



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

IMPLEMENTACIÓN DE UN CURSO-TALLER DE REGULACIÓN
EMOCIONAL DIRIGIDO A PSICÓLOGOS QUE REALIZAN
SERVICIO SOCIAL EN UN AMBIENTE HOSPITALARIO.
ESTUDIO PILOTO

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTAN:

Flores Cortés Jessica Pamela

González Cabrera Graciela

DIRECTOR:

Lic. Ricardo Alberto Lozada Vázquez

REVISORA:

Dra. Mariana Gutiérrez Lara

SINODALES:

Mtra. Lilia Joya Laureano

Lic. María Eugenia Gutiérrez Ordoñez

Dra. Paulina Arenas Landgrave



CIUDAD UNIVERSITARIA, CIUDAD DE MÉXICO. 2018



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Índice

Resumen	1
Introducción	2
Capítulo I. Rol del psicólogo en ambientes hospitalarios	4
1.1 Antecedentes de la Psicología de la Salud	4
1.2 Psicología en un ambiente hospitalario.....	8
1.3 Funciones del psicólogo en un ambiente hospitalario	10
1.4 Desgaste Emocional (DE)	12
Capítulo II. Emociones	14
2.1 Definición de emoción y sus componentes.....	14
2.2 Clasificación de emociones.....	17
2.3 Funciones de las emociones.....	19
2.3.1 Funciones adaptativas.....	20
2.3.2 Funciones sociales	21
2.3.3 Funciones motivacionales	21
2.4 Inteligencia Emocional (IE)	22
Capítulo III. Regulación Emocional (RE)	25
3.1 Definición de Regulación Emocional	25
3.2 Desregulación Emocional	26
3.3 Modelos de Regulación Emocional.....	28
3.3.1 Modelo Cibernético de Larsen de Regulación del estado de ánimo.....	28
3.3.2 Modelo Homeostático de Forgas	30
3.3.3 Modelo de Regulación del estado de ánimo basado en la adaptación social.....	32
3.3.4 Modelo Secuencial de Autorregulación emocional	32
3.3.5 Modelo Integrativo de Regulación Emocional (MIRE)	33
3.3.6 Modelo de Gross y Thompson	36
3.4 Estrategias de Afrontamiento.....	38

3.5 Clasificación de las Estrategias de Afrontamiento	40
3.5.1 Estrategias de RE inefectivas	41
3.5.2 Estrategias de RE efectivas	43
Capítulo IV. Metodología	50
4.1 Planteamiento y justificación del problema	50
4.2 Objetivos	52
4.2.1 Objetivo general	52
4.2.2 Objetivos específicos	52
4.3 Tipo de estudio y Diseño de Investigación	53
4.4 Contexto/Escenario	53
4.5 Participantes y muestreo	54
4.6 Técnica de Recolección de datos	54
4.7 Procedimiento	55
Capítulo V. Resultados y análisis de datos	57
5.1 Resultados cuantitativos	58
5.2 Análisis cuantitativo	63
5.3 Resultados cualitativos por sesiones	65
5.4 Análisis cualitativo	76
Capítulo VI. Discusión	82
6.1 Conclusiones	85
6.2 Limitaciones y Sugerencias	86
Referencias	88
Anexos	96
1. Cartas Descriptivas por sesiones	96
2. Cronograma de Actividades	106
3. Cuestionario de Detección de Necesidades	107
4. Instrumento utilizado	108
5. Comentarios finales	109

6. Dinámicas grupales	110
7. Productos del Curso-taller	112

Resumen

Durante la formación académica y la práctica profesional en el ámbito de la Psicología Clínica, el interés por las emociones y su gestión ha llamado la atención, debido al gran impacto que éstas tienen en las personas en diferentes niveles: personal, social y laboralmente, entre otros.

El presente trabajo tuvo como objetivo desarrollar e implementar un curso-taller de Regulación Emocional, a través del cual se pretendió demostrar la importancia de una adecuada regulación emocional en psicólogos prestadores de servicio social en un ambiente hospitalario.

Para abarcar lo anterior se revisaron en primera instancia los antecedentes de la Psicología como disciplina y su orientación hacia el área de la salud, con el fin de conocer y reconocer los ámbitos de incidencia, como es el contexto hospitalario.

Seguido a esto, se abordaron los temas de emociones, inteligencia emocional y regulación emocional en la cual se incluyeron modelos y estrategias de regulación emocional que sirvieron como base para la implementación del curso-taller.

Participaron diez psicólogos prestadores de servicio social en el curso-taller, los cuales se encontraban realizando servicio social en el Centro Médico Nacional "20 de Noviembre" ISSSTE, en el área de Psicología Pediátrica de Enlace.

Al término del trabajo se presentan los resultados cualitativos y cuantitativos de dicha implementación, así como su respectivo análisis y discusión.

Palabras clave: Curso-taller, Regulación Emocional, servicio social, ambiente hospitalario.

Introducción

Dentro del perfil profesional del psicólogo se hace alusión a la capacidad para atender diversas necesidades sociales, problemas de salud mental, neurológicos, educativos, organizacionales o culturales. La Facultad de Psicología, UNAM plantea dentro del Plan de Estudios 2008 que el Licenciado en Psicología es el profesional que posee los conocimientos, procedimientos, habilidades, actitudes y valores necesarios para comprender, diagnosticar e intervenir en la satisfacción de necesidades y la solución de problemas psicológicos en escenarios diversos, complejos y cambiantes. La formación profesional del estudiante de Psicología le permitirá adquirir las características antes mencionadas.

Como parte de la formación profesional se ubica la realización del servicio social, lugar donde el psicólogo tiene la oportunidad de poner en práctica todos aquellos conocimientos y habilidades adquiridos a lo largo de su formación académica. La realización del servicio social representa una gran oportunidad para descubrir el escenario real de la práctica psicológica.

Un campo de desarrollo profesional donde el psicólogo ha logrado posicionarse es el campo de la salud, donde se pretende contribuir a la mejora de la calidad de vida, a través de la participación activa en investigación, evaluación, intervención, formación y gestión. Dentro de los escenarios del campo de salud se encuentra el hospitalario. Los hospitales suelen ser centros de referencia para el tratamiento de los problemas de salud y abarcan áreas de población para las cuales representan un escenario de respuestas emocionales ambivalentes y contrapuestas (Santolaya & Novoa-Gómez, 2009).

Un ambiente hospitalario representa un escenario de atención de salud donde la experiencia de sufrimiento impera para los pacientes y para el personal de salud. En el cual, el estado emocional de los psicólogos en formación puede verse afectado debido a las circunstancias que se generan en el ejercicio profesional como: pacientes con enfermedades crónicas y/o terminales, deterioro progresivo de las funciones y capacidades de los pacientes, desgaste emocional en el personal de salud, modificación constante de actividades, defunción de pacientes atendidos, entre otros.

Es por eso que el desgaste emocional experimentado por los psicólogos en formación dentro de un ambiente hospitalario constituye un asunto que ha recibido un creciente interés en los últimos años, debido a implicaciones sobre el desempeño, rendimiento, salud y bienestar de dichos estudiantes (Santolaya & Novoa-Gómez, 2009).

En dicho ambiente, los psicólogos se caracterizan por mantener contacto directo con los usuarios del servicio, desempeñan actividades las cuales requieren de un compromiso personal, habilidades asistenciales, tolerancia a la frustración, competencias emocionales, entre otras. Por lo anterior, la importancia de trabajar a tiempo todos estos aspectos de manera eficaz promoviendo la salud en todas sus formas con el fin de prevenir problemáticas relacionadas a la alta demanda de exigencias presentes en este contexto.

Este curso-taller pretende conocer y potencializar los recursos de afrontamiento y las estrategias de los estudiantes para un manejo eficaz de sus emociones.

El objetivo principal del presente trabajo es implementar un curso-taller dirigido a psicólogos que realizan servicio social en un ambiente hospitalario, el cual permitirá el desarrollo de estrategias de regulación emocional. Este curso-taller está dirigido a prestadores de servicio social de la Facultad de Psicología que realizan dicho servicio en un ambiente hospitalario, específicamente en el Centro Médico Nacional “20 de Noviembre” ISSSTE.

Este curso-taller tiene como objetivos específicos:

- Analizar situaciones de conflicto presentes en el Servicio Social.
- Comprender el proceso de regulación de emociones.
- Analizar estrategias de Regulación Emocional existentes las cuales faciliten el ejercicio profesional de los psicólogos clínicos.
- Aplicar estrategias de Regulación Emocional efectivas ante posibles situaciones de conflicto.

Capítulo I. Rol del psicólogo en ambientes hospitalarios

1.1 Antecedentes de la Psicología de la Salud

La preocupación por la salud y la enfermedad ha sido una constante para el hombre, pues son cualidades inherentes a la naturaleza del ser humano y a su supervivencia (Oblitas & Becoña, 2000). Desde las primeras sociedades, el proceso salud-enfermedad ha sido tema de estudio sin embargo, la salud era únicamente entendida como la salud física, por lo cual tradicionalmente los médicos eran los responsables de este campo, la salud era entendida como algo para conservar o curar frente a agresiones puntuales (accidentes, infecciones, entre otros.) (Labrador et al., 1990, citado en Oblitas & Becoña, 2000).

En lo referente a salud, generalmente se pensaba únicamente en aspectos físicos, raramente en los aspectos psicológicos y conductuales asociados también a la misma (Barra, 2003).

Es durante la Segunda Guerra Mundial, cuando la psicología tiene un desarrollo importante, demuestra ser eficiente en el manejo de casos no solo individual o subjetivo sino también social, organizacional, comunitario y al mismo tiempo se desarrolla la medicina psicosomática, con un énfasis psicoanalítico. Estas dos visiones del comportamiento humano, lograron hacer aportes al estudio de la relación entre salud, comportamiento y personalidad. Se evidencia cómo el estrés y los conflictos psicológicos pueden llevar a respuestas fisiológicas y emocionales que pueden contribuir a desencadenar procesos de enfermedad (Barra, 2003).

La investigación en psicofisiología muestra la relación entre factores emocionales-cognitivos y los procesos fisiológicos, esto facilita el desarrollo de la medicina conductual, la cual implica la integración de las ciencias biomédicas y las de la conducta, relevantes para explicar el fenómeno salud-enfermedad en el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. Con la medicina conductual como base se observa el efecto de las creencias, actitudes, emociones y la conducta en la salud (Barra, 2003).

Esta multitud de variables intervinientes en el fenómeno de salud-enfermedad facilita la participación de varias áreas del saber siendo ellas la psicología clínica, social y comunitaria, las cuales proporcionan nuevos planteamientos tanto en la psicología como en la medicina y nuevas áreas de análisis (Leaderach & Hofman, 1997 citado en Barra, 2003).

A su vez, la Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 1946, p.100), enfatizándola como un conjunto de procesos que constituyen un estado de equilibrio entre lo físico y mental, los cuales se complementan.

Por lo tanto, la inclusión de las ciencias sociales en el campo de la salud ha tenido larga historia de desencuentros y polémicas. La psicología como disciplina científica no ha estado exenta de dichas controversias, ha logrado posicionarse dentro del ámbito de salud, área anteriormente ocupada solamente por medicina. En esta línea es indudable, la Psicología en conjunto con demás disciplinas de las ciencias sociales ha participado activamente en la llamada “humanización de las ciencias médicas” (Zas-Ros, 2001).

El avance científico de la psicología en el fenómeno de la salud-enfermedad y el enfrentamiento con la realidad, producto del avance de la medicina, de la modificación de estilos de vida y la prolongación de la vida, hacen indispensable el surgimiento de la Psicología de la Salud, con propuestas en pro del individuo, la familia y la comunidad para tratar de disminuir el avance de enfermedad y sus complicaciones.

En México el nacimiento de la Psicología de la salud ha sido académico, originándose desde la década de 1970 como programa de posgrado dirigido a la subespecialización en áreas como atención primaria, salud reproductiva, salud ocupacional, psicología comunitaria, enfermedades crónicas y adicciones, entre otras (Bazán, 2003).

Es hasta 1986 cuando se establece el primer programa de formación a nivel

de posgrado en la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). A partir de 1992, el Instituto de Salud Pública inicia el programa de Residencia de atención integral a la salud, donde se forman psicólogos de la salud. En la misma línea la Universidad de Guadalajara inició un programa de doctorado en Psicología de la Salud (Rodríguez & Rojas, 1998). Estos son algunos de los muchos avances en Psicología de la Salud en México.

La Psicología de la Salud está constituida por las aportaciones de la Psicología Clínica y la Psicología Médica. La Psicología Clínica es un modelo centrado más en la enfermedad que en la salud y dirigido al individuo, por sobre el grupo. Sus aportes fundamentales se encuentran en el contexto asistencial, en la atención primaria. Está dirigida principalmente al diagnóstico y ha sido un antecedente muy importante del modelo actual de Psicología de la Salud, donde el método clínico ocupa un lugar relevante en el abordaje de determinados problemas (Morales, 1999).

Por otra parte, la Psicología Médica es definida como la psicología aplicada a los problemas planteados por la medicina o como la disciplina dirigida a estudiar los factores psicológicos que intervienen en las distintas manifestaciones de la práctica médica. Su interés básico está en la situación de enfermedad, en los nexos psicológicos de la condición de enfermo, en favorecer los comportamientos adecuados para una buena evolución y el orientar los trabajos de los psicofisiólogos sobre las emociones y su repercusión somática, además de los estudios respecto al estrés; en general, de desarrollos acerca de la relación entre el comportamiento y la salud, lo que da como base la Psicología de la Salud (Morales, 1999).

Finalmente, gracias a la integración y a las aportaciones de estos campos se logra concretar una definición.

Psicología de la Salud es “un conjunto de contribuciones científicas y profesionales (investigación, evaluación, intervención, formación y gestión) de la psicología relativas a la promoción y acrecentamiento de la salud y a la prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, así como análisis y mejora del

sistema sanitario y de las políticas de salud, y consistentes en la investigación de la importancia de los aspectos comportamentales en la preservación de la salud (y generación, mantenimiento o eliminación de la enfermedad) y, la elaboración y aplicación de programas destinados al control o modificación de los mismos” (Godoy, 1999, p. 54).

De igual manera la Asociación Americana de Psicología (APA) plantea como objetivos de la Psicología de la Salud:

- Comprender y evaluar la interacción existente entre el estado de bienestar físico y los diferentes factores biológicos psicológicos y sociales.
- Entender cómo las teorías, los principios y los métodos de investigación psicológica pueden aplicarse para potenciar los enfoques biomédicos, en la promoción de la salud y el tratamiento de la enfermedad.
- Comprender la naturaleza de la respuesta del estrés y su importancia en la etiología y el proceso de adquisición de un gran número de problemas de salud.
- Entender cómo los métodos y técnicas conductuales y cognitivos pueden ayudar a la persona a afrontar y controlar el estrés y la enfermedad.

Así es como se logra reconocer dos grandes rubros donde la Psicología de la Salud incide: a) intervención directa con pacientes y familiares en situación de enfermedad; b) intervención con el equipo al cuidado de la salud.

Lo anteriormente expuesto demuestra que la investigación en Psicología de la Salud desarrollada en México comprende todos los momentos del proceso salud-enfermedad, desde la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, hasta la rehabilitación y el cuidado de pacientes con padecimientos terminales, con aproximaciones individuales, grupales y comunitarias, así como con una gran variedad de enfoques teóricos y metodológicos (Rodríguez & Rojas, 1998). La Psicología de la Salud toma un lugar importante dentro de los escenarios donde

estas problemáticas se presentan con mayor frecuencia: los hospitales.

1.2 Psicología en un ambiente hospitalario

A lo largo de su historia la Psicología de la Salud ha demostrado su capacidad para generar técnicas y recursos suficientes para adecuarse al trabajo interdisciplinario con otros profesionales de la salud. Un contexto donde se encuentran trabajando ambas disciplinas es el hospitalario.

Los hospitales suelen ser centros de referencia para el tratamiento de los problemas de salud y abarcan áreas de población para las cuales representan un escenario de respuestas emocionales ambivalentes y contrapuestas (Santolaya & Novoa-Gómez, 2009).

Un ambiente hospitalario representa un escenario de atención de salud donde la experiencia de sufrimiento resulta más apremiante para la persona y en donde los clínicos de cualquier especialidad médica necesitan afrontar de manera excelente, en el curso de su trabajo con pacientes y familiares, demandas también apremiantes de alivio, de curación y de esperanza. Y han de hacerlo, a través de un nivel específico de análisis e intervención propios de la Psicología. En este sentido, todos, clínicos y pacientes, pueden beneficiarse de la psicología (Grupo de Trabajo de Psicólogos Hospitales [GPH], 2005, p.4).

Es primordial mencionar que los esquemas para la prestación de servicios de salud en América Latina están organizados en tres niveles de atención, esto, para entender el contexto y las características de cada uno (Carrillo & Gómez, 2011).

El primer nivel de atención es el enlace entre la población y el sistema de atención a la salud. En él se llevan a cabo actividades de promoción de la salud y prevención de las enfermedades, así como de diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud más frecuentes, los cuales generalmente no requieren de tecnología sofisticada, pero sí de personal altamente calificado. Reciben nombres como centros de salud comunitarios o Unidades de Medicina Familiar (Carrillo & Gómez, 2011).

En el segundo nivel se ofrecen los servicios en clínicas de especialidades y hospitales generales, los cuales atienden problemas de salud donde se requiere el uso de tecnología de mediana complejidad (Rodríguez & Rojas, 1998).

En el tercer nivel se ofrece la atención a través de subespecialidades y se lleva a cabo en unidades hospitalarias altamente especializadas como son los institutos de salud. La mayor parte de estos hospitales cuentan con equipos y personal altamente calificado para la atención especial de sus pacientes (Carrillo & Gómez, 2011). Dentro de los hospitales existen características propias de la hospitalización las cuales cuentan con cuatro elementos esenciales; las rutinas, los roles, las reglas y el estilo de comunicación (Martín-Rodríguez & Pérez-San Gregorio, 2007).

Estas características favorecen la pérdida de la autonomía e imposibilitan la toma de decisiones y pueden producir una sensación de indefensión e incertidumbre que inhabilita a la persona a actuar. A medida que se requieren procedimientos específicos o ingresos a unidades de cuidados intensivos, cualquiera de las cuatro características planteadas previamente, se vuelven más estrictas (Gómez, 2007).

La sensación de indefensión, de amenaza constante y de incertidumbre, hace el ambiente hospitalario un terreno hostil y desconocido produciendo cambios en el estado de ánimo, dirigidos en mayor medida a la depresión y a la ansiedad (Gómez, 2007).

Tal dimensión de especialidad implica la construcción de redes de profesionales quienes se comunican en momentos específicos para realizar los procedimientos, aspecto muy positivo para el paciente y los médicos especialistas, pero puede generar relaciones disfuncionales por la gran tensión vivida ante una urgencia vital de la persona enferma, la necesidad de dar respuestas oportunas y la dificultad de crear consensos (Gómez, 2007).

En este medio tan complejo de términos, exámenes, interacciones, tensión y dolor, está el psicólogo de la salud, quien a pesar de estar enfrentado a tratar de

comprender temas médicos complejos como las implicaciones para la persona con una enfermedad, entre muchos otros aspectos, tiene áreas de intervención específicas, no sólo desde lo individual sino también desde lo comunitario, trabaja la prevención, rehabilitación, la promoción de la salud tanto con la persona con enfermedad, la familia, como con el equipo de salud (Martín-Rodríguez & Pérez-San Gregorio, 2007).

Con lo anterior, se justifica la intervención del psicólogo en el contexto hospitalario como un miembro más del equipo multidisciplinar, ya sea como colaborador de los tratamientos médico biológicos o mediante tratamientos psicológicos, llevando a cabo un sinfín de funciones que inciden directamente y eficazmente en diversas patologías y en su pronóstico (Novoa-Gómez, 2004).

1.3 Funciones del Psicólogo en un ambiente hospitalario

Los profesionales al servicio de la salud padecen efectos negativos del trabajo, por definición están constantemente expuestos a personas que sufren tanto física como emocionalmente y no sólo se hace referencia a los pacientes, sino también a sus familiares (Bazán, 2003).

Los diferentes puestos (camilleros, recepcionistas, técnicos, enfermeras, paramédicos, médicos, psicólogos, administrativos, entre otros) dentro de los ambientes hospitalarios o en centros de salud, han sido clasificados como actividades laborales con alta demanda emocional, esto puede generar estrés o síndromes más específicos como el Burnout (Bazán, 2003).

Novoa-Gómez (2004) señala, la función del psicólogo en una institución de salud ha de garantizar la integridad de la atención médico-sanitaria recibida por los pacientes, al tratar y valorar no sólo su cuerpo sino también su dimensión psicológica.

El rol del psicólogo en este contexto corresponde a las múltiples actividades relacionadas con prestar atención psicológica a los pacientes, familiares y personal asistencial de la institución, utilizar y aplicar diferentes formas y técnicas de intervención psicológica a nivel individual, grupal e institucional, integrarse en el

trabajo multidisciplinar de los diferentes servicios del hospital. Sin olvidar el contribuir a elevar el bienestar psicológico del personal asistencial, realizando un trabajo preventivo institucional, desarrollar líneas de investigación central y ofrecer actividad docente y científica con un programa metodológicamente orientado por los propios objetivos del servicio de la institución (Zas-Ros, 2001).

De un modo preciso, las funciones del psicólogo en un hospital abarcan funciones asistenciales, de docencia e investigación, de carácter administrativo, y de gestión y control de calidad (Santolaya & Novoa-Gómez, 2009).

Godoy (1999) define cinco áreas de intervención de la Psicología de la Salud. A continuación se describen de manera detallada cada una:

- La promoción y el mantenimiento de la salud, a través de un trabajo en educación, manejo de las actitudes, las motivaciones y el componente afectivo buscando crear estilos de vida saludables, habilidades básicas y conductas en busca de mejorar la salud ambiental;
- La prevención de la enfermedad a través del manejo de las actitudes, las motivaciones y el componente afectivo, para modificar conductas y hábitos de riesgo que podrían propiciar enfermedades, la detección temprana de los problemas y riesgos y disminuir las secuelas de la enfermedad;
- La evaluación, tratamiento de rehabilitación desde el punto de vista psicológico y funcional de enfermedades catastróficas específicas;
- La búsqueda del análisis y transformación del sistema de salud y a la preparación de los pacientes en procesos específicos y por ende a la humanización en la atención de salud que incluye la comunicación médico-paciente y;
- La docencia a otros profesionales sobre la importancia de los componentes comportamentales en el manejo del proceso salud-enfermedad.

De esta manera, se observa cómo las funciones del psicólogo de la salud dentro de un escenario hospitalario de tercer nivel tienen un terreno amplio de trabajo, con la persona en situación de enfermedad, los familiares, el equipo de salud y la misma institución, en la búsqueda de un restablecimiento de la calidad de

vida y de la salud integral en un paciente con enfermedad aguda o crónica.

Sin embargo, actualmente las funciones que desempeña el psicólogo de la salud en un escenario hospitalario siguen modificándose lo cual conlleva un mayor reto y ajuste constante del mismo personal. Esto complica su propia salud, detonando riesgos como: Desgaste Emocional (DE) o en casos más complicados el síndrome de Burnout. Esto a su vez tiene consecuencias en la calidad de desempeño laboral, manejo de emociones, falta de motivación, entre otros.

1.4 Desgaste Emocional

En relación al desgaste emocional primero es necesario tomar en cuenta el síndrome Burnout el cual se define como “síndrome psicológico de agotamiento emocional, despersonalización y reducción del logro personal” (Maslach & Jackson, 1981, p. 192).

Este fenómeno es un término reciente, descrito en 1974 por Freudenberger y relacionado con una sobrecarga emocional (Bosqued, 2008). Aunque en su origen fue utilizado para expresar el desgaste emocional derivado del trabajo directo con personas en situación de enfermedad y desafecto, en la actualidad se aplica a situaciones de desequilibrio sociolaboral derivadas de las relaciones interpersonales (Perea, 2009).

Sin embargo, este fenómeno considera el Burnout como respuesta, principalmente emocional y coloca los factores laborales e institucionales como condicionantes y antecedentes. De esta forma, la respuesta emocional pasa a ser considerada no como una variable del Burnout, sino como la propia definición del fenómeno (Moreno, Oliver & Aragoneses, 1991).

Las características de los contextos institucionales y el curso de los procesos emocionales vividos por los profesionales implicados, particularmente en el contexto hospitalario, involucra una predominancia de rabia y angustia, que tienden a activar a los profesionales hacia la acción grupal, lo cual puede acoger o generar conflictos interpersonales por las reacciones emocionales mutuas. En el contexto de riesgo social, existe una predominancia de la angustia y sentimientos

depresivos, los cuales inmovilizan a los profesionales, y promueven en ellos el ensimismamiento, la soledad, y el riesgo de desgaste emocional (Morales, Pérez, & Menares, 2003).

Por lo tanto, el desgaste emocional está asociado con un inadecuado afrontamiento de las demandas psicológicas de un contexto o situación, lo cual altera la calidad de vida de la persona que lo padece, produciendo un efecto negativo en la calidad de la prestación de las exigencias de la vida y disminuyendo con ello sus recursos emocionales. El contexto capaz de generar estas complicaciones suele ser un contexto donde haya grandes exigencias de rendimiento, poco apoyo por parte de superiores, relaciones conflictivas con compañeros, etcétera.

Como conclusión, un ambiente hospitalario resulta un contexto de altas exigencias y demandas de índole emocional para el personal de salud, incluida el área de Psicología, con ello resulta fundamental brindar atención psicológica de manera oportuna a dicho personal con el fin de prevenir o contrarrestar problemáticas emocionales que puedan desencadenar dificultades mayores como el síndrome de Burnout.

Capítulo II. Emociones

Las emociones están presentes en cada momento de la vida, brindan información importante sobre cada persona y su entorno, y predisponen para actuar. Juegan un rol fundamental en el funcionamiento adaptativo. Por eso mismo, es necesario conocer y entender a las emociones como tendencias de respuesta que podrían ser moduladas de varias maneras.

2.1 Definición de emoción y sus componentes

Durante las últimas décadas el concepto de emoción se ha estudiado desde diversas perspectivas teóricas, sin embargo, aún no existe un consenso sobre su definición.

Para Salovey y Mayer (1990) las emociones son respuestas que surgen ante acontecimientos internos y externos, de significado positivo o negativo, para las personas que las experimentan.

De acuerdo a Goleman (1996) el término emoción se refiere a un sentimiento y a sus pensamientos característicos, a estados psicológicos y biológicos y a una variedad de tendencias a actuar.

Vallés y Vallés (2000) señalan que la emoción involucra tanto al pensamiento, el estado fisiológico, el aspecto psicológico, el afecto y la acción/reacción expresiva.

Bisquerra (2000) entiende la emoción como la respuesta organizada que da el organismo a partir de una excitación o perturbación del mismo. La emoción se activa a partir de un acontecimiento, el cual puede ser externo o interno, presente, pasado o futuro, real o ficticio, y su percepción puede ser consciente o inconsciente.

Para García y Gasca (2003) las emociones forman parte de la evolución y son entendidas como las vivencias afectivas más simples relacionadas con la satisfacción o la insatisfacción de las necesidades orgánicas como alimentarse, defenderse en situaciones de riesgo, etc. De igual manera, dentro de las

emociones se incluyen los aspectos corporales que acompañan a la emoción como alertar o movilizar, es decir, lo que prepara al organismo para responder.

Para Chòliz (2005) una emoción consiste en una experiencia multidimensional con por lo menos tres sistemas de respuesta. El sistema cognitivo, el cual implica los pensamientos de la persona; el sistema conductual, que se refiere a las diferentes conductas capaces de evocar una emoción y; el aspecto fisiológico, el cual distingue los cambios presentes en el organismo cuando se sienten diferentes emociones.

