



**UNILA**  
Universidad Latina

**UNIVERSIDAD LATINA S.C**

---

---

**3344-85**

**INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL PARA  
EL MANEJO DE LA IRA: ESTUDIO DE CASO**

**T E S I S**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:**

**LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

**P R E S E N T A:**

**SILVIA PATRICIA PÉREZ ZÚÑIGA**

**ASESOR: DRA. EVA GONZÁLEZ**

**CUIDAD DE MÉXICO, AGOSTO 2019.**



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.

Dedicado a la memoria de mi padre

Encarnación Pérez Cruz (1941-2018)

Hombre con calidad humana, de quien tuve apoyo incondicional, y sobre todo, amor.

Llevo en mi memoria cada momento que compartimos juntos.

## Agradecimientos

Doy gracias a la vida, por darme la oportunidad de concluir este proyecto, ya que requiere de esfuerzo, dedicación, responsabilidad y perseverancia. Es el producto del esfuerzo a lo largo de la carrera profesional.

A mi asesora Dra. Eva González Rodríguez gracias por su paciencia, apoyo y dedicación. Sin su ayuda no hubiera sido posible esto.

A mi madre Ma. Del Socorro Zúñiga Guevara gracias por darme la vida y por contar con su apoyo en momentos difíciles

A mis hijas Kateryne A. Solís Pérez e Ixchel N. Solís Pérez, les agradezco infinitamente que hayan comprendido mis ausencias, ya que se privaron de mi presencia en ciertos momentos de convivencia familiar.

A Humberto, a pesar que siempre me hacía desatinar con sus comentarios, le doy las gracias, porque sus palabras no me dejaban que me diera por vencida.

A mi hermana Rocío, gracias por tu apoyo incondicional, es el pilar de la familia.

A Tania, por su estimable cooperación y dedicación, fue un factor importante para desarrollar el propósito.

Por último, agradezco el apoyo de mis amigas, principalmente a Print por acompañarme y motivarme a cumplir la meta, fueron momentos difíciles, pero no imposible, gracias infinitas. Claudia, Rosalba, Evelyn y Lupita, pasamos momentos escolares muy productivos. Anhele que nuestra amistad perdure.

## Contenido

|   |    |
|---|----|
| Resumen.....  | i  |
| Introducción.....   | ii |
| 1. Emociones .....  | 1  |
| Definición de emoción.....  | 1  |
| Modelos teóricos de las emociones .....   | 2  |
| 2. Enojo e ira.....   | 12 |
| Definición de enojo .....   | 15 |
| Características de la enojo .....   | 16 |
| Consecuencias .....   | 17 |
| 3. Intervenciones cognitivo conductuales para manejo de la ira .....                      | 19 |
| Técnicas cognitivas.....  | 21 |
| Técnicas conductuales .....   | 23 |
| 4. Estudio de caso: efecto de una intervención cognitivo conductual para manejo de la ira | 29 |
| Identificación del paciente:.....   | 29 |
| Estructura familiar: .....  | 29 |
| Análisis del motivo de consulta.....  | 30 |
| Historia del problema .....   | 30 |
| Evaluación inicial .....  | 33 |

|  |    |
|--|----|
| Análisis y descripción de las conductas problema ..... | 33 |
| Establecimiento de las metas del tratamiento.....      | 34 |
| Objetivos terapéuticos .....                           | 34 |
| Selección de los tratamientos más adecuados .....      | 35 |
| Selección y aplicación de técnicas de evaluación ..... | 35 |
| Procedimiento.....                                     | 36 |
| Resultados.....  | 40 |
| Discusión.....   | 45 |
| Conclusiones.....                                      | 49 |
| Referencias.....                                       | 50 |
| ANEXOS .....   | 55 |
| ANEXO 1 .....  | 56 |
| ANEXO 2.....   | 59 |

