



# UNIVERSIDAD ESPECIALIZADA DE LAS AMÉRICAS

## Decanato de Postgrado

Trabajo de Grado para optar por el título en  
Doctor en Ciencias de la Salud y Comportamiento Humano

### TESIS

Las emociones como sistema guía: Modelo de intervención  
psicoterapéutico dirigido a la auto regulación emocional.

Presentado Por:  
Goicoechea, Lourdes  
C.I: 8-1092-942

Director Asesor  
Dra. Matus Graciela Lorena

Panamá, diciembre 2021.

## **AGRADECIMIENTO**

A la Universidad Especializada de las Américas (UDELAS) por los altos estándares de calidad formativa del Programa de Doctorado en Ciencias de la Salud y del Comportamiento Humano. En especial, a la dirección, docentes y administrativos de los decanatos de postgrado e investigación.

A las Doctoras Analinnette Lebrija y Graciela Matus quienes decidieron compartir conmigo su conocimiento y experiencia mientras me dirigían en este trabajo doctoral.

A los doctores y doctoras que revisaron la tesis, por los valiosos aportes e importantes consejos que se observan en la madurez metodológica de la entrega final.

Lourdes Goicoechea

## **Resumen**

Esta investigación tiene el objetivo de valorar un modelo de intervención psicoterapéutica, utilizando la “Clasificación de estados del yo” como herramienta que permite dar seguimiento a una intervención basada en las emociones y estados del yo, utiliza once (11) indicadores: Plenitud, Fortaleza, Actividad, Resiliencia, Dependencia, Tristeza, Rabia-Enojo, Culpa, Miedo, Ansiedad, Shock-Negación, que no son excluyentes uno de otros. Estos indicadores se encuentran englobados en dos grandes dimensiones denominadas activa e inversa que se complementan la una a la otra y deben estar en equilibrio.

La investigación corresponde con un tipo de diseño cuasi experimental, el muestreo es no probabilístico por conveniencia y se manipula la variable independiente (intervención basada en la regulación de las emociones), para observar su efecto en la variable dependiente (indicadores emocionales y estados yoicos), el enfoque escogido para el análisis de los datos es mixto, lo que enriquece los resultados y permite que se validen ambos análisis, el cuantitativo y el cualitativo uno al otro. El tipo de estudio es explicativo, lo que permite dar cuenta del fenómeno estudiado y responder a los objetivos de la investigación.

## **Palabras clave**

**Automonitoreo, emociones, estados yoicos, intervención psicoterapéutica, regulación emocional.**

## **Abstract**

This research has the objective of measuring a psychotherapeutic intervention model, using the "Classification of ego states" as a tool that allows monitoring an intervention based on emotions and ego states, it uses eleven (11) indicators: Fullness, Strength, Activity, Resilience, Dependence, Sadness, Anger-Rage, Guilt, Fear, Anxiety, Shock-Denial, which are not exclusive to each other. These indicators are included in two large dimensions called active and inverse that complements each other and must be in balance.

The research corresponds to a quasi-experimental design, it has a non-probabilistic for convenience as the sample, and the independent variable (intervention based on the regulation of emotions), is manipulated, to observe its effect on the dependent variable (emotional indicators and ego states), the method chosen for data analysis is mixed, which it enriches the results and allows analyzes to be validated, quantitative and qualitative one to the other. The type of study is explanatory, which allows us to account for the phenomenon studied and respond to the research objectives.

## **Key Words**

**Egoic states, emotions, emotional regulation, psychotherapeutic intervention, self-monitoring,**

## CONTENIDO GENERAL

Páginas

Dedicatoria	
Resumen / Abstract	
Índice General	
Introducción	
CAPÍTULO I: ASPECTOS GENERALES DE LA INVESTIGACIÓN	
1.1 Planteamiento del Problema:	12
1.2 Justificación	18
1.3 Hipótesis de la Investigación	21
1.4 Objetivos de la Investigación	22
1.4.1. Objetivo General	
1.4.2. Objetivos Específicos	
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1 Antecedentes de la Investigación. La Salud mental y el manejo de las emociones	24
2.2 Las emociones	34
2.3 Modelo de intervención psicoterapéutico	54
CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO	
3.1 Diseño de Investigación y tipo de estudio	58
3.2 Población, sujetos y tipo de muestra estadística	58
3.3 Variables – definición conceptual y definición operacional	61
3.4 Instrumentos y/o herramientas de recolección de datos y/o materiales-equipos	65
3.5 Procedimiento.	65
CAPÍTULO IV: PROPUESTA DE INTERVENCIÓN	
4.1 Introducción a la propuesta	73

4.2 Principios Básicos de la intervención psicoterapéutica basada en la Clasificación de Estados del Yo	75
4.3 Justificación de la propuesta	75
4.4 Objetivos de la propuesta	76
4.5 Metodología	76
4.6 Componentes del programa y actividades	77
CAPÍTULO V: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	90
CONCLUSIONES	122
LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES DE LA INVESTIGACIÓN	125
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	128
ANEXOS	145
ÍNDICE DE CUADROS	181
ÍNDICE DE GRÁFICAS	181
ÍNDICE DE TABLAS	182
ÍNDICE DE IMÁGENES	184

## Introducción

Esta investigación tiene como objeto de estudio a las emociones, como un sistema complejo y dinámico que impacta el funcionamiento psíquico, que es el contexto estudiado, su implicación en el componente fisiológico, y su consecuencia observable en el comportamiento.

Ello conlleva a que sea apropiado utilizar un método mixto por la riqueza que aporta en el análisis de los datos, a través del cual, se revisan las consecuencias verificables del programa de intervención aquí propuesto y su efecto en los estados yoicos, compuestos por sentimientos, mecanismos defensivos, emociones y actitudes que aportan a la investigación abundantes datos para ser analizados con técnicas que ofrecen las herramientas cuantitativas y cualitativas en un método mixto (Barber & Solomonov, 2016).

Se estructura en capítulos, al inicio en el Capítulo uno, se presentan los antecedentes de la situación actual de salud mundial y local, que se encuentran relacionados con estilos de vida, las emociones y sus gradientes contemplados como sentimientos, sensaciones o estados del yo.

Presentando en el dos, una base teórica que sigue la línea psicodinámica, con componentes psicoeducativos y biológicos, lo que permite dar un fundamento y explicación de los fenómenos estudiados y soporte para los análisis del capítulo V.

Se describen las teorías que sirven de sustento a la clasificación de estados del Yo, como herramienta de auto monitoreo de las emociones como guía de la elaboración de mallas de pensamiento reflejadas en el comportamiento humano, se sistematiza sobre la propuesta de esta categorización, con el fin de obtener una guía dirigida a una intervención psicoterapéutica basada en la autorregulación y adecuada gestión de las emociones y estados yoicos.

En el Capítulo tres, el marco metodológico muestra la estructura y el proceso realizado y organizado en un diseño cuasi experimental.

Se efectuó un programa de intervención, que responde al objetivo de desarrollar habilidades y destrezas, necesarias para adquirir el hábito y la competencia de la auto gestión y regulación de las emociones, siendo el hábito una fuerza psicológica similar a la motivación, implica fuerza de voluntad y repeticiones intencionadas, dirigidas para actuar en una dirección diferente a lo acostumbrado, volviéndose esa diferencia medible a través de la aplicación de los pretest y postest de los instrumentos utilizados (Lewin, 1951; Hernández, Fernández, & Baptista, 2014).

El Capítulo cuatro brinda detalles acerca del programa de intervención realizado muestra el plan de actividades y objetivos para desarrollar habilidades y estrategias que faciliten la autorregulación y autogestión de las emociones, crear el hábito de automonitoreo y seguirlas hasta su origen para comprender que las activa y trabajar en ello.

En el capítulo cinco, se hila la teoría con el método mixto escogido por la riqueza que aporta en el análisis de los datos, soportados en el pragmatismo, que conserva el contacto con los hechos y el conocimiento se enlaza a las acciones humanas, relacionando lo comprensivo con lo explicativo para darle significado a lo real.

Se comprueba la Hipótesis de investigación a través de la prueba de rangos con signo de Wilcoxon, se analizan los tres instrumentos utilizados, la encuesta, insumo cualitativo, se analizó a través de un análisis semántico de núcleos y familia de palabras, soportado en la teoría fundamentada que le da rigurosidad al análisis, la Clasificación de estados del Yo, como herramienta de seguimiento a la intervención con una escala del 0 al 10 analizada a través de la estadística descriptiva, el Test de Movilización de las emociones y estados cognitivos, fue analizado utilizando la prueba no paramétrica de rangos con signo de Wilcoxon y



de diferencias emparejadas, los resultados obtenidos permitieron comprobar la eficiencia de la intervención y la eficacia de los instrumentos utilizados.

# **CAPÍTULO I**

## **CAPÍTULO I: ASPECTOS GENERALES DE LA INVESTIGACIÓN**

### **1.1 Planteamiento del problema:**

Las emociones a lo largo de la historia, se han visto relacionadas con estilos de personalidad, como se muestra en la teoría hipocrática (400 a.C) de los humores y 4 factores del temperamento (sanguíneo, melancólico, colérico y flemático), la teoría de los humores sigue teniendo presencia a lo largo de los siglos (Burton, 1621 / 2009; Merenda, 2010), Kraepelin mencionó cuatro estados fundamentales (depresivo, maníaco, irritable y ciclotímico), que relacionó con la enfermedad maníaco-depresiva (Ehrt, Brieger, & Marneros. 2003).

Los médicos hipocráticos, plantean Hipótesis de que las marcadas intensidades o excesos en estos temperamentos producen variaciones en el comportamiento, las alteraciones en la ira de las mujeres, era visto como un problema social, en otros casos, se podía observar comportamiento excéntrico y perturbador relacionados con estos excesos (History of Medicine Division, 2019).

Así se inicia con los trastornos del temperamento, básicamente por su observancia en el comportamiento, a inicios de 1900, Kraepelin y sus colaboradores plantean hipótesis como las psicosis endógenas, relacionada con un concepto de dimensiones de los temperamentos (Sayin & Aslan, 2005).

En el año 1998, un grupo de investigación epidemiológica defendía la importancia del bienestar emocional para la salud, sugiriendo que las actividades dirigidas a promover el bienestar físico excluyendo el bienestar social y mental están destinadas al fracaso (Stewart-Brown, 1998).

En el año 1995, Goleman, menciona las habilidades emocionales esenciales para el éxito de programas dirigidos al desarrollo de la inteligencia emocional, sustenta que una persona puede tener un entrenamiento de primera, una

extraordinaria inteligencia, y buenas ideas, pero aun así no será un gran líder sin los componentes de la inteligencia emocional: autoconciencia, autorregulación, motivación, empatía y habilidad social (Goleman, 1999). Desarrollar estas habilidades emocionales no significa reprimir las emociones, sino comprender las propias y las de las demás personas.

En las últimas décadas ha surgido un gran interés por la investigación sobre la emoción, su regulación y tratamientos. Sin embargo, uno de los problemas manifestados por los clínicos es que la variabilidad emocional y la accesibilidad a través del entorno, son difíciles de medir, cada día se reconoce más el importante papel de las emociones en el desarrollo de las psicopatologías y de su abordaje clínico (Ehrenreich, Fairholme, Buzzella, Ellard, & Barlow, 2007).

La visión de la inteligencia de Gardner (1983/2011), menciona que en lo que respecta a las emociones, atañe a la noción de inteligencia intrapersonal o la capacidad para sintonizar con las propias emociones y en lo que refiere a los sentimientos, a la inteligencia interpersonal.

La intervención y las herramienta de seguimiento utilizadas en este estudio, se dirigen a emociones, sentimientos y estados yoicos, abarcando ambas inteligencias mencionadas por Gardner, al evaluar la emoción es indispensable ser conceptualmente claro sobre los constructos que se van a medir y a intervenir, en este sentido los autores contemplan un contenido estructural (lo que la emoción es) y un contenido funcional (lo que la emoción hace) haciendo énfasis en las variables contextuales (Zeman, Klimes-Dougan, Cassano, & Adrian, 2007).

La emoción influye en varios procesos cognitivos que están involucrados en la adquisición y transmisión de conocimientos y habilidades, específicamente, en cómo los individuos identifican y perciben la información, cómo la interpretan y cómo actúan sobre la información disponible en situaciones de aprendizaje y práctica (McConnell & Eva, 2012).

Las emociones están directamente relacionadas con respuestas fisiológicas en el proceso de regulación de las emociones, las estrategias más comunes son inhibir las manifestaciones externas de lo que la persona está sintiendo internamente, sin embargo, los estudios han demostrado que la reevaluación de la situación disminuye la expresión conductual de la emoción, de manera más efectiva que la represión o inhibición que conlleva a un aumento de la respuesta fisiológica (Gross, 2002).

Siguiendo este orden de ideas, el adecuado manejo emocional es básico para la salud mental, hay evidencias de que los individuos pueden mantener de forma consistente patrones fisiológicos de respuesta similares a los que se activan ante estados emocionales, que originalmente se movilizan como activación protectora a exigencias ambientales de peligro, si se trata de patrones de respuesta excesivos, por su elevada intensidad y por la frecuencia de su activación, y que por lo general no corresponden con el estímulo, o con una situación percibida por todos como peligro real, éstas respuestas se vuelven potencialmente peligrosas ya que son una reacción desadaptativa pudiendo conducir a la aparición de trastornos orgánicos, así, las emociones también están relacionadas con la calidad de la vida de las personas (Ekman, 2003; Chóliz, 2005; OMS, 2013; Baumeister, 2015).

Siendo el cuerpo la residencia y la morada de la psique, el adecuado funcionamiento de ambos puede estar distorsionado por el estado emocional, rompiéndose el equilibrio psique-soma (Winnicott, 1996; Mailer & Herrera, 2006).

Como un determinante de la salud mental, y los trastornos mentales la OMS (2013), incluye entre otros factores a la capacidad para gestionar los pensamientos y las emociones, como factores de riesgo prevenibles para los trastornos mentales.

La ausencia de salud mental suele afectar a más del 25% de la población, en algún momento de la vida cualquier individuo es víctima de causas que hoy en día se califican de comunes, como el estrés, la ansiedad, o por las diferentes pérdidas y duelos inherentes al ciclo de vida (PAHO.org, 2012).

La OMS, en el año 2007, presentó el programa de acción, para superar las brechas en salud mental, dirigiendo la atención a los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias.

Panamá ha incorporado en los hospitales generales, salas de psiquiatría y reforzado los equipos de atención primaria, aunque se cuenta con el Instituto de Salud Mental, que, en sus inicios en el año 1933, era el único centro para el internamiento y tratamiento de pacientes con trastornos mentales, en 1994, se hace un compromiso de trato digno al paciente de salud mental pasando del “manicomio” al modelo clínico de hospital defendiendo la no internación del paciente de salud mental (OPS / OMS, 2007; Instituto Nacional de Salud Mental, 2007).

El Ministerio de Salud y la Caja de Seguro Social, han avanzado en la atención y diagnóstico del paciente de salud mental, las cifras obtenidas de esta atención, permiten establecer que los casos que más se reportan son trastornos de ansiedad, depresión, afectivos, consumo de sustancias, psicosis, a los que se suman la violencia intrafamiliar, el consumo de alcohol y problemas del comportamiento (MINSAL,2018).

La depresión se encuentra en los mismos porcentajes en niños y adolescentes como en adultos, la OMS señala que cada año 20 millones de personas intentan suicidarse y del millón que logran consumar el suicidio, la mitad está relacionado con la depresión, mientras que, en el porcentaje de intentos, más del 50 % está relacionado con la depresión, en el documento MINSAL (2013),

se cita una proyección de la OMS de las muertes por suicidio para el año 2020 de 1.5 millones de personas.

Durante el año 2011, las lesiones auto infligidas, los accidentes, agresiones y otro tipo de violencia ocuparon la segunda posición entre las causas de muerte, se puede considerar que el suicidio es en Panamá un problema de salud pública, siendo las regiones de Herrera, Los Santos, Chiriquí, Veraguas y Coclé, las que presentaron las tasas más elevadas de suicidio. A nivel mundial, la segunda causa más frecuente de muerte en los jóvenes es el suicidio (OMS, 2013a).

Los determinantes de salud mental y de trastornos mentales incluyen características individuales tales como la capacidad para gestionar los pensamientos, las emociones, comportamientos e interacciones con los demás. Se reconoce que, el autocontrol, se constituye en un rasgo psicológico fundamental para sobrellevar las posibles adversidades, y gozar de mejor salud, sin embargo, en Panamá, en el 2012, el sexo masculino presentó una tasa de mortalidad referente a la femenina de 1.4 más elevada, siendo los accidentes, homicidios y suicidios, la primera causa de muerte, mostrando una falla en la adecuada adaptación al ambiente (MINSA, 2015; Baumeister, 2015).

El MINSA publica en el 2015 el análisis de situación de salud Panamá, señala cifras que se transforman en un llamado de alerta:

“A nivel mundial, existen cerca de 450 millones de personas que padecen problemas de salud mental. Los trastornos mentales y neurológicos representan el 14 % de las enfermedades. Cerca de 30 % de la carga total de enfermedades no transmisibles” (p.288).

Los Objetivos de Desarrollo Sostenible, Plan Panamá 2030, contempla el eje Buena Vida Para Todos, una de las metas de esta agenda se enfoca en el desarrollo y capital humano, enfocándose en la salud y la educación como primer impacto, el segundo en desarrollo de capacidades, en esta línea, la

Universidad de Harvard, tiene programas como “What Makes a Leader?”, dirigidos a desarrollar las competencias emocionales de los estudiantes en autoconciencia, autorregulación, compromiso (motivación más allá del dinero), empatía y habilidades sociales (Mayer, 2008; PNUD Panamá, ODS, 2017), esta es una investigación que ofrece herramientas de medición y seguimiento así como un programa de desarrollo de habilidades emocionales elaborados por una investigadora panameña al igual que la muestra utilizada, colaborando con el eje buena vida para todos.

### 1.1.1 Problema de investigación

Los datos permiten analizar la cascada de eventos fisiológicos conectada a las emociones y su consecuente influencia en la pérdida de la homeostasis, comprometiendo la salud física y mental de los participantes.

Para resolver el problema de investigación y cumplir el objetivo general, se plantea una interrogante científica ¿Cómo contribuir a enriquecer la evaluación, medición e intervención psicoterapéutica del manejo de las emociones? esta interrogante que a simple vista parece sencilla, implica brindar un aporte, por ello, conlleva alcances evolutivos y de innovación, hace alusión a una secuencia de eventos que cambian con respecto al tiempo, la intervención y los instrumentos de medición aquí propuestos, se espera que contribuyan en la adaptación de los participantes a diversos escenarios, relevancia puesta de manifiesto desde la teoría de la selección natural, dejando bien establecida la importancia de la adaptación, en la evolución misma de las especies (Meyer & Newton Keas, 2001 / 2011).

En esta investigación, se llevaron registros de las intervenciones, describiendo la evolución del estado emocional de los participantes a través de los instrumentos aquí propuestos, a fin de responder a la pregunta de investigación



que obliga a actuar e innovar en el camino para concretar una contribución a la evaluación y la intervención de las emociones.

## **1.2 Justificación**

Una de las preocupaciones en el estudio de las emociones, son los instrumentos de medición para evaluar la efectividad de las intervenciones, en ese sentido esta investigación muestra su relevancia al ofrecer una batería completa que consta de un programa de intervención psicoeducativo, una matriz para el seguimiento y un test que permite a través de un pretest y postest medir los efectos del programa.

Durante los últimos treinta años ha habido un creciente interés por la investigación relacionada con las emociones, el avance de la tecnología en equipos de imágenes como los de resonancia magnética, han permitido el progreso en la investigación de las estructuras relacionadas con los procesos emocionales.

Se han asociado movimientos fisiológicos a las emociones como respuestas provocadas por cambios en los sistemas simpático, parasimpático y del sistema motor visceral, cada expresión facial reconocible como ira, disgusto, miedo, felicidad, tristeza o sorpresa se acompaña de actividad motora, cutánea, frecuencia cardíaca, la emoción se encuentra intrínsecamente asociada a cantidad de eventos fisiológicos.

Sir Carlos Bell, publica en el año 1844, la tercera edición de “Anatomía y filosofía de la emoción”, la obra describe a través de ilustraciones las diversas emociones, el principal mérito de esta obra consistió en haber mostrado la íntima relación que existe entre los movimientos de la expresión y los de la respiración, aporta Darwin (1900) acerca de la fisiología de la risa, que la

sensación que pasa de cierto grado se transforma habitualmente en acto material. Balivián (2010) señala que toda emoción precisa ser liberada, ya que crea un espacio de tensión que abre una posibilidad de descarga.

Siguiendo las ideas anteriores, el vínculo entre las emociones y la salud ha sido y está siendo estudiado por diferentes investigadores en distintas épocas y partes del mundo, se ha mencionado en los artículos académicos e informes de la OMS, acerca de estados emocionales como la ira y la felicidad, su incidencia en la salud biológica y en la percepción de bienestar.

Siendo la salud mental, un estado de completo bienestar, este estudio se dirige a brindar una aportación al enfocarse en el manejo de las emociones y su interacción con el funcionamiento psíquico y fisiológico. El entendimiento del ser humano como bio-psico-social y espiritual, indica que el deterioro en alguna de estas dimensiones será causante de malestar en las demás.

De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud en 2017, la epidemiología de las enfermedades mentales situaba a la ansiedad y a la depresión como las de mayor incidencia a nivel mundial. Estas se presentan prolongadamente sin que exista un diagnóstico oportuno que perciba a la tristeza y al miedo cuando se alojan en el pensamiento, trayendo como consecuencia un manejo desadaptativo de las emociones básicas.

A diario surgen nuevas interrogantes, acerca de los procesos mentales, en este sentido se requiere la comprensión del proceso de transformación de las emociones hasta su observancia en el comportamiento humano.

Las emociones tienen un papel dinámico, organizador e interactivo en la configuración que hacen las personas de la realidad, sirven como elemento vinculante de objetos externos e internos a partir de los cuales se crea, se constituye y se transforma la experiencia del mundo y se le da sentido a la vida,

contribuyendo a la eficacia para adaptarse rápidamente al contexto y resolver problemas.

Se brinda en esta investigación una contribución a la práctica psicoterapéutica al ofrecer una clasificación que contempla y evalúa once estados del yo a través de los indicadores: plenitud, fortaleza, actividad, resiliencia, mismos que se observan con comportamientos más activos en el paso del yo a la acción, por ello para efectos de este estudio, serán englobados en una dimensión denominada “indicadores activos” y los indicadores dependencia, tristeza, rabia-enojo, culpa, miedo, ansiedad, shock-negación (mecanismos de defensa), cuyo comportamiento se observa con tendencia a la introspección o dirigidos hacia el sí mismo, que para efectos de este estudio se denominaran “Indicadores inversos” como sustenta, Goicoechea, Frassati, & Manzanero, 2016.

Luego de lo anterior expuesto, se identifica como objeto de estudio las emociones y su relación con eventos fisiológicos y funciones psíquicas, como campo de acción el manejo emocional, desde el entrenamiento con una propuesta psicoeducativa, como contribución a la evaluación en el auto monitoreo, el uso de la Clasificación de Estados del Yo y un instrumento validado que mide la movilización emocional, complementándose el programa psicoeducativo aquí propuesto, con la herramienta de automonitoreo y el test validado que mide el efecto del programa en los participantes, brindando modos de intervención y evaluación efectivos.

Esta investigación presenta una propuesta de intervención psicoterapéutica basada en un auto monitoreo de emociones y estados del Yo, utilizando indicadores que ayudan a la adecuada gestión de las emociones y estados yoicos, alineándose al modelo de atención primaria en salud (APS renovada, MINSA, 2013), que remite la responsabilidad al individuo como gestor de su calidad de vida, medio ambiente y salud.

La Clasificación de estados del Yo, se presenta como una herramienta valiosa de auto monitoreo de las emociones, como sistema que ofrece una guía a procesos complejos en el funcionamiento del pensamiento, su correspondencia en el comportamiento humano, la implicación en eventos fisiológicos y en la sensación de bienestar del individuo. Se menciona en el Plan de Acción sobre Salud Mental de la OMS (2013), que hay evidencias de que el estilo de manejo emocional incide en trastornos como la depresión, que predispone al infarto del miocardio y a la diabetes, o el estrés, que predispone a trastornos mentales, lo que refiere al adecuado manejo emocional y sus consecuencias fisiológicas.

Las consideraciones anteriores, muestran la problemática que justifica la investigación: Revisar las teorías y los resultados obtenidos de los test aplicados para sustentar conceptual y analíticamente, a través de un análisis mixto de los resultados obtenidos, a las emociones como sistema guía del funcionamiento psíquico y las similitudes de las características manifestadas en el comportamiento, facilitando a los participantes una "Clasificación de estados del Yo", que ofrece la posibilidad de hacer un auto monitoreo del estado yoico, obtener y tabular datos, para elaborar análisis y anticipaciones que se asocian con la cadena de eventos adversos en la salud física y mental, constituyendo un aporte a una de las principales problemáticas en la investigación de las emociones y su abordaje clínico, las herramientas de seguimiento y evaluación.

### **1.3 Hipótesis**

Hipótesis de investigación (Hi): Los resultados observados antes y después de la intervención basada en la regulación de las emociones, muestran disminución de los indicadores emocionales y estados yoicos que conforman la dimensión inversa (i) en los participantes del grupo experimental, en el posttest

( $X_{di}$ ), en comparación con el pretest ( $X_{ai}$ ), siendo  $a_i$ =antes indicadores inversos /  $d_i$ =después indicadores inversos

$H_i: X_{ai} > X_{di}$

Hipótesis nula ( $H_0$ ): Los resultados observados antes y después de la intervención basada en la regulación de las emociones, no muestran variación de los indicadores emocionales y estados yoicos que conforman las dimensiones activa e inversa, en los participantes del grupo experimental, en el posttest ( $X_d$ ), en comparación con el pretest ( $X_a$ ).

$H_0: X_a = X_d$ .

## **1.4 Objetivos**

### 1.4.1 Objetivo General

Evaluar la eficiencia de un modelo de intervención psicoterapéutico y la eficacia de una herramienta de automonitoreo dirigido a la auto regulación de las emociones y estados yoicos.

### 1.4.2 Objetivos Específicos

- Determinar los componentes del modelo de intervención psicoterapéutico.
- Mostrar el comportamiento de la Clasificación de estados del Yo, como hoja de auto monitoreo en una intervención basada en la movilización de las emociones y estados Yoicos.
- Describir la evolución del estado emocional de los participantes del grupo experimental.
- Registrar la intervención basada en el modelo propuesto y el automonitoreo

## **CAPÍTULO II**

## **CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO**

### **2.1 La Salud Mental y el manejo de emociones**

El interés por el adecuado manejo de las emociones y sus repercusiones, se ve reflejado en las actuales investigaciones de áreas como las neurociencias, la educación, el comportamiento entre los que más destacan, los resultados han llegado a despertar el interés incluso de personas no relacionadas con la investigación, quienes siguen los avances de las mismas, que han revelado mecanismos y procesos del pensamiento, el comportamiento y las emociones integradas a su efecto en los dominios fisiológicos y las activaciones en las rutas del cerebro, esta mirada general ofrece un lenguaje común integrativo que facilita las investigaciones interdisciplinarias (Collura, Zalaquett, Bonnstetter, & Chatters, 2014).

La toma de decisiones está directamente relacionada con el contenido emocional, estudios con neuroimágenes han demostrado cambios en la actividad en la corteza cingulada anterior dorsal en correlación con las diferencias individuales en el procesamiento cognitivo de las emociones. Encontrando un mayor acoplamiento de la corteza cingulada con regiones prefrontales en personas con una buena capacidad en el manejo de su estado emocional, por el contrario, las personas con poca capacidad en este dominio mostraron un mayor acoplamiento con la amígdala (Mériaux y otros, 2006).

Con referencia a lo anterior, se observa la relación entre el éxito y el fracaso para gestionar las emociones y las diferencias en las conexiones que ocurren en el sustrato biológico, Aristóteles en sus tratados, La ética a Nicómaco y Retórica, analiza diferentes sensaciones y su relación con procesos fisiológicos, (Aristóteles citado por Trueba, 2009), mostrando preocupación desde esos tiempos (385-322 a.C.) por las habilidades y competencias

emocionales, actualmente, son características deseables en todo aquel que aspira a ser un buen líder, estas son conocidas como la capacidad para percibir y comprender las emociones propias y las de los otros, algunas definiciones populares le atribuyen otras características como un constante optimismo, elevada autoestima, iniciativa, que no necesariamente vienen junto con el desarrollo de las habilidades emocionales, no hay edad límite para aprender a desarrollar las habilidades relacionadas con la adecuada gestión de las emociones, sin embargo, una vez adquiridas tienden a mejorar con el envejecimiento (Book, 2004).

Desde hace algunos años se han desarrollado áreas de investigación que entregan pruebas irrefutables de la integración de los sistemas psicológico, neurológico, endocrino e inmunológico, revisando los factores sociales, y explorando las relaciones entre ellos (Plourde, Lavoie, Raddatz, & Bacon, 2017; Stanzer, y otros, 2019). Una revisión sistemática en entrenamiento de habilidades emocionales para estudiantes de medicina muestra que desde el año 1982 se inician programas para desarrollar la empatía con los pacientes (Satterfield & Hughes, 2007).

Estudiantes de medicina quienes participaron de un entrenamiento dirigido al desarrollo de habilidades relacionadas con la regulación y autogestión de las emociones, en su mayoría, avanzando de la adolescencia a la etapa evolutiva de adulto joven, se topan con uno de los principales retos, obtener la confianza en sí mismos, ser confiables y comprometer su lealtad a una causa; la confianza y la fidelidad se deben fundamentar en valores transversales como la fe, la esperanza y la caridad y lograr cumplir exitosamente con los retos psicosociales propios de la etapa de vida (Erikson, 1988).

A estas demandas propias del ciclo de vida, se suman otras relacionadas con el éxito en los estudios, competitividad, situaciones económicas y otras



emocionalmente desafiantes al presenciar sufrimiento, enfermedades, comportamientos poco profesionales del personal que labora en el equipo de salud, en este estudio entre las preocupaciones manifestadas por los estudiantes está la lucha por manejar las emociones en los encuentros con los pacientes y con los demás (Weurlander, y otros, 2019).

La estrategia de regulación utilizada con mayor frecuencia por estudiantes ante emociones negativas intensas fue la de consolar al paciente y el uso del mecanismo de defensa racionalización, para reprimir la emoción, e inacción ante una situación desafiante. Resultados obtenidos en estudios similares (Cuadro 1), coinciden en la preocupación por el desarrollo de habilidades y competencias dirigidas al adecuado manejo emocional (Satterfield & Hughes, 2007; Doulougeri, Panagopoulou, & Montgomery, 2016).

En el Cuadro 1, Se muestra que el desarrollo de las competencias dirigidas al adecuado manejo emocional, se suele hacer a través de programas educativos de entrenamiento en habilidades emocionales, ampliamente definidos para estudiantes de medicina, se observa que incluyen habilidades de adecuada gestión emocional de las propias y las de los otros, es decir, habilidades cognitivas y conductuales destinadas a percibir, interpretar y modular las emociones originadas en sí mismos y de los demás dirigidas hacia las otras personas, la evolución en investigaciones relacionadas con las emociones, ha derivado en múltiples estudios, algunos enfocan hacia la relación de estas con el comportamiento y estados fisiológicos, tanto en momentos placenteros como no placenteros, los estados emocionales se encuentran asociados con sensaciones corporales, esta identificación de la fisiología de la emoción, lleva a investigar posibles biomarcadores para los trastornos emocionales, estudios han revelado mapas de sensaciones corporales asociadas a diferentes emociones (Nummenmaa, Glerean, Hari, & Hietanen, 2014).

Cuadro 1. Estudios en programas de entrenamiento en habilidades emocionales 1980-2006

Artículo	Tipo de estudiante / muestra	Intervención	Habilidades emocionales
Benba ssat & Baumal, 2002	Estudiantes de 6to año de una escuela de medicina Israelí, el artículo no menciona el tamaño de la muestra	Intervención de juego de roles, duración 4 semanas, medicina centrada en el paciente, reproduciendo entrevistas de pacientes reales, con el instructor y compañeros como pacientes simulados (al pie de la cama del paciente).	Alcanzar y comprender las emociones de los pacientes; autoconciencia de los prejuicios emocionales
Boyle, et al., 2005	Universidad de Colorado, Estudiantes de medicina del 1 y 2do año, tamaño de la muestra no reportado.	Entrenamiento: Saber escuchar, para enseñar comunicación centrada en el paciente, grupos pequeños de 4 horas con 4 estudiantes	Desarrollar empatía,
Cohen, et al., 2005	Estudiantes de medicina de la U de Wales (n = 10) y médicos "calificados" (n = 15)	Programa de apoyo individual; identificando los factores que causan dificultades en la comunicación, con intervención personalizada, utilizando, cintas de video, tutores, etc.	Manejo de las emociones en uno mismo; habilidades interpersonales; estilos de afrontamiento; manejo efectivo de si mismo.
Couper et al., 2005	Estudiantes de medicina de la U de Melbourne, n = 88 en una encuesta posterior, N = 269 participaron en el curso.	Discusión de estrategias con expertos, captar pistas verbales y no verbales en uno mismo y en otros, 3 ejercicios por estudiante. 1ra semana de pasantía en psiquiatría.	Tranquilizar a los pacientes; rapport; preguntando sobre temas delicados, estilo de comunicación asertivo.
Das Gupta & Charon, 2004	U de Columbia estudiantes de medicina 2do año, n=16 participantes; n=11	3-5 ejercicios de escritura reflexiva en el seminario de humanidades; Obtener, interpretar y traducir narrativas de enfermedades personales.	Empatía, auto conciencia
Dignan et al., 1989	Estudiantes de medicina, dep. hemato	3 seminarios de una hora que abarcan 6 módulos; Estudiantes	Manejo de las emociones en uno mismo (especialmente

	oncología, n=36 entrevistados	de medicina 2da practicas, ejemplos grabados en video, discusión guiada	ansiedad); comprensión de las emociones de la familia y el paciente; comunicación no verbal; empatía; enfocada en el cáncer
Elizur et al., 1982	Israel, Estudiantes de medicina (MS5), n=49 (studio 2)	6 reuniones de grupo de dos horas durante la pasantía psiquiátrica; no estructurado con enfoque en interacciones grupales y respuestas emocionales a los pacientes	Empatía (con pacientes con enfermedades mentales); respuestas emocionales a los pacientes
Farnill, et al., 1997	Grupo pre-clínica, estudiantes de medicina U de Sydney, Australia; n=60	Se utilizaron voluntarios de orígenes distintos del inglés para enseñar habilidades para las entrevistas; 16 tutoriales de una hora durante 7 meses con modelado y cintas de video, 2 entrevistas de práctica por alumno	Facilitación de la expresión emocional; positividad y respeto
Flowers, 2005	Estudiantes de pre clínica y clínica, sin especificar la muestra	Taller de 5 pasos; autoconciencia, autodesarrollo, relaciones, auto responsabilidad, reflexión; Protocolo de gestión de sentimientos de 10 pasos	Competencia emocional, habilidades de psico normalidad
Goldman, 1987	U de Northwestern , Estudiantes de medicina año 1; n=24	Seminario electivo para enseñar los aspectos médicos y sociales del SIDA; 12 horas durante 7 semanas; película, documental, discusiones con pacientes, voluntarios y trabajadores de la salud, conferencias, lecturas	Empatía, manejo de reacciones emocionales referidas al SIDA
Henderson & Johnson, 2002	Estudiantes de medicina U. de Reino Unido, no se informó la muestra	16 talleres experimentales de medio día o de día completo, debates en grupo	Auto reflexión y empatía
Henry-Tillman et al., 2002	U de Arkansas Estudiantes de medicina año 1; n=146	Proyecto "Paciente navegador"; cada estudiante observa a un paciente durante una	Empatía

	estudiantes, n=87 pacientes	cita de oncología quirúrgica, discusiones en grupos pequeños	
Holm & Aspegren, 1999	U de Lund (Suiza) (11 períodos durante 5.5 años); n=240	6º trimestre: curso de 2 semanas en psicología médica y curso de 1 semana en comunicación, algunos discuten las entrevistas con un asesor	Afecta la tolerancia, la autoconciencia, la flexibilidad de enfrentamiento, la empatía
Kramer et al., 1989	Estudiantes de medicina en el 1 er año de clínica. U. de Israel, estudiantes de pasantía; n=40, n=10 tutores	Taller de habilidades comunicativas para instructores (indirecto); taller para estudiantes (directo); combinación. Diseñado para enseñar habilidades interpersonales; 10 reuniones de noventa minutos durante 5 semanas; discusiones de casos, juegos de roles	Empatía, señales emocionales calmadas y no verbales
Lancaster et al., 2002	Reino Unido estudiantes de medicina 4to año en programa de 6 años; n = 5	13 sesiones: 4 semanas de curso de literatura y medicina; obras de teatro, poesía, cuentos, novelas; discusiones y lecturas grupales, trabajos de comparación y contraste, excursiones teatrales, tutorías individuales	Empatía, experiencia de la enfermedad del paciente, emociones del médico
MacLeod et al., 2003	Estudiantes de medicina en primer año de clínica (New Zealand); n=58	Pasar el día en el hospicio para aprender la dinámica familiar, el manejo del estrés, compartir experiencias personales de muerte; pareja de estudiantes pasan tiempo con el paciente moribundo y su familia	Receptividad emocional, empatía, conciencia emocional
McFarland et al., 1994	Universidad de Carolina del Sur; Estudiantes de medicina 4to año=58	2 seminarios de una hora; Complete el certificado de defunción para sí mismo, obituario; discusión y reflexión sobre temas personales experiencias de muerte; reflexiones sobre el agradecimiento.	Empatía y gratitud

McNeilly & Wengel, 2001	U de Nebraska, Estudiantes de medicina 3 er año. N=72	Dos seminarios de pasantía de 90 minutos para trabajar con pacientes psiquiátricos o "difíciles"; clips de películas y televisión, debates, autorreflexión; Cómo dar malas noticias	Conciencia emocional, contratransferencia, manejo de las emociones de los pacientes, límites
Moorhead & Winefield, 1991	Estudiantes de 4to año de medicina de la U de Adelaida, Australia. N=64	4.5 horas de didáctica de la comunicación, 10 horas de práctica con puntos, retroalimentación verbal y en video de los capacitadores	Empatía
Poole & Sanson-Fisher, 1980	Estudiantes de medicina de 2do a 5to año.(Australia); n=45	Taller de capacitación en empatía sintonizada "; Ocho cintas de audio de 60 a 90 minutos en grupos pequeños	Empatía
Shapiro et al., 2005	Estudiantes del 3er año en pasantía familiar, n = 226	Humanidades médicas; poesía, lecturas de prosa agregadas a estudios de casos. ensayo narrativo, lecturas de poesía como ejercicios entre estaciones de rotación.	Empatía, reducción del estrés, respuestas emocionales a los pacientes deprimidos.
Shapiro et al., 2004	Estudiantes de medicina 1er año; n=22	8 sesiones de una hora optativas de literatura y medicina; lectura y discusiones	Empatía, profesionalismo
Shapiro et al., 2006	Estudiantes de medicina de 3er y 4to año, Universidad C. Irvine, n=26	2 semanas, electivo durante 8 meses; 25 horas de lectura corta, 15 horas de lectura; autorreflexión, ejercicio de agradecimiento, juegos de roles, modelos de roles, proyectos especiales	Autoconciencia, equilibrio emocional, atención plena, empatía, compasión, perdón.
Wagner et al., 2001	Estudiantes de medicina de 1er año, muestra no reportada	Inteligencia emocional, discusión de los resultados del inventario de inteligencia emocional en grupos pequeños	Inteligencia emocional
Winefield & Chur-Hansen, 2000	Estudiantes de medicina del 1er año (Australia) n-107	Conferencia de comunicación, cinta de video, folleto; 2 talleres de práctica de habilidades de noventa	Empatía

		minutos; Los estudiantes organizan y realizan 2 entrevistas de una hora a miembros de la comunidad.	
Wolf et al., 1987	Estudiantes de medicina 1er año; n=134	6 horas de conferencia, videoclips, video de lenguaje corporal; 4 grupos pequeños de 3 horas semanales, principalmente en hogares de ancianos comunitarios para practicar entrevistas y respuestas emocionales; pequeñas discusiones de grupos de entrevistas.	Compasión, responsabilidad emocional con los pacientes

Fuente: Modificado de, formación en habilidades emocionales para estudiantes de medicina (Satterfield & Hughes, 2007).

