

Situaciones, emociones y pensamientos en una muestra clínica que acude a consulta de terapia psicológica

Uriarte Archundia, Alejandra

2018

<http://hdl.handle.net/20.500.11777/3628>

<http://repositorio.iberopuebla.mx/licencia.pdf>

UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA PUEBLA

Estudios con Reconocimiento de Validez Oficial por Decreto
Presidencial del 3 de abril de 1981



SITUACIONES, EMOCIONES Y PENSAMIENTOS EN UNA MUESTRA CLÍNICA QUE ACUDE A CONSULTA DE TERAPIA PSICOLÓGICA

DIRECTOR DEL TRABAJO
Dr. Raúl José Alcázar Olán

ELABORACIÓN DE TESIS DE GRADO
que para obtener el Grado de
MAESTRÍA EN PSICOTERAPIA

Presenta

ALEJANDRA URIARTE ARCHUNDIA

Puebla, Pue.

2018

INDICE

| | Pág. |
|--|-------------|
| Capítulo I Planteamiento del problema | 4 |
| Planteamiento del problema | 4 |
| Objetivos | 5 |
| Justificación | 6 |
| Definición de términos | 7 |
| Capítulo II Marco Teórico | |
| Estados emocionales, pensamientos y creencias de mayor presencia en la práctica terapéutica | 9 |
| Autoconsciencia | 9 |
| Emociones | 10 |
| Enojo | 12 |
| Ansiedad | 16 |
| Depresión | 19 |
| Pensamientos | 21 |
| Pensamientos automáticos | 22 |
| Creencias centrales | 23 |
| Creencias disfuncionales | 23 |
| Bases de la terapia cognitiva | 25 |
| Modelos Cognitivo | 27 |
| Bases de la terapia racional emotiva | 28 |
| Bases de la terapia racional emotiva-conductual | 28 |
| Modelo ABC | 29 |
| Enfoque cualitativo de las investigaciones | 31 |
| Investigación cualitativa empleada en el área de la salud / Procesos terapéuticos | 32 |
| Diseños metodológicos | 33 |

| | |
|--|----|
| Capítulo III Método | 35 |
| Características del estudio | 35 |
| Ubicación espacio temporal | 35 |
| Tipo de estudio | 35 |
| Participantes | 36 |
| Instrumento | 37 |
| Procedimiento | 37 |
| Capítulo IV Resultados | 38 |
| Características de la muestra | 38 |
| Situaciones, emoción y pensamiento | 39 |
| Registro de situaciones | 39 |
| Registro de emociones | 44 |
| Registro de pensamientos | 45 |
| Capítulo V Discusión | 47 |
| Capítulo VI Conclusión | 52 |
| Referencias | 53 |
| Anexos | 55 |
| Base total de registros de situaciones, emociones y pensamientos | 55 |

Capítulo I. Planteamiento del problema

Los pacientes que acuden a la consulta terapéutica de manera constante tienen diversas quejas y malestar emocional por lo que están viviendo. Hasta ahora, existen sistemas diagnósticos de clasificación como el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, American Psychiatric Association, APA) para identificar el tipo de trastorno (o trastornos) que aplican a los pacientes. Sin embargo, la información que surge directamente de los pacientes (por ejemplo, sus motivos de consulta) están poco investigados y estudiados, por lo cual los clínicos se mantienen algo alejados de investigaciones que aporten datos y tendencias que reflejen la realidad y la problemática de los pacientes en la actualidad. En consecuencia, esta investigación buscó acercarse a las dificultades de los pacientes, por medio de conocer situaciones cotidianas que les producen malestar, así como indagar sobre cómo se sienten al respecto y las ideas o pensamientos que pasan por sus mentes cuando se sienten así.

El marco de referencia para esta investigación es cognitivo conductual, el cual es cercano a la terapia racional emotiva. Ambos enfoques hacen énfasis en el siguiente enlace: situación-emoción-pensamiento, o bien como se menciona en el enfoque racional emotivo: el ABC, donde A es la situación que produce malestar, B es el pensamiento o ideas que surgen al sentir el malestar, y C es la consecuencia emocional (sentir tristeza o enojo, según el caso).

Debido a lo anterior, la pregunta de investigación es: ¿qué situaciones, emociones y pensamientos, que producen malestar son las que informan los pacientes que acuden a consulta psicoterapéutica?

En la actualidad, las personas vivimos en un mundo que parece que se va tornando más complejo y estresante día a día; que nos obliga a estar centrados en el lograr, en encajar en estándares y lineamientos y en el tener, más que el poder vivir centrados en el ser. El estrés diario, la complejidad en las relaciones personales, las exigencias sociales, laborales, intelectuales, materiales, financieras...nos tienen como personas experimentando en nuestro diario existir, situaciones de vida insanas; vidas llenas de dolor y emocionalmente tóxicas para nosotros mismos y para todos los seres con quienes convivimos. Situaciones en las cuales el sufrimiento, el aislamiento, las enfermedades y somatizaciones se tornan en nuestra cotidianidad al vivir.

Podríamos pensar que es un rasgo cultural, que los mexicanos no tengamos una forma madura o equilibrada en nuestra forma de expresar nuestros sentimientos; pero más allá de la concepción cultural, la efectividad emocional está centrada en el nivel de autoconocimiento y capacidad de afrontamiento asertivo de la realidad de los sucesos que se presentan en nuestra vida.

Es por ello que cobra gran importancia el poder comprender el manejo que tenemos de nuestros pensamientos, conductas, situaciones y emociones; el cómo, a través de ellas nos manejamos y respondemos a todos los eventos, situaciones y relaciones que hay en nuestras vidas, con nosotros mismos y con los demás de una forma consciente y realista, esto permitirá una vida con mayor salud.

Objetivos

General

Identificar las situaciones, emociones y pensamientos que predominan en una población clínica que acude a consulta de terapia psicológica. El componente esencial de dichas situaciones es que a la persona le producen algún malestar.

Específicos

En apego al objetivo general, los objetivos específicos se concentran en detectar:

- Situaciones específicas que producen algún malestar emocional (tristeza, culpa, vergüenza, preocupación, enojo, otros) al paciente: ¿qué situación es?, ¿cuándo sucedió?, ¿dónde?, y otros detalles de la situación específica.
- Emociones que el paciente sintió ante esa situación y qué describe en cada sesión o sesiones.
- Pensamientos (palabras, frases o imágenes) que se presentaron en la mente del paciente cuando sucedió la situación.

Justificación

Desde el entendimiento de que la forma en la cual comprendemos nuestros problemas, desafíos y las adversidades que se presentan en nuestra vida diaria, tiene un claro efecto en como los vamos a afrontar. Es por ello, que resulta esencial que en los procesos terapéuticos se cuente con un abordaje desde la mirada de la terapia cognitivo conductual y emocional; que facilite al paciente poder identificar, analizar, comprender, reelaborar y resignificar sus creencias, pensamientos, conductas y emociones desde una mirada mucho más centrada en la realidad y que le brinde posibilidades de resolución adecuadas, realistas y sanadoras para él.

Greenberger y Padesky (1995) mencionan que la conciencia es el primer paso hacia el cambio y hacia una mejor resolución de los problemas; es por ello que mientras más conscientes seamos de nuestros pensamientos, conductas y emociones podremos adquirir mayor control y comprensión sobre nosotros mismos. Logrando con ello, recodificar nuestras creencias y programas por medio de los cuáles concebimos nuestra realidad y nuestra historia, permitiendo así, una vida con mayor calidad y posibilidades de éxito y salud.

La presente investigación permite identificar las situaciones, emociones y pensamientos que predominan en una población clínica y con ello, establecer condiciones y situaciones comunes al realizar la trazabilidad de los indicadores obtenidos en la población estudiada.

Esta investigación permite comprender los estresores cotidianos a los que se están expuestas las personas que acuden a consulta psicoterapéutica, lo cual puede ser la base para una mejor comprensión de los pacientes y el tipo de problemática que enfrentan, por ejemplo, en temas familiares, laborales o de pareja.

Los resultados obtenidos nos permitirán apoyar y validar la relevancia de la teoría racional emotiva; su aplicación y seguimiento en el ejercicio terapéutico posibilitará un proceso de recuperación y mejora en la condición de los pacientes.

Definición de términos

Ansiedad.- Miedo anticipado a padecer un daño o desgracia futuros, acompañada de un sentimiento de temor o de síntomas somáticos de tensión (Masson 2013).

Depresión.- Trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración; ésta puede llegar a hacerse crónica o recurrente y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria (OMS)

Emoción.-Estado afectivo, una reacción subjetiva al ambiente, acompañada de cambios orgánicos (fisiológicos y endocrinos) de origen innato, influida por la experiencia y que tiene la función adaptativa (Oatley y Jenkins, 1996). Son los estados emocionales que experimentan las personas y usualmente se describen con una sola palabra (Greenberger y Padesky 1998)

Enojo.- Sentimiento fenomenológico o interno, asociado con distorsiones y deficiencias cognitivas y perceptuales específicas (por ejemplo malentendidos, errores, atribuciones de culpa, injusticia, intencionalidad o estar a la defensiva) etiquetado subjetivo, cambios psicológicos y tendencias a actuar involucrándose en comportamientos preestablecidos, construidos y reforzados socialmente (Kassinove 1995).

Enojo hacia fuera (anger out).- expresión de esta emoción hacia otras personas u objetos del entorno y se le considera una forma inadecuada de expresar el enojo (Spielberger 1991).

Enojo hacia adentro (anger in).- Es la supresión de los sentimientos; esta dirección que toman dichos sentimientos también es considerada inadecuada (Spielberger 1991).

Pensamiento automático.- Nos permiten entender las emociones intensas. Pueden ser palabras, imágenes o fotografías mentales o recuerdos. Para poder identificarlos es necesario saber lo que estaba pasando por la mente de la persona justo antes de sentir la emoción identificada y saber lo que es lo que rodea al pensamiento de alta tensión (Greenberger y Padesky 1998)

Situación.- Son los factores situacionales, ambientales y externos a la persona que producen estrés e incomodidad. Las situaciones pueden ser identificadas al cuestionarse respecto a la persona o personas con las cuales se estaba en ese momento; describir lo que hacía la persona en ese momento; definir claramente el momento en el que sucedió la situación e identificar el lugar en el que se encontraba (Greenberger y Padesky 1998)

Capítulo II Marco Teórico

“Sé que hay una consciencia que es conocer y que hay una consciencia universal.
Ser consciente sería estar despierto, ir despertando.
Ser consciente es darme cuenta y la autoconsciencia es darme cuenta de mí, darme cuenta de mi
cuerpo, de mi mente, de mis emociones, de mi espiritualidad, de mis limitaciones... y poder
abrazarlas en una totalidad.”
Rosa Larios Novela

Estados emocionales, creencias y pensamientos de mayor presencia en la práctica terapéutica

Autoconsciencia

Lograr que las personas seamos conscientes de nosotros mismos no es un proceso que resulte fácil...mucho menos cuando vivimos inmersos en una realidad compleja y una sociedad altamente demandante. Vivimos centrados en los demás, en sus necesidades y demandas y con ello, no necesariamente balanceamos adecuadamente el tiempo y cuidado que damos a los demás y el tiempo y cuidado que nos damos a nosotros mismos.

La maestra Rosa Larios (Macías y Larios 2014) cita que “Darse cuenta es una capacidad única del ser humano. Cuando no desarrolla esta posibilidad, limita su proceso de ser persona.” Refiere que cuando una persona vive un proceso de darse cuenta, éste se refleja en todos los aspectos de su vida siendo observable en sus pensamientos, en las acciones y en las palabras por medio de las cuales se relaciona con los demás. Mejorando con ello su calidad de vida.

Por lo general, cuando percibimos algo le damos un significado, le damos una lectura y lo interpretamos; relacionándonos con una realidad subjetiva. Los filtros por medio de los cuáles percibimos nuestra realidad son a través de nuestros estados emocionales.

Emociones

El ser humano se expresa por medio de su lenguaje corporal, lenguaje verbal y por medio de sus emociones; siendo éstas, las más complejas de expresar en la mayoría de las veces. Oatley y Jenkins (1996) ofrecen tres claras definiciones con respecto a las emociones, ellos citan que las emociones son:

- 1) Causadas habitualmente por la evaluación que realiza una persona de manera consciente o inconsciente, de la relevancia de un suceso respecto de una meta o preocupación importante; será positiva cuando hay un avance en relación a la meta y negativa cuando hay un impedimento.
- 2) El núcleo de una emoción es la preparación para la acción y la sugerencia de planes; una emoción da prioridad a una acción a la que hace parecer urgente, de modo que puede interrumpir procesos mentales o acciones alternativas o competir con ellos.
- 3) Una emoción se experimenta habitualmente como un particular estado mental al que a veces acompañan cambios fisiológicos, expresiones y acciones.

En la experiencia humana, la emoción es la evaluación que hacemos sobre si el suceso es significativo o no para la persona (Lazarus, 1991 citado por Oatley y Jenkins 1996), sintetiza la idea de la evaluación de la relevancia para una meta; él la denomina “evaluación primaria”; sugiriendo tres rasgos:

- Conocer si existe relevancia con relación a una meta; si es relevante habrá emoción.
- Identificar si hay congruencia o incongruencia del yo en el suceso; acercarse causa emociones positivas, alejarse causa emociones negativas.
- Comprender de qué clase es la implicación del yo en el suceso; se refiere al valor de un suceso para una persona.

La investigación sobre la evaluación supone que las emociones son causadas por sucesos, depende de la interpretación que la persona le da en relación a si ésta es relevante o no para el logro de su meta; definirá la generación de emociones

positivas o negativas. Las emociones positivas impactan significativamente en el Yo, elevando la autoestima; por lo contrario, cuando las emociones impactan negativamente, hay un daño en la autoestima generando un daño y pérdida del Self.

Oatley y Jenkins (1996) representan lo anteriormente descrito en la figura 1: Evaluación de las emociones.