## Resumen

Se presenta el caso de paciente femenina de 38 años con constantes episodios de ira, que inician en la adolescencia y han incrementado en frecuencia y magnitud, ocasionando deterioro significativo en sus relaciones y en su salud en general. La paciente solicitó atención psicológica debido al malestar y sufrimiento que le generaba el problema, además de la necesidad de que su mal manejo emocional dejara de interferir negativamente en todas las áreas de su vida. Para la evaluación se empleó la entrevista clínica y posteriormente el Inventario de expresión de ira estado/ rasgo STAXI 2. Con base en la evaluación se establecieron cinco objetivos terapéuticos: Que la paciente 1) lograra identificar las relación entre cognición, emoción, conducta y estado físico; 2) lograra identificar y modificar los pensamientos distorsionados relacionados con su manejo emocional y que generara pensamientos alternativos más adaptativos; 3) lograra identificar la sintomatología física que acompaña sus episodios de ira; 4) Entrenar en técnicas efectivas que le permitieran regular y controlar la respuesta fisiológica de enojo/ira y 5) Entrenar a la paciente en técnicas que permitan incrementar sus habilidades de comunicación. Para el logro de estos objetivos se desarrolló un programa de intervención de enfoque cognitivo conductual que consistió en 12 sesiones, de una hora de duración, programadas dos veces por semana. Se incluyó: entrenamiento en relajación; entrenamiento en habilidades de comunicación; reestructuración cognitiva. Para la evaluación se emplearon autorregistros, entrevista y el STAXI 2. Se realizó un análisis no estadístico de los datos mediante la inspección visual de estos, además se calculó del índice de cambio clínico objetivo.

Luego de la intervención se observó que hubo cambios atribuibles a la intervención en el sentido esperado en todas las subescalas que incluye la prueba STAXI 2 así como en los demás aspectos evaluados.

## **Introducción**

El presente trabajo se ha diseñado sobre las diferentes técnicas de prevención e intervención para el manejo de la ira, con el propósito de facilitar cambios cognitivos, emocionales y conductuales, que permita una satisfactoria resolución a situaciones de ira. El tratamiento se fundamentó en un modelo cognitivo conductual, cuyos temas fueron: relajación progresiva, respiración abdominal, habilidades de comunicación y reestructuración. Tuvo una duración de 12 sesiones cada una de una hora.

El método y las técnicas que se utilizaron, presentan un reto para el psicólogo en la aplicación, ya que el paciente muestra dificultad para expresar los sentimientos, describe las situaciones problemáticas con dificultad, por lo cual la meta de este trabajo es: Que la paciente lograra identificar las relaciones entre cognición, emoción, conducta y estado físico. Identificar y modificar pensamientos distorsionados. Identificar sintomatología física de episodios de ira. Entrenar a la paciente para llevar a cabo las técnicas efectivas para que le permita regular las respuestas fisiológicas e incrementar sus habilidades de comunicación.

Las emociones son importantes para la supervivencia del individuo, ya que le permite adaptarse al medio ambiente (López, Rodríguez, Vázquez y Alcázar, 2012). Las emociones son funcionales o disfuncionales a partir de la intensidad, duración y frecuencia. El manejo inadecuado de la ira comienza a tener factores de riesgo que se relaciona con el desarrollo de la vida del ser humano, como salud, familia, relaciones interpersonales.

Cada individuo manifiesta de manera distinta lo que siente, por lo que al abordar a las personas que presentan problemas de ira, hay que tomar en cuenta que siente la emoción con diferente magnitud. La revelación de la emoción accede a confrontar las situaciones, siendo adaptativa a medida que los efectos sean eficaces. Sin embargo, se ha encontrado que el manejo inadecuado de la ira es una causa de riesgo, que está ligado con enfermedades cardiovasculares y digestivas.

Como se ha observado, que el efecto negativo relacionadas con la expresión disfuncional de la ira tiene un gran choque en la estructura social. En la literatura existen un apoyo sobre la efectividad para controlar la ira a través del empleo del tratamiento cognitivo conductual. Esto le permite manejar de manera funcional la ira, disminuyendo la continuidad de eventos, síntomas fisiológicos y conductas disfuncionales, para reducir e impedir un deterioro en las diferentes áreas de la vida de la paciente.

# Capítulo 1

## Emociones

### Definición

Es una reacción afectiva, de breve duración y gran intensidad, dada por un factor ambiental, por el cual pasa el individuo para la supervivencia (López, Rodríguez, Vázquez & Alcázar, 2012)

Para López, Rodríguez, Vázquez y Alcázar (2012) las emociones son funcionales o disfuncionales, según su intensidad, duración, frecuencia y expresión.