De manera general, los autores antes mencionados destacan que las emociones representan respuestas que involucran diferentes componentes, por lo cual resulta importante mencionar en qué consisten dichos componentes y sus características.

El componente neurofisiológico se manifiesta en respuestas como la taquicardia, sudoración, vasoconstricción, hipertensión, tono muscular, rubor, sequedad de boca, respiración, secreciones hormonales, etc. todo lo anterior son respuestas involuntarias, que la persona no puede controlar. Sin embargo, se pueden prevenir mediante técnicas apropiadas como la relajación (Redorta, Obiols & Bisquerra 2006).

El conductual permite inferir qué tipo de emoción se experimenta. Las expresiones faciales, el lenguaje no verbal, el tono de voz, los movimientos del cuerpo, etc., todo esto aporta señales sobre el estado emocional. El componente conductual puede intentar disimularse, el aprender a regular la expresión emocional se considera un indicador de madurez y equilibrio que repercute positivamente en las relaciones interpersonales (Redorta et al., 2006).

El cognitivo hace referencia a la vivencia subjetiva y es el que hace que se califique un estado emocional y se le otorgue un nombre (Redorta et al., 2006).

Por lo tanto, emoción refiere una tendencia a actuar y se activará dependiendo de las impresiones guardadas en el cerebro así como por los pensamientos, lo cual detonará un determinado estado fisiológico en el organismo

(Lacaille, 2018). De igual manera la vivencia de una emoción irá acompañada de reacciones involuntarias como sudoración, taquicardia, enrojecimiento facial, entre otras, y reacciones voluntarias o adquiridas socialmente como expresiones faciales y verbales, conductas y acciones (reír, llorar, gritar, etcétera).

Además de los componentes que conforman la emoción es necesario precisar tres aspectos fundamentales de la emoción, los cuales están relacionados con los antecedentes y las respuestas emocionales, así como con el vínculo presente en esta relación (Gross & Thompson, 2007).

Dichos aspectos son los siguientes:

- Las emociones surgen cuando las personas atienden o prestan atención a una situación y la califican como relevante para sus intenciones, metas u objetivos. Dichas metas pueden ser duraderas (sobrevivencia) o transitorias (ver ganar a su equipo de futbol) (Mestre et al., 2012), centrales a nuestro sentido del yo (ser buen hijo) o periféricas (abrir una caja), conscientes y complicadas o inconscientes y simples (esquivar un golpe), sin importar cuál sea la meta o el significado otorgado por el individuo. Conforme puede cambiar el significado también puede cambiar la emoción (Gross & Thompson, 2007).
- Las emociones son multifacéticas, es decir, son fenómenos que afectan a la totalidad mente cuerpo y por lo tanto implican cambios en la experiencia subjetiva, el comportamiento y la fisiología del sistema nervioso central y periférico (Mestre et al., 2012). El aspecto subjetivo está relacionado a cómo se interpretan las emociones, el aspecto comportamental se relaciona en el actuar de las personas, y por último el aspecto fisiológico se refiere a los cambios propios del organismo.
- Los cambios multisistémicos asociados a la emoción (mente, conducta y fisiología) raramente son obligatorios. Es decir, las emociones poseen una cualidad imperativa, que pueden interrumpir las acciones y forzar a cambiar la consciencia de una situación determinada (Mestre et al., 2012). A ésta cualidad Fridja (1986) la llama control precedente. Este es un aspecto crucial

para el análisis de la regulación emocional, pues es con el que se hace posible dicha regulación.

Las emociones favorecen las decisiones y orientan las conductas de las personas, pero también necesitan ser guiadas. Hay gran variedad de emociones, por eso es importante identificarlas para poder gestionarlas y controlarlas, puesto que, cada persona experimenta una emoción de manera distinta, en función de sus experiencias previas y aprendizaje (Aramendi, 2015).

Las emociones han sido tema de estudio por muchos años y se ha intentado llegar a un consenso tanto para definir las como para clasificarlas. Por lo tanto, otro aspecto importante de conocer es la clasificación de las emociones.

2.2 Clasificación de Emociones

Han sido muchos los interesados en estudiar y brindar una clasificación sobre las emociones. Los primeros intereses se observan desde René Descartes quien distinguió seis emociones primitivas (admiración, amor, odio, deseo, alegría y tristeza), posteriormente Baruch Spinoza consideró quince pasiones “básicas”, y Wilhelm Wundt quien planteó un sistema afectivo de tres dimensiones formadas por aspectos primarios y polares de la vida afectiva (Díaz & Flores, 2001).

Según algunos autores, se pueden distinguir cuatro emociones básicas. Estas emociones son universales, es decir, son experimentadas por todos los individuos de las diferentes culturas e incluso por los miembros de otras especies de mamíferos, como los primates. Enfado, felicidad, miedo y tristeza se consideran las emociones básicas. En algunas ocasiones se añaden la sorpresa y el disgusto. El resto de emociones se derivan de éstas (Swov, 2005 citado en Alonso, Esteban, Calatayud, Alamar & Egido, 2006).

A partir de 1972 algunos autores toman como referencia y consideran como primarias seis emociones: la alegría, la tristeza, el miedo, el disgusto, la sorpresa y la ira. A diferencia de sus predecesores, estos investigadores tienen un argumento empírico en el cual apoyarse: las expresiones faciales de los seres humanos y algunos animales (Díaz & Flores, 2001). Por lo tanto, las emociones catalogadas

como secundarias no tienen características faciales distintivas ni predisposición determinante a la acción (Aramendi, 2015).

Plutchik (1980) elaboró un modelo taxonómico de las emociones a través del sistema “la rueda de las emociones”, con la intención de demostrar cómo las emociones se pueden combinar o mezclar entre sí (Figura 1).

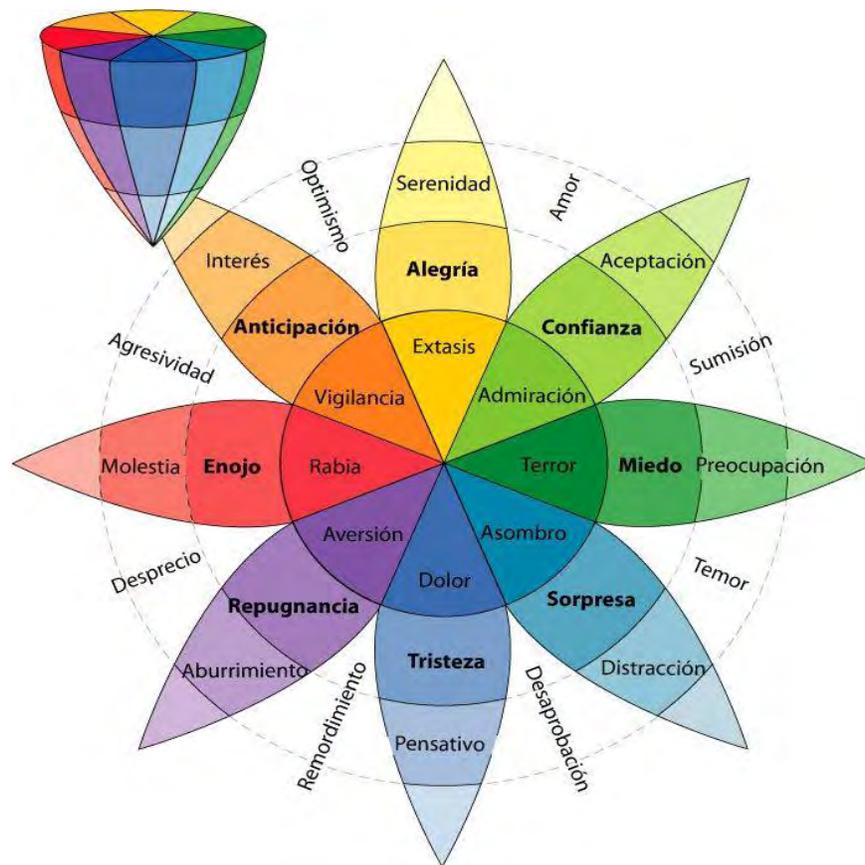


Figura 1. La rueda de las emociones de Plutchik (1980)

A pesar de sus problemas y limitaciones, los esfuerzos de Plutchik son particularmente destacados porque constituyen prolegómenos de lo que podría llegar a ser modelo de la arquitectura del sistema afectivo (Díaz & Flores, 2001).

De igual manera, el psicólogo Paul Ekman en 1972, uno de los pioneros en el estudio de las emociones, descubrió un grupo de emociones “básicas o universales”, que se expresaban fisiológicamente de la misma manera en cualquier

parte del mundo. Esto lo llevó a pensar que posiblemente esas emociones tendrían origen biológico como había sido planteado anteriormente por Darwin (Davó & Díaz, 2014).

Años más tarde creó junto a Wallace Friesen lo que se conoce como el Sistema de Codificación de Acción Facial (FACS), una taxonomía de las expresiones faciales de los músculos de la cara, así como los movimientos de la cabeza y los ojos (García, García, Jiménez, Martín & Domínguez, 2010). Ekman descubrió que había seis expresiones faciales universales.

Estas seis emociones originales que identificó Ekman eran: alegría, tristeza, sorpresa, miedo, ira y disgusto. Más tarde pasó a añadir una séptima emoción: el desprecio (Morris & Maisto, 2005).

De manera general, las emociones pueden agruparse de acuerdo con la forma en que afectan la conducta, es decir, si motivan para aproximarse a algo o evitarlo (Alonso et al., 2006).

Independientemente de cómo sean clasificadas, todas las emociones tienen alguna función que les confiere utilidad.

2.3 Funciones de las emociones

Las funciones de las emociones permiten que el sujeto ejecute con eficacia las reacciones conductuales apropiadas y con ello independencia de la cualidad hedónica que generen. Incluso las emociones más desagradables tiene funciones importantes en la adaptación social y el ajuste personal (Chòliz, 2005).

Martínez-Sánchez (2008), clasifican las funciones de las emociones en relación a la utilidad que tienen para la persona misma como para los demás.

- Intrapersonales: Se refieren a la composición y conjunto de distintas respuestas, al tratamiento de la información y al inicio de la movilización de recursos.
- Interpersonales: Se trata de poner en conocimiento de los demás nuestras situaciones emocionales y compartirlas.

Para Reeve (1994), la emoción tiene tres funciones principales:

- a) Funciones adaptativas
- b) Funciones sociales
- c) Funciones motivacionales

2.3.1 Funciones adaptativas

Una de las funciones principales de las emociones es la de preparar al organismo para ejecutar eficazmente la conducta exigida por las condiciones ambientales, movilizand o la energía necesaria para ello, así como dirigiendo la conducta (acercarse o alejarse) hacia un objetivo determinado (Chòliz, 2005).

Plutchik (1980) destaca ocho funciones principales de las emociones y defiende la idea de establecer un lenguaje funcional que identifique cada una de dichas reacciones con la función adaptativa correspondiente. Justifica que a través de este lenguaje formal será más fácil operativizar este proceso y aplicarlo para la investigación de las emociones. La correspondencia entre emoción y su función se muestra en la tabla 1.

Tabla 1.

Funciones adaptativas de las emociones

Lenguaje subjetivo	Lenguaje funcional
Miedo	Protección
Ira	Destrucción
Alegría	Reproducción
Tristeza	Reintegración
Confianza	Afiliación
Asco	Rechazo
Anticipación	Exploración
Sorpresa	Exploración

Funciones de las emociones adaptado de Plutchik, 1980.

Las investigaciones que retoman el enfoque adaptativo de las emociones ponen mayor énfasis en la forma de expresión de las mismas (Chòliz, 2005).

2.3.2 Funciones sociales

Puesto que una de las funciones principales de las emociones es facilitar la aparición de las conductas apropiadas, la expresión de las emociones permite a los demás predecir el comportamiento asociado con las mismas, lo cual tiene un indudable valor en los procesos de relación interpersonal (Chòliz, 2005).

Izard (1989) destaca varias funciones sociales de las emociones, como son las de facilitar la interacción social, controlar la conducta de los demás, permitir la comunicación de los estados afectivos y/o promover la conducta prosocial. Emociones como la felicidad favorecen los vínculos sociales y relaciones interpersonales, mientras que la ira puede generar respuestas de evitación o de confrontación.

La expresión de las emociones es favorable y beneficiosa ya que fomenta la creación de redes de apoyo social. Sin embargo, la represión de las emociones también cumple una función social, ya que en muchas ocasiones es necesario inhibir algunas reacciones emocionales, puesto que podrían de un modo u otro, perturbar las relaciones sociales (Chòliz, 2005).

2.3.3 Funciones motivacionales

Existe una fuerte relación entre emoción y motivación, pues se trata de una experiencia presente en cualquier tipo de actividad que posee las dos principales características de la conducta motivada; dirección e intensidad (Chòliz, 2005).

La relación entre motivación y emoción no se limitan al hecho de que en toda conducta motivada se producen reacciones emocionales, sino que una emoción puede determinar la aparición de la propia conducta motivada, dirigirla hacia determinado objetivo y hacer que se ejecute con intensidad. Es decir, toda conducta motivada produce una reacción emocional y a su vez la emoción facilita la aparición de unas conductas motivadas y no otras (Chòliz, 2005).

Las emociones son el preámbulo a la acción, por lo que resulta fundamental su adecuada comprensión. En este sentido, cuando las personas son capaces de hacer evaluaciones correctas sobre sus emociones, favorecen su actuar. Para lograr este proceso es importante mencionar antes la Inteligencia Emocional, pues ésta es la responsable de brindar una serie de competencias que contribuyen a lograr dicho proceso.

2.4 Inteligencia Emocional (IE)

La inteligencia por si sola es entendida como la capacidad o habilidad para adquirir o utilizar conocimientos con el fin de resolver problemas y adaptarse al mundo (Woolfolk, 2010).

Para Weschler, la inteligencia es la capacidad global del individuo para actuar con un fin, pensar de modo racional y enfrentarse con eficacia a su ambiente (Maureira, 2017).

De manera general, la inteligencia hace alusión a la capacidad del ser humano para la resolución de problemas y enfrentarse a su entorno con eficacia.

Sin embargo, la IE es un término reciente, utilizado por primera vez en 1990 por Peter Salovey y John Mayer. Este concepto fue empleado para describir cualidades emocionales. No obstante, corresponde a Goleman el mérito de difundir profusamente el concepto en 1995 a través de su obra, donde introduce el estudio de la IE, sus alcances y beneficios en el campo de la administración (Goleman, 2000).

Salovey y Mayer (1990) definen la IE como la capacidad de manejar adecuadamente los sentimientos propios y ajenos, y de utilizarlos para guiar el pensamiento y la acción. Esta perspectiva va dirigida a la identificación y asimilación de la información otorgada por las emociones, para su posterior manejo y regulación, como una forma de razonarlas.

Para Goleman (1995) IE es “capacidad de reconocer nuestros propios sentimientos y los de los demás, de motivarnos y de manejar adecuadamente las

relaciones” (p. 98).

Por lo anterior, resulta importante mencionar los principales modelos de IE, los cuales permiten una mayor comprensión.

El modelo propuesto por los autores principales de IE, Salovey y Mayer, ha sido reformulado en sucesivas ocasiones por sus autores, con lo cual han logrado una mejora del modelo hasta consolidarlo como uno de los modelos más utilizados y por ende, uno de los más populares.

Proponen un modelo de IE el cual incluye cinco habilidades:

- Percepción emocional. Habilidad para identificar las emociones en sí mismo y en los demás a través de la expresión facial y de otros elementos como la voz o la expresividad corporal;
- Facilitación emocional del pensamiento. Capacidad para relacionar las emociones con otras sensaciones como el sabor y olor o, usar la emoción para facilitar el razonamiento. En este sentido, las emociones pueden priorizar, dirigir o redirigir al pensamiento, proyectando la atención hacia la información más importante. Por otro lado, la felicidad facilita el razonamiento inductivo y la creatividad;
- Compresión emocional. Habilidad para resolver los problemas e identificar qué emociones son semejantes;
- Dirección emocional. Compresión de las implicaciones que tienen los actos sociales en las emociones y regulación de las emociones en uno mismo y en los demás y;
- Regulación reflexiva de la emociones para promover el crecimiento personal. Habilidad para estar abierto a los sentimientos ya sean positivos o negativos.

En resumen, el autor establece una serie de habilidades internas del ser humano que ha de potenciar con base en la práctica y la mejora continua (García &

Giménez-Mas, 2010). Este modelo refiere que la IE abarca aspectos personales y sociales. Cuando una persona desarrolla inteligencia emocional no sólo se ve beneficiado él, sino los que están a su alrededor.

El modelo de Goleman establece la existencia de un Cociente Emocional (CE) que no se opone al Cociente Intelectual (CI) clásico sino que ambos se complementan.

Los componentes que constituyen el modelo de IE según Goleman (1995) son:

- Conciencia de uno mismo. Es la conciencia que se tiene de los propios estados internos, los recursos e intuiciones;
- Autorregulación. Se refiere al control de los estados emocionales propios, impulsos internos y recursos internos;
- Motivación. Se explican cómo tendencias emocionales que guían o facilitan el logro de objetivos;
- Empatía. Se entiende como la conciencia de los sentimientos, necesidades y preocupaciones ajenas y;
- Habilidades sociales. Es la capacidad para inducir respuestas deseables en los demás pero no entendidas como capacidades de control sobre otro individuo.

Este modelo tiene aplicaciones en diferentes ámbitos, ya que considera diversos aspectos de las personas.

La IE consiste por lo tanto en el funcionamiento emocional adaptativo y un aspecto importante de la IE es la regulación de emociones. Por lo cual, resulta necesario tener IE para lograr una regulación emocional adecuada, esto, con el fin, de hacer frente eficazmente a problemáticas percibidas. Los individuos con niveles altos de inteligencia emocional logran con mayor éxito la regulación.

Capítulo III. Regulación Emocional (RE)

3.1 Definición de Regulación Emocional (RE)

El estado emocional habitual es un predictor de la salud y la esperanza de vida a largo plazo, por lo cual es necesaria una regulación emocional para un funcionamiento adaptativo exitoso (Haga, Kraft & Corby, 2009).

Los procesos conductuales subyacentes a la emoción y la regulación emocional son los mismos (Bloch, Moran & Kring, 2010 citado en Reyes & Tena, 2016), por lo cual algunos investigadores consideran la emoción y la regulación dentro del mismo proceso, pues la primera en sí misma implica diferentes procesos de autorregulación (Campos et al., 2000 citado en Reyes & Tena, 2016).

Para Bisquerra y Pérez (2007) la RE es la capacidad para manejar las emociones de forma apropiada. Supone tomar conciencia de la relación entre emoción, cognición y comportamiento; tener adecuadas estrategias de afrontamiento; capacidad para autogenerarse emociones positivas, etc.

Gross y Thompson (2007) definen la Regulación Emocional como “el proceso mediante el cual los individuos influyen en las emociones (positivas y negativas) que ellos mismos y otras personas experimentan, cuándo y cómo las experimentan, y cómo las expresan” (p. 500).

Existen dos estrategias principales de regulación emocional que se usan en la vida cotidiana: la Reapreciación Cognoscitiva la cual es una forma de cambio cognoscitivo que involucra la construcción de una situación potencialmente elicitadora de emoción de tal forma que modifica su impacto emocional, y la Supresión Expresiva, misma que es una forma de modulación de respuesta que involucra la inhibición de conductas expresivas de la emoción (Gross & Levenson, 1993)

El modular los afectos significa contener el desbordamiento emocional ante un estímulo intenso e imprevisto (Macías, 1997). Así, la experiencia inicial de una emoción la cual representa la tendencia de una respuesta, se puede modular de

varias maneras a través del tiempo, a medida que avanza a través de un proceso generativo, en el cual la experiencia original de la emoción puede ser sometida a evaluaciones actualizadas o reinterpretadas, por el contrario se puede optar por no evaluar de nuevo una experiencia inicial sino suprimir la expresión emocional resultante. De este modo, tanto las emociones observables y no observables tienen, de una forma u otra, una regulación (Haga et al., 2009).

3.2 Desregulación Emocional

Diversas problemáticas emocionales se describen como excesos o déficit de la respuesta emocional (Kring & Bachorowski, 1999 citado en Reyes & Tena, 2016). La desregulación emocional es la dificultad o inhabilidad para regular la expresión emocional y permitir el adecuado procesamiento emocional (Reyes & Tena, 2016).

Se puede manifestar como una intensificación de las emociones, las cuales pueden ser abrumadoras e intrusivas o como una inhibición excesiva de ellas es decir, disociación, despersonalización, desrealización o adormecimiento emocional (Leahy, Tirsch & Napolitano 2011 citado en Reyes & Tena, 2016).

La desregulación emocional es producida por la vulnerabilidad emocional y por el uso de estrategias de modulación de emociones inadecuadas y poco adaptativas (Linehan, 2000 citado en Navarro-Leis & López, 2013).

La vulnerabilidad emocional se define por las siguientes características:

- a) Alta sensibilidad a estímulos emocionales;
- b) Respuesta muy intensa a los estímulos emocionales y;
- c) Un retorno lento a la calma emocional una vez que ha sido inducida la excitación emocional.

La modulación de la emoción es:

- a) La habilidad de inhibir la conducta inapropiada relacionada con emociones negativas o positivas;
- b) Organizarse uno mismo para una acción coordinada al servicio de un

- objetivo externo (por ejemplo actuar cuando sea necesario sin depender del estado de ánimo);
- c) Calmar uno mismo cualquier actividad fisiológica inducida por una fuerte emoción y;
 - d) Conseguir concentrar la atención en presencia de una emoción fuerte.

La desregulación de emociones es el resultado conjunto de cierta disposición biológica, el contexto ambiental y la transacción entre ambos factores durante el desarrollo (Linehan, 2000 citado en Navarro-Leis & López, 2013).

La disposición biológica hace referencia a una disfunción en el sistema de regulación de emociones de cada persona lo cual puede conllevar cierta vulnerabilidad emocional inicial y las consecuentes dificultades en la modulación de las mismas. La circunstancia ambiental hace referencia a un “ambiente invalidante”, el cual la mayoría de veces se presenta en la infancia, una característica de éste es la tendencia a responder errática e inapropiadamente a la experiencia privada (creencias, pensamientos, sentimientos, sensaciones del niño), los ambientes invalidantes tienden a responder de manera extremada (Linehan, 2000 citado en Navarro-Leis & López, 2013).

Un ambiente invalidante contribuye a la desregulación emocional porque fracasa en enseñar al niño a identificar, a poner nombre y a modular su malestar, ni a confiar en sus propias respuestas emocionales como interpretaciones válidas de su realidad (Navarro-Leis & López, 2013).

La dificultad o incapacidad de regular los estados emocionales de las personas conllevan a una serie de problemáticas mayores, por lo cual es de suma importancia encontrar un modelo que permita identificar mecanismos los cuales favorezcan y faciliten la regulación emocional.

En conclusión, la información existente sobre regulación emocional y sus mecanismos asociados es relevante para la construcción de modelos de intervención efectivos.

3.3 Modelos de Regulación Emocional

En la actualidad se cree que un mal manejo de las emociones se debe a la incapacidad de los individuos para manejar sus emociones de manera efectiva (Goleman, 1997) o lo que es lo mismo, a un fallo en la regulación emocional (Gross & Thompson, 2007).

Basarse en un modelo que describa la RE como proceso permite la identificación de los mecanismos subyacentes ante su falla (Bloch, Moran & Kring, 2010 citado en Reyes & Tena, 2016) y a su vez llevar a cabo un programa de reconocimiento de este proceso para beneficiar el desempeño profesional y prevenir el desgaste emocional.

A continuación se describen los modelos más utilizados dentro del marco de la investigación en regulación emocional.

3.3.1 Modelo Cibernético de Larsen de Regulación del estado de ánimo

Según el Modelo de Larsen el regular estados de ánimo implica la activación de ciertos mecanismos de control y, en este sentido, las conductas de regulación se pueden considerar como conductas de autocontrol. Por lo cual, el funcionamiento de la regulación se logra explicar a través de un modelo general de autorregulación (Carver & Scheier, 1998 citado en Hervás & Vázquez, 2006).

El modelo planteado por Larsen es una aplicación del modelo general de control cibernético, incluye un estado de ánimo de referencia al cual se desea llegar y funciona guiado por la reducción de discrepancia entre el estado de ánimo actual y el estado de ánimo deseado (Hervás & Vázquez, 2006).

El proceso se activa cuando la persona detecta alguna diferencia entre el estado deseado y el percibido. Con el objetivo de reducir la diferencia creada, se activan uno o varios mecanismos de regulación emocional, dirigidos hacia el exterior (resolución de problemas, cambio de actividad), o hacia el interior (distracción, comparación social). Aunque alguno de los mecanismos en juego

puede actuar de forma automática, como por ejemplo la reacción afectiva ante ciertos estímulos, en general se plantea como un modelo de autorregulación basado en procesos controlados (Hervás & Vázquez, 2006).

Este es un punto relevante de dicho modelo ya que existen modelos donde se enfatiza mayormente en los aspectos automáticos de los procesos de regulación emocional (Aramendi, 2015).

Por último, una de las características más relevantes de este modelo es el hecho de considerar explícitamente que las diferencias individuales, involucradas en cada uno de los elementos del modelo pueden contribuir de diversas formas al éxito o al fracaso en los procesos de regulación (Hervás & Vázquez, 2006). De esta forma, se propone la existencia de diferencias individuales en cuanto a la atención selectiva a estímulos del entorno, la reactividad temperamental, el tipo de estrategias de regulación puestas en marcha, la capacidad perceptiva acerca del propio estado, o las creencias o deseos en cuanto al estado afectivo óptimo de referencia (Larsen, 2000 citado en Hervás y Vázquez, 2006), de forma que diversas variables podrían afectar al proceso en distintos momentos del proceso de regulación (Figura 2).

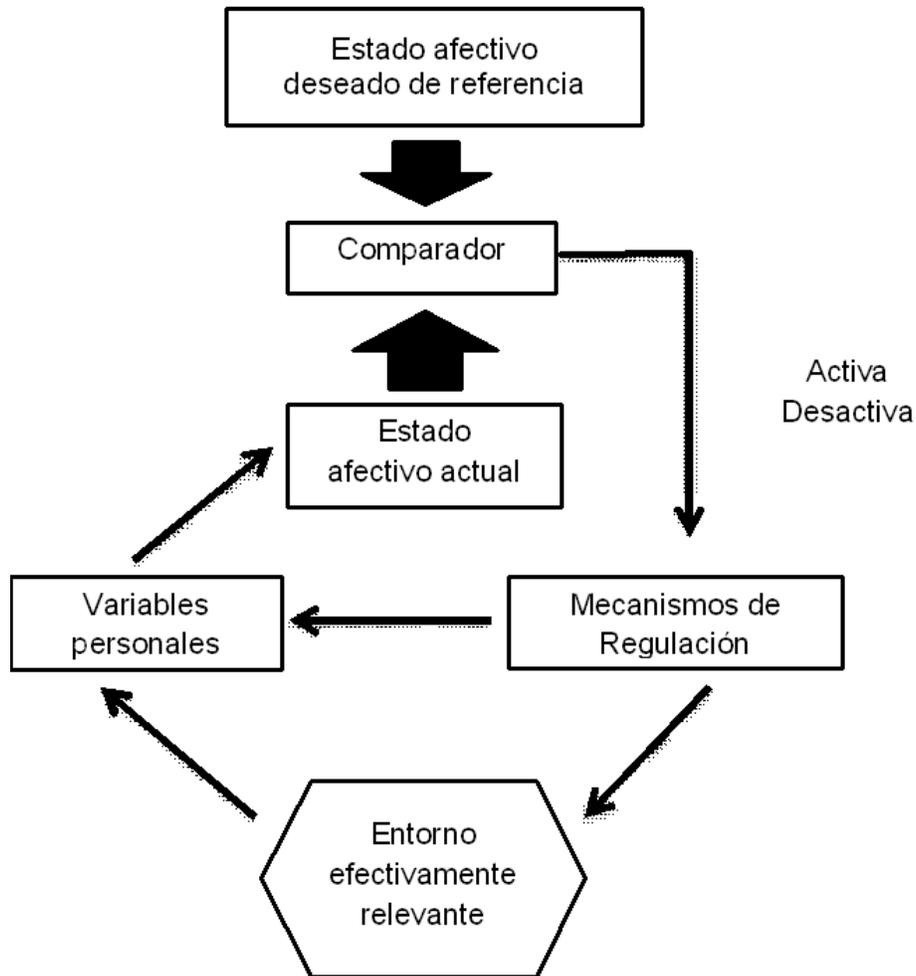


Figura 2. Esquema del modelo Cibernético de regulación del estado de ánimo propuesto por Larsen, 2000 adaptado de Hervás y Vázquez 2006

3.3.2 Modelo Homeostático de Forgas

Este modelo trata de explicar el efecto ejercido por los estados de ánimo sobre los procesos cognitivos y sociales. Propone, la regulación del estado de ánimo funciona a partir de un proceso homeostático, capaz de regularse de manera automática, es decir, el estado de ánimo puede girar alrededor de un punto concreto, el cual activa mecanismos de regulación cuando dicho estado de ánimo se aleja significativamente del mismo (Bower & Forgas, 2001 citado en Hervás & Vázquez, 2006).