El postulado principal de los modelos psicofisiológicos presupone, que cada reacción emocional se puede identificar por un patrón fisiológico diferenciado, o al menos existirían algunos de ellos, que caracterizarían a emociones similares entre sí. De esta manera, las reacciones emocionales son altamente específicas como el caso del miedo y la ira, que incrementan la frecuencia cardíaca más que al sentir alegría (Cano, 1995; Piqueras, Ramos, Martínez, & Oblitas, 2010; Cano, 1995 citado por Diaz K & De la Iglesia, 2019).

La regulación emocional es tan importante que se contempla en la última actualización (septiembre 2020) de la International Classification of Diseases 11th Revision (ICD-11 / CIE-11), en el capítulo 6 dedicado a los trastornos mentales, del comportamiento y del neurodesarrollo mencionando que son “síndromes que se caracterizan por una alteración clínicamente significativa en la cognición, la regulación emocional o el comportamiento” (The World Health Organization (WHO), 2020).

La psiconeuroinmunología brinda evidencia reconocida entre las conexiones del sistema nervioso y el sistema inmune, y de cómo la psicología del sujeto puede condicionar su función inmunitaria, otro es el caso de los enfermos oncológicos, en donde los pensamientos de la persona influyen en su calidad de vida, en la sensación de vulnerabilidad que pueda sentir, o en la frecuencia de pensamiento suicida, afectando la evolución y pronóstico de la enfermedad. Entre las patologías que derivan de la pérdida del equilibrio psique-soma, están las enfermedades cardiovasculares, y entre sus factores de riesgo se encuentran las alteraciones emocionales, los patrones de comportamiento y situaciones psicosociales que afectan de tal modo al individuo que llegan a interactuar no sólo con la condición de salud sino incluso con el tratamiento y pronóstico (Vera, 2001; Gómez, 2007).

Debido a que los estudiantes de medicina suelen presentar estrés psicológico (Weurlander, y otros, Emotional challenges of medical students generate feelings of uncertainty, 2019) activan respuestas de alarma simpático-medulo-suprarrenal que provocan un aumento en la secreción de diferentes mensajeros químicos y hormonas como las catecolaminas, adrenalina, norepinefrina, implicados en el origen de ciertas arritmias, taquicardia sinusal y taquiarritmias ventriculares, justificando cómo la fisiología del estrés se relaciona con numerosas enfermedades, este es uno de los ítems presentados en los resultados, la identificación por parte de los estudiantes de alteraciones corporales asociadas a sus emociones, evidenciando que cuerpo y psique son una unidad inseparable (Gómez, 2007; Manes, 2014).

Los problemas de salud mental recientemente han sido considerados como enfermedades no transmisibles, sin embargo, es desatendida y poco comprendida, aun cuando se puede revisar desde la cadena epidemiológica, ambiente, agente y huésped como otras enfermedades (Diez, y otros, 2014).

Al igual que en otras áreas de salud hay agentes causales y predisponentes como tener familiares con enfermedades mentales, uso y abuso de sustancias, enfermedades crónicas entre otras, incluso el origen puede ser genético, biológico o ambiental que presentan factores de riesgo que le permiten “sobrevivir” y ser identificada a través de signos y síntomas (Mayo, 2019).

Los compendios de las patologías y otras enfermedades son similares, respondiendo al modelo de la cadena epidemiológica (Organización Panamericana de la Salud, 2011) , identificando 4 elementos:

- Puerta de entrada: Interpretación del contexto a través del sistema y órganos perceptivos, mediado por factores internos.
- Huésped: Individuos sanos que al ser expuestos a factores multicausales puedan ver afectada su salud mental – Individuos con factores genéticos predisponentes.
- Agente causal: Biológicos, contextuales-ambientales, sociales, endógenos.
- Transmisión indirecta: Riesgo de transmisión indirecta mediante la observación y repetición de hábitos y conductas que cursan con la enfermedad mental.

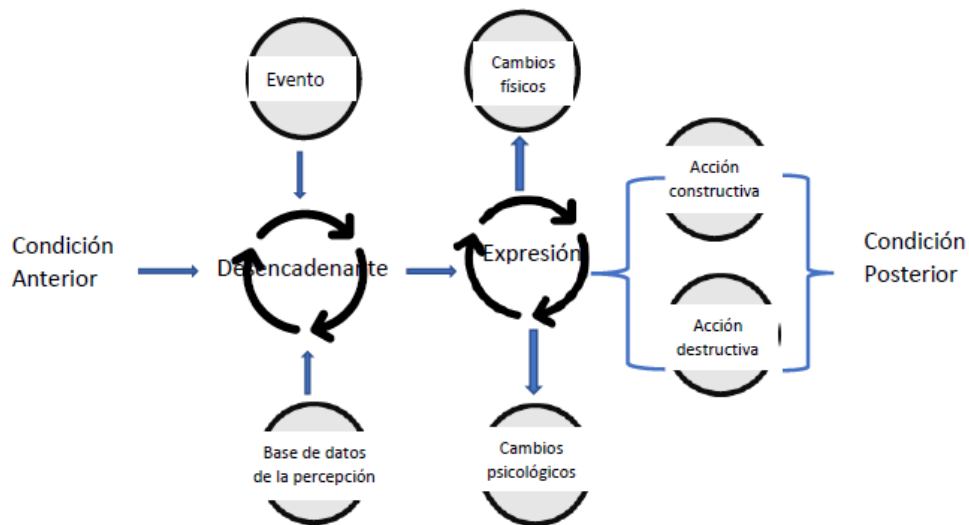
Los desafíos y los determinantes, prevención, curación y restauración son similares, en las psicopatologías y en las otras enfermedades, se puede observar que están implicados los mismos determinantes de salud mencionados en el modelo de Mark Lalonde (1974), medio ambiente, sistemas de salud, estilos de vida, biología humana. (Lalonde, 1974; citado por Carter-PAHO, 2012).



## 2.2. Las Emociones

Las emociones son complejos mecanismos adaptativos, cuyo objetivo es la supervivencia del individuo, son un sistema guía biológico, es un mecanismo que asocia un estímulo o cualquier indicador de este con una emoción particular, emitiendo una alerta ante posibles peligros, o asociando una emoción de alegría a un estímulo placentero (Manes, 2014).

**Imagen 1.** Pasos del mecanismo, evento desencadenante a la acción resultante mediada por los procesos que se activan.



Fuente: Modificado de: Ekman & Ekman, map of emotions, 2016 (<http://atlasofemotions.org/>)

Las emociones son universales, como lo sustentan Paul y Eve Ekman, en una investigación que relaciona las emociones, la psicopatología, la personalidad y los estados de ánimo, hay consenso en que se reconoce como emociones universales al enojo, el miedo, la tristeza, la alegría y el asco reconocido este, como un sistema protector adaptativo que protege contra el envenenamiento (Ekman & Ekman, 2016).

La comunicación emocional básica comprende cuatro categorías, enojo, miedo, alegría y tristeza, que forman un sistema complejo de categorizaciones sucesivas que admiten señales de mayor complejidad, de las biológicamente arraigadas a las socialmente específicas (Jack, 2012; Jack, Garrod, & Schyns, 2014).

Cómo puede observarse, se hace obligatorio distinguir a las emociones de los estados de ánimo o sentimientos y los estados yoicos o estados del Yo, ante la facilidad de que sean categorizados de la misma manera; Las emociones, tienen una duración más corta, pueden aparecer y desaparecer en pocos minutos, ya que pertenecen a un mecanismo adaptativo que se debe expresar de manera proporcional al estímulo que la produce, los estados de ánimo pueden ser una consecuencia no deseada de la estructura emocional. Gould y Lewontin (1997-2015), acuñan para el uso en la biología evolucionista, un término traído de la arquitectura, “enjuta” (the spandrels), lo utilizan para criticar las posturas neodarwinistas sosteniendo que no todos los rasgos de los organismos son adaptaciones, algunos no tienen un fin en sí mismos, sino que han surgido como consecuencia inevitable y necesaria de otras características.

Ekman (2007), concuerda con esa idea y cita a Gould, para mencionar que los estados de ánimo no resultan útiles porque consiguen distorsionar la interpretación que se hace de la realidad, y pueden ser el subproducto de otra estructura (Ekman, 2007; Ekman & Dalai Lama, 2009; Gould & Lewontin, 2015). Investigaciones del neurocientífico Antonio Damasio (2009), muestra datos que permiten confirmar que los sentimientos son una derivación de una emoción, cuando se pierde un área biológica de circuitos cerebrales, desaparecen acontecimientos cerebrales relacionados, los pacientes que han perdido la capacidad de expresar una determinada emoción, ven afectada a la vez la propiedad de experimentar el sentimiento correspondiente, pero no ocurre lo

opuesto, al perder la capacidad de experimentar un sentimiento, no se afecta la emoción que lo origina, demostrando que la emoción nace primero.

Los sentimientos muestran el estado y la calidad de la vida del individuo, se mantienen por más tiempo, revelan las correcciones y los ajustes que se requieren para mantener el equilibrio y funcionar saludablemente (Greenberg, 2013).

Las emociones, no son fenómenos puramente culturales, son fenómenos de sobrevivencia, sensores que movilizan recursos del organismo para la acción, ya que son estados que emergen, los momentos emocionales tienen características funcionales que los estados físicos, por sí solos, no tienen (Damasio, 2009; Feldman, 2014).

Continuando con la diferenciación de las emociones, los sentimientos y los estados yoicos, resultados de investigaciones publicados por LeDoux (2003), revelan que la amígdala en el cerebro límbico, además de activarse automáticamente luego de una evaluación intuitiva y de respuesta inmediata, también recibe entradas de la corteza cerebral implicando una segunda vía de característica no automática de procesamiento consciente de percepciones, y conceptos complejos que involucran otras estructuras cerebrales como el tálamo, estableciendo un sistema más complejo de estados conscientes asociadas a la experiencia emocional que se relaciona con los sentimientos y estados yoicos (LeDoux, 2003; Greenberg, 2013).

A fin de explicar mejor la diferencia entre emoción y sentimiento, se hace mención del estrés, que es una derivación de la emoción base miedo, se muestra en investigaciones utilizando neuroimágenes, respuestas de cortisol que señalan estrés biológico como consecuencia de que los sujetos anticipen una situación en la que no se encuentran en ese momento, pero que pudiera

darse, situaciones creadas por uniones de pensamiento de eventos que no se están dando en el momento de la persona, por ejemplo que van a tener un examen de matemáticas, o van a dar un discurso, como consecuencia perpetúan las respuestas biológicas que se deben dar ante una situación de peligro real, contribuyendo a largo plazo a efectos negativos en la salud (Bulent, 2015).

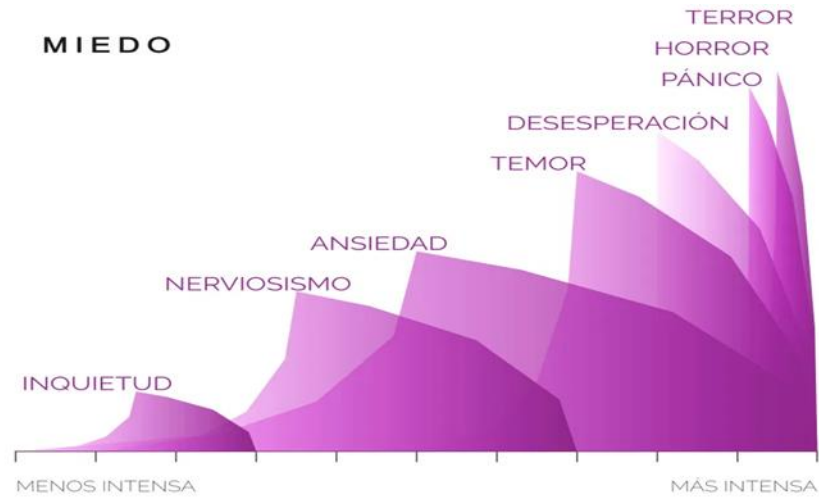
La anticipación, que se ha vuelto una característica en la vida actual, desempeña un importante papel en la configuración de las reacciones biológicas, al sentir estresores repetidos que no se están dando en la vida de la persona, sino en su pensamiento, un grupo de investigadores ha realizado intervenciones de entrenamiento en habilidades atención-emoción y los resultados sugieren que la respuesta al estrés puede experimentar una progresiva sensibilización anticipatoria, que puede ser modulada con el entrenamiento en habilidades para el manejo de la reacción sostenida, formada con componentes diferentes a la de una emoción pura de origen, volviéndose un estado, una experiencia consciente, creada por la mente, diferente a una emoción de protección adaptativa de corta duración (LeDoux, 1999; Turan, et al., 2015). Ledoux, 1999 afirmó:

“los sentimientos aparecen cuando la actividad de los mecanismos especializados de la emoción llega a representarse en el mecanismo que da lugar a la consciencia” (p.318).

Continuando con el propósito de sustentar la diferencia entre emociones, sentimientos y estados yoicos, se menciona el atlas de las emociones, Paul y Eve Ekman (2016), grafican las emociones y sus gradientes, contemplando sentimientos o estados emocionales mantenidos en el plano cognitivo de una emoción que pasa a configurarse de una manera social, un rencor guardado largo tiempo o en ocasiones durante toda la vida, el odio, o los deseos de venganza, tienen al enojo o la ira como emoción base, pero si se conectan a otros objetos o procesos psicológicos se vuelven estados psicosociales derivados, como la vergüenza o la culpa que son estados yoicos caracterizados

por la complejidad cognitiva de los patrones de pensamiento, menciona Ekman, que en su opinión el odio está relacionado con el apego y el resentimiento con una actitud (Plutchik, 1980, citado en Le Doux, 1999; Bulent, 2015).

**Imagen 2.** La emoción base miedo, y sus derivaciones, sentimientos o estados yoicos



Fuente: Tomado de: Ekman & Ekman, map of emotions, 2016 (<http://atlasofemotions.org/>)

Carol Tavris, en su libro “Anger”, señala que no se trata de suprimir la ira y relacionar esa supresión con consecuencias en la salud como infartos, hipertensión o cáncer, sino que se trata de gestionar adecuadamente la emoción, interpretándola como un signo de algo que requiere ser corregido que es la propuesta de ésta investigación, un auto monitoreo basado en la Clasificación de los estados del Yo, que crea el hábito en la persona de hacer una constante revisión interna gestionando y autorregulando las emociones, antes de que éstas se establezcan en el pensamiento, logrando que las emociones cumplan adecuadamente su función de ser un sistema guía (Tavris, 1989; citada en Ekman 2007).

En relación con esto último, el Yo es considerado la más alta función del cerebro, ejecutando funciones cognitivas de orden superior con dominios

cognitivos, a través de los cuales se le reconoce y cada persona se reconoce a sí misma, sin embargo se encuentra constantemente en la mira de nuevos hallazgos científicos, refiriendo que es más que una serie de dominios cognitivos como; Atención compleja, funciones ejecutivas (toma de decisiones, planificación, corrección de errores, flexibilidad mental, memoria de trabajo), aprendizaje, lenguaje, habilidades perceptuales, reconocimiento social (teoría de la mente, reconocimiento de emociones), es un sujeto pensante que puede modificar el contexto y a la vez ser modificado por él, que busca el conocimiento para revisar su existencia (APA, 2000; Obando ; Villagran & Obando, 2018).

El Yo como sujeto, es un Yo que se experimenta a sí mismo, a su entorno, a los eventos, y a los objetos externos e internos, se encuentra estrechamente ligado a la autoconciencia a través de la experiencia, el Yo tiene mucho contenido que lo representa como si mismo, uno mismo (Northoff, 2015).

Sin embargo al hablar de estados del Yo, se hace referencia a lo anímico, en la intimidad, en donde percibe la respuesta a cada momento en el encuentro con el mundo, los movimientos de emociones se transforman en estados vivenciales del sentirse estimulado, hay estados cortos, transcurros anímicos, y otros estados relativamente persistentes, influyendo la manera de percibir, que va a encontrar su resonancia con los estados anímicos y matizando los comportamientos que se elaboran a partir de éste matiz que brinda la resonancia, el contenido afectivo es nuclear, es una tonalidad emocional, formada por una vivencia que halla su causa vinculada al ambiente y por una condición o disposición relacionada al carácter individual (Lersch, 1966; Jung,1995).

## **Dimensión Inversa y Activa**

Los instrumentos utilizados en este estudio presentan dos dimensiones: Activa e Inversa utilizadas para estudiar, describir y explicar el comportamiento del ser humano y su relación con el entorno manifestándose a través de su Yo, en este caso, las dimensiones son el medio que permite observar la relación de los once indicadores que la conforman. Debido a que los procesos mentales no pueden ser medidos directamente como se mide la altura o la temperatura, se utilizan conceptos hipotéticos o constructos que forman parte de las teorías que buscan explicar la conducta humana, éstos pueden ser evaluados indirectamente, debido a esto, no hay una única aproximación a la medida de cualquier constructo que sea universalmente aceptada, por ello, la psicología se vale de constructos, para estudiar las complejidades de la experiencia humana, esto es fundamental en esta ciencia del comportamiento (Bunge, 1973; Binning, 2016).

### **Dimensión Inversa**

Esta dimensión está conformada por los indicadores: Uso de mecanismos de defensa, ansiedad, miedo, culpa, rabia-enojo, tristeza, dependencia emocional y la vergüenza entre los indicadores miedo y culpa, se aclara que en esta investigación no se midió vergüenza, se contempla en el marco teórico porque fue mencionada con frecuencia por el grupo experimental y solicitaron que se incluyera en los talleres (Goicoechea, et al, 2017).

### **Dimensión activa**

En ella se encuentran los indicadores de estados del Yo: Resiliencia (como uso de recursos de afrontamiento internos y externos), Actividad, Fortaleza, y Plenitud (Goicoechea, et al, 2017).

Estas dimensiones se complementan e inhiben entre sí en el proceso de regulación emocional, por ello no se les puede calificar como buenas o malas sino como funcionales como medios a través de los cuales la consciencia pasa a la experiencia, se definen a continuación (Russell, 1999; Zhang, Feng, & Mai, 2016).

**El mecanismo de defensa**, es el más antiguo representante del punto de vista dinámico de la teoría psicoanalítica, utilizado por Freud y mencionado en varias de sus publicaciones (1894, 1926) quien lo utiliza para describir las constantes luchas del Yo, contra ideas y otros contenidos que le generan angustia o un dolor que no soporta, como protección para defenderse de ser impactado por algún evento externo o por un contenido interno que lo abrumba y no está preparado para manejarlo, son funciones psíquicas reguladoras que disminuyen la tensión psicológica. De las cuatro emociones que se han venido mencionando, el miedo y el enojo son comúnmente las que producen intensas alteraciones en el equilibrio psíquico.

El ser humano en su complejidad requiere ser interpretado, los mecanismos de defensa son recursos psicológicos que ayudan a ése fin, ya que son utilizados por las personas para preservar su seguridad de la angustia que ocasionan los conflictos internos, la identificación de los mecanismos de defensa utilizados por el sujeto, da indicios de la manera en la que se defiende y de qué se defiende, los más reconocidos por los psicoterapeutas son: represión, regresión, formación reactiva, vuelta contra sí mismo, introyección, aislamiento, anulación, proyección, sublimación, desplazamiento, el uso de éstos mecanismos muestra resistencia del Yo ante situaciones que requieren un mejor manejo yoico de los conflictos (Freud, 1992; Freud, 1954; Vels, 1990).

El uso del mecanismo de defensa reduce la sensación de ansiedad, sin resolver el origen de la misma, son procesos psicológicos que protegen al individuo,



para que pueda lidiar con amenazas internas y externas que le generan conflictos por el malestar emocional que le causan (Galor & Hentschel, 2013), las ideas anteriores y la práctica clínica permiten afirmar que, cuando las personas, que acudieron a una intervención psicoterapéutica, comienzan a desactivar los mecanismos de defensa, el nivel de ansiedad se eleva al tener que enfrentar el origen de la situación de conflicto que produce angustia (Goicoechea, 2009).

**Ansiedad**, este indicador se relaciona con el de mecanismo de defensa, en la medida en que el uso de éstos disminuye, aumentan los niveles de ansiedad, el Yo, va desactivando el mecanismo de defensa y sintiendo una ansiedad real al enfrentarse al evento que lo impacta (del cual se protege) y a la responsabilidad de desarrollar estrategias yoicas para su adecuado manejo (Goicoechea, et al., 2016; Vojvodić, Dedić, & Đukić-Dejanović, 2019).

La ansiedad se define como la presencia de preocupaciones de carácter excesivo, según su intensidad se pueden manifestar síntomas biológicos y de pensamiento como palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardíaca, sudoración, temblores o sacudidas, sensación de ahogo o falta de aliento, sensación de atragantarse, opresión o malestar torácico, náuseas o molestias abdominales, inestabilidad, desmayo, sensación de irrealidad o despersonalización (estar separado de uno mismo), escalofríos o sofocaciones, hay aprensión o preocupación excesiva e incontrolable acompañado de un estado de ansiedad con dificultad para conciliar el sueño, irritabilidad, dificultad para concentrarse, tensión muscular, fatigabilidad, inquietud e impaciencia (APA, 2013; WHO, 2000; Morrison, 2015).

La ansiedad debe ser una respuesta a un peligro inminente, es un gradiente de la emoción base miedo, es el resultado de una amenaza real o imaginaria de riesgo físico o psicológico, al permanecer en el plano cognitivo demora en

desactivarse volviéndose un estado, en el que la atención se centra en estímulos que pueden ser inocuos y se huye ante un estímulo subjetivo que no representa una amenaza real, o se anticipa un peligro que puede ser imaginario éste miedo base pasa a un estado cognitivo sostenido, se manifiesta como ansiedad volviéndose patológico (Ekman, 2007, 2016; Ávila & Fullana, 2016).

**Las emociones: el miedo**, es una emoción primaria de tipo defensivo, dentro de las funciones adaptativas de las emociones, resultado de la valoración de un evento como amenazante o peligroso, que activa o moviliza procesos fisiológicos secuenciados y conductuales de lucha o huida necesarios para afrontar la situación de manera urgente. Biológicamente hay un aumento de actividad en varias regiones cerebrales, cambios en el sistema somático y vegetativo simpático y parasimpático (Sánchez & Martínez, 2009).

El miedo tiene componentes subjetivos, áreas del cerebro relacionadas con memoria y aprendizaje se activan para poder predecir y anticipar las posibles consecuencias negativas de un evento con el fin de preservar la vida e integridad física, como emoción base, al pasar el peligro debe desactivarse.

**Vergüenza**, es la base emocional de la vergüenza es el miedo, está implicado el temor a la desaprobación o el miedo hacia la evaluación negativa de los demás, en la realidad o en la imaginación hay otras personas que juzgan, autoevaluación negativa que no procede de cuestionamientos morales no se cuestiona la responsabilidad, sino que se confronta a sí mismo, hay autocrítica, al respecto habla Freud (1923) del ideal del Yo, que el Yo real se mide con el Yo ideal reflejando su defecto, así, en la vergüenza el proceso psicológico de autoevaluación, es hacia el sí mismo, hay humillación, sentido de inferioridad, pudor, mortificación e incomodidad general (Rossi, 2012; Miceli & Castelfranchi, 2018).

La **culpa** se relaciona con el contenido moral, involucra la responsabilidad de algo o de un comportamiento dañino. Es un concepto clásico del psicoanálisis relacionada con una instancia que prohíbe y castiga, la culpa conlleva una carga de angustia, ante el examen de la realidad se censura y autocrítica dando pie a que aparezca como correlato el sentimiento de culpa, hay una culpa inconsciente que se expresa como necesidad de castigo y que caracteriza a algunas psicopatologías, la falta de culpa, se asocia con problemas de oposición y conducta desafiante (Freud, 1992 [1923,1925]; Muris, 2016).

La **rabia, ira o enojo**, es considerada una emoción básica, compuesta por componentes fisiológicos, motores y cognoscitivos, en el proceso cognoscitivo, se elabora una evaluación de la configuración del estímulo, al menos dos grandes clases de evaluación: de amenaza o de no-amenaza, todas las consecuencias de la activación emocional fluyen de esta primera distinción (Lazarus, Opton & James, 1969).

El enojo es una fuerte emoción que de no regularse precede a la agresión. Es una reacción fisiológica y psicológica al dolor, al sufrimiento, a la amenaza o al peligro real o imaginario.

Las emociones van haciéndose más complejas a medida que se va avanzando en el ciclo de vida, el desarrollo emocional implica estructuras cerebrales, las emociones son parte esencial del funcionamiento humano. Dentro del campo de este estudio, la autorregulación emocional ha tomado mucho interés, algunos autores la han definido como una habilidad para regular el afecto y el *arousal* emocional. La misma implica procesos intrínsecos y extrínsecos para evaluar y modificar los comportamientos resultantes de la activación emocional (Vondra et al, 2001, citados por Retana-Franco & Sánchez-Aragón, 2010).

Referente al enojo y la ira, Manes (2014), habla de la agresión humana a través de la violencia impulsiva y la premeditada, a menudo originada por una frustración individual o colectiva, cuyo fundamento es multifactorial, cuando la reacción agresiva es más elevada que el estímulo que la provoca la agresividad impulsiva se convierte en patológica.

La ira se encuentra entre las emociones básicas, ira, tristeza, miedo, alegría citadas por investigadores de las emociones como Darwin, (1900) Ekman (2007, 2016), aparece graficada con sus gradientes en el Atlas de las Emociones (Ekman & Ekman, 2016) así como en el Universo de las Emociones demostrando la conexión de cada emoción con procesos cognitivos (Punset, Bisquerra & PalauGea, 2015), el enojo entra dentro de las emociones displacenteras adaptativas por ello el procesamiento emocional óptimo, implica la integración de la cognición y el afecto, la emoción no se debe evitar sino comprender, entenderla es buscar el origen de la misma, sentirla, darle seguimiento y aclarar las razones que la activaron, explorar la información que refiere a la emoción de enojo antes de que matice otros procesos mentales que puedan darle intensidad a la emoción (Darwin citado por LeDoux, 1996; Goleman, 2006; Greenberg, 2015).

Los profesionales de la salud que trabajan con personas que están pasando por una pérdida de cualquier tipo, que incluye pérdida de salud, relacionada con un diagnóstico clínico, describen que hay presencia de la ira o el enojo como manifestaciones de esa situación, Ross (1972), menciona a la ira o el enojo como la segunda fase presente en el proceso luego de negación y aislamiento (mecanismos de defensa); la ira de un doliente puede no ser lógica ni válida para los demás, por lo que se hace muy difícil de afrontar y comprender por la familia y por el personal de salud, ya que se desplaza, proyectando el resentimiento y disgusto contra lo que les rodea, dirigiéndose a los demás con

muestras de indignación y reproches o con manifestaciones más intensas como la cólera o la rabia.

Lo ideal es que el enfado no se desplace hacia culpar a alguien, ya que en ese caso la línea de razonamiento será: “ese alguien es responsable”, pensamiento que obstaculiza y demora la comprensión del rol de la emoción en el funcionamiento de la persona, siendo las emociones un sistema innato están conectadas con las necesidades más esenciales tanto en el funcionamiento adaptativo como en el desadaptativo (Greenberg, 2015).

La **tristeza** es una de las emociones reconocida como universal por su expresión en seres humanos y animales, Darwin (1900) se refiere a ella diciendo que forma parte de las emociones deprimentes que no vienen acompañadas de movimientos enérgicos, por lo general se acompaña del miedo, un dolor vivo o una pena y acaban por producir un agotamiento completo expresándose a través de postración y lentitud en los movimientos.

Los teóricos e investigadores de las emociones han elaborado registros para establecer emociones básicas, algunas con seis, otros con cuatro, otros con diez categorías, sin embargo, todos coinciden en incluir a la tristeza dentro del cuadro de emociones básicas. Plutchik (1980) en su teoría sobre las emociones básicas y derivadas o diadas secundarias, coloca al resentimiento como el resultado de la suma de la tristeza y la rabia, las emociones tienen distinciones fisiológicas como ritmo cardíaco o temperatura dérmica y también distinciones psicodinámicas (Ekman & Friesen, 1987; Ekman & Oster, 1979; Izard, 1977; Tomkins & McCarter, 1964).

La melancolía mencionada por los autores psicodinámicos se está tomando como estado yoico, por su soporte en el plano cognitivo, lo que la diferencia de la tristeza que es una de las emociones básicas, algunos autores le imprimen

a la melancolía un contenido de angustia debido al profundo dolor, abatimiento y desazón que se observa en la persona melancólica, hay afectación de las autorreferencias (autoimagen, autoestima, autoconcepto), algunos autores comparten la afirmación de que también se puede observar enojo, ira y hostilidad alternando en la tristeza (Bibring, 1968, Rado 1968, citados por Izard, 1977-1989).

La **Dependencia emocional** es un estado del Yo que se caracteriza por ser más pasivo que activo. Tenso y ansioso, moviéndose en las emociones de miedo y ansiedad, las dimensiones cognitivas, la relacional y la afectivo-emotiva, se observan sobrecargadas, con características observables en las áreas de las relaciones interpersonales, estado anímico y autoestima. Castelló (1999-2010; 2012) define dependencia emocional como “un patrón persistente de necesidades emocionales insatisfechas que se intenta cubrir desadaptativamente con otras personas” (pp. 17-20). Según la Organización Mundial de la Salud (2013) la dependencia es la “disminución o ausencia de la capacidad para realizar alguna actividad en la forma o dentro de los márgenes considerados normales”.

En el proceso de duelo, Worden (2004) asocia las relaciones de dependencia con una de las tareas que se debe hacer ante la ausencia de un ser querido, sea separación, abandono o muerte, se requiere adaptarse a un medio en el que la persona de la cual se soportaba está ausente, ésta tarea se relaciona con cuánto se estaba a las expensas de los aportes, roles, y funciones que desempeñaba la persona ausente y con el trabajo de adaptación que se debe lograr para cubrir las áreas que quedan vacías: adaptaciones externas de acuerdo con el rol que tenía la persona ausente, en lo interno se relaciona con la propia identidad, en lo espiritual se cuestionan los valores de la vida, las creencias filosóficas y religiosas.

Ampliando los conceptos, se toma en cuenta la dependencia instrumental y la dependencia emocional, la instrumental se va a observar en la falta de autonomía en las cosas cotidianas, con tendencia a dejar en manos de otros las decisiones y soluciones de problemas que le competen directamente, dificultad para asumir responsabilidades y para desenvolverse eficazmente con marcada carencia de iniciativa e indefensión, aun cuando presenten características unos de tipo dominante, y otros de tipo sumiso, ambos sienten dependencia de sus parejas y suele extenderse hacia otras personas significativa (Lemos & Londoño, 2006).

En la dependencia emocional se va a observar excesivas demandas afectivas y las auto referencias debilitadas, dando muestras de quererle poco a sí mismo, no identifica sus propios recursos y tiene imperiosa necesidad de los otros, que lleva a comportamientos excesivos de aferramiento con alto temor a la soledad. Otra característica es ansiedad ante las separaciones, fallas en la toma de decisiones con poco asertividad, creencias erradas del “amor romántico” (Castelló, 2006; Anguita, 2017).

Menciona Bowlby (1973), que con frecuencia se observan juntos el comportamiento de apego y el de colapso en el intento de tolerar la frustración, mostrando la persona, síntomas similares a los de abstinencia o de elevada ansiedad y enojo por separación. En la Dependencia Afectiva las personas muestran necesidades similares a las manifestadas en otras adicciones, menciona Castelló (2006), que el dependiente emocional quiere disponer continuamente de la presencia de la otra persona, requiriendo contacto y la aprobación constante de los demás.

Los sujetos emocionalmente dependientes, suelen tener conductas controladoras, agresivas y restrictivas que limitan la autonomía del compañero, hay temores de pérdida, abandono o traición (Petruccelli, y otros, 2014).

