El desarrollo de la autocontención emocional era una característica distintiva de la aristocracia y el modelo a seguir para el resto de la sociedad. En este sentido, el autocontrol emocional es un mecanismo disciplinario que permite establecer un orden social y político (Brown,1988).

Por otro lado, el trabajo de Rothschild se centra en los roles de género y los afectos en el contexto de la sociedad estadounidense contemporánea (Brown,1988).

La autora destaca cómo las emociones son una forma de "trabajo emocional" que implica ciertos esfuerzos y estrategias para controlar, expresar o suprimirlas en distintas situaciones sociales. Rothschild argumenta que existe una división desigual del trabajo emocional entre hombres y mujeres, siendo estas últimas, quienes suelen tener la carga mayor en esta tarea emocional (Brown,1988).

En ambos casos, se destaca la importancia de la autocontención emocional como un elemento fundamental para la consolidación del poder y la creación de órdenes sociales jerarquizados. Además, se diferencia cómo la división de trabajo emocional depende del género, la cultura y la historia. En este sentido, el estudio de los sentimientos es fundamental para comprender cómo se construyen y mantienen las relaciones de poder y cómo se reproducen las normas sociales (Brown,1988).

Para Mauss, la magia es una forma de acción simbólica que tiene una función social y una lógica interna que combine el uso de objetos y palabras con un conjunto de creencias y prácticas que transmiten una representación determinada del mundo. La magia, por lo tanto, no es un conjunto de prácticas irreflexivas o subjetivas, sino una forma de expresión simbólica que tiene una función social específica (Brown,1988).

En este sentido, la magia puede ser vista como una forma de reproducción de una formación social, ya que es una forma de transmitir y reforzar creencias y prácticas colectivas. Por ejemplo, el uso de amuletos o rituales de protección en una determinada cultura puede ser una forma de reforzar la idea de que el mundo es un

lugar peligroso y que la comunidad necesita estar unida y protegida frente a los peligros externos (Colish,1985).

Los sentimientos también juegan un papel importante en la reproducción de la magia y la formación social que la sostiene. La magia puede ser vista como una forma de expresión cultural de los sentimientos individuales y colectivos de una determinada sociedad. Por ejemplo, el uso de la magia para pedir la felicidad o la prosperidad puede reflejar los deseos y aspiraciones de una comunidad en particular (Colish,1985).

En conclusión, la magia y los sentimientos son elementos claves en la reproducción de una formación social, ya que permiten transmitir y reforzar creencias, prácticas y valores colectivos. La magia no debe ser vista de manera simplista como una práctica irracional o primitiva, sino como una manifestación simbólica compleja que tiene una función social específica (Colish,1985).

Hertz, en su estudio sobre las representaciones colectivas de los pueblos primitivos y en la teoría de la eficacia simbólica de Durkheim (Colish,1985).

- Según Mauss, la magia es un conjunto de prácticas que buscan controlar la realidad a través de rituales y símbolos, y que se inscriben en un contexto social y cultural específico (Colish,1985).
- Para Mauss, la magia no es una forma de pensamiento irracional, sino un modo particular de relación entre la sociedad y el mundo, en el que los individuos pueden intervenir activamente en la transformación de su entorno (Colish,1985).

- La perspectiva de Mauss sobre la magia y la religión fue fundamental para la renovación de la antropología en el siglo XX y para la comprensión de los fenómenos culturales como una dimensión activa y creativa de la vida humana (Colish,1985).

Mauss argumenta que la magia es una forma de acción social que tiene su propia lógica y sus propias reglas. Esta no se puede entender simplemente como una superstición o una creencia irracional, sino como una práctica social que busca establecer una relación causal entre ciertas acciones y ciertos resultados. La magia, por lo tanto, no es simplemente una cuestión de creencias individuales, sino que está estrechamente ligada a las estructuras sociales y culturales de una sociedad determinada (Cuartas,1955).

Para Mauss, la magia se basa en la creencia en la existencia de fuerzas o energías invisibles que pueden ser manipuladas mediante ciertos rituales y prácticas. Estas fuerzas pueden ser utilizadas para producir efectos beneficiosos o dañinos en el mundo físico. La magia, por lo tanto, es una forma de controlar el mundo y las fuerzas que lo rigen (Cuartas,1955).

La teoría de Mauss sobre la magia ha sido influyente en la antropología y en el estudio de las prácticas religiosas y mágicas en muchas sociedades diferentes. Su trabajo muestra que las prácticas mágicas no son simplemente una cuestión de creencias individuales, sino que están profundamente arraigadas en las estructuras sociales y culturales de una sociedad determinada (Cuartas,1955).

Mauss implica que los sentimientos y emociones no son simplemente experiencias individuales, sino que están influenciados por la sociedad y sus valores (Cuartas,1955).

El autor también muestra que incluso la magia y las creencias pueden tener efectos reales en la salud mental y física de las personas, lo que demuestra cómo las prácticas culturales y espirituales pueden ser vitales para la salud de la sociedad en su conjunto. Por lo tanto, Mauss amplió el alcance de la antropología al incluir las emociones y la psicología en la comprensión de la cultura y la sociedad (Cuartas,1955).

Como podemos ver, Mauss estaba interesado en entender la totalidad de la vida social y en cómo los individuos interactúan entre sí a través de símbolos y rituales, en diferentes aspectos de la vida como la religión, la economía, el derecho y la estética. También consideró importantes los diferentes momentos de la vida de una persona y cómo se relacionan con la sociedad en la que vive (Cuartas,1955).

Es importante mencionar que Mauss no solo se enfocó en los aspectos conscientes de la conducta, sino que también prestó atención a las manifestaciones fisiológicas y a las representaciones inconscientes del individuo y de la cultura en general (Cuartas,1955). En general, el enfoque de Mauss se ha considerado como una importante contribución al estudio de la sociedad y la cultura. Su perspectiva holística y su atención a la vida social como un mundo de relaciones simbólicas ha influido en muchas disciplinas, desde la antropología y la sociología hasta la psicología y la filosofía (Cuartas,1955).

Además, su concepto de intercambio social como un proceso complejo que involucra no solo la transacción de bienes y servicios, sino también de símbolos y valores, ha sido ampliamente utilizado en el estudio de la economía, el comercio y las relaciones internacionales (Cuartas,1955).

Mauss también dio importancia a la cultura y cómo esta influye en la vida social y en la formación de la identidad individual y colectiva. Su enfoque culturalista lo llevó a explorar las diferencias entre las culturas y cómo estas se relacionan entre sí, así como también a cuestionar los prejuicios culturales y la imposición de una cultura sobre otra (Cuartas,1955).

El enfoque de Mauss en la vida social y en cómo los individuos interactúan a través de símbolos y rituales ha dejado una marca importante en el estudio de la sociedad y la cultura. Su perspectiva holística y culturalista ha influido en muchas disciplinas y ha llevado a un mayor entendimiento de la complejidad de la vida social y de la importancia de la cultura en nuestra identidad y relaciones con los demás (Cuartas,1955).

Elías sostiene que los individuos no pueden entenderse sin tomar en cuenta su contexto social y cultural, y que las emociones son un fenómeno social. En su obra, El proceso de la civilización, el autor explora cómo las sociedades han evolucionado a través del tiempo, incluyendo la forma en que las normas sociales se han desarrollado para regular el comportamiento humano. Una de las áreas en las que se centra es en la creciente autocontención de los afectos emocionales en la modernidad (Cuartas,1955).

Elías señala que la autocontención emocional es el resultado de un proceso civilizatorio en el que las emociones se van modificando y reprimiendo a medida que las normas sociales se vuelven más sofisticadas. Este proceso de autocontrol de las emociones es parte del proceso de civilización que ha llevado a la creación de una sociedad moderna (Cuesta, 1945).

Elías sostiene que la autocontención emocional es una de las características centrales de la civilización. A medida que las sociedades se vuelven más complejas y especializadas, se vuelven necesarias una serie de normas y regulaciones para garantizar la paz y la estabilidad social. La autocontención emocional se convierte en una respuesta a la necesidad de regular el comportamiento humano, una necesidad que se intensifica a medida que las sociedades se vuelven más complejas (Cuesta, 1945).

La obra de Norbert Elías destaca la importancia del estudio sociológico de las emociones y de su relación con las dinámicas sociales. Su enfoque histórico permite comprender cómo las emociones han evolucionado y cómo se han moldeado a través del tiempo como resultado de cambios más amplios en las sociedades y culturas (Cuesta, 1945).

Su perspectiva centrada en la autocontención emocional como una característica de la civilización moderna proporciona una manera de comprender cómo las sociedades modernas se han desarrollado y cómo las emociones han sido reguladas y contenidas en este proceso (Cuesta, 1945).

Este cambio social implicó una nueva forma de relacionarse entre los individuos, donde las interacciones sociales se volvieron más complejas y los lazos de dependencia se hicieron más evidentes. Elías sostiene que esta transformación social y psicológica no se puede entender desde una perspectiva dualista que separa al individuo de la sociedad, sino que se trata de un proceso en el que ambas dimensiones se influyen mutuamente (Cuesta, 1945).

El análisis de Elías implica superar la dicotomía entre individuo y sociedad, reconociendo que ambos están intrínsecamente relacionados y que las acciones individuales están determinadas por el entramado de relaciones sociales en el que se encuentran inmersas (Cuesta, 1945).

Así, la libertad de los individuos no puede entenderse como una capacidad para actuar de forma aislada, sino como la capacidad de ejercer influencia en el contexto social en el que se encuentran (Cuesta, 1945).

Además, Elías cuestiona también la oposición entre libertad y determinismo, argumentando que los individuos no son seres completamente libres ni completamente determinados, sino que su capacidad para actuar está siempre condicionada por el contexto socio-histórico en el que se encuentran. De esta manera, su análisis crítico busca superar las dicotomías clásicas y comprender la complejidad de las relaciones humanas (Cuesta, 1945).

Propone un enfoque crítico que va más allá de las oposiciones tradicionales y reconoce la interdependencia entre individuo y sociedad (Cuesta, 1945).

Su análisis se centra en comprender cómo los cambios sociales afectan la estructura psíquica de los individuos y cómo las acciones individuales, a su vez, modifican la dinámica social. Con su enfoque, Elías contribuye a una comprensión más completa y compleja de la realidad social (Cuesta, 1945).

La auto coacción no se encuentra en la estructura de la personalidad humana, sino en la estructura de las relaciones sociales, es decir, que los individuos aprenden a controlar sus emociones y comportamientos a través de las normas y convenciones de la sociedad en la que viven (Elías, 1987, p .492). En este sentido, la sociedad cortesana y su sistema de etiqueta y autocontención juegan un papel fundamental en la formación de la identidad y el comportamiento de los cortesanos (Cuesta, 1945).

En segundo lugar, la propuesta de Elías destaca la importancia de la historia y las relaciones sociales en la formación de las emociones y los afectos. Para él, las emociones no son algo innato o fijo, sino que están moldeadas y moldeadas por las circunstancias y las interacciones humanas (Cuesta, 1945).

La propuesta teórica y empírica de Norbert Elías sobre la sociedad cortesana y la auto coacción destaca la importancia de las normas y convenciones sociales en la regulación de las emociones y los comportamientos humanos. Su enfoque problematiza la idea de que los sentimientos son universales y fijos, argumentando que están moldeados por la historia y las relaciones sociales. Este enfoque ofrece una perspectiva interesante para comprender cómo se forman y se regulan las emociones en diferentes contextos sociales (Cuesta, 1945).

En cambio, Elías sostiene que el control de las emociones no puede entenderse únicamente desde la perspectiva individual, sino que está fuertemente influenciado por las estructuras sociales y las normas culturales. Para él, el control emocional es una forma de autocontrol social, una respuesta a las coacciones y presiones sociales que experimentamos en nuestra vida diaria (Cuesta, 1945).

El control emocional, según Elías, es necesario para la convivencia en sociedad. Es a través del autocontrol de nuestras emociones que nos adaptamos a las normas y valores de la sociedad y evitamos perturbar la armonía social (Cuesta, 1945).

En la Edad Media, por ejemplo, las personas se sentían inseguras debido a la amenaza constante de violencia física, pero también a la pérdida de prestigio y estatus social. Por tanto, el miedo no solo surge de la violencia física, sino también de la auto coacción que implica la pérdida de prestigio (Cuesta, 1945).

Elías reconoce la influencia del psicoanálisis de Freud en su comprensión del control emocional, pero critica su enfoque individualista y su falta de atención a las dimensiones sociales y culturales. Para Elías, el control emocional es un proceso socio-genético, en el que las normas y valores de la sociedad moldean la estructura psíquica del individuo (Cuesta, 1945).

El control emocional no puede entenderse de manera aislada, sino que está estrechamente ligado a las interacciones sociales y las normas culturales. El autocontrol de las emociones es una respuesta a las coacciones sociales, necesaria para la convivencia y la preservación del orden social (Cuesta, 1945).

En este sentido, la obra de Elías nos invita a comprender que las emociones y los procesos psicológicos individuales están intrínsecamente ligados a las estructuras y dinámicas sociales (Cuesta, 1945).

No se trata simplemente de estudiar el comportamiento de los individuos aislados, sino de analizar cómo las emociones, las tensiones y las relaciones intra e interpersonales influyen (Cuesta, 1945). Elías argumenta que las emociones y las tensiones psicológicas no son entidades aisladas, sino que están imbuidas en las instituciones y prácticas sociales (Cuesta, 1945).

Por ejemplo, el sentimiento de vergüenza, que Freud considera como una respuesta natural del individuo frente a la sociedad, es concebido por Elías como una emoción cuyo significado y manifestaciones están determinadas por las normas y expectativas sociales de cada época y cultura (Cuesta, 1945).

De esta manera, Elías sitúa la psicología histórica en un terreno interdisciplinario en el que se integran tanto las concepciones freudianas sobre la psique individual como las teorías sociológicas sobre la dinámica de los procesos sociales. Esta perspectiva holística permite comprender mejor la complejidad de la vida social y los mecanismos psicológicos y emocionales que influyen en ella (Cuesta, 1945).

Asimismo, esta lectura holística de la realidad social propuesta por Elías nos permite entender que los problemas políticos y sociales de mayor envergadura tienen una dimensión emocional intrínseca (Cuesta, 1945).

La comprensión de las dinámicas emocionales y psicológicas en la vida social puede contribuir a una mejor comprensión de los conflictos, las tensiones y las polarizaciones políticas y sociales (Cuesta, (1945).

La obra de Elías nos invita a considerar las emociones y los procesos psicológicos como componentes fundamentales de las estructuras y dinámicas sociales. Su enfoque interdisciplinario y holístico nos permite comprender de manera más completa la complejidad de la vida social y las implicaciones emocionales que subyacen a los problemas políticos y sociales (Cuesta, 1945).

En este contexto, se empezó a enfatizar la importancia de lo emocional y lo subjetivo en el estudio de la sociedad y la cultura. Los investigadores se dieron cuenta de que los procesos sociales y culturales no pueden entenderse solo desde una perspectiva objetiva, sino que también es necesario considerar las experiencias y percepciones individuales. Se reconoció que las emociones y las subjetividades influyen en la forma en que las personas interpretan y responden a su entorno social (Bernardino,2010).

La antropología, en particular, comenzó a prestar mayor atención a las emociones y las subjetividades en el estudio de las sociedades tradicionales. Se reconoció que las experiencias emocionales y las formas de sentir y expresar las emociones varían culturalmente. Por ejemplo, algunos investigadores destacaron la importancia de las emociones en rituales religiosos o en prácticas de curación tradicionales (Bernardino,2010).

En la sociología, también se empezó a poner énfasis en lo emocional y lo subjetivo. Se reconoció que las estructuras sociales no solo determinan el comportamiento de los individuos, sino que también influyen en sus emociones y percepciones personales. Por ejemplo, se estudió cómo las desigualdades sociales y las relaciones de poder pueden generar emociones como el resentimiento o la indignación (Bernardino,2010).

En las décadas de los sesenta y setenta del siglo XX, hubo una reformulación teórica en las ciencias sociales que reconoció la importancia de lo emocional y lo subjetivo en el estudio de la sociedad y la cultura. Esta perspectiva crítica cuestionó los enfoques objetivistas y subjetivistas dominantes y destacó la influencia de las emociones y las subjetividades en los procesos sociales y culturales (Bernardino,2010).

En su obra "El sentido del cuerpo" (1999), Le Breton sostiene que el cuerpo es un espacio de experiencia y de construcción de significados, y que las emociones y los sentimientos son expresados y vividos a través de él (Bernardino,2010).

El autor enfatiza la importancia de entender al cuerpo como un conjunto de prácticas sociales y culturales, y no únicamente como un objeto biológico (Bernardino,2010).

Le Breton también destaca la importancia de los medios de comunicación en la configuración de las emociones y los sentimientos, ya que transmiten y promueven imágenes y estereotipos corporales que influyen en la manera en que las personas perciben su propio cuerpo y experimentan sus emociones (Bernardino,2010).

Asimismo, señala la relevancia de los rituales y las prácticas cotidianas en la construcción de la experiencia emocional, ya que estos contribuyen a la conformación de patrones culturales y sociales en relación con el cuerpo y las emociones (Bernardino,2010).

Bourdieu como Foucault y Le Breton nos invitan a reflexionar sobre la relación entre el cuerpo, las emociones y la cultura, y a entender que nuestras vivencias emocionales están vinculadas a prácticas sociales y discursos construidos colectivamente (Bernardino,2010).