La principal cualidad de este modelo es considerar que, en muchas ocasiones, el estado de ánimo es regulado a través de procesos automáticos o espontáneos (Bower & Forgas, 2001 citado en Hervás & Vázquez, 2006) (Figura 3).

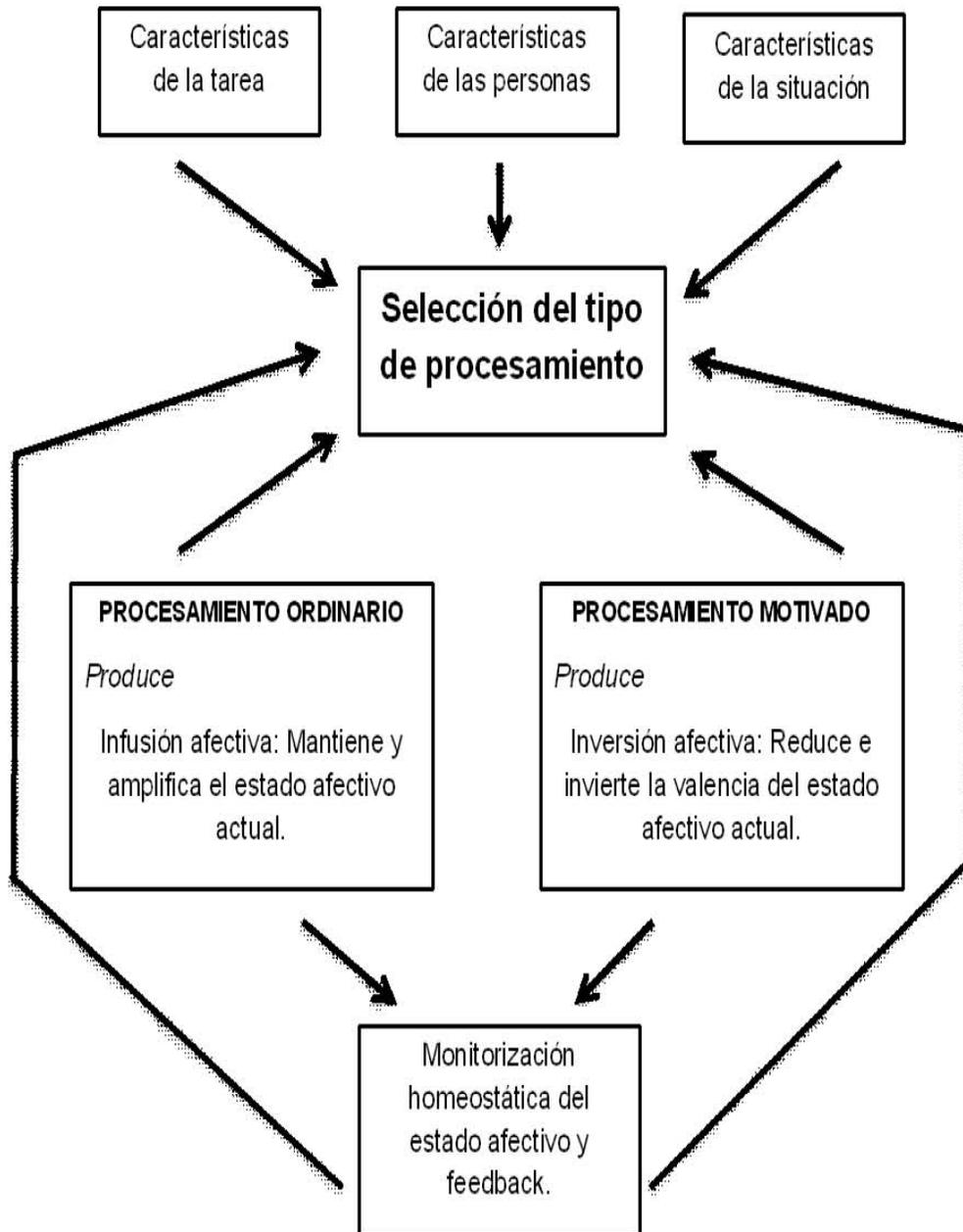


Figura 3. Esquema del modelo propuesto por Forgas y Ciarrochi, 2002 adaptado de Hervás y Vázquez, 2006.

3.3.3 Modelo de Regulación del estado de ánimo basado en la adaptación social

Este modelo se basa en la adaptación del estado de ánimo al suceso presente ya sea positivo o negativo.

Plantea que la regulación del estado de ánimo, positivo o negativo, variará en función del contexto social presente y se activará con el fin de favorecer la adaptación al mismo (Hervás & Vázquez, 2006).

Dentro de este modelo el principal énfasis radica en la comprensión de las personas como capaces de regular sus estados de ánimo no sólo por una motivación hedonista sino debido a ciertas situaciones sociales las cuales pueden indicar o enfatizar la importancia de regular estados de ánimo positivos, a veces simplemente mediante su expresión y compartirlos con otros (Zech et al., en prensa citado en Hervás & Vázquez, 2006).

Por último, otra de las implicaciones que se puede derivar de este modelo es que los estados de ánimo deseados de referencia pueden no ser realmente estables sino que, por el contrario, podrían estar sometidos a fluctuaciones fruto del contexto social como propone este modelo. De esta forma se abriría la cuestión de en qué contextos sociales o ante qué tipo de situaciones el estado de ánimo deseado de referencia se puede elevar haciéndose aún más positivo de lo habitual, ya que esto podría ser una de las claves para la difícil tarea de elevar los niveles de felicidad de los grupos y las personas (Lyubomirsky, Sheldon, & Schkade, 2005 citado en Hervás & Vázquez, 2006).

3.3.4 Modelo secuencial de autorregulación emocional.

El modelo de Bonano planteado en 2001 se basa en los procedimientos de la autorregulación emocional, ya que a través de estos, el sujeto puede afrontar la emocionalidad de manera inteligente. Propone que todas las personas, de una manera u otra, poseen inteligencia emocional la cual deben autorregular para su eficiencia (Aramendi, 2015).

Para ello, expone un modelo enfocado al control, anticipación y exploración de la homeostasis emocional, y propone tres categorías generales de actividad de autorregulación emocional (Aramendi, 2015):

- Regulación de control: Es la inmediata regulación de respuestas emocionales a través de comportamientos automáticos e instrumentales. Se destaca la disociación emocional, supresión emocional, expresión emocional y la risa.
- Regulación anticipatoria: Consiste en adelantarse a los futuros retos emocionales. Se destaca la expresión emocional, la risa, evitar o buscar personas, lugares o situaciones, conseguir nuevas habilidades, revaloración, escribir o hablar acerca de sucesos angustiosos (Bonano, 2001 citado en Aramendi, 2015).
- Regulación exploratoria: Consiste en conseguir nuevos recursos para mantener una capacidad interna estable frente a los cambios del entorno.

3.3.5 Modelo Integrativo de Regulación Emocional (MIRE)

Es un modelo de intervención orientado a la resolución de dificultades de regulación emocional, que integra elementos de terapias metacognitiva y conductual-contextuales (Reyes, 2013).

MIRE es un modelo clínico centrado principalmente en procesos de regulación emocional problemáticos y proporciona estrategias para su identificación y tratamiento, para favorecer la toma de decisiones en situaciones inciertas y difíciles (Reyes & Tena, 2016) (Figura 4).

Distingue la experiencia emocional de las estrategias utilizadas para regularla, y supone que la desregulación emocional es consecuencia del uso de estrategias de RE inefectivas (Reyes, 2013).

Sus premisas principales son:

- a) las estrategias de regulación improductivas contribuyen a incrementar la

frecuencia, intensidad y duración de las emociones con resultados problemáticos acorde a los objetivos de la persona y;

- b) la cualidad positiva o negativa del afecto cotidiano resulta de la congruencia entre el comportamiento y la satisfacción de las metas personales.

El objetivo general es la resolución del comportamiento en función de la RE improductiva, buscando desarrollar repertorios conductuales flexibles que permiten mejorar la calidad de vida de personas con trastornos afectivos y emocionales crónicos (Reyes & Tena, 2016).

Sus objetivos específicos son:

- Desarrollo de habilidades de tolerancia al malestar psicológico y de una actitud de aceptación ante el malestar psicológico y;
- El fortalecimiento de habilidades de solución de problemas y aquellas relacionadas con la construcción de relaciones sociales satisfactorias duraderas.

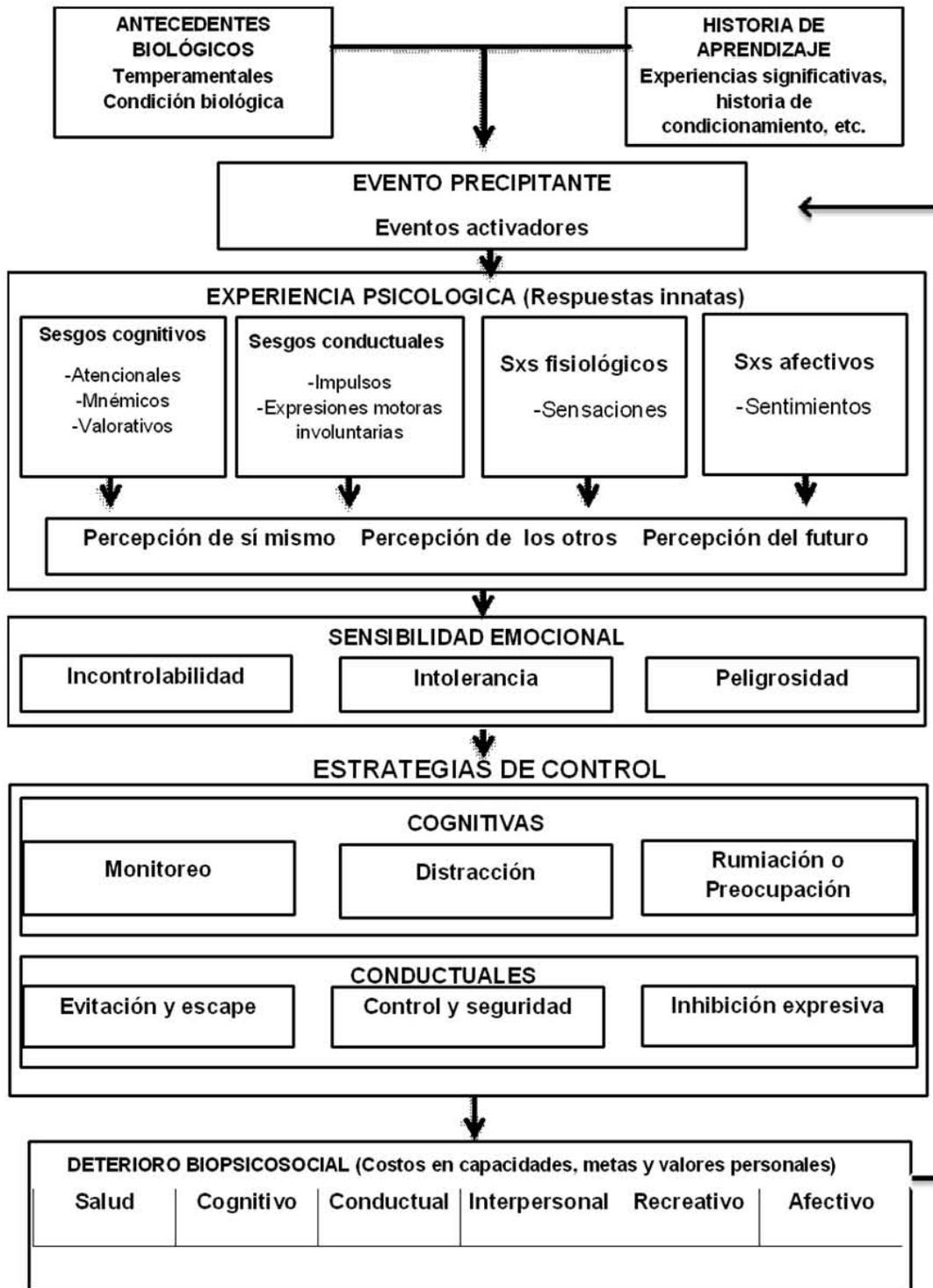


Figura 4. Modelo Integrativo para la Regulación Emocional MIRE, adaptado de Reyes, 2013.

3.3.6 Modelo de Gross y Thompson

El Modelo descrito por Gross y Thompson fue denominado Modelo de Estrategias de Regulación Emocional. Este modelo procesal está compuesto por cinco procesos cognitivos y conductuales, los cuales generarán una estrategia.

- Selección de la Situación (SS): se refiere a la elección estratégica de situaciones a exponerse y la función de dicha elección para experimentar o evitar las emociones asociadas, puesto que se sabe que las personas pueden reorientar sus emociones con base en sus experiencias previas (Reyes & Tena, 2016).

Este punto involucra tomar acciones para aumentar la probabilidad de terminar o no en un escenario donde se experimentan emociones, ya sean deseables o indeseables. La Selección de la Situación requiere del entendimiento de consecuencias probables de situaciones remotas y de respuestas emocionales esperadas con relación a éstas (Martínez, Retana, & Sánchez, 2009).

- Modificación de la Situación (MS): Al exponerse a una situación las personas pueden alterarla y modificar su impacto emocional (Reyes & Tena, 2016).

Se refiere a todos los esfuerzos del individuo, destinados a alterar directamente la situación y el impacto emocional que ésta pueda tener. Esta estrategia constituye una forma potente para manejar las emociones y puede darse tanto de manera interna (cambio cognoscitivo) como externa (cambio conductual) (Martínez, Retana, & Sánchez, 2009).

- Despliegue de la Atención (DA): La atención puede manipularse a voluntad para concentrarse en aspectos específicos de un evento o distraerse de otros (Reyes & Tena, 2016).

Consiste en dirigir la atención o no dentro de una situación dada con el propósito de influenciar las emociones. Existen dos maneras de dirigir la atención (Martínez, Retana, & Sánchez, 2009):

- a) La distracción: consiste en cambiar el foco interno de la atención con el fin de no centrarse o poner énfasis en lo que nos resulta incómodo y centrar la atención en aspectos externos a la emoción percibida.
 - b) La concentración: Implica dirigir la atención hacia ciertas características de una situación.
-
- Cambio Cognitivo (CC): Hace referencia a modificar la forma de apreciar la situación en la que se está, para alterar su relevancia o importancia, ya sea cambiando la manera de pensar acerca de ella o modificando la propia capacidad para manejar las demandas que implica. Este elemento solamente puede ser aplicado a la propia experiencia interna del evento, está relacionado con la interpretación o reconstrucción que la persona hace de los indicadores fisiológicos de la excitación emocional, ya sea en dirección positiva o negativa (Martínez, Retana, & Sánchez, 2009).
 - Modulación de la Respuesta (MR): Esta se presenta de manera tardía en el proceso generativo de la emoción, es decir, después de iniciadas las formas de respuesta. La MR está directamente relacionada con la influencia que el individuo ejerce, tan directamente como le sea posible, en las respuestas fisiológicas, experimentales o conductuales de la emoción (Martínez, Retana, & Sánchez, 2009). La modulación de la respuesta son los intentos de modificar la emoción (su experiencia o expresión) cuando ya está en proceso. Esta estrategia está enfocada en la respuesta (Reyes & Tena, 2016) (Figura 5).

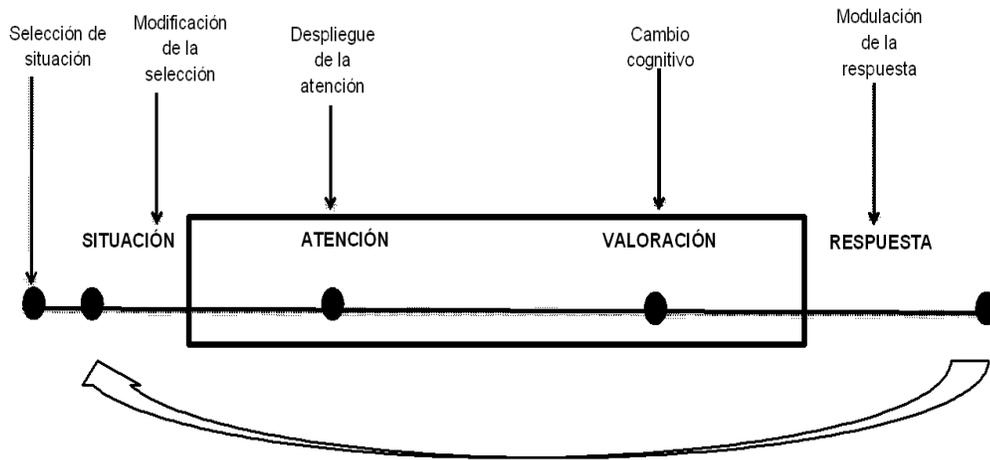


Figura 5. Modelo Modal del Proceso de Regulación Emocional según Gross y Thompson (2007).

Las acciones descritas cumplen funciones adaptativas o desadaptativas según el contexto. Para Leahy, Tirch y Napolitano la regulación emocional adaptativa está definida como tal porque favorece el reconocimiento y procesamiento emocional y favorece el funcionamiento productivo (acorde a metas valoradas y propósitos individuales) a corto y largo plazo (Reyes & Tena, 2016).

En general, los modelos planteados con anterioridad han mostrado ser efectivos para el proceso de la Regulación Emocional, sin embargo, es necesario complementarlos con los principios de las estrategias de afrontamiento con el fin de generar recursos suficientes para el manejo eficaz de las emociones.

3.4 Estrategias de Afrontamiento

Ante sucesos estresantes de la vida el ser humano tiende a responder de diferente manera, pero, ¿qué determina que dicho suceso sea percibido como estresante para algunas personas y no para otras? Ante la aparición de un suceso determinado, el ser humano realiza una serie de valoraciones sobre dicho suceso (Lazarus & Folkman, 1986).

El afrontamiento se define como “aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para operar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (Lazarus & Folkman, 1986, p. 164).

El afrontamiento constituye un proceso cambiante con fines de adaptación, en el que el sujeto y el contexto interactúan de manera permanente y, además, los individuos varían sus patrones de estrategias de afrontamiento en función del tipo de problema a resolver (Lazarus & Folkman, 1986).

Al inicio del acontecimiento aparece la denominada valoración primaria, la cual consiste en valorar dicho acontecimiento como positivo o no, así como valorar las posibles consecuencias actuales o futuras del mismo. Posteriormente, aparece la valoración secundaria donde el sujeto valora los recursos o capacidades con los que cuenta para afrontar las situaciones así como las posibles consecuencias de la misma. Por lo tanto, la valoración secundaria se refiere a la capacidad de afrontamiento del individuo.

Las estrategias de afrontamiento son un proceso distinto de los procesos adaptativos, ya que requieren esfuerzo y tienen como objetivo principal analizar cómo se enfrentan las personas ante elementos percibidos como estresantes.

Con relación a las estrategias de afrontamiento, su definición conceptual ha estado generalmente ligada al desarrollo de los instrumentos de medida de las mismas. Más allá de las diferencias, diversos autores coinciden en señalar las estrategias de afrontamiento como el conjunto de respuestas (pensamientos, sentimientos y acciones) que un sujeto utiliza para resolver situaciones problemáticas y reducir las tensiones generadas en esta esta situación (Casullo & Fernández, 2001).

De modo general, las estrategias utilizadas dependen de la combinación de múltiples factores en los que se destacan los aspectos personales y sus experiencias individuales, por un lado, y por el otro, las exigencias del medio ambiente con sus permanentes desafíos y presiones sociales (Alcoser, 2012).

Por lo anterior, se distinguen diferentes intentos realizados por autores para clasificar las estrategias de afrontamiento.

3.5 Clasificación de las Estrategias de Afrontamiento

Existe gran variedad de estrategias de afrontamiento posibles de utilizar, algunas descritas como efectivas de manejar y otras no tanto. El uso de unas u otras está determinado por la naturaleza de la situación que se presente. Por lo mismo existe una amplia variedad de clasificaciones sobre estrategias.

Mechanic (1974) las clasifica desde una perspectiva socio-psicológica, citando tres funciones:

1. Afrontar las demandas sociales y del entorno;
2. Creando un grado de motivación necesario para hacer frente a las demandas y;
3. Mantener un estado de equilibrio psicológico para poder dirigir la energía y los recursos a las demandas externas.

Lazarus y Folkman (1986) distinguen dos tipos de estrategias:

- a) Estrategias de Resolución de Problemas. Están dirigidas a manejar o alterar el problema que está causando el malestar o está siendo percibido por la persona como estresante.
- b) Estrategias de Regulación Emocional. Las cuales van dirigidas a regular la respuesta emocional percibida ante el acontecimiento o problema.

Las situaciones capaces de ser constructivas favorecen estrategias centradas en las soluciones del problema, ante situaciones en la cual la única opción es la aceptación se favorecen el uso de estrategias focalizadas en las emociones (Forsy & Compas, 1987 citado en Alcoser, 2012).

Ante una situación de conflicto cada persona tiende a utilizar las estrategias de afrontamiento que domina o que ha aprendido. Las estrategias de afrontamiento son, según Girdano y Everly (1986), adaptativas o inadaptativas, las primeras van

dirigidas a reducir el estrés y promover la salud a largo plazo, las segundas únicamente reducen el estrés inmediato o a corto plazo.

A partir de esto se afirma que las estrategias de afrontamiento actúan como regulador de perturbación emocional. Si son efectivas no permiten la presencia o alargamiento de malestar emocional, por el contrario las estrategias de afrontamiento inefectivas no permiten la resolución del malestar emocional y afectan la salud a largo plazo.

3.5.1 Estrategias de RE Inefectivas

Dentro de las Estrategias de RE están presentes aquellas que han mostrado poca eficacia o se relacionan con el mantenimiento de problemáticas emocionales. Cabe recalcar que el término de inefectivas hace alusión a la poca efectividad mostrada a largo plazo y no a la incapacidad de implementarse en determinado momento o situación (Reyes & Tena, 2016) (Figura 6).

A continuación se describen las principales:

1. Evitación de situaciones desagradables: Como su nombre lo dice consiste en evitar de manera deliberada aquellas situaciones percibidas como desagradables. Resulta funcional porque brinda tranquilidad a corto plazo sin embargo, impide habituarse a las situaciones desagradables, solucionar problemas y desarrollar habilidades para enfrentarlas.
2. Estrategias de seguridad y control: cuando las personas no pueden evitar una situación, muchas veces hacen cosas para sentirse seguras o en control ante dicha situación.
3. Monitoreo: estar constantemente vigilante a que algo malo pueda ocurrir en cualquier momento. Puede estar dirigida a estímulos internos (la intensidad de las emociones, pensamientos o sensaciones propias) o externos.
4. Rechazo y supresión experiencial: consiste en intentar reprimir las propias experiencias, ya sean positivas o negativas con el fin de evitar que se genere alguna emoción relacionada a dicha experiencia.
5. Tomar en forma literal los propios pensamientos y emociones: creer

“ciegamente” a los sentimientos y emociones propias, convencerse que es verdad, que sucederá innegablemente todo lo que se piensa y siente.

6. Rumiación: pensar de manera impulsiva, repetitiva y circular sobre los eventos negativos que ya sucedieron.
7. Preocupación: pensar sobre el futuro de manera impulsiva, repetitiva y circular. Tratar de pensar y anticipar todo lo que pueda ocurrir porque existe el sentimiento de poder prepararse.
8. Inhibición de la expresión emocional: evitar demostrar emociones, para evitar sentimientos de vergüenza, el ser juzgado y prevenir sentirse vulnerable.
9. Catarsis: experimentar o expresar emociones de manera deliberada, con el objetivo de “sentirse mejor” (sacarse el sentimiento). la sensación de liberación es corta, promueve la compasión y atención de los demás.

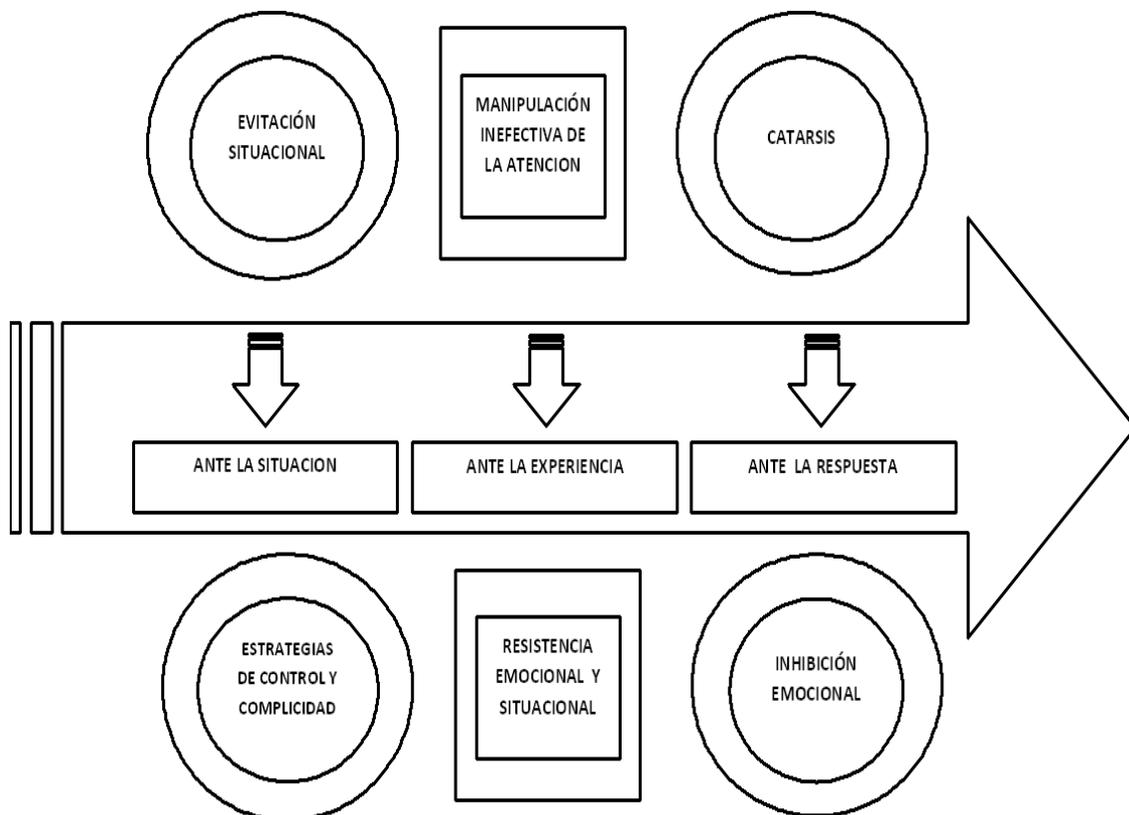


Figura 6. Estrategias de regulación emocional inefectivas. Adaptado de Reyes y Tena, 2016.