En la práctica terapéutica para intervenir la dependencia los autores sugieren, la toma de conciencia, el monitoreo por parte del terapeuta y del paciente, ya que los procesos afectivos son muy dinámicos y sería ideal poderlos estudiar momento a momento para poder registrar su variación, similar a la intención del automonitoreo que aquí se propone a través de la clasificación de estados del Yo que busca el seguimiento de las emociones y estados yoicos como un sistema guía, que permita identificar los procesos subyacentes para poder trabajarlos en psicoterapia y que la persona logre llegar a establecer vínculos de forma adaptativa (Castelló, et al., 2008, citado por Anguita, 2017; Trull, Lane, Koval, & Ebner-Priemer, 2016).

La **Resiliencia** contemplada también como **Recursos de afrontamiento** Etimológicamente proviene de la palabra “Resilio”, que significa rebotar o saltar, sin embargo, se utiliza en distintas disciplinas como la ingeniería, la mecánica, electricidad, arquitectura, y tiene una importante relevancia en psicología.

En 1948 Hveem y Carmany (Garnica et al, 2001:10) brindan la primera definición como “la magnitud del esfuerzo desviador repetido en compresión triaxial dividido entre la deformación axial recuperable”. En la mecánica el concepto se utiliza para mencionar características de los resortes por su capacidad de recobrar su forma, en ingeniería de caminos, refiere a las deformaciones y recuperaciones del pavimento al soportar continuas cargas, en los conceptos de módulos resilientes se toma en cuenta la elasticidad de los materiales para poder entender la fractura de los mismos (Cortés-Cely, 2015).

El ser humano está ligado en el transcurso de la historia a la superación de las adversidades, en la psicología, el término resiliencia hace referencia a la capacidad de resistir el sufrimiento o el malestar ocasionado por las heridas psicológicas, superarlas, transformarse y fortalecerse a partir de esta



superación, identificando y utilizando los recursos de afrontamiento internos y externos (Grotberg, 1996; Cyrulnik, 2005).

Los recursos internos de afrontamiento se traducen en fortalezas yoicas, los autores coinciden en que estos se impregnan en el temperamento y explican la forma de responder ante los eventos adversos a lo largo de la vida, la disposición de la persona al sentido del humor y optimismo, son características que permiten predecir mejor eficacia personal en el uso del afrontamiento (Palomar, Victorio, & Matus, 2011).

La fortaleza íntima se eleva sobre la adversidad encontrando un sentido al sufrimiento, un para que en vez de un por qué. El contexto familiar y social, los bienes económicos con los que se cuente, ejemplifican algunos de los recursos externos de afrontamiento, rodearse de un entorno afectuoso conforma un sostén social, una significancia cultural y la fortaleza interna van a permitir proseguir y encontrarles sentido a las experiencias traumáticas (Frankl, 1991; Grotberg, 2003; Vera, Carbelo & Vecina, 2006).

Los recursos de afrontamiento se muestran a través del uso que hace la persona de sus activos internos, para lograr estar en equilibrio con los eventos externos, flexibilizándose cognitivamente lo que le aporta libertad y amplitud de pensamiento, ingredientes necesarios para la recuperación, la corrección de defectos y la movilidad ante las circunstancias (Fiorini, 1979, Calzada 2004; Bellak & Siegel, 1986; Goicoechea, 2009).

Investigadores de la escuela de medicina del Monte Sinaí, han identificado mecanismos genéticos, ambientales y neuronales que están implicados en la resiliencia y han demostrado que intervienen cambios adaptativos en varios circuitos neuronales, que involucran vías moleculares y numerosos neurotransmisores que a la vez median en el manejo exitoso del estrés (Feder, Nestler, & Charney, 2009).

Trabajos en roedores complementan las investigaciones con seres humanos al identificar bases moleculares, hormonales y neuronales activas en el comportamiento resiliente abriendo el camino a una variedad de fármacos que incidan en patologías relacionadas con el estrés (Russo, Murrough, Han, Charney, & Nestler, 2012).

Los recursos internos y externos de afrontamiento se incluyen en la clasificación del Yo junto con la resiliencia, ya que son activos y herramientas que le permiten a la persona aprender, crecer, recuperarse, reajustarse, seguir proyectándose en el futuro, tener la capacidad para resolver problemas e ir más adelante de donde estaba al momento del percance (Worden, 2004).

**Actividad**, en este punto se hace referencia a una tensión psicológica con una fuerte carga de intencionalidad que el sujeto dirige hacia un fin (Jung, 1976).

No se debe confundir con un proceso de pérdidas o algún evento que esté impactando fuertemente al Yo, en los primeros meses se espera que haya una reducción de la actividad en el paciente; sin embargo menciona Worden (2004), en algunos casos de duelo enmascarado se puede observar una hiperactividad desadaptativa utilizada como mecanismo de defensa del individuo en un intento por mitigar el dolor, por ello al escuchar frases similares a “Me recargo de Trabajo”, no se pueden confundir con una sana “Actividad” que demuestre salud y recuperación en un proceso de pérdidas, ya que son indicio de malestar emocional y manejo defensivo del mismo.

En el Inventario de pensamiento constructivo, Epstein (2003, 2007), ha colocado “Actividad” dentro de la dimensión eficacia, junto con pensamiento positivo y responsabilidad, describiéndola como la tendencia a enfrentar los problemas con acciones efectivas, haciendo lo mejor posible en casi todas las situaciones, sintiéndose cómodo ante los desafíos, sin abandonar ni desanimarse, y aprendiendo de la experiencia, incluso cuando tienen un fracaso.

Son personas que prefieren actuar antes que quedarse pensando o lamentándose, son “hacedores” coincidiendo estas características con la escala 100, del funcionamiento normal sin síntomas del manual DSM-IV-TR, (2001) en donde se describe que un individuo con buen funcionamiento no parece superado por los problemas de su vida, se muestra interesado e implicado en una amplia gama de actividades, es socialmente eficaz, y generalmente se muestra satisfecho con su vida (DSM-IV-TR, 2001).

Mientras en la fisiología, antes de tomar la decisión de iniciar una actividad, las señales de recompensa neuronal proporcionan orientación para el comportamiento al tiempo que restringen el libre albedrío para actuar, guiándose por un sistema valor de los objetos o situaciones percibidas, y que activan respuestas de neuronas específicas, el sistema de recompensa cerebral es considerado motivador o reforzador al provocar emociones positivas transitorias relacionadas con el placer (Schultz, 2015).

En el mesencéfalo, las neuronas de dopamina se activan mediante estímulos sensoriales que predicen una recompensa sin embargo neuronas de dopamina en otra zona anatómica, puntualmente del área tegmental ventral son inhibidas por eventos percibidos como adversos mostrando diferencias anatómicas involucradas en la activación y en la inhibición de la acción (Matsumoto & Hikosaka, 2009).

Aunque todas las variables de recompensa, refuerzo y decisión son construcciones teóricas, sus señales neuronales constituyen implementaciones físicas medibles confirmando la validez de estos conceptos, incluso hay señales de dopamina ante la predicción del valor de un objeto y el comportamiento a ejecutar, hay procesos cognitivos internos que también pueden activar la excitación o inhibición neuronal cuando el resultado de esa valoración se dirige hacia obtener alguna recompensa o hacia obtener un evento adverso, que se basan en comportamientos memorizados, demostrando como las emociones

implicadas en las percepciones y procesos psicológicos de interpretación pueden prolongar los eventos fisiológicos manteniendo sus efectos aún sin estímulo real (Turan, 2015).

El indicador **fortaleza**, es evaluado en esta escala como fortaleza Yoica o fuerza del Yo, es una característica de la personalidad que se distingue porque la persona demuestra que tiene recursos para solucionar problemas, asume sus responsabilidades con un favorable pronóstico para enfrentarse a los cambios con un buen desempeño. La fortaleza Yoica se observa en la capacidad del individuo de flexibilidad y adaptación a nuevos escenarios, buen uso de los recursos personales, adecuado contacto con la realidad y sentimientos de adecuación personal (Hathaway & McKinley, 1940-2010).

La Fortaleza suele considerarse una de las tres cualidades del Yo junto con flexibilidad cognitiva y autonomía, la adecuación que manifiesta la persona al percibir apropiadamente la realidad a pesar de los problemas demuestra el funcionamiento de su vida psíquica en relación con el ambiente.

La fortaleza actúa como una barrera que ayuda a preservar la salud mental, haciendo que florezca lo mejor del sí mismo, es un recurso utilizado por el Yo para avanzar ante los retos de la vida y en cualquier proceso de recuperación, de alguna crisis o reto de vida, las escalas que miden fortaleza del yo, permiten conocer la cohesión e integración de la estructura de la personalidad (Medellín, Gutiérrez, Vázquez, & Fernández, 2011).

Cada persona debe revisar su inventario personal de recursos de afrontamiento, saber con qué cuenta, y cómo utilizarlos al momento de enfrentarse a las situaciones de vida que pueden ser percibidas como una crisis o una oportunidad.

Pretendiendo que la clasificación de estados del Yo, sirva de auto monitoreo en una intervención psicoterapéutica, el indicador **plenitud** será tomado como

bienestar, sigue siendo un término complejo, hace referencia a un funcionamiento psicológico y experiencia óptimos, abarca varias dimensiones, entre ellos, el que se focaliza en el enfoque hedónico que define la felicidad en evitación al dolor y logros de placer, y el eudaimónico que se centra en una vida con propósito y sensación de satisfacción dirigida hacia la autorrealización (Ryan & Deci, 2001; Lancet, 2016).

Hace referencia al “Self”, según Jung, traducido al idioma español como “Sí Mismo”, para designar a la cumbre del autoconocimiento la trascendencia de todas las contrariedades, una personalidad que supera el contraste de las dicotomías humanas y la tensión de los opuestos volviéndose uno (Jung; citado por Boeree, 2006; Jung & Wilhelm, El secreto de la flor de oro, 2009).

Una vez revisado cómo las personas están utilizando estas dimensiones y cada uno de los indicadores, se facilita el proceso de intervención, trabajando la emoción antes de que se establezca como un desencadenante que cambia el curso del pensamiento y afecta otros procesos cognitivos y fisiológicos (Pessoa & Pereira, 2013).

### **2.3 Modelo de Intervención Psicoterapéutico**

El modelo de intervención psicoterapéutica que aquí se propone, tiene orientación psicodinámica y psicoeducativa contempla también, la asociación de los eventos fisiológicos y sus consecuencias implicados en las emociones, se enfoca en un auto monitoreo de estas, los estados yoicos y sentimientos.

Se realiza utilizando la Clasificación de Estados del Yo, aquí propuesta, facilitando la identificación de las emociones, detrás de los estados y sentimientos, permitiendo al terapeuta en un inicio y al paciente durante la intervención hacer análisis del origen de estos contenidos, utilizando los

aportes de la psicología del Yo y de los mecanismos de defensa (Bellak & Siegel, 1986).

El control de las emociones, los impulsos y deseos, implican procesos dinámicos y complejos, a simple vista se identifica como un rasgo psicológico fundamental para sobrellevar las adversidades y convivir con los demás. La autorregulación o adecuada gestión de las emociones se asemeja a un músculo mental que utiliza cantidades de energía psíquica para los procesos implicados en el autocontrol, estudios recientes sugieren que al igual que un músculo, no sólo se fatiga, sino que también se fortalece con la frecuencia de su uso (Baumeister, 2015).

Desarrollar habilidades para la adecuada gestión de las emociones, implica prestarle atención, tomar conciencia de ellas, incluso de cómo se sienten en el cuerpo, se debe aclarar que no se trata de reprimir la emoción, ni de tener reacciones impulsivas, sino de entenderlas, es una tarea compleja que requiere desarrollar la inteligencia emocional (Greenberg, 2000).

La psicoterapia basada en las emociones se dirige hacia la regulación de la misma, facilita el adecuado procesamiento emocional, en la psicoterapia enfocada en las emociones, se involucran componentes en las estrategias de intervención como son, la evaluación y la psicoeducación sobre procesos emocionales, el terapeuta se vuelve un entrenador emocional enfocado en el cambio de esquemas (Warwar, Links, Greenberg, & Bergmans, 2008)

La regulación de las emociones es un proceso que requiere coherencia del pensamiento, el cuerpo, los sentimientos y las emociones, se han combinado modelos de intervención psicoeducativos con enfoques somáticos, dirigidos al desarrollo de estrategias que desarrollen la capacidad de detectar y evaluar las emociones y las señales fisiológicas producidas por los mecanismos subyacentes (Price & Hooven, 2018).

El terapeuta que esté trabajando en terapia individual o grupal, desarrollando habilidades de gestión emocional, notará la ventaja de utilizar la Clasificación de estados del Yo, como recurso terapéutico, a fin de que el paciente pueda hacer un auto monitoreo constante, consiente de sus emociones y del beneficio de reconocerlas como un sistema guía de su comportamiento y funcionamiento psíquico, indicador o sensor invaluable de los estímulos externos e internos.

La valoración como modelo de intervención supone comprobar una serie de aspectos y relacionarlos con unos parámetros determinados como herramienta psicoterapéutica, apoyado en la fundamentación teórica y los análisis de los datos recogidos durante el uso de la clasificación de los estados del Yo, y la interpretación de estos resultados.

# **CAPÍTULO III**



## **CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO**

### **3.1 Diseño de Investigación**

El diseño de esta investigación es cuasi experimental pretest-posttest con grupo control que permite afirmar que los cambios observados en el grupo experimental se deben a la intervención, hay la intención de manipular la variable independiente a través de una intervención psicoterapéutica y observar su efecto en la variable dependiente, las emociones y estados del yo, clasificados en once indicadores: plenitud, fortaleza, actividad, resiliencia, dependencia, tristeza, rabia-enojo, culpa, miedo, ansiedad, shock-negación.

El tipo de estudio es explicativo, ya que se tiene el interés en explicar en qué condiciones y por qué ocurre un fenómeno y como se manifiesta (Hernández, Fernández, & Baptista, 2014).

El enfoque escogido para el análisis de los datos es mixto, enriqueciendo lo cualitativo los análisis cuantitativos y a la final validándose el uno al otro, avanzando con mayor profundidad en el conocimiento y entendimiento del fenómeno estudiado.

### **3.2 Población**

Los participantes son los estudiantes de medicina del sexto semestre de una universidad privada ubicada en la ciudad de Panamá, curso 2019-1. El tipo de muestreo es no probabilístico, no hay aleatoriedad sino una escogencia por conveniencia debido a la disponibilidad de las personas y la facilidad de acceso.

Esta es una población homogénea, en cuanto al rango etario y similitud en la carrera de estudios a la que pertenecen (medicina), se caracteriza por estar bajo mucha presión académica y de expectativas de familiares y propias, ya

que, deben acreditar todas las asignaturas para culminar con la primera etapa de la carrera y pasar a lo que ellos llaman “Bata Blanca”, o rotar en hospitales, esto hace que las características de la muestra sean propicias para la aplicación del instrumento escogido y la intervención con la clasificación de estados del yo, ya que la presión sobre ellos, permite observar el movimiento de los indicadores a estudiar.

## **Sujetos**

Son estudiantes del sexto semestre de la carrera de Medicina y Cirugía de una Universidad en Ciudad de Panamá, matriculados en la materia psicopatología, la población total es de 105 sujetos, divididos en 3 grupos académicos por la capacidad de los salones, la única variable demográfica recogida fue la proporción de mujeres y hombres, la edad de los participantes está comprendida entre 21 y 24 años.

Los grupos conformados tienen las siguientes características:

Grupo 1, de Intervención, Grupo Experimental, se les brindó una atención de 3 horas semanales, auto monitoreo semanal, autoanálisis semanal.

Grupo 2, Grupo Control (asignado al Hogar Bolívar), no se le brinda la intervención psicoterapéutica, se controlaron algunas variables con la finalidad de ejercer la menor influencia posible sobre los participantes.

Grupo 3, Grupo neutral, el contacto con este grupo se limita a la aplicación del pretest y posttest sin embargo reciben clases de psicopatología con una psiquiatra.

**Tabla 1.** *Tratamiento recibido por cada grupo*

Grupo	Tratamiento
1	Grupo experimental (intervención)
2	Grupo, control
3	Grupo neutral (clases con psiquiatra)

*Nota:* Se muestra la denominación de cada grupo de acuerdo con el tratamiento recibido.

**Tabla 2.** *Características de los participantes*

Características	Grupo Experimental		Grupo HB Control		Grupo Psiq neutral		Total, de la muestra	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Genero								
Femenino	16	44	23	66	18	53	57	54
Masculino	20	56	12	34	16	47	48	46
Total	36		35		34		105	

*Nota:* N = 105

### 3.2.2 Tipo de Muestra Estadística

La elección de esta muestra cumple con los criterios de no probabilística por conveniencia ya que se trabaja con los participantes disponibles, a los cuales se tiene acceso, siempre que tengan las características que se requieren para el estudio.

En este caso el interés está centrado en la lógica de la significatividad, ya que la muestra tiene importancia por las características que presenta y los once

indicadores que se desean medir, la población reúne las características que son pertinentes a los eventos del estudio, cuando se toma ventaja de la situación ya que la población está disponible y de fácil acceso en un intervalo de tiempo (Hurtado, 2010; Hernández, Fernández & Baptista, 2014).

### **Criterios de exclusión de la muestra**

Se excluyen de la muestra, aquellos participantes que por enfermedad prolongada se ausentaron durante la intervención, sujetos con adicciones a sustancias o alcohol, los participantes que no firmaron el consentimiento informado y aquellos que no realizaron pretest y posttest, sin embargo, cumpliendo con las normas de ética y buenas prácticas clínicas, si recibieron el beneficio de la intervención.

### **3.3 Variables**

**Variable Independiente:** Programa de intervención psicoterapéutica basado en la Movilización de las Emociones y Estados Cognitivos dirigido al desarrollo de habilidades y destrezas de auto gestión emocional

Definición Conceptual: Desarrollo de estrategias y técnicas con un método psicoterapéutico que sigue un modelo clínico por sesiones, con el objetivo de desarrollar en los participantes, a través de talleres y actividades estructuradas en un programa, habilidades dirigidas a la adecuada autogestión de las emociones y reconocimiento de sus estados yoicos.

Definición Operacional: Procedimiento de intervención psicoterapéutico evaluado utilizando pretest y posttest mediante dos dimensiones activa que engloba a los indicadores plenitud, fortaleza, actividad, resiliencia e inversa con los indicadores dependencia, tristeza, rabia-enojo, culpa, miedo, ansiedad, shock-negación y

ocho preguntas que representan a través de un análisis cualitativo la subjetividad de los participantes con respecto al objeto de estudio.

**Variable dependiente cuantitativa:** Las emociones y estados del Yo clasificados en once indicadores: plenitud, fortaleza, actividad, resiliencia, dependencia, tristeza, rabia-enojo, culpa, miedo, ansiedad, shock-negación que forman las dimensiones Activa e Inversa.

Emociones, definición conceptual: Sistema de protección, sensor interno de las atribuciones que hace un sujeto de la realidad interna y externa, implicado en la descarga de los sistemas psicofisiológicos con fines adaptativos (Schachter & Singer, 1979; Marshall & Zimbardo, 1979; Fernández & Ortega, 1985; Craig, 2009).

Emociones, definición Operacional: La variable dependiente emociones, formada por los indicadores tristeza, rabia-enojo, miedo, se operacionaliza a través de una escala numérica que se define como nivel bajo, medio y alto, permitiendo evidenciar los cambios ocurridos en los participantes al concretar en una medida de puntajes y niveles a los indicadores que la representan en evaluaciones pretest y postest.

Estados del Yo. Definición Conceptual: Auto atribución que hace una persona de sí misma, su origen es multicausal, producto de un análisis intersubjetivo, son estados complejos que se desarrollan posterior a las emociones siendo producto de la auto conciencia de sí mismo, tiene contenido social, cognitivo, experiencial, de la auto evaluación y la mirada evaluadora de los otros, no tiene la característica de una emoción y como consecuencia de estos procesos mentales, se reflejan diferentes estados internos como culpa, fracaso, fuerza, humillación, vergüenza, sensación de estar pleno entre otros estados (Lewis, 1992, citado por Orange, 2005).

Estados del Yo Definición Operacional: La variable dependiente Estados del Yo, en esta investigación es medida a través de los indicadores plenitud, fortaleza, actividad, resiliencia, dependencia y culpa, se operacionaliza a través de una escala numérica que se define como nivel bajo, medio y alto, permitiendo evidenciar los cambios ocurridos en los participantes al concretar en una medida de puntajes y niveles a los indicadores que la representan en evaluaciones pretest y postest.

**Variable dependiente cualitativa:** Las categorías identificadas, competencia emocional, conciencia emocional, autorregulación emocional, componente neurofisiológico de la emoción, se manejan como variables que permiten organizar los datos cualitativos obtenidos.

**Definición conceptual:**

- Competencia emocional  
Es una competencia básica para el bienestar, brinda la capacidad de detectar y etiquetar las señales de las emociones facilita la interacción social positiva, el déficit en esta competencia se observa en problemas de comportamiento y aprendizaje, se desarrolla a través de una educación emocional en: regulación emocional, conciencia emocional, autogestión, y habilidades interpersonales. Impacta al ser humano en su calidad de vida y en su funcionamiento biológico (Izard, y otros, 2001).
- Conciencia emocional  
Es una habilidad cognitiva que se observa en la capacidad para reconocer y describir las emociones en los demás y en uno mismo, se relaciona con el nivel de desarrollo emocional, que brinda la capacidad

para apreciar la complejidad en las experiencias emocionales (Lichev, 2015).

- Autorregulación emocional

La autorregulación de las emociones es la capacidad para regular adaptativamente la emoción, requiere estrategias dirigidas a este fin, está implicado un multisistema de procesos psicológicos subyacentes (cognitivo), comportamientos característicos para ir de lo automático a lo controlado (conductual), y sistemas fisiológicos-neuronales de apoyo (Braunstein, 2017).

- Componente Neurofisiológico

La neurofisiología que compone la emoción se relaciona con una cascada de eventos fisiológicos relacionados con las emociones, manifestados a través de respuestas biológicas como sudoración, taquicardia, ritmo de la respiración, secreciones hormonales, cambios en los neurotransmisores, rubor, tono muscular, etc. Respuestas que se pueden prevenir con la educación emocional (Bisquerra, 2003:13-14).

**Definición operacional:** La variable dependiente cualitativa se operacionaliza a través de un software de análisis semántico que permite hacerla medible y mostrar los resultados obtenidos de aplicar un cuestionario antes y después de la intervención, ordenados en tablas de acuerdo a la frecuencia con la que se repiten las palabras en las respuestas, estas son codificadas y organizadas por núcleos semánticos que responden a las categorías y subcategorías fundamentadas en las bases teóricas de donde se desprenden los ítems o las ocho preguntas elaboradas para este fin.

### 3.4 Instrumentos y técnicas de recolección de datos

Se emplearon tres instrumentos: 1. *Test, Movilización de las emociones y estados cognitivos*, para medir los once indicadores de la variable independiente. 2. Para la evaluación del automonitoreo e identificación de cada uno de los participantes de su estado emocional, se empleó la *hoja de automonitoreo Clasificación de estados del Yo*. 3. *Una encuesta de ocho preguntas (Anexo 6, 7, 8)*.

### 3.5 Procedimiento

#### Fases de Investigación

La **fase 1** inició con la validación del Test, Movilización de las emociones y estados cognitivos, elaborado por Goicoechea (2008) y validado en el 2016 con fondos otorgados por la SENACYT en la convocatoria APY-GC-2014-002, propuesta presentada por Goicoechea, Frassati, Manzanero (2016).

Aunque el instrumento contaba con la validez y la confiabilidad obtenida en 2016, se acordó replicar el análisis puesto que la muestra era distinta. Además, se incluyó el análisis de escala si se elimina elemento en el Alpha de Cronbach. Por tanto, se permitió la presencia de los 66 ítems en la versión final del instrumento.

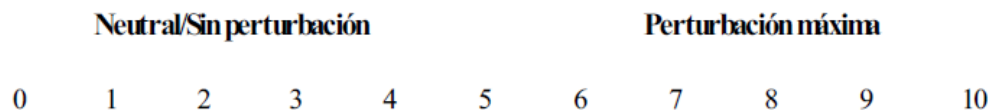
Puede afirmarse por el alfa obtenida que, si este instrumento se aplica en diferentes ocasiones en muestras con características similares y en condiciones de constancia, arrojará resultados semejantes, puesto que el coeficiente calculado entre otras cosas, ya señaladas, permitió mostrar el aporte individual de cada ítem a la consistencia interna total del instrumento (Manzanero, 2017). Este instrumento permitió analizar la movilidad emocional en un momento dado, de los once indicadores que forman la variable dependiente.



Se prosigue con una sistematización, para revisar el criterio de autores relacionados con el objeto de investigación determinando la coincidencia de distintos autores referente a las emociones y su abordaje clínico, esto permitió revisar la base teórica de la hoja de auto monitoreo a la que se ha denominado, Clasificación de los estados del Yo, escala que emerge del test validado “Movilización de las emociones”, su aplicación permite análisis de estadística descriptiva e inferencias a partir de los datos obtenidos graficados, mostrando lo que cree sentir el participante lo que le lleva inevitablemente a tomar conciencia de sus movimientos emocionales y de estados del Yo.

Así mismo, se hicieron aplicaciones previas a esta investigación, para revisar el comportamiento y validez de criterio al compararla con el test validado original, este instrumento utiliza los mismos once indicadores y como valores de interpretación, la escala subjetiva del dolor de 0 a 10, utilizada en medicina y en el método “Desensibilización y reprocesamiento mediante el movimiento de los ojos (EMDR)” (Hensley, 2010), mostrada en la imagen 3.

**Imagen 3.** Escala de valor subjetivo



*Fuente: Escala de unidades subjetivas de perturbación (Hensley, 2010).*

De la revisión de las bases teóricas se desarrolla el tercer instrumento aplicado a la muestra una encuesta formada por diez ítems, sometida a juicio por diez expertos a fin de revisar la validez de contenido, verificando que cada pregunta cubre los dominios requeridos, y es coherente con la hoja de auto monitoreo llamada “Clasificación de estados del Yo”, con el test y con los objetivos de la investigación.

Siguiendo las recomendaciones de los expertos se eliminaron dos preguntas, quedando la encuesta en ocho, que responden a categorías y subcategorías, requisito necesario para ser sometidas las respuestas a un software de análisis semántico, esta encuesta al igual que la hoja de auto monitoreo, fueron previamente aplicadas a pacientes que asistían a consulta psicológica y a un grupo de estudiantes en trabajo de grado, con la finalidad de observar el comportamiento de los tres instrumentos juntos, el Test validado, la Clasificación u hoja de automonitoreo y la encuesta.

La **fase 2** consistió en la búsqueda de la muestra apropiada y la solicitud de los permisos requeridos para poder llevar a cabo la investigación con esta población, y cumplir con los aspectos éticos, ingresando en el registro de protocolos de investigaciones de la Dirección General de Salud Pública (DIGESA-MINSA) obteniendo el número de registro 957, sometiendo el anteproyecto del estudio a evaluación regulatoria por parte del Comité de Bioética de la Universidad de Santander en Ciudad de Panamá, obteniendo la aprobación de éste mediante nota CBI-USantander -M-033-2019. Se ha procedido cuidando que todos los datos que identifican a los participantes hayan sido registrados en una base de datos codificados por número muestral y solo la investigadora ha tenido acceso a los datos de identificación, como lo indica la Ley 81 del 2019, estos datos se han resguardado de acuerdo con la normativa internacional vigente del Consejo de organizaciones internacionales de las ciencias médicas (CIOMS).

Los participantes luego de explicarles el objetivo y los procedimientos del estudio firmaron un consentimiento informado, cumpliendo con los principios éticos y morales que deben regir toda investigación que involucra sujetos humanos como lo son: Declaración de Helsinki, Informe Belmont, Ley 81 y 84 Panamá 2019, Buenas Prácticas Clínicas, normas y criterios éticos establecidos en los códigos nacionales de ética y/o leyes vigentes.

Una vez se confirma la disponibilidad de la muestra y obtenidas las aprobaciones de rigor, se entra en la **fase 3**, reuniendo a las personas que van a formar parte de la muestra y se les presenta el proyecto de la investigación, detallando el procedimiento.

Una vez presentado el programa a los participantes, se les solicita la firma del consentimiento informado e inicia la **fase 4**, con la aplicación del pretest de los instrumentos escogidos: La encuesta de ocho preguntas, con los datos personales de identificación; El test Movilización de las emociones y estados cognitivos y la hoja de auto monitoreo o Clasificación de estados del Yo. Para este fin, se separaron los tres grupos, experimental, control y neutral y se administraron los test a cada grupo.

En la **fase 5**. Inicia la intervención, se realizó en nueve sesiones de frecuencia semanal, con una duración de 3 horas cada sesión tipo taller con actividades variadas, la edad ideal para intervenir con este modelo es a partir de 18 años, cuando la madurez de pensamiento permite la comprensión de los conceptos a trabajar, requiere compromiso y responsabilidad de los participantes.

Durante las sesiones se guio a los participantes a la toma de conciencia de las emociones y estados yoicos que estén experimentando en un momento dado, siendo la toma de conciencia de las propias emociones y las de los otros, el primer paso para desarrollar la competencia de la autogestión y regulación emocional, sirviéndose del auto monitoreo con el apoyo de la Clasificación de Estados del Yo, para su facilidad (Bisquerra & Pérez, 2007).

Una vez revisado cómo las personas están utilizando estas dimensiones y cada uno de los indicadores, se facilita el proceso de intervención, trabajando la emoción antes de que se establezca como un desencadenante que cambia el curso del pensamiento y afecta otros procesos cognitivos y fisiológicos (Pessoa & Pereira, 2013).

Durante la actividad se recogió gran cantidad de datos que permitieron el seguimiento de los participantes durante la intervención, la riqueza de los datos obtenidos en los análisis elaborados por los participantes facilita ir reconociendo en cada sesión el impacto del programa de intervención y la efectividad del uso de la “Clasificación de Estados del Yo” como herramienta para desarrollar el hábito de un auto monitoreo constante del estado emocional.

La **fase 6** inicia al finalizar la intervención, con la aplicación del postest de los instrumentos escogidos: La encuesta de ocho preguntas; El test Movilización de las emociones y estados cognitivos; y La Clasificación de estados del Yo. Una vez recogidos todos los datos se procede al análisis apropiado para cada instrumento.

### **Análisis de los datos**

El enfoque escogido en este estudio para el análisis de los datos es mixto, enriqueciendo lo cualitativo los análisis cuantitativos y a la final se validaron el uno al otro, avanzando con mayor profundidad en el conocimiento y entendimiento del fenómeno estudiado.

La perspectiva teórica fundamental que guía esta investigación son los constructos psicodinámicos con un componente psicobiológico y psicoeducativo. Como investigación mixta, se soporta en la filosofía pragmática, que se sitúa en la posible relación entre el paradigma explicativo y el comprensivo concretándose en un significado de lo real, el pragmatismo emerge como un camino nuevo que complementa la verdad del fenómeno estudiado en un principio de convergencia, ya que se explora el fenómeno desde ambos caminos, el inductivo y el deductivo en donde el método mixto se muestra en sus resultados como un método complementario que brinda soporte y una visión ampliada del fenómeno estudiado (Guerrero-Castañeda, do Prado, & Ojeda-Vargas, 2016; Hernández-Sampieri & Mendoza Torres, 2018).

## Sistematización de la información para el análisis cualitativo

El análisis cualitativo toma forma bajo la metodología de la teoría fundamentada que hace referencia a su poder explicativo, esto permite construir conceptos y propuestas, en función de las demandas del proceso de investigación (Cuñat, 2007),

Se incorpora el método de recolección de la información de redes semánticas que es un procedimiento de la investigación mixta, su raíz procede de estudios realizados por Tulving (1972), de la memoria semántica que es la encargada de organizar las palabras y símbolos verbales en relaciones, referencias y redes de significados que se organizan de una manera lógica y jerárquica, base del conocimiento del individuo, hay propuestas de que este conocimiento es potencialmente generativo, es decir, que se va a observar en el comportamiento (Valdez Medina, 2000).

Para escoger las unidades de análisis, asignar categorías y códigos, tomando referencia de Álvarez-Gayou Jurgenson (2003), se utiliza la base de la teoría fundamentada que se adecua al modelo mixto sirviéndose de técnicas de análisis de contenido, este se realiza a través de una codificación para señalar los elementos relevantes relacionados con los objetivos y el problema de investigación previamente definidos.

Para llevar a cabo un análisis de contenido lo primero es definir:

- Cuál es el contenido importante, ¿Qué se está analizando de los datos?
- Porqué es importante
- Elementos que se buscan en el contenido analizado
- Basar los criterios para el análisis en teorías fundamentadas, esto permite mantener la unificación del criterio

La encuesta de 8 preguntas, es un instrumento cualitativo, para complementar el análisis se utilizó el software Lexicool, analizador de texto, es una herramienta que brinda estadísticas acerca de las frecuencias de uso y rangos de cercanía de las palabras, posibilita el análisis de los elementos introducidos, contabiliza y destaca los términos más repetidos en un texto y lo organiza según una jerarquía textual basada en la frecuencia, convirtiéndose en un recurso que complementa al análisis cuantitativo (Abarca, 2014).

#### Sistematización de la información para el análisis cuantitativo

Luego de aplicados los instrumentos de evaluación, se determinó el procedimiento a seguir para lograr la sistematización de la información y el cumplimiento progresivo de los objetivos planteados.

Se procede al vaciado de los datos, digitalizando la información recibida de la aplicación de ambos instrumentos el Test y la hoja de automonitoreo, para sus respectivos análisis y codificación correspondiente necesaria en el cálculo de estadísticos, se ordenaron en una matriz, haciendo uso de las tablas de doble entrada, que ofrece el programa Excel 2016.

La construcción del instrumento permite hacer pruebas de estadística inferencial por lo que se escogió la prueba no paramétrica de Wilcoxon.

# **CAPÍTULO IV**

## **CAPÍTULO IV: PROGRAMA DE INTERVENCIÓN**

*Modelo de intervención psicoterapéutico para desarrollar habilidades y destrezas necesarias para la autogestión y autorregulación emocional.*

### **4.1 Introducción**

Se presenta un modelo de intervención psicoterapéutico, preventivo y correctivo, que utiliza como herramienta de seguimiento y auto monitoreo, una hoja con indicadores que se ha denominado, “Clasificación de Estados del Yo”, respondiendo al primer objetivo específico, se determinan en este capítulo los componentes del modelo psicoterapéutico propuesto.

El modelo de intervención se estructura sobre una base psicodinámica con un componente educativo.

La escala de medición de cada indicador de la Clasificación de Estados del Yo, es del 0 al 10, en donde 0 es nada y 10 es todo, tomando como referencia la escala utilizada para evaluar el dolor, empleada para cuantificar la subjetividad en la percepción del dolor por parte del paciente en donde 0 es nada de dolor y 10 el peor dolor, en ese mismo sentido, la Escala Visual Analógica (EVA), de 0 a 10, tiene una “Graduación del dolor”, con una escala de 1-3 leve-moderado; 4-6 moderado-grave; mayor de 6 muy intenso. Si el paciente se comunica verbalmente se utiliza la Escala Numérica Verbal, en donde el paciente simplemente responde del 0 (nada) al 10 (el peor dolor) cuanto le duele (Clarett & Pavlotsky, 2012).

Con relación a esto el automonitoreo con los indicadores de la Clasificación de estados del Yo, utiliza la medida 0 a 10 como una escala que permite cuantificar el uso de la emoción o del estado yoico en el momento del auto monitoreo, en



la imagen 4, se puede observar como el participante reconoce el nivel del uso de sus emociones y estados yoicos, cuantificándolos con la escala de 0 (nada) a 10 (todo).

Resultado de esta investigación, surge un nuevo proyecto que consistirá en la actualización del test “Movilización de las emociones y estados cognitivos” y la hoja de automonitoreo llamada “Clasificación de estados del Yo”, por lo tanto, deberá volver a validarse y confiabilizarse, con el objetivo de incluir “Vergüenza”, como otro indicador a medir y monitorear.