Estos autores nos instan a cuestionar los dispositivos de poder y las normas culturales que influyen en nuestras experiencias corporales y emocionales, para así poder comprender mejor la dimensión social y cultural de nuestras emociones (Bernardino,2010).

Existen varias teorías de la emoción que buscan explicar cómo se generan y procesan estas experiencias. Es decir, primero experimentamos una respuesta física, como cambios en nuestro ritmo cardíaco o sudoración, y luego interpretamos esas respuestas como emociones (Bernardino,2010).

- **Teoría de Cannon-Bard:** Esta teoría propone que las respuestas fisiológicas y las emociones son simultáneas e independientes entre sí. Cuando experimentamos una emoción, también experimentamos una respuesta fisiológica al mismo tiempo (Bernardino,2010).

- **Teoría de Schachter-Singer:** También conocida como teoría de la atribución cognitiva, esta teoría sostiene que nuestras emociones dependen de cómo interpretamos nuestras respuestas fisiológicas en un determinado contexto. Es decir, nuestras emociones son el resultado de la combinación entre la respuesta fisiológica y nuestras interpretaciones cognitivas (Bernardino,2010).
- **Teoría de Lazarus:** Esta teoría se enfoca en el papel de la evaluación cognitiva en la generación de emociones. Según Lazarus, nuestras emociones surgen de nuestras evaluaciones cognitivas automáticas y evaluaciones posteriores de un estímulo. Es decir, nuestras emociones son el resultado de cómo interpretamos y valoramos un evento o situación (Bernardino,2010).

Estas teorías no son excluyentes entre sí y, de hecho, muchas veces pueden ser complementarias. Estas teorías nos ayudan a entender la complejidad de las emociones y cómo estas influyen nuestro pensamiento y comportamiento (Bernardino,2010).

2.2 Teorías de las emociones.

Las teorías fisiológicas, también conocidas como teorías somáticas, sostienen que las emociones son el resultado de las respuestas fisiológicas del cuerpo. Estas teorías se basan en la idea de que ciertos patrones de actividad fisiológica, como el aumento del ritmo cardíaco, la sudoración o la tensión muscular, están asociados con diferentes emociones. Por ejemplo, la teoría de James-Lange sugiere que primero experimentamos una respuesta fisiológica, como el aumento del ritmo cardíaco, y luego interpretamos esta respuesta como una emoción específica (Manzanedo,1984).

Las teorías neurológicas, por otro lado, se centran en la actividad del cerebro como la causa de las emociones. Estas teorías sostienen que ciertas áreas del cerebro están involucradas en la generación y regulación de las respuestas emocionales. Por ejemplo, la teoría del cerebro emocional propuesta por Joseph LeDoux sugiere que el procesamiento emocional ocurre primero en el cerebro emocional (como el sistema límbico) antes de llegar a las áreas cognitivas superiores del cerebro (Manzanedo,1984).

Las teorías cognitivas, por último, enfatizan el papel de los pensamientos, creencias y evaluaciones en la formación de las emociones. Según estas teorías, nuestras interpretaciones y evaluaciones de una situación determinada determinarán la emoción que experimentamos (Manzanedo,1984).

Por ejemplo, la teoría de la evaluación cognitiva de Lazarus sostiene que nuestras emociones son el resultado de la forma en que evaluamos una situación en términos de su relevancia para nuestros objetivos y nuestras capacidades para enfrentarla (Manzanedo,1984).

Cabe destacar que estas categorías no son mutuamente excluyentes, y muchas teorías de la emoción incorporan elementos de más de una categoría. Por ejemplo, la teoría de la respuesta facial propuesta por Paul Ekman sugiere que la expresión facial y la actividad fisiológica juegan un papel importante en la experiencia y expresión de las emociones (Manzanedo,1984).

2.2.1 Teoría evolutiva de la emoción.

Esta teoría sugiere que las emociones son el resultado de la interpretación que hacemos de nuestras reacciones físicas ante determinados eventos. Es decir, nuestras emociones no son simplemente una respuesta a un estímulo externo, sino que están influenciadas por cómo interpretamos nuestras reacciones corporales (Moriones,2004).

Sin embargo, esta teoría ha sido objeto de críticas y ha sido cuestionada en varios aspectos. Por ejemplo, muchas veces experimentamos emociones sin necesariamente tener una reacción física asociada. Además, hay evidencia de que las emociones pueden ser experimentadas incluso cuando no hay una reacción física evidente (Moriones,2004).

A pesar de esto, la teoría de James-Lange ha sido importante en el desarrollo de la comprensión de la emoción y ha sido útil para resaltar la interacción entre el cuerpo y la mente en el proceso emocional. También ha influido en otras teorías sobre la emoción, como la teoría de Cannon-Bard, que propone que las reacciones fisiológicas y las emociones ocurren simultáneamente y de forma independiente (Moriones,2004).

2.2.2 La teoría de la emoción de Cannon-Bard

Además, Cannon sostuvo que las respuestas fisiológicas y las emociones son independientes entre sí, es decir, que una no causa la otra. Argumentó que tanto las respuestas fisiológicas como las emociones son resultados de una activación simultánea del sistema nervioso autónomo y del sistema límbico en el cerebro (Nussbaum,2003).

Philip Bard, por su parte, también rechazó la teoría de James-Lange y propuso una perspectiva similar a la de Cannon. Bard argumentó que las respuestas fisiológicas y las emociones son procesos separados pero que ocurren simultáneamente en respuesta a un estímulo emocional. Sugirió que la información sensorial relacionada con la emoción es transmitida simultáneamente a través de rutas separadas en el cerebro, activando tanto las respuestas fisiológicas como las emociones (Nussbaum,2003).

La teoría de la emoción de Cannon-Bard propone que las respuestas fisiológicas y las emociones ocurren al mismo tiempo y de manera independiente, y que una no causa necesariamente la otra. Esta teoría ha sido fundamental para comprender la relación entre la fisiología y la emoción en el campo de la psicología. Las emociones y las respuestas fisiológicas ocurren simultáneamente en respuesta a un estímulo. No hay una relación de causa y efecto entre la experiencia emocional y las reacciones fisiológicas, sino que ambas se producen al mismo tiempo (Nussbaum,2003).

2.2.3 Teoría de Schachter-Singer

Esta teoría se basa en un experimento conocido como "el estudio del puente colgante", en el cual los participantes fueron divididos en dos grupos. A un grupo se le hizo cruzar un puente colgante que producía una fuerte excitación fisiológica, mientras que al otro grupo se le hizo cruzar un puente estable (Oatley,2004).

Luego de cruzar el puente, a los participantes se les encargó la tarea de completar un cuestionario para evaluar su estado emocional (Oatley,2004).

Los resultados del estudio mostraron que los participantes que cruzaron el puente colgante experimentaron una mayor emoción y, además, eran más propensos a atribuir esa emoción a la presencia de una persona del sexo opuesto que se encontraba en el final del puente. Por otro lado, los participantes del grupo que cruzó el puente estable no mostraron una reacción emocional tan intensa ni atribuyeron esa emoción a la persona del sexo opuesto (Oatley,2004).

Estos resultados respaldaron la idea de que la excitación fisiológica por sí sola no es suficiente para experimentar una emoción, sino que es necesario un proceso de interpretación cognitiva para etiquetar y experimentar la emoción (Oatley,2004).

Schachter-Singer, la emoción surge de la combinación de la excitación fisiológica y la interpretación cognitiva que se hace de esa excitación (Oatley,2004).

Esta teoría destaca el papel del razonamiento y la interpretación en la experiencia emocional y ofrece una explicación más compleja y completa de cómo las personas experimentan y etiquetan sus emociones (Oatley,2004).

2.2.4 Teoría de la evaluación cognitiva

La teoría de la emoción de Lazarus también hace hincapié en el papel de las evaluaciones cognitivas en la experiencia emocional. Según esta teoría, nuestras evaluaciones cognitivas de una situación determinan cómo interpretamos y respondemos emocionalmente a ella (Olmo, 2008).

Estas evaluaciones cognitivas pueden ser conscientes o inconscientes, y pueden incluir evaluar el grado de amenaza o beneficio que una situación representa, así como la relación entre nuestros objetivos y la situación. Por ejemplo, si consideramos que una situación amenaza nuestros objetivos o valores, es probable que experimentemos emociones negativas como el miedo o la frustración (Olmo, 2008).

Es importante destacar que no todas las respuestas emocionales requieren de evaluaciones cognitivas complejas. Algunas respuestas emocionales pueden ser automáticas y no depender necesariamente de un proceso cognitivo consciente. Por ejemplo, el reflejo de sobresalto es una respuesta emocional automática que ocurre como resultado de un estímulo repentino o sorprendente (Olmo, 2008).

La emoción de Lazarus, el pensamiento y las evaluaciones cognitivas juegan un papel fundamental en la experiencia emocional. Estas evaluaciones determinan cómo interpretamos y respondemos emocionalmente a una situación, y pueden influir en nuestras respuestas fisiológicas y comportamentales (Olmo, 2008).

2.2.5 Teoría de la emoción de retroalimentación facial

En apoyo a esta teoría, numerosos estudios han proporcionado evidencia de que la retroalimentación facial puede influir en el estado emocional de una persona. Por ejemplo, una serie de estudios llevados a cabo por el psicólogo Paul Ekman demostró que la adopción de expresiones faciales específicas estaba relacionada con cambios en la actividad emocional (Padovese, (1996).

En uno de los experimentos de Ekman, se pidió a los participantes que sostuvieran un lápiz con los dientes, lo que forzaba los músculos faciales en una posición similar a la de una sonrisa (Padovese, (1996).

Los resultados mostraron que los participantes experimentaron un aumento en la respuesta emocional positiva en comparación con un grupo de control que no sostenía el lápiz de esa manera (Padovese, (1996).

Estos hallazgos sugieren que la retroalimentación facial puede tener un impacto directo en la experiencia emocional. Es decir, al cambiar la expresión facial, podemos influir en nuestras emociones. Esto respalda la idea de que las emociones no solo son el resultado de cambios internos, como respuestas hormonales o cambios en la actividad cerebral, sino que también están influenciadas por información externa, como nuestra expresión facial (Padovese, (1996).

La teoría de la retroalimentación facial propone que los cambios en la expresión facial pueden tener un impacto en la experiencia emocional de una persona. Estudios han demostrado que la adopción de expresiones faciales específicas puede influir en la respuesta emocional, respaldando así esta teoría. Esto abre la puerta a la posibilidad de que podamos influir en nuestras emociones simplemente cambiando nuestra expresión facial (Padovese, (1996).

2.2.6 La teoría de la emoción construida

La teoría de Barret, las personas no nacen con emociones predefinidas, sino que las desarrollan a lo largo de su vida a través de la interacción con el entorno y la construcción de redes neuronales (Pasnau, 2002).

En lugar de estar almacenadas en regiones específicas del cerebro, las emociones son el resultado de redes neuronales dinámicas que realizan simulaciones y predicciones. Estas redes establecen conexiones en función del entorno y corrigen sus predicciones según los estímulos que reciben (Pasnau, 2002). Esta teoría plantea que las emociones no son innatas ni universales, sino que se construyen a partir de la interacción con el entorno y la plasticidad del cerebro. Son el resultado de redes neuronales dinámicas que se adaptan a cada contexto (Pasnau, 2002).

2.3 Emociones que presentan

2.3.1 Esperanza

La esperanza puede ser un motor para seguir adelante, incluso en momentos difíciles. En lugar de rendirse ante las dificultades, el individuo lleno de esperanza ve oportunidades y posibilidades de mejorar su situación. Además, la esperanza puede generar una actitud positiva, lo que a su vez favorece el bienestar emocional y físico (La Ciencia de la Esperanza, 2023).

Algunas estrategias que pueden ayudar a cultivar la esperanza incluyen establecer metas realistas y alcanzables, rodearse de personas positivas y de apoyo, mantener una actitud optimista, aprender de los errores y celebrar los logros, y buscar ayuda profesional cuando sea necesario (La Ciencia de la Esperanza, 2023).

La esperanza es una actitud fundamental que nos impulsa a establecer objetivos y trabajar para alcanzarlos. Nos brinda la motivación y la confianza necesarias para superar obstáculos, mejorar nuestras relaciones y alcanzar una vida satisfactoria y saludable (La Ciencia de la Esperanza, 2023).

Es vital para mantener una actitud positiva ante los desafíos y dificultades de la vida. Nos ayuda a creer en nuestras propias posibilidades y en que podemos superar obstáculos y lograr nuestras metas (La Ciencia de la Esperanza, 2023).

La esperanza nos da la motivación necesaria para perseguir nuestros sueños y trabajar por ellos. Nos impulsa a seguir adelante a pesar de los fracasos y las adversidades (La Ciencia de la Esperanza, 2023).

Nos ayuda a mantener una mentalidad optimista y a no rendirnos fácilmente. Nos permite enfrentar el estrés y la presión de forma más efectiva, ya que creemos que hay soluciones y salidas positivas (La Ciencia de la Esperanza, 2023).

Fortalece nuestras relaciones interpersonales, ya que nos permite ver el lado positivo de las personas y confiar en que pueden cambiar o mejorar. Nos ayuda a perdonar y a tener empatía hacia los demás (La Ciencia de la Esperanza, 2023).

La esperanza tiene un impacto positivo en nuestra salud mental y física. Nos ayuda a reducir la depresión, la ansiedad y el estrés, lo cual contribuye a mantener una buena salud emocional. Además, se ha demostrado que las personas con altos niveles de esperanza tienen una mejor salud física y una mayor esperanza de vida (La Ciencia de la Esperanza, 2023).

Es fundamental en la educación y el desarrollo de los niños y jóvenes. Les da la motivación y la confianza necesaria para perseguir sus metas académicas y personales. Además, promueve un comportamiento positivo y disminuye las posibilidades de involucrarse en conductas problemáticas, como el consumo de drogas (La Ciencia de la Esperanza, 2023).

Es una emoción esencial para vivir una vida plena y satisfactoria. Nos impulsa a trabajar por nuestros objetivos, fortalece nuestras relaciones y mejora nuestra salud mental y física. Es fundamental cultivar la esperanza en nosotros mismos y en los demás para enfrentar los desafíos y encontrar la felicidad y el éxito en la vida (La Ciencia de la Esperanza, 2023).

2.3.2 Disgusto

La decepción puede manifestarse de diferentes formas y grados de intensidad en cada persona. Puede surgir en distintas áreas de la vida, como relaciones personales, académicas, laborales, entre otras. Al experimentarla, la persona puede sentir tristeza, desilusión, frustración, enojo o incluso sensación de traición Pérez (Porto, & Merino,2017).

La decepción puede afectar el estado de ánimo, disminuir la motivación y generar desconfianza en el futuro. Sin embargo, es importante recordar que es un sentimiento normal y que forma parte de la experiencia humana. Superar la decepción requiere tiempo, aceptación y aprendizaje de la experiencia vivida (Porto, y Merino,2017).

En cuanto al contexto laboral, el disgusto puede surgir debido a conflictos con los compañeros de trabajo, la falta de reconocimiento o promoción en el empleo, o un ambiente laboral tóxico. Por ejemplo, una persona puede sentir disgusto si sus colegas no colaboran en un proyecto importante, si no se le valoran sus esfuerzos o si se siente presionada o maltratada en el ámbito laboral (Porto, y Merino,2017).

En el contexto de las relaciones personales, el disgusto puede aparecer debido a desacuerdos, peleas o traiciones (Porto, y Merino,2017).

Por ejemplo, una amistad que se rompe por una discusión puede generar disgusto en ambas partes, o una pareja que atraviesa una crisis puede experimentar disgusto debido a la incomunicación o la falta de confianza (Porto, y Merino,2017).

El disgusto puede variar según el contexto en el que se presente, ya sea originado por situaciones laborales, la pérdida de un ser querido, conflictos personales o desavenencias en las relaciones interpersonales. También es importante buscar apoyo emocional, ya sea a través de amigos, familiares o incluso terapia profesional. Compartir nuestras emociones con alguien de confianza puede ayudarnos a procesar el disgusto y obtener diferentes perspectivas (Porto, y Merino,2017).

Realizar actividades que nos generen bienestar y distracción, como practicar ejercicio físico, leer un libro, escuchar música o disfrutar de un hobby. Estas actividades nos ayudarán a alejar la mente del disgusto y mejorar nuestro estado de ánimo (Porto, y Merino,2017).

Practicar técnicas de relajación y mindfulness, como la meditación o la respiración profunda, pueden contribuir a reducir el estrés y la ansiedad asociados al disgusto (Porto, y Merino,2017).

Es fundamental ser paciente y comprensivo con uno mismo. No hay un tiempo establecido para superar un disgusto, cada persona tiene su propio proceso de recuperación emocional (Porto, y Merino,2017).

Es importante ser amable y dar tiempo al tiempo, permitiéndonos sanar de forma gradual (Porto, y Merino,2017).

2.3.3 Tristeza

El estado descrito es el de la tristeza. La tristeza es una emoción natural y necesaria en la vida, que nos permite procesar y superar las adversidades. Puede manifestarse de diferentes formas y tener distintos niveles de intensidad, dependiendo de la situación y la persona (Gaceta UNAM, 2022).

Es importante reconocer y aceptar la tristeza como parte de la experiencia humana, permitiéndonos vivirla y expresarla de manera saludable. Además, es fundamental buscar apoyo emocional y encontrar estrategias para afrontar y superar la tristeza de manera constructiva (Gaceta UNAM, 2022).

Además, puede presentarse aislamiento social, evitando el contacto con otras personas y mostrando una actitud más pasiva y negativa. También se pueden observar cambios en el lenguaje corporal, como encorvarse o tener expresiones faciales tristes (Gaceta UNAM, 2022).