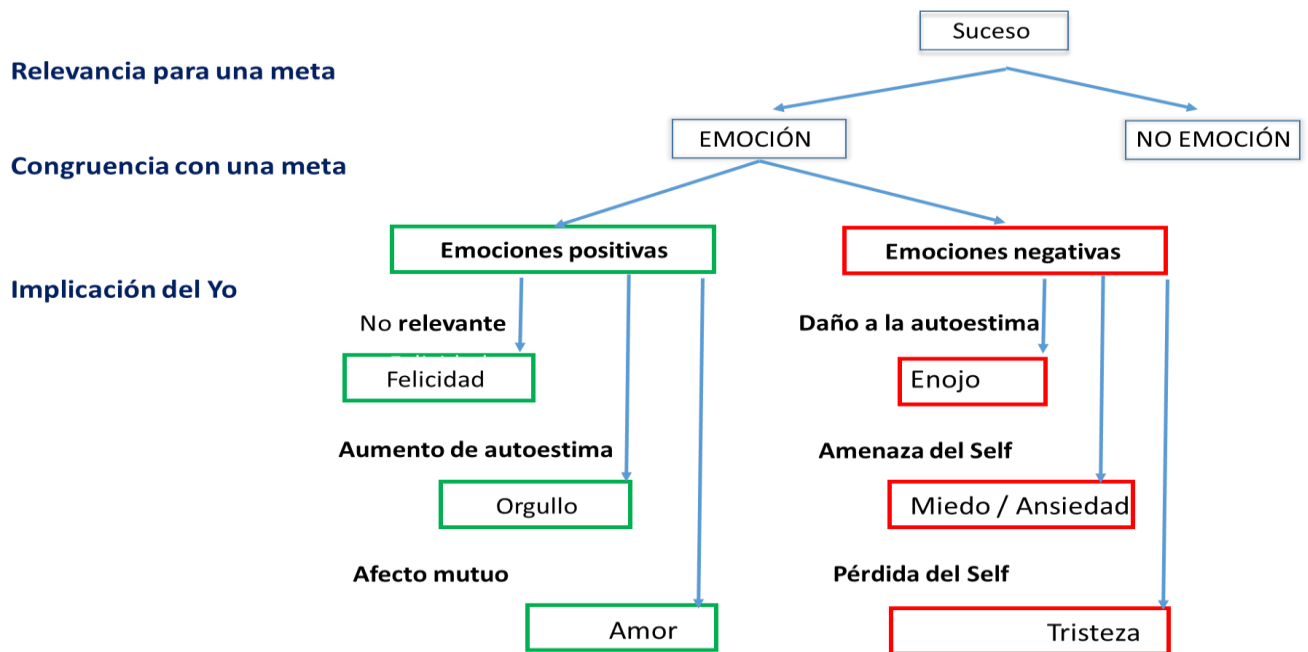


Figura 1: Evaluación de las emociones, Oatley y Jenkins (1996)

Greenberger y Padesky (1995) mencionan que las emociones son los estados de ánimo en las personas. Branden (1988) refiere que podemos comprender por emoción al estado afectivo intenso que aparece de forma súbita y que va acompañado de cambios conductuales, fisiológicos y hormonales pasajeros. Por su lado los estados de ánimo son los estados psicológicos que reflejan las vivencias afectivas y emocionales que se están teniendo. Se diferencia de las emociones en que el estado de ánimo es más duradero y menos específico de una situación concreta.

Macías y Larios (2014) citan que la emoción es el conjunto de emociones experimentadas; es al momento de nombrar lo que se siente, cuando se le da un significado, y se habla de sentimientos. El poder nombrar nuestras emociones nos

permiten comprender lo que sucede en nuestro ser. Las personas sanas, logran identificar y reconocer sus emociones en un contexto de realidad muy cercana a la objetividad de la misma. Incluso, cuando se presenta la supresión de la conducta emocional, ésta es por lapsos cortos; cuando se presentan de manera crónica la supresión ya estamos hablando de trastornos emocionales.

La represión emocional se da cuando la persona intenta no sentir, se le dificulta encontrar estímulos que le induzcan sentimientos, o al negarse a pensar en los pensamientos. La represión ocurre de manera inconsciente y automática debido a la angustia que generan las emociones al poder amenazar la integridad moral de la persona o la imagen de sí misma Macías y Larios (2014).

Por su lado, mencionan que la personalidad sana puede reconocer los sentimientos incluso los más terribles, dado que su integridad moral y autoimagen radica en lo que expresa y actúa. La represión emocional no es sana, por lo general provoca que el sentimiento reprimido sea expresado por el cuerpo por medio de las enfermedades.

Macías y Larios (2014) mencionan que lo importante es hallar en las emociones claves y señales importantes para vivir y realizar cambios cuando sea necesario. Citan también que al ignorar los sentimientos se van creando capas donde se pierde el sentimiento original, y se torna muy complejo poder comprender y superar una situación.

El manejo de las emociones se da desde la aceptación de los mismos, posteriormente se pueden controlar. La atribución de significados a las emociones brinda claridad y objetividad; es nuestro entorno el que influye en ello ya sea por aspectos culturales, sociales, económicos, historia personal, experiencias y el estado de ánimo de la persona Macías y Larios (2014).

Enojo

En la práctica terapéutica se comprende que las emociones tienen un gran potencial adaptativo innato que pueden ayudar a cambiar estados emocionales no

saludables o experiencias personales no positivas. El proceso terapéutico resulta esencial para poder enseñar al paciente a identificar mejor, experimentar, explicar, dar sentido, transformar y manejar flexiblemente sus emociones.

Levy (2001) cita que

“...el enojo es, en esencia, un remanente de energía que está destinado a aumentar nuestros recursos para resolver el problema que nos produce enojo. Sin embargo, al no saber cómo canalizarlo, termina convirtiéndose en un factor que daña aún más la situación a que nos enfrentamos. Por esta razón es de fundamental importancia conocer de qué está hecha esta emoción y aprender a transformar el enojo que destruye en enojo que resuelve.” (pag.37)

En el manejo del enojo, sea de la intensidad que sea que se presente, siempre existe la presencia de frustración. Cuando la energía del deseo que se encamina hacia su realización encuentra un obstáculo, la obstrucción que éste produce genera una sobrecarga energética en ese deseo. Esta sobrecarga es lo que llamamos enojo.

Desde el punto de vista químico, ante la presencia de un obstáculo vivido como amenaza, el organismo secreta adrenalina y noradrenalina, los neurotransmisores que posibilitan los comportamientos de alerta y actividad, de confrontación y lucha.

En efecto, el enojo es útil para aumentar la fuerza física, pero no es útil para aumentar la capacidad de coordinación necesaria para resolver un problema.

La expresión del enojo es una de las primeras reacciones emocionales en la vida de una persona, desde que somos bebés aprendemos a expresar nuestras necesidades básicas por medio de este sentimiento. Todos en algún momento de nuestras vidas hemos sentido y expresado enojo, está presente entre las personas tanto en las infravaloradas como supervaloradas.

De acuerdo a Stamateas (2013), el enojo se puede expresar de dos formas:

- Hacia afuera: gritar, pelear, criticar, molestar, atacar, golpear.
- Hacia adentro: resentimiento, charla interna destructiva, odio, enfermedades psicosomáticas.

En un estudio realizado por Alcázar, Jiménez, Mena, Ponce de León y Gutiérrez (2015) en relación a conocer qué eventos o situaciones específicas generan el enojo, qué pensamientos tienen las personas cuando se enojan y qué diferencias por sexo se presentan. Los resultados del estudio reflejaron en primer lugar que, la mayoría de los detonantes surgieron de acciones realizadas por otras personas y con menor frecuencia de uno mismo. La emoción surge ante mentiras, injusticias, insultos, irresponsabilidad o traición. Es justamente en la relación con los demás cuando surgen los episodios más intensos de enojo, lo que fue más frecuente en siete u ocho de cada diez participantes. Los autores citan en su investigación que el resultado concuerda con el de Tafrate et al. (2002), quien halló que 85% de los episodios de enojo aparecen en la interacción con otros individuos. Identifican que el malestar surge ante las “fechorías” de los demás (Averill, 1983) y ante la percepción de que se ha cometido una injusticia (Beck, 1976).

Comentan que es posible molestarse por situaciones no interpersonales, como por ejemplo que no haya servicio de Internet o que amanezca lloviendo, pero dichas situaciones se asocian con menor frecuencia al enojo intenso.

Por otra parte, en segundo lugar, la investigación aportó que relaciones interpersonales constituyen un ambiente en que puede surgir el afecto negativo más displacentero y, junto con éste, los enojos más intensos. Es fácil que las explosiones de furia incluyan a veces agresión para dañar a alguien. Cuando una persona impide que otra logre lo que quiere o rompe con sus expectativas, es probable que aparezca el enojo como respuesta. Quizás el enojo es más intenso en las situaciones interpersonales debido a que, desde el punto de vista de quien se enoja, hay un culpable o responsable. Así, identificarlo facilita explotar contra esa persona o hacerle pagar las consecuencias.

Por último, señalaron que situaciones específicas que causan enojo intenso, las que tienen en común ser aversivas o indeseables, como por ejemplo: mentiras, injusticias, insultos, gritos, discusiones y pleitos.

La investigación hace referencia a los siguientes tipos de pensamientos: los “deberías” por medio de exigencias (“Los demás deberían decir la verdad”), groserías (“Carajo”), venganza y agresión física (hacer sufrir a quien causó el enojo), etiquetas peyorativas (“Estúpido”), y pensamientos adaptativos (“Trato de resolver el problema”). Como el aspecto cognitivo es uno de los componentes del enojo (Berkowitz y Harmon- Jones, 2004), se considera que los pensamientos encontrados (“deberías”, groserías, venganza y agresión física y etiquetas) permiten un mayor entendimiento de esta emoción.

Alcázar (2015), en su artículo sobre Instrumentos de Evaluación del Enojo en México, cita a Deffenbacher & McKay al mencionar que la experiencia del enojo incluye tres componentes: físico, cognitivo y conductual.

- Físico, se activa el sistema nervioso autónomo, especialmente si el enojo es muy intenso. Algunas personas sudan o tensan sus hombros y brazos para defenderse o atacar.
- Emocional, va de la mano con la activación fisiológica. El enojo se distingue por la intensidad o magnitud en que una persona siente el enojo. Va desde un nivel muy bajo que puede manifestarse como una leve molestia hasta un nivel muy alto, que conlleva afirmaciones claras de enojo. Algunas personas expresan su nivel más alto de enojo por medio de groserías (Alcázar, Jiménez, Mena y Ponce de León, 2015).
- Cognitivo, el enojo es percibido como provocaciones o injusticias; como situaciones adversas en su contra que se hacen a propósito para dañar o lastimar.

Hawkins y Cougle (2011), abordan en su artículo “Anger problems across the anxiety disorders; findings from a population-based study”, la relación entre el desorden por stress post traumático, desórdenes de pánico, desorden por ansiedad social, fobias específicas y desórdenes de ansiedad generales con experiencias y expresiones de enojo. Los autores sostienen como hipótesis que las experiencias y expresiones de enojo están relacionados con los desórdenes de ansiedad.

La investigación arrojó como resultados que existe una clara relación entre los múltiples desórdenes de ansiedad y los diferentes índices de enojo en relación a la experiencia y la expresión del mismo.

Ansiedad

Charles Spurgeon, pastor budista dice que “La ansiedad no agota la angustia del mañana, solo agota la fuerza del Hoy.” En la práctica terapéutica es muy común presenciar cuadros de ansiedad en los pacientes, éstos se pueden identificar como un estado mental que se caracteriza por una gran inquietud, una intensa excitación y una extrema inseguridad.

Galletero y colaboradores (1989) en su artículo titulado Etiología de la ansiedad, hacen referencia a las bases biológicas de la ansiedad; la investigación bioquímica y farmacológica da evidencia de que algunos trastornos de ansiedad pueden ser debidos a unos mecanismos bioquímicos particulares, con una fisiopatología determinada. Los primeros estudios mostraron que diferentes estados de ansiedad respondían a terapias farmacológicas distintas (trastorno de pánico, a la imipramina y trastorno de ansiedad generalizada, a benzodiacepinas), lo que hizo suponer que en ambas entidades podrían estar implicados mecanismos fisiopatogénicos diferentes (Greenblatt, 1974; Klein, 1980).

Tortella-Feliu (2014), cita los trastornos de la ansiedad con base en el DSM-V, resaltando las siguientes descripciones y periodos de diagnóstico por trastorno,

dentro de los más reportados son el trastorno de ansiedad por separación, el miedo o ansiedad intensos y persistentes relativos al hecho de tener que separarse de una persona con la que le une un vínculo estrecho, un malestar psicológico subjetivo, rechazo a quedar solo en casa o desplazarse a otros lugares (escuela, trabajo, etc.) y/o presencia de pesadillas o síntomas físicos ante la separación de esas figuras de vinculación o su anticipación.

Trastorno de ansiedad o fobia social, se presentan por el miedo o ansiedad intensos que aparecen prácticamente siempre en relación a una o más situaciones sociales en las que la persona se expone al posible escrutinio por parte de otros. La persona teme actuar de una determinada manera o mostrar síntomas de ansiedad que puedan ser valorados negativamente por los observadores.

Trastorno de angustia, se manifiesta por presencia de crisis de angustia inesperadas recurrentes. Al menos una de ellas va seguida durante un mínimo de un mes de inquietud o preocupación persistente por la aparición de nuevas crisis o sus consecuencias, y/o por un cambio significativo y desadaptativo en el comportamiento que se relacione con las crisis de angustia.

Sin duda es el trastorno de ansiedad generalizada la más frecuente, es la ansiedad y preocupación excesivas, persistentes; las personas tienen dificultades para controlarse, sobre diversos acontecimientos o actividades y que se asocian a tres o más síntomas de sobreactivación fisiológica.

Stamateas (2013) refiere con relación a la ansiedad que ésta se debe entender como la emoción que aparece cuando sientes que se acerca una amenaza, cuando se visualiza el futuro de manera negativa y la persona se prepara para hacerle frente. El sostiene que la ansiedad se apodera primero de la mente y

después del cuerpo. La ansiedad es una respuesta natural que permite afrontar la presión externa. Cuando la ansiedad es crónica se vuelve tóxica; es decir, cuando se convierte en un temor excesivo e irracional a situaciones cotidianas. Vivirla la ansiedad de manera tóxica genera desánimo, tristeza, e incluso depresión o por el contrario, el vivir completamente acelerado. Stamateas (2013) plantea que dentro de los síntomas más comunes de la ansiedad podemos encontrar: miedo o temor, inseguridad, preocupación, aprensión, problemas de concentración, dificultad para tomar decisiones, insomnio, sensación de pérdida de control de la propia vida o del medio que rodea a la persona, hiperactividad, pérdida de interés, movimientos torpes, tartamudeo, tics nerviosos.

Cuando la ansiedad no es tratada de manera adecuada, puede dañar la salud tornándose en un trastorno de ansiedad; pudiendo manifestarse como pánico, trastornos obsesivo-compulsivos, fobias y síntomas muy graves como lo son: palpitaciones, presión arterial alta, opresión del pecho, sensaciones de ahogo, náuseas, problemas digestivos, diarreas, tensión muscular, dolor de cabeza, fatiga, sudoración excesiva, impotencia, eyaculación precoz. La ansiedad es vivir en el futuro, implica gastar una alta cantidad de energía preocupándose e imaginando lo que podría llegar a pasar. Anticiparse al mañana es sumamente agotador si es que toda la energía no está debidamente focalizada a la meta Stamateas (2013).

Durante la mesa redonda “Trastornos, Retos y Perspectivas de la Ansiedad en México”, se mencionó que el 14.3% de la población mexicana ha presentado algún tipo de trastorno de ansiedad a lo largo de su vida. “En México, sólo uno de cada 10 pacientes con trastorno de ansiedad cuenta con un tratamiento adecuado, a pesar de que en los últimos 25 años, las terapias contra esta enfermedad, han mostrado sus beneficios en la calidad de vida de los pacientes y sus familias”. Afirmó el Dr. Alejandro Nenclares, Gerente Médico de Pfizer México (Crónica.com.mx, 14 Octubre 2017).

