

01964
la.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

2

"ENTRENAMIENTO EN AUTOCONTROL DE ENOJO:
UNA APROXIMACION COGNITIVA-CONDUCTUAL
PARA REDUCIR EPISODIOS DE ENOJO CON
AGRESION EN NIÑOS DE 9 A 13 AÑOS DE EDAD"

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
**MAESTRA EN PSICOLOGIA GENERAL
EXPERIMENTAL**
P R E S E N T A :
BRENDA MENDOZA GONZALEZ

DIRECTOR DE TESIS: DR. HECTOR E. AYALA VELAZQUEZ

COMITE DE TESIS:

MTR. FERNANDO VAZQUEZ PINEDA

MTRA. LYDIA BARRAGAN TORRES

MTR. GUSTAVO BACHA MENDEZ

MTRA. LIZBETH O. VEGA PEREZ



FACULTAD
DE PSICOLOGIA

MEXICO, D. F.

NOVIEMBRE 2000



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

*Dedicó este trabajo a
mis amores ...*

A mi mami:

*Gracias por tus consejos,
por los cuentos y juegos que siempre
compartiste conmigo
por tu cariño y amor
Gracias por escucharme ,
por saber como me siento sin que te lo diga ...
Gracias por ser mi mami, mi ejemplo de amor*

A mi papi:

*Gracias por tu amor, por tus cuidados y apapachos,
por ser un apoyo necesario en mi vida,
por ayudarme y estar ahí cuando te lo pido
Por ser un gran hombre ,
mi ejemplo de vida y fortaleza*

Gracias por haberme regalado la vida, Dios los bendice.

Jessi

*Por tu gran amor,
por todo lo que compartes conmigo y me enseñas ,
eres mi gran amiga, mi alma gemela*

Charlita:

*Gracias por ser mi confidente,
mi gran apoyo , por tu amor ,
Dios me dio una gran bendición al tenerte como mi hermano*

Los Amo

Al amor de mi vida

Uriel Mancebo del Castillo Sternenfels

*Por ser el gran amor que ilumina mi vida,
por ser mi compañera,
en quien me apoya en todo momento,
por que juntos construimos,
por compartir nuestras vidas*

Te dedico este trabajo con todo mi amor

te amo

Con Eterno Agradecimiento y cariño a:

*La Universidad Nacional Autónoma de México
Algunos decidieron derrumbar tus piedras,
otros arrojártelas,
Yo decidí construir con ellas.*

A mis Padres Académicos quienes son un gran ejemplo a seguir:

*Dr. Héctor Ayala Velázquez
Gracias por haberme enseñado que la investigación,
el profesionalismo y la ética son ingrediente necesario para lograr
cambios importantes en el comportamiento del ser humano .
Gracias por las facilidades que me brindo en todo momento en mi formación ,
Gracias por lo que me enseñó en el fascinante camino de la Psicología
Conductual Aplicada*

*Dr. Vicente García Hernández (†)
Por ser mi Ángel de la Guarda*

*Mtra. Enriqueta Galván Millán
Por que eres un gran ejemplo ,
por todo lo que aprendí a tu lado.
Te quiero mucho*

A mis grandes amigas:

*Ana Juonne Remigio Jiménez,
por todo lo que juntas hemos compartido,
por tu gran cariño y apoyo.*

*Diana Posadas Sánchez,
Aunque sigamos lejos
nuestra amistad persistirá siempre
te extraño*

Las quiero un buen

Lic. Benjamin González Roaro

*Gracias por haber confiado en mi,
gracias por permitirme trabajar con usted,
admiro su calidad humana .*

Lic. Alfredo Villegas Ortega

*Gracias por el apoyo que me brinda,
por ser un ejemplo de profesionalismo y
ética.*

Lic. Patricia Sarabia Eslava

*Gracias por tu apoyo, por confiar
y brindarme lo necesario para mi desempeño
Te quiero mucho*

CONTENIDO

Resumen

Introducción

1. CAPITULO 1. Comportamiento agresivo.	
1.1. Comportamiento agresivo: definición conceptual y conductual	1
1.2. Teoría de la Coerción	4
1.3. Técnicas de cambio conductual	6
1.4. Teoría de la Agresión-Enojo	11
2. CAPITULO 2. El enojo: una emoción negativa.	
2.1. Expresión de la emoción enojo	13
2.2. ¿Por qué la gente se enoja?, ¿Cuál? es el antecedente a los episodios de enojo	17
2.3. Como influye la expresión de enojo, de los miembros de la familia en los niños	19
2.4. Tratamiento de enojo dirigido a niños	21
2.4.1. Medición de episodios de enojo	26
2.4.2. Inducción de enojo en ambientes controlados	27
3. CAPITULO 3. Componentes de tratamientos de control de enojo.	
3.1. La relajación desde el punto de vista del Condicionamiento Clásico y Operante	28
3.2. Comportamiento Asertivo y auto instrucciones	31
4. CAPITULO 4 .	
4.1 Método	35
4.2 Procedimiento	36
4.3 Fase Pos-tratamiento y Fase de seguimiento	44
5. CAPITULO 5.	
5.1. Resultados	45
5.2 Resultados del Primer grupo de niños	46
5.3 Resultados del Segundo grupo de niños	50
5.4 Resultados Globales de los índices y cuestionarios empleados	52
5.5 Resultados del análisis de los antecedentes de los episodios de enojo en niños	53
6. CAPITULO 6.	
Discusión y Conclusiones	54
Referencias Bibliográficas	62
Anexo.	

RESUMEN

La delincuencia en la ciudad de México y especialmente el número de delitos cometidos por niños y adolescentes ha incrementado notablemente. Las investigaciones de comportamiento antisocial y agresivo en niños reportan consistentemente que el enojo es un rasgo sobresaliente en su conducta y en la conducta de los miembros de su familia. El presente trabajo reporta el impacto de dos programas de intervención aplicados a dos grupos de niños, con la finalidad de controlar los episodios de enojo con agresión en niños de 9 a 13 años de edad. El Diseño de investigación empleado fue de línea base múltiple demorada, entre sujetos y tratamientos alternos. El programa de intervención aplicado al primer grupo contempla la aplicación de cuatro componentes, relajación, comunicación asertiva, auto instrucciones y solución de problemas, el programa aplicado al segundo grupo fue de tres componentes (no se incluyó relajación).

El análisis de inferencia visual de los datos conductuales obtenidos a través de los registros diarios de conducta indican que hubo una reducción significativa de los episodios de enojo (con agresión y sin agresión) en el grupo que recibió la intervención con relajación, que el grupo que no la recibió.

Se concluye que el tratamiento de auto control de enojo dirigido a niños de 9 a 13 años es una aproximación cognoscitivo conductual que reduce significativamente de manera económica y rápida episodios de enojo con y sin agresión, los resultados se demostraron empíricamente y tienen respaldo en cuestionarios e índices con validez psicométrica. La intervención de auto control de enojo es solo un componente que forma parte de un trabajo multidisciplinario realizado por primera vez en México, cuyo objetivo es prevenir el desarrollo de conducta antisocial en adolescentes mexicanos.

INTRODUCCION

La Ciudad de México es una de las diez más violentas a nivel mundial, se cometen 11.5% homicidios por cada cien mil habitantes, lo más grave es que en estos delitos cada días es mayor la participación de menores de edad, cuyas edades oscilan entre los 7 y 17 años (Ochoa, Gascón, 2000). Es por ello, que es urgente entender el proceso de la conducta delictiva en niños y adolescentes para implementar alternativas de prevención y tratamiento que puedan incidir en reducir las altas tasas de actos delictivos cometidos por este segmento de la población. Las investigaciones enfocadas al desarrollo de la delincuencia juvenil, el comportamiento antisocial y los problemas de comportamiento agresivo han reportado que la delincuencia en la mayoría de los casos es el resultado de un proceso que inicia desde la infancia, ya que generalmente los niños reportados con problemas de conducta, principalmente de agresión, aunada a otros factores presentan alta probabilidad de convertirse en delincuentes en la adolescencia. (Ayala y Barragan, 1997)

De la investigación en esta área destacan una serie de estudios longitudinales que han demostrado que los niños calificados por sus maestros como disruptivos, impulsivos, negativos o desafiantes están en riesgo de ser delincuentes (Farnworth, Schweinhart, y Barrueta-Clement, 1985; Spivack, Marcus y Swift, 1986; West y Farrington, 1973).

Las aproximaciones de tratamiento que han dado mejores resultados a esta problemática son aquellas que se dirigen a áreas tales como apoyo académico, entrenamientos en habilidades sociales, entrenamiento en habilidades cognoscitivas, entrenamiento a padres y terapia familiar (Dumas, 1989).

Los programas que hacen énfasis en el entrenamiento de habilidades cognoscitivas se fundamentan en los hallazgos de que los niños agresivos perciben erróneamente las acciones de otros, tienden atribuir hostilidad en situaciones ambiguas y sólo responden a eventos agresivos que se dan en su medio ambiente (Ayala y Barragan, 1997).

Los niños con comportamiento agresivo tienden a mostrar más emociones negativas, especialmente enojo (Campbell, Breaux, Ewing, Szumowski y Rierce, 1986; Cole, Zahn-Waxler y Smith, 1994), a su vez los niños que muestran mayor número de episodios de enojo están en mayor riesgo de presentar conducta delictiva, de mostrar problemas para relacionarse con pares, y mostrar mayor ansiedad (Jenkis, Franco, Dolis, y Seweel, 1995; Emery, 1982; Grych, y Finchman, 1990;Gottman y Katz, 1989).

En los trabajos de investigación de tratamientos de control de enojo, se ha reportado que el enojo es una emoción que puede ser efectivamente modificada por intervenciones en las cuales se aplique relajación (Deffenbacher, Demm, y Brandon, 1986; Deffenbacher y Stark, 1992; Hazaleus y Deffenbacher, 1986, Schlichter y Horan, 1981), reestructuración cognoscitiva (Achmon,Granek, Golomb, y Hart, 1989, Deffenbacher, Story y Brandon, Hogg y Hazaleus, 1988, Hazaleus y Deffenbacher, 1986; Moon, Eisler, 1983; Novaco, 1975, Meichenbaum, D. 1985), combinando el entrenamiento cognoscitivo con relajación, (Deffenbacher, Story, Brandon, y Hazaleus, 1988; Deffenbacher, McNamara, Stark y Sabadelli, 1990; Deffenbacher, Story, Stark, Hogg, y Brandon, 1987; Deffenbacher, Thwaites, Wallace, y Oetting, 1994; Novaco, 1975; Schlichter y Horan, 1981), entrenamiento en habilidades de comunicación y sociales

(Deffenbacher, et al, 1987, 1994, Moon y Eisler, 1983). Los estudios mencionados anteriormente han sido probados con niños, adolescentes, adultos jóvenes, y los resultados han sido positivos por lo que se sugiere la posibilidad de intervenir con niños y adolescentes que presentan enojo, con el objetivo de disminuirlo y cambiar la trayectoria de esta emoción en la juventud y adultez.

La literatura reporta que las intervenciones con poblaciones jóvenes muestra resultados efectivos de la intervención cognoscitivo-conductual aplicada a jóvenes con comportamiento agresivo (Feindler, Ecton, Kingsley, y Dubey, 1986; Lochman, y Curry, 1986; Kazdin, Bass, Siegel, y Thomas, 1989). Hains (1992), trabajo con jóvenes con altos niveles de estrés, y encontró que la intervención cognoscitiva y de relajación, disminuyeron las expresiones de enojo.

El principal objetivo del tratamiento de entrenamiento en habilidades cognoscitivas y de relajación es aprender como manejar y controlar estados emocionales y reducir la inapropiada respuestas emocionales antes de que lleguen a causar problemas (Wolpe, 1979; Paul, 1966; Paul y Trimble, 1970; Carr y Binkoff 1981; Jacobson, 1938).

El entrenamiento en habilidades sociales enseña a los niños y adolescentes a manejar situaciones estresantes después de que estas ya ocurrieron (Salter, 1949).

El entrenamiento en habilidades cognoscitivas y de relajación provee un mayor número de habilidades de control emocional, y las técnicas de solución de problemas permiten al niño analizar y conocer otras alternativas de afrontamiento en situaciones estresantes diferentes al enojo acompañado de comportamiento

agresivo. Estos componentes de la intervención se caracterizan por ser programas económicos y prácticos.

La propuesta que se hace en este trabajo forma parte de un proyecto longitudinal (que por primera vez se desarrolla en México específicamente en escuelas públicas en el D.F.), cuyo objetivo es prevenir el desarrollo de conducta delictiva en la adolescencia, y para lograrlo se propone una serie de programas dirigidos a maestros, padres de familia , niños y pre adolescentes. (Ayala, 1998a; Ayala, 1998b, Ayala 1999).

El objetivo de este trabajo es presentar los resultados obtenidos en un tratamiento dirigido a niños de 9 a 13 años de edad, cuya finalidad es disminuir episodios de enojo con agresión en niños y proporcionar un tratamiento económico rápido y eficaz que permita que los niños puedan adaptarse al medio en el que se desarrollan sin que el enojo afecte su vida familiar y escolar.

CAPITULO 1.

COMPORTAMIENTO AGRESIVO

1.1 Comportamiento agresivo: definición conceptual y conductual.

La conducta antisocial incluye comportamiento agresivo, y conductas como robar, mentir, vagar, provocar incendios y otros actos que violan las reglas. (Kazdin, Bass, Siegel, Thomas, 1989).

Esta conducta es estable a través del tiempo, Patterson, Reid, Jones y Conger (1975), reportan que los niños y adolescentes quienes muestran patrones crónicos de conducta agresiva, frecuentemente no aprenden las habilidades necesarias para un ajuste social en años posteriores.

Dishion, Loeber, Southamer-Loeber, y Patterson (1984), señalan que los niños que exhiben comportamiento antisocial, usualmente lo continúan exhibiendo en la juventud y adultez, Kazdin, Esveldt-Dawson, French, Unis, (1987); Robins, (1981) indicaron que se le pronostica a un niño que presenta conducta antisocial disfunción en la adultez exhibiendo conducta criminal, alcoholismo, personalidad antisocial, y a su vez, transmitirá conducta antisocial a sus hijos.

Buss (1961) y Bandura (1973) señalan que el comportamiento agresivo se presenta cuando a) una persona hace daño a otra, b) cuando una persona intenta hacer daño a otra, Patterson (1982) la define igual pero, no incluye el término intención en la definición, además considera al comportamiento agresivo como un subgrupo de *técnicas coercitivas empleadas por miembros de la familia que altera la conducta de otros.*

Los estilos de comportamiento agresivo en niños comienzan en la infancia debido a la falta de control y a constantes violaciones de estándares sociales de conducta durante la niñez, (Cole, Zahn-Waxler, Fox, Usher y Welsh, 1996; Hay y Ross, 1982; Loeber, 1982; Olweus, 1979) y una vez establecidos se tiene que trabajar en todos los ambientes en los que se desarrolla el niño, de otra forma se dificulta su cambio (Patterson, 1982).

Se ha reportado que el comportamiento agresivo tiene mayor influencia ambiental que genética, esto fue señalado en un estudio realizado por Van Den Oord, Verhulst, Boomsma (1996), con gemelos monozigotos y dizigotos.

Goldstein, Carr, Davidson, Wehr (1981), consideran que el ambiente influye en el comportamiento agresivo, señalan que este comportamiento es el resultado de historias de reforzamiento y forma parte importante del repertorio del individuo debido a que se le ha pagado por ello (es decir, en el ambiente social se le ha reforzado su comportamiento), además que el mismo ambiente lo ha castigado por ser asertivo.

Los ambientes que generalmente influyen en el comportamiento agresivo de un niño son: la violencia en la T.V. (Pearl, Bouthilet y Lazar, 1982), modelos de comportamiento agresivo (Bandura, 1973) y prácticas de disciplina (Patterson y Cobb, 1971)

Buss (1966), Bandura (1973) y Berkowitz (1978), distinguen entre agresión instrumental (agresión que produce un reforzamiento externo) y hostilidad (en la cual el reforzador es la reacción de pánico por la víctima).

Bandura, (1973) y Berkowitz, (1973), expresan que en la cadena del comportamiento agresivo hay un evento externo, que por sí solo incrementa la probabilidad de atacar, pero si el individuo atribuye hostilidad al evento entonces, el nivel de excitación aumenta y al comportamiento agresivo se añade el enojo, todo ello se traduce en riñas y ataques.

Lambert (1974), realizó un estudio para conocer la frecuencia de agresión instrumental y hostilidad empleada por los niños, los resultados indicaron que el 80% de los niños mostraron agresión instrumental y el 5% de los niños mostraron hostilidad.

Knutson hace una diferencia entre agresión irritable y agresión instrumental, la agresión instrumental es controlada por sus consecuencias positivas y la agresión irritable es elicitada por antecedentes aversivos (Knutson y Hymann, 1973).

De acuerdo a lo reportado en investigaciones de comportamiento agresivo en niños, se ha encontrado consistentemente que los niños con este comportamiento comparten las siguientes características:

- ◆ Tienen menor aceptación por sus pares en la escuela elemental (Jennings 1950; Olweus, 1974; Roff, 1972; Rutter, et al 1970; Gottman, Gonso y Rasmussen, 1975)
- ◆ No participan en los quehaceres de la casa (Minton, Kagan, y Levine, 1971)
- ◆ Tienen deficiencias en habilidades académicas (Hirschi, 1969; Conger y Miller, 1966)
- ◆ Presentan auto concepto negativo
- ◆ El **enojo** es rasgo sobresaliente en la conducta de los miembros de su familia. (Patterson, G.R. 1982)
- ◆ Los niños expresan más emociones negativas, especialmente enojo (Campbell, Breaux, Ewing, Szumowski, y Pierce, 1986; Cole, Zahn-Waxler, y Smith, 1994; Greenberg, Speltz, DeKlyen y Endriga, 1991).
- ◆ Presentan deficiencias en comportamiento asertivo.
- ◆ Presentan deficiencias en habilidades para establecer relaciones interpersonales. (Carr y Binkoff, 1981; Gambrell, 1973; Mc Donald 1975).

Edad
Estudios en guarderías y pre primarias demostraron que los niños decreman su comportamiento agresivo en función de la edad.(Green, 1933; Dawe, 1934; Hartup, 1974; Ricketts, 1931; Goodenough, 1931; Holmberg, 1977;Fawl, 1963)
Género
Las revisiones de la literatura de niños agresivos consistentemente señalan que los niños presentan porcentajes más altos de agresión que las niñas (Mishel, 1966; Feshbach,1970; Maccoby, y Jacklin, 1974; Dawe,1934; Henry y Sharpe,1947; Hartup,1973; Green, Stonner, y Shope, 1975; Reid, 1978)
Nivel Socioeconómico
Se encontró de manera consistente que no hay relación entre el nivel socioeconómico y conducta agresiva (Hood y Sparks, 1970; Feshbach, 1970; Eron, et al, 1971; Olweus, 1978)
Variables familiares: tamaño de la familia, ausencia del padre, orden de nacimiento
<p>Tamaño de la familia: A medida que aumenta el número de hijos decrementa el tiempo que los padres dan a cada uno de ellos, incrementa para los padres el número de responsabilidades y problemas, y las madres empiezan a delegar su rol al hermano mayor. Douglas (1966), encontró que los delincuentes jóvenes provenían de familias grandes, Patterson (1980), especificó que los padres de familias grandes tienen pocas habilidades para controlar a sus hijos.</p> <p>Hogares Rotos: Los hogares rotos de acuerdo con las investigaciones reportadas (Hetherington, Cox y Cox, 1976; Wallerstein y Kelly, 1976, Horne, 1980), parecen estar relacionados con probabilidades altas de que los hijos presenten conducta antisocial. Cuando el padre está ausente hay disminución en monitoreo y ausencia de consecuencias si es que se rompe una regla en el hogar, así como, incremento de conductas coercitivas.</p> <p>Posición Ordinal de los hermanos: De acuerdo con Rutter, et al 1970; Anderson, 1969), los niños con comportamiento más agresivo son los niños que se encuentran en medio de los hermanos.</p>

Tabla. 1.1.1. Muestra variables que con base en estudios empíricos, han demostrado estar relacionadas con comportamiento agresivo en niños.

Características de los Padres de niños agresivos.

Los padres de niños agresivos generalmente carecen de habilidades para modelar y reforzar la conducta prosocial de sus hijos (Patterson, G.R. 1982).

Los padres de los niños agresivos comparten las siguientes características:

- ◆ perciben a sus hijos como niños menos competentes, en comparación a los padres de niños con comportamiento normal (Achenbach, 1978).
- ◆ hacen continuamente atribuciones negativas a sus hijos (ejemplo, no eres de fiar, eres muy malo, etc.) (Reid, et al, 1981)
- ◆ afrontan constantes crisis, viven con estrés crónico (Patterson, G.R., 1982)
- ◆ no saben como resolver conflictos familiares (Patterson, G.R. 1982)
- ◆ Las madres principalmente se comportan con enojo mientras interactúan con su hijo (Reid, et al 1981)
- ◆ Los padres son inconsistentes para manejar el comportamiento de sus hijos. (Hirshberg 1990),

La descripción conductual del comportamiento agresivo es la siguiente:

La descripción conductual de agresión física de acuerdo con El Sheikh, Reither, (1996); Dangel, Deschner, Rasp, (1989); Cummings (1987), es la siguiente:

Aventar cosas, morder, patear, manotear, ataque físico, dar alaridos, dar puñetazos, jalar, empujar.

Y la descripción conductual de la agresión verbal, es: humillar, insultar, amenazar (Dangel, Deschner, Rasp, 1989).

Patterson, (1982) reporta que las respuestas de comportamiento agresivo difieren topográficamente (pegar, burlarse, humillar, incendiar, romper, insultar, etc.), sin embargo comparten las siguientes características:

son aversivas

se usan contingentemente

producen impacto en la víctima

la reacción de la víctima tiene efectos a corto y largo plazo sobre el agresor.

1.2. Teoría de la Coerción

El término coerción relaciona al manejo familiar disruptivo con la ejecución de conductas agresivas. En la familia con comportamiento coercitivo hay una relación funcional entre variables microsociales (regaños, berrinches, burlas, gritos) y cambios de estados de ánimo, también hay una relación entre estresores macrosociales (padre ausente, estatus socioeconómico, falta de empleo, divorcio) que afectan a la familia e influyen en las habilidades de manejo familiar y en procesos microsociales (deficiencias en establecimientos de límites, prácticas disciplinarias).

El término coerción incluye algunas conductas que aunque son aversivas no se incluyen en el término de agresión, como por ejemplo: no obedecer, llorar, ignorar, gimotear y gritar y regañar.

En investigaciones en las que se ha estudiado el comportamiento agresivo a través de la interacción familiar mediante la observación directa, se ha reportado que dos terceras partes de los intercambios coercitivos de los niños pueden ser clasificados como agresión instrumental, debido a que los antecedentes eran neutrales o positivos y además la conducta del niño era reforzada por algún miembro de la familia.

En el proceso coercitivo familiar y desde la perspectiva de interacción social, es el adulto quien determina que nivel de comportamiento agresivo se le permite al niño. Los adultos controlan el nivel de agresión para cada escenario reforzando positiva o negativamente el comportamiento agresivo (Patterson, G.R. 1982)

Reid (1978), realizó investigaciones con familias encontrando que las madres desaprueban categorías como llorar, gritar, no obedecer y destruir, mostradas principalmente por los niños, una vez cada tres minutos, mientras que los padres emplearon comandos negativos o ignoraron, esas mismas categorías.

El proceso coercitivo familiar se distingue por las siguientes características, (Patterson, 1982):

- I. El comportamiento de los miembros de las familias no consiste en eventos fortuitos
- II. Los eventos aversivos, bajo ciertas condiciones pueden *escalar* en altos niveles de agresión. La hipótesis de escalación describe un proceso en el que una diada se mueve de un intercambio de eventos aversivos inofensivos hasta conductas con altos grados de agresión que llegan al abuso de niños y esposas (ataques físicos entre los miembros de la familia).
- III. La conducta coercitiva involucra una víctima, y el término antisocial puede ser apropiado
- IV. La Teoría de la coerción asume que los hermanos y pares son importantes agentes que enseñan comportamiento agresivo.
- V. En el proceso coercitivo familiar están involucrados los mecanismos de reforzamiento positivo y negativo. La conexión entre la respuesta agresiva del niño y el estímulo que controla su ocurrencia es mantenido por reforzamiento positivos y negativos.

El *reforzamiento positivo* en el contexto de agresión familiar consiste en que, la reacción de la víctima incrementa la probabilidad de futuros ataques (su reacción funciona como reforzamiento positivo).

El *reforzamiento negativo* se explica cuando por ejemplo, un miembro de la familia proporciona un evento aversivo a un niño, y el niño responde con un contra-ataque coercitivo. El contra-ataque funciona como reforzamiento negativo cuando quién inicia el ataque reacciona terminando el intercambio coercitivo. (Patterson, G.R. 1982).

Estabilidad de conductas coercitivas a través del tiempo.

Se asume que los niños con comportamiento coercitivo, llegan a tener habilidades en el uso de eventos aversivos que alteran su ambiente social, a medida que van madurando el comportamiento coercitivo va cambiando, y van adquiriendo habilidades verbales que sustituyen el llorar, gimotear o gritar.

Las investigaciones han sido consistentes al demostrar que el comportamiento agresivo de un niño es estable a través del tiempo (Olweus, 1976; Gersten, et al, 1976; Shea, 1972; Achenbach, 1966; Pritchard y Graham, 1966; Robins, 1966).

El niño extremadamente coercitivo llegará a ser un adulto extremadamente coercitivo. (Patterson, G.R. 1982)

Estabilidad a través de escenarios.

Kirkpstrick, (1978) realizó investigaciones que dan soporte a las siguientes hipótesis: a) el comportamiento de los niños extremadamente agresivo es estable a través de escenarios y b) hay estabilidad de las respuestas a través de los escenarios

1.3. Técnicas de Cambio conductual en niños con comportamiento agresivo.

El Terapeuta de la conducta puede emplear el condicionamiento de nuevos hábitos motores o de nuevos modos de pensar para eliminar respuestas autónomas no adaptativas, como el comportamiento agresivo. El condicionamiento satisfactorio de nuevos hábitos como es sabido implica el uso de una "recompensa" de uno u otro tipo, en los últimos años se ha usado formalmente cada vez más el principio de condicionamiento operante de Skinner (1953), para eliminar y remplazar hábitos indeseables.

Para el establecimiento de patrones de conducta adaptativa en una situación particular, la respuesta deseada tiene que ser provocada y frecuentemente recompensada, mientras que la conducta indeseable deja de ser reforzada consistentemente e incluso es castigada (Skinner, 1979). *La conducta adaptativa es el objetivo de la intervención conductual*, y es definida como un comportamiento cuyas consecuencias satisfacen las necesidades del individuo, y evita incomodidad o peligro (Wolpe, 1958).

La Terapia de la conducta establece de manera precisa cómo el medio ambiente influye en las personas, en términos de los principios del aprendizaje establecidos como condicionamiento clásico, operante y modelamiento.

En la terapia de la conducta la evaluación es un proceso fundamental, ya que a través de él, el Psicólogo conoce las conductas que se van a cambiar, la frecuencia con que ocurren, las situaciones en las que se producen y los estímulos o reforzadores que aparecen relacionados con el mantenimiento de esa conducta no adaptativa.

Los procedimientos de evaluación también revelan que la conducta problemática de un individuo puede no deberse a la presencia de conductas inapropiadas, sino a la ausencia de conductas apropiadas.

El cliente puede llevar la información al terapeuta, en gráficas de conducta, siendo deseable que sea el cliente, padre, maestro u otro observador quien trace los datos en cuanto son obtenidos. Este procedimiento es especialmente útil durante el periodo de cambio de

conducta, dado que puede funcionar como poderoso reforzador para los individuos cuya manipulación de contingencias está afectando al cambio. Cuando los clientes son niños es frecuente que sean los padres quienes proporcionen la información del comportamiento. En el proceso de evaluación, se debe de registrar las frecuencias de ocurrencia de la conducta y las consecuencias que esta genere (Rimm y Masters, 1981).

Skinner (1971) señala que es necesario conocer relaciones funcionales en el comportamiento, es decir, relaciones legítimas entre variables.

Patterson, (1982), define la relación funcional como una probabilidad de una respuesta particular (R_j) da la ocurrencia de un antecedente específico (A_i) ó $p(R_j|A_i)$. El término antecedente (A_i) es más preciso que el más tradicional término estímulo (S). Para ser identificado como antecedente (A_i) el evento debe de ocurrir inmediatamente antes de la respuesta (R_j).

Para entender el efecto del reforzamiento nosotros necesitamos tener tres efectos en secuencia. Esta secuencia puede ser representada simbólicamente como

$A_i \rightarrow R_j \rightarrow S_+$

El efecto del reforzador (tercer evento) incrementará la probabilidad que un R_j particular seguirá un A_i específico. En otras palabras, se incrementará la probabilidad $p(R_j|A_i)$. El cálculo de este valor p es relativamente sencillo, por ejemplo asumimos que en un estudio la línea base muestra que hay una relación entre el gimoteo de la hermana y la burla del hermano. En este ejemplo, se tiene a una hermana que gimotea como A_i y a un hermano que se burla de ella como R_j . La relación funcional que nos interesa es

$p(\text{burlarse}|\text{gimotear})$. En el ejemplo se asume que la hermana que llora es un reforzador de la secuencia hermana que gimotea seguido del hermano que se burla, entonces hay tres eventos que se buscan: hermana gimotea (A_i) \rightarrow hermano-burla (R_j) \rightarrow hermana llora (S_+), estos eventos pueden ser identificados a través de observaciones y registros cotidianos.

La relación funcional puede detectarse mediante hojas de registro ACC (Ayala, 1992) las hojas de registro pueden emplearse durante la evaluación, tratamiento y seguimiento, los padres (en caso de que el niño sea el paciente), son los que aportaran información valiosa del comportamiento del niño, la información puede ser anotada diariamente por el padre de familia en los registros ACC.

Los padres además de participar en la evaluación son agentes de cambio en el comportamiento del niño, de hecho, la idea de que los padres se incluyan en el tratamiento del niño no es nueva, ya que se han realizado programas de entrenamiento a padres, en los que se consideran agentes o mediadores de la conducta del niño (Prince, 1961; Russo, 1964; Straughan, 1964; Wahler, Winkel, Peterson y Morrison, 1965).

A continuación se mencionarán algunos de los procedimientos que los padres pueden emplear con la guía y retroalimentación del terapeuta conductual.

Extinción

Los procedimientos de extinción implican ignorar socialmente las conductas disruptivas; o la retirada del reforzamiento físico anteriormente contingente sobre una conducta indeseable. Cuando se está extinguiendo una conducta es necesario proporcionar reforzamiento contingente sobre otras conductas, tanto para mantener cierto nivel de conducta en los

ambientes de extinción como para evitar que se cree un vacío de reforzamiento. (Rimm y Masters, 1981)

Es claro que hay dos procesos primarios necesarios para el establecimiento de un régimen de extinción:

- a) determinación de los reforzadores efectivos de mantenimiento
- b) manipulación de la conducta de los agentes que otorgan los reforzadores que mantienen la conducta problema.

Es bastante improbable que un programa de extinción incluya solamente la eliminación de reforzamiento sin el moldeamiento concurrente de conductas alternativas apropiadas.

Procedimientos de Modelamiento

El modelamiento se puede usar para inducir la adquisición o facilitar el desempeño de las conductas sociales adecuadas, muchas de las aplicaciones del modelamiento implican la participación del cliente en la conducta modelada, inmediatamente después de la demostración se le suministra reforzamiento al cliente si el desempeño fue correcto. (Rimm y Masters, 1981).

Lovaas (1967) ha demostrado como el uso de la recompensa contingente aumenta la exactitud de la respuesta imitativa del niño.

Después del entrenamiento específico, se puede guiar al individuo hacia interacciones sociales reales con otros individuos, cuya aprobación y capacidad responsiva amistosa continuará reforzando la conducta verbal socialmente apropiada. (Rimm y Masters, 1981)

Gittelman, (1965), hizo notar que los procedimientos de modelamiento son efectivos para la modificación de la conducta agresiva de niños mayores, este procedimiento incluye la representación de situaciones irritantes y provocadoras de agresión, junto con el modelamiento de formas no agresivas de hacerles frente.

Manejo de Contingencias.

Varias investigaciones de socialización han destacado el problema de la respuesta inconsistente de los padres hacia la conducta de sus hijos (Lytton, 1980; Patterson, 1971).

Es frecuente que el terapeuta conductual se encuentre con padres que castigan a sus niños cuando se comportan incorrectamente, pero que no hacen nada cuando su conducta es la correcta, en cuyo caso, la primer finalidad será la de enseñar a los padres técnicas de manejo de contingencias que empleen más reforzamiento que castigo (Tharp y Wetzel, 1969)

El manejo de contingencias consiste en la presentación y el retiro contingente de recompensas y castigos. Si bien el terapeuta puede utilizar estos procedimientos, es más factible y efectivo que capacite a otros para que operen como administradores de contingencias como a padres y maestros, que de manera más directa están en mayor contacto con el niño (Rimm y Masters, 1981)

Es importante mencionar que el psicólogo no debe de concentrar su atención en la eliminación o extinción de conductas desadaptativas, ignorando la finalidad más positiva de fortalecer las conductas de adaptación que no pertenecen al repertorio del individuo (Meehl, 1962).

La eliminación de una respuesta por castigo puede ser inefectiva si no se dispone de respuestas alternativas. Cuando se trabaja con individuos cuyas vidas están ya saturadas de castigo o que raramente disfrutaban del reforzamiento, el uso de procedimientos de extinción puede deprimir al individuo, probando su inefectividad.

Costo de Respuestas.

Es un procedimiento aversivo que implica la retirada contingente de una recompensa (Kazdin, 1972).

El costo de respuesta en la forma de multa es un componente común a la economía de fichas. Se puede compaginar con un procedimiento de manejo de contingencias en el que el individuo gane recompensas por las conductas adecuadas y pierda por la acción incorrecta.

Auto control.

El auto-control se ha definido como enseñar al cliente a activar estrategias de afrontamiento para manejar situaciones problemáticas (Goldstein, Carr, Davidson, Wehr, 1981).

El auto control es un grupo de habilidades de afrontamiento que se aprenden, por lo que los individuos pueden aprender a controlar su enojo y su agresión. (Goldfried, 1980).

La adquisición de habilidades de afrontamiento requiere de algunos esfuerzos de parte del cliente. Los clientes que no están motivados a reducir su comportamiento agresivo es muy poco probable que sigan con la intervención.

En el proceso de adquisición del auto control hay un paso inicial denominado auto valoración. La auto-valoración es muy importante ya que el cliente tiene la oportunidad de

desarrollar un análisis funcional del comportamiento (Goldstein, Carr, Davidson, Wehr, 1981). Dentro de las estrategias más utilizadas en auto control están: relajación reestructuración cognoscitiva y asertividad.

El terapeuta conductual puede enseñar al cliente a desarrollar auto control a través de variables conductuales, cognoscitivas y afectivas (Goldfried, 1980).

Un programa de auto control implica los esfuerzos simultáneos para aumentar las probabilidades de ciertos tipos de respuestas, a la vez que se disminuyen otros. Una estrategia en los programas de auto control es el fortalecimiento simultáneo de conductas deseables y el debilitamiento de las indeseables. (Rimm y Masters, 1981)

La idea de aplicar la tecnología operante a los problemas relacionados con el auto control no es nueva. Skinner proporcionó un análisis conceptual rudimentario del auto control así como diversas técnicas en 1953.

El auto control en términos operantes, implica:

a) auto reforzamiento (el individuo tiene libre acceso a la recompensa, pero no participa de ella sino hasta cuando ha efectuado cierta respuesta deseada).

b) manipulación sistemática de eventos de estímulos, antecedentes y consecuencias de respuestas. (Rimm y Masters, 1981)

c) dar instrucciones directas al paciente (ensayo de la conducta) de cómo comportarse en ciertas situaciones.

d) que el paciente adquiera habilidades, para que las conductas se mantengan (probablemente de manera intermitente) por medio de poderosas recompensas externas. (Rimm y Masters, 1981)

El paciente va desarrollando habilidades de auto control y se van construyendo gradualmente. Cada componente del tratamiento es practicado en consulta con el terapeuta y el paciente debe de practicar lo aprendido en consulta en casa como tarea. (Goldstein, Carr, Davidson, Wehr, 1981).