Consecuencia de la escucha activa de los participantes quienes manifestaron, que, al analizar la culpa, también en ocasiones, identificaban la vergüenza como estado yoico y la misma no estaba contemplada en los ítems de la escala facilitada en ese momento para el auto monitoreo, sin embargo, la vergüenza, a solicitud del grupo experimental, se incluyó en la intervención, quedando la guía del programa de intervención, con el estado yoico vergüenza, éste programa puede realizarse grupal, familiar o individual siempre que el profesional de la salud mental se asegure de la comprensión del significado de cada indicador por el grupo que está siendo intervenido.

**Imagen 4.** Complemento del Test movilización de las emociones y estados cognitivos, indispensable para el seguimiento de la intervención. Hoja de Auto monitoreo utilizado para el seguimiento semanal llamada Clasificación de estados del Yo, que adopta la escala de medición subjetiva del dolor EVA.

Escala de 0 al 10	0= Nada, hasta el 10 = todo
Plenitud.	8
Fortaleza.	8
Actividad.	8
Recursos de Afrontamiento (Resiliencia)	8
Dependencia. (Dejo en manos de otros las soluciones a mis problemas)	2
Tristeza.	3
Rabia-Enojo.	2
Culpa.	0
Miedo.	1
Ansiedad.	1
Shock-Negación (Mecanismo de defensa)	2

Fuente. Obtenido del automonitoreo semanal.

## **4.2 Principios básicos de la intervención psicoterapéutica y el uso de una hoja de indicadores llamada Clasificación de Estados del Yo, como hoja de automonitoreo.**

- Como intervención mantiene una línea de psicoterapia integrativa Psicológica-Biológica Dinámica.
- Es esencial utilizar un componente psicoeducativo como se señala en la guía de trabajo elaborada para las sesiones y el auto monitoreo, ambos ayudan a adecuar a la persona al nivel de comprensión deseado.
- El terapeuta vela porque el participante (paciente o cliente) se mantenga comprometido con la autogestión y regulación de sus emociones aceptando que son su responsabilidad.
- Paciente y terapeuta utilizan como herramienta de auto monitoreo los indicadores de la Clasificación de Estados del Yo.

## **4.3 Justificación**

El modelo de intervención aquí propuesto se alinea al de atención primaria en salud adoptado por el Gobierno de la República de Panamá (Decreto Ejecutivo N° 420, 2018). Conviene ser utilizado como una técnica en prevención primaria, al suprimir factores que evitan el riesgo de que se establezca una psicopatología o daño fisiológico, como consecuencia del manejo irresponsable de las emociones.

El impacto del programa se observa en la modificación de hábitos, actitudes y comportamiento, la adquisición y dominio de las competencias emocionales favorecen al afrontamiento de los retos de la vida, a una mejor adaptación al contexto, a negociar y resolver problemas (Bisquerra, 2009).

Un mejor control de las emociones predice resultados más altos de salud psicológica y menores niveles de síntomas clínicos, las características de los procesos emocionales tienen una clara interconexión con los procesos fisiológicos relacionados con la salud (De Castella, Platow, Tamir, & Gross, 2018; Smith & Weihs, 2019).

Un estudio piloto llevado a cabo en Suecia con grupos de adolescentes y padres utilizó psicoeducación, para el entrenamiento en el desarrollo de habilidades dirigidas a una adecuada gestión de las emociones, los resultados del antes y después de cinco sesiones, mostró una mejoría significativa en el aumento del conocimiento y la conciencia de las emociones y sus funciones (Holmqvist, Andersson, Stern, & Zetterqvist, 2019).

#### **4.4 Objetivos**

Objetivo General:

Desarrollar habilidades que permitan la identificación de las emociones en sí mismo y en los otros, a través del auto monitoreo de los estados del Yo, identificando las emociones subyacentes como sistema guía del funcionamiento psíquico y el comportamiento.

Objetivos específicos:

- Desarrollar habilidades y destrezas necesarias para la autogestión y autorregulación emocional.
- Aumentar en los participantes el conocimiento y la toma de conciencia de las emociones y sus funciones.

## Beneficios

- Promueve estrategias individuales que garantizan la autogestión de las emociones
- Desarrolla la capacidad para identificar y reconocer las emociones en sí mismo y en los otros
- El sistema de auto monitoreo permite desarrollar la conciencia y el conocimiento de las emociones
- Adquisición a largo plazo de competencias emocionales.

### **4.5. Modelo de intervención**

El abordaje de las emociones abarca dos modelos, psicoeducación y psicodinámica de las emociones y sus gradientes (sentimientos y estados yoicos), el auto monitoreo de las emociones y su repercusión en el cuerpo a consecuencia de los procesos fisiológicos implicados en las emociones.

La psicoeducación breve (9 semanas), es una herramienta eficaz en la cual se ofrece información científica relevante y actualizada a nivel individual, familiar o grupal, es común su uso en el tratamiento de las enfermedades mentales tanto en familiares como en el paciente proporcionando un escenario para la construcción del conocimiento (Cuevas & Moreno, 2017).

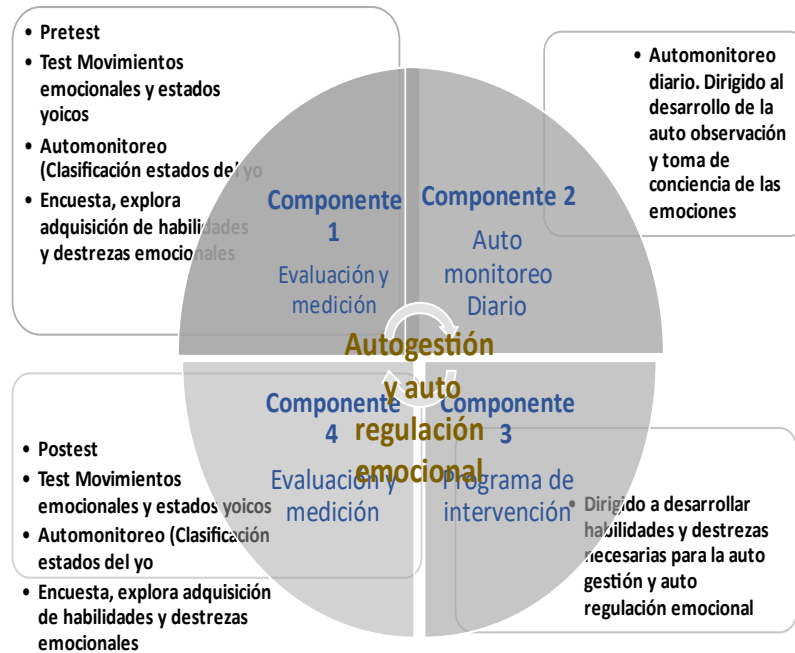
### **4.6 Componentes del programa y actividades**

Aquí se responde al objetivo específico 1, al determinar los componentes del modelo Psicoterapéutico

El modelo de intervención psicoterapéutico para desarrollar habilidades y destrezas necesarias para la autogestión y autorregulación emocional está

compuesto por evaluaciones que han sido diseñadas para medir el antes de iniciar, durante y después, al finalizar el programa de intervención.

**Imagen 5.** Modelo de Intervención psicoterapéutico



Fuente: Se grafica el modelo piloto desarrollado y aplicado a los participantes

## Componente 1

Evaluación pretest, se debe responder a los tres instrumentos que acompañan el programa:

1. Test, Movilización de las emociones y estados cognitivos. Diseñado para observar los movimientos emocionales y estados yoicos.
2. La clasificación de estados del yo, como herramienta de automonitoreo. Que permite observar los avances de cada participante en el desarrollo de habilidades que facilitan su gestión emocional.

3. La encuesta de 8 preguntas dirigidas a explorar la adquisición de Competencia emocional, conciencia emocional, autorregulación emocional, activación del componente neurofisiológico.

## Componente 2

Herramienta de automonitoreo, Clasificación de estados del yo, creada para el desarrollo de la toma de conciencia del estado emocional y como seguimiento diario del efecto del programa de intervención.

**Imagen 6.** Hoja de automonitoreo diario, llamada Clasificación de estados del yo

Automonitoreo, escala de puntuación del 0 al 10, en donde cero es ausencia hasta 10 presencia máxima del indicador

	TOTAL
Plenitud. Activa	
Fortaleza. Activa	
Actividad. Activa	
Recursos de Afrontamiento (Resiliencia) pasando a Activa	
Total de la dimensión Activa _____	
Dependencia. Inversa	
Tristeza. Inversa	
Rabia-Enojo. Inversa	
Culpa. Inversa	
Miedo. Inversa	
Ansiedad. Inversa	
Uso de mecanismos de defensa	
Total de la Dimensión Inversa _____	
TOTAL	

Fuente: Creación propia, necesario como complemento del Test Movilización de las emociones y como herramienta de automonitoreo del programa de intervención

## Componente 3

Programa de intervención

Modelo de intervención psicoterapéutico dirigido a desarrollar habilidades y destrezas necesarias para la autogestión y autorregulación emocional.

Esta propuesta psicoeducativa permite un entrenamiento con técnicas basadas en conocimiento científico actualizado y relevante (Albarrán & Macias, 2007),

este programa abarca las herramientas de evaluación, medición y monitoreo, las actividades contemplan: Identificación de la emoción, habilidades de afrontamiento, identificación del origen-estímulo de la emoción, diferencia emoción, estado y sentimiento, reconocer emociones y sentimientos, interacción fisiológica de la emoción.

La base teórica se fundamenta en los modelos psicodinámicos y biológicos que brindan la explicación de los fenómenos a intervenir, facilita que el participante comprenda que es responsable de sus emociones, con conocimiento del funcionamiento de sus sistemas de regulación emocional, la adecuada gestión y regulación de impulsos y emociones propias y de otros (enviadas y recibidas), finalmente que puedan a través de la herramienta de automonitoreo elaborada para dar seguimiento al programa, desarrollar el hábito de utilizar a las emociones de la manera correcta, como un sistema guía sensor que le permite identificar patrones o mallas de pensamiento de uso habitual.

#### Características

- El modelo brinda facilidades para una intervención grupal, familiar o individual.
- Potencia la articulación con la salud mental y fisiológica.
- Integra las aportaciones bio psico sociales desde una base psicodinámica.
- Facilita la adquisición de estrategias dirigidas a la negociación de conflictos y la resolución de problemas.
- Favorece el adecuado manejo de las demandas que provienen del contexto (educativo, familiar, ambiental y social) y de las demandas internas de la persona.
- Constituye una opción como referente teórico metodológica para la práctica

La implementación del modelo propuesto permite el desarrollo de habilidades para la vida diaria y profesional, un adecuado manejo emocional, que según

las teorías psicodinámicas que soportan el estudio mejora la salud mental y fisiológica de quienes sean intervenidos utilizando el modelo mencionado.

Parte de este componente es el desarrollo de la guía didáctica de los talleres de Intervención semanal, facilitada a cada uno de los participantes, las actividades siguen el orden de los once indicadores que forman la Clasificación de estados del yo, que van a ser monitoreados.

La Clasificación de estados del Yo es un aporte a la intervención dirigida al manejo de las emociones, como herramienta de auto monitoreo, con una escala de valor similar a la medición subjetiva del dolor (0 a 10) , se presenta como una herramienta de automonitoreo fiable, simple, sensible y económicamente accesible, brindando información al momento de su uso (Serrano Atero, y otros, 2002).

Esta guía incluye actividades y tareas alineadas a un objetivo semanal, se facilita a cada participante junto a la hoja de “Clasificación de estados del yo” que es la herramienta de automonitoreo diario, que se debe utilizar una o más veces por día mientras dure la intervención, dirigida a contribuir al desarrollo de la conciencia emocional.

#### **Componente 4**

Evaluación postest, se debe responder a los tres instrumentos que acompañan el programa a fin de medir y evaluar el efecto de mismo.

A continuación, se describen las actividades, tareas y objetivos que se realizan en cada uno de los talleres.



**Cuadro 2.** Actividades psicoeducativas, tareas y objetivos de aprendizaje

Actividades	Tareas	Objetivo
Actividad 1: Los dominios neurocognitivos.  Patrones de funcionamiento del Yo, basados en la Evaluación de las Funciones del Yo (EFY) de Bellak.  Explicación de cómo realizar el auto monitoreo	1.-Realizar el auto monitoreo diario con la herramienta  “Clasificación de Estados del Yo”  2.- Auto evaluación de las funciones del Yo (Se les facilita el material de los patrones de funciones del Yo de Bellak y la evaluación EFY.	Conocer la herramienta de Auto Monitoreo, Clasificación de Estados del Yo.  Distinguir el funcionamiento óptimo de los dominios neurocognitivos y de los patrones de funcionamiento del Yo.
Actividad 2:  Que son las emociones, sentimientos y estados yoicos.  Componentes fisiológicos de las emociones.  Autorregulación y autogestión de las emociones.	3.- Realizar el auto monitoreo diario utilizando la clasificación.  Toma de conciencia de las emociones en todo momento, auto seguimiento emocional.	Tomar conciencia de las emociones en todo momento  Relacionar las emociones con los procesos fisiológicos y su afectación en el cuerpo
Revisión de la Auto evaluación de las	4.-Identificar el reflejo de las emociones en el	

funciones del Yo, con la identificación de sus componentes.	cuerpo, traerlo como ejercicio escrito	
Revisión del auto monitoreo realizados durante la semana.		
Actividad 3:  Los mecanismos de defensa, que, y cuáles son.  Como se utilizan, ejemplos. Función de los Mecanismos de defensa.  Revisión del Auto Monitoreo semanal	5.- Identifique los Mecanismos de Defensa que más utiliza, Definirlos y traerlos escritos la siguiente sesión.  Realizar el auto monitoreo diario utilizando la clasificación	Conocer el manejo de los mecanismos de defensa, identificarlos en ellos y en los otros.
Actividad 4:  Revisión del material Atlas de las Emociones y Universo de las emociones.  Identificar los gradientes de la emoción miedo. Reconocer la base de la emoción miedo en la Ansiedad.	6.- Elaborar un análisis: ¿En qué momento siente ansiedad?, Cual es el miedo detonante de la ansiedad identificada. ¿Qué estrategias utiliza para el manejo de la ansiedad, y para el manejo del miedo?  Traer análisis escrito.	Identificar la emoción miedo y su gradiente ansiedad.  Diferenciar las emociones básicas de estados emocionales sostenidos en el plano cognitivo.

Emociones biológicas y su prolongación cognitiva.	Realizar el auto monitoreo semanal utilizando la clasificación	
Actividad 5. Volver a lo básico  Taller de negociación y resolución de problemas <i>on line</i> .	7.- Pintar en cuadernillos tipo Johanna Basford, utilizar juegos básicos, jacks, trompo, yoyo, montar bicicleta, armar rompecabezas.  Lectura del material del taller negociación y resolución de problemas	Desarrollar estrategias para la adecuada canalización de las emociones y la negociación y resolución de problemas.
Actividad 6  La culpa, revisión de los procesos psicológicos implícitos.  La vergüenza, diferencia en los procesos cognitivos de la culpa y la vergüenza.  Uso correcto de la emoción rabia-enojo  Taller on line de negociación y resolución de problemas	8.-Hacer el auto monitoreo. utilizando la clasificación.  Tomar conciencia del uso de la emoción enojo y describir como lo gestiona.  Revisar sentimiento de culpa  Lectura del material del taller de negociación y resolución de problemas  Traer análisis escrito de la culpa y la vergüenza	Identificar el enojo y sus gradientes, Estrategias para la autorregulación y adecuada gestión del enojo. Comprender que es la culpa y la vergüenza. Desarrollar habilidades para la adecuada resolución de problemas.

<p>Actividad 7.</p> <p>Comprendiendo la emoción tristeza.</p> <p>Tipos de apego. Apego dependencia</p>	<p>9.- Hacer el auto monitoreo semanal utilizando la clasificación. Revisión de apego dependencia, revise la dinámica de sus relaciones familiares y sociales (con amigos y compañeros). Identificar si hay miedo a la soledad o hay ansiedad ante las separaciones o ideas de separación.</p> <p>Hacer un análisis de su uso de la emoción tristeza, traerlo escrito</p>	<p>Identificar la tristeza y sus gradientes,</p> <p>Desarrollar estrategias para la autorregulación y adecuada gestión de la tristeza. Identificar los procesos fisiológicos implícitos en la tristeza.</p>
<p>Actividad 8.</p> <p>Resiliencia, recursos internos y externos de afrontamiento.</p> <p>Revisión y reforzamiento de las emociones básicas</p>	<p>10.- Hacer el auto monitoreo semanal utilizando la clasificación. Elaborar una lista (inventario) de sus recursos internos y externos de afrontamiento, identificar y revisar la eficacia de las herramientas que utiliza para reajustarse. Y salir airoso de las adversidades.</p>	<p>Reforzar el conocimiento acerca de las emociones y sus gradientes, el componente fisiológico, el manejo adecuado de las mismas.</p> <p>Comprender la importancia de ser resiliente.</p>

<p>Actividad 9</p> <p>La Actividad como mecanismo de defensa. Actividad adaptativa y desadaptativa.</p> <p>Repaso de los mecanismos de defensa</p>	<p>Tarea 11. Reconozca y mencione en que momentos está en un estado de Actividad adaptativa y en cuales, en un estado de Actividad desadaptativa, identifique las posibles causas. Hacer el auto monitoreo semanal utilizando el formato de la clasificación.</p>	<p>Comprender que la actividad se puede volver un mecanismo de defensa de evasión o evitación.</p> <p>Reforzar los conceptos de mecanismos de defensa</p>
<p>Actividad 10.</p> <p>La fortaleza yoica como recurso interno.</p> <p>Plenitud, significado de ser pleno</p>	<p>12.- Hacer el auto monitoreo semanal utilizando el formato de la clasificación.</p> <p>Elaborar un análisis de la fortaleza yoica y el estado de plenitud.</p>	<p>Manejar los conceptos fortaleza yoica, vida plena y estado de plenitud.</p>
<p>Actividad 11</p> <p>Revisión del antes y después de participar en el estudio.</p>	<p>Tarea 13:</p> <p>Usted ha participado de una intervención utilizando como auto monitoreo la clasificación de los estados del Yo, Identifique y mencione:</p>	<p>Reconocer la internalización del conocimiento, las habilidades desarrolladas dirigidas a la autogestión y autorregulación de las emociones.</p>

---

- Que aspectos de su personalidad y cuales comportamientos se han modificado debido a esta intervención.

- Elabore desde su experiencia de haber participado de esta intervención grupal un antes y un después, en las actitudes, conocimiento y comportamiento, ¿cuáles aspectos reconoce que se han modificado en usted?, por favor detalle.

---

Se siguió un plan de actividades y objetivos para desarrollar habilidades y estrategias que facilitan la autorregulación y autogestión de las emociones, crear el hábito de auto monitorear las emociones y seguirlas hasta su origen para comprender que las precipita y trabajar en ello.

El programa de intervención permite establecer a las emociones como el sistema base, que debe servirle a los participantes intervenidos, de referencia para detectar situaciones complejas y adversas en el pensamiento, que alteran el sistema afectivo, manifestándose su alteración en las diferentes áreas de funcionamiento cognitivo y biológico.

# Capítulo V

## **CAPÍTULO V: Análisis y discusión de los resultados.**

En este capítulo se analizan y organizan los resultados obtenidos, estos valores que toman las variables, darán respuesta primero a las hipótesis, luego a los objetivos y finalmente al problema de investigación.

Se utilizan medidas de tendencia central, medidas de dispersión y medidas de forma brindadas por la estadística descriptiva, ya que se pretende describir el estado de cada indicador emocional analizado y no se busca alguna propiedad en los datos, más allá de lo que muestre cada uno de ellos.

Para cumplir con los objetivos de esta investigación, la recolección, el análisis de los datos y la interpretación de los resultados, siguieron los métodos de un estudio mixto dándole la misma prioridad a los datos cuantitativos como a los cualitativos, en donde los datos se recolectan y analizan casi al mismo tiempo (Hernandez & Mendoza, 2008), la presentación de los resultados se muestra en Tablas y Gráficas. Cada una de ellas ofrece, los estadísticos específicos que deben ser contrastados con los baremos de corrección diseñados para cada uno de los tres instrumentos utilizados.

Producto del análisis mixto se triangularon los datos, estos resultados son suficientes para respaldar las inferencias que se elaboran en este capítulo y las conclusiones al final.

El análisis cuantitativo a continuación, se realizó utilizando la prueba de estadística inferencial Wilcoxon que permite contrastar un antes y un después de un solo grupo (Dorantes, 2010), utilizando los resultados obtenidos de la aplicación del test validado: Movilización de las emociones y estados cognitivos.

Los resultados obtenidos a través de la prueba de estadística inferencial no paramétrica Wilcoxon, llevan a aceptar la Hipótesis de investigación (Hi) que dice: Los resultados observados antes y después de la intervención basada en la



regulación de las emociones, muestran disminución de los indicadores emocionales y estados yoicos que conforman la dimensión inversa (i) en los participantes del grupo experimental, en el postest ( $X_{di}$ ), en comparación con el pretest ( $X_{ai}$ ), siendo  $a_i$ =antes indicadores inversos /  $d_i$ =después indicadores inversos ( $H_i: X_{ai} > X_{di}$ ) y a rechazar la hipótesis nula ( $H_0: X_a = X_d$ ) que menciona que no hay diferencias entre pretest y postest en el grupo experimental.

Regla de decisión: Si  $p \leq 0.05$  se rechaza  $H_0$ .

**Tabla 3.** Diferencias emparejadas Grupo Experimental (prueba estadística Wilcoxon)

Diferencias emparejadas			
	Media	Desviación estándar	Sig. (bilateral)
Par 2. Ansiedad - 1 2. Ansiedad	1.576	3.455	.013
Par 3. Miedo - 3. 2 Miedo	1.212	3.361	.046
Par 4. Culpa - 4. 3 Culpa	1.697	3.746	.014
Par 5. Rabia- 4 Enojo - 5. Rabia-Enojo	1.879	3.276	.002
Par 6. Tristeza - 6. 5 Tristeza	1.758	3.260	.004
Par 7. 6 Dependencia - 7. Dependencia	.879	3.120	.115
Par 8. Recursos 7 de afrontamiento o resiliencia - 8. Recursos de	-.091	2.416	.830

	afrontamiento o resiliencia			
Par 8	9. Actividad - 9. Actividad	-.152	2.476	.728
Par 9	10. Fortaleza - 10. Fortaleza	-.121	2.315	.766
Par 10	11. Plenitud - 11. Plenitud	-.242	2.829	.626

Luego del análisis, se observan diferencias estadísticamente significativas en los ítems inversos, con una significancia para Tristeza de (.004), Rabia-Enojo (.002), Culpa (.014), Miedo (.046), Ansiedad (.013), Shock-Negación, antes y después de la intervención como lo muestra la **Tabla 3**, cumplen con la regla de decisión “Si  $p \leq 0.05$ ” por lo que se rechaza  $H_0$ .

En el caso de dependencia con una significancia de .115 no mostró diferencias significativas siendo que, al igual que los ítems activos, el grupo experimental no se concentró mucho en ellos, solicitando que se incluyera vergüenza en los talleres de intervención, estado yoico que reconocieron les causaba malestar, identificado mientras hacían el automonitoreo.

En los indicadores activos Plenitud, Fortaleza, Actividad, Resiliencia no hubo diferencias estadísticamente significativas, puede deberse a que se trabajó menos en ellos, la intervención hizo mayor énfasis en los ítems “Inversos” ya que son los que ocasionan malestar emocional y en los cuales el grupo experimental solicitó mayor apoyo.

A continuación **se responde al objetivo general** que dice: Evaluar la eficiencia de un modelo de intervención psicoterapéutico y la eficacia de una herramienta de automonitoreo dirigido a la auto regulación de las emociones y estados yoicos, se tabulan y grafican los resultados obtenidos al aplicar el Test, Movilización de las emociones y estados cognitivos, dimensión inversa Pretest-Posttest del Grupo

Experimental **Tabla 4** y Grupo Control **Tabla 5**, a través de la prueba de rangos con signo de Wilcoxon. Regla de decisión: Si  $p \leq 0.05$  se rechaza  $H_0$ ,

**Tabla 4.** Pretest-postest Grupo Experimental indicadores inversos

Estadísticos de prueba <sup>a</sup>							
	Dependencia postest - Dependencia pretest	Tristeza postest - Tristeza pretest	Enojo postest - Enojo pretest	Culpa postest - Culpa pretest	Miedo postest - Miedo pretest	Ansiedad postest - Ansiedad pretest	Negación postest - Negación pretest
Z	-.815 <sup>b</sup>	-1.912 <sup>b</sup>	-2.492 <sup>b</sup>	-2.656 <sup>b</sup>	-2.691 <sup>b</sup>	-2.546 <sup>b</sup>	-2.257 <sup>b</sup>
Sig. asintótica (bilateral)	.415	.056	.013	.008	.007	.011	.024

a. Prueba de rangos con signo de Wilcoxon

b. Se basa en rangos positivos.

**Tabla 5.** Pretest-postest grupo control indicadores inversos

Estadísticos de prueba <sup>a</sup>							
	Dependencia postest - Dependencia pretest	Tristeza postest - Tristeza pretest	Enojo postest - Enojo pretest	Culpa postest - Culpa pretest	Miedo postest - Miedo pretest	Ansiedad postest - Ansiedad pretest	Negación postest - Negación pretest
Z	-.748 <sup>b</sup>	-1.087 <sup>b</sup>	-1.268 <sup>b</sup>	-2.881 <sup>b</sup>	-1.349 <sup>b</sup>	-2.020 <sup>b</sup>	-2.752 <sup>b</sup>
Sig. asintótica (bilateral)	.454	.277	.205	.004	.177	.043	.006

a. Prueba de rangos con signo de Wilcoxon

b. Se basa en rangos positivos.

En la **Tabla 5**, se observa en el Grupo Control, algunos de los indicadores inversos, muestran diferencias estadísticamente significativas, culpa (.004), ansiedad (.043), negación (.006) (Si  $p \leq 0.05$  se rechaza  $H_0$ ), mientras que el grupo experimental tuvo diferencias estadísticamente significativas antes y después, en todos los indicadores inversos excepto dependencia

Se procede a utilizar la escala completa para el análisis de los datos por lo que se observan promedios más altos.

**Tabla 6.** Grupo control comparación pretest -postest

		<b>Rangos</b>		
		N	Rango promedio	Suma de rangos
Postest - Pretest	Rangos negativos	27 <sup>a</sup>	17.67	477.00
	Rangos positivos	7 <sup>b</sup>	16.86	118.00
	Empates	1 <sup>c</sup>		
	Total	35		

a. Postest < Pretest

b. Postest > Pretest

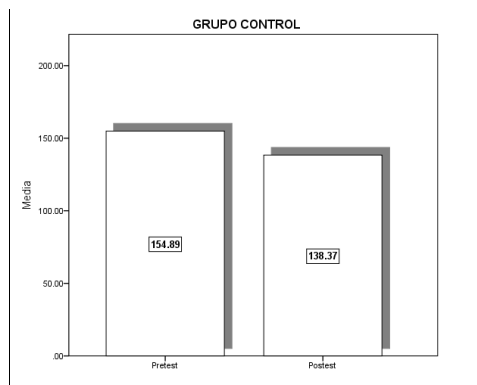
c. Postest = Pretest

**Tabla 7.** Grupo Control Estadísticos de prueba<sup>a</sup>

	Postest - Pretest
Z	-3.070 <sup>b</sup>
Sig. asintótica (bilateral)	.002

a. Prueba de rangos con signo de Wilcoxon

**Gráfica 1.** En el grupo control existen diferencias estadísticamente significativas antes y después



**Tabla 8.** Grupo Experimental: comparación pretest-postest Rangos

		N	Rango promedio	Suma de rangos
Postest - Pretest	Rangos negativos	21 <sup>a</sup>	16.64	349.50
	Rangos positivos	8 <sup>b</sup>	10.69	85.50
	Empates	0 <sup>c</sup>		
	Total	29		

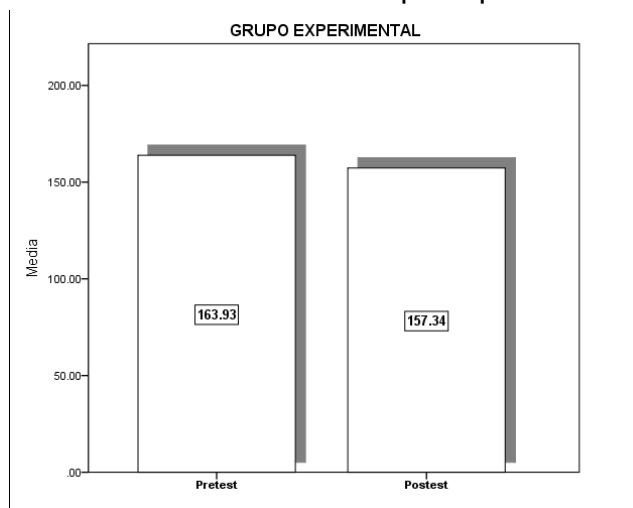
- a. Postest < Pretest
- b. Postest > Pretest
- c. Postest = Pretest

**Tabla 9.** Grupo Experimental Estadísticos de prueba<sup>a</sup>

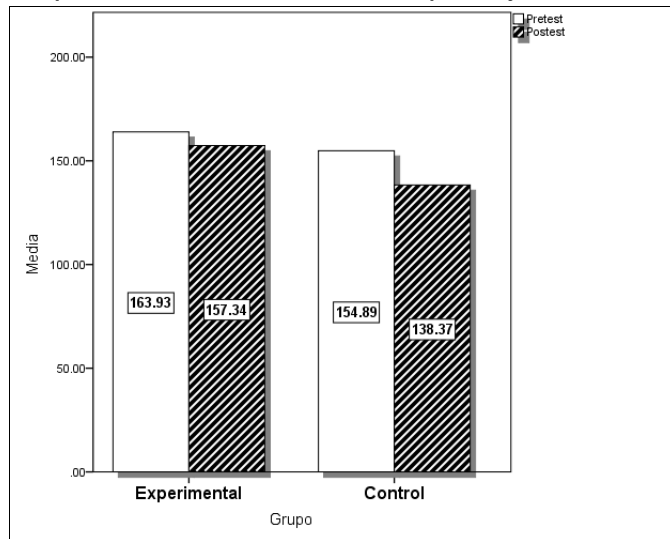
	Postest - Pretest
Z	-2.859 <sup>b</sup>
Sig. asintótica (bilateral)	.004

- a. Prueba de rangos con signo de Wilcoxon
- b. Se basa en rangos positivos.

**Gráfica 2.** Existen diferencias estadísticamente significativas antes y después de la intervención en el Grupo experimental



**Gráfica 3.** Comparación de los grupos experimental y control con pretest y posttest de promedios a través de los puntajes brutos.



La Gráfica 3, al comparar todos los datos brutos, permite observar las movilizaciones del grupo experimental y control, ambos grupos se movilaron, sin embargo, la movilización del grupo control, fue hacia una disminución de sus indicadores activos, mientras que las del grupo experimental fue aumento de los indicadores activos y disminución de los inversos, siendo esta la finalidad de la intervención propuesta.

**Tabla 10.** Resumen de los resultados obtenidos de la aplicación del Test

<i>Test, Movilización de las emociones y estados cognitivos</i>	<i>PRETEST</i>	<i>POST TEST</i>
Dimensión Inversa		
Grupo experimental	87.33 M	73.42 B
Grupo Control HB	75.34 B	67.85 B
Escala de Medición	42-83	<b>Bajo</b>
Dimensión inversa	84-125	<b>Medio</b>
	126-168	<b>Alto</b>

	<i>PRETEST</i>	<i>POST TEST</i>
Dimensión Activa		
Grupo experimental	79.28 A	84.84 A
Grupo Control HB	79.64 A	70.71 M
Escala de Medición	24 - 47	<b>Bajo</b>
Dimensión activa	48 - 71	<b>Medio</b>
	72 - 96	<b>Alto</b>

Al tener el Test utilizado un nivel ordinal, no se deben sacar promedios, sin embargo, el promedio se está colocando para que la **Tabla 10**, con esa escala, brinde una idea muy cercana a lo que está ocurriendo con los grupos.

La **Tabla 10** muestra un resumen de los datos obtenidos del Grupo Experimental y Grupo Control, comparando pretest-postest. Luego de la intervención, los indicadores emocionales activos del Grupo Experimental aumentaron y los inversos disminuyeron, mientras que en el Grupo Control, hubo disminución de los indicadores emocionales inversos pero también de los activos, **cumpliendo con el objetivo general**, se ha evaluado la intervención y presentado los resultados que sustentan, la eficiencia del modelo psicoterapéutico propuesto y la eficacia de la herramienta de automonitoreo dirigido a la auto regulación de las emociones y estados yoicos.

Se responde el **primer objetivo específico**: Determinar los componentes del modelo Psicoterapéutico.

El modelo del programa de intervención se planificó y orientó a la consecución de los objetivos, está formado por actividades sistemáticas, ordenadas de antemano para conseguir las metas previstas, se estructura en cuatro componentes.

El componente 1, contempla los instrumentos requeridos para medir la eficiencia y eficacia de la intervención, evaluación pretest, utilizando los tres instrumentos que acompañan el programa.

El componente 2, acerca de la herramienta de automonitoreo y sus características observadas.

EL componente 3, Está formado por el programa psicoterapéutico con todas sus actividades y herramientas.

El componente 4, no menos importante se centra en recoger los datos del post-test permitiendo evaluar la eficiencia del programa de intervención y la eficacia de utilizar los indicadores de la Clasificación de estados del yo, como herramienta de automonitoreo (se desarrolla en detalle en el Capítulo 4, punto 4.6 “Componentes del programa y actividades”).

Respondiendo al **segundo objetivo específico**: Mostrar el comportamiento de la Clasificación de estados del Yo, como hoja de auto monitoreo en una intervención basada en la movilización de las emociones y estados Yoicos.

Antes de cada sesión se realizó un automonitoreo de las emociones y estados yoicos, a continuación se presentan los resultados de algunas sesiones, utilizando las medias resultados de las respuestas obtenidas.

**Tabla 11.** Automonitoreo Grupo Experimental

Indicadores auto monitoreo Escala del 0 a 10 0=nada-10=todo	Pretest	Sesión 2	Sesión 4	Sesión 6
Plenitud. D. Activa	7.35	7.70	7.81	7.74
Fortaleza. D. Activa	7.79	8.22	7.84	8.11
Actividad. D. Activa	7.74	7.96	7.45	8.07
Resiliencia. Entrando a D. Activa	7.50	7.59	7.26	7.81



Dependencia. D. Inversa	4.00	2.63	3.16	3.67
Tristeza. D. Inversa	4.18	2.26	2.81	3.07
Rabia-Enojo. D. Inversa	4.32	2.70	3.03	3.30
Culpa. D. Inversa	3.76	1.59	1.74	2.07
Miedo. D. Inversa	4.56	2.81	3.00	3.59
Ansiedad. D. Inversa	5.97	4.37	4.26	5.11
Shock-Negación D. Inversa	3.15	2.04	1.94	2.15

La **Tabla 11** muestra el pretest y la evolución de los indicadores que forman la escala de automonitoreo: plenitud, fortaleza, actividad, resiliencia, dependencia, tristeza, rabia-enojo, culpa, miedo, ansiedad, shock-negación en el pretest y su evolución en las sesiones 2, 4 y 6, en la sesión 6, se observa una elevación en los indicadores inversos dependencia, tristeza, rabia-enojo, culpa, miedo, ansiedad, shock-negación, esta medición coincide con exámenes parciales, recordando que los participantes en esta investigación son estudiantes de medicina, la hoja de automonitoreo muestra los movimientos emocionales reconocidos por los participantes del grupo experimental, cumpliendo con la función para la que fue creada la hoja de automonitoreo.

La pregunta 5, de la encuesta aplicada, menciona: “De la Clasificación de estados del yo (hoja de automonitoreo) que se le ha entregado, ¿cuáles son los estados que más utiliza?”.



Otro aspecto importante de analizar con respecto a este objetivo es la comparación por dimensiones de las respuestas obtenidas en el automonitoreo (tabla 12).

**Tabla 12.** Comparativo por dimensión de las respuestas obtenidas de la pregunta 5 (Insumo cualitativo), muestra lo que los participantes creen sentir en el momento de la toma de los datos, otros posibles análisis que permite la hoja de automonitoreo.

