



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DIVISIÓN DEL SISTEMA DE UNIVERSIDAD ABIERTA

MANEJO DEL ENOJO EN JÓVENES ADULTOS

INFORME PROFESIONAL DE SERVICIO SOCIAL

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

SUSANA GÓMEZ HERNÁNDEZ

DIRECTORA: LIC. DAMARIZ GARCÍA CARRANZA
REVISORA: LIC. PATRICIA PAZ DE BUEN RODRÍGUEZ
SUPERVISORA: PSIC. REBECA SÁNCHEZ MONROY
INSTITUCIÓN RECEPTORA: CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS
"DR. GUILLERMO DÁVILA"
SUBPROGRAMA DE SERVICIO SOCIAL EN CLÍNICA
NÚMERO DE CLAVE: 2006-12/23-3250



**Facultad
de Psicología**

MÉXICO, D. F.

2008



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO**

Facultad de Psicología
División del Sistema de Universidad Abierta

MANEJO DEL ENOJO EN JÓVENES ADULTOS

Informe Profesional de Servicio Social

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA

SUSANA GÓMEZ HERNÁNDEZ

Directora: Lic. Damariz García Carranza
Revisora: Lic. Patricia Paz de Buen Rodríguez
Supervisora: Psic. Rebeca Sánchez Monroy
Inst. Receptora: Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila"
Subprograma de Servicio Social en Clínica
Número de clave: 2006-12/23-3250



UNAM, 156
2008

M^r

TPs.

No existe nada bueno ni malo; es el pensamiento humano el que lo hace aparecer todo así.

William Shakespeare.

Para Andrés, Adrián y Carlos Andrés con amor

A Andrés mi esposo, a quien admiro, con quien he crecido en todos los sentidos y con quien he construido una vida en pareja con unión, apoyo, motivación, comprensión y sobretodo con amor.

A mis hijos Adrián y Carlos Andrés, con gran amor y admiración, de quienes he aprendido tanto, como seres humanos, como hijos, como estudiantes y como profesionistas; por su cariño, paciencia, apoyo, por su amor, ternura y linda sonrisa.

A mis padres, Ángel Gómez Rodríguez y Luz Hernández Varela, quienes han sido un ejemplo de perseverancia y superación constante, con admiración, amor y respeto. Gracias por su apoyo desde que nací, por su eterna sonrisa y cariño.

A mis hermanos, a quienes quiero tanto, por ser parte tan importante en mi vida y en mi formación, por su cariño, unión y comprensión.

A mi tío, mi mentor, el Dr. Alejandro Cornejo Rodríguez, quien ha sido ejemplo de dedicación, profesionalismo, excelencia y ardua lucha, con gran cariño, admiración y respeto. Gracias por tu apoyo y cariño desde que era una niña.

A todos mis tíos y primos por su cariño y cercanía desde siempre; que aunque no nos veamos con frecuencia, todo el tiempo están presentes dentro de mí.

A mis abuelos, a quienes he amado tanto y de quienes tengo muy presentes sus palabras, ternura y cariño, porque fueron gran ejemplo para mí y muy importantes en mi formación.

A mis suegros con respeto y cariño por su apoyo.

A mis sobrinos por su sonrisa, alegría y cariño.

A los demás miembros de mi gran familia, con cariño.

A mis amigas, la Dra. Paty Fush, Ame y Lety por sus palabras de aliento, empatía, cariño, apoyo y comprensión.

Agradecimientos

A mis sinodales: Lic. Damariz García Carranza; Lic. Patricia Paz de Buen Rodríguez; Lic. Concepción Conde Álvarez; Lic. Miguel Ángel Luna Izquierdo; y al Lic. Mario Pérez Zuviri por sus palabras de aliento, por su profesionalismo, importantísimo apoyo, colaboración, por la gran motivación que me transmitieron para desarrollar el presente trabajo y, por haberme brindado la oportunidad de aprender de sus asesorías, observaciones y comentarios, los cuales fueron valiosas aportaciones que enriquecieron mi conocimiento y mi Informe Profesional de Servicio Social.

A la Psic. Rebeca Sánchez Monroy por haberme dado la oportunidad de participar como prestador de servicio social, contribuyendo con mi trabajo en la importante labor que lleva a cabo el Centro de Servicios Psicológicos y así formar parte de la segunda generación de la opción de titulación por IPSS, ya que ésta experiencia me ha dejado un invaluable aprendizaje, crecimiento personal y profesional.

A la Lic. Adriana Carapia por su orientación, gran apoyo y enseñanza, por escucharme y por su valiosa amistad.

A todos los integrantes del equipo de trabajo del Centro de Servicios Psicológicos por brindarme su apoyo y amistad.

A la Dra. Mariana Gutiérrez Lara por sus palabras de aliento, gran apoyo, interés y orientación, al guiarme en la comprensión de esta nueva modalidad, así como durante mi proceso de titulación. Del mismo modo, agradezco a su equipo de trabajo en el área de servicio social por su importante y excelente labor.

A la Lic. Cristina Conde por su asesoría, valiosas palabras y apoyo.

A la Maestra Irasema Rea C., de manera muy especial, por haberme enseñado la hermosísima técnica de la Terapia Racional Emotiva, por su gran apoyo, profesionalismo, interés y gran motivación para que lograra culminar esta etapa tan importante de mi vida, por permitirme aprender de su experiencia y, sobre todo, por acompañarme en el camino de la racionalidad, siendo un gran acicate en los momentos difíciles.

Tiene gran significado para mí agradecer a todas y cada una de las personas que acudieron al CSP por apoyo psicológico con quienes trabajé y, muy en especial, a las personas que participaron en el taller sobre manejo del enojo que realicé, ya que gracias a que me brindaron su confianza, colaboración y la oportunidad de apoyarlos, he adquirido un invaluable aprendizaje y crecimiento como ser humano.

Quiero expresar también mi agradecimiento con mucho cariño, a todos mis maestros de la Facultad de Psicología, así como a todos mis compañeros y amigos, quienes formaron parte de esta experiencia tan maravillosa durante los años que he dedicado al estudio de esta hermosísima profesión.

De la misma manera, quiero agradecer a todas aquellas personas que directa o indirectamente me brindaron su apoyo desinteresado.

*Mientras más rígido me vuelvo en mis juicios, más fácil me
será romper el corazón de quienes yo amo.*

Carlos Eduardo de Almagro

Índice

Resumen	1
Introducción.....	3
1. Justificación y Contexto	6
2. Marco Teórico de Referencia.....	9
2.1. Enfoque Cognitivo-Conductual	9
2.2. Terapia Cognitivo-Conductual.....	10
2.3. Técnicas Cognitivas	14
2.4. Técnicas Emotivas	22
2.5. Técnicas Conductuales	23
2.6. Biología de las Emociones	28
2.6.1. Concepto de Emoción	28
2.6.2. Emoción de Enojo	33
2.6.3. Epidemiología.....	35
2.6.4. Medición del Enojo	40
3. Estrategias Metodológicas y de Intervención	43
4. Taller: “Manejo del Enojo en Jóvenes Adultos”	59
5. Resultados	91
Discusión.....	102
Conclusiones.....	109
Limitaciones	119
Referencias	121
Anexos.....	124

Resumen

Actualmente, la demanda de servicios psicológicos por la población está en fuerte crecimiento, advirtiéndose una gran necesidad de ofrecer a las personas atención especializada. Ante estas circunstancias, la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México, cuenta con un escenario que permite brindar un servicio de calidad para la atención psicológica y es el Centro de Servicios Psicológicos (CSP) "Dr. Guillermo Dávila". En dicho centro, se aplican importantes programas de atención en diferentes áreas, además de ser un espacio de enseñanza para los alumnos. En este contexto, el CSP cuenta con el subprograma de Servicio Social.

El presente Informe Profesional de Servicio Social (IPSS) es un reporte escrito que tiene como objetivo describir las actividades que realizó el prestador del Servicio Social en dicho espacio.

Asimismo, el IPSS presenta una propuesta de intervención realizada por parte del prestador del Servicio Social, la cual es una alternativa de solución a una problemática con alta demanda en el centro. Se trata del taller: "Manejo del Enojo en Jóvenes Adultos".

El objetivo de dicho taller fue enseñar estrategias y técnicas cognitivo-emotivo y conductuales para el manejo del enojo en jóvenes adultos.

Este reporte está constituido por cinco capítulos. En el capítulo 1 se explican las razones por las cuales se llevó a cabo este informe y se describe

brevemente el escenario en el que el prestador de servicio social desarrolló su labor.

En el capítulo 2 se incluye el Marco Teórico de referencia, el cual investigó el prestador de servicio social para el desarrollo de su propuesta de intervención.

En el capítulo 3 se describen las Estrategias Metodológicas y de Intervención. Es la descripción de las actividades realizadas por el prestador durante el servicio.

En el capítulo 4 se presenta el taller "Manejo del Enojo en Jóvenes Adultos", en el que se reflejan las habilidades clínicas adquiridas durante el servicio. Se tomó una medida inicial (pre-test) y dos medidas posteriores al término del taller (post-test y seguimiento), se compararon estas tres mediciones aplicando la prueba no paramétrica de Friedman, y los datos estadísticos reflejaron que hubo cambios en los tres puntajes. Se concluyó que estos cambios se debieron a la implementación del taller y no al azar. Los detalles de esta afirmación se muestran en el capítulo de resultados.

En el capítulo 5 se comentan los resultados cuantitativos y cualitativos y los logros alcanzados en el taller.

Se incluye un apartado que contiene: la discusión, las conclusiones y los comentarios finales.

Finalmente, se agrega una sección de anexos en la que se integran los formatos de evaluaciones, cuestionarios, autoregistros, etc., utilizados en el taller.

Introducción

El cuerpo humano es el carruaje; el yo, el hombre que lo conduce; el pensamiento son las riendas y, los sentimientos, los caballos.

Platón.

En la actualidad, en las grandes ciudades la vida cotidiana de las personas transcurre rápidamente, no se dan tiempo suficiente para descansar, para el esparcimiento, para estar consigo mismos, para convivir con la familia, para practicar ejercicio o relacionarse socialmente. Muchas personas se observan muy preocupadas por los problemas económicos, familiares, de trabajo o del entorno, influyendo de manera determinante en éstas, generándoles enojo, ansiedad, tristeza, depresión, entre otros problemas.

En la salud física y mental de todo ser humano se encuentran presentes aspectos muy importantes como: el bagaje de pensamiento, las emociones, las reacciones conductuales y físicas, las relaciones interpersonales y el entorno ambiental. Todos y cada uno de estos factores influyen en el funcionamiento de las personas. Así, el gozar de buena salud implica sentirse bien en tres diferentes pero muy vinculadas áreas, inicialmente con uno mismo, con el entorno social y con el ambiente. Esto es, que la salud está en función del equilibrio de estos tres factores: organismo, conducta y ambiente físico y social.

Como dicen Buela-Casal, Caballo y Carrobles (1996, p. 7): "Enfermedades como el cáncer, el sida, el estrés, etc., no pueden ser explicados por los clásicos modelos de enfermedad, dado que la "causa" no está en el organismo sino en la interacción organismo-conducta-ambiente. Por tanto, el objetivo ya no es tratar la enfermedad, sino conseguir y mantener un equilibrio entre estos tres factores".

En este modelo biológico, psicológico y ambiental las emociones juegan un papel muy importante ya que como Reeve (1992, p. 517) menciona: “Las emociones son, en parte, reacciones biológicas ante situaciones importantes de la vida. Sirven como funciones de enfrentamiento y resolución que permiten al individuo prepararse para adaptarse con eficacia a circunstancias importantes de la vida. Las emociones energizan y dirigen las acciones corporales (como correr o pelear).”

Destaca el autor, que se identifican reacciones biológicas del cuerpo relacionadas con las emociones. Estas reacciones se caracterizan por activación fisiológica produciendo sudoración, palpitaciones, elevación de la presión sanguínea, variaciones en el ritmo cardíaco, producción de adrenalina, cambios en la expresión facial, en los músculos y sentimientos subjetivos. La mente y el cuerpo están en constante relación. Cualquier cambio en el estado de ánimo, genera un cambio físico y viceversa. A cada emoción le corresponde una respuesta neurológica emocional concreta. Por ejemplo, las emociones negativas como el enojo, la rabia y el miedo aumentan la cantidad de adrenalina en el organismo.

Actualmente, basta mirar a nuestro derredor para darnos cuenta del ambiente en el que estamos inmersos: se observa en muchas personas enojo, hostilidad y agresión en las ciudades. En el seno de muchas familias, en las calles o en el ambiente de trabajo, el enojo, las actitudes de enfado y malhumor, violencia y agresión van en aumento. Escuchando o leyendo las noticias, a diario nos enfrentamos con que la presencia de enojo y la agresión son una constante, generando toda clase de problemas sociales, desde leves hasta los muy graves.

Del mismo modo, el enojo es probablemente uno de los estados emocionales que contribuye de manera más significativa a la patogénesis de algunos cuadros médicos comunes como lo son la hipertensión, las enfermedades coronarias y el cáncer (Spielberger, 1988). Esto ya lo había planteado teóricamente Franz Alexander (1939); éste autor vio las elevaciones en la presión arterial de los hipertensos como producto de una activación del sistema cardiovascular que ocurría al retener los sentimientos de enojo. En otros estudios

se descubrió que las mujeres que tendían a guardar o a negar emociones, tales como el enojo, eran más propensas a tener cáncer de mama que las que no lo hacían. (Greer, S. y Morris, T; 1978, citado por Lazarus y Lazarus, 2000). Un considerable número de investigaciones sugiere que el enojo conduce a enfermedades del corazón. Sin embargo, han descubierto que no es la intensidad del enojo lo que causa el problema, sino su frecuencia. En otras palabras, las personas que se enfadan a menudo pueden ser las que más riesgo corran (Keinan, G., Ben-Zur, H., Zilka, M. y Carel, R. S., 1992, citados por Lazarus et al., 2000).

Como se ha visto, el enojo puede tener efectos desastrosos en nuestra propia vida. Si no lo regulamos puede destruir nuestras relaciones personales con: cónyuges, hijos, otros familiares, amigos, nuestras relaciones laborales, puede fomentar las agresiones y como ya se vio puede provocar trastornos cardíacos u otras enfermedades.

Por lo arriba expuesto, es muy importante considerar que en el manejo de las emociones influyen de manera determinante los pensamientos.

Respecto a la unidad de pensamiento, emoción y motivación, el terapeuta racional-emotivo Albert Ellis dice: "La Terapia Racional-Emotiva (TRE) asume que el pensamiento y la emoción humana no son dos procesos separados o diferentes, sino que se solapan significativamente y son en algunos aspectos, para todo efecto práctico, esencialmente la misma cosa. Igual que los otros dos procesos vitales básicos, percibir y moverse, están completamente integrados y no se pueden considerar jamás totalmente separados uno de otro" (Ellis, A., 1984, citado por Lazarus et al., 2000).

Por su parte, Aarón Beck pone de relieve que no es suficiente la catarsis emocional sin pensamiento y comprensión, para producir un cambio (Beck, A. T., 1987, citado por Lazarus, et al., 2000).

Debido a los resultados de las investigaciones y a los evidentes problemas sociales que estamos viviendo, se observa actualmente mucho más interés en el estudio y tratamiento de la emoción de enojo.

Justificación y Contexto

Una de las metas del estudiante de licenciatura, al concluir sus estudios, es obtener el título de Licenciado en Psicología, además de insertarse en el ambiente de trabajo para poder aplicar sus conocimientos y servir a su sociedad. Sin embargo, esto no siempre es posible pues las instituciones requieren de profesionales capacitados y con experiencia.

Por otra parte, la gran demanda de atención psicológica de la sociedad, por una gran variedad de padecimientos, sigue en continuo crecimiento. Para satisfacer estas necesidades es muy importante contar con más escenarios en los que el estudiante de Psicología pueda aplicar sus conocimientos con un entrenamiento supervisado y logre una mejor formación en la práctica profesional.

La Facultad de Psicología de la UNAM ofrece un escenario que permite brindar un servicio de calidad en la atención psicológica a la comunidad universitaria y al público en general. El Centro de Servicios Psicológicos de la Facultad de Psicología es un espacio que cuenta con importantes programas de atención en diferentes áreas, uno de los cuales forma parte el subprograma de Servicio Social, el cual ofrece la oportunidad de que los estudiantes puedan aplicar sus conocimientos en un entrenamiento bajo supervisión, desarrollen nuevas habilidades y puedan hacer una práctica profesional de calidad.

En el año de 1981 fue inaugurado el Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila". Entre los objetivos del centro estuvieron: el desarrollo de la docencia e investigación en los estudios de postgrado (Lorentzen, 1986) y el

otorgar servicio a estudiantes y a su familia nuclear. Actualmente, dicho Centro se encuentra ubicado en la UNAM, en la Facultad de Psicología, en el sótano del edificio "D".

La Visión del CSP es: "Formar con excelencia, a través del entrenamiento supervisado, a los estudiantes de Psicología, así como brindar servicio de calidad a la comunidad universitaria y al público en general, para contribuir con los principios rectores de nuestra máxima Casa de Estudios".

Asimismo, tiene como Misión: "Ofrecer formación supervisada a los estudiantes tanto de licenciatura como de postgrado, en diferentes corrientes psicológicas, así como proporcionar servicio terapéutico en forma individual, grupal, de familia o de pareja y diferentes talleres a los estudiantes y trabajadores de la UNAM y al público en general".

La atención que se brinda es de segundo nivel y cuenta entre otros, con los programas de: Atención a enfermos crónico degenerativos; Retroalimentación biológica; Víctimas de violencia sexual; residencia en: Terapia infantil, Terapia para adolescentes, Terapia familiar y/o de pareja, Terapia de adicciones, Medicina conductual y en Psicoterapia en línea; Aprendizaje transformativo y rendimiento escolar; Trastornos de la alimentación; Proceso de duelo; Terapia psicodinámica; Terapia cognitivo-conductual; Consejería; Juego del optimismo; Maltrato infantil y Terapia familiar y narrativa en escenario institucional.

❖ **Características de la población**

De acuerdo al segundo informe semestral de actividades clínicas del año 2004, se encuentra que entre la población que acude al centro por demanda de atención psicológica están personas entre 4 y 69 años de edad. El 72.2% de esta población es de sexo femenino y el 27.8% es masculino. Con relación a su escolaridad: el 60% tienen nivel de licenciatura; el 6.1% cuentan con primaria; el 1.7% son técnicos y el 1.3% corresponden a postgrado. En cuanto a su procedencia: el 54.4% es público en general; el 6.1% son trabajadores administrativos de la UNAM y el 43.5 % son estudiantes universitarios de la UNAM.

❖ **Objetivos del programa de Servicio Social**

➤ **General**

“Proporcionar al estudiante de servicio social un escenario profesional y materia de trabajo pertinente que le permita confirmar y desarrollar sus conocimientos y habilidades clínicas, abordando las problemáticas psicológicas vigentes en nuestra sociedad de forma efectiva, eficiente y eficaz, con responsabilidad, compromiso y alta calidad humana”.

➤ **Específicos**

Entre los objetivos específicos están:

- “Desarrollar e incrementar las habilidades clínicas (realizar: preconsulta; concertar citas; formulación de casos, elaboración del programa o plan de tratamiento y elaboración de la nota psicológica para actualizar expedientes, así como seguimientos)”.
- “Aplicar, calificar, evaluar e interpretar instrumentos psicológicos, así como integrar y elaborar el reporte psicológico”.
- Desarrollar la intervención psicológica: modelo de solución de problemas y toma de decisiones, así como la técnica de relajación.
- Que el estudiante desarrolle la confianza en sus conocimientos y habilidades clínicas entrenándolo para desempeñarse como terapeuta de casos individuales, como instructor en la impartición de talleres a grupos pequeños, fundamentados teóricamente, estando bajo supervisión.
- Que el estudiante desarrolle e incremente su conocimiento y habilidades para la elaboración de talleres con temas psicológicos identificados como principales motivos de consulta y que sean de interés para el prestador de servicio social.
- Enseñar al estudiante a trabajar en forma organizada y sistemática, a través del manejo del expediente clínico, bajo supervisión.

Marco Teórico de Referencia

No existe nada bueno ni malo; es el pensamiento humano el que lo hace aparecer todo así.

William Shakespeare.

El marco de referencia que se presenta a continuación busca fundamentar el trabajo que se llevó a cabo en el desarrollo y elaboración de un taller para el manejo del enojo en jóvenes adultos, e interpretar y explicar los resultados obtenidos al término del trabajo.

2.1. Enfoque Cognitivo-Conductual

Según la posición cognitivo-conductual la comprensión de la cognición implica considerar: estructuras cognitivas, contenido cognitivo, procesos cognitivos y productos cognitivos (lo explican *Ingram y Kendall, 1986; Kendall y Hammen, 1995*, citados por *L. I. Lega, V. Caballo, A. Ellis, 1998*). De tal manera que estructuras cognitivas se refiere a la organización interna de la información; esto es, memoria a corto y a largo plazo, almacenamiento sensorial, etc., también explican que contenido cognitivo es el contenido real almacenado, es decir, el conocimiento semántico, información generada internamente, creencias que ya han sido almacenadas, etc.

Asimismo, los procesos cognitivos tienen que ver con el procesamiento de la información en cuanto a su recepción, almacenamiento, transformación y la salida de ésta. Así también, los productos cognitivos son el resultado del trabajo

realizado en el sistema cognitivo, como las atribuciones que se hacen, las imágenes generadas, las creencias a las que se ha recurrido, los pensamientos generados, las decisiones tomadas, etc.

En el funcionamiento desadaptativo de una persona están implicadas las deficiencias cognitivas y las distorsiones cognitivas. Las primeras tienen que ver con deficiencias en el procesamiento de la información, como en el caso del déficit en la solución de los problemas interpersonales y las segundas se refieren a interpretaciones o percepciones erróneas que se hacen del ambiente.

En relación a esto, *Brewin* (1996) concuerda con otros teóricos (como *Beck* et al., 1979, *Ellis*, 1962 y *Meichenbaum*, 1977), señalando que es posible notar la diferencia entre pensamientos automáticos y esquemas. Así, describe que los pensamientos automáticos son cogniciones más o menos accesibles a la conciencia y los esquemas: son cogniciones no tan accesibles, pues son profundas, son suposiciones o creencias nucleares irracionales.

El modelo cognitivo postula que en toda perturbación psicológica existe una distorsión del pensamiento, que repercute en el estado de ánimo (emociones) y en la conducta de las personas. Destaca que para que haya un cambio en el estado de ánimo y en la conducta, se requiere de una interpretación realista y de un cambio de pensamiento; es decir, de la modificación de las creencias disfuncionales en el bagaje de pensamiento.

Judith Beck (2000) comenta que no obstante que diferentes profesionales han adaptado la aplicación del tratamiento del modelo cognitivo para diversos trastornos psiquiátricos modificando el objetivo, la tecnología y la duración del tratamiento, los postulados teóricos del modelo cognitivo se mantienen sin cambios.

2.2. Terapia Cognitivo-Conductual

En este campo de las terapias cognitivo-conductuales se ha aceptado el postulado de que en el origen y mantenimiento de los trastornos emocionales influyen de manera determinante los factores cognitivos (*Bas*, 1992).

Brewin (1996) indicó que la terapia cognitivo-conductual integra dos tipos de terapias: por un lado las que incluyen intervenciones cognitivas para disminuir las conductas y emociones desadaptativas, cambiando el tipo de pensamiento de las personas e interpretaciones y, por el otro, las que incluyen intervenciones conductuales para disminuir las conductas y emociones desadaptativas, buscando mejorar el comportamiento a uno más adaptativo y funcional (*Brewin*, 1996, citado por *L. I. Lega*, et al., 1998).

Este autor explica que los dos tipos de intervención se apoyan en el supuesto de que las vivencias pasadas han dejado un aprendizaje en la persona y éste genera un tipo de comportamiento que puede ser desadaptativo y en este caso la terapia tiene como objetivo modificar la conducta y emociones disfuncionales y enseñar nuevas formas de comportamiento, mediante aprendizaje nuevo y más funcional.

Ya antes, en 1993, *Hart y Morgan* habían coincidido en que la terapia cognitivo-conductual encuentra sus bases en la teoría del aprendizaje social y que varias de sus técnicas se originaron en los modelos del condicionamiento clásico y operante. Hicieron referencia a que la teoría del aprendizaje social (*Bandura*, 1977; *Rotter*, 1982) “se basa en la suposición de que el entorno, las disposiciones personales y el comportamiento situacional de una persona se determinan mutuamente y de que la conducta es un fenómeno dinámico y en constante evolución...”

Para *Friedberg* (2005) es claro que la teoría del aprendizaje social incide en los profesionales para que analicen la influencia mutua y dinámica que se da entre las personas y el ambiente en el que manifiestan su conducta y también para analizar cómo la conducta siguiente influye en las circunstancias presentes.

En este tenor *A. T. Beck* (1985), *J. S. Beck* (1995), *Padesky y Greenberger* (1995) afirman que la terapia cognitiva sostiene que hay cinco aspectos en la vida que se relacionan unos con otros, que interactúan, que se influyen y que se deben considerar en la conceptualización de los problemas psicológicos de las personas. Estos aspectos son: el contexto interpersonal y ambiental, la fisiología o reacciones físicas, las emociones, las conductas y los pensamientos, es decir, la

cognición del individuo. Todos estos factores interactúan unos con otros, dando lugar a un sistema dinámico y complejo. Ya muchos textos han ilustrado gráficamente el modelo cognitivo (J. S. Beck, 1995; Padesky y Greenberger, 1995).

➤ **Terapia Cognitiva de Beck**

Para Beck el papel de precursora del estado emocional lo tiene la cognición. Los elementos centrales de este modelo para la alteración emocional y conductual son:

- **Esquemas básicos:** Las personas desarrollan en la infancia una serie de esquemas que les sirven para organizar su sistema cognitivo. Hacen referencia a las estructuras cognitivas que nos permiten integrar y dar sentido a los hechos. Determinan qué situaciones serán consideradas importantes y qué aspectos de la experiencia serán los relevantes para la toma de decisiones. Se desarrollan en interacción con el medio físico y social.
- **Pensamientos automáticos:** Beck (1976) define los pensamientos automáticos como cogniciones negativas que tienen características distintivas: aparecen de manera refleja, sin ningún proceso de razonamiento previo, son irracionales e inadecuadas, a la persona le parecen totalmente plausibles y las acepta como válidas, son involuntarias y se le dificulta bastante detenerlas.
- **Distorsiones Cognitivas:** Para Beck (1983) son errores sistemáticos en el procesamiento de la información. Estos errores suponen la aplicación rígida e inapropiada de esquemas preexistentes, generando respuestas desadaptativas.

En 1997 *Alford y Beck* destacaron que los síntomas cognitivos, conductuales, emocionales y fisiológicos se manifiestan en un contexto interpersonal y ambiental. De manera que los elementos de el modelo cognitivo

son de importancia fundamental en la psicoterapia. Los síntomas aparecen por algo y, los profesionales deben considerar las circunstancias particulares de cada persona al hacer su evaluación y tratamiento. En general, los terapeutas cognitivos considerando el contexto, intervienen en el nivel cognitivo-conductual para influir en los patrones de pensamiento, conducta, emoción y reacción corporal o física. Así, el modo en que las personas interpretan sus situaciones en la vida determina profundamente su funcionamiento emocional. Su manera de pensar debe ser un punto de atención de fundamental importancia en el tratamiento.

Beck (1964) y *Ellis* (1962) destacan que “La terapia cognitiva se basa en el modelo cognitivo que plantea la hipótesis de que las percepciones de los eventos influyen sobre las emociones y los comportamientos de las personas. Los sentimientos no están determinados por las situaciones mismas, sino más bien por el modo como las personas interpretan esas situaciones”.

Dennis Greenberger y *Christine A. Padesky* (1998) hacen referencia a que cognitiva significa procesos de pensamiento al mismo tiempo que conocimiento o percepción y destacan que los terapeutas cognitivos enfatizan el examen de los pensamientos y de las creencias conectadas a nuestras emociones, conductas, experiencias físicas y a los eventos de nuestras vidas. Asimismo, resaltan que una idea central en la terapia cognitiva es que nuestra percepción de un evento o experiencia afecta poderosamente a nuestras respuestas emocionales, conductuales y fisiológicas.

Las personas perciben los eventos como frustrantes y los interpretan como violaciones intolerables y reaccionan de manera emocional y conductual ante la realidad interpretada.

➤ **Terapia Racional Emotiva (TRE)**

Ya en el año 1958 *Albert Ellis* había propuesto la primera Terapia Cognitivo-Conductual, y que actualmente se denomina Terapia Racional Emotivo-Conductual (TREC), después del cambio de denominación que propuso *Ellis* (1993).

El Dr. *Albert Ellis*, en 1962, desarrolló la Terapia Racional-Emotiva y se basa en el supuesto general de que la mayoría de los problemas psicológicos se deben a la presencia de patrones de pensamiento desadaptativos (irracionales).

Por esto, la TREC tiene como objetivo el apoyar al paciente a identificar sus pensamientos (creencias) "irracionales" desadaptativos y ayudarlo a cambiarlos por otros más racionales o funcionales, más adaptativos que le lleven eficazmente al logro de sus metas como ser feliz, establecer relaciones interpersonales, etc. (*Ellis y Becker, 1982*). Así *Ellis y Dryden (1987)* señalan que: "la TREC examina, además de las inferencias sobre uno mismo, sobre los demás y sobre el mundo en general, la filosofía básica del individuo, en la cual se basan estas inferencias".