Principios de Auto control:

- La conducta no ocurre en el vacío, sino que se encuentra bajo el control de un estímulo legítimo.
- Control de estímulos- El cambio del ambiente es importante ya que debilita o elimina las respuestas indeseables y fortalece las deseables.
- Consecuencias - Las conductas de auto control implican conductas que tienen consecuencias positivas inmediatas y negativas a largo plazo.
- El principio de Premak ayuda al cliente a identificar reforzadores.
- Respuestas alternativas- El paciente debe de aprender otras respuestas alternativas que sustituyan la conducta que quiere eliminarse y que tenga el mismo valor funcional para el paciente.
- Terminación de una secuencia de respuestas encadenadas entre sí. Los procedimientos de auto control se implementan más fácilmente en una etapa temprana de la cadena de respuestas.
- Principio de Modelamiento- Comenzar a recompensar al paciente las aproximaciones a la conducta deseada aumentando gradualmente las exigencias al sujeto hasta que responda de manera deseada.

Mantenimiento de la Conducta. El medio social continuamente refuerza y castiga las conductas cotidianas y el paciente puede ser guiado hacia medios que respondan adecuadamente a las conductas recién adquiridas.

Seguimiento. Si el efecto positivo del tratamiento ha de tener algún valor práctico, debe tener cierta durabilidad; razón por la que es importante que la investigación en la terapia incluya medidas de seguimiento. El seguimiento de un mes resulta adecuado para permitir tales experiencias in vivo, se puede esperar que la mayoría de las conductas de desadaptación que trata el terapeuta de conducta estén bajo el control de estímulos externos, que ocurren con una frecuencia relativamente alta, por lo que se sugiere que el seguimiento sea de uno o dos meses. (Rimm y Masters, 1981)

1.4. Teoría del Enojo Estado-Rasgo

Spielberg y sus colegas (1983), adaptaron una teoría de enojo, la teoría de estado-rasgo. El *enojo estado* se refiere a una condición transitoria psicológica-emocional de sentimientos subjetivos y activación fisiológica.

Afectivamente *el enojo estado* se experimenta en un continuo, que va de "no enojo" a enojo moderado e irritación, hasta llegar a la furia. Fisiológicamente *el enojo estado* varía de muy poco cambio fisiológico hasta el incremento de tensión en músculos faciales y en general del esqueleto, y la liberación de hormonas de adrenalina.

El enojo estado es entonces una condición emocional fisiológica que ocurre en respuesta a una situación. El enojo estado varía en intensidad y fluctúa en periodos cortos en la vida de la persona.

El enojo rasgo se refiere a una dimensión estable de la personalidad del individuo. Los individuos que experimentan enojo rasgo, experimentan con mayor intensidad, frecuencia y duración enojo estado.

El enojo rasgo refleja una tendencia a enojarse con más facilidad, con mayor intensidad, y a perder el control, y la persona obtiene mayor número de consecuencias negativas al perder el control.

Deffenbacher, Oetting, Thwaites, Lynch, Baker, Stark, Thacker, Eiswert-Cox (1996), realizaron un estudio en el que comprobaron las características del enojo estado y enojo rasgo con éxito.

1.4. 1. Cambios Fisiológicos durante la emoción de Enojo

Bandura, (1973) y Berkowitz, (1973), señalan que el enojo se relaciona con un estado de gran excitación, a través del cual se facilita el comportamiento agresivo.

Schachter (1957), Funkenstein, (1956), Martin (1961), reportaron que los patrones cardiovasculares asociados con miedo y enojo diferían en la frecuencia de latidos del corazón, la presión diastólica de la sangre se incrementaba solo durante el enojo, y la presión sistólica tendía a incrementarse de manera igual en ambos estados. Reportaron también, que el miedo se asocia con el incremento de niveles de adrenalina (epinephrine) y la respuesta **de enojo se relaciona con el incremento de niveles de noradrenalina** (norepinephrine).

La adrenalina y la noradrenalina son aminas, sintetizadas y almacenadas en las células cromafines de la médula suprarrenal (Tortora, y Anagnostakos, 1989) son liberadas cuando se estimulan las células por impulsos transmitidos por el sistema nervioso simpático (sistema nervioso autónomo), ambas se liberan en momentos de estrés y tienen rápidos efectos y de corta duración.

La noradrenalina es también un neurotransmisor producido por las puntas de los axones de los nervios adrenérgicos que interviene en la transmisión del impulso nervioso a través de la sinapsis hacia la neurona vecina (Ville, 1990). La noradrenalina es en gran medida causante

de la respuesta de lucha (Tortora, y Anagnostakos, 1989), aumenta la frecuencia cardiaca, la presión arterial, estimula la respiración, dilata los pasajes respiratorios y actúa reforzando la actividad simpática.

El sistema simpático prepara al cuerpo para la acción, de hecho las características físicas de la ira son el resultado de la descarga simultánea de muchas fibras nerviosas simpáticas. Algunas de ellas determinan la contracción de los vasos sanguíneos de la piel y del tracto intestinal; esta contracción incrementa el retorno de la sangre al corazón, elevando la presión arterial y permitiendo que mayor cantidad de sangre sea enviada a los músculos, el corazón late más rápido y más fuerte, las pupilas se dilatan, los músculos que se encuentran por debajo de los folículos pilosos de la piel se contraen, el movimiento rítmico del intestino cesa y los esfínteres (músculos existentes en el extremo del intestino) al nivel de la abertura de la vejiga, se relajan. Estas reacciones inhiben la digestión, pero la relajación de los esfínteres puede, en casos extremos, tener la desconcertante consecuencia de permitir la defecación o micción involuntarias, como consecuencia, el cuerpo en conjunto esta preparado para luchar o huir (Curtis, 1992).

CAPITULO 2.

EL ENOJO: UNA EMOCIÓN NEGATIVA

2.1. La Expresión de la emoción enojo

Una emoción es un proceso dinámico entre estímulo y respuesta. La emoción no es una forma de respuesta en absoluto, sino más bien un estado de fuerza comparable al impulso. En la medida en que ocurra una respuesta a un estímulo emocional, tiene que estudiarse como cualquier otra respuesta (la respuesta no define al estímulo como emocional y sólo constituye el acompañamiento del cambio emocional central). La emoción tiene una característica definitoria: el cambio de fuerza. Al catalogar los fenómenos de la emoción, uno se siente naturalmente tentado a fijarse en manifestaciones que son comunes a la mayoría de los organismos. Los cambios de fuerza carecen de esta generalidad porque dependen, en gran parte, de los repertorios individuales, esto hace que la identificación y la clasificación de los efectos emocionales, sea difícil (Skinner, 1979).

Las expresiones emocionales son una forma de comunicación que sirven para regular interacciones interpersonales. El desarrollo de habilidades para la regularización de emociones depende de las consecuencias que los niños obtienen al expresar su conducta emocional (Zeman, J; Penza, S.; Snipman, K y Young, G. 1997).

Las respuestas emocionales al mismo evento pueden variar dramáticamente de persona a persona, y aún en la misma persona pero en diferente tiempo. Esto se debe a que la respuesta emocional se debe a factores externos e internos, este último se refiere a la forma en que los eventos son interpretados. (Lazarus, 1991)

Las emociones básicas son la felicidad, la tristeza y el enojo. (McCoy and Masters, 1985), estas emociones básicas a su vez se dividen en emociones positivas como es la felicidad y emociones negativas como son el enojo y la tristeza.

El enojo es una emoción humana común y universal, que está empezando a recibir gran atención en la Psicología aplicada (Deffenbacher, Oetting, Twaites, Lynch, Baker, Stark, Thacker, Eiswerth-Cox, 1996).

Este incremento en la atención de los investigadores por el estudio del enojo se debe a que los déficits de auto control de enojo en jóvenes se relacionan con daño a propiedades, agresión física, daño personal, problemas para relacionarse con otras personas (Deffenbacher, et al, 1986; Hazaleus y Deffenbacher, 1986), es un factor de problemas de salud en jóvenes y adultos, particularmente enfermedades cardiovasculares como hipertensión y enfermedades coronarias (Julius, Schneider and Egan, 1985; Roseman, 1985, Siegman y Smith, 1994, Spielberg, 1988).

La tendencia a enojarse fácilmente y de manera consistente, aparece como el primer o segundo problema del cliente y es considerado por algunos autores como enojo crónico (Deffenbacher, Demm, Brandon, 1986). ***El enojo crónico se relaciona con violencia doméstica*** (Leonard y Blane, 1992; Maiuro, Cahn, Vitaliano, Wagner y Zegree, 1988; Pan, Neidig, y O'Leary, 1994), ***con abuso de sustancias alcohólicas o drogas*** (Carter y Deffenbacher, 1995; Liebsohn, Oetting, y Deffenbacher, 1994; Swaim, Oetting, Edwards, y Beauvais, 1989), ***problemas en el trabajo, en la escuela, reportan elevados índices de ansiedad y depresión*** (Deffenbacher, 1992), ***tienen dificultades para solucionar problemas*** (Ellis, 1976; Novaco, 1979), ***y para establecer relaciones interpersonales*** (Deffenbacher, Demm, Brandon, 1986).

El enojo es una emoción que todos los niños de todas las culturas muestran, y se refleja en una clara expresión facial de enojo (Ekman, Friesen y Ellsworth, 1982; Izard, 1977 en Tangney et al 1996).

Berkowitz (1973), enfatiza la postura de que el enojo es un estado motivacional que se encuentra entre la frustración y la agresión y señala que la presencia de enojo elicit respuestas agresivas. Rule y Nesdale (1976), apoyan empíricamente esta propuesta, ya que reportan que se incrementa la probabilidad de ataques agresivos cuando los sujetos están enojados. Berkowitz (1970) indica que la baja valoración que un adulto se da así mismo juega un papel importante en los episodios de enojo con agresión.

Novaco (1976), expresa que el enojo se caracteriza por alguna de las siguientes seis funciones:

- 1)energiza la conducta al incrementar la intensidad de las respuestas
- 2)aparece conducta destructiva, facilitando impulsividad.
- 3)ayuda a expresar sentimientos negativos, de esa forma se comunican con otros
- 4)ayuda a inhibir la ansiedad.
- 5)Instiga a aprender patrones de conducta agresivos
- 6)ayuda a discriminar eventos provocativos

Algunos de estos aspectos del enojo puede ser de potencial beneficio para el individuo. En particular, las funciones de energizar, expresar y discriminar podrían servir como adaptativas para el individuo si se canalizan adecuadamente.

Averill (1982), reporta que existen dos variables que influyen en la expresión de enojo, la primera es la edad de los miembros de la familia y la segunda es el poder que tiene cada miembro en ella.

La expresión de enojo ha sido estudiada en diferentes edades del ser humano, el estudio con bebés se realizó con la finalidad de conocer la edad en la que el ser humano expresa enojo, los resultados de estas investigaciones indican que los bebés de 7 meses de edad muestran claramente expresión facial de esta emoción considerada como negativa (Stenberg, Campos, 1983).

Saarni, (1988), Zeman, y Gaber, (1996), estudiaron la expresión de enojo en preescolares, y reportan que en esta edad los niños muestran mayor control de la expresión de sus

emociones negativas con sus pares, y menos control con sus padres. Estos resultados sugieren que los preescolares al expresar sus emociones negativas con sus pares, obtienen mayor número de consecuencias negativas.

Marion, (1994), realizó un estudio con niños de 8 a 12 años edad, y reportó que los niños enmascararon su enojo cuando un adulto era quien los hacía enojar. Marion (1994), explica los resultados señalando que los niños enmascaran enojo (no demuestran su enojo o expresan una emoción diferente al enojo), como resultado de las consecuencias que obtuvieron cuando expresaron enojo ante adultos, Marion (1994), explica que los niños a medida que van creciendo van aprendiendo reglas sociales que empiezan a aplicar principalmente con los adultos.

En estudios para conocer la forma de expresar enojo de niños no enojones con los niños que se enojan con mayor frecuencia e intensidad (enojo crónico) se reportó que los niños que presentan enojo crónico tienden a expresar su enojo de manera más disfuncional, frecuentemente intimidando y empleando caminos u alternativas abrasivas, lo que les permite tener experiencias con consecuencias negativas más severas y más frecuentes (Deffenbacher, Oetting, Thwaites, Lynch, Baker, Stark, Thacker, Eiswerth-Cox, 1996). De hecho para este tipo de niños el enojo es el antecedente del comportamiento agresivo (aunque existe una variedad de formas en las que se puede expresar el enojo, el comportamiento agresivo es únicamente una de ellas). Es por ello la importancia de que los niños deben de aprender una forma socialmente aceptable de expresar el enojo (Wolfe, Finch, Saylor, Blount, Pallmeyer, Carek, 1987).

Para conocer un esquema general de la forma de expresar el enojo, se presenta a continuación una revisión extensa que realizó Averill (1982), para identificar los rangos de las respuestas no agresivas y agresivas del enojo.

En la siguiente tabla se muestra la variedad de formas que toma la agresión. (Averill, 1982).

<p>1. Agresión directa: involucra acciones directas hacia lo que lo hizo enojar. Se distingue agresión física, verbal y agresión simbólica</p> <p>Agresión física- golpear, morder, patear, manotear, aventar objetos</p> <p>Agresión verbal- gritar, refunfuñar, criticar, insultar.</p> <p>Agresión simbólica- hacer señas con las manos, expresión facial de enojo.</p>
<p>2. Agresión indirecta: Dañar indirectamente a alguien. Cuando se agrede algún objeto de la persona que instigó el enojo, cuando se rehusa hablar con la persona quién instigó el enojo.</p>
<p>3. Desplazamiento de la agresión: Cuando la agresión se dirige a algo o alguien que no tiene que ver con quién instigó el enojo.</p> <p>Desplazamiento de agresión verbal: Hacia otras personas que no tengan que ver con la instigación de enojo, ejemplo la esposa que se enoja con el esposo y termina insultando al hijo</p> <p>Desplazamiento de agresión física: Cuando un niño esta enojado con el padre y le pega a un compañero de juego</p> <p>Desplazamiento de agresión hacia un objeto: Patear la pared, patear al perro.</p>
<p>4. Auto agresión: pegarse a si mismo.</p>

Tabla 2.1.1. Muestra los tipos de conductas no adaptativas del comportamiento agresivo.

Averill (1982), distingue tres tipos de respuestas de enojo sin agresión, estas son: conductas adaptativas, respuestas de escape y revaloración cognoscitiva.

1.explicar asertivamente la razón del enojo
2.corrección directa , es decir arreglar algún aspecto de la situación de enojo, por ejemplo, arreglar el juguete que se rompió.
Difusión . Tratar de que el enojo se olvide, la persona hace otra actividad, como por ejemplo, dormir, trabajar más, comer, etc
Minimizar . Minimizar la importancia del incidente
Evitación . Abandonar la situación irse del lugar.
Revalorar la situación hacia la otra persona: Reinterpretar los motivos o acciones de la otra persona, por ejemplo, él solo trataba de ayudar
Auto revaloración : Revalorar el propio comportamiento, por ejemplo, fue por mi culpa, para otra ocasión debo de ser más cuidadoso.

Tabla 2.1.2. Muestra los tipos de comportamiento de enojo sin comportamiento agresivo.

Como se mencionó anteriormente, hay varias formas de expresar enojo. Trabajos recientes han reportado que la expresión verbal y no verbal de enojo tienen niveles similares de impacto en los niños, pero la expresión de enojo que involucra contacto físico es percibida por los niños como la forma más negativa de expresión de enojo (Cummings, Vogel, Cummings, y El Sheikh, 1989)

Las investigaciones de expresiones faciales han demostrado que la expresión facial se distingue con claridad en diferentes estados emocionales (Ekman y Friesen, 1975).

Los estudios en los que se ha registrado actividad muscular facial (electromiogramas), han reportado claras diferencias entre las emociones positivas y negativas (Friedlund, Schwartz y Fowler, 1984). Más recientemente se han demostrado claras diferencias entre dos emociones negativas: enojo y tristeza, usando electromiogramas (Hess, Kapas, McHugo, Lanzetta, y Kleck, 1992)

Diversos autores han coincidido con la descripción de la expresión facial del enojo (El-Sheikh y Reither, 1996; Cummings, Iannotti, Zahn – Waxler, 1985; Normand, Robert, 1990; Hole, 1981; El Sheikh, Cummings, Goetsch, 1989; El-Sheikh, 1994; Caplovitz, Campos, Emde, 1996; Cole, Zahn-Waxler, Fox, Usher y Welsh, 1996).

La expresión se caracteriza por:

- Apretar fuertemente la quijada
- Apretar fuertemente los dientes
- Ceñir o fruncir el entrecejo
- Hundir el labio inferior
- Cambio de color facial
- Cambio de la calidad vocal (temblosa)

Tabla 2.1.3. Muestra las categorías conductuales de la expresión facial del enojo.

Además de la expresión facial de enojo el comportamiento es otro indicativo de que una persona esté enojada, Skinner (1979), indica que cuando un hombre está enojado, se sabe que lo está, no por la adrenalina o por que la presión sanguínea aumente, sino por la forma en que saluda, en la forma en como estrecha la mano, y en general por su forma de comportarse, Cummings, Zahn-Waxler y Radke-Yarrow, (1984), señalan que el niño demuestra su enojo mediante las siguientes categorías conductuales: pegar, empujar, insultar, gritar, refunfuñar.

El género del ser humano quizá contribuye en el contexto para elicitarse tipos específicos de reacciones hacia otros (Saarni, 1993), por ejemplo, el enojo mostrado por un niño tendrá diferentes consecuencias que el enojo mostrado por una niña (Casey y Fuller, 1994).

En comparación con las niñas, los niños exhiben mayor manifestación de enojo con agresión como respuesta al enojo exhibido por otras personas, y las niñas, en cambio muestran mayor ansiedad. (Cummings, Iannotti, Zahn-Waxler, 1985; Cummings, Vogel, Cummings, El-Sheikh, 1989).

2.2 ¿Por qué la gente se enoja?: ¿Cuál es el antecedente a la expresión de enojo?

Es una pregunta que diversos investigadores han contestado mediante estudios que permiten conocer el antecedente a la expresión de enojo en adultos, adolescentes, y niños.

Bradshaw, (1988), Lerner, (1985), reportan que el enojo es una emoción ó un estado afectivo ó sentimiento que se experimenta cuando un objeto no se logra. Averill, (1982), Ellsworth y Smith, (1988), Halberstadt and Carpenter, (1994), reportan que la gente se enoja cuando se cree que alguien los dañó intencionalmente, además señalaron que el 83% de las personas encuestadas reportó que experimentan enojo por lo menos una vez a la semana.

Los estudios con preescolares han permitido conocer la existencia de varios tipos de interacciones que pueden elicitarse enojo en los niños, por ejemplo, las más frecuentes son: la posesión de un objeto, acuerdo de las reglas del juego, (Cummings, 1987), rechazo social, insultos, no cumplirles lo solicitado, (Marion, 1994).

Scherer, et al, (1986), realizó un estudio cuyo objetivo fue analizar los antecedentes del enojo en niño, los resultados indican que un niño se enoja, cuando no logra llegar a la meta fijada.

Camras y Allison (1989), pidieron a 43 niños que les escribieran historias de situaciones en las cuales estuviera presente la emoción de enojo. Los resultados del antecedente de enojo muestran las siguientes cinco categorías:

1. Violación de una regla social
2. No recibir el objeto o la respuesta deseada.
3. Dañar sus pertenencias, su cuerpo, su auto estima.
4. Dañar a otra persona físicamente, a sus pertenencias, o auto estima
5. Tomar algo de otra persona sin permiso

Fisher y Johnson, (1990), preguntaron a 192 niños de 7 a 12 años, historias relacionadas con antecedentes de enojo en el ambiente familiar. Las respuestas fueron clasificadas por los investigadores en seis categorías:

Los niños se enojaban cuando:

1. Los padres no cumplían lo que los niños querían.
2. Los familiares no cumplían con obligaciones sociales
3. No les ayudaban
4. Había falta de empatía, confianza, respeto y amor entre los miembros de la familia.
5. No había consenso para tomar decisiones
6. No había contacto familiar.

En otro estudio realizado por Carpenter, y Halberstadt (1996), 60 madres describieron los antecedentes del enojo de sus hijos de acuerdo a una entrevista realizada por investigadores participantes, los resultados se muestran en la tabla 2.2.1.

<i>Qué es lo que le hace enojar a un niño de su mamá</i>	<i>Qué es lo que le hace enojar a un niño de su papá</i>
La mamá: Daba atención inadecuada. No le dedicaba tiempo No le cumplía promesas No lo atendía inmediatamente cuando él, la llamaba	El papá: Daba atención inadecuada Viajaba mucho No le prestaba atención No quería jugar cuando el niño deseaba jugar
Cuando la mamá: Lo Disciplinaba Lo corregía Le pegaba	Cuando el papá: disciplinaba Gritaba Lo mandaba a su cuarto Lo castigaba
Cuando la mamá: Lo trataba injustamente Le gritaba Lo interrumpía No le tenía paciencia	Cuando el papá: Trataba injustamente No cumplían lo que prometían Que el padre estuviera en desacuerdo con el niño Pedía que el niño se apurara

Tabla 2.2.1. Muestra los resultados del antecedente de enojo en niños, descritos por la madre. (Carpenter, y Halberstadt 1996)

En otro estudio realizado por Dunn, J. y Hughes, C. (1998), con 55 niños de 4 años de edad, se reportó que los niños frecuentemente expresan la causa de su enojo a la agresión física de otros, ó luchan por el control de un objeto o situación. En este mismo estudio los niños respondieron que la persona que los hacía enojar con mayor frecuencia era el hermano y en segundo lugar nombraron a los padres.

Covell y Abramovitch,(1987), dirigieron un estudio cuyo objetivo fue investigar a quién le atribuían los niños su enojo, su felicidad o su tristeza.

Los resultados demuestran que los niños de 5 a 15 años citan a sus familiares como los causantes de su enojo, más que los causantes de su alegría o tristeza (ver fig. 5).

En este mismo estudio se observó que las madres atribuían a sus hijos las causas de sus enojos más que de sus alegrías, y el 43% de las causas del enojo se debieron a la desobediencia de sus hijos.

Los reportes citados anteriormente permiten a la psicología aplicada conocer más acerca de los antecedentes de la emoción de enojo. En estas investigaciones se señalan antecedentes de enojo importantes para el psicólogo como son: falta de amor, poco respeto entre los miembros de la familia, falta de contacto familiar, que a su vez, se relaciona con falta de atención hacia el niño, y maltrato físico o verbal que un miembro de la familia hace a otro.

2.3. Cómo influye la expresión de enojo de los miembros de la familia, en los niños.

Los investigadores sobre emociones revelan que los niños pueden identificar el estado emocional de otras personas, así como la situación que produce ese estado (Fabes, Eisenberg, Mc Cormick y Wilson, 1988; Michalson y Lewis, 1989).

Los niños aprenden a expresar sus emociones a través de las interacciones con sus hermanos, maestros, así como en la T.V., películas y video juegos. (Friedrich y Stein, 1975), uno de los ambientes de mayor impacto es el clima emocional que crean los adultos en sus hogares. En el ambiente familiar los niños pueden observar violencia o no violencia, y se ha comprobado que los niños que viven en un clima de violencia tienen modelos de manejo o control de enojo muy pobres, ya que no expresan su enojo hacia sus padres en forma asertiva, por el contrario muestran su enojo acompañado de comportamiento agresivo hacia otras personas que ellos consideran con menos poder, o expresan su enojo lastimándose a ellos mismos (Tower, 1989).

Bradshaw (1988), reporta que hay adultos que critican y castigan a sus hijos cuando expresan su enojo, e indica que a los niños que son castigados por sentir enojo experimentan enojo acompañado de vergüenza, por lo que aprenden a no expresar su enojo en el momento, y tiempo después cualquier situación que los haga enojar (por mínima que esta sea) la afrontan con comportamiento agresivo.

Se ha encontrado relación entre la frecuencia de emociones negativas mostradas por personas a niños pequeños, principalmente en el contexto de la familia, con problemas de conducta en los niños. (Jenkins, Franco, Dolins, Sewell, 1995)

Los investigadores que han empezado a estudiar el enojo en ambientes familiares proponen que muchos episodios de enojo son los que impiden que las reglas de la casa sean cumplidas por los miembros de la familia. (Fisher and Johnson, 1990; Fisher, et al 1989), además reportan que las respuestas conductuales de enojo tienen un impacto importante en otros miembros de la familia (Tangney, Hill-Barlow, Wagner, Marschall, Kaplan Borenstein, Sanftner, Mohr, Gramzow (1996).

El ser humano a partir de diez semanas de nacido, puede discriminar el enojo, tristeza, y alegría. Esta discriminación se realiza a través de expresiones faciales y expresión vocal principalmente evocadas por la madre (Lelwilca, 1987), a la edad de un año los niños identifican el enojo presente en las interacciones de otras personas (Cummings, et al.1981), a la edad de cuatro a cinco años los niños que observan con mayor frecuencia interacciones en las que el enojo está presente reaccionan ante estas situaciones con mayor estrés y agresión. (Marion, 1994)

El enojo exhibido entre los adultos forma parte de la comunicación interpersonal de la familia, (Cummings, Zahn-Waxler y Radke-Yarrow, 1981), es un evento natural que ocurre en los ambientes de la vida diaria del niño (Cummings, Ballard, El-Sheikh, Lake, 1991), sin embargo es un evento más frecuente y común en hogares en donde existen problemas maritales. Se ha demostrado que los niños responden ante este clima de enojo con formas adaptativas o maladaptativas como un proceso de afrontamiento (Cummings, 1989); Rosenbaum y O'Leary (1981) encontraron que los niños cuyas madres son maltratadas físicamente por sus esposos tienden a expresar su enojo con agresión física y verbal más frecuentemente que los niños cuyos padres no exhiben problemas conyugales. Esto puede deberse a que los conflictos con agresión física son percibidos más negativamente y tienen un gran impacto emocional negativo en los niños. (Cummings, Ballard, El-Sheikh y Lake, 1991; Cummings, et al, 1989; Hennessy, Rabideau, Cizchetti, Cummings, 1994),

Se ha reportado que los niños que viven en un clima de violencia y enojo, tienen problemas para establecer relaciones interpersonales (Gottman y Katz, 1989), no muestran empatía o ayuda en juegos con pares, por el contrario les pegan con mayor frecuencia que los niños que no viven en ese tipo de clima (Marion, 1994). Esto se puede explicar a través del aprendizaje vicario, ya que cuando los niños están observando constantemente a sus padres enojarse, ellos aprenden este tipo de intercambio y expresan hostilidad en sus relaciones interpersonales (Gottman y Katz, 1989), de hecho perciben su ambiente con hostilidad, y a sus compañeros con mayor hostilidad y agresión. (Dodge, Bates, y Pettit, 1990)

Se ha reportado que existe relación entre enojo exhibido por los padres y tensión conyugal, con un efecto en el desarrollo de psicopatología en los niños (Emery, 1989; Porter y O'Leary, 1980; Wierson, Forehand y McCombs, 1988), además los ambientes en el que el enojo está presente cotidianamente se relacionan con divorcio (Hetherington, 1989; 1989b; Rutter, 1979), alcoholismo (West y Prinz, 1989), está asociado con conducta antisocial, y problemas emocionales en niños (Baruch y Wilcox, 1944; Johnson y Lobitz, 1974; Porter y O'Leary, 1980, Smith y Jenkins, 1991). Los resultados en estas investigaciones han sido apoyados a través de estudios de divorcio (Hetherington, Cox y Cox, 1985), problemas maritales (Porter y O'Leary, 1980), y procesos familiares coercitivos (Patterson, 1982).

Estudios cuyo objetivo ha sido observar las respuestas de niños a interacciones entre adultos con episodios de enojo y agresión, han mostrado consistentemente que este tipo de comportamiento, es estresor para los niños y está asociado con el desarrollo de problemas de auto control de enojo, agresión y conducta disruptiva, (Cummings, Iannotti y Zahn-Waxler, 1985; Cummings, Zahn-Waxler y Radke-Yarrow, 1981, 1984; El Sheikh, Cummings, Goetsch, 1989, Emery, 1982; Grych y Finchman, 1990; Cummings, 1987, Jenkins, Franco, Dolins, y Sewell, 1995, Davies y Cummings, 1994; Reid y Crisafulli, 1990, Mc Donald y Jouriles, 1991).

Meyersberg y Post (1979), explican que los conflictos maritales y depresión pueden producir cambios significantes en el funcionamiento del niño en el ámbito social, emocional y bioquímico; Ballard, et al, (1993), reportan que los conflictos maritales intensos están relacionados con problemas en el funcionamiento cardiovascular y Gottman y Katz (1989) que están relacionados con problemas en la salud de los niños.

Incluso Jenkins (1992) encontró que niveles altos de violencia familiar está asociado con el incremento de problemas en la relación entre hermanos.

El enojo exhibido por los niños es influido por la forma de expresar enojo por los padres (Cummings Vogel, Cummings y El-Sheikh, 1989; Cummings, Henness y Rabideau, Cicchetti, 1994; Grych y Finchman, 1993, Grych y Fincham, 1990; Cummings, Pellegrini, Notarius, y Cummings, 1989);), de hecho al analizar auto reportes de episodios de enojo en niños que provenían de hogares con violencia intrafamiliar tenían más episodios de enojo que los que no provenían de hogares con dichas características (O'Brien , 1991):

Porter y O'Leary, (1980) y Emery (1982), reportaron que la hostilidad parental manifiesta (sarcasmo, riñas, abuso físico), es el mejor predictor de problemas de conducta en niños.

Cummings, et al, (1982), desarrolló un estudio cuyo objetivo fue conocer la respuesta conductual de los niños después de estar expuestos a interacciones con enojo entre adultos. Los resultados indican que la intensidad de agresión entre niños incrementó después de la exposición a situaciones de enojo.

La literatura reporta que el género también influye en la forma de expresar enojo cuando el enojo es exhibido entre los adultos, ya que cuando las niñas observan episodios de enojo entre adultos tienden a responder con angustia mientras que los niños tienden a exhibir más enojo y agresión (Cummings, Davies, Simpson, 1994; Cummings, Iannotti y Zahn-Waxler, 1985; Cummings et al, 1989, Emery, 1982)

El enojo es visto por Cummings, et al (1981), como una estresor socioambiental, por lo que, cuando un niño observa que otras personas se enojan puede exhibir varios niveles de respuesta:

- a) Respuestas emocionales cubiertas: sentimientos de tensión y ansiedad.
- b) respuestas emocionales manifiestas: llorar
- c) intervención conductual: intentar mediar la situación, evitar que sigan discutiendo.

Se reportó que los niños que observan con mayor frecuencia episodios de estrés en el hogar presentan mayor número de episodios de enojo (Cummings, Zahn-Waxler y Radke-Yarrow, 1984)

2.4. Tratamiento de enojo dirigido a niños

Ayudar a los niños como aprender a manejar el enojo con responsabilidad requiere que primero se entienda la naturaleza del enojo, los antecedentes, y la forma en cómo los niños aprenden a afrontar situaciones conflictivas. Los niños que no aprenden cómo manejar su enojo con responsabilidad, están en mayor riesgo de interactuar negativamente con sus pares, de responder ante el enojo con respuestas de afrontamiento socialmente no constructivas como escape, revancha, agresión (Fabes y Eisenberg , 1992; Gottman y Katz, 1989).

Enseñar a los niños métodos más positivos para afrontar el enojo tienen efectos benéficos a largo plazo ya que previenen problemas en el corazón (Baughman, 1992) y problemas interpersonales.

De hecho los niños que no saben como controlar su expresión de enojo se debe a que sus padres no saben como manejar su propio enojo y no reconocen sus propias emociones (Marion, M, 1994).

La importancia de proporcionar a los niños un tratamiento en el que aprendan como manejar y controlar la forma de expresar enojo es importante ya que esta conducta es estable a través del tiempo y puede incitar agresión física y verbal (Hazaleus, y Deffenbacher, 1986; Rule y Nesdale, 1976), maltrato infantil (Nomellini, y Katz, 1983), daño físico así mismos o a las propiedades de otros, (Hazaleus y Deffenbacher, 1986).

Novaco (1975), fue el primer investigador en proporcionar el primer tratamiento controlado de reducción de enojo: inoculación de estrés, este programa multifacético lo uso para los pacientes que tienen problemas de enojo crónico. El programa es interesante ya que combina tres procedimientos: aprendizaje cognoscitivo, relajación y asersión.

El Modelo de Inoculación de Estrés popularizado por Meichenbaum fue usado para facilitar el control de enojo. Esta intervención consiste en enseñar una serie de auto instrucciones de afrontamiento organizadas secuencialmente alrededor de los siguientes cuatro pasos (Novaco, 1976):

- 1.-Preparándose para la provocación
- 2.-Confrontando la provocación
- 3.- Afrontar la excitación y agitación
- 4.-Auto recompensa

Novaco en 1977 notó la importancia del entrenamiento asertivo como un método que debía ser anexado al entrenamiento de control de enojo.

La combinación de la reestructuración cognoscitiva, el comportamiento asertivo y la relajación ayudarán mas efectivamente a personas con enojo crónico a enfrentar situaciones de modo adaptativo (Roskies, y Avard, 1980)

El entrenamiento en auto instrucciones, auto evaluación racional y auto relajación aparecen principalmente en el entrenamiento de enojo y agresión (Wilson, 1984), estas técnicas han sido usadas como parte de entrenamiento en control de enojo para adultos empleado por Novaco (1975).

Novaco (1975), reportó que la intervención en relajación (ejercicios de respiración, auto control de respiración, relajación muscular sin tensión, relajación con imaginación) es débil en comparación con la intervención cognoscitiva (auto observación, auto reforzamiento, auto evaluación, solución de problemas, discriminación) ó la intervención cognoscitiva-relajación (combinación de las técnicas de relajación y habilidades congoscitivas). Investigadores subsecuentes habían aceptado esta conclusión y no habían evaluado el componente de relajación en sus tratamientos, Hazaleus y Deffenbacher, (1986), hicieron la replica del trabajo de Novaco con jóvenes universitarios que presentaban problemas para controlar su enojo. En la investigación se compararon dos intervenciones la cognoscitiva y de relajación, cada una compuesta por seis sesiones grupales de una hora. Los resultados indican que ambos tratamientos hubo lreducción significativa de episodios de enojo, sin embargo los

resultados del seguimiento favorecen ligeramente al tratamiento cognoscitivo, por lo que los resultados difieren a lo reportado por Novaco.

Defenbacher y Stark (1992), expresan que la ausencia de éxito del componente de relajación en el tratamiento de Novaco, (1975) puede deberse a una variedad de factores, como por ejemplo, la falta de tiempo para el desarrollo del aprendizaje adecuado de la habilidad, ya que los pacientes no practicaron la relajación como tarea en casa, y la relajación sólo fue empleada al inicio de la sesión acompañada con ejercicios de imaginación. Defenbacher y Stark (1992), trabajaron con jóvenes con problemas en control de enojo. Compararon dos tratamientos, a) habilidades cognoscitivas-relajación, b) habilidades de relajación. Los resultados demostraron que ambos tratamientos son eficaces para disminuir episodios de enojo durante el tratamiento e incluso un año después, sin embargo estos investigadores sugieren que es más completo emplear el tratamiento que combina los dos componentes.

Deffenbacher, Demm, y Brandon, (1986), probaron la efectividad de las habilidades de relajación para disminuir episodios de enojo con agresión. El tratamiento de relajación fue aplicado en seis sesiones semanales. Se adaptó el tratamiento de manejo de ansiedad de Suinn, (1977), para ser empleado en el manejo de enojo. La sesión 1 y 2 son una introducción al auto-control, al entrenamiento progresivo de relajación y habilidades de afrontamiento a través de la respiración, relajación sin tensión, y relajación con imaginación. La tarea para estas sesiones fue la práctica de relajación y de monitoreo del enojo. De la sesión 3 a la 6 se entrenó en la aplicación de habilidades de afrontamiento. La tarea para estas sesiones fue practicar la relajación en situaciones sin enojo y posteriormente en situaciones en las que se enojará.