<i>Grupo</i>	<i>ITEMS DE LA DIMENSIÓN INVERSA</i>	
	<i>INVERSOS PRETEST</i>	<i>INVERSOS POSTEST</i>
Grupo experimental	42.40%	23.80%
Grupo control HB	41.10%	32.04%

	<i>ITEMS DE LA DIMENSIÓN ACTIVA</i>	
	<i>ACTIVOS PRETEST</i>	<i>ACTIVOS POSTEST</i>
Grupo experimental	50.60%	67.60%
Grupo Control HB	56.00%	60.35%

*Nota: Comparativo por Dimensión, inversa (Suma de los ítems: Mec. de defensa, ansiedad, miedo, culpa, rabia-enojo, tristeza, dependencia), y dimensión activa (Suma de los ítems: Recursos de afrontamiento o resiliencia, actividad, fortaleza, plenitud).*

Las respuestas obtenidas de esta misma pregunta 5, ordenadas por los resultados del análisis semántico (ver anexo 8) permiten mostrar el efecto de la intervención sobre las emociones y estados yoicos medidos, englobados en dos grandes dimensiones, Inversa y Activa y comprobar el objetivo específico acerca del comportamiento de la herramienta, que ha mostrado a través de los análisis realizados ser sensible para medir la movilidad de las emociones y de los estados del yo.

El **tercer objetivo específico**, es *describir la evolución del estado emocional de los participantes del grupo experimental antes y después de la intervención*. Para cumplir con este objetivo se muestra a continuación, los resultados del análisis pretest – postest de las respuestas obtenidas del cuestionario, permitiendo ampliar sobre el aspecto que evalúa cada pregunta y observar la evolución de los estados emocionales.

Cada una de las preguntas responde a categorías y subcategorías se detallan a continuación ya que sin ellas no se puede realizar el análisis cualitativo de redes semánticas

**Tabla 13.** Categorías y subcategorías para el análisis cualitativo de redes semánticas, utilizando un software que ofrece datos sobre la frecuencia de las palabras describiendo la evolución del estado emocional de los participantes.

Categoría	Subcategoría	Ítem
Competencia emocional: Conciencia emocional	Identificación de la emoción	¿Considera usted que identifica las emociones que utiliza?
Competencia emocional: Conciencia emocional	Identificación de la emoción	¿Cuál emoción considera usted que es la que más utiliza?
Competencia emocional: Autorregulación emocional	Habilidades de afrontamiento	¿Cuál estrategia utiliza para manejar sus emociones?
Competencia emocional: Autorregulación emocional	Identificación del origen-estímulo de la emoción, estado o sentimiento	¿Identifique, en estos momentos, cual es el evento estresor en su vida, que considera significativamente mayor?
Competencia emocional: Conciencia emocional	Reconocer emociones y sentimientos	¿De la clasificación de estados del yo, que se le ha entregado, Cuales son los estados que más utiliza?
Competencia emocional: Autorregulación emocional	Habilidades de afrontamiento	¿Qué estrategias utiliza para manejar el estrés y la ansiedad?

Componente Neurofisiológico	Interacción fisiológica de la emoción	¿Ha notado que sus emociones se reflejan en su cuerpo?
Componente Neurofisiológico	Interacción fisiológica de la emoción	Identifique cómo siente en el cuerpo las emociones, Alegría, ansiedad, miedo, culpa, rabia-enojo, tristeza.

*Nota:* Esta Tabla N° ha sido elaborada por la investigadora, para mostrar que los ítems de la encuesta aplicada responden a categorías y subcategorías, esto es indispensable para el análisis semántico.

Cuando se les preguntó sobre la identificación de las emociones los estudiantes participantes contestaron.

**Tabla 14.** ¿Considera usted que identifica las emociones que utiliza?

Pretest		Posttest	
G. Experimental		G. Experimental	
Palabra o expresión	%	Palabra o expresión	%
Si	72.10%	Sí	96.80%
A veces	4.70%	Sí logro identificar	1.60%
Difícil	2.30%	Me doy cuenta	1.60%
No	2.10%		

Datos presentados como porcentaje basado en la frecuencia de la cantidad de respuestas similares, analizadas por el software de análisis semántico de acuerdo con el núcleo de la pregunta que responde a categorías y subcategorías.

Datos presentados como porcentaje basado en la frecuencia de la cantidad de respuestas similares, analizadas por un software de análisis semántico de acuerdo con el núcleo de la pregunta, categorías y subcategorías que responden a los objetivos de la investigación, se observa un aumento significativo entre el pre y posttest en el grupo experimental de 72,10% a 96.80%.

Como se puede observar en la Tabla N° 14, del pretest se obtuvieron respuestas del grupo experimental como “A veces”, “difícil”, “no”, en el posttest las respuestas del grupo experimental fueron: “Sí”, “Sí logro identificar”, “Me doy cuenta”.

La teoría explica que para autorregular las emociones, primero hay que identificarlas, aquellos que tienen más éxito en la identificación y autorregulación de las emociones, experimentan relaciones de mayor calidad y menos conflictos interpersonales, permite una reevaluación y menos tensión en las relaciones con los demás, la toma de conciencia de las emociones, implica que la persona concentre su objetivo de regulación emocional en sí mismo, la persona que regula y el objetivo de regulación son la misma persona, entendiendo por objetivo, hacia donde se dirigen las intenciones del regulador (Reeck, Ames & Ochsner, 2016).

Se consideró importante comprender ¿cuál de las emociones de los estudiantes es la más frecuente durante su vida cotidiana? y el resultado fue el siguiente.

**Tabla 15.** ¿Cuál emoción considera usted que es la que más utiliza?

Pretest		Posttest	
G. Experimental		G. Experimental	
Palabra o expresión	%	Palabra o expresión	%
Ansiedad	14.60%	Alegría	20.80%
Alegría	12.20%	Ansiedad	11.30%
Actividad	9.80%	Miedo	11.30%
Fortaleza	7.30%	Fortaleza	9.40%
Felicidad	7.30%	Enojo	9.40%
Enojo	7.30%	Felicidad	7.50%
Preocupación	4.90%	Plenitud	5.70%
Tristeza	4.90%	Tristeza	5.70%
Plenitud	4.90%	Rabia	5.70%
Amor	4.90%	Actividad	1.90%

Emociones y estados yocicos escogidos libremente por los participantes al responder a la pregunta, los resultados se obtienen de un software de análisis de redes semánticas que responde a las categorías y subcategorías elaboradas previamente (Tabla N° 7), el resultado se muestra en porcentaje de la frecuencia de las respuestas.

El propósito de esta pregunta será dirigir la intención de los participantes hacia sí mismos, en un ejercicio de identificación de sus estados emocionales y obtener las respuestas de su auto exploración. En el posttest del grupo experimental, la ansiedad cambia del primer puesto en el pretest, al segundo puesto en la frecuencia de respuestas obtenidas. La emoción identificada en el pretest como de mayor uso es ansiedad y en el posttest alegría.

Referente a las estrategias que utilizan los estudiantes para manejar sus emociones, se obtuvo que:

**Tabla 16.** ¿Cuál estrategia utiliza para manejar sus emociones?

Pretest		Posttest	
G. Experimental		G. Experimental	
Palabra o expresión	%	Palabra o expresión	%
Respirar	5.20%	Respirar	3.80%
Pensar	5.20%	Relajarme	2.90%
Música	4.30%	Meditar	2.90%
Escuchar	3.50%	Resiliencia	1.90%
Ninguna	1.70%	Salir	1.90%
Ejercicio	1.70%		
Algo	1.70%		

Datos presentados como porcentaje basado en la frecuencia de la cantidad de respuestas similares, analizadas por el software de análisis semántico de acuerdo con el núcleo de la pregunta, categorías y subcategorías que responden a los objetivos de la investigación.

Esta pregunta se asocia con la actividad 8 del programa de intervención que menciona “Elaborar una lista (inventario) de sus recursos internos y externos de afrontamiento, identificar y revisar la eficacia de las herramientas que utiliza para reajustarse y salir airoso de las adversidades”, el resultado de esta actividad es

medida a través del indicador “Resiliencia y recursos de afrontamiento” del Test y de la hoja de automonitoreo, fue necesario incluirla para validar la efectividad del programa de intervención. Los resultados demuestran que al explorar por medio de la pregunta: ¿Cual estrategia utiliza para manejar sus emociones?, haciendo referencia a las acciones que toman los participantes, destinadas a regular sus emociones y sentimientos, antes de la intervención, la estrategia más utilizada es respirar en el mismo porcentaje que pensar. Luego de la intervención, la más utilizada es respirar e incluyeron opciones nuevas como relajarme, meditar y salir como la menos utilizada. Esto permite argumentar que han revisado y algunos modificado sus estrategias de afrontamiento.

La regulación y desregulación de las emociones, se ha vuelto importante en las intervenciones psicoterapéuticas, los modelos de intervención que se trabajan con la regulación de las emociones, han abierto perspectivas prometedoras, menciona Gross (1998), que las primeras estrategias que se ponen en acción en dos tiempos refieren a, intentar modificar la situación antes de que provoque la respuesta emocional o, una vez que ya se encuentra dentro de la situación, las estrategias tendrán el objetivo de cambiar el impacto emocional (centrada en el antecedente o centrada en la respuesta), otras estrategias a las que se hace referencia son las de cambio cognitivo, intentando cambiar la forma en la que se procesa cognitivamente el evento (Braunstein, Gross, & Ochsner, 2017).

Estudios en un grupo de personas con trastorno de estrés post traumático, muestran el uso del mecanismo de defensa evitación como el más común, aun cuando se le reconoce como una estrategia desadaptativa de regulación de la emoción (Short, Boffa, Clancy, & Schmidt, 2018).

Por lo antes mencionado era relevante analizar cuál es el evento estresor en la vida de los estudiantes, y se obtuvo los siguientes datos.



**Tabla 17.** Identifique en estos momentos, ¿cuál es el evento estresor en su vida, que considera significativamente mayor?

Pretest		Postest	
G. Experimental		G. Experimental	
Palabra o expresión	%	Palabra o expresión	%
Universidad	24,2%	Universidad	19.30%
Familia	4.80%	Parcial	12.30%
Carrera	4.80%	Carrera	3.50%
Padres	3,2%	Estudios	3.50%
Estudios	3,2%	Aprobar	3.50%
Salir mal	3,2%	Materias	3.50%
Algo	1,6%	Padres	1.80%
Aprobar	1,6%	Familiares	1.80%

Datos presentados como porcentaje basado en la frecuencia de la cantidad de respuestas similares, analizadas por el software de análisis semántico de acuerdo con el núcleo de la pregunta, categorías y subcategorías que responden a los objetivos de la investigación.

Se puede observar que los participantes del grupo experimental identifican en el pretest como en el postest, que la mayoría de sus estresores están relacionados con la universidad, se obtuvieron otras respuestas que también se relacionan directamente con la carrera que estudian, como son: salir mal en los estudios, pagar la universidad, salir mal en las materias, pagar deudas, poder cumplir las expectativas de los padres, se requiere trabajar en la percepción de la universidad y lo relacionado con los estudios de la carrera, como un estímulo aversivo y considerar intervenciones como el programa que aquí se propone, para el desarrollo de habilidades eficaces de afrontamiento que les permitan encontrar el significado de los acontecimientos estresantes (Labrague y otros, 2016).

También se les preguntó a los estudiantes ¿cuáles son los estados del yo que más utilizan?. En el postest, el indicador ansiedad, uno de los mas utilizados, disminuye a la mitad mientras que la resiliencia en el pretest de 5.20, aumenta a 12.50, indicando el trabajo interno de los participantes dirigido hacia los indicadores mas activos.

**Tabla 18.** ¿Cuáles son los estados que más utiliza?

Pretesten el post test		Postest	
G. Experimental		G. Experimental	
Palabra o expresión	%	Palabra o expresión	%
Actividad	18.60%	Actividad	21.30%
Fortaleza	18.60%	Fortaleza	17.50%
Ansiedad	13.40%	Ansiedad	7.50%
Plenitud	8.20%	Plenitud	12.50%
Miedo	7.20%	Miedo	2.50%
Tristeza	6.20%	Tristeza	2.50%
Resiliencia	5.20%	Resiliencia	12.50%
Dependencia	5.20%	Dependencia	3.80%
Culpa	5.20%	Culpa	3.80%
Enojo	5.20%	Enojo	7.50%

Esta Tabla N° muestra el reconocimiento que hace cada persona de su estado yoico, se infiere que, por el uso de mecanismos de defensa, les es más sencillo identificar los indicadores activos, que hacer contacto con el malestar emocional que produce revisar los indicadores inversos (Schauenburg, Willenborg, & Ehrental, 2010).

En el modelo de intervención propuesto, la actividad 8 trabaja en la resiliencia, recursos internos y externos de afrontamiento, cumpliendo con el **cuarto objetivo específico** que menciona: Registrar la intervención basada en el modelo propuesto y el automonitoreo, se incluye esta pregunta ¿Qué estrategias utiliza para manejar el estrés y la ansiedad?

Autores mencionan que, en el proceso de autorregular las emociones, las personas ponen en funcionamiento estrategias, que muestran sus habilidades para afrontar los estados de sus sentimientos, algunos utilizan actos auto complacientes como consumo de alcohol, en otras ocasiones afrontamiento dirigido a la acción, estrategias conductuales, como hacer deporte o alejarse de las situaciones, otros toman acciones de tipo mental como, evaluar la situación o pensar en otra cosa (Morris & Reilly, 1987; Company, Oberst, & Sánchez, 2012).

En el postest, el grupo experimental, incluye una respuesta que se relaciona con el programa de intervención, en donde se enseñó a los participantes a “volver a lo básico” y “respirar profundo”, actividades sencillas mientras se utiliza atención plena y se valoran las cosas simples de la vida.

**Tabla 19.** ¿Qué estrategias utiliza para manejar el estrés y la ansiedad?

Pretest		Postest	
G. Experimental		G. Experimental	
Palabra o expresión	%	Palabra o expresión	%
Escuchar música	2.70%	Respirar profundo	3.60%
Respirar profundo	2.70%	Escuchar música	2.20%
Hacer ejercicio	1.30%	Volver a lo básico	2.20%
Hablar con familia, amigos	1.30%	Hacer ejercicio	2.20%
Comer mucho	1.30%	Dormir	1.50%
Ver tv	1.30%	Ver televisión	1.50%
Estar con las mascotas	1.10		
Dormir	0.90		

Respondiendo al seguimiento de la Actividad 2 del modelo de intervención propuesto, se centra en el componente fisiológico de las emociones y como ejercicio se solicitó a los participantes “Identificar el reflejo de las emociones en el cuerpo”, la actividad tiene como meta que los participantes relacionen las emociones con los procesos fisiológicos y su afectación en el cuerpo (Cap IV. Cuadro 2).

Los resultados indican que los participantes del grupo experimental fueron más específicos en el postest y hubo mayor porcentaje de la respuesta Si.

**Tabla 20.** ¿Ha notado que sus emociones se reflejan en su cuerpo?

Pretest		Postest	
G. Experimental		G. Experimental	
Palabra o expresión	%	Palabra o expresión	%
Si	12,1%	Si	37.50%
No	1,6%	Aumento de peso	5%
A veces	1,6%	Tiemblo	1.30%
Mucho si	1,6%		

Continuando con seguimiento al componente fisiológico de las emociones complementa la pregunta anterior al ser más específica y llevar a los participantes a la toma de conciencia emoción-cuerpo, en base a los datos obtenidos, los estudiantes toman conciencia del malestar corporal que experimentan producto de las emociones y sentimientos.

Es en este camino de manifestar la tensión a través del cuerpo, que en ocasiones la descarga no ocurre, sino que se reprime, manifestándose en el cuerpo y no en el mundo a través del cuerpo. Como se observa, todo el cuerpo procesa y entiende

a nivel conductual y neuronal las señales emocionales y afectivas. Estos resultados y análisis fundamentados en las bases teóricas muestran a las emociones y su relación con eventos fisiológicos y funciones psíquicas (Pichon-Riviére, 1980; Gelder, Borst, & Watson, 2015).

El reconocimiento de las emociones y su consecuencia fisiológica, la necesidad del adecuado manejo emocional es esencial en salud mental, las personas diagnosticadas con trastornos afectivos presentan poca claridad y poca consciencia del estado de sus emociones, falta de aceptación emocional, y estrategias evitativas de regulación emocional entre otros cuadros relacionados con la conciencia emocional (Hervás & Jódar, 2008).

Investigaciones han demostrado que las emociones tienen una fuerte incidencia sobre la salud, la mala gestión de las emociones repercute sobre los sistemas, inmunitario, nervioso, endocrino, o cardiovascular. La salud basada en las emociones obliga a hacer programas de entrenamiento en el desarrollo de habilidades dirigidas a la adecuada gestión de estas (Bris Pertíñez, Valiente, & García, 2018).

Se mencionan investigaciones en el tratamiento del dolor y sus trabajos con procedimientos basados en el manejo del estrés psicológico, comprobando ser eficaz en la disminución del dolor crónico (Ouchi y otros, 2019).

Hay evidencia de que cuando las personas identifican y aceptan sus emociones negativas, sin juzgarlas, ni rumiarlas, estas tienden a ser de menor duración, siguiendo su curso natural de desactivación, la aceptación debe promover niveles más bajos de emoción negativa, no ocurriendo lo mismo con las emociones positivas, las preguntas de la encuesta llevan al ejercicio de identificación del propio estado físico y emocional (Ford, Lam, John, & Mauss, 2018).

**Tabla 21**

Pregunta 8. <i>Identifique cómo siente en el cuerpo las emociones: alegría, ansiedad, miedo, culpa, rabia-enojo, tristeza.</i>			
Pretest		Posttest	
G. Experimental		G. Experimental	
Palabra o expresión	%	Palabra o expresión	%
Nervios dolor de cabeza	3.75	Dolor de cabeza	1.70%
Ganas de hacer nada	1.20	Me engordo	0.60%
Me muerdo el labio	1.20	Pesadez en el cuerpo	0.30%
Temblor en las manos	1.10	Falta de actividad	0.30%
Me quita el hambre	0.90	Tiemblo	0.30%
Dolor de cabeza malestar	0.90	Falta de hambre	0.30%
Cuerpo hinchado	0.90	Dolor en el pecho	0.30%

A continuación, se utilizan gráficas y tablas para registrar la intervención basada en el modelo propuesto y el automonitoreo como lo menciona el cuarto objetivo específico.

Cada indicador del instrumento muestra el uso de la emoción en el instante del paso al acto, observable a través de un comportamiento, un gesto, o la elección de una respuesta, aun cuando las emociones y estados yoicos, están superpuestos como posibilidades impermanentes, o una superposición de alternativas en cada sujeto, solo se elige una para poder pasar al acto (en un proceso de elección). Siempre que hay una medición u observación en un sistema el estado se reduce, permitiendo asignar valores a lo que una vez fue una posibilidad (Hameroff & Penrose, 2014).

Se pasa a ordenar en tablas y graficar los resultados obtenidos por indicador tanto los obtenidos de la clasificación de estados del Yo, como los obtenidos del test Movilización de la emociones y estados cognitivos permitiendo registrar lo que los participantes creen sentir y compararlo con los resultados del test validado, que muestra lo que en verdad sienten o están movilizando, la diferencia entre ambos es lo que permite al Psicoterapeuta enfocar o redirigir la intervención.

Los resultados de la Clasificación de estados del Yo, muestra las emociones y estados yoicos que los participantes creen identificar en ellos mismos, versus el contraste con el Test validado, Movilización de las emociones y estados cognitivos, que permite acceder al movimiento real de sus emociones y sentimientos como lo muestra la **Tabla N° 22**.

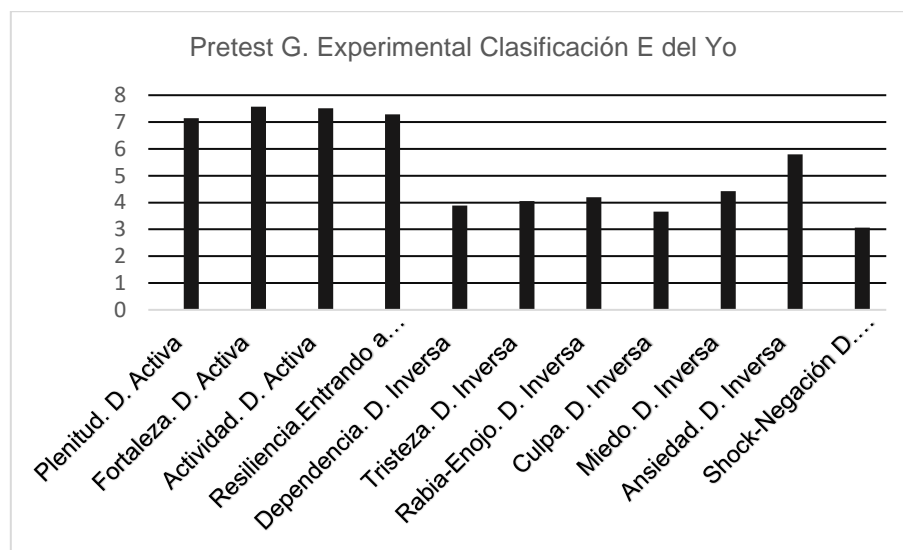
**Tabla 22.** Pretest grupo experimental se muestran los resultados por indicador de ambos test. Baremos: Para la Clasificación se usa la escala EVA (1-3 Leve Moderado, 4-6 Moderado Alto, 7-10 Alto), Test, escala (6 – 12 bajo 13 – 18 medio 19 – 24 alto).

Total, por Indicador Pretest G. Experimental		
Indicadores	Clasificación	Test Movilización de las emociones
Plenitud. D. Activa	7.14	20.53
Fortaleza. D. Activa	7.57	19.28
Actividad. D. Activa	7.51	18.53
Resiliencia. Entrando a D. Activa	7.29	20.94
Dependencia. D. Inversa	3.89	11.47
Tristeza. D. Inversa	4.06	10.59
Rabia-Enojo. D. Inversa	4.20	12.88
Culpa. D. Inversa	3.66	15.63
Miedo. D. Inversa	4.43	14.43
Ansiedad. D. Inversa	5.80	11.05
Shock-Negación D. Inversa	3.06	11.28

*Nota:* Resultados por indicador del Pretest aplicado al Grupo Experimental, muestra los resultados de ambos instrumentos utilizados para medir los mismos indicadores y observar la coherencia de ambos resultados y el uso de las emociones y estados cognitivos de los participantes.

La **Gráfica 4**, muestra los resultados organizados en la **Tabla N° 22** por indicador del pretest aplicado al grupo experimental, se grafican con la intención de observar los movimientos emocionales por indicador al aplicar la Clasificación de Estados del Yo, como herramienta que permite el auto monitoreo de las emociones, se observa, que los sujetos identifican su malestar emocional como “ansiedad”, sin embargo, la **Gráfica N° 5**, presenta los resultados obtenidos del test evidenciando que lo que realmente experimentan los sujetos es miedo y culpa.

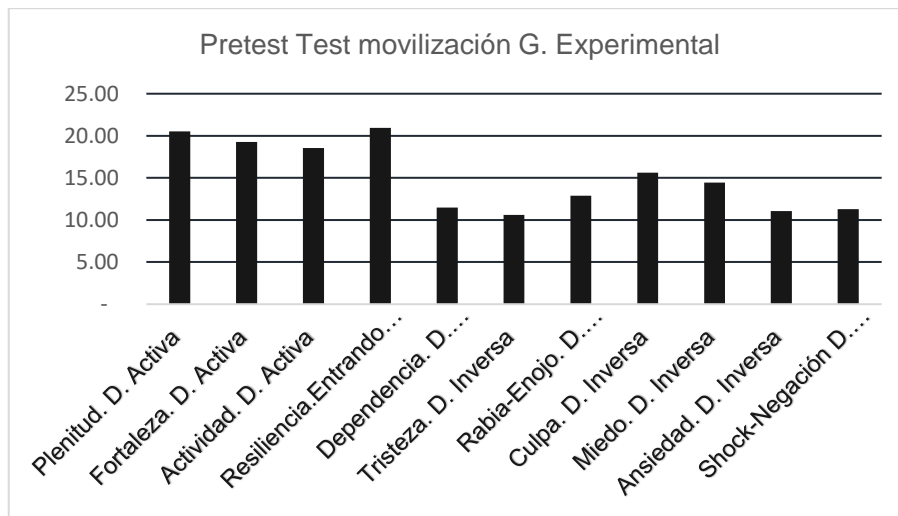
**Grafica 4.** Resultado por indicador de los ítems que forman la Clasificación de Estados del Yo, obtenidos de la aplicación del pretest al grupo experimental, ordenados en la **Tabla N° 22**



La **Gráfica 5**, muestra los resultados por indicador (**Tabla 22**) del pretest movilización de las emociones y estados cognitivos, aplicado al grupo experimental, se grafican con la intención de observar los movimientos emocionales por indicador, y tener una referencia para medir el efecto que ocasiona la intervención en la muestra.



**Gráfica 5.** Resultado obtenido por indicador de los ítems al aplicar al grupo experimental el Test Movilización de las emociones y estados cognitivos ordenados en la **Tabla N° 22**.



Se observa en la **Gráfica 4**, en los resultados de la Clasificación, un puntaje elevado en ansiedad, sin embargo, al comparar con la **Gráfica 5**, se observa a los indicadores culpa y miedo más elevados que el indicador ansiedad, lo que permite inferir que la causa del malestar emocional es culpa y miedo, sin embargo los participantes lo definen como ansiedad. En los indicadores de la dimensión activa en la **Gráfica 4**, los niveles más elevados en la Clasificación son fortaleza y actividad, al comparar los resultados con la **Gráfica 5** del test validado, el nivel más elevado pertenece al indicador resiliencia o recursos internos de afrontamiento, permite hacer la interpretación de que los participantes creen estar utilizando fortaleza y actividad, sin embargo, lo que están movilizando es su resiliencia y recursos internos de afrontamiento.

La **Tabla 23** presenta los valores obtenidos total, por Indicador Postest G. Experimental, al aplicar ambos test que miden los mismos indicadores, con baremos de corrección diferentes, la Clasificación evoluciona del Test Movilización de las emociones y estados cognitivos, con la intención de que sea una herramienta sencilla y económica, que sirva de auto monitoreo,

brindando un aporte en el desarrollo de habilidades y competencias emocionales dirigidas a la identificación y autorregulación de las emociones y los estados cognitivos de las personas.

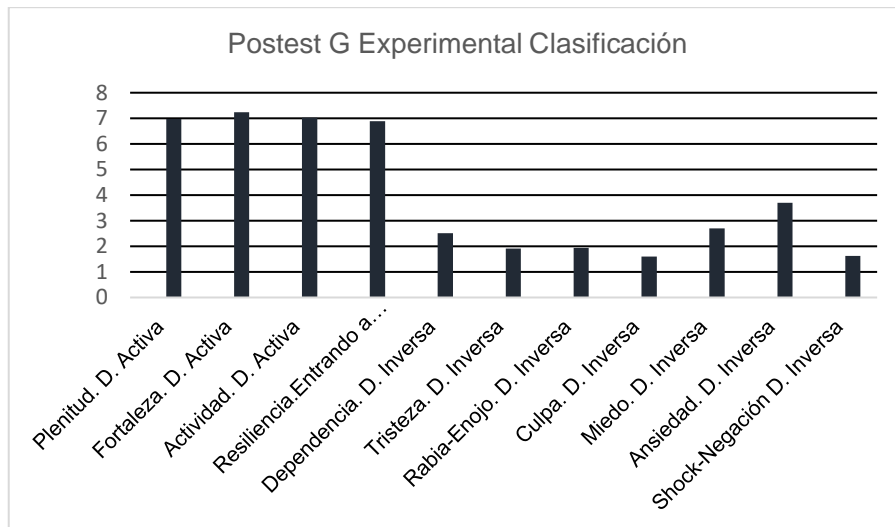
**Tabla 23.** Resultados obtenidos del Postest al aplicar ambas escalas de medición al grupo Experimental. Baremos: Para la Clasificación se utiliza la escala EVA (1-3 Leve Moderado, 4-6 Moderado Alto, 7-10 Alto), Test, escala (6 – 12 bajo 13 – 18 medio 19 – 24 alto).

Total, por Indicador Postest G. Experimental		
Indicadores	Clasificación	Test Movilización de las emociones
Plenitud. D. Activa	6.98	21.08
Fortaleza. D. Activa	7.24	20.50
Actividad. D. Activa	7.02	19.44
Resiliencia. Entrando a D. Activa	6.89	23.82
Dependencia. D. Inversa	2.51	9.76
Tristeza. D. Inversa	1.91	9.26
Rabia-Enojo. D. Inversa	1.94	10.55
Culpa. D. Inversa	1.60	12.94
Miedo. D. Inversa	2.70	11.70
Ansiedad. D. Inversa	3.70	9.50
Shock-Negación D. Inversa	1.62	9.71

Datos por indicador, permite apreciar el efecto del programa de intervención en los resultados obtenidos.

La **Gráfica 6** presenta, los resultados obtenidos por indicador y ordenados en la **Tabla 23**, al aplicar el Postest de la herramienta de auto monitoreo Clasificación de estados del Yo, en donde se observa una disminución de los ítems inversos y del indicador ansiedad.

**Gráfica 6.** Resultados ordenados en la **Tabla 23** obtenidos al aplicar la Clasificación de Estados del Yo, al Grupo Experimental. El ítem Ansiedad en el pretest presentó una medición de 5,80, mientras que, en el postest, se observa disminución de la ansiedad con una media de 3,70.

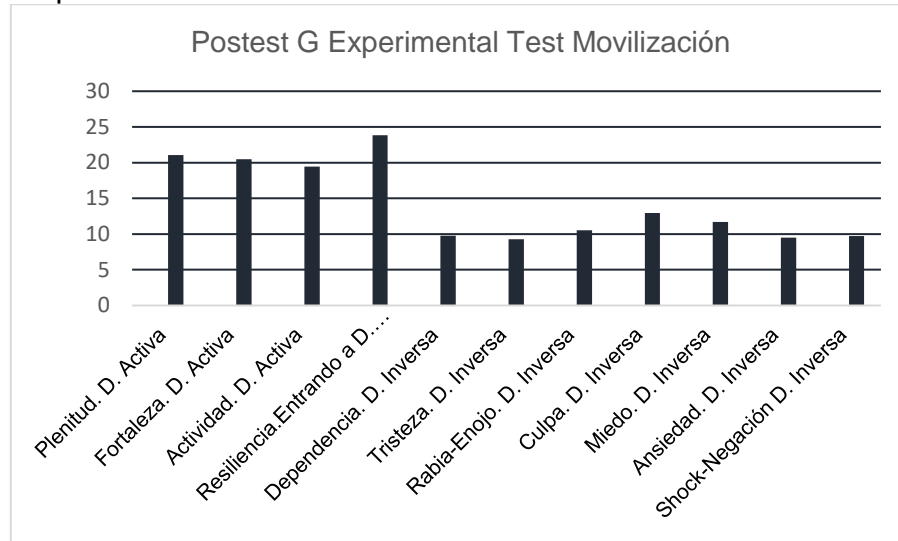


La **Gráfica 7**, brinda el insumo para comprender a través de los resultados obtenidos del test movilización de las emociones ordenados en la **Tabla 23**, un aporte: lo que los participantes del grupo experimental definen como fortaleza, en la clasificación de estados del Yo, es en realidad uso de la resiliencia, y el malestar emocional que califican como ansiedad, cuando responden la clasificación de estados del Yo (Gráfica N° 3) se sitúa en los resultados del test movilización de las emociones, como miedo y culpa. Los resultados muestran como hallazgo, que, en el plan de intervención, se debe reforzar la identificación de la emoción y estados yoicos, como paso esencial que antecede a la adecuada gestión de las emociones.

La **Gráfica 7**, permite observar, los valores obtenidos de la aplicación postest del Test Movilización de las emociones y estados cognitivos, se puede apreciar la disminución del indicador ansiedad y el consecuente aumento del uso del indicador resiliencia respecto al pretest, indicando que los sujetos están haciendo

uso de sus recursos internos y externos de afrontamiento para el manejo del malestar emocional, que ellos relacionan con ansiedad.

**Gráfica 7.** Resultados ordenados en la **Tabla 23** obtenidos del postest al aplicar al grupo experimental el test validado movilización de las emociones.



Seguidamente se da respuesta a la pregunta de investigación **¿Cómo contribuir a enriquecer la evaluación, medición e intervención psicoterapéutica del manejo de las emociones?**

Las Tablas N° 24 y 25 a continuación, se elaboran con la intención de revisar la mayor o menor dispersión de los datos y así observar el comportamiento de la clasificación de estados del Yo como herramienta de automonitoreo, que ha servido de apoyo y complemento en el seguimiento del programa de intervención aquí propuesto, para este fin, se muestra el coeficiente de variación por dimensión de los datos obtenidos del grupo experimental.

El interés de observar la variabilidad reside en comparar la representatividad de las medias obtenidas al medir con el test validado “movilización de las emociones y estados cognitivos” y la medición con la herramienta de automonitoreo

Clasificación de estados del Yo, que se utiliza por primera vez en esta investigación.

Si los resultados aquí obtenidos del test validado y de la Clasificación son similares se pretende demostrar la validez de criterio de la Clasificación, misma que se obtiene cuando una prueba se compara con otra ya validada y se comporta de manera similar.

Estas tablas también permiten demostrar el beneficio de la intervención aquí realizada, ya que el Grupo experimental presenta una significativa disminución en los indicadores inversos, así como un aumento en los indicadores activos.

**Tabla 24** Coeficiente de variación, dimensión inversa G. Experimental.

Grupo	Media	Desv. Típica	Coeficiente de Variación (CV)
Pretest Clasificación	4.20	0.8	20%
Pretest. Test Movilización	12.48	1.91	15%
Postest Clasificación	2.28	0.75	33%
Postest Test Movilización	10.49	1.36	13%

Los resultados obtenidos del coeficiente de variación en la dimensión activa muestran estabilidad alta, por consiguiente, la media de la dimensión activa es muy representativa, algunos valores muestran variabilidad nula y otros con baja variabilidad, según Pajarez (s.f), un resultado menor igual al 10% es indicador de que existe poca variabilidad, hasta un 33% una variabilidad aceptable (Pajares Ruiz, s.f).

**Tabla 25.** Coeficiente de variación, dimensión activa G. Experimental

Grupo	Media	Desv. Típica	Coeficiente de Variación (CV)
Pretest Clasificación	7.4	0.2	0.0%
Pretest. Test Movilización	19.82	1.11	6%
Postest Clasificación	7.03	0.15	2%
Postest Test Movilización	21.21	1.87	9%

Los resultados obtenidos del test movilización de las emociones y estados cognitivos muestran mayor estabilidad, mientras que se observa una estabilidad aceptable para la clasificación de estados del Yo (Gorgas, Cardiel, & Zamorano, 2011), sin embargo, la intención de la clasificación de estados del Yo es, ser un instrumento de automonitoreo y seguimiento en el entrenamiento del auto conocimiento y auto regulación de las emociones.

Se ha respondido a la pregunta de investigación ¿Cómo contribuir a enriquecer la evaluación, medición e intervención psicoterapéutica del manejo de las emociones?

Se ha demostrado la utilidad y la ventaja en la intervención psicoterapéutica, así como la eficacia de las herramientas de evaluación, hoja de automonitoreo elaborada con la escala de “Clasificación de estados del yo”, el Test validado de movilización de las emociones y estados cognitivos y la encuesta utilizada, se ha mostrado los diferentes análisis que se pueden hacer con estos instrumentos de evaluación y la riqueza de datos confiables que se obtienen de su aplicación.

Se ha brindado consistente evidencia a través de los análisis aquí presentados de la eficiencia del modelo de intervención psicoterapéutico utilizado y la eficacia de

las herramientas de medición y seguimiento dirigidas a la auto regulación de las emociones y estados yoicos.

Se demostró la validez de criterio y la validez predictiva ya que la Clasificación como hoja de automonitoreo y acompañada del Test, permiten predecir si hay tendencia al desarrollo de síntomas o hacia la normalidad.