Depresión

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define a la depresión como un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración; ésta puede llegar a hacerse crónica o recurrente y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir al suicidio. Si es leve, se puede tratar sin necesidad de medicamentos, pero cuando tiene carácter moderado o grave se pueden necesitar medicamentos y psicoterapia profesional. La depresión es un trastorno que se puede diagnosticar de forma fiable y que puede ser tratado por no especialistas en el ámbito de la atención primaria.

Desde la etiología de la depresión, son extensas las causas que se atribuyen a la enfermedad, de acuerdo a Beck, (citado por Garrido y Schwweiger 2010) la raíz de la depresión se localiza en un triple déficit en el sistema de creencias que lleva a la persona a percibirse a sí misma, al mundo y al futuro en términos negativos, originándose en la edad temprana del individuo. Generando errores sistemáticos en el pensamiento y distorsiones en el procesamiento de la información. Entre las causas más comunes podemos encontrar: dolor prolongado, condiciones médicas, medicamentos, consumo excesivo de alcohol o drogas, estrés, eventos de maltrato infantil o rechazo, problemas de sueño, frustración de un proyecto, aumento o disminución de peso.

Morrison (2014), en su libro *Guía para el Diagnóstico Clínico SM V* hace referencia al trastorno depresivo mayor; el término depresión se usa para referirse a tres problemas diferentes:

- 1) A un estado de ánimo decaído pasajero
- 2) A un grupo de síntomas más o menos transitorios

3) A un trastorno afectivo persistente que se prolonga por meses o años y que interfiere con las actividades de las personas o que llega a ser francamente discapacitante.

Podemos comprender como depresión, como la presencia de una enfermedad o trastorno mental que se caracteriza por una profunda tristeza, decaimiento anímico, baja autoestima, pérdida de interés por todo y disminución de las funciones psíquicas.

- Trastorno depresivo persistente (distimia) En este trastorno se agrupan el trastorno de depresión mayor crónico y el trastorno distímico. Estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día, presente.
- Trastorno depresivo asociado a ansiedad con diversas combinaciones sintomáticas en sus manifestaciones. Abuso de alcohol y otras sustancias, y con algunas enfermedades orgánicas cerebrales y sistémicas⁴. También es frecuente su asociación con trastornos de la conducta alimentaria y algunos trastornos de la personalidad La sintomatología es distinta por la edad. En jóvenes se presentan síntomas comportamentales, adultos mayores con mayor frecuencia síntomas somáticos
- Depresión breve recurrente Abatimiento del estado de ánimo y presentan al menos 4 síntomas distintos de depresión
- Trastorno depresivo persistente (Crónico)) También catalogada como distimia. Presentan los mismos síntomas de la depresión mayor, abatimiento del estado de ánimo, fatiga, desesperanza, dificultad para concentrarse y problemas con el apetito y el sueño. Además puede presentar sentimientos inapropiados de culpa e ideas de muerte o suicidas
- Mayor Episodio único, puede presentar características psicóticas graves congruentes con el estado de ánimo, con características melancólicas y con tensión ansiosa moderada.
- Episodio de corta duración Presentan los síntomas para depresión mayor excepto por la duración. Se observa un estado de ánimo depresivo, manifestación de al menos 4 síntomas mayores adicionales; tensión o

disfunción con relevancia clínica. No presentan psicosis en la actualidad.

De acuerdo a la OMS, en febrero de 2017 publicó que la depresión es una enfermedad frecuente en todo el mundo, y se calcula que afecta a más de 300 millones de personas. La depresión es distinta de las variaciones habituales del estado de ánimo y de las respuestas emocionales breves a los problemas de la vida cotidiana. En el peor de los casos puede llevar al suicidio. Cada año se suicidan cerca de 800 000 personas, y el suicidio es la segunda causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años.

El presidente de la Asociación Psiquiátrica Mexicana, Enrique Chávez León, mencionó que la depresión afecta al 3.3% de la población en México; por ello su relevancia en la salud mental y pública de los mexicanos; se presenta principalmente en las mujeres que en los varones en una proporción de al menos 2 a 1. (Milenio.com, 26.10.2017)

Pensamientos

Podemos comprender al pensamiento como el resultado de las construcciones de la mente. Beck (2000) cita que el modelo cognitivo sostiene que la interpretación de una situación influye sobre las emociones. Greenberger y Padesky (1995), opinan que los pensamientos nos facilitan el poder definir las emociones que vivimos, influyendo en nuestro comportamiento. Representan las ideas, e imágenes que tenemos con respecto a situaciones que vivimos.

Beck (2000) retoma la propuesta de Aristóteles al proponer que las emociones son valoraciones y ante el hecho de que podemos elegir cómo valoramos los sucesos, tenemos la capacidad de cambiar nuestras emociones. Oatley y Jenkins (1996) citan que “La hipótesis de los terapeutas cognitivos es que la gente deprimida y ansiosa ha adquirido hábitos mentales que producen emociones de tristeza y miedo. Los terapeutas trabajan con los pacientes para

descubrir diferentes valoraciones de los sucesos que no conduzcan a la tristeza y al miedo”.

Pensamientos automáticos

Son los pensamientos que no surgen de un razonamiento, se presentan de manera automática, veloz y breve. Son las palabras e imágenes que pasan por la mente de la persona y son específicos para cada situación y se considera que son el nivel más superficial de la cognición, aunque más cercanos a la conciencia. Estos influyen en la conducta y las emociones.

Para poder identificar los pensamientos automáticos se debe observar qué pensamiento está presente cuando se experimenta un sentimiento intenso o se tienen reacciones intensas hacia algo.

Las preguntas que permiten identificar los pensamientos automáticos son:

- ¿Qué estaba pasando por mi cabeza antes de empezar a sentirme de esta forma?
- ¿Qué es lo que esto dice de mí de ser cierto?
- ¿Qué es lo que significa para mí, para mi vida, para mi futuro?
- ¿Qué temo que pueda ocurrir?
- ¿Qué es lo que podría ocurrir si fuera verdad?
- ¿Qué imágenes o recuerdos tengo en esta situación?

Los pensamientos automáticos que están más conectados a las emociones se llaman pensamientos de alta tensión. Llevan consigo la carga emocional (Greenberger y Padesky, 1995).

Creencias centrales

Rosen, citado por Beck (2000) menciona que desde las primeras etapas del desarrollo las personas necesitan comprender su entorno, organizar sus experiencias para poder adaptarse. Sus interacciones con los demás llevan a las personas a procesos de aprendizaje que forman sus creencias.

Beck (2000) refiere que las creencias centrales son ideas fundamentadas y profundas que no se expresan, estas ideas son verdaderas y absolutas, siendo para cada persona su marco de referencia en su vida. Son globales, rígidas y se globalizan en exceso. Las creencias centrales negativas por lo general son globales, generalizadas y absolutas.

Cuando una creencia central se activa, la persona procesa fácilmente la información que la sustenta sin poder reconocer o llegar a distorsionar dicha información.

Creencias disfuncionales

Las creencias disfuncionales, son aquellas que no están apegadas a la realidad; éstas pueden ser desaprendidas, generando la posibilidad de desarrollar nuevas creencias basadas en la realidad y que sean funcionales para la persona.

Para el entendimiento de la concepción de un problema, Greenberger y Padesky (1995) proponen el Modelo de los cinco pasos. Este modelo plantea el análisis de cinco variables por medio de las cuáles se puede contextualizar un problema, permitiendo con ello, comprender y objetivizar el mismo.

Las variables y las preguntas reflexivas que plantea el modelo son las siguientes:

- Paso 1: Cambios ambientales/ Situaciones de la vida:

Poder identificar en el paciente los cambios críticos que ha experimentado, comprender el impacto que éstos le han generado y el cómo los ha abordado. Es muy importante comprender la temporalidad de estos eventos; si son eventos críticos vividos en la infancia, o en qué periodo de su vida.

- Paso 2: Reacciones físicas

Poder distinguir cuáles son los síntomas que ha presentado y se estén tornando significativos en el padecimiento del paciente. Es importante conocer cuál ha sido su nivel de energía, apetito, ritmo cardiaco, sueño, e indicadores generales de salud.

- Paso 3: Emociones

Conocer como el paciente describe sus emociones

- Paso 4: Conductas

Poder comprender qué considera el paciente podría cambiar de las cosas y actividades que hace. Que piensa podría cambiar en todos los ámbitos de su vida, en su trabajo, en su casa, en su vida social, con él mismo. Identificar que situaciones evita en su vida y que de afrontarlas, podría obtener un beneficio personal.

Paso 5: Pensamientos

En el ámbito de los pensamientos, conocer qué opinión tiene de sí mismo, de los demás, qué pensamientos tiene sobre su vida, su futuro.

Ellis y Grieger (2000) hacen referencia en relación a cómo poder distinguir las creencias irracionales; sugieren identificar en los pensamientos los “deberías” y los “tengo que”. Cuando están presentes y generan distorsiones de la realidad, podemos identificar generalizaciones y situaciones de alta exigencia en nuestras demandas.

Bases de la terapia cognitiva

Beck (2000) refiere que la conceptualización cognitiva provee al terapeuta el marco necesario para comprender al paciente. Sugiere al inicio de todo proceso el establecimiento de 3 aspectos fundamentales:

- ¿Cuál es el diagnóstico del paciente?
- ¿Cuáles son sus problemas actuales, cómo se desarrollaron y cómo persisten en este momento?
- ¿Qué pensamientos y creencias disfuncionales se asocian con los problemas?, ¿Qué reacciones emocionales, fisiológicas y del comportamiento se asocian con estos pensamientos?

La terapia debe planearse de acuerdo al caso individual y específico de cada paciente; son embargo, Beck plantea 10 principios que deben considerarse dentro de la terapia cognitiva:

- 1: La terapia cognitiva se fundamenta en una formulación dinámica del paciente y sus problemas, planteada en términos cognitivos.
- 2: La terapia cognitiva requiere de una sólida alianza terapéutica
- 3: La terapia cognitiva enfatiza la colaboración y la participación activa.
- 4: La terapia cognitiva está orientada hacia objetivos y centrada en problemas determinados.
- 5: La terapia cognitiva inicialmente destaca el presente.
- 6: La terapia cognitiva es educativa, tiene por objeto enseñar al paciente a ser su propio terapeuta y pone énfasis en la prevención de las recaídas.
- 7: La terapia cognitiva tiende a ser limitada en el tiempo.
- 8: Las sesiones de la terapia cognitiva son estructuradas.

9: La terapia cognitiva ayuda a los pacientes a identificar y evaluar sus pensamientos y comportamientos disfuncionales y a actuar en consecuencia.

10: La terapia cognitiva se sirve de una variedad de técnicas para cambiar el pensamiento, el estado de ánimo y la conducta.

Beck plantea que el terapeuta puede establecer hipótesis sobre el desarrollo del trastorno psicológico.

- ¿Qué aprendizajes y experiencias tempranas / predisposiciones genéticas contribuyen a sus problemas actuales?
- ¿Cuáles son sus creencias subyacentes, incluyendo actitudes, expectativas, reglas y pensamientos?
- ¿Cómo ha sobrellevado sus creencias disfuncionales?, ¿Qué mecanismo cognitivo, afectivo y conductual ha puesto en práctica para afrontar sus creencias disfuncionales?, ¿Cómo se veía y se ve a sí mismo y a los demás?, ¿Cómo percibe y percibió su mundo personal y su futuro?
- ¿Qué factores de tensión contribuyeron a sus problemas psicológicos o interfirieron en su capacidad para resolverlos?

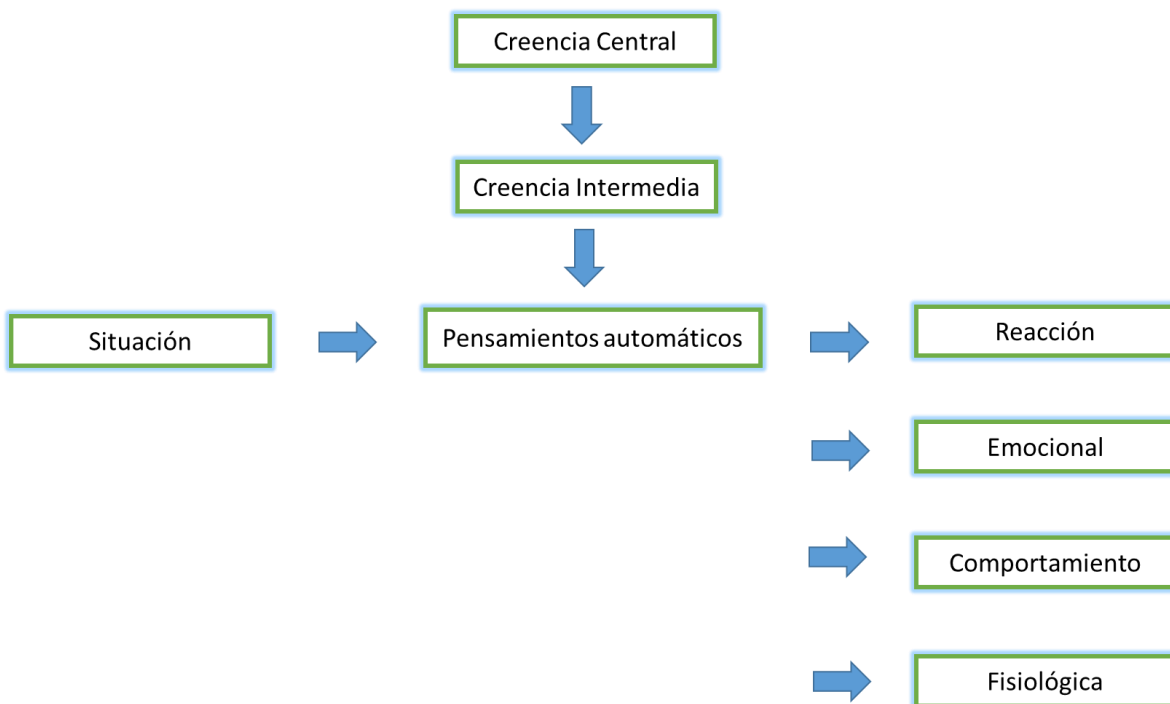
En el proceso terapéutico, se entrena al paciente a poder identificar, reconocer, evaluar y modificar sus pensamientos, modificando y sanando con ello sus síntomas y con ello trabajar centrado en las creencias centrales e intermedias y en los pensamientos disfuncionales; éstas son modificadas hasta permitir que el paciente presente un cambio en sus conclusiones, significados y percepciones de los hechos en la realidad.

Modelo Cognitivo

La terapia cognitiva se basa en el Modelo Cognitivo que supone la hipótesis de que las percepciones de los eventos influyen sobre las emociones y los comportamientos de las personas.

Beck (1964) y Ellis (1962) mencionan que los sentimientos no están determinados por las situaciones sino por las interpretaciones que las personas dan a las situaciones; por ello resulta relevante el interés que da un terapeuta a los diferentes niveles de pensamiento y cómo operan simultáneamente (datos fácticos, pensamientos automáticos, creencias).