Así, observó que la conducta neurótica está condicionada no sólo por el exterior, o adoctrinada en los primeros momentos de la vida, sino que es también un adoctrinamiento interno o autosugestión del individuo, repetida una y otra vez, hasta llegar a ser parte integrante de la filosofía de la vida que tiene en ese momento. Señalan estos autores, que son las frases con las que conversamos con nosotros mismos las que inician la rueda de las frases definibles, los hechos semidefinibles y las conclusiones falsas, ya que es la forma en que los humanos invariablemente piensan, en palabras, frases y oraciones. Y son estas oraciones las que en verdad constituyen su neurosis.

La Dra. *Leonor I. Lega et al., (1998)* destacan que el marco filosófico de la TREC se basa primordialmente en la premisa estoica de que "La perturbación emocional no es creada por las situaciones sino por las interpretaciones de esas situaciones" (Epicteto, siglo I d. C.).

2.3. Técnicas Cognitivas

Las técnicas cognitivas ayudan a los pacientes a identificar los patrones distorsionados de pensamiento y les apoyan en la formación de cogniciones, basadas más en la realidad, que después se ensayan de manera repetida, se afinan y se aplican en vivo. Al cambiar el modo en que las personas interpretan las

fuentes de provocación, se les puede ayudar a reducir la excitación y a generar las alternativas de solución.

El objetivo de las técnicas cognitivas es identificar, cuestionar y reemplazar el pensamiento irracional. La idea esencial de la TREC se encuentra en el proceso cognitivo, ya que el cambio filosófico en el modo de pensar de las personas pueden tener efectos positivos permanentes sobre sus emociones y comportamientos.

A continuación se presentan las técnicas cognitivas para ayudar a las personas a identificar, examinar y reemplazar sus patrones cognitivos, conductuales y emotivos desfavorables, que se usaron en el taller de intervención cognitivo-conductual: "Manejo del Enojo en Jóvenes Adultos", propuesta que se incluye en el presente Informe Profesional de Servicio Social.

2.3.1. Reestructuración cognitiva

No obstante que el hablar de Reestructuración Cognitiva implica referirse a un grupo heterogéneo de enfoques y técnicas que interactúan actualmente, con sus diferencias y particularidades, todos tienen algo en común: "el reconocimiento del papel mediador de la cognición en la conducta. ... las percepciones, las creencias, las expectativas, las atribuciones, las interpretaciones, las autoinstrucciones y los esquemas cognitivos, se entienden ahora como responsables, en gran medida, de los problemas del paciente. Para esto se han desarrollado técnicas específicas para modificar dichos componentes cognitivos". (Méndez y Olivares, 2001, p. 409)

Asimismo, estos autores mencionan que en las técnicas de Reestructuración Cognitiva se trata de identificar y modificar las cogniciones desadaptativas del paciente. Refieren que en estas técnicas se destaca su impacto perjudicial sobre las emociones y la conducta del paciente, para sustituirlas por cogniciones más adecuadas.

La técnica implica ayudar a los pacientes a cuestionar la evidencia a favor de creencias particulares, explorar maneras alternativas de interpretar las situaciones, diseñar experimentos mediante los cuales se sometan a prueba los

pensamientos o creencias y, analizar la utilidad de los mismos en la propia experiencia de los participantes. De esta manera se apoya a los asistentes a reemplazar sus pensamientos irracionales, por pensamientos racionales más tranquilizadores.

Se usó Reestructuración Cognitiva desde la perspectiva de la TREC. La técnica implica ayudar a las personas a cuestionar sus Creencias Irracionales (Cri) a través del Debate.

2.3.1.1. Debates

Se retomó de Albert Ellis el Debate. El debate les ayuda a las personas a observarse y escucharse a sí mismos. Les permite identificar, discutir y reemplazar sus creencias rígidas e inflexibles.

2.3.1.1.1. Debate didáctico

Es útil en el inicio del tratamiento. Es la parte informativa de una sesión. El terapeuta explica al paciente los conceptos. Las personas hacen suyo un sistema de creencias bajo el cual interpretan al mundo y que influye determinadamente en sus reacciones. A pesar de que estas creencias puedan ser ilógicas, poco prácticas y poco reales, es raro que las cuestionen; se las repiten tanto, que es difícil que se den cuenta de su poderosa influencia en sus vidas.

Se establecen las diferencias entre Creencias Irracionales y Racionales.

- Creencias racionales (Crr): son flexibles, se adaptan, nos ayudan a alcanzar nuestras metas y son compatibles con la realidad social.
- Creencias irracionales (Cri): son dogmáticas, absolutistas, no son compatibles con la realidad social y por lo general se interponen en la consecución de un objetivo.

Pasos para debatir:

- *Primero:* se identifica con el paciente sus Creencias Irracionales (Cri) personales.
- *Segundo:* el trabajo del terapeuta es ayudar al paciente a probar esa hipótesis por medio del Debate: Funcional, Empírico, Lógico y Filosófico.

2.3.1.1.2. Debate funcional

El objetivo es cuestionar la(s) creencia(s) irracional(es) de la persona, su utilización y sus reacciones emocionales, conductuales o físicas que se desprenden de la creencia.

Esto es, evaluar cuestionándole si la creencia, conducta o emoción le ayuda a la persona a alcanzar sus objetivos en la vida (cumplir metas).

Con este estilo Socrático, se hacen preguntas y así, se motiva a la persona a analizar cuidadosamente sus creencias. Generalmente, la persona llegará a hacer conciencia de que su Creencia Irracional (comportamiento y emoción) le está generando conflictos constantes en varias áreas de su vida.

2.3.1.1.3. Debate empírico

En este tipo de debate las preguntas se dirigen a evaluar los sucesos de manera real sobre las creencias de la persona. Es decir, se lleva a prueba de verdad comprobando si la creencia es lógica de acuerdo con la realidad social. Se pregunta si existe evidencia, si existe una prueba de que es así en verdad, o si existe un documento de que así debe ser. Se le piden evidencias empíricas, no preferencias. Se trata de ayudar a la persona a comprender que se había anclado a una creencia que evaluaba como insoportable y que al debatirla, cuestionándola, pierde ese valor.

2.3.1.1.4. Debates lógicos

En el Debate lógico se trata de cuestionar el salto ilógico que la persona está haciendo en su pensamiento irracional, brincando de deseos o preferencias, a exigencias. Las preguntas van dirigidas a cuestionar porque deben ocurrir o ser las cosas de una manera determinada, sólo porque la persona lo desea o prefiere o le gustaría que así fuera. Se le cuestiona cuál es la lógica de que así tiene que ser. Se debate así la creencia irracional que a futuro le haría sentir como insoportable la situación.

2.3.1.1.5. Debate filosófico

Se trata la satisfacción por la vida ya que las personas ante el problema tienden a perder de vista las otras áreas de su vida, pues se encuentran focalizados únicamente en ese problema. Se le cuestiona analizando otras áreas en donde no hay problemas, llevando a prueba de realidad y buscando que se dé cuenta de que en su vida existen otros aspectos sin problema.

Es importante considerar que es muy conveniente practicar el debate en situaciones no estresantes para que en el futuro se tenga un mayor éxito en situaciones problemáticas y de estrés.

2.3.1.2. Afirmaciones de aceptación racional

Se trata de autoafirmaciones que generalmente se usan cuando se ha logrado un debate convincente; sin embargo se pueden usar desde el inicio del tratamiento.

Son frases que pueden ayudar a reafirmar pensamientos positivos dirigidos a sí mismo, para reforzar una actitud a la cual se quiere cambiar o para darse seguridad; son objetivas, alentadoras y acordes con la realidad social. Se motiva a las personas a repetírselas de manera convincente en el diálogo consigo mismo para reafirmarlas.

Es recomendable sugerir afirmaciones que lleven un aspecto filosófico más profundo (Dryden, 1994; Ellis, 1957, 1988; Yankura & Dryden, 1990). P. ej. "Trabajaré para cumplir con esta tarea, pero si no lo consigo eso no me convertirá en una persona fracasada". Esto es para tratar de cambiar la creencia irracional.

Así, para Meichenbaum y Turk (1976) el comportamiento de la gente se ve influenciado por lo que se dice a sí misma y para esto, mencionan que el entrenamiento en autoinstrucción, componente del entrenamiento en inoculación de estrés, alienta a los participantes a modificar su diálogo interno.

2.3.1.3. Establecer referencias

Se analiza con las personas las ventajas y desventajas de cambiar sus pensamientos, creencias y comportamientos irracionales. Hacen una lista estableciendo la diferencia y la revisarán con frecuencia. Ésta servirá para que la persona recuerde porqué decidió cambiar y le sirva de motivación para continuar.

2.3.1.4. Modelo A-B-C-D-E de la TRE

- A: Es la experiencia Activadora o Acontecimiento Activador, un suceso real y externo o interno que se le presenta a la persona.
- B: Es el Bagaje de pensamiento. Creencia sobre A. Son los pensamientos o autoverbalizaciones que la persona utiliza como respuesta a A. La interpretación que hace la persona de la situación.
- C: Es la Consecuencia emocional y/o conductual. Consecuencia ante la pérdida o privación o frustración (no conseguir lo que queríamos). Se reacciona ante lo que ocurre en el punto A. Para Ellis, C no es consecuencia directa de A, sino de B.
- D: Se trata de Debatir, Distinguir y Definir. Implica la discusión, que incluye la detección de las creencias irracionales, el debate de ellas, la distinción entre deseos y necesidades y, la redefinición semántica que ayuda a detener la supra-generalización y a mantenerse más cerca de la realidad. Se desea llegar a un cambio, a una forma más adaptativa de pensar, para llegar a reducir los niveles de ansiedad y hostilidad.

E: Es el nuevo Efecto como resultado.

Ellis sostiene que en nuestra sociedad, la familia y otras instituciones, directa o indirectamente, nos adoctrinan de tal manera que llegamos a creer una serie de ideas supersticiosas o sin sentido que producen en la persona trastornos emocionales. Según este autor, estas creencias irracionales básicas y las consecuencias que de ellas se derivan son el origen fundamental de la mayoría de las perturbaciones emocionales.

2.3.1.5. Detención del pensamiento

La detención del pensamiento es un procedimiento para suprimir o eliminar pensamientos disfuncionales. El término fue sugerido inicialmente por Alexander Bain (1928) y revivido por Taylor (1955, 1963) y Wolpe y Lazarus (1966).

En esta estrategia se indica al paciente que tenga un pensamiento irracional. Cuando la persona indica al instructor que ya presenta el pensamiento indeseado el terapeuta dice en voz alta ¡"Detente"!, esto generalmente produce una respuesta alarmante en el sujeto, entonces el terapeuta señala que la distracción dio fin exitosamente a la secuencia reflexiva. Se le solicita que cambie ese pensamiento por una alternativa de pensamiento más funcional y racional. Se presentan ensayos adicionales y se entrena progresivamente al paciente para que verbalice para sí mismo la palabra ¡"Detente"!

2.3.1.6. Deberes cognitivos

Se le pide a la persona que fuera de las sesiones practique con constancia analizando situaciones, tratando de identificar sus creencias irracionales y debatiéndolas. Se les pide que utilicen un registro de autoayuda.

2.3.1.7. Tareas de biblioterapia y psicoeducativas

Se trata de apoyar el tratamiento con información que se aporta a los participantes por escrito, grabaciones, etc;

2.3.1.8. Solución de problemas

El entrenamiento en solución de problemas pretende enseñar a las personas un método sistemático para la resolución de problemas. Se proporcionan técnicas que explican cómo pueden las personas afrontar y resolver los problemas para aumentar su efectividad. D' Zurilla y Goldfried (1971) definen la técnica como un proceso que:

- a) Logra que se planteen varias alternativas de respuestas con alta probabilidad de eficacia para enfrentar situaciones problemáticas y
- b) Logra una probabilidad más alta de elegir la respuesta más eficiente entre las diversas alternativas.

La técnica de D'Zurilla y Goldfried (1971), posteriormente revisada por D'Zurilla y Nezu, consta de cinco fases:

1. Orientación del Problema: Desarrollar una actitud facilitadora en la persona ante el problema; p. ej. pensar que no se precipitará.
2. Formulación y definición del problema: Definir operativamente el problema. Determinar cuál es el problema.
3. Generación de Alternativas: Proponer una amplia variedad de soluciones para aumentar la probabilidad de resolver el problema. Plantearse qué se puede hacer buscando diferentes opciones de solución.
4. Toma de decisiones: Valorar las consecuencias de cada alternativa y seleccionar la(s) que puede(n) resolver mejor la situación. Evaluar las consecuencias positivas y negativas en cada opción. Así, ver cuál(es) elegir.
5. Puesta en práctica de la decisión tomada y verificación de los resultados: Llevar a cabo la(s) alternativa(s) elegida(s) y comprobar los resultados.

2.4. Técnicas Emotivas

2.4.1. Imágenes racional-emotivas

Un objetivo de las imágenes racional-emotivas es ayudar a la persona a recordar una situación que antes le ha resultado conflictiva y enojosa, pero ahora motivarlo a encontrar una(s) emoción(es) más adaptativa(s) y racional(es) que le gustaría sentir en esa misma situación o en una similar, es decir, que cambiará emociones negativas enfermizas(enojo), por emociones sanas(molestia). Otro, es alentar a la persona a que encuentre y experimente las autoafirmaciones más convincentes para él y las formas de actuar más adaptativas y racionales, para que las practique con imágenes racional-emotivas con constancia, hasta que por el aprendizaje reaccione de manera más funcional, automática y natural en momentos de tensión.

2.4.2. Aceptación incondicional

El autor Albert Ellis señala que se alienta a las personas a no clasificarse a sí mismas, sino por el contrario a clasificar sólo sus logros, sus actos y su ejecución. Se les enseña de manera activa a aceptarse a sí mismos, así como a las demás personas, con sus fallas y errores.

Es decir, se reafirma la idea de que los humanos no pueden ser valorados en su totalidad únicamente por sus actos y, que es importante enseñarles a separar el ser del hacer y a que se acepten y acepten a los demás como seres humanos falibles. Así, se destaca que la valía personal de los seres humanos está en esencia en el simple hecho de existir, no en el hacer.

2.4.3. Ejercicios de correr riesgo.

Se induce a la persona a correr el riesgo de actuar en situaciones y de modo en que generalmente no lo habría hecho, teniendo presente que se busca tanto el cambio conductual, como el cognitivo, cuando hace conciencia de que la situación no es "horrible", probablemente muy incómoda, pero que la puede soportar (Ellis, 1989; 1984).

2.4.4. El psicodrama

Es una forma de juego de roles en el que los participantes representan papeles como en una obra de teatro. Puede ser la representación de una situación problemática que ya ha vivido el participante con otra persona y que desearía que resultara más funcional. En esta representación el participante actúa su propio rol y el instructor o un compañero actúan el rol de la otra persona.

La persona está experimentando la situación conflictiva en un ambiente que le da seguridad y se le ayuda a manejar esa situación de un modo más funcional, para cuando se le vuelva a presentar.

2.5. Técnicas Conductuales

2.5.1. Tareas para casa / Asignación de tareas

Las intervenciones y tareas conductuales son una herramienta que se utiliza para reforzar los logros conseguidos en las sesiones con el debate de las creencias irracionales, ya que se lleva a la práctica en la vida real lo aprendido por los participantes en las sesiones.

2.5.2. Actuar “como si...”

Según Kelly, con esta técnica se enseña a los pacientes a que imaginen que actúan “como si...” su pensamiento fuera más adaptativo, es decir, más racional y que actúan en consecuencia con una actitud también más adaptativa para que sientan y se den cuenta que el resultado sería más racional y que es factible cambiar.

2.5.3. Asertividad

Es definida por Wolpe (1976, citado en Del Prette y Del Prette, op. cit. p.32) como: “La afirmación de los propios derechos y expresión de los pensamientos, sentimientos y creencias, de una manera directa, honesta y apropiada que no viole el derecho de otras personas”.

La asertividad fue considerada por mucho tiempo como sinónimo de habilidades sociales. Sin embargo, actualmente hay un acuerdo casi unánime de que la asertividad es un término que se refiere a conductas de autoafirmación, expresión de sentimientos, de defensa de los derechos personales y respeto por los demás. Por lo tanto, la asertividad es un tipo de habilidad social y no un sinónimo de ella (Luca de Tena, Rodríguez y Sureda, 2001).

Se puede decir que la conducta asertiva (Alberti, 1977, citado por L. I. Lega et al., p. 99) es:

- a. Una característica del comportamiento, no de las personas.
- b. Una característica específica que varía de acuerdo al comportamiento de cada persona y a la situación, no universal.
- c. Debe contemplarse en el contexto cultural del individuo, así como en términos de otras variables situacionales.
- d. Está basada en la capacidad de un individuo para escoger libremente su actuación.
- e. Es una característica de la conducta socialmente eficaz, no dañina.

Para diferenciar los comportamientos asertivos, a continuación se presentan los tres estilos de respuesta (anexo no. 10): no asertivo, asertivo y agresivo (Caballo, 1988):

1. **La conducta asertiva:** coopera con los demás para alcanzar objetivos personales.

Ser asertivo conlleva el mensaje: "Estoy contigo; esto es lo que yo pienso; esto es lo que yo siento; así es como veo la situación".

El mensaje expresa: "quién es la persona" y se dice sin dominar, humillar o degradar al otro individuo.

Objetivo de la aserción: es la comunicación y el tener y conseguir respeto, pedir juego limpio y dejar abierto el camino para

el compromiso cuando se enfrenten las necesidades y derechos de dos personas.

2. **La conducta no asertiva:** se caracteriza por la violación de los propios derechos, muestra poca ambición, pocos deseos y opiniones.

El mensaje: "Yo no cuento, puedes aprovecharte de mí; mis sentimientos no importan, solamente los tuyos; mis pensamientos no son tan importantes, los tuyos son los únicos que merecen la pena ser oídos; yo no soy nadie, tu eres superior".

La no aserción muestra: una falta de respeto hacia los propios deseos.

Objetivo de la no aserción: apaciguar a los demás y evitar conflictos a toda costa. La consecuencia inmediata de escapar de las situaciones ansiógenas es muy reforzante.

3. **La conducta agresiva:** sacude la cabeza y comunica el mensaje, "A mi manera o nada".

El mensaje es: "Esto es lo que yo pienso, tú eres estúpido por pensar de forma diferente; esto es lo que yo quiero, lo que tu quieres no importa, esto es lo que yo siento, tus sentimientos no cuentan".

Objetivo de la agresión: es la dominación y el vencer, forzando a la otra persona a perder; lo logra por medio de la humillación, la degradación, el minimizar y dominar a los demás.

➤ **Entrenamiento asertivo.**

Se trata de modificar la comunicación de pasiva o agresiva a asertiva.

- **Estrategias.**

No hay una única manera de comportarse asertivamente, sino una serie de estrategias diferentes que pueden variar de acuerdo con el individuo y el contexto.

- **Derechos humanos básicos.**

Es importante la aceptación de los derechos humanos básicos. Nuestros derechos se basan en la idea de que todos somos iguales, en un sentido moral y que nos tenemos que tratar en congruencia.

Desde la asertividad un derecho humano es algo a lo que todas las personas tienen derecho a ser, tener o hacer, en relación a su existencia como seres humanos. Por ejemplo: ser independiente, tener sentimientos y opiniones propios o en el hacer, por ejemplo: pedir lo que se quiere.

La premisa del comportamiento asertivo es humanista: no producir estrés o ansiedad innecesarios en los demás y fomentar la autorrealización (crecimiento y progreso) de cada persona.

2.5.4. Ensayo de conducta

Es un elemento básico en la práctica de las habilidades sociales. Es el ensayo conductual de las técnicas aprendidas. Se representan maneras más adaptativas y efectivas de afrontar situaciones reales que son problemáticas para la persona. Se trata de cambiar la conducta de uno mismo reviviendo la situación. Para esto, se pregunta ¿qué?, ¿quién?, ¿cómo?, ¿cuándo? y ¿dónde?

2.5.5. El modelado

Se aprende por la observación. La persona aprende una forma de abordar una situación particular observando la demostración de una alternativa de respuesta por un miembro del grupo o por el instructor.

2.5.6. Las instrucciones

Es una especie de aleccionamiento o realimentación correctiva por el instructor dando a la persona instrucciones de forma más adecuada, por ejemplo, en relación a la mirada, etc.

2.5.7. El reforzamiento o realimentación.

Se motiva y se transmite ánimo a la persona para aumentar las conductas adaptativas, subrayando las actitudes positivas y señalando las inadecuadas amigablemente.

2.5.8. Relajación

Las intervenciones basadas en la relajación se enfocan al decremento de la excitación fisiológica y emocional que experimentan las personas cuando se enojan.

Consiste en entrenar a los participantes en la relajación muscular progresiva, respiración profunda e imaginación durante y entre sesiones.

Las modificaciones en las respuestas psicofisiológicas van acompañadas de cambios en las respuestas motoras (estado de reposo) y en las respuestas cognitivas (percepción de tranquilidad).

A medida que los participantes reducen la excitación fisiológica, se sienten más tranquilos y bajo control. Asimismo, tienen una mayor capacidad para acceder a otras habilidades conductuales y a enfoques más adaptativos de solución de problemas. Es conveniente llevar un autoregistro de relajación diario.

Las intervenciones con relajación son fáciles de integrar con otros tratamientos y tienen mayor flexibilidad.

2.5.9. Relajación muscular progresiva

En la Relajación Muscular Progresiva (RMP) se enseña a las personas a que aprendan a tensar y luego relajar diferentes grupos de músculos en orden secuencial a lo largo de todo el cuerpo, mientras concentra su atención en las sensaciones de tensión y relajación. Se trata de aprender a identificar la tensión en cada parte del cuerpo y aprender a relajarla, pues los músculos que se contraen deliberadamente son los mismos que se ponen rígidos o tensos cuando las personas están en tensión, estresadas, ansiosas o enojadas.

Al aprender a identificar la diferencia entre sentir los músculos relajados o tensos, esa tensión en momentos de estrés o enojo avisará a la persona que es momento de calmarse y podrá conseguir relajarse en situaciones de malestar.

La RMP proporciona niveles profundos de relajación física y mental.

2.5.10. Respiración profunda

Un control adecuado de nuestra respiración es una de las estrategias más sencillas para hacer frente a las situaciones de estrés y manejar los aumentos en la activación fisiológica producidos por éstas (Labrador, 1992).

El objetivo de las técnicas de respiración es facilitar el control voluntario de la respiración y automatizar este control para que pueda ser mantenido hasta en las situaciones de mayor estrés. Estas técnicas presentan la ventaja de su fácil aprendizaje y de que se pueden utilizar en cualquier situación para controlar la activación fisiológica.

Hábitos correctos de respiración son muy importantes para aportar al organismo el oxígeno necesario para su buen funcionamiento. Si la cantidad de aire que llega a los pulmones es insuficiente, la sangre no se va purificando adecuadamente y las células de deshecho que no se eliminan van intoxicando lentamente nuestro organismo. Una sangre insuficientemente oxigenada contribuye a aumentar los estados de ansiedad, depresión y fatiga.

2.6. Biología de las Emociones

2.6.1. Concepto de emoción

Al consultar la bibliografía con respecto al tema de la emoción, se puede observar que a través del tiempo múltiples autores han aportado diferentes definiciones de emoción.

Desde los filósofos antiguos se mostraba gran interés acerca de la emoción, y esto se observa en su premisa estoica de que “la perturbación emocional no es

creada por las situaciones sino por las interpretaciones de esas situaciones" (*Epicteto*, siglo I d.C.).

En el caso de la teoría de *William James* (1884) se destaca que "Los cambios corporales siguen directamente la percepción del hecho excitante, y que la emoción es nuestra sensación de esos cambios a medida que ocurren".

Por su parte, *Walter B. Cannon* (1928) dice que "La calidad peculiar de la emoción se agrega a la simple sensación cuando los procesos talámicos son estimulados".

En el año de 1929 resaltó que ciertas emociones son una respuesta de emergencia del organismo a una condición de súbita amenaza. Señaló que la respuesta produce una activación máxima del componente simpático del sistema nervioso autónomo y la emoción produce cambios corporales. Según este autor, la activación de la víscera por el sistema simpático se da porque la emoción excita a la corteza cerebral, que desinhibe los mecanismos del control talámico y el tálamo activado genera excitación cortical que produce emociones y actividad del sistema nervioso. Este autor señala que con dichos cambios el cuerpo se prepara para lo que llamó "respuesta de ataque o huida".

Marion A. Wenger (1956) manifiesta que: "La emoción es actividad y reactividad de los tejidos y órganos inervados por el sistema nervioso autónomo. Puede involucrar aunque no necesariamente, la respuesta de los músculos esqueléticos o la actividad mental".

En este sentido *Magda Arnold* (1960) dice que "La emoción es la tendencia hacia algo evaluado en forma intuitiva como buena (benéfica) o de alejarse de cualquier cosa evaluada intuitivamente como mala (dañina). Esta atracción o aversión es acompañada por un patrón de cambios fisiológicos organizados para el acercamiento o la evasión. Los patrones son distintos para emociones diferentes".

Para *Plutchick* (1962) se puede definir una emoción como "una reacción corporal producida por un estímulo y que sigue un patrón de destrucción, reproducción, incorporación, orientación, protección, reintegración rechazo o exploración, o alguna combinación de ellos".

Goleman (1995) refiere que según el Oxford English Dictionary la emoción es: "cualquier agitación y trastorno de la mente, el sentimiento, la pasión; cualquier estado mental vehemente o excitado".

Por su parte *Richard S. Lazarus* y *Bernice S. Lazarus* (2000) señalan que: "Las emociones son reacciones complejas en las que se ven mezcladas tanto la mente como el cuerpo. Estas reacciones comprenden: un estado mental subjetivo, como el sentimiento de enojo, ansiedad o amor; un impulso a actuar; como huir o atacar, tanto si expresa abiertamente como si no y profundos cambios corporales, como un ritmo cardíaco más acelerado o una presión arterial elevada. Algunos de estos cambios corporales preparan y sostienen las acciones de afrontamiento y otros, como posturas, gestos y expresiones faciales, comunican a los demás lo que sentimos o lo que queremos que piensen que sentimos".

Como hemos visto existen numerosas teorías acerca de la emoción (*Rosenzweig* y *Leiman*, 2001) y entre éstas destaca también la teoría de *James-Lange* que consideraba a las emociones como la percepción de los cambios corporales inducidos por estímulos.

Recientemente *J. Reeve* (2003) resaltó que las emociones son multidimensionales ya que se forman de los siguientes componentes:

- **Cognitivo (Subjetivo):** esta parte aporta a la emoción la forma en que se siente la persona en determinada situación y la conciencia de ella porque le da un significado o interpretación a esa situación.
- **Fisiológico (Biológico):** se refiere a la reacción biológica del sistema autónomo y hormonal del sujeto preparándolo físicamente para una adecuada adaptación a la situación que enfrente.
- **Funcional (Propósito):** agrega a la emoción un propósito, deseo o motivo para actuar de la manera más adecuada y congruente con la situación que se enfrenta, buscando darle solución.
- **Expresivo (Social):** aporta a la emoción que la persona se comunique a través de expresiones faciales, posturas corporales y vocalizaciones.

Así, *Reeve* (2003) concluye que “la emoción es el constructo psicológico que unifica y coordina los cuatro aspectos: subjetivo-cognitivo, biológico, funcional y expresivo”.

Como se puede observar existe un importante componente biológico en la emoción, por el cual se manifiestan respuestas somáticas específicas alistando al cuerpo, preparando y regulando la conducta para adaptarse a cualquier situación a que se enfrente. Dichas respuestas somáticas se originan por una actividad neurofisiológica durante la cual se pueden observar varios de estos cambios.

Por ejemplo, cuando una persona está enojada, experimenta cambios físicos como: un incremento en la irrigación de sangre al cerebro, aumenta el nivel de hormona adrenalina en sangre generando excitación o nerviosismo, se eleva la presión sanguínea y la sangre se va a los músculos largos, aumenta la tensión muscular, y el ritmo cardíaco y la respiración se aceleran. Estos cambios físicos preparan al cuerpo para la acción; así se explica que en casos de emergencia la emoción dota de fuerza y resistencia al cuerpo para enfrentarse a cualquier situación.

Retomando la teoría del fisiólogo *Walter Cannon* (1928), recordemos que estudió la relación entre el sistema nervioso autónomo y la emoción, enfatizando la integración cerebral entre experiencia emocional y respuesta emocional.

Por su parte el neuropatólogo *James W. Papez* (1937) propuso un circuito neural para las emociones. En este circuito están implicadas regiones encefálicas que incluyen un conjunto de zonas interconectadas del sistema límbico. Las investigaciones de dicho autor, expandieron posteriormente la complejidad de este circuito, añadiendo funciones a otras estructuras del sistema límbico, como la amígdala y el área septal (*Rosenzweig y Leiman*, 2001, p. 640).