La tristeza se presenta a través de síntomas físicos, mentales y conductuales que afectan el estado emocional y el funcionamiento diario de la persona. Es importante prestar atención a estos signos y buscar apoyo y ayuda profesional cuando sea necesario (Gaceta UNAM, 2022).

Puede afectar nuestro pensamiento y concentración, haciéndonos sentir desinteresados y sin motivación. Podemos tener dificultad para tomar decisiones y la realidad puede parecernos negativa, centrándonos principalmente en los aspectos negativos de las situaciones (Gaceta UNAM, 2022).

A nivel cerebral, cuando experimentamos tristeza o lloramos, hay un aumento en el consumo de glucosa y oxígeno en el cerebro (Gaceta UNAM, 2022).

Esto se refleja en un incremento en nuestra frecuencia respiratoria, ya que el cerebro necesita más oxígeno. Curiosamente, el llanto es una respuesta emocional que se autolimita rápidamente, cansando al cerebro después de aproximadamente 10 minutos (Gaceta UNAM, 2022).

Cuando nos calmamos después de llorar, a menudo experimentamos hambre como efecto secundario. Esto puede ser debido a la liberación de ciertas hormonas relacionadas con el apetito durante la respuesta de estrés de llorar (Gaceta UNAM, 2022).

A nivel neuronal, el llanto puede tener un impacto en la forma en que interpretamos los estímulos agresivos. El giro del cíngulo, una región en la corteza cerebral, procesa estos estímulos de manera más rápida cuando estamos llorando (Gaceta UNAM, 2022).

El hipocampo también registra estos estímulos con mayor velocidad, lo que puede tener un efecto en nuestras reacciones emocionales. Además, la corteza prefrontal, una región responsable del juicio y la toma de decisiones, puede otorgar a estos estímulos un componente proyectivo y prosocial, lo que disminuye la ira y la furia de quienes presencian nuestro llanto (Gaceta UNAM, 2022).

La tristeza puede manifestarse de diferentes formas y tener efectos tanto a nivel cognitivo como a nivel neuronal (Gaceta UNAM, 2022).

El llanto es una respuesta emocional que puede cansar rápidamente al cerebro y tener efectos en la forma en que interpretamos y reaccionamos a los estímulos. Llorar nos hace humanos y hemos desarrollado esta capacidad como una forma de aprendizaje social y psicológico (Gaceta UNAM, 2022).

El cuidado personal también es importante en la regulación de la tristeza. Actividades como hacer ejercicio físico, comer saludablemente, descansar adecuadamente y mantener rutinas diarias pueden ayudar a mejorar el estado de ánimo. Al mismo tiempo, es fundamental permitirse sentir y expresar la emoción de la tristeza sin juzgarse a uno mismo ni reprimirla (Gaceta UNAM, 2022).

La terapia psicológica puede ser una opción para aprender a manejar y gestionar adecuadamente la tristeza (Gaceta UNAM, 2022).

A través de diferentes técnicas y herramientas, como la reestructuración cognitiva, la terapia de aceptación y compromiso, la terapia de duelo o la terapia emocional, entre otras, se puede trabajar en la aceptación de la emoción y en la búsqueda de nuevas formas de adaptación ante las adversidades (Gaceta UNAM, 2022).

La función de la tristeza es invitarnos a reflexionar y prestar atención a lo que nos sucede, gestionar y adaptarnos a situaciones dolorosas y aprender de los errores y pérdidas. Su regulación implica utilizar estrategias saludables como hablar con alguien de confianza, cuidarse a nivel físico y emocional, y, en casos más complicados, buscar ayuda profesional (Gaceta UNAM, 2022).

2.3.4 Miedo

El miedo, al igual que otras emociones, cumple una función adaptativa en nuestras vidas. Nos ayuda a protegernos y a sobrevivir ante situaciones potencialmente peligrosas. Sin embargo, cuando el miedo se intensifica de manera desproporcionada o se transforma en una fobia irracional, puede limitar nuestra calidad de vida y restringir nuestras actividades diarias (Herrera, 2022).

A lo largo de nuestra vida, también desarrollamos miedos más específicos y personales, que pueden estar relacionados con experiencias traumáticas, creencias culturales o situaciones vividas en el entorno familiar o social. Estos miedos, a diferencia del miedo básico, pueden ser más difíciles de superar y requieren de un trabajo psicológico profundo para enfrentarlos y superarlos (Herrera, 2022).

Es importante tener en cuenta que el miedo no siempre es negativo. En ciertas situaciones, como en el ámbito de la seguridad, el miedo nos incita a ser precavidos y a tener cuidado. Sin embargo, cuando el miedo se convierte en una constante en nuestra vida y nos paraliza, es necesario buscar ayuda profesional para poder manejarlo de manera adecuada (Herrera, 2022).

El miedo es una emoción natural que nos ayuda a protegernos de peligros reales o imaginarios. Aunque es importante reconocer y respetar nuestros miedos, también es fundamental no dejar que nos limiten en nuestras acciones y decisiones. Trabajar en el manejo del miedo y enfrentarlo de manera gradual y controlada puede ayudarnos a superarlo y vivir una vida más plena y satisfactoria (Herrera, 2022).

Cuando experimentamos miedo, nuestro cuerpo se prepara para enfrentar o huir de la situación amenazante. Se producen una serie de cambios fisiológicos como el aumento de la frecuencia cardíaca, la dilatación de las pupilas, la liberación de adrenalina y otras hormonas del estrés, entre otros (Herrera, 2022).

El miedo nos ayuda a percibir y evaluar los peligros potenciales en nuestro entorno, permitiéndonos tomar medidas para protegernos. Además, nos hace más alerta y atentos a la situación, mejorando nuestra capacidad de respuesta (Herrera, 2022).

También cumple una función social, ya que nos permite comunicar a los demás que estamos en peligro y solicitar ayuda. El miedo puede ser contagioso, lo que lleva a las personas a protegerse y buscar seguridad en grupo (Herrera, 2022).

La función del miedo es activar y preparar a nuestro cuerpo para enfrentar amenazas, proteger nuestra integridad física y buscar seguridad. Es una emoción esencial para nuestra supervivencia y adaptación al entorno (Herrera, 2022).

El miedo se manifiesta en cuatro niveles:

- **Cognitivo:** En este nivel, el miedo se manifiesta a través de pensamientos negativos y preocupaciones sobre el estímulo o situación temida. La persona puede tener pensamientos de peligro inminente, anticipar lo peor o imaginar escenarios negativos relacionados con su miedo (Herrera, 2022).
- **Fisiológico:** El miedo desencadena una serie de respuestas físicas en el cuerpo. El corazón puede acelerarse, la respiración se vuelve más rápida y superficial, los músculos se tensan, puede haber temblores en las piernas y las manos, sudoración, bloqueos o bloqueos musculares, tics nerviosos y expresiones faciales como palidez o enrojecimiento del rostro (Herrera, 2022).
- **Conductual:** El miedo puede llevar a comportamientos de evitación, escape o paralización. La persona puede evitar activamente la situación o el estímulo temido, tratar de escapar de él o quedarse inmóvil debido al

miedo intenso. También puede llorar, gritar o buscar protección (Herrera, 2022).

- **Neuronal:** El miedo comienza en la amígdala, una parte del cerebro que forma parte del sistema límbico, responsable de regular las emociones y las respuestas de supervivencia. La amígdala decodifica las emociones y determina si una situación se percibe como una amenaza. También almacena recuerdos asociados con el miedo y las experiencias emocionales. El hipotálamo, otra área cerebral, desencadena la respuesta de "lucha o huida" al activar el sistema nervioso simpático, que aumenta la frecuencia cardíaca y la atención (Herrera, 2022).

El miedo se manifiesta en la mente a través de pensamientos negativos, en el cuerpo a través de respuestas físicas desagradables, en las acciones a través de comportamientos de evitación o escape, y en el cerebro a través de la activación de diferentes regiones, como la amígdala y el hipotálamo (Herrera, 2022).

Diferentes tipos:

- **Miedo a los animales.** Algunas personas pueden experimentar miedo extremo hacia ciertos animales, como arañas, serpientes o perros, incluso si no representan una amenaza real (Herrera, 2022).
- **Miedo a la oscuridad.** A menudo relacionado con la infancia, muchas personas desarrollan un miedo irracional a la oscuridad y tienen dificultades para estar en habitaciones oscuras o dormir sin luz (Herrera, 2022).

- **Miedo a los espacios cerrados.** También conocido como claustrofobia, este miedo se manifiesta en situaciones donde la persona se siente atrapada o incapaz de escapar, como ascensores o aviones (Herrera, 2022).
- **Miedo a la sangre o heridas.** Algunas personas pueden sentirse mareadas, nauseosas o incluso desmayarse al ver sangre o heridas, incluso si no les ocurre directamente a ellas (Herrera, 2022).
- **Miedo a los desastres naturales.** Terremotos, tornados o huracanes pueden generar miedo intenso en algunas personas, especialmente si han experimentado personalmente un evento traumático relacionado (Herrera, 2022).
- **Miedo a hablar en público.** También conocido como glosfobia, muchas personas experimentan ansiedad y miedo extremo antes de hablar en público, incluso si es en grupos pequeños (Herrera, 2022).
- **Miedo a los objetos punzantes.** Algunas personas pueden tener un miedo irracional a objetos puntiagudos como agujas, cuchillos o alfileres, lo que puede dificultar ciertas tareas cotidianas (Herrera, 2022).
- **Miedo a los espacios abiertos.** Conocido como agorafobia, este miedo se manifiesta en situaciones donde la persona se siente vulnerable o fuera de control en espacios abiertos, como plazas o parques (Herrera, 2022).
- **Miedo a los cambios.** A algunas personas les causa ansiedad y miedo el enfrentarse a situaciones nuevas o cambios en su vida, ya sea en el trabajo, relaciones o entorno (Herrera, 2022).

- **Miedo a los ruidos fuertes.** Algunas personas pueden experimentar miedo o angustia intensa al escuchar ruidos fuertes, como truenos, explosiones o sirenas (Herrera, 2022).
- **Miedo a los exámenes.** También conocido como amaxofobia, algunas personas pueden experimentar miedo extremo antes y durante los exámenes académicos, lo que puede afectar su rendimiento y bienestar (Herrera, 2022).
- **Miedo a conducir.** Algunas personas pueden experimentar miedo intenso al conducir o estar en un automóvil, lo que puede limitar su movilidad y actividades diarias (Herrera, 2022).
- **Miedo a las alturas.** Conocido como acrofobia, este miedo se manifiesta cuando una persona se encuentra en lugares altos, como escaleras, puentes o miradores (Herrera, 2022).
- **Miedo a los espacios pequeños.** También conocido como claustrofobia, este miedo se manifiesta en situaciones donde la persona se siente atrapada en espacios pequeños, como ascensores o habitaciones estrechas (Herrera, 2022).
- **Miedo a los sonidos específicos.** Algunas personas pueden tener miedo o aversión a sonidos específicos, como el sonido de las bocinas, sirenas o ladridos de perros (Herrera, 2022).

El miedo es una emoción natural y necesaria que nos ayuda a protegernos frente a situaciones amenazantes. Es una respuesta adaptativa que nos permite estar alerta y tomar medidas para cuidar nuestra seguridad (Herrera, 2022).

Por otro lado, la fobia es un trastorno de ansiedad en el cual se experimenta un miedo intenso y recurrente hacia un objeto, situación o actividad específica (Herrera, 2022).

Esta fobia provoca una reacción desproporcionada y descontrolada de ansiedad, y la persona tiende a evitar cualquier situación relacionada con su miedo, la diferencia radica en que el miedo es una respuesta adaptativa y proporcional a una situación de peligro real, mientras que la fobia es un miedo desproporcionado e irracional que lleva a evitar situaciones que no representan un peligro real (Herrera, 2022).

La práctica de la relajación muscular progresiva también es útil para regular las emociones, ya que ayuda a reducir la tensión y el estrés en el cuerpo (Herrera, 2022).

Además, es importante aprender a expresar las emociones de manera adecuada y efectiva. Esto implica aprender a comunicar nuestros sentimientos de manera clara y respetuosa, evitando la agresión o la represión de las emociones (Herrera, 2022).

El apoyo social también juega un papel importante en la regulación emocional. Contar con personas de confianza con las que se pueda hablar y compartir los sentimientos puede ser de gran ayuda para manejar las emociones de manera saludable (Herrera, 2022).

La regulación emocional es un proceso necesario para adaptarnos a las distintas situaciones de la vida. A través del reconocimiento de las emociones, el control de los pensamientos y conductas, la práctica de técnicas de relajación y el apoyo social, podemos lograr una adaptación social y biológica más efectiva (Herrera, 2022).

2.3.5 Sorpresa

Una reacción emocional conocida como sorpresa. La sorpresa puede surgir ante algo inesperado, desconocido o inusual, y puede llevar a sentir emociones positivas o negativas dependiendo de la naturaleza del estímulo que la genera. La sorpresa se caracteriza por ser una emoción breve y fugaz, que se desvanece rápidamente después de experimentarla (Agustín, 1958).

2.3.6 Ira

La impulsividad puede ser perjudicial ya que nos lleva a actuar sin pensar en las consecuencias. Nos impide analizar la situación de manera racional y buscar alternativas más saludables para solucionar el conflicto. En lugar de buscar una solución pacífica, la impulsividad nos lleva a reaccionar con agresividad, lo cual puede generar más problemas y resentimiento en el largo plazo (Escobar, 2022).

Además, la impulsividad puede afectar nuestras relaciones interpersonales. Nuestra reacción impulsiva puede herir a otras personas y dañar la confianza que tienen en nosotros. También puede llevarnos a arrepentirnos de nuestras acciones y sentir culpa posteriormente, lo cual no ayuda a resolver la situación emocionalmente dolorosa que nos llevó a la ira en primer lugar (Escobar, 2022).

Aunque la impulsividad puede ayudarnos a desahogar la ira de manera inmediata, no es un motivador suficiente para cambiar la situación emocionalmente dolorosa que nos afecta. Es importante aprender a controlar nuestra impulsividad y buscar alternativas más saludables para solucionar los conflictos, como la comunicación asertiva y la búsqueda de soluciones en conjunto (Escobar, 2022).

Es importante atender a nuestras emociones incómodas porque son una señal de que algo no está bien en nuestra vida. Ignorarlas o suprimirlas solo genera un mayor desequilibrio emocional y puede afectar nuestra salud mental y física (Escobar,2022).

Identificar y reconocer nuestras emociones nos permite entender qué nos está provocando malestar y cómo estamos reaccionando ante ello. Esto nos brinda la oportunidad de tomar acciones para resolver la situación o buscar apoyo si es necesario (Escobar, 2022).

Además, atender a nuestras emociones nos ayuda a conocer mejor nuestro mundo emocional y a desarrollar una mayor inteligencia emocional. Esto implica tener la capacidad de regular nuestras emociones de manera saludable, expresarlas adecuadamente y también ser empáticos con las emociones de los demás (Escobar, 2022).

Al ser conscientes de nuestras emociones, podemos tomar decisiones más acertadas, establecer límites sanos, comunicarnos de manera efectiva y desarrollar relaciones más saludables (Escobar, 2022).

Para aprender a gestionar la ira y utilizarla de manera constructiva, es importante desarrollar habilidades de autorregulación emocional (Escobar, 2022).

- **Reconoce tus emociones:** Antes de que puedas manejar la ira de manera efectiva, debes reconocerla en ti mismo. Presta atención a cómo te sientes física y emocionalmente cuando experimentas la ira (Escobar, 2022).
- **Pausa y respira:** Cuando sientas que la ira comienza a aparecer, tómate un momento para hacer una pausa y respirar profundamente. Esto te ayudará a calmarte y a evitar una reacción impulsiva (Escobar, 2022).
- **Cuestiona tus pensamientos:** Examina los pensamientos que surgen cuando estás enojado. Pregúntate si son racionales y realistas. A menudo, nuestros pensamientos enojados están distorsionados y pueden exagerar la situación (Escobar, 2022).
- **Encuentra alternativas saludables:** En lugar de expresar tu ira de manera agresiva o destructiva, busca formas más saludables de canalizarla. Esto puede incluir hacer ejercicio, escribir tus sentimientos o hablar con alguien de confianza (Escobar, 2022).
- **Practica la empatía:** Intenta ponerte en el lugar de la otra persona y considerar su perspectiva. Esto puede ayudarte a tener una reacción más compasiva y comprensiva en lugar de una reacción basada en la ira (Escobar, 2022).

- **Comunícate de manera efectiva:** Aprende habilidades de comunicación asertiva para poder expresar tus sentimientos y necesidades de manera clara y respetuosa (Escobar, 2022).
- **Busca apoyo:** Si tienes dificultades para manejar tu ira, considera buscar ayuda profesional. Un terapeuta o consejero puede ayudarte a identificar las causas subyacentes de tu ira y a desarrollar estrategias efectivas para gestionarla (Escobar, 2022).

2.3.7 Decepción

La decepción puede ser sentida en diferentes grados, desde leve desilusión hasta profunda tristeza o incluso enfado. En ocasiones, las decepciones pueden surgir debido a malentendidos, falta de comunicación o a una mala interpretación de las acciones de la otra persona (Mató, 2021).

La decepción es una emoción común en las relaciones interpersonales, ya que todos en algún momento podemos tener expectativas sobre cómo nos deberían tratar los demás o cómo deberían comportarse en determinadas situaciones (Mató, 2021).