La emoción se interpreta como todo lenguaje, por seguridad, es la herramienta de la palabra, que está presente ante una emoción por lo (Melamed, 2016). Que de ellas se dice y hace.

Según Piqueras, Ramos, Martínez y Oblitas (2009) las emociones pueden provocar sensaciones agradables o desagradables y pueden ser más o menos intensas. El placer o displacer será la característica que define a la emoción.

Las emociones se involucran con al menos tres sistemas de respuesta: cognitivo/subjetivo; conductual/expresivo y fisiológico/adaptativo.

Respecto a lo cognitivo hace alusión a los pensamientos, ideas e imágenes de carácter subjetivo (anticipaciones, preocupaciones), así como su influencia sobre las funciones superiores [atención, memoria, aprendizaje] (Cano-Vindel, 1997)

Con base a lo fisiológico, son los cambios orgánicos que se producen en distintos sistemas relacionados con la presencia de determinados estados emocionales. Para ciertas personas, estos cambios son notables “me pongo roja como un tomate” “me apeno y sonrojo” Se

relacionan con un incremento de la actividad del sistema nervioso autónomo, somático y endocrino, dando lugar a cambios en otros sistemas: aumento de ritmo cardiaco, gastrointestinal, dilatación de pupila dermatológico neuromuscular, sube presión arterial, irritabilidad. Esto se da dependiendo de la fuerza de la emoción o estímulo (Butts, 2007).

Con relación a lo conductual se hace observables la conducta y exteriorización de las emociones. Presenta conductas de afrontamiento o evitación, encontrándose entre ellos la expresión facial y otros procesos de comunicación no verbal, y la comunicación verbal de tipo emocional o expresión de sentimientos.

La emoción sería un proceso adaptativo que nos permite reaccionar de forma adecuada en situaciones en las que, por ejemplo, se pone en juego nuestra integridad tanto a nivel físico como psicológico, activando sistemas internos como la percepción, la atención o la memoria. A continuación, se mencionarán los modelos teóricos de las emociones.

### **Modelos teóricos de las emociones**

Las emociones se pueden detallar como una serie de estados fisiológicos asociada una experiencia determinada, para modular comportamiento (Ortega, 2010). Las emociones son simplemente para supervivencia y procesos de adaptación, es decir son mecanismos de adaptación y regulación de uno mismo, con el entorno.

Las emociones positivas son parte de la naturaleza humana, son creadoras de experiencias positivas, son capaces de desarrollar la creatividad y aumentar la satisfacción y el compromiso del ser humano (Barragán & Morales, 2014).

Las expresiones emocionales generan una señal para la interpretación de situaciones de la vida en sociedad. Las pulsiones emocionales nos indican como nos sentimos en cada momento y regulan o tratan de controlar la manera de cómo actúan lo demás ante nosotros (Ortega, 2010).

### **Teorías fisiológicas**

Las emociones están formadas por tres elementos: 1) el comportamental, está compuesto por los movimientos musculares adecuados a la situación que lo provoca. 2) automático, facilitan las conductas y aportan una movilización rápida de energía para ejecutar movimientos activos. 3) hormonal, refuerzan las respuestas neurovegetativas para fomentar una aportación de nutrientes y glucosa hacia los músculos (Carlson, 2006).

La psicofisiología de la emoción se encarga del estudio de las respuestas fisiológicas como expresión del fenómeno emocional como efecto.

### **Teorías cognitivas**

Beck (1964) y Ellis (1962) (citado en Ruiz, Díaz, & Villalobos, 2012). Refieren que las emociones de las personas están ligadas con su forma de pensar e interpretar las situaciones, la respuesta emocional está condicionada por la percepción de la situación. Por lo cual se puede determinar por ciertos pensamientos o creencias son condicionantes de determinadas emociones.

La teoría de Ellis propone que el individuo haga una evaluación del ambiente a partir de sus creencias.