Como podemos apreciar, las emociones adquieren la forma de elementos bioquímicos específicos, ante los cuales el cuerpo reacciona. Estos elementos son producidos por el cerebro. El sistema límbico se encuentra alojado dentro de los hemisferios cerebrales, rodea al bulbo raquídeo y está formado por un grupo de estructuras cerebrales, núcleos y conexiones fibrosas interconectadas que integran experiencia y respuestas emocionales. Tiene la responsabilidad de

regular las emociones e impulsos. Es interesante saber que sus estructuras más importantes son: el tálamo, el hipocampo y la amígdala. El tálamo envía mensajes a la corteza (la corteza es la parte pensante del cerebro), el hipocampo es en donde se produce el aprendizaje emocional y se almacenan los recuerdos emocionales y la amígdala es el centro del control emocional.

Para un análisis más detallado cabe destacar que se han articulado tres perspectivas sobre la emoción (*Lazarus, Averill, y Opton, 1970*):

La perspectiva biológica que atribuye la emoción a las secciones filogenéticamente más antiguas del cerebro; la formación reticular (Lindsey, 1950), el hipotálamo (Bard, 1950), y el sistema límbico (Mac-Lean, 1960). Dejando de lado el que estas estructuras tienen un papel vital tanto en el funcionamiento cognitivo como en la emoción (Douglas, 1967; Pribram, 1967); esta perspectiva considera la emoción básicamente instintiva y en relación con los procesos más tempranos de la escala filogenética.

La perspectiva cultural propone que las emociones las forma cada sociedad en particular con el objeto de cubrir las necesidades afectivas de sus ciudadanos (Hebb y Thompson, 1954) y por lo mismo las mantienen. Esto lo logran de diversas formas, dependiendo de los factores políticos, económicos, geográficos e históricos, además influye cómo la gente percibe o aprecia (Tursky y Sternbach, 1967) y la forma en que la gente expresa las emociones (LaBarre, 1947).

La perspectiva cognitiva, con Magda Arnold (1960), Richard Lazarus (1966, 1968), y en especial Albert Ellis (1962, 1971, 1973b, 1977a), se fundamenta en la convicción de que la teorización, la apreciación y la evaluación cognitivas son funciones humanas primarias y que las reacciones emocionales se determinan directamente por tales actividades cognitivas. Por tanto, para la mejor comprensión de una reacción emocional, como el enojo, es fundamental la comprensión de la naturaleza de las cogniciones subyacentes.

2.6.2. Emoción de enojo

➤ Definiciones de enojo

La mayoría de los autores enfatizan que el enojo es una emoción universal, pues todo ser humano presenta esta emoción desde edades muy tempranas (*Ekman y Oster 1979; Izard, 1989; Tangney 1996*).

Como fenómeno afectivo, el enojo puede verse tanto como una reacción del sistema nervioso autónomo (*Ax, 1953; Funkenstein, King y Drolette, 1954, 1957; Schacter, 1957*) como del central (*Moyer, 1971, 1973*) a algún suceso real o imaginado, además de un etiquetamiento cognitivo de esa excitación como enojo basado tanto en bases fisiológicas como conductuales (*Konocni, 1975a, 1975b; Lazarus, 1967; Schachter y Singer, 1962*). De acuerdo a esto, en un nivel descriptivo, el enojo es una combinación de excitación fisiológica y etiquetamiento cognitivo.

Para *Spielberger, Jonson, Russell, Crane, Jacobs y Worden (1985)* el enojo es: “un estado emocional que incluye sentimientos que varían en intensidad desde una leve molestia o irritación hasta la furia y la ira, y que está acompañada de una excitación del sistema nervioso autónomo”.

De acuerdo con *Howard Kassinove y Denis G. Sukhodolsky (1995)* el enojo se define como: “una emoción negativa interna asociada a distorsiones cognitivas y de percepción específicas (como devaluaciones, atribuciones de odio, de culpa hacia otros, prejuicios, evitación, percepción de injusticia), etiquetamiento subjetivo, cambios fisiológicos y tendencia a actuar de acuerdo a comportamiento socialmente construido por las culturas y subculturas y es mantenida por reforzamiento social en la práctica cotidiana”.

En opinión de *Berkowitz (1996)* el enojo se refiere a: “un conjunto particular de sentimientos que surgen en gran parte de reacciones psicológicas internas y de las expresiones emocionales involuntarias producidas por la aparición de un acontecimiento desagradable, pero que probablemente también están afectados por los pensamientos y recuerdos que se producen en ese momento”.

Podemos también observar que según *Deffenbacher* (1999) el enojo es un estado interno que abarca cuatro dominios:

1. **Emocional:** en este aspecto el enojo es experimentado como un estado emocional que varía en intensidad, desde una leve molestia hasta una gran furia.
2. **Excitación fisiológica:** porque la emoción de enojo se acompaña de liberación de adrenalina, aumento en tensión muscular, activación del sistema nervioso simpático y otros elementos relacionados con la respuesta de "ataque-huida".
3. **Procesos cognitivos:** este dominio implica un procesamiento de información que incluye pensamientos, imágenes y atribuciones que implican una percepción de ataque o culpa por parte de los otros.
4. **Conductas:** que pueden ser funcionales (cuando hay afirmación, establecimiento de límites, etc.) y disfuncionales (cuando hay agresión física y verbal, retraimiento, consumo excesivo de alcohol u otras adicciones, etc.).

El enojo varía en frecuencia, intensidad y duración. La gente expresa su emoción de enojo de diferente manera con diferentes comportamientos: de malhumor, gritando, mirada dura o evitando el contacto con los ojos, saliendo, haciendo comentarios con sarcasmo, etc., que están asociados con la experiencia interna. Está lleno de experiencias cognitivas específicas y fenomenológicas que diferencian al enojo de otras emociones tales como ansiedad, tristeza y otras. El enojo es una reacción de todas las personas, en donde la manera de pensar y actuar está determinada por el modelo y reforzamiento que la persona desarrolla (*Howard Kassiove y Denis G. Sukhodolsky*, 1995).

Como podemos apreciar el enojo está entre las emociones más complicadas, más intensas y socialmente problemáticas. Como en toda emoción tiene que existir un objetivo para que ésta se genere: en el enojo el objetivo es la protección del propio ego, es decir, el argumento es: una ofensa humillante contra

mí o los míos. Es una de las llamadas emociones “desagradables” porque en cierta forma incluye el deseo de hacer daño a otros o a uno mismo, por lo que se puede llegar a todo tipo de problemas: para la persona misma, para su comunidad y para la sociedad en general (Lazarus et al., 2000).

Por último, basándose en la sabiduría de numerosos filósofos antiguos asiáticos y europeos, *Albert Ellis y Raymond Ch. Tafrate* (1999) afirman que “los seres humanos crean su propia filosofía de ira recurriendo, de manera consciente e inconsciente, al pensamiento absolutista y dictatorial”.

El enojo es una condición necesaria aunque no suficiente para que se desarrollen actitudes hostiles y se manifieste el comportamiento agresivo. Sin embargo, según *Albert Ellis y Raymond Chip Tafrate* (1999) una gran razón para mantener el enojo bajo control, es porque puede conducir fácilmente a la agresividad.

2.6.3 Epidemiología

Con fundamento en el marco teórico, sabemos que uno de los dominios del enojo es el aspecto de las conductas, las cuales pueden ser funcionales: cuando hay afirmación, establecimiento de límites, etc., y disfuncionales: cuando hay agresión física y verbal, retraimiento, consumo excesivo de alcohol u otras adicciones, etc.

En el caso de las conductas disfuncionales, como hemos visto, el abuso verbal es una de las manifestaciones del enojo, además, según *Albert Ellis y Marcia Grad Powers* (2006), el abuso verbal es una forma de violencia doméstica y una forma de tortura psicológica y emocional. Es la primera etapa del abuso físico; en ocasiones se extiende hasta llegar a los ataques físicos a objetos: golpeando, tirando, desgarrando y rompiendo cosas. Estos ataques se pueden extender a ataques físicos sobre la pareja. Dichos autores señalan que cuando el abuso verbal ha sucedido en privado y comienza a ocurrir frente a otras personas, a menudo es señal de que está creciendo a la segunda etapa: la violencia física.

De acuerdo con *Torres Falcón* (2001), considerando la naturaleza del daño ocasionado y los medios empleados, la violencia puede clasificarse en:

psicológica, física, sexual y económica. Entre estas variantes la única violencia que puede darse por sí sola es la psicológica. La autora menciona que si consideramos su definición inicial de violencia como: un acto u omisión que lesiona a otra persona, se debe agregar que cuando se ejerce violencia psicológica se produce un daño a la esfera emocional y que el derecho que se vulnera es el de la integridad psíquica. La autora destaca que la violencia psicológica o emocional también puede llegar a ser devastadora y entre los medios utilizados están: el abuso verbal; la mordacidad; los insultos; los sarcasmos; las bromas hirientes; las humillaciones; la ridiculización; las ofensas; las amenazas; la intimidación; los silencios; etc., no sólo van minando la autoestima de la persona que es objeto de violencia, sino que en muchas ocasiones sufren alteraciones físicas, trastornos en la alimentación y el sueño, dermatitis, úlceras, gastritis, etc., cuyo origen está en la esfera emocional. A su vez, las personas cercanas como los hijos, pueden advertir: insultos, gritos, sarcasmos, manipulación, desprecio. Dicha autora menciona que el aislamiento que provoca este tipo de violencia es un mecanismo de presión emocional que tiende a desestabilizar y debilitar a las personas y les impide encontrar apoyos.

Un aspecto muy importante a considerar, menciona esta autora, es la valoración que hace cada persona de los actos violentos. Por ejemplo, algunas mujeres maltratadas, en grupos de autoayuda y reflexión psicológica, comentan que en ocasiones los golpes no les parecen tan reprobables como los insultos o las ofensas, sobre todo si los primeros no son de gravedad y estas últimas se refieren a la sexualidad o se producen en público.

Anne Ganley (1981, citada en Jorge Corsi, L. Dohmen, A. Sótes y Méndez, 1999, p. 46) señala que “la violencia es precedida por una cólera irracional, discernible a través de los monólogos interiores de hombres”, en este caso que son protagonistas de violencia, “que deforman la percepción de la mujer y los conducen a actuar desconsideradamente”.

El Dr. Albert Ellis resalta que el impacto del enojo es elevado en diferentes áreas en nuestra vida como por ejemplo en: nuestras relaciones laborales; la salud; en nuestras relaciones personales, que es uno de los costos más comunes

del enojo y probablemente el más elevado de todos. Menciona el autor que las relaciones más dañadas suelen ser las mejores que tenemos, pues nos enojamos con las personas más cercanas como: los compañeros de trabajo, los amigos, y desafortunadamente con nuestros seres más queridos, como con los cónyuges, hijos, etc.

En el ámbito familiar, por nuestro bagaje cultural, comúnmente se reproducen jerarquías y relaciones de poder. Cuando hay violencia doméstica, refiere Torres Falcón (2001), se produce en direcciones definidas: el hombre agrede a la mujer (aunque existen hombres maltratados psicológica o incluso físicamente, según los casos reportados, se sabe que es menos frecuente), ambos agreden a los hijos, pero en muchos hogares es, sobretodo, la madre quien más agrede a los hijos. De estos comportamientos, los niños aprenden un modelo de actuar del hombre y otro de la mujer.

Respecto a esto, Sonkin y Durphy (1982, citado en Jorge Corsi, et al., 1999, pp. 44, 45) señalan la importancia del aprendizaje de la violencia en la propia familia. Destacan que en muchos casos se siguen los pasos de los mismos padres, manifestando *el accionar violento como modo de manejar el enojo y el estrés*. Estos autores subrayan que se aprende así, que la violencia es la única manera de resolver conflictos.

A continuación se presentan los resultados de diferentes investigaciones en relación a este tema.

De acuerdo con la Secretaría de Salud (SSA), se incrementan continuamente los casos por lesiones en todos los ámbitos y, en especial, los casos de violencia familiar.

Según la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones de los Hogares 2003 y 2006 (ENDIREH, 2003 y ENDIREH, 2006) a nivel nacional un 43.2% de las mujeres sufrieron violencia por parte de su pareja a lo largo de la última relación, la violencia emocional se sitúa en 37.5%; la violencia económica se ubica en 23.4%; la violencia física se presenta en 19.2%; la violencia sexual se sitúa en 9%; la violencia comunitaria sin incidentes se ubica en 60.3%; la violencia comunitaria con incidentes se sitúa en 39.7%; la violencia familiar a la mujer, sin

considerar al esposo o pareja sin incidentes se presenta en 84.1%; la violencia familiar a la mujer, sin considerar al esposo o pareja con incidentes, se ubica en 15.9%; la violencia patrimonial sin incidentes se sitúa en 94.2%; la violencia patrimonial con incidentes se presenta en 5.8%; la violencia en el ámbito escolar se sitúa en 15.6%; la violencia en el ámbito laboral se ubica en 29.9%.

En términos generales el 67% de las mujeres, de 15 años y más, han sufrido violencia en cualquiera de los siguientes contextos: comunitaria, familiar, patrimonial, escolar, laboral y de pareja.

La encuesta levantada a mujeres mayores de 15 años de edad que viven con su pareja mostró los siguientes resultados: de las mujeres que viven con su pareja en el mismo hogar, el 44% reportó algún incidente de violencia emocional, física o sexual en los 12 meses anteriores a la encuesta; de éste 44% más de la mitad padece al menos dos tipos de violencia distintos, uno de los cuales es la violencia psicológica; el 33.4% de las mujeres vivieron al menos una experiencia de violencia emocional; el 27.3% de las mujeres tuvieron al menos una experiencia de violencia económica; el 9.3% de las mujeres padecieron al menos una experiencia de violencia física; el 7.8% de las mujeres vivieron al menos una experiencia de violencia sexual.

En México alrededor de 60-70% de los hogares padece algún tipo de violencia familiar, pero sólo entre 10 y 15 por ciento de las agresiones reales son denunciadas.

En 1995 el Programa de Atención Integral a la Violencia Sexual (AVISE) observó que 9 de cada 10 víctimas que acudieron a un centro especializado en el tratamiento de violencia intrafamiliar fueron mujeres.

En 1996 el 61% de las amas de casa mexicanas eran maltratadas físicamente por sus esposos o compañeros.

En 2004 el Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI) y el Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES) reportó que 9 millones de mexicanas dijeron haber sufrido algún tipo de violencia.

Según la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL, 2004) 5 200 mujeres, de entre 15 y 49 años mueren anualmente por causas violentas, dos de cada tres en sus hogares.

Según el Colegio de México (COLMEX) la mitad de las mexicanas mayores de 15 años unidas o casadas son agredidas por sus parejas y las más afectadas son las que tienen entre 15 y 29 años de edad y se encuentran embarazadas.

En el año 2005, la entonces Directora General del Centro Nacional de Equidad y Género y Salud Reproductiva de la SSA, señaló que la violencia de género tiene la prevalencia más alta que cualquier enfermedad, ya que una de cada cinco mujeres sufre violencia de pareja, con importantes consecuencias para su salud física y emocional, ya que provoca trastornos como depresión, síndrome del dolor y colón irritable, entre otros (El Sol de México, 2005).

El Centro de Atención de Violencia Familiar (CAVI) reporta que a partir de 1997 el número de personas atendidas ha sido aproximadamente de 20000 al año, de las cuales 85% han sido mujeres o niñas.

No obstante, en estudios hechos en el Hospital Infantil de México se reporta que el porcentaje de niñas maltratadas es apenas superior al de los varones: el 51.6% contra 48.4%. Por otra parte, se informa que la madre golpea en una proporción notoriamente mayor que el padre. Casi la mitad de los menores atendidos en este hospital fueron maltratados por la madre: el 48.7%, comparado con el 24% que fueron maltratados por el padre. Asimismo, Programas de atención a la familia del sector de bienestar social, confirman que las madres maltratan con mayor frecuencia que los padres; solo que comparando con lo reportado por el hospital, la proporción de niñas y niños agredidos se invierte; en espacios de atención y prevención que no reciben casos de violencia física tan seria como en los hospitales, 60% son niños y 40% niñas; de los cuales se reporta que cerca de la mitad tenían entre tres y nueve años. (Torres Falcón, 2001).

En la información proporcionada por estas instituciones podemos identificar claramente y confirmar el incremento constante de casos de violencia entre las personas y, sobre todo, con los más cercanos, en especial hacia la mujer y los niños en el área familiar.

Como hemos visto en la literatura acerca del enojo, esta emoción puede conducir fácilmente a la agresividad, de manera que puede estar íntimamente relacionada con violencia como expresión física del enojo.

Los costos del enojo, cuando es disfuncional y se llega a la violencia, son muy altos, pues el impacto es grave tanto en los individuos, como en las familias y en la sociedad.

De esto se desprende fácilmente que existe una necesidad imperiosa de encontrar formas alternativas para manejar la sobre reacción de enojo, ya sea como prevención o como una forma en que las personas descubran que pueden detenerse y aprender técnicas para superar su problemática y así evitar una reacción exagerada ante eventos percibidos como problemáticos y logren nuevas formas de interpretar las situaciones de crisis, disminuyendo su ansiedad y hostilidad, llegando a afrontar y reaccionar de manera más adaptativa y funcional.

2.6.4. Medición del enojo

Para medir la emoción de enojo se utilizan herramientas como la técnica de entrevista, instrumentos psicométricos y autorregistros, los cuales se explican a continuación.

2.6.4.1. Entrevista

La entrevista es una técnica muy importante para el diagnóstico del enojo, ya que ofrece la oportunidad de conocer información específica acerca de la emoción de la persona, sus antecedentes y consecuentes, además del manejo que hace de la emoción con sus propios recursos. El entrevistador trabaja con un esquema definido de entrevista, constituido por preguntas abiertas y cerradas ya previstas, incrementando así la confiabilidad (Phares, 1999) (ver anexo no. 1).

2.6.4.2. Instrumentos para la medición del enojo

Se han elaborado variados instrumentos para la medición del enojo en los últimos cuarenta años; sin embargo, para este trabajo se utilizó el Inventario

Estado-Rasgo de la Expresión del Enojo México (IEREEM) el cual fue validado y estandarizado en adolescentes mexicanos (Vázquez Casals, 1994). Dicho instrumento se aplica en el CSP para la medición del enojo. El IEREEM es un inventario de lápiz y papel que está compuesto por 35 reactivos y consta de tres escalas y siete subescalas (ver anexo no. 2).

Cada escala tiene diferentes instrucciones y contiene afirmaciones que la gente utiliza para describir sus sentimientos y conducta. La persona contestará cada afirmación dando la respuesta que le describa mejor en una hoja de respuestas anexa. En dicha hoja de respuestas se solicitan los datos generales del participante como: nombre, edad, sexo, escolaridad y fecha de aplicación. Este instrumento puede ser aplicado de manera individual o en grupo.

A continuación se describen los componentes, escalas y subescalas del enojo evaluados:

➤ **Descripción:**

- **Enojo Estado (Enojo E).** Esta escala mide la intensidad de los sentimientos de enojo en un momento particular y comprende los primeros 10 reactivos. El Enojo Estado se avalúa sobre una escala de 4 puntos: para “Definitivamente no” (1), “Algo” (2), “Moderadamente” (3) y para “Mucho” (4). Cuenta con dos subescalas:
 - › *Disposición Conductual (Enojo E/DC).* Incluye los reactivos 4, 5, 7, 8 y 9, y el contenido de sus reactivos se refiere a qué desearía hacer al estar enojado.
 - › *Afecto enojoso (Enojo E/AE) consta de los reactivos 1, 2, 3, 6 y 10 y su contenido alude a sentimientos de enojo.*
- **Enojo Rasgo (Enojo R).** Esta escala mide las diferencias individuales en la disposición a experimentar enojo y consta de 10 reactivos, del número 11 al 20. En este caso se evaluaron sobre una escala de 4 puntos y son: para “Casi Nunca” (1), “Algunas Veces” (2), para “Frecuentemente” (3) y “Casi Siempre” (4). Esta escala la integran dos subescalas:

- › *Temperamento enojoso (Enojo R/TE) es una subescala que contiene 6 reactivos: 11, 12, 13, 16, 19 y 20 y mide una propensión general a experimentar y expresar enojo sin una provocación específica.*
- › *Reacción enojosa (Enojo R/RE) que se compone de 4 reactivos: el 14, 15, 17 y 18 y miden las diferencias individuales en la disposición a expresar el enojo cuando se es criticado o tratado injustamente por otras personas.*
- **Expresión de Enojo (XE).** Este componente del enojo está integrado por los reactivos 21 al 35 y son evaluados sobre una escala de 4 puntos: para “Casi Nunca” (1), “Algunas Veces” (2), “Frecuentemente” (3) y para “Casi Siempre” (4). Esta escala se forma por tres factores:
 - › *Enojo adentro (XE/AD) contiene 4 reactivos: 22, 28, 30 y 34 y miden la frecuencia con la cual los sentimientos de enojo son retenidos o suprimidos (guardados).*
 - › *Enojo afuera (XE/AF) que incluye 3 reactivos y son el 24, 27 y 32. Dichos reactivos miden cuan frecuentemente un individuo expresa el enojo hacia otras personas u objetos en el ambiente.*
 - › *Control del Enojo (XE/CO). Esta subescala incluye 8 reactivos: 21, 23, 25, 26, 29, 31, 33 y 35, los cuales miden la frecuencia con la cual un sujeto intenta controlar la expresión del enojo.*

2.6.4.3. Autoregistros

Los autoregistros permiten conocer, tanto al participante como al instructor, factores que juegan un papel muy importante en el episodio de enojo como son: las situaciones a las se enfrenta la persona, el modo de enfrentamiento del sujeto, los antecedentes, cómo interpreta esas situaciones, en lo cual se refleja su bagaje de pensamiento, la emoción y el grado en que se incrementa ante la situación, es decir, su frecuencia, intensidad y duración, la conducta, así como las consecuencias.

Estrategias Metodológicas y de Intervención

En el presente informe se destaca que para lograr una formación integral como profesional de la Psicología, el prestador de servicio social ha ido desarrollando durante su labor las destrezas, habilidades y competencias, para acrecentar sus potencialidades, las cuales se ven reflejadas en este Informe Profesional de Servicio Social.

Para esto es importante, previo al trabajo final del estudiante de Servicio Social, dar a conocer las actividades realizadas durante el servicio social, la cuales se llevaron a cabo en el área clínica y se describen a continuación.

Las Actividades Desarrolladas fueron: Curso de Inducción; Seminario de Terapia Racional Emotiva; Supervisión; Preconsulta; Concertar Citas; Terapia Supervisada; Aplicación, Calificación, Evaluación e Interpretación de Instrumentos Psicológicos; así como la Integración y Elaboración del Reporte Psicológico; Formulación del Caso y Elaboración del Programa de Tratamiento Bajo Supervisión; Expediente Clínico; Elaboración de la Nota Psicológica; Impartición de Talleres; Seguimientos y, de Intervención Psicológica, Modelo de Solución de Problemas, Toma de Decisiones, Técnicas de Relajación, etc. y Participación en un Congreso.

❖ **Actividades de entrenamiento.**

➤ **Curso de capacitación para psicólogos clínicos.**

Este curso incluyó los temas de: Inducción al Servicio; Psicología de la Salud; Alimentación y Trastornos de la Nutrición; Salud Mental; Estrés; Trastornos de Ansiedad; Trastornos del Estado de Ánimo; Trastornos Crónico Neurodegenerativos; Trastornos de la Conducta Alimentaria; Actividad Física y Recreación y Estrategias de Intervención; Capacitación para el Enfoque Cognitivo-Conductual y Análisis de los Principios Básicos y Teóricos del Ejercicio Profesional del Psicólogo Clínico de la Salud en el CSP.

En la segunda parte se revisaron los siguientes temas: Diferentes Aspectos Psicológicos Importantes en la Salud-Enfermedad (como la relación que existe entre nuestro ambiente, nuestras respuestas y las enfermedades); Respuesta de "Luchar-Huir" de Cannon; Síndrome de Estrés Postraumático; Estrés y el Sistema Inmune.

También se brindó información acerca de la Misión y Visión del CSP, su organización y coordinación en el servicio terapéutico; la distribución de los diferentes espacios dentro de las instalaciones así como el organigrama.

➤ **Seminario de Terapia Racional Emotiva**

El Seminario de Terapia Racional Emotiva (TRE) forma parte del Programa de Formación Profesional Supervisada en Centros y Programas de Servicio a la Comunidad y es impartido para los estudiantes de la facultad de Psicología de la UNAM.

El objetivo de este seminario fue: conocer y analizar los conceptos básicos de la Terapia Racional Emotiva, así como algunos elementos de la tecnología de esta orientación terapéutica.

Ha sido una experiencia muy interesante y muy enriquecedora. La participación en dicho seminario me ha permitido ampliar mi conocimiento y desarrollar mis habilidades y competencias profesionales. Asimismo, esto me

permitió llevar a cabo con mayor eficacia y seguridad mi labor en el CSP como prestadora de servicio social.

➤ **Participación en congreso**

Se participó en el XIV Congreso Mexicano de Psicología, “El Psicólogo Rumbo a la Certificación: Investigación, Formación y Práctica”.

Se presentó en el encuentro un panorama de las últimas contribuciones de la investigación en psicología en México, a través de conferencias magistrales, simposios, sesiones temáticas y carteles, entre otros.

Fue una experiencia muy interesante en la cual los integrantes del grupo de servicio social participamos en la Sesión Cartel: “Psicología de la Salud”, con los temas “Entrenamiento en Autoestima y Solución de Problemas: Dos Componentes de las Estrategias de Prevención y Mantenimiento de la Salud Mental”.

❖ **Actividades de servicio**

➤ **Supervisión**

La supervisión es de gran importancia, ya que es en esas sesiones en las que se aprende de la supervisora, de sus conocimientos y su experiencia (la organización, a llevar una bitácora, la técnica, el método) y, otros aspectos significativos para el fortalecimiento y desarrollo de las habilidades y competencias que se requieren para una adecuada presentación del caso clínico, plan y programa de tratamiento de los pacientes para la intervención en su problemática particular y para la selección de estrategias; ésta contribuyó al desarrollo y desenvolvimiento del prestador de servicio social en su preparación integral, como instructor de talleres y como coterapeuta y terapeuta (bajo supervisión).

Asimismo, se aprendió de las lecturas que recomendó la supervisora, ya que se llevó a cabo la revisión bibliográfica durante la sesión de supervisión.

Como se mencionó, las actividades que se desarrollaron durante el Servicio Social se llevaron a cabo bajo supervisión, la cual brindó realimentación al

prestador de servicio social. De manera que es una forma de enseñanza en la práctica, pues como lo menciona Phares (1999, p. 12), "se aprende haciendo, bajo condiciones controladas y seguras de una relación aprendiz-supervisor".

El programa en el que la prestadora de Servicio Social estuvo inscrita siguió un modelo de supervisión en cascada, lo que significa que estudiantes de mayor jerarquía, por sus conocimientos, comparten con los de menor jerarquía estos conocimientos. En este caso particular, la supervisora directa fue una estudiante de la Maestría de Psicología Profesional con residencia en Medicina Conductual, nivel II, lo cual quiere decir que estaba próxima a concluir su maestría.

La supervisión se proporcionó una vez a la semana, de manera individual o grupal y consistió en: revisión de preconsultas o entrevistas iniciales, de casos individuales, así como de talleres que impartió la estudiante. Los casos individuales fueron discutidos y analizados, comenzando desde la lectura de su preconsulta, el motivo de consulta, planteamiento del problema, el análisis de los instrumentos aplicados, el diagnóstico y se revisó la pertinencia del tratamiento de acuerdo al caso. En la supervisión se analizaron también los expedientes clínicos y su actualización. Cada semana se examinaron los casos a la luz del marco teórico y de las técnicas terapéuticas de acuerdo a la bibliografía revisada.

➤ **Proceso de admisión del paciente**

Las personas que acuden al CSP solicitando atención psicológica pasan por un proceso de admisión en el que se pide llenar una ficha de registro, la cual contiene información general y personal del solicitante. Esta información es muy importante para empezar a formar el expediente del paciente e incluye datos como: número de folio; fecha en que acudió la persona al centro; procedencia; nombre; dirección; delegación; código postal; número de teléfono; sexo; edad; estado civil; ocupación; escolaridad; si ha recibido anteriormente otro tipo de ayuda; si tiene problemas de salud; motivo de consulta, áreas que son afectadas por el problema y se les da a conocer una carta de derechos y responsabilidades del paciente. Si es menor de edad, se solicitan datos del responsable del menor y también es entrevistado.

Estas fichas de admisión son asignadas a los prestadores de servicio social, para llevar a cabo la entrevista inicial a las personas que acuden por primera vez a la institución.

➤ **Preconsulta.**

La preconsulta es un procedimiento muy importante (de corte cognitivo-conductual), por medio de la cual se entrevista al usuario por primera vez con el objeto de obtener más información acerca de éste y de su motivo de consulta. La información que el prestador de servicio social recava, se vierte en el formato de PRE-CONSULTA (PC), el cual contiene información relativa a: número de folio; fecha y datos generales y personales: nombre; edad; sexo; estado civil; número de teléfono; familograma (esquema de los miembros que integran su familia); descripción del problema; estrategias de solución; áreas afectadas por el problema; problemas presentados en la sesión y soluciones adoptadas.