Los resultados del tratamiento indican que:

- a) decrecieron los niveles de episodios de enojo, los episodios de enojo con agresión física y verbal
- b) incrementaron los episodios de afrontamiento con comportamiento constructivo en situaciones que les provocaba enojo.

Estos resultados fueron consistentes con los reportados por Hazaleus y Deffenbacher (1986). Deffenbacher, Demm, y Brandon, (1986), y concluyeron que cuando se pone suficiente atención al entrenamiento de relajación y se emplean habilidades de afrontamiento, la relajación puede ser un componente suficiente para la disminución de episodios de enojo con agresión.

Deffenbacher, Story, Brandon, Hogg, Hazaleus, (1988), compararon dos tratamientos dirigidos a disminuir episodios de enojo: Cognoscitivo, y Cognoscitivo-relajación. Los resultados reportados indican que ambos son efectivos para la reducción de enojo (enojo general, enojo en diversas situaciones, reacción fisiológica, atribución de enojo a una persona específica) y los resultados del seguimiento (cinco semanas), mostraron que los cambios se mantienen.

Kazdin, Bass, Siegel, Thomas (1989), aplicaron un tratamiento en el que combinaron técnicas conductuales y cognoscitivas, con el objetivo de enseñar habilidades para solucionar problemas, durante el tratamiento se emplearon técnicas de modelamiento, juego de roles, retroalimentación correctiva, y reforzamiento social. Los resultados del tratamiento muestran que decreció la conducta desviada y la conducta prosocial incrementó.

Deffenbacher, Thwaites, Wallace and Oetting (1994), compararon tres tratamientos: a) relajación (relajación-imaginación; relajación sin tensión, respiración), b) entrenamiento en habilidades sociales de reunión (Habilidades de comunicación, negociación y asertivas), c) entrenamiento en habilidades sociales inductivas (identificación de situaciones que le provocaban enojo; alternativas de afrontamiento-solución de problemas)

Los resultados sugieren que los tres tratamientos son efectivos para reducir episodios de enojo con agresión hasta cuatro semanas de haber concluido el entrenamiento, sin embargo, se reportó que el entrenamiento de relajación disminuye la expresión de enojo con agresión, y el entrenamiento en habilidades sociales inductivas, suprime los episodios de enojo.

Deffenbacher, Oetting, Huff y Thwaites (1995), hicieron un seguimiento del tratamiento realizado por Deffenbacher, Thwaites, Wallace and Oetting (1994) de 15 meses, para la reducción de enojo en adolescentes, los resultados del seguimiento demuestran que los tres entrenamientos muestran un mantenimiento a largo plazo de los efectos del tratamiento, de hecho los resultados del mantenimiento a quince meses, se correlacionan con el mantenimiento demostrado a las cuatro semanas de haber finalizado el tratamiento.

Dangel, Deschner, Rasp, (1989), realizaron un estudio para disminuir episodios de enojo con agresión en niños y adolescentes de 10 a 17 años. El tratamiento tuvo una duración de seis semanas, tuvo cuatro componentes: entrenamiento en relajación, solución de problemas, auto instrucciones, y control de pensamientos.

Los resultados reportados indican que hubo reducción de episodios de enojo durante el tratamiento y estos cambios se mantuvieron a lo largo del seguimiento los resultados se muestran en la siguiente tabla:

Sujeto	Línea Base	Tratamiento	Seguimiento
Grupo 1			
1	0	0	0
2	2.5	1.6	.2
3	.8	.2	.1
4	1.7	2.2	1.6
Media	1.2	1.0	.5
Grupo 2			
5	4.9	2.9	.8
6	2.2	1.1	0
7	2.4	3.2	3.0
8	2.5	.8	---
9	1.7	.5	.2
10	.1	0	.2
11	.8	.7	0
12	.8	.6	---
Media	1.9	1.2	.7

Fig. 2.6. Muestra los resultados de línea base, tratamiento y seguimiento, de un tratamiento de control de enojo.

En otros tratamientos como el reportado por Rimm, Hill, Brown y Stuart, (1974), se demuestra que el comportamiento agresivo se reduce al enseñar los pacientes habilidades en comunicación asertiva.

Deschner (1984), demostro la utilidad del entrenamiento en auto control de enojo, enseñando frases asertivas comenzando con el pronombre "yo".

Lazarus (1971), llama a su entrenamiento "en la libertad emocional", cuando entrena a una persona a expresar sentimientos tanto positivos como negativos. Utilizó "libertad emocional" en una niña de 9 años de edad, la primer fase consiste en enseñar a la niña a expresar enojo asertivamente, y la segunda fase consistió en enseñarle a expresar sus sentimientos positivos.

Marion, (1994), dió el siguiente lineamiento general del contenido que debe tener un tratamiento de auto control de enojo, dirigido a niños:

- a) Información acerca del enojo
- b) ayudar a los niños a manejar su enojo
- c) enseñar al niño a experimentar el enojo como una emoción natural y normal
- d) ayudar al niño a reconocer las situaciones que pueden disparar episodios de enojo
- e) Ayudar a los niños a reconocer que cuando están enojados su cuerpo cambia, como por ejemplo, cambio de color de su rostro, boca seca, cambios en la calidad vocal, e incrementan los latidos del corazón.

Marion, (1994), expresa que los padres deben de modelar un manejo responsable de enojo, es decir los padres tienen que enseñar a sus hijos como expresar el enojo sin agresión y para modelarlo requiere de enseñar las siguientes técnicas:

- Conocer y aceptar sus propios sentimientos de enojo
- Darse permiso de sentirse enojado
- Ser responsable de sus sentimientos y emociones
- Tomar decisiones acerca de cómo expresar su enojo

Deffenbacher, Lynch, Oetting, Kemper, (1996), recientemente reportaron un tratamiento dirigido a niños con problemas para controlar su enojo. Un tratamiento consistió en la combinación de habilidades cognoscitivas y de relajación, el segundo consistió de habilidades sociales. El principal objetivo del entrenamiento en habilidades cognoscitivas y de relajación fué aprender como manejar y controlar estados emocionales y reducir respuestas emocionales inapropiadas antes de que causen problemas.

El entrenamiento en habilidades sociales tuvo como objetivo enseñar a los estudiantes a manejar situaciones estresantes después de que éstas ya ocurrieron.

En las sesiones se trabajaba con juegos de roles, en las que se practicaba el afrontamiento en la situación de enojo.

El tratamiento de habilidades cognoscitivas y de relajación, tuvo una duración de seis sesiones y estuvo compuesto por: auto instrucciones, tres tipos de relajación (relajación sin tensión, respiración y relajación con una palabra condicionada), identificación de situaciones de enojo, alternativas en la solución de la situación y se enseñaron estrategias como auto instrucciones, relajación, solución de problemas, y no insultar

El segundo tratamiento también tuvo una duración de seis semanas, estuvo conformado por habilidades sociales de comunicación (identificar estrategias inefectivas de comunicación, analizar otras formas de comunicación) y enseñaron once estrategias de comunicación (mirar a los ojos, hablar tranquilamente, hablar sin insultos ni gritos, hablar en lugar de forzar con violencia física, etc)

Los resultados indicaron que la intervención en habilidades cognoscitivas y de relajación fueron: a) efectivas en la reducción de enojo y en la expresión de enojo con agresión, b) ambos tratamientos proveen un mayor número de habilidades de control emocional, son económicos y prácticos.

2.4.1. Medición de episodios de enojo.

Durante el tratamiento de enojo es importante que el psicólogo cuente con la descripción de los episodios de enojo del niño ó joven, la descripción de los episodios permiten al psicólogo contar con información veraz del cambio conductual del paciente durante el tratamiento y seguimiento.

La descripción de los episodios de enojo puede ser reportada por los pares, padres y maestros. Los Autoreportes, también son un elemento importante en las intervenciones de enojo, ansiedad, depresión, debido a que el sujeto es quién tiene acceso a esa información (Deffenbacher, Lynch, Oetting, Kemper, 1996)

En otro estudio realizado por Deffenbacher, et al (1986), el adolescente describía diariamente la situación de mayor enojo del día y la calificaba con una escala de 0 (no enojo) a 100 (máximo enojo experimentado). Deffenbacher, Thwaites, Wallace, Oetting, (1994), reportan que midieron los episodios diarios de enojo a través de una bitácora de enojo.

Dangel, Deschner, Rasp (1989), realizaron un estudio de control de enojo con niños y adolescentes (10 a 17 años de edad) en el que reportan que los padres de los niños anotaban el enojo diario de los niños en una lista checable. Los padres anotaban durante las noches si el enojo había sido acompañado por agresión física o verbal, los incidentes escolares no eran anotados, únicamente se anotaba la conducta que el padre observaba.

En otro tratamiento de auto control de enojo con adolescentes, se realizó un registro en el cual se anotaba diariamente los episodios de enojo con agresión física, verbal, o incumplimiento de reglas, las anotaciones eran realizadas por los propios adolescentes. (Feindler, Ecton, Kingsley, Dubey, 1986)

2.4.2. Inducción de enojo en ambientes controlados.

En un estudio para identificar la emoción de enojo en bebés de 7 meses de edad, Stenberg, Campos, (1983) reportaron que se registró la expresión facial de enojo en una situación experimental que consistió en inducir enojo en estos bebés.

La Condición experimental consistió en una situación repetida en la que un bebé sostenía en su boca una dona, la dona se le dejaba 3 seg, y se la arrebatan de la boca. La situación se realizó como máximo 20 veces.

La situación tuvo dos condiciones, en una condición la dona la quitó la madre del infante (10 veces) y después una mujer confederada (10 veces), en la segunda condición primero empezó el confederado y después la madre del infante.

En ambas condiciones se registró la expresión facial del niño. Los resultados indicaron que el niño mostró más enojo con la madre, pero esto sucedió únicamente cuando el confederado inducía enojo antes que la madre.

En otros estudios en los que se ha medido enojo en situaciones controladas se han empleado confederados, pero los confederados representan una situación de enojo que no va dirigida al paciente.

En otro estudio en el que se analizó el desarrollo de estrategias que emplean los niños para controlar socialmente las emociones, las evaluaciones se hicieron mediante viñetas que describían experiencias que causaban estados emocionales básicos como felicidad, tristeza y enojo (McCoy, Masters, 1985)

Haciendo un resumen del presente capítulo, se puede señalar que la literatura reporta que el desarrollo de tratamientos para controlar enojo es efectivo y puede modificar la intensidad, frecuencia y duración de los episodios de enojo al emplear tratamientos en los cuales se aplique relajación (Deffenbacher, Demm, y Brandon, 1986; Deffenbacher y Stark, 1992; Hazaleus y Deffenbacher, 1986, Schlichter y Horan, 1981), reestructuración cognoscitiva (Achmon, Granek, Golomb, y Hart, 1989, Deffenbacher, Story y Brandon, Hogg y Hazaleus, 1988, Hazaleus y Deffenbacher, 1986; Moon, Eisler, 1983; Novaco, 1975), combinando el entrenamiento cognoscitivo con relajación, (Hains, 1992; Deffenbacher, Story, Brandon, y Hazaleus, 1988; Deffenbacher, McNamara, Stark y Sabadelli, 1990; Deffenbacher, Story, Stark, Hogg, y Brandon, 1987; Deffenbacher, Thwaites, Wallace, y Oetting, 1994; Novaco, 1975; Schlichter y Horan, 1981), entrenamiento en habilidades de comunicación y sociales (Deffenbacher, Story, Stark, Hogg, y Brandon, 1987, 1994, Moon y Eisler, 1983).

Por otra parte, la literatura reporta que las intervenciones con poblaciones jóvenes muestran resultados efectivos de la intervención cognoscitivo-conductual aplicada a jóvenes con comportamiento agresivo (Feindler, Ecton, Kingsley, y Dubey, 1986; Lochman, y Curry, 1986; Kazdin, Bass, Siegel, y Thomas, 1989).

CAPITULO 3.

COMPONENTES DE TRATAMIENTOS DE CONTROL DE ENOJO.

3.1.La relajación desde el punto de vista del Condicionamiento Clásico y Operante.

Para entender a través de la presente tesis el empleo de la relajación en el control de episodios de enojo es importante señalar el papel de la inhibición de un estímulo, y entender la participación de la inhibición condicionada en el tratamiento de control de agresión.

Skinner, (1979) resume las funciones de los estímulos en la siguiente forma:

Un estímulo puede:

- 1)Provocar una respuesta (provocación)
- 2)Determinar la ocasión de una respuesta (discriminación)
- 3)Modificar la reserva (reforzamiento) o bien,
- 4)Modificar la proporcionalidad de la reserva y la fuerza ("emoción", "facilitación", "inhibición").

El término inhibición se ha usado de forma vaga para designar todo descenso de la fuerza del reflejo (o el estado disminuido resultante).

La inhibición se refiere a un cambio negativo de fuerza producido por un tipo de operación que acarrearía un cambio positivo, por lo que se define como una disminución de fuerza, (Skinner, 1979).

La ley de Inhibición, señala que la fuerza de un reflejo puede decrecer mediante la presentación de un segundo estímulo que no tiene ninguna otra relación con el efector en cuestión. (Skinner, 1979)

La discriminación de un estímulo es otro caso en el que se extiende la noción de inhibición. Si se establece una discriminación entre dos estímulos compuestos que difieren con respecto a su pertenencia, de tal modo que el reflejo $SA \cdot R$ sea siempre reforzado mientras que $SA SB \cdot R$ no lo sea, SB adquiere un poder aparente que suprime la acción de $S \cdot A \cdot R$. El efecto de SB es llamado por Pavlov inhibición condicionada o diferencial, pero de acuerdo con la explicación de Skinner SB no actúa para inhibir el reflejo $SA \cdot R$ de una forma comparable, y él lo explica a la propiedad diferenciadora de un estímulo compuesto (Skinner, 1979).

La prueba aportada por Pavlov de que la acción de SB al reducir la magnitud de R en respuesta a SA es realmente inhibidora y no constituye simplemente una desaparición pasiva de un reflejo condicionado positivo debida al estímulo compuesto que habitualmente no está reforzado, se basa primariamente en la transferencia del poder inhibidor de un complejo de estímulos a otro, pero la evidencia de Pavlov se ve debilitada por el hecho de que los diferentes reflejos condicionados tipo S basados en el mismo estímulo reforzante no son entidades interdependientes (Skinner, 1979).

Wolpe (1979) señaló que existen respuestas que inhiben la ansiedad en presencia de los estímulos que la provocan, dicha respuesta debilita el vínculo existente entre estos estímulos y la respuesta de ansiedad, este principio es llamado Principio de Inhibición Recíproca.

Hay otros procesos en los que se puede producir la inhibición de la respuesta de ansiedad, en las que no es evidente que la actividad afectada inhiba recíprocamente a la respuesta de ansiedad, una de ellos consiste en usar el reforzamiento uniforme de las respuestas motoras para inhibir la ansiedad que las acompaña, a este proceso se le llama inhibición recíproca intra respuestas.

Wolpe utilizó el término inhibición recíproca para caracterizar la inhibición de la ansiedad mediante alguna respuesta competitiva. *Las respuestas competitivas más utilizadas en el modelo de la terapia de inhibición recíproca son: la relajación y la conducta asertiva.* Considera que ambas son capaces de inhibir recíprocamente la ansiedad por que: son incompatibles, y debilitan ligeramente el hábito de respuesta de ansiedad.

Desde el punto de vista fisiológico, se supone que estas clases de conducta tienen una característica primordial en común: todas están asociadas con un predominio de la actividad nerviosa parasimpática, se supone además que la actividad exaltada del sistema nervioso parasimpático inhibe recíprocamente la actividad del sistema nervioso simpático (la actividad nerviosa simpática sirve de base a la ansiedad), se deduce que respuestas como la de relajación, y la aserción son capaces de inhibir la ansiedad. *Existen pruebas empíricas que indican que la inducción de relajación produce una reducción de la actividad simpática junto con un decremento de la ansiedad* (Paul, 1969, Paul y Trimble, 1970; Rimm, Kennedy, Miller y Tchida, 1971)

Cuántos de nosotros no ha escuchado el consejo que dice: cuando estés enojado cuenta hasta diez..., esta estrategia es una forma no sistemática de relajación. (Wolpe, 1958).

La relajación es una habilidad activa de afrontamiento (Carr y Binkoff, 1981). *Y en sentido estricto hace referencia a un estado del organismo definible como ausencia de tensión y que se manifiesta en tres niveles: fisiológico, conductual y subjetivo* (Wolpe, 1958).

Nivel fisiológico incluye los cambios viscerales, somáticos y corticales (cambios en tasa cardíaca, tensión muscular, ritmos electroencefalográficos).

Nivel conductual incluye los actos externos directamente observables del organismo (inactividad, hiperactividad, lucha, huida, expresiones corporales y faciales de tensión)

Nivel subjetivo se refiere a la experiencia interna consciente del propio estado emocional o afectivo (sensación de malestar, aprehensión, calma, tensión, etc.)

En la relajación la premisa fundamental es que la tensión muscular se relaciona con la ansiedad, por lo que el ser humano puede experimentar reducción de ansiedad cuando los músculos se aflojan y se ponen flácidos. Se emplea la respuesta de relajación muscular para producir disminuciones sistemáticas de los patrones de la respuesta de ansiedad, ante muchas clases de estímulos.

Wolpe (1958), considera que la relajación en un contexto de contracondicionamiento sustituye a una respuesta no adaptativa como la ansiedad.

El entrenamiento de relajación consiste en producir un estado en el que domine el sistema parasimpático, ya que por su modo de funcionar del sistema nervioso autónomo es antagónico a la estimulación simpática que media los sentimientos de enojo y ansiedad (Wolpe, 1958).

Se han diseñado tratamiento en los que se enseña al cliente técnicas de relajación para que aprenda a controlar episodios de enojo, y una vez tranquilo pueda emplear técnicas cognoscitivas y asertivas (Carr y Binkoff, 1981; Goldfried y Trier, 1974). Jacobson (1938) y Wolpe (1958, 1969), desarrollaron los ejercicios de relajación progresiva de músculos, este es el tipo de relajación que se usa con mayor frecuencia, y consiste en un número de ciclos de tensión relajación.

Goldfried y Davidson, (1976), y Rimm y Masters (1979), delinearon la siguiente serie estándar de los músculos que pueden relajarse en una sesión: manos, espalda alta, hombros, cuello, boca, lengua, ojos y frente, espalda, cadera, muslos, estómago, pantorrilla y pie, dedos de los pies. Los clientes no deben de esperar dominar la relajación en la primer sesión, ya que la práctica ayudará a dominarla. Es importante que el psicólogo grabe la primer sesión de relajación y retroalimente a sus clientes con el video además debe de dejar de tarea practicar en casa lo aprendido en sesión.

Hay otra estrategia para enseñar a los clientes a relajarse en situaciones que se presentan en la vida cotidiana, se llama relajación controlada indirectamente. Esta estrategia consiste en enseñar al paciente a relajarse con respiración (tranquila y profunda), y al mismo tiempo que respire debe de repetir palabras como "calmado", "tranquilízate", "relájate"; después de algunas semanas en las que se aparea la palabra con la relajación, la palabra por si sola inducirá un estado de relajación. (Paul, 1966).

Relajación profunda	muscular	Consiste en la tensión y relajación sucesiva de los músculos en una secuencia ordenada
Relajación sin tensión		Cerrar los ojos, recorrer su cuerpo, y relajarlo.
Relajación en posiciones	en otras	Relajación estando de pie Relajación mientras camina Relajación acostado
Respiración		Profunda inspiración, mantenerla y después expulsar el aire lentamente. Hacerlo cinco veces.

Tabla. 3.1. Muestra los tipos de relajación señalados por Cautela y Groden (1985)

El exceso de activación en las funciones biológicas del organismo (sistema cardiovascular, gastrointestinal, respiratorio, etc.), podría constituir el mecanismo que relaciona el estrés psicológico y los estados emocionales con elevado riesgo de trastornos orgánicos específicos, úlceras, hipertensión, trastornos coronarios, asma, neumonía, tuberculosis,

diabetes, cáncer, etc., tal como han puesto de manifiesto los recientes estudios clínicos y epidemiológicos, por consiguiente, si la activación fisiológica constituye un mecanismo de riesgo, la respuesta de relajación, en cuanto proceso opuesto constituye necesariamente un mecanismo positivo facilitador de la salud. (Cautela y Groden, 1985)

Hay evidencia empírica y consistente que reporta que la relajación y las técnicas de desensibilización tienen un gran impacto en el control de enojo (Evans, 1970; Evans, Hearn y Saklofske, 1973; O' Donell y Worell, 1973; Rimm, de Groot, Boord, Heiman y Dillow, 1971).

3.2.Comportamiento Asertivo y auto instruccioes

Wolpe (1958) ofreció conceptos sobre la neurosis humana dentro de los términos Pavlovianos y Hullianos sobre los principios del aprendizaje (con una dosis considerable de neurofisiología), delineó técnicas específicas de terapia como desensibilización sistemática y **entrenamiento asertivo**.

El entrenamiento en asertividad es una intervención relevante en el control de agresión. (Goldstein, A., Carr, E., Davidson, W., Wehr, P. 1981).

El objetivo del entrenamiento asertivo es que el cliente sea capaz de *expresar sus sentimientos* de manera personalmente satisfactoria y *socialmente efectiva* (Rimm y Masters, 1981).

Recientemente el concepto de *asertividad se define como una forma de conducta interpersonal*. Las metas conductuales incluyen la expresión socialmente apropiada de pensamientos y sentimientos, tanto negativos (enojo, tristeza) como positivos (afecto, felicidad), la comunicación asertiva tiene por objetivo que la persona se dirija honestamente a otra tomando en cuenta sus derechos y sentimientos, por lo que incluye también la efectiva comunicación. (Goldstein, Carr, Davidson, Wehr, 1981; Rimm y Masters, 1981).

Para Deffenbacher, Thwaites, Wallace, Oetting, (1994), la conducta asertiva implica la expresión directa y no coercitiva de pensamientos, sentimientos y preferencias. Aunque la conducta agresiva es típicamente deshonesto, socialmente inapropiada, y viola los derechos de otras personas, se ha encontrado, que en nuestra cultura la aserción y la agresión son confundidas con frecuencia, de hecho en un estudio con padres de niños agresivos se reportó que los padres estaban orgullosos de que sus hijos se comportaran de esa forma ya que era un camino para sobresalir (Rimm y Masters, 1981)

Se ha definido que la agresión involucra la violación de los derechos de otros, y la "no aserción" viola nuestros propios derechos, por lo que la no asertividad individual se refiere a una persona que expresa sentimientos y pensamientos auto desaprobándose, que no sabe expresar sus necesidades y que se dirige a los demás pidiendo permiso y perdón (Goldstein, Carr, Davidson, Wehr, 1981).

Los individuos que no son asertivos nunca tuvieron la oportunidad de adquirir habilidades que le permitieran serlo, provienen de familias en las que ambos padres no son asertivos y por efectos del modelamiento aprendieron a inhibir las conductas asertivas al observar que sus padres hacen lo mismo (Wolpe y Lazarus, 1966).

La falta de modelos asertivos hace que los niños no aprendan cómo expresarse ellos mismos y no saben exigir sus derechos, los niños no asertivos presentan más episodios de enojo y resentimiento hacia otros. La experiencia clínica plantea que muchos individuos acuden a la violencia física o las amenazas de violencia simplemente porque tienen deficiencias en las destrezas verbales, es por esta razón que el entrenamiento asertivo es una alternativa de tratamiento al comportamiento de agresión. (Goldstein, A., Carr, E., Davidson, W., Wehr, P. 1981).

Wolpe asume que la ansiedad y la asertividad son respuestas incompatibles, por lo que, en el entrenamiento asertivo, Wolpe enseña al paciente a dar conductas asertivas en situaciones que normalmente le producen ansiedad, de esta forma la conducta asertiva compite con la ansiedad. (Wolpe y Lazarus, 1966).

El entrenamiento asertivo es eficaz cuando la ansiedad está ligada a la incapacidad del cliente para expresar sus sentimientos de manera personalmente satisfactoria y socialmente efectiva, un cliente al comportarse de manera más asertiva, será capaz de lograr recompensas sociales, así como materiales significativas, obteniendo así mayor satisfacción de la vida (Rimm y Masters, 1981). Las técnicas de entrenamiento asertivo están basadas en un grado considerable, en los escritos de Wolpe, (1958, 1969); Wolpe y Lazarus, (1966) y en menor grado en los de Salter, (1949, 1964).

Salter, (1949), definió las siguientes técnicas específicas en el entrenamiento asertivo:

- 1.- Externar los sentimientos (implica la práctica de expresar literalmente cualquier sentimiento).
- 2.-Expresión facial (implica la práctica de expresiones faciales que normalmente acompañan a diferentes emociones)9.
- 3.-Expresar una opinión contraria cuando se está en desacuerdo.
- 4.-Uso del pronombre yo (implícito o explícito)
- 5.-Afirmar los elogios de otras personas.
- 6.-Improvisar.
- 7.-Contacto visual
- 8.-Tono de voz firme y cálido

El *ensayo de la conducta constituye la base de la terapia asertiva*, consiste en que el cliente y el terapeuta representen interacciones personales pertinentes. Esta técnica además de ser un método de tratamiento válido y eficiente, es una técnica de diagnóstico (Rimm y Masters, 1981).

Rimm y Masters (1981), proporcionan la siguiente guía para emplear la técnica de ensayo de la conducta:

el cliente representa su propio papel.

el terapeuta asume el papel de una persona importante en la vida del cliente, como uno de sus padres, hermanos, amigos, etc. (el terapeuta debe comportarse como la otra persona con cierto grado de realismo), el cliente es la única fuente de información sobre

la persona que el terapeuta representará por lo que debe de entender que es él quien guiará al terapeuta.

el terapeuta proporciona retroalimentación verbal específica acentuando las características positivas y presenta las faltas en formas amistosas y no punitivas.

el terapeuta modela la conducta más deseable y el cliente representa el papel de la otra persona, cuando esto sea lo apropiado.

el cliente ensaya nuevamente la respuesta.

el terapeuta premia con generosidad la mejoría.

si la interacción es muy extensa se divide en pequeños segmentos que se manejan en secuencia. A continuación cliente y terapeuta efectúan la interacción total con el propósito de consolidar los avances.

para la expresión de sentimientos negativos, se debe instruir al cliente para empezar con una respuesta relativamente ligera (respuesta efectiva mínima), pero también para que utilice respuestas más fuertes en caso de que la respuesta inicial no sea efectiva.

En el entrenamiento asertivo también se emplea la técnica de reversión de rol, en esta técnica el terapeuta asume el papel de cliente, y es útil porque el terapeuta puede modelar la conducta apropiada para el cliente. Al utilizar la reversión del rol, el cliente tiene la oportunidad de observar al terapeuta modelando enojo (por ejemplo), de modo discreto y bien razonado, observando su propia reacción emocional ante esto. (Rimm y Masters, 1981)

Existe otra técnica empleada en el entrenamiento asertivo, la técnica de juego de roles dirigidos (Rimm y Masters, 1981), la técnica se describe de la siguiente forma:

se da al cliente el texto de un guión, que define el papel que debe de representarse.

el cliente adopta el papel que acaba de leer.

el sujeto observa pasivamente la representación de ese guión por otra persona.

El entrenamiento asertivo es útil en la disminución de enojo, ansiedad y agresión (Thelen, Fry, Dollinger; Paul, 1966 y Rimm, 1977). Específicamente en tratamiento de enojo el psicólogo enseña al cliente a comunicarse sin dañar al receptor (Rimm y Masters, 1981).

En el tratamiento de control de enojo, la desensibilización se combina con otras intervenciones terapéuticas, incluyendo entrenamiento asertivo y reestructuración, ya que los clientes que sufren de enojo crónico y agresión tienen un sistema de conductas no adaptativas por lo que presentan deficiencias en sus repertorios para relacionarse con la gente, y en general para comportarse de manera adaptativa.

El cliente debe de practicar las técnicas cognoscitivas y asertivas en la vida diaria con la finalidad de generalizar lo aprendido en la clínica al ambiente natural. (Rimm y Masters, 1981).

La técnica de Homme de control coverante tiene mucho en común con las técnicas cognoscitivas (técnicas de auto instrucciones).

Homme (1965), el cliente elabora una lista de pensamientos que puede emplear para decirse así mismo con la finalidad de interrumpir la cadena de respuestas en fases tempranas.

El presente trabajo de investigación, tiene por objetivo evaluar el impacto del componente de relajación en la reducción de episodios de enojo con agresión y sin agresión en niños de 9 a 13 años de edad.

El primero grupo de sujetos se conformó por 8 niños y la intervención se estructuró en cuatro componentes: relajación, comunicación asertiva, auto instrucciones, y solución de problemas, en el segundo grupo participaron cuatro niños y la intervención que se proporcionó, se conformó por tres componentes: comunicación asertiva, auto instrucciones y solución de problemas.

El diseño de investigación empleado fue de Línea Base Múltiple demorada entre sujetos y de tratamientos alternos (Heward, 1978; Kazdín, 1980; Barlow y Hersen, 1988).

CAPITULO 4.

4.1.Método

Sujetos

Un grupo de 12 niños, dividido en dos grupos. En el primer grupo participaron 8 niños de 9 a 13 años de edad. En el segundo grupo participaron 4 niños de 9 a 13 años de edad.

Escenario

El tratamiento se llevó a cabo en dos escenarios:

a) una cámara de Gesell del Centro de Servicios Psicológicos de la Facultad de Psicología en una cámara de 4 x 4 metros, equipada con: equipo de audio – vídeo, una mesa, dos sillas, iluminación y ventilación adecuada .

b) una cámara de Gesell del Centro Comunitario Dr. Oswaldo Robles, en una cámara de 4x4 metros, equipada con mesa, dos sillas, iluminación y ventilación adecuada.

Instrumentos.

a.Lista Checable.

Lista checable- Inducción de enojo (Mendoza, Ayala, 1998b)

b.Cuestionarios y registros.

Cuestionario de agresión infantil (Fulgencio, Chaparro y Mercado, 1997).

Registro Antecedente, Conducta y Consecuente (Ayala, 1992).

Índice de Enojo Infantil. (Mendoza, Ortíz, Ayala, 1997)

Cuestionario de Enojo. (Mendoza, Reyes, Ayala 1999)

Índice de Estrés en la Crianza, (Traducción y adaptación Ortiz, Ayala, 1997).

Fig. 4.1.1. Muestra los cuestionarios y registros que se emplearán para elegir a la muestra, para evaluarlos en la línea base y para evaluar en la fase de Pos tratamiento

Cuestionario de Agresión Infantil (Fulgencio, Chaparro, Mercado, 1997)	Índice de Estrés Parental (Traducción y adaptación Ortiz, Ayala, 1997)	Cuestionario de Agresión Infantil (Fulgencio, Chaparro, Mercado, 1997)
Índice de Enojo Infantil (Mendoza, Ortíz, Ayala, 1997)	Cuestionario de Enojo (Mendoza, Reyes, Ayala 1999)	Índice de Enojo Infantil (Mendoza, Ortíz, Ayala, 1997)
	Lista Checable- Inducción de enojo (Mendoza, Ayala, 1998b)	Índice de Estrés Parental (Traducción y adaptación Ortiz, Ayala, 1997)
	Registro Antecedente, Conducta, Consecuente, (Ayala, 1992)	Cuestionario de Enojo (Mendoza, Reyes, Ayala, 1999)
		Lista Checable- Inducción de enojo (Mendoza, Ayala, 1998b)
		Registro Antecedente, Conducta, Consecuente, (Ayala, 1992)

Inducción de Enojo:

El objetivo de esta fase fue presentar una situación análoga de enojo a un niño en la que participó un niño confederado.

Diseño de Investigación.

El Diseño que se empleo fue de Línea Base Múltiple demorada entre sujetos y de tratamientos alternos (Heward,1978; Kazdín, 1980; Barlow y Hersen, 1988). Este diseño es una táctica experimental en la cual se inicia una fase de línea base y una fase de intervención, y subsecuentemente se le agregan otras líneas en forma escalonada o demorada. El Diseño emplea la misma lógica experimental que un diseño completo de línea base múltiple con la excepción de que las líneas base subsecuentes se inicien después de que la variable independiente se ha aplicado a sujetos. Se estructuraron dos grupos, el primero de ellos estuvo compuesto por 8 sujetos al que se le aplicó la intervención con los componentes de relajación, comunicación asertiva, auto instrucciones y solución de problemas, a un segundo grupo compuesto por 4 sujetos se les dio la intervención compuesta por comunicación asertiva, auto instrucciones y solución de problemas.

En la Figura 4.1.2. se representa el Diseño y características que lo conforman. En la Fase Pos tratamiento se aplicaron los cuestionarios empleados en la línea base, así como también se aplicaron las situaciones de inducción de enojo.

Número de niños	Número mínimo de Sesiones	Orden de presentación de los componentes	Número de sesiones	
1 - 2	3	A - B - C - D	3	20, 40 y 60 días
3 - 4	3	A - B - C - D	3	20, 40 y 60 días
5 - 6	3	A - B - C - D	3	20, 40 y 60 días
7 - 8	3	A - B - C - D	3	20, 40 y 60 días
9 - 10	3	B - C - D	3	20, 40 y 60 días
11 - 12	3	B - C - D	3	20, 40 y 60 días

FIG. 4.1.2. Diseño Línea Base Múltiple Demorada, en un programa de entrenamiento de cuatro componentes.

4.2. Procedimiento**4.2.1. Objetivos**

- Evaluar el impacto de los programas de intervención aplicados a dos grupos de niños, con la finalidad de controlar los episodios de enojo con agresión.

El programa de intervención aplicado al primer grupo contempla la aplicación de **cuatro** componentes: **Relajación, comunicación asertiva, auto instrucciones, solución de problemas.**

El programa de intervención aplicado al segundo grupo de niños contempla la aplicación de **tres** componentes: **Comunicación asertiva, auto instrucciones, solución de problemas.**

- Analizar las hojas de registro ACC (Ayala, 1992), con el objetivo de conocer los antecedentes principales de los episodios de enojo de los niños.

4.2.2. Selección de Sujetos.

Se citó a los padres de familia interesados, en el centro de servicios psicológicos. Se realizó una entrevista conductual, el Cuestionario de Agresión Infantil (contestado por los padres de familia) y el Índice de Enojo (se aplicó a los niños).

Se analizó el cuestionario de Agresión Infantil y el Índice de Enojo, (en ambos deben de puntuar arriba de dos desviaciones estándar) y se citó nuevamente a las personas que puntuaron más alto en ambos cuestionarios. El Padre de familia firmó un convenio de participación. Los niños aceptados en el tratamiento cumplieron con los siguientes criterios:

Tener entre 9 y 13 años de edad.

Cursar los últimos grados de la educación primaria: 4º, 5º y 6º año y 1er año de secundaria.

Presentar episodios de enojo con comportamiento agresivo.

No estar en tratamiento psicológico o bajo régimen médico.

Es importante mencionar que los pacientes, asistieron puntualmente y no faltaron a las sesiones

4.2.3. Línea Base:

Una vez identificados los niños se realizaron sesiones de línea base, el mínimo de sesiones de línea base fueron tres.

Primer sesión

Se enseñó al padre como llenar el registro "ACC" de episodios de enojo diarios en casa, se les indicó la importancia de estos registros.

Durante la línea base se aplicaron algunas medidas pre- tratamiento, como, el Cuestionario de Enojo para niños,

Segunda sesión:

A los padres se les revisó el registro ACC y se les proporcionó retroalimentación de la forma en que habían llenado el registro.

El niño participó en la primera Inducción de Enojo.

Tercer sesión:

A los padres se les aplicó el Índice de Estrés en la Crianza. A los niños se les realizó en la clínica la segunda situación de Inducción de enojo.

4.2.4. Intervención.

Como se mencionó anteriormente, de los 12 pacientes seleccionados 8 pertenecieron al grupo que recibiría los cuatro componentes (relajación, comunicación asertiva, auto instrucciones y solución de problemas), y 4 al grupo que recibiría tres componentes (comunicación asertiva, auto instrucciones y solución de problemas)

Se analizaron los puntajes obtenidos por los 12 sujetos en los cuestionarios de Agresión Infantil, y del Índice de Enojo, con base en ellos se estructuraron los dos grupos, se buscó que en ambos grupos existiera un balance de los puntajes de los cuestionarios antes mencionados.