## **Teorías conductuales**

Según Núñez, Sebastián y Muñoz (2015) Esta teoría está basada en la investigación del condicionamiento clásico, este condicionamiento es un mecanismo de aprendizaje asociativo, fue demostrado por primera vez por Iván Pavlov. En este método asoció un estímulo condicionado con otro incondicionado. En el procedimiento se presentan dos estímulos temporales el primero produce un reflejo. Después de un cierto número de ensayos, también el segundo logra producir un reflejo semejante. Pavlov estudió los reflejos de salivación de los perros, cuando notó algunos cambios sistemáticos en los reflejos salivares relacionados con sus conductas en el laboratorio. Los perros no solo comenzaban a salivar cuando les llevaba la comida sino también cuando la olían, o cuando sentían la presencia del alguien con los platos. Este suceso hizo reflexionar a Pavlov sobre la salivación si es provocada por simple hecho de ver la comida o por cualquier estímulo, por ejemplo: de un sonido o una luz sería capaz de provocar salivación. De esta suposición surge el condicionamiento clásico.

Por otro lado, una discípula de Pavlov, Shenger-Krestovnikova llevó a cabo un estudio conocido como inducción de neurosis experimentales. El estudio consistió en un entrenamiento en discriminación perceptiva que producía una respuesta excitatoria de salivación en respuesta a un estímulo condicionado circular, y condicionamiento inhibitorio frente a una elipse. Cuando la elipse se hacía progresivamente circular el animal mostraba dificultades para la discriminación entre el estímulo excitatorio e inhibitorio. Después de tres semanas entrenamiento el perro era incapaz de responder correctamente al estímulo que era claramente una elipse, mostrando signos de excitación. Pavlov se interesó por este experimento al que le denominó neurosis inducida experimentalmente (Ruiz et al., 2012).

Watson creía que el modelo de condicionamiento de Pavlov era apropiado para crear una ciencia de la conducta humana. Le sorprendía la precisión con la que Pavlov medía las conductas observables y que su modelo podría extenderse para explicar diferentes formas de aprendizaje y características de la personalidad. Watson afirmaba que los bebés son capaces de manifestar 3 emociones: el miedo, el enojo y el amor. Estas reacciones innatas pueden ser condicionadas por estímulos ambientales. Con esta investigación mostró que el miedo se puede condicionar (Ruiz et al., 2012).

Fernández-Abascal (1997) define la conducta emocional, como un conjunto de respuestas observables, y estas pueden ser motoras o fisiológicas.

### **Teorías evolutivas**

Según Butts (2007) Darwin (1871) argumentó que las emociones del ser humano eran similares a la de los animales, que los hombres tienen la ira como un mecanismo proyectivo. Vio a la ira y la rabia como respuestas instintivas, agresivas e incontrolables. Posteriormente Freud (1962) propuso que la naturaleza y las respuestas humanas son determinadas biológicamente por el control y motivación inconsciente en lugar de un pensamiento consciente razonado. Darwin y Freud afirmaron que la ira es un reflejo o instinto y no se puede controlar. Para Darwin las expresiones emocionales de acción son: 1) los reflejos, son las respuestas automáticas que realiza un ser vivo ante un estímulo presentado; 2) los hábitos: son el producto final de un aprendizaje que se repite más o menos idéntica (se adquiere por repeticiones); 3) los instintos, comportamiento espontáneo e innato (se tiene de nacimiento).

## **Funciones de las emociones**

Las emociones tienen tres funciones: 1) adaptativa, la cual prepara al organismo, para llevar una conducta lo más adecuada posible; 2) social, que permite las relaciones interpersonales y de comunicación con los demás; 3) motivacional, el ser humano la maneja internamente para realizar acciones. La emoción y la motivación están ligadas, Darwin explicó que hay dos funciones en lo referente a la adaptación al medio: 1. Carácter funcional facilita la realización de las conductas necesarias para la supervivencia. 2. Facilitar la comunicación con organismos de esta u otra especie. la emoción sirve tanto para identificar las propias reacciones emocionales como las de los otros (Piqueras, Ramos, Martínez y Oblitas, 2009).