La entrevista es un proceso en el cual los objetivos son:

- Obtener la información más relevante.
- Identificar la historia del problema.
- Detectar los excesos, déficit y ventajas conductuales.
- Formular una impresión diagnóstica

En la preconsulta se trata de establecer el rapport, una buena relación y ganar la confianza del paciente; se le explica el propósito de la entrevista y que su información será manejada de forma confidencial. Se escucha y observa con toda atención al paciente, utilizando un tono de voz bajo, amable, un lenguaje sencillo y teniendo una actitud de empatía, calor y comprensión, sensibilidad y flexibilidad, para promover sentimientos positivos en el entrevistado, aminorar la tensión y bajar el nivel de ansiedad. El diálogo se centra en la problemática y sintomatología actuales para definir el motivo de consulta. Se recoge la información de manera lógica y sistemática.

En su desarrollo son importantes el conjunto de conocimientos y habilidades que posee el prestador de servicio social como entrevistador. Conforme se van aplicando las entrevistas, se practican dichas habilidades y se adquieren los conocimientos adecuados a través de un entrenamiento sistemático. (Martorell Payas, 1997, p. 12)

➤ **Concertar citas**

El concertar citas implica llamar a los pacientes que han sido entrevistados en pre-consulta para acordar la fecha y hora de su cita para su tratamiento. Es posible que se convenga una cita con el paciente para evaluarlo, aplicándole instrumentos psicológicos si es necesario.

➤ **Evaluación diagnóstica**

Las evaluaciones diagnósticas son importantes porque se obtiene información valiosa y son un medio para determinar el tratamiento a seguir con un paciente.

Objetivos:

- Contar con la técnica adecuada para la aplicación de los instrumentos: cuestionarios, pruebas psicológicas, etc.
- Tener un manejo adecuado de los instrumentos de evaluación.
- Evaluar, que implica una valoración de las fortalezas y debilidades de un individuo, una conceptualización del problema en cuestión.
- Detectar la enfermedad o los déficit en las personas.
- Dar una impresión diagnóstica.
- Comprender la naturaleza de la enfermedad, y
- Alcanzar una mejor comprensión de la problemática del paciente.

En el Centro de Servicios Psicológicos se evalúa a los pacientes según su caso, considerando los resultados de la entrevista y la opinión de la coordinadora, supervisoras y prestadores de servicio social, así como el motivo de consulta. Se aplican los siguientes instrumentos:

- Inventario de Depresión de Beck (1976).
- Inventario de Ansiedad de Beck (1976).
- Inventario Estado-Rasgo de la Expresión del Enojo México (IEREEM) (1994).
- Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota-2 (Hathaway y McKinley, 1994).
- Inventario de Resolución de Conflictos (1982).

❖ Descripción

➤ Inventario de Depresión de Beck

El Inventario de Depresión de Beck es un instrumento muy difundido debido a que permite evaluar de una forma razonablemente confiable el nivel de depresión exhibido por un paciente. En la atención a pacientes con dolor se puede aplicar este inventario, por ser de fácil aplicación y calificación y además, porque según se ha observado, los pacientes ansiosos y deprimidos poseen un menor umbral al dolor, tal como postula la teoría de la puerta de control de Melzack (Oakley, 1990). Asimismo, las puntuaciones de este cuestionario permiten establecer comparaciones antes y después del tratamiento. El formato del inventario solicita datos personales del paciente como: nombre de la persona, fecha, edad, sexo, estado civil, escolaridad y ocupación.

El formato incluye un párrafo de instrucciones para el llenado de la prueba. En el cuestionario se encuentran veintidós grupos de oraciones, que requiere se lean cuidadosamente. El paciente debe escoger una oración de cada grupo, la que mejor describa la manera en que el paciente se sintió la semana anterior en que se está haciendo la prueba e inclusive el mismo día. Se le pide al paciente que

encierra en un círculo el número que se encuentra al lado de la oración que éste escogió. Se explica que si varias oraciones del grupo se aplican a su caso, sólo circule una. Por último, se le pide que se asegure de leer todas las oraciones en cada grupo antes de hacer su elección.

➤ **Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)**

El BAI tiene por objeto evaluar la intensidad de la ansiedad clínica en los pacientes, sin confundirse con la evaluación de la depresión. Los síntomas seleccionados guardan una estrecha relación con los criterios diagnósticos del trastorno de pánico según el DSM-III-R (American Psychiatric Association, 1987).

El formato del Inventario de Ansiedad de Aaron Beck solicita los siguientes datos personales: nombre y fecha. Se trata de una lista que contiene los síntomas más comunes de la ansiedad y para contestar se debe leer cuidadosamente cada afirmación. Se pide al paciente que indique cuánto le ha molestado cada síntoma durante la última semana, incluyendo el día en que se está aplicando la prueba. El cuestionario incluye veintidós síntomas que se contestan marcando con una X según la intensidad de la molestia: "Poco o Nada"; "Más o Menos"; "Moderadamente", o "Severamente".

En resumen, el BAI es un instrumento fiable y válido como medida de la ansiedad y como medida del cambio terapéutico en muestras psiquiátricas y sirve, además, para discriminar a pacientes aquejados de trastorno de ansiedad (ansiedad generalizada, trastorno de pánico, etc.) de pacientes con trastornos del estado de ánimo (distimia, depresión mayor, etc.) (Echeburúa, Caballo, 1996).

"Estos cuestionarios ayudan al paciente y al terapeuta a controlar con objetividad el estado anímico del paciente. Un cuidadoso análisis de estas pruebas puede ayudar al terapeuta a captar problemas que el paciente no ha explicitado verbalmente, por ejemplo, dificultades para dormir, disminución del deseo sexual, sentimientos de fracaso o aumento de la irritabilidad" (Beck, 2000).

➤ **Inventario Estado-Rasgo de la Expresión del Enojo México (IEREEM).**

El IEREEM es un inventario de lápiz y papel que es la versión en español del State-Trait Anger Expression Inventory (STAXI: Spielberger, 1988). El instrumento está compuesto de 35 reactivos y consta de tres escalas y siete subescalas, las cuales fueron descritas en la sección referente a medición del enojo.

➤ **Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota-2**

El Inventario Multifásico de la Personalidad (MMPI-2) se aplica para obtener la información objetiva y rápida de las características tanto de los elementos sanos, como de alteración en un sujeto.

El MMPI-2 reúne la suficiente validez y confiabilidad y está siendo sometido constantemente a investigación. Contiene una serie de enunciados o proposiciones numeradas acerca de lo que la gente piensa o le gusta. La persona a la que se aplica la prueba deberá leerlas y decidir si es verdadera o falsa, dando su opinión acerca de sí mismo y siendo lo más sincero posible. La respuesta se anota en la hoja de respuestas.

El MMPI-2 consta de 567 frases afirmativas, algunas de ellas repetidas, que incluyen una gran variedad de temas.

Esta prueba se aplica en el CSP en casos en los que se tiene dudas o se quiere confirmar hipótesis acerca de la personalidad del paciente y el diagnóstico.

➤ **Inventario de Resolución de Conflictos**

El Inventario de Resolución de Conflictos tiene por objeto evaluar lo que se ha descrito como una medida de la habilidad autopercibida de solución de problemas (Heppner, Neal y Larson, 1984) y como una medida del estilo de solución de problemas (Sherry, Keitel y Tracey, 1984).

El formato para la Resolución de Conflictos solicita los siguientes datos personales: nombre, fecha de aplicación, edad de la persona, sexo, estado civil, escolaridad y ocupación. Se trata de una lista que contiene 35 afirmaciones y se

pide a la persona que lea cada frase y después indique en el paréntesis que está a un lado del número de la frase, la respuesta en la que está de acuerdo o en desacuerdo con la frase. Las alternativas son las siguientes: "Completamente de acuerdo" (1); "Moderadamente de acuerdo" (2); "Levemente de acuerdo" (3); "Moderadamente en desacuerdo" (5) y "Completamente en desacuerdo" (6).

➤ **Terapia bajo supervisión**

Inicialmente se trabajó en equipo, para lo cual se contempló la presencia de un terapeuta (supervisor) y del prestador de servicio social (pasante) quien, en este caso, presenta este IPSS. El pasante tomaba las notas pertinentes para, posteriormente en la supervisión, reconstruir la sesión con la supervisora, analizarla, comentarla y plantear nuevas hipótesis. Esto fue muy enriquecedor para el prestador de servicio social y le permitió aprender de su supervisor y desarrollar habilidades que, posteriormente, le apoyaron cuando se le asignaron casos para atención psicológica, actividad que se continuó desempeñando bajo supervisión.

Objetivos:

- Entrenamiento en entrevista clínica.
- Entrenar al prestador de servicio social en el manejo de sesiones de evaluación y tratamiento.

En la atención psicológica, el prestador de servicio social fue supervisado y aplicó:

- Entrevista
- Historia clínica
- Evaluaciones psicológicas y psicométricas.
- Construcción amplia de los problemas del paciente (conceptualización)

- La planeación de un programa de tratamiento seleccionando y definiendo metas, estructura de las sesiones y técnicas cognitivo-conductuales en el tratamiento.
- Evaluación de los resultados.

➤ **Programa de tratamiento**

Habiendo entrevistado al paciente, conociendo su(s) situación(es), sus pensamientos y conductas; así como habiendo aplicado pruebas y evaluado sus déficit, se llevaba a cabo una integración de la información a la luz de los datos obtenidos y se lograba la conceptualización del caso, se hacía un análisis del mismo y la formulación de hipótesis.

Posteriormente, se presentaba el caso clínico a la supervisora con la siguiente información:

- Ficha de identificación
- Motivo de consulta
- Propuesta del programa de tratamiento
- Técnicas
- Número de sesiones

Se estructuraba formalmente el diseño del plan de tratamiento seleccionando y definiendo las metas:

- Planteamiento de los objetivos a ser cubiertos con la intervención terapéutica
- Tiempo de intervención
- Técnicas a ser utilizadas.

Lo anterior se consignaba en la bitácora de la prestadora de servicio social, así como en la de la supervisora.

El programa de tratamiento se registra formalmente para integrarse al expediente en un formato provisto por el CSP. Dicho formato es muy extenso y se compone de cinco hojas, de las cuales la primera incluye datos personales del paciente como son: Nombre; edad; sexo; estado civil; diagnóstico médico y diagnóstico psicológico. Asimismo, incluye espacio para registrar el objetivo del tratamiento; modalidad de tratamiento y áreas de trabajo.

En las siguientes cuatro páginas se incluye: conducta objetivo, métodos de recolección de información; análisis funcional de la conducta; motivación para el cambio (qué será diferente al eliminar el problema); personas significativas para el paciente; factores que mantienen el problema; modalidad de tratamiento; programa de intervención (objetivo general del tratamiento); objetivos específicos y actividades por área (familiar, sexual, etc.) y evaluación del programa de intervención (resultados).

➤ **Formación e integración del expediente clínico.**

El expediente clínico es una herramienta muy práctica para un control y buen manejo de la información del paciente

Dicho expediente es un archivo que elabora el prestador de servicio social para cada paciente que le es asignado y que estructura integrando toda la información referente a un paciente y comprende:

- Preconsulta
- Hoja frontal
- Modalidad de tratamiento
- Programa de tratamiento
- Nota psicológica y de evolución, por cada sesión
- Pruebas aplicadas al paciente
- Ficha de admisión con motivo de consulta
- Tareas a casa
- Además de toda aquella información que implique mayor conocimiento del paciente.

- Según sea el caso, puede incluir ficha de canalización, alta o baja u otro tipo de movimiento.

Objetivos:

- Integrar adecuadamente el expediente.
- Conocer las áreas que debe contener un expediente clínico.
- Manejar adecuadamente la nota clínica como un medio de dar a conocer lo que se ha trabajado con el paciente.

El expediente incluye toda la historia clínica del paciente y sirve al terapeuta para tener todo registro de éste de una manera ordenada y sistematizada. Asimismo, sirve al prestador de servicio social para manejar cronológicamente las notas clínicas y su evolución psicológica, para tener un conocimiento claro del proceso de evolución del tratamiento.

Por otra parte, a futuro en caso de reingreso, funcionará como un medio para dar a conocer a los interesados el tratamiento que se dio al paciente, así como su evolución y los resultados. Esto facilitará la toma de decisiones y los pasos a seguir en el proceso terapéutico.

Este expediente, así como toda información contenida en éste, se maneja de manera confidencial en el CSP.

➤ Nota psicológica y de evolución

La nota psicológica y de evolución se redacta cada sesión, desde la primera de éstas. Se tiene un formato proporcionado por el CSP para estos fines y en éste se describe: el número de sesión; la fecha; la descripción del problema a tratar en la sesión; el objetivo de la intervención en esta sesión; las técnicas de intervención a utilizarse en ésta; el procedimiento y se describen los resultados que se obtuvieron al terminar la sesión. Asimismo, cuenta con unas líneas para recomendaciones y observaciones para la siguiente consulta.

Esta nota psicológica y de evolución se incluye en el expediente cada sesión y, como su nombre lo indica, se va registrando la evolución del paciente conforme avanza el proceso de la intervención. Así, se actualiza el expediente y se mantiene al día, lo que permite que el prestador de servicio social conserve un orden y un método en el manejo del expediente.

➤ **Desarrollo e impartición de talleres**

En las últimas cuatro décadas, surgieron como una nueva alternativa de la enseñanza, el aprendizaje y la transmisión de conocimientos en general, los pequeños grupos de encuentro, y con éstos un nuevo tipo de relación: facilitador-participante. Dichos grupos surgieron como parte de la necesidad de ganar tiempo en la efectividad de los procesos sociales de la docencia.

La nueva forma de relación facilitador-participante se sustenta en la capacidad gregaria del hombre, en su habilidad cooperativa y en su destreza interactiva (Acevedo, 1991).

En esta nueva relación, el facilitador crea en el taller un ambiente psicológico de seguridad, en donde se va construyendo la libertad de expresión y el derecho a equivocarse y así la disminución de actitudes defensivas. Asimismo, propicia la manifestación de emociones e ideas, fomentando la aceptación mutua entre los participantes. Se genera un ambiente de confianza y su principal herramienta es la capacidad de dar realimentación conforme se va requiriendo.

Señala dicho autor, que se maneja el tema a trabajar en dos momentos: como objetivo de aprendizaje y como vehículo de aprendizaje, presentándolo como: objetivo y medio. De esta manera, los cambios de conducta serán mucho más significativos y perdurables.

En el diseño del taller se destaca una serie de elementos importantes como son: *la secuencia*, para la cual es de suma importancia el temario, pues es en esta etapa de investigación que se establece el punto de partida, la dirección y la finalidad. *La involucración*, que se refiere a la planeación anticipada de las actividades que llevarán a cabo los participantes durante el proceso de intervención. *El contenido*, el cual se forma de las partes en que se subdivide la

secuencia, es decir, los temas. *El procesamiento*, que es el espacio y tiempo que el mismo diseño prevé para realimentar el comportamiento individual, dentro de la actividad formativa del grupo. Acevedo (1991) hace notar que el primer nivel de aprendizaje está dado en el *tema* (el ¿qué?), y el segundo en la *interacción* de los participantes que aprenden (el ¿cómo?) en el plano vivencial.

También destaca *la velocidad*, que contempla el ritmo y que en la práctica es parte esencial del diseño, el cual incluye: los puntos de secuencia, involucración y procesamiento, siendo éstos los que determinan el rango en el que los tiempos fluctúan. Esto es, que la aplicación de la intervención se va adecuando al comportamiento del proceso del taller, con lo que está directamente relacionada tanto la habilidad del facilitador, como el comportamiento de los participantes en el taller. *El desenvolvimiento de resultados*, que se refiere a la capacidad que desarrolla cada participante en cuanto a logros y opiniones concretas.

También refiere este autor, que los grupos incrementan su potencial de aprendizaje si el diseño del taller les permite comprobar los avances que van teniendo, en relación a las metas planteadas. *Las normas o reglas del juego*, las cuales se negocian al principio del taller y que pueden ser sujetas a futuras consideraciones. *Las constancias*, que se refieren a la importancia de prever el tipo de ayuda didáctica más conveniente para cada tema y, no podía faltar *la flexibilidad*, con la que se considera que todo diseño es perfectible, por lo que se trata de evitar la rigidez.

Considerando por un lado, toda esta gama de valiosas aportaciones que ofrecen los procesos de enseñanza, aprendizaje y transmisión de conocimientos que se suceden al interior de un taller y, por otro, la frecuente demanda de atención de jóvenes que acuden al centro, entre 20 y 30 años, con problemas por déficit en el manejo de el enojo, además del deseo de que el prestador de servicio social lograra llevar a la práctica esta importante estrategia metodológica, se tomó la decisión, en acuerdo con la coordinación del CSP, de que el prestador de servicio social planeara e instrumentara un taller de intervención, que ofreciera alternativas de solución a la problemática de déficit en el manejo del enojo.

Con gran interés y con el propósito de servir a su sociedad, el prestador de servicio social se abocó a planear, diseñar y, posteriormente, impartir un taller con orientación cognitivo-conductual para el manejo del enojo. Habiendo concluido el primer taller y, a partir de esta valiosa experiencia, el prestador de servicio social desarrolló un nuevo taller. Conociendo más acerca del tema hizo modificaciones a éste, e incluyó otra técnica y este trabajo dio origen a una propuesta de intervención que ofrece alternativas de solución a dicha problemática. Se trata del taller: "Manejo del Enojo en Jóvenes Adultos".

Taller: "Manejo del Enojo en Jóvenes Adultos"

*Lo que perturba nuestra mente no son los acontecimientos,
sino la manera como los interpretamos.*

Epicteto, Siglo I d. C.

4.1 Justificación

Un considerable número de investigaciones sugiere que el enojo y sobre todo su frecuencia, conduce a enfermedades del corazón. Esto es, que las personas que se enfadan a menudo pueden ser las que más riesgo corran (Keinan, Ben-Zur, Zilka y Carel, 1992, citados por Lazarus y Lazarus, 2000).

En otras investigaciones se descubrió que las mujeres que tendían a guardar o a negar emociones, tales como el enojo, eran más propensas a desarrollar el cáncer de mama que las que no lo hacían (Greer, S. y Morris, T; 1978, citados por Lazarus y Lazarus, 2000).

De acuerdo con algunas investigaciones, el manejo del enojo es de fundamental importancia, ya que se ha observado que el manejo inadecuado de esta emoción es un factor de riesgo que se relaciona con el desarrollo de enfermedades cardiovasculares y digestivas, con el deterioro de las relaciones interpersonales, laborales y accidentes, con el percibirse incapaz para controlar el enojo, con sentimientos de culpa y tristeza, así como también con la manifestación de conductas agresivas.

El enojo y su expresión, cuando se presenta con agresividad, puede envenenar las relaciones humanas y perjudicar, por ejemplo, la relación con los seres más queridos (Lazarus y Lazarus, 2000).

Por lo expuesto anteriormente y debido a que en el Centro de Servicios Psicológicos se detectó que una de las demandas frecuentes era la solicitud de apoyo psicológico para aprender a manejar el enojo, se consideró de suma importancia enseñar técnicas, estrategias y habilidades para controlar la frecuencia y expresión de esta emoción, en las diferentes situaciones y áreas de la vida de las personas y así poder brindarles una mejor calidad de vida.

Es así como se planteó la importancia de la creación e instrumentación del taller de intervención, motivo de este trabajo.

4.2 Planteamiento del problema

Con fundamento en el marco teórico, contenido en el segundo capítulo, se desarrolló un taller por medio del cual se enseña a jóvenes adultos a modificar sus pensamientos de enojo y, a detener y controlar sus impulsos ante una situación de conflicto, con el propósito de controlar la sobre reacción ante esta emoción y de lograr una vida más feliz y eficaz.

El entrenamiento para este taller, de intervención cognitivo-conductual para el manejo del enojo, se programó en cuatro fases y el objetivo se presenta a continuación.

➤ *Objetivo general del taller*

Entrenar a los participantes para que desarrollen habilidades para cambiar sus pensamientos de enojo y aprendan a detener y a controlar sus impulsos ante situaciones de conflicto, por medio de diferentes técnicas cognitivas, emotivas y conductuales y así mejorar su calidad de vida.

➤ *Pregunta de investigación*

¿Cuál será el efecto de un taller para el manejo del enojo en jóvenes adultos?

➤ **Variables**

V D: Puntaje de enojo.

V I: Instrumentación del taller: “Manejo del Enojo en Jóvenes Adultos”.

➤ **Diseño**

Se empleó un diseño en el cual hubo un pre-test, un post-test, y seguimiento, es decir, se realizó una evaluación inicial, una evaluación al final y una evaluación más después de un mes de terminado el taller.

4.3 Método

➤ **Participantes**

La muestra a la cual se impartió el taller se compuso por siete participantes, 4 hombres y 3 mujeres que fueron seleccionados a través de una entrevista inicial y posterior aplicación de un instrumento psicométrico. Cabe señalar que para la selección de los miembros del grupo se consideraron los siguientes criterios de inclusión y exclusión.

➤ **Criterios de inclusión**

- a. Personas que se encontraron en un rango de edad entre los 20 y 30 años, que acudieron al Centro de Servicios Psicológicos y cuyo motivo de consulta se refirió a problemas en el manejo del enojo.
- b. Personas que fueron diagnosticados con déficit en el control del enojo.

➤ **Criterios de exclusión**

- a. Personas que no completaron sus evaluaciones psicológicas.
- b. Personas con diagnóstico psiquiátrico.

➤ **Escenario**

Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” de la Facultad de Psicología de la UNAM, Sala 5.

➤ **Formatos, materiales e instrumentos**

• Formatos:

› *Formato de Pre-Consulta (PC).*

En el formato de pre-consulta se vierte información más precisa acerca del usuario y de su motivo de consulta y contiene información relativa a: número de folio; fecha y datos generales y personales: nombre; edad; sexo; estado civil; número de teléfono; familiograma, que es un esquema de los miembros que integran su familia; descripción del problema; estrategias de solución; áreas afectadas por el problema; problemas presentados en la sesión de entrevista y soluciones adoptadas (ver anexo no. 1).

• Instrumentos:

› *Inventario Estado-Rasgo de la Expresión del Enojo México (IEREEM).*

El IEREEM es un inventario de lápiz y papel que está compuesto por 35 reactivos y consta de tres escalas y siete subescalas: Enojo Estado (Afecto Enojoso y Disposición conductual), Enojo Rasgo (Temperamento enojoso y Reacción enojosa), Expresión de Enojo (Control de enojo, Enojo adentro y Enojo afuera). Dicho instrumento fue descrito en el capítulo 2, en la sección referente a medición del enojo (ver anexo no. 2).

› *Inventario de Ansiedad de Beck.*

El formato del Inventario de Ansiedad de Aaron Beck solicita los siguientes datos personales: nombre y fecha. Como se describió anteriormente, se trata de una lista que contiene los síntomas más comunes de la ansiedad. Se pide al paciente que indique cuánto le ha

molestado cada síntoma durante la última semana, incluyendo el día en que se está aplicando la prueba. Este instrumento fue descrito en el capítulo 3 (ver anexo no. 3).

› *Inventario de Indicadores de Tensión y Ansiedad.*

El Inventario de Indicadores de Tensión y Ansiedad contiene el nombre del usuario, fecha y una serie de conductas que son indicadores de que el organismo de una persona se encuentra en un estado de ansiedad. Se indica a la persona que para poder conocer cómo responde ante una situación estresante, debe marcar con una X en el recuadro correspondiente al “Sí”, para aquellas conductas que experimenta cuando siente que «se está poniendo nervioso» y, en el caso de que no las perciba estando en ese estado, debe marcar la casilla correspondiente al “No” (ver anexo no. 4).

› *Cuestionario de enojo* (ver anexo no. 5).

• Materiales

› *Tarjetas blancas*

› *Pizarrón*

› *Material electrónico*

- Cañón
- Computadora
- Grabadora
- Reproductor de video
- Televisión

› *Casete o disco compacto*

› *Casetes de video*

› *Hojas de registro:*

- Registro de motivaciones y expectativas (ver anexo no. 6)
- Registro de ¿Dónde está la evidencia? (ver anexo no.7)

- Formulario de autoayuda de la TREC (ver anexo no. 8)
- Registro para la práctica de la relajación (ver anexo no. 9)
- › *Lecturas para biblioterapia* (ver anexos no. 10 - 15)
- › *Cuestionario de satisfacción sobre el taller* (ver anexo no. 16).

➤ **Descripción del taller**

- **Duración:**

Se impartieron un total de 12 sesiones, con duración de dos horas y media cada una y el intervalo de espaciamento entre sesiones fue de una semana.

- **Procedimiento:**

Como ya se mencionó anteriormente, las personas que acuden al Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila" solicitando atención psicológica pasan por un proceso de ingreso. De la misma manera, los participantes al taller se registraron en la recepción y llenaron su ficha de admisión.

Dichas fichas de admisión fueron asignadas a los prestadores de servicio social para llevar a cabo la entrevista inicial. El entrevistador obtuvo la información más relevante y estableció los excesos y déficits cognitivo-conductuales del participante formulando una impresión diagnóstica. Teniendo en consideración el motivo de consulta, los casos cuya impresión diagnóstica manifestaron déficit en el manejo del enojo, fueron canalizados al taller.

Una vez que se integraron los casos, el prestador de servicio social se dio a la tarea de revisar la información de las personas para, posteriormente, proceder a llamarles vía telefónica y concertar la primera cita, en la cual se realizó entrevista inicial individual de exploración clínica.

El entrenamiento para este taller de intervención cognitivo-conductual para el manejo del enojo se llevó a cabo en cuatro fases, las cuales se explican a continuación:

Diagrama de Fases

Fase I	Entrevista Inicial Pre-evaluación	Sesión 1
Fase II	Tratamiento Reestructuración Cognitiva Modelo ABC DE Debates Detención del Pensamiento Solución de Problemas; etc. Aceptación Incondicional Psicodrama; etc. Asertividad Relajación; etc.	Sesión 2-9 Entrenamiento cognitivo- conductual (aplicación del taller) Técnicas Cognitivas Técnicas Emotivas Técnicas Conductuales
Fase III	Consolidación de conocimiento Postevaluación	Sesión 10-12 Práctica de técnicas Sesión 10 Post-evaluación Sesión 12 Evaluación de resultados
Fase IV	Seguimiento	Evaluación de resultados

- **Fase I:**

- › *Pre-evaluación.*

- Se llevó a cabo entrevista inicial.

- › *Sesión 1.*

- Se aplicó evaluación psicológica con el fin de obtener variables asociadas al enojo.
- Respiración diafragmática (aplicación).

En la fase I se inició citando a las personas para realizar una entrevista, con el objeto de conocer más acerca de su problemática y así verificar y evaluar la pertinencia del caso para integrarlo al taller, de acuerdo a los criterios de inclusión establecidos.

Integrado el grupo, se realizó la evaluación psicológica aplicando el Inventario Estado-Rasgo de la Expresión del Enojo México (1994) a los participantes para conocer el tipo y el nivel de enojo de cada uno. Asimismo, se presentó la estructura, contenido, lineamientos y metas del taller de intervención.

- **Fase II:**

- › *Sesiones 2 a 9. Entrenamiento cognitivo-conductual (aplicación del taller).*

- Se explicó la emoción, su función y origen
- Técnicas cognitivas
- Técnicas emotivas
- Técnicas conductuales
- Pensamientos irracionales
- Modelo ABC DE
- Respiración muscular progresiva (RMP) de Jacobson
- Debate
- Habilidades sociales y asertividad
- Solución de problemas

La fase II comprende la intervención, en donde se inició con la sesión de psicoeducación y la introducción de la aplicación de técnicas cognitivas, emotivas y conductuales para entrenar a los participantes en el manejo del enojo.

- **Fase III:**

- › *Sesión 10. Práctica de técnicas, consolidación de conocimiento y post-evaluación.*

- Se aplicó evaluación psicológica con el fin de valorar los cambios que se lograron.

- › *Sesión 11. Prevención de recaídas.*

- Practicar técnicas integradas.
- Se valoran los resultados y cambios alcanzados.

- › *Sesión 12. Prevención de recaídas y valorar resultados.*

- Practicar técnicas integradas.
- Realimentación por parte de los participantes: mesa redonda para valorar los resultados y cambios observados por ellos mismos.
- Cuestionarios de satisfacción.
- Cierre

Durante la fase III se hizo la generalización y post-evaluación, aplicando evaluación psicológica con el fin de valorar los resultados y cambios alcanzados. Asimismo, se trabajó prevención de recaídas y se inició seguimiento.

- **Fase IV:**

- › *Seguimiento*

Durante el seguimiento se trabajó con el grupo una vez cada 15 días. El primero se llevó a cabo a los 15 días de terminado el taller, en el cual se practicaron las técnicas integradas y se resolvieron dudas dando realimentación. A los 30 días también se practicaron las técnicas

integradas, se despejaron dudas, se dio realimentación y se aplicó el inventario de evaluación de enojo. A los 45 días se hizo el seguimiento vía telefónica y se dio realimentación respecto al resultado del instrumento de enojo de seguimiento.

A continuación se presentan las características y descripción de las sesiones que conforman el presente taller de entrenamiento. Es importante mencionar que el plan de las sesiones se estructuró considerando las características del grupo y evitando la rigidez.