Se entiende por inefectivas aquellas estrategias incapaces de generar soluciones a largo plazo o permanentes. Existe la posibilidad de ser implementadas en alguna situación específica y favorecer el alivio, sin embargo, el mantenimiento de las mismas es causante de malestar a largo plazo. Por lo cual es necesaria la implementación de estrategias efectivas a largo plazo, las cuales favorezcan la resolución de conflictos emocionales de forma permanente.

3.5.2 Estrategias de Regulación Emocional Efectivas

En realidad, existe una amplia variedad de estrategias de afrontamiento viables para las personas, sin embargo, lo que determina el uso de unas o de otras es por la naturaleza del estresor y las circunstancias por las cuales se produce (Reyes & Tena, 2016).

A continuación se describen las estrategias de RE con mayor índice de efectividad a largo plazo:

- Estrategias de Conciencia Plena

La conciencia plena se define como el tener disposición al momento presente, de una forma compasiva y no sentenciosa (Siberstein, Tirch & Leahy, 2012 citado en Reyes & Tena, 2016). Brinda una percepción del momento “tal y como es” lo cual permite observar los propios pensamientos y sentimientos como reacciones transitorias del propio individuo y distinguirlos de los eventos externos a los que se refieren.

Estas estrategias ayudan a las personas a observar sus experiencias y fortalecer repertorios verbales del tipo “yo veo, yo siento, yo...” y ayudan a desarrollar la perspectiva de un “yo como observador de la experiencia” lo cual disminuye la evitación de las vivencias internas aversivas y la influencia del Yo construido a lo largo de la historia sobre el comportamiento (Kohlenber & Tsai, 2007 citado en Reyes & Tena, 2016).

Para autores como Linehan y Dimidjian la conciencia plena vista desde la regulación emocional es entendida como el proceso intencional de observar,

describir y participar en la situación, para así elegir lo más efectivo respecto a las propias metas (Reyes & Tena, 2016).

Dicho proceso puede dividirse en varias actividades, mismas que poseen cualidades distintivas que se han relacionado con su aplicación clínica (Reyes & Tena, 2016):

- a) Las tres actividades: notar, observar y ser consciente son las características fundamentales de lo que uno hace cuando practica la conciencia plena. Notar es poner atención directa a la propia experiencia, a un nivel de sensación pura, sin agregar conceptos ni categorías. Observar conlleva ir de la sensación a la descripción conceptual y sin emitir juicios. Ser consciente implica que la persona se mantenga al tanto de que es “uno mismo” quien logra notar y observar las cualidades de los eventos.
- b) Las cualidades de nombrar-notar-describir, se refieren a la actividad de observar y agregar conceptos descriptivos a las características de la experiencia. Un punto importante es fomentar el entender que “uno no es sus emociones” y “los pensamientos no son hechos”.
- c) Participar. Es involucrarse de lleno con una actividad o experiencia. Es adentrarse con la experiencia sin reservas, la principal característica es la espontaneidad.
- d) El no emitir juicios, tener aceptación y permitir las experiencias. Son tres aspectos que van de la mano ya que describen una atención gentil, curiosa, atenta, imparcial de las experiencias.
- e) Participar de manera efectiva se refiere a la cualidad de hacer lo que funciona en un momento específico, conlleva abandonar juicios de “bien” o “mal”, y hacer lo que resulta efectivo para un fin específico.
- f) Estar en el momento presente con mente de principiante, se refiere a observar el momento y experiencia actual sin relacionarlo con el pasado o el futuro; es aceptar el presente como lo único que existe.

- Estrategias de aceptación radical

La aceptación se vuelve radical puesto que conlleva la aceptación de la emoción desde dentro y con convicción para ser completa. Cuando una situación genera malestar emocional, existen tres opciones como mínimo: resolver el problema, aceptar la realidad (aceptación radical) y, mantenerse miserable (Reyes & Tena, 2016).

Ante problemáticas donde se es consciente que no es posible resolver el problema o el supuesto problema es una emoción y además la persona no quiere sentirse miserable, la aceptación radical resulta útil. Practicar la aceptación radical contribuye a mejorar la capacidad de regular las emociones y tener una mejor calidad de vida (Reyes & Tena, 2016).

Las estrategias de aceptación incluyen el entendimiento, discriminación y reconocimiento de las emociones, tolerar experiencias dolorosas y, validar su existencia, esto contrarresta la tendencia de las personas con problemas de regulación emocional, a invalidar sus sentimientos en tanto que ello contribuye a una mayor desregulación emocional (Linehan & Dimidjian, 2003 citado en Reyes & Tena, 2016).

La aceptación radical involucra un cuestionamiento interno orientado a descubrir las razones por las cuales sería natural sentirse de una manera determinada en una situación, y las razones por las cuales los eventos de la realidad estaban destinados a suceder de la manera en que sucedieron (Reyes & Tena, 2016).

- Estrategias de Defusión Cognitiva

Las estrategias de defusión cognitiva requieren que con anterioridad se haya desarrollado compasión de sus emociones y la capacidad de reconocerlas de manera efectiva (Reyes & Tena, 2016).

La defusión cognitiva implica detectar los pensamientos y verlos como hipótesis en vez de como hechos objetivos. Así, los procesos son más evidentes y

los productos se pueden contemplar como “actividad mental”; y a su vez esto favorece la reducción de la credibilidad e influencia que el pensamiento tiene sobre la conducta (Luoma & Hayes, 2003 citado en Reyes & Tena, 2016).

Las estrategias de defusión cognitiva se pueden dividir en tres grupos (Luoma & Hayes, 2003 citado en Reyes & Tena, 2016):

1. Educación sobre la independencia del pensamiento y la regulación del comportamiento;
 2. La narración de metáforas que muestran la contemplación de pensamientos con aceptación y sin reacción hacia ellos y;
 3. La realización de diversos ejercicios que permiten desarrollar esta perspectiva de observador.
- Estrategias de Posposición

Dentro de las estrategias de Posposición se pueden nombrar las de rumiación y las de preocupación.

La rumiación es una estrategia de autorregulación precipitada por pensamientos negativos (sobre todo dirigidas a uno mismo), sus funciones van relacionadas a la evitación del malestar y la ilusión de control, esto genera la creencia de “alternativas de solución” a los propios problemas emocionales (Wells, 2009 citado en Reyes & Tena, 2016).

Las estrategias de posposición de la rumiación conllevan el siguiente proceso (Reyes & Tena, 2016):

a) hacer un cuestionamiento de los supuestos positivos y negativos que la persona tiene sobre la rumiación misma;

b) se realizan ensayos metacognitivos en los cuales se busca distinguir por experiencia, la utilidad o riesgos de la rumiación que se hace;

c) se realizan ejercicios de consciencia plena o defusión cognitiva con el fin de evidenciar el impulso de rumiar y se anota el pensamiento relacionado a dicha

tendencia para reflexionar sobre él en el momento establecido con anterioridad.

El hecho de reflexionar sobre la necesidad de rumiación de manera más consciente en primera instancia inhibe que ésta se realice como estrategia de evitación, y así, poco a poco va perdiendo su relevancia funcional hasta permitir su extinción (Wells, 2009 citado en Reyes & Tena, 2016).

La preocupación es un proceso orientado a futuro de las mismas características que la rumiación, pero con la intención de anticiparse al peor de los escenarios o a encontrar soluciones perfectas sobre los problemas presentes (Power & Dalgleish, 2008 citado en Reyes & Tena, 2016).

La estrategia de posposición de la preocupación funciona bajo los mismos puntos que el de rumiación, solamente se modifica el tercer punto en el cual se aconseja llevar a cabo ejercicios de solución de problemas en los momentos que aparece la preocupación.

Las estrategias de posposición de la preocupación se consideran herramientas de regulación emocional efectivas puesto que permiten cuestionar los supuestos positivos y negativos sobre la preocupación misma (Wells, 2009 citado en Reyes & Tena, 2016).

- Estrategias de acción opuesta

Dentro de las estrategias de regulación emocional se presentan las de aceptación y las de cambio. Las de cambio funcionan de manera más explícita para reorientar el comportamiento emocional o para cambiar la situación en un momento dado, algunas de ellas requieren práctica repetida y otras derivan de una mayor consciencia y aceptación de la naturaleza emocional (Lanehan & Dimidjian, 2003 citado en Reyes & Tena, 2016).

Las estrategias de acción opuesta se refieren al intento deliberado por actuar de una forma incompatible o contraria de los impulsos que acompañan la experiencia emocional. Promueven la exposición a situaciones emocionales mientras se previene el uso de estrategias de seguridad, desarrolla tolerancia al

malestar y regula la actividad de los sistemas afectivo-motivacionales (Linehan & Korslund, 2004 citado en Reyes & Tena, 2016).

Resultan efectivas para regular las emociones, pueden usarse para cambiar las emociones o disminuir su intensidad, a la vez permiten desarrollar flexibilidad y ganar libertad de elección en momentos donde las emociones son intensas y abruman con impulsos o urgencias intensas (Reyes & Tena, 2016).

Dichas estrategias requieren de una adecuada identificación y reconocimiento de la experiencia emocional presente, su urgencia o impulso asociado y la consciencia de desear reorientar la experiencia ya sea su duración o su intensidad, en una actividad productiva (Reyes & Tena, 2016).

Para su uso efectivo primero es necesario identificar la emoción experimentada, después, actuar en contra de la urgencia o impulso motivadas por la emoción; en cómo dicha emoción afecta al cuerpo, pensamientos, expresión facial, postura corporal, lo que se dice, entre otros (Leahy, Tirch & Napolitano, 2011 citado en Reyes & Tena, 2016).

En la misma línea se encuentran las estrategias de compromiso, suelen implementarse en momentos de emocionalidad aversiva intensificada y previenen la impulsividad y son efectivas para desarrollar flexibilidad conductual (Reyes & Tena, 2016).

Para algunas personas el experimentar una emoción en particular podría considerarse un reto o meta. En las estrategias de compromiso se incluyen actividades de acciones a corto y largo plazo, con esto se pretende regular tanto estados emocionales como de ánimo o experiencias afectivas negativas y prolongadas (Reyes & Tena, 2016).

Se utilizan para educar sobre lo valioso de las acciones para tolerar situaciones desagradables y promover la experiencia de emociones positivas, se reflexiona sobre las diversas acciones valiosas capaz de realizar alguien en momentos de malestar intenso (Reyes & Tena, 2016).

En modo de conclusión, considerar la Regulación Emocional como un proceso integral, el cual involucra el conocimiento y reconocimiento de las emociones propias y de los demás, el manejo adecuado de las mismas, el uso de estrategias de regulación emocional y el contexto, permitirá su comprensión y a la vez facilitará su ejecución de manera eficaz.

Capítulo IV. Metodología

4.1 Planteamiento y justificación del problema

La psicología es, una ciencia difícil, requiere de un alto compromiso para poder ejercerla. Desafortunadamente la formación profesional de los psicólogos en México encara hoy en día una serie de limitaciones que afectan seriamente la posibilidad de los estudiantes de licenciatura para atender con efectividad la serie de problemas sociales que requieren intervención (Zarzosa, 2015).

Covarrubias (2013) encuentra elementos suficientes para afirmar que en la formación escolar de los psicólogos no hay articulación de la teoría con la práctica, del conocimiento disciplinario con las habilidades profesionales y del saber teórico con el práctico, lo que se traduce en incertidumbre en el desempeño profesional y ambigüedad en la identidad profesional.

En este sentido, el Servicio Social representa una gran oportunidad para descubrir el escenario real de la práctica psicológica. El Servicio Social es una actividad esencial que consolida la formación profesional y fomenta en el estudiante una conciencia de solidaridad con la comunidad, la sociedad y el país, será una oportunidad de cooperación incluyente y de reciprocidad; un espacio de aprendizaje y fuente del saber; permite el reconocimiento y fortalecimiento de conocimientos, habilidades, destrezas y actitudes. El servicio social será un tiempo y lugar, en donde impere y se incentive el desarrollo de la excelencia humana (Dirección General de Orientación y Atención Educativa [DGOAE], 2016).

La realización de Servicio Social tiene como objetivo principal el impulsar el desarrollo profesional y humano del pasante, mediante el compromiso social, activo y solidario en la solución de problemas o necesidades del país, a través de actitudes cívicas, críticas y propositivas en favor de la consolidación de cuadros de excelencia humana, como base para un futuro próspero de la nación.

Un campo de desarrollo profesional es el campo de la salud, donde se pretende contribuir a la mejora de la calidad de vida, a través de la participación en diseños, intervenciones, asesorías, capacitación, etc., al otorgar a la comunidad los beneficios de las competencias adquiridas, saberes, habilidades y actitudes.

Dentro de los escenarios del campo de salud se encuentra el hospitalario, en el cual el estado emocional de los psicólogos en formación se ve afectado debido a las circunstancias que se generan en el ejercicio profesional, tales como: pacientes con enfermedades crónicas y/o terminales, deterioro progresivo de las funciones y capacidades de los pacientes, desgaste emocional en el personal de salud, modificación constante de actividades, defunción de pacientes atendidos, etc.

Como prestadoras de Servicio Social en el Programa de Psicología de Enlace en el C.M.N “20 de Noviembre”, las autoras del presente trabajo detectaron necesidades en el aspecto emocional de los mismos prestadores. En el transcurso de las actividades propias del servicio social se hizo evidente que los prestadores de servicio social no contaban con las estrategias suficientes para sobrellevar las problemáticas de índole emocional presentes en las actividades propias del mismo servicio.

En dicho ambiente, los psicólogos se caracterizan por mantener contacto directo con los usuarios del servicio, desempeñan actividades las cuales requieren de un compromiso personal, habilidades asistenciales, tolerancia a la frustración, competencias emocionales, entre otras. Por esto, la importancia de trabajar a tiempo todos estos aspectos de manera eficaz promoviendo la salud en todas sus formas con el fin de prevenir problemáticas relacionadas a la alta demanda de exigencias presentes en este contexto.

Existen diversas problemáticas de índole no médicos asociados con la estancia en un ambiente hospitalario. De acuerdo a Komfeld (1971), las problemáticas pueden agruparse en cuatro áreas generales.

1. Reacción a Intervenciones médico-quirúrgicas: Hacen referencia al impacto inmediato de la intervención en la personalidad del paciente.
2. Problemas asociados con el ambiente: El ambiente puede tener un papel

determinante para el adecuado funcionamiento de los hospitales, en virtud de que puede potenciar la facilitación y promoción de la recuperación de los pacientes y las actividades de su personal, aunado a la posibilidad de brindar una estancia confortable, segura y bien atendida para los diversos grupos de usuarios (Ortega, 1992).

3. Manifestaciones post-hospitalarias: Estudios longitudinales han descrito diversos efectos que se refieren al impacto que pudo haber tenido la estancia hospitalaria en el paciente y su familia.
4. Reacciones adversas al equipo de trabajo en el ambiente hospitalario: las cuales pueden ocurrir ante la pérdida de un paciente o el nivel de estrés existente en el ambiente. Esto puede detonar problemas mayores como desgaste emocional o en casos más complicados el síndrome de Burnout.

Dentro del último punto se observa la influencia del ambiente hospitalario sobre la capacidad de funcionamiento del personal de trabajo. Por esto, el desarrollo profesional dentro de un escenario hospitalario implica un gran reto y compromiso para el personal, ya que estar a cargo de la salud de las personas puede llevar a un aumento de estrés y a su vez una modificación en el manejo emocional que en casos donde no hay un manejo adecuado, puede llevar a un deterioro en la salud del trabajador. Al conocer y reconocer estrategias de regulación emocional los profesionales de la salud podrán hacer frente a la rutina diaria de trato con enfermos de manera eficiente y facilitará el ejercer sus habilidades y competencias.

4.2 Objetivos

4.2.1 Objetivo general

Implementar un curso-taller dirigido a psicólogos que realizan servicio social en un ambiente hospitalario, y con ello permitir el desarrollo de estrategias de regulación emocional.

4.2.2 Objetivos específicos

- Analizar situaciones de conflicto presentes en el Servicio Social.

- Comprender el proceso de regulación de emociones.
- Analizar estrategias de Regulación Emocional existentes las cuales faciliten el ejercicio profesional de los psicólogos clínicos.
- Aplicar estrategias de Regulación Emocional efectivas ante posibles situaciones de conflicto.

4.3 Tipo de estudio y diseño de Investigación

Es un estudio mixto, el cual representa un conjunto de procesos sistemáticos, empíricos y críticos de investigación e implican la recolección y el análisis de datos cuantitativos y cualitativos, así como su integración y discusión conjunta, para realizar inferencias producto de toda la información recabada (metainferencias) y lograr un mayor entendimiento del fenómeno bajo estudio (Hernández & Mendoza, 2008 citado en Hernández, Fernández, & Baptista, 2014).

Es un diseño anidado o incrustado concurrente de modelo dominante (DIAC). El diseño anidado concurrente recolecta simultáneamente datos cuantitativos y cualitativos. Pero, un método predominante guía el proyecto (puede ser éste cuantitativo o cualitativo). El método que posee menor prioridad es anidado o insertado dentro del que se considera central. Asimismo, un enfoque puede ser enmarcado dentro del otro método. Los datos recolectados por ambos métodos son comparados y/o mezclados en la fase de análisis. Este diseño suele proporcionar una visión más amplia del fenómeno estudiado que si usáramos un solo método (Hernández, Fernández, & Baptista, 2014).

4.4 Contexto/Escenario

Centro Médico Nacional “20 de Noviembre” ISSSTE. En el aula de Psicología Pediátrica de Enlace, ubicada en el área de Hospitalización, quinto piso, sección 1.

4.5 Participantes y muestreo

Es una muestra no probabilística, la cual supone un procedimiento de selección informal, orientado por las características de la investigación, más que por un criterio estadístico de generalización, en las muestras de este tipo, la elección de los sujetos no depende de que todos tengan la misma probabilidad de ser elegidos, sino de la decisión del investigador o grupo de encuestadores (Hernández, Fernández & Baptista, 2003)

La muestra elegida fue por conveniencia. Participaron de manera voluntaria 10 psicólogos en formación que en el momento de la implementación se encontraban realizando servicio social en el Programa “Psicología de la Salud en Pediatría” en el Centro Médico Nacional “20 de Noviembre” ISSSTE.

4.6 Técnica de recolección de datos

La bitácora es un cuaderno en el que se reportan los avances y resultados preliminares de un proyecto de investigación. En ella se detallan las observaciones, ideas y datos de las acciones que se llevan a cabo para el desarrollo de un experimento o de un trabajo de campo, además se muestra como una aplicación instrumental sigue en un orden cronológico, de acuerdo con el avance del proyecto (Hernández, Fernández & Baptista, 2006).

Cuestionario TMMS-24 (Anexo 4), el cual se basa en Trait Meta-Mood Scale (TMMS) del grupo de investigación de Salovey y Mayer. La escala original es una escala de rasgo que evalúa el metaconocimiento de los estados emocionales mediante 48 ítems. Fue el resultado de una revisión sistemática de la literatura sobre los factores esenciales para el funcionamiento emocional y social de las personas. Su multidimensionalidad fue confirmada a través del análisis factorial que evidenció los tres factores teóricamente concebidos: percepción, comprensión y regulación, cuantificados a través del coeficiente Alfa de Cronbach de 0.86, 0.87, 0.82, respectivamente (Salovey, Mayer, Goldman, Turvey & Palfai, 1995).

La versión en español consta de 24 ítems y fue adaptada por Fernández-Berrocal, Extremera y Ramos en 2004, quienes desarrollaron la adaptación y validación de la misma, obteniendo resultados similares de confiabilidad y validez tanto de criterio como de constructo, los resultados fueron tres subescalas con la siguiente fiabilidad: Percepción (0,90), Comprensión (0,90) y Regulación (0,86) (Fernández-Berrocal, Extremera & Ramos, 2004).

La TMMS-24 contiene tres dimensiones claves de la Inteligencia Emocional con 8 ítems cada una de ellas: Percepción emocional, Comprensión emocional y Regulación emocional.

Productos del taller. Los cuales son todas las actividades realizadas por los participantes durante el curso-taller incluidas dentro de su “Manual para participantes” (Anexo 7). Estos permiten obtener mayor información acerca de lo aprendido por los participantes o de la experiencia adquirida.

4.7 Procedimiento

En primera instancia se obtuvo la autorización de la responsable del Programa de servicio social así como del área de Psicología Pediátrica de Enlace, Mtra. Susana Guadalupe Ramírez Sibaja, la cual autorizó la implementación del curso-taller.

Se acordó que dicho curso-taller estaría dirigido a psicólogos en formación que realicen únicamente servicio social y constaría de 10 sesiones, dos sesiones por semana con duración de una hora cada una. Se muestran las cartas descriptivas por sesión (Anexo 1).

Posteriormente, se realizaron modificaciones en los tiempos destinados para cada sesión debido a los acontecimientos ocurridos el 19 de septiembre 2017. Se estableció que la duración de cada sesión sería de 45 minutos, aplicando 2 sesiones por día, 4 sesiones a la semana (Anexo 2).

Al inicio de la fase de implementación, se aplicó el cuestionario TMMS-24 (pre test) de manera grupal (Anexo 4).

A lo largo de las sesiones se implementaron dinámicas grupales (Anexo 6) y actividades acorde a los temas vistos las cuales se presentaron dentro de un Manual para participantes (Anexo 7). Al mismo tiempo, se realizó la recolección de información y datos cualitativos a través de la observación directa, comentarios y participaciones, y la realización de bitácoras por sesión.

Al término de la fase de implementación se prosiguió a la captura y análisis de datos cuantitativos (pre test) y cualitativos (observaciones, bitácoras y productos del curso-taller).

Un mes después de concluido el curso-taller se realizó la aplicación del cuestionario TMMS-24 (pos test) con la finalidad de obtener resultados más confiables. De igual manera, se solicitó a las participantes un comentario general sobre el curso taller (Anexo 5).

Se prosiguió con el análisis de datos cuantitativos (pos test) y cualitativos (comentarios finales de las participantes y productos del taller).

El impacto del curso-taller se evaluó a través de la información recabada a través de ambas aplicaciones del cuestionario TMMS-24 (pre test y pos test) en conjunto con la información cualitativa obtenida (observaciones directas, bitácoras, comentarios de las participantes y productos del taller).

Capítulo V. Resultados y análisis de datos

Este capítulo tiene la finalidad de mostrar los resultados obtenidos a lo largo de la implementación del curso-taller.

Se dividen en dos, en primera instancia se muestran los resultados obtenidos a través de la aplicación del pre-test y post-test a cada participante en relación a la capacidad percibida para su regulación emocional. Por otro lado los resultados cualitativos obtenidos a través de las bitácoras, observaciones y productos del taller, en relación a la percepción de los participantes a lo largo de las sesiones sobre el efecto de la regulación emocional y el uso eficaz de estrategias que favorezcan la misma dentro de su desarrollo profesional.

Para fines del presente trabajo y motivos de confidencialidad los participantes se muestran de la siguiente manera: “P1”, “P2”, “P3”, “P4”, “P5”, “P6”, “P7”, “P8”, “P9”, “P10”.

Tabla 2.

Registro de asistencia

Participantes	Sesiones del curso-taller									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
P1										
P2										
P3										
P4										
P5										
P6										
P7										
P8										
P9										
P10										

Se presenta el registro de asistencia de las 10 participantes, con la finalidad de remarcar aquellas que se tomaron en consideración para el análisis de datos.

Cabe señalar que las participantes P5 y P8 no se tomaron en consideración debido al número de inasistencias.

5.1 Resultados cuantitativos

Puntajes de Pre-test y Post-test

Para la evaluación cuantitativa del curso-taller se aplicó la escala denominada TMMS-24, la cual contiene tres dimensiones claves de la Inteligencia Emocional con 8 ítems cada una de ellas: Percepción emocional, Comprensión emocional y Regulación emocional. En la tabla 3 se muestran los tres componentes.

Tabla 3

Componentes de IE

Componente	Definición
Percepción	Capacidad de sentir y expresar las emociones de forma adecuada.
Comprensión	Capacidad de comprender bien los estados emocionales propios
Regulación	Capacidad de regular los estados emocionales correctamente

Evaluación

Para obtener el resultado de cada una de las dimensiones, se suman los ítems del 1 al 8 para el factor percepción, los ítems de 9 al 16 para el factor de comprensión y los ítems del 17 al 24 para el factor regulación. Luego se comparan los resultados con cada una de las tablas presentadas a continuación. Se muestran los cortes para hombres y mujeres, pues existen diferencias en las puntuaciones para cada uno de ellos.

	Puntuaciones <i>Hombres</i>	Puntuaciones <i>Mujeres</i>
Percepción	Debe mejorar su percepción: presta poca atención <21	Debe mejorar su percepción: presta poca atención <24
	Adecuada percepción 22 a 32	Adecuada percepción 25 a 35
	Debe mejorar su percepción: presta demasiada atención >33	Debe mejorar su percepción: presta demasiada atención >36

	Puntuaciones <i>Hombres</i>	Puntuaciones <i>Mujeres</i>
Compresión	Debe mejorar su comprensión: <25	Debe mejorar su comprensión <23
	Adecuada comprensión 26 a 35	Adecuada comprensión 24 a 34
	Excelente comprensión >36	Excelente comprensión >35

	Puntuaciones <i>Hombres</i>	Puntuaciones <i>Mujeres</i>
Regulación	Debe mejorar su regulación <23	Debe mejorar su regulación <23
	Adecuada regulación 24 a 35	Adecuada regulación 24 a 34
	Excelente regulación >36	Excelente regulación >35

Interpretación

Se aplicó la escala TMMS-24, antes y después de la implementación del curso-taller con la finalidad de corroborar los resultados con las observaciones y anotaciones realizadas a lo largo de las 10 sesiones.

Se realizó un análisis a nivel descriptivo, del cual se despliegan gráficas en relación al porcentaje de participantes ubicados en cada una de las dimensiones de Inteligencia Emocional (Figura 7).

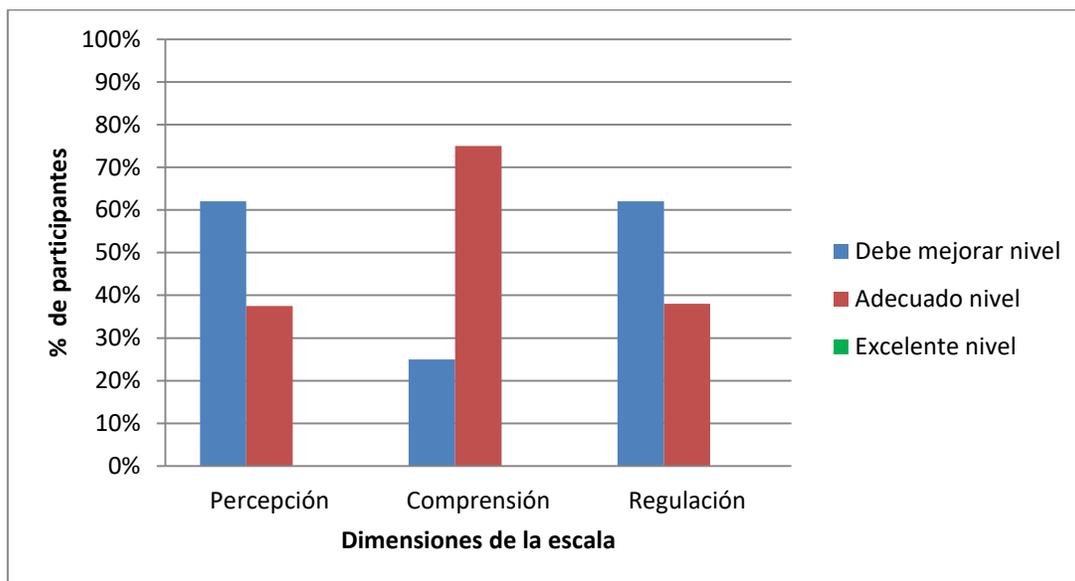


Figura 7. Resultados del Pre-test

En relación a las tres dimensiones que mide la escala se observa que antes del curso-taller la mayoría de participantes poseían una menor capacidad para sentir y expresar sus emociones correctamente así como para regularlas, sin embargo se observa una diferencia en la capacidad de comprender las emociones que presentan.