Relajación.

Objetivo General. Tiene como objetivo enseñar al niño a controlar el enojo, mediante la respiración y la relajación de su cuerpo.

Primer sesión. Objetivo Específico: El niño tiene que identificar que es el enojo, y conocer de que forma afecta sus relaciones inter personales.

Al inicio de la sesión el padre de familia entrega los registros ACC al terapeuta.

En la sesión se desarrollaron 3 actividades, la primera tuvo como propósito que el niño identificara 1) cómo se comporta cuando se enoja, 2) qué cambios hay en su cuerpo cuando se enoja, 3) qué consecuencias obtiene cuando se enoja. En la segunda actividad el niño identificó conductas negativas y positivas de otras personas y en la última actividad el niño identificó las conductas positivas y negativas que él realiza.

Materiales de evaluación: 3 Hojas de trabajo en sesión (diseñadas exclusivamente para trabajar en esta sesión).

Tarea en casa: El niño identificó las conductas negativas y positivas que realizó diariamente durante la semana, y las anotó en una hoja de registro, las anotaciones fueron supervisadas por el padre.

Participación del padre. El padre dio un botón por cada tarea diaria entregada (acompañada por elogio), y se le intercambiaba cada botón por un premio (actividad o material).

Segunda sesión. Objetivo Específico: El niño realizará ejercicios de respiración, (introducción a las técnicas de relajación).

El niño aprenderá a relajarse tensando los músculos de su cuerpo.

1.-La sesión inició con la recepción de los registros ACC y la revisión de la tarea.

2.-Pre tratamiento. El terapeuta participó en un juego de roles con el niño (se empleó el material escrito en la hoja ACC y viñetas), el terapeuta registró el comportamiento con la lista chequeable de inducción y con el registro pre tratamiento relajación-tensión diseñado para la sesión.

3.- Tratamiento. El terapeuta enseñó al niño la técnica de relajación con tensión a través de modelación. El terapeuta y el niño realizaron un ensayo conductual que consistió en un juego de roles con retroalimentación correctiva, asesoramiento y modelamiento (Hedquist y Weingold, 1970). En cada ensayo se registró (anotando en la hoja de registro de ensayos de relajación-tensión) las habilidades desarrolladas por el niño. Los ensayos finalizaron en el momento en que el niño alcanzó el 100% de las habilidades enseñadas. la única medida de efectividad terapéutica fue el propio reporte de los sujetos. (Mainord, 1967)

4.-Pos tratamiento. El terapeuta realizó un ensayo conductual con el niño que consistió en un juego de roles sin retroalimentación, asesoramiento y modelamiento. Evaluó el aprendizaje registrándolo en la hoja de registro pos tratamiento.

5.- Tarea al niño. Se le dejó de tarea practicar lo aprendido diariamente en casa.

6. El psicólogo enseñó al padre como supervisar la tarea de relajación -tensión y como anotar en la hoja de registro de tarea en casa relajación-tensión. Se proporcionó una planilla de botones (economía de fichas) al padre, y se le explicó que tenía que dar un botón (acompañado por elogio) por cada tarea realizada en casa de relajación-tensión e intercambiárselo diariamente por un premio (actividad).

El padre y el psicólogo identificaron una situación en la que cotidianamente el niño se enojaba y se manejó otra planilla de botones para esa situación, aquí también se proporcionó un botón diario (acompañado de elogio y se intercambio por una actividad).

Tercer sesión. Objetivo Específico: El niño aprenderá a relajarse empleando la técnica relajación sin tensión.

- 1.-La sesión inició con la recepción de los registros ACC y la revisión de la tarea.
- 2.-Pre tratamiento. El Psicólogo inició un juego de roles (con el material escrito en la hoja ACC y viñetas), el terapeuta registró el comportamiento en la lista checable de inducción y en el registro pre tratamiento relajación- sin tensión diseñado para la sesión.
- 3.- Tratamiento. El terapeuta enseñó al niño a través de modelamiento la técnica de relajación sin tensión. El terapeuta y el niño realizaron un ensayo conductual que consistió en un juego de roles con retroalimentación correctiva, asesoramiento y modelamiento, cada ensayo se registraron (en la hoja de registro de ensayos de relajación-tensión) las habilidades desarrolladas por el niño. Los ensayos finalizaron hasta que el niño hubo alcanzado el 100% de las habilidades enseñadas.
- 4.-Pos tratamiento. El terapeuta y el niño realizaron un ensayo conductual que consistió en un juego de roles sin retroalimentación correctiva, asesoramiento y modelamiento, mediante el cual evaluó el aprendizaje y lo anotó en la hoja de registro pos tratamiento.
- 5.- Tarea al niño. Se le dejó de tarea practicar lo aprendido diariamente en casa.
- 6.- Participación del Padre. El psicólogo enseñó al padre como supervisar la tarea de relajación sin tensión y como anotar en la hoja de registro de tarea en casa relajación- sin tensión. Se le dió una planilla de botones, explicándole que debía de dar un botón (acompañado de elogio) por cada tarea realizada en casa de relajación- sin tensión y debía de intercambiar cada tres botones por un premio (actividad).

El padre y el psicólogo continuaron con la misma situación de enojo identificada en la sesión anterior y se manejo la planilla de botones para esa situación, el psicólogo determinó el número de botones que el niño tenía que ganar para tener acceso al premio (actividad).

Se identificó una segunda situación de enojo diaria y se manejó otra planilla de botones, proporcionando un premio por cada botón (actividad o material).

Cuarta sesión. Objetivo Específico: El niño aprenderá a emplear la relajación por posturas en situaciones de enojo.

- 1.-La sesión inició con la recepción de los registros ACC y la revisión de la tarea.
- 2.-Pre tratamiento. El terapeuta a través de un juego de roles (con el material escrito en la hoja ACC y viñetas), registró el comportamiento de los episodios de enojo con la lista checable de inducción y con el registro pre tratamiento relajación-por posturas, diseñado para la sesión.
- 3.- Tratamiento. El terapeuta empleó la técnica de modelamiento para enseñar al niño la técnica de relajación por posturas. El niño ensayó la técnica y el terapeuta proporcionó asesoramiento, retroalimentación, y registró en cada ensayo (en la hoja de registro de ensayos de relajación- por posturas) las habilidades desarrolladas por el niño. Los ensayos finalizaron hasta que el niño alcanzó el 100% de las habilidades enseñadas.
- 4.-Pos tratamiento. El terapeuta y el niño realizaron un ensayo conductual que consistió en un juego de roles sin retroalimentación correctiva, asesoramiento y modelamiento, a través del cual evaluó el aprendizaje registrándolo en la hoja de registro pos tratamiento.
- 5.- Tarea al niño. Se le dejó de tarea practicar lo aprendido diariamente en casa.
6. Participación del Padre. El psicólogo enseñó al padre cómo supervisar la tarea de relajación por posturas y cómo anotarla en la hoja de registro de tarea en casa relajación- por posturas.

Es importante mencionar que en está sesión ya no se manejó planilla de botones por la tarea hecha en casa únicamente el padre elogió diariamente.

Para la primer y segunda situación de enojo identificados en las sesiones anteriores el psicólogo empleo planilla de botones a través de las cuales el niño gana premios semanales. Se identificó una tercer situación de enojo y se empleo otra planilla de botones.

Comunicación Asertiva.

Objetivo General:

Tiene como objetivo enseñar al niño a expresar la emoción de enojo sin agresión, de manera socialmente aceptable y constructiva.

Primer sesión. Objetivo Específico: El niño aprenderá a expresar frases positivas a las personas con las que convive diariamente.

- 1.-La sesión inició con la recepción de los registros ACC y la revisión de la tarea.
 - 2.-Pre tratamiento. El terapeuta a través de un juego de roles (con el material de viñetas), registró el comportamiento para expresar frases positivas, con el registro pre tratamiento de frases positivas diseñado para la sesión.
 - 3.- Tratamiento. El terapeuta empleó la técnica de modelamiento para enseñar al niño como expresar las frases positivas. El niño ensayó la técnica, el terapeuta proporcionó asesoramiento, retroalimentación, y registró en cada ensayo (en la hoja de registro de ensayos frases positivas) las habilidades desarrolladas por el niño. Los ensayos finalizaron hasta que el niño alcanzó el 100% de las habilidades enseñadas.
 - 4.-Pos tratamiento. El terapeuta y el niño realizaron un ensayo conductual que consistió en un juego de roles sin retroalimentación correctiva, asesoramiento y modelamiento, a través del cual evaluó el aprendizaje registrándolo en la hoja de registro pos tratamiento.
 - 5.- Tarea al niño. Se le dejó de tarea practicar lo aprendido diariamente en casa.
 6. Participación del Padre. El psicólogo enseñó al padre como supervisar las frases positivas y cómo anotarlas en la hoja de registro de tarea en casa de frases positivas. Es importante mencionar que la tarea hecha en casa fue elogiada por el padre.
- El padre y el psicólogo continuaron con las tres situaciones de enojo identificadas en sesiones anteriores. El psicólogo determinaba por cada situación el número de botones que el niño debía de ganar para obtener el premio (actividad o material).

Segunda sesión. Objetivo Específico: El niño aprenderá a comunicar su enojo a través de frases en primera persona.

- 1.-La sesión inició con la recepción de los registros ACC y la revisión de la tarea.
- 2.-Pre tratamiento. El terapeuta a través de un juego de roles (con el material de ACC y viñetas), registró el comportamiento de los episodios de enojo con la lista checable de inducción y con el registro pre tratamiento de frases en primera persona, diseñado para la sesión.
- 3.- Tratamiento. El terapeuta empleó la técnica de modelamiento para enseñar al niño como expresar las frases en primera persona. El niño ensayó la técnica y el terapeuta proporcionó asesoramiento, retroalimentación, y registró en cada ensayo (en la hoja de registro de ensayos frases positivas) las habilidades desarrolladas por el niño. Los ensayos finalizaron hasta que el niño alcanzó el 100% de las habilidades enseñadas.
- 4.-Pos tratamiento. El terapeuta y el niño realizaron un ensayo conductual que consistió en un juego de roles sin retroalimentación correctiva, asesoramiento y modelamiento. El terapeuta realizó un juego de roles con el niño, a través del cual evaluó el aprendizaje registrándolo en la hoja de registro pos tratamiento.
- 5.- Tarea al niño. Se le dejó de tarea practicar lo aprendido diariamente en casa.
6. Participación del Padre. El Psicólogo enseñó al padre como supervisar las frases en primera persona y como anotarlas en la hoja de registro de tarea en casa de frases en primera

persona. Es importante mencionar que la tarea de frases en primera persona en casa, fueron premiadas por el padre a través de elogios.

El padre y el psicólogo continuaron empleando la planilla de botones en tres situaciones de enojo.

Tercer sesión. Objetivo Específico. El niño aprenderá a identificar a una persona enojada, a través de patrones de comunicación no verbales y verbales, con la finalidad de comunicarse asertivamente con él.

1.-La sesión inició con la recepción de los registros ACC y la revisión de la tarea.

2.-Pre tratamiento. El terapeuta a través de un juego de roles (con el material de ACC y viñetas), registró el comportamiento de deficiencias para comunicación asertiva (durante episodios de enojo con otras personas) en la lista checable de inducción y en el registro de deficiencias para comunicarse, diseñado para la sesión.

3.- Tratamiento. El terapeuta empleó la técnica de modelamiento para enseñar al niño como comunicarse con la otra persona durante episodios de enojo. El niño ensayó la técnica y el terapeuta proporcionó asesoramiento, retroalimentación, y registró en cada ensayo (en la hoja de registro de deficiencias para comunicarse) las habilidades desarrolladas por el niño. Los ensayos finalizaron hasta que el niño alcanzó el 100% de las habilidades enseñadas.

4.-Pos tratamiento. El terapeuta y el niño realizaron un ensayo conductual que consistió en un juego de roles sin retroalimentación correctiva, asesoramiento y modelamiento, a través del cual se evaluaba el aprendizaje registrándolo en la hoja de registro pos tratamiento.

5.- Tarea al niño. Se le dejó de tarea practicar lo aprendido diariamente en casa.

6. Participación del padre. El psicólogo enseñó al padre como supervisar la comunicación asertiva y como realizar anotaciones en la hoja de registro de tarea en casa, de deficiencias en comunicación asertiva. Es importante mencionar que la tarea hecha en casa fue elogiada por el padre. Se continuaron empleando la planilla de botones en tres situaciones de enojo.

Auto-instrucciones

Objetivo General:

Tiene como objetivo enseñar al niño a darse auto-instrucciones que le ayuden a afrontar situaciones de enojo sin comportamiento agresivo.

Primer y segunda sesión. Objetivo Específico: El niño aprenderá a guiar su comportamiento a través de auto-instrucciones que el mismo se dará.

1.-La sesión inició con la recepción de los registros ACC y la revisión de la tarea.

2.-Pre tratamiento. El terapeuta a través de un juego de roles (con el material de viñetas), registraba el comportamiento de los episodios de enojo con la lista checable de inducción.

Se realizó una inducción de enojo, se registró con la lista checable de inducción y con un formato de auto reporte.

3.- Tratamiento. El terapeuta empleó la técnica de modelamiento para enseñar al niño como expresar las frases positivas. El niño ensayó la técnica y el terapeuta proporcionó asesoramiento, retroalimentación, y registró en cada ensayo (en el registro de ensayos) las habilidades desarrolladas por el niño. Los ensayos finalizaron hasta que el niño alcanzó el 100% de las habilidades enseñadas.

4.-Pos tratamiento. El terapeuta y el niño realizaron un ensayo conductual que consistió en un juego de roles sin retroalimentación correctiva, asesoramiento y modelamiento, a través del cual evaluó el aprendizaje registrándolo en la hoja de registro pos tratamiento. El terapeuta realizó

una situación de inducción de enojo con el niño, la inducción se registró en una lista checable y un formato de auto reporte.

5.- Tarea al niño. Se le dejó de tarea practicar lo aprendido diariamente en casa.

6. Participación del Padre. El psicólogo enseñó al padre como supervisar las anotaciones del niño en auto reportes de auto instrucciones. Es importante mencionar que la tarea hecha en casa fué elogiada por el padre.

El psicólogo y el padre del niño, continuaron empleando planillas de botones para el control de situaciones de enojo.

Solución de Problemas

Objetivo General:

El niño identificará diferentes alternativas para solucionar una situación en la que se presenten episodios de enojo con comportamiento agresivo.

Primer sesión. Objetivo Específico: El niño identificará diferentes alternativas de afrontación en situaciones en las que se responde con enojo.

1.-La sesión inició con la recepción de los registros ACC y la revisión de la tarea.

2.-Pre tratamiento. El terapeuta a través de un juego de roles (con el material de ACC y viñetas), registró el comportamiento de deficiencias para solucionar problemas (durante episodios de enojo con otras personas) en la lista checable de inducción.

3.- Tratamiento. El terapeuta enseñará al niño a emplear la primer hoja de análisis de solución de problemas .

Posteriormente el niño de manera individual con asesoramiento y retroalimentación del terapeuta resolvió la hoja de solución de problemas. Se registró cada ensayo (en la hoja de registro de solución de problemas) las habilidades desarrolladas por el niño. Los ensayos finalizaron hasta que el niño alcanzó el 100% de las habilidades enseñadas.

4.-Pos tratamiento. El terapeuta y el niño realizaron un ensayo conductual que consistió en un juego de roles sin retroalimentación correctiva, asesoramiento y modelamiento de una situación escrita en el ACC. El niño analizó la situación escrita en el ACC de manera individual en la hoja de solución de problemas. El terapeuta registró en la hoja de registro pos tratamiento.

5.- Tarea al niño. Se le dejó de tarea practicar lo aprendido diariamente en casa.

6. Participación del Padre. El Psicólogo enseñó al padre como supervisar la tarea del niño que consistió en llenar la hoja de solución de problemas por cada situación de enojo. El padre elogiaba el comportamiento del niño al hacer la tarea asignada.

El psicólogo y el padre del niño, continuaron empleando planillas de botones para el control de situaciones de enojo.

Segunda sesión. Objetivo Específico: El niño realizará un contrato conductual con el terapeuta y el padre, para llevar a cabo las alternativas de solución de problemas determinadas.

1.-La sesión inició con la recepción de los registros ACC y la revisión de la tarea.

2.-Pre tratamiento. El niño resuelve un episodio de enojo en la hoja de solución de problemas con alternativas positivas. El terapeuta registró la solución del problema en la hoja de registro correspondiente.

3. Tratamiento. El terapeuta con el padre y el niño estableció un contrato conductual cuyo objetivo fue que el niño empleará alternativas de solución a situaciones conflictivas sin comportamiento agresivo. Además el terapeuta enseñó al niño el análisis de alternativas en situaciones en las que el enojo este presente y su solución con comportamiento positivo.

El terapeuta y el niño realizaron un ensayo conductual que consistió en un juego de roles con retroalimentación correctiva, asesoramiento y modelamiento, el ensayo conductual se basó en el análisis de solución de problemas. El terapeuta registró en cada ensayo (en la hoja de registro de solución de problemas con comportamiento positivo) las habilidades desarrolladas por el niño. Los ensayos finalizaron hasta que el niño alcanzó el 100% de las habilidades enseñadas.

4.-Pos tratamiento. El terapeuta y el niño realizaron un ensayo conductual que consistió en un juego de roles sin retroalimentación correctiva, asesoramiento y modelamiento.

El terapeuta evaluó el aprendizaje registrándolo en la hoja de registro pos tratamiento.

5.- Tarea al niño. Se le dejó de tarea practicar lo aprendido diariamente en casa.

6. Participación del Padre. El Psicólogo enseñó al padre como supervisar la tarea de solución de problemas. La tarea hecha en casa fue elogiada por el padre.

El psicólogo y el padre del niño, continuaron empleando planilla de botones para el control de situaciones de enojo.

Tercer sesión. Objetivo Específico: El niño identificará las consecuencias positivas de la solución adecuada de problemas.

1.-La sesión inició con la recepción de los registros ACC y la revisión de la tarea.

2.-Pre tratamiento. El terapeuta a través de un juego de roles (con el material de ACC y viñetas), registró el comportamiento del niño a través de la lista checable de inducción.

3.- Tratamiento. El terapeuta enseñó al niño a identificar las consecuencias positivas obtenidas a través del comportamiento adecuado.

Se practicó lo analizado en la hoja de identificación de consecuencias positivas mediante un juego de roles. El niño ensayó la técnica y el terapeuta proporcionó asesoramiento, retroalimentación, y registró en cada ensayo (en la hoja de registro de deficiencias para comunicarse) las habilidades desarrolladas por el niño. Los ensayos finalizaron hasta que el niño alcanzó el 100% de las habilidades enseñadas.

4.-Pos tratamiento. El terapeuta y el niño realizaron un ensayo conductual que consistió en un juego de roles sin retroalimentación correctiva, asesoramiento y modelamiento.

El terapeuta evaluó el aprendizaje registrándolo en la hoja de registro pos tratamiento.

5.- Tarea al niño. Se le dejó de tarea practicar lo aprendido diariamente en casa.

6. Participación del Padre. El Psicólogo enseñó al padre como supervisar en casa el llenado de la hoja de identificación de soluciones positivas. La tarea hecha en casa fue elogiada por el padre.

El psicólogo y el padre del niño, continuaron empleando planilla de botones para el control de situaciones de enojo.

4.2.5. Análisis de antecedentes de Episodios de Enojo en Niños.

Se analizaron las hojas de registro ACC desarrolladas por las madres de los sujetos participantes. Las hojas de registro analizados comprendieron el periodo de línea base.

El análisis realizado fue de frecuencia de ocurrencia. Se realizó una tabla en la cual se anotó la frecuencia del antecedente al episodio de enojo.

Ejemplo:
1)Antecedente Lo mande por unos cigarros Conducta Me gríto, que siempre él y voto la pluma al suelo
2)Antecedente Lo fui a despertar, diciéndole, es la tercera vez que te llamo! ya es tarde levántate Conducta Me gríto, No quiero, quiero dormir y empezó a llorar.
3)Antecedente Lo regañe, deja de molestar a tu hermana, ¡Ya me tienes harta!, voy a ir por la pala. Conducta Me vale lo que digas, tu y mi hermana son unas

Tabla 4.2.5.1. Ejemplifica el procedimiento de la frecuencia de ocurrencia, para el análisis del antecedente de enojo

4.3. Fase Pos-Tratamiento y Fase de Seguimiento

La Fase de Pos tratamiento se llevó a cabo en dos sesiones.

Primer sesión

Se aplicaron algunas medidas pre- tratamiento, como, el Cuestionario de Enojo para niños, y el niño participó en la primer y segunda Inducción de enojo. Al padre se le aplicó el cuestionario estrés en la crianza, y se recibieron registros ACC.

Segunda sesión:

A los niños se les realizó la tercer situación de Inducción de enojo. Se le entregó al niño un libro realizado por el terapeuta en el que se hacían recordatorios de lo aprendido durante el tratamiento.

El terapeuta recibió registros ACC, se despidió del padre y del niño, indicándole que solo se verían para las sesiones de seguimiento, al niño se le dio un cuadernillo en el que se recordaba lo aprendido en las sesiones.

El número de situaciones de inducción de enojo en la fase de pos tratamiento fue igual al número de situaciones aplicadas en la línea base.

El seguimiento consistió en tres citas posteriores a la conclusión del tratamiento, con diferencia de 20 días entre cada una. En cada cita la madre proporcionó el material escrito del ACC, en la última sesión se aplicaron los cuestionarios de Estrés en la crianza, el cuestionario de agresión y los dos cuestionarios de enojo al niño. El seguimiento se llevó a cabo en el Centro Comunitario Dr. Oswaldo Robles de la Facultad de Psicología.

5. Resultados

El análisis de los resultados obtenidos se presentarán por sujeto, por cada sujeto se presentará el siguiente análisis de datos:

- Para determinar los cambios conductuales que generó el programa de intervención, se realizó un análisis de inferencia visual de las medidas repetidas de los datos conductuales obtenidos a través de los registros Antecedente, Conducta, y Consecuente, que elaboraron los padres de los niños bajo tratamiento (Ayala, 1992). Los datos conductuales se obtuvieron durante la línea base, tratamiento, fase pos tratamiento y seguimiento. La frecuencia de ocurrencia de la conducta (episodios de enojo) observada en el registro se graficó, y a partir de inferencia visual, se analizó el nivel, tendencia y estabilidad de los cambios producidos. Los resultados se muestran en las siguientes gráficas.
- Los resultados obtenidos en los cuestionarios aplicados se analizaron mediante la prueba estadística t de student, se empleo esta prueba ya que se compararon dos medidas (pre y pos tratamiento, pre tratamiento y seguimiento) obtenidas de dos grupos pequeños, el primero de 8 personas y el segundo de 4 personas.

También se obtuvieron otras medidas que apoyan el análisis de resultados descritos anteriormente:

a) estas medidas se obtuvieron semanalmente, a través de registros realizados en casa, en ellos se anotó la frecuencia de ocurrencia del comportamiento enseñado en sesión. Se mostrará una gráfica por cada componente (relajación, comunicación asertiva, auto instrucciones y solución de problemas). En la gráfica se mostrará la frecuencia de ocurrencia pre tratamiento (del componente) y pos tratamiento (del componente), (Ver gráficas en anexo A).

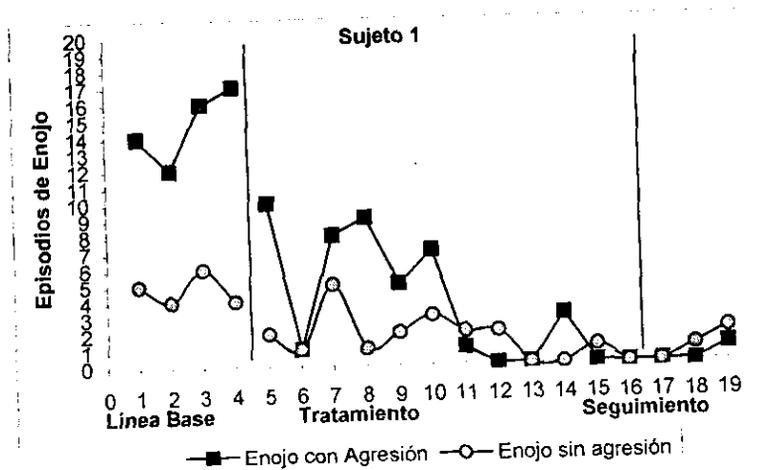
b) se realizó un análisis de frecuencia de las categorías conductuales obtenidas en las situaciones de inducción de enojo antes y después del tratamiento, por lo que se presentará una tabla que contiene la categoría conductual (obtenida a través de la lista checable) de los episodios de enojo durante la situación de enojo, (Ver tablas en anexo A).

Primer Grupo de Niños.

Los siguientes gráficas muestran el análisis de inferencia visual de los datos conductuales obtenidos a través de los registros Antecedente, Conducta, y Consecuente. El primer grupo de niños recibieron los componentes de: **relajación, comunicación asertiva, auto instrucciones y solución de problemas.**

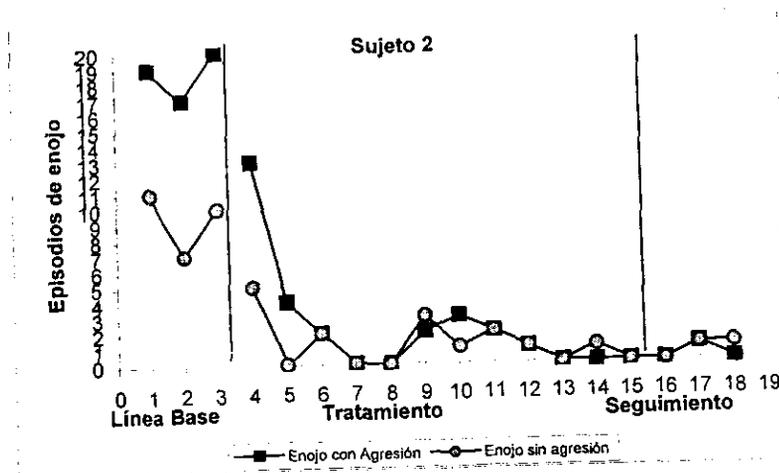
Nótese que el valor absoluto de la frecuencia entre sujetos es variable (ver gráficas 1 a la 12), sin embargo a lo largo de todos los sujetos la tendencia es muy semejante, a pesar de dicha variación siempre la frecuencia de enojo con agresión está por arriba de la frecuencia de enojo sin agresión.

RESULTADOS DEL SUJETO 1



Gráfica 1.1.

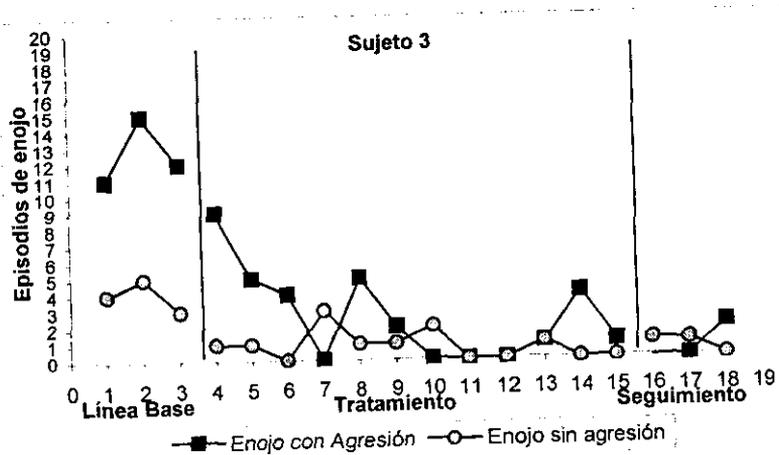
RESULTADOS DEL SUJETO 2



Gráfica 2.1.

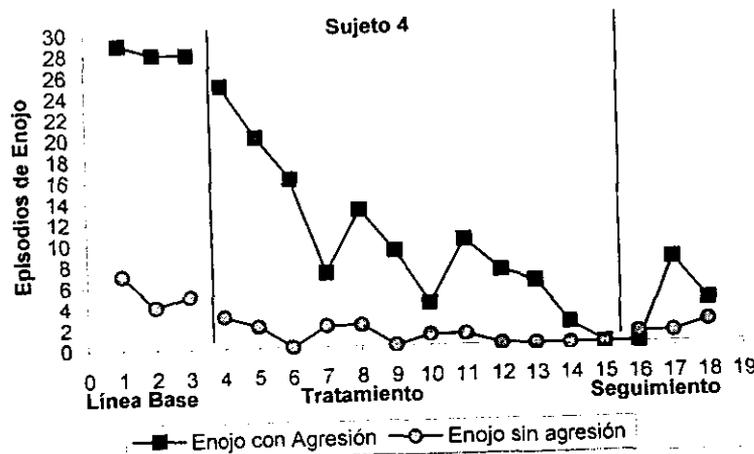
Gráfica 1.1. y 2.1. muestra el análisis de inferencia visual de los datos conductuales obtenidos a través de los registros Antecedente, Conducta, y Consecuente. Los datos conductuales se obtuvieron durante la línea base, tratamiento, fase pos tratamiento y seguimiento

RESULTADOS DEL SUJETO 3



Gráfica 3.1.

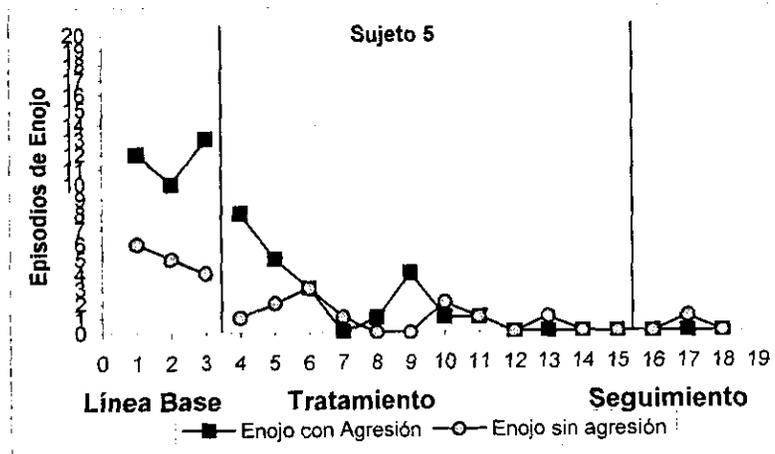
RESULTADOS DEL SUJETO 4



Gráfica 4.1.

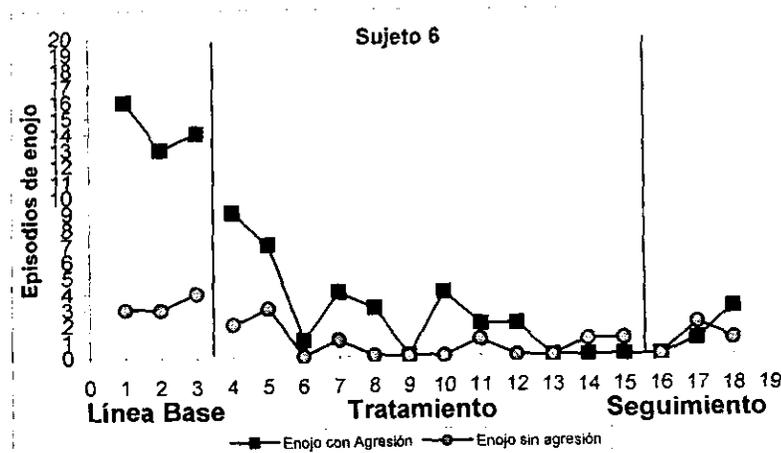
Gráfica 3.1 y 4.1. Muestran el análisis de inferencia visual de los datos conductuales obtenidos a través de los registros Antecedente, Conducta, y Consecuente. Los datos conductuales se obtuvieron durante la línea base, tratamiento, fase pos tratamiento y seguimiento.

RESULTADOS DEL SUJETO 5



Gráfica 5.1.

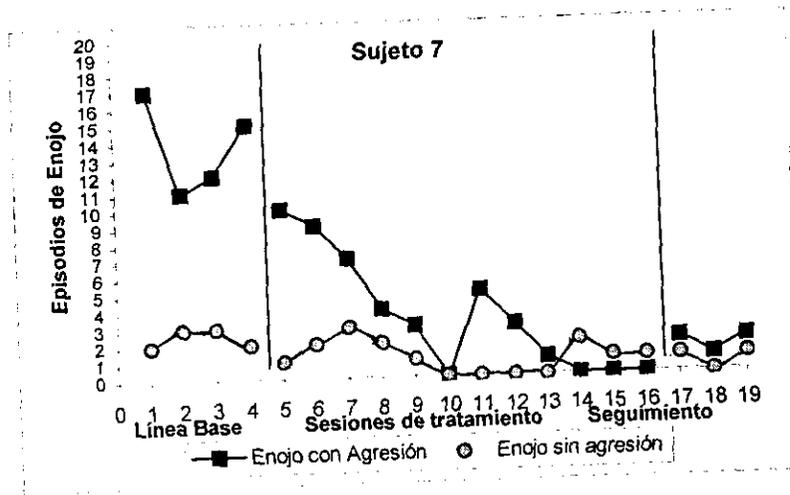
RESULTADOS DEL SUJETO 6



Gráfica 6.1.

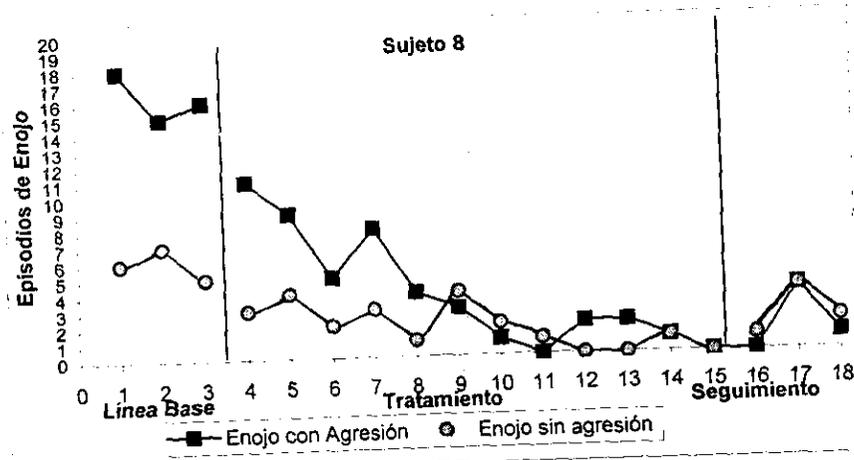
Gráficas 5.1 y 6.1. Muestran el análisis de inferencia visual de los datos conductuales obtenidos a través de los registros Antecedente, Conducta, y Consecuente. Los datos conductuales se obtuvieron durante la línea base, tratamiento, pos tratamiento y seguimiento.

RESULTADOS DEL SUJETO 7



Gráfica 7.1.

RESULTADOS DEL SUJETO 8



Gráfica 8.1.

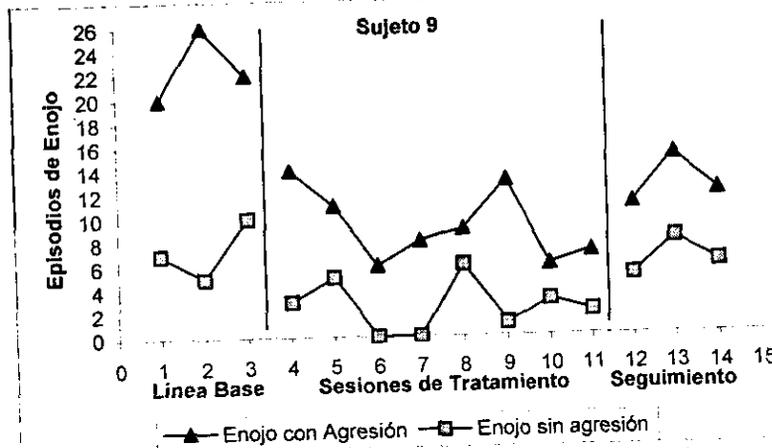
Gráficas 7.1 y 8.1. Muestran el análisis de inferencia visual de los datos conductuales obtenidos a través de los registros Antecedente, Conducta, y Consecuente. Los datos conductuales se obtuvieron durante la línea base, Tratamiento, pos tratamiento y seguimiento.