❖ Descripción de las sesiones

➤ Características de las sesiones

Las sesiones de intervención son los periodos de tiempo que se dedicaron a la enseñanza directa y a la práctica de las estrategias planeadas en el diseño del taller. A continuación se hará una descripción breve de las sesiones.

➤ Fase I:

• Sesión 1. Presentación e introducción al taller.

Objetivos:

1. Que los participantes establezcan una relación con el instructor para integrar al grupo.
2. Los participantes conocerán la estructura, contenido y lineamientos del taller, así como las metas a alcanzar.
3. Aplicar a los integrantes del grupo un inventario para conocer tipo y nivel de enojo de cada uno.
4. Que los integrantes del grupo aprendan la técnica de la respiración diafragmática.

Subtemas de la sesión y actividades:

1.1) *Presentación formal del instructor y de los miembros del grupo.*

Actividad: presentación cruzada en primera persona. Se pidió a los participantes que escribieran su nombre por los dos lados de una tarjeta doblada; se sentaron en parejas; al que decidió hablar primero se le denominó "A" y a la otra persona "B". Se platicaron uno al otro sobre sí mismos durante 5 minutos. Al terminar intercambiaron gafetes y se presentaron ante el grupo uno al otro hablando en primera persona. Posteriormente, el grupo pudo hacer preguntas y terminaron comentando su experiencia al respecto.

1.2) *Contenido temático del taller*

a. Los participantes conocieron los objetivos y duración del taller y se plantearon algunas reglas básicas para el funcionamiento del grupo. Reportaron por escrito sus motivaciones y expectativas acerca del taller y las discutieron con el grupo.

1.3) *Evaluación del nivel de enojo. Pre-evaluación.*

a. Se realizó una entrevista inicial a cada uno de los participantes para conocer información asociada al enojo.

b. Se aplicó el IEREEM a los integrantes del grupo para conocer el tipo y el nivel de enojo de cada uno. Se dieron las instrucciones para que resolvieran el inventario y se contestaron las dudas que surgieron al respecto.

1.4) *Respiración diafragmática*

a. Se enseñó a los participantes la técnica de la respiración diafragmática con imaginación. Se proporcionó una explicación acerca de la técnica, su función y sus beneficios. Se les enseñó a registrarla y se entregó la hoja de registro.

b. Se les entrenó a los participantes con instrucción verbal, modelándola primero y luego dirigiéndola y haciéndola con el grupo. Se registró.

1.5) *Emoción*

a. Se motivó de manera entusiasta y cordial a los participantes para que hicieran una lluvia de ideas acerca de la palabra emoción y que participaran con sus comentarios.

b. Posteriormente, se solicitó a las personas que cerraran los ojos, practicasen la respiración diafragmática y escucharan con atención una lectura, imaginando que el personaje eran ellos mismos. Al terminar, el grupo hizo una reflexión sobre el momento y las emociones que experimentaron al escuchar dicha lectura y las anotaron.

1.6) *Cierre de la sesión.*

Actividades:

a. Se repasó con los participantes lo revisado en la sesión y se dio realimentación al respecto.

b. Se explicó y se resaltó la importancia de las tareas para la casa ya que sirvieron para observar la evolución de los participantes durante el proceso del taller. Se pidió la primera tarea que consistió en contestar un cuestionario que contiene preguntas acerca de qué es el enojo. Se solicitó a los participantes que leyeran las preguntas del cuestionario, las contestaran sin detenerse mucho tiempo a pensar en la respuesta y lo trajeran la siguiente sesión; la segunda tarea fue practicar la respiración diafragmática con imaginación, y reflexionar respecto a qué emociones les generó y llenar su registro. Se practicó diariamente y se registró.

➤ **Fase II:**

• **Sesión 2. Emoción**

Objetivos:

1. Que los participantes comprendan lo que es una emoción, su función y su origen.
2. Los integrantes del grupo conocerán la definición de la emoción de enojo.

Subtemas de la sesión y actividades:

2.1) *Emoción y su función.*

Actividades:

- a. Se recogió la tarea, y se dio realimentación al grupo acerca de ésta y de los resultados del instrumento de enojo.
- b. Se motivó a los miembros del grupo para que participaran comentando acerca de qué emociones recordaban que habían experimentado al escuchar la lectura en la sesión anterior (podían utilizar las emociones de su tarea). .
- c. Se expusieron los componentes de la emoción y su función.

2.2) *Origen de las emociones.*

Se revisó el origen de las emociones y se habló sobre el sistema límbico.

2.3) *Emoción de enojo.*

- a. Mediante la dinámica de lluvia de ideas, los participantes reflexionaron acerca de qué es el enojo y comentaron acerca del tema.
- b. Se brindó una explicación acerca de los componentes que integran a la emoción de enojo y cómo se comportan.

c. En parejas, reflexionaron y discutieron respecto a qué les genera enojo y cómo reaccionan ante esta emoción, y después comentaron con el grupo al respecto.

2.4) *Expresión de la emoción en las personas.*

Se explicó a los participantes que la experiencia del enojo es individual y que cada persona reacciona de diferente manera ante situaciones problemáticas. Se dio realimentación.

2.5) *Respiración diafragmática.*

Los participantes practicaron la respiración diafragmática siendo dirigidos en el proceso y la registraron.

2.6) *Cierre de la sesión.*

Actividades:

Se hizo un breve resumen de lo que se vio en la sesión y se dio realimentación al respecto. En esta sesión la tarea consistió en practicar la respiración diafragmática diariamente y hacer un registro.

• **Sesión 3. Características del enojo y las consecuencias del déficit en el manejo de esta emoción.**

Objetivos:

1. Que los participantes analicen las características del enojo y comprendan en qué y cómo repercute el no regularlo.
2. Los miembros del grupo conocerán en qué consiste la intervención cognitivo-conductual.

Subtemas de la sesión y actividades:

- 3.1) *Características del enojo y las consecuencias del déficit en el manejo de esta emoción.*

Actividades:

a. Se recogieron los registros de la práctica de la respiración diafragmática semanal, y se dio realimentación a los participantes.

b. Se expusieron las características particulares del enojo: variación en frecuencia, intensidad y duración; expresión particular del enojo, etc.

c. Se les brindó la explicación y se expusieron las consecuencias y los costos del déficit en el manejo de esta emoción; se vio que afecta las relaciones interpersonales, laborales, que puede generar agresión, afecta a la salud, así como también genera problemas personales, etc.

3.2) *Manejo del enojo con intervención cognitivo-conductual.*

a. Se expuso a los participantes en que consiste la intervención cognitivo-conductual para el manejo del enojo.

b. Los participantes comprendieron que los pensamientos repercuten en las emociones y en las conductas, mediante un ejemplo. Se pidió a los participantes que cerraran los ojos y que practicaran la respiración diafragmática tres tiempos y entonces se les solicitó que imaginaran lo más vívidamente posible una situación que se les narró, en la cual experimentaron diferentes pensamientos, emociones y reacciones. Posteriormente, se discutió de manera grupal.

c. Utilizando el mismo ejemplo se enseñó la técnica de reestructuración cognitiva: aprendieron que "la interpretación de una situación precede la respuesta emocional" y que usando la reestructuración cognitiva pueden identificar y evaluar sus pensamientos automáticos, es decir, sus evaluaciones inadecuadas de la realidad y generar un pensamiento alternativo o equilibrado que utilizarán cada quién como autoinstrucción. Se llenó un registro de "Donde está la evidencia". Se enfatizó que los pensamientos alternativos, no son sólo pensamientos positivos o racionalizaciones, sino que reflejan las nuevas interpretaciones de las situaciones, basadas en las evidencias posibles.

d. Los participantes conocieron el principio de la Terapia Racional Emotiva (TRE) que señala que el enojo lo crean las personas filosóficamente recurriendo a un pensamiento absolutista y autoritario. Se les expuso la premisa de Epicteto que dice que *“Lo que perturba nuestra mente no son los acontecimientos, sino la manera como los enjuiciamos”*.

Se aclaró que en el caso del enojo, cuando sentimos que perdemos el control nuestras reacciones pueden parecer automáticas, pero se les hizo notar que antes de la reacción hay una interpretación de la situación.

e. Creencias irracionales que mantienen la perturbación.

Se expusieron las creencias irracionales que mantienen la perturbación y se mostró que podemos dividir nuestro sistema de creencias (Cr) en dos categorías: creencias constructivas o racionales (Crr) y creencias destructivas o irracionales (Cri).

3.3) *Respiración diafragmática y cierre de la sesión.*

Actividades:

a. Practicaron la respiración diafragmática con imaginación siendo dirigidos en el proceso y llenaron un registro.

b. Se hizo un breve resumen de lo visto en la sesión y se dio realimentación al respecto. Las actividades para casa fueron: prestar atención a su forma de hablar y autoescuchándose tratar de captar los pensamientos en los que utilicen las autoinstrucciones anteriormente expuestas para distinguirlas y saber qué se dicen a sí mismos. Se les pidió rescatarlos y llenar un registro de: “Donde está la evidencia”. Se pidió que practicasen la respiración diafragmática durante 10 minutos diariamente y llenaran un registro.

- **Sesión 4. Modelo ABCDE.**

Objetivos:

1. Que los participantes conozcan el modelo ABC y logren aplicarlo.
2. Los asistentes aprenderán los métodos para detectar las creencias irracionales.
3. Los integrantes del grupo identificarán las creencias irracionales que usan para enojarse.

Subtemas de la sesión y actividades:

4.1) *Modelo ABCDE de la TRE*

Actividades:

a. Recordando brevemente la sesión anterior, se analizaron sus registros en grupo. Se dio realimentación resolviendo todas las dudas. Posteriormente, se expuso el modelo ABC usando un ejemplo. Se explicó a los participantes que en dicho modelo, A: es la situación antecedente o experiencia activadora; B: es el bagaje de pensamiento o creencia que tengo sobre A, que proviene de mi sistema de creencias y C: se refiere a la consecuencia o reacción emocional (como ansiedad, depresión, enojo, etc.) y conductual (como la postergación, fumar, tomar, etc.).

4.2) *Métodos para detectar las propias creencias irracionales.*

Se expusieron los métodos para encontrar las creencias irracionales y se les enseñó cómo usarlos.

4.3) *Ideas irracionales que causan y mantienen la perturbación emocional.*

- a. Se facilitó al grupo la lista de los pensamientos irracionales.
- b. Se revisó con el grupo la lista de creencias irracionales.
- c. Se les explicó a los participantes que se puede notar que están presididas por imperativos obsesivo-dogmáticos.

4.3.1) Las cuatro creencias irracionales que la mayoría de las personas se dicen para enojarse, enfurecerse o cegarse de ira.

a. Se les presentaron las cuatro creencias irracionales principales que la mayoría de la gente se dice para enojarse, enfurecerse o cegarse de ira.

b. Se les animó a que formaran parejas y eligieran una creencia irracional de enojo. Se les pidió que la analizaran y detectaran porque es irracional. Posteriormente, se discutió con el grupo y se destacó que el resto de las sesiones se trabajaría con estas cuatro creencias irracionales de enojo.

c. Se les indicó a los participantes que cerraran los ojos, se concentraran en su respiración y se les acompañó en la práctica de la respiración diafragmática, en seguida, se les indujo a que recordaran una situación en la que hubieran estado enojados. Después, en parejas reflexionaron y comentaron cuál fue su experiencia, qué pensaron, cómo se sintieron y qué hicieron. Posteriormente, escribieron su experiencia en un registro ABC, tratando de descubrir y registrar sus pensamientos irracionales. Al terminar se les pidió que comentaran su experiencia con el grupo. Se les apoyó con realimentación y se les aclararon las dudas.

4.4) "D".- *Discutiendo: distinguiendo, definiendo y debatiendo.*

Continuando con el modelo ABC, propuesto por A. Ellis, se les enseñó el modelo completo que incluye D (Debate) y E (Nuevo efecto), para que pudieran debatir sus ideas irracionales de enojo y llegaran a un nuevo efecto filosófico y a reducir los niveles de ansiedad y hostilidad.

4.5) *Cierre de la sesión.*

Actividades:

a. Se hizo un breve resumen de lo visto en la sesión y se dio realimentación al respecto.

b. La actividad para casa consistió en concentrarse en su forma de hablar y auto escuchándose, identificar los pensamientos en los que utilicen las verbalizaciones irracionales presentadas, para saber qué se dicen a sí mismos y registrarlos. Una segunda actividad fue llenar el registro ABC con una situación de enojo real del participante y que lo compararan con la lista de pensamientos irracionales de enojo. La última tarea fue que continuaran practicando la respiración diafragmática durante 10 minutos diariamente y la registrarán.

- **Sesión 5. Entrenamiento en relajación muscular progresiva de Jacobson (1938).**

Objetivos:

1. Que los asistentes aprendan la técnica en relajación muscular progresiva para disminuir su ansiedad.
2. Que los integrantes del grupo comprendan que cada persona es la principal responsable de sus reacciones.

Subtemas de la sesión y actividades:

5.1) *Medición del nivel de ansiedad.*

Actividades:

a. Se revisaron los registros de tarea y se dio realimentación al grupo acerca de ésta, se resolvieron dudas y se reforzó lo aprendido.

b. Los participantes contestaron un instrumento para medir el nivel de ansiedad y posteriormente, contestaron un Inventario de Indicadores de Ansiedad.

5.2) *Aprender la técnica de relajación muscular progresiva de Jacobson (RMP)*

Se les pidió que respiraran lentamente y se les enseñó la técnica de Jacobson, utilizando música.

Se guió a los participantes durante todo el proceso de relajación utilizando técnicas de: modelamiento, reforzamiento, realimentación correctiva y ensayos conductuales. Se les explicó que la relajación practicada diariamente les ayudaría a controlar los niveles de ansiedad, así como a regular la emoción de enojo y disminuirla. Se brindó realimentación y se entregó información escrita con las instrucciones.

5.3) *Asumir la responsabilidad*

Se explicó a los participantes que es importante trabajar con la conciencia de que cada persona es la principal responsable de sus reacciones ante los altibajos que ocurren en la vida. Para trabajar este tema se transmitió un video de 20 minutos, en el que de manera amena se trabajó la importancia de que las personas asuman esta responsabilidad. Se discutió el tema en grupo.

5.4) *Estrategia para modificar el diálogo interno*

a. Debido a que los pensamientos repercuten tanto en la reacción conductual como en la emocional, se enseñó a los participantes a modificar su diálogo interno. Se les entrenó en la técnica de detención de pensamiento y autoinstrucciones funcionales. Se les alentó a que cuando detecten un pensamiento irracional, se detengan y lo cambien por un pensamiento alternativo más funcional, con afirmaciones de aceptación racional. De este modo, se disminuyeron la frecuencia de sus autoinstrucciones disfuncionales y, por ende, las conductas y emociones desadaptativas. Se entregó una lista con definiciones de distorsiones cognoscitivas y una segunda hoja con pensamientos alternativos y algunas estrategias para manejar el enojo.

b. Utilizando los registros de su tarea se practicó la aplicación de las técnicas en la sesión y lo registraron nuevamente con sus pensamientos alternativos.

c. Practicar el debate para conseguir un nuevo efecto. Se les pidió recordar un problema de enojo que hubieran vivido para analizarlo en la sesión, utilizando los métodos aprendidos para descubrir sus creencias irracionales y después lo debatieran con el grupo para llegar a un nuevo efecto. Se llenó un registro.

5.5) *Cierre de la sesión.*

Actividades:

a. Se hizo un breve resumen de lo que se vio en la sesión y se brindó realimentación al respecto. Como tarea se les pidió practicar la relajación muscular progresiva diariamente y registrarla. La segunda actividad fue hacer un registro ABCDE con una situación del participante y que practicasen el debate. Se solicitó que esta actividad la realizaran todas las sesiones y se entregara en la siguiente, con el objeto de que recibieran realimentación y se valorara la evolución de los miembros del grupo.

• **Sesión 6. Estrategias para manejar el enojo.**

Objetivos:

1. Que los miembros del grupo practiquen la relajación muscular progresiva para disminuir la ansiedad.
2. Los participantes practicarán el debate de creencias irracionales para conseguir un nuevo efecto.

Subtemas de la sesión:

6.1) *Relajación muscular progresiva (RMP).*

Actividades:

a. Se revisaron los registros de tarea y se brindó apoyo al grupo acerca de ésta, resolviendo dudas y reforzando lo aprendido.



b. Después se practicó la relajación muscular progresiva para disminuir la ansiedad. Se guió el ejercicio realizando el encadenamiento de los grupos musculares.

6.2) *Debatir, cuestionar y evaluar los pensamientos irracionales y reaccionar de una manera más adaptativa.*

Los participantes expusieron sus casos para debatirlos con el grupo, con el fin de practicar las técnicas en sí mismos y en los demás, recibiendo la realimentación, tanto del facilitador como de sus compañeros. Se solicitó a los participantes que cerraran los ojos, hicieran tres respiraciones diafragmáticas, se concentraran e imaginaran lo más vívidamente posible una situación de enojo que hubieran experimentado anteriormente. Se les pidió que utilizaran los métodos ya aprendidos para que identificaran sus creencias irracionales. Se utilizó el formato de autoayuda ABCDE y se hizo el cuestionamiento o debate con el grupo. Se ofrecieron preguntas que pudieron utilizar durante el debate. Se ofreció realimentación y se resolvieron las dudas.

6.3) *Cierre de la sesión.*

Actividades:

a. Se hizo un breve resumen de lo revisado en la sesión y se brindó realimentación al respecto. Como tarea se pidió practicar la relajación muscular progresiva diariamente y registrarla. La segunda actividad fue hacer un registro ABCDE con una situación del participante y que practicasen el debate para que llegaran a un nuevo efecto. Esta actividad se hacía para todas las sesiones y se entregaba en la siguiente sesión para que recibieran realimentación y se valorara la evolución de los miembros del grupo.

- ***Sesión 7. Asertividad y su relación con los pensamientos irracionales***

Objetivos:

1. Los asistentes comprenderán el concepto de asertividad y su relación con los pensamientos irracionales.
2. Que los participantes modifiquen la manera en que expresan su enojo.

Subtemas de la sesión y actividades:

7.1) *Concepto de asertividad y su relación con los pensamientos irracionales.*

Actividades:

a. Se revisaron los registros de tarea y se dio realimentación al grupo acerca de ésta, resolviendo dudas y reforzando lo aprendido.

b. Mediante la dinámica de lluvia de ideas, los participantes reflexionaron y comentaron acerca de qué es asertividad.

c. Se brindó una explicación acerca del concepto de asertividad y los miembros del grupo analizaron la definición, reflexionando y haciendo comentarios acerca del tema.

d. Se expusieron al grupo las características de la conducta asertiva y se discutieron.

e. Se planteó que en muchas ocasiones, la falta de asertividad proviene de pensamientos irracionales e incorrectos, de reacciones emocionales excesivas y de comportamientos disfuncionales. Se reflexionó que sentimos hostilidad debido a nuestros pensamientos de enojo y, actuamos en consecuencia de manera no asertiva. Se hizo notar que el comportamiento no asertivo o el agresivo pueden mantener una serie de creencias poco racionales que favorecen esos estilos de comportamiento.

f. Diferenciar los comportamientos asertivo, no asertivo y agresivo.

Se expusieron las diferencias de los tres comportamientos enfatizando sus mensajes básicos. En seguida se formaron parejas y cada pareja eligió un tipo de comportamiento, lo discutieron y luego pasaron al frente del grupo para hacer una representación y lo dramatizaron.

Al terminar cada dramatización los miembros del grupo analizaron los comportamientos, los compararon y discutieron haciendo reflexiones. Se dio realimentación y se entregó información por escrito respecto al tema (ver anexo no. 10).

g. Aceptar y conocer los derechos humanos básicos.

Se dieron a conocer los derechos humanos básicos, se enfatizó que es importante la aceptación de estos derechos humanos, se revisaron con el grupo y se discutieron. Se pidió a los participantes que eligieran un derecho que desearían ejercer y se les animó a que cerraran los ojos, se concentraran y practicaran la respiración diafragmática y se hizo una dinámica grupal para que reflexionaran sobre la diferencia entre ejercer ese derecho o no. Al terminar discutieron el tema y se dio realimentación (ver anexos no. 11 y 12).

7.2) *Asertividad.*

Entrenamiento en técnicas en asertividad con ejemplos utilizando: instrucción verbal, modelado, autoinstrucciones, moldeamiento, ensayos conductuales, juego de roles y técnicas para prevenir las situaciones que pueden dar lugar a enojo; habilidades alternativas a la agresión y para modificar la manera en que los participantes se expresan ante situaciones que perciben de enojo.

a. El entrenamiento se llevó a cabo con ejemplos de los propios participantes, se hicieron dinámicas para ensayar las técnicas con todo el grupo y se les brindó realimentación.

b. Se entrenó a los participantes para aplicar conductas asertivas en situaciones conflictivas con técnicas como: rechazar peticiones, defender los propios derechos, expresar una crítica utilizando la técnica de "crítica en forma de sandwich", reconocer y aceptar una crítica (banco de niebla), dirigirse al hacer, no al ser de las personas (ver anexo no. 13).

7.3) *Cierre de la sesión.*

Actividades:

Se hizo un resumen de lo que se vio en la sesión y se proporcionó realimentación al respecto. Se pidieron como tareas para casa: practicar la relajación muscular progresiva diariamente y registrarla, practicar en su vida cotidiana las técnicas en asertividad aprendidas y hacer un registro ABCDE con alguna de las situaciones en las que hayan practicado la(s) técnica(s). Los registros se entregaban y revisaban la siguiente sesión para que recibieran realimentación y se valorara su evolución.

• **Sesión 8. Aplicación de técnicas en asertividad.**

Objetivos:

1. Que los participantes practiquen la técnica de relajación muscular progresiva por evocación para disminuir la ansiedad.
2. Que los integrantes del grupo reafirmen y practiquen las técnicas en asertividad.

Subtemas de la sesión y actividades:

8.1) *Relajación muscular progresiva por evocación y recuento.*

Actividades:

Se revisaron los registros de tarea y se dio realimentación al grupo acerca de ésta, se resolvieron dudas y se reforzó lo aprendido. Se practicó la técnica de relajación por evocación, con recuento, sin tensión e imaginería.

8.2) *Técnicas en asertividad*

a. Continuando con el tema de asertividad y para reforzar su comprensión, se les transmitió un video de 20 minutos, en el que de manera amena se observaron diferentes técnicas en la práctica, y al terminar se reflexionó al respecto y se discutieron las técnicas.

b. Se les entrenó en habilidades alternativas a la agresión como: negociar, no entrar en peleas, aprender a decir no, disco rayado, tiempo fuera, actuar "como si...": hablaran con alguien; o "como si...": su pensamiento fuera más racional y que actuaran en consecuencia con una actitud también más asertiva. Se hicieron ensayos y se dio realimentación.

c. El entrenamiento se continuó con situaciones de enojo de los propios participantes y con sus registros de tarea, recibiendo realimentación.

8.3) *Cierre de la sesión.*

Actividades:

a. Se hizo un resumen de lo que se vio en la sesión y se dio realimentación al respecto. Se asignaron las actividades para casa y fueron: practicar la relajación muscular progresiva diariamente en casa y registrarla. Otra tarea fue integrar las estrategias aprendidas en el taller y practicarlas en su vida real y cotidiana y, hacer un registro ABCDE con una situación que deseara el participante registrar recordando la importancia de los pensamientos y practicando el debate. Los registros se entregaban y revisaban la siguiente sesión.

• **Sesión 9. Solución de Problemas.**

Objetivos:

1. Que los miembros del grupo practiquen la técnica de relajación por evocación, con imaginería y sin tensión para disminuir la ansiedad.

2. Los participantes aprenderán a encontrar la alternativa con mayor probabilidad de éxito para resolver un problema en situaciones conflictivas, mediante la técnica de solución de problemas.

Subtemas de la sesión:

9.1) *Relajación muscular progresiva por evocación.*

Se revisaron los registros de tarea y se brindó realimentación al grupo acerca de ésta, resolviendo dudas y reforzando lo aprendido. Los participantes practicaron la relajación sin tensión, por evocación y posteriormente comentaron sus experiencias.

9.2) *Solución de problemas.*

Actividades:

a. Se expuso a los participantes en qué consiste la técnica de solución de problemas. Se explicó que utilizando esta técnica se les facilitaría la toma de decisiones y los podría conducir a encontrar formas más adaptativas de comportamiento y a enfrentar de mejor manera sus problemas. Se les enseñó que esta técnica es una herramienta que podría ayudarles también a resolver un problema en situaciones conflictivas, entre otros. Se explicó que dicha técnica utiliza para su aplicación los siguientes pasos: 1°) Orientación hacia el problema; 2°) Definición y formulación del problema; 3°) Generación de alternativas; 4°) Toma de decisiones y 5°) Ejecución y verificación de resultados.

b. Los participantes propusieron ejemplos de problemas a resolver y aplicaron la técnica participando de manera grupal con el instructor. Se dio realimentación y se aclararon las dudas (ver anexo no. 14).

9.3) *Cierre de la sesión.*

Actividades:

a. Se hizo un resumen de lo visto en la sesión y se proporcionó realimentación al respecto.

b. Se pidió que como tareas para casa se practicara la relajación muscular progresiva diariamente y se registrara; se aplicara la técnica de solución de problemas enfocada a una situación real de los participantes y registrarla en el formato correspondiente (ver anexo no. 15).

➤ **Fase III:**

• **Sesión 10. Integración de las técnicas y estrategias aprendidas.**

Objetivos:

1. Que los miembros del taller integren las técnicas y estrategias aprendidas.
2. Que los asistentes practiquen y reafirmen las técnicas aprendidas.
3. Que los participantes contesten el IEREEM (1994), para conocer los cambios que lograron.

Subtemas de la sesión y actividades:

10.1) *Práctica de las técnicas aprendidas.*

Actividades:

a. Se revisaron los registros de tarea y se proporcionó realimentación al grupo, resolviendo dudas y reforzando lo aprendido.

10.2) *Integración de técnicas y estrategias.*

a. Los participantes hicieron una revisión general de las técnicas, habilidades y estrategias aprendidas en el taller mediante una lluvia de ideas. Después, cada uno de ellos explicó una de las técnicas adquiridas y su aplicación, con la participación del resto del grupo y realimentación del instructor.

b. Se llevó a la práctica la integración de técnicas, habilidades y estrategias aprendidas, con los ejemplos que les interesaron a las personas trabajar con el objeto de reforzarlas. Se aclararon las dudas que aún existían.

10.3) *Evaluar los cambios logrados en el nivel de enojo. Post-evaluación.*

Se dieron las instrucciones a los participantes para que resolvieran el IEREEM (1994).

10.4) *Cierre de la sesión.*

Actividades:

Se hizo un resumen de lo que se revisó en la sesión y se dio realimentación al respecto. Se solicitó como tarea para casa:

a. Practicar la relajación muscular progresiva diariamente y registrarla.

b. Integrando las estrategias aprendidas, practicar las técnicas en su vida real y cotidiana y hacer un registro ABCDE con la situación que desearan reportar, recordando la importancia de los pensamientos y practicando el debate.

c. Se les solicitó que llenaran un cuestionario de satisfacción sobre el taller y la opinión escrita de una persona que estuviera en contacto continuo con el participante, en relación a sus cambios.

• **Sesión 11. Integración de técnicas, habilidades y estrategias aprendidas.**

Objetivos:

1. Que los participantes practiquen la técnica de relajación por evocación, con imaginería y sin tensión para disminuir la reacción exagerada en situaciones que perciben de enojo.
2. Que los integrantes del grupo integren y refuercen las técnicas, habilidades y estrategias aprendidas.

Subtemas de la sesión y actividades:

11.1) *Relajación muscular progresiva por evocación e imaginación para disminuir la reacción exagerada en situaciones de conflicto.*

Actividades:

a. Se revisaron los registros de tarea y se dio realimentación al grupo acerca de ésta, resolviendo dudas y reforzando lo aprendido. Se recogió la opinión escrita de una persona cercana al participante.

b. Los asistentes practicaron la relajación sin tensión y por evocación; ya relajados visualizaron, paso a paso, una situación que percibieron de enojo anteriormente, respirando activaron de nuevo las sensaciones de relajación, regresaron a la situación de conflicto y visualizaron la forma en que la resolvieron aplicando lo aprendido y respiraron para activar de nuevo las sensaciones de relajación. Luego comentaron cómo lo experimentaron. Se recogió la opinión escrita de una persona cercana al participante y el cuestionario de satisfacción del taller.

11.2) *Integración de técnicas y estrategias.*

Los participantes llevaron a la práctica la integración de las técnicas, habilidades y estrategias aprendidas durante el taller, utilizando como ejemplo sus registros de tarea y recibieron realimentación.

11.3) *Cierre de la sesión.*

Actividades:

a. Se hizo un resumen de lo que se revisó en la sesión y se brindó realimentación. Se pidió practicar la relajación muscular progresiva con imaginación diariamente y registrarla.

b. Integrando las estrategias aprendidas, se pidió que practicaran las técnicas en su vida real y cotidiana y que hicieran un registro ABCDE con una situación que desearan cambiar, aplicando lo aprendido.

- **Sesión 12. Cambios logrados por los participantes y cierre del taller.**

Objetivos:

1. Revisar tareas y dar realimentación.
2. Que los miembros del grupo integren y refuercen las técnicas, habilidades y estrategias adquiridas.
3. Que los asistentes al taller evalúen sus resultados y los cambios que hayan logrado.
4. Los participantes darán realimentación al instructor respecto al taller, harán comentarios y sugerencias.