La superación de una decepción puede ser un proceso difícil y lleva tiempo. Es importante aceptar la situación y reconocer que no siempre las cosas salen como esperamos. Es necesario reflexionar sobre nuestras propias expectativas y entender que los demás no siempre actuarán de acuerdo a ellas. También es importante comunicar nuestras expectativas de manera clara y realista, para evitar futuras decepciones (Mató, 2021).

Es una emoción dolorosa que surge cuando nuestras expectativas no se cumplen, ya sea debido al comportamiento de otra persona o a un acontecimiento. Superar una decepción requiere aceptación, reflexión y comunicación efectiva (Mató, 2021).

Es importante recordar que la decepción no define a la persona o la relación en su totalidad, sino que es solo una experiencia específica (Mató, 2021).

Es útil reflexionar sobre nuestras propias expectativas y si son realistas o justas. A veces, nuestras expectativas pueden ser demasiado altas o poco realistas, lo que nos lleva a sentirnos decepcionados (Mató, 2021).

No guardar resentimiento ni culpar a los demás por nuestra decepción puede ser beneficioso para nuestro propio bienestar emocional (Mató, 2021).

Es fundamental recordar que todos cometemos errores y también podemos ser fuente de decepción para los demás. Tratar a los demás con comprensión y empatía puede ayudar a prevenir y manejar la decepción en las relaciones (Mató, 2021).

La decepción también puede estar relacionada con la falta de comunicación clara entre las partes involucradas. Si no se han expresado de manera adecuada las expectativas y deseos, es más probable que se produzca una decepción (Mató, 2021).

Es importante tener en cuenta que la decepción es una emoción natural y que todos la experimentamos en algún momento de nuestra vida. Sin embargo, la forma en que se gestione esta emoción puede variar de una persona a otra (Mató, 2021).

Para superar la decepción, es importante aceptar y comprender que las expectativas no siempre se cumplen y que no podemos controlar las acciones y decisiones de los demás. Es mejor centrarse en uno mismo y en cómo se puede aprender y crecer a partir de la experiencia (Mató, 2021).

También es útil expresar y compartir los sentimientos de decepción con alguien de confianza, ya sea un amigo, un familiar o un profesional. El apoyo social puede ser reconfortante y ayudar a poner las cosas en perspectiva (Mató, 2021).

La decepción es una emoción que surge cuando las expectativas no se cumplen (Mató, 2021).

Es importante ser consciente de que la decepción es un proceso interno y que se debe gestionar de manera adecuada para poder aprender y crecer a partir de la experiencia (Mató, 2021).

Es importante mantener una actitud abierta y flexible hacia los demás, entendiendo que todos somos seres imperfectos y que es normal que tengamos diferencias y desacuerdos. No es saludable esperar que todas nuestras expectativas se cumplan o que todas las personas actúen de acuerdo a lo que deseamos (Mató, 2021).

También es importante no culpar a los demás por nuestras decepciones. Cada persona es responsable de sus propias acciones y decisiones, y es importante recordar que no podemos controlar ni cambiar a los demás (Mató, 2021).

Es fundamental trabajar en el perdón y el dejar ir. El resentimiento y el rencor solo nos dañan a nosotros mismos y nos impiden avanzar. Aprender a perdonar y soltar las emociones negativas nos permitirá seguir adelante y abrirnos a nuevas experiencias y relaciones (Mató, 2021).

Por último, es importante recordar que cada decepción puede ser una oportunidad de crecimiento y aprendizaje. Cada situación difícil nos enseña algo sobre nosotros mismos y nos ayuda a desarrollar la resiliencia emocional. Aprender de nuestras experiencias negativas nos permitirá ser más fuertes y estar mejor preparados para enfrentar futuras decepciones (Mató, 2021).

Además, es importante destacar que la depresión no discrimina y puede afectar a personas de todas las edades, géneros y antecedentes. No es causada por una sola razón, sino que la combinación de factores genéticos, químicos, ambientales y psicológicos pueden contribuir a su desarrollo (Mató, 2021).

- Cambios en el apetito y el peso, ya sea la pérdida o el aumento (Mató,2021).
- Dificultades para dormir o dormir demasiado (Mató,2021).
- Fatiga o falta de energía (Mató,2021).

- Sentimientos de culpa, inutilidad o desesperanza (Mató,2021).
- Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio (Mató,2021).

Si experimentas estos síntomas durante al menos dos semanas y afectan negativamente tu vida diaria, es importante buscar ayuda profesional.

El tratamiento de la depresión generalmente incluye una combinación de terapia psicológica, como la terapia cognitivo-conductual, y medicamentos antidepresivos (Mató, 2021).

Recuerda que no estás solo/a y buscar ayuda es una muestra de valentía. Habla con un médico o profesional de la salud mental para recibir el tratamiento adecuado y comenzar tu camino hacia la recuperación (Mató, 2021).

2.3.8 Depresión

Es importante entender que la depresión es un trastorno de salud mental y no es algo que se pueda superar simplemente con fuerza de voluntad. No hay que sentir vergüenza ni culpa por padecer depresión, ya que es una condición médica legítima (Mayoclinic, 2022).

El tratamiento de la depresión puede variar para cada individuo, ya que no existe una solución única que funcione para todos. Algunas personas encuentran alivio con medicamentos antidepresivos, que pueden ayudar a equilibrar los químicos en el cerebro (Mayoclinic,2022).

Otros encuentran beneficio en la terapia psicológica, donde pueden hablar abiertamente sobre sus sentimientos y aprender estrategias para manejar su depresión (Mayoclinic, 2022).

Síntomas comunes incluyen la falta de motivación, la incapacidad para experimentar placer, la sensación de culpa o vergüenza, los cambios en los patrones de sueño y apetito, y la dificultad para concentrarse o tomar decisiones. También es posible experimentar síntomas físicos como dolores de cabeza, dolores musculares, problemas digestivos y fatiga crónica (Mayoclinic, 2022).

Es importante destacar que no todas las personas experimentan los mismos síntomas y que la intensidad y duración de los síntomas pueden variar de una persona a otra. Además, es posible que algunas personas experimenten síntomas atípicos, como irritabilidad excesiva, aumento de la sensibilidad al rechazo, cambios en los patrones de sueño y apetito, y síntomas somáticos inexplicables (Mayoclinic, 2022).

Si experimentas alguno de estos síntomas durante un período prolongado de tiempo y sientes que afectan negativamente tu vida diaria, es importante buscar ayuda profesional. Un médico o psicoterapeuta puede evaluar tus síntomas, diagnosticar la depresión y brindarte el tratamiento adecuado (Mayoclinic, 2022).

- **Factores genéticos.** Existe evidencia de que la depresión puede ser heredada y que ciertos genes pueden aumentar la susceptibilidad a desarrollarla (Mayoclinic, 2022).

- Sin embargo, la genética no es la única causa de la depresión y se requieren otros factores ambientales para desencadenarla (Mayoclinic, 2022).
- **Factores ambientales y de estilo de vida.** Experiencias traumáticas o estresantes, como la pérdida de un ser querido, el desempleo, la violencia o el abuso, pueden aumentar el riesgo de desarrollar depresión. Además, el estilo de vida, como la falta de ejercicio, la mala alimentación o el consumo de alcohol y drogas, también puede contribuir a la depresión (Mayoclinic, 2022).
- **Factores psicológicos.** Las creencias negativas sobre uno mismo, baja autoestima, falta de habilidades para enfrentar el estrés, pensamientos recurrentes negativos y la tendencia a la rumiación son factores psicológicos que pueden contribuir a la depresión (Mayoclinic, 2022).

La depresión es un trastorno mental complejo que puede ser causado por una combinación de factores biológicos, químicos, hormonales, genéticos, ambientales y psicológicos. Es importante tener en cuenta que la depresión es una enfermedad grave y tratable, y buscar ayuda profesional es fundamental para su manejo y recuperación (Mayoclinic, 2022).

Factores genéticos, ya que la depresión puede ser hereditaria y tiende a ocurrir en familias con antecedentes de la enfermedad. Desequilibrios químicos en el cerebro, como niveles bajos de serotonina, norepinefrina o dopamina, que son neurotransmisores que regulan el estado de ánimo (Mayoclinic, 2022).

Problemas hormonales, como los que ocurren durante el embarazo, el posparto, la menopausia o en personas con trastornos de la tiroides. Factores ambientales, como la exposición a altos niveles de estrés, violencia o abuso en el entorno familiar o laboral. Problemas sociales, como el aislamiento social, la falta de apoyo o la discriminación (Mayoclinic, 2022).

Además de estos factores de riesgo, es importante considerar que la depresión puede ser causada por una combinación de factores y que cada persona puede reaccionar de manera diferente a ciertos desencadenantes. Por lo tanto, es fundamental buscar ayuda profesional si se experimenta alguno de estos factores de riesgo o si se presentan síntomas de depresión (Mayoclinic, 2022).

- Problemas de concentración y memoria (Mayoclinic,2022).
- Mayor riesgo de enfermedades crónicas, como enfermedades del corazón o problemas de tiroides (Mayoclinic,2022).
- Deterioro de la salud mental en general (Mayoclinic,2022).
- Pérdida de calidad de vida (Mayoclinic,2022).

Es importante tener en cuenta que cada persona puede experimentar diferentes complicaciones relacionadas con la depresión, y es vital buscar ayuda profesional si se presentan síntomas o problemas relacionados con esta enfermedad (Mayoclinic, 2022).

No debe subestimarse el alcance y la gravedad de esta enfermedad y se debe buscar tratamiento adecuado para evitar complicaciones graves o incluso fatales (Mayoclinic, 2022).

Con una precaución se puede seguir una dieta saludable y equilibrada, evitando alimentos procesados y azucarados que pueden afectar tu estado de ánimo. Realiza ejercicio regularmente, ya que puede ayudar a reducir los síntomas de la depresión y mejorar tu estado de ánimo (Mayoclinic, 2022).

- Participa en actividades que te gusten y te hagan sentir bien, como hobbies, arte, música o deporte (Mayoclinic, 2022).
- Busca apoyo de profesionales de la salud mental, como psicólogos o psiquiatras, si sientes que necesitas ayuda adicional (Mayoclinic, 2022).
- Aprende técnicas de manejo del estrés, como la meditación, la respiración profunda o la relajación muscular (Mayoclinic, 2022).
- Presta atención a tus pensamientos y trata de identificar patrones negativos o distorsionados. Intenta reemplazarlos por pensamientos más positivos y realistas (Mayoclinic, 2022).
- Mantén una buena estructura y organización en tu vida diaria, estableciendo metas y logrando objetivos (Mayoclinic, 2022).

- Cuida tu bienestar emocional y presta atención a tus emociones (Mayoclinic, 2022).

Recuerda que la depresión es una enfermedad que requiere tratamiento profesional. Si experimentas síntomas de depresión, es importante buscar ayuda de un profesional de la salud mental para recibir el tratamiento adecuado (Mayoclinic, 2022).

CAPÍTULO III: TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL

Es importante tener claridad sobre cada una de estas propuestas y conocer las diferencias entre ellas para tomar una decisión informada sobre cuál es la más adecuada para cada caso (Torres, 2015).

Algunas de las principales propuestas dentro del ámbito de la intervención psicológica y la Psicología Clínica son:

- **Psicoterapia psicoanalítica:** se basa en los principios del psicoanálisis, centrándose en el análisis de los conflictos inconscientes y en el proceso de liberación emocional a través de la exploración del pasado y de la relación terapéutica (Torres, 2015).

- **Terapia cognitivo-conductual (TCC):** se enfoca en la identificación y modificación de los pensamientos irracionales y de los comportamientos disfuncionales para lograr cambios en la forma de pensar y actuar. Es muy eficaz en el tratamiento de diversas problemáticas, como los trastornos de ansiedad y la depresión (Torres, 2015).

- **Terapia sistémica:** se concentra en el análisis de las interrelaciones y dinámicas familiares y sociales, buscando comprender los patrones de comunicación y las influencias mutuas entre los miembros del sistema. Es especialmente útil en los problemas familiares y de pareja (Torres, 2015).

- **Terapia humanista:** pone énfasis en la experiencia subjetiva del individuo, su capacidad de elección y su búsqueda de sentido. Se enfoca en el crecimiento personal y la autorrealización, promoviendo el autodescubrimiento y el desarrollo del potencial humano (Torres, 2015).
- **Terapia breve:** se centra en la resolución rápida de problemas específicos y limitados en el tiempo. Busca identificar los recursos y habilidades del paciente para superar la dificultad y promover cambios rápidos (Torres, 2015).

Estas son solo algunas de las propuestas terapéuticas más conocidas, pero existen muchas más. Cada enfoque tiene sus propias características y técnicas particulares, por lo que es recomendable buscar información y asesoramiento profesional para determinar cuál es la más adecuada en cada caso (Torres, 2015).

Es importante recordar que el abordaje terapéutico debe ser personalizado y adaptado a las necesidades específicas de cada individuo. La elección de la propuesta terapéutica correcta puede marcar la diferencia en el éxito y eficacia del tratamiento (Torres, 2015).

La terapia cognitivo conductual se basa en la idea de que nuestras emociones y comportamientos están influenciados por nuestros pensamientos y creencias. Por lo tanto, si podemos identificar y cambiar los patrones de pensamiento negativos o distorsionados, también podemos cambiar nuestras emociones y comportamientos asociados (Torres, 2015).

Durante las sesiones de terapia cognitivo conductual, el terapeuta trabaja contigo para examinar tus pensamientos y creencias automáticas y evaluar si son precisas o útiles (Torres, 2015).

Además de trabajar en tus pensamientos y creencias, también se enfoca en modificar tus comportamientos y hábitos. Se te anima a establecer metas específicas y a trabajar en pasos concretos para alcanzar esas metas. También se te enseñan habilidades de afrontamiento y técnicas de relajación para lidiar con el estrés y la ansiedad (Torres, 2015).

La terapia cognitivo conductual es una terapia de corto plazo y estructurada, generalmente con una duración de 10 a 20 sesiones, aunque puede variar según las necesidades individuales. Además de las sesiones individuales con el terapeuta, también puedes participar en actividades y tareas entre sesiones para practicar las habilidades y técnicas aprendidas (Torres, 2015).

La terapia cognitivo conductual es una forma efectiva de abordar problemas de salud mental y aprender habilidades para manejar mejor el estrés y las dificultades de la vida. Es importante encontrar un terapeuta experimentado en esta técnica y estar comprometido con el proceso de terapia para obtener los mejores resultados (Torres, 2015).

Controlar las emociones, resolver conflictos en las relaciones y mejorar la comunicación, enfrentar el dolor y las pérdidas, superar traumas emocionales relacionados con el maltrato o la violencia, enfrentar enfermedades médicas, y controlar los síntomas físicos crónicos (Torres, 2015).

La terapia cognitiva conductual puede mejorar trastornos de salud mental como la depresión, trastornos de ansiedad, fobias, trastorno de estrés postraumático, trastornos del sueño, trastornos de alimentación, trastorno obsesivo compulsivo (TOC), trastornos de consumo de drogas, trastornos bipolares, esquizofrenia y trastornos sexuales (Torres, 2015).

En algunos casos, la terapia cognitiva conductual se combina con otros tratamientos, como antidepresivos u otros medicamentos, para obtener mejores resultados (Torres, 2015).

También es importante tener en cuenta que la terapia cognitiva conductual puede no ser efectiva para todas las personas. Algunas personas pueden no experimentar mejoras significativas en sus síntomas o pueden tener dificultades para comprometerse completamente con el proceso terapéutico. Además, puede llevar tiempo ver resultados y requerir un compromiso regular y continuo (Torres, 2015).

Algunas personas también pueden experimentar efectos secundarios no deseados, como aumento de la ansiedad o depresión, durante el proceso terapéutico. Esto puede ocurrir si se desentierran recuerdos traumáticos o se enfrentan a situaciones difíciles. Es importante comunicar cualquier inquietud o

malestar al terapeuta para que pueda adaptar el enfoque terapéutico según sea necesario (Torres, 2015).

En general, es importante trabajar con un terapeuta capacitado y confiar en su guía y experiencia para minimizar cualquier riesgo y maximizar los beneficios de la terapia cognitiva conductual (Torres, 2015).

Prepara algunas preguntas. Durante la primera sesión, tendrás la oportunidad de conocer a tu terapeuta y discutir tus preocupaciones. Es útil tener algunas preguntas en mente, como cuál es su enfoque terapéutico, cuál es su experiencia y cuánto tiempo dura cada sesión (Torres, 2015).

Establece metas realistas. Antes de comenzar la terapia, considera qué objetivos te gustaría alcanzar. Establece metas realistas y específicas que desees lograr durante el proceso terapéutico (Torres, 2015).

Mantén una mente abierta. La terapia cognitiva conductual implica desafiar y cambiar patrones de pensamiento y comportamiento negativos. Mantén una mente abierta y dispuesta a trabajar en el cambio personal (Torres, 2015).

Sé honesto y abierto. Durante las sesiones, es importante ser honesto y abierto con tu terapeuta. Comparte tus sentimientos y pensamientos sin reservas, ya que esto ayudará a tu terapeuta a entender tus preocupaciones y brindarte el apoyo adecuado (Torres, 2015).

Prepárate para hacer tareas. A menudo, los terapeutas de la terapia cognitiva conductual asignan tareas entre sesiones. Estas tareas pueden incluir llevar un diario de tus pensamientos y emociones, practicar técnicas de relajación o trabajar en la resolución de problemas (Torres, 2015).