Cabe remarcar que ningún participante poseía un nivel excelente en ninguna de las tres dimensiones.

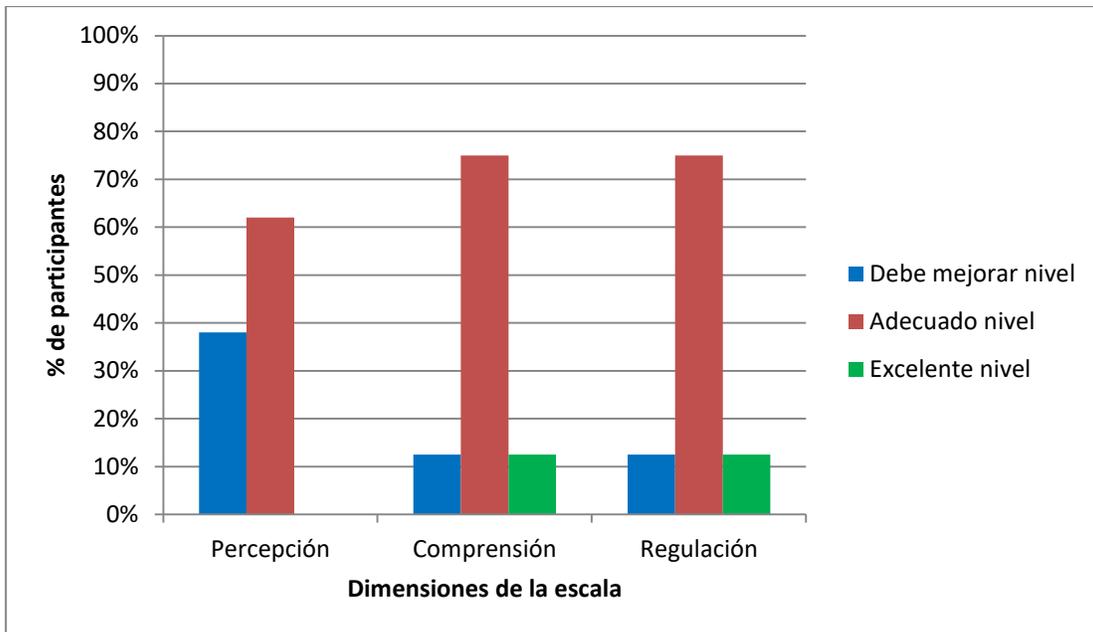


Figura 8. Resultados de Pos-test

En relación a las tres dimensiones que mide la escala se observa que posterior a la implementación del curso-taller la mayoría de las participantes logran aumentar de manera significativa el nivel adecuado de comprensión de las emociones y de regulación emocional. Así mismo, se muestra 1 de 8 participantes logró alcanzar un nivel excelente para la comprensión y regulación emocional.

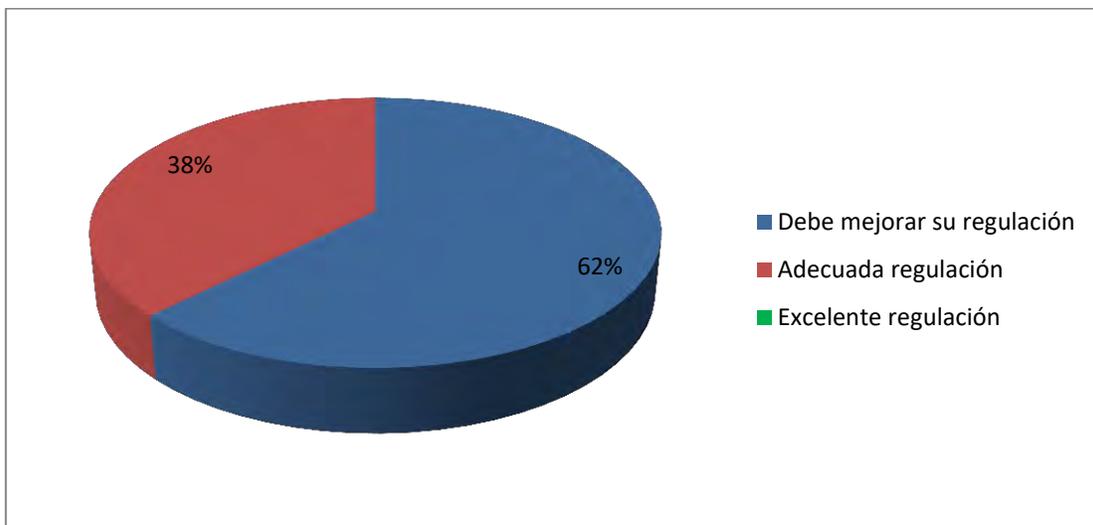


Figura 9. Nivel de Regulación Emocional en Pre test

Dentro de la dimensión Regulación Emocional se observa un mayor porcentaje de participantes con un nivel de regulación emocional bajo (5 de 8 participantes), lo cual refiere una necesidad de mejorar su capacidad. Resulta importante señalar que ningún participante presentó un nivel excelente de regulación emocional al inicio de las sesiones.

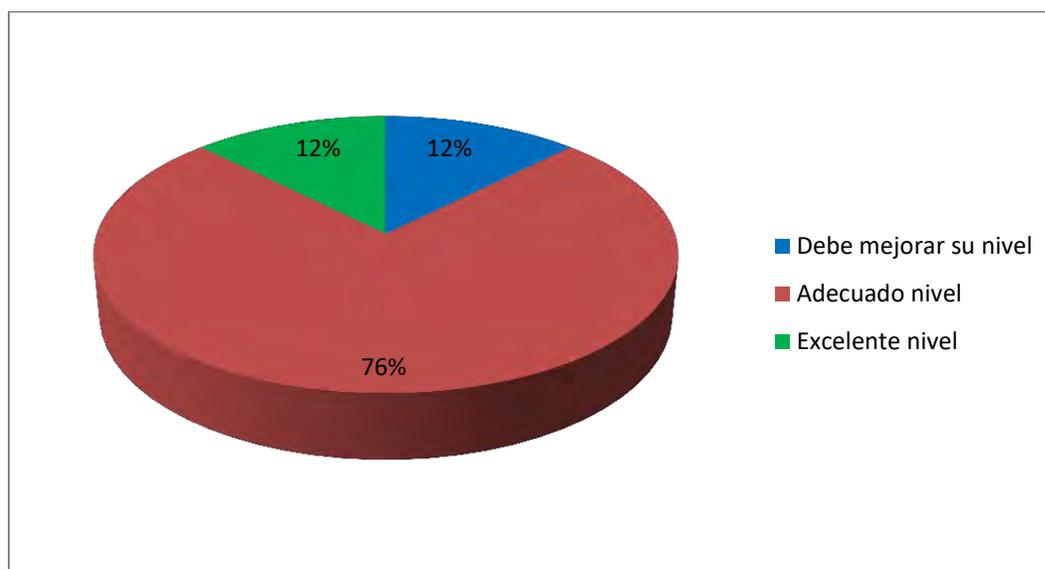


Figura 10. Nivel de Regulación Emocional en Pos test

Posterior a la implementación del curso-taller se observa dentro de la dimensión Regulación Emocional un mayor porcentaje de participantes con un nivel adecuado de regulación (6 de 8 participantes), lo cual representa una mejoría significativa en la capacidad de regular las emociones propias, por consiguiente la necesidad de mejorar su capacidad disminuyó. Aunado a esto se presentan participantes con un nivel excelente de regulación (1 de 8 participantes), lo cual nos refiere cambios positivos, posterior a la implementación.

5.2 Análisis Cuantitativo

Para el análisis cuantitativo de los resultados obtenidos en la escala TMMS-24 se toman en consideración las gráficas comparativas del Pre test y Pos test de cada dimensión. Con lo cual se pretende analizar a nivel descriptivo el número de participantes que presentó mejoría en cada una de ellas. Para fines del presente trabajo se brinda mayor énfasis a la dimensión Regulación Emocional.

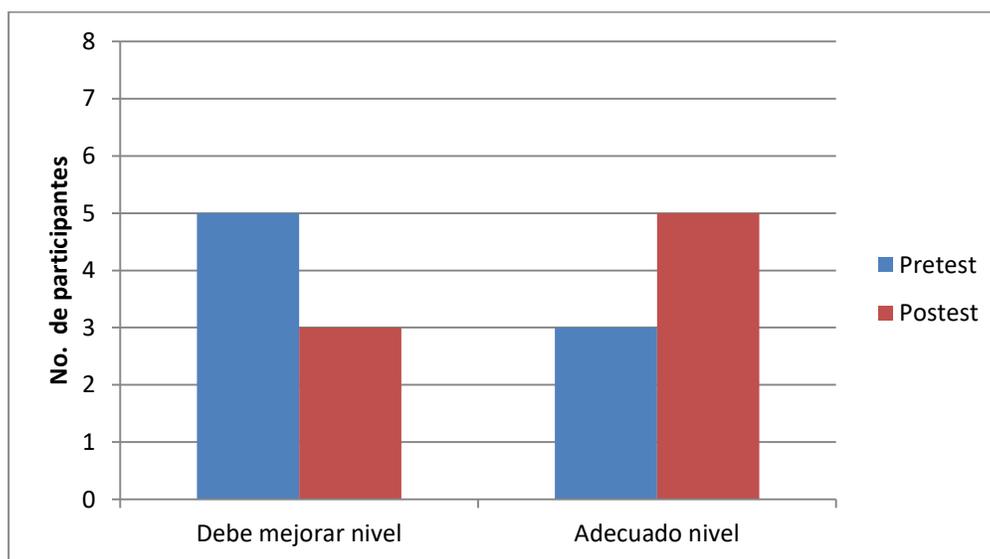


Figura 11. Comparación en la Dimensión Percepción

Se observa la comparación en la dimensión Percepción. Antes de la implementación del curso-taller la mayoría de participantes (5 de 8) se ubicaban en el nivel de necesidad de mejorar su percepción. Posterior a la implementación se observa una disminución en dicha necesidad, presentando un adecuado nivel de percepción 5 de 8 participantes. Esto refiere que el curso-taller representó un medio para adquirir nuevas habilidades emocionales y fomentar la mejora en la capacidad de cada participante para sentir y expresar sus emociones de forma adecuada.

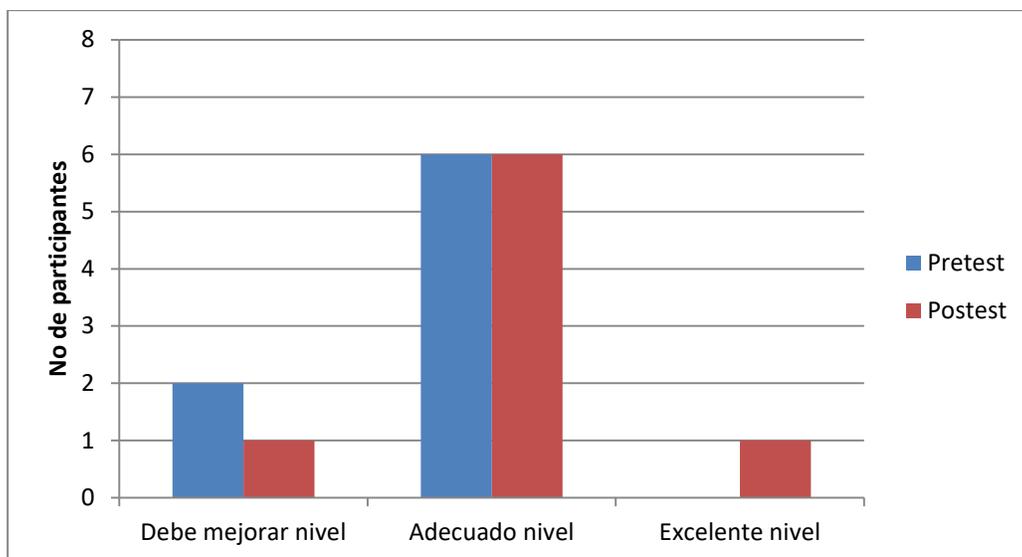


Figura 12. Comparación en la Dimensión Comprensión.

Los datos obtenidos muestran que el nivel adecuado para comprender los estados emocionales logró mantenerse a través de las sesiones. De igual manera 1 de 8 participantes presentó mejoría posterior al curso-taller ubicándose en un nivel excelente para comprender adecuadamente sus estados emocionales.

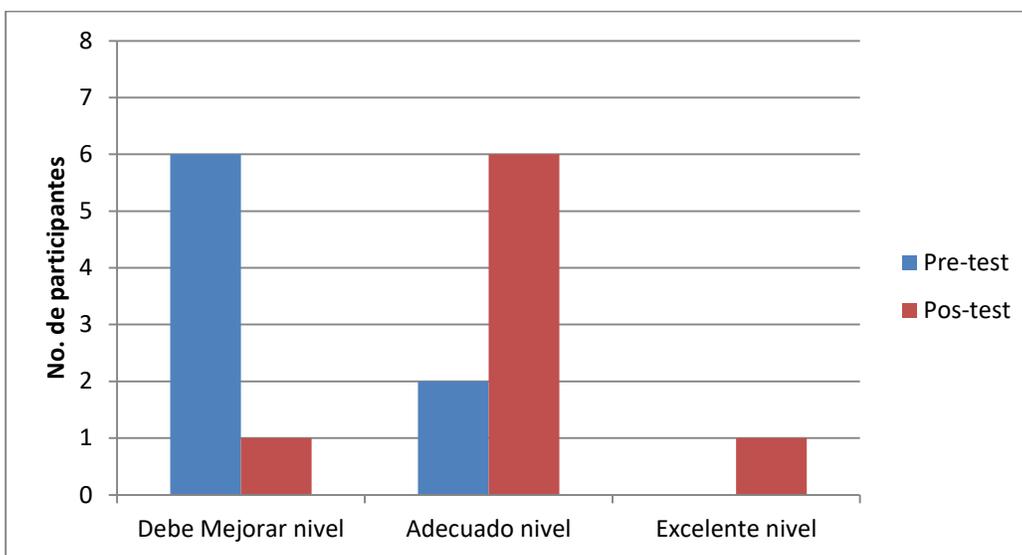


Figura 13. Comparación en la Dimensión Regulación Emocional.

Al comparar las aplicaciones (pre y pos test) dentro de la dimensión de Regulación emocional se observa una disminución en el nivel de necesidad de

mejora, lo cual es equiparable con los resultados obtenidos dentro del nivel adecuado de regulación donde se muestra un aumento e incluso se presentan niveles excelentes de regulación emocional. Lo anterior, refiere que las participantes lograron mejorar su capacidad de regular emociones a lo largo de las sesiones hasta conseguir niveles adecuados y/o excelentes.

5.3 Resultados cualitativos de las sesiones

- Sesión 1. Presentación del curso-taller

Durante esta sesión se da a conocer el objetivo general, los temas a desarrollar la justificación del curso-taller. Así mismo, se establecieron reglas y acuerdos de convivencia. Durante la justificación las participantes mencionaron que en algún momento del servicio han percibido puntos semejantes a los aludidos en la justificación.

Posteriormente las participantes reportaron sus expectativas de manera escrita y verbal, con el apoyo del temario se llegó a un consenso sobre lo que se trabajaría durante el curso-taller, reportaron que los temas les parecían interesantes y acordes a las necesidades presentes en el servicio social.

Al término de la sesión se realizó una dinámica para generar integración grupal con lo cual las participantes se mostraron cooperadoras promoviendo un ambiente de trabajo agradable, se indagó cómo se sentían y qué pensaban de realizar la dinámica y comentaron que les parecía oportuno el tipo de dinámica puesto que se observaba división en el equipo de trabajo.

- Sesión 2. Rol del psicólogo en un ambiente hospitalario

Debido a los acontecimientos ocurridos el 19 de septiembre del 2017 se encontró la necesidad de realizar modificaciones en cuanto a tiempos de las sesiones del curso taller por lo cual se comunicó con las participantes, llegando a un consenso. Se acordó que por cuestión de tiempo y espacio se llevarían a cabo 4 sesiones por semana con duración de 45 minutos cada una. Al estar de acuerdo

se dio inicio de manera formal al curso-taller.

En esta sesión se trabajó principalmente conceptos básicos sobre salud y psicología para poder abordar y entender con mayor claridad el rol del psicólogo en un ambiente hospitalario, identificando sus funciones y resaltando la importancia del mismo en dicho contexto. En esta primera parte las participantes se mostraron cooperadoras reconociendo los conceptos lo cual favoreció el desarrollo de la sesión y de los siguientes temas previstos.

Posteriormente se habló sobre la inclusión de la Psicología de salud, explicando su función dentro de un hospital así como la importancia de la misma. Al término de este tema se llevó a cabo una actividad en donde las participantes indicaron en un esquema los principales factores de riesgo dentro de un ambiente hospitalario.

Tabla 4.

Factores de riesgo en un ambiente hospitalario

Factores de riesgo	No. Participantes
Desgaste emocional	8
Relación con otros profesionales	5
Instalaciones inadecuadas	4
Falta de personal para la atención	3
Tipo de población	1
Demandas de los pacientes y familiares	1
Infecciones y enfermedades	0

Las participantes reportaron una serie de factores de riesgo identificados en el ambiente donde desempeñan su servicio social, dichos factores de riesgo

coincidieron con los mencionados en la literatura.

Al continuar con el último tema previsto para esta sesión se abordaron las distintas funciones del psicólogo dentro de un ambiente hospitalario, en el cual todas las participantes lograron identificar estas funciones sin ningún problema debido a que son las actividades que han ido realizando a lo largo de su servicio social.

Como última actividad se realizaron una serie de preguntas las cuales sirvieron para consolidar la información brindada y entrelazarla con la perspectiva de lo que representa el servicio social para cada una de ellas.

- Sesión 3. Conciencia Emocional

Para esta sesión se planeó iniciar con una dinámica llamada “Bazar de emociones” cuyo objetivo es enfatizar la importancia de todas las emociones dentro de la experiencia diaria. Pero, debido a cuestiones de tiempo no se logró llevar a cabo.

Se inició resaltando la importancia de las emociones así como su justificación. Se brindaron diversas definiciones de emoción y se dio la instrucción de formar de manera conjunta una definición general. Las participantes reportaron conocer ciertos aspectos del concepto de emoción, sin embargo, mencionaron sentirse más seguras al formar en conjunto con las demás compañeras una definición general. Lo anterior permitió dirigir la sesión en la misma línea.

Posteriormente, se realizaron preguntas para identificar cuántas y cuáles emociones conocían, así como su función.

Tabla 5.

Actividad “¿Cuántas y cuáles emociones conocen?”

Participantes	¿Cuántas emociones conoces?	¿Cuáles emociones conoces?	¿Para qué sirven?
P1	6	Alegría, miedo, tristeza, enojo, asco y sorpresa	—
P2	6	Miedo, tristeza, enojo, asco, sorpresa y alegría	—
P3	5	Tristeza, alegría, enojo, sorpresa, miedo y desagrado	—
P4	6	Alegría, tristeza, sorpresa, asco, miedo y enojo	—
P5	6	Miedo, enojo, angustia, frustración, alegría, apatía y disgusto	—
P6	7	Alegría, miedo, enojo, asco, sorpresa, tristeza y vergüenza	—
P7	5	Alegría, disgusto, tristeza, miedo y enojo	—
P8	6	Miedo, enojo, alegría, vergüenza, tristeza y frustración	Sirven para dar respuesta al contexto y lograr sobrevivir en sociedad

Como conclusión de la sesión se observaron ciertas dudas en las participantes con relación a las funciones que desempeñan las emociones, en específico en diferenciar qué tipo de función tienen en determinado momento. Debido a lo anterior se brindaron ejemplos para clarificar las diferentes funciones que cumplen las emociones (adaptativas, sociales y motivacionales).

- Sesión 4. Inteligencia Emocional (IE)

Para dar inicio se realizó la presentación de un vídeo con el fin de ejemplificar el tema a trabajar (Inteligencia Emocional), durante la proyección del

mismo algunas participantes reportaron conocerlo y comentaron que lo consideraban entretenido y fácil de entender.

Al exponer el tema de la sesión las participantes mostraron interés a través de la participación activa, se resolvieron dudas y las participantes aportaron ejemplos para su mejor comprensión.

Posteriormente se realizó una actividad para reforzar el tema visto a través de un caso, las participantes mencionaron sentir diversas emociones al leer y escuchar el caso (enojo, tristeza, frustración, etc.). En modo de afianzar el tema las participantes compartieron verbalmente cómo actuarían para resolver el problema planteado, haciendo uso de los puntos trabajados durante la sesión.

Las participantes reportaron el uso del Modelo de Inteligencia Emocional de Goleman para la resolución de problema planteado, a través del uso de las competencias que plantea el Modelo las participantes mencionaron que podrían hacer frente a la problemática emocionalmente y resolverla.

- Sesión 5. Regulación Emocional (RE)

En esta sesión se abordó la relación entre Inteligencia Emocional y Regulación Emocional. Se brindó la introducción del tema explicando definición y autores principales. Las participantes se mostraron interesadas en el tema y reportaron conocer a grandes rasgos lo que representa la Regulación Emocional.

Al hablar sobre los tipos de respuestas (fisiológicas, conductuales y cognitivas) de las emociones, las participantes fueron cooperadoras, mencionando que la mayoría conocía los tipos de respuestas y les resultaban fáciles de identificar en ellas mismas.

Con el subtema de los Modelos de Regulación Emocional algunas participantes se observaron confundidas, reportaron no conocer la mayoría de Modelos, por lo cual se brindó mayor información y se ejemplificaron los mismos. Al término de la explicación las participantes mencionaron tener mayor claridad

sobre los Modelos e incluso mostraron interés en indagar más a fondo sobre algunos.

Para el cierre de la sesión se realizó una actividad para identificar el valor que le dan a la Regulación Emocional. Las participantes cooperaron de manera activa, mencionando lo que consideraban más importante y el porqué.

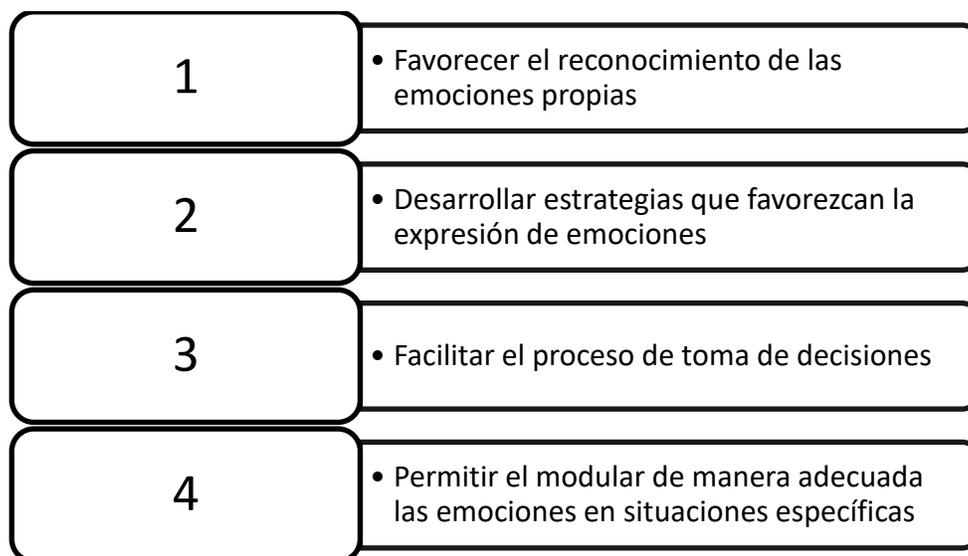


Figura 14. Orden de importancia dada a la Regulación Emocional por los participantes.

En la actividad se muestra lo que cada participante considera más importante de la Regulación Emocional. 4 de 8 participantes consideraron que lo más importante de la Regulación Emocional es que favorece el reconocimiento de las emociones propias. En segundo lugar se encontró la capacidad de desarrollar estrategias que favorezcan la expresión, siendo elegida por 2 de 8 participantes. En tercer lugar se encontraron la capacidad de facilitar el proceso de toma de decisiones y el permitir modular adecuadamente las emociones en situaciones específicas siendo elegidas por 1 de 8 participantes respectivamente.

- Sesión 6. Modelo de estrategias de Regulación Emocional de Gross y Thompson

Al inicio de la sesión se realizó un repaso de las últimas cuatro sesiones con el fin de resolver posibles dudas y favorecer el entendimiento del tema previsto para esta sesión.

Se inició explicando el Modelo de Estrategias de Regulación Emocional de Gross y Thompson y posteriormente se ejemplificó cada uno de los 5 procesos que comprende. Las participantes mostraron interés y comentaron comprender dicho modelo sin ninguna dificultad.

Con el fin de reforzar el tema visto se realizó una actividad de relación de columnas. Las participantes trabajaron activamente y mostraron comprensión del modelo de Gross y Thompson.

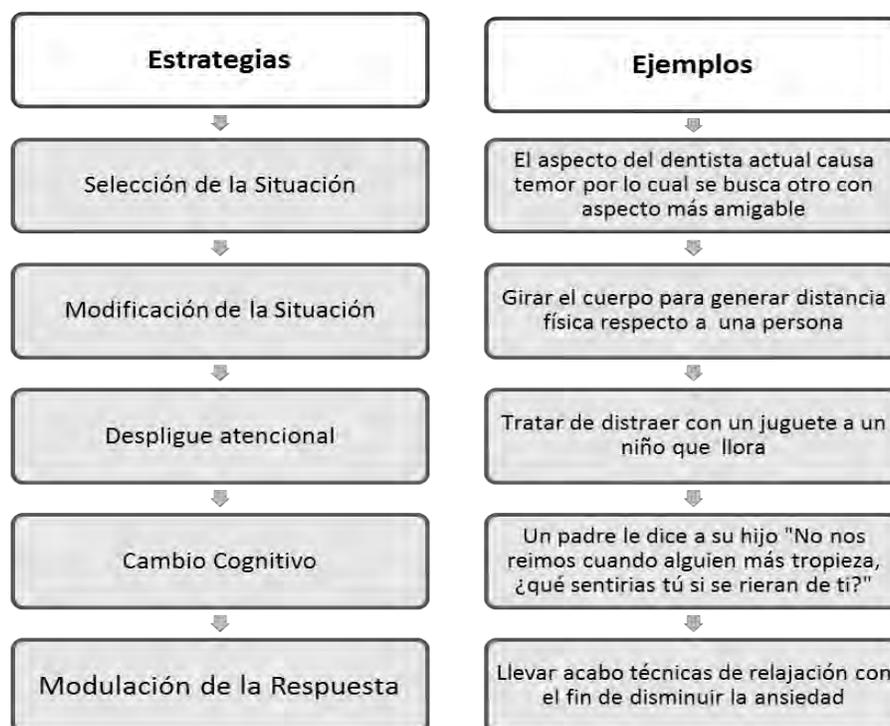


Figura 15. Relación de columnas del Modelo de Gross y Thompson con ejemplos.

Se muestra la actividad planteada para identificar las 5 estrategias propuestas en el Modelo de Gross y Thompson. Se brindaron 5 ejemplos y las

participantes relacionaron cada ejemplo con la estrategia correcta.