Subtemas de la sesión y actividades:

12.1) *Realimentación en la revisión de tareas.*

Actividades:

Se analizaron los registros de tarea y se brindó realimentación al grupo acerca de ésta, resolviendo dudas y reforzando lo aprendido. Se recogió el cuestionario de satisfacción del taller.

12.2) *Integración de técnicas y estrategias.*

Se llevó a la práctica la integración de técnicas y habilidades adquiridas, con los ejemplos que les interesó a las personas trabajar con el objeto de reforzarlas. Se aclararon las dudas.

12.3) *Resultados y cambios logrados en los participantes. Mesa redonda.*

a. Se hizo la última dinámica para conocer los cambios observados en cada uno de los participantes. Se les animó a que formaran un círculo y se les asignó un compañero con quien se miraron mutuamente a los ojos y se describieron uno al otro. Se trató de que se dijeran los cambios que observaban en su compañero, mencionando sus cualidades también.

b. Se llevó a cabo la evaluación final. Comparando los resultados de los instrumentos de pre-intervención y post-intervención, se informó a los participantes sobre sus resultados y logros alcanzados, dándoles realimentación y aclarando todas sus dudas. Asimismo, el instructor transmitió a los integrantes los cambios que observó en cada uno de ellos a través de las sesiones de entrenamiento.

12.4) Conclusiones y cierre del taller.

Actividades:

a. Se hizo un resumen de la sesión y se elaboraron las conclusiones en relación al proceso y metas del taller.

b. Con el objeto de conocer la opinión de los participantes respecto al taller, se conversó con ellos acerca de cómo vivieron el taller, cómo se sintieron, qué piensan que les dejó y si consideran que realmente les ayudó. Se obtuvo realimentación de los participantes, sus reflexiones y comentarios. Asimismo, se recibieron sus opiniones y sugerencias. Se les pidió que llenaran un último cuestionario de satisfacción de la última sesión y se agradeció su participación y colaboración, motivándoles a seguir trabajando con lo aprendido y reforzándoles por medio de la opinión del instructor en relación a los logros alcanzados, a su cooperación y al trabajo y esfuerzo que mantuvieron durante el proceso del taller (ver anexo no.16).

c. Se les dieron las actividades para casa para continuar con la práctica de las habilidades, técnicas y estrategias aprendidas. Asimismo, se acordó con los participantes la fecha de inicio para el seguimiento, la cual se programó 15 días después.

Resultados

Los pensamientos no pagan aduana, mientras no sobrepasan las fronteras.

Stanislaw Jerzy Lec.

5.1. Análisis de resultados

De acuerdo al análisis de los resultados obtenidos en el taller se observa que el grupo se conformó por siete participantes, cuatro hombres y tres mujeres que fueron seleccionados a través de una entrevista inicial y posterior aplicación de un instrumento psicométrico.

En cuanto al nivel educativo de los miembros del grupo se encontró lo siguiente: asistieron tres personas con licenciatura y cuatro eran estudiantes de licenciatura en diferentes facultades de la UNAM. Se trató de un estudiante de 7° semestre de biología; una estudiante en el 7° semestre de filosofía; un estudiante en el 4° semestre de arquitectura y uno más cursando el 10° semestre de la carrera de economía. Asimismo, se encontró entre los participantes dos licenciadas en mercadotecnia y un licenciado en economía.

En relación a su estado civil una participante es casada, sin hijos y el resto de los integrantes son solteros. Cuatro de los asistentes al taller trabajan y tres se dedican sólo a sus estudios.

El rango de edad se ubicó entre los 20 y 30 años, con una media de edad de 25.28 años.

En relación a su actividad física, tres de ellos practican deporte y los demás no. La información de los datos sociodemográficos se presenta en la Tabla no. 1.

Tabla no. 1. Datos sociodemográficos de los participantes.

Generales	Media	Sujetos = 7
Edad	25.28 años	
Sexo:		
Femenino		3
Masculino		4
Estado civil:		
Solteros		6
Casados		1
Estudios:		
Licenciatura		3
Estudiantes de licenciatura		4
Trabajan:		
Sí		4
No		3
Practican deporte:		
Sí		3
No		4

Con respecto a su salud, cuatro personas presentaron ansiedad. Entre los participantes que refieren cursar con algún trastorno físico, uno reportó colitis, tres gastritis y dos padecen gripes frecuentes.

A continuación se presentan los resultados obtenidos en la aplicación del taller para el manejo del enojo.

Para el análisis estadístico del Inventario Estado Rasgo de la Expresión del Enojo México (IEREEM, 1994) y para conocer si el taller "Manejo del Enojo en Jóvenes Adultos" logró el objetivo, que los participantes manejaran su enojo y logaran un decremento de las respuestas impulsivas en situaciones de conflicto, se realizó un estudio comparativo con la prueba de Friedman para muestras relacionadas. Esta prueba nos permitió comparar las tres evaluaciones que se llevaron a cabo.

La prueba se realizó para cada escala del inventario (enojo estado, enojo rasgo, control de enojo, enojo adentro y enojo afuera), determinando las diferencias entre los resultados reportados en el pre-test, post-test y seguimiento, con el objetivo de saber si hay cambios estadísticamente significativos al término de la instrumentación del taller.

Para analizar los datos se plantearon las siguientes hipótesis:

- Ho1:** Los puntajes de la escala Enojo Estado, al inicio del taller, son iguales a los puntajes de la escala Enojo Estado al finalizar el taller y son iguales a los puntajes del seguimiento.
- Hi1:** Los puntajes de la escala Enojo Estado, al inicio del taller, son diferentes a los puntajes de la escala Enojo Estado al finalizar el taller y diferentes a los puntajes del seguimiento.
- Ho2:** Los puntajes de la escala Enojo Rasgo, al inicio del taller, son iguales a los puntajes de la escala Enojo Rasgo al finalizar el taller y son iguales a los puntajes del seguimiento.
- Hi2:** Los puntajes de la escala Enojo Rasgo, al inicio del taller, son diferentes a los puntajes de la escala Enojo Rasgo al finalizar el taller y diferentes a los puntajes del seguimiento.
- Ho3:** Los puntajes de la escala Control de Enojo, al inicio del taller, son iguales a los puntajes de la escala Control de Enojo al finalizar el taller y son iguales a los puntajes del seguimiento.
- Hi3:** Los puntajes de la escala Control de Enojo, al inicio del taller, son diferentes a los puntajes de la escala Control de Enojo al finalizar el taller y diferentes a los puntajes del seguimiento.
- Ho4:** Los puntajes de la escala Enojo Adentro, al inicio del taller, son iguales a los puntajes de la escala Enojo Adentro al finalizar el taller y son iguales a los puntajes del seguimiento.
- Hi4:** Los puntajes de la escala Enojo Adentro, al inicio del taller, son diferentes a los puntajes de la escala Enojo Adentro al finalizar el taller y diferentes a los puntajes del seguimiento.
- Ho5:** Los puntajes de la escala Enojo Afuera, al inicio del taller, son iguales a los puntajes de la escala Enojo Afuera al finalizar el taller y son iguales a los puntajes del seguimiento.
- Hi5:** Los puntajes de la escala Enojo Afuera, al inicio del taller, son diferentes a los puntajes de la escala Enojo Afuera al finalizar el taller y diferentes a los puntajes del seguimiento.

Los resultados obtenidos de la prueba de Friedman se observan en la Tabla no. 2. Ésta nos muestra los promedios de los rangos, los valores de ji cuadrada para cada escala, la significancia asociada a cada ji cuadrada y la probabilidad.

Tabla no. 2. Rangos Promedio, ji cuadrada, nivel de significancia de la prueba de Friedman, y probabilidad.

Escala	Pre-test	Post-test	Seg.	Ji cuadrada	Signif.	P< .05
Enojo Estado	2.86	1.64	1.50	10.381	.0006	*
Enojo Rasgo	2.86	1.71	1.43	8.000	.018	*
Control de Enojo	1.14	2.50	2.36	8.074	.018	*
Enojo Adentro	3.00	1.64	1.36	11.185	.004	*
Enojo Afuera	2.71	1.79	1.50	6.870	.032	*

Es importante considerar que en las escalas de enojo estado, enojo rasgo, enojo adentro y enojo afuera, a mayor puntaje, mayor enojo. Por su parte, en la escala control de enojo a menor puntaje, menor control de enojo.

Con una probabilidad de .05 y a partir de los resultados obtenidos, se puede observar en la Tabla no. 2 que hay diferencias estadísticamente significativas entre los puntajes obtenidos en las escalas: enojo estado, enojo rasgo, control de enojo, enojo adentro y enojo afuera, antes de la intervención del taller, posterior a la impartición de éste y, a su vez, son diferentes en el seguimiento. Por lo que se puede deducir que los resultados se deben a la intervención del taller, logrando un impacto positivo en los participantes.

Para saber entre qué puntajes están las diferencias se realizaron comparaciones múltiples y los resultados se presentan en la Tabla no. 3. Dicha tabla muestra la aplicación de la evaluación, la diferencia absoluta de la media de los rangos, la diferencia crítica y la significancia.

Tabla no. 3. Comparaciones múltiples

Escala	Aplicación del inventario	Diferencia absoluta de la media de los Rangos	Diferencia crítica DC	Significación
Enojo Estado	Pre – Post	1.22	< 1.24	No significativo
	Pre – Seg	1.36	> 1.24	Significativo
	Post – Seg	0.14	< 1.24	No significativo
Enojo Rasgo	Pre –Post	1.15	< 1.24	No significativo
	Pre – Seg	1.43	> 1.24	Significativo
	Post – Seg	0.28	< 1.24	No significativo
Control de Enojo	Pre – Post	1.36	> 1.24	Significativo
	Pre – Seg	1.22	< 1.24	No significativo
	Post – Seg	0.14	< 1.24	No significativo
Enojo Adentro	Pre – Post	1.36	> 1.24	Significativo
	Pre –Seg	1.64	> 1.24	Significativo
	Post – Seg	0.28	< 1.24	No significativo
Enojo Afuera	Pre – Post	0.92	< 1.24	No significativo
	Pre – Seg	1.21	< 1.24	No significativo
	Post – Seg	0.24	< 1.24	No significativo

Se puede observar en la Tabla no. 3 que en las escalas de enojo estado y enojo rasgo se aprecian diferencias después de la intervención del taller, también se observa que la puntuación baja aún más durante el seguimiento y es estadísticamente significativa.

Se puede apreciar que en las escalas de control de enojo y enojo adentro la puntuación es estadísticamente significativa después de la intervención del taller y que en la misma escala de enojo adentro, también se observan cambios durante el seguimiento, siendo esta puntuación estadísticamente significativa.

En la escala de enojo afuera los resultados obtenidos permiten observar una diferencia con respecto a las anteriores. No obstante que se pueden apreciar diferencias después de la intervención del taller, no se encontró una diferencia estadísticamente significativa en esta escala.

Por otra parte, los resultados de las preguntas del IEREEM (1994) nos permiten evaluar individualmente a cada sujeto. A continuación se presenta un ejemplo representativo de los resultados de uno de los participantes. Así se observa cómo fue el proceso en su comportamiento y la evolución en todas las fases del taller.

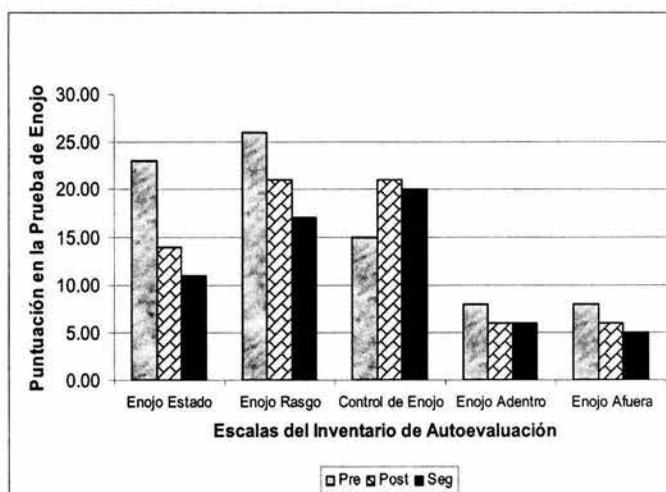


Figura no. 1. Resultados del Inventario de Autoevaluación en las escalas de enojo estado, enojo rasgo, control de enojo, enojo adentro y enojo afuera, en las tres evaluaciones.

Se puede apreciar en la Figura no. 1 que en los resultados de las tres aplicaciones que se le hicieron a este participante, hay diferencias entre los puntajes obtenidos de las escalas: enojo estado, enojo rasgo, control de enojo, enojo adentro y enojo afuera antes de la intervención del taller, al finalizar la impartición de éste y, a su vez, son diferentes en el seguimiento.

En este caso, la Figura no. 1 muestra que en la escala enojo estado, hubo una disminución en la intensidad de los sentimientos y pensamientos de enojo, en un momento en particular, al finalizar el taller y también en el seguimiento.

En la escala de enojo rasgo, se observa también reducción en las puntuaciones en la disposición a experimentar y a expresar enojo al terminar el taller y continuó disminuyendo en el seguimiento.

En la escala de control de enojo aumentó la frecuencia con la cual la persona intenta controlar la expresión del enojo al finalizar el taller, así como durante el seguimiento, lo cual es muy positivo ya que en esta escala lo esperado es que se incremente el control de enojo.

En la escala enojo adentro, también se detecta un decremento en la frecuencia con la cual este participante guarda o retiene sentimientos de enojo, tanto al finalizar el taller como en el seguimiento.

En la escala de enojo afuera, se puede apreciar que la persona disminuyó la frecuencia con que expresa el enojo hacia otras personas u objetos en el ambiente al finalizar el taller y a su vez en el seguimiento.

Además del análisis cuantitativo, se llevó a cabo un análisis cualitativo de los efectos del taller en los participantes. A continuación se hace una descripción cualitativa que permite observar los cambios que se lograron en el proceso del taller y es importante tomarlos en consideración.

Al término del taller se aplicó a los participantes un cuestionario de satisfacción con preguntas abiertas y cerradas, el cual permitió conocer sus impresiones con respecto al taller, al instructor y en relación a los cambios que experimentaron en sí mismos. Los resultados, en relación a algunas preguntas del cuestionario, son las siguientes:

1. ¿Piensa que con la intervención han disminuido los malestares físicos que presentaba? De los siete participantes, seis (86%) contestaron que han disminuido bastante y uno (14%) contestó poco (Figura no. 2).



Figura no. 2

2. ¿Ha mejorado su relación con las personas más cercanas después de la intervención? De los siete participantes, tres (43%) contestaron que han mejorado mucho, tres (43%) respondieron bastante y uno (14%) contestó regular (Figura no. 3).



Figura no. 3

3. ¿Ha mejorado su relación con otras personas? De los siete miembros, dos (29%) contestaron mucho, cuatro (57%) contestaron bastante y uno (14%) afirmó regular (Figura no. 4).



Figura no. 4

4. ¿Ha modificado la forma en que se expresa ante situaciones de enojo? De las siete personas, tres (43%) expresaron haber modificado mucho, tres (43%) contestaron bastante y uno (14%) respondió regular (Figura no. 5).



Figura no. 5

De los primeros registros (autorreportes) al inicio del taller, se obtuvo la siguiente información: de los siete participantes, seis reportaron más episodios de enojo con impulsividad con su pareja y siete manifestaron más episodios de enojo con impulsividad y discusiones fuertes con sus familiares. Cinco de ellos informaron tener más episodios de enojo con sus padres, cuatro con hermanos y tres con amigos. Tres personas reportaron también tener problemas en el trabajo, tres manejando el automóvil y tres relataron episodios de enojo frecuentes en la escuela.

De acuerdo a lo registrado por los asistentes, al inicio del taller, reflejaban episodios de enojo más frecuentes con la pareja y en el entorno familiar.

Como se puede observar en los resultados de las gráficas anteriores, los participantes informaron haber mejorado su relación con las personas más cercanas, así como también con otras personas; de la misma manera señalaron que modificaron la forma en que se expresan ante situaciones de enojo.

Otro aspecto muy significativo es la opinión personal de los integrantes del grupo posterior a la impartición del taller, por lo que se presentan a continuación algunos de los comentarios (citas textuales) que expusieron tanto de manera verbal como por escrito.

“Las sesiones me ayudan a manejar las situaciones que se presentan y a controlar mi impulsividad respirando y calmándome. En realidad me ayudaron a entender que cuando ocurren cosas, en algunas no vale la pena enojarse, sino controlarse, analizar la situación y no perder los estribos”.

“El taller me ayudó a mostrar mis puntos sensibles y aprendí como mejorar mis reacciones cuando estoy enojado, llevando a la práctica las técnicas del taller”.

“Con la ayuda de este taller los resultados que se obtienen son muy satisfactorios; puesto que al poner en práctica las técnicas revisadas, el nivel de estrés se reduce considerablemente y es más difícil llegar a un alto nivel de enojo. Sin embargo, esto no conlleva al taller a ser un método infalible pues en la vida encontramos muchos problemas a nuestro paso, pero nos da la oportunidad de encararlos con una actitud positiva para así llevar una vida más feliz y sin tantos conflictos interpersonales e intrapersonales”.

“Lo que más me gustó del taller es que ahora puedo expresar lo que siento y pienso cuando me enojo y puedo solucionar y cambiar mis actitudes de enojo”.

“Analizando la información que recibimos en el taller y poniéndola en práctica, favorece una mejor funcionalidad en general y evita que tenga tantos problemas”.

“Me gustó que se enseñó de manera clara y entendible, lo puse en práctica y aprendí a superar los problemas cuando me enojo y a controlarme, pues cuando viajo, estoy en casa y en la escuela me cambió mi actitud”.

“No me gustó que fuimos pocos, pero lo que más me gustó fue el trato humanista y que al pasar de la teoría a la práctica me ayudó a resolver problemas concretos por lo que estoy muy agradecido”.

Con el objeto de poder analizar los resultados de manera integral, consideré la importancia tanto del análisis cuantitativo como del cualitativo debido a que como se ha informado, ambos análisis aportan información útil y muy valiosa. El análisis cuantitativo permitió establecer que hay diferencias estadísticamente significativas entre los puntajes obtenidos en las escalas: enojo estado, enojo

rasgo, control de enojo, enojo adentro y enojo afuera, antes de la intervención del taller, posterior a la impartición de éste y, también, son diferentes en el seguimiento.

A su vez, considerando el contexto y las interpretaciones, es decir, los datos que me permitieron obtener el análisis cualitativo, como son: por una parte, los datos del cuestionario de satisfacción al taller aplicado a los asistentes y que me brindó la interpretación de las personas que asistieron al taller, en relación a los cambios que experimentaron en sí mismos y que refleja las mejoras en sus relaciones interpersonales, disminución de los malestares físicos y el impacto positivo en la forma en que se expresan ante situaciones problemáticas controlando así las actitudes impulsivas y, por otra, las reflexiones que hicieron los asistentes, con sus propias palabras, tanto de manera verbal como por escrito en la última sesión, en las cuales manifiestan también, cambios positivos como efecto del trabajo en el taller.

Así se logró observar: que los resultados provenientes del análisis cuantitativo correlacionan con los resultados aportados por el análisis cualitativo, por lo que se corrobora la congruencia entre ambos resultados. Por lo tanto, se puede mostrar que los resultados obtenidos se deben a la intervención del taller, logrando un impacto benéfico en los participantes y repercutiendo favorablemente en sus pensamientos, comportamientos, salud, así como en sus relaciones interpersonales y familiares.

Discusión

El pensamiento es la semilla de la acción.

Ralph Waldo Emerson.

El marco teórico que se presenta en este trabajo muestra importantes y muy interesantes investigaciones que destacados profesionales han llevado a cabo en relación al tema del enojo y éstas han permitido una mayor comprensión acerca de esta emoción y de su gran influencia en la vida de las personas y en la sociedad.

El objetivo de este trabajo fue el diseño y aplicación del taller "Manejo del Enojo en Jóvenes Adultos" con el propósito de que las personas que participaran en esta intervención desarrollaran habilidades para cambiar sus pensamientos de enojo, para que aprendieran a detener y controlar sus impulsos ante episodios problemáticos y esto, repercutiera de manera benéfica en sus relaciones personales y en su salud.

Para ello, el taller ofreció la posibilidad de aprender a utilizar diferentes estrategias y técnicas cognitivas, emotivas y conductuales para manejar el enojo.

Con el diseño que se empleó fue posible observar la relación funcional entre la intervención y el manejo del enojo. Se vio que los cambios ocurrían paulatinamente, es decir, a través del proceso de aplicación del taller, a medida que se fueron aplicando las técnicas cognitivas, emotivas y conductuales.

Se evaluaron los resultados por medio del Inventario Estado Rasgo de la Expresión del Enojo México (1994). Se aplicó un pre-test antes de iniciar la intervención, un post-test al terminar el taller y un post-test durante el seguimiento, después de un mes de haber terminado el taller para conocer los efectos del taller.

Con la aplicación de la prueba posterior a la intervención, los resultados indican cambios estadísticamente significativos. Se puede observar que hay diferencias estadísticamente significativas entre los puntajes obtenidos en las escalas: enojo estado, enojo rasgo, control de enojo, enojo adentro y enojo afuera antes de la intervención del taller, posterior a la impartición del taller y, a su vez son diferentes en el seguimiento (ver Tabla no. 2).

Asimismo, se puede detectar que en las escalas que miden la intensidad de los sentimientos, que pueden oscilar desde una molestia leve a la intensa furia e ira (Spielberger, 1988) y pensamientos de enojo en un momento en particular y, la disposición a experimentar y a expresar enojo sin una provocación específica o al ser criticado o tratado "injustamente", se aprecian diferencias después del taller, también se observa que la puntuación disminuye aún más durante el seguimiento y es estadísticamente significativa (ver Tabla no. 3).

Así también, los resultados indican que hubo un incremento significativo en la frecuencia con la cual las personas intentan controlar la expresión del enojo, esto es, el control de enojo posterior a la intervención del taller; mientras que en la escala de enojo adentro (que mide la frecuencia con la cual se guardan o retienen sentimientos de enojo, manteniendo oculto el enojo), hubo disminución y la puntuación es estadísticamente significativa después del taller. Del mismo modo, en la misma escala de enojo adentro también se observan cambios durante el seguimiento, siendo estos cambios estadísticamente significativos (Tabla no. 3).

En la escala de enojo afuera, que se refiere a la frecuencia con que se expresa el enojo hacia otras personas u objetos en el ambiente (Spielberger, 1988), los resultados de este trabajo nos permiten observar diferencia con respecto a las otras escalas, ya que no se encontró diferencia estadísticamente significativa en ésta, a pesar de que sí hay cambios, es decir, los participantes sí disminuyeron la forma y la frecuencia con que expresan su enojo con agresión hacia otras personas u objetos (ver Tabla no. 3).

Durante el taller se trató de generar conocimiento acerca de lo que es el enojo y qué sucede en nuestro organismo en los momentos en que experimentamos esta emoción. Se observó que el tener información acerca de lo

que sucede durante los episodios de enojo y sus consecuencias, por lo frecuente de estos episodios, es factor importante para que las personas comprendan de qué manera puede afectar su salud y a sus relaciones interpersonales e intrapersonales. Esto influyó de manera importante en su interés y propósito de manejar y modificar su expresión.

Se les enseñó, con fundamento en el marco teórico, que el enojo es una reacción en donde la manera de pensar está determinada por el aprendizaje y reforzamiento que cada persona desarrolla, (Kassinove, Sukhodoisky, 1995) y que las investigaciones han demostrado que en el manejo de las emociones influyen de manera determinante los pensamientos y que el pensamiento y la emoción humana no son dos procesos separados o diferentes (Ellis, 1984), además, que el pensamiento y la comprensión son factores muy importantes para producir un cambio (Beck, 1987).

Con estas investigaciones se entiende, que el tratar de comprender y reflexionar con los jóvenes lo que es el enojo e ir desmembrando sus factores influyó de manera importante en su comprensión y en el trabajo que emprendían para manejar el enojo.

Se destacó la importancia de trabajar con los pensamientos ya que se usaron técnicas de Reestructuración Cognitiva, con las cuales se trata de identificar y modificar las cogniciones desadaptativas de las personas. En estas técnicas se destaca el impacto perjudicial sobre las emociones y la conducta de las personas, para sustituirlas por cogniciones más adecuadas. Se usó Reestructuración Cognitiva desde la perspectiva de la TREC. La técnica implica ayudar a las personas a cuestionar sus Creencias Irracionales (Cri) a través del Debate, aplicando los diferentes tipos de debates y se trabajó con las creencias irracionales que se manifiestan en las personas con mayor frecuencia, en episodios de enojo.

Se utilizó el análisis funcional del modelo ABCDE con el cual los participantes aprendieron a analizar las situaciones en las que experimentaban enojo y cómo lo experimentaban, identificando el pensamiento como factor

fundamental en este análisis y las reacciones emocional y conductual como consecuencias de estos pensamientos que preceden la conducta.

Para esto, se aprovechó el uso de registros (autoregistros), los cuales ofrecen información escrita de las situaciones en episodios de enojo que vivieron los participantes y éstos permitieron obtener información real acerca de las situaciones que experimentaban las personas en su vida cotidiana, de las diferencias individuales de los sujetos en cuanto a los pensamientos y las conductas, la severidad de sus problemas y, además, acerca de su evolución en el proceso de cambio, generando resultados en los que se observaron las diferencias antes de la intervención, durante y posterior a ésta.

De estos resultados se desprendió que las personas tenían más episodios de enojo en el entorno familiar y con la pareja; esto es congruente con lo que mencionan Ellis y Tafrate (1999), en relación a que entre los blancos más frecuentes del enojo figuran las personas más cercanas como: los hijos y los cónyuges.

Observé que el uso del registro del modelo ABCDE, en el inicio les pareció complicado a algunas personas, esto se puede deber a que no haya sido muy clara mi explicación. Sin embargo, con la práctica lo comprendieron y las técnicas despertaron en los participantes gran interés, generando un trabajo personal cognitivo muy activo, que les pareció interesante y al empezar a detectar cambios les produjo una mayor adherencia a la intervención.

Asimismo, se trabajó con la asertividad, su relación con los pensamientos irracionales y los derechos asertivos básicos, ya que la falta de asertividad proviene de pensamientos irracionales, de reacciones emocionales excesivas y de comportamientos disfuncionales. Los asistentes sentían hostilidad por sus pensamientos de enojo y actuaban en consecuencia de manera no asertiva. El comportamiento no asertivo o el agresivo pueden mantener una serie de creencias poco racionales que favorecen esos estilos de comportamiento (Lega, 1997). Esto permitió que aprendieran a expresarse ante situaciones percibidas como de enojo con asertividad, encontrando maneras más adaptativas y efectivas de afrontar situaciones reales que son problemáticas para la persona.

También se detectó que, aunado al enojo, los participantes experimentaban en muchas ocasiones ansiedad, tristeza, culpa, impotencia y frustración.

La aplicación de técnicas de respiración diafragmática y de relajación muscular progresiva permitió que, desde las primeras sesiones, los participantes reportaran que su práctica les comenzaba a ayudar a disminuir su ansiedad.

Durante el proceso de respiración diafragmática se les enseñó: que en momentos de tensión y enojo respiraran, imaginando inflar un globito en el estómago e imaginando inhalar una sensación de calma, retener y exhalar su enojo y tensión o lo que les molestara y repetir esta respiración mínimo tres veces para que se fueran relajando poco a poco.

Posteriormente, esta técnica se fue combinando con detención de pensamiento y debate para trabajar con los pensamientos y disminuir las reacciones de enojo cuando así lo requirieran. Esto permitió que las personas fueran aprendiendo a detener sus impulsos con la combinación de técnicas.

Con la relajación muscular progresiva se les enseñó a los participantes a que durante la relajación se fueran sensibilizando a sus señales de tensión y a reaccionar ante dichas señales con la habilidad aprendida de relajar sus músculos y regular su respiración introduciendo calma con imaginación, lo que permitió que aprendieran, poco a poco, a tratar de ganarle a su tensión y ansiedad y, en momentos de enojo y tensión tratar de vencer las respuestas acostumbradas por la práctica, ante esta emoción.

El objetivo con la técnica de relajación fue que, con base en su práctica, las respuestas de relajación pudieran llegar a anticiparse interrumpiendo y disminuyendo lo más posible o al menos parcialmente, la reacción de ansiedad y enojo.

Un importante patrón de afrontamiento va dirigido a la articulación de una acción para cambiar una situación conflictiva; dicha acción implica la resolución de problemas, así lo mencionan Lazarus y Lazarus (2000). En base a esto, es que, mediante la técnica de solución de problemas, se enseñó una estrategia para que los participantes analizaran y evaluaran posibles alternativas, permitiéndole crear un repertorio de posibles respuestas y soluciones ante situaciones específicas,

para enfrentar sus problemas. Con esta técnica se logra una probabilidad más alta de elegir la respuesta más eficiente entre las diversas alternativas, tal y como lo mencionan D' Zurilla y Goldfried (1971).