Para Greenberg, Elliott y Pos (2015) las emociones cumplen diferentes funciones que permiten al organismo adaptarse al ambiente: a) Las emociones regulan el funcionamiento mental, de tal manera que organice el pensamiento como la acción; b) Las emociones son adaptativas, son las que nos mantienen vivos “supervivencia”; c) Las emociones influyen en el pensamiento y la memoria, influencia poderosa en la razón, puede mejorar o empeorar el razonamiento. Ayuda a las personas a identificar las cosas “buenas” o “malas”; d) Las emociones motivan a la gente a relacionarse con los acontecimientos, las emociones tratan de obtener su propia recompensa; e) Las emociones informan sobre las reacciones ante las situaciones; f) Las emociones comunican a los demás acerca nuestras intenciones y disposición para actuar, esto puede ser a través de la expresión facial.

Con estas funciones, los autores concluyen que las emociones son de gran utilidad para la supervivencia y la adaptación. Pero también el organismo tiene la capacidad de aprender basándose en los peligros ambientales a los que están expuestos.

## **Clasificación de las emociones**

Lazarus (1991) clasificó las emociones en “positivas” o “negativas” considerando tres aspectos: 1) Daño en la relación entre persona y ambiente cuando se presente una emoción. 2) El sentimiento subjetivo de la emoción. 3) Las consecuencias adaptativas.

Rice (1997) clasifica las emociones en tres categorías:

- Estado de júbilo, son emociones positivas de afecto, amor y felicidad y placer.
- Estados inhibitorios, son emociones como temor, espanto, preocupación, ansiedad, tristeza, vergüenza, arrepentimiento o disgusto, cohíben las conductas de las personas.
- Estados hostiles, son emociones como el enojo, aborrecimiento, disgusto y celos, tienden a presentarse en peleas, lo negativo está en la forma de expresión de la emoción.

Para López y Rodríguez (2005) las emociones se clasifican en consecuencia positivas y negativa. Las positivas, son aquellas que establecen límites para defenderse ante una situación amenazante. Se caracterizan porque generan una experiencia agradable. Ejemplos de este tipo de emociones son la alegría, la felicidad o el amor.

Con base en los términos que se han mencionado anteriormente, de las emociones negativa-positivas, y sanas e insanas, para el presente trabajo se emplearán las negativas y positivas, ya que son términos usuales y actuales.

Las emociones son importantes para la vida del individuo y se han puntualizado como emociones básicas la alegría, miedo tristeza, sorpresa, e ira (López, Rodríguez, Vázquez y Alcázar, 2012).

Piqueras, Martínez, Ramos, Rivero y García- López (2006) coinciden en todas las anteriores y añaden el asco.

González (2015) citando a Goleman (1997) clasifica las emociones en:

- *Ira*: rabia, enojo, resentimiento, furia, exasperación, indignación, acritud, animosidad, irritabilidad, hostilidad.
- *Tristeza*: aflicción, pena, desconsuelo, pesimismo, melancolía, autocompasión, soledad, desaliento, desesperación.
- *Miedo*: ansiedad, aprensión, temor, preocupación, consternación, inquietud, desasosiego, incertidumbre, nerviosismo, angustia, susto, terror.
- *Alegría*: felicidad, gozo, tranquilidad, contento, beatitud, deleite, diversión, dignidad, placer sensual, estremecimiento, raptó, gratificación, satisfacción, euforia, capricho, éxtasis.
- *Amor*: aceptación, cordialidad, confianza, amabilidad, afinidad, devoción, adoración, enamoramiento.
- *Sorpres*a: sobresalto, asombro, desconcierto, admiración.
- *Aversión*: desprecio, desdén, displicencia, asco, antipatía, disgusto, repugnancia.
- *Vergüenza*: culpa, perplejidad, desazón, remordimiento, humillación, pesar y aflicción.

### **Emociones negativas apropiadas e inapropiadas**

Las emociones negativas se manifiestan en respuesta a amenazas, las cuales pueden ayudar a contrarrestar.

Cuando las emociones se presentan con intensidad afectan en la calidad de vida en las personas, ya que las consecuencias contribuyen a contraer enfermedades físicas y mentales. Así, como también provocan conductas disfuncionales. A continuación, se explicarán las emociones negativas: miedo, tristeza, ira y asco. Según Piqueras, Ramos, Martínez y Oblitas (2009) definen al miedo como una respuesta del organismo que se presenta cuando se encuentra en situación de peligro en lo físico o psíquico. El miedo generalmente se presenta ante una amenaza real.