## Conclusiones

- Se comprobó y aceptó la Hipótesis de investigación ( $H_i$ ), ya que los resultados observados antes y después de la intervención basada en la regulación de las emociones, muestran disminución de los indicadores emocionales y estados yoicos que conforman la dimensión inversa (i) del Test y de la “Clasificación de estados del yo”, en los participantes del grupo experimental, en el postest ( $X_{d_i}$ ), en comparación con el pretest ( $X_{a_i}$ ), siendo  $a_i$ =antes indicadores inversos /  $d_i$ =después indicadores inversos (Ver Tabla. 3. Diferencias emparejadas G. Experimental. prueba estadística Wilcoxon).
- Se implementó y midió la eficiencia del programa de intervención propuesto y la eficacia de un instrumento de auto monitoreo de las emociones, llamado “Clasificación de los estados del Yo”, los resultados respondieron a cada uno de los objetivos específicos y se comprobó la Hipótesis de investigación lo que permitió el logro del objetivo general, se diseñó el modelo de intervención con sus componentes, respondiendo al primer objetivo específico Determinar los componentes del modelo Psicoterapéutico (Capítulo 4, punto 4.6 “Componentes del programa y actividades”), se aplicó y se comprobó el beneficio en los participantes intervenidos Explicado en el Capítulo V.
- El grupo experimental, en los indicadores activos Plenitud, Fortaleza, Actividad, Resiliencia no tuvo diferencias estadísticamente significativas, como se observa en los ítems inversos, antes y después de la intervención como lo muestran los resultados obtenidos de los análisis estadísticos, pudo deberse a que los indicadores de la dimensión inversa, ocasionan



malestar emocional, por lo que la intervención se concentró más en ellos (Ver Tabla N° 3).

- EL Grupo Control tuvo mayor movilidad en todos los ítems tanto inversos cómo activos, disminuyeron ambas dimensiones (Ver Tabla 10), al no tener el beneficio de la intervención, movilizaron ambas dimensiones ante la posición en la que se encontraban de ser el Grupo Control (Ver pág. 96).
- Quedó ampliamente demostrada, la ventaja que ofrece utilizar la Clasificación de estados del Yo, como hoja de automonitoreo en una intervención basada en las emociones, sentimientos y estados yoicos, cumpliendo con el segundo objetivo específico *mostrar el comportamiento de la clasificación como herramienta de automonitoreo* (Ver Tablas 11 y 12, imágenes 7 y 8).
- La clasificación de estados del Yo ha sido eficaz como herramienta de automonitoreo y al contrastar los resultados obtenidos de la Clasificación y los obtenidos del Test, permite identificar en cada uno de los participantes del programa los indicadores que se deben reforzar durante la intervención, el instrumento de monitoreo tiene la particularidad de mostrar lo que el paciente cree sentir, facilitando focalizarse en los esquemas de pensamiento (Ver Gráficas 4 a la 7).
- A partir de la integración de los resultados obtenidos utilizando diferentes técnicas de análisis tanto cuantitativas como cualitativas, los resultados obtenidos exponen, que la “Clasificación de Estados del Yo” mostró ser sensible a la configuración que hacen las personas de sus estados emocionales, permitiendo valorarlos, demostrando que la herramienta es adecuada para lo que fue creada ya que cubre los dominios apropiados necesarios para monitorear el avance y efectividad del programa de intervención basado en las emociones, sentimientos y estados yoicos.

Con el análisis semántico se validó la validez de contenido, la validez de criterio se confirmó al compararla con el test validado obteniendo resultados similares y mostrando validez predictiva (Ver Tablas 18, 22 a la 25).

- El análisis de las respuestas obtenidas a través de la encuesta demostró que los participantes, identificaron la cadena de eventos fisiológicos relacionados con la activación de las emociones, así como la cadena de eventos cognitivos que los activa cumpliendo con uno de los objetivos y actividades del programa de intervención (Ver Cuadro N°2, Tablas 20 y 21).
- En los resultados obtenidos se aprecia la dificultad de los participantes al identificar adecuadamente sus estados yoicos, emociones y sentimientos, en las respuestas definieron el malestar emocional que sentían como ansiedad, sin embargo, los resultados arrojaron que el malestar era ocasionado por la emoción básica miedo y el estado yoico culpa (Ver Gráficas 4 a la 7).
- Las bases teóricas psicopedagógicas (Cuadro 1) mencionan que un período de intervención de nueve semanas es corto para el desarrollo de competencias, sin embargo, basado en los resultados del análisis mixto, la intervención si permitió en ese tiempo reforzar habilidades y obtener los participantes, el conocimiento dirigido a la adecuada auto gestión emocional (Ver Tablas 11 a la 23).
- Como parte de la intervención los participantes realizaron aproximadamente 12 automonitoreos, como consecuencia, aprendieron a identificar sus estados yoicos, manifestando que en ocasiones sentían

vergüenza y el indicador no estaba en la hoja de automonitoreo que es la clasificación de estados del Yo y tampoco está contemplada en el Test movilización de las emociones y estados cognitivos (Observaciones realizadas por los participantes durante las actividades).

## RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES

### Recomendaciones

- Como recomendación, los programas para el desarrollo de las competencias emocionales deberían formar parte de las propuestas curriculares educativas.
- Se recomienda considerar a las investigaciones centradas en los movimientos emocionales como prioridad, tomando en cuenta su directa relación con eventos funcionales orgánicos que impactan en la salud de la población, sobrecargando los sistemas de atención para la salud, así como su impacto en el comportamiento y relación con psicopatologías.
- La Clasificación de estados del Yo, utilizada como hoja de automonitoreo en conjunto con el test Movilización de las emociones y estados cognitivos, abre la posibilidad de futuras líneas de investigación con otras poblaciones y tipos de estudio como el comparativo o relacional.
- De los resultados obtenidos y ordenados se ha conseguido una riqueza de datos que permiten cuantitativa y cualitativamente aceptar la eficacia de la Clasificación de estados del Yo, se ha evaluado el Test validado, que luego de esta investigación entra en revisión para actualizarlo incluyendo el ítem Vergüenza solicitado por los participantes y un elemento más que brinde una quinta opción neutra en las respuestas que le permita a las personas que responden el test no tener una postura y a la vez amplíe las posibilidades de análisis estadísticos haciendo ambos instrumentos más robustos.

### Limitaciones

- Los estudios de las emociones humanas, aún no están ampliamente comprendidos, se reconoce, el potencial de las señales fisiológicas asociadas a los cambios emocionales, para ampliar estos estudios, se ha utilizado electroencefalograma, y otros medidores como biosensores y

biomarcadores de cambios fisiológicos, a nivel mundial, se pretende ampliar estos estudios, en la mayoría de las investigaciones, se utilizan estímulos visuales, o auditivos para observar las reacciones emocionales y los eventos fisiológicos relacionados, sin embargo, la mayoría de los estudios son teóricos (Liu, y otros, 2018).

- Una limitación de la investigación fue el período de la intervención de 9 semanas, que es apropiado para obtener conocimiento y desarrollar habilidades, sin embargo, se requiere mayor tiempo de seguimiento a los participantes para el establecimiento de las competencias emocionales relacionadas con la calidad y eficacia de la autogestión, integrando el saber conocer, saber hacer, saber ser y saber convivir.
- Las herramientas utilizadas ofrecen amplias posibilidades de análisis, una de las limitaciones de esta investigación fue delimitarla a observar el comportamiento de los instrumentos y los beneficios del programa de intervención, la Clasificación de estados del Yo, muestra al utilizar estadística descriptiva, mejor desempeño por indicador que por dimensión, ya que por dimensión solo se tienen 4 y 7 medidas y son cantidades pequeñas a la hora de observar índice de confiabilidad u otras medidas estadísticas.
- Los participantes manifestaron una limitación de los instrumentos utilizados y es que no miden el estado yoico “vergüenza”, lo que obliga a la investigadora como creadora de los instrumentos a actualizarlos para incluir el indicador solicitado, ya que no se contradice con las bases teóricas

## Referencias Bibliográficas

- Abarca, R. A. (2014). *Análisis cualitativo con el ATLAS. ti*. Costa Rica: Universidad de Costa Rica.
- Albarrán, L., & Macias, T. (2007). Aportaciones para un modelo psicoeducativo en el servicio de psiquiatría del Hospital Civil Fray Antonio Alcalde en Guadalajara, Jalisco, México. (Redalyc.org, Ed.) *Investigación en Salud*, 2(IX), 118-124. Obtenido de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=142/14290206>
- Álvarez-Gayou Jurgenson, J. L. (2003). *Cómo hacer investigación cualitativa. Fundamentos y metodología*. México: Paidós Mexicana, S.A.
- American Psychiatric Association. (2000). *Manual Diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV-TR)*. USA: Masson S.A.
- Anguita Corbo, A. (2017). PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PARA LA DEPENDENCIA EMOCIONAL. *SUPERACIÓN DE LA DEPENDENCIA TRAS LA RUPTURA DE PAREJA*. Madrid, España: Universidad Autónoma de Madrid.
- Aristoteles. (s.f.). Retórica. En H. Ku (Ed.). Proyecto Baktun.
- Aron, A., & Aron, E. (2001). *Estadística para psicología*. Brasil: RR Donnelley,.
- Asociación Americana de Psiquiatría, D. 5. (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5*. Arlington, VA: Asociación Americana de Psiquiatría,.
- Àvila P, A., & Fullana R, M. (2016). El miedo en el cerebro humano: La sensación de temor depende de una compleja red cerebral, no solo de la amígdala, como se pensaba hasta ahora. (N. Avances, Ed.) *Mente y Cerebro*(78).
- Ballivián P, F. (2010). *Interenciones en Musicoterapia, compendio introductorio enfoque humanista transpersonal*. Bolivia: espanol.free-ebooks.net.
- Barber, J. P., & Solomonov, N. (2016). Psychodynamic theories. En V. F. J. C. Norcross (Ed.), *Handbook of clinical psychology: Theory and research* (págs. 53-77). Washington, DC, US:: American Psychological Association. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/14773-003>
- Baumeister, R. F. (2015). Autocontrol, el secreto para triunfar. *Mente y Cuerpo*.
- Bellak, L., & Siegel, H. (1986). *Manual de psicoterapia breve, intensiva y de urgencias*. México. D.F.: Editorial El Manual Moderno.
- Bellak, L., & Siegel, H. (1986). *Manual de Psicoterapia Breve, Intensiva y de urgencias*. México D.F.: Manual Moderno S.A de C.V.
- Binning, J. (2016). *Encyclopædia Britannica*. Obtenido de Construct: <https://www.britannica.com/science/construct>

- Bisquerra A, R., & Pérez E, N. (2007). Las competencias emocionales. *Educación XXI*(10), 61-82.
- Bisquerra Alzina, R. (2003). Educación emocional y competencias básicas para la vida. *Revista de Investigación Educativa*, 21(1), 7-43.
- Bisquerra Alzina, R. (2009). *Psicopedagogía de las emociones*. Madrid: Editorial Síntesis, S.A.
- Boeree, G. (2006). Carl Jung, Personality Theories. *Psychology Department Shippensburg University*.
- Book, H. E. (2004). Leading by Feel. (H. B. Review., Ed.) *Leadership & Managing People Magazine Article*, 82(1), 27–112. Obtenido de <https://hbr.org/topic/leadership-and-managing-people>
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and Loss, Volumen II Separation Anxiety and Anger*. Printed in the United States of America: Library of Congress Catalog Card Number: 70-78464.
- Braunstein, L. M. (2017). Explicit and implicit emotion regulation: a multi-level framework. *Social cognitive and affective neuroscience*, 12(10), 1545–1557. doi:doi:10.1093/scan/nsx096
- Bris Pertñez, J., Valiente, M., & García, V. (2018). Después de 3 años en semFyc: Grupo de Trabajo Salud Basada en las Emociones ¿Quiénes somos? ¿Qué hacemos? ¿Cuál es nuestra intención? *Elsevier*, 50(1), 1-2. doi:<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2017.11.002>
- Bulent, T. (2015). Predictors of anticipatory cortisol reactivity to subsequent stressors. *Physiology & Behavior*, 149, 239-246. doi:<https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2015.06.011>.
- Bunge, M. (1973). La ciencia. Su método y su filosofía.
- Burton, R. (1621 / 2009). *THE ANATOMY OF MELANCHOLY: PART I – The Cause of Melancholy*. (P. Domain, Ed.) Published by the Ex-classics Project, 2009. Obtenido de <http://www.exclassics.com>
- Calzada, J. (2004). Análisis del Cuestionario Desiderativo desde la Psicología del Yo. *Universidad de Buenos Aires (UBA)*.
- Cano Vindel, A. (1995). Orientaciones en el estudio de la emoción. En A. Cano- Vindel, & Fernández-Abascal (Ed.), *Manual de Motivación y Emoción* (págs. 337–383). Madrid: Editorial Centro de Estudios Ramón Areces.
- Carter, K. H. (2012). *La Malaria y los determinantes de la salud, Modelo de Mark Lalonde*. Guatemala: Senior Advisor Malaria OPS / OMS.
- Castelló B, J. (1999 / 2010). Análisis del concepto, dependencia emocional. *Psiquiatría.com*, 3(1).
- Castelló B, J. (2006). Dependencia emocional y violencia doméstica. *Futuros*, No. 14, Vol. IV.
- Castelló Blasco, J. (2012, Pág. 17-20). *La Superación de la Dependencia Emocional*. Málaga España: Ediciones Corona Borealis.

- Chóliz, M. (2005). *Psicología de la emoción: el proceso emocional*. Valencia-España: Universidad de Valencia.
- Clarett, M., & Pavlotsky, V. (2012). Escalas de evaluación de dolor y protocolo de analgesia en terapia intensiva. *Instituto Argentino de Diagnóstico y Tratamiento*.
- Clinic, M. (2019). *MayoClinic.org*. Obtenido de Mayo Foundation for Medical Education and Research.: <https://www.mayoclinic.org/es-es/healthy-lifestyle/adult-health/in-depth/mental-health/art-20044098>
- Clinic.Org (Ed.). (24 de Junio de 2019). *Enfermedad mental*. Obtenido de Mayo Clinic: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/mental-illness/symptoms-causes/syc-20374968>
- Collura, T. F., Zalaquett, R. P., Bonnstetter, C. J., & Chatters, S. J. (2014). Toward an operational model of decision making, emotional regulation, and mental health impact. *Advances in mind-body medicine*, 28(4), 18–33.
- Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. (2009). *Reducir las inequidades sanitarias actuando sobre los determinantes sociales de la salud*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud,. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Obtenido de Resolución WHA62/R14 de la Asamblea Mundial de la Salud (pdf 62kb)
- Company, R., Oberst, U., & Sánchez, F. (2012). Regulación emocional interpersonal. *Boletín de Psicología*(104), 7-36. Obtenido de <https://link.springer.com/article/10.1007%2FBF01001412>
- Constructo, P. A. (25 de 05 de 2018). *Universidad de Jaén, Andalucía España*. Obtenido de Metodología de las Ciencias y del Comportamiento: [http://www4.ujaen.es/~mramos/PAE/Tema3\\_Constructos.pdf](http://www4.ujaen.es/~mramos/PAE/Tema3_Constructos.pdf)
- Cortés-Cely, O. (2015). Propiedades que definen los materiales resilientes en arquitectura. *Revista de Tecnología | Journal of Technology*, 14 (1), 117-126.
- Cronbach, L. (1949). *Essentials of psychological testing*. (U. o. illinois, Ed.) New York: Harper & Brothers Publishers.
- Csikszentmihalyi, M. (2007). *Aprender a fluir*. Barcelona, España: Kairós.
- Cuevas Cancino, J., & Moreno Pérez, N. (2017). Psicoeducación: intervención de enfermería para el cuidado de la familia en su rol de cuidadora. (Universidad Nacional Autónoma de México, Ed.) *Enfermería Universitaria*, 207---218. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.reu.2017.06.003>
- Cuñat Gimenez, R. (2007). Aplicación de la teoría fundamentada (Grounded Theory). *Decisiones Globales*.
- Cyrułnik, B. (2005). *Los Patitos Feos. La Resiliencia: Una infancia infeliz no determina la vida*. (T. F. Trad., Ed.) barcelona, España: Editorial Gedisa, S. A.



- Damasio, A. (2003). *Looking for Spinoza, joy, sorrow, and the feeling brain*. United Kingdom : William Heinemann .
- Damasio, A. (2009). *En busca de Spinoza; Neurobiología de la emoción y los sentimientos*. Barcelona, España: Critica. S. I.
- Darwin, C. (1900). *La expresión de las emociones en el hombre y los animales*. Valencia, España: Arte y Libertad S. y Editores.
- De Castella, K., Platow, M., Tamir, M., & Gross, J. J. (2018). Beliefs about emotion: implications for avoidance-based emotion regulation and psychological health. (A. N. University, Ed.) *Taylor & Francis on line*, 32(4), 773-795.  
doi:<https://doi.org/10.1080/02699931.2017.1353485>
- Díaz K, I., & De la Iglesia, G. (2019). Ansiedad: Revisión y Delimitación Conceptual. *Summa Psicológica*, 16(1), 42-50. doi:10.18774/0719-448x.2019.16.1.393
- Díez, F., Ipinche, A., Troyana, M., Benate, Y., Galán, E., Medina, J., . . . Miranda, J. (2014). Atendiendo la salud mental de las personas con enfermedades crónicas no transmisibles en el Perú: Retos y oportunidades para la integración de cuidados en el primer nivel de atención. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 31(1), 131-136.
- Dorantes, C. (2010). *El Proyecto de Investigación en Psicología*. México: Universidad Iberoamericana, A.C.
- Dörr A, A. (2006). Procesos Afectivos. *Universidad de Chile*, 10.
- Doulougeri, K., Panagopoulou, E., & Montgomery, A. (2016). How do medical students regulate their emotions? *BMC medical education*, 16(1), 312.  
doi:<https://doi.org/10.1186/s12909-016-0832-9>
- Ehrenreich, J. T., Fairholme, C. P., Buzzella, B. A., Ellard, K. K., & Barlow, D. H. (2007). The Role of Emotion in Psychological Therapy. *Clinical psychology : a publication of the Division of Clinical Psychology of the American Psychological Association. U.S. National Library of Medicine, Clinical Psychology: Science and Practice*, 14(4), 422–428.  
doi:<https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2007.00102.x>
- Ehrt, U. B. (2003). Temperament and affective disorders--historical basis of current discussion. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie*, 71(6), 323–331. doi:<https://doi.org/10.1055/s-2003-39591>
- Ekman, P. (2003). *Emotions revealed : recognizing faces and feelings to improve communication and emotional life*. New York: Times Books.
- Ekman, P. (2007). *Emotions Revealed. Recognizing Faces and Feelings to Improve Communication and Emotional Life*. New York: Henry Holt and Company.
- Ekman, P., & Ekman, E. (Junio de 2016). *Atlas of emotions*. Obtenido de Atlas of Emotions: <http://atlasofemotions.org/#strategies/>

- Ekman, P., & Friesen, W. (1987). Personality processes and individual differences. *Journal of Personality and Social Psychology, the American Psychological Association*, 53(4), 712-717.
- Ekman, P., & Lama, D. (2009). *Sabiduría emocional*. Barcelona España: Editorial Kairós.
- Ekman, P., & Oster, H. (1979). Facial expressions of emotion. *Annual Review of Psychology*. 30, 527–554. doi:doi.org/10.1146/annurev.ps.30.020179.002523
- Epstein, S. (2003). *Cognitive-Experiential Self-Theory of Personality*. Hoboken, NJ: Wiley & Sons.): In Millon, T., & Lerner, M. J. (Eds).
- Epstein, S. (2007). *Inventario de pensamiento constructivo*. Madrid: TEA Ediciones. S.A.
- Erikson, E. H. (1988). *El ciclo vital completado*. México: Paidós Mexicana, S.A.
- Feder, A., Nestler, E., & Charney, D. S. (2009). Psychobiology and molecular genetics of resilience. *Nature reviews. Neuroscience*, 10(6), 446–457. doi:doi:10.1038/nrn2649
- Feldman Barrett, L. (2014). The Conceptual Act Theory: A Précis. (<https://doi.org/10.1177/1754073914534479>, Ed.) *Emotion Review*, Volume: 6 issue: 4, page(s): 292-297.
- Fiorini, H. (1979). *Teoría y Técnica de psicoterapias*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Ford, B. Q., Lam, P., John, O. P., & Mauss, I. B. (2018 ). The psychological health benefits of accepting negative emotions and thoughts: Laboratory, diary, and longitudinal evidence. (H. P. Access, Ed.) *Journal of personality and social psychology*, 115(6), 1075–1092. doi:10.1037/pspp0000157
- Frankl, V. (1991). *El hombre en busca de sentido*. barcelona, España: Herder.
- Freud, A. (1954). *El yo y los mecanismos de defensa*. Buenos Aires, Argentina: Paidos .
- Freud, S. (1894 ). *La neuropsicosis de defensa*. <https://www.biblioteca.org.ar/libros/211778.pdf>: Biblioteca virtual universal .
- Freud, S. (1917-1993). Duelo y Melancolía 1917. En J. Strachey, *Obras Completas Tomo XIV* (págs. 1-12). Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1992 / 1923). *El yo y el ello*. Argentina: Amorrortu Ediciones.
- Freud, S. (1992). *Inhibición, Síntomas y Angustia* (Vols. 20 (1925, 1926)). (J. Strachey, Ed.) Argentina: Amorrortu Editores.
- Galor, S., & Hentschel, U. (2013). EL USO DE LOS MECANISMOS DE DEFENSA COMO HERRAMIENTAS DE AFRONTAMIENTO POR VETERANOS ISRAELÍES DEPRIMIDOS Y CON TEPT. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, vol. 17, núm. 1, pp. 118-133.
- García Castillo, P. (2006). Las vidas de los filósofos griegos: una búsqueda gozosa de la felicidad. (U. d. Salamanca, Ed.) *Anales del Seminario de Historia de la Filosofía*, 23, 7-31.

- Gardner, H. (1983/2011). *Frames of mind: The theory of multiple intelligences*. Basic Books. (Original work published in 1983.). Google Scholar.
- Garnica Anguas, P., Pérez García, N., & Gómez López, J. (2001). *Módulos de resiliencia en suelos finos y materiales granulares*. Méxido D.F: SECRETARÍA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES.
- Gelder, B. d., Borst, A. d., & Watson, R. (2015). The perception of emotion in body expressions. (M. University, Ed.) *Wiley Interdiscip Rev Cogn Sci.*, 6(2), 149-158. doi:<https://doi.org/10.1002/wcs.1335>
- Goicoechea Yzaguirre, L. (2009). *Enfoque de las Energías de Funcionamiento Psíquico*. Panamá, Panamá: Universidad Interamericana de Panamá.
- Goicoechea, L., Frassati, G., & Manzanero, D. (2017). *Informe SENACYT*. Panamá: SENACYT.
- Goicoechea, L., Frassati, G., & Manzanero, D. (2019). Validación del Test Movilización de las emociones y estados cognitivos. *REDES-UDELAS*, 11. Obtenido de <http://www.udelas.ac.pa/site/assets/files/5688/redes112020.pdf>
- Goicoechea, L., Manzanero, D., & Frassati, G. (2016). *Validación de Instrumento movilización en el proceso de duelo; En memorias del XVI congreso de ciencia y tecnología APANAC, SENACYT*. Panamá: APANAC.
- Goleman, D. (1998). The emotionally competent leader. *The Healthcare Forum journal*, 41(2), 36-76.
- Goleman, D. (1999). What makes a leader? (M. Association, Ed.) *Clinical laboratory management review : official publication of the Clinical Laboratory*, 13(3), 123–131. Obtenido de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10557873/>
- Goleman, D. (2003). What Makes a Leader? *Harvard Business Review*, 93-102. Obtenido de <http://athena.ecs.csus.edu/~buckley/CSc233/What-makes-a-Leader-HBR.pdf>
- Goleman, D. (2006). *Inteligencia social: La nueva ciencia de las relaciones humanas*. Kairos.
- Gómez Ayala, A. (2007). Salud física y salud menta, un binomio indisoluble. *Farmacia Profesional*, 21(7). Recuperado el 22 de 05 de 2018
- Gorgas, J., Cardiel, N., & Zamorano, J. (2011). *Estadística básica para estudiantes de ciencias*. Madrid: Universidad Complutense de Madrid.
- Greenberg, L. S. (2000). *Emociones una guía interna. Cuáles sigo y cuáles no*. Barcelona, España: EDITORIAL DESCLÉE DE BROUWER, S.A.,.
- Greenberg, L. S. (2013). Cognition, Emotion, and the Construction of Meaning in Psychotherapy. En Robinson, Watkins, & Harmon, *Handbook of Cognition and Emotion* (págs. 521-526). USA: Library of Congress.

- Greenberg, L., Elliott, R., & Pos, A. (2015). La Terapia Focalizada en las Emociones: Una Visión de Conjunto. *Mentalización. Revista de psicoanálisis y psicoterapia*.
- Gross, J. (2002). Emotion regulation: affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology*, 39(3), 281–291. doi:https://doi.org/10.1017/s0048577201393198
- Gross, J. J. (1998). Antecedent- and response-focused emotion regulation: Divergent consequences for experience, expression, and physiology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(1), 224–237. doi:https://doi.org/10.1037/0022-3514.74.1.224
- Grotberg, E. (1996). *Guía de promoción de la resiliencia en los niños para fortalecer el espíritu humano*. Fundación Bernard van Leer. Alabama, EEUU: OPS / OMS / UNESCO.
- Grotberg, E. (2003). *Resiliencia, descubriendo las propias fortalezas. Nuevas tendencias en resiliencia*. Buenos Aires: Paidós.
- Guerrero-Castaneda, R., & Prado, M. L.-V. (2016). Reflexión crítica epistemológica sobre métodos mixtos en investigación de enfermería. *Enfermería universitaria*, 13(4), 246-252. doi:10.1016/j.reu.2016.09.001
- Hameroff, S., & Penrose, R. (2014). Consciousness in the universe: A review of the 'Orch OR' theory. *Physics of Life Reviews*, 11(1), 39-78.
- Hathaway, S., & McKinley, M. (1940-2010). A multiphasic personality schedule (Minnesota): I. Construction of the schedule. *The Journal of psychology*, 249-254. doi:https://doi.org/10.1080/00223980.1940.9917000
- Hensley, B. (2010). *Manual Básico de EMDR*. Springer Publishing Company. Nueva York, USA.: DESCLÉE DE BROUWER, S.A.,.
- Hernández S, R., Fernández C, C., & Baptista L, M. d. (2014). Metodología de la Investigación (Sexta edición). México D.F: McGRAW-HILL / INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V.
- Hernandez, & Mendoza. (2008). Ampliación y fundamentación de los métodos mixtos. NOVELLA.
- Hernández, S. R., Fernández, C., & Baptista, L. (2010). *Metodología de la investigación* (5 ed.). México: Mc GrawHill.
- Hernández-Sampieri, & Torres, M. (2018). *Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta* (ISBN: 978-1-4562-6096-5 ed.). México:: Mc Graw Hill Education.
- Hernandez-Sampieri, R. (2014). Diseños Experimentales, ampliación y ejemplificación. En Hernández, Fernández, & Baptista, *Metodología de la investigación*, 6ª edición. McGraw Hill; 6th.
- Hervás, G., & Jódar, R. (2008). Adaptación al castellano de la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional. (Scielo, Ed.) *Clínica y Salud*, 19(2), 139-156. Obtenido de

[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1130-52742008000200001&lng=es&tln=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742008000200001&lng=es&tln=es).

History of Medicine Division, N. L. (2019). Reznick, Jeffrey. *U.S. National Library of Medicine*. doi:<https://www.nlm.nih.gov/exhibition/shakespeare/credits/index.html>

Hogeveen, J., Salvi, C., & Grafman, J. (2016). Emotional Intelligence: Lessons from Lesions. (University of California-Davis, Ed.) *Trends in Neurosciences*, 39(10), 694–705. doi:<https://doi.org/10.1016/j.tins.2016.08.007>

Holmqvist Larsson, K., Andersson, G., Stern, H., & Zetterqvist. (2019). Emotion regulation group skills training for adolescents and parents: A pilot study of an add-on treatment in a clinical setting. (L. University, Ed.) *Clinical Child Psychology and Psychiatry*. doi:DOI: 10.1177 / 1359104519869782

Iacoboni, M. (8 de Diciembre de 2009). Mentes conectadas sin brujería, las neuronas espejo. *Redes para la Ciencia*. (E. Punset, Entrevistador) emisión 56 (18 y 21/04/2010) – REDES temporada 14 . Obtenido de <http://www.redesparalaciencia.com/2644/redes/2010/redes-56-mentes-conectadas-sin-brujeria>

Instituto Nacional de Salud Mental. (2007). *Desarrollo de la Salud Mwenal en Panamá*. Panamá: Organización Panamericana de la Salud,.

Izard, C. E. (1977-1989). *Human emotions: Emotions, personality, and psychotherapy*. University of Delaware. USA: Library of Congress.

Izard, C., Fine, S., Schultz, D., Mostow, A., Ackerman, B., & Youngstrom, E. (2001). Emotion knowledge as a predictor of social behavior and academic competence in children at risk. (U. d. Delaware, Ed.) *Psychological Science*, 12(1), 18-23. Obtenido de PubMed.gov

J, G. S., & R, L. (1979 - 1997). The spandrels of San Marco and the Panglossian paradigm: a critique of the adaptationist programme. *The Royal Society biological Sciences*. doi:<https://doi.org/10.1098/rspb.1979.0086>

Jack, R. E., Garrod, O. G., & Schyns, P. G. ( January 20, 2014 de 2014). Dynamic Facial Expressions of Emotion Transmit an Evolving Hierarchy of Signals over Time. (U. o. Institute of Neuroscience and Psychology, Ed.) *Current Biology* (24), 187–192.

Jack, R., Garrod, O., Yu, H., Caldara, R., & Schyns, P. (2012). Facial expressions of emotion are not culturally universal. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 109(19), 7241-7244.

Jick, T. D. (1979). Mixing Qualitative and Quantitative Methods: Triangulation in Action. *Administrative Science Quarterly*, 24(4), 602-611. doi:10.2307/2392366

Jodelet, D. (1995). *Las Representaciones Sociales*. Barcelona: Nuevo mundo.

- Jodelet, D. (2008 ). El movimiento de retorno al sujeto y el enfoque de las representaciones sociales. *Artículo publicado por la revista francesa CONNEXION, N° 89 – 2008, Editorial Érès, 25-46.*
- Jung, C. G. (1976-1995). *Energética Psíquica y Esencia del Sueño*. Buenos Aires: Paidós.
- Jung, C. G., & Wilhelm, R. (2009). *El secreto de la flor de oro*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Kemeny, M. E.-D. (2011). Contemplative/Emotion Training Reduces Negative Emotional Behavior and Promotes Prosocial Responses. *American Psychological Association*, DOI: 10.1037/a0026118.
- Kerlinger, F., & Lee, H. (2002). *Investigación del Comportamiento*. México: MCGRAW-HILL / INTERAMERICANA DE MEXICO.
- Kübler, R. (1972). *Sobre la muerte y los moribundos*. (N. Daurella, Trad.) Barcelona: Grijalbo.
- Labrague, L., McEnroe-Petitte, D., Gloe, D., Thomas, L., Papathanasiou, & Tsaras, K. (2016). A literature review on stress and coping strategies in nursing students. *Journal of Mental Health, 26(5)*, 471-480. doi:10.1080/09638237.2016.1244721
- Lalonde, M. (1974). *A New Perspective on the Health of Canadians: A Working Document*. Minister of National health and Welfare. Canada: Minister of Supply and Services Canada.
- Lancet, T. (26 de Marzo de 2016). Health and happiness. *The Lancet medical journal*. doi:https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30062-9
- Lazarus, R., Opton, E., & James, A. (1969). *Adaptación, Psicología y emociones* (Vols. 1 N° 2-3). (U. d. USA, Ed.) Konrad Lorenz.
- LeDoux, J. (2003). The Emotional Brain, Fear, and the Amygdala. *Cellular and Molecular Neurobiology, 23*.
- LeDoux, J. E. (1999). *The emotional brain: The mysterious underpinnings of emotional life*. New York, NY, US: Simon & Schuster.
- Lemos Hoyos, M., & Londoño Arredondo, N. (2006). Construcción y validación del cuestionario de dependencia emocional en población Colombiana. *Acta Colombiana de Psicología*. Obtenido de <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=79890212>> ISSN 0123-9155
- Lersch, P. (1966). *La Estructura de la Personalidad* (3 ed.). (U. d. Munich, Ed.) Barcelona, España: EDITORIAL SCIENTIA.
- Lewin, K. (1951). La Teoría del Campo y el Aprendizaje. En D. Cartwright (Ed.), *La Teoría de Campo en las Ciencias Sociales*.
- Lichev, V. S. (2015). Automatic emotion processing as a function of trait emotional awareness: an fMRI study. (U. o. Leipzig, Ed.) *Social cognitive and affective neuroscience, 10(5)*, 680–689. doi:doi:10.1093

- Liu, B., Floud, S., Pirie, K., Green, J., Peto, R., & Beral, V. (2016). ¿La felicidad misma afecta directamente la mortalidad? El posible estudio del Reino Unido Million Wom. *The Lancet*, 387, 874-881. doi:[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30062-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30062-9)
- Liu, X., Wang, Q., Liu, D., Wang, Y., Zhang, Y., Bai, O., & Sun, J. (2018). Human emotion classification based on multiple physiological signals by wearable system. *Technology and Health Care*, 26, 459-469. doi:DOI: 10.3233/THC-174747
- Mailer, S., & Herrera, E. (2006 ). Revisión psique y soma, mente y cuerpo: ¿Dos caballos para un jinete? *Gaceta Universitaria (Gaceta de Psiquiatría)*, 2006-2, 337-344.
- Manes, F. (2014). *Usar el cerebro*. Buenos Aires: Planeta.
- Marshall, G., & Zimbardo, P. (1979). Affective consequences of inadequately explained physiological arousal. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37(6), 970–988. doi:[doi:10.1037/0022-3514.37.6.970](https://doi.org/10.1037/0022-3514.37.6.970)
- Martin Braunstein, L., Gross, J. J., & Ochsner N, K. (2017). Explicit and implicit emotion regulation: a multi-level framework. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 12(10), 1545–1557. doi:10.1093/scan/nsx096
- Matsumoto, M., & Hikosaka, O. (2009). Two types of dopamine neuron distinctly convey positive and negative motivational signals. *Nature*, 837–841. doi:[doi:10.1038/nature08028](https://doi.org/10.1038/nature08028)
- Mayer, J. D. (2008). Emotional intelligence: new ability or eclectic traits?. *The American psychologist*, 63(6), 503–517. doi:<https://doi.org/10.1037/0003-066X.63.6.503>
- Mayo, M. A. (10 de Diciembre de 2018). *El reto de la salud mental*. Obtenido de Ministerio de Salud, República de Panamá: <http://www.minsa.gob.pa/noticia/articulo-de-opinion-el-reto-de-la-salud-mental>
- McConnell, M. M., & Eva, K. W. (2012). The role of emotion in the learning and transfer of clinical skills and knowledge. *Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges*, 87(10), 1316–1322. doi:<https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e3182675af2>
- Medellín Moreno, J., Gutiérrez Sánchez, G., Vázquez Galindo, L., & Fernández Salazar, M. C. (2011). MMPI-2: ESCALA DE LA FUERZA DEL YO EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 16(1), 85-90.
- Merenda, P. F. (2010). Toward a Four-Factor Theory of Temperament and/or Personality. *Journal of Personality Assessment*, 367-374. doi:[https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5103\\_4](https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5103_4)
- Mériaux K, Wartenburger I, Kazzer P, Prehn K, Lammers CH, van der Meer E, . . . HR, H. (2006). A neural network reflecting individual differences in cognitive processing of emotions during perceptual decision making. *Neuroimage*, 33(3), 1016-27. doi:10.1016/j.neuroimage.2006.07.031