Prepárate para asumir estas tareas y comprométete a trabajar en ellas fuera de la terapia. Sé paciente contigo mismo. La terapia cognitiva conductual es un proceso gradual y requiere tiempo y paciencia (Torres, 2015).

3.2 Tratamiento

Es importante que durante la terapia te sientas cómodo y confiado para hablar abiertamente sobre tus pensamientos y sentimientos. El terapeuta te proporcionará herramientas y técnicas específicas para enfrentar los problemas que estás experimentando (McKay, 2021).

Durante las sesiones de terapia, es probable que el terapeuta te ayude a identificar patrones de pensamiento negativo y a cuestionarlos de manera más realista y positiva. También puede enseñarte habilidades prácticas de afrontamiento para manejar el estrés, la ansiedad y otros problemas emocionales (McKay, 2021).

A lo largo del proceso terapéutico, es posible que experimentes una mejoría gradual en tu bienestar emocional. Recuerda que la terapia cognitiva conductual no es una solución rápida, sino un proceso gradual que requiere tiempo y esfuerzo por tu parte (McKay, 2021).

Es importante mantener una comunicación abierta y sincera con tu terapeuta, haciéndole saber si algo no está funcionando o si tienes preocupaciones. La terapia es un trabajo en equipo, y el terapeuta está ahí para apoyarte en tu camino hacia la salud emocional (McKay, 2021).

Desafiar creencias y suposiciones negativas. El terapeuta te ayudará a cuestionar las creencias negativas o suposiciones que tienes sobre ti mismo, los demás y el mundo en general. Te animará a encontrar evidencia que respalde o contradiga esas creencias y a considerar perspectivas alternativas (McKay, 2021).

Desarrollar pensamientos y creencias más realistas y positivas. A medida que desafíes y cuestiones tus creencias negativas, el terapeuta te ayudará a desarrollar nuevos pensamientos y creencias más realistas y positivas. Esto implica cambiar los patrones de pensamiento negativo y adoptar perspectivas más equilibradas y optimistas (McKay, 2021).

Practicar nuevas habilidades y estrategias de afrontamiento. Una vez que hayas desarrollado nuevos pensamientos y creencias (McKay, 2021). El terapeuta te ayudará a practicar nuevas habilidades y estrategias de afrontamiento que te permitan enfrentar los desafíos de manera más efectiva. Esto puede incluir técnicas de relajación, resolución de problemas, comunicación asertiva y manejo del estrés (McKay, 2021).

Evaluar y revisar el progreso. A medida que vayas poniendo en práctica las nuevas habilidades y estrategias aprendidas, el terapeuta te ayudará a evaluar y revisar tu progreso. Se hará un seguimiento regular para ver cómo estás aplicando

lo aprendido y qué cambios has experimentado en tus pensamientos, emociones y comportamientos (McKay, 2021).

Mantener los cambios a largo plazo. Una vez que hayas logrado los cambios deseados, el terapeuta te ayudará a mantenerlos a largo plazo. Te proporcionará herramientas y estrategias para seguir trabajando en tu bienestar mental y emocional incluso después de finalizar la terapia (McKay, 2021).

Es importante tener en cuenta que cada terapia cognitiva conductual puede adaptarse a las necesidades individuales de cada persona y los pasos mencionados pueden variar según la situación y los objetivos terapéuticos (McKay, 2021).

No te desesperes y no abandones. La terapia cognitiva conductual puede llevar tiempo y esfuerzo, y puede haber momentos en los que te sientas frustrado o desanimado. Pero recuerda que el proceso de curación y crecimiento personal lleva tiempo y perseverancia. Si te sientes tentado a abandonar la terapia, habla con tu terapeuta y exprésale tus preocupaciones. Juntos, pueden encontrar una solución y ajustar el enfoque de la terapia si es necesario (McKay, 2021).

La terapia cognitiva conductual puede ser una herramienta poderosa para mejorar tu bienestar emocional y enfrentar situaciones desafiantes de manera saludable (McKay, 2021).

Sigue estos consejos para obtener el máximo provecho de la terapia y no dudes en hablar con tu terapeuta si sientes que no estás obteniendo los resultados deseados (McKay, 2021).

3.3 Técnicas

3.3.1 Técnicas de exposición

La exposición en vivo implica que el paciente se confronte directamente con el estímulo temido o situaciones que generan ansiedad, mientras que la exposición en imaginación implica que el paciente imagine o visualice la situación temida de forma vívida. La exposición a través de realidad virtual es una forma más novedosa de aplicación de estas técnicas, donde el paciente utiliza un dispositivo de realidad virtual para simular la situación temida y así poder enfrentarla de manera segura y controlada (Almendro, 2012).

El objetivo de la exposición es que el paciente aprenda a enfrentar el miedo o la ansiedad de manera adaptativa, sin evitar o escapar de la situación temida. A través de la exposición repetida, el paciente puede experimentar una reducción en la intensidad de la ansiedad y mejorar su capacidad para lidiar con el estímulo o situación temida (Almendro, 2012).

Es importante destacar que estas técnicas deben ser realizadas por un terapeuta capacitado, ya que es fundamental establecer una relación de confianza y brindar un apoyo adecuado al paciente durante el proceso de exposición. Además, cada caso y cada paciente son únicos, por lo que es importante adaptar las técnicas de exposición a las necesidades individuales de cada persona (Almendro, 2012).

3.3.2 Desensibilización sistemática

Es una técnica que combina la exposición gradual a estímulos ansiosos con la realización de respuestas incompatibles con la ansiedad, con el objetivo de reducir la ansiedad y la evitación de situaciones y estímulos (Almendro, 2012).

La técnica conocida como "desensibilización por contacto" es utilizada en terapias o tratamientos para abordar diferentes fobias o miedos. Consiste en exponer gradualmente al individuo a la situación o estímulo temido, de manera controlada y segura, con el objetivo de disminuir su respuesta de ansiedad o miedo (Almendro, 2012).

Existen diversas variantes de esta técnica que se adaptan a las necesidades específicas de cada persona y situación:

- **Escenificaciones emotivas:** En esta variante, se recrea una situación en la que el individuo pueda experimentar la emoción o temor relacionado con su fobia. Por ejemplo, si alguien tiene miedo a volar en avión, se puede realizar una escenificación donde se simule el ambiente de un avión. El objetivo es que el individuo se exponga de manera controlada a la situación temida y vaya desensibilizándose progresivamente (Almendro, 2012).
- **Imaginación emotiva:** Esta variante se basa en que el individuo imagine la situación temida de manera detallada y realista, evocando las emociones asociadas a su fobia (Almendro, 2012).

- Por ejemplo, si alguien tiene miedo a las arañas, se le podría pedir que imagine la presencia de una araña cerca de él. A medida que vaya trabajando en su imaginación y controlando su respuesta emocional, podrá ir desensibilizándose gradualmente (Almendro, 2012).
- **Desensibilización por contacto:** En esta variante, se expone al individuo directamente al estímulo o situación temida. Sin embargo, en lugar de una exposición abrupta, se realiza de forma progresiva y controlada. Por ejemplo, si alguien tiene miedo a los perros, se podría empezar por observar fotografías de perros, luego ver videos, luego acercarse a perros de tamaño pequeño, hasta finalmente interactuar con un perro. Esta exposición gradual permite que el individuo se acostumbre a la presencia del estímulo temido y vaya perdiendo su respuesta de ansiedad o miedo (Almendro, 2012).

Es importante destacar que estas variantes de la técnica de desensibilización por contacto deben ser aplicadas por profesionales capacitados, como psicólogos o terapeutas, y adaptadas al contexto específico de cada individuo. Además, se realiza en un entorno seguro y controlado, para garantizar el bienestar y la efectividad del tratamiento (Almendro, 2012).

3.3.3 Técnica de la flecha ascendente

Esta técnica ayuda a las personas a tomar conciencia de sus pensamientos automáticos y creencias, y a cuestionar su validez y efectos en su vida. Al hacerlo, se busca llegar a conclusiones más realistas y adaptativas que promuevan un mayor bienestar psicológico y una mejor calidad de vida (Kahn et al., 1990).

Es importante destacar que esta técnica no busca eliminar por completo los pensamientos negativos o irracionales, sino más bien proporcionar alternativas y perspectivas más equilibradas y funcionales. Se trata de cambiar la manera en que la persona interpreta y se relaciona con su realidad, permitiéndole desarrollar un mayor grado de resiliencia y habilidades para afrontar los desafíos de la vida (Kahn et al., 1990).

Esta técnica de modificación de pensamientos es fundamental en el tratamiento de trastornos psíquicos y es ampliamente utilizada en la terapia cognitivo-conductual. Ayuda a los pacientes a identificar y cambiar sus patrones de pensamiento disfuncionales, lo que conduce a una mejora en su bienestar emocional y mental vida (Kahn et al., 1990).

Al experimentar estas modificaciones y adoptar nuevos hábitos, se pueden generar cambios positivos en la vida de una persona. Al abandonar rutinas poco útiles o generadoras de malestar, se abre espacio para nuevas oportunidades y experiencias que pueden tener un impacto terapéutico (Kahn et al., 1990).

Estos cambios permiten que la persona se involucre en diferentes contextos y se embarque en nuevas iniciativas y tareas. Al abandonar viejos sistemas de creencias limitantes, se amplían los horizontes y se abren posibilidades que antes no se consideraban (Kahn et al., 1990).

Estas nuevas experiencias y desafíos pueden ser terapéuticos, ya que promueven el crecimiento personal, el aprendizaje y la superación de obstáculos. Al exponerse a situaciones diferentes, se estimula la adaptabilidad y la resiliencia (Kahn et al., 1990).

Mediante la modificación de hábitos y la aceptación de nuevos enfoques, se favorece el crecimiento personal y la apertura a oportunidades terapéuticas que pueden contribuir al bienestar y propósito de vida de cada individuo (Kahn et al., 1990).

3.3.4 Técnicas de modelado

El modelado puede ser aplicado en diferentes áreas como la psicología, la terapia conductual, la educación y el coaching, entre otros. Un ejemplo común de modelado es el uso de videos o películas como herramientas de aprendizaje, donde se muestra a una persona enfrentando una situación problemática y encontrando una solución efectiva (Kahn et al., 1990).

El modelado puede ser utilizado para enseñar habilidades sociales, mejorar la autoestima, desarrollar habilidades de comunicación, superar miedos o fobias, entre otros. La clave del modelado es que el observador pueda identificarse con el modelo y percibir que la conducta o manera de actuar es posible de realizar (Kahn et al., 1990).

Es importante tener en cuenta que el modelado no garantiza un cambio inmediato en el observador, ya que cada individuo tiene sus propias habilidades, capacidades y contextos. Sin embargo, a través de la repetición y la práctica, el modelado puede

ayudar a que el observador adquiriera nuevas habilidades y conductas deseadas (Kahn et al., 1990).

Es una técnica que busca que una persona aprenda a través de la observación de otra persona realizando una conducta concreta. Es una herramienta eficaz para el aprendizaje y la modificación de conductas (Kahn et al., 1990).

3.3.5 Inoculación de estrés

- **Identificación y comprensión del estrés:** en esta etapa, se trabaja con el paciente para que comprenda cómo el estrés puede afectarlo a nivel emocional, físico y cognitivo. También se exploran las situaciones específicas que desencadenan su estrés (Mimenza, 2017).
- **Desarrollo de habilidades cognitivas:** en esta etapa, se enseñan al paciente técnicas de reestructuración cognitiva para modificar pensamientos negativos y distorsionados relacionados con el estrés. Esto implica aprender a identificar y cambiar creencias irracionales y poco realistas que contribuyen al estrés (Mimenza, 2017).
- **Desarrollo de habilidades conductuales:** en esta etapa, se enseñan al paciente técnicas de relajación, respiración y manejo del tiempo, entre otras. Estas técnicas ayudan al paciente a manejar el estrés de manera más efectiva y a reducir los síntomas físicos asociado (Mimenza, 2017).

- **Práctica en situaciones controladas:** una vez que el paciente ha adquirido las habilidades necesarias, se lleva a cabo la práctica de enfrentamiento gradual en situaciones controladas. Esto implica exponer al paciente a situaciones estresantes, pero de manera gradual y bajo control terapéutico. Esto ayuda al paciente a enfrentar y manejar el estrés de manera más adaptativa y a generalizar las habilidades aprendidas a su vida cotidiana (Mimenza, 2017).

La inoculación de estrés es una técnica que ayuda al paciente a prepararse y enfrentar de manera más efectiva las situaciones estresantes (Mimenza, 2017).

A través de la comprensión del estrés, el desarrollo de habilidades cognitivas y conductuales, y la práctica en situaciones controladas, se busca que la persona tenga un patrón de comportamiento más adecuado y no quede bloqueada por sus emociones frente al estrés (Mimenza, 2017).

3.3.6 Entrenamiento en auto instrucciones

El entrenamiento en auto instrucciones se considera una herramienta efectiva para abordar diferentes problemáticas, ya que ayuda a mejorar la autoestima, la percepción de autoeficacia y la capacidad de llevar a cabo acciones deseadas (Mimenza, 2017).

Al utilizar esta técnica, el terapeuta guía al individuo a través de diferentes etapas. En primer lugar, se realiza un modelado de la conducta deseada, donde el terapeuta muestra en voz alta los pasos que se deben seguir. Esto permite al paciente tener una comprensión clara de lo que se espera que haga (Mimenza, 2017).

Posteriormente, el paciente practica la conducta utilizando las instrucciones que el terapeuta indica en voz alta. Durante esta etapa, es importante que el terapeuta brinde retroalimentación y refuerzo positivo al paciente, para motivarlo y fortalecer su confianza en sí mismo (Mimenza, 2017).

Luego, se le pide al paciente que se auto instruya en voz alta, es decir, que él mismo recite las instrucciones necesarias para llevar a cabo la conducta deseada. Esta etapa permite al individuo internalizar las instrucciones y practicar la auto verbalización (Mimenza, 2017).

Se promueve que el paciente repita el proceso, pero esta vez utilizando el habla en voz baja. Finalmente, se espera que el paciente pueda realizar las auto instrucciones de forma subvocal, es decir, internamente, sin la necesidad de decirlas en voz alta (Mimenza, 2017).

El entrenamiento en auto instrucciones se puede utilizar de forma independiente o combinada con otras terapias, dependiendo de las necesidades del paciente. Es común que se integre en terapias para trastornos como la depresión o la ansiedad, ya que estas condiciones suelen estar asociadas con una baja autoestima y una percepción negativa de la propia eficacia. Esta técnica busca fortalecer la confianza y la capacidad de realizar acciones efectivas y deseadas (Mimenza, 2017).

3.3.7 Entrenamiento en resolución de problemas

El entrenamiento en resolución de problemas utiliza técnicas cognitivas y conductuales para ayudar a los individuos a desarrollar habilidades de resolución de problemas y enfrentar situaciones difíciles de manera más efectiva. Al trabajar

en la orientación hacia el problema, el individuo aprende a identificar y definir claramente el problema en cuestión. Esto implica identificar los factores que contribuyen a la situación problemática y comprender su impacto (Mimenza, 2017).

Una vez que el problema se ha definido, se alienta al individuo a generar tantas soluciones alternativas como sea posible. Esto implica abrirse a nuevas ideas y opciones, incluso si parecen poco probables o poco convencionales. La toma de decisiones es un paso crucial en el entrenamiento en resolución de problemas, ya que el individuo debe evaluar las soluciones generadas y seleccionar la más adecuada para su situación particular (Mimenza, 2017).

Después de tomar una decisión, el individuo tiene la oportunidad de poner en práctica su solución y evaluar sus resultados. Esto involucra llevar a cabo un análisis objetivo de los resultados obtenidos, identificando qué funcionó y qué no, y si se han logrado los objetivos deseados. Si la solución no fue efectiva, se alienta al individuo a revisar y ajustar su enfoque, generando nuevas alternativas si es necesario (Mimenza, 2017).

3.3.8 Técnicas operantes para la modificación de conductas

Además de estas técnicas operantes, también se utilizan técnicas cognitivas en el enfoque cognitivo-conductual. Estas técnicas se centran en identificar y modificar los pensamientos y creencias que subyacen a la conducta problemática (Mimenza, 2017).

Algunas de las técnicas cognitivas utilizadas son:

- **Reestructuración cognitiva:** se trata de identificar y cuestionar los pensamientos automáticos negativos o distorsionados que contribuyen a la conducta problemática. A través de la reestructuración cognitiva, se buscan pensamientos más realistas y adaptativos (Mimenza, 2017).
- **Técnicas de control de estímulos:** estas técnicas se utilizan para identificar los desencadenantes de la conducta problemática y modificar el entorno de manera que se reduzca la probabilidad de que ocurra la conducta indeseada (Mimenza, 2017).
- **Técnicas de resolución de problemas:** se utilizan para enseñar al individuo a abordar los problemas de manera más eficaz y generar estrategias de solución alternativas (Mimenza, 2017).
- **Técnicas de entrenamiento en habilidades sociales:** se utilizan para enseñar al individuo habilidades sociales y de comunicación efectivas, de manera que pueda relacionarse de forma más adecuada con los demás (Mimenza, 2017).

El enfoque cognitivo-conductual utiliza una combinación de técnicas operantes y cognitivas para modificar la conducta y promover un cambio positivo (Mimenza, 2017).