A medida que se fueron aplicando las técnicas y, sobre todo, en la etapa de generalización combinando las técnicas cognitivas, emotivas y conductuales, se pudieron detectar los cambios en los participantes. Observé que causaron un impacto benéfico en las personas y, por lo tanto, se mostraron más interesados lo cual se reflejó en el trabajo que hicieron para manejar su enojo y modificar su forma de expresarse ante situaciones problemáticas, pues como se menciona en el marco teórico, el enojo es una emoción universal y humana que no desaparece, sólo disminuye o se modifica su forma de expresión (Deffenbacher, 1999; Deffenbacher, et al., 1996; Tangney, 1996; Izard, 1989; Ekman y Ester, 1979).

El hecho de que el grupo fuera pequeño permitió que se les pudiera dar una atención más personalizada. Estuve muy atenta a sus cambios y a que practicaran lo más posible las técnicas, tanto en las sesiones como en las tareas para casa, de lo cual, aunque mostraban mucho interés y tenían una alta asistencia a las sesiones, no siempre cumplían con sus registros pero manifestaban que sí lo practicaban fuera de las sesiones. En relación a esto, se hizo gran hincapié en la importancia de la responsabilidad por parte de ellos mismos en cuanto a su trabajo personal, sobretodo fuera de las sesiones. Se observó que esto causó un efecto muy positivo en las personas, viéndose reflejado en su trabajo personal.

En la última sesión, al terminar el taller, se aplicó un cuestionario de satisfacción, el cual contiene preguntas cerradas y algunas preguntas abiertas. El cuestionario reflejó que los participantes se sintieron satisfechos con la intervención del taller y el trabajo realizado, que las técnicas y estrategias practicadas durante la intervención les son útiles para el manejo del enojo y para modificar la forma en su expresión, así como para disminuir sus malestares en cuanto a salud y para mejorar sus relaciones interpersonales (Figuras 1, 2 y 3).

Es importante también considerar que se sintieron satisfechos con el trabajo del instructor, considerando que algunos de ellos venían de otras experiencias que abandonaron porque no se cumplían sus expectativas.

Asimismo, los participantes reportaron durante la intervención, así como después de ésta, que sus familiares y personas cercanas a ellos les dieron sus impresiones acerca de los cambios, reportando que disminuyeron sus episodios de enojo, que los participantes mostraron mayor tolerancia y que su expresión de enojo era más equilibrada y asertiva. Estos resultados reflejan validación social para el taller de manejo del enojo en jóvenes adultos.

Conclusiones

La insurrección del pensamiento precede siempre a la de las armas.

Wendel Phillips.

Los resultados reflejan que el taller logró un impacto benéfico en los participantes generando cambios muy positivos en ellos.

La aplicación del taller, mediante el uso de las técnicas cognitivas, emotivas y conductuales, alcanzó su efectividad al generar cambios en las creencias irracionales que mantenían el enojo en los participantes, al lograr mejores formas y más adecuadas para que expresaran su enojo y así llegaran a controlar y reducir la frecuencia de episodios de enojo en ellos, así como al lograr que los participantes controlaran y redujeran la actitud impulsiva y de agresión verbal ante episodios de esta emoción, repercutiendo de manera positiva en su salud y en sus relaciones.

También se llegó a generar un nuevo efecto en los participantes logrando que su estado de enojo, cuando se presentaba, no se prolongara en el tiempo y que encontraran formas más adaptativas y racionales para expresarlo, lo cual impactó de manera positiva en que tuvieran mejores relaciones interpersonales más adaptativas y funcionales.

Las conclusiones a las que se llegó se aplican para todo el grupo, sin embargo, se observó que algunas personas, específicamente dos, lograron disminuir todos sus puntajes después del taller, aunque en el aspecto de actitudes impulsivas no fue estadísticamente significativa la reducción. Es posible que esto tenga relación con personas cuyo locus de control sea externo y que aun cuando

lograron disminuir sus puntajes, para mejorar los resultados en éstas se requiera mayor tiempo de práctica de las técnicas, por ejemplo, el tener más experiencia vivencial de cambio de roles y, en especial, profundizar más en el debate de creencias irracionales. No obstante, tiene gran significado e importancia que los resultados que se obtuvieron del análisis cualitativo y de la validación social hayan sido positivos.

En cuanto al diseño del taller, es probable que sea necesario reducir la información y administrar más los tiempos así como el contenido, con el objeto de aligerar un poco la intervención. Aunado a esto, puede ser conveniente ampliar el número de sesiones, con el objeto de ofrecer a los participantes mayor práctica de las técnicas.

En relación a la dinámica del grupo, hay que destacar que una actitud comprometida y la persistencia en la meta son elementos muy importantes para un aprendizaje efectivo, elementos con los cuales contaban las personas que participaron en este taller.

Otro aspecto de gran importancia es que al inicio del taller algunas personas se mostraban reacias a socializar con sus compañeros, sin embargo, poco a poco se formó en el grupo un ambiente de mucha cooperación y empatía, por lo que las personas, conforme transcurrió el taller, lograron comunicarse efectivamente en un ambiente de bastante confianza, lo cual influyó sobremanera en un buen trabajo de cooperación durante el proceso del taller y en lo favorable de los resultados.

Al final, se hizo una mesa redonda en la que se expresaron uno a otro los cambios que habían observado y ésta fue una dinámica muy enriquecedora ya que permitió reconocer y mencionar los cambios que realizaron tanto a nivel emocional como conductual.

En términos generales, tomando en cuenta tanto el análisis cuantitativo y el cualitativo de los resultados obtenidos por efecto de la intervención del taller, así como el hecho de que se reflejó validación social para éste, por la evaluación satisfactoria que brindaron los familiares y personas cercanas a los participantes, se puede mostrar y a la vez sustentar la eficacia de la intervención del taller.

Tomando en consideración las investigaciones que se reportaron en el apartado de epidemiología y considerando que la violencia física es la segunda etapa del enojo, le da un gran significado al hecho de poder ofrecer el taller a la población universitaria de manera periódica, lo cual podría funcionar como elemento preventivo, ya que podemos llevar a la práctica una reeducación permanente y activa con el propósito de evitar que más gente llegue a formar parte de las estadísticas de la violencia.

Competencias Profesionales

Para aprender e ir adquiriendo experiencia y con esto competencias para “volverse experto como psicólogo clínico se requiere más que sólo leer libros de texto. en pocas palabras, uno aprende haciendo, pero bajo las condiciones controladas y seguras de una relación aprendiz-supervisor” (Phares, 1999, p. 12).

Existen dos tipos básicos de conocimiento (Pozo, 1996): un *conocimiento de tipo declarativo* que está relacionado con el saber acerca de la realidad y de las cosas y, otro tipo de *conocimiento procedimental*, vinculado con el hacer y con el ejercicio de destrezas y habilidades para resolver determinados problemas.

El ejercicio de una profesión requiere la integración de ambos tipos de conocimiento.

Otros autores (Stenberg, 2000; Wagner, 1997) entienden las competencias en términos de *conocimiento tácito*. Este constructo es independiente de la inteligencia académica o general y está relacionado con la habilidad requerida para resolver problemas específicos y concretos.

A medida que se avanza hacia la consideración de las competencias en su forma más general, en tanto habilidades requeridas para resolver aspectos de cualquier tarea o situación, se habla de *competencias genéricas*.

Cuando dichas competencias están consideradas *más específicamente*, están engarzadas con la experiencia y la pericia para resolver una situación concreta, siendo fruto de lo que se va adquiriendo en un aprendizaje particular (Alejandro Castro Solano, 2004).

Peterson, et al, (1991), destaca que si la instrucción se aboca hacia las habilidades metodológicas, conceptuales y profesionales en psicología, la generalidad de los repertorios de los estudiantes será mayor que si continuamos con las prácticas docentes dirigidas a informar al alumno, en vez de formarlo. Esto sólo se puede lograr con una formación básica y metodológica en la psicología medular, que representa los “bloques de construcción” de la psicología científica y profesional (Peterson, et al, 1991, citado por Carlos Santoyo Velasco, 2005).

Entre los objetivos del programa de Servicio Social en el CSP, con la opción a titulación por IPSS, está proporcionar al prestador de servicio social un escenario profesional y materia de trabajo pertinente, que le permita confirmar, desarrollar e incrementar sus conocimientos y habilidades clínicas y desarrollar la confianza en éste.

Para conocer qué competencias se confirmaron, cuáles se desarrollaron y cuáles se adquirieron se clasificarán en competencias básicas, genéricas y específicas.

Para iniciar el servicio social el pasante ya contaba con diversas habilidades metodológicas, conceptuales y técnicas, competencias profesionales básicas tales como: adaptabilidad, toma de decisiones, iniciativa, habilidades de aprendizaje, habilidad de escucha, de observación, empatía, búsqueda y análisis de información, responsabilidad social, comunicación, colaboración y trabajo de equipo, atención, dedicación, profesionalismo, etc. Dichas competencias se reforzaron durante la práctica del servicio social.

En cuanto a las competencias genéricas, el prestador de servicio social ya poseía: la habilidad para aplicar entrevista clínica y el uso de pruebas psicométricas practicadas durante la carrera, habilidad de negociación, de establecimiento de rapport, entre otras.

Asimismo, se adquirieron habilidades como: manejo de grupo, elaboración e impartición de talleres, diseño de carteles; aplicación de nuevos instrumentos psicométricos; habilidad para resolver problemas en la atención individual y en los talleres; habilidad para brindar un trato digno a las personas que acuden al Centro de Servicios Psicológicos.

En relación a las competencias específicas se desarrollaron destrezas para: la realización de entrevista cognitivo-conductual en tiempo y forma, la identificación del problema de las personas y enfocarse a éste tomando en consideración su motivo de consulta y rescatar la información más relevante, plantear una hipótesis y dar una impresión diagnóstica y habilidad para atender a las personas en el contexto de un centro de servicios psicológicos. Aplicación de nuevos instrumentos psicológicos, elaboración del plan de tratamiento (en terapia), intervención individual (en terapia bajo supervisión), formar el expediente clínico, redacción de notas psicológicas y desarrollo e impartición de talleres. En la Tabla no. 4, se presentan las actividades realizadas durante la práctica del prestador de Servicio Social.

Tabla no. 4. Actividades clínicas realizadas durante el servicio social

Actividades	Mes 1°	Mes 2°	Mes 3°	Mes 4°	Mes 5°	Mes 6°	Total
Curso de Inducción *	1	1	---	---	---	---	1
Seminario TRE **	---	1	1	1	1	1	1
Participación en Congreso				1			1
Supervisión ***		4	4	4	2		14
Preconsulta	10	13	5	10	13	13	64
Concertar Citas	7	7	4	9	8	12	47
Evaluación con Instrumentos Psicológicos	3	3		5	1	5	17
Terapia (bajo supervisión)	3	4	4	4	3	2	4
Plan de Tratamiento	3	3	1	5	1	5	18
Expediente Clínico	3	1					4
Notas psicológicas	3	4	4	9	8	6	34
Impartición de Talleres	1		---	1		1	3

* El curso de inducción tuvo una duración de 6 semanas

** El Seminario de Terapia Racional Emotiva se llevó a cabo durante un año.

*** La Supervisión fue brindada a la prestadora de servicio social por una alumna de maestría.

El hecho de haber participado en esta experiencia de servicio social en el Centro de Servicios Psicológicos, así como el haber estado inscrita en la opción de titulación por IPSS, me ha dejado un invaluable crecimiento personal y profesional a través de servir a mi sociedad. Ha sido muy enriquecedor, he adquirido gran aprendizaje, experiencia y crecimiento como psicóloga y como ser humano consciente de la responsabilidad que implica trabajar con personas y de la poca experiencia que tenía, pero firmemente convencida de que quiero permanecer en constante preparación día a día, con el objeto de hacer mejor mi trabajo buscando la excelencia.

Beneficio para el Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila"

Durante el tiempo que se trabajó en el Centro de Servicios Psicológicos se atendió a un importante número de personas, por medio de diferentes estrategias metodológicas como preconsultas, evaluación con instrumentos psicológicos, impartición de talleres, entre otros, como ya se reportó en este informe. Esto ayudó a la institución a desahogar la gran demanda de atención al público.

Se colaboró también, de manera muy importante con el CSP, mediante el diseño, elaboración y aplicación del taller: "Manejo del Enojo en Jóvenes Adultos", con el cual se brindó al centro la oportunidad de atender a un grupo de personas, para resolver una problemática con gran demanda en el centro.

Aunado a esto, el hecho de haber participado en esta experiencia, como integrante de la segunda generación del grupo inscrito a la opción de titulación por Informe Profesional de Servicio Social y de haber colaborado con todo el deseo de hacer un trabajo de excelencia y de servir a mi sociedad, con gran responsabilidad, profesionalismo y comprometida con respeto y amor a mi profesión, a mi facultad y a mi casa de estudios, la UNAM, vuelve al servicio del CSP un servicio más eficiente y de mayor calidad, lo cual repercute de manera positiva en los resultados que genera el CSP.

Además, es importante destacar el hecho de que, desde mi posición, colaboré con el centro para que se cumpliera tanto con la visión, como con la misión del Centro de Servicios Psicológicos, lo que garantiza su permanencia.

Beneficio para la Facultad de Psicología

El hecho de haber participado como prestador de servicio social en el CSP, y de haber formado parte de la segunda generación de la opción de titulación por IPSS deja a la Facultad de Psicología la experiencia de este proceso para futuras generaciones.

Asimismo, la Facultad de Psicología contará con mi Informe Profesional, el cual servirá como documento de consulta y guía para las próximas generaciones.

Por otra parte, el egresar a personas con mayores habilidades, al haber pasado por la experiencia de tipo práctico, además de egresar con esta modalidad alumnos titulados, aspecto importante, tomando en consideración que un importante número de personas concluyen sus estudios pero que por diversas razones no logran titularse.

El incrementar los índices de titulación por medio de esta opción de titulación en la Facultad permite aprovechar al máximo los recursos humanos y materiales con que cuenta esta institución.

Sugerencias al plan de estudios de la Facultad de Psicología

En la División del Sistema de Universidad Abierta (SUA), específicamente en el área de clínica, me parece que sería muy enriquecedor que los profesores llevaran a los alumnos de asesoría grupal a observar un tratamiento aplicado por su profesor en cámara de Gessell, así como que pudieran hacer visitas a instituciones de salud mental, lo cual incrementaría la preparación de los estudiantes que se encuentran inscritos en este sistema.

Asimismo, sugiero que se incluya en el plan de estudios de SUA la impartición de laboratorio en materias relacionadas por ejemplo con: psicología experimental, psicología clínica, psicofisiología, etc., lo cual brindaría mayor preparación de tipo práctico a los alumnos.

Finalmente, aprovechando el trabajo que realizan los prestadores de servicio social, pienso que sería de gran apoyo el ofrecer a la población universitaria un ciclo de talleres de manera periódica, con diferentes temas a tratar como: manejo del enojo, autoestima, habilidades sociales, toma de decisiones, entre otros, ya que esto impactaría positivamente tanto en la vida de las personas, como en su entorno social. Estos talleres podrían funcionar a nivel preventivo.

Limitaciones

Comprendo que ésta es una nueva modalidad de titulación y que habrá que hacer ajustes, por esto es que me permito hacer un comentario y una sugerencia. Se observó poca claridad durante el proceso del IPSS tanto en directores como en alumnos, por lo que sugiero poner mayor énfasis en este aspecto, transmitiendo mayor claridad en lo que implica esta modalidad de titulación y capacitando de manera más específica, tanto a los profesores como a los alumnos que deseen trabajar en esta modalidad.

Otra limitación fue, en algunas ocasiones al principio del taller, la falta de disponibilidad de recursos materiales, como por ejemplo: para usar el cañón para presentar alguna información a los participantes y para usar la grabadora para las sesiones de relajación, pues solo contábamos con un cañón y una grabadora y en ocasiones se requería en dos talleres diferentes en el mismo horario.

Por otra parte, dada la experiencia que tuve durante el proceso del taller, considero que el factor tiempo es fundamental en la práctica, por lo que pienso que, para futuros talleres, sería pertinente hacer una selección de ejercicios y técnicas en base a las que demostraron ser más eficientes en la aplicación, para lograr una mejor planeación y así se contaría con mayor tiempo disponible para practicar dichas técnicas, tratando de recrear posibles situaciones problemáticas y, como ya había mencionado, el tener más experiencia vivencial en la técnica de cambio de roles, particularmente profundizando más en el debate de creencias irracionales, para ofrecer un mayor soporte cognitivo, emotivo y conductual y así

reforzar el aprendizaje, como medio para prevenir las recaídas. Esto conllevaría a un desarrollo más óptimo para futuros talleres.

Referencias

- Abarbanel; Allaire; Firsirotu; Hobbs; Poupart; Simard (2002). Cultura organizacional. España: Siglo XXI.
- Acevedo, A. I. (1991). Aprender jugando, 2. México: Limusa.
- Álvarez, C. O. (2005). Informe de experiencia profesional para obtener el grado de maestría en psicología. Facultad de Psicología, UNAM.
- American Psychological Association. (2002). Manual de estilo de publicaciones. México: El Manual Moderno.
- Barragán, L. (2006). ¿Cómo aprender a controlar mis emociones?. Taller vivencial. Centro Comunitario "Dr. Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro. UNAM.
- Beaglehole, R; Bonita, R; Kjellström T. (1994). Epidemiología básica. Washington: Organización Panamericana de la salud.
- Beck, A. T. (2003). Prisioneros de odio: Las bases de la ira, la hostilidad y la violencia. México: Paidós. 442-448
- Beck, A. T. (1976). Cognitive therapy and the emotional disorders. Nueva York: International Universities.
- Beck, A. T. (2005). Con el amor no basta. México: Paidós. 29-46, 207-220.
- Beck, J. (2000). Terapia cognitiva: Conceptos básicos y profundización. Barcelona, España: Gedisa.
- Berkowitz, L. (1996). Agresión: Causas, consecuencias y control. Bilbao: Desclée de Broker.

- Buela-Casal, G; Caballo, V. E; Sierra, C. J. (1996). Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud. España: Siglo XXI.
- Caballo, V. E. (1995). Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta. Madrid: Siglo XXI.
- Corsi, J; Dohmen, M. L; Sotés, M. A; Méndez L. B. (1999). Violencia masculina en la pareja. Una aproximación al diagnóstico y a los modelos de intervención. Buenos Aires: Paidós.
- Ellis, A. y Abrahms, E. (1980). Terapia racional-emociva. México: Pax México.
- Ellis, A. y Grad, M. (2006). El secreto para superar el abuso verbal. España: Obelisco.
- Ellis, A. y Tafrate Ch. R. (1999). Controle su ira antes de que ella le controle a usted. Barcelona: Paidós.
- Friedberg, R. D; McClure, J. M. (2005). Práctica clínica de terapia cognitiva con niños y adolescentes: Conceptos esenciales. España: Paidós.
- Goldfried, M. (1996). De la terapia cognitivo-conductual a la psicoterapia de integración. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Goleman, D. (1995). La inteligencia emocional. México: Javier Vergara Editor.
- Greenberger, D. & Padesky, Ch. (1998). El control de tu estado de ánimo. España: Paidós.
- Jiménez, M. Y. (1994). Enojo y ansiedad: Un estudio correlacional. Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.
- Kassinove, H; Ph. D; ABPP. (1995). Anger Disorders: Definition, Diagnosis and Treatment. Washington, DC: Taylor & Francis.
- Lazarus, R. y Lazarus, B. (2000). Pasión y razón: La comprensión de nuestras emociones. España: Paidós.
- Lega, L; Caballo, V. E; Ellis, A. (1998). Teoría y práctica de la terapia racional emotivo-conductual. México: Siglo XXI.
- Mahoney, M. J. (1983). Cognición y modificación de conducta. México: Ed. Trillas.
- MCJPN. (2004). Encuentro latinoamericano y cristiano sobre niñez e iglesia: Violencia intrafamiliar o violencia doméstica. www.psicologiaonline.com.

- Olivares, J; Méndez, X. (2001). Técnicas de modificación de conducta. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Phares, E. J. (1999). Psicología Clínica: Conceptos, métodos y práctica. México: Manual Moderno.
- Plutchick, R. (1987). Las emociones. México: Diana
- Reeve, J. (2003). Motivación y Emoción. México: McGraw Hill.
- Reig, A. (1985). La psicología en el sistema sanitario. Papeles del Psicólogo. 20: 7-12.
- Rosenzweig, M; Leiman, A. (2001). Psicología fisiológica. España: McGraw Hill/ Interamericana.
- Sánchez Monroy, R. (Documento). (2006). Programa de servicio social. Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila". Facultad de Psicología. México: UNAM.
- Santoyo, C. V. (Compilador). (2005). Análisis y evaluación de habilidades metodológicas, conceptuales y profesionales en la formación del psicólogo. México: UNAM.
- Torres, F. M. (2001). La violencia en casa. México: Paidós.
- Vázquez, C. G. (1994). Una escala para la medición del enojo en adolescentes. Tesis de maestría. Facultad de Psicología. UNAM.

Anexos

Anexo no. 1

FORMATO DE PRE-CONSULTA

**CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS
"DR. GUILLERMO DÁVILA"**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA
U N A M**

PRE - CONSULTA (PC)

PACIENTE DE PRIMERA VEZ

FOLIO: _____

PACIENTE DE REINGRESO

FECHA: _____

CUOTA DE RECUPERACION: _____

NOMBRE: _____

EDAD: _____ SEXO: F M ESTADO CIVIL: _____ TELEFONO: _____

FAMILIOGRAMA

DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA: _____

Anexo no. 2

INVENTARIO DE AUTOEVALUACIÓN

INSTRUCCIONES

Este cuestionario esta dividido en tres partes. Cada parte contiene un número de afirmaciones que la gente utiliza para describir sus sentimientos y conducta. Por favor, fíjese que cada parte tiene *diferentes* instrucciones. Lea cuidadosamente las instrucciones para cada parte antes de registrar sus respuestas en el inventario. No hay respuestas correctas o incorrectas. Al responder a cada afirmación, dé la respuesta que le describa mejor. Si necesita cambiar su respuesta, borre la respuesta incorrecta y marque entonces la correcta.

Ejemplos:

- | | | | | |
|----|-----|-----|-----|-----|
| 1. | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 2. | (1) | (2) | (3) | (4) |

PARTE 1. Instrucciones:

Un número de afirmaciones que las personas utilizan para describirse a sí mismas se dan abajo. Lea cada afirmación y entonces marque con una equis (X) el número que indique como se **siente usted exactamente ahora**. Recuerde que no hay respuestas correctas o incorrectas. No permanezca demasiado tiempo en ninguna afirmación, pero de la respuesta que mejor parezca describir como se siente usted **exactamente ahora**.

Marque 1 para DEFINITIVAMENTE NO, 2 para ALGO, 3 para MODERADAMENTE y 4 para MUCHO

COMO ME SIENTO EXACTAMENTE AHORA

1. Estoy furioso (a).
2. Me siento irritado (a).
3. Me siento enojado (a).
4. Me dan ganas de gritarle a alguien
5. Me dan ganas de romper cosas
6. Estoy muy enojado (a).
7. Me dan ganas de romper la mesa.
8. Me dan ganas de golpear a alguien.
9. Me dan ganas de decir groserías.
10. Estoy agobiado (a).

PARTE 2. Instrucciones:

Un número de afirmaciones que las personas utilizan para describirse a que sí mismas se dan abajo. Lea cada afirmación y entonces marque con una equis (X) el número que indique **como se siente usted generalmente**. Recuerde que no hay respuestas correctas o incorrectas. No permanezca demasiado tiempo en ninguna afirmación, pero dé la respuesta que mejor parezca describir como se siente usted **generalmente**.

Inventario Estado-Rasgo de la Expresión del Enojo México (IEREEM); validado y estandarizado en adolescentes mexicanos por Vázquez Casals (1994).

Marque 1 para CASI NUNCA, 2 para ALGUNAS VECES, 3 para FRECUENTEMENTE y 4 para CASI SIEMPRE.

COMO ME SIENTO GENERALMENTE

11. Soy muy temperamental.
12. Tengo un temperamento explosivo.
13. Soy muy enojon (a).
14. Me enoja cuando los errores de los demás me retrasan.
15. Me molesta que no se reconozca mi trabajo.
16. Pierdo los estribos.
17. Me enfurezco cuando me critican frente a otros.
18. Me pongo furioso (a) cuando hago un buen trabajo y no lo reconocen.
19. Soy muy irritable.
20. Cuando pierdo los estribos, soy capaz de pegarle a alguien.

PARTE 3. Instrucciones:

Todo el mundo se siente enojado o furioso de vez en cuando, pero las personas difieren en las formas en que reaccionan cuando están enojadas. Un número de las afirmaciones que las personas utilizan cuando se sienten **enojadas** o **furiosas** se dan abajo. Lea cada afirmación cuidadosamente y entonces marque con una equis (X) el número que indique cuan frecuentemente usted **por lo general** reacciona o se comporta de la manera descrita cuando se siente enojado o furioso. Recuerde que no hay respuestas correctas o incorrectas. No permanezca demasiado tiempo en ninguna afirmación.

Marque 1 para CASI NUNCA, 2 para ALGUNAS VECES, 3 para FRECUENTEMENTE y 4 para CASI SIEMPRE

CUANDO ESTOY ENOJADO O FURIOSO...

21. Controlo mi carácter.
22. No expreso lo que siento.
23. Soy paciente con los demás.
24. Hago comentarios sarcásticos a los demás.
25. Me mantengo calmado (a).
26. Controlo mi manera de actuar.
27. Discuto con los demás.
28. Tiendo a guardar rencores que no le digo a nadie.
29. Me puedo controlar cuando me estoy enojando.
30. Estoy mas enojado (a) de lo que estoy dispuesto a admitir.
31. Me calmo mas rápidamente que las demás personas.
32. Digo cosas desagradables.
33. Trato de ser tolerante y comprensivo (a).
34. Me irrito más de lo que los demás se dan cuenta.
35. Me controlo cuando me siento enojado (a).

Inventario Estado-Rasgo de la Expresión del Enojo México (IEREEM); validado y estandarizado en adolescentes mexicanos por Vázquez Casals (1994).

HOJA DE RESPUESTAS DEL INVENTARIO DE AUTOEVALUACIÓN

NOMBRE: _____ EDAD: _____
 SEXO: _____ ESCOLARIDAD: _____ FECHA: _____

PARTE 1

- | | | | | |
|-----|-----|-----|-----|-----|
| 1. | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 2. | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 3. | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 4. | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 5. | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 6. | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 7. | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 8. | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 9. | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 10. | (1) | (2) | (3) | (4) |

PARTE 2

- | | | | | |
|-----|-----|-----|-----|-----|
| 11. | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 12. | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 13. | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 14. | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 15. | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 16. | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 17. | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 18. | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 19. | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 20. | (1) | (2) | (3) | (4) |

PARTE 3

- | | | | | |
|-----|-----|-----|-----|-----|
| 21. | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 22. | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 23. | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 24. | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 25. | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 26. | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 27. | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 28. | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 29. | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 30. | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 31. | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 32. | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 33. | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 34. | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 35. | (1) | (2) | (3) | (4) |

Inventario Estado-Rasgo de la Expresión del Enojo México (IEREEM); validado y estandarizado en adolescentes mexicanos por Vázquez Casals (1994).

Anexo no. 3

INVENTARIO DE ANSIEDAD DE A. BECK

Nombre:	Fecha:
---------	--------

Instrucciones: Abajo hay una lista que contiene los síntomas más comunes de la ansiedad. Lea cuidadosamente cada afirmación. Indique cuánto le ha molestado cada síntoma durante la última semana, inclusive hoy, marcando con una (X) según la intensidad de la molestia.

SÍNTOMA	POCO O NADA	MAS O MENOS	MODERADAMENTE	SEVERAMENTE
Entumecimiento, hormigueo				
Sentir oleadas de calor (bochorno)				
Debilitamiento de las piernas				
Dificultad para relajarse				
Miedo a que pase lo peor				
Sensación de mareo				
Opresión en el pecho, o latidos acelerados				
Inseguridad				
Terror				
Nerviosismo				
Sensación de ahogo				
Manos temblorosas				
Cuerpo tembloroso				
Miedo a perder el control				
Dificultad para respirar				
Miedo a morir				
Asustado				
Indigestión, o malestar estomacal				
Debilidad				
Ruborizarse, sonrojamiento				
Sudoración (no debida a calor)				

Anexo no. 4 INVENTARIO DE INDICADORES DE TENSIÓN Y ANSIEDAD

NOMBRE _____ FECHA _____

A continuación encontrará una serie de conductas que son indicadores de que nuestro organismo se encuentra en un estado de ansiedad. Para poder conocer cómo respondemos ante una situación estresante, marque con una X en el recuadro correspondiente al "SI" para aquellas conductas que usted experimenta cuando siente que «se está poniendo nervioso». En el caso de que no las perciba estando en ese estado, marque la casilla correspondiente al "NO".