Segundo Grupo de Niños

Se evaluó el cambio conductual y los episodios de enojo de los niños sujetos a la intervención. A diferencia del primer grupo de niños, en este segundo grupo el programa de intervención contempla la aplicación de **tres componentes: Comunicación Asertiva, Auto instrucciones, Solución de Problemas.**

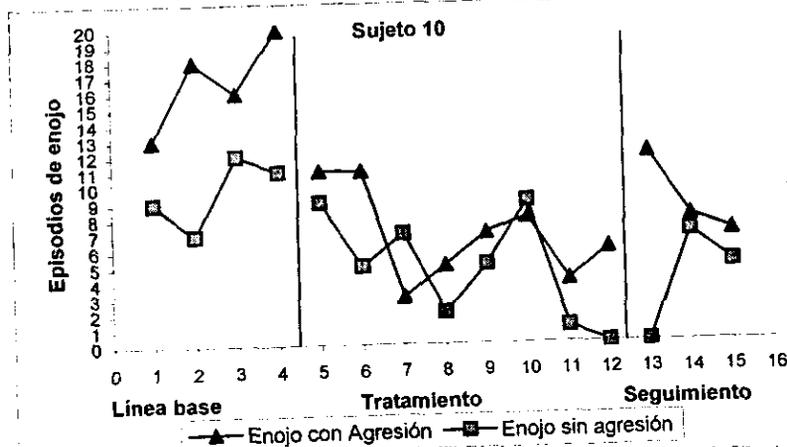
La fase de pre tratamiento, pos tratamiento, de seguimiento, así como las características de los tres componentes son iguales a las del primer grupo, descritas anteriormente, la diferencia de esta etapa con la primera consiste en que el componente de relajación no se incluyó en la intervención.

RESULTADOS DEL SUJETO 9



Gráfica 9.1.

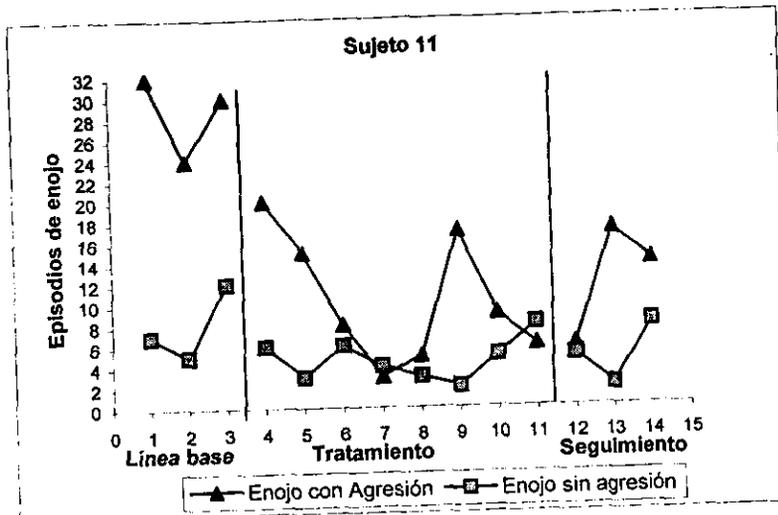
RESULTADOS DEL SUJETO 10



Gráfica 10.1.

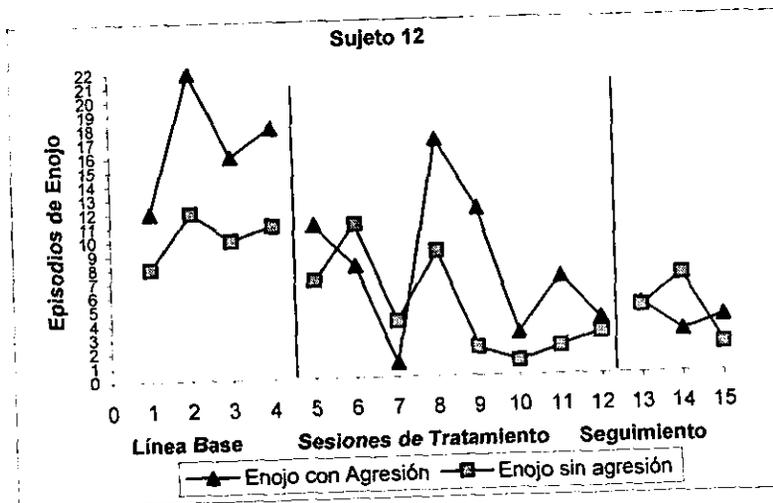
Gráficas 9.1 y 10.1. Muestran el análisis de inferencia visual de los datos conductuales obtenidos a través de los registros Antecedente, Conducta, y Consecuente. Los datos conductuales se obtuvieron durante la línea base, tratamiento, pos tratamiento y seguimiento.

RESULTADOS DEL SUJETO 11



Gráfica 11.1.

RESULTADOS DEL SUJETO 12



Gráfica 12.1.

Gráficas 11.1 y 12.1. Muestran el análisis de inferencia visual de los datos conductuales obtenidos a través de los registros Antecedente, Conducta, y Consecuente. Los datos conductuales se obtuvieron durante la línea base, tratamiento, pos tratamiento y seguimiento.

5.2 RESULTADOS GLOBALES DE LOS INDICES y CUESTIONARIOS EMPLEADOS

Cuestionarios	Análisis Pre y Pos tratamiento	Análisis Pre y Seguimiento	Se rechaza hipótesis de igualdad de medias, resultados significativos al .05
PRIMER GRUPO			
Cuestionario de Agresión Infantil (CAI)	t obtenida 3.28 > 2.977 (t crítica)	t obtenida 3.5 > 2.977 (t crítica)	*
Indice de Estrés Parental	t obtenida 3.7 > 2.977 (t crítica)	t obtenida 3.35 > 2.977 (t crítica)	*
Indice de Enojo Infantil			
a) escala de enojo (agresión física)	t obtenida 11.09218 > 2.977 (t crítica)	t obtenida 9.8 > 2.977 (t crítica)	*
b) escala de enojo no verbal	t obtenida .133 < 2.977 (t crítica)	t obtenida .2091 < 2.977 (t crítica)	
c) escala de enojo verbal	t obtenida 3.61 > 2.977 (t crítica)	t obtenida 3.1 > 2.977 (t crítica)	*
d) escala de comportamiento pro social	t obtenida 15.85 > 2.977 (t crítica)	t obtenida 10.87 > 2.977 (t crítica)	*
Cuestionario de enojo			
a) Escala de enojo-agresión	t obtenida 13.059 > 2.977 (t crítica)	t obtenida 12.26 > 2.977 (t crítica)	*
b) Escala de auto-control	t obtenida 13 > 2.977 (t crítica)	t obtenida 13 > 2.977 (t crítica)	*
SEGUNDO GRUPO			
Cuestionario de Agresión Infantil (CAI)	t obtenida 2.40 < 3.707 (t crítica)	t obtenida 2.19 < 3.77 (t crítica)	
Indice de Estrés Parental	t obtenida 3.45 < 3.707 (t crítica)	t obtenida 2.13 < 3.707 (t crítica)	
Indice de Enojo Infantil			
a) escala de enojo (agresión física)	t obtenida 6.7855 > 3.707 (t crítica)	t obtenida 3.9 > 3.707 (t crítica)	*
b) escala de enojo no verbal	t obtenida .1937 < 3.707 (t crítica)	t obtenida 0 < 3.707 (t crítica)	
c) escala de enojo verbal	t obtenida .790 < 3.07 (t crítica)	t obtenida 0 < 3.707 (t crítica)	
d) escala de comportamiento pro social	t obtenida 6.673 > 3.707 (t crítica)	t obtenida 6.65 > 3.707 (t crítica)	*
Cuestionario de enojo			
a) Escala de enojo-agresión	t obtenida 17.059 > 3.707 (t crítica)	t obtenida 7.8326 > 3.707 (t crítica)	*
b) Escala auto-control	t obtenida 4.27 > 3.707 (t crítica)	t obtenida 3.90 > 3.707 (t crítica)	*

5.3 Resultados del análisis de los Antecedentes de los Episodios de Enojo en niños.

Las categorías de mayor ocurrencia se presentan en la siguiente tabla:

Antecedentes de mayor frecuencia reportados en los registros ACC	
Antecedente reportado por el niño.	f
Cuando un adulto lo regaña	210
Cuando un adulto le pega	117
Cuando le ordenan levantarse, asearse.	110
Cuando un adulto lo insulta	71
Cuando lo mandan a hacer la tarea	59
Cuando le niegan un permiso	43
Cuando lo critican	37
Cuando le cambian al canal de t.v, que esta viendo	34
Cuando le quitan un objeto o esculcan sus cosas	31
Cuando le gritan	28
Cuando lo obligan a comer	26
Cuando sus papás le dicen "estoy ocupado"	20
Cuando no encuentra un objeto	17
Cuando no le cumplen una promesa	14
Cuando hace una actividad que le "aburre"	11
Cuando lo interrumpen	8

Tabla 5.3.1 Frecuencia de ocurrencia del antecedente de episodios de enojo en niños.

Discusión y Conclusiones

El Diseño de Investigación empleado permitió observar la relación funcional entre el tratamiento y la conducta seleccionada para el cambio y se observó que los cambios ocurren hasta que el tratamiento es aplicado a cada sujeto en sucesión. Adicionalmente se recabaron indicadores empíricos que permitieron observar cambios concomitantes derivados del tratamiento, estos indicadores empíricos se obtuvieron al comparar las calificaciones de instrumentos psicométricos aplicados antes y después del tratamiento.

Las gráficas 2.1, 6.1, 7.1 y 8.1, muestran a través de la frecuencia de episodios de enojo, que el componente de relajación es efectivo para la reducción de episodios de enojo con agresión, sin embargo la combinación con otras estrategias de tratamiento es importante, en las gráficas 1.1, 3.1, 4.1, se observa reducción de episodios de enojo al aplicar los otros componentes.

En el primer grupo de sujetos, a quienes se aplicó el tratamiento con cuatro componentes (relajación, comunicación asertiva, auto instrucciones y solución de problemas), se observó a través de la inferencia visual de los datos obtenidos en la Línea Base, Tratamiento y Seguimiento de los registros ACC, que la frecuencia de episodios de enojo con agresión disminuye durante la fase de tratamiento y esta frecuencia se mantiene 60 días después de haber concluido el tratamiento (ver gráficas 1.1 a 8.1).

Los resultados del tratamiento para este primer grupo son significativos, sin embargo debe ponderarse que, si el comportamiento agresivo que se estudia no pone en riesgo la vida del sujeto, su estabilidad escolar, ó su seguridad emocional, se debería de hacer un esfuerzo por encontrar la mayor estabilidad posible en línea base, en el presente estudio en algunos casos no se pudo cumplir la estabilidad debido a que no era ético seguir observando ya que se ponía en riesgo algunas de las tres condiciones citadas anteriormente, por ejemplo, uno de los niños al enojarse se quedaba sin aire y se desmayaba, otra niña aventaba objetos y en algunas ocasiones tomaba un martillo para destruir cosas o agredir personas, otro de los niños ya no sería aceptado en la escuela y se daría de baja (ver gráficas 3.1, 5.1, 8.1).

Para el segundo grupo, (intervención conformada por comunicación asertiva, auto instrucciones y solución de problemas), la frecuencia de episodios de enojo con agresión y sin agresión disminuyó, sin embargo, en ningún caso se presentó una reducción significativa de los episodios de enojo, además, los resultados del seguimiento sugieren que los cambios observados durante el tratamiento se mantienen ligeramente, estos resultados se demuestran a través de inferencia visual de los datos obtenidos también en los registros ACC. (Ver gráficas 9.1 a la 12.1. en resultados)

Los cuestionarios empleados en la presente investigación (Cuestionario de Agresión Infantil, Índice de enojo Infantil, Cuestionario de enojo) demostraron que discriminan a los sujetos con comportamiento agresivo y con episodios de enojo con agresión, ya que el puntaje que obtuvieron los clasifica como sujetos que presentan episodios de enojo con agresión y que exhiben comportamiento agresivo, y dicha clasificación es apoyada empíricamente por los registros de conducta obtenidos diariamente (ver gráficas 1.1 a la 12.1).

Los indicadores empíricos aplicados para el primer grupo de sujetos (a quienes se les aplicó los cuatro componentes) demuestran a través del puntaje del *Índice de Enojo* que después del tratamiento el niño aprende otra alternativa para demostrar su enojo sin agresión, sin embargo en la escala de enojo no verbal, no hay cambios significativos, esto puede deberse, a que el enojo es una emoción universal y humana que no desaparece (Deffenbacher, et al 1996), se aprende a controlar, agregando a ello que la escala de enojo no verbal mide la huida del sujeto cuando esta enojado, para evitar así, futuros enfrentamientos (Cummings, Voguel, Cummings y El Sheikh, 1989).

El puntaje del *cuestionario de enojo*, indica que el nivel de episodios de enojo con agresión disminuye significativamente después del tratamiento, e incrementa el nivel de auto control del niño, ambos resultados se mantienen en el seguimiento.

Las madres de los niños demuestran a través del Índice de Estrés, que el nivel de estrés de las madres participantes disminuyó significativamente, después de que su hijo recibió el tratamiento y el nivel se mantiene durante el seguimiento. Para este primer grupo de niños, los resultados del Cuestionario de Agresión Infantil indican que la madre reporta disminución del comportamiento agresivo del niño después del tratamiento y los resultados se mantienen en el seguimiento.

Por otra parte, para el segundo grupo de niños (en la intervención conformada por los componentes de comunicación asertiva, auto instrucciones y solución de problemas), se observa que las madres no observan ningún cambio en el comportamiento agresivo del niño antes y después del tratamiento, ya que en el Índice de Estrés se observa, que los niveles de estrés no decrecientan después del tratamiento. Sin embargo los niños si reportan reconocer que sus episodios de enojo con agresión han disminuido (esto lo demuestran el Índice de Enojo Infantil y el Cuestionario de enojo), y que ha incrementado el nivel de auto control y de respuestas pro sociales.

Estos resultados pueden deberse a que los padres de niños con comportamiento agresivo perciben a sus hijos como menos competentes, y les hacen atribuciones negativas, además los padres de familia de los niños del segundo grupo no compartieron la experiencia de relajación con sus hijos, esta experiencia fue importante ya que los padres de los niños que recibieron el componente de relajación reportaron que los niños les pedían que se relajaran, como por ejemplo, "ya no te enojas tanto mamá, relájate, como yo", "tranquilízate... qué enojona eres", "vamos a dar una vuelta a la manzana y respiras profundo, yo te enseño".

*En conclusión se muestra que hubo una **reducción significativa** de los episodios de enojo con agresión y sin agresión en el grupo que recibió la intervención con **relajación** (relajación, comunicación asertiva, auto instrucciones y solución de problemas), que el grupo que no recibió el entrenamiento en relajación.*

Cabe mencionar que el grupo que recibió el componente de relajación obtuvo cuatro sesiones más que el grupo que no tuvo acceso a este componente, además en el primer grupo (recibió relajación) las madres de los niños, supervisaban las tareas de relajación (la supervisión en todos los casos se llevo a cabo como se esperaba).

Es necesario señalar que durante el desarrollo de las intervenciones fue requisito que:

- los niños realizaran las tareas en casa (ejercicios de relajación, registros de frases positivas, frases en primera persona, etc.)
- las tareas fueron supervisadas, y registradas por la madre
- la madre siguiera las indicaciones para reforzar el comportamiento del niño en casa
- asistieran semanalmente a las citas
- asistieran a las citas con puntualidad.

Estos requisitos se emplearon para reducir una serie de variables que pudieron haber afectado el éxito del componente de relajación como paso en el trabajo desarrollado por Novaco (1975), de hecho Defenbacher y Stark (1992), expresan que la ausencia de éxito del componente de relajación en el tratamiento de Novaco, se pudo deber a la falta de tiempo para el desarrollo del aprendizaje adecuado de la habilidad de relajación, ya que los pacientes no practicaron la relajación como tarea en casa, y la relajación sólo fue empleada al inicio de la sesión acompañada con ejercicios de imaginación.

Con respecto a la inducción de enojo empleada es necesario señalar que los niños respondieron de manera diferente en las situaciones naturales que en el ambiente controlado, esto puede deberse a lo que Cummings, Zahn-Waxler y Radke-Yarrow, (1981), reportan, estos investigadores indican que los niños responden de manera diferente en las situaciones simuladas y en escenarios naturales, debido a que la intensidad de la situación simulada no es la misma a la ocurrida en ambientes naturales.

Los datos obtenidos a través de los registros diarios demuestran que la relajación es un componente eficaz en la reducción de episodios de enojo con agresión y tiene mayor impacto la intervención conformada por relajación, comunicación asertiva, auto instrucciones y solución de problemas que la intervención que no contempla el componente de relajación.

Los resultados reportados en la presente investigación apoyan los hallazgos de:

- Hazaleus y Deffenbacher, (1986), Deffenbacher, Demm, y Brandon, quienes concluyeron que si se pone suficiente atención al entrenamiento de relajación y

se emplean habilidades de afrontamiento, la relajación puede ser un componente suficiente para la disminución de episodios de enojo con agresión.

- Dangel, Deschner, Rasp, (1989), cuya intervención conformada por cuatro componentes: relajación, solución de problemas, auto instrucciones, y control de pensamientos, demostró reducción significativa de episodios de enojo durante el tratamiento y seguimiento.
- El éxito del componente de relajación también es apoyado por lo reportado por Deffenbacher y Stark (1992), quienes señalaron que las intervenciones de habilidades cognoscitivas-relajación, y la de habilidades de relajación, son tratamientos eficaces para disminuir episodios de enojo durante el tratamiento e incluso los resultados se mantienen un año después, estos investigadores sugieren que para disminuir episodios de enojo se empleen un tratamiento en el que se combinen ambas intervenciones.
- Deffenbacher, Demm, y Brandon, (1986), también probaron la efectividad de las habilidades de relajación, para disminuir episodios de enojo con agresión. El tratamiento de relajación fue aplicado en seis sesiones (semanales) y consistió en respiración, relajación sin tensión, y relajación con imaginación. La tarea para estas sesiones fue la práctica de relajación y de monitoreo de los episodios de enojo.
- Deffenbacher, Story, Brandon, Hogg, Hazaleus, (1988). Compararon dos tratamientos para la disminución de episodios de enojo: Cognoscitivo, y Cognoscitivo-relajación. Los resultados obtenidos indican que ambos son efectivos para la reducción de enojo (enojo general, enojo en diversas situaciones, reacción fisiológica, atribución de enojo a una persona específica) y los resultados del seguimiento (cinco semanas), mostraron que los cambios se mantuvieron.
- Deffenbacher, Thwaites, Wallace and Oetting (1994), con base en los resultados obtenidos en su investigación al comparar tres tratamientos para reducir episodios de enojo (relajación; entrenamiento en habilidades de comunicación, negociación y asertivas, y entrenamiento en habilidades de solución de problemas), reportaron que el entrenamiento de relajación disminuye la expresión de enojo con agresión, y el entrenamiento en habilidades de solución de problemas, suprime los episodios de enojo por lo que se sugiere que se integren ambos tratamientos en uno solo. Deffenbacher, Oetting, Huff y Thwaites (1995), hicieron un seguimiento del tratamiento realizado por Deffenbacher, Thwaites, Wallace and Oetting (1994) y los resultados indican que se mantienen a quince meses.
- Respecto al análisis de antecedentes de episodios de enojo, llevado a cabo en la presente investigación se encontró que los antecedentes (relacionado con la presencia de episodios de enojo) más frecuentes fueron cuando un adulto lo

regaña, cuando le ordenan asearse, o cuando le pegan (ver tabla 5.3) estos datos habían sido ya reportados por Investigadores como Camras y Allison (1989), cuyos antecedentes principales fueron: Violación de una regla social, no recibir el objeto o la respuesta deseada, dañar sus pertenencias, su cuerpo, su auto estima; dañar a otra persona físicamente, a sus pertenencias, o auto estima; tomar algo de otra persona sin permiso.

Fisher y Johnson, (1990), reportaron que los niños se enojaban cuando:

- 1.No les cumplen lo que ellos quieren.
- 2.No cumplan los familiares con obligaciones sociales
- 3.No les ayudaban
- 4.Había falta de empatía, confianza, respeto y amor entre los miembros de la familia.
- 5.No había consenso para tomar decisiones
- 6.No había contacto familiar.

Carpenter, y Halberstadt (1996), encontraron que el antecedente del enojo de un niño generalmente es:

Cuando mamá: No le dedica tiempo; no le cumple promesas; no lo atiende inmediatamente cuando él, le llama; lo corrige, le pega, la mamá le grita, la mamá lo interrumpe, la mamá no le tiene paciencia, el niño no quiere obedecer, el niño quiere ser independiente.

Cuando papá: viaja mucho, no le presta atención, no quiere jugar cuando el niño quiere, grita, lo manda a su cuarto, lo castiga, no cumple lo que promete, esta en desacuerdo con el niño, le pide que se apure. Dunn, J. y Hughes, C. (1998), reportaron en este mismo estudio que los niños señalaron que la persona que los hacía enojar con mayor frecuencia era el hermano y en segundo lugar nombraron a los padres.

Covell y Abramovitch,(1987), dirigieron un estudio cuyo objetivo fue investigar a quien le atribuían los niños su enojo, los resultados demuestran que los niños de 5 a 15 años citan a sus familiares como los causantes de su enojo, más que los causantes de su alegría o tristeza.

Se sugiere que en trabajos de investigación posteriores además de proporcionar auto control de enojo en niños, se proporcione entrenamiento de auto control de enojo para padres esto con la finalidad de evitar que los padres sigan modelando episodios de enojo con agresión a sus hijos, así como, que los niños sigan viviendo en ambientes en los cuales los episodios de enojo con agresión son comportamientos cotidianos y "normales" en la vida del niño. Los resultados reportados en el presente estudio apoyan los hallazgos de los investigadores anteriormente descritos y permiten afirmar que los antecedentes (obtenidos a través de los registros ACC de niños con comportamiento agresivos y episodios de enojo), descritos en la tabla son clara evidencia de que los padres de niños con comportamiento agresivo, requieren:

- De un programa diseñado para padres, en el que se les enseñe: a)como controlar el comportamiento agresivo sin que ellos recurran a medidas coercitivas, b)como enseñar comportamiento aceptable socialmente que les permita adaptarse a las exigencias de su medio. El programa de taller a padres que se sugiere esta

probado en México y los resultados del taller han demostrado ser eficaces y tener un gran impacto en el control de comportamiento agresivo en niños (Pedroza y Ayala, 1998; García y Ayala, 1998; Pedroza, García y Ayala, 1999; Morales, García y Ayala, 1999)

- De un programa de negociación (Ayala, Fulgencio, 1998) en el que se enseñe a los padres a negociar con sus hijos aspectos de la vida cotidiana, como por ejemplo, permisos.
- De un programa de control de enojo dirigido a padres, el cual tenga por objetivo, que los padres controlan su enojo para evitar que peguen, critiquen o insulten a sus hijos. Al proporcionar entrenamiento de auto control de enojo a padres también se evitaría el impacto negativo que tienen los ambientes de enojo en los niños, ya que se ha reportado que existe relación entre enojo exhibido por los padres con el desarrollo de psicopatología en los niños (Emery, 1989; Porter y O'Leary, 1980; Wierson, Forehand y McCombs, 1988), alcoholismo (West y Prinz, 1989), conducta antisocial, y problemas emocionales en niños (Baruch y Wilcox, 1944; Johnson y Lobitz, 1974; Porter y O'Leary, 1980, Smith y Jenkins, 1991), desarrollo de problemas de auto control de enojo, agresión y conducta disruptiva, (Cummings, Iannotti y Zahn-Waxler, 1985; Cummings, Zahn-Waxler y Radke- Yarrow, 1981, 1984; El Sheikh, Cummings, Goetsch, 1989, Emery, 1982; Grych y Finchman, 1990; Cummings, 1987, Jenkins, Franco, Dolins, y Sewell, 1995, Davies y Cummings, 1994; Reid y Crisafulli, 1990, Mc Donald y Jouriles, 1991). Incluso Jenkins (1992) encontró que niveles altos de violencia familiar esta asociado con el incremento de problemas en la relación entre hermanos.

Se sugiere también, que en próximos trabajos en auto control de enojo dirigido a niños se programe la generalización como una tecnología (Stokes, Baer, 1977; Stokes, Fowler, Baer, 1978) necesaria que permita evaluar los cambios conductuales en otros escenarios. Cabe mencionar que 2 participantes lograron cambios en el desempeño escolar importantes uno de ellos cursaba por segunda vez el primer grado de secundaria y tenía 8 materias reprobadas (con ese número de materias reprobadas se garantizaba su tercer año consecutivo en primer grado de secundaria), el niño logró aprobar las ocho materias, actualmente cursa el segundo grado de secundaria, es importante mencionar este cambio, ya que el principal antecedente de sus episodios de enojo con agresión era "que lo mandaran a estudiar". Otro niño participante en la intervención había abandonado el primer grado de secundaria, en la actualidad el niño cursa el primer grado de secundaria, Agregando a ello que ambos alumnos al ingresar al tratamiento pintaban "graffitis", conducta que se presentaba en promedio tres veces por semana, al terminar la intervención ninguno de los dos volvió a pintar "graffitis", estos resultados se mantuvieron en el seguimiento.

Otro de los niños participantes estudiante de primaria iba a reprobar el cuarto grado de primaria, tenía además constantes reportes escolares, este niño aprobó el año escolar y además la maestra cambio los reportes por notas de felicitación por el comportamiento del niño. Un estudiante de quinto grado también iba reprobar el año escolar y durante la intervención subieron notablemente sus calificaciones.

De hecho una de las limitaciones del presente trabajo fue que no se realizaron observaciones directas en escenario escolar o en casa, (estas estrategias de observación implica mayor costo tanto en tiempo como en otros aspectos, ya que los familiares deben de aceptar la presencia en casa del observador, debe de respetarse las citas, en escuela deben de realizarse una serie de permisos y estrategias de observación eficientes), ya que son de gran utilidad para obtener datos de la generalización de la conducta, se sugiere que en próximas intervenciones se registre en línea base, tratamiento y seguimiento, el comportamiento y el desempeño escolar de los alumnos participantes con la finalidad de evaluar el impacto de la intervención en otros escenarios y en otras conductas.

Otra limitación es que el empleo de la inducción de enojo, como situación experimental, muestra comportamiento diferente (topografía, frecuencia e intensidad) al comportamiento ocurrido en situaciones en ambientes naturales, y aunque tiene la ventaja de proporcionar información entre variables que son difíciles de probar o medir en ambientes naturales (Grych y Fynchman, 1993; Mook, 1983), en futuras replicas de la investigación se sugiere no emplear la técnica, ya que implica más costos que la información que proporciona, y puede emplearse otros procedimientos más sencillos y menos invasivos para el sujeto, en este caso se sugiere emplear los registros ACC, ya que proporcionan información precisa a muy bajo costo.

Los resultados reportados permiten concluir que:

- El tratamiento de auto control dirigido a los niños es una aproximación cognoscitiva conductual que les permite conocer otras alternativas de comportamiento para demostrar su enojo sin agresión, los datos se demostraron empíricamente y tienen respaldo en cuestionarios e índices con validez psicométrica.
- Con base en los resultados obtenidos, se sugiere que se integren los cuatro componentes empleados en el presente trabajo de investigación y que conformen la intervención para reducir episodios de enojo con agresión, ya que se demostró a lo largo de la presente investigación que el componente de relajación es un componente significativo en la disminución de episodios de enojo con agresión.
- Los hallazgos reportados permiten afirmar que las técnicas empleadas en la intervención, como son, modelamiento, juego de roles, retroalimentación correctiva, reforzamiento social y economía de fichas, son técnicas eficaces en la intervención de auto control de enojo en niños, estos resultados apoyan lo reportado por Kazdin, Bass, Siegel, Thomas (1989), quienes al combinar técnicas conductuales y cognoscitivas, lograron el decremento de conducta desviada y el incremento de la conducta prosocial.
- En poblaciones conformadas por niños de 9 a 13 años de edad, el enojo crónico puede ser reducido significativamente de manera económica y rápida, con programas de tratamiento estructurados.

El trabajo de investigación de auto control de enojo dirigido a niños de 9 a 13 años de edad, es solo un componente que forma parte de un trabajo multidisciplinario realizado por primera vez en México, cuyo objetivo es prevenir el desarrollo de conducta antisocial en adolescentes. El trabajo de investigación al que se refiere es un trabajo longitudinal conformado como ya se mencionó, por varios componentes de intervención dirigido a: padres de familia, a maestros, y a niños de 7 a 13 años de edad (Ayala, Luna 1998; Pedroza, García y Ayala, 1998; Chaparro y Ayala, 1998; Vargas y Ayala, 1998; Pacheco, Chiquini y Ayala, 1998; Romero y Ayala, 1998; Mendoza y Ayala, 1998a ; Ayala, 1999; Pedroza, García y Ayala, 1999; Fulgencio y Ayala, 1999, Chaparro, Chiquini y Ayala, 1999; Mendoza y Ayala, 1999; Morales, García, Ayala, 1999 ; Pacheco y Ayala, 1999)

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Achenbach, T.M. (1966). The classification of children's psychiatric symptoms: A factor analytic study. *Psychological Monographs*, 80 (7, Whole No. 615)
- Achenbach, T.M. (1978). The Child behavior profile, I: Boys aged 6 through 11. *Journal Of Consulting and Clinical Psychology*, 46 (3). 478-488
- Achmon, J., Granek, M., Golomb, M. y Hart, J. (1989). Behavioral Treatment of essential hypertension: A comparison between cognitive therapy and biofeedback of heart rate. *Psychosomatic Medicine*, 51, 152-164.
- Adams, G. (1975). *Medición y Evaluación en Educación*. Barcelona, Herder.
- Allen, E. (1979). *The measurement of personality traits by scales and inventories*. New York. Holt.
- Ayala, H. (1992). Registro Antecedente, Conducta y Consecuente. Elaborados para el programa: *Formación de Especialistas en Terapia Conductual Infantil*. México, Facultad de Psicología, UNAM.
- Ayala, H. y Barragan, N. (1997). *Estudio longitudinal del desarrollo de la conducta agresiva en niños y su relación con la evolución de la conducta antisocial en la adolescencia*. Proyecto PAPIME No. IN301297. México. UNAM.
- Ayala, H. Luna, M. (1998). Estudio sobre la evolución del comportamiento agresivo de niños mexicanos. . VIII Congreso Mexicano de Psicología . 15 al 17 de octubre, México, D.F.
- Ayala, H (1999). Descripción de los factores asociados al comportamiento agresivo en una muestra de niños mexicanos. XIV Congreso Mexicano y II Ibero e interamericano de análisis de la conducta. 26 al 28 de febrero de 1999. Guadalajara, Jalisco, México.
- Averill, J.R. (1982). Anger and aggression: an essay on emotion. En Tangney, J.P., Barlow, D.H., Wagner, P.E., Marschall, D.E., Borenstein, J.K., Sanftner, J., Mohr, T., Gramzow, R. (1996). Assessing individual differences in constructive versus destructive responses to anger across the Lifespan. *Journal of personality and social psychology*, 780-796.
- Bandura, A. (1973). *Aggression: A social learning analysis*. Englewood Cliffs N.J., Prentice - Hall.

Baruch, D.W. y Wilcox, J.A. (1944) A study of sex differences in preschool children's adjustment coexistent with interparent tensions . *Journal of Genetic Psychology*, 1944, 64, 281-303

Baughman, D. (1992). Healthyself: Reducing the risk of heart disease. *Optimal Health* 4 (2), 1 y 4.

Ballard, M.E., Cummings, E.M., and Larking, K. (1993). Emotional and cardiovascular responses to adults' angry behavior and challenging tasks in children of hypertensive and to challenging tasks in children of hypertensive and normotensive parents. *Child Development*, 64, 500-515.

Barlow, D. y Hersen, M. (1988). *Diseños experimentales de caso único*. Barcelona: Martínez Roca.

Berkowitz, L. (1978). Is criminal violence normative behavior? *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 15 (2), 148-161

Bradshaw, J. (1988) Healing the shame that binds you. Deerfield Beach, Florida: Health Communications, Inc. In Marion, M. (1994), Encouraging the development of responsible anger management in young children. *Early Child development and care*, 97, 155-163.

Brown, F. (1980). *Principios de la Medición en Psicología y Educación*. México, el Manual Moderno.

Buss, A.H. (1961) The Psychology of aggression. New York: John Wiley and Sons, en: Patterson, G. (1982) *A Social Learning Approach. Coercive Family Process*. Eugene, Oregon. Castalia Publishing Company,

Buss, A.H. (1966), Instrumentality of aggression feedback and frustration as determinants of physical aggression. *Journal of Personality and Social Psychology* , 3, 153-162.

Campbell, S.B., Breaux, A.M., Ewing, L.J., Szumowski, E.K., y Pierce, E.W. (1986). Parent referred problem preschoolers: mother-child interaction during play at intake an one year follow-up . en Cole, P.M.; Zahn-Waxler, C.; Fox, N.A.; Usher, B.A. and Welsh, J.D. (1996). Individual differences in emotion regulation and behavior problems in preschool children. *Journal of abnormal psychology*, 105,4,518-529.

Camras, L.A. y Allison, K. (1989). Children's and adults' beliefs about emotion elicitation. *Motivation and Emotion*, 13,53-69. En Carpenter, S., Halberstadt, A. (1996). What makes people angry? Laypersons' and Psychologists' categorisations of anger in the family. *Cognition and Emotion*, 10 (6), 627-656.

- Caplovitz, K., Campos, J.J., Emde, R.N. (1996). Infants' use of conflicting emotion signals. *Cognition and emotion*, 10(2), 113-135.
- Carpenter, S., Halberstadt, A. (1996). What makes people angry? Laypersons' and Psychologists' categorisations of anger in the family. *Cognition and Emotion*, 10 (6), 627-656.
- Carpenter y Halberstadt (1996). *What makes people angry? Laypersons' and Psychologists' categorisations of anger in the family*. *Cognition and emotion*. 10 (6), 627-656
- Carr, E.G., Binkoff, J.A. (1981). Auto control Chapter 3. En Goldstein, A.P., Carr, E.G. Dawidson, W., Wehr, P. (1981). *In response to Aggression*. USA, Pergamon, Press, Inc.
- Casey, R. y Fuller, L. (1994). Maternal regulation of children's emotions. *Journal of nonverbal behavior*, 18, 57-89.
- Cautela, J. Groden, J. (1985). *Técnicas de Relajación*. Barcelona. Martínez Roca
- Cole, P.M., Zahn-Waxler, C., Fox, N.A., Usher, B.A. and Welsh, J.D. (1996). Individual differences in emotion regulation and behavior problems in preschool children. *Journal of abnormal psychology*, 105,4,518-529.
- Cole, P.M., Zahn-Waxler, C., and Smith K.D. (1994). Expressive control during during a disappointment: variations related to preschoolers' behavior problems. EN Cole, P.M.; Zahn-Waxler, C.; Fox, N.A.; Usher, B.A. and Welsh, J.D. (1996). Individual differences in emotion regulation and behavior problems in preschool children. *Journal of abnormal psychology*, 105,4,518-529.
- Conger, J.J. y Miller, W.C. (1966). *Personality, social class, and delinquency*. New York: John Wiley and Sons.
- Cronbach, J.L. (1971). *Fundamentos de la Exploración Psicológica*. Madrid. Editorial Biblioteca Nueva.
- Curtis, H. (1992), *The Viruses*. New York. Natural History, Press.
- Cummings, E.M. (1987). Coping with background anger in early childhood. *Child Development*, 58,976-984.
- Cummings, E.M. , Ballard, M., El-Sheikh, M., Lake, M. (1991). Resolution and Children's responses to interadult anger. *Developmental Psychology*. 27,3,462-470.