3.3.9 Técnicas de autocontrol

En el caso de los trastornos depresivos, el entrenamiento en habilidades de autocontrol puede ayudar a la persona a gestionar de manera más efectiva sus emociones y pensamientos negativos, evitando caer en patrones de conducta autodestructivos. Por ejemplo, aprender a identificar las señales de alerta de una recaída depresiva y utilizar estrategias de afrontamiento adecuadas puede prevenir la aparición de nuevos episodios (Mimenza, 2017).

En cuanto a los trastornos de ansiedad, el entrenamiento en autocontrol puede permitir a la persona regular su nivel de activación y ansiedad, aprendiendo a relajarse y afrontar de manera adaptativa las situaciones que generan malestar. Por ejemplo, practicar técnicas de respiración profunda o de relajación muscular pueden ayudar a reducir la ansiedad en momentos de crisis (Mimenza, 2017).

El desarrollo de habilidades de autocontrol a través de técnicas y terapias puede ser de gran utilidad para manejar diferentes trastornos psicológicos, permitiendo a las personas adaptarse de forma más eficaz a su entorno y mejorar su bienestar emocional (Mimenza, 2017).

3.3.10 Técnicas de relajación y de respiración

Estas técnicas ayudan a reducir la activación física y psíquica, permitiendo al individuo experimentar una sensación de calma y bienestar. La relajación progresiva de Jacobson consiste en tensar y relajar los diferentes grupos musculares del cuerpo de forma gradual, lo que ayuda a reducir la tensión acumulada en el organismo (Mimenza, 2017).

El entrenamiento autógeno de Schultz se basa en la repetición de frases y visualizaciones para inducir un estado de relajación profunda. Por último, las técnicas de respiración consisten en controlar la respiración de forma consciente y profunda, lo que contribuye a reducir los niveles de estrés y ansiedad (Mimenza, 2017).

Estas técnicas no solo son útiles para aliviar los síntomas de la ansiedad y el estrés, sino que también pueden ser utilizadas como herramientas de prevención. Practicar regularmente la activación física y psíquica puede ayudar a mantener un equilibrio emocional y prevenir la aparición de problemas relacionados con el estrés y la ansiedad (Mimenza, 2017).

La activación física y psíquica juega un papel fundamental en la aparición y desarrollo de problemas como la ansiedad y el estrés. Aprender y practicar técnicas de relajación puede ser de gran ayuda para reducir estos síntomas y mejorar la calidad de vida (Mimenza, 2017).

3.3.11 Ventajas de las técnicas cognitivo-conductuales

Esto significa que han sido sometidos a rigurosos estudios científicos que han demostrado su eficacia y han sido validados por la comunidad científica. (Mimenza, 2017).

Además, las técnicas cognitivo-conductuales son flexibles y pueden adaptarse a las necesidades individuales de cada paciente. Se basan en la idea de que nuestros pensamientos y creencias influyen en nuestra conducta y emociones, por lo que se

busca identificar y modificar aquellos pensamientos y patrones de comportamiento disfuncionales (Mimenza, 2017).

Algunas de las técnicas más utilizadas en la terapia cognitivo-conductual incluyen la reestructuración cognitiva, el entrenamiento en habilidades sociales, la exposición gradual, el establecimiento de metas y la resolución de problemas (Mimenza, 2017).

Las técnicas cognitivo-conductuales son eficaces para tratar una amplia variedad de trastornos mentales, permiten modificar conductas disfuncionales y promueven la adquisición de hábitos de vida y comportamientos más saludables. Su basamento científico las convierte en una opción recomendable para aquellos que buscan ayuda para sus problemas psíquicos (Mimenza, 2017).

3.3.12 Desventajas y limitaciones

Estas terapias, como la terapia de aceptación y compromiso o la terapia dialéctica conductual, buscan enfocarse más en la aceptación y la utilización de estrategias de afrontamiento para enfrentar el sufrimiento, en lugar de tratar de eliminarlo por completo (Mimenza, 2017).

También se han desarrollado enfoques terapéuticos basados en la psicología positiva, que se centran en el aumento de emociones positivas y fortalezas personales (Mimenza ,2017).

Las técnicas cognitivo-conductuales son eficaces en el tratamiento de los síntomas de los trastornos mentales, también tienen limitaciones como el enfoque en el presente, la falta de tratamiento del sufrimiento subyacente y la posibilidad de generar comportamientos rígidos. Por esta razón, han surgido otras terapias que se centran en aspectos diferentes y complementarios para brindar un tratamiento más completo (Mimenza, 2017).

CAPÍTULO IV:

PROPUESTA: INTERVENCIÓN DE LA TERAPIA COGNITIVO (LOS TRASTORNOS SOMATOFORMES).

4.1 Tratamiento Cognitivo-Conductual de la hipocondría

Uno de los tópicos más arraigados a la caracterización de la hipocondría es la dificultad implícita en su abordaje terapéutico. El trastorno hipocondríaco suele ser considerado, por la mayor parte de los clínicos, como un trastorno renuente al cambio y con mal pronóstico. Se alegan varias razones para justificar esta impresión negativa (Barsky, et al., 1988).

En primer lugar, los hipocondríacos suelen responder a las intervenciones médicas desarrollando complicaciones, exacerbando los síntomas o presentando nuevas quejas que sustituyen a las anteriores. En segundo lugar, presentan una gran resistencia a recibir tratamiento psiquiátrico dado que entienden que su problema es única y exclusivamente físico. (Barsky, et al., 1988).

Finalmente, son pacientes que se muestran, por un lado, apegados y dependientes de sus médicos y, por otro, hostiles y con tendencia a rechazar los ofrecimientos de ayuda de éstos, lo que, inevitablemente, entorpece el establecimiento de una adecuada alianza terapéutica (Barsky, et al., 1988).

No obstante, incluso reconociendo que la hipocondría pueda ser un problema clínico de difícil “cura”, tampoco hay que olvidar que el desinterés de algunos profesionales de la salud por este trastorno tiene parte de responsabilidad en el fomento de la creencia de que los hipocondríacos son pacientes intratables y, por tanto, cualquier medida que se emprenda para paliar su condición está condenada al fracaso (Barsky, et al., 1988).

A pesar de la “leyenda negra” que ha acompañado durante años al tratamiento de la hipocondría, por fortuna, en la actualidad estamos presenciando un creciente entusiasmo por el estudio de este trastorno en todas sus vertientes, especialmente, en la terapéutica. Esta “savia nueva” procede de los modelos teóricos de corte cognitivo sobre los que se han diseñado prometedoras estrategias terapéuticas (Barsky, et al., 1988).

4.2 Concepto y Diagnóstico

La noción actual de hipocondría como «preocupación excesiva por la salud» es fruto de una larga trayectoria histórico-conceptual que se remonta a los albores de la medicina antigua. En efecto, la hipocondría es un término reconocible desde hace más de dos mil años, que ha sido revestido de diversos significados a lo largo de su prolongada existencia. De hecho, como acertadamente señala Kellner (1986), la historia de la hipocondría es más la historia de un término que la de un trastorno o síndrome (Kellner, 1986).

Si nos atenemos única y exclusivamente al concepto de hipocondría vigente en la actualidad, resulta de referencia obligada comentar las definiciones formuladas por los dos sistemas nosológicos de mayor arraigo en el ámbito clínico: la cuarta edición del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (Diagnóstico and statistical manual of mental Disorders, 4a ed., dsm-iv) publicado por la Asociación Psiquiátrica Americana (apa, 1994), y la décima revisión de la Clasificación internacional de enfermedades (cie-10) (International clasificación of diseases, 10a revisión, icd-10) editada por la Organización Mundial de la Salud (who, 1992).

4.3 La clasificación de la Asociación Psiquiátrica Americana

El dsm-iv (apa, 1994) clasifica la hipocondría dentro de la categoría general de trastornos somatoformes y estima que el rasgo común que caracteriza a este grupo de trastornos (p. ej., trastorno por pánico). Los síntomas deben causar un malestar clínicamente significativo o un deterioro social, laboral o de otras áreas de funcionamiento (Clark, et al.,1995).

Según sugieren Clark, Watson y Reynolds (1995), la definición que sustenta el dsm-iv de los trastornos somatoformes no justificaría la inclusión de trastornos como la hipocondría o el trastorno dismórfico corporal, ya que en éstos la característica principal no es la sintomatología física. Por ello, Clark et al. (1995) defienden la incorporación de las percepciones erróneas del sujeto acerca de sus sensaciones somáticas y sus características corporales en la conceptualización de los trastornos somatoformes. El aspecto definitorio nuclear de la hipocondría, de acuerdo con el dsm-iv, es el miedo o creencia de estar sufriendo una enfermedad grave a partir de la interpretación incorrecta de los síntomas corporales (Clark, et al.,1995).

Este temor o convicción no tiene un carácter delirante ni se restringe al aspecto físico; es persistente, tiene una duración mínima de seis meses, no es posible explicarlo de un modo más adecuado apelando a otro trastorno mental, se mantiene a pesar de los reconocimientos físicos y explicaciones médicas, y provoca un acusado malestar y un deterioro importante en diversas facetas de la vida de la persona (Clark, et al.,1995).

El DSM-IV sigue manteniendo prácticamente invariable la noción de hipocondría sustentada por su predecesor (DSM-III-r; APA, 1987), por lo que algunas de las críticas que en su momento se realizaron a la tercera edición revisada (Fallon, Klein y Liebowitz, 1993; Salkovskis y Clark, 1993; Schmidt, 1994; Starcevic, 1991; Warwick y Salkovskis, 1989) son extensibles casi en su totalidad a la cuarta edición (Chorot y Martínez, 1995; Martínez, Belloch y Botella, 1995; Martínez y Botella, 1996). Salkovskis y Clark (1993) han señalado dos aspectos problemáticos de la definición de hipocondría contemplada en el dsm-v.

El primero de ellos alude a la inclusión en la definición tanto de los pacientes convencidos de que padecen una enfermedad como de los que temen enfermar. Esta misma crítica puede hacerse extensible al dsm-iv, ya que, adoleciendo de la misma ausencia de claridad, conceptualiza esta alteración como “miedo a” o “creencia de” padecer una enfermedad grave. No obstante, en cuanto al aspecto conceptual del “temor” a la enfermedad, el dsm-iv ha añadido algunos cambios con el propósito de esclarecer esta cuestión. Incluye la fobia referida a la enfermedad dentro del epígrafe de trastornos por ansiedad y, en particular, en la categoría de fobia específica (otro tipo) (Clark, et al.,1995).

Además, sitúa la frontera entre la hipocondría y la fobia específica (de enfermedad) en la existencia o no de convicción de enfermedad: los pacientes con hipocondría se muestran preocupados por el miedo a estar sufriendo un trastorno físico (que este se encuentre ya presente); en cambio, los pacientes con fobia específica (de enfermedad) temen contraer o estar expuestos a una afección. El segundo aspecto conflictivo apuntado por Salkovskis y Clark (1993) se refiere al criterio C del dsm-iii, (la preocupación por la enfermedad se mantiene a pesar de las explicaciones medicas) (Clark, et al.,1995).

Estos autores han censurado este elemento definitorio sobre la base de las siguientes consideraciones: 1) no todos los pacientes pueden acceder a la información médica tranquilizadora; 2) algunos pacientes rehúsan consultar al médico; 3) a menudo los pacientes hipocondríacos buscan apaciguar sus miedos por otros canales diferentes a la consulta médica (p. ej., familiares, amigos, libros de medicina); y 4) este criterio no especifica el tipo de información tranquilizadora que resulta ineficaz en estos sujetos (Clark, et al.,1995).

En esta misma línea crítica, Starcevic (1991) sostiene que el criterio C para el diagnóstico de la hipocondría del dsm-iii-r resulta ambiguo puesto que puede ser objeto de una doble interpretación. La primera supone considerar que existe algo consustancial a la hipocondría que haría que las explicaciones no produjeran los efectos curativos esperables (Clark, et al.,1995).

Si esta explicación fuese cierta se podría poner en entredicho la validez de conceptualizar la hipocondría como fenómeno de carácter no delirante. La segunda interpretación implica asumir que las explicaciones ordinarias de “sentido común” son las que resultan estériles en este trastorno. Aunque esta interpretación concuerda con las observaciones clínicas, los beneficios conseguidos con la atención médica de las demandas de explicaciones del paciente (Kellner, 1983) han llevado a Starcevic a plantear que, dependiendo del tipo de explicaciones y de la manera en que se den, estas pueden llegar a ser útiles para el tratamiento de la hipocondría.

En relación con este punto, el dsm-iv puede ser objeto de las mismas críticas que su antecesor (Kellner, 1983).

Aunque como novedad ha incorporado en el criterio B una redacción simplificada de los criterios B y C del dsm-iii-r, sigue sin determinar cuáles son las explicaciones que no logran eliminar la preocupación del paciente. A nuestro juicio, la definición de esta pauta diagnóstica resulta tan vaga e imprecisa, que, en la práctica, su operacionalización se convierte en una tarea imposible o dependiente de la subjetividad interpretativa de cada clínico. Otro elemento polémico de la definición de hipocondría del dsm-iii-r, apuntado por (Fallon et al., 1993), alude al requisito de la presencia de señales o sensaciones somáticas, lo que implica que los casos carentes de este tipo de sintomatología no serían aptos para recibir el diagnóstico de hipocondría.

El DSM-IV sigue planteando un concepto restringido de este trastorno, excluyendo a aquellos pacientes físicamente asintomáticos que, sin embargo, se muestran hipervigilantes y expectantes ante una posible señal corporal indicadora de patología. Aunque para los hipocondríacos sus síntomas somáticos representan la evidencia más contundente de que están enfermos, no es la única, por lo que esas otras posibles evidencias (p. ej., la creencia en la vulnerabilidad personal a la enfermedad) pueden, por sí mismas, justificar el diagnóstico. En nuestra opinión, la concepción actual de la hipocondría conduce a establecer una primacía injustificada de los elementos fisiológicos sobre los cognitivos y/o emocionales. Finalmente, y en la línea planteada por (Schmidt, 1994), puede apuntarse que la cuarta cuestión conflictiva del modo en que el dsm-iii-r define la hipocondría, se refiere a que sólo contempla las preocupaciones por tener un trastorno físico, omitiendo aquellas referidas a enfermedades psíquicas asociadas a la interpretación errónea de manifestaciones psicológicas.

El DSM-IV sigue sin resolver esta carencia ya que tampoco presta atención al concepto de “hipocondría psicológica”. Sí bien es cierto que estos casos son poco frecuentes, ese dato no debería condicionar su inclusión en la definición de hipocondría. Consideramos que no contemplar explícitamente la preocupación por la enfermedad mental grave entre los criterios diagnósticos del dsm-iv da lugar a una concepción sesgada que impide considerar al trastorno hipocondríaco en todas sus posibilidades fenomenológicas (Schmidt, 1994).

4.4 La clasificación de la Organización Mundial de la Salud

Los trastornos somatoformes del dsm-iv equivalen en la CIE-10 (WHO, 1992) a aquéllos agrupados bajo la denominación de trastornos somatomorfos y trastornos disociativos de conversión que, a su vez, están englobados en la categoría de los trastornos neuróticos secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos. La característica principal de estos trastornos es «la presentación reiterada de síntomas somáticos acompañados de demandas persistentes de exploraciones clínicas, a pesar de repetidos resultados negativos dichas exploraciones clínicas y de continuas garantías por parte de los médicos de que los síntomas no tienen una justificación somática» (p. 201). De acuerdo con la cie-10, para establecer el diagnóstico del trastorno hipocondríaco y se precisa el cumplimiento de dos requisitos (WHO, 1992).

A la cie-10 se le pueden plantear las mismas observaciones críticas que a las últimas ediciones del DSM (WHO, 1992). La cie-10, al igual que el dsm-iv, contempla como criterio diagnóstico del trastorno hipocondríaco la existencia de explicaciones médicas ineficaces, pero no concreta las características de aquellas explicaciones que no surten los efectos esperados.

Más bien podemos afirmar que agrega un elemento más de confusión referido al número de facultativos implicados en el problema. Respecto al tercer y cuarto inconveniente detectado en el dsm-iv, la cie-10 también requiere la existencia de síntomas somáticos y tampoco contempla el posible diagnóstico de la modalidad “psicológica” de hipocondría (WHO, 1992).

Esto significa que la CIE-10 no hace una distinción clara entre el miedo a la enfermedad y la convicción de estar enfermo. Ambas preocupaciones se encuentran en la categoría de trastorno hipocondríaco, lo cual incluye la nosofobia. Sin embargo, la CIE-10 coloca el miedo a tener una enfermedad grave (nosofobia) dentro del trastorno hipocondríaco, mientras clasifica el miedo a enfermarse por contagio, contaminación, intervenciones médicas o lugares de atención médica en el trastorno de ansiedad fóbica (who, 1992).

4.5 Modelos explicativos de corte cognitivo

En los últimos años se han formulado varias propuestas explicativas de la hipocondría basadas en la conceptualización de este trastorno como manifestación de una alteración a nivel cognitivo. En nuestra opinión, las dos versiones más sólidas son, por una parte, aquella que estima que los hipocondríacos amplifican sus sensaciones corporales normales y, por la otra, aquella que considera que estos pacientes interpretan erróneamente los síntomas somáticos que experimentan. Pasemos a describir qué sostiene cada una de ellas (Barsky,1992).

4.6 Amplificación somatosensorial

Barsky (1992) ha sugerido que el concepto de amplificación resulta de utilidad para comprender las condiciones clínicas (psicológicas y físicas) caracterizadas por quejas somáticas desproporcionadas en relación a la patología orgánica existente (Barsky,1992).