La Figura 2 nos muestra la representación visual del Modelo Cognitivo propuesto por Lega, Caballo y Ellis en 1997:



Bases de la Terapia Racional Emotiva (TRE)

Ellis y Abrahms (2005) citan que 50 % de las enfermedades son originadas por problemas emocionales no procedentes de mal orgánico alguno. Mencionan que muchos trastornos físicos como úlceras pépticas, asma o hipertensión, tienen un fuerte elemento psicosomático lo cual hace el padecimiento más crítico de lo que podría ser por sí solo. Las exacerbaciones y complicaciones de las enfermedades proceden de reacciones emocionales a acontecimientos que se producen en el curso de la vida. Cuando una persona se enferma o lastima, las personas experimentan cambios psicológicos en diferentes niveles, siendo en ocasiones éstos más críticas que la propia enfermedad.

La TRE facilita a los pacientes a superar sus sentimientos y conductas inapropiadas en un tiempo breve empleando métodos cognoscitivos, emotivos y conductuales de manera conjunta. Es una terapia realista, directiva, y activa. Permite al paciente un proceso de plena aceptación de sí mismo. Establece claramente la distinción entre la confianza en el trabajo y la confianza en el amor de la confianza en sí mismo. En la actualidad los terapeutas racional-emotivos se refieren al concepto de aceptación de uno mismo o auto elección, porque estos términos no implican clasificación o juicios propios.

Bases de la Terapia Racional Emotivo – Conductual (TREC)

La Terapia racional emotivo-conductual propuesta por Ellis en 1955, se crea a partir de la terapia racional y la terapia racional – emotiva, ambas del mismo Ellis. Su principal objetivo es permitir al paciente resolver sus problemas de índole emocional y conductual por medio de modelos y estrategias auto directivas que maneja el modelo A-B-C el cual fomenta la reestructuración cognitiva.

Para Ellis, (Ellis y Blau, 2000) el insight en los humanos se presenta cuando éstos pueden crear problemas emocionales sólo con pensar en los problemas prácticos; tendemos a convertir en demandas todo lo referente a nuestra mente, nuestros deseos y preferencias, sobre nuestro mundo, sobre nosotros mismos, sobre los demás.

De acuerdo con Lega, Caballo y Ellis (1997) la terapia Racional Emotivo – Conductual es el tipo de intervención psicológica que más se emplea; especialmente en trastornos de ansiedad y depresión.

Modelo ABC

La TREC se enfoca a separar los problemas emocionales de los problemas prácticos. Para ello, Ellis creó el Modelo A,B,C, en el cual:

- **A** representa a la adversidad o evento activador
- **B** representa las creencias evaluativas sobre A;
- **C** es la consecuencia emocional generada por A y B.

Supone también que las personas crean creencias racionales (CR) y creencias Irracionales (CI) cuando se enfrentan a adversidades que interfieren con el logro de sus metas, que lo perturban y no le permiten vivir satisfactoriamente. Estas demandas, de acuerdo con Ellis, son las que generan perturbaciones emocionales paralizantes e inútiles.

Además de las creencias irracionales, los pacientes pueden presentar demandas o exigencias rígidas y absolutistas, generando necesidades falsas y lejanas a la realidad. Para Ellis, el cambio más significativo está en el cambio filosófico profundo de la filosofía de vida del paciente. Esto se alcanza cuando dentro del Modelo A-B-C- se llega al punto D, es decir, se desarrolla el debate racional emotivo; buscar dentro de las concepciones cognitivas del paciente las

evidencias y refutación de ideas para lograr con ello encontrar un nuevo efecto, punto E, que sea mucho más sano y adaptativo para él (Ellis y Blau, 2000).

Lega, Caballo y Ellis (1997), establecen las diferencias que presenta la TREC en relación a las demás terapias cognitivo – conductuales, resaltando las siguientes como las ventajas que aporta al proceso terapéutico:

- **Ventajas cognitivas:**

- Busca un cambio filosófico profundo
- Mantiene una posición humanista
- Genera un cambio emocional y conductual profundo
- Elimina evaluación del "Sí mismo"
- Fomenta el empleo del humor ante las creencias irracionales
- Transforma los "tengo que" por acciones de voluntad
- Fomenta un cuestionamiento activo para que el paciente internalice
- Trabaja la baja tolerancia a la frustración
- Se enfoca en los síntomas secundarios y terciarios
- Trabaja con las generalizaciones

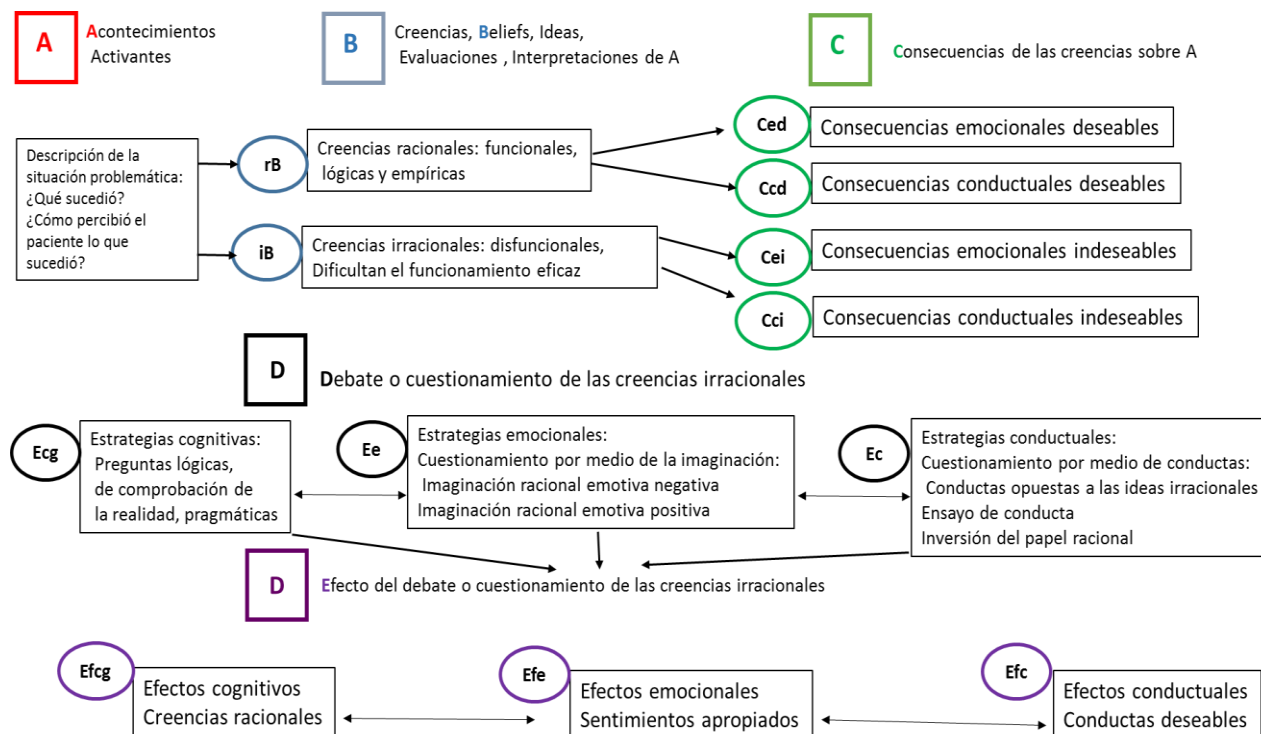
- **Ventajas emocionales:**

- Establece las emociones sanas en función de los objetivos y valores de los pacientes
- Discrimina emociones negativas apropiadas e inapropiadas
- Emplea una forma enérgica para cuestionar las conductas y filosofías auto derrotistas

- **Ventajas conductuales:**

- No favorece el refuerzo social en terapia
- Emplea la desensibilización en vivo
- El entrenamiento en habilidades sociales se acompaña en un cambio en las creencias irracionales

Legu, Caballo y Ellis (1997) realizaron la esquematización del Modelo ABC de la terapia racional emotiva-conductual, representado en la figura 3.



Enfoque cualitativo de las investigaciones

Sampieri (2010) refiere a los estudios que trabajan principalmente con material extenso, donde las preguntas centrales van dirigidas a respuestas que no admiten una respuesta numérica en términos de valores absolutos, razones, proporciones o frecuencias de distribución. Es de esto que la información obtenida sea tan amplia. Sampieri recomienda para el análisis cualitativo considerar dos puntos importantes a tomar en cuenta:

- No hay reglas sistemáticas para analizar y presentar los datos obtenidos, por lo que no es replicable a toda población.
- El reto final de estas investigaciones es la reducción de los datos que habrán de incluirse en el informe final pues si los datos se condensan demasiado se pierde el

objetivo mismo de mantener la integridad de los materiales narrativos durante la fase de análisis.

Morse y Field (1995) citados por Vasilachis de Gialdino et al (2007) declararon que el análisis cualitativo es un proceso para hacer embonar datos, hacer evidente lo invisible, vincular y atribuir consecuencias a antecedentes. Ya que los conocimientos y teorías no saltan de los datos si el investigador no está completamente familiarizado con ellos. Con frecuencia, los datos deben leerse una y otra vez para encontrar el significado y tener una comprensión más profunda.

Este diseño de investigación no es lineal, resulta más complejo y difícil que el análisis cuantitativo porque es menos estandarizado y no depende de fórmulas matemáticas sino ingenio, creatividad, sensibilidad y entrega total.

Esta investigación requiere de ordenar un gran volumen de información de modo que sea posible sintetizarla, interpretarla y darla a conocer. El objetivo general del análisis cualitativo y del cuantitativo en ambos casos es organizar, sintetizar y dar estructura y significado a los datos de la investigación, pero en los estudios cualitativos la recolección y el análisis de la información suelen ser simultáneos y no secuenciales como en las investigaciones cuantitativas. Aquí la búsqueda de patrones y conceptos empieza en el momento en que se inicia la recolección de datos.

Investigación cualitativa empleada en el área de la salud / Procesos terapéuticos

Hoy en día, emplear la investigación cualitativa por parte de los profesionales del área de la salud en el ámbito de la investigación en el campo de la psicoterapia; ha permitido y facilitado la comprensión de los procesos individuales y únicos que

experimenta, vive y padece cada persona sin la necesidad de entrar en procesos y soluciones globales. Se pueden emplear diseños etnográficos, fenomenológicos, históricos y estudios de caso para el análisis y desarrollo de las investigaciones. Polit y Hungler (2005).

Pardo de Vélez y Cedeño Collazos (2005) refieren la exclusión de los aspectos sociológicos inherentes a las llamadas técnicas cualitativas donde se deja de lado el hecho de que tales narraciones pueden no reflejar lo que las personas realmente piensan o hacen habitualmente sino que se trata de respuestas parciales o esperadas socialmente. Por esto en el caso de los estudios cualitativos y en general en servicios de salud, es importante considerar aspectos como el ambiente, los propios del fenómeno o de la situación que puedan sesgar los resultados de la investigación. Por tal motivo, Polit y Hungler (2005) indican que es fundamental considerar una correcta selección de herramientas y estrategias de investigación que propicien una escucha auténtica y que al mismo tiempo permitan una apertura total por parte del paciente.

Diseños metodológicos

Polit y Hungler (2005) hacen referencia al estudio de casos como uno de los diseños metodológicos más utilizados. La expresión “estudio de caso” surgió en el ámbito de la investigación médica y psicología, y describe un análisis muy detallado de un caso individual para explicar la dinámica y evolución de una determinada enfermedad.

Hechevarria (2012) refiere a la historia de vida, donde el investigador busca a través de relatos de los hechos de la vida de un individuo entender un fenómeno. Este diseño depende de la colaboración entre paciente e investigador para su buen desarrollo. Se puede realizar una historia de vida como estudio único o el desarrollo de varios relatos o diseño polifónico.

Para Denzin (1989, citado por Sampieri 2010) menciona que la historia de vida es una narración extensa y compleja de toda la experiencia de vida de una persona; la define como “el estudio y colección de documentos de vida de una biografía interpretada.

Para Atkinson (1998 citado por Hechevarria 2012) la historia de vida es como “el método de investigación cualitativa para reunir información sobre la esencia subjetiva de la vida entera de una persona”. Desde la perspectiva de Atkinson, el relato debe ser lo más cercano posible a las palabras del entrevistado, y el investigador debe tratar de minimizar su intervención en el texto.

Bertaux (1997 citado por Pardo de Vélez y Cedeño Collazos, 2005), considera que desde el momento en que un sujeto cuenta a otro, investigador o no, un episodio cualquiera de su de vida es ya un relato; sin ser necesario que se haga un recorrido por la vida entera de la persona, puede ser una parte de ella solamente.

Capítulo III Método

Características del estudio

Ubicación espacio - temporal

La investigación se realizó en un consultorio particular ubicado en la ciudad de Puebla. La aplicación del registro de emociones se llevó a cabo durante las sesiones individuales con 20 pacientes a lo largo de mes y medio (mediados de agosto a finales de septiembre 2017).

Tipo de estudio

El estudio realizado es de tipo cualitativo, se desarrolló por medio del uso de análisis de contenido. Para poder emplear los registros realizados con los pacientes en la presente investigación, los registros se presentan de manera anónima; es decir, no se mencionan los nombres de los pacientes y se solicitó de manera voluntaria su consentimiento a cada paciente para que la información sea utilizada para este estudio.

Los registros se fueron documentando a lo largo de las sesiones con los pacientes; buscando registrar por cada uno de ellos, 5 registros reportados.

Participantes

El grupo de estudio está conformado por pacientes adolescentes y adultos que asisten a terapia y que presentan dificultades con su manejo emocional. La investigación se basó en el seguimiento y acompañamiento terapéutico de los pacientes a lo largo de 2 o más sesiones.

Instrumento

Para recabar información sobre situación, emoción y pensamiento de cada paciente, se construyó una hoja de registro, en apego a técnicas básicas dentro del modelo cognitivo conductual.

El formato de registro está en la Tabla 1 Registro de situación, pensamiento y emoción. En dicho formato también se incluyeron datos de identificación como el sexo (masculino/femenino), edad, estado civil, ocupación, motivo de consulta y número de sesión en la cual se recabó la información.

En apego al objetivo de investigación, también se preguntó a los pacientes sobre situación, pensamiento y emoción de la siguiente manera:

- Situación: Indique algo que le provocó algún malestar (preocupación, enojo, tristeza, culpa, frustración, etc.). Sea específico en la situación: exactamente qué pasó, dónde, cuándo o quiénes estaban presentes.
- Emoción: Después de que el paciente indicó una situación, la autora de esta tesis tomó nota en la hoja de registro y preguntó al paciente: ¿Cuándo sucedió esta situación?, ¿qué emoción o emociones sintió usted? Después de saber las emociones, se preguntó, “De cero a 100, ¿en qué intensidad sintió cada emoción? Cero es nada y 100 es el máximo en que se siente una emoción.
- Pensamiento: Se preguntó al participante: “Justo cuando sentiste estas emociones, ¿qué pensamientos, palabras o frases pasaron por tu mente?”