Se resolvieron dudas sobre la actividad y el Modelo, con lo cual las participantes restantes reportaron mejor comprensión del mismo.

- Sesión 7. Estrategias de Regulación Emocional

Esta sesión funcionó para dar continuidad a la sesión anterior, se brindó la definición de estrategias de afrontamiento, haciendo énfasis en las estrategias de regulación y su clasificación.

Al término de la introducción se realizó una actividad la cual consistía en identificar las estrategias por su definición, ubicarlas según su clasificación (efectiva o inefectiva) y colocarlas dentro del modelo de estrategias de Regulación Emocional de Gross y Thompson visto la sesión 6. Esto, con el fin conjuntar el Modelo de Regulación Emocional con las estrategias y facilitar su uso en distintas situaciones.

Durante la actividad las participantes mostraron una actitud proactiva; participando, brindando sus opiniones y debatiendo sobre la clasificación. Con esto se logró integrar un modelo de Regulación Emocional con estrategias que facilitaran su uso para eventos próximos. La actividad permitió crear un ambiente de trabajo agradable gracias a la actitud que mostraron las participantes.

Esta actividad requirió tiempo de dedicación, sin embargo, las participantes reportaron no sentirse cansadas de la misma. Mencionaron que la actividad les permitió y facilitó entender la importancia del Modelo, el conocimiento de las estrategias y su posible aplicación dentro de las actividades del servicio social. De manera general, las participantes reportaron, hacer en mayor proporción uso en primera instancia de estrategias de regulación emocional inefectivas para las situaciones de conflicto que han presentado en el servicio social.

- Sesión 8. Llevar a la práctica

Esta sesión se centró en poner en práctica lo aprendido en relación a la Regulación emocional, Modelo de Gross y Thompson y las estrategias de regulación emocional efectiva e inefectiva. Se brindaron las instrucciones para realizar las actividades (3 situaciones posibles de enfrentar en el servicio social) (Anexo 7). La actividad consistía en leer las situaciones planteadas, identificar las emociones que desencadenaban cada situación y las estrategias para regular dichas emociones. Las participantes se mostraron con incertidumbre y preocupadas debido a las dificultades que podrían representar los casos planteados a resolver.

Tabla 6.

Actividad “Llevar a la práctica”.

	¿Cómo se sintieron?	Estrategias utilizadas
Situación 1	<ul style="list-style-type: none"> • Tristeza • Frustración • Sorpresa • Desesperanza • Temor • Enojo • Precaución • Incertidumbre • Angustia • Impotencia • Compasión 	<ul style="list-style-type: none"> • Concentración • Seguridad y control • Aceptación radical • Monitoreo • Posposición de la preocupación • Acción opuesta • Conciencia plena • Cambio cognitivo • Rechazo y supresión
Situación 2	<ul style="list-style-type: none"> • Tristeza • Enojo • Sorpresa • Miedo • Angustia • Incertidumbre • Frustración • Desesperanza 	<ul style="list-style-type: none"> • Aceptación radical • Catarsis • Evitación de situaciones desagradables • Modulación de la respuesta • Conciencia plena • Distracción • Monitoreo • Rechazo y supresión • Inhibición de la respuesta emocional • Cambio cognitivo • Posposición de la preocupación • Concentración • Modificación de la situación • Despliegue atencional
Situación 3	<ul style="list-style-type: none"> • Tristeza • Angustia • Frustración • Preocupación • Desconcierto • Enojo • Desesperación • Miedo • Sorpresa 	<ul style="list-style-type: none"> • Modificación de la situación • Despliegue atencional • Defusión cognitiva • Conciencia plena • Seguridad y control • Inhibición de la respuesta emocional • Acción opuesta • Cambio cognitivo • Concentración • Rumiación • Preocupación

En la actividad planteada para la sesión 8 las participantes emplearon lo aprendido hasta el momento, identificaron cómo se sentían con la situación planteada (emociones presentes) y qué estrategias de regulación emocional emplearían para poder regular dichas emociones presentes.

Las participantes reportaron mayor dificultad para resolver el caso 1, mencionaron dificultades para identificar las emociones que generaba dicha situación.

De manera general, las participantes mencionaron que presentaron mayor dificultad en el aspecto de identificar las emociones que les causan las situaciones planteadas.

- Sesión 9. Vivencial

Siguiendo el desarrollo establecido para ésta sesión era necesario el testimonio de la Psicóloga Susana Ramírez, sin embargo, por razones ajenas a las facilitadoras no se contó con su participación por lo cual se prosiguió con la proyección de un vídeo para ejemplificar la importancia de la empatía dentro del contexto en el que se encuentran realizando servicio social las participantes. Reportaron sentirse felices por darse cuenta lo valiosa que es su aportación como psicólogas, de igual manera mencionaron sentir tristeza por la falta de psicoeducación que recibe el demás personal de salud en relación al tema de la empatía sobre todo dirigido a los pacientes.

En general, la sesión 9 estuvo dedicada a generar conciencia sobre el valor que tiene la labor que desempeñan cada día en el hospital. Esto se vio reflejado a través de los comentarios de cada una de las participantes sobre su experiencia en el servicio social.

- Sesión 10. Cierre

Esta última sesión permitió agradecer a todas las participantes su compromiso y dedicación para la implementación de este curso-taller, así como conocer si sus expectativas habían sido cubiertas y si no fuese así compartirlas para poder realizar mejoras para futuras aplicaciones.

Posteriormente se realizó una dinámica llamada “Circulo virtuoso” (Anexo 6) cuyo objetivo fue valorar las cualidades y aspectos positivos que poseen las participantes, identificar lo gratificante que es dar y recibir elogios y que cada integrante pueda reconocer sus aspectos positivos.

Se otorgó a cada participante una serie de post-its en los cuales debían escribir una cualidad/aspecto positivo de cada uno de los demás participantes, posteriormente de manera anónima pegaran en la espalda de cada compañera aquella cualidad que escribieron.

Al término de la dinámica se brindó el espacio para que cada participante compartiera los elogios recibidos, reportando que la dinámica permitió centrarse en aspectos positivos de las compañeras con las que conviven a diario y dejar de lado las posibles diferencias que existen dentro del equipo, de igual manera las participantes reportaron haber recibido cualidades que no habían percibido en sí mismas lo cual les resultaba gratificante. Lo anterior tuvo el fin de generar conciencia en las participantes sobre la importancia de prestar atención en los aspectos positivos que posee cada una así como las de las demás.

Con esta última actividad se concluyó el curso-taller, remarcando la relevancia del papel de los psicólogos clínicos dentro de los contextos hospitalarios así como la importancia de contar con estrategias que permitan la regulación emocional con el fin de brindar una atención psicológica óptima e integral.

Al término del curso-taller se solicitó a las participantes realizaran una reflexión final sobre el curso, en la cual plasmaran respuestas a las siguientes preguntas: ¿Qué les pareció el curso-taller?, ¿Qué sabía antes sobre el tema?, ¿Qué aprendí?, ¿Qué cambiarían o mejorarían? (Anexo 5). Las respuestas se

muestran de manera general a continuación.

El curso-taller resultó ser de gran ayuda para las participantes según los reportes de cada una. Comentaron que los contenidos trabajados eran acertados para el contexto donde se encontraban, así como acordes a las actividades desempeñadas y para su práctica diaria como psicólogas clínicas.

En relación a los conocimientos previos sobre los contenidos, se reportó que conocían sobre el tema de Regulación Emocional de manera general, pero no mucho sobre estrategias que favorecen la Regulación Emocional.

Se reportó que los contenidos de las sesiones 6 “Modelo de Estrategias de RE de Gross y Thompson” y 7 “Estrategias de Regulación Emocional”, fueron los de mayor importancia y relevancia para ellas, pues en su mayoría desconocían el funcionamiento de cada una de las estrategias brindadas, adquiriendo así un mayor aprendizaje para su comprensión y expresión en alguna situación capaz de presentarse en el contexto.

5.4 Análisis cualitativo

Para el desarrollo del curso-taller fue importante en primera instancia generar un ambiente de confianza y apoyo por lo cual se inició resolviendo dudas, estableciendo reglas de convivencia entre todas y precisando que este espacio era para ellas y todo lo comentado dentro de las sesiones se reportaría de manera confidencial y sólo para fines de la presente investigación.

Con la finalidad de generar cohesión grupal se promovió que las participantes se conocieran de manera amistosa y comprometida, para así, conseguir mayor eficacia y efectividad, desarrollando toda su capacidad. Puesto que la cohesión grupal es entendida como “un proceso dinámico que se refleja en la tendencia del grupo a mantenerse y permanecer unido en la búsqueda de sus objetivos instrumentales y/o para la satisfacción de las necesidades afectivas de los miembros” (Carron, Brawley & Widmeyer, 1998 citado en López & Frutos, 2011, p.

298). Siendo lo anterior un factor importante para que a mayor cohesión, mayor satisfacción, comunicación y productividad.

Durante el curso-taller se contó con el apoyo de un manual de actividades el cual tenía como fin propiciar la reflexión escrita y verbal así como el reforzamiento de los temas a través de las actividades. Esta herramienta facilitó la identificación de pensamientos e ideas relacionadas al tema a trabajar. Resultó una herramienta cómoda de utilizar y con mayor claridad para la secuencia de temas y actividades. La reflexión escrita favoreció la expresión y colaboración de las participantes, lo cual resulta un aspecto fundamental para la retroalimentación y el aprendizaje de la información.

A lo largo de las sesiones se realizaron exposiciones sobre los temas planteados; rol del psicólogo en un ambiente hospitalario, componentes de la emoción, inteligencia emocional, el proceso de la regulación emocional y sus estrategias. Resultó fundamental implementar técnicas de reflexión a lo largo de las exposiciones con el fin de enriquecer la discusión sobre los temas, fomentar la escucha y participación activa. Estas técnicas de reflexión permitieron dar valor a las experiencias, sosteniendo que toda experiencia puede ser traducida a conocimiento, permitiendo aprender a modificar los propios esquemas cognitivos y emocionales a partir del encuentro con los otros. Generando así un proceso de introspección sobre ciertos aspectos o situaciones que sucedieron dentro del servicio social.

Un ejemplo de las técnicas de reflexión utilizadas fueron las simulaciones situadas, a través de la cual las participantes se involucran colaborativamente en la resolución de problemas simulados o casos tomados de la vida real (casos reales del servicio social) con la intención de que desarrollen el tipo de razonamiento y los modelos mentales de ideas y conceptos importantes (Díaz, 2003) para la resolución de dichas problemáticas simuladas y a su vez se favorezca su aplicación en situaciones reales.

Un ejemplo más es el aprendizaje in situ, el cual según Díaz (2003) se basa en el modelo contemporáneo de cognición situada, que toma la forma de un aprendizaje cognitivo, donde se busca desarrollar habilidades y conocimientos propios de la profesión (psicólogos), así como la participación en la solución de problemas sociales o de la comunidad de pertenencia (servicio social en un ambiente hospitalario). Lo relevante de ésta técnica es que enfatiza la utilidad o funcionalidad de lo aprendido y el aprendizaje en escenarios reales.

Parte del curso-taller se enfocó en el aspecto vivencial, el cual se dio a través del análisis de diversas experiencias con carga emocional que las participantes han experimentado durante su estancia en el servicio social. Se reportaron mayores experiencias emocionales relacionadas al trabajo directo con los padres de familia de los pacientes atendidos. Durante la realización de actividades dirigidas a la resolución de conflictos posibles de enfrentar dentro del servicio social las participantes mostraron interés y cooperación para las mismas. Es así, que se solicitó discutir y analizar diversas situaciones posibles de experimentar durante el servicio social, remarcando la importancia de identificar las emociones presentes y las estrategias de regulación emocional utilizadas. Dentro de este punto se identificó que la mayoría de participantes no presentó dificultad en implementar estrategias de regulación emocional, sin embargo, en la identificación de emociones se observó mayor dificultad, las participantes reportaron que dicha dificultad se relacionaba con el factor de la empatía, ya que durante la atención psicológica les resulta más pertinente no pensar a detalle en las emociones que les provocan las situaciones experimentadas dentro del servicio social para así evitar involucrarse más con los pacientes. (Tabla7).

Tabla 7.

Uso de las estrategias de RE

Estrategia de RE	Número de veces utilizada
Acción Opuesta	7
Aceptación Radical	6
Cambio Cognitivo	5
Catarsis	6
Concentración	9
Conciencia Plena	6
Defusión Cognitiva	1
Despliegue Atención	2
Distracción	5
Evitación	1
Inhibición de la Respuesta Emocional	5
Modificación de la Situación	2
Monitoreo	6
Posposición de la Rumiación y Preocupación	2
Preocupación	1
Rechazo y supresión expresiva	2
Rumiación	1
Seguridad y Control	11
Tomar de forma Literal los propios pensamientos y emociones	6

En la tabla 7 se muestra el número de veces que fueron elegidas las estrategias por todas las participantes. Tomando como referencia las mencionadas para la resolución de la actividad de la sesión 8.

Con el apoyo de la figura anterior se observa que las participantes hicieron uso de la mayoría de las estrategias de regulación emocional brindadas a lo largo de las sesiones. Se registra un mayor uso de las estrategias de Seguridad y Control, Concentración y Acción Opuesta.

Las participantes reportaron que en primera instancia emplearían la estrategia de Seguridad y Control ya que ésta les permite que antes de exponerse a una situación ellas empleen diversos recursos para analizar la situación y esto permita un sentimiento de control y seguridad de la misma antes de la exposición; un ejemplo de esto dentro de las situaciones planteadas es contar con un espacio

adecuado para brindar la atención (escritorio, recursos materiales suficientes, etc.), contar con el expediente del paciente a atender para estudiarlo con anterioridad, identificar motivo de consulta así como información relevante en la interconsulta, y poder brindar la atención en compañía de alguna compañera con igual o mayor conocimiento de la dinámica de atención a los derechohabientes. Todo lo anterior con la finalidad de brindarles mayor conocimiento del caso a trabajar y a su vez esto favorezca su seguridad como responsables de la atención. Esto representa el uso de una estrategia de regulación emocional no patológica, puesto que no evita la exposición total y, por lo tanto, la habituación a las situaciones (Clark, 2001 citado en Reyes & Tena, 2016). Las estrategias de seguridad y control resultan eficaces en ambientes con ritmos de trabajo acelerado y donde la necesidad de orden, control y seguridad impera.

Como segunda y tercera opción de mayor uso se identificaron las estrategias de Concentración y Acción Opuesta las cuales se definen como estrategias de regulación emocional efectivas, las participantes reportaron que seguido de la estrategia de seguridad y control emplearían dichas estrategias puesto permiten enfocar su atención a aspectos relevantes de la situación a enfrentar, separando el impacto emocional que pudieran causar en ellas dichas situaciones.

Las estrategias de Acción opuesta resultan sorprendentemente efectivas para regular las emociones. Dicha estrategia puede emplearse para cambiar emociones o disminuir su intensidad, a la vez es un gran ejercicio para desarrollar flexibilidad y ganar libertad de elección en momentos donde las emociones son intensas y abruman con impulsos o urgencias intensas (Reyes, 2013).

Las estrategias de acción opuesta requieren primero identificar la emoción que se está experimentando, posteriormente actuar en contra de la urgencia o impulso motivado por la emoción. Ya sea actuar en contra de la forma en que la emoción afecta el cuerpo, pensamientos, expresiones, postura o acciones (Leahy, Tirsch & Napolitano, 2011 citado en Reyes, 2013).

Por lo anterior, esta estrategia puede ser utilizada en un contexto hospitalario, lugar donde la necesidad de desarrollar flexibilidad para el manejo de las emociones y enfrentar situaciones que conllevan una carga emocional intensa resulta fundamental.

Como tercera opción, se seleccionaron las estrategias de Concentración, las cuales se identifican por dirigir la atención con la intención de centrarse en aspectos específicos de un evento o distraerse de otros. Así, las estrategias de concentración permiten a las psicólogas dirigir su atención según las necesidades de la situación experimentada y distraerse de aquellos aspectos que resultan intrusivos e irrelevantes para el manejo de las situaciones o problemáticas experimentadas.

Al término del curso-taller las participantes reportaron sentirse más seguras en relación al uso de las estrategias de regulación emocional en ellas así como poder emplearlas como terapéutica para algún paciente que lo requiera.

Capítulo VI. Discusión

Dentro del Programa de servicio social “Psicología de la Salud en Pediatría” en el Centro Médico Nacional “20 de Noviembre” ISSSTE, se desempeñan actividades como:

- Aplicación, calificación e integración de baterías psicológicas en el área pediátrica.
- Brindar atención psicológica a pacientes pediátricos en el área de hospitalización y consulta externa.
- Atención y manejo psicológico a pacientes hematológicos en protocolo de trasplante de células madres hematopoyéticas.
- Coordinación de grupos terapéuticos de padres de pacientes en unidades intensivas U.T.I.P. y U.C.I.N.
- Participación en protocolos específicos de tercer nivel de atención.

El curso-taller fue diseñado con base en las necesidades específicas detectadas en dicho programa, las cuales se obtuvieron a través de la aplicación de un cuestionario (Anexo 3), en el cual se consideró la opinión de ocho prestadores de servicio social que egresaron de dicho programa en el periodo comprendido de Agosto 2016 a Febrero 2017. De igual manera se realizó el diseño y temario con base en las experiencias personales de ambas instructoras. Se estudiaron y analizaron los temas a tratar para determinar los beneficios y limitantes de dicha intervención. Por lo anterior se justifican los temas tratados así como la distribución de sesiones.

Con base en los resultados obtenidos se muestran cambios en las tres dimensiones que mide la escala TMMS-24. La dimensión que presentó un cambio considerable fue la dimensión de Regulación, lo cual indica que la implementación del curso-taller cumplió con los objetivos planteados al lograr brindar estrategias de regulación emocional a las participantes y así mejorar su nivel de regulación emocional.

El objetivo principal del presente trabajo fue implementar un curso-taller dirigido a psicólogos que realizan servicio social en un ambiente hospitalario, y con ello permitir el desarrollo de estrategias de regulación emocional. Conforme los resultados obtenidos se observa que se logró cumplir con el objetivo planteado.

Lo anterior refleja la importancia de contar con estrategias de la Regulación Emocional para un adecuado funcionamiento en todos los niveles. Gómez (2014) refiere que la Regulación Emocional es esencial para la vida, ya que permite alcanzar un pensamiento claro y eficaz y evitar el dejarse llevar por arrebatos e irracionalidades. Una persona con adecuada capacidad emocional es capaz de elegir bien los pensamientos a los que va a prestar atención con objeto de no dejarse llevar por su primer impulso e, incluso, aprenda a generar pensamientos alternativos adaptativos para controlar posibles alteraciones emocionales (Fernández-Berrocal & Extremera, 2002). Con esto, las personas son capaces de desenvolverse de manera exitosa dentro de sus actividades profesionales.

La Regulación Emocional se vincula con el control de emociones, de estrés, de impulsos, del comportamiento, permitiendo pensar antes de actuar y enfocar la atención en una tarea determinada (Villanueva, Vega & Poncelis, 2011).

Según Hervás y Vázquez (2006) existen variables que pueden afectar la aparición y/o efectividad de los procesos de regulación emocional. Estas variables son el conocimiento de diferentes estrategias de regulación emocional, la atención hacia el estado emocional, las expectativas generalizadas de regulación, el estilo de apego, la costumbre en relación al estado de ánimo a regular, la autoestima, la diferenciación y claridad en la percepción del afecto y los rasgos de personalidad. Con lo anterior se justifica la importancia de conocer y saber aplicar un repertorio de estrategias de regulación emocional con la finalidad de mejorar la capacidad de regulación.

Es importante tener en cuenta que cada persona no regula únicamente las emociones negativas, sino que también se regulan las emociones positivas, puesto que en ocasiones, no se consideran adecuadas o adaptativas. En definitiva,

cuando se decide regular las emociones, se refiere tanto a las negativas como a las positivas, las estrategias de regulación servirán para ambas (Hervás & Vázquez (2006). Debemos aprender a gestionar las emociones, tomar conciencia de su importancia para realizar una buena y efectiva regulación emocional. Se debe encontrar un equilibrio en el que las emociones favorezcan.

Retomando lo expuesto por Hervás y Vázquez (2006) sobre la existencia de variables que pueden afectar la aparición y/o efectividad de los procesos de regulación emocional, una de las variables es el conocimiento de diferentes estrategias de regulación emocional lo cual pudo comprobarse a través de la implementación del curso-taller ya que el contar con un repertorio amplio de estrategias de regulación emocional y conocerlas con detenimiento favoreció la aparición y efectividad de los procesos de regulación emocional en cada participante.

Reyes y Tena (2016) mencionan la necesidad de identificar el uso de estrategias de regulación emocional inefectivas (evitación, distracción, seguridad y control, monitoreo, rumiación, preocupación, supresión expresiva, etc.), con el fin de intervenirlas. Sin embargo, en los resultados obtenidos en el presente trabajo, se observa que el uso de dichas estrategias inefectivas no representa un problema a intervenir para las participantes, según los reportes las estrategias inefectivas les permiten sobrellevar las demandas de la atención directa con pacientes, familiares de pacientes y demás personal de salud y la carga de trabajo, así como intervenir de manera rápida y eficaz al momento de estar frente a los pacientes.

Uno de los objetivos del curso-taller fue mostrar a las participantes la importancia del proceso de regulación emocional, por lo cual a través de una actividad se identificó el valor que cada una le da al proceso de regulación de emociones, identificando que la mayoría de las participantes consideran el reconocimiento de las propias emociones como punto más importante, lo cual se complementa con los resultados obtenidos en el cuestionario de Regulación Emocional (pre-test). Lo anterior indica que conocer las propias emociones resulta de gran importancia para la regulación emocional ya que lograr identificarlas

permite generar empatía y mejora el control ante situaciones determinadas.

6.1 Conclusiones

La presente investigación da cuenta de las necesidades de atención emocional en psicólogos prestadores de servicio social. El factor emocional ha sido tema de estudio desde hace muchos años, sin embargo, la necesidad de intervenciones dirigidas a brindar herramientas para la mejora de dicho factor aún continúa desarrollándose.

Por ende, las intervenciones que involucran esquemas emocionales y procesos de pensamiento más elaborados (meta-cognición y meta-emoción), en donde se requiere detectar creencias, identificación de emociones propias y ajenas, reconocimiento de estilos y estrategias de afrontamientos asociadas a una emoción, resultan eficaces para emplear en psicólogos clínicos que realicen servicio social en ambientes hospitalarios puesto que la formación en sí favorece el entendimiento de los temas relacionados y a su vez la práctica diaria dentro del contexto permite la mejora de sus habilidades clínicas y personales.

Durante la aplicación del curso taller se observó que las psicólogas muestran gran interés y entusiasmo al realizar su servicio social, tratando de poner en práctica todos los conocimientos adquiridos durante la formación académica, sin embargo, las exigencias de un escenario real pueden repercutir en la salud emocional de las psicólogas como lo describe Gómez (2007) la sensación de indefensión, de amenaza constante y de incertidumbre, hace el ambiente hospitalario un terreno hostil y desconocido produciendo cambios en el estado de ánimo, dirigidos en mayor medida a la depresión y a la ansiedad.

Aunado a lo anterior el servicio social representa una gran oportunidad de poner en práctica todos los conocimientos y habilidades adquiridos a lo largo de la formación académica y, si se logra complementar con herramientas y estrategias

emocionales que favorezcan el poner en marcha sus habilidades clínicas como: habilidades de asistencia, mejora en la relación con los pacientes y en la comunicación, y la facultad de relacionarse emocionalmente con sus pacientes; esto representaría la opción idónea para el crecimiento y fortalecimiento de todos y cada uno de los psicólogos clínicos.

Por lo tanto, si se logra un trabajo en conjunto entre la formación académica y la práctica clínica se promovería el desarrollo de psicólogos clínicos capaces de hacer frente eficazmente a las demandas emocionales de su profesión y a su vez a las propias. Lo expuesto representaría la creación de factores protectores para la mejora de la práctica clínica y el crecimiento como profesionales de la salud y como seres humanos.

Desde este punto, se concluye que la implementación del curso-taller sobre estrategias de Regulación Emocional representa una gran opción para sobrellevar la carga laboral, disminuir el desgaste emocional y sobre todo potencializar las habilidades clínicas de los psicólogos prestadores de servicio social.

6. 2 Limitaciones y Sugerencias

Limitaciones

El tipo de institución (hospital gubernamental de 3er nivel de atención) debido a que cuenta con protocolos estrictos, los cuales no permiten la realización de actividades fuera de lo establecido como: uso de diversos espacios, disponibilidad de horarios, manejo de materiales audiovisuales y actividades lúdicas y recreativas.

El tiempo disponible de cada participante, puesto que al realizar el curso-taller dentro de su horario de servicio social las participantes deben readaptar sus horarios para poder realizar las actividades establecidas del servicio social a su vez que acuden a las sesiones del curso-taller.

Sugerencias

Realizar seguimiento a los 3 y 6 meses posteriores al término del curso-taller, a los prestadores de servicio social que participaron en el curso-taller con la finalidad de conocer los alcances de dicho curso-taller así como identificar si la intervención tuvo efectos prevaecientes.

Se recomienda que dentro del programa se brinde un curso de Inducción a todos los psicólogos en formación interesados en realizar servicio social en un ambiente hospitalario con la finalidad de adentrarlos a los retos que represente el servicio social.

Por último, en cuanto a posibles cambios o mejoras, de manera general se reportó que los tiempos destinados para cada sesión eran reducidos y resultaría oportuno ampliarlos, con la finalidad de realizar más actividades grupales que favorezcan la dinámica de grupo y actividades prácticas y así reforzar los conocimientos adquiridos en cada sesión.