- Meyer, S. C., & Newton Keas, M. (2001 / 2011). *The Meanings of Evolution*. (T. P. University, Ed.) *Discovery Institute Publication*. Obtenido de <https://www.discovery.org/scripts/viewDB/index.php?command=submitSearchQuery&orderBy=date&orderDir=ASC&query=Stephen%20C.%20Meyer%20and%20Michael%20Newton%20Keas&searchBy=author&searchType=all&includeBlogPosts=true>
- Miceli, M., & Castelfranchi, C. (2018). Reconsidering the Differences Between Shame and Guilt. *Europe's Journal of Psychology, Vol. 14(3)*, 710–733. doi:doi:10.5964/ejop.v14i3.1564
- MINSA. (2015). *Análisis de situación de salud*. Panamá: Ministerio de Salud de Panamá.
- MINSA, C. d. (15 de octubre de 2013). Panamá es sede de Foro de Alto Nivel sobre “Atención Primaria en Salud”. Obtenido de <http://www.minsa.gob.pa/noticia/panama-es-sede-de-foro-de-alto-nivel-sobre-atencion-primaria-en-salud>
- MINSAL. (2013). *Programa Nacional de Prevención del Suicidio: Orientaciones para su implementación*. Chile: Gobierno de Chile.
- Morberg, B., Malling, A., Jensen, B., Gredal, O., Wermuth, L., & Bech, P. (2018). The Hawthorne effect as a pre-placebo expectation in Parkinsons disease patients participating in a randomized placebo-controlled clinical study. (PubMed, Ed.) *Nordic Journal of Psychiatry, 72(6)*, 442-446. doi:10.1080/08039488.2018.1468480
- Morris, W. N., & Reilly, N. P. (1987). Toward the self-regulation of mood: Theory and research. *Motivation and Emotion, 11(3)*. doi:<https://doi.org/10.1007/BF01001412>
- Morrison, J. (2015). *Guía para el Diagnóstico Clínico DSM-5*. México D.F: Manual Moderno.
- Muris, P., Cor, M., Jolina, H., Sandra, V. H., Linsy, K., Birgit, O., . . . Tim, T. (2016). Lack of guilt, guilt, and shame: a multi-informant study on the relations between self-conscious emotions and psychopathology in clinically referred children and adolescents. *Eur Child Adolesc Psychiatry, 383–396*. doi:DOI 10.1007/s00787-015-0749-6
- Northoff, G. (2015). Is the self a higher-order or fundamental function, of the brain? The “basis model of self-specificity” and its encoding by the brain’s spontaneous activity. ([. o. Ottawa, Ed.) *Cognitive Neuroscience*. doi:10.1080/17588928.2015.1111868
- Nummenmaa, L., Glerean, E., Hari, R., & Hietanen, J. K. (2014). Bodily maps of emotions. . *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America , 111(2)*, 646-651. doi:<https://doi.org/10.1073/pnas.1321664111>
- Obando, E., Villagran, & Obando, O. (2018). Relación sujeto-objeto del conocimiento: La redefinición del sujeto cognoscente: el acto de intelección en cuanto conocimiento. *Colección de filosofía de la educación(25)*. doi:<https://doi.org/10.17163/soph.n25.2018.02>



- OMS. (2013a). *Plan de acción sobre salud mental 2013-2020*. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud.
- OMS, C. d. (2013b). *Informe de la OMS destaca que la violencia contra la mujer es “un problema de salud global de proporciones epidémicas”*. Ginebra: COmunicado de prensa. Obtenido de [https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/violence\\_against\\_women\\_20130620/es/](https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/violence_against_women_20130620/es/)
- OMS, O. /. (2007). *Desarrollo de la salud mental en Panamá*. Panamá: organización Panamericana de la salud.
- Orange, D. (2005). ¿Vergüenza de quién? Mundos de humillación y sistemas de restauración. *Aperturas psicoanalíticas revista internacional de psicoanálisis*(20). Recuperado el 30 de 07 de 2021, de <http://www.aperturas.org/articulo.php?articulo=0000338>
- Organización Mundial de la Salud*. (2017). Obtenido de Depresión y otros trastornos mentales comunes. Estimaciones sanitarias mundiales.
- Organización Mundial de la Salud. (2013). *Plan de Acción Sobre Salud Mental 2013-2020*. Ginebra, Suiza: Catalogación por la Biblioteca de la OMS.
- Organización Panamericana de la Salud. OMS / OPS . (2011). *Módulo de Principios de Epidemiología para el Control de Enfermedades. Salud y Enfermedad en la Población*. Washington: Organización Panamericana de la Salud. Obtenido de [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=1270-modulos-principios-epidemiologia-para-control-enfermedades-mopece-unidad-2-salud-enfermedad-poblacion-0&category\\_slug=informacao-e-analise-saude-096&Itemid=965](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&alias=1270-modulos-principios-epidemiologia-para-control-enfermedades-mopece-unidad-2-salud-enfermedad-poblacion-0&category_slug=informacao-e-analise-saude-096&Itemid=965)
- Organización Panamericana de la Salud. (2011). Módulos de principios de epidemiología para el control de enfermedades (MOPECE). (O. M. Salud, Ed.) *Oficina Sanitaria Panamericana*, 22-37. Obtenido de [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_docman&view=download&category\\_slug=informacao-e-analise-saude-096&alias=1270-modulos-principios-epidemiologia-para-control-enfermedades-mopece-unidad-2-salud-enfermedad-poblacion-0&Itemid=965](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=informacao-e-analise-saude-096&alias=1270-modulos-principios-epidemiologia-para-control-enfermedades-mopece-unidad-2-salud-enfermedad-poblacion-0&Itemid=965)
- Ouchi, K., Watanabe, M., Mandai, N., Tomiyama, C., Nikaido, T., Oh, Z., . . . Akazawa, K. (2019). Emotional Effects on Factors Associated with Chronic Low Back Pain. (D. M. Limited, Ed.) *Journal of Pain Research*, 12, 3343–3353. doi:10.2147/JPR.S223190
- PAHO.org. (9 de 10 de 2012). *Día Mundial de la Salud Mental: la depresión es el trastorno mental más frecuente*. (O. —w. Gestión del Conocimiento y Comunicaciones, Productor) Obtenido de Organización Panamericana de Salud: [https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=7305:2012](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=7305:2012)

-dia-mundial-salud-mental-depresion-trastorno-mental-mas-frecuente&Itemid=1926&lang=pt

- Pajares Ruiz, A. (s.f). *Medidas de dispersión de la distribución*. Sevilla: Universidad de Sevilla.
- Palomar, J., Victorio, A., & Matus, G. (2011). Sentido del humor y optimismo: Un estudio de validación. (S. F. Universidad Iberoamericana, Ed.) *Revista Interamericana de Psicología*, 45(2), 123-132.
- Panamá, G. d. (12 de diciembre de 2018)). Decreto Ejecutivo N° 420. *QUE ESTABLECE EL MODELO DE ATENCIÓN DE SALUD DE PANAMÁ*. Panamá: Gaceta Oficial.
- PNUD Panamá - Consejo de la Concertación Nacional para el Desarrollo. (2017). *Plan Estratégico Nacional con Visión de Estado "Panamá 2030"*.
- Peña-Sarrionandia, A., Mikolajczak, M., & Gross, J. (2015). Integrating emotion regulation and emotional intelligence traditions: a meta-analysis. *Frontiers in psychology*, 160(6). doi:10.3389/fpsyg.2015.00160
- Pessoa, L., & Pereira, M. G. (2013). *Cognition–Emotion Interactions: A Review of the Functional Magnetic Resonance Imaging Literature*.
- Petrucelli, F., Diotaiuti, P., Verrastro, V., Petrucelli, I., Federico, R., Martinotti, G., . . . Janiri, L. (2014). Affective Dependence and Aggression: An Exploratory Study. *BioMed Research International*, Article ID 805469, 11-22. doi:http://dx.doi.org/10.1155/2014/805469
- Pichon Rivière, E. (1981). *Diccionario de Psicología Social*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Pichon-Rivière, E. (1980). *Teoría del vínculo*. Buenos Aires, Argentina: Ediciones Nueva Visión SAIC.
- Piqueras, J., Ramos, V., Martínez, A., & Oblitas, L. (2010). Emociones negativas y salud. (U. f. corazón, Ed.) *UNIFE*, 1(18), 33-57. Obtenido de [www.unife.edu.pe](http://www.unife.edu.pe)
- Plourde, A., Lavoie, K., Raddatz, C., & Bacon. (Jun de 2017). Effects of acute psychological stress induced in laboratory on physiological responses in asthma populations: A systematic review. *Respiratory Medicine*(127), 21-32. doi:10.1016/j.rmed.2017.03.024.
- Plutchik, R. (1980). A general psychoevolutionary theory of emotion. In R. Plutchik & H. Kellerman (Eds.), *Emotion: Theory, research, and experience: Vol. 1. Theories of emotion*. pp. 3-33).
- Plutchik, R. (1980). *Emotion: A Psychoevolucionary Synthesis*. New York: Harper & Roiv.
- Prensa, O. C. (2019). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de Trastornos mentales: Datos y Cifras: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
- Price, C. J., & Hooven, C. (2018). Interoceptive Awareness Skills for Emotion Regulation: Theory and Approach of Mindful Awareness in Body-Oriented Therapy (MABT). *Frontiers in psychology*, 9, 798. doi:https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00798

- Psiquiatría, A. A. (2014). *Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-5*. Bogotá: Editorial Médica Panamericana.
- Punset, E., Bisquerra, R., & PalauGea. (2015). *Universo de emociones*. universodeemociones.com: PauGea.
- Putnam, H. W. (1960). *Minds and Machines, Dimension of Mind. Symposium*. New York University Press: Sidney Hook ed.
- Ramos, G., & López, A. (2015). La formación de conceptos: una comparación entre los enfoques cognitivista y histórico-cultural. *Educação e Pesquisa*, 41(3), 615-628. doi:doi.org/10.1590/S1517-9702201507135042
- Reeck., C., Ames, D., & Ochsner., K. N. (2016). The Social Regulation of Emotion: An Integrative, Cross-Disciplinary Model. *Trends in cognitive sciences*, 1 (20), 47–63. doi:doi:10.1016/j.tics.2015.09.003
- Retana-Franco, B., & Sánchez-Aragón, R. (2010). Rastreado en el pasado... formas de regular la felicidad, la tristeza, el amor, el enojo y el miedo. *Universitas Psychologica*, 9 (1), 179-197.
- Rojas M, I. (2013). *MINISTERIO DE SALUD. PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCION DEL SUICIDIO*:. Chile: MINSAL.
- Rossi Monti, M. (2012). Sobre las huellas de la vergüenza. El lugar de la vergüenza en psicopatología. *Revista de Psicoanálisis aperturas psicoanalíticas*, 42.
- Russell, J., & Barrett, L. (1999). Core affect, prototypical emotional episodes, and other things called emotion: Dissecting the elephant. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76(5), 805-819. doi:http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.76.5.805
- Russo, S. J., Murrough, J. W., Han, M. H., Charney, D. S., & Nestler, E. J. (2012). Neurobiology of resilience. *Nature neuroscience*, 15(11), 1475–1484. doi:doi:10.1038/nn.3234
- Ryan, R. M., & Deci, E. (2001). ON HAPPINESS AND HUMAN POTENTIALS: A Review of Research on Hedonic and Eudaimonic Well-Being. (U. O. CHICAGO, Ed.) *Annu. Rev. Psychol*, 52:141–66. doi:0066-4308/01/0201-0141\$14.00
- Sabariego-Puig, M., Vilà-Baños, R., & Sandín-Esteban, M. (2014). El análisis cualitativo de datos con ATLAS. ti. *REIRE, Revista d'Innovació i Recerca en Educació*, 7 (2), 119-133. Obtenido de <http://www.ub.edu/ice/reire.htm>
- Sampieri, H., & Mendoza. (2008). Ampliación y fundamentación de los métodos mixtos. NOVELLA.
- Sánchez N, J., & Martínez S, J. (2009). Reactividad fisiológica periférica y actividad cerebral a fobias específicas. (U. d. Murcia, Ed.) *Escritos de Psicología*, Vol. 3, nº 1, pp. 43-54.

- Sandoval, C. C. (2002). *Investigación Cualitativa*. (A. Editores, Ed.) Bogotá, Colombia: Hemeroteca Nacional Universitaria Carlos Lleras Restrepo.
- Satterfield, J. M., & Hughes, E. (2007). Emotion skills training for medical students: a systematic review. *Medical education*, 41(10), 935–941. doi:doi.org/10.1111/j.1365-2923.2007.02835.x
- Sayin, A., & Aslan, S. (2005). The relationship between mood disorders and temperament, character and personality. *Turkish journal of psychiatry*, 16(4), 276–283. doi:https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16362847/
- Schauenburg, H., Willenborg, V., & Ehrental, J. (2010). Self-reported defence mechanisms as an outcome measure in psychotherapy: a study on the German version of the Defence Style Questionnaire DSQ 40. (T. B. Society, Ed.) *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 80, 355-366. doi:doi.org/10.1348/147608306X146068
- Schultz, W. (2015). Neuronal Reward and Decision Signals: From Theories to Data. *Physiological Reviews*, 853–951. doi:doi:10.1152/physrev.00023.2014. —
- Seligman, M. E. (2006). *La Auténtica Felicidad*. barcelona, España: Ediciones B. S.A.
- Serrano Atero, M., Caballero, J., Cañas, A., García Saura, P., Serrano Alvarez, C., & Prieto, J. (2002). Valoración del dolor. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 94-108.
- Short, N., Boffa, J., Clancy, K., & Schmidt, N. (2018). Effects of Emotion Regulation Strategy Use in Response to Stressors on PTSD Symptoms: An Ecological Momentary Assessment Study. *Journal of affective disorders*(230), 77–83. doi: 10.1016/j.jad.2017.12.063
- Smith, T., & Weihs, K. (2019). Emotion, Social Relationships, and Physical Health: Concepts, Methods, and Evidence for An Integrative Perspective. *Psychosomatic Medicine*, 81(8), 681–693.
- Stanzer, S., Andritsch, E., Zloklikovits, S., Ladinek, V., Farkas, C., Augustin, T., . . . Ba uernhofer, T. (Feb/Mar de 2019). A Pilot Randomized Trial Assessing the Effect of a Psychoeducational Intervention on Psychoneuroimmunological Parameters Among Patients With Nonmetastatic Breast Cancer. *Psychosomatic Medicine*, 2(81), 165-175. doi:doi: 10.1097/PSY.0000000000000656.
- Stewart-Brown, S. ( de 1998). Emotional wellbeing and its relation to health Physical disease may well result from emotional distress . (U. o. Oxford, Ed.) *Biomedical Research Journal*, 1608–1609. Obtenido de <http://www.bmj.com/>
- The World Health Organization (WHO). (2020). Trastornos mentales, del comportamiento y del neurodesarrollo. En *WHO releases new International Classification of Diseases (ICD 11)* (pág. Capítulo 6). Geneva: The World Health Organization .

- Tomkins, S., & McCarter, R. (1964). *What and Where Are the Primary Affects? Some Evidence for a Theory. Perceptual and Motor Skills* (Vols. Volume: 18 issue: 1, page(s): 119-158). (P. University, Ed.) Sage Journals. doi:<https://doi.org/10.2466/pms.1964.18.1.119>
- Trueba, C. (2009). LA TEORÍA ARISTOTÉLICA DE LAS EMOCIONES. *SIGNOS FILOSÓFICOS*, 11(22), 147-170. Obtenido de <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=34316032007>
- Trull, T. J., Lane, S. P., Koval, P., & Ebner-Priemer, U. W. (2016). Affective Dynamics in Psychopathology. *SAGE Journals. Emotion Review* , 355-361.
- Tulving, E. (1972). Episodic and semantic memory. En E. T. Donaldson, *Organization of memory*. Oxford, England: Academic Press.
- Turan, B. (2015). Predictors of anticipatory cortisol reactivity to subsequent stressors,. *Physiology & Behavior*, 149, 239-246. doi:<https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2015.06.011>.
- Turan, B. F. (2015). Anticipatory Sensitization to Repeated Stressors: the role of initial cortisol reactivity and meditation/emotion skills training. *Psychoneuroendocrinology*, 52, 229-238.
- Turan, B., Foltz, C., James Cavanagh, B., Wallace, A., Margaret Cullen, Rosenberg, R. L., . . . Kemeny, M. E. (2015). Anticipatory sensitization to repeated stressors: The role of initial cortisol reactivity and meditation/emotion skills training. *Psychoneuroendocrinology*, 229-38.
- Valdez Medina, J. L. (2000). *Las redes semánticas naturales, uso y aplicaciones en psicología social*. México: Universidad Autónoma del estado de México.
- Vels, A. (1990). Los mecanismos de defensa bajo el punto de vista psicoanalítico. *Agrupación de Grafoanálisis de España*, Boletín N° 6.
- Vera Poseck, B., Carbelo Baquero, B., & Vecina Jiménez, M. L. (2006.). LA EXPERIENCIA TRAUMÁTICA DESDE LA PSICOLOGÍA POSITIVA: RESILIENCIA Y CRECIMIENTO POSTRAUMÁTICO. *Papeles del Psicólogo*, Vol. 27(1), pp. 40-49.
- Vera Villarroel, P. (2001). Aprendizaje de respuestas inmunológicas, evidencia experimental. *Revista Colombiana de Psicología*(10), 21-28.
- Vojvodić, A., Dedić, G., & Đukić-Dejanović, S. (2019). Defense mechanisms and quality of life in military personnel with burnout syndrome. *Vojnosanitetski Pregled* , 76(3), 298-306. doi:10.2298/VSP170304114V
- Warwar, S. H., Links, P. S., Greenberg, L., & Bergmans, Y. (2008). Emotion-focused principles for working with borderline personality disorder. *Journal of psychiatric practice*, 14(2), 94-104. doi:<https://doi.org/10.1097/01.pra.0000314316.02416.3e>

- Weurlander, M., Lönn, A., Seeberger, A., Hult, H., Thornberg, R., & Wernerson, A. (2019). Emotional challenges of medical students generate feelings of uncertainty. *Medical education, 53*(10), 1037–1048. doi:<https://doi.org/10.1111/medu.13934>
- Weurlander, M., Lönn, A., Seeberger, A., Hult, H., Thornberg, R., & Wernerson, A. (2019). Emotional challenges of medical students generate feelings of uncertainty. . *Medical education, 53*(10), 1037-1048. doi: <https://doi.org/10.1111/medu.13934>
- Winnicott, D. (1996). *La Naturaleza Humana*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Worden, W. (2004). *Grief Counseling & Grief Therapy*. New York: Springer Publishing Company.
- World Health Organization. (2000). *Guía de Bolsillo de la Clasificación CIE-10*. España: Médica Panamericana, S.A.
- Zeman, J., Klimes-Dougan, B., Cassano, M., & Adrian, M. (2007). Measurement issues in emotion research with children and adolescents. *Clinical Psychology: Science and Practice, 14*(4), 377-401. doi:<https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2007.00098.x>
- Zhang, J., Feng, C., & Mai, X. (2016). Automatic emotion regulation in response inhibition: The temporal dynamics of emotion counter-regulation during a go/no-go task. *Psychophysiology, 1909-1917*. doi:doi: 10.1111/psyp.12754

# **ANEXOS**

**ANEXO N° 1**  
**REGISTRO DE LA INVESTIGACIÓN**  
**EN DIGESA (MINSA)**



Buenos días  
Magister  
Lourdes Goicoechea,

Ha completado su solicitud referente al protocolo de investigación "Las emociones como sistema guía del funcionamiento psíquico y el comportamiento humano". Agradecemos la información, la cual se incluye en el registro de protocolos de investigación para la salud.

La circular 003 de septiembre de 2015 emitida por DIGESA y su réplica por el Comité Nacional de Bioética de la Investigación (CNBI) de marzo 2016, indican que los estudios clínicos deberán ser avalados por la autoridad sanitaria previamente a ser sometidos a un Comité Bioética Institucional (CBI) acreditado. Hasta el momento, se ha implementado el aval mediante el registro de toda investigación para salud y la evaluación de algunos estudios clínicos, los que de acuerdo a los criterios señalados en ambas circulares, y modificados según acuerdos plasmados en el flujograma de protocolos de investigación (ensayos clínicos y polémicos), deben ser evaluados en la DIGESA. Puede descargar los documentos mencionados y otros relacionados a través del enlace: <http://www.minsa.gob.pa/informacion-salud/regulacion-de-investigacion-para-la-salud>

De acuerdo al protocolo adjunto y a los criterios contenidos en los lineamientos mencionados en el párrafo anterior, el estudio por el que nos consulta, **no requiere evaluación para el trámite de autorización sanitaria para otorgar el aval.**

El registro de su Protocolo es el **N° 957**

Le agradecemos continúe informándonos de los avances de esta investigación, tanto en lo relacionado a la obtención de la aprobación bioética, la fecha real de inicio, una vez confirmada, y en especial, notificándonos oportunamente, previo a su difusión por cualquier medio, sobre aquello que pueda apoyar la toma de decisiones en favor de la salud de la población a medida que vayan obteniendo resultados parciales, así como los finales, que puedan ser de impacto en este sentido.

De acuerdo a lo establecido en la Ley 83 de 2012, que "*los trámites en línea tendrán la misma validez que los realizados de forma presencial*" y con miras a la mayor agilización de este paso regulatorio adicional, fue acordado entre MINSA y CNBI que **puede imprimir este e-mail como constancia de nuestro aval para el proceso de revisión ética al que someterá esta investigación.**

Cordialmente,

Coordinación en Regulación de Investigación para Salud  
Dirección General de Salud Pública  
Ministerio de Salud  
República de Panamá  
Tel.: 512 9479



**ANEXO N° 2**

**APROBACIÓN DEL COMITÉ DE  
BIOÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN**

	<b>COMITÉ DE BIOÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN DE LA UNIVERSIDAD DE SANTANDER PANAMÁ</b>		
	Formulario para Someter Protocolos de Investigación FR-CBI-01	Fecha: 27 - junio - 2016	
		Versión 0.0	Página 1 de 1

Nombre del Investigador Principal: Lourdes Goicoechea correo: lourdesgcoechea@ulatina.edu.pa  
lgoico13@gmail.com

Código de inscripción del estudio: \_\_\_\_\_

Título del estudio:

"Las emociones como sistema guía del funcionamiento psíquico y el comportamiento humano".

Fecha: \_\_01 de Abril 2019\_\_

Se hace entrega de los documentos físicos solicitados y un (1) USB con los documentos digitales para la revisión ética del estudio en mención:

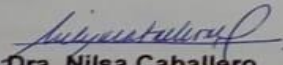
Documento	Entregado
Formulario de Inscripción del Protocolo (Físico)	✓
Certificación de No Objeción de la entidad donde se pretende realizar el estudio	✓
Registro y/o Autorización Sanitaria de DIGESA	✓
Protocolo	✓
Consentimiento Informado (Físico)	✓
Asentimiento Informado (Físico)	✓
Instrumento de recolección de datos (Físico)	✓
Hoja de vida del (de los) Investigador (es) Principal (es) incluyendo certificado de BPC	✓
Acuerdo de Confidencialidad firmado por el (los) Investigador (es)	✓
Declaración del (de los) Investigador (es) de mantener aspectos éticos	✓
Otros:	



CBI-USantander-M- 033 - 2019  
Panamá, 23 de agosto de 2019

### MEMORANDO

**Para:** Lourdes Goicoechea  
Investigadora Principal

**De:**   
Dra. Nilsa Caballero  
Presidenta del Comité de Ética de la Investigación



**Asunto:** Consideraciones sobre protocolo revisado

En reunión ordinaria del Comité de Ética de la Investigación de la Universidad de Santander Panamá, celebrada el día 22 de agosto de 2019 se discutieron los documentos del Protocolo de Investigación "*Las emociones como sistema guía del funcionamiento psíquico y el comportamiento humano*".

Los Miembros del Comité de Bioética de la Investigación deciden:

Aprobar       Aprobar Condicionado       Denegar

Comité de Bioética de la Investigación Avenida Colombia calle 44 Bellavista Edificio Capto Tel. 394-3490  
comite.etica@usantander.edu.pa

**ANEXO N° 3**  
**CERTIFICACIÓN EN BUENAS**  
**PRACTICAS CLÍNICAS**



## NIDA Clinical Trials Network

### Certificate of Completion

is hereby granted to  
**Lourdes M. Goicoechea. Y**  
to certify your completion of the six-hour required course on:

### GOOD CLINICAL PRACTICE

<b>MODULE:</b>	<b>STATUS:</b>
Introduction	N/A
Institutional Review Boards	Passed
Informed Consent	Passed
Confidentiality & Privacy	Passed
Participant Safety & Adverse Events	Passed
Quality Assurance	Passed
The Research Protocol	Passed
Documentation & Record-Keeping	Passed
Research Misconduct	Passed
Roles & Responsibilities	Passed
Recruitment & Retention	Passed
Investigational New Drugs	Passed

**Course Completion Date: 14 December 2019**

**CTN Expiration Date: 14 December 2022**

Tracee Williams, Training Coordinator  
NIDA Clinical Coordinating Center

*Good Clinical Practice, Version 5, effective 03-Mar-2017*

*This training has been funded in whole or in part with Federal funds from the National Institute on Drug Abuse, National Institutes of Health, Department of Health and Human Services, under Contract No. HHSN27201201000024C.*

**ANEXO N° 4**  
**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

## **Consentimiento Informado**

### **Las emociones como sistema guía del funcionamiento psíquico y el comportamiento humano**

Ésta investigación trata sobre el manejo de las emociones y su relación con a cascada de eventos fisiológicos conectada a las emociones y su consecuente influencia en la pérdida de la homeostasis comprometiendo la salud física, mental y su observación en el comportamiento humano.

Usted ha sido invitado a participar de manera voluntaria en este estudio dirigido al manejo emocional.

#### **Procedimiento**

Hacemos de su conocimiento que es nuestra responsabilidad informarle acerca de la investigación y aclarar las dudas que la misma le genere, los datos serán recolectados a través de una encuesta abierta, un cuestionario validado y una escala de 11 indicadores, se estima que le tomará aproximadamente 30 minutos responder lo solicitado.

Su participación es voluntaria, tiene derecho a negarse, puede decidir no participar o luego de haber aceptado, puede retirarse de la investigación, aun así, tendrá la oportunidad de ser incluido (a) en cualquier programa de atención o prevención que redunde en beneficio del resto de los participantes.

#### **Riesgos y beneficios**

Los riesgos son mínimos y pueden estar relacionados con la incomodidad que sienten algunas personas ante nuevos aprendizajes, no se ofrecen beneficios económicos ni materiales.

#### **Confidencialidad y ética**

Los resultados obtenidos de los test y cuestionarios aplicados, serán tratados con estricta confidencialidad, los datos serán manejados por los investigadores sin ofrecer la posibilidad de identificación de los participantes.

#### **Consultas y dudas**

La persona responsable de ésta investigación es Lourdes Goicoechea, si surgen dudas o necesita alguna información puede contactarla al correo: [Lgoico13@gmail.com](mailto:Lgoico13@gmail.com)



**Firma del participante**

Yo \_\_\_\_\_ afirmo que se me han brindado los detalles acerca de la investigación a la que he sido invitado (a) a participar, y del uso que se dará a los datos recolectados, entiendo que puedo negarme a participar en cualquier momento de la investigación. Siendo así, acepto participar voluntariamente y responder los cuestionarios para recoger los datos.

Firma del participante \_\_\_\_\_ Número de identificación \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

**Declaración del investigador**

Doy fe de que he explicado a los participantes en la investigación acerca de la naturaleza de la misma, el manejo de los datos, se ha brindado el contacto de la investigadora responsable para aclaración de alguna duda y solicitud de información.

Nombre del investigador: \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_ Número de Documento \_\_\_\_\_

**ANEXO N° 5**  
**REVISIÓN POR PROFESOR DE**  
**ESPAÑOL**

Panamá, 23 de junio de 2020.

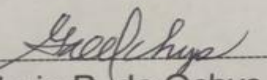
Autoridades  
Universidad Especializada de las Américas  
**UDELAS**  
Decanato de Postgrado

Presente

Autoridades:

Por este medio doy fe que he revisado ortografía, redacción, sintaxis y otros menesteres del idioma español de la tesis doctoral ***Las emociones como sistema guía del funcionamiento psíquico y el comportamiento humano: valoración de un modelo de intervención psicoterapéutica basado en la clasificación de estados del Yo***, por solicitud de la estudiante **Lourdes Goicoechea**, con cédula de identidad personal **8-1092-942**.

Atentamente,

  
Gloria P. de Ochys  
Céd. 9-68-965  
Corrección y Estilo

REPÚBLICA DE PANAMÁ  
TRIBUNAL ELECTORAL

**Gloria Maria**  
**Palacios Robles de Ochys**



NOMBRE USUAL:  
FECHA DE NACIMIENTO: 06-ABR-1947  
LUGAR DE NACIMIENTO: VERAGUAS, SONÁ  
SEXO: F TIPO DE SANGRE: O+  
EXPEDIDA: 04-OCT-2013 EXPIRA: 04-OCT-2023

**9-68-965**



*Gloria Palacios Robles de Ochys*

# UNIVERSIDAD DE PANAMA

LA FACULTAD DE

*Administración*

EN VIRTUD DE LA POTESTAD QUE LE CONFIEREN LA LEY Y EL ESTATUTO UNIVERSITARIO,  
HACE CONSTAR QUE

*Glوريا Armas Páez R. de Odeys*

HA TERMINADO LOS ESTUDIOS Y CUMPLIDO CON LOS REQUISITOS  
QUE LE HACEN ACREDEDOR AL TITULO DE

*Licenciada en Administraciones  
especialización en Gerencia*

Y EN CONSECUENCIA, SE LE CONCEDE TAL GRADO CON TODOS LOS DERECHOS,  
HONORES Y PRIVILEGIOS RESPECTIVOS, EN TESTIMONIO DE LO CUAL SE LE EXPIDE  
ESTE DIPLOMA EN LA CIUDAD DE PANAMA A LOS <sup>Trés</sup> *diez y siete*  
DIAS DEL MES DE *abril* DE MIL NOVECIENTOS *ochenta y nueve*.

*[Signature]*  
Secretario General

Diploma N.º 24970

Identificación Personal  
9-68-965

*[Signature]*

*Wiley J. Adams*  
Rector



**ANEXO N° 6**  
**TEST MOVILIZACIÓN DE LAS**  
**EMOCIONES Y ESTADOS**  
**COGNITIVOS**

# Mobilización de las energías de funcionamiento psíquico en el proceso de duelo

## Instrumento de Medición

### Instrucciones:

Favor suministrar la información en la Hoja de respuestas entregada con este instrumento.

Indicar sus datos en el encabezado de la hoja de respuestas.

De las opciones que se presentan a continuación seleccione la que considera más adecuada o se identifique más con Usted, elija sólo, una opción de respuesta por ítem.

4 Totalmente de Acuerdo

3 Medianamente de Acuerdo

2 Medianamente en Desacuerdo

1 Totalmente en Desacuerdo

### Ejemplo:

Retomo actividades que había dejado de hacer	1	2	3	4
Me siento incomprendido	1	2	3	4

La persona que ha respondido 2 indica que medianamente en desacuerdo retoma actividades que había dejado de hacer y que medianamente de acuerdo se siente incomprendido.



Autores: Goicoechea Lourdes; Frassati Gianna; Manzanero Diana; (2016).

En cualquier explotación de la obra autorizada por la licencia hará falta reconocer la autoría. La explotación de la obra queda limitada a usos no comerciales.

Proyecto financiado por la Secretaría Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación de Panamá  
Código: APY-GC-2014-002





4	Totalmente de Acuerdo	3	Medianamente de Acuerdo	2	Medianamente en Desacuerdo	1	Totalmente en Desacuerdo
---	-----------------------	---	-------------------------	---	----------------------------	---	--------------------------

1. Es imposible creer lo que está pasando
2. Retomo actividades que había dejado de hacer
3. Es mejor que los demás hagan todo por mi
4. Estoy lleno de reproches
5. Me siento vulnerable
6. Cada instante le da significado a mi vida
7. Me adapto bien a cualquier cambio
8. Me recargo de trabajo
9. El mundo ya no me importa
10. Lo tengo bien merecido
11. Siento el corazón acelerado casi todo el tiempo
12. Puedo construir relaciones cercanas con otras personas
13. Me siento cómodo ante los desafíos
14. Tiendo a dejar en manos de otros las soluciones de mis problemas
15. Me siento incomprendido

16. Los peligros están a la vuelta de la esquina
17. Estoy confundido ante lo que está pasando
18. Manejo mis impulsos disminuyendo los niveles de tensión
19. Cuento con recursos para reponerme
20. Necesito la aprobación constante de lo que hago
21. Siento remordimiento por lo ocurrido
22. Me siento angustiado (a)
23. He aprendido mucho de este evento que me ocurrió
24. Luego de un fracaso hago nuevas metas
25. Estoy seguro (a) de que puedo seguir adelante
26. Tengo pocos deseos de alimentarme
27. Yo pude haberlo evitado
28. Me falta el aliento
29. Tengo un proyecto de vida con metas y objetivos
30. Me siento abandonado (a)



**Hoja de respuestas**

Apellidos y nombre

Edad  Sexo  F  M

Tipo de pérdida

Diagnóstico

De las opciones que se presentan a continuación seleccione la que considera más adecuada o se identifique más con Usted, elija sólo, una opción de respuesta por ítem.

4	Totalmente de Acuerdo	3	Medianamente de Acuerdo	2	Medianamente en Desacuerdo	1	Totalmente en Desacuerdo
---	-----------------------	---	-------------------------	---	----------------------------	---	--------------------------

1.	4	3	2	1
2.	4	3	2	1
3.	4	3	2	1
4.	4	3	2	1
5.	4	3	2	1
6.	4	3	2	1
7.	4	3	2	1
8.	4	3	2	1
9.	4	3	2	1
10.	4	3	2	1
11.	4	3	2	1
12.	4	3	2	1
13.	4	3	2	1
14.	4	3	2	1
15.	4	3	2	1
16.	4	3	2	1
17.	4	3	2	1
18.	4	3	2	1
19.	4	3	2	1
20.	4	3	2	1
21.	4	3	2	1
22.	4	3	2	1

23.	4	3	2	1
24.	4	3	2	1
25.	4	3	2	1
26.	4	3	2	1
27.	4	3	2	1
28.	4	3	2	1
29.	4	3	2	1
30.	4	3	2	1
31.	4	3	2	1
32.	4	3	2	1
33.	4	3	2	1
34.	4	3	2	1
35.	4	3	2	1
36.	4	3	2	1
37.	4	3	2	1
38.	4	3	2	1
39.	4	3	2	1
40.	4	3	2	1
41.	4	3	2	1
42.	4	3	2	1
43.	4	3	2	1
44.	4	3	2	1

45.	4	3	2	1
46.	4	3	2	1
47.	4	3	2	1
48.	4	3	2	1
49.	4	3	2	1
50.	4	3	2	1
51.	4	3	2	1
52.	4	3	2	1
53.	4	3	2	1
54.	4	3	2	1
55.	4	3	2	1
56.	4	3	2	1
57.	4	3	2	1
58.	4	3	2	1
59.	4	3	2	1
60.	4	3	2	1
61.	4	3	2	1
62.	4	3	2	1
63.	4	3	2	1
64.	4	3	2	1
65.	4	3	2	1
66.	4	3	2	1



Autores: Goicoechea Lourdes; Frassati Gianna, Manzanero Diana; (2016).  
 En cualquier explotación de la obra autorizada por la licencia hará falta reconocer la autoría. La explotación de la obra queda limitada a usos no comerciales.