Este tipo de formato es básico y común dentro de los modelos de terapia cognitiva (Beck,2000; Greenberger y Padesky, 1995). Tiene como objetivo registrar por cada paciente: su sexo, edad, estado civil, ocupación y motivo de consulta. Por

cada sesión: la situación, porcentaje de emoción, pensamiento, acción y notas significativas.

Tabla 1. Registro de situación, pensamiento y emoción con cada participante

| Paciente | Sexo | Edad | Edo. Civil | Ocupación | Motivo Consulta | #sesión | Situación | Emoción % | Pensamiento | Acción | Notas |
|----------|------|------|------------|-----------|-----------------|---------|-----------|-----------|-------------|--------|-------|
| 1 | | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | |

Procedimiento

Se informó a cada paciente sobre la investigación de la autora y se le invitó a proporcionar datos sobre “situación, pensamiento, emoción y acción”. También se les mostró el formato (Tabla 1). Se les aclaró que la información es anónima y se analizaría en conjunto lo que respondan los pacientes, para encontrar temas en común a todos los pacientes. Se invitó en total a 20 personas. Nadie expresó dudas sobre el procedimiento y se contó con su autorización.

En cada sesión, se trabajó con cada paciente en el llenado de los registros y sobre los mismos. Posteriormente, durante la terapia se realizó un proceso de abordaje sobre las creencias, pensamientos, programas y emociones que se iban identificando.

Capítulo IV Resultados

Características de la muestra

Los resultados de la presente investigación se obtuvieron del análisis de la base donde se reunieron todos los registros obtenidos en las sesiones que se llevaron a cabo con los 20 pacientes a lo largo de mes y medio de proceso terapéutico.

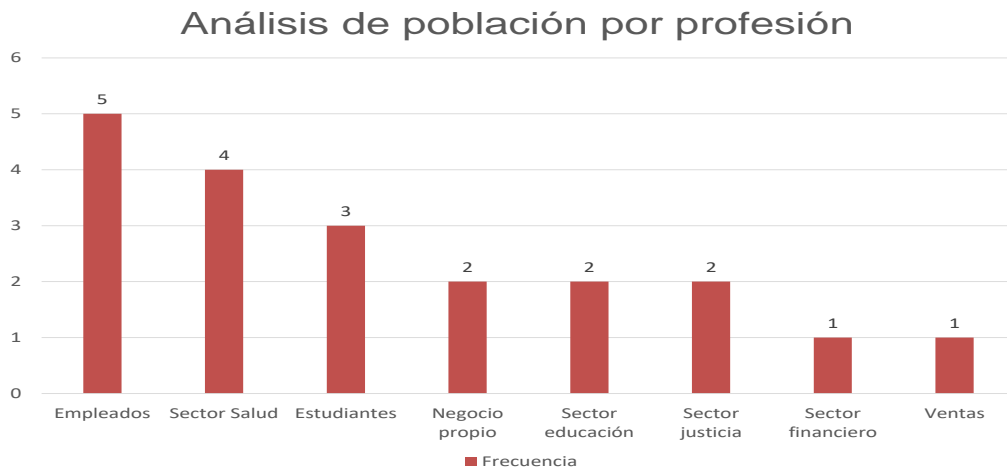
Análisis de Datos

En primer lugar se realizó un análisis de la información general de la población; obteniendo los siguientes resultados:

- La población no aleatoria se integró por 20 pacientes (9 hombres y 11 mujeres) con edades entre los 15 y los 55 años ($M= 50$, $DE = 13.76$).
- De dicha población, actualmente 11 pacientes están casados y 9 solteros.
- En lo que respecta al grupo de las mujeres, 5 están casadas y 6 solteras
- Con respecto a los hombres, 6 están casados y 3 solteros.

Los pacientes tienen diferentes profesiones, para la finalidad de este reporte, se decidió agruparlos por afinidad de profesiones o actividades (Tabla 2). Predominaron los empleados, quienes laboran en sector salud y estudiantes.

Tabla 2 Análisis de población por profesión



Situación, emoción y pensamiento

Registro de situaciones

La Tabla 3 muestra las situaciones más frecuentes que los pacientes reportaron. Los resultados obtenidos nos permiten observar que casi el 29.89% de los pacientes están viviendo situaciones en su entorno laboral que les están generando problemas o dificultades en su vida cotidiana. Los pacientes reportaron situaciones que los mantiene viviendo condiciones altamente estresantes, complejas, difíciles y desvalorizantes. La mayoría de las situaciones laborales están relacionadas con problemas de relación y comunicación con los demás. Situaciones que son percibidas por las pacientes como injustas para sí mismos, condiciones amenazantes, de crítica, de alto riesgo, despido injustificado, problemas de comunicación, mal entendidos, falta de claridad, no cumplimiento de expectativas. Los pacientes fueron reportando que al vivir estas situaciones de manera cotidiana se sienten abrumados, cansados, desgastados, con miedo, angustia y somatizaciones como dolor de cabeza, gastritis, colitis, y tensión muscular. En la Tabla 3 se presentan 10 ejemplos por cada situación.

Tabla 3. Registro de situaciones

| Temas | Frecuencia | Porcentaje | Ejemplos |
|--------------|-------------------|-------------------|--|
| Laborales | 29 | 29.89 % | <ul style="list-style-type: none"> - Problemas con uno de sus colaboradores por falta de seguimiento al proceso productivo - No se alcanzó la producción planeada y tuvo que re TRABAJAR junto con su equipo el fin de semana - Discusión con uno de sus colaboradores por ausentismo - Problema con una compañera de trabajo por que escuchó como estaba hablando mal de ella - Discusión con su jefa por confusión en fecha de entrega de un reporte - Confrontación con su jefe por despido injustificado - Enojo con el abogado al ver el monto de liquidación que le querían dar - Molestia con una clienta porque ya no aceptó el pedido que había hecho - Discusión con un proveedor por incumplimiento con la fecha de entrega - Discusión con su socio por cómo pagar las cuentas y renta del despacho ante la crisis que tienen por la baja de clientes y demora de pago de los mismos |
| Pareja | 21 | 21.64 % | <ul style="list-style-type: none"> - Pleito con su esposo por enterarse de una infidelidad - Altercado con el esposo porque ella buscó asesoría con un abogado - Discusión con su esposo porque él no busca trabajo para apoyar la situación económica de la familia - Discusión con su esposo porque él no busca trabajo para apoyar la situación económica de la familia - Se molestó por la noche con su esposa porque ella no está siguiendo las recomendaciones del médico para cuidar su nivel de azúcar en la sangre - Problemas con su esposo por no apoyarla en las decisiones con sus hijos - Conflicto con su pareja por cancelar cena por que se tuvo que quedar a hacer el reporte - Conflicto con su esposa porque él se salió de la casa - Conflicto con su esposa porque él ya no desea seguir fingiendo ante la familia que están bien como pareja. No desea acompañarla al aniversario de bodas de sus suegros. - Discusión con su esposa en reunión con el abogado para ver los términos del divorcio |
| Hijos | 10 | 10.3 % | <ul style="list-style-type: none"> - Conflicto familiar al no poder ponerse de acuerdo con sus hijos para acordar el destino y fecha de vacaciones - Problema con su hijo por la administración del negocio, no se entregó material a un cliente en la fecha prometida - Discusión con su hija porque no está de acuerdo con su forma de vida y que se haya ido de la casa - Discusión con su hijo por conducta agresiva con ella - Enojo con su hija por críticas que ella le hizo - Discusión con su hija porque quería ir con sus amigas a un concierto en las fechas en que él y su esposa estarían en la ciudad de México - Preocupado porque serán los 15 años de su hija el próximo mes y no sabe cómo pagar los pendientes |

| | | | |
|------------|----|---------|--|
| | | | <ul style="list-style-type: none"> - Discusión con su hijo mayor porque ha estado llegando últimamente en las madrugadas y borracho - Discusión con su hija menor por ser tan agresiva y grosera con ella - Alejamiento de su hija |
| Padres | 13 | 13.4 % | <ul style="list-style-type: none"> - Molesta con su padre por regaño al llegar en la madrugada de una fiesta a su casa - Discusión con sus padres por desayuno del domingo, ella tenía otro compromiso que tuvo que cancelar por ir con su familia - Se siente muy decepcionada por reacción de sus padres al saber que es homosexual - Discusión con sus padres el fin de semana, no quería acompañarlos a un evento familiar en casa de sus abuelos - Discusión con sus padres por irse de pinta con dos de sus amigos - Enojada con su padre por haberla dejado plantada en la cita que tenían - Tuvo una discusión muy fuerte con su madre por defender a su padre - Tuvo un altercado con su padre porque no le entregó un documento que necesitaba entregar para su trabajo - Molestia con los padres por no poder ir con sus amigas el fin de semana a México - Problemas de comunicación con su mamá, la mamá la regaña por todo |
| Familiares | 14 | 14.43 % | <ul style="list-style-type: none"> - Discusión con su hermano por molestarlo y hacer referencia con relación a su homosexualidad - Discusión con su hermana por un préstamo que le hizo y no le ha pagado ella a él - Discusión con su suegra porque ella le reclamó que ve a su hija muy deprimida y él no le hace caso - Discusión con su suegra por que le critica mucho su forma de ser - Discusión con su suegra porque se quiere entrometer en las decisiones que él y su esposa están tomando con base en la nueva casa que está por comprar - Discusión por teléfono con su suegro quien le exige regresar a su casa con su esposa - Molestia ante reacción de familiares políticos ante su situación, apoyan las acciones del marido - Tuvo un problema con su tía por comentarios que hizo en contra de su padre - Discutió con su hermano por descomponer el Ipad - Se molestó con su abuelita porque criticó a su mamá en su presencia |
| Educación | 8 | 8.24 % | <ul style="list-style-type: none"> -Siente mucha angustia e incertidumbre por el nuevo ciclo escolar, cambia de escuela y entra a la preparatoria -Siente mucha ansiedad al hacer una presentación ante su grupo de clases -Se molestó con una compañera de su equipo de trabajo por no entregar a tiempo la investigación en la cuál están trabajando -Tenía que ir a comprar mi laptop para la escuela pero me querían comprar una que no quería -Discusión con una compañera por selección de equipos de basquet ball -Molestia con su profesora de la materia de Historia por obligarla a leer un texto en clase, ella no quería leer en público |

| | | | |
|--------------|-----------|--------------|---|
| | | | -Aislamiento en las pausas de clases -Discusión con un par de compañeros por bulliying en la escuela |
| Salud | 2 | 2.06 % | - Debe ser operada por un problema de desvío de rodilla y está presentando fuertes cuadros de angustia y miedo - Se ha sentido irritable por un dolor constante en la rodilla derecha que le ha impedido movilidad |
| TOTAL | 97 | 100 % | |

El 21% de los pacientes reportaron estar viviendo situaciones difíciles en relación a sus parejas. Los casos reportados abordan eventos relacionados a problemas de comunicación, malos entendidos, procesos de divorcio, infidelidad, falta de apoyo, falta de respeto, poco compromiso, entre los más reportados. Los pacientes compartieron que vivir estas situaciones tornaba muy difícil el vivir con su cónyuge. Estas situaciones tornaban su vida compleja, triste, desgastante, difícil. Reportaron incluso que estaban viviendo cambios importantes en sus dinámicas de pareja y familiares como por ejemplo, dormir en habitaciones separadas, dejar de asistir en pareja a eventos familiares o con amigos cercanos, ya no tener vacaciones en conjunto, y vivir momentos muy complicados cuando se tenía que tomar decisiones en común acuerdo.

Varios de ellos, reportaron vivir agresión, verbal, emocional y psicológica por parte de su cónyuge. Ante los problemas de pareja, la mayoría reportó tristeza, depresión, rabia, dolor de estómago, gastritis, migrañas, dolor de cabeza crónico, gripas crónicas, sinusitis.

Las situaciones relacionadas con problemas con la familia se presentó en un 14.3% haciendo referencia a problemas de comunicación, distanciamiento, intromisión en temas de familia por parte de familiares políticos, desconfianza, pérdida de respeto, chismes, alianzas entre las más frecuentes. La problemática que viven los pacientes les permite enfrentar una realidad muy compleja y desgastante, de manera cotidiana viven dificultades con hermanos, tíos, abuelos, primos, cuñados, suegros y estas problemáticas afectan a su familia primaria,

distorsionando situaciones, conversaciones y acciones. Se tornan en situaciones muy desgastantes, controversiales, y molestas. La mayoría de los pacientes que se encuentran en éstas situaciones reconoce no poder poner límites con sus familiares, así como reconoce no lograr tener procesos de comunicación asertiva. Entre los síntomas referidos en estos casos, sobresalen la tensión muscular (cuello y espalda), dolor de estómago, gastritis, cansancio y agotamiento.

También fueron mencionadas situaciones que varían en porcentajes entre 2 y 13.4%; estas son: las situaciones relacionadas a los padres representando un 13.4%; cabe señalar que estas situaciones fueron reportadas por pacientes adolescentes y universitarias que están viviendo situaciones de mucha rebeldía, incompreensión, agresión y en algunos casos, indiferencia con sus padres.

Las situaciones relacionadas con los Hijos se presentó en un 10.3%, en estos casos los padres reportaron situaciones muy complejas con sus hijos en relación a graves problemas de comunicación, de disciplina, de falta de claridad y responsabilidad, falta de respeto, y en ocasiones, relaciones rotas.

Por su lado las situaciones relacionadas con temas sobre la educación representan un 8.24%, haciendo referencia a situaciones en el ámbito escolar como por ejemplo, ser objeto de bullying por parte de sus compañeros, sentir angustia e incertidumbre cuando debe realizar alguna presentación frente a sus grupo de clases, sentir molestia con compañeras por irresponsabilidad en acuerdos en trabajos de grupo, aislamiento en las pausas. Al igual que en el caso de las situaciones relacionadas a los padres; éstas situaciones fueron referenciadas por pacientes adolescentes y universitarias.

Por último, las situaciones relacionadas a salud representan un 2.06%. En este caso, las situaciones reportadas abordan condiciones de dolor y molestia por lesión de rodilla y de angustia por la inminente operación que debe realizarse el paciente.

Registro de emociones

La Tabla 4 muestra las emociones más frecuentes que los pacientes mencionaron, se identificaron 19 emociones diferentes. Dentro de la gama de emociones, las 5 emociones reportadas con mayor frecuencia son: enojo presente con una frecuencia de 57 menciones, frustración con una frecuencia de 42, molestia mencionada 16 veces, desesperación reportada 11 veces y tristeza se reportó en 8 ocasiones.