Referencias

- Alcoser V., A. Y. (2012). *Estrategias de Afrontamiento en adolescentes de 12 a 15 años con embarazos no planificados, usuarias del Centro de Atención Integral del Adolescente del Área 17 del Cantón Durán*. Tesis de Pregrado. Ecuador
- Alonso, F., Esteban, C., Calatayud, C., Alamar, B., & Egido, A. (2006). *Emociones y Conducción. Teoría y Fundamentos*. España, Valencia: Attitudes
- Aramendi W., A. (2015). *La Regulación Emocional en Educación Infantil: La importancia de su gestión a través de una propuesta de intervención educativa*. Universidad de Valladolid. Recuperado de <https://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/17470/1/TFG-B.826.pdf>
- Barra A., E. (2003). *Psicología de la salud*. Chile: Mediterráneo.
- Bazán R., G. E. (2003). Contribuciones de la psicología de la salud en el ámbito hospitalario de México. *Psicología y Ciencia Social*. 5 (1) pp. 20-26. UNAM. México
Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=31411284003>
- Bisquerra, R. (2000). *Educación emocional y bienestar*. España, Barcelona: Ciss- Praxis.
- Bisquerra, R. & Pérez, N. (2007). Las competencias emocionales. *Educación XXI*, 10, pp. 61-82 Recuperado de <http://www.ub.edu/grop/wp-content/uploads/2014/03/Las-competencias-emocionales.pdf>
- Bosqued, M. (2008). *Quemados: el Síndrome de Burnout: ¿Qué es y cómo superarlo?* España: Paidós Ibérica
- Carrillo E., R. & Gómez H., K. (julio-septiembre, 2011). La importancia de la Psicología de Enlace en la Unidad de Terapia Intensiva. *Revista de Investigación Médica Sur Mex.* 18 (3), 118-127. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/medsur/ms-2011/ms113d.pdf>

- Casullo, M., & Fernández L., M. (2001). Estrategias de afrontamiento en estudiantes adolescentes. *Revista del Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología*. Universidad de Buenos Aires.
- Chòliz, M. (2005). *Psicología de la emoción: el proceso emocional*. Dpto. de Psicología Básica. Universidad de Valencia.
- Covarrubias P., P. (2013). Imagen social e identidad profesional de la psicología desde la perspectiva de sus estudiantes. *Revista Iberoamericana de Educación Superior*, 4(10), 113-133. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=299128588008>
- Davó A., R. & Díaz E., M. A. (2014). *Feeling, Inteligencia emocional aplicada a la venta*. España, Madrid: Kolima
- Díaz Barriga, F. (2003). Cognición situada y estrategias para el aprendizaje significativo. *Revista Electrónica de Investigación Educativa*, 5 (2). Recuperado de <http://redie.ens.uabc.mx/vol5no2/contenido-arceo.html>
- Díaz, J. L. & Flores, E. O. (2001). La estructura de la emoción humana: un modelo cromático del sistema afectivo. *Salud Mental*. 24 (4), 20-35. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2001/sam014c.pdf>
- Dirección General de Orientación y Atención Educativa, [DGOAE]. (2016). *Servicio Social Universitario*. Universidad Nacional Autónoma de México. Recuperado de <http://www.dgoserver.unam.mx/portaldgose/servicio-social/htmls/ss-universitario/ssu-introduccion.html>
- Fernández-Berrocal, P., & Extremera, N. (2002). La inteligencia emocional como una habilidad esencial en la escuela. *Revista Iberoamericana de educación*, 29(1), 1-6.
- Fernández-Berrocal, P., Extremera, N. & Ramos, N. (2004). Validity and reliability of the Spanish modified version of the Trait Meta-Mood Scale. *Psychological Reports*, 94, 751-755
- Frijda, N. (1986). *The emotions*. Cambridge, Cambridge University Press

- García F. A., E., García R., B., Jiménez S., M. P., Martín D., M, D, & Dominguez S., F. J. (2010). *Psicología de la Emoción*. España: Universitaria Ramos Areces.
- García P., K. J. & Gasca M., M. G. (2003). *Taller para adolescentes: educando con Inteligencia Emocional*. Reporte de trabajo profesional de Licenciatura en Psicología. México: UNAM, FES Zaragoza.
- García F., M. & Giménez-Mas, S.I. (2010). La inteligencia emocional y sus principales modelos: propuesta de un modelo integrador. *Espiral. Cuadernos del Profesorado*. 3(6), 43-52. Recuperado de <http://www.cepcuevasolula.es/espinal>
- Girdano, D. & Everly, G.S. (1986). *Controlling stress and tension*. 2ª Edición. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall
- Godoy, J. (1999). Psicología de la salud: delimitación conceptual. En Simón, M. A. (Coord.) *Manual de Psicología de la Salud*. (Pp. 39-70). España, Madrid: Biblioteca Nueva.
- Goleman, D. (1995). *Inteligencia emocional*. Barcelona: Kairós
- Goleman, D. (1996). *Inteligencia Emocional*. Barcelona: Kairós
- Goleman, D. (1997). *Salud Emocional*. Barcelona: Kairós.
- Goleman, D. (2000). *La inteligencia emocional. ¿Por qué es más importante que el cociente intelectual?* México: Vergara Ed
- Gómez G., M. (2014) *Regulo mis Emociones. Programa de regulación emocional para primer ciclo de primaria*. Facultad de Educación, Universidad de Cantabria
- Gómez R., M. (2007). La Psicología de la Salud en un Hospital de cuarto nivel de complejidad. *Psychologia. Avances de la disciplina*, 1 (2), 159-179. Universidad de San Buenaventura Bogotá, Colombia Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=297224996003>

- Gross, J. J. & Levenson, R. W. (1993). Emotional suppression: Physiology, self-report, and expressive behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64, 970-986.
- Gross, J. J. & Thompson, R. A. (2007). Emotion regulation: Conceptual foundations. In Gross, J. J. (2^a. Ed.), *Handbook of emotion regulation*. New York: Guilford Press.
- Grupo de Trabajo de Psicólogos Hospitales [GPH]. (2005). *Planificación y estrategias para la creación y puesta en marcha de un servicio de Psicología Clínica y de la Salud. Una oportunidad de mejora*. Madrid: Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid.
- Haga, S. M., Kraft, P. & Corby, E. K. (2009). Emotion Regulation: Antecedents and Well-Being Outcomes of Cognitive Reappraisal and Expressive Suppression in Cross-Cultural Samples. *Journal of Happiness Studies*, 10, 271-291.
- Hernández Sampieri, R., Fernández-Collado, C., & Baptista L., P. (2003). *Metodología de la Investigación*. México: McGraw-Hill/ Interamericana Editores, S.A de C.V.
- Hernández Sampieri, R., Fernández-Collado, C., & Baptista L., P. (2006). *Metodología de la Investigación*. México: McGraw-Hill/ Interamericana Editores, S.A de C.V.
- Hernández Sampieri, R., Fernández-Collado, C., & Baptista L., P. (2014). *Metodología de la Investigación*. México: McGraw-Hill/Interamericana Editores, S.A de C.V.
- Hervás, G. & Vázquez, C. (2006). La regulación afectiva: modelos, investigación e implicaciones para la salud mental y física. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 59 (1-2), 9-36.
- Izard, C. E. (1989). The structure and functions of emotions: Implications for cognitions, motivation and personality. *American Psychological Association*, 9, 39-73.
- Komfeld, D. (1971) Psychological problems of Intensive care units. *Medical Clinics of North America*, Vol. 55, p. 1353-1362.
- Lacaille, L. (2018). *El puente Fú: El camino hacia la prosperidad*. España: Palibrio.

- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos. Evaluación, afrontamiento y consecuencias adaptativas*. Nueva York: Martínez Roca.
- López N., A. & Frutos S., H. (2011) La Cohesión grupal, un estudio observacional de su incidencia en educación física. *Ágora para la educación física y el deporte*. 13 (3), septiembre- diciembre. 397-410. Recuperado de https://www5.uva.es/agora/revista/13_3/agora13_3i_lopez_et_al
- Macías V., T. G. (1997) *Desarrollo Infantil*. México: Trillas.
- Martínez-Sánchez, F. (2008). La emoción. En: C. Gómez, A. Carpi, C. Guerrero y F. Palmero (Eds.). *Introducción a los procesos psicológicos básicos* (pp. 55-72). Castellón: Universitat Jaume I de Castellón.
- Martínez P., M., Retana F., B. E. & Sánchez A., R. (2009). Identificación de las Estrategias de Regulación Emocional del Miedo en Adultos de la Ciudad de México. *Psicología Iberoamericana*. 17 (2), 49-59. Recuperado de <http://www.redalyc.org/html/1339/133912609007/>
- Martín-Rodríguez, A. & Pérez-San Gregorio, M. (2007). Influencia de la Unidad de Cuidados Intensivos en los familiares de pacientes con mala calidad de vida. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7 (1), 71-82. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33770105>
- Maslach, C. & Jackson, S. E. (1981). *MBI: Maslach Burnout Inventory. Manual*. Palo Alto: University of California, Consulting Psychologists Press.
- Maureira Cid, F. (2017). *¿Qué es la Inteligencia?*, España: Bubok Publishing S.L
- Mechanic, D. (1974). *Social structure and personal adaptation: Some neglected dimensions*. New York: Basic Books.
- Mestre N., J. M., Guil Bozal, R., Cortijo Pérez, M., Ruh Seijas, N., Serrano D., N., & Jiménez J., M. (2012). Regulación de emociones: una visión pragmática e integradora desde el modelo circuplejo. En González F., C, González M., D., Guil

B., R., & Mestre N., J. M. (Eds.) *Aportaciones recientes al estudio de la Motivación y las emociones*. 261-268. España: Fénix

Morales F. (1999). *Introducción a la Psicología de la salud*. Buenos Aires: Paidós

Morales F., G., Pérez E., J. C. & Menares N., M. A. (2003). Procesos emocionales de cuidado y riesgo en profesionales que trabajan con el sufrimiento humano. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*. 12 (1). 9-25. Recuperado de <http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/122174/procesos-emocionales-de-cuidado-y-riesgo-en-profesionales-que-trabajan-con-el-sufrimiento-humano.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Moreno, B., Oliver, C. & Aragonese, A. (1991). El Burnout, una forma específica de estrés laboral. En Buela-Casal, G. y Caballo, V. E. (Eds.) *Manual de Psicología Clínica Aplicada*. Pp. 271-284. España, Madrid: Siglo XXI.

Morris, C. G. & Maisto, A. A. (2005). *Introducción a la psicología*. México: Pearson Educación.

Navarro-Leis, M. & López H. A., M. (2013). Terapias cognitivo-conductuales para el tratamiento de los trastornos de personalidad. *Acción psicológica*, 10(1), 33-44. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.5944/ap.10.1.7031>

Novoa-Gómez, M. M. (2004). Pertinencia de las Interacciones entre la ciencia médica y la Psicología. En: Oblitas Guadalupe, L. (Comp.) *Manual de la psicología clínica y de la Salud Hospitalaria*. Versión electrónica, PSICOM editores, Bogotá. disponible en www.psicologiaincientifica.com.

Oblitas, G., L. A. & Becoña, I., E. (2000). *Psicología de la Salud*. México: Plaza y Valdes

Organización Mundial de la Salud O.M.S. (1946). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Nueva York: Organización Mundial de la Salud

Ortega, P. (1992). *Evaluación ambiental de un escenario hospitalario*. México. Tesis de Maestría, Facultad de Psicología, UNAM. Recuperado de <http://132.248.9.195/pmig2017/0181525/Index.html>

- Perea Q., R. (2009). *Promoción y Educación para la Salud: Tendencias innovadoras*. España: Ediciones Díaz de Santos
- Plutchik, R. (1980). *Emotions: A Psychoevolutionary Synthesis*. Nueva York: Harper&Row.
- Redorta, J., Obiols, M. & Bisquerra, R. (2006). *Emoción y conflicto: aprenda a manejar las emociones*. Barcelona: Paidós
- Revee, J. (1994). *Motivación y emoción*. Madrid: Mc Graw-Hill.
- Reyes O., M. (2013). Características de un modelo clínico transdiagnóstico de regulación emocional. *Psicología Iberoamericana*, 21 (2), 7-18.
- Reyes O., M. A. & Tena S., E. A. (2016). *Regulación emocional en la práctica clínica: Una guía para terapeutas*. México: El Manual Moderno
- Rodríguez, O. G. & Rojas, M. (1998). La Psicología de la Salud en América Latina. En *La Psicología de la Salud en América Latina*. Rodríguez, O. G. y Rojas, M. (Coords) (pp. 13-32). México: Porrúa-UNAM.
- Salovey, P., & Mayer, J. D. (1990). *Emotional Intelligence. Imagination, Cognition, and Personality*, 9(1), p.185-211.
- Salovey P, Mayer J, Goldman S, Turvey C, & Palfai T. (1995). *Emotional Attention, clarity, and repair: exploring emotional intelligence using the trait meta-mood scale*. In: James Pennebaker, W. (Ed.) Washington D.C.: APA Science Volume Series, p. 125-54.
- Santolaya O., F. J. & Novoa-Gómez, M. M. (2009). El Rol del Psicólogo en el Ambiente Hospitalario. En Colegio Oficial de Psicólogos de la Comunidad Valenciana (Ed.). *Guía Práctica de Psicología de la Salud en el Ambiente Hospitalario*. pp. 149- 159. Valencia: Colegio Oficial de Psicólogos de la Comunidad Valenciana.
- Vallés, A. & Vallés, C. (2000). *Inteligencia emocional. Aplicaciones educativas*. España, Madrid: Editorial EOS

Villanueva M., L., Vega P., L. O., & Poncelis R., M. F. (2011). *Creciendo juntos: Estrategias para promover la auto-regulación en niños preescolares*. Facultad de Psicología, UNAM. México, Cd. Mx: Cuadernos Puentes para Crecer.

Woolfolk, A. (2010). *Psicología Educativa*. Pearson: México.

Zarzosa E., L. G. (2015). Los Límites de la Carrera de Psicología y el necesario cambio de paradigma en su enseñanza. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 20 (3), 243-256. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29242800001>

Zas-Ros, B. (2001). La Psicología en las Instituciones de salud. *Centro de Investigaciones Psicológicas y Sociológicas*. Ciudad de la Habana, Cuba. Recuperado de <http://www.psicologia-online.com/colaboradores/barbara/index.shtml>

Anexos

Anexo 1. Cartas Descriptivas por sesión

Carta Descriptiva						
“Curso-taller de Regulación Emocional dirigido a psicólogos en formación que realizan servicio social en un ambiente hospitalario (estudio piloto)”						
Duración del curso-taller: 10 sesiones				Duración por sesión: 60 minutos		
Participantes: Psicólogos prestadores de servicio social						
Objetivo general del curso-taller: Favorecer el desarrollo de estrategias de regulación emocional en psicólogos prestadores de servicio social						
No. Sesión	Tema	Objetivo de la sesión	Actividad	Desarrollo	Materiales	Duración
1	Presentación del curso-taller	Generar integración grupal y dar a conocer a los participantes los temas a tratar durante el curso-taller	Bienvenida	La Mtra. Susana Gpe. Ramírez Sibaja, responsable del Programa de Servicio Social realizará la presentación de las instructoras.	—	10 minutos
			Aplicación de cuestionarios	Se aplicará el instrumento TMMS-24 de evaluación a los participantes.	Cuestionarios	5 minutos
			Presentación	Mediante una presentación se justificará los temas a tratar y la finalidad del curso-taller. A través de una actividad los participantes compartirán qué esperan del mismo.	Presentación en PowerPoint Computadora Manual del participante (pág. 1)	30 minutos
			Dinámica “Integración grupal”	Se realizará la dinámica “La persona más” en la cual los participantes interactuarán entre sí.	Manual del participante (pág. 3) Premios	15 minutos

Carta Descriptiva

“Curso-taller de Regulación Emocional dirigido a psicólogos en formación que realizan servicio social en un ambiente hospitalario (estudio piloto)”

Duración de la sesión: 45 minutos

Participantes: Psicólogos prestadores de servicio social

Objetivo general del curso-taller: Favorecer el desarrollo de estrategias de regulación emocional en psicólogos prestadores de servicio social.

No. Sesión	Tema	Objetivo de la sesión	Actividad	Desarrollo	Materiales	Duración
2	El Rol del psicólogo en un ambiente hospitalario	Enfatizar la relevancia de los Psicólogos clínicos en un contexto hospitalario	Introducción	Se dará inicio a la sesión a través de una presentación en la cual se abordarán los antecedentes de la Psicología de la Salud; el surgimiento, definición de salud, inclusión del factor mental e inclusión de la Psicología.	Computadora	10 minutos
			Exposición del tema	Abordar el ambiente hospitalario como factor de riesgo a través de información sobre: a) agotamiento emocional, b) población vulnerable, c) relación de especialistas de la salud. Funciones de un Psicólogo clínico Retos del Psicólogo clínico en instituciones de salud	Presentación en PowerPoint Computadora Manual del participante (págs. 6 y 7)	25 minutos
			Reflexión	Responder la actividad del manual	Manual del participante (págs. 9 y 10)	10 minutos

Carta Descriptiva

“Curso-taller de Regulación Emocional dirigido a psicólogos en formación que realizan servicio social en un ambiente hospitalario (estudio piloto)”

Duración de la sesión: 45 minutos

Participantes: Psicólogos prestadores de servicio social

Objetivo general del curso-taller: Favorecer el desarrollo de estrategias de regulación emocional en psicólogos prestadores de servicio social

No. Sesión	Tema	Objetivo de la sesión	Actividad	Desarrollo	Materiales	Duración
3	Conciencia Emocional	Resaltar la importancia del reconocimiento de emociones como factor determinante en el buen desempeño del psicólogo en formación	Dinámica “Emociones”	Se dará inicio con la dinámica “Bazar de emociones” con el fin de enfatizar la importancia de todas las emociones	Tarjetas de emociones Billetes	10 minutos
			introducción	Se justificará el tema a tratar, abordando: Antecedentes, características, componentes y definición. El último aspecto se trabajará de manera grupal.	Presentación en PowerPoint Computadora Hojas con definiciones de emociones	20 minutos
			Funciones	Por medio de una exposición se darán a conocer las funciones generales de las emociones: a) adaptativas; b) sociales y; c) motivacionales. Se realizará la actividad correspondiente a funciones en su manual.	Manual del participante (págs. 13 y 14)	15 minutos

Carta Descriptiva

“Curso-taller de Regulación Emocional dirigido a psicólogos en formación que realizan servicio social en un ambiente hospitalario (estudio piloto)”

Duración de la sesión: 45 minutos

Participantes: Psicólogos prestadores de servicio social

Objetivo general del curso-taller: Favorecer el desarrollo de estrategias de regulación emocional en psicólogos prestadores de servicio social.

No. Sesión	Tema	Objetivo de la sesión	Actividad	Desarrollo	Materiales	Duración
4	Inteligencia Emocional	Promover la capacidad para adoptar competencias emocionales apropiadas para el afrontamiento satisfactorio de los desafíos profesionales.	Recapitulación	Repaso de lo visto en la hasta el momento		5 minutos
			Presentación de un video	Se realizará la proyección de un video a través del cual se explica brevemente que es Inteligencia Emocional	Video	5 minutos
			Retroalimentación	Conforme lo visto en el video se explicará la importancia y definición de Inteligencia Emocional	Manual del participante (pág. 16)	15 minutos
			Explicación del modelo de IE de Daniel Goleman	Se expondrá el Modelo de Goleman con las 5 competencias.	Manual del participante (pág. 18)	20 minutos
			Actividad	Con el fin de reforzar lo aprendido sobre el Modelo de Goleman se llevará a cabo una actividad en la cual emplearán las 5 competencias a través de la reflexión de una situación propia del servicio social.		

Carta Descriptiva

“Curso-taller de Regulación Emocional dirigido a psicólogos en formación que realizan servicio social en un ambiente hospitalario (estudio piloto)”

Duración de la sesión: 45 minutos

Participantes: Psicólogos prestadores de servicio social

Objetivo general del curso-taller: Favorecer el desarrollo de estrategias de regulación emocional en psicólogos prestadores de servicio social.

No. Sesión	Tema	Objetivo de la sesión	Actividad	Desarrollo	Materiales	Duración
5	Regulación Emocional (RE)	Dar a conocer aspectos teóricos e importancia de la RE	Conocer en que consiste la RE	Se brindará la definición de RE utilizada para fines del curso-taller	Computadora	5 minutos
			Diferentes Modelos	Se realizará un cuadro explicativo con aportes de los diferentes modelos de RE	Presentación en PowerPoint	10 minutos
			Importancia de la RE	A través de una actividad los participantes enlistarán la importancia que le brindan a la Regulación emocional	Manual del participante (pág. 21)	10 minutos
			Tipos de respuesta de RE	Se brindará información de los diferentes tipos de respuestas de regulación emocional (fisiológica, conductual y cognoscitiva) a través de un cuadro comparativo y ejemplos.	Manual del participante (pág. 22)	20 minutos

Carta Descriptiva

“Curso-taller de Regulación Emocional dirigido a psicólogos en formación que realizan servicio social en un ambiente hospitalario (estudio piloto)”

Duración de la sesión: 45 minutos

Participantes: Psicólogos prestadores de servicio social

Objetivo general del curso-taller: Favorecer el desarrollo de estrategias de regulación emocional en psicólogos prestadores de servicio social

No. Sesión	Tema	Objetivo de la sesión	Actividad	Desarrollo	Materiales	Duración
6	El Modelo de Regulación Emocional de Gross y Thompson	Demostrar y justificar la eficacia de las estrategias de RE como un proceso	Modelo de Gross y Thompson	Se expondrá a través de un cartel el modelo descrito por Gross y Thompson, desglosando los 5 procesos del mismo	Cartel	25 minutos
			Dinámica “Relación de columnas”	Se ejemplificará cada proceso del modelo tomando como referencia casos presentes en el servicio social	Manual del participante (pág. 25)	5 minutos
			Discusión	Se otorgarán ejemplos de cada proceso para identificar si los participantes comprenden en qué consiste cada uno de ellos		
				Se llevará a cabo una discusión sobre la actividad anterior así como retroalimentación con dudas que pudieran surgir.		15 minutos

Carta Descriptiva

“Curso-taller de Regulación Emocional dirigido a psicólogos en formación que realizan servicio social en un ambiente hospitalario (estudio piloto)”

Duración de la sesión: 45 minutos

Participantes: Psicólogos prestadores de servicio social

Objetivo general del curso-taller: Favorecer el desarrollo de estrategias de regulación emocional en psicólogos prestadores de servicio social

No. Sesión	Tema	Objetivo de la sesión	Actividad	Desarrollo	Materiales	Duración
7	Estrategias de Regulación Emocional	Aprender sobre estrategias de regulación emocional para favorecer el desarrollo de las mismas	Introducción	Se brindará el concepto general de estrategias de regulación emocional, sus funciones y su clasificación.	Manual del participante (págs. 26 y 27)	10 minutos
			Estrategias Efectivas e Inefectivas	Se dará a conocer el listado de las estrategias de regulación emocional ejemplificando cada una.	Listado de estrategias	15 minutos
			Relación del Modelo de RE de Gross y Thompson y las estrategias	A través de una actividad los participantes determinaran el lugar de cada estrategia dentro del Modelo de RE de Gross y Thompson.	Cartel Tarjetas con nombres de estrategias	15 minutos
			Retroalimentación	Retroalimentación sobre clasificación de las estrategias de RE y funciones de las mismas.		5 minutos

Carta Descriptiva

“Curso-taller de Regulación Emocional dirigido a psicólogos en formación que realizan servicio social en un ambiente hospitalario (estudio piloto)”

Duración de la sesión: 45 minutos

Participantes: Psicólogos prestadores de servicio social

Objetivo general del curso-taller: Favorecer el desarrollo de estrategias de regulación emocional en psicólogos prestadores de servicio social

No. Sesión	Tema	Objetivo de la sesión	Actividad	Desarrollo	Materiales	Duración
8	Llevar a la práctica	Emplear de manera adecuada el uso de las estrategias de RE enseñadas	Repaso	Repaso de los temas vistos hasta el momento con énfasis en el conjunto de estrategias de RE (modelo de Gross y Thompson y las estrategias efectivas e inefectivas)	Manual del participante (págs. 29, 30 y 31)	10 minutos
			Dinámica	Se otorgarán 3 problemáticas relacionadas a situaciones propias del servicio social en la cual cada participante elaborará un plan de solución a través de las estrategias de RE instruidas		25 minutos
			Reflexión y retroalimentación	Se llevará a cabo discusión sobre las soluciones expuestas de cada participantes		10 minutos

Carta Descriptiva

“Curso-taller de Regulación Emocional dirigido a psicólogos en formación que realizan servicio social en un ambiente hospitalario (estudio piloto)”

Duración de la sesión: 45 minutos

Participantes: Psicólogos prestadores de servicio social

Objetivo general del curso-taller: Favorecer el desarrollo de estrategias de regulación emocional en psicólogos prestadores de servicio social

No. Sesión	Tema	Objetivo de la sesión	Actividad	Desarrollo	Materiales	Duración
9	Vivencial	Afianzar los temas visto durante el curso-taller	Reflexión	Mediante una serie de preguntas se indagará la utilidad de la información brindada durante el curso-taller así como el impacto que ha generado en la estancia del servicio social.	—	15 minutos
			Testimonio	Se contará con el apoyo de la Mtra. Susana Gpe. Ramírez Sibaja para brindar su testimonio en relación a su experiencia a lo largo de su estancia como Psicóloga de la Salud en el Centro Médico Nacional “20 de noviembre” I.S.S.S.T.E	—	15 minutos
			Retroalimentación	Para concluir la sesión se abrirá el espacio para compartir los diferentes puntos de visto en relación a lo expuesto durante toda la sesión.	—	15 minutos

Carta Descriptiva

“Curso-taller de Regulación Emocional dirigido a psicólogos en formación que realizan servicio social en un ambiente hospitalario (estudio piloto)”

Duración de la sesión: 45 minutos

Participantes: Psicólogos prestadores de servicio social

Objetivo general del curso-taller: Favorecer el desarrollo de estrategias de regulación emocional en psicólogos prestadores de servicio social

No. Sesión	Tema	Objetivo de la sesión	Actividad	Desarrollo	Materiales	Duración
10	Despedida	Cierre del curso-taller	Dinámica	Se realizará una dinámica en la cual se otorgará a cada participante una serie de post-its. Deberán escribir una cualidad/aspecto positivo de cada uno de los demás participantes, a continuación de manera anónima pegarán en la espalda de cada compañero aquella cualidad que escribieron.	Post-its	25 minutos
			Reflexión	Posteriormente cada participante compartirá en voz alta las cualidades que recibió y se comentará cómo se sienten con las cualidades que recibieron.		
			Proyección	Se realizará la presentación de un video con la finalidad de generar reflexión de la importancia de la regulación emocional.	Video	5 minutos
			Retroalimentación y despedida	Se concluirá el curso-taller abordando los temas trabajados de manera general. Se agradecerá el apoyo y compromiso mostrado durante el curso-taller y se hará entrega de un presente a cada participante.		15 minutos

Anexo 2. Cronograma de Actividades

Cronograma de Actividades	
Fecha	Actividad
17/FEBRERO/2017	Se muestra la propuesta inicial del curso-taller de Regulación Emocional Se obtiene la autorización de la responsable del Programa de Servicio Social "Psicología de la Salud en Pediatría", la Mtra. Susana Gpe. Ramírez Sibaja
7/AGOSTO/2017	Se establece fecha oficial de inicio de curso-taller
18/SEPTIEMBRE/2017	Sesión 1 del Curso-Taller de Regulación Emocional Aplicación del cuestionario (Pre test)
09/OCTUBRE/ 2017	Sesión 2 del Curso-Taller de Regulación Emocional
09/OCTUBRE/2017	Sesión 3 del Curso-Taller de Regulación Emocional
13/OCTUBRE/2017	Sesión 4 del Curso-Taller de Regulación Emocional
13/OCTUBRE/2017	Sesión 5 del Curso-Taller de Regulación Emocional
16/OCTUBRE/2017	Sesión 6 del Curso-Taller de Regulación Emocional
16/OCTUBRE/2017	Sesión 7 del Curso-Taller de Regulación Emocional
20/OCTUBRE/2017	Sesión 8 del Curso-Taller de Regulación Emocional
20/OCTUBRE/2017	Sesión 9 del Curso-Taller de Regulación Emocional
23/OCTUBRE/2017	Sesión 10 del Curso-Taller de Regulación Emocional
24/NOVIEMBRE/2017	Aplicación del cuestionario TMMS-24 (Pos test)

Anexo 3. Cuestionario de Detección de Necesidades

Cuestionario

¿Cuánto tiempo llevas realizando tu servicio social?

En el tiempo que llevas realizando tu servicio social, ¿hay algo que consideres que haga falta?

De las siguientes opciones enuméralas en orden de prioridad para la realización del Servicio Social y justifícalas.

- () Asesorías individuales.
- () Sesiones grupales.
- () Sesiones de contención emocional.

Otra:

¿Qué mejorarías del Servicio?

¿El servicio Social cumplió o no tus expectativas? ¿Por qué?

Anexo 4. Instrumento de evaluación (Pre test y Pos test)

TMMS-24

INSTRUCCIONES:

A continuación encontrará algunas afirmaciones sobre sus emociones y sentimientos. Lea atentamente cada frase y indique por favor el grado de acuerdo o desacuerdo con respecto a las mismas. Señale con una "X" la respuesta que más se aproxime a sus preferencias.

No hay respuestas correctas o incorrectas, ni buenas o malas.

No emplee mucho tiempo en cada respuesta.