El miedo y la ansiedad funcionan como mecanismo de forma adaptativa, ya que es una alerta ante el estímulos o situaciones agresoras o amenazantes. Cierta cantidad de ansiedad es necesaria para realizar algunas tareas, así como para resolver problemas de modo eficaz. Cuando se presenta una ansiedad excesiva conlleva a problemas de rendimiento en el ser humano.

Para Piqueras, Ramos, Martínez y Oblitas (2009) Las características del miedo son: sistema nervioso: activación ante una amenaza de modo automático e involuntario, elevación de sistema cardiaca. Sistema neuroendocrino (hipotálamo): activación lenta.

Respecto a los procesos cognitivos implicados son: reducción de la eficacia de los procesos cognitivos, pensamientos negativos automáticos, preocupación, temor, inseguridad.

En cuanto la expresión conductual es confrontación: búsqueda de apoyo social, autocontrol.

La tristeza se ha considerado como una de las emociones desagradables. Algunas características de la tristeza: actividad fisiológica, descomposición de las monoaminas neurotransmisoras, noradrenalina, serotonina. Presión sanguínea, resistencia eléctrica de la

piel. En procesos cognitivos caracterizado por la depresión, desesperanza, disminución en el ritmo de las actividades, desánimo, melancolía, pérdida de energía.

La ira puede verse como negativa, debido a las condiciones que evocan la emoción, ya que suele despertar por acontecimientos aversivos, se evalúa dependiendo si la persona siente placer/gusto o displacer/aversión. La mayoría de los teóricos que estudian las emociones consideran que la ira es una emoción negativa, cuando se presentan con gran intensidad. (Piqueras, Ramos, Martínez y Oblitas, 2009).

Las emociones se pueden distinguir al menos dos grupos: las positivas y las negativas. El miedo, la ira, la tristeza y el asco son reacciones básicas que determina la experiencia afectiva irritante o negativa y una alta aceleración fisiológica. El miedo, la ira y la tristeza son las más estudiadas en relación con el proceso salud enfermedad. Estas reacciones tienen una función preventiva, para que los individuos puedan dar una solución apropiada a las demandas del ambiente, por lo que son respuestas adaptativas para el ser humano. Sin embargo, algunas de estas reacciones se pueden convertir en patológicas en algunas personas, debido al desorden de la frecuencia, intensidad, adecuación al entorno (Piqueras, Ramos, Martínez y Oblitas, 2009),

El asco actúa como un estímulo para expulsar o alejar el peligro del organismo, tiene mayor predominancia de la división parasimpática del sistema nervioso frente a otras emociones como el miedo y la ira. Algunas características del asco según Piqueras, Ramos, Martínez y Oblitas, (2009), estímulos desagradables químicos potencialmente peligrosos, tensión muscular, náuseas e incremento de salivación, necesidad de evitación o alejamiento del

estímulo, potencias hábitos saludables e higiénicos, arrugamiento de nariz, distanciamiento del objeto.

Según Ellis, (citado en Ruíz, Díaz y Villalobos (2012) menciona que hay emociones negativas insanas y sanas, las insanas son: ansiedad, depresión, vergüenza, culpa e ira. Las sanas son: preocupación, tristeza, decepción, remordimiento y enfado.

## **Capítulo 2**

### **Enojo e ira**

#### Definición

El enojo es una emoción que en general son vistas como organizadores motivacionales y adaptativas de experiencia y conducta.

#### **Definición de enojo**

Para Mendoza (2010) el enojo es una emoción básica que tiene una particularidad innata, independientemente de su formación en la que se desarrolla, su presencia es de carácter adaptativo.

Berkowitz (citado en Mendoza, 2010) describe el enojo en relación con los cambios fisiológicos, reuniéndolos al incremento de frecuencias cardíacas, presión sanguínea, incremento de temperaturas en el rostro: sonrojarse.

Cuando una persona se enoja tiene la oportunidad de expresar el enojo de una manera tranquila, dando soluciones para resolver el conflicto. Sin embargo, esta forma no es común de expresarlo, ya que han aprendido diferentes formas de comportamiento como: agredir a las personas u objetos, verbal o físicamente (Mendoza, 2010).