Proyecto financiado por la Secretaría Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación.  
 Código: APY-GC-2014-002



*Test Movilización de las emociones y estados cognitivos*

<b>Variable dependiente</b>	<b>Dimensiones</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Ítems</b>
Emociones y estados del Yo	Manifestaciones emocionales y estados del Yo Activa	Plenitud	6-12-23-32-45-51
		Fortaleza	7-18-29-37-57-61
		Actividad	2-13-24-33-46-8
		Resiliencia	54-19-25-38-53-62
	Manifestaciones emocionales y estados del Yo Inversa	Dependencia	3-14-20-39-47-64
		Tristeza	9-52-26-40-48-63
		Rabia-Enojo	4-15-35-41-34-60
		Culpa	10-21-27-44-55-66
		Miedo	5-16-30-43-49-59
		Ansiedad	11-22-28-42-56-65
	Shock-Negación	1-17-31-36-50-58	

*Elaborado por Goicoechea (2008). Validado por Goicoechea, Frassati, Manzanero (2014).*

**ANEXO N° 7**

**HOJA DE AUTOMONITOREO**

**CLASIFICACIÓN DE ESTADOS DEL**

**YO**

Número muestral

Fecha \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_

Escala del 0 al 10	0= Nada ----- 10 = todo
Plenitud.	
Fortaleza	
Actividad.	
Cuento con recursos para seguir adelante	
Dejo en manos de otro las soluciones de mis problemas	
Tristeza.	
Rabia-Enojo.	
Culpa.	
Miedo.	
Ansiedad.	
No puedo creer lo que me está pasando	

# **ANEXO N° 8**

## **ENCUESTA**

Fecha \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Número muestral \_\_\_\_\_

### **Encuesta**

1. ¿Considera usted que identifica las emociones que utiliza?
2. ¿Cuál emoción considera usted que es la que más utiliza?
3. ¿Cuál estrategia utiliza para manejar sus emociones?
4. Identifique, en estos momentos, cual es el evento estresor en su vida, que considera significativamente mayor?
5. De la clasificación de estados del yo, que se le ha entregado, ¿Cuáles son los estados que más utiliza?
6. ¿Qué estrategias utiliza para manejar el estrés y la ansiedad?
7. ¿Ha notado que sus emociones se reflejan en su cuerpo?
8. Identifique cómo siente en el cuerpo las emociones, Alegría, ansiedad, miedo, culpa, rabia-enojo, tristeza.

## **ANEXO 9**

**TABLA DEL ANÁLISIS SEMANTICO  
DE LA RESPUESTA 5 DE LA  
ENCUESTA CON LOS TRES GRUPOS**

Resultados obtenidos del análisis semántico de acuerdo a las respuestas obtenidas de los participantes a la pregunta 5, se incluye al tercer grupo, cuyo contacto con la investigadora se limitó a responder al pretest-postest,

**Tabla.** Pregunta 5 Pretest

Categoría: Conciencia emocional. Subcategoría: Reconocer emociones y sentimientos  
*De la Clasificación de estados del Yo que se le ha entregado, ¿Cuáles son los estados que más utiliza?*

Grupo experimental		Grupo control HB		Grupo neutral Ps	
<i>Palabra</i>	%	<i>Palabra</i>	%	<i>Palabra</i>	%
Actividad	18.60%	Fortaleza	15.70%	Fortaleza	19.50%
Fortaleza	18.60%	Actividad	14.90%	Ansiedad	15.90%
Ansiedad	13.40%	Resiliencia	14.20%	Actividad	13.40%
Plenitud	8.20%	Ansiedad	12.70%	Plenitud	12.20%
Miedo	7.20%	Plenitud	11.20%	Resiliencia	11.00%
Tristeza	6.20%	Tristeza	8.20%	Rabia	6.10%
Resiliencia	5.20%	Rabia	7.50%	Miedo	4.90%
Dependencia	5.20%	Miedo	6.70%	Culpa	3.70%
Culpa	5.20%	Culpa	4.50%	Dependencia	2.40%
Enojo	5.20%	Dependencia	1.50%	Enojo	2.40%

Esta pregunta brinda respuestas del uso de la Clasificación de estados del Yo, cuyo desempeño se está probando y observando en esta investigación, esta clasificación acompaña al test validado Movilización de las emociones y estados cognitivos, utiliza los mismos indicadores y responde al objetivo específico que refiere a mostrar el comportamiento de la clasificación como herramienta de automonitoreo.



### Tabla Pregunta 5 Postest

Categoría: Conciencia emocional. Subcategoría: Reconocer emociones y sentimientos  
*¿De la Clasificación de Estados del Yo, que se le ha entregado, Cuales son los estados que más utiliza?*

Grupo experimental		Grupo control HB		Grupo neutral PS	
Palabra	%	Palabra	%	Palabra	%
Actividad	21.30%	Actividad	16.98%	Fortaleza	20.80%
Fortaleza	17.50%	Fortaleza	15.09%	Ansiedad	14.30%
Resiliencia	12.50%	Resiliencia	13.20%	Actividad	13.00%
Plenitud	12.50%	Plenitud	13.20%	Plenitud	11.70%
Enojo	7.50%	Ansiedad	9.43%	Resiliencia	7.80%
Ansiedad	7.50%	Rabia	7.54%	Rabia	5.20%
Afrontamiento	3.80%	Miedo	5.66%	Recursos de afrontamiento	3.90%
Dependencia	3.80%	Tristeza	3.77%	Tristeza	2.60%
Miedo	2.50%	Dependencia	1.88%	Culpa	2.60%
Tristeza	2.50%	Mecanismo De defensa	1.88%	Dependencia	1.30%
		Recursos	1.88%	Miedo	1.30%
		Culpa	1.88%	Negación	1.30%

Esta Tabla N° muestra el reconocimiento que hace cada persona de su estado yoico, se infiere que, por el uso de mecanismos de defensa, les es más sencillo identificar los indicadores activos, que hacer contacto con el malestar emocional que produce revisar los indicadores inversos (Schauenburg, Willenborg, & Ehrenthal, 2010).

Estos datos son el insumo para el vaciado ordenado en la siguiente tabla, muestra lo que los participantes creen sentir, respondido en pregunta 5 de la encuesta.

<i>Grupo</i>	<i>ITEMS DE LA DIMENSIÓN INVERSA</i>	
	<i>INVERSOS PRETEST</i>	<i>INVERSOS POSTEST</i>
Grupo experimental	42.40%	23.80%
Grupo control HB	41.10%	32.04%
Grupo neutral PS	35.40%	28.60%

	<i>ITEMS DE LA DIMENSIÓN ACTIVA</i>	
	<i>ACTIVOS PRETEST</i>	<i>ACTIVOS POSTEST</i>
Grupo experimental	50.60%	67.60%
Grupo control HB	56.00%	60.35%
Grupo neutral PS	56.10%	57.20%

*Nota: Comparativo por Dimensión, inversa (Suma de los ítems: Mec. de defensa, ansiedad, miedo, culpa, rabia-enojo, tristeza, dependencia), y dimensión activa (Suma de los ítems: Recursos de afrontamiento o resiliencia, actividad, fortaleza, plenitud).*

### **Actuaciones anormales del Grupo Control**

El grupo control tuvo conocimiento de estar formando parte de una investigación, hay la tendencia en los participantes del grupo control, de asumir que se espera de ellos que obtengan puntuaciones diferentes, normalmente mas bajas que el grupo experimental, por lo que se esfuerzan por salir bien en los test, incluso modifican su comportamiento, estos acontecimientos pueden confundir los resultados (Hernandez-Sampieri, 2014), en el caso de esta investigación, los participantes del grupo control tuvieron mayor movilización en todos sus indicadores, tanto activos como inversos, los indicadores activos se movilizaron

disminuyendo, al igual que algunos inversos, en líneas generales emocionalmente se movilizaron más, pero, sin la estructura y la guía del programa de intervención que si tuvo el Grupo experimental, se puede observar en la Tabla N° 10, a continuación un resumen de los datos obtenidos del Grupo Experimental y Grupo Control.

## **ANEXO 10**

Se ordenan y grafican los resultados de los tres grupos Control y Neutral

Esta Tabla presenta un resumen de los pretest y postest de los tres grupos, en una sola Tabla que muestra la dinámica emocional y los estados del Yo, a través de los datos obtenidos de los instrumentos aplicados a los 3 grupos y ordenados en Tabla en este anexo 9 se incluyen esos datos, resultados obtenidos del G. Experimental, G. Control y G. Neutral.

La numeración de estas tablas y gráficas son sólo para mantener el orden, se utilizan solo en este anexo 9

**Tabla 1**

Resultados obtenidos de la aplicación de los instrumentos cuantitativos

<i>Dimensión Inversa</i>				
<i>Grupo</i>	<i>Clasificación. PRETEST</i>	<i>Clasificación POST TEST</i>	<i>Test Movilizac PRETEST</i>	<i>Test Movilizac POST TEST</i>
Grupo experimental	4.15 M	2.28 L	87.33 M	73.42 B
Grupo control HB	3.40 L	3.55 L	75.34 B	67.85 B
Grupo neutral PS	4.15 M	3.35 L	79.23 B	68.62 B
Escala de Medición Dimensión inversa	Escala de medición de la clasificación 1-3 Leve, 4-6 Moderado, 7-10 Alto.		42-83 84-125 126-168	<b>Bajo</b> <b>Medio</b> <b>Alto</b>

<i>Dimensión Activa</i>				
	<i>Clasificación. PRETEST</i>	<i>Clasificación POST TEST</i>	<i>Test Movilizac PRETEST</i>	<i>Test Movilizac POST TEST</i>
Grupo experimental	7.37 A	7.03 A	79.28 A	84.84 A
Grupo control HB	7.09 A	6.55 M	79.64 A	70.71 M
Grupo neutral PS	7.37 A	7.06 A	80.81 A	73.22 A
Escala de Medición Dimensión activa	Escala de medición de la clasificación 1-3 Leve, 4-6 Moderado, 7-10 Alto.		24 - 47 48 - 71 72 - 96	<b>Bajo</b> <b>Medio</b> <b>Alto</b>

La numeración de estas Tablas y Gráficas pertenecen sólo a este anexo, no se relacionan con la numeración de las Tablas y Gráficas de los análisis en el capítulo V.

## Tabla 2

**Pretest grupo neutral Ps** resultados por indicador de ambos test aplicados.

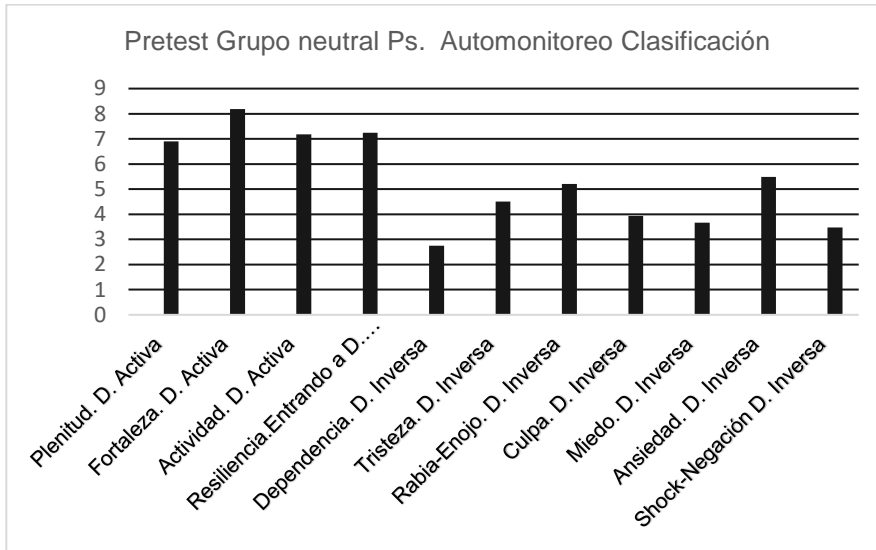
Baremos: Para la Clasificación se utiliza la escala EVA (1-3 Leve Moderado, 4-6 Moderado Alto, 7-10 Alto), Test (6 – 12 bajo 13 – 18 medio 19 – 24 alto).

Total, por Indicador		
Indicadores	Clasificación	Test Movilización
Plenitud. D. Activa	6.90	20.27
Fortaleza. D. Activa	8.18	20.21
Actividad. D. Activa	7.18	19.18
Resiliencia. Entrando a D. Activa	7.24	21.15
Dependencia. D. Inversa	2.75	9.57
Tristeza. D. Inversa	4.51	9.96
Rabia-Enojo. D. Inversa	5.21	11.89
Culpa. D. Inversa	3.93	14.18
Miedo. D. Inversa	3.66	12.33
Ansiedad. D. Inversa	5.48	11.24
Shock-Negación D. Inversa	3.48	10.06

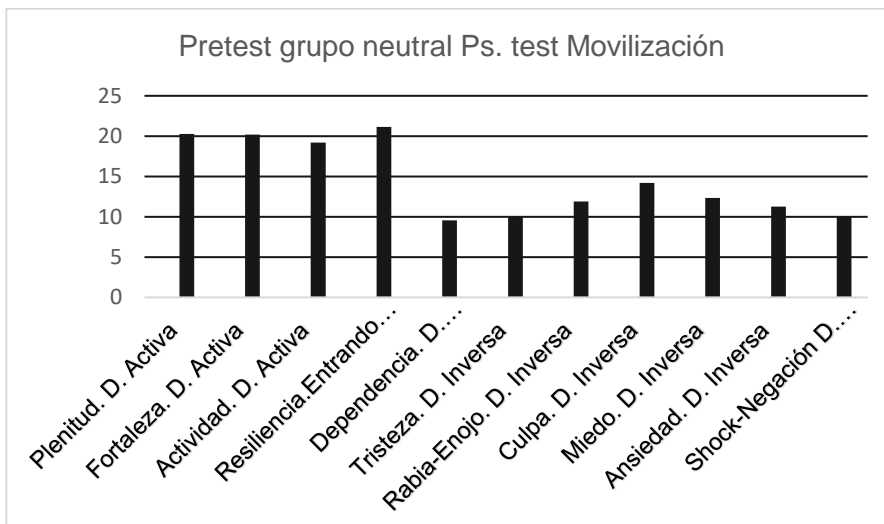
Resultados obtenidos de la aplicación de ambas pruebas, Clasificación de Estados del Yo y Movilización de las emociones y estados cognitivos, al grupo control.

La **Gráfica 1**, presenta los resultados ordenados en la **Tabla 2**, luego de aplicar la Clasificación de estados del Yo como pretest al Grupo neutral Ps, permite

observar en su automonitoreo, que perciben ansiedad y rabia, como los indicadores inversos con puntajes más altos y de los ítems activos, la fortaleza.



**Gráfica 1.** Datos obtenidos de la Clasificación de Estados del Yo, como pretest aplicados al Grupo neutral Ps., ordenados en la **Tabla N° 2**.



**Gráfica 2.** Se grafican los datos obtenidos de la aplicación del test Movilización de las emociones y estados cognitivos como pretest al grupo neutral Ps., ordenados en la **Tabla N° 2**.

Al contrastar ambas Gráfica N° 1 y 2, se observa que los participantes del grupo neutral Ps. perciben su malestar emocional como ansiedad en la **Gráfica N° 1**, sin embargo, **la Gráfica N° 2** muestra que lo que realmente sienten es Culpa, al no reconocerla en sí mismos la describen como ansiedad y enojo.

**Tabla 3.**

Postest Grupo neutral Ps., resultados por indicador de ambos instrumentos el Test y la Clasificación como instrumento de seguimiento.

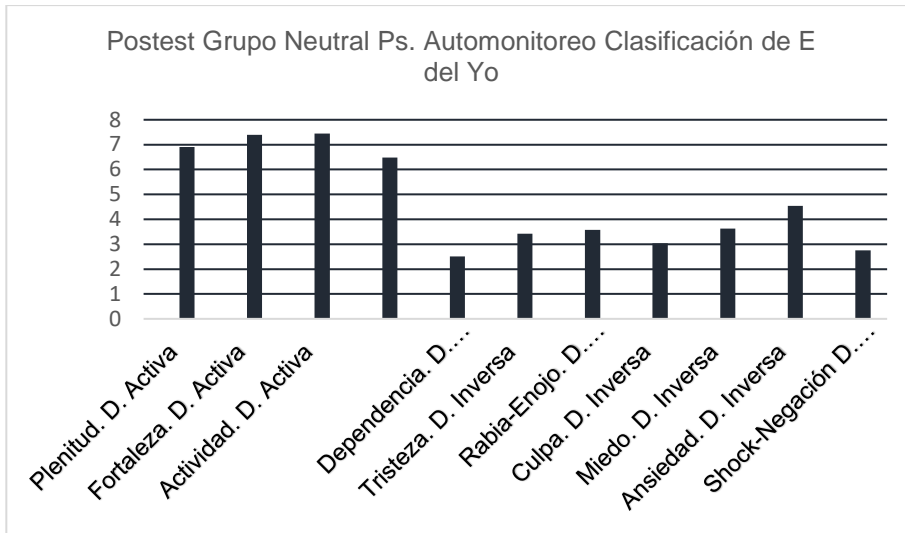
Baremos: Para la Clasificación se utiliza la escala EVA (1-3 Leve Moderado, 4-6 Moderado Alto, 7-10 Alto), para el Test, su propia escala (6 – 12 bajo 13 – 18 medio 19 – 24 alto).

Total por Indicador		
Indicadores	Clasificación	Test
Plenitud. D. Activa	6.90	18.15
Fortaleza. D. Activa	7.39	18.33
Actividad. D. Activa	7.45	16.93
Resiliencia. Entrando a D. Activa	6.48	19.81
Dependencia. D. Inversa	2.51	8.36
Tristeza. D. Inversa	3.42	9.15
Rabia-Enojo. D. Inversa	3.57	10.06
Culpa. D. Inversa	3.03	11.39
Miedo. D. Inversa	3.63	11.36
Ansiedad. D. Inversa	4.54	9.24
Shock-Negación D. Inversa	2.75	9.06

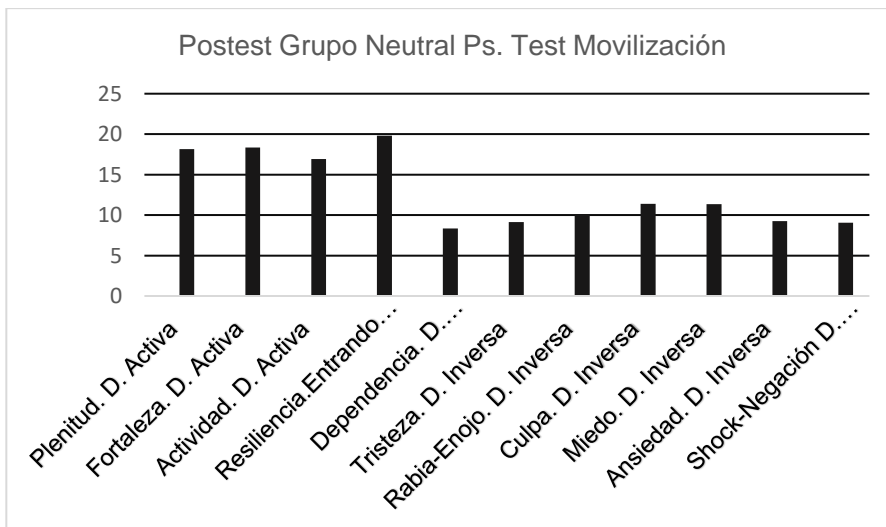
El grupo neutral Ps. percibe un malestar emocional que relacionan con ansiedad, según los resultados obtenidos del automonitoreo utilizando la Clasificación, siendo miedo y culpa los indicadores más altos resultantes del Test validado Movilización de las emociones y estados cognitivos, el uso de ambos instrumentos permite dar seguimiento a la habilidad de auto reconocimiento de sus estados emocionales, al contrastar lo que ellos creen percibir (a través del uso de la



Clasificación o herramienta de auto monitoreo) y lo que realmente se está movilizando a nivel emocional medido con el Test.



**Gráfica 3.** Se grafican los resultados tabulados por indicador en **la Tabla N° 3**. Resultantes del Postest del Grupo neutral Ps. al responder a la Clasificación de estados del Yo como herramienta de auto monitoreo.



**Gráfica 4.** Se grafican los resultados tabulados por indicador en **la Tabla 3**. Resultantes del Postest del Grupo Neutral Ps. al responder al test, Movilización de las emociones.

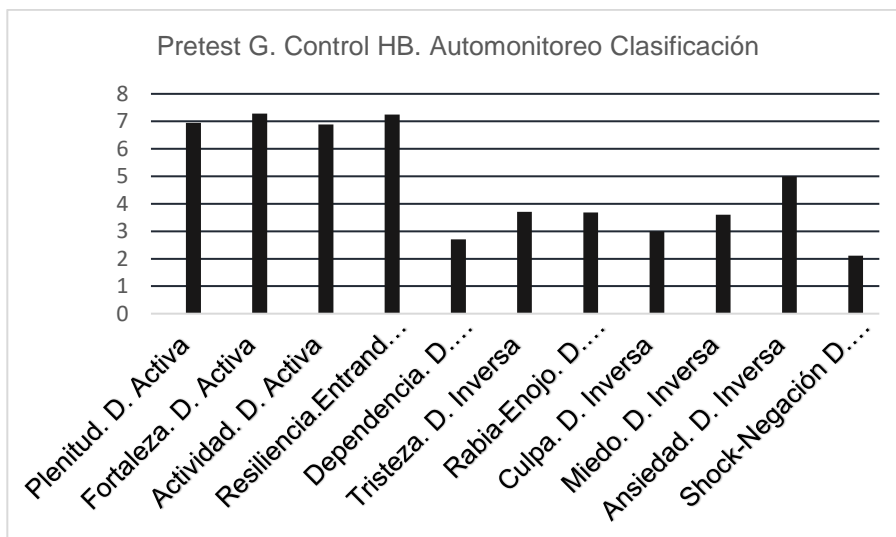
**Tabla 4.**

Pretest G. Control HB, resultados por indicador obtenidos de ambos test.

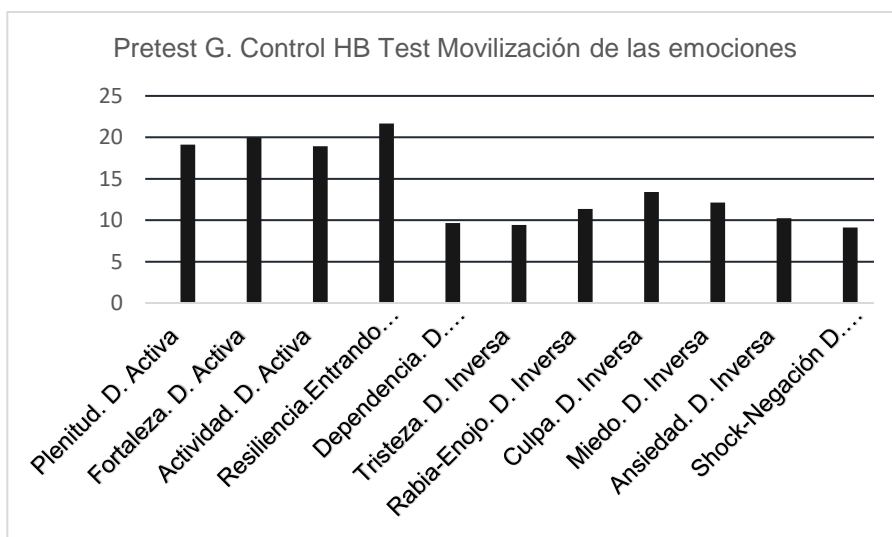
La Clasificación de estados del Yo, adopta como baremos la escala EVA (1-3 Leve Moderado, 4-6 Moderado Alto, 7-10 Alto), y para el Test, su propio baremos validado (6 – 12 bajo 13 – 18 medio 19 – 24 alto).

Total, por Indicador		
Indicadores	Clasificación	Test Movilización
Plenitud. D. Activa	6.94	19.10
Fortaleza. D. Activa	7.28	19.97
Actividad. D. Activa	6.88	18.91
Resiliencia. Entrando a D. Activa	7.25	21.65
Dependencia. D. Inversa	2.71	9.65
Tristeza. D. Inversa	3.71	9.42
Rabia-Enojo. D. Inversa	3.68	11.34
Culpa. D. Inversa	3.00	13.42
Miedo. D. Inversa	3.60	12.11
Ansiedad. D. Inversa	5.00	10.25
Shock-Negación D. Inversa	2.11	9.11

En los resultados se observa el uso de la resiliencia o recursos de afrontamiento, que ellos relacionan con fortaleza, mientras que, en los indicadores inversos, la ansiedad es el puntaje más alto en la hoja de automonitoreo o Clasificación de Estados del Yo, mientras que, en el Test, es la culpa, mostrando una vez más, la dificultad de las personas para identificar los estados yoicos confundiendo unos estados con otros.



**Gráfica 5.** Resultados del pretest al aplicar la Clasificación de estados del Yo al Grupo Control, graficando los valores resumidos en la **Tabla N° 4**. Indican elevados niveles de ansiedad en los indicadores inversos.



**Gráfica 6.** Se grafican los resultados obtenidos al aplicar el Test Movilización de las emociones como pretest al Grupo Control ordenados en la **Tabla 4**.

El Grupo Control, no recibió intervención y estuvo en actividades que limitaban el prolongado contacto con la investigadora, se observa que lo que los

participantes del G. Control HB. creen identificar como ansiedad (respondido en la Clasificación o herramienta de automonitoreo) en realidad corresponde con la emoción miedo y el estado del Yo, culpa.

Hay factores que se asocian a una medición, que son fuente de incertidumbre, al revisar los resultados obtenidos de los tres grupos, el Grupo Neutral Ps., a cargo de una psiquiatra, modifica su comportamiento, al solicitar permiso a la psiquiatra para utilizar su grupo como control, se le comunicó la característica y objetivos de la investigación, basada en la movilización de las emociones y estados yoicos, con una intervención al grupo experimental, dirigida al desarrollo de habilidades emocionales, esto pudo haber tenido influencia en la dirección de las clases impartidas por la psiquiatra al grupo control, similar al efecto Hawthorne en donde otras variables no contempladas afectan las medidas de los resultados durante un estudio (Morberg, y otros, 2018).

Sin embargo, en el caso del grupo al que se le ha llamado Control HB. se trató de minimizar otros factores que pudiesen intervenir en los resultados, para tener algún control y evitar influir sobre este grupo, se le asignaron pacientes en el Hogar Bolívar para ancianos y allí recibieron clases de psicopatología, se les cambió el escenario, ya que estuvieron poco tiempo en salones de clase y el contacto con la investigadora se limitó a revisar sus casos.

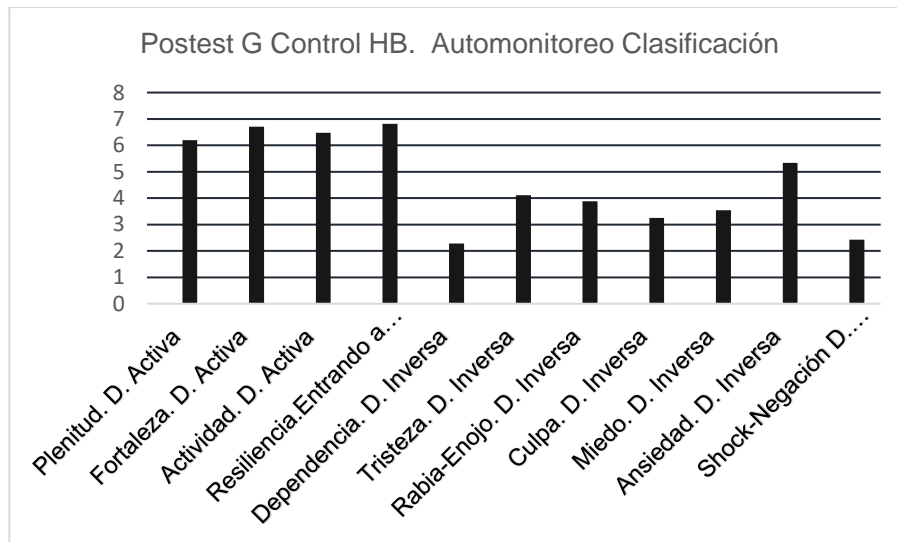
Cumpliendo con las Buenas Prácticas Clínicas, luego de aplicado el postest, se dedicaron tres semanas a este grupo, brindando intervenciones grupales en el manejo de las emociones, apoyo y contención con la finalidad de que obtuvieran el beneficio del programa.

**Tabla 5.**

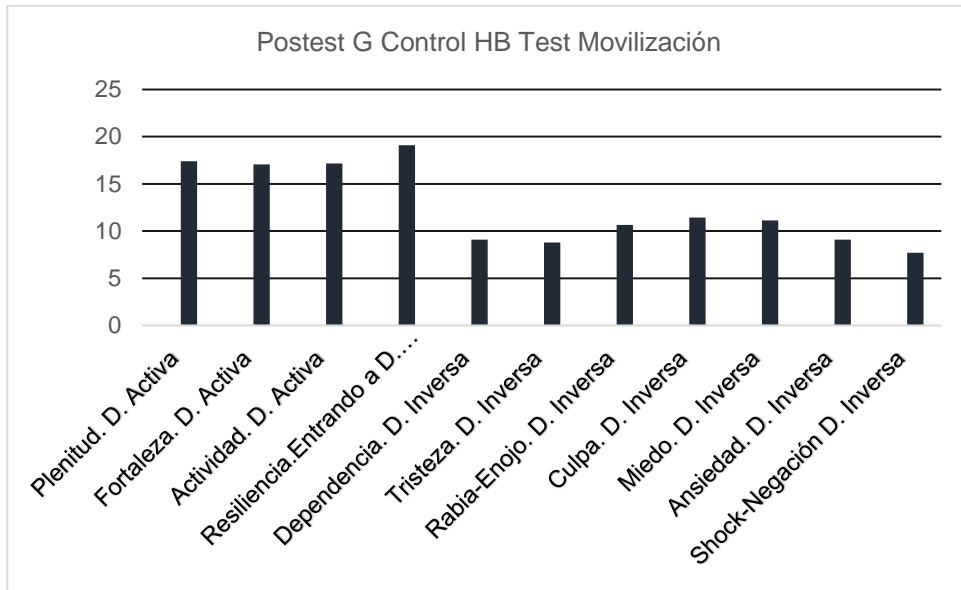
Postest Grupo Control HB, resultados por indicador de ambos test. Baremos utilizados: Para la Clasificación la escala EVA (1-3 Leve Moderado, 4-6 Moderado Alto, 7-10 Alto), El Test su propia escala (6 – 12 bajo 13 – 18 medio 19 – 24 alto).

Indicadores	Clasificación	Test Movilización
Plenitud. D.Activa	6.20	17.40
Fortaleza. D. Activa	6.71	17.05
Actividad. D. Activa	6.48	17.17
Resiliencia. Entrando a D. Activa	6.82	19.09
Dependencia. D. Inversa	2.28	9.08
Tristeza. D. Inversa	4.11	8.80
Rabia-Enojo. D. Inversa	3.88	10.65
Culpa. D. Inversa	3.25	11.42
Miedo. D. Inversa	3.54	11.12
Ansiedad. D. Inversa	5.34	9.08
Shock-Negación D. Inversa	2.42	7.70

Resultado por indicador de los valores obtenidos en ambas pruebas, graficados en la Figura 10 y Figura 11.



**Gráfica 7.** Se grafican los resultados obtenidos por indicador del Postest de la Clasificación de estados del Yo, del Grupo Control HB, tabulados en la **Tabla 5**.



**Gráfica 8.** Se grafican los resultados obtenidos del Postest del Grupo Control HB del Test Movilización de las emociones, tabulados en la **Tabla 5**.

## Índice de Cuadros

			Página
Cuadro	1	Estudios en programas de entrenamiento en habilidades emocionales 1980-2006 (Satterfield & Hughes, 2007).	27
Cuadro	2	Actividades Psicoeducativas, tareas y objetivos de aprendizaje.	82

## Índice de Gráficas

Gráfica	1	En el grupo control existen diferencias estadísticamente significativas antes y después. Prueba de rangos con signo de Wilcoxon.	94
Gráfica	2	Existen diferencias estadísticamente significativas antes y después de la intervención en el Grupo experimental. Prueba de rangos con signo de Wilcoxon.	95
Gráfica	3	Comparación de los grupos experimental y control con pretest y postest de promedios a través de los puntajes brutos. Prueba de rangos con signo de Wilcoxon.	96
Gráfica	4	Resultado por indicador de los ítems que forman la Clasificación de Estados del Yo, obtenidos de la aplicación del pretest al grupo experimental.	114
Gráfica	5	Resultado obtenido por indicador de los ítems al aplicar al grupo experimental el Test Movilización de las emociones y estados cognitivos.	115
Gráfica	6	Presenta, los resultados obtenidos por indicador, al aplicar el Postest de la herramienta de auto monitoreo Clasificación de estados del Yo, en donde	116

se observa una disminución de los ítems inversos y del indicador ansiedad.

Gráfica	7	Resultados del postest del Test Movilización de las emociones al Grupo Experimental.	117
---------	---	--	-----

### Índice de Tablas

			Página
<b>Tabla</b>	1	Tratamiento recibido por cada grupo	60
<b>Tabla</b>	2	Características de los participantes	60
<b>Tabla</b>	3	Diferencias emparejadas G. Experimental (prueba estadística Wilcoxon)	91
<b>Tabla</b>	4	Pretest-postest Grupo Experimental indicadores inversos. Prueba de rangos con signo de Wilcoxon	93
<b>Tabla</b>	5	Pretest-postest Grupo Control indicadores inversos. Prueba de rangos con signo de Wilcoxon	93
<b>Tabla</b>	6	Grupo control comparación pretest - postest. Prueba de rangos con signo de Wilcoxon	94
<b>Tabla</b>	7	Grupo Control Estadísticos de prueba <sup>a</sup> . Prueba de rangos con signo de Wilcoxon	94
<b>Tabla</b>	8	Grupo Experimental: comparación pretest - postest. Prueba de rangos con signo de Wilcoxon	95
<b>Tabla</b>	9	Grupo Experimental Estadísticos de prueba <sup>a</sup> . Prueba de rangos con signo de Wilcoxon	95



<b>Tabla</b>	10	Resumen de los resultados obtenidos de la aplicación del Test	97
<b>Tabla</b>	11	Automonitoreo Grupo Experimental	99
<b>Tabla</b>	12	Comparativo por dimensión de las respuestas obtenidas de la pregunta 5.	101
<b>Tabla</b>	13	Categorías y subcategorías para el análisis cualitativo de redes semánticas, utilizando un software que ofrece datos sobre la frecuencia de las palabras describiendo la evolución del estado emocional de los participantes.	102
<b>Tabla</b>	14	Pregunta 1 ¿Considera usted que identifica las emociones que utiliza?	102
<b>Tabla</b>	15	Pregunta 2 ¿Cuál emoción considera usted que es la que más utiliza?	102
<b>Tabla</b>	16	Pregunta 3 ¿Cuál estrategia utiliza para manejar sus emociones?	104
<b>Tabla</b>	17	Pregunta 4. Identifique en estos momentos, ¿cuál es el evento estresor en su vida, que considera significativamente mayor?	107
<b>Tabla</b>	18	Pregunta 5. De la Clasificación de estados del Yo que se le ha entregado, ¿Cuáles son los estados que más utiliza?	108
<b>Tabla</b>	19	Pregunta 6. ¿Qué estrategias utiliza para manejar el estrés y la ansiedad?	109
<b>Tabla</b>	20	Pregunta 7. ¿Ha notado que sus emociones se reflejan en su cuerpo?	110

<b>Tabla</b>	21	Pregunta 8. Identifique cómo siente en el cuerpo las emociones: alegría, ansiedad, miedo, culpa, rabia-enojo, tristeza.	111
<b>Tabla</b>	22	Pretest Grupo Experimental se muestran los resultados por indicador de ambos test.	113
<b>Tabla</b>	23	Resultados obtenidos del Postest al aplicar ambas escalas de medición al grupo Experimental.	116
<b>Tabla</b>	24	Coeficiente de variación, dimensión inversa G. Experimental.	119
<b>Tabla</b>	25	Coeficiente de variación, dimensión activa G. Experimental	119

### Índice de imágenes

			Página
Imagen	1	Pasos del mecanismo, evento desencadenante a la acción resultante mediada por los procesos que se activan.	33
Imagen	2	La emoción base miedo, y sus derivaciones, sentimientos o estados yoicos	37
Imagen	3	Escala de valor subjetivo	66
Imagen	4	Hoja de Auto monitoreo utilizado para el seguimiento semanal llamada Clasificación de estados del Yo, que adopta la escala de medición subjetiva del dolor EVA y complementa el Test.	74
Imagen	5	Modelo de Intervención psicoterapéutico	78
Imagen	6	Hoja de automonitoreo, llamada Clasificación de estados del Yo.	79
Imagen	7	Nube de palabras. Grupo experimental pretest, respuesta a la pregunta 5 de la encuesta	101

Imagen 8 Nube de palabras. Grupo experimental 101  
postest, respuesta a la pregunta 5 de la  
encuesta.