Tabla 4. Registro de emociones

| Emociones | Frecuencia que se mencionó | Intensidad promedio (0-100) |
|------------------|-----------------------------------|------------------------------------|
| Enojo | 57 | 83.51 |
| Frustración | 42 | 64.52 |
| Molestia | 16 | 95 |
| Desesperación | 11 | 74.5 |
| Tristeza | 8 | 80 |
| Angustia | 6 | 85 |
| Desilusión | 4 | 87.5 |
| Indignación | 3 | 100 |
| Confusión | 2 | 85 |
| Coraje | 2 | 90 |
| Impotencia | 2 | 55 |
| Irritabilidad | 2 | 90 |
| Miedo | 2 | 95 |
| Ansiedad | 1 | 100 |
| Estrés | 1 | 90 |
| Exasperación | 1 | 90 |
| Incertidumbre | 1 | 90 |
| Ira | 1 | 100 |
| Sufrimiento | 1 | 90 |

Si analizamos los resultados por la intensidad promedio con la cual se vive la emoción, las 5 emociones mayormente identificadas, considerando que fueron reportadas por 5 o más pacientes son: molestia con un 95%, angustia con 85%, enojo con 83%, tristeza con 80% y desesperación con 74%.

Registro de pensamientos

La Tabla 5 muestra los pensamientos más frecuentes que los pacientes mencionaron. El análisis de los pensamientos que fueron reportados por los pacientes, muestran una marcada presencia de pensamientos asociados a la emoción del enojo; representando un 70.10 %. Los pensamientos abordan ideas relacionadas a no merecimiento, deber ser, injusticia, incongruencias, falta de entendimiento y comprensión, hartazgo, molestia, ofensas, insultos entre otras. Los pensamientos generados por los pacientes que fueron asociados con la emoción de enojo fueron acompañados con claras expresiones tanto verbales como no verbales. La intensidad en la que se expresó la emoción fue muy marcada y evidente: manifestación de ira, violencia, con claras evidencias de afectación en la vida de los pacientes; su salud, sus relaciones personales, familiares, sociales y/o laborales. Con manifestación de agresiones externas como gritar, golpear, amenazar y amedrentar a otros; y agresión personal, de manera interna, con pensamientos destructivos, negativos, resentimientos y presencia de enfermedades psicosomáticas como gastritis, colitis, úlceras, hipertensión.

Los pensamientos asociados a la emoción de tristeza se reportó con un porcentaje de 17.52%. Estos pensamientos fueron expresados por medio de ideas como las siguientes: no entendimiento, auto recriminaciones, incredulidad, incomprensión, abandono y soledad.

Los pensamientos relacionados a la emoción de ansiedad representan el 12.3%. Los pensamientos más representativos son: pensamientos que denotan

incertidumbre por el porvenir, ansiedad ante situaciones fuera de control, vivir situaciones y relaciones que se tornan insostenibles, inestabilidad, falta de apoyo, sentimientos de victimización. En la tabla 5 se presentan 10 ejemplos de cada pensamiento.

Tabla 5. Registro de pensamientos

| EMOCIÓN ASOCIADA | FRECUENCIA | PORCENTAJE | EJEMPLOS |
|------------------|------------|-------------|---|
| ENOJO | 68 | 70.10 % | <ul style="list-style-type: none"> - No me lo merezco - Esta cantidad es una burla, es injusto - En qué cabeza cabe gastarse tanto dinero en estupideces - ¿Por qué ésta tonta no entiende cómo es el concepto de mi presentación? - Ya estoy harta de que sea tan irresponsable - Ya estoy harta de que siempre me estén molestando y diciendo eso. No debería ser así. - Me molesta que le hablé y traté así a mi mamá - No se vale que hagan esto, no debe ser. - Estoy harta de tantas groserías - No tolero a esta tipa, ¿qué se cree para no seleccionarme? |
| Tristeza | 17 | 17.52 | <ul style="list-style-type: none"> - No me entiende, no le interesa mi vida - ¿En qué fallé como madre? - No puedo creer que no comprenda la situación que estamos pasando - No entiende que es importante para mi - ¿No entiendo por qué ahora ya no quiere cotinuar con el proceso de adopción? - Siento que ya es demasiado - Estoy sola en esto - Ya no puedo - ¿Por qué no me comprende? - No podemos vivir más juntos |
| Ansiedad | 12 | 12.3% | <ul style="list-style-type: none"> - No sé qué me espera - ¿Por qué me sobreprotegen tanto mis papás? - No puedo controlar esto - Ya no puedo más con esta situación - ¿Y ahora qué? - ¿No sé cómo hacer para tener estabilidad ahora? - ¿Cómo hago para solucionar esto? - ¿A quién le pido prestado? - ¿Por qué lo hace? - ¿Por qué a mí? |
| TOTAL | 97 | 100% | |

Capítulo V. Discusión

La presente tesis tuvo como objetivo identificar las situaciones, emociones y pensamientos que predominan en una población clínica que acude a consulta de terapia psicológica. El componente esencial de dichas situaciones es que producen algún malestar a la persona.

Los resultados obtenidos nos permiten observar que el 29.89% de los pacientes están viviendo situaciones en su entorno laboral que les están generando problemas o dificultades en su vida cotidiana. El manejo de emociones en el mundo laboral es el factor más importante en la búsqueda del éxito, incluso más relevante que la capacidad intelectual o la experiencia. Es además, un elemento cuya importancia aumenta en cargos de mayor responsabilidad y/o liderazgo. De acuerdo con Houtman y Cedillo (2014) una publicación de Salud Ocupacional de la Organización Mundial de la Salud (OMS) se cita que...

El estrés relacionado con el trabajo es un patrón de reacciones psicológicas, emocionales, cognitivas y conductuales ante ciertos aspectos extremadamente abrumantes o exigentes en el contenido, organización y ambiente de trabajo. Cuando las personas experimentan estrés laboral, a menudo se sienten tensas y angustiadas expresando en ocasiones sus emociones a través del enojo y la ira; sintiendo que no pueden hacer frente a las situaciones. Debido a la globalización y a los cambios en la naturaleza del trabajo, las personas en los países en desarrollo tienen que lidiar con un aumento en el estrés laboral; junto a las dificultades existentes para controlar otros riesgos laborales mejor conocidos, existe poca conciencia sobre el estrés laboral y pocos recursos para combatirlo (Houtman y Cedillo, 2014).

Identificar que la mayor parte de las situaciones en torno a la emoción del enojo están relacionadas con las personas en los ámbitos familiar, laboral y social de los pacientes coincide con lo identificado por Alcázar, Jiménez, Mena, Ponce de

León y Gutiérrez (2015); la mayoría de los detonantes surgieron de acciones realizadas por otras personas y con menor frecuencia de uno mismo. Los autores citan en su investigación que el resultado concuerda con el de Tafrate et al. (2002), quien halló que 85% de los episodios de enojo aparecen en la interacción con otros individuos y la percepción de que se ha cometido una injusticia (Beck, 1976). La investigación aportó que relaciones interpersonales constituyen un ambiente en que puede surgir el afecto negativo más displacentero y, junto con éste, los enojos más intensos.

Dentro de la gama de las 19 emociones identificadas, las 5 emociones reportadas con mayor frecuencia fueron enojo, frustración, molestia, desesperación y tristeza. Con referencia a la expresión de la emoción del enojo, Levy (2001) refiere que en el manejo del enojo, sea de la intensidad que sea que se presente, siempre existe la presencia de frustración.

Alcázar, Jiménez, Mena, Ponce de León y Gutiérrez (2015) citan que el enojo es más intenso en las situaciones interpersonales debido a que, desde el punto de vista de quien se enoja, hay un culpable o responsable. Así, identificarlo facilita explotar contra esa persona o hacerle pagar las consecuencias. Así mismo señalaron que situaciones específicas que causan enojo intenso, las que tienen en común ser aversivas o indeseables, como por ejemplo: mentiras, injusticias, insultos, gritos, discusiones y pleitos.

La manera en que los pacientes reportaron la intensidad con la cual estaban sintiendo la emoción del enojo y las situaciones que ellos estaban en ese momento viviendo, concuerdan con lo reportado por los mismos autores al haber identificado en su estudio que “La emoción surge ante mentiras, injusticias, insultos, irresponsabilidad o traición. Es justamente en la relación con los demás cuando surgen los episodios más intensos de enojo, lo que fue más frecuente en siete u ocho de cada diez participantes.”

Ante la manifestación de enojo en su expresión más crítica Alcázar y colaboradores refieren que “es fácil que las explosiones de furia incluyan a veces agresión para dañar a alguien. Cuando una persona impide que otra logre lo que quiere o rompe con sus expectativas, es probable que aparezca el enojo como respuesta”.

Con relación a las emociones de frustración, Stamateas (2013) cita que “es un sentimiento de fracaso y decepción que aparece ante un deseo no cumplido o ante una necesidad no satisfecha”. En el proceso terapéutico, ésta condición se presenta con mayor intensidad cuando el paciente vive sentimientos de profunda frustración cuando hace propios los deseos, expectativas y necesidades de otros. La frustración puede llegar a generar resentimiento, odio y agresión hacia la misma persona o hacia los demás. Otras posibles sentimientos que se generan por la frustración son la resignación y la tristeza. Stamateas cita que “una persona triste se vuelve melancólica, retraída, solitaria, resignada ante situaciones negativas...permitiendo así que la vida gire alrededor del aislamiento y la introversión.”

Riso (2008) menciona que la “la consecuencia de esconder, reprimir y disfrazar la ira impide la posibilidad de integrarla positivamente...la ira no manifestada y almacenada en el pasado se le conoce como rencor o resentimiento”. Riso hace referencia en estudios comparativos en relación al manejo del resentimiento con animales y humanos, encontrando que “los monos hacen las paces minutos después de las peleas por medio de juegos, montándose unos sobre otros ceremonialmente.” Por su lado los chimpancés lo hacen horas más tarde, “por medio de contacto físico o haciendo el amor.” En los humanos se ha encontrado que este sentimiento puede estar presente por días, años o toda la vida. Cita Riso “parecería que a más evolución más memoria, pero también más resentimiento y menos pacificación.”

Con relación a los pensamientos identificados, nuevamente muestran una marcada presencia de pensamientos asociados a la emoción del enojo en 70.10 %.

Los pensamientos abordan ideas relacionadas a no merecimiento, deber ser, injusticia, incongruencias, falta de entendimiento y comprensión, hartazgo, molestia, ofensas, insultos entre otras. Stamateas (2013) refiere que existen dos formas por medio de las cuales una persona puede expresar sus emociones de enojo, externándolo hacia afuera al gritar, pelear, criticar, molestar, atacar y/o golpear y de manera interna, a través de los resentimientos, conversaciones internas generalmente destructivas, negativas y pesimistas, odio y/o enfermedades psicosomáticas.

Oatley y Jenkins (1996) citan que la hipótesis de los terapeutas cognitivos es que la gente deprimida y ansiosa ha adquirido hábitos mentales que producen emociones de tristeza y miedo.

Alcázar y colaboradores (2015) refieren en su investigación los siguientes tipos de pensamientos que por lo general están presentes como pensamientos relacionados a la emoción del enojo: los “deberías” por medio de exigencias (“Los demás deberían decir la verdad”), groserías (“Carajo”), venganza y agresión física (hacer sufrir a quien causó el enojo), etiquetas peyorativas (“Estúpido”), y pensamientos adaptativos (“Trato de resolver el problema”). Como el aspecto cognitivo es uno de los componentes del enojo (Berkowitz y Harmon-Jones, 2004), se considera que los pensamientos encontrados (“deberías”, groserías, venganza y agresión física y etiquetas) permiten un mayor entendimiento de esta emoción.

Los resultados obtenidos nos permiten identificar que los pacientes están viviendo condiciones muy estresantes y agobiantes al estar en constante relación con los demás ya sea en el ámbito familiar, laboral o social. Su percepción al sentirse en condiciones victimizantes les permite sentirse en situaciones de vulnerabilidad, riesgo, falta de reconocimiento, falta de respeto, incompreensión, sin

escucha, hostilidad y en ocasiones de abandono. Las emociones y manifestaciones de enojo, frustración, desesperación y molestia fueron las más manifiestas.

Las posibles limitantes que podemos identificar en este estudio son: el que los resultados fueron analizados por una sola persona, es decir, no hubo un segundo observador que valide la interpretación de los resultados obtenidos existiendo con ello un posible sesgo y el hecho de que todos los pacientes son de consulta privada, no abarca a pacientes de instituciones públicas.

CAPÍTULO VI Conclusión

Los resultados de la presente investigación aportan información muy útil que sustenta en términos de conocimiento específico de las situaciones, emociones y pensamientos que viven y experimentan los pacientes y que aunado además a la entrevista inicial y seguimientos en terapia brindan la base adecuada para la aplicación de herramientas que nos brinda la terapia racional emotiva conductual.

Permitiendo el abordaje con los pacientes procesos terapéuticos que les faciliten resolver sus experiencias y problemas de índole emocional y conductual por medio de modelos que facilita la terapia racional emotiva conductual (TREC) permitiendo con ello la reestructuración cognitiva; que facilite al paciente poder identificar, analizar, comprender, reelaborar y resignificar sus creencias, pensamientos, conductas y emociones desde una mirada mucho más centrada en la realidad y que le brinde posibilidades de resolución adecuadas, realistas y sanadoras para él.

Se espera que este proceso le facilitará a cada paciente entender lo que decide hacer con sus pensamientos y emociones al entenderlos y expresarlos adecuadamente, le permitirá identificar formas nuevas de comprender su vida, sus relaciones y de expresarse consigo mismo y con quienes lo rodean de manera constructiva.

Referencias

- Alcázar-Olán R. (2015). *Instrumentos de Evaluación del Enojo en México*. Universidad Iberoamericana. Puebla
- Alcázar Olán, R., Jiménez R., Mena M., Ponce de León M. y Gutiérrez O. (2015) *Qué hace enojar a estudiantes universitarios y qué piensan cuando se enojan*. *Psicología y Salud*, Vol. 25, Núm. 1: 123-131, enero-junio de 2015 Departamento de Ciencias de la Salud, Universidad Iberoamericana Puebla
- Greenberg D. & Padesky Ch. (1998). *El control de tu estado de ánimo: Manual de tratamiento cognitiva para usuarios*. Barcelona: Paidós
- Branden N. (1988) *Cómo mejorar su autoestima*. Barcelona: Paidós.
- Bruno F. (1988) *Diccionario de términos psicológicos fundamentales*. Barcelona: Paidós
- Ellis A. (1985) *Overcoming Resistance. Rational Emotive Therapy with Difficult Clients*. New York: Springer Publishing Company.
- Ellis A., Blau S. (2000) *Vivir en una sociedad irracional*. España: Paidós Ibérica S.A.
- Ellis A., Grieger R. (2000) *Manual de Terapia Racional-Emotiva*. Bilbao España: Desclée De Brouwer. Biblioteca de Psicología
- Ellis A., Abrahms E. (2005) *Terapia Racional Emotiva*. México: Pax México
- Ellis A.(1999) *Una terapia breve más profunda y duradera*. España: Paidós Ibérica S.A.
- Beck J. (2000) *Terapia Cognitiva. Conceptos Básicos y profundización*. Barcelona España: Gedisa
- Garrido A., Schwweiger I. (2008) *Causas sociales de la depresión*. *Revista Internacional de Sociología*. Vol.68, nº 2, Mayo-Agosto, 333-348.
- Galletero J., Echeburúa Y. y González de Rivera J.L. *Etiología de la ansiedad*. Monografías de Psiquiatría, Vol. I, No. 4
- Greenberg D., Padesky Ch. (1995) *El control de tu estado de ánimo*. España. Paidós Ibérica S.A.
- Hecheverria S. (2012) *Diferencias entre Cuestionario y Encuesta*. Universidad Virtual de la Salud, Facultad de Ciencias Médicas Manuel Fajardo. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Disponible en: <http://uvsfajardo.sld.cu/diferencia-entre-cuestionario-y-encuesta>

Houtman I., Jettinghof K., Cedillo L. (2014) *Sensibilizando sobre el Estrés Laboral en los Países en Desarrollo. Un riesgo moderno en un ambiente tradicional de trabajo: Consejos para empleadores y representantes de los trabajadores*. Organización Mundial de la Salud. ISBN 978 92 4 359165 0

Lega L., Caballo V., Ellis A. (1997) *Teoría y práctica de la terapia racional emotivo – conductual*. España. Siglo XXI.