Según este autor, la amplificación desempeña un papel etiopatogénico en la hipocondría, pero, asimismo, puede adoptar otra serie de funciones: 1) ser una característica inespecífica asociada a diversas alteraciones psicológicas que cursan con sintomatología física (p. ej., el trastorno por pánico); 2) tener un papel importante en los procesos de somatización transitorios y no patológicos que se derivan de situaciones vitales estresantes; y 3) explicar las diferencias en sintomatología física detectadas en los sujetos que presentan la misma condición médica (p. ej., artritis reumatoide) (Barsky,1992).

La propuesta de (Barsky,1992), los sujetos hipocondríacos amplifican una extensa variedad de síntomas somáticos y viscerales tales como las sensaciones fisiológicas y anatómicas normales (p. ej., movimientos peristálticos intestinales), hipotensión postural, variaciones en la tasa cardíaca (Barsky,1992).

Las disfunciones benignas y enfermedades leves (p. ej., zumbidos pasajeros, con tracciones nerviosas de los párpados, sequedad de la piel), o los concomitantes viscerales o somáticos de un estado emocional (p. ej., activación fisiológica que acompaña a la ansiedad (Barsky,1992).

4.7 Interpretación catastrófica de los síntomas

Estos acontecimientos negativos conducen a la formación de creencias o supuestos disfuncionales acerca de los síntomas, la salud y la enfermedad (p. ej., «los cambios corporales habitualmente son una señal de enfermedad grave, ya que todo síntoma tiene que tener una causa física identificaba»). Estas creencias pueden permanecer relativamente inactivas hasta que son movilizadas por un incidente crítico, que puede ser de carácter interno (p. ej., notar una sensación física) o externo (p. ej., la muerte de algún familiar o conocido), (Barsky,1992).

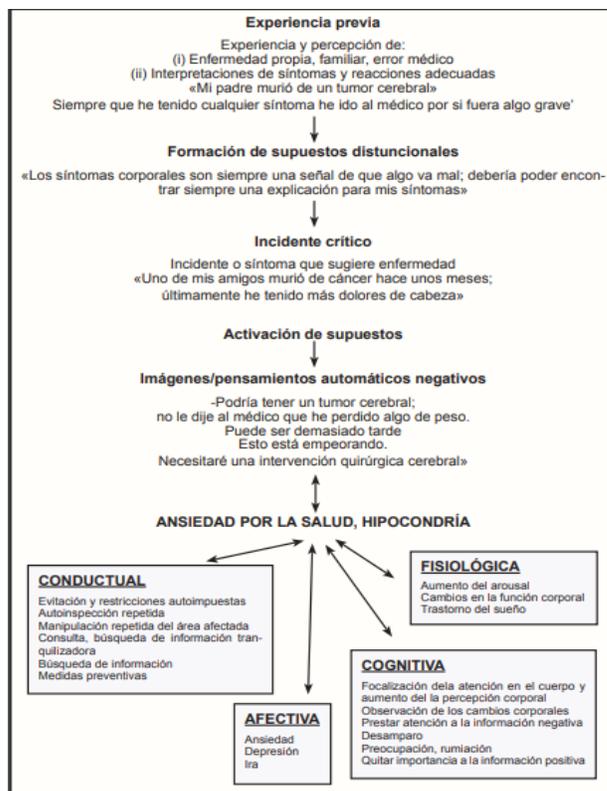
Esta interpretación errónea de los síntomas físicos genera una serie de respuestas de ansiedad, evitación y búsqueda excesiva de atención médica. La ansiedad se debe a la creencia de que estos síntomas son indicio de una enfermedad grave y potencialmente mortal. La evitación se refiere a la tendencia del individuo de evitar actividades que puedan desencadenar o empeorar los síntomas físicos, como ejercicio físico o situaciones de estrés. La búsqueda excesiva de atención médica implica la búsqueda constante de consejo y atención médica, incluso ante la más mínima duda o malestar físico (Barsky,1992).

Estas respuestas de ansiedad, evitación y búsqueda excesiva de atención médica mantienen y refuerzan las creencias erróneas sobre la enfermedad, creando un ciclo perpetuo de preocupación y malestar. Además, estas respuestas pueden tener consecuencias negativas en la calidad de vida del individuo, ya que pueden limitar su actividad física, interacciones sociales e interferir en su funcionamiento diario (Barsky,1992).

La propuesta de Salkovskis y sus colegas, la hipocondría se desarrolla a través de la interpretación errónea de los síntomas físicos no patológicos como señal de enfermedad grave. Esta interpretación errónea se ve influenciada por experiencias previas relacionadas con la enfermedad y se mantiene y refuerza a través de respuestas de ansiedad, evitación y búsqueda excesiva de atención médica (Barsky y Salkovskis,1992).

Figura 12.1.

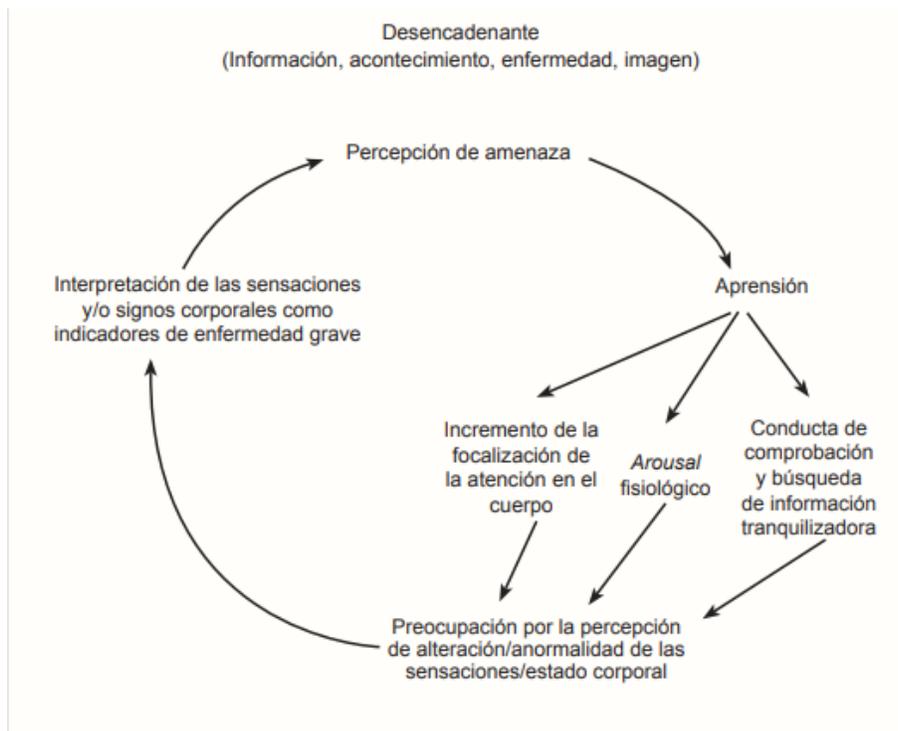
Modelo cognitivo del desarrollo de la hipocondría (Warwick y Salkovskis, 1990)



Nota: El proceso del tratamiento desarrollo de la hipocondría, representa los componentes, nos refiere que la enfermedad es un trastorno. Recuperado: Caballo, (2023) <https://cideps.com/wp-content/uploads/2015/03/Tratamiento-cognitivo-conductual-Vol-1-Vicente-E.-Caballo.pdf>

Figura 12.2.

Factores de mantenimiento de la hipocondría (Salkovskis, 1989)



Nota: El proceso del tratamiento desarrollo de la hipocondría, representa los componentes, nos refiere que la enfermedad es un trastorno. Recuperado: Caballo, (2023) <https://cideps.com/wp-content/uploads/2015/03/Tratamiento-cognitivo-conductal-Vol-1-Vicente-E.-Caballo.pdf>

4.8 Tratamientos conductuales y cognitivo-conductuales

La hipocondría ha sido considerada durante mucho tiempo un trastorno intratable. Sin embargo, los informes elaborados (principalmente en la última década) sobre la eficacia terapéutica de las estrategias conductuales y cognitivo-conductuales en pacientes hipocondríacos, han hecho posible que esta afirmación tan contundente empiece a ser rechazada o, como mínimo, cuestionada (Visser,1992).

4.9 Técnicas conductuales

Desde el marco de intervención de la terapia de conducta se han utilizado diversas técnicas para tratar el miedo a la enfermedad, la creencia de enfermedad o las conductas hipocondríacas presentes en otros cuadros clínicos. Entre ellas destacan las siguientes: desensibilización sistemática (Floru, 1973; Rifkin, 1968), detención del pensamiento y relajación (Kumar y Wilkinson, 1971), terapia implosiva e hipnosis (O'Donnell, 1978), relajación aplicada (Johansson y Ost, 1981), refuerzo positivo (Mansdorf, 1981), principio de Premack (Williamson, 1984) y castigo (Reinders, 1988).

Una de las líneas de intervención más fecundas es la que ha tomado como punto de referencia las semejanzas existentes entre la hipocondría y los trastornos por ansiedad (concretamente las fobias y el trastorno obsesivo-compulsivo). Por otra parte, en la hipocondría también son frecuentes conductas similares a los rituales compulsivos del trastorno obsesivo-compulsivo, como son la comprobación reiterada del estado corporal y la búsqueda constante de información tranquilizadora (Visser,1992).

A partir de estas apreciaciones y teniendo en cuenta que la exposición resulta útil para el tratamiento de los trastornos fóbicos (Marks, 1987) y que la prevención de respuesta es eficaz en la intervención de los trastornos obsesivo-compulsivos (Emmelkamp, 1982), se ha planteado que estos procedimientos pueden ser beneficiosos para los pacientes hipocondríacos (Visser, 1992).

A este respecto cabe decir que los resultados obtenidos en algunos estudios que han utilizado técnicas de exposición y/o prevención de respuesta (en ocasiones en combinación con otro tipo de procedimientos), parecen evidenciar su eficacia para el tratamiento de esta condición. Furst y Cooper (1970) recurrieron a la exposición a estímulos interoceptivos e imaginados para la extinción del temor a sufrir un ataque al corazón. Teaman, Goetsch y Adams (1985) trataron con éxito un caso de fobia cardíaca mediante un programa de exposición multifacético, manteniéndose la mejoría conseguida a los 6 y 12 meses de seguimiento (Visser, 1992).

Salkovskis y Warwick (1986) informaron de resultados positivos en el tratamiento de dos pacientes hipocondríacos utilizando la supresión de la atención de las quejas de los pacientes. Warwick y Marks (1988) obtuvieron mejorías significativas en la mayoría de los 17 casos de hipocondría o fobia a la enfermedad que fueron tratados mediante exposición in vivo a los estímulos temidos, asociación, intención paradójica y prohibición de solicitar información tranquilizadora.

(Logsdail et al. 1991) hicieron uso de la exposición (in vivo y/o en imaginación) a las situaciones temidas y otras señales desencadenantes de ansiedad y la prevención de las conductas de comprobación y limpieza, en la intervención de siete pacientes con miedo al SIDA, consiguiendo en casi todos ellos mejorías que se conservaron tres meses después de finalizada la terapia.

4.10 Protocolo de intervención

Este epígrafe está dedicado a describir con cierto detalle el programa de tratamiento que hemos estructurado a partir de las directrices sugeridas por Salkovskis y Warwick (Salkovskis, 1989, 1991; Salkovskis y Warwick, 1986; Warwick, 1989; Warwick y Salkovskis, 1989, 1990). El protocolo que presentamos consta de dos fases; la primera está destinada a la evaluación del problema, y la segunda comprende el núcleo de intervención propiamente dicho (*Barsky y Salkovskis, 1992*).

- **Fase de evaluación**

El proceso de evaluación se realiza en tres sesiones siguiendo, en líneas generales, las indicaciones de Salkovskis (1989) (véase cuadro 12.2). Esta información puede completarse utilizando una anamnesis clínica y un cuestionario biográfico que permitan tener una perspectiva más completa de su situación vital.

Sesiones I y II

- **Agenda**

1. Descubrir la actitud del paciente hacia el tratamiento psicológico.
2. Tácticas para conseguir la cooperación del paciente.
3. Breve descripción del problema.
4. Inicio y curso del problema.
5. Descripción detallada del problema.
6. Variables moduladoras.
7. Evitación.
8. Reacción de otras personas significativas.
9. Historia de tratamientos anteriores.
10. Grado de handicap: social/laboral/ocio.
11. Creencias acerca del origen, causa y curso del problema.
12. Creencias generales sobre la naturaleza y significado de los síntomas.
13. Situación psicosocial.

Imagen. 1.2.2.

Resumen de las principales áreas de evaluación (Salkovskis, 1989)

Entrevista

Actitud del paciente ante el hecho de haber sido remitido al psicólogo y respecto al problema.

Detalles del problema: cognitivo fisiológico, conductual, afectivo; historia de tratamientos anteriores.

Qué cosas hacen que el problema empeore y qué cosas que mejore.

Grado de handicap: social/laboral/ocio.

Creencias acerca del origen, causa y curso de la enfermedad.

Creencias generales sobre la naturaleza y significado de los síntomas.

Autoobservación

Registros del problema, pensamientos asociados, estado de ánimo, conductas, uso de medicación, consecuencias del problema.

Cuestionarios

Ansiedad, depresión, cuestionarios específicos.

Medidas fisiológicas

Medidas criterio específicas en su caso.

Determinación de las variaciones percibidas en la función corporal implicada

Nota: El proceso del tratamiento desarrollo de la hipocondría, representa los componentes, nos refiere que la enfermedad es un trastorno. Recuperado: Caballo, (2023) <https://cideps.com/wp-content/uploads/2015/03/Tratamiento-cognitivo-conductal-Vol-1-Vicente-E.-Caballo.pdf>

Descubrir la actitud del paciente hacia el tratamiento psicológico.

- Explorar las creencias que puede tener el paciente con respecto a la terapia y a sus posibles consecuencias (p. ej., cuando su médico le dijo que le remitiría a un psicólogo, ¿cuál fue su reacción?, ¿en qué medida cree que una ayuda psicológica puede resultarle beneficiosa?) (Logsdail et al.1991).

Tácticas para conseguir la cooperación del paciente.

- El propósito es conseguir la suficiente implicación por parte del paciente para que sea factible la evaluación psicológica del problema. Una forma de lograr la cooperación es informar que el trabajo del psicólogo también incluye el tratamiento de problemas que, aunque sean orgánicos (p. ej., úlceras de estómago, hipertensión), pueden verse influenciados por distintos factores psicológicos. Otra táctica consiste en plantear que el objetivo de la entrevista radica en profundizar en el conocimiento de su problema y que, por tanto, la decisión sobre si la ayuda psicológica es conveniente y si desea recibirla no sería prudente tomarla en este momento, sino que se debería postergar para más adelante cuando se hubiera obtenido toda la información del caso (Logsdail et al.1991).
- Si a pesar de estas aclaraciones el paciente continúa poniendo objeciones a la evaluación, el terapeuta puede alegar que, aunque comprende su negativa, ya que el paciente estima que su problema es claramente orgánico, le sugiere que se plantee si no ha tenido nunca, al menos, un 1% de duda de que pudiera estar equivocado («quizás no tenga tal enfermedad»). Puesto que el paciente suele contestar de manera afirmativa, se le propone que considere el porcentaje de duda como un ejercicio para asegurarse de que ha abordado su problema de todas las maneras posibles (Logsdail et al.1991).

Breve descripción del problema.

Se recurre a preguntas abiertas tales como: ¿puede explicarme en pocas palabras cuál es su problema principal? Para conseguir una buena relación resulta útil recurrir a comentarios que reflejen la comprensión que ha logrado el terapeuta del malestar que sufre el paciente. Asimismo, es conveniente resumir y parafrasear la exposición

que éste hace del problema con el fin de verificar que ha sido entendido correctamente (Logsdail et al.1991).

Inicio y curso del problema.

- Identificación de los factores que pueden haber sido responsables del inicio del problema (p. ej., ¿cuándo empezó a preocuparse en exceso por su salud?, ¿en qué circunstancias?) y de sus fluctuaciones (p. ej., ¿el problema ha ido empeorando progresivamente?, ¿ha habido momentos en los que la gravedad de los síntomas ha oscilado?) (Logsdail et al.1991)

Descripción detallada del problema.

- Con el fin de obtener información más específica del estado del paciente, se le pide que describa una ocasión reciente en la que se haya preocupado por sus molestias físicas (descripción relativa del antes, durante y después del episodio): situación (p. ej., ¿cuándo ocurrió?, ¿dónde estaba?, ¿qué estaba haciendo?, ¿quién estaba presente?); síntomas físicos (p. ej., ¿qué sensaciones corporales experimentó?); cogniciones (p. ej., cuándo empezó a sentir los síntomas, ¿qué pensamientos pasaron por su mente?, ¿qué imágenes mentales tuvo?; en el momento más crítico de los síntomas, ¿qué pensó que era lo peor que podría suceder en ese momento?, ¿qué pensó que podría ocurrir con el paso del tiempo?); conductas (p. ej., ¿qué hizo cuando aparecieron los síntomas?, ¿hizo algo para intentar detener el problema?); y emociones (p. ej., ¿cómo se sintió cuando surgió el problema? —nervioso, alterado, triste, deprimido, enfadado, irascible, continuos.) (Salkovskis, 1990).

- En relación con la dimensión conductual del problema hay que explorar la presencia de conductas tales como dejar de realizar actividades, acostarse, tomar pastillas, continuos. Hay también que evaluar específicamente las conductas de comprobación corporal y búsqueda de información tranquilizadora de fuentes médicas y no médicas (p. ej., comentar a los familiares los síntomas) (Logsdail et al.1991)

VARIABLES MODULADORAS.