- Cummings, E.M., Zahn-Waxler, C., y Radke-Yarrow, M. (1981), Young Children's responses to expressions of anger and affection by others in the family. *Child development*, 52, 1274-1282.
- Cummings, E.M., Iannotti, R.J. y Zahn-Waxler, (1982), en Cummings, E.M., Zahn-Waxler, C. y Radke-Yarrow, M.,(1984). Developmental changes in children's reactions to anger in the home. *Journal Child Psychology and Psychiatry*, 25, 1, 63-74.
- Cummings, E.M., Zahn-Waxler, C. y Radke-Yarrow, M.,(1984). Developmental changes in children's reactions to anger in the home. *Journal Child Psychology and Psychiatry*, 25, 1, 63-74.
- Cummings, E.M., Iannotti, R.J., Zahn-Waxler, C. (1985). Influence of conflict between adults on the emotions and aggression of young children . *Developmental Psychology*, 21, 495-507.
- Cummings, J., Pellegrini, D.,S. Notarius, C. I. , Cummings, E. M. (1989). Children's responses to angry adult behavior as a function of marital Distress and History of interparent hostility. *Journal of Child development*, 60, 1035-1043.
- Cummings, E.M., Vogel, D., Cummings, J y El Sheikh, M. (1989). Children's responses to different forms of expression of anger between adults. *Child Development* , 60, 1392-1404.
- Cummings, E.M., Davies, P.T. y Simpson, K.S. (1994). Marital conflict gender and children's appraisals and coping efficacy as mediators of child adjustment . *Journal of Family Psychology*, 8, 141-149
116, 387-411.
- Cummings, E.M., Henessy, K.D., Rabideau, G.J. y Cicchetti, D. (1994). Responses of Physically abused boys to interadult anger involving their mothers. *Development and Psychopatoloy*, 6, 31-41.
- Covell, K.,Abramovitch, R. (1987). Understanding emotion in the family: Children's and parents' attributions of happiness, sadness and anger. *Child development* , 58, 985-991.
- Chaparro, A., Ayala, H. (1998). Entrenamiento a profesores en el control de la conducta disruptiva dentro del aula. VIII Congreso Mexicano de Psicología . 15 al 17 de octubre, México, D.F.
- Chaparro, A., Chiquini, Y., Ayala, H. (1999). Cambio de conducta disruptiva de niños agresivos dentro del salón de clases. XIV Congreso Mexicano y II Ibero e interamericano de análisis de la conducta. 26 al 28 de febrero de 1999. Guadalajara, Jalisco, México.

- Dangel, R.F., Deschner, J.P., Rasp, R.R. (1989). Anger control training for adolescents in residential treatment. *Behavior modification*, 13,4,447-458.
- Davies, P.T. y Cumings, E.M. (1994). Marital Conflict and Child adjustment: An emotional security hypothesis. *Psychological Bulletin*,
- Deffenbacher, J.L. (1992), Trait anger: Theory, findings and implications en Deffenbacher, J.L., Oetting, E.R., Thwaites, G.A., Lynch, R.S., Baker, D.A., Stark, R.S., Thacker, S., Eiswert-Cox, L. (1996) State-trait anger theory and the utility of the trait anger scale. *Journal of counseling psychology*, 43,2, 131-148.
- Deffenbacher, J.L., Lynch, R.S., Oetting, E.R., Kemper, C.C. (1996). Anger reduction in early adolescents. *Journal of Counseling Psychology*. April 1996, vol. 43, No. 2. 149-157.
- Deffenbacher, J.L., Demm, P.M. y Brandon, A.D. (1986). High General anger: correlates and treatment. *Behavior Res. Therapy*. Vol.24 no.4. pp 481-489, 1986.
- Deffenbacher, J.L., Oetting, E.R., Huff, M.E., Thwaites, G.A., (1995). Fifteen-month follow up of social skills and cognitive relaxation approaches to general anger reduction. *Journal of counseling psychology*, 42,3,400-405.
- Deffenbacher, J.L., Stark, R.S. (1992). Relaxation y Cognitive-relaxation treatments of general anger. *Journal of counseling psychology*, 39,2,158-167.
- Deffenbacher, J.L., Story, D.A., Brandon, A.D.; Hazaleus, S.L. (1988). Cognitive and Cognitive-Relaxation treatments of anger. *Cognitive Therapy and research*, 12, 2, 167-184.
- Deffenbacher, J.L., Story, D.A., Stark, R.S., Hogg, J.A. y Brandon, A.D. (1987). Cognitive-relaxation and social skills interventions in the treatment of general anger reduction. *Journal of counseling psychology*, 41, 386-396.
- Deffenbacher, J.L., Twaites, G.A., Wallace, T.L., Oetting, E.R. (1994). Social Skills and Cognitive relaxation approaches to General anger reduction. *Journal of Counseling Psychology* 41, 3, 386-396.
- Deffenbacher, J.L., McNamara, K., Stark, R.S., y Sabadell, P.M. (1990). A Comparison of Cognitive-Behavioral and process oriented group counseling of general anger reduction. *Journal of counseling and Development*, 69, 167-172.
- Deffenbacher, J.L., Story, D.A., Brandon, A.D., Hogg, J.A. y Hazaleus, S.L., (1988). Cognitive and Cognitive-relaxation treatments of anger, *Cognitive Therapy and Research*, 12, 167-184.

Dishion, T.J., Loeber, R., Stouthamer-Loeber, M., y Patterson, G. (1984). Skills Deficits and male adolescent delinquency. *Journal of abnormal Child Psychology*, 12 (1), 37-54.

Deschner, J.P. (1984), The hitting habit: Anger control for battering couples. En Dangel, R.F., Deschner, J.P., Rasp, R.R., Anger control training for adolescents in residential treatment. *Behavior modification*, 13, 4, 447-458.

Deutsch, M. . Cooks, S. Selltitz, C. Jahoda, M. (1965). *Métodos de Investigación en las relaciones sociales*. Madrid. Rialp.

Dodge, K.A., Bates, J.E., Pettit, G.S. (1990). Mechanisms in the cycle of violence. *Science*. 250, 1678-1683.

Dumas, J.E. (1989). Treating antisocial behavior in children: Child and family approaches. *Clinical Psychology Review*, 9, 197-222.

Dunn, J., Hughes, C. (1998), Young Children's understanding of emotions within close relationships. *Cognition and emotion*, 12 (2), 171-190.

Egeland, B., Jacobowitz, D. and Sroufe, A.L. (1988). Breaking the cycle of abuse. *Child Development*, 59, 1080-1088.

Ekman, P., y Friesen, W. (1975). Unmasking the face En Sinha, R., Parsons, O.A. (1996). Multivariate response patterning of fear and anger. *Cognition and emotion*, 10 (2), 173-198.

Ellsworth, P.C., y Smith, C.A. (1988). From appraisal to emotion: Differences among unpleasant feelings. *Motivation and emotion*, 12, 271-302.

El-Sheikh, M., Cummings, E.M., Goetsch, V.L. (1989) . Coping with adult's angry behavior : Behavioral, Physiological and verbal responses in Preschoolers. *Developmental Psychology*, 25, 4, 490-498.

El-Sheikh, M y, J.M. Reither, S.C. (1996). Children's responding to live inter adult conflict: The role of form of anger expression. *Journal of abnormal child Psychology*, vol 24, no 4.

Emery, R.E. (1982). Interparental conflict and the children of discord and divorce. *Psychological Bulletin*, 92, 310-330.

Emery, R.E. (1989). Family violence. *American Psychologist*, 44, 321-328

Emery, R.E., Weintraub, S. and Neale, J.M. (1982). Effects of marital discord on the school behavior of children of schizophrenic, affectively disordered and normal parents. *Journal of abnormal child. Psychology*, 10, 215-228.

Evans, D.R., (1970) Specific aggression arousal and reciprocal inhibition therapy. *The Western Psychologist*, 1, 125-130.

Evans, D.R. y Hearn, M.T., Sablofske, A. (1973). Anger arousal and systematic desensitization, *Psychological reports*, 32, 625-626.

Fabes, R. and Eisenberg, N. (1992). Young Children's coping with interpersonal anger. *Child Development*, 63, 116-128.

Fabes, R. A., Eisenberg, N., Mc Cormick, S.E., and Wilson, M.S. (1988). Preschooler's attributions of the situational determinants others' naturally occurring emotions en Marion, M.(1994), Encouraging the development of responsible anger management in young children. *Early Child development and care*, 97, 155-163.

Farnworth, M.,Schweinhart, L.J. y Berrueta-Clement, J.R. (1985). Preschool Intervention, school succes and delinquency in a high-risk sample of youth. *American Educational Research Journal*, 22, 445-464.

Feindler, E.L., Ecton, R.B., Kingsley, D., Dubey, D.R.(1986). Group anger control training for institutionalized Psychiatric male adolescents. *Behavior Therapy*, 17, 109-123.

Fisher, C.B., Reid, J.D. y Melendez, M. (1989). Conflict in families and friendships of later life. En Carpenter, S., Halberstadt, A. (1996). What makes people angry? Laypersons' and Psychologists' categorisations of anger in the family. *Cognition and Emotion*, 10 (6), 627-656.

Fisher,C.B. and Johnson, B.L. (1990). Getting mad at mom and dad: Children's changing views of family conflict. En Carpenter, S., Halberstadt, A. (1996). What makes people angry? Laypersons' and Psychologists' categorisations of anger in the family. *Cognition and Emotion*, 10 (6), 627-656.

Friedlund,A.J.,Schwartz, G.E.,Fowler,S.C. (1984).Pattern recognitionof self reported emotional states from multiple-site facial EMG activity during affective imagery. En Sinha,R.,Parsons,O.A. (1996). Multivariate response patterning of fear and anger.*Cognition and emotion*, 10 (2), 173-198.

Friedrich, L.K. y Stein, A.H. (1975). Prosocial t.v. and young children: The effects of verbal labeling and role playing on learning and behavior. *Child development*.46, 27-38

Fulegencio, M., Ayala, H. (1999). Entrenamiento en habilidades de negociación para padres y adolescentes que presentan comportamiento agresivo. XIV Congreso Mexicano y II Ibero e interamericano de análisis de la conducta. 26 al 28 de febrero de 1999. Guadalajara, Jalisco, México.

Fulgencio, M.; Chaparro, A. y Mercado, D. (1997). Cuestionario de Agresividad Infantil. Elaborado para el programa: *Estudio longitudinal I del desarrollo de la conducta agresiva en niños y su relación con la evolución de la conducta antisocial en la adolescencia*. Proyecto PAPIME No. IN301297. México. UNAM.

Funkenstein, D.H., (1956). Nor-epinephrine-like and epinephrine-like substances in relation to human behavior. *Journal of nervous and mental disease*, 124,58-67.

Gambrill, E.D.(1973). *A behavioral program for increasing social interaction*. En Goldstein, A.P.,Carr,E.G., Davidson, W.S.,Wehr,P. (1981). *In response to aggression, methods of control and prosocial alternatives*.U.S.A. Pergamon Press.

Garret, H. (1971). *Estadística en Psicología y Educación*. Buenos Aires. Paidós.

Gersten, J.C. Langer, T.S.Eisenberg, J.G., Smicha-Fagan, O,y Mc Carthy, E.D. (1976). Stability in change in types of behavioral disturbance of children and adolescents, *Journal of Abnormal Child Psychology*, 4, 11-127.

Gittelman, M. Behavior rehearsal as a technique in child treatment (1965). *Journal of child psychology and Psychiatry*, 6, 251-255.

Goldfried, M.R. (1980) Toward the delineation of therapeutic change principles *American Psychologist*, 35, 991-999.

Goldfried,M. R. y Davison, G.C. (1974). *Clinical behavior therapy*. New York: Holt

Goldfried, M.R. y Trier, C. (1974). Effectiveness of relaxation as an active coping skill. *Journal of abnormal Psychology*. 83, 348-355.

Goldstein, A.P.,Carr,E.G., Davidson, W.S.,Wehr,P. (1981). *In response to aggression, methods of control and prosocial alternatives*.U.S.A. Pergamon Press.

Gottman, J.M., Gonso,J. y Rasmussen, B. (1975), Social Interacción, social competence, and friendship in children. *Child Development*, 46, 709—718.

Gottman, J.M. and Katz, L.F. (1989). Effects of marital discord on young Children's peer interaction and health. *Developmental Psychology*. 25, 373-381.

Greenberg , M.T., Speltz, M.L., DeKlyen, M. y Endriga, M.C. (1991). *Attachment security in preschoolers with and without externalizing behavior problems: A replication*. En Cole, P.M.; Zahn-Waxler, C.; Fox, N.A.; Usher, B.A. and Welsh,J.D. (1996). Individual differences in emotion regulation and behavior problems in preschool children. *Journal of abnormal psychology*, 105,4,518-529.

Grych, J.H. and Fynchman, F.D. (1990). Marital Conflict and children's adjustment: A cognitive-contextual framework. *Psychological Bulletin*, 108, 267-290

- Grych, J.H. and Fynchman, F.D. (1993). Children's appraisals of marital conflict : Initial investigations of the cognitive contextual framework. *Child Development*, 64, 215-230
- Hains, A.A. (1992). Comparison of cognitive-behavioral stress management techniques with adolescent boys. *Journal of counseling and development*, 70, 600-605.
- Halberstadt, A.G. y Carpenter, S. (1994). How mad are you?. The frequency, intensity duration and onset latency of anger in family relationship en: Carpenter y Halberstadt (1996). *What makes people angry? Laypersons' and Psychologists categorisations of anger in the family*. *Cognition and emotion*. 10 (6), 627-656
- Hay, D.F. and Ross, H.S. (1982). The social nature of early conflict. *Child Development* , 53, 105-113.
- Hazaleus, S.L. and Deffenbacher, J.L. (1986). Relaxation and cognitive treatments of anger. *Journal of consulting and clinical Psychology*, 54, 222-226
- Hedquist, F.J.y Weingold, B.K. (1970). Behavioral group counseling with socially anxious and unassertive college students. *Journal of counseling Psychology*, 17, 237-242.
- Hennesy, K.D., Rabideau, G.J. Cizchetti, D. Y Cummings, E.M. (1994). Responses of physically abused and nonabused children to different forms of interadult anger. *Child Development*, 65, 815-828.
- Hernández, R., Fernández, C., Baptista, P. (1991). *Metodología de la Investigación México*. McGrawHill –Interamericana de México.
- Hess,U., Kappas, A.,McHugo,G.J.,Lanzetta,J.T.,y Kleck, R.E. (1992). The facilitative effect of facial expression on the self generation of emotion. En Sinha,R.,Parsons,O.A. (1996). Multivariate response patterning of fear and anger.*Cognition and emotion*, 10 (2), 173-198.
- Hetherington, E.M., Cox,M. y Cox, R. (1985). Long-term effects of divorce and remarriage on the adjustment of children. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 24, 518-530.
- Hetheringron, E.M. (1989a).Coping with family transitions: Winners, losers,and survivors. *Child Development*, 60, 1-15.
- Hetheringron, E.M. (1989b).Marital transitions *American Psychologist*, 44, 303-312.
- Hilgard, E. (1969). *Introducción a la Psicología*. Madrid Morata.

Hirschi, T. (1969). *Causes of delinquency*. Berkeley: University of California Press
En: Patterson, G. (1982) *A Social Learning Approach. Coercive Family Process*. Eugene, Oregon. Castalia Publishing Company,

Hirshberg, L. (1990). When infants look to their parents: II. Twelve months olds' response to conflicting parental emotional signals. *Child Development*, 61, 1187-1192.

Hole, J.W. (1981). *Human Anatomy and Psychology*. Dubuque Iowa w.m. C. Brown
in Marion, M. (1994), Encouraging the development of responsible anger management in young children. *Early Child development and care*, 97, 155-163.

Homme, L.E. (1965). Perspectives in Psychology: XXIV. Control of coverants, the operants of the mind. *Psychological record*, 15, 501-511.

Huerta, J. (1988). *Normas de evaluación para programas, proyectos y material Educativo*. México. Trillas.

Jacobson, E. (1938). *Progressive relaxation*. Chicago: University of Chicago press.

Jenkins, J.M. (1992). Sibling relationships in disharmonious homes en
Jenkins, J.M., Franco, F., Dolins, F., Sewell, A. (1995). Toddlers' reactions to negative emotion displays: forming models of relationships. *Infant Behavior and development*, 18, 273-281.

Jenkins, J.M., Franco, F., Dolins, F., Sewell, A. (1995). Toddlers' reactions to negative emotion displays: forming models of relationships. *Infant Behavior and development*, 18, 273-281.

Jennings, H.H. (1950), *Leadership and isolation*. London: Longmans, Green y Co.

Johnson, S.M. y Lobitz C.K., (1974). The personal and marital adjustment of parents as related to observed child deviance and parenting behavior. *Journal of abnormal Child Psychology*, 2, 193-207

Julius, S., Schneider, R. and Egan, B. (1985). *Supressed anger in hypertension: Facts and problems* en Cummings, E.M. Vogel, D. Cummings, J.S. y El Sheikh, M. (1989). Children's responses to different forms of expression of anger between adults. *Child Development*, 60, 1392-1404.

Kazdin, A.E. (1972). Response cost: the removal of conditioned reinforcers for therapeutic change, (1972). *Behavior Therapy*, 3, 533-546.

Kazdin, A.E., Esveldt-Dawson, K., French, N.H., Unis, A.S. (1987). Problem-solving skills training and relationship therapy in the treatment of antisocial child behavior. *Journal of consulting and Clinical psychology*, 55, 76-85

Kazdin, A.E., Bass, D., Siegel, T., Thomas, C. (1989). Cognitive Behavioral Therapy and relationship therapy in the treatment of children referred for antisocial behavior. *Journal of consulting and clinical Psychology*, 57, 4, 522-535.

Kirkpatrick, R. (1978), Deviant behavior of children in multiple setting. Unpublished master's thesis, University of Oregon, en :Patterson, G. (1982) *A Social Learning Approach. Coercive Family Process*. Eugene, Oregon. Castalia Publishing Company.

Knutson, J.F. y Hyman, M. (1973). Predatory aggression and irritable aggression: Shock-induced fighting in mouse-killing tras. *Psychology and Behavior*, 11, 113-115.

Lambert, W.W. (1974). Promise and problems of cross cultural exploration of children's aggressive strategies. En Patterson, G. (1982) *A Social Learning Approach. Coercive Family Process*. Eugene, Oregon. Castalia Publishing Company.

Lazarus, R.S. (1991), *Emotion and adaptation*. New York: Oxford University Press.

Lazarus, A.A. (1971). *Behavior Therapy and beyond*. Nueva York: McGraw-hill.

Leibsohn, M.T., Oetting, E.R. y Deffenbacher, J.L. (1994). *Effects of trait anger on alcohol consumption and consequences*. En Deffenbacher, J.L., Oetting, E.R., Thwaites, G.A., Lynch, R.S., Baker, D.A., Stark, R.S., Thacker, S., Eiswert-Cox, L. (1996) State-trait anger theory and the utility of the trait anger scale. *Journal of counseling psychology*, 43,2, 131-148.

Leonard, K.E. y Blane, J.T. (1992). *Alcohol and marital aggression in a national sample of young men*. En Deffenbacher, J.L., Oetting, E.R., Thwaites, G.A., Lynch, R.S., Baker, D.A., Stark, R.S., Thacker, S., Eiswert-Cox, L. (1996) State-trait anger theory and the utility of the trait anger scale. *Journal of counseling psychology*, 43,2, 131-148.

Lelwica (1987). En Jenkins, J.M., Franco, F., Dolins, F., Sewell, A. (1995). Toddlers' reactions to negative emotion displays: forming models of relationships. *Infant Behavior and development*, 18,273-281.

Loeber, R. (1982). The stability of antisocial and delinquent Child Behavior. A review *Child Development*, 53, 1431-1446.

Lovaas, O.I. *A behavior therapy approach to the treatment of childhood schizophrenia*. En Rimm y Masters (1981). *Terapia de la conducta: Técnica y Hallazgos empíricos*. México, Trillas.

Lytton, H. (1980). *Parent child interaction*. New York: Plenum en Caplovitz, K., Campos, J.J., Emde, R.N. (1996). Infants' use of conflicting emotion signals. *Cognition and emotion*, 10(2), 113-135.

Maiuro, R.D., Cahn, T.S., Vitaliano, P.P., Wagner, B.C. y Zegree, J.B. (1988). *Anger hostility and depression in domestically violent versus generally assaultive men and nonviolent control subjects*. En Deffenbacher, J.L., Oetting, E.R., Thwaites, G.A., Lynch, R.S., Baker, D.A., Stark, R.S., Thacker, S., Eiswert-Cox, L. (1996) State-trait anger theory and the utility of the trait anger scale. *Journal of counseling psychology*, 43,2, 131-148.

Magnusson, D. (1969). *Teoría de los Tests*. México. Trillas.

Marion, M. (1994). Encouraging the development of responsible anger management in young children. *Early Child development and care*, 97, 155-163.

McCoy, Ch., Masters, J.C., 1985, The development of Children's strategies for the social control of emotion. *Child Development*, 56, 1214-1222

Mc Donald, M.L. (1975). Teaching assertion: A paradigm for therapeutic intervention. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 12, 60-67.

Mc Donald, R. and Jouriles, E.N. (1991). Marital aggression and child behavior problems: research findings, mechanisms, and intervention strategies. *The behavior Therapist*, 14, 189-192.

Meehl, P.E. (1962). *Psychopathology and purpose*. En Rimm, D.C. y Masters, J.C. (1981). *Terapia de la conducta: Técnica y Hallazgos empíricos*. México, Trillas.

Mehrens, W., Lehmann, I. (1982) *Medición y Evaluación: La educación y la Psicología*. México, Editorial Continental.

Mendoza, B. Ayala, H. (1998 a) Entrenamiento en autocontrol para la disminución de episodios de enojo con agresión en niños. VIII Congreso Mexicano de Psicología. 15 al 17 de octubre, México, D.F.

Mendoza, B. Ayala, H. (1998 b). Lista Checable- Inducción de enojo; Registro de relajación; registro de comunicación positiva; hoja de solución de problemas. Instrumentos elaborados para el programa: *Estudio longitudinal del desarrollo de la conducta agresiva en niños y su relación con la evolución de la conducta antisocial en la adolescencia*. Proyecto PAPIME No. IN301297. México. UNAM.

Mendoza, B., Ayala, H. (1999). Entrenamiento en autocontrol de enojo: componente de un programa de prevención de conducta antisocial en niños. XIV Congreso Mexicano y II Ibero e interamericano de análisis de la conducta. 26 al 28 de febrero de 1999. Guadalajara, Jalisco, México.

Mendozá, B., Reyes, I. y Ayala, H. (1999). Cuestionario de Enojo para niños de 9 a 13 años de edad. Instrumentos elaborados para el programa: *Estudio longitudinal del desarrollo de la conducta agresiva en niños y su relación con la evolución de la*

- conducta antisocial en la adolescencia*. Proyecto PAPIME No. IN301297. México. UNAM.
- Mendoza, B., Ortiz, A., Ayala, H. (1997). Índice de Enojo Infantil. Instrumento elaborado para el programa: *Estudio longitudinal del desarrollo de la conducta agresiva en niños y su relación con la evolución de la conducta antisocial en la adolescencia*. Proyecto PAPIME No. IN301297. México. UNAM.
- Meyersberg, H.A. and Post, R.M. (1979). A Holistic developmental view of neural and psychological process. *British Journal of Psychiatry*, 135, 139-155
- Michalson, L. y Lewis, M. (1985) *What do children know about emotions and when do they know it?* en Marion, M.(1994), Encouraging the development of responsible anger mangement in young children. *Early Child development and care*, 97, 155-163.
- Mook, D.G. (1983). In defense of external invalidity , *American Psychologist*, 38, 379-387.
- Morales, S., García, B., Ayala, H. (1999). Estrategia de evaluación de un entrenamiento de padres en el manejo del niño agresivo. XIV Congreso Mexicano y II Ibero e interamericano de análisis de la conducta. 26 al 28 de febrero de 1999. Guadalajara, Jalisco, México.
- Minton, C., Kagan, J., and Levine, J. (1971). Maternal control and obedience in the two-year old. *Child Development*, 42, 1873-1894.
- Nomellini, S. and Katz, R.C.(1983). effects of anger control training on abusive parents. *Cognitive Therapy and research*, 7, 57-68.
- Normand, D., Robert, M. (1990). Modeling of anger/hostility control with preadolescent type a girls. *Child study journal*, 20, 4, 237-256.
- Novaco, R.W. (1975), Anger Control. En Hazaleus, S.L. and Deffenbacher, J.L. (1986)Relaxation and cognitive treatments of anger. *Journal of consulting and clinical Psychology*, 54, 222-226
- Novaco, R.W. (1976). The functions and regulation of anger. *American journal of Psychiatry*, 133, 1124-1128
- Novaco, R.W. (1977).Stress Inoculation: A cognitive therapy for anger and its application to a case of depression. *Journal of consulting and Clinical Psychology*. 45, 600-608.
- Nunnaly, J. (1995). *Introducción a la Medición Psicológica*. México. Paidós

- Ochoa, J. Gascon, V. (2000). El D.F. la Ciudad del miedo. El Universal, Ciudad. 5 de Nov.
- O'Donnell, C.R., Worell, L. (1973). Motor and cognitive relaxation in the desensitization of anger. *Behavior research and Therapy*, 11, 473-482.
- Olweus, D. (1979). Stability of aggressive reactions patterns in males: A review *Psychological Bulletin*, 86, 852-875.
- Ortíz, A., Ayala, H., (1997), Traducción y adaptación del Índice de Estrés en la Crianza. Abidín (1976). Instrumento adaptado para el programa: *Estudio longitudinal del desarrollo de la conducta agresiva en niños y su relación con la evolución de la conducta antisocial en la adolescencia*. Proyecto PAPIME No. IN301297. México. UNAM.
- Pacheco, A., Ayala, H. (1999). Entrenamiento en habilidades sociales y estrategias de entrada a grupo para niños que presentan conducta agresiva y son rechazados por su grupo de pares. XIV Congreso Mexicano y II Ibero e interamericano de análisis de la conducta. 26 al 28 de febrero de 1999. Guadalajara, Jalisco, México.
- Pacheco, A., Chiquini, Y., Ayala, H. (1998). Entrenamiento en estrategias de entrada a grupo para niños agresivos y rechazados. . VIII Congreso Mexicano de Psicología. 15 al 17 de octubre, México, D.F.
- Pan, H.S., Neidig, P.H. y O'Leary, K.H. (1994). Predicting mild and severe husband to wife physical aggression. En Deffenbacher, J.L., Oetting, E.R., Thwaites, G.A., Lynch, R.S., Baker, D.A., Stark, R.S., Thacker, S., Eiswert-Cox, L. (1996) State-trait anger theory and the utility of the trait anger scale. *Journal of counseling psychology*, 43,2, 131-148.
- Paul, G.L. y Tribmle, R.W. (1970) Recorded vs Live relaxation training and hypnotic suggestion: Comparative effectiveness for reducing physiological arousal and inhibiting stress response. *Behavior Therapy*, 1, 285-302.
- Paul, G.L. (1966). *Insight versus desensitization in psychotherapy*. Stanford, Calif: Stanford University Press.
- Patterson, G. R. Y Cobb, J.A. (1971). A dyadic analysis of "aggressive" behaviors. En Rimm, D.C. y Masters, J.C. (1979). *Behavior Therapy*. New York. Academic Press.
- Patterson, G.R., Reid, J.B., Jones, R.R., y Conger, R.E. (1975), *A Social learning approach to family intervention. Vol. 1 Families with aggressive children*. Eugene, Oregon: Castalia Publishing Co.

Patterson, G.R. (1971), *Families .Champaign: Research pearl*. En Caplovitz, K.,Campos, J.J.,Emde, R.N. (1996). Infants' use of conflicting emotion signals. *Cognition and emotion*, 10(2), 113-135.

Patterson, G.R. (1982). *Coercive Family process*. Eugene, O.R. Castalia

Pearl, D. , Bouthilet, L. and Lazar, J. (1982). *Television and behavior: Ten years of scientific progress and implications for the 1980's*. En Cummings, E.M., Iannotti, R.J., Zahn-Waxler, C. (1985). Influence of conflict between adults on the emotions and aggression of young children . *Developmental Psychology*, 21, 495-507.

Pedroza, F., García, B., Ayala, H. (1998). Entrenamiento multicomponente a padres con niños que presentan conductas agresivas. VIII Congreso Mexicano de Psicología . 15 al 17 de octubre, México, D.F.

Pedroza, F., García, M. Ayala, H. (1999). Entrenamiento Conductual grupal a padres, una alternativa para disminuir las conductas agrtesivas de sus hijos. XIV Congreso Mexicano y II Ibero e interamericano de análisis de la conducta. 26 al 28 de febrero de 1999. Guadalajara, Jalisco, México.

Porter, B. y O'Leary K.D., (1980). Marital discord and child behavior problems. *Journal of abnormal Child Psychology*, 8, 287-295.

Prince, G.S. (1961). A Clinical approach to parent child interaction. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2, 169-184.

Pritchard, M. y Graham, P. (1966). An investigation of a group of patients who have attended both the child and adult departments of the same psychiatric hospital. *British Journal of Psychiatry*, 112, 603-613.

Reid, J.B. (1978). *A social learning approach to family intervention. Vol II*. Observation in home setting. Eugene, Oregon: Castalia Publishing Co.

Reid, J.B., Taplin, P.S. y Lorber, R.(1981). A social interactional approach to the treatment of abusive families. En Patterson, G. (1982) *A Social Learning Approach. Coercive Family Process*. Eugene, Oregon, Castalia Publishing Company.

Reid, W.J.y Crisafulli, A.(1990). Marital discord and child behavior problems: A meta-analysis. *Journal of abnormal Child Psychology*, 18, 105-117.

Rimm, D.C. (1977). *Treatment of antisocial agresion*. En Goldstein, A.P.,Carr,E.G., Davidson, W.S.,Wehr,P. (1981). In response to aggression, methods of control and prosocial alternatives.U.S.A. Pergamon Press.

Rimm, D.C., De Groot, J.C., Boord, P., Heiman, J. y Dillow,P.V. (1971). Systematic desensitization of an anger response. *Behavior research and Therapy*, 9, 273-280.

Rimm, D.C., Hill, G.A., Brown, N.N. y Stuart, J.E. (1974). Group assertive training in treatment of expression of inappropriate anger. *Psychological Reports*, 34, 791-798.

Rimm, D.C. y Masters, J.C. (1979). *Behavior Therapy*. New York. Academic Press.

Rimm, D.C. y Masters, J.C. (1981). *Terapia de la conducta: Técnica y Hallazgos empíricos*. México, Trillas.

Rimm, D.C., Kennedy, T.D., Miller, H.L.Jr. y Tchida, G.R. (1971), Experimentally manipulated drive level and avoidance behavior. *Journal of Abnormal Psychology*, 78, 43-48.

Robins, L.N. (1966). *Deviant children grown up: A sociological and psychiatric study of sociopathic personality*. Baltimore: Williams y Wilkins.

Robins, L.N. (1981). Epidemiological approaches to natural history research: Antisocial disorders in children. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 20, 566-580.

Roff, M.A. (1972) *two factor approach to juvenile delinquency and the later histories of juvenile Delinquency*. En Patterson, G. (1982) *A Social Learning Approach. Coercive Family Process*. Eugene, Oregon. Castalia Publishing Company.

Romero, G., Ayala, H. (1998). Entrenamiento en habilidades de solución de problemas para niños que presentan patrones de conducta agresiva. VIII Congreso Mexicano de Psicología . 15 al 17 de octubre, México, D.F.

Roseman, R.A. (1985). *Health consequences of anger and implications for treatment*. En Cummings, E.M., Vogel, D., Cummings, J.S., and El-Sheikh, M. (1989). Children's responses to different forms of expression of anger between adults. *Child Development*, 60, 1392-1404.

Rosenbaum, A. y O'Leary, D. (1981). Children : The unintended victims of marital violence. *American Journal of Orthopsychiatry*, 51, 692-699.

Roskies, E., y Avard, J. (1980). *Teaching healthy managers to control their coronary-prone*. En Goldstein, A.P., Carr, E.G., Davidson, W.S., Wehr, P. (1981). In response to aggression, methods of control and prosocial alternatives. U.S.A. Pergamon Press.

Rule, B.G. and Nesdale, A.R. (1976). Emotional arousal and aggressive behavior. *Psychological Bulletin*, 83, 851-863.

Russo, S. (1964). Adaptations in behavioural therapy with children. *Behaviour research and Therapy*, 2, 43-47.

Rutter, M. (1979). Maternal deprivation 1972-1978; new findings, new concepts, new approaches. *Child Development*, 50, 283-305.

Rutter, M., Tizard, J. y Whitmore, R. (1970). *Education, health, and behavior*. New York: John Wiley Sons.

Saarni, C.(1988). Children's understanding of the interpersonal consequences of dissemblance of nonverbal behavior, 12, 275-294.

Saarni, C. (1993). *Socialization of emotion* . En M. Lewis y J.M. Haviland (eds) *Handbook of emotions*. Guilford press. pp 435-446

Salter, A. (1949) *Conditioned reflex therapy*. En Rimm, D.C. y Masters, J.C. (1981). *Terapia de la conducta: Técnica y Hallazgos empíricos*. México, Trillas.

Salter, A. (1964). *The theory and practice of conditioned reflex therapy* En Rimm, D.C. y Masters, J.C. (1981). *Terapia de la conducta: Técnica y Hallazgos empíricos*. México, Trillas.

Schachter, J. (1957). Pain,fear and anger in hypertensive and normotensives: A psycho-physiological study. *Psychosomatic Medicine*,19,17-29.

Scherer,K.R.,Wallbott, H.J. and Summerfield, A.B.,(1986).Experiencing emotion: A cross-cultural study. En Carpenter, S., Halberstadt, A. (1996). *What makes people angry? Laypersons'and Psychologists'categorisations of anger in the family*. *Cognition and Emotion*, 10 (6), 627-656.

Schlichter, K.J. y Horan, J.J. (1981). Effects of stress inoculation on the aggression management skills of institutionalized juvenile delinquents. *Cognitive Therapy and Research*, 5, 359-365.

Shea, M.J. (1972). *A follow-up study into adulthood of adolescent psychiatric patients in relation to internalizing and externalizing symptoms, MMPI configurations, social competence, and life history variables*. En: Patterson, G. (1982) *A Social Learning Approach*. Coercive Family Process. Eugene, Oregon. Castalia Publishing Company.

Skinner, B.F. (1953). *Science and human behavior*. New York. Macmillan Co.,

Skinner, B.F. (1978). *Negative Conditioning and periodic reinforcement*. En Patterson, G. (1982) *A Social Learning Approach*. Coercive Family Process. Eugene, Oregon. Castalia Publishing Company.

Smith, M.A., and Jenkins,J.M. (1991). The effects of marital disharmony on prepubertal children. *Journal of abnormal child psychology*. 19, 625-644.

ESTA TESIS NO SALE DE LA BIBLIOTECA

Spielberg, C.D., Jacobs, G., Russell, S., y Crane, R. (1983). Assessment of anger: The state-trait anger scale. En Deffenbacher, J.L., Oetting, E.R., Thwaites, G.A., Lynch, R.S., Baker, D.A., Stark, R.S., Thacker, S., Eiswert-Cox, L. (1996) State-trait anger theory and the utility of the trait anger scale. *Journal of counseling psychology*, 43,2, 131-148.

Spielberger, C. D. (1988), *State-Trait Anger expression Inventory* Orlando Fl. Psychological Assessment Resources.

Stenberg, C.R. y Campos, J., Ende R. (1983). The facial expression of anger in seven month old infants. 54, 178-184.

Stokes, T., Baer, D.M. (1977). An Implicit technology of generalization. *Journal of applied behavior analysis*, 10, 349-367, no. 2

Stokes, T., Fowler, S., Baer, D. (1978). Training Preschool children to recruit natural communities of reinforcement. *Journal of applied behavior analysis*, 11, 285-303, no. 2

Straughan, J. H. (1964). Treatment with child and mother in the play room. *Behaviour research and therapy*, 2,37-41.

Suinn, R.M. (1977). Manual anxiety management training en Deffenbacher, J.L., Demm, P.M. y Brandon, A.D. (1986). High General anger: correlates and treatment. *Behavior Research Therapy*. Vol.24 no.4. pp 481-489, 1986.