Levy N. (2001) *La sabiduría de las emociones*. Editorial: De bolsillo. México.

Masson (1997) *DSM-IV, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. APA. Barcelona

Macias T., Larios R. (2014) *Guía para manejo de sentimientos*. Trillas. México.

Morrison J. (2014). *DSM – 5 Guía para el Diagnóstico Clínico*. Manual Moderno. S.A. de C.V. México.

Oatley K. y Jenkins J. (1996) *Understanding Emotions*. Blackwell Publishers. Oxford.

Pardo de Vélez G. y Cedeño M. (1997) *Investigación en salud. Factores sociales*. Colombia. Editorial Mc Graw Hill-Interamericana

Polit D. y Hungler B. (2005) *Investigación científica en ciencias de la salud*. México. Editorial Mc Graw Hill.

Sampieri R. (et al).(2010) *Metodología de la Investigación*. México. Editorial Mc Graw Hill, 5ª edición

Tortella-Feliu M. (2014) *Los Trastornos de Ansiedad en el DSM-5 (Anxiety disorders in DSM-5)*. En Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace, 110: 62-69.

Vasilachis de Gialdino I. (et al) (2007) *Estrategias de investigación cualitativa*. Argentina. Editorial Gedisa.

Anexos

Base total de registros de situaciones, emociones y pensamientos

| Ocupación | Motivo de consulta | #. de sesión | Situación | Emoción o emociones y % | Pensamientos | Qué hizo o qué dijo | Notas |
|-----------------------|-------------------------------------|--------------|---|---|---|---|--|
| Gerente de Procesos | Problemas con su personal y familia | 2 | Problemas con uno de sus colaboradores por falta de seguimiento al proceso productivo | Enojo 80% Desesperación 60% Frustración 50% | ¿Cómo puede ser que otra vez no haya asegurado este tema? | Se dispuso a revisar el proceso y realizar las acciones necesarias para modificar y asegurar los resultados | Sintió un dolor en su estómago. Ansiedad |
| | | 2 | Molestia en una junta ante rechazo de propuesta | Enojo 80% Frustración 70% | Estos no saben y no entienden | Dejó de participar en la reunión y se limitó a escuchar | Sintió dolor de cabeza |
| | | 2 | Conflicto familiar al no poder ponerse de acuerdo con sus hijos para acordar el destino y fecha de vacaciones | Molestia 70% Desesperación 60% | Si no se ponen de acuerdo cancelo el viaje con la familia | Impuso el periodo de vacaciones y planteó dos posibles destinos para que la familia decidiera el lugar | Se sintió mejor al tomar la decisión de fijar las fechas de vacaciones |
| | | 3 | Al estar detenido en un alto, un señor no frenó y chocó contra su auto. | Enojo 80% Frustración 60% | ¡¡¡No puede ser!!! | Se bajó del auto para ver el golpe del auto y saber qué pasó | Tensión en los hombros |
| | | 3 | No se alcanzó la producción planeada y tuvo que retribujar junto con su equipo el fin de semana | Enojo 60% Desesperación 60% Frustración 50% | ¿Qué está pasándome que las cosas no salen bien? | Reunió a su equipo para analizar la situación y planear las actividades del fin de semana | Dolor de cabeza |
| Administra un negocio | Depresión por proceso de divorcio | 1 | Agresión emocional por parte de su esposo | Tristeza 100% Molestia 80% Desilusión 90% | ¿Por qué está pasando esto? | Intentó conversar con su esposo cuando regresó a casa | Sentimiento de mucha tristeza |
| | | 1 | Problema con su hijo por la administración del negocio, no se entregó material a un cliente en la fecha prometida | Enojo 80% Frustración 70% | ¿Por qué se le olvidó si es un cliente muy importante? | Ella misma llamó al cliente, se disculpó y acordó nueva fecha de entrega | Sentimiento de mucho estrés e insomnio. Ansiedad |
| | | 2 | Pleito con su esposo por enterarse de una infidelidad | Ira 100% | No me lo merezco | Le exigió terminar con esa relación | Presenta un cuadro de colitis, ansiedad |
| | | 3 | Molestia ante reacción de familiares políticos ante su situación, apoyan las acciones del marido | Molestia 80 % Frustración 70 % | No podía esperar más de ellos | Les pidió respeto ante la situación y que se mantengan al margen de ella | Presenta un cuadro de colitis |
| | | 3 | Altercado con su marido por dejar de dar sustento y hacerse cargo de los gastos del negocio y casa | Enojo 60% Desesperación 60% | ¿Pero qué sucede? | Le pidió que recapitara sobre la situación que están viviendo | Dolor de espalda, nuca y estómago |
| | | 4 | Altercado con el esposo porque ella buscó asesoría con un abogado | Enojo 70 % Frustración 50% | Aunque se enoje debo seguir adelante | Terminó la discusión y se retiró a su habitación | Se siente muy alterada y muy ansiosa. |
| | | 4 | Conflicto de comunicación con las doctoras del hospital | Enojo 80% Impotencia 90% | ¡¡¡¡neptas!!! | Buscó conversar y aclarar la situación. | Dolor de cabeza Sed, sueño profundo, triste. |
| Enfermera | Ansiedad | 4 | Crítica sobre su presentación por parte de la directora del hospital | Confusión 90% Enojo 70% | ¿Por qué ésta tonta no entiende cómo es el concepto de mi presentación? | Explicó el proceso y concepto una vez más. Le dió por su lado para disminuir el conflicto | Dolor de cabeza |
| | | 5 | Molesta con su padre por regaño al llegar en la madrugada de una fiesta a su casa | Enojo 70% | Ya estoy grande como para que me sigan regañando como niña chiquita | Se quedó callada y solo escuchó el regaño | Dolor de estómago |
| | | 5 | Muy enojada porque le reobaron la cartera en el transporte | Enojo 70 % Frustración 60% | ¿Por qué a mí? No es justo | Fue al MP a levantar acta y canceló tarjetas de crédito | Dolor de cabeza muy intenso |
| | | 5 | Discutió con su hermano por descomponer el Ipad | Enojo 70% Frustración 60% | Ya estoy harta de que sea tan irresponsable | Le dijo que era su responsabilidad arreglarla o comprar una nueva | Dolor de cabeza |

| | | | | | | | |
|------------|--|---|--|--|---|---|---|
| Estudiante | Miedo y angustia | 1 | Tuvo una discusión con sus padres respecto a la compra de un vestido para su graduación. No le gustó la talla y el tamaño que ellos eligieron. | Enojo 90 % | ¿Por qué no me dejan elegir a mí? | Se probó el vestido pensando que ella después los arreglaría | Dolor de cabeza |
| | | 1 | Debe ser operada por un problema de desvío de rodilla y está presentando fuertes | Miedo 100 % Angustia 80% | ¿Por qué a mí? | En el primer momento que escuchó el diagnóstico del doctor, se soltó a llorar. | Dolor en espalda, piernas y estómago, |
| | | 1 | Siente mucha angustia e incertidumbre por el nuevo ciclo escolar, cambia de escuela y entra a la preparatoria | Miedo 90 % Incertidumbre 90% Tristeza 90 % | No sé qué me espera | Busca reunirse con sus compañeros de la secundaria para no sentirse tan preocupada | Tristeza |
| | | 1 | Molestia con los padres por no poder ir con sus amigas el fin de semana | Enojo 80% Frustración 80% | ¿Por qué me sobreprotegen tanto mis papás? | Encerrarse en su cuarto y no querer hablar con nadie. | Dolor de cabeza |
| | | 1 | Problemas de comunicación con su mamá, la mamá la regaña | Enojo 80 % Frustración 80 % | No me entiende, no le interesa mi vida | Encerrarse en su cuarto y llorar | Tristeza y dolor en el pecho, ansiedad. |
| Estudiante | Problemas con el manejo de sus emociones | 3 | Le molesta que sus padres y hermana le digan que de todo se enoja, que no se le puede decir nada. | Enojo 90 % Frustración 80% | Ya estoy harta de que siempre me estén molestando y diciendo eso. No debería ser así. | No quiere hablar con nadie y se va a su cuarto | Dolor de cabeza |
| | | 3 | Siente mucha ansiedad al hacer una presentación ante su grupo de clases | Ansiedad 100% Angustia 90% | No puedo controlar esto | Hace la presentación pero se siente muy mal | Sudoración de manos y frente, le falta el aire, mucha |
| | | 3 | Se molestó con su abuelita porque criticó a su mamá en su presencia | Enojo 70% Frustración 60% | Me molesta que le hablé y traté así a mi mamá | Se enoja y le deja de hablar a su abuela | Colitis |
| | | 4 | Se molestó con una compañera de su equipo de trabajo por no entregar a tiempo la investigación en la cuál están | Frustración 70% Molestia 50 % | Debí asegurarme yo de que lo entregara | Durante la noche, ella hizo la investigación para entregarla al día siguiente | Colitis |
| | | 4 | Discusión con sus padres por desayuno del domingo, ella tenía otro compromiso que tuvo que cancelar por ir con su | Molestia 50 % | Siempre lo mismo cada fin de semana | Asistió con su familia | Colitis y dolor de cabeza |
| Ventas | Problemas familiares y emocionales | 1 | Discusión con su hija porque no está de acuerdo con su forma de vida y que se haya ido de | Enojo 100% Frustración 100% | ¿En qué fallé como madre? | Busca conversar con ella y tratar de comprenderla | Tensión, dolor de cabeza, colitis, gastritis |
| | | 1 | Discusión con su esposo porque él no busca trabajo para apoyar la situación económica de | Enojo 100 % Frustración 100% | Ya no puedo más con esta situación | Se enfoca en buscar nuevos clientes y opciones de trabajo | Tensión, dolor de cabeza, colitis, gastritis |
| | | 1 | Discusión con su hijo por conducta agresiva con | Enojo 100% Tristeza 80% | ¿Qué le sucede, por qué no me puedo | Se retira y mantiene distancia con él | |
| | | 2 | Molestia con una cliente porque ya no aceptó el pedido que había hecho | Enojo 80% | No se vale que hagan esto, no debe ser. | Tuvo que aceptar la decisión y quedarse con la mercancía | Dolor de estómago |
| | | 2 | Enojo con su hija por críticas que ella le hizo | Enojo 70% Tristeza 70% | ¿Cómo se atreve a criticarme? | Buscó nuevamente a su hija y le dijo que trataría de entender su opinión | Tristeza |
| Estudiante | Problemas de adaptación en nueva escuela | 1 | Tenía que ir a comprar mi laptop para la escuela pero me querían comprar una que no quería | Enojo 80% Tristeza 50% | Pensé que no me la comprarían, "no quiero ver esa, que tal si no sirve" | Tuvimos que preguntarle a la señorita todo sobre la laptop | Dolor de estómago |
| | | 1 | Sus padres le compraron donas el domingo y se quedaron en casa de su abuela, al otro día sus primos se comieron las únicas que ella podía comer. | Enojo 80% Impotencia 20% | Siempre hacen lo mismo,... mejor me las hubiera llevado a mi casa | Decirle a mis papás que me compraran otras porque las que sobraban eran de chocolate y esas no me las puedo comer | Dolor de estómago, sin apetito |
| | | 1 | Discusión con una compañera por selección de equipos de basquet | Enojo 70% Tristeza 50% | No tolero a esta tipa, ¿qué se cree para no | Esperé hasta que la selección de equipos terminó y me uní al último equipo | Dolor de estómago |
| | | 2 | Molestia con su profesora de la materia de Historia por obligarla a leer un texto en clase, ella no quería leer en público | Enojo 60 % | No quiero hacerlo | Tuvo que leer el texto | Sudoración, tartamudeo, dolor de cabeza |
| | | 2 | Aislamiento en las pausas de clases | Molestia 60% | No quiero estar aquí | Solo revisa su celular | Dolor de cabeza |