		SÍ	NO
1	Indique la parte de su cuerpo donde <i>siente</i> la tensión:		
	• la frente		
	• la cara		
	• la cabeza		
	• la nuca		
	• los hombros		
	• la espalda		
	• el pecho		
	• el estómago		
	• otras partes del cuerpo (especifique dónde) _____		
2	Su corazón late más deprisa y más fuerte de lo habitual		
3	Le tiemblan:		
	• las piernas		
	• las manos		
	• otras partes del cuerpo (especifique dónde) _____		
4	Siente espasmos o calambres en alguna zona de su cuerpo		
5	<i>Siente</i> náuseas en el estómago		
6	<i>Siente</i> dolor de estómago		
7	<i>Siente</i> dolor en el pecho		
8	Su respiración se vuelve entrecortada, agitada o suspira		
9	Tiene algún <i>tic</i>		
10	Se rasca alguna parte del cuerpo (especifique dónde) _____		
11	Se muerde las uñas		
12	Le rechinan los dientes		
13	Tiene problemas con el lenguaje:		
	• repite las palabras		
	• tartamudea al hablar		
	• voz temblorosa		
	• habla más deprisa o más despacio de lo normal		
14	Experimenta sudoración en alguna parte de su cuerpo (especifique dónde) _____		
15	Realiza otras conductas cuando se encuentra nervioso (especifique cuáles) _____		

Tomado de: Olivares J; Méndez X. (2001). *Técnicas de modificación de conducta*. Madrid: Biblioteca Nueva. P. 78.

Anexo no. 5

CUESTIONARIO DE ENOJO

1. ¿Qué sabes acerca del enojo?

2. ¿Qué te enoja?

3. ¿Cómo acostumbras expresar tu enojo?

4. ¿Te controlas cuando te enojas?

5. ¿Cómo controlas la forma en que expresas tu enojo?

6. ¿Cuáles son las consecuencias de actuar impulsivamente cuando nos enojamos?

Anexo no. 6

REGISTRO DE MOTIVACIONES Y EXPECTATIVAS

NOMBRE _____ FECHA _____

1. Motivaciones ¿Qué me motiva a tomar este taller?

2. Expectativas ¿Qué espero al participar en este taller?

3. ¿Qué puedo aportar?

Anexo no. 7

SUGERENCIAS PARA CONTESTAR LA HOJA "¿DÓNDE ESTÁ LA EVIDENCIA?"

SITUACION	EMOCION (%)	PENSAMIENTO O IMAGEN (%)	EVIDENCIA A FAVOR	EVIDENCIA EN CONTRA	PENSAMIENTO ALTERNATIVO (%)	EMOCION (%)
<p>¿Qué sucedió?</p> <p>¿Con quién estabas?</p> <p>¿Qué estabas haciendo?</p> <p>¿Cuándo fue?</p> <p>¿Dónde estabas?</p>	<p>Describe cada emoción con una palabra (por ej. enojo, tristeza, frustración, culpa, decepción, nerviosismo, miedo, depresión, etc.)</p> <p>Califica la intensidad de cada emoción de 0 a 100%.</p>	<p>Contesta todas o algunas de las siguientes preguntas: ¿Qué ideas estaban pasando por mi cabeza justo antes de empezar a sentirme de esa forma?</p> <p>¿Qué es lo que esa situación significa sobre mí, de mi vida, de mi futuro? ¿A qué tengo miedo si ocurriese? ¿Cuál es la peor cosa que ocurriría si eso fuera verdad? ¿Qué consecuencias tendría esto acerca de lo que otras personas sienten o piensan de mí? ¿Qué imágenes o recuerdos tengo de mi mismo respecto a esa situación?</p> <p>Califica de 0 a 100% el grado en que crees que es verdad cada pensamiento.</p>	<p>Elige de la columna anterior el pensamiento o imagen que más malestar emocional te genera (enciérralo en un círculo)</p> <p>Escribe evidencias basadas en los hechos que apoyen tus conclusiones (intenta evitar la lectura de pensamiento y la interpretación de los hechos)</p>	<p>¿Qué experiencias he tenido que muestran que este pensamiento no es siempre cierto? Si mi mejor amigo o alguien que yo quisiese tuviera ese pensamiento, ¿Qué me diría? Si mi mejor amigo supiera lo que yo estaba pensando, ¿Qué me diría, qué evidencia me subrayaría para sugerir que mis pensamientos no son 100% verdad? Si dentro de 5 años pensara en esta situación, ¿la miraría de forma diferente, me centraría en alguna parte diferente de mi experiencia? ¿Hay alguna cualidad en mí o en la situación que estoy ignorando? ¿Estoy llegando a algunas conclusiones en las columnas 3 y 4 que no están apoyadas por la evidencia? ¿Estoy culpándome a mi mismo por algo de lo cual yo no tengo el control?</p>	<p>Considerando la evidencia en contra, ¿Qué nuevos pensamientos o imágenes sugieres?</p> <p>¿Qué pensamiento más realista podría sustituir al que elegiste en la tercera columna?</p> <p>¿Con qué frase puedes resumir todas las evidencias en contra?</p> <p>Si un amigo estuviera en esta situación, tuviese estos pensamientos y tuviese estas evidencias a favor y en contra, ¿Qué opinión le darías? ¿Qué le sugerirías para entender la situación?</p> <p>Resume todas las evidencias a favor en una frase y todas las evidencias en contra en otra frase, Únelas con la palabra "y", ¿Has creado un pensamiento alternativo que tenga en cuenta toda la información recabada?</p>	<p>Vuelve a escribir las emociones de la segunda columna.</p> <p>Escribe cualquier otra emoción que surja al observar tus pensamientos alternos.</p> <p>Califica la intensidad de estas emociones de 0 a 100%.</p>

Adaptado de: Greenberger, D. & Padesky, Ch. (1995). El control de tu estado de ánimo. España: Paidós. Pp. 96,97.

¿DÓNDE ESTÁ LA EVIDENCIA?

SITUACION	EMOCION (%)	PENSAMIENTO O IMAGEN %	EVIDENCIA A FAVOR	EVIDENCIA EN CONTRA	PENSAMIENTO ALTERNATIVO %	EMOCION %

Adaptado de: Greenberger, D. & Padesky, Ch. (1995). El control de tu estado de ánimo. España: Paidós. Pp. 96,97.

Anexo no. 8

FORMULARIO DE AUTOAYUDA DE LA TREC

A (SITUACIÓN O ACONTECIMIENTO ACTIVADOR)

--

- Resumir brevemente la situación que nos perturba (¿qué vería una cámara?).
- Una A puede ser *interna* o *externa*, *real* o *imaginada*.
- Una A puede ser un acontecimiento *pasado*, *presente* o *futuro*.

B [Pensamiento (s)] o Cri (CREENCIAS IRRACIONALES)

--

DEBATE - Debatir mis Creencias Irracionales
D (DISPUTAR LAS Cri)

--

Para identificar las Cri, buscaremos:

- EXIGENCIAS DOGMÁTICAS (Imperativos, órdenes categóricas, mandamientos).
- TERRIBILIZACIÓN (Es espantoso, terrible, horrible).
- BAJA TOLERANCIA DE LA FRUSTRACIÓN (No lo soporto).
- AUTOHETERO EVALUACIÓN (Soy/es malo, despreciable).

Para disputar, nos preguntaremos:

- ¿Adónde voy a llegar si sigo manteniendo esta creencia?
¿Es útil o *contraproducente*?
- ¿Dónde están las pruebas a favor de la existencia de mi creencia irracional? ¿Es acorde con la *realidad*?
- ¿Es *lógica* mi creencia? ¿Es fruto de mis preferencias?
- ¿Es mi problema realmente *espantoso* (todo lo malo que puede ser)?
- ¿De veras no lo puedo soportar?

C (CONSECUENCIAS)

Principales **emociones** negativas malsanas:

Principales **conductas** contraproducentes:

--

Entre las emociones negativas malsanas, destacan: • Ansiedad, • Depresión, • Rabia, • Celos, • Baja tolerancia a la frustración, • Vergüenza, • Agravio, • Culpabilidad

Anexo no. 10. TRES ESTILOS DE RESPUESTA

NO ASERTIVO	ASERTIVO	AGRESIVO
Demasiado poco, demasiado tarde. Demasiado poco, nunca.	Lo suficiente de las conductas apropiadas en el momento correcto	Demasiado, demasiado pronto. Demasiado, demasiado tarde
Conducta no verbal: Ojos que miran hacia abajo; voz baja; vacilaciones; gestos desvalidos; negando importancia a la situación; postura hundida; puede evitar totalmente la situación; se retuerce las manos, tono vacilante o de queja risitas falsas.	Conducta no verbal: Contacto ocular directo; nivel de voz conversacional; habla fluida; gestos firmes; postura erecta; mensajes en primera persona; honesto (a); verbalizaciones positivas; respuestas directas a la situación; manos sueltas.	Conducta no verbal: Mirada fija; voz alta; habla fluida/rápidamente; enfrentamiento; gestos de amenaza; postura intimidatoria; deshonesto(a); mensajes impersonales.
Conducta verbal: "Quizás"; "Supongo"; "Me pregunto si podríamos"; "Te importaría mucho"; "Solamente"; "No crees que"; "Ehh"; "Bueno"; "Realmente no es importante"; "No te molestes".	Conducta verbal: "Pienso"; "Siento"; "Quiero"; "Hagamos"; "¿Cómo podemos resolver esto?"; "¿Qué piensas?"; "¿Qué te parece?".	Conducta verbal: "Harías mejor en"; "Haz"; "Ten cuidado"; "Debes estar bromeando"; "Si no lo haces..."; "Deberías"; "Mal"
Efectos: Conflictos interpersonales; Depresión; Desamparo; Imagen pobre de uno mismo; Se hace daño a sí mismo; Pierde oportunidades; Tensión; Se siente sin control; Soledad; No se gusta ni a sí mismo ni a los demás; Se siente enfadado.	Efectos: Resuelve los problemas; Se siente a gusto con los demás; Se siente satisfecho; Se siente a gusto consigo mismo; Relajado; Se siente con control; Crea y fabrica la mayoría de las oportunidades; Se gusta a sí mismo y a los demás; Es bueno para sí y para los demás.	Efectos: Conflictos interpersonales; Culpa; Frustración; Imagen pobre de sí mismo; Hace daño a los demás; Pierde oportunidades; Tensión; Se siente sin control; Soledad; No le gustan los demás; Se siente enfadado.

Tomado de: Caballo, V. E. (1995). Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta. Madrid: Siglo XXI.

Anexo no. 11. Asertividad racional emotivo-conductual.

Filosofía asertiva básica:

La aserción y no la manipulación, la sumisión o la hostilidad, enriquecen la vida y conducen a relaciones más satisfactorias con la gente (Jakubowski y Lange, 1978; Lange y Jakubowski, 1976). Según estos autores, esta filosofía entraña las siguientes creencias fundamentales:

- Cuando defendemos nuestros derechos y nos manifestamos a los demás como somos, ganamos nuestro propio respeto y el respeto de los demás.
- Es conveniente no tratar de vivir nuestra vida intentando no herir nunca a los demás bajo ninguna circunstancia, ya que al final terminamos haciéndonos daño a nosotros mismos y a los demás.
- Si sacrificamos nuestra integridad y negamos nuestros sentimientos, las relaciones se suelen dañar o se evita que se desarrollen. Igualmente, las relaciones también se deterioran cuando tratamos de controlar a los demás por medio de la hostilidad, la intimidación o la culpa.
- Las relaciones personales se vuelven más auténticas y satisfactorias cuando compartimos nuestras reacciones sinceras con otras personas y no impedimos que los demás compartan sus reacciones con nosotros.
- El no permitir que los demás conozcan lo que pensamos y sentimos es tan poco considerado como el no escuchar lo que piensan y sienten los otros.
- Cuando sacrificamos con frecuencia nuestros derechos, enseñamos a los demás a que se aprovechen de nosotros.
- Si actuamos de forma asertiva y les hacemos saber a los demás cómo nos afecta su conducta, les estamos dando una oportunidad de cambiar su comportamiento y les estamos mostrando respeto por su derecho a saber en qué posición se encuentran ante nosotros.

Anexo no. 12. Muestra de derechos humanos básicos (tomado de Caballo, 1993)

Los derechos humanos provienen de la idea de que todos somos creados iguales, en un sentido moral, y que nos tenemos que tratar como tales. La premisa subyacente del comportamiento asertivo es humanista: no producir tensión o ansiedad indebida en los demás y fomentar el crecimiento y el progreso de cada persona.

-
1. El derecho a mantener tu dignidad y respeto comportándote de forma habilidosa o asertiva, incluso si la otra persona se siente herida mientras no violes los derechos humanos básicos de los demás.
 2. El derecho a ser tratado con respeto y dignidad.
 3. El derecho a rechazar peticiones sin tener que sentirse culpable o egoísta.
 4. El derecho a experimentar y expresar tus propios sentimientos.
 5. El derecho a detenerte y pensar antes de actuar.
 6. El derecho a cambiar de opinión.
 7. El derecho a pedir lo que quieres (dándose cuenta de que la otra persona tiene el derecho a decir que no).
 8. El derecho a hacer menos de lo que humanamente eres capaz de hacer.
 9. El derecho a ser independiente.
 10. El derecho a decidir qué hacer con tu propio cuerpo, tiempo y propiedad.
 11. El derecho a pedir información.
 12. El derecho a cometer errores -y ser responsable de ellos.
 13. El derecho a sentirte a gusto contigo mismo.
 14. El derecho a tener tus propias necesidades y que esas necesidades sean tan importantes como las necesidades de los demás. Además, tenemos el derecho de pedir (no exigir) a los demás que respondan a nuestras necesidades y de decidir si satisfacemos las necesidades de los demás.
 15. El derecho a tener opiniones y expresarlas.
 16. El derecho a decidir si satisfaces las expectativas de otras personas o si te comportas siguiendo tus intereses -siempre que no violes los derechos de los demás.
 17. El derecho a hablar sobre el problema con la persona involucrada y aclararlo, en casos límite en que los derechos no están del todo claros.
 18. El derecho a obtener aquello por lo que pagas.
 19. El derecho a escoger no comportarte de manera asertiva o socialmente habilidosa.
 20. El derecho a tener derechos y defenderlos.
 21. El derecho a ser escuchado y a ser tomado en serio.
 22. El derecho a estar solo cuando así lo escojas.
 23. El derecho a hacer cualquier cosa mientras que no violes los derechos de alguna otra persona.
-

Anexo no. 13: Creencias poco racionales y sus contrapartidas más racionales.

El comportamiento no asertivo o el agresivo pueden mantener una serie de creencias poco racionales que favorecen esos estilos de comportamiento. Algunas de esas posibles ideas poco racionales y sus contrapartidas más racionales y adaptativas se exponen en seguida.

1. No digas cosas que podrían lastimar los sentimientos de otras personas. Desde la posición de la TREC es prácticamente imposible "herir los sentimientos de alguien". Podemos permitir que las palabras de otras personas nos hagan daño, pero no tenemos que estar molestos por lo que dicen los demás, no importa lo que nos desagrade. Se puede herir a las personas con palos y piedras, pero ellas son las que se hacen daño a sí mismas con las palabras que otros individuos expresan.

Sin embargo, tampoco es cuestión de ser brusco y decir las cosas sin tacto. Una forma de crítica más cortés es la denominada "*crítica en forma de sandwich*". Este procedimiento entraña presentar una expresión positiva antes y/o después de una expresión negativa. Esto se hace para suavizar la expresión negativa y aumentar la probabilidad de que el receptor escuche claramente el mensaje negativo con una molestia mínima (Caballo, 1991b, 1993).

Contrapartidas más racionales a la idea anterior podrían ser algunas como las siguientes (Lazarus, Lazarus y Fay, 1993):

- Si es importante, dilo, pero con tacto. .
- Lo que uno dice a menudo es menos importante que cómo lo dice.
- Generalmente es mejor ser directo y claro que ir soltando indicios sutiles.

2. Los/as amigos/as o familiares desconsiderados se merecen un tratamiento de silencio. Apartarse de alguien y dejar de hablarle es una forma de castigo. Pero las tácticas punitivas raramente obtienen lo que persiguen. El apartarse de personas a las que se quiere no soluciona nada. Cuando surge un problema con otras personas, el proceder más útil es hablado claramente. Una forma de expresión de sentimientos negativos en general es utilizar la siguiente secuencia de pasos (la técnica DEEC, Bower y Bower, 1976):

Paso 1. Describe la conducta ofensiva o molesta de la otra persona en términos objetivos. Observa y examina exactamente qué ha dicho o hecho la otra persona. Emplea términos concretos, describiendo el momento, lugar y frecuencia específicos de la actuación. Describe la actuación, no el "motivo". Algunos comienzos típicos de frases de este paso serían: "Cuando tú...", "Cuando yo...", "Cuando...".

Paso 2. Expresa tus pensamientos o sentimientos sobre la conducta o problema de una forma positiva, como si se dirigiesen hacia un objetivo a lograr. Exprésalos con calma, centrándote en la conducta molesta y no en la persona. Algunos comienzos típicos de frases de este paso serían: "Me siento...", "Pienso...".

Paso 3. Especifica, de forma concreta, el cambio de conducta que quieres que lleve a cabo la otra persona. Pide, cada vez, uno o dos cambios que no sean muy grandes. Ten en cuenta si la otra persona puede satisfacer tus demandas sin sufrir grandes pérdidas. Pregúntale si está de acuerdo. Especifica (si fuese apropiado) qué conducta estás dispuesto a cambiar para llegar a un acuerdo. Algunos comienzos típicos de frases de este paso serían: "Preferiría...", "Quisiera...", "Me gustaría...".

Paso 4. Señala las *consecuencias* positivas que proporcionarás (o que tendrán lugar) si la otra persona mantiene el acuerdo para cambiar. En el caso que sea necesario (y sólo en este caso), señala a la otra persona qué consecuencias negativas proporcionarás (o tendrán lugar) si no hay cambio. Algunos comienzos típicos de frases de este paso serían: "Si haces...", "Si no haces...".

Hay que tener en cuenta que no siempre es necesario emplear los cuatro pasos que se acaban de describir, pudiendo en ocasiones tener la misma utilidad el empleo de uno, dos o tres de los

componentes. Normalmente, el empleo de uno o dos componentes es suficiente. Algunos de los componentes empleados solos con frecuencia son: expresar («No me gusta que utilices mi coche») y especificar («No quiero que me llames después de las 12 de la noche») (Caballo, 1993).

Contrapartidas más racionales a la idea expuesta en esta sección son:

- La gente a la que quieres se merece comunicación, no silencio.
- Si no hablas sobre ello, ¿cómo vas a solucionarlo?
- Si los comportamientos de un/a amigo/a o un familiar te molestan, lo racional, inteligente y maduro es hablarlo.

3. *Guarda tus sentimientos para ti.* La gente que mantiene una actitud reservada con sus parejas, sus amistades y otras relaciones interpersonales se pierde gran parte de la alegría que proviene de la conducta de compartir y de la sensación de pertenencia. Se aseguran una existencia solitaria y aislada. Además, una de las mejores formas de llegar a conocerse mejor a uno/ a mismo/ a consiste en ser expresivo con los demás.

Contrapartidas más racionales serían:

- Construye confianza e intimidad por medio de la expresión de tus sentimientos.
- Las relaciones íntimas se apoyan en las revelaciones personales y en la información compartida.
- El ocultar constantemente ante los demás los verdaderos sentimientos que uno tiene hace que uno se desconecte de sí mismo.

4. *La crítica es una buena forma de corregir los errores de la gente.* La crítica hacia la persona, en vez de hacia el comportamiento, deteriora a menudo las relaciones. La crítica hace daño a la autoestima, devalúa al que la recibe, conduce a la defensiva, provoca resentimientos, se centra en las dificultades en vez de en las soluciones y crea, en vez de resolver, conflictos. Salvo que se formulen cuidadosamente y se presenten de modo apropiado, las anotaciones críticas no sólo no servirán para solucionar problemas, sino que incluso los agravarán. Cuando surgen conflictos, en vez de criticar al otro individuo, es mejor buscar soluciones, pensar en estrategias específicas para solucionar el problema. El planteamiento básico es pedir un cambio en el comportamiento en vez de atacar a la persona misma.

Contrapartidas más racionales serían:

- Concéntrate en solucionar el problema, no en criticar errores pasados.
- Antes de corregir a alguien, es mejor detenerse y pensar en la mejor manera de hacerlo.
- Si me encontrara en el lugar de la otra persona, ¿cómo me gustaría que se dirigieran a mí?

5. *Es importante caerle bien a todo el mundo.* Pensando de forma racional, es prácticamente imposible que le caigamos bien a todo el mundo que conocemos. Pero los seres humanos no siempre somos lógicos y racionales y es muy humano querer agradar a todas las personas. Sin embargo, el ir por la vida intentando caerle bien a toda la gente, no molestando a nadie, tratando de agradar a todo el mundo, asegura una existencia falsa, frustrante y vacía. Si uno se comporta siempre como cree que los demás esperan que se comporte, nunca será uno mismo. El valor como ser humano no depende de si uno les cae bien a los demás.

Contrapartidas más racionales serían:

- Es importante que le caigas bien a la gente por quien eres y como eres.
- Es normal que a otras personas no les agrade yo, mis ideas o mis comportamientos. Lo que es importante es no lastimar o explotar a los otros.
- Mi valía como ser humano no depende de la aprobación de ninguna otra persona.

6. *Una persona que realmente me quiera debería saber lo que necesito.* La gente con relaciones cercanas aprende a menudo a interpretar las reacciones de los otros de modo bastante preciso. Pero uno no debe esperar que éstos sepan leer su mente. El cariño y el amor no se basan en los poderes de la telepatía. Las relaciones plenas, satisfactorias, se basan en la disposición a comunicar de forma clara y manifiesta las necesidades, lo que nos agrada, lo que nos desagrada y los deseos. Es necesario enseñar a la gente cómo se puede llevar mejor con uno. Es conveniente decir lo que se piensa, pensar lo que se dice y no esperar que nadie pueda leer la mente de uno.

Contrapartidas más racionales:

- Expresa tus deseos clara y abiertamente; las personas que te quieran no se merecen menos.
- Las expresiones claras, honestas y directas de los propios deseos y expectativas son los mejores medios de lograr una comunicación íntima.
- Es mejor expresar claramente lo que uno quiere y cómo uno se siente; no se debe esperar a que otras personas puedan leer la mente.

7. *Para cambiar uno debe entender las razones de su conducta.* Mucha gente conoce las razones de sus sentimientos y comportamientos y siguen sin cambiar, independientemente de lo motivados que estén. Por el contrario, personas que están dispuestas a trabajar duro han cambiado con éxito su comportamiento negativo sin necesidad de explorar sus orígenes. Es más probable superar pensamientos, comportamientos o sentimientos desadaptativos decidiendo hacer algo diferente aquí y ahora que detenerse en lo que una vez hace tiempo ocurrió. El saber por qué uno es como es no le capacitará necesariamente para cambiar. Hacer las cosas es lo que funciona. Saber qué hacer con respecto a un problema es a menudo más útil que entender por qué o cómo surgió.

Contrapartidas más racionales:

- Para cambiar nuestra vida es mejor hacer algo en el presente; no hay que esperar a entender el pasado.
- La comprensión sola, no importa lo profunda que sea, raramente es necesaria o suficiente para el cambio psicológico.
- La mejor comprensión entraña generalmente el descubrir y cambiar el pensamiento psicológicamente poco sano.

8. *Piensa en los otros primero; actúa en favor de los otros incluso si es malo para ti. No seas egoísta.* Ser egoísta significa que una persona antepone sus deseos antes que los deseos de cualquier otra persona. Éste es un comportamiento humano no deseable. Sin embargo, todas las personas sanas tienen necesidades y luchan por satisfacerlas tanto en cuanto les sea posible. Las necesidades de uno son tan importantes como las de otras personas. Cuando existe un conflicto con respecto a la satisfacción de necesidades, suele ser útil el compromiso para resolver el conflicto.

Contrapartidas más racionales:

- Preocúpate de ti mismo de la misma forma que te preocupas de los demás.
- Lo mejor es dar y recibir.
- Si constantemente coloco las necesidades de los demás en primer lugar, no satisfaré ni mis necesidades ni las de ellos.

Anexo no. 14. Cuadro-esquema de la fases y contenidos del Proceso de Resolución de Problemas propuestos por de D'Zurilla y Goldfried

PROCESO DE RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS

I. Orientación del problema

- a) Percepción del problema.
- b) Valoración de las causas y de la importancia del mismo.
- c) Saber de cuanto tiempo y esfuerzo dispone el sujeto.

II. Definición y formulación del problema

- a) Buscar información relevante y objetiva.
- b) Comprensión del conflicto.
- c) Establecer metas realistas.
- d) Revalorar el problema después de realizar los pasos anteriores.

III. Propuesta de alternativas

- a) Principio de cantidad: cuantas más mejor.
- b) Principio de dilación de juicio: no valorar las consecuencias, en principio, todas las alternativas pueden ser válidas.
- c) Principio de variedad.

IV. Toma de decisiones

- a) Anticipar las consecuencias positivas y negativas de cada alternativa.
- b) Comparar unas alternativas con otras según las consecuencias.
- c) Preparar un plan de acción.

V. Llevar el plan a la práctica y comprobar los resultados

- a) Puesta en práctica del plan.
- b) Autoobservación.
- c) Autoevaluación.
- d) Autorrefuerzo si los resultados son satisfactorios o nuevo análisis del proceso o de su puesta en práctica si son insatisfactorios.

Anexo no. 15. Formato para la solución de problemas (SOCS)
Situación problema
I. IDENTIFICAR SITUACION PROBLEMA

- S**
- ¿Cuál es la situación que me molesta? _____
 ¿Quiénes están involucrados? _____
 ¿Dónde ocurre? _____
 ¿Cuándo ocurre? _____
 ¿Cómo ocurre? _____
 ¿Con qué frecuencia ocurre? _____

**II. DEFINIR EL PROBLEMA,
 ENTONCES EL PROBLEMA ES**

Opciones de solución III. PROPUESTA DE ALTERNATIVAS

O

¡Todas las que se nos ocurran. No importa si parecen tontas, sabias, etc.
 Lo importante es tener mucho de donde escoger!

- a. _____
 b. _____
 c. _____
 d. _____
 e. _____

Consecuencias.... Positivas (+) y Negativas (-) IV. TOMA DE DECISIONES

C

Ahora, de cada opción hay que pensar que sería lo positivo o lo negativo...

- Opción a (+) _____
 (-) _____
 Opción b (+) _____
 (-) _____
 Opción c (+) _____
 (-) _____
 Opción d (+) _____
 (-) _____
 Opción e (+) _____
 (-) _____

Simulación

V. LLEVARLO A LA PRÁCTICA

¿Cuál es la mejor opción? _____

¿Qué se necesita para hacerlo? _____

Ahora..... ¡¡vamos a ensayarlo!!

¿Funcionó adecuadamente?

SI

NO

Si no ¿por qué no funcionó? _____

¿Qué necesito para mejorar? _____

Y AHORA... ¡MEJORARLO!

Cuando haya funcionado...

¡¡¡MUCHAS FELICIDADES!!!

¡¡¡PUEDES SEGUIR UTILIZANDOLO EN OTRAS SITUACIONES!!!

Anexo no. 16. Cuestionario de satisfacción a la aplicación del taller

Fecha: _____

INSTRUCCIONES: Lea cuidadosamente las preguntas que a continuación se presentan y marque con una X, el número que más se apegue a su opinión en relación a los resultados de la aplicación del taller. Esto ayudará a mejorar este servicio.

1.- ¿Ha observado cambios en su actitud ante situaciones de enojo después de la aplicación del taller?

<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>
<i>Nada</i>	<i>Poco</i>	<i>Regular</i>	<i>Bastante</i>	<i>Mucho</i>

2.- ¿Ha mejorado la forma en que se expresa ante situaciones de enojo?

<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>
<i>Nada</i>	<i>Poco</i>	<i>Regular</i>	<i>Bastante</i>	<i>Mucho</i>

3.- ¿Ha disminuido la frecuencia de ocasiones en que experimenta enojo?

<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>
<i>Nada</i>	<i>Poco</i>	<i>Regular</i>	<i>Bastante</i>	<i>Mucho</i>

4.- ¿Las técnicas aprendidas en el taller son adecuadas para controlar sus impulsos ante situaciones de enojo?

<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>
<i>Nada</i>	<i>Poco</i>	<i>Regular</i>	<i>Bastante</i>	<i>Mucho</i>

5.- ¿Piensa que con la intervención han disminuido los malestares físicos que presentaba?

<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>
<i>Nada</i>	<i>Poco</i>	<i>Regular</i>	<i>Bastante</i>	<i>Mucho</i>

6.- ¿Ha mejorado su relación con las personas más cercanas después de la intervención?

<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>
<i>Nada</i>	<i>Poco</i>	<i>Regular</i>	<i>Bastante</i>	<i>Mucho</i>

7.- ¿Ha mejorado su relación con otras personas?

<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>
<i>Nada</i>	<i>Poco</i>	<i>Regular</i>	<i>Bastante</i>	<i>Mucho</i>

8.- El trato del instructor fue:

<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
<i>Malo</i>	<i>Regular</i>	<i>Bueno</i>	<i>Excelente</i>

9.- La preparación profesional del instructor fue:

<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
<i>Malo</i>	<i>Regular</i>	<i>Bueno</i>	<i>Excelente</i>

Adaptado de López, B; Rodríguez, G. (2005). Programa de intervención cognitivo-conductual para el manejo del enojo en población adulta. Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.

10.- Lo que más me gustó del taller fue:

11.- Lo que menos me gustó del taller fue:

12.- Comentarios adicionales

¡Gracias por su participación!