- Averiguar qué factores (situacionales, conductuales, cognitivos, afectivos, interpersonales y/o fisiológicos) hacen que el problema empeore y cuáles que mejore con preguntas como las siguientes: ¿ha notado si hay algo que haga que los síntomas se presenten con más fuerza o que sean más probables?, ¿hay algo que le ayude a controlar el problema, o que disminuya la probabilidad de que aparezca?, ¿ha notado alguna pauta de acuerdo con el día de la semana, momento del mes, o del año?, (Logsdail et al.1991)

EVITACIÓN.

- Explorar aquellas conductas, actividades, acciones, continuos., que el paciente ha dejado de hacer debido al problema (evitación pasiva), así como aquellas que realiza por considerar que lo controlan o mejoran (evitación activa). Identificar también los pensamientos asociados a dichas conductas. Para ello se puede recurrir a preguntas como: ¿hay alguna situación que evite debido al problema?, ¿hay cosas que su problema le impide hacer?, ¿hay cosas que antes de aparecer el problema solía hacer y que ahora no hace?; cuando nota sus síntomas, ¿hay alguna actividad que no haría?; si no evita esa actividad, ¿qué cree que puede ocurrir?; ¿hay algo que haga cuando nota el problema para evitar que éste se agudice?; cuando nota los

- Síntomas, ¿qué hace para protegerse?; si no lo hiciera, ¿qué cree que sería lo peor que podría suceder?, continuos (Salkovskis, 1990).

Reacción de otras personas significativas.

- ¿Qué piensa X (p. ej., pareja, padres, hijos, amigos íntimos) sobre su problema?, ¿qué hace X cuando usted le expresa su malestar físico? (Salkovskis, 1990).

Historia de tratamientos anteriores.

- Se explora mediante las siguientes preguntas: ¿ha consultado su problema con algún médico?, ¿a cuántos médicos ha visitado?, ¿cuándo?, ¿le merecían confianza?, ¿qué pruebas clínicas le hicieron?, ¿cree que éstas son las idóneas?, ¿cuáles fueron los resultados?, ¿qué le dijeron que tenía?, ¿se quedó más tranquilo?, ¿toma medicación? (prescrita o no prescrita) (Salkovskis, 1990).
- **Grado de handicap:** social/laboral/ocio Evaluar el grado en que el problema perturba la vida del paciente a nivel de relaciones sociales, trabajo y actividades en el tiempo libre (p. ej., ¿en qué medida afecta el problema a su vida social habitual?, ¿se ha visto alterado su funcionamiento en el trabajo?, ¿su problema ha influido en las actividades habituales que realiza en sus ratos de ocio?, continuos) (Salkovskis, 1990).

Creencias acerca del origen, causa y curso del problema.

- Para ello se utilizan preguntas tales como: en su opinión, ¿cuál es la causa del problema?, ¿qué piensa que produce sus síntomas? continuos. Cuando el paciente exponga explícitamente que piensa que el factor responsable es la presencia de algún problema orgánico, el terapeuta puede intervenir del siguiente modo: ¿hay algo en sus síntomas que le hagan pensar que están causados por una enfermedad grave?, ¿qué tienen sus síntomas que le

- ¿Induzcan a pensar que no puedan ser debidos a otros factores? (Salkovskis, 1990).

Creencias generales sobre la naturaleza y significado de los síntomas.

- Determinar las creencias disfuncionales acerca de la salud y la enfermedad que pueden hacer pensar al paciente que sufre una grave enfermedad (p. ej., «los síntomas corporales siempre son señal de enfermedad») (Salkovskis, 1990).

Situación psicosocial.

- Exploración de aspectos relativos a las actividades profesionales, la familia, las relaciones sociales, la sexualidad, las aficiones, continuos. También es necesario obtener información sobre la historia familiar de enfermedades padecidas y las actitudes hacia la enfermedad. Con este propósito, se formulan preguntas como las siguientes: ¿qué enfermedades importantes ha padecido usted?, ¿en qué época de su vida?, ¿qué supuso para usted?, ¿hubo o hay algún caso de enfermedad en su familia en su familia que merezca ser mencionado o que le haya afectado especialmente?, ¿qué enfermedad?, ¿quién la padece?, ¿ha influido esto en usted?, ¿ha habido algún fallecimiento en su contexto cercano?, ¿quién ha fallecido?, ¿cuándo?, ¿en qué medida le afecta este hecho?, ¿cuál ha sido la actitud familiar (padres, cónyuge, continuos) hacia la enfermedad? (p. ej., protectora, despreocupada por la salud), continuos. Al final de la segunda sesión, se muestra al paciente cómo rellenar el Diario de hipocondría (forma simple) insistiendo en la importancia de rellenarlo con el fin de recabar información adicional sobre su estado (Salkovskis, 1990).
- Este instrumento permite que el propio paciente registre sus sensaciones corporales desagradables (Salkovskis, 1990).

- Estime la gravedad de éstas según una escala que va de 0 («ausencia») a 5 («intensos, incapacitantes —no me permiten hacer nada—»); la hora del día y situación que antecede al episodio en que se experimentan (qué estaba haciendo o pensando); las atribuciones causales de los síntomas y la estimación del grado de creencia en tales atribuciones de acuerdo con escala de 0 («no lo creo en absoluto») a 100 («estoy completamente convencido de que es verdad»); las emociones que generan y su intensidad puntuadas según un intervalo de 0 («ausencia») a 100 («extremadamente intensa»); y, finalmente, las conductas que desencadenan (qué hace o deja de hacer). En el anexo 1 se presenta una muestra de este diario (Salkovskis, 1990).

Sesión III

Esta sesión se dedica a recoger datos complementarios a través de cuestionarios de autoinforme que evalúan variables clínicas generales y variables más específicas de la hipocondría. Así, para la estimación de la ansiedad se puede recurrir al Inventario de ansiedad estado-rasgo (State-trait anxiety inventory, STAI, Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970); para conocer el grado de depresión cabe utilizar el Inventario de depresión de Beck (Beck depression inventory, bdi; Beck et al., 1979); para explorar los síntomas somáticos puede ser útil la Escala de hipocondría del “Inventario multifásico de personalidad, de Minnesota” (Hypochondriasis Scale —Hs— Minnesota Multiphasic Personality Inventory, MMPI; Hathaway y McKinley, 1967); y para determinar la perturbación que ocasiona el problema resulta una buena opción la Escala de adaptación (Echeburúa y Corral, 1987, en Borda y Echeburúa, 1991).

Como instrumentos que permiten explorar variables más directamente implicadas en la psicopatología de la hipocondría se pueden emplear las Escalas de actitud hacia la enfermedad (Illness attitude scales, IAS; Kellner, 1987), el Pilowsky y Spence, 1983), y la Escala de amplificación somatosensorial (Somatosensory amplification scale, SSAS; Barsky, Wyshak y Klerman, 1990).

Para la valoración semanal de las manifestaciones hipocondríacas del paciente se puede aplicar el Cuestionario de evaluación del estado actual (CEEA), (Salkovskis, 1990). Explora el estado actual del problema a partir de 9 ítems a los que el paciente tiene que contestar de acuerdo con una escala que comprende entre 0 («nada») y 100 («muchísimo»). En el anexo 2 se presenta una muestra de este instrumento (Salkovskis, 1990).

- **Fase de tratamiento**

El tratamiento pretende cumplir los siguientes objetivos (Warwick, 1989; Warwick y Salkovskis, 1990): 1) detectar los supuestos disfuncionales sobre la sintomatología somática, la enfermedad y las conductas de salud, y reemplazarlos por otras creencias más adaptativas; 2) conseguir la retribución de los síntomas corporales no patológicos a causas benignas con mayor probabilidad de ocurrencia, y 3) suprimir los comportamientos problemáticos.

El programa de intervención está diseñado para su aplicación a lo largo de 10 sesiones de aproximadamente una hora de duración (a excepción de la primera que suele tener una duración algo mayor) y con una periodicidad semanal (Salkovskis, 1990).

Las sesiones se estructuran en tres fases diferenciadas: 1a fase: formulación del modelo y obtención del compromiso (sesiones 1 y 2); 2a fase: estrategias de intervención (sesiones 3, 4, 5, 6, 7 y 8), y 3a fase: prevención de recaídas (sesiones 9 y 10). Es recomendable que la aplicación de las diversas estrategias de intervención que componen el programa vaya guiada por los principios generales que se presentan en el cuadro 12.3 (Salkovskis, 1990).

CONCLUSIÓN

El objetivo principal de este proyecto fue evaluar la importancia del tratamiento psicológico en mujeres diagnosticadas con la enfermedad Púrpura Trombocitopénica Idiopática. Se llevó a cabo una revisión exhaustiva de la literatura científica disponible sobre el tema, así como entrevistas y encuestas a mujeres que padecen esta enfermedad.

Los resultados de la investigación mostraron que muchas de estas mujeres experimentaban altos niveles de ansiedad, depresión y estrés debido a la incertidumbre y la falta de información sobre su enfermedad. Además, se encontró que algunas de ellas tendían a culpabilizarse a sí mismas por su condición, lo que generaba aún más angustia emocional.

A partir de estos hallazgos, se propuso la implementación de un programa de tratamiento psicológico diseñado específicamente para estas mujeres. Este programa se basaría en terapias cognitivo-conductuales y en técnicas de manejo del estrés, con el objetivo de ayudarles a aceptar y manejar su enfermedad de manera más efectiva. La importancia de este proyecto radica en que, a pesar de la poca información existente sobre esta enfermedad, se pudo evidenciar la necesidad de un enfoque integral que incluya tanto el tratamiento médico como el tratamiento psicológico.

Se espera que estos resultados contribuyan a concienciar a los profesionales de la salud sobre la importancia de abordar no solo los aspectos físicos, sino también los emocionales y psicológicos de esta enfermedad.

Este proyecto de investigación resaltó la importancia de brindar apoyo psicológico a las mujeres diagnosticadas con Púrpura Trombocitopénica Idiopática. A través de un enfoque integral que aborde tanto los aspectos físicos como emocionales de la enfermedad, se espera mejorar la calidad de vida de estas mujeres y ayudarlas a enfrentar de manera más efectiva los desafíos que esta enfermedad les plantea.

FUENTES CONSULTADAS

- Brenes, I. M., (2022). *Púrpura trombocitopénica idiopática - Manuales Clínicos*. Manuales Clínicos.
- Beléndez, C., Cela, Galarón, P. (2009). Tratamiento de la púrpura trombocitopénica idiopática. *Anales de Pediatría Continuada*, 7(3), 156–160. [https://doi.org/10.1016/s1696-2818\(09\)71120-5](https://doi.org/10.1016/s1696-2818(09)71120-5)
- Boeri, M. (2003). *Los estoicos antiguos. Sobre la virtud y la felicidad*. Santiago de Chile: Editorial Universitaria.
- Boeri, M., & Salles, R. (2014). *Los filósofos estoicos. Ontología, lógica, física, ética*. Bahnstrabe: Academia Verlag-Sankt Augustin.
- Brown, P. (1988). *The Body and Society: Men, Women, and Sexual Renunciation in Early Christianity*. New York: Columbia University Press.
- Colish, M. (1985). *The Stoic Tradition from Antiquity to the Early Middle Ages*. Leiden: Brill.
- Cuartas, D. (1955). *Las pasiones y su influjo en la vida moral*. Bogotá: Orbis.
- Cuesta, S. (1945). *El equilibrio pasional en la doctrina estoica y en la de San Agustín. Estudio de dos concepciones del universo a través de un problema antropológico*. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas.
- Clinica Universitaria de Navarra (2023). *Púrpura trombocitopénica idiopática*. <https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/purpura-trombocitopenica>
- Di Bernardino, A. (2010). *Literatura patristica*. San Pablo
- Dixon, T. (2006). *From passions to emotions. The Creation of a Secular Psychological Category*. New York: Cambridge University Press.
- Dixon, T. (2010). *Thomas Brown. Selected Philosophical Writings*. Charlottesville: Academic Philosophy Documentation Center.

- Depresión (trastorno depresivo mayor)*. (2022, October 14). MayoClinic.org. <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/depression/symptoms-causes/syc-20356007>
- Escobar, Y. A. L. (2022, March 3). *La ira: una emoción muy común*. Psicologiyamente.com. <https://psicologiyamente.com/psicologia/ira-emocion-muy-comun>
- Guía Clínica Practica (2023). Gob.mx.: <http://evaluacion.ssm.gob.mx/pdf/gpc/grr/IMSS-143-08.pdf>
- García, J. (1995). *La Cultura cristiana y san Agustín*. Madrid: Cincel.
- Gilson, E. (1949). *Introduction a L'étude de Saint Agustin*. Paris: Librairie Philosophique
- Graver, M. (2007). *Stoicism and Emotion*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Herrera, P. (2022, March 8). *El miedo, una alarma mental para proteger la integridad*. UNAM Global - De la comunidad para la comunidad; UNAM Global. https://unamglobal.unam.mx/global_revista/el-miedo-una-alarma-mental-para-proteger-la-integridad/
- Kuter, D. J., (2023). *Púrpura trombocitopénica trombótica*. Manual MSD versión para profesionales.
- Knuuttila, S. (2004). *Emotions in Ancient and Medieval Philosophy*. Oxford: Clarendon Press.
- Kahn, J.S.; Kehle, T.J.; Jenson, W.R. y Clark, E. (1990). Comparison of cognitive-behavioral, relaxation, and self-modeling interventions for depression among middle-school students. *School Psychology Review*, 19, 196-211.
- La tristeza nos ayuda a superar las situaciones adversas*. (2022, February 27). Gaceta UNAM.
- La Ciencia de la Esperanza*. (n.d.). Naciones Unidas: Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. Retrieved June 28, 2023, from <https://www.unodc.org/unodc/es/listen-first/super-skills/hope.html>
- Langa, P. (2011). *Voces de sabiduría patristica*. Madrid: San Pablo.

- Manzanedo, F. (1984). *Las pasiones o emociones según santo Tomás*. Madrid: Instituto de Filosofía de Madrid.
- Moriones, F. (2004). *Teología de San Agustín*. Madrid: BAC.
- Moya, P. (2007). Las pasiones en Tomás de Aquino: entre lo natural y lo humano. *Tópicos*, 33, 141-173.
- Mató, E. (2021, April 5). *¿Qué es la decepción y como manejarla?* - canalSALUD. Blog Salud MAPFRE. <https://www.salud.mapfre.es/cuerpo-y-mente/psicologia/la-decepcion/>
- McKay, D. (2021). *Terapia Cognitivo Conductual: TRASTORNO DE ANSIEDAD SOCIAL, PENSAMIENTO CRITICO, RECONFIGURAR SU CEREBRO, AUTOAYUDA Y REFUERZO DE LA AUTOESTIMA PARA PERSONAS INTROVERTIDAS. (CBT PARA PRINCIPIANTES) Cognitive Behavioral Therapy*
(Spanish version). David McKay Company.
- Mimenza, O. C. (2017, February 20). *Las 10 técnicas cognitivo-conductuales más utilizadas*. Psicologiaymente.com. <https://psicologiaymente.com/clinica/tecnicas-cognitivo-conductuales>
- McNamee, S. y Gergen, K.J. (1996). *La terapia como construcción social*. Barcelona: Paidós.
- Mimenza, O. C. (2017, February 20). *Las 10 técnicas cognitivo-conductuales más utilizadas*. Psicologiaymente.com. <https://psicologiaymente.com/clinica/tecnicas-cognitivo-conductuales>
- Nussbaum, M. (2003). *La terapia del deseo. Teoría y práctica en la época helenística*. Barcelona: Paidós.
- Olivares, J. Y Méndez, F. X. (2008). *Técnicas de Modificación de Conducta*. Madrid: Biblioteca nueva.
- Ortega, J. A. (2021, February 4). *Psicología emocional: ¿Cuál es el origen de las emociones?* mundopsicologos; [mundopsicologos.com. https://www.mundopsicologos.com/articulos/psicologia-emocional-cual-es-el-origen-de-las-emociones](https://www.mundopsicologos.com/articulos/psicologia-emocional-cual-es-el-origen-de-las-emociones)
- Oatley, K. (2004). *Emotions. A Brief History*. Malden: Blackwell Publishing
- Olmo, R. (2008). *San Agustín y convertidos de la era patristica*. Madrid: Edibelsa.

Padovese, L. (1996). *Introducción a la teología patristica*. Navarra: Verbo Divino.

Pasnau, R. (2002). *Thomas Aquinas on Human Nature*. Cambridge: Cambridge University Press.

Pérez Porto, J., & Merino, M. (2017, June 2). *Disgusto*. Definición.de;

Definicion.de. <https://definicion.de/disgusto/>

Rodríguez, E. M. (2018, September 10). *Las principales teorías de la emoción. La Mente es Maravillosa*. <https://lamenteesmaravillosa.com/las-principales-teorias-de-la-emocion/>

San Agustín. (1958). *La Ciudad de Dios*. Madrid: BAC.

San Agustín. (2001). *Confesiones*. Madrid: BAC.

Trigg, J. (1983). *Origen: The Bible and Philosophy in the Third- Century Church*. Atlanta: John Knox Pres

Torres, A. (2015, November 13). *Terapia Cognitivo-Conductual: ¿qué es y en qué consiste?* Psicologiamente.com. <https://psicologiamente.com/clinica/terapia-cognitivo-conductual>

Vila, J. & Fernández, M.C. (2004). *Tratamientos psicológicos. La perspectiva experimental*. Madrid: Pirámide.