Tangney, J.P., Barlow, D.H., Wagner, P.E., Marschall, D.E., Borenstein, J.K., Sanftner, J., Mohr, T., Gramzow, R. (1996). Assessing Individual differences in constructive versus destructive responses to anger across the Lifespan. *Journal of personality and social psychology*, 780-796.

Tharp, R.G. y Wetzel, R.J., (1969) *Behavior modification in the antural environment*. New York: Academic Press.

Thelen, M.H., Fry, R.A., Dollinger, S.J., y Paul, S.C. (1976). Use of videotaped models to improve the interpersonal adjustment of delinquents. *Journal of consulting and clinical Psychology*. 44, 492.

Tortora, G.J., Anagnostakos, N.P. (1989). *Principios de anatomía y fisiología*. México, Harla.

Tower, (1989) en Marion, M. (1994), Encouraging the development of responsible anger magement in young children. *Early Child development and care*, 97, 155-163.

Trepanier, M. and Romatowski, J. (1981). Classroom use of selected children's books to facilitate prosocial development in young children en Marion, M. (1994),

Encouraging the development of responsible anger management in young children. *Early Child development and care*, 97, 155-163.

Van den Oord, E.J.C.G., Verhulst, F., Boomsma, D.I. (1996). A Genetic study of maternal and paternal ratings of problem behaviors in 3 years old-Twin. *Journal of abnormal Psychology*, 105,3,349-357.

Vargas, E. y Ayala, H. (1998). Entrenamiento a maestros para el cambio de conducta disruptiva durante el recreo. VIII Congreso Mexicano de Psicología . 15 al 17 de octubre, México, D.F.

Villee, C. (1983). *Biología*. México, Interamericana.

Wahler, R.G., Winkel, G.H., Peterson, R.F. y Morrison, D.C. (1965). Mothers as behavior therapists for their own children. *Behaviour research and Therapy*, 3, 113-124.

Wainerman, C. (1976) *Escalas en Medición en Ciencias Sociales*. Buenos Aires, Nueva Visión.

West, M.O., and Prinz, R.J. (1987). Parental alcoholism and childhood psychopathology. *Psychological Bulletin*, 102, 204-218.

Wilson, R. (1984). A review of self control treatments for aggressive behavior. *Behavioral Disorders*, 9,131-140.

Wolf, V.V., Finch, A.J., Saylor, C.F., Blount, R.L., Pallmeyer, T.P., Carek, D.J. (1987). Negative affectivity in Children: A multitrait-multimethod investigation. *Journal of consulting and clinical psychology*. 55, 2, 245-250

Wolpe, J. (1958) *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford, California: Stanford University Press.

Wolpe, J. (1969). *The practice of behavior therapy*. Oxford: Pergamon, 1969.

Wolpe, J. y Lazarus, A.A. (1966). *Behavior Therapy techniques: A guide to treatment of neuroses*. Oxford: Pergamon, 1966.

Zeman, J. and Garber, J. (1996). Display rules for anger sadness and pain: It depends on who is watching. *Child development*, 67, 957-973.

Zeman, J; Penza, S.; Snipman, K y Young, G. (1997). Preschoolers as functionalists: The impact of social context on emotion regulation. *Child study journal*, 27, 1, 1997, pp 41-67.

Zeman, J. and Shipman, K. (1996). Children's expression negative affect: reasons and methods. *Developmental Psychology*, 3, 842-849

ANEXO A

ANEXO

Instrumentos.

Los instrumentos empleados cuentan con el proceso de estandarización necesario para garantizar el empleo de los instrumentos.

A continuación brevemente se enumeraran los pasos que se realizaron para la estandarización de cada instrumento, se omite la descripción detallada ya que se considera que existe un gran número de fuentes de consulta (Adams, G., 1975; Garrett, H. 1971; Hernández, R., Fernández, C., Baptista, P. 1991; Allen, c. 1979; Huerta, J. 1988; Wainerman, C. 1976; Mehrens, W., Lehmann I., 1982; Cronbach, J.L. 1971; Brown, F. 1980; Hílgard, E. 1969; Nunnally, J. 1995; Magnusson, D. 1969; Deutsch, M. Cooks, S. Seltz, C. Jahoda, M. 1965)

- Piloteo
- Selección y aplicación del instrumento a la muestra
- Análisis de reactivos (Distribución, dirección discriminación)
- Análisis de confiabilidad
- Análisis de validez

Lista Checable.

Lista checable- Inducción de enojo (Mendoza, Ayala, 1998)

Con la finalidad de identificar las conductas que un niño emplea cuando se enoja, es necesario contar con instrumentos de observación directa que permitan evaluar en situación análogas el comportamiento que el niño emplea en situaciones en las que presenta episodios de enojo con agresión.

Esta lista checable cuenta con 15 categorías de observación para el niño. En donde se registra, si durante la inducción de enojo se presentó o no la conducta. El registro lo realizará el terapeuta durante las sesiones de línea base y durante el tratamiento en las sesiones que sean necesarias.

Las categorías conductuales de la lista checable empleada se construyó con base en categorías conductuales reportadas por autores como Cummings, Voguel, Cummings y El Sheikh (1989), Sternberg, Campos y Emde (1983).

Categorías conductuales de la lista checable de enojo en el niño:

Aprieta las manos. Cuando el niño cierra sus puños.

Frunce el ceño. El niño frunce y tensa la parte de la frente que se encuentra entre las cejas.

Apretar la boca. Cuando el niño aprieta las comisuras de los labios, aprieta y levanta sus labios.

Torcer la boca. Cuando aprieta sus labios, y los mueve hacia un lado.

Aprieta los dientes. Cuando el niño muestra los dientes y los aprieta.

Sonrojarse. Cuando la cara del niño empieza a ponerse roja.

Aventar objetos. Cuando el niño toma un objeto y lo lanza hacia otras personas, u objetos; el objeto lanzado puede pegar o no, a personas u otros objetos.

Pegar. Cuando cualquier parte de su cuerpo o cualquier objeto hace contacto con el cuerpo de otra persona y causa malestar o daño en este.

Irse del lugar. Cuando el niño se aleja del lugar en donde ocurrió la situación conflictiva.

Agresión verbal. Cuando el niño dice juicios desfavorables para describir la conducta de otro.

Agresión no verbales. Cuando realiza con sus manos o brazos señas, cuyo significado es insultar a otra persona.

Se pega así mismo. Cuando emplea sus manos o cualquier otra parte de su cuerpo para golpearse.

Grita. Cuando emite cualquier gemido o palabra, con tono de voz elevado.

No habla. Cuando no dice ninguna palabra.

Berrinche. Cuando el niño llora, grita y patalea.

Cuestionarios y registros.

Cuestionario de Agresión Infantil

Cuestionario de agresión infantil (Fulgencio, Chaparro y Mercado, 1997). El cuestionario tiene por objetivo identificar comportamiento agresivo en niños de 8 a 12 años de edad. El cuestionario esta compuesto por 29 reactivos. Los padres de familia contestan el cuestionario. Fue construido y estandarizado en México, y cuenta con alpha de 0.78.

Registro Antecedente, Conducta y Consecuente

Registro Antecedente, Conducta y Consecuente (Ayala, 1992). Originalmente, el registro se emplea para conocer las conductas agresivas que emite el niño en casa y escuela, conocer sus antecedentes y consecuencias que aplica el padre ante tal comportamiento. Este registro se utilizará con la adaptación a episodios de enojo, es decir, el padre describirá los episodios de enojo diarios del niño, los antecedentes y los consecuentes de los episodios.

Índice de Enojo Infantil

Índice de Enojo Infantil. (Mendoza, Ortíz, Ayala, 1997)

El índice tiene por objetivo identificar los niños que expresan su enojo con comportamiento agresivo. Es contestado por niños de 8 a 12 años de edad. El índice esta compuesto por 27 reactivos. Fue construido y estandarizado en México, tiene un Alpha de Crombach de .90

Cuestionario de Enojo

Cuestionario de Enojo. (Mendoza, Reyes, 1999)

El cuestionario de enojo esta dirigido a niños de 9 a 12 años de edad.

Tiene cuatro escalas:

- a) Enojo Crónico. Identifica si la frecuencia, duración e intensidad de los episodios de enojo, afecta las relaciones interpersonales del niño.
- b) Enojo Situacional. Si la jerarquía de la persona quien hace enojar, influye en la manera en la que un niño expresa su enojo.

- c) Control de Enojo. Identifica el grado de control de enojo en niños de 9 a 12 años de edad.
- c) Expresión de enojo. Identifica la forma en la que el niño expresa su enojo, si lo expresa con ó sin agresión.
- Coefficiente de Confiabilidad .80

Indice de Estrés en la Crianza

Indice de Estrés en la Crianza, (Abidin, 1976).

Tiene por objetivo identificar el nivel de estrés de los padres, en función de Características sobresalientes del niño, características de los padres, y variables situacionales, relacionadas directamente con el rol de ser padre. Es contestado por los padres y consta de 120 reactivos, el cuestionario fue adaptado y traducido para emplearse en México (Ortiz, Ayala 1998). Alpha de Crombach .80

INDUCCION DE ENOJO

Características del Confederado:

El confederado que participó en las situaciones de enojo tenía la misma edad que el niño a quien se le realizó la inducción de enojo.

El terapeuta practicó con el confederado la situación de inducción de enojo a través de juego de roles, posteriormente el confederado ensayó la situación de inducción con un niño (ajeno al tratamiento), lo cual le permitió al terapeuta evaluar la calidad de la participación del confederado.

Situación: Inducción de Enojo

La primer inducción de enojo fue llevada a cabo por un niño confederado. La inducción se dividió en dos situaciones, el tiempo de diferencia entre ambas fue de 3 minutos. En la primer inducción de enojo el terapeuta deja de tarea al paciente hacer una "copia", el terapeuta lo deja trabajando solo; cuando el paciente ha escrito más de la mitad de su hoja el confederado entra a la cámara de Gesell y le raya el cuaderno al paciente.

La Segunda Inducción se lleva a cabo ese mismo día, después de que el confederado le rayo su cuaderno el terapeuta le indica al paciente que comience la copia, nuevamente el terapeuta lo deja trabajando solo y el confederado entra y le arranca la hoja al paciente.

Durante la inducción de enojo el terapeuta observó al niño y al confederado a través de la cámara de Gesell, y registró el comportamiento del niño (paciente) a través de la lista checable de inducción.

La Tercer inducción de enojo fue llevada a cabo por el terapeuta, en esta situación el terapeuta empleó las frases que más hacían enojar a cada uno de los pacientes.

a. COMPONENTE DE RELAJACION

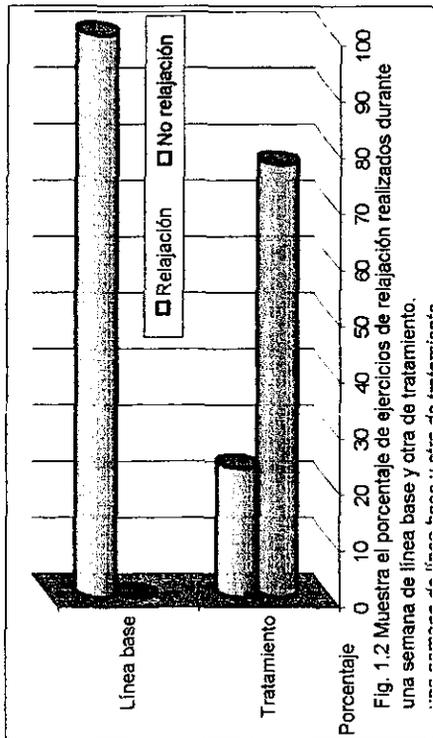


Fig. 1.2 Muestra el porcentaje de ejercicios de relajación realizados durante una semana de línea base y otra de tratamiento.

Sujeto 1

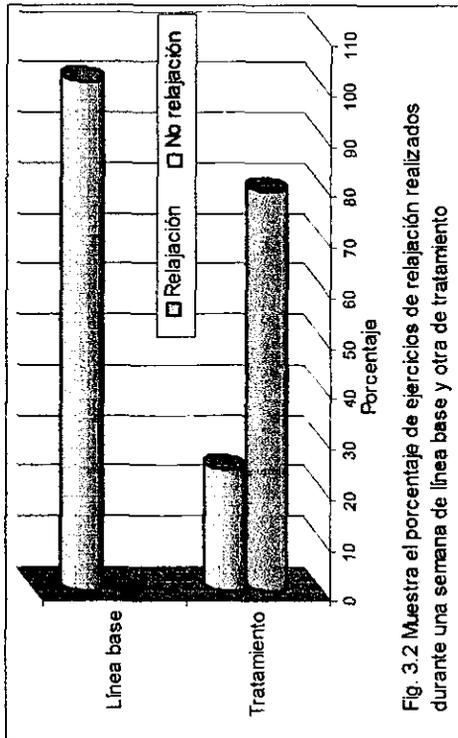


Fig. 3.2 Muestra el porcentaje de ejercicios de relajación realizados durante una semana de línea base y otra de tratamiento

Sujeto 3

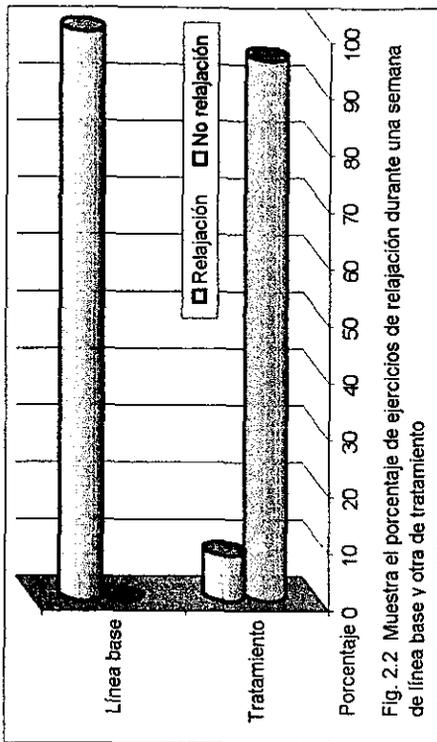


Fig. 2.2 Muestra el porcentaje de ejercicios de relajación durante una semana de línea base y otra de tratamiento

Sujeto 2

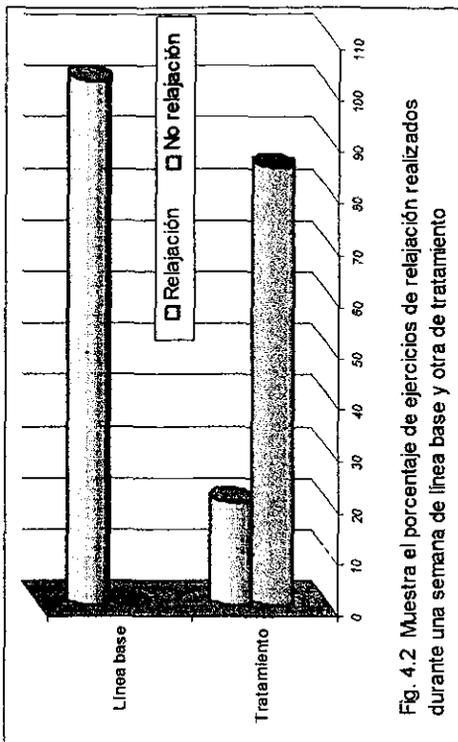


Fig. 4.2 Muestra el porcentaje de ejercicios de relajación realizados durante una semana de línea base y otra de tratamiento

Sujeto 4

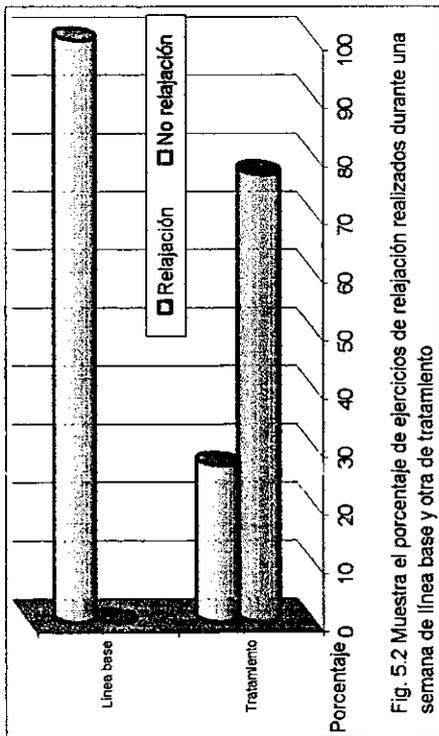


Fig. 5.2 Muestra el porcentaje de ejercicios de relajación realizados durante una semana de línea base y otra de tratamiento

Sujeto 5

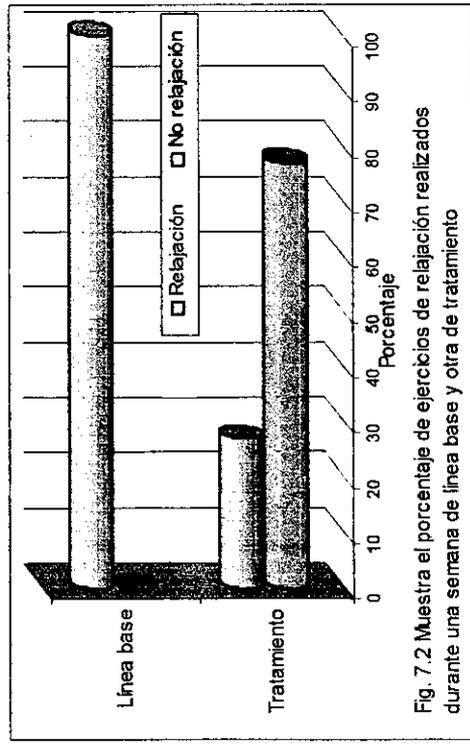


Fig. 7.2 Muestra el porcentaje de ejercicios de relajación realizados durante una semana de línea base y otra de tratamiento

Sujeto 7

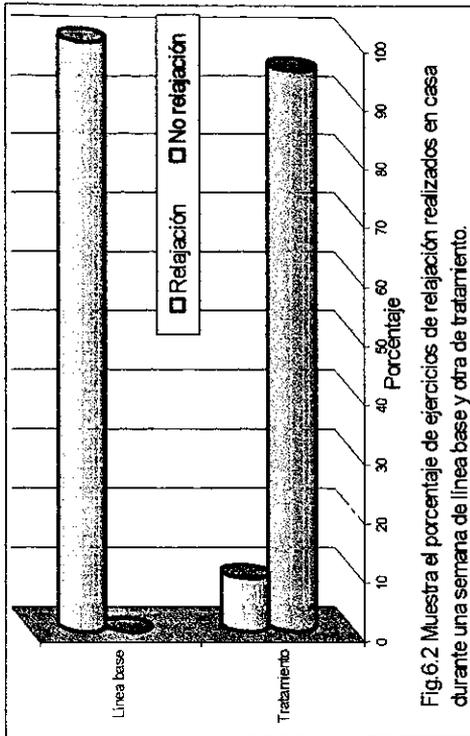


Fig.6.2 Muestra el porcentaje de ejercicios de relajación realizados en casa durante una semana de línea base y otra de tratamiento.

Sujeto 6

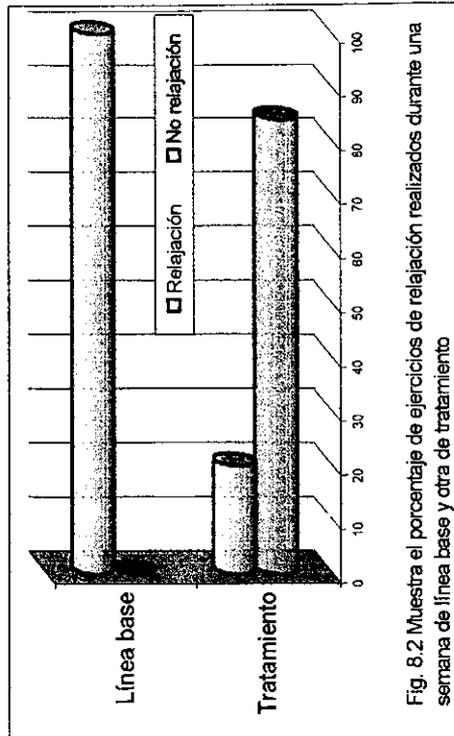


Fig. 8.2 Muestra el porcentaje de ejercicios de relajación realizados durante una semana de línea base y otra de tratamiento

Sujeto 8

b. COMUNICACIÓN ASERTIVA . Frases Positivas

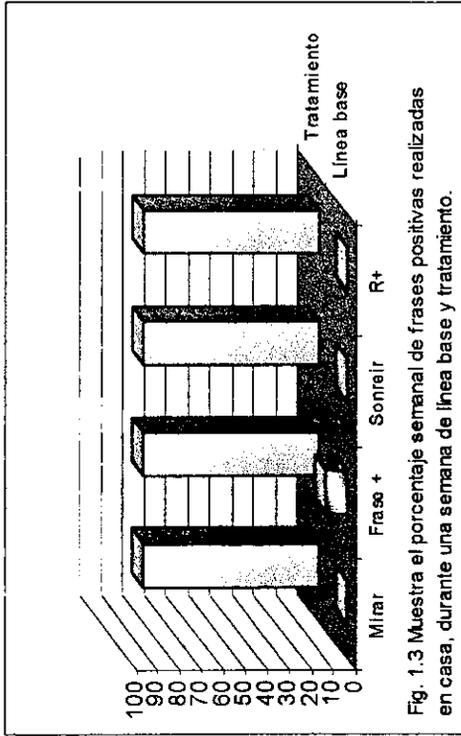


Fig. 1.3 Muestra el porcentaje semanal de frases positivas realizadas en casa, durante una semana de línea base y tratamiento.

Sujeto 1

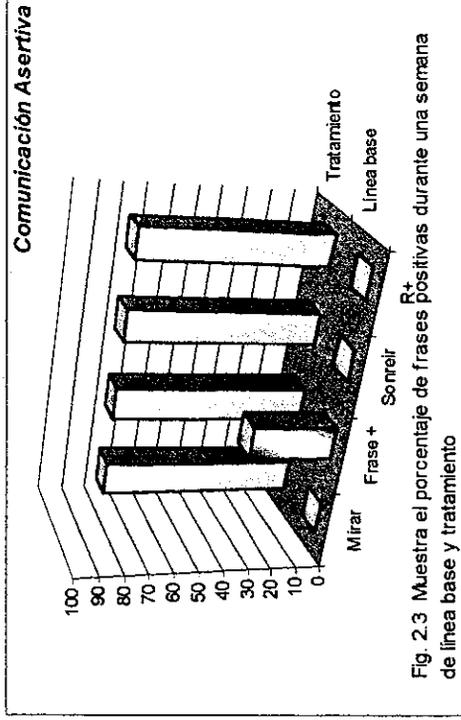


Fig. 2.3 Muestra el porcentaje de frases positivas durante una semana de línea base y tratamiento.

Sujeto 2

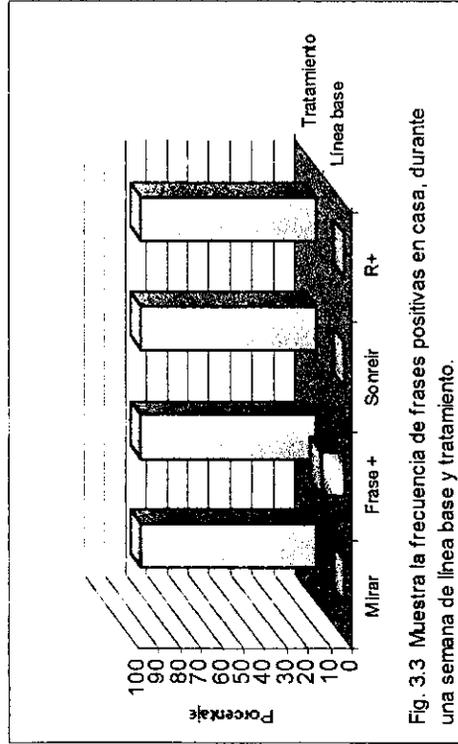


Fig. 3.3 Muestra la frecuencia de frases positivas en casa, durante una semana de línea base y tratamiento.

Sujeto 3

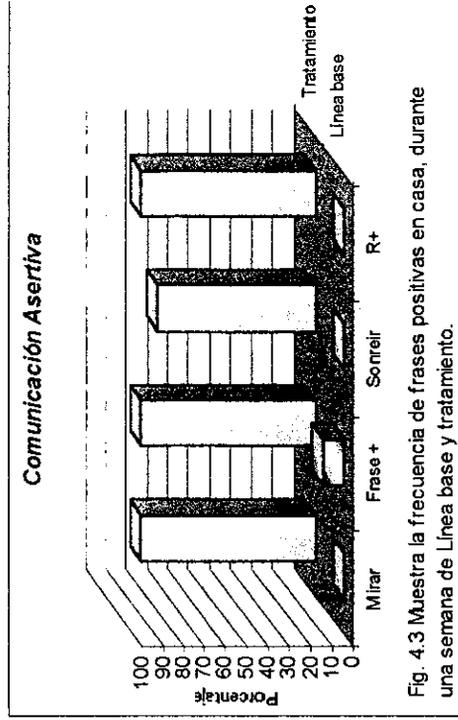
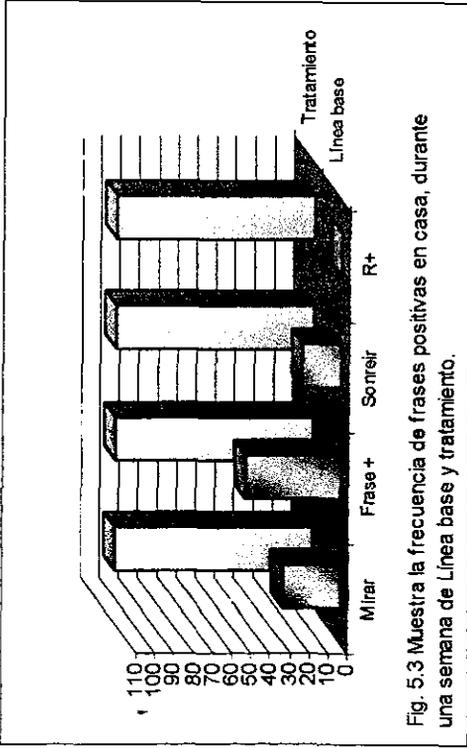
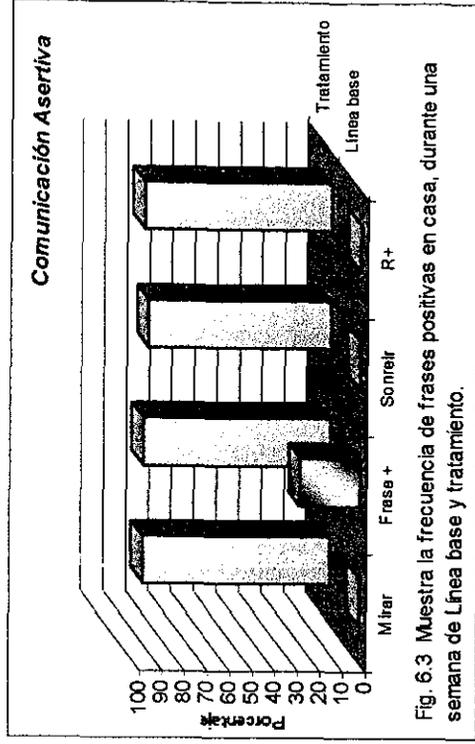


Fig. 4.3 Muestra la frecuencia de frases positivas en casa, durante una semana de Línea base y tratamiento.

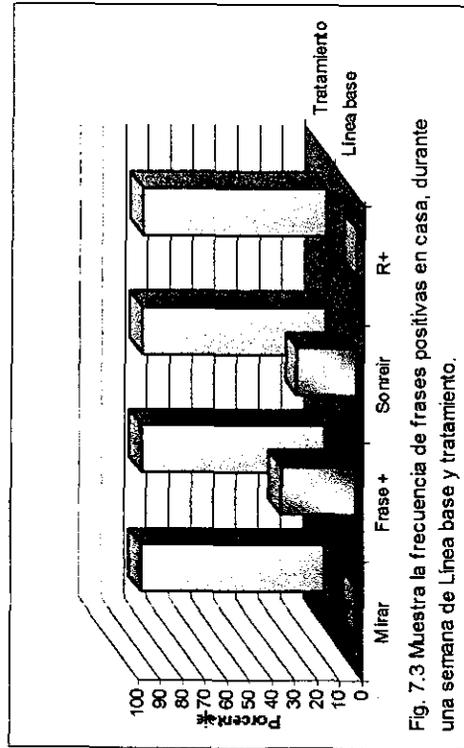
Sujeto 4



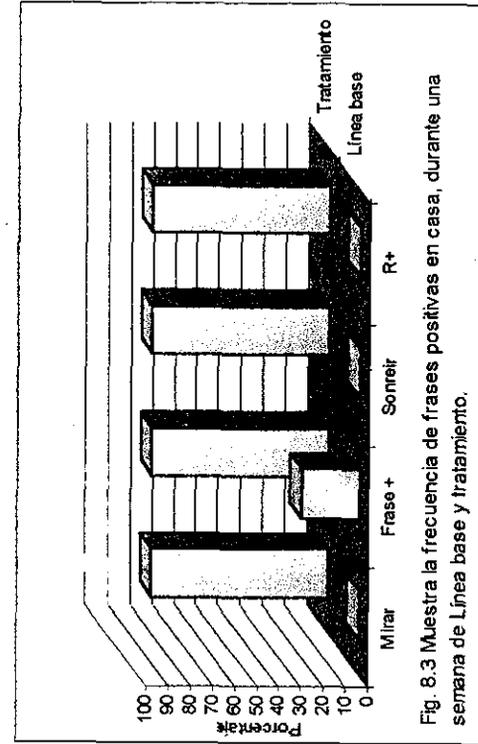
Sujeto 5



Sujeto 6



Sujeto 7



Sujeto 8

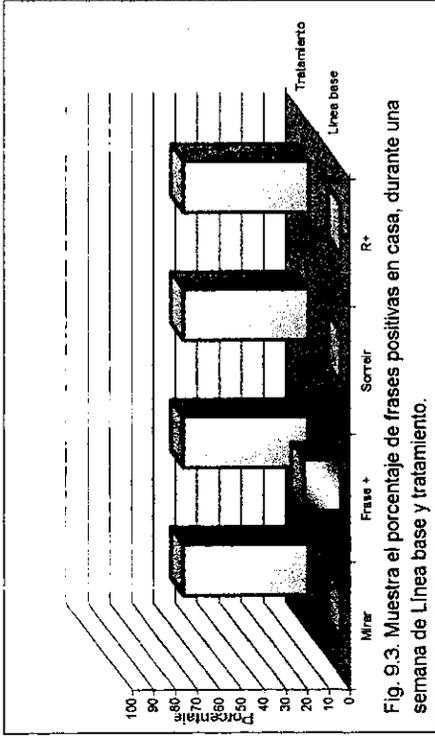


Fig. 9.3. Muestra el porcentaje de frases positivas en casa, durante una semana de Línea base y tratamiento.

Sujeto 9

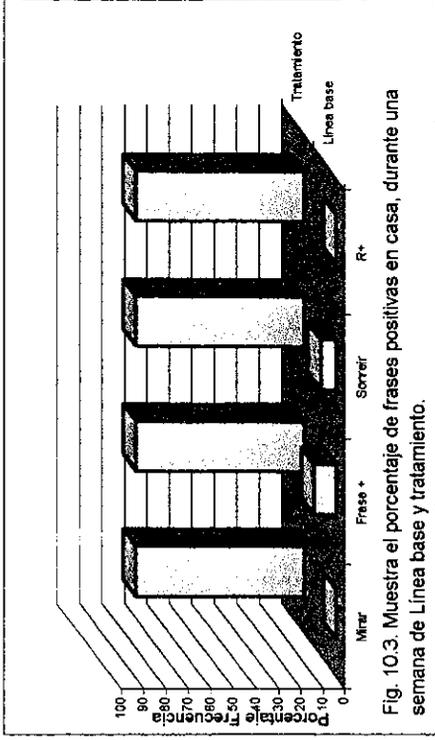


Fig. 10.3 Muestra el porcentaje de frases positivas en casa, durante una semana de Línea base y tratamiento.

Sujeto 10

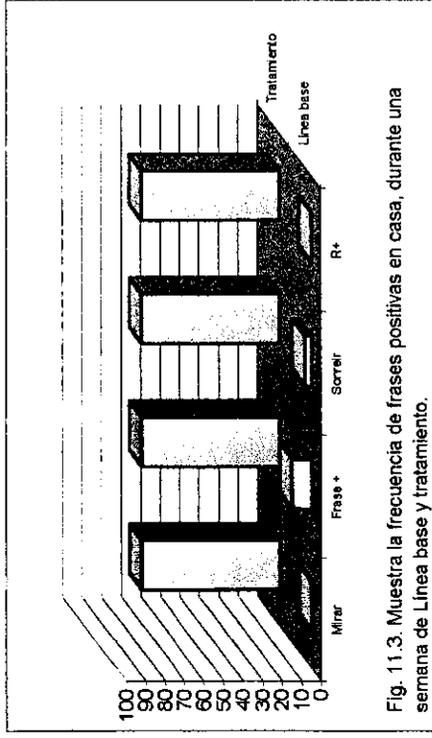


Fig. 11.3. Muestra la frecuencia de frases positivas en casa, durante una semana de Línea base y tratamiento.

Sujeto 11

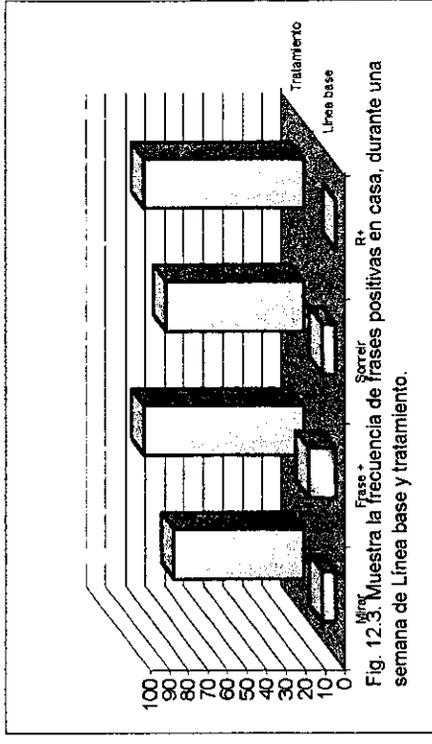


Fig. 12.3 Muestra la frecuencia de frases positivas en casa, durante una semana de Línea base y tratamiento.