| | | | | | | | |
|----------------------|--|---|---|---|---|---|--------------------------|
| Estudiante | Problemas familiares y sociales por homosexual | 1 | Se siente muy decepcionada por reacción de sus padres al saber que es homosexual | Enojo 100% | Estúpidos, ¿qué les importa? | Se encierra en su cuarto | Mucha ansiedad |
| | | 1 | Discusión con su hermano por molestarlo y hacer referencia con relación a su | Enojo 100% | No lo soporto | Se sale de la casa para andar en su bici | Mucha ansiedad |
| | | 2 | Discusión con un par de compañeros por bullying en la escuela | Molestia 90% Frustración 70% | Ya estoy harta de esta situación | Al terminar la discusión, se retira a su clase | Dolor de cabeza |
| | | 2 | Discusión con sus padres el fin de semana, no quería acompañarlos a un evento familiar en casa de sus abuelos | Enojo 80% Frustración 80% | Mo chocan estas reuniones | Fue con sus padres, pasó el mayor tiempo jugando play station con uno de sus primos | Dolor de cabeza |
| | | 3 | Discusión con sus padres por irse de pinta con dos de sus amigos | Enojo 60% Frustración 50% | No pasó nada, no deberían ponerse así | Al final, guardó silencio y ya no respondió | Mucho cansancio |
| Dueño negocio propio | Angustia por problemas con su negocio | 1 | Altercado con su pareja por cancelación de viaje planeado para disfrutar vacaciones con su familia política | Enojo 80% Coraje 80% | No puedo creer que no comprenda la situación que estamos pasando | Canceló todo | Se le elevó la presión |
| | | 1 | Discusión con un proveedor por incumplimiento el la fecha de entrega | Irritacion 90% Frustración 80% | ¡¡¡Qué le pasa a este estúpido!!! | Fue a comprar los materiales que necesitaba a otro lugar para entregárselo a su cliente en la fecha prometida | Dolor de cabeza |
| | | 2 | Discusión con un joven en bicicleta que le rayó su auto en la calle | Enojo 80 % Frustración 80 % | ¡Por qué no te fijas idiota! | Tuvo que aguantarse y dejar ir al joven. Él pagó la compostura | Se enfermó del estómago |
| | | 2 | Discusión con su hermana por un préstamo que le hizo y no le ha | Exasperacion 90% Frustración 70% | Ya se pasó ahora si. | Le dijo que la espera para que le pague hasta finales de septiembre | Le dolió mucho la cabeza |
| | | 3 | Discusión con su hija porque quería ir con sus amigas a un concierto en las fechas en que él y su esposa estarían en la | Desesperación 60% | Lo siento, aunque me haga berrinche no va | Le explicó que no le daría permiso porque ellos no estarían. Le pidió su comprensión. | |
| Dueño negocio propio | Problemas con su familia y trabajo | 2 | Tiene problemas con su socio por los proyectos que tienen en curso | Desesperación 90% Angustia 80% | No entiendo cómo está definiendo las prioridades en los proyectos | Le pidió una reunión para ver en detalle la definición y alcance de cada proyecto | Gastritis |
| | | 2 | Se ha sentido irritable por un dolor constante en la rodilla derecha que le ha impedido movilidad | Irritabilidad 90% Sufrimiento 90% | No entiende que me siento realmente mal | Le pidió a su esposa que cuando esté con tanto dolor no lo moleste | |
| | | 3 | Discusión con uno de sus colaboradores por ausentismo | Enojo 90 % Frustración 80% | No puedo seguir tolerando sus ausencias | Le explicó que debido a sus constantes ausencias los resultados y su desempeño se han vuelto deficientes | Dolor de cabeza |
| | | 3 | Discusión con su hermano por estar volándose a sus trabajadores | Enojo 90 % Frustración 80% | ¡Ya estoy harta!!! Qué se cree! | Lo buscó y le prohibió seguir haciéndolo | Presión alta |
| | | 4 | Se disgustó con su esposa por gastarse \$ 10 000.00 en una sola | Frustración 70% | En qué cabeza cabe gastarse tanto dinero en | Le dijo que no puede volver a pasar eso. | Dolor de cabeza |
| Empleada | o de abandono por parte de su padre | 1 | Enojada con su padre por haberla dejado plantada en la cita que tenían | Tristeza 100% Molestia 80% Desilusión 90% | Siempre es lo mismo con él | No respondió el mensaje que su padre le mandó y se fue a su casa | Lloró muchísimo |
| | | 2 | Tuvo una discusión muy fuerte con su madre por defender a su padre | Enojo 90 % Frustración 80% | ¿Qué le pasa? ¿Por qué siempre lo defiende? | Se fue a su cuarto y no salió hasta el día siguiente | Gastritis |
| | | 2 | Se disgustó con su hermanastra por usar su ropa sin pedirle permiso | Enojo 90 % Frustración 80% | ¿Por qué no respeta mis cosas? | Le quitó la ropa y se fue a su cuarto | Gastritis |
| | | 3 | Tuvo un problema con su tía por comentarios que hizo en contra de su | Molestia 70 % | Si no sabe, que no se meta | Le pidió que se abstenga de opinar de lo que no sabe | Dolor de cabeza |
| | | 3 | Tuvo un altercado con su padre porque no le entregó un documento que necesitaba entregar para su trabajo | Enojo 70% | No entiende que es importante para mi | Buscó como conseguir el documento por otra parte | Dolor de cabeza |

| | | | | | | | |
|----------------------|--|---|---|--------------------------------|---|---|----------------------|
| Profesor de primaria | de liderazgo y aceptación con sus alumnos | 2 | Altercado con tres de sus alumnos de preparatoria porque no le hacen caso y se la pasan viendo el celular | Enojo 100% | Ya estoy hasta la madre de estos jóvenes | Les pidió se salieran del salón de clases | Presión alta |
| | | 2 | Tuvo problemas con la madre de una de sus alumnas quien le fue a reclamar por que un día antes ya no la dejó entrar a clase. Ella llegó media hora después de que ya había iniciado la clase | Enojo 100% | ¿Pero qué le pasa a esta señora?. Aquí el profesor soy yo. | Le dijo a la señora que en la escuela había reglas y se deben cumplir por los alumnos. | Presión alta |
| | | 3 | Discusión con uno de los profesores por que no termina su clase a tiempo afectando la hora de inicio de su clase | Molestia 70% | ¿Por qué no puede respetar los horarios y el tiempo de los demás? | Habló con él y le pidió ajustarse a la hora de clase que tiene y asegurarse no afectar el tiempo de los demás | Dolor de cabeza |
| | | 3 | Discusión con el conserje de la escuela por que se tardó en abrirle la puerta de acceso y por ello llegó tarde a una junta de | Molestia 50% | ¿Por qué no me abre la puerta el Sr Juan? Me urge entrar | Le pidió que se apresurará | Ansiedad |
| Contador | Problemas en su matrimonio | 1 | Discusión con su esposa por que ella se opone a que adopten a un bebé | Frustración 90% | ¿No entiendo por qué ahora ya no quiere cotinuar con | Le solicitó que reflexione al respecto | Insomnio |
| | | 1 | Se molestó por la noche con su esposa porque ella no está siguiendo las recomendaciones del médico para cuidar su nivel de azúcar en la | Enojo 80% | Debería entender que lo más importante es su propia salud | Le dijo a su esposa que agendaría una cita con su médico para que le de seguimiento | Presión alta |
| | | 2 | Se molestó muy fuerte con su cuñada porque ella solapa lo que su | Frustración 70% | No te metas | Le pidió que no se meta y le permita arreglar sus temas con su esposa | Presión alta |
| | | 2 | Tuvo una discusión con su esposa por cancelar a última hora la cita con el | Frustración 50% | Es su responsabilidad | Le dijo que era su salud y su responsabilidad hacerse cargo de sí misma | Mucho cansancio |
| | | 3 | Discusión con su suegra porque ella le reclamó que ve a su hija muy deprimida y él no le hace | Enojo 80% Frustración 70% | ¿Y ahora qué? | Habló con su suegra explicándole todo lo que está pasando con su esposa | Presión alta |
| Psicóloga | Problemas con el manejo de sus emociones por cambio de trabajo | 1 | Reporta sentirse irritada la mayor parte del tiempo por sentirse insegura en su nuevo trabajo | Enojo 100 % | ¿No sé cómo hacer para tener estabilidad ahora? | Busca formas de dar a conocer sus servicios | Angustia Insomnio |
| | | 2 | Se enojó mucho porque un paciente le canceló nuevamente faltando minutos para la cita | Enojo 80% | ¡Otra vez! Entiendo que se resiste al proceso | Lo reagendó y considera tocar el tema en la siguiente sesión | Dolor de cabeza |
| | | 3 | Enojada consigo misma, por no poder ser asertiva al momento de cobrar a los pacientes. Una de sus pacientes al terminar la sesión le dijo que no tenía para pagarle, que si podría verla después. | Enojo 80 % Frustración 80 % | No se vale, pudo decírmelo desde el inicio | Le dijo a la paciente que se lo pagara cuando ella pueda | Gastritis |
| | | 3 | Problema con su esposo por pago de renta y otros pagos fijos | Enojo 80 % Frustración 80 % | Siento que ya es demasiado | Se sentaron a conversar y organizar los pagos | Dolor de cabeza |
| | | 3 | Molestia con la paciente que no le pagó la cita anterior, llegó sin avisar a su consultorio llevándole a su mamá con un cuadro de angustia muy fuerte; | Molestia 70% Confusión 80% | ¡No puedo creer! Pobre señora se ve muy mal | Atendió a la señora | Gastritis |

| | | | | | | | |
|---------|---|---|--|---|---|---|-------------------------------------|
| Abogado | Irritado por problemas en el trabajo por baja de clientes | 1 | Discusión con su socio por cómo pagar las cuentas y renta del despacho ante la crisis que tienen por la baja de clientes y demora de | Enojo 80% Frustración 80% | ¿Cómo hago para solucionar esto? | Le pidió a su socio que le ayude hablando con los morosos para que paguen | Estrés , Dolor de cabeza y Angustia |
| | | 2 | Pleito con su esposa por no poder comprar el nuevo refrigerador para la | Desesperación 80% | ¿Por qué no me puede entender? | Se enojó y se fue a la sala a leer un libro | Dolor de cabeza y de cuello |
| | | 2 | Discusión con un mesero por que le dió mal el cambio al pagar su cuenta y éste no aceptó el | Enojo 70% | ¡Fíjate y pon atención! | Pidió hablar con el gerente para solucionar el tema | Gastritis |
| | | 3 | Molesto por ser "plantado" por un cliente en una reunión sin avisar | Frustración 80% | ¡Imbécil! | Pidió a su secretaria le trajera la carpeta de clientes para revisarla | Dolor de espalda, nuca y estómago |
| | | 3 | Preocupado porque serán los 15 años de su hija el próximo mes y no sabe cómo pagar los | Estresado 90% | ¿A quién le pido prestado? | Llamó a su hermano para pedir ayuda | Dolor de cabeza |
| Maestra | Problemas con su esposo e hijos | 1 | Discusión con su hijo mayor por que ha estado llegando últimamente en las madrugadas y | Angustia 100% | ¿Por qué lo hace? | Le pidió que entienda que se preocupa por él y su seguridad | Dolor de pecho |
| | | 2 | Enojo con su marido por que no habla con su hijo y le pone límites | Enojo 100 % Frustración 100% | Estoy sola en esto | Le dijo que en cuanto llegara su hijo los dos hablarían con él | Dolor de pecho |
| | | 2 | Discusión con su hija menor por ser tan agresiva y grosera con ella | Frustración 90 % Desesperación 90% | Estoy harta de tantas groserías | Le dijo a su hija que si no estaba de acuerdo con las reglas de su casa, lo sentía mucho pero que fuera buscando en dónde vivir | Dolor de pecho |
| | | 3 | Alejamiento de su hija | Tristeza 100% Moelstia 80% Desilusión 90% | No le voy a hablar hasta que se disculpe | No habla con ella | Dolor de pecho |
| | | 3 | Problemas con su esposo por no apoyarla en las decisiones con sus hijos | Desilusión 80 % | Ya no puedo | Le pide apoyo a su esposo | Tristeza |
| Médico | Problemas de relación con familia política | 1 | Discusión con su suegra por que le critica mucho su forma de ser | Frustración 80 % | ¿Qué le pasa a la señora, quién es para criticarme? | Habla con su esposa al respecto | Dolor de espalda, nuca y estómago |
| | | 2 | Tensión en una reunión familiar por molestia de su suegra | Molestia 80 % | Lo siento, si no le parece que se vaya | Sigue en la reunión, evita a la señora | Dolor en espalda |
| | | 2 | Discusión con su cuñado | Frustración 70% | No es mi problema | Trata de explicar al cuñado el problema con su suegra | Molestia |
| | | 3 | Discusión con su esposa por los problemas con su | Desesperación 70% | El problema es tu mamá | Trata de explicarle a su esposa lo que sucede una vez | Dolor de espalda |
| | | 3 | Discusión con su suegra porque se quiere entrometer en las decisiones que él y su esposa están tomando con base en la nueva | Enojo 70 % | No tiene por que opinar | Le pide a su esposa mantener el tema de la casa entre ellos, con la mayor discreción | Dolor de cabeza |
| Abogada | Situación conflictiva en su empresa | 1 | Disgusto con su jefa por que en junta con socios la cuestionó y evidenció | Enojo 100% | ¡Que poca madre de esta vieja! | Al terminar la junta se salió y se fue a su casa | Dolor de estómago |
| | | 2 | Disgusto por cambio de decisión de su jefa a última hora, para retrasar la junta de la gerencia. | Molestia 80% | Otra vez, que poca | Llamó para cancelar reunión con amigas | Dolor de cabeza |
| | | 2 | Problema con una compañera de trabajo por que escuchó como estaba hablando mal de ella | Enojo 100% | Estúpida vieja | La confrontó y le advirtió que no lo volviera a hacer | Dolor de estómago |
| | | 3 | Discusión con su jefa por confusión en fecha de entrega de un reporte | Angustia 80 % | Ella está confundida | Se quedó en la oficina para entregar en la noche a su jefa el reporte que quería | Dolor de estómago y ganas de llorar |
| | | 3 | Conflicto con su pareja por cancelar cena por que se tuvo que quedar a hacer el reporte | Enojo 100 % | ¿Por qué no me comprende? | Le explicó por teléfono a su novio lo sucedido con su jefa para que entendiera por qué estaba cancelando la cena | Lloró de rabia |

| | | | | | | | |
|----------|-----------------------|---|---|---------------------------------|---|---|-------------------------------|
| Empleado | Proceso de divorcio | 1 | Conflicto con su esposa por que él ya no desea seguir fingiendo ante la familia que están bien como pareja. No desea acompañarla al aniversario de bodas de | Frustración 90 % | No voy | Decirle a su esposa tajantemente que todo se terminó. Que ya no cuenta con él para ningún evento familiar | Contractura de cuello |
| | | 2 | Discusión con su esposa en reunión con el abogado para ver los términos del divorcio | Enojo 90 % | Carajo, ya me vale madres esto | Le pidió al abogado que viera el tema por separado y cuando encontrara un punto y acuerdo los volviera a reunir | Dolor muy fuerte de espalda |
| | | 3 | Conflicto con su esposa por que él se salió de la casa | Molestia 90 % | No podemos vivir más juntos | Le habló a su cuñado para informarle y pedirle que fuera a ver a su esposa para | Dolor muy fuerte de espalda |
| | | 3 | Discusión por teléfono con su suegro quien le exige regresar a su casa con su esposa | Enojo 90 % Desesperación 90% | Cabrón, ahora me exige | Apaga el teléfono hasta el otro día | Dolor de ciática |
| | | 4 | Molestia con el abogado cuando éste le comentó que en las reuniones con su esposa la está acompañando su cuñado | Coraje 100 % | Si quieren hacer esto más difícil así será | Pidió a su abogado acelerar el proceso y preparar un acuerdo para el día viernes | Dolor de ciática y de cabeza |
| Empleada | Despido injustificado | 1 | Confrontación con su jefe por despido injustificado, él la citó para decirle que su bajo desempeño en el último mes, había decidido terminar su relación de trabajo con la | Enojo 100 % Indignación 100% | ¿Por qué a mí? | Cuestionó a su jefe al respecto y le exigió que le dijera el verdadero motivo por el cual la estaba corriendo | Presión alta |
| | | 2 | Discusión con el responsable de Personal por el tema del despido injustificado. No se siente escuchada y | Desesperación 100% | No me escucha este pendejo | Pidió hablar con el director de Personal para decirle que no está de acuerdo con esta decisión | Dolor de cabeza |
| | | 2 | Enojo con el director de personal al escuchar que él no puede hacer nada por ella, que su jefe ya había tomado la decisión. Le pedía pasar con el abogado para ver lo de su | Enojo 100% Indignación 100% | ¡No puede ser! | Le dijo al director de personal que era un inepto y que estaba para defender los derechos de los trabajadores | Dolor de cabeza y de estómago |
| | | 2 | Enojo con el abogado al ver el monto de liquidación que le | Enojo 100% Indignación 100% | Esta cantidad es una burla, es injusto | Se paró y se fue, sin firmar ningún documento ni aceptar el cheque. | Sentía rabia y la boca seca |
| | | 3 | Disgusto con su esposo cuando le dijo que no había aceptado el cheque y que demandaría en la junta de conciliación | Frustración 90 % | Es injusto y no me entiende que estoy en mi derecho | Trató de explicarle pero no la apoya | Dolor de huesos |