1	2	3	4	5
Nada de Acuerdo	Algo de Acuerdo	Bastante de acuerdo	Muy de Acuerdo	Totalmente de acuerdo

1.	Presto mucha atención a los sentimientos.	1	2	3	4	5
2.	Normalmente me preocupo mucho por lo que siento.	1	2	3	4	5
3.	Normalmente dedico tiempo a pensar en mis emociones.	1	2	3	4	5
4.	Pienso que merece la pena prestar atención a mis emociones y estado de ánimo.	1	2	3	4	5
5.	Dejo que mis sentimientos afecten a mis pensamientos.	1	2	3	4	5
6.	Pienso en mi estado de ánimo constantemente.	1	2	3	4	5
7.	A menudo pienso en mis sentimientos.	1	2	3	4	5
8.	Presto mucha atención a cómo me siento.	1	2	3	4	5
9.	Tengo claros mis sentimientos.	1	2	3	4	5
10.	Frecuentemente puedo definir mis sentimientos.	1	2	3	4	5
11.	Casi siempre sé cómo me siento.	1	2	3	4	5
12.	Normalmente conozco mis sentimientos sobre las personas.	1	2	3	4	5
13.	A menudo me doy cuenta de mis sentimientos en diferentes situaciones.	1	2	3	4	5
14.	Siempre puedo decir cómo me siento.	1	2	3	4	5
15.	A veces puedo decir cuáles son mis emociones.	1	2	3	4	5
16.	Puedo llegar a comprender mis sentimientos.	1	2	3	4	5
17.	Aunque a veces me siento triste, suelo tener una visión optimista.	1	2	3	4	5
18.	Aunque me sienta mal, procuro pensar en cosas agradables.	1	2	3	4	5
19.	Cuando estoy triste, pienso en todos los placeres de la vida.	1	2	3	4	5
20.	Intento tener pensamientos positivos aunque me sienta mal.	1	2	3	4	5
21.	Si doy demasiadas vueltas a las cosas, complicándolas, trato de calmarme.	1	2	3	4	5
22.	Me preocupo por tener un buen estado de ánimo.	1	2	3	4	5
23.	Tengo mucha energía cuando me siento feliz.	1	2	3	4	5
24.	Cuando estoy enfadado intento cambiar mi estado de ánimo.	1	2	3	4	5

Anexo 5. Comentarios finales de las participantes en relación al curso-taller

El taller fue una experiencia muy buena no sólo para desarrollarme mejor dentro del servicio, sino que también impactó en mi como futura Psicóloga y en mi vida personal. Considero que teóricamente fue muy bueno, aprendí sobre diversas teorías, sobre las emociones y en la parte práctica sobre cómo podría aplicarlo en diversas situaciones en el servicio social, tanto con los pacientes como conmigo misma en situaciones como con las personas con quienes trabajo. Me gustó mucho el manual y considero que es un excelente apoyo durante la realización de taller. En cuanto a quienes lo impartieron, se mostraron muy preparadas y dominaban completamente el tema, por lo que las dudas fueron cubiertas según se presentaban y también siempre se mostraron interesadas en animar al grupo a participar activamente. Considero que es un taller muy útil dentro del servicio social y que debe repetirse en diversos escenarios ya que la inteligencia emocional es algo muy importante y de lo que se habla poco.

Mi experiencia en el curso taller fue de gran aprendizaje, pues a pesar de tener conocimientos sobre algunas estrategias de regulación emocional no conocía la mayoría de las que nos fueron brindadas en el taller. Estas son de gran importancia y ayuda, sobretodo en el ambiente hospitalario, pues como profesionales debemos contar con un amplio repertorio de estrategias que además de brindar a nuestros pacientes podamos emplear en nosotras mismas.

Me parecieron muy completos los temas brindados, y un buen manejo de los mismos. Sin embargo, como psicólogas, es de suponer que varios de los temas eran conocidos mínimamente por lo que podría haberse dedicado menos tiempo a aspectos teóricos. Por el contrario, sería conveniente incrementar las horas dedicadas al análisis de casos y estrategias sugeridas para su abordaje. Pues como sucede muchas veces, a pesar de tener vastos conocimientos, el poco empleo de ellos no los ha automatizado y dificulta el fácil acceso a ellos. E igualmente, recomendaría incrementar las actividades dinámicas y grupales para facilitar el intercambio de conocimientos, la mismo tiempo que los ampliamos.

El curso en general me pareció muy acertado respecto a la temática que eligieron en relación al nuestro lugar de trabajo. Me hubiera gustado que los video que proyectaron los pudiéramos apreciar de otra manera y que de la misma manera lográramos conservar nuestro material de trabajo. Pero agradezco su tiempo y dedicación en sus presentaciones. La parte donde nos dieron un presente al igual que los mensajes de otras compañeras es un detalle muy lindo; pues se logró compartir palabras hacia otras personas y reconocer sus cualidades. Muchas gracias.

Anexo 6. Dinámicas grupales

Dinámica: “La persona más”

Objetivo: Romper el hielo entre los integrantes del grupo

Materiales: Tabla y bolígrafo

Duración: 15 minutos aprox.

Desarrollo: Se presentará una tabla con 10 indicaciones a cada participante. El objetivo es conseguir el nombre o firma de algún compañero que cumple con la indicación. Al completar las diez firmas obtienen un premio. La dinámica está diseñada para favorecer la interacción entre todo el grupo y notar cómo se perciben entre ellos.

1. Comienza por conseguir el nombre y la firma de la persona que está más cerca de ti.	
2. Consigue la firma o nombre de la persona con la más bella sonrisa.	
3. Ahora consigue el nombre o la firma de la persona con los ojos más bellos.	
4. No te pierdas la oportunidad de conseguir el nombre de la persona con el cabello más corto.	
5. Cuenta hasta Diez y consigue la firma de la persona que pese menos	
6. Busca la firma de una persona que tenga alguna prenda azul.	
7. Has que firme las persona que a tu juicio sea más simpático.	
8. Consigue la firma o nombre de la persona más bella o sexy.	
9. Ahora consigue el nombre o la firma de la persona más alta	
10. Ahora pon tu firma y grita ya termine.	

Dinámica “Bazar de Emociones”

Objetivo: Enfatizar la importancia de todas las emociones dentro de la experiencia diaria

Material: Tarjetas de emociones (alegría, miedo, tristeza, enfado y desagrado) y billetes

Duración: 20 minutos

Desarrollo:

El grupo deberá colocarse en forma de círculo para la dinámica.

La actividad consiste en otorgar un valor económico a cada una de las emociones que se presentarán.

Cada participante contará con cierta cantidad de dinero, con el cual podrán comprar las emociones que estén a la venta.

Para concluir cada participante compartirá con el resto del grupo el porqué de sus elecciones.

Dinámica “Círculo Virtuoso”

Objetivos:

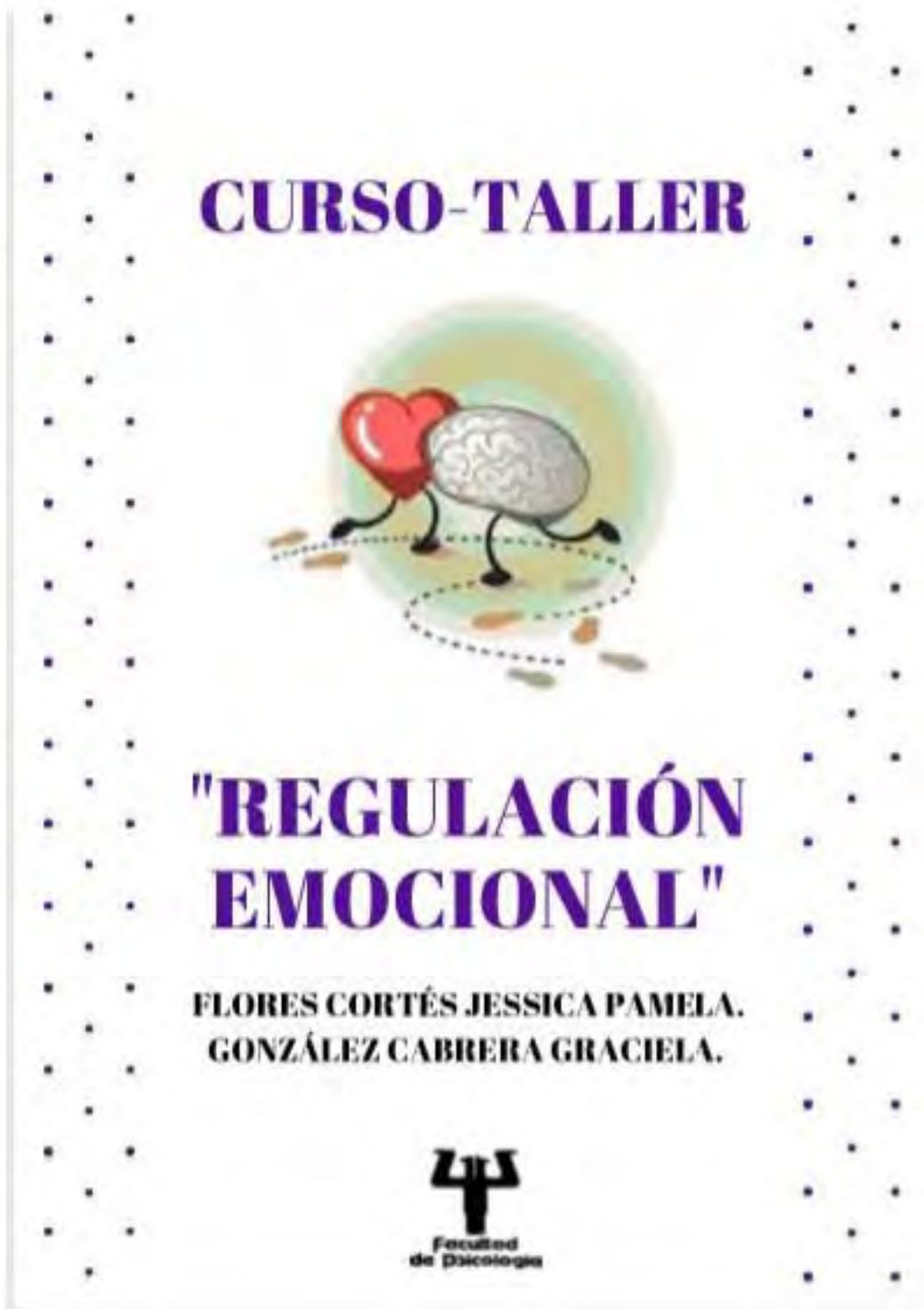
- Valorar las cualidades y aspectos positivos que poseen los participantes;
- Identificar lo gratificante que es dar y recibir elogios;
- Que cada integrante pueda reconocer sus aspectos positivos.

Materiales: post-its

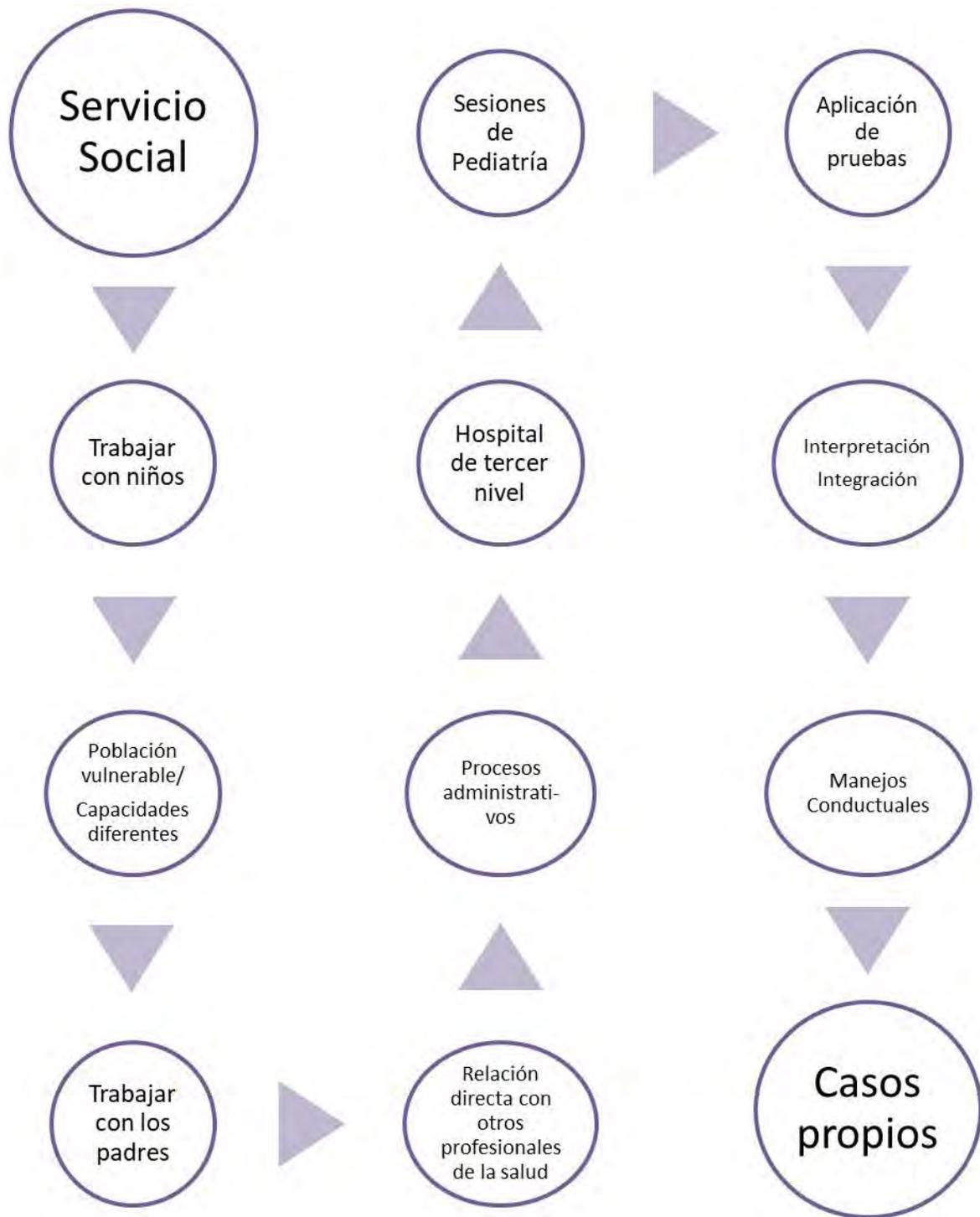
Duración: 25 minutos

Desarrollo: Se otorgará a cada participante una serie de post-its en los cuales deberán escribir una cualidad/aspecto positivo de cada uno de los demás participantes, posteriormente de manera anónima pegarán en la espalda de cada compañero aquella cualidad que escribieron.

Anexo 7. Productos del Taller



Portada del Manual para participantes



Actividad de la sesión 1. Relación de las actividades del servicio social





Actividad de la sesión 2. Factores de riesgo de un ambiente hospitalario identificados por las participantes

Funciones del psicólogo clínico

A continuación describe las funciones que llevas a cabo dentro del servicio social

- Atención psicológica a pacientes pediátricos:
Aplicación de pruebas, contención, intervención terapéutica, calificación e interpretación de pruebas
- Aplicación de estrategias y herramientas cognitivo-conductuales, psicoeducación
- Trabajo administrativo
- Evaluación y tratamiento

Funciones del psicólogo clínico

A continuación detallamos las funciones que lleva a cabo dentro del servicio social:

Valoraciones psicométricas, manejos conductuales, contención, "primeros auxilios psicológicos".

Atención a población pediátrica, Entrevista.

Prevención, "diagnóstico", psicodiagnóstico, tratamiento, estudios, psicoeducación.

Construcción material-didáctica.

1. Promoción y mantenimiento de la salud. 2. Prevención de enfermedad.

3. Evaluación y tratamiento. 4. Búsqueda del análisis y transformación del sistema de preparación de pacientes en procesos específicos. 5. Docencia a otros profesionales de salud.

Actividad de la sesión 2. Funciones realizadas por los prestadores de servicio social en un ambiente hospitalario.

Actividad sesión 3

Emoción es:

Un estado que involucra una experiencia multidimensional con por lo menos 3 sistemas de respuesta: sistema cognitivo e pensamientos de lo personal, sistema conductual y aspecto fisiológico, y preparación del organismo para responder.

Emoción es:

Un estado que involucra una experiencia multidimensional con por lo menos tres sistemas de respuesta: sistema cognitivo que involucra los pensamientos de la persona, el sistema conductual, que se refiere a las diferentes conductas capaces de evocar una emoción y el aspecto fisiológico el cual distingue los cambios presentes en el organismo cuando se sienten diferentes emociones.

Las emociones forman parte de la evolución ayudan a la satisfacción de nuestros.

Emoción es:

Es un estado que involucra una experiencia multidimensional con por lo menos 3 sistemas de respuesta, el sist. cognitivo, el sist. conductual, y el aspecto fisiológico el cual distingue los cambios presentes en el organismo cuando se sienten diferentes emociones. Son respuestas evolutivas.
aspectos corporales: alertar o movilizar

Actividad de la sesión 3. Definición de emoción generada entre todas las participantes.

¿Cuántas emociones existen? 6

¿Cuáles conoces?

Medo	Alegria		
Enojo	Entusiasmo		
Angustia	Apatia		
Frustración	Disgusto		

¿Para qué sirven?

Funcionan:
- Adaptativa:
- Sociales:
- Motivacionales:



- Adaptativa: Conductas funcionales para el medio.

- Sociales: Ayudan en las relaciones interpersonales.

- Motivacionales: proporcionan dirección e intensidad.

funciones.

¿Cuántas emociones existen? 6

¿Cuáles conoces?

Miedo	Enojo	Frustración	Tristeza
Alegría	Vergenza		

¿Para qué sirven?

• Son adaptativos. Sirven para dar una respuesta al contexto, y lograr sobrevivir y ~~dejar~~ vivir en sociedad.

Emociones básicas

- Enlace
- Felicidad.
- Miedo
- Tristeza
- Sorpresa
- Disgusto.

?

Funciones

- Adaptativos / Prepara al organismo
- Sociales
- Motivacionales (Tiene dirección e intensidad).

Actividad de la sesión 3. Emociones identificadas por las participantes y sus funciones.

Actividad sesión 4

- ① Ante esta situación, yo reconocería e identificaría mi estado emocional (me generaría ansiedad y preocupación)
- ② He aprendido a controlar mi ansiedad respirando y acudiendo a mis redes de apoyo (equipo de trabajo con quienes pueda buscar una solución)
- ③ A mí me motivaría hacer lo mejor posible mi trabajo, enfocándome en el paciente y en los padres, que ambas partes son seres humanos
- ④ Me enfocaría en identificar las emociones de los padres; transmitiéndoles las estrategias que me ayude
- ⑤ Me acercaría a profesionales, a mi supervisora

- Identificar la emoción que me genera la situación.
- Pensar técnicas o estrategias assertivas que me ayuden a controlarme.
- Centrarme en un objetivo: la obtención del parent y dar respuesta a la demanda.
- Entender lo que está sintiendo el otro.
- Establecer relaciones que faciliten la comunicación para brindar un mejor servicio.

Actividad de la sesión 4. Resolución de una situación de conflicto mediante el Modelo de Goleman.

Actividad sesión 5

Importancia de la RE

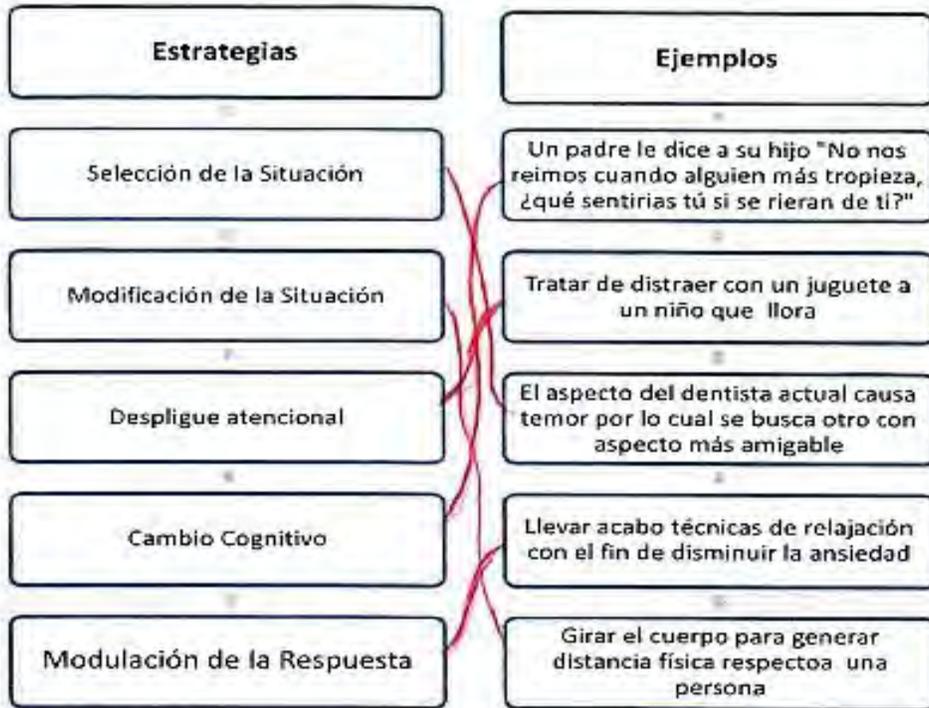
1	Favorecer el reconocimiento de la emociones propias
2	Desarrollar estrategias que favorezcan la expresión de emociones
3	Permitir el modular de manera adecuada las emociones en situaciones específicas
4	Facilitar el proceso de toma de decisiones

Importancia de la RE

- 1 Favorecer el reconocimiento de las emociones propias
- 2 Desarrollar estrategias que favorezcan la expresión de emociones
- 3 Permitir modular de manera adecuada las emociones en situaciones específicas.
- 4 Facilitar el proceso de toma de decisiones

Actividad de la sesión 5. Orden de importancia de la Regulación Emocional según las participantes.

Actividad sesión 6
RELACION DE COLUMNAS



Actividad de la sesión 6. Relación de columnas del Modelo de Estrategias de RE de Gross y Thompson.

Actividad sesión 7

<u>Efectivas</u>	<u>Inefectivas</u>
Aceptación Radical. (4)	Evitación de situaciones (1) desagradables.
Posposición de la rumiación (5)	Seguridad y control. (2)
Defusión cognitiva (4)	Monitores (Resp. A+) (3)
Conciencia plena (3)	Catarsis. (5)
Acción opuesta (2)	Tomar en firme (1) tener los propios sentimientos y emociones. (4)
Concentración (3).	Inhibición de la expresión emocional (5).
Rechazo y supresión (5)	Distracción (5)
Posposición de la preocupación (5)	Rumiación (3)
	Preocupación (3)

<u>Efectivas</u>	<u>Inefectivas</u>
Aceptación radical	Evitación de situaciones desagradables
Postposición de la remisión	Monitoreo
Defusión Cognitiva	Catarsis
Conciencia plena	Tomar en forma literal los propios pensamientos y emoción
Acción opuesta	Inhibición de la expresión emocional
Concentración	Distracción
Rechazo y supresión	Rumiación
Postposición de la preocupación	Preocupación

Actividad de la sesión 7. Clasificación de las Estrategias de RE brindada por algunas participantes.

Actividad sesión 8

Paciente femenina referida por el servicio de Cardiología Pediátrica por falta de adherencia al tratamiento médico. Durante la entrevista la paciente se muestra pasiva y la madre comenta que no tiene interés por tomar sus medicamentos conociendo las complicaciones que esto conlleva por lo que la madre refiere cansancio al insistirle optando mejor por dejarla hacer lo que quiere. Conforme transcurren las sesiones la paciente presenta llanto fácil, poca cooperación. Se identifica un suceso importante por el cual no quiere seguir su tratamiento, el suicidio de su hermano mayor con el cual convivía bastante. Al indagar más a fondo MC solo llora y la mamá explica que MC fue quien lo encuentra ahorcado en el baño, y que desde ahí ella cambió mucho y no tiene interés en nada. Debido a su Cardiopatía no es alumna regular, tiene bajo promedio, pocos amigos factor primordial para que su mamá la compare y diga cosas negativas de MC.

Emociones	Compasión, tristeza, miedo, impotencia
Estrategias	<p><u>Seguridad y control</u>; sería complicado sentir las emociones mencionadas sin embargo trabajaría para mantener el control.</p> <p><u>Preocupación</u>; ir teniendo un plan de acción para mejorar la condición del paciente.</p> <p><u>Aceptación radical</u>: Aceptar en mi que el tema del suicidio de un familiar es delicado y por lo tanto validar mis emociones.</p>

Actividad de la sesión 8. Situación 1 posible de presentar en el servicio social junto con las emociones y estrategias de RE identificadas por algunas participantes.

En el área de Hospitalización, el servicio de Oncología Pediátrica solicita atención para paciente de 4 años de edad, el cual presenta labilidad emocional debido a internamiento prolongado. Al acudir con el paciente se observa irritable y cansado. Al indagar más a fondo la madre te comenta que únicamente está decaído por estar en el hospital por periodos prolongados, por lo cual consideras llevarle actividades lúdicas para distracción. Posteriormente observas mejoría significativa, el paciente comunica contigo, se interesa en las actividades, etc. De esta forma continúas trabajando con él, le llevas dibujos para colorear, películas animadas, cuentos infantiles, juegos, en varias sesiones incluso juegas con él. Algunas sesiones se encuentra activo, animado, cooperativo, algunas otras se observa fatigado, irritable, decaído, su estado emocional y físico es variable conforme transcurre el tiempo y debido a procedimientos médicos. El día Lunes, al hacer revisión de expediente electrónico, no te aparece registro de él, únicamente aparece la leyenda "El paciente está registrado como defunción".

Emociones	<ul style="list-style-type: none"> - Tristeza - Decaimiento - Melancolía
Estrategias	<ul style="list-style-type: none"> - Distracción - Posposición de la preocupación - Concentración - Seguridad y control <p>* Contrar mi atención en otras situaciones del hospital, por ejemplo, otros pacientes y cosas que hacer, para no afectar mis actividades poner concentración en cosas positivas</p>

Emociones	Tristeza, desconcierto, frustración
Estrategias	<p>Mediación de la situación - Seguridad y control para afrontar la situación actual del fallecimiento del niño.</p> <p>También despliegue atencional - distracción / concentración con el fin de no centrarme en lo malo, y considerar los aspectos positivos de la intervención brindada durante su estancia hospitalaria</p>

Actividad de la sesión 8. Situación 2 posible de presentar en el servicio social junto con las emociones y estrategias de RE identificadas por algunas participantes.

Acudes al servicio de Neurología Pediátrica a entregar un estudio, el cual tú no has calificado, ni conoces al paciente, únicamente eres la encargada de entregarlo, sin embargo, al llegar al servicio te comenta el médico que el estudio está mal, que no considera que el paciente presente el C.I que se ha indicado en el estudio, además el necesitaba que se aplicaran pruebas para descartar TDAH lo cual si estaba indicado en el motivo de consulta, te cuestiona sobre la realización del estudio y te pide que le brindes una retroalimentación sobre lo que se trabajó y como observaron al paciente.

Emociones	Miedo Desesperación Ansiedad Sor presa
Estrategias	Seguridad y control, mantendría la calma y buscaría el control de la situación. <u>Concentración</u> e <u>inhibición de la exp. emocional</u> : pensaría rápidamente en una buena solución e inhibiría mis emociones de temor e inseguridad. Le diría al médico que se haría una revisión del estudio y le daría seguridad acerca de nuestras capacidades. <u>Acción opuesta</u>

Emociones	- Nerviosismo - Ansiedad - Impulsividad
Estrategias	- Seguridad y control - Inhibición de la expresión emocional - Acción opuesta

*Es muy importante mantenerme en control y segura, para no hacer notar que he perdido el control y poder contestar tranquila. Hacerme notar muy segura.

Actividad de la sesión 8. Situación 3 posible de presentar en el servicio social junto con las emociones y estrategias de RE identificadas por algunas participantes.