Sujeto 12

COMUNICACIÓN ASERTIVA. Frases en primera persona

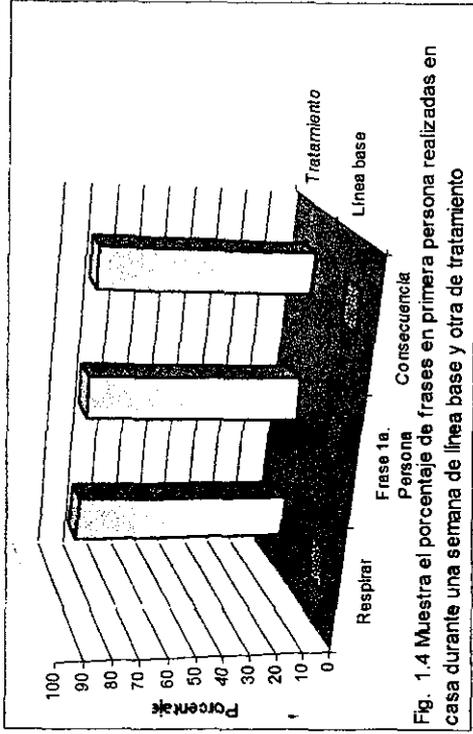


Fig. 1.4 Muestra el porcentaje de frases en primera persona realizadas en casa durante una semana de línea base y otra de tratamiento

Sujeto 1

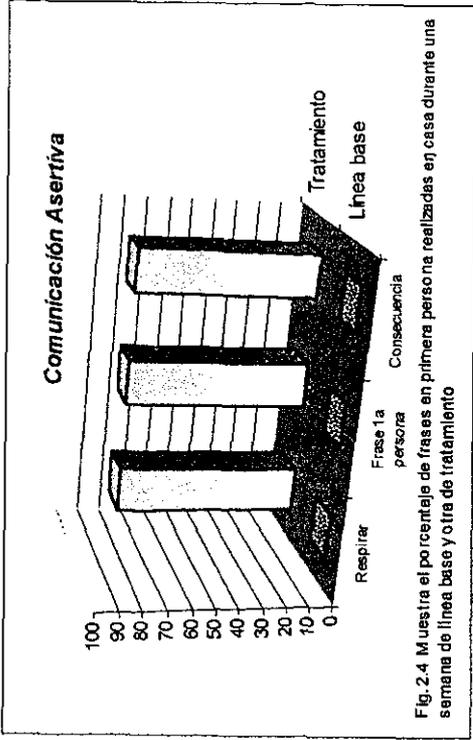


Fig. 2.4 Muestra el porcentaje de frases en primera persona realizadas en casa durante una semana de línea base y otra de tratamiento

Sujeto 2

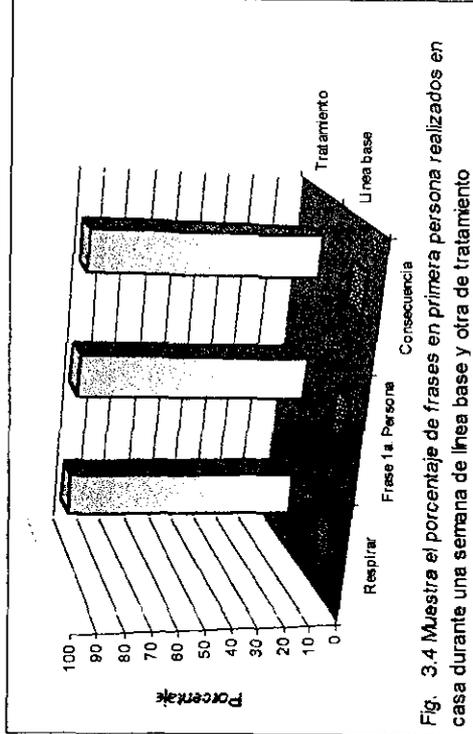


Fig. 3.4 Muestra el porcentaje de frases en primera persona realizados en casa durante una semana de línea base y otra de tratamiento

Sujeto 3

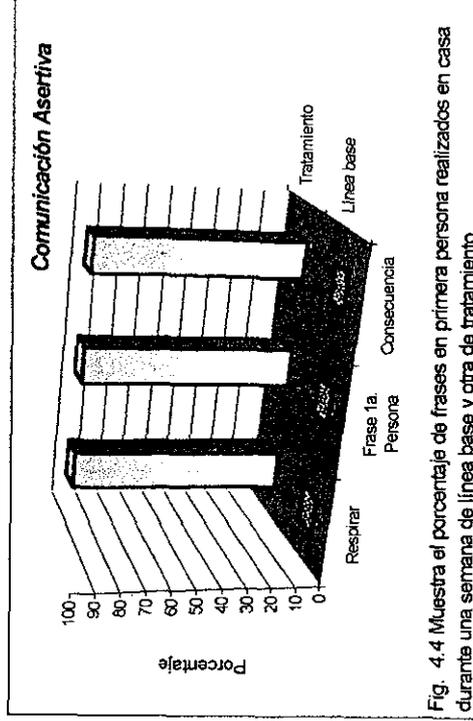


Fig. 4.4 Muestra el porcentaje de frases en primera persona realizados en casa durante una semana de línea base y otra de tratamiento

Sujeto 4

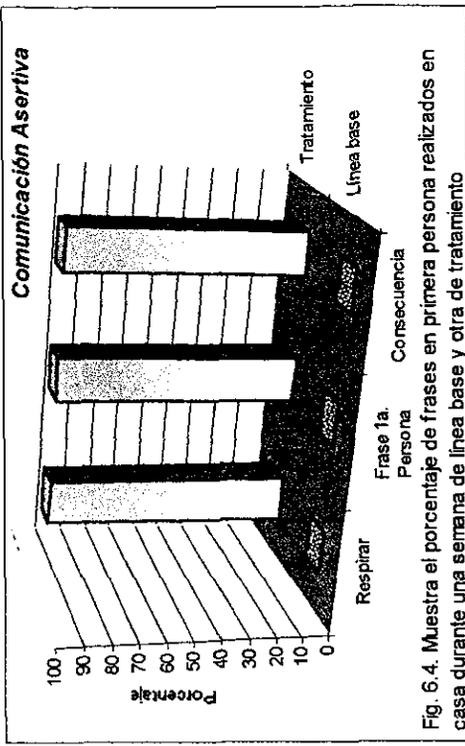


Fig. 6.4. Muestra el porcentaje de frases en primera persona realizados en casa durante una semana de línea base y otra de tratamiento

Sujeto 6

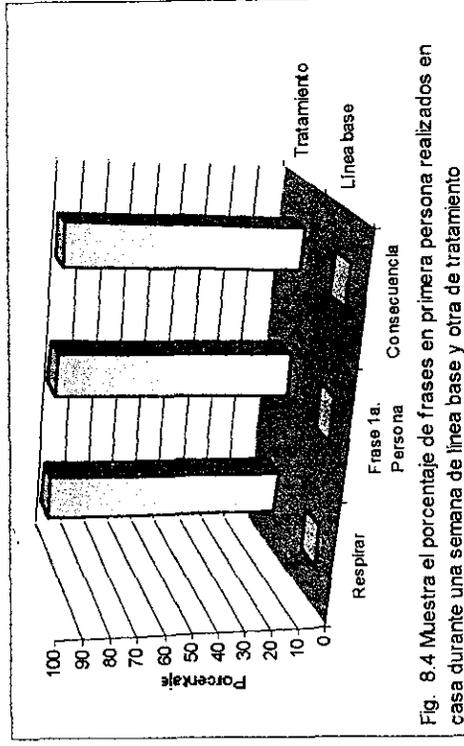


Fig. 8.4 Muestra el porcentaje de frases en primera persona realizados en casa durante una semana de línea base y otra de tratamiento

Sujeto 8

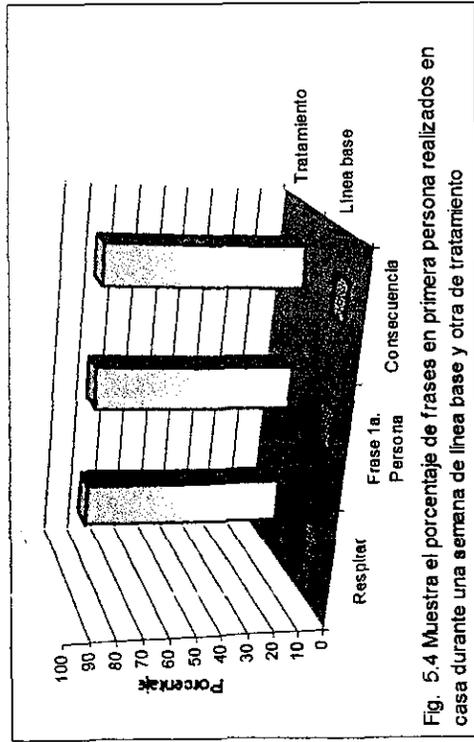


Fig. 5.4 Muestra el porcentaje de frases en primera persona realizados en casa durante una semana de línea base y otra de tratamiento

Sujeto 5

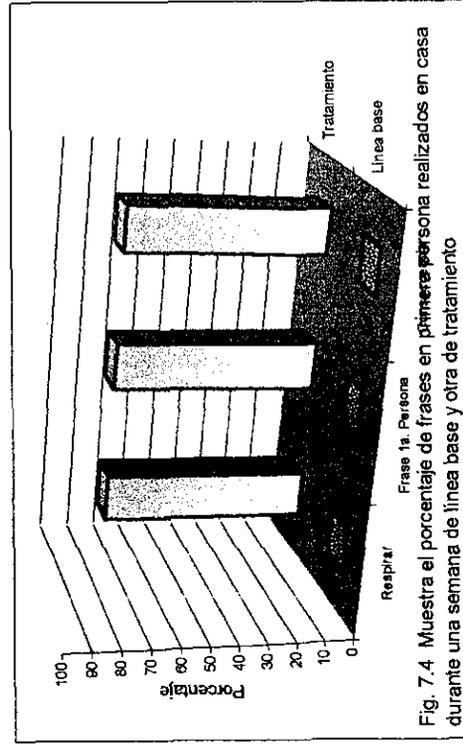


Fig. 7.4 Muestra el porcentaje de frases en primera persona realizados en casa durante una semana de línea base y otra de tratamiento

Sujeto 7

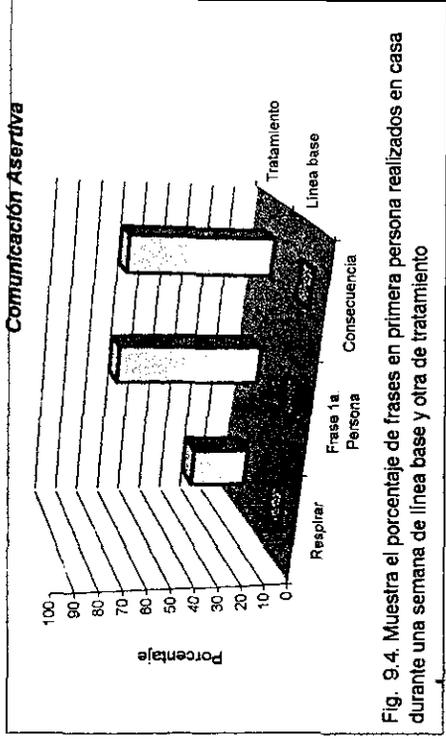


Fig. 9.4. Muestra el porcentaje de frases en primera persona realizados en casa durante una semana de línea base y otra de tratamiento

Sujeto 9

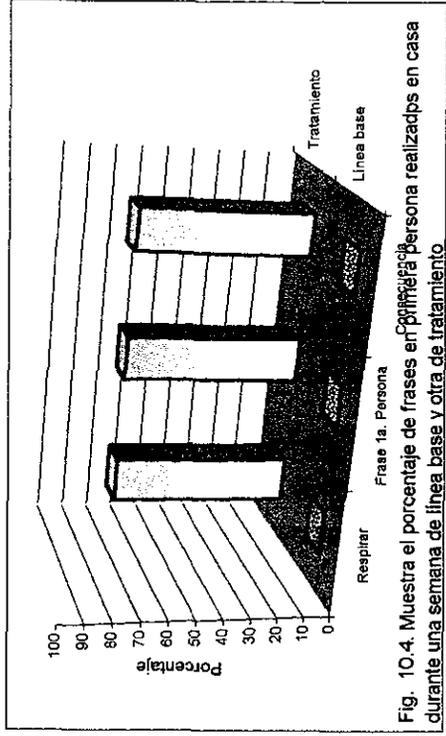


Fig. 10.4. Muestra el porcentaje de frases en primera persona realizados en casa durante una semana de línea base y otra de tratamiento

Sujeto 10

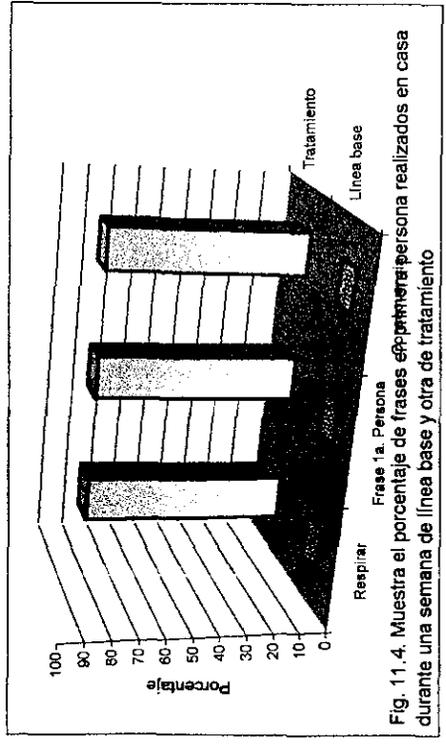


Fig. 11.4. Muestra el porcentaje de frases en primera persona realizados en casa durante una semana de línea base y otra de tratamiento

Sujeto 11

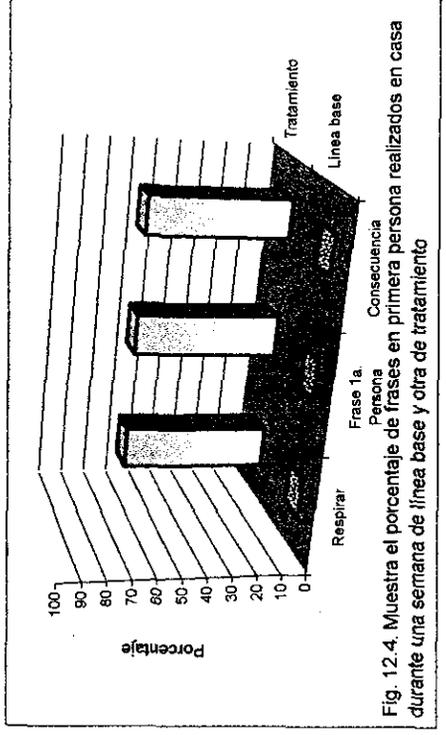


Fig. 12.4. Muestra el porcentaje de frases en primera persona realizados en casa durante una semana de línea base y otra de tratamiento

Sujeto 12

c. AUTO INSTRUCCIONES

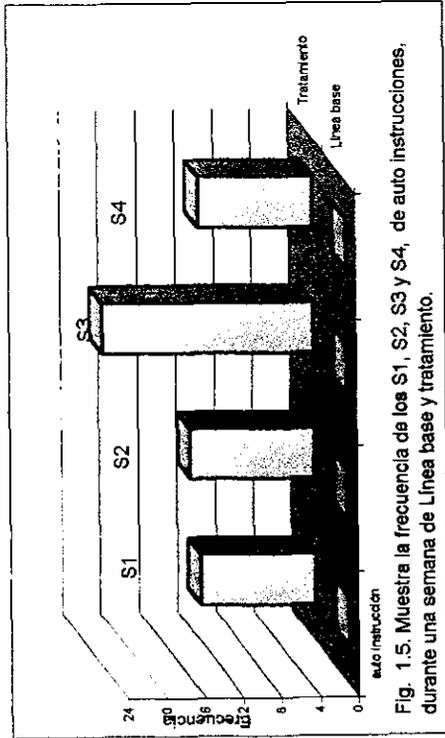


Fig. 1.5. Muestra la frecuencia de los S1, S2, S3 y S4, de auto instrucciones, durante una semana de Línea base y tratamiento.

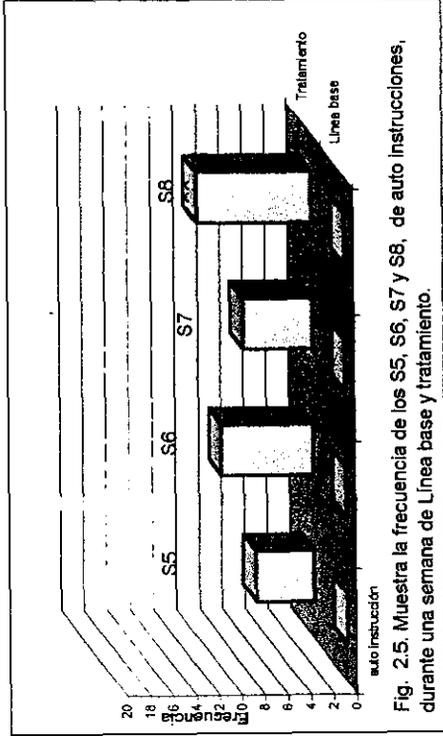


Fig. 2.5. Muestra la frecuencia de los S5, S6, S7 y S8, de auto instrucciones, durante una semana de Línea base y tratamiento.

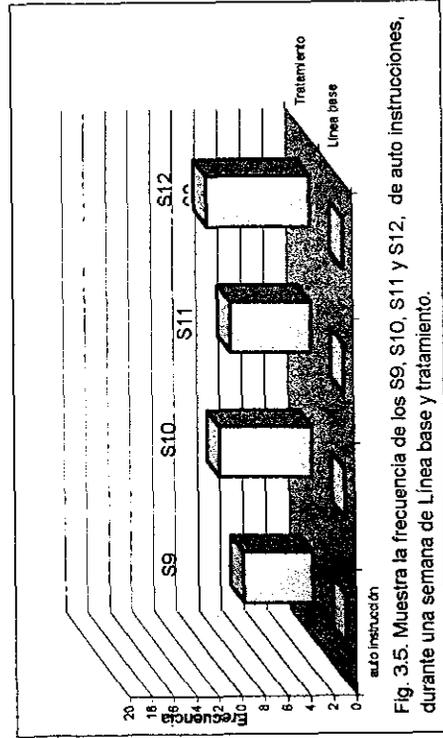


Fig. 3.5. Muestra la frecuencia de los S9, S10, S11 y S12, de auto instrucciones, durante una semana de Línea base y tratamiento.

d. SOLUCION DE PROBLEMAS.

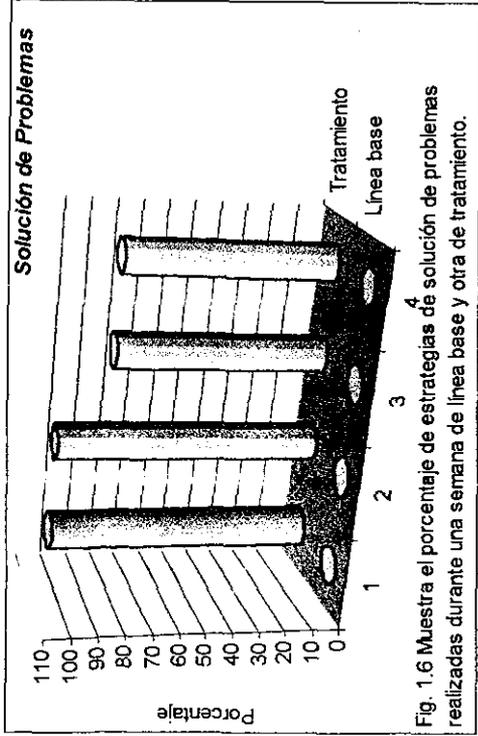
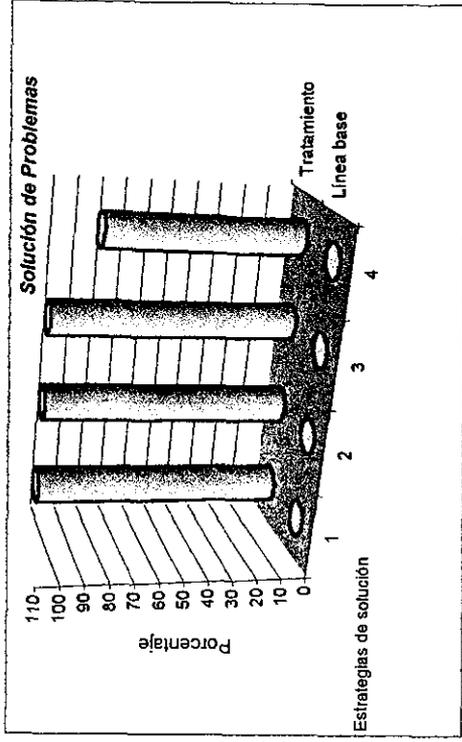


Fig. 1.6 Muestra el porcentaje de estrategias de solución de problemas realizadas durante una semana de línea base y otra de tratamiento.

Sujeto 1



Sujeto 2

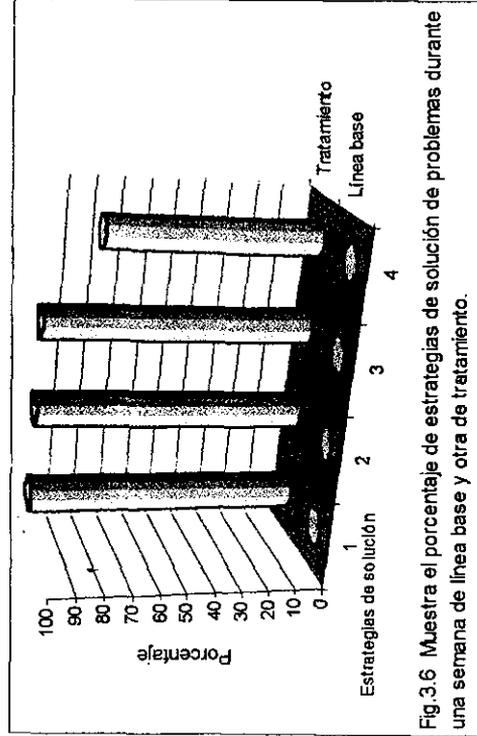


Fig.3.6 Muestra el porcentaje de estrategias de solución de problemas durante una semana de línea base y otra de tratamiento.

Sujeto 3

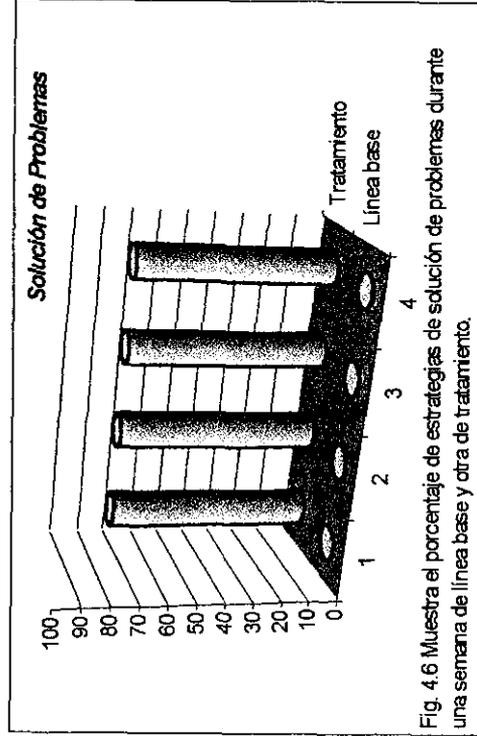


Fig. 4.6 Muestra el porcentaje de estrategias de solución de problemas durante una semana de línea base y otra de tratamiento.

Sujeto 4

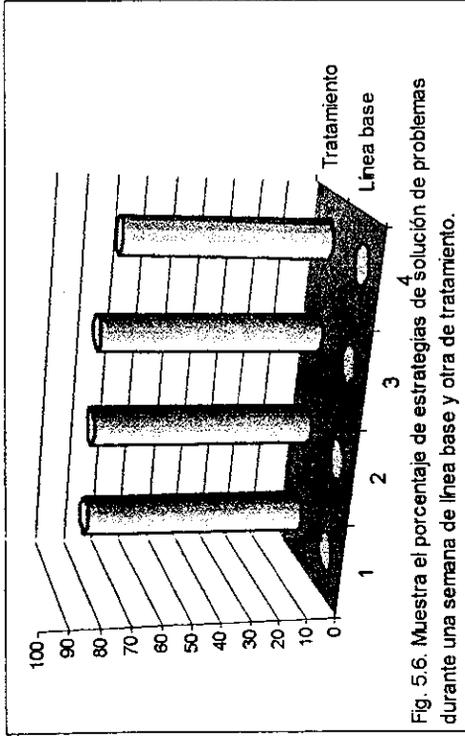


Fig. 5.6. Muestra el porcentaje de estrategias de solución de problemas durante una semana de línea base y otra de tratamiento.

Sujeto 5

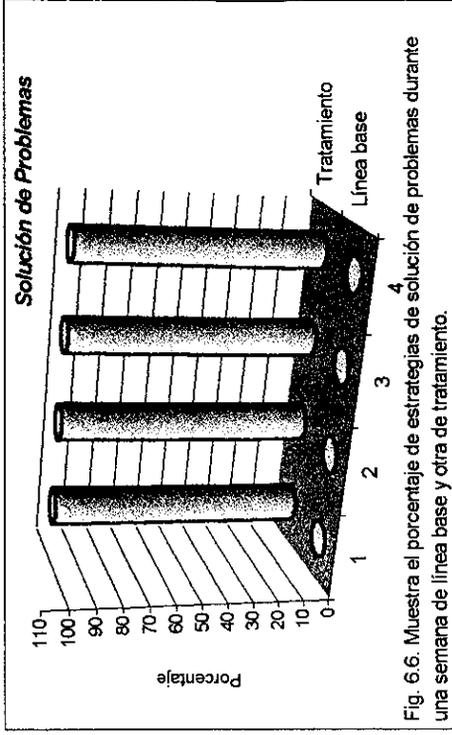


Fig. 6.6. Muestra el porcentaje de estrategias de solución de problemas durante una semana de línea base y otra de tratamiento.

Sujeto 6

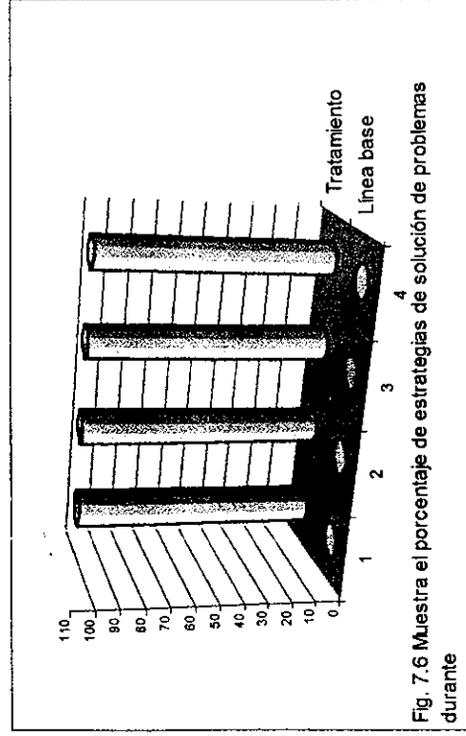


Fig. 7.6 Muestra el porcentaje de estrategias de solución de problemas durante

Sujeto 7

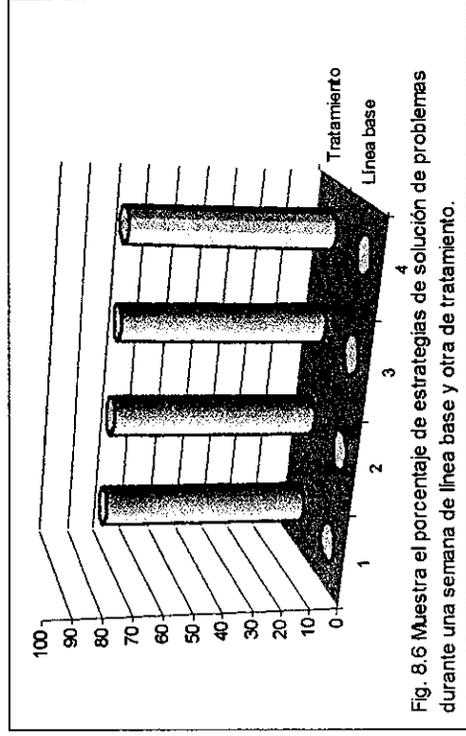


Fig. 8.6 Muestra el porcentaje de estrategias de solución de problemas durante una semana de línea base y otra de tratamiento.

Sujeto 8

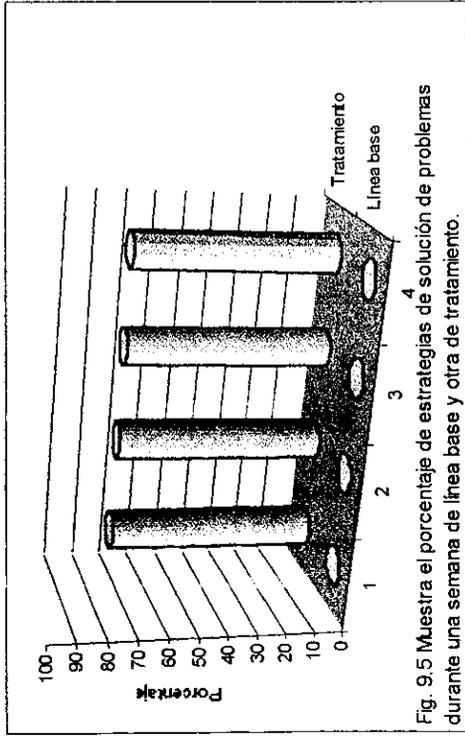


Fig. 9.5 Muestra el porcentaje de estrategias de solución de problemas durante una semana de línea base y otra de tratamiento.

Sujeto 9

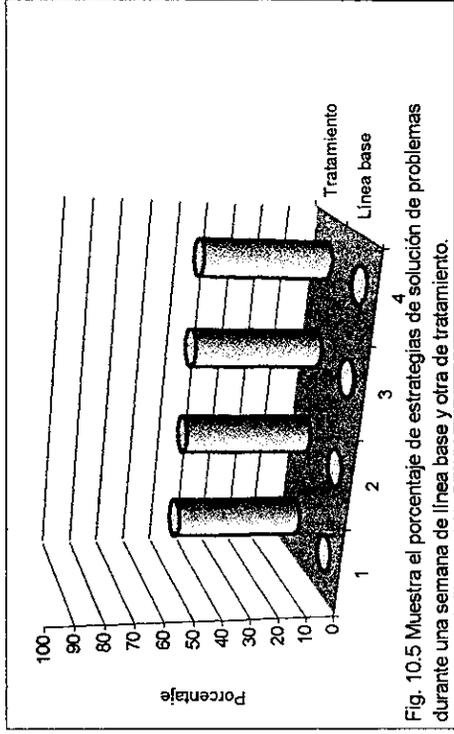


Fig. 10.5 Muestra el porcentaje de estrategias de solución de problemas durante una semana de línea base y otra de tratamiento.

Sujeto 10

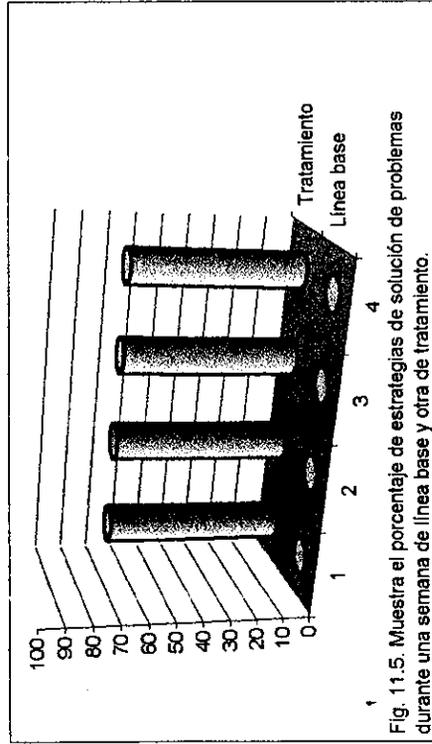


Fig. 11.5 Muestra el porcentaje de estrategias de solución de problemas durante una semana de línea base y otra de tratamiento.

Sujeto 11

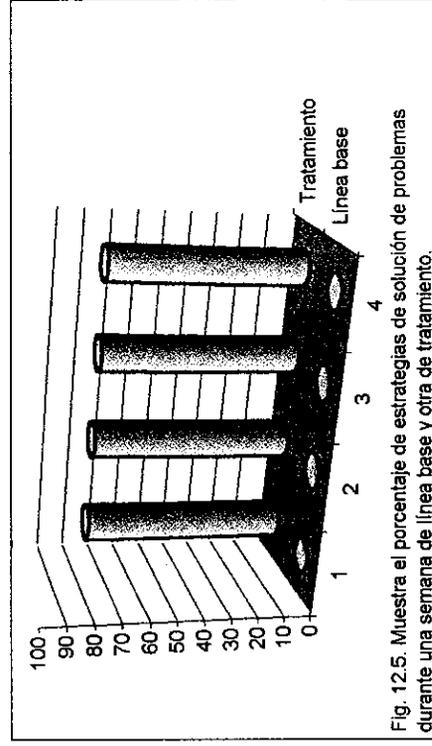


Fig. 12.5 Muestra el porcentaje de estrategias de solución de problemas durante una semana de línea base y otra de tratamiento.

Sujeto 12

INDUCCIÓN 1

SUJETO	PRIMER GRUPO					SEGUNDO GRUPO						
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Línea Base												
	-Sonrojo -Frunció ceño -apreto puños	-Sonrojo -Frunció ceño -apreto puños -arrebato objeto	Sonrojo Frunció ceño Apretó puños	Sonrojo Frunció ceño Pago Apretó puños Arrebato objeto	Frunció ceño Sonrojo Apretó puños	Apretó puños Frunció ceño Sonrojo Arrebato objeto	Frunció ceño Apretó puños Arrebato objeto	Sonrojo Frunció ceño Apretó puños Aventó objetos	Sonrojo Frunció ceño Apretó puños Insulto	Sonrojo Frunció ceño Apretó puños Arrebato objetos	Sonrojo Frunció ceño Apretó puños Arrebato objetos	Sonrojo Frunció ceño Apretó puños Arrebato objeto
Pos-Tratamiento												
	Frase en 1ª persona	Respira	Respira Frase en 1ª persona	Respira Frase en 1ª persona	Respira Frase en 1ª persona	Respira Frase en 1ª persona	Respira frase en 1ª persona	Respira Frase en 1ª persona	Frase en 1ª persona	Frase en 1ª persona	Frase en 1ª persona Sonrojo Apretó puños	Sonrojo apretó puños

Tabla. 1a. Muestra la primer inducción de enojo programada con un confederado niño, aplicada a los 12 sujetos. Durante la línea base y después del tratamiento.

INDUCCIÓN 2

SUJETO	PRIMER GRUPO					SEGUNDO GRUPO						
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Línea Base	-Lloro -Aventó cosas	-Sonrojo -Aventó objeto	-Sonrojo -Aventó objeto -apretó puños Frunció ceño	-Sonrojo -Aventó objetos -pego -insulto	-Sonrojo -Lloro	-Sonrojo	-Sonrojo -Aventó objeto -Insulto	-Sonrojo -Pegó -Insulto	-Sonrojo -Aventó objeto -Pegó -Insulto	-Se sonrojó -Aventó objeto -Frunció ceño	-Sonrojo Aventó objeto -Insultó -pegó	-Se sonrojó -Aventó objetos
Pos-Tratamiento	-Relajación -Frase en 1ª persona	-Respira -Frase en primera persona	-Respira -Acusa	-Apreto puños -Frunció ceño	-Respira -Frase en 1ª persona -Acusa	-Respira	-Respira -Acusa -Frase en 1ª persona	-Frase en 1ª persona	-Frase en 1ª persona -Se sonroja -Grita	-Frase en 1ª persona -Insulta	Arrebató objeto	-Apreto puños -Frunció ceño -Frase en 1ª persona

Tabla. 2a. Muestra la segunda inducción de enojo programada con un confederado niño, aplicada a los 12 sujetos. Durante la línea base y después del tratamiento.

INDUCCIÓN 3

SUJETO	PRIMER GRUPO						SEGUNDO GRUPO					
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
<i>Línea Base</i>	-Sonrojo -Frunció ceño	-Sonrojo el -Insulto	-Sonrojo -Frunció ceño -Apretó puños	-Sonrojo -Frunció ceño -Insulto -Apretó puños	-Sonrojo -Apretó puños -Frunció ceño	Apretó puños Frunció ceño Sonrojo	-Sonrojo -Insulto	-Sonrojo -Insulto	-Se sonrojó -Frunció ceño -Apretó puños -Insulto	-Se sonrojó Apretó puños -Frunció ceño	-Se sonrojó -Frunció ceño -Insulto	-Sonrojo Frunció ceño -Apretó puños
<i>Pos-Tratamiento</i>	-Relajación -Auto instrucciones	-Auto instrucciones -Respira	-Respira -Auto instrucciones	-Auto instrucciones -Sonrojo	-Respira -Auto instrucción	-Auto instrucción -Respira	-Respira Auto instrucciones	-Respira -Auto instrucciones	-Auto instrucción	-Frase en 1ª persona -Insulta	-Auto instrucciones -Se sonrojó	-Auto instrucción

Tabla. 3a. Muestra la tercer inducción de enojo programada con un confederado niño, aplicada a los 12 sujetos. Durante la línea base y después del tratamiento.