Se pueden encontrar varias definiciones, que tienen significados similares; ira, enojo, agresión y hostilidad, cada una de estas tiene la definición muy característica para la ira: Es una emoción que se vincula con factores cognitivos, excitación fisiológica y manifestación conductual. Por los cuales se presentan en el contexto, donde se ven reforzados o castigados. Para la agresión: comportamiento con el fin de dañar o lesionar a una persona u objeto. Para

la hostilidad: patrón, se manifiesta en varias situaciones o rasgo de enojo. Se llegó a un acuerdo para diferenciarlos entre uno y otro, mencionando que la ira es un estado de ánimo subjetivo, entre tanto que la agresión supone actos o conductas relacionadas con el estado de ánimo y la hostilidad representa una inclinación crónica para experimentar el enojo e ira (Nezu, 2006).

Según Cano y Zea (2012). El enojo es una emoción negativa, que se experimenta, de acuerdo al estado de ánimo que tenga la persona, es decir si el individuo está molesto con alguien o por algo reacciona con irritabilidad. La emoción juega un papel muy nocivo para la salud de las personas, debido a estas reacciones realizan actos de los cuales se pueden arrepentir, por lo general no se reparan. Además, terminan alejados del mundo.

Según Mendoza (2010) menciona que Bandura (1973) y Berkowitz (1999) refieren que el enojo se relaciona con un estado de gran excitación, que facilita el comportamiento agresivo.

### **Características del enojo**

Las personas que las personas que se enojan generalmente presentan: activación fisiológica intensa: se acompaña de liberación de adrenalina, aumento de tensión, activación del sistema nervioso. Procesos cognitivos: tienen pensamientos e imágenes y atribuciones que implican una percepción de ataque o culpa por parte de los otros. Conductual: pueden ser funcionales o disfuncionales. Muestran mayor tendencia a expresar su enojo a través de medios negativos y poco aceptados socialmente, daños a el mismo, a otros, a objetos, problemas para relacionarse con otros, son generalmente ansiosos, tienen dificultades en la manera de afrontar sucesos estresantes, reportan baja autoestima, frustración, obstrucción de metas, agresión (Mendoza, 2010)

## **Expresión del enojo**

Las personas tienen diferentes formas de expresar las emociones, con base al enojo, los individuos han aprendido a responder. Estas respuestas se han estimado negativas a causa de cómo se presenta la expresión, por lo cual son disfuncionales e impide el desarrollo normal de la gente. Sin embargo, el enojo, se ha comprobado que es adaptativo para sobrevivir. (López y Rodríguez, 2005).

## **Expresión funcional**

López y Rodríguez (2005) hacen mención que el enojo puede ser útil, cuando una persona se enfrenta a una situación de amenaza física o ataque real, lo que hace el enojo es movilizar las defensas. El enojo es tanto agradable o amenazante. Sin embargo, cumple una función positiva para enfrentar los diferentes problemas y menciona las diferentes funciones del enojo: 1) función energizante, el enojo aumenta la fuerza con el que la persona actúa, ejemplo: golpes o gritos. 2) Función expresiva, necesita de la emoción para expresar su incomodidad. 3) Función autopromocional, las personas que demuestran su enojo son evaluadas con cualidades u atributos, ya que demuestran “fuerza” y “determinación” 4) Función defensiva, esta se dirige a conflictos externos “donde el error lo cometen los demás y no yo” 5) Función para aumentar la potencia, esta permite a las personas tener un control de problema, que permite lograr las metas. 6) Función discriminativa, esta necesita ciertas habilidades para enfrentar la situación de manera efectiva.

## **Expresión disfuncional**

Las expresiones disfuncionales tienen consecuencias negativas que afectan al ser humano. describe las funciones negativas de la siguiente manera: 1) Función destructiva, afecta al

proceso cognitivo se vuelve desorganizado y la reacción es impulsiva. 2) Función inducida, puede conducir a conductas agresivas (López y Rodríguez, 2005).

Anteriormente se te creía que el enojo causaba directamente la agresión y la hostilidad, sin embargo, las investigaciones han mostrado que hay diferencia entre una y otra. Es importante diferenciarlas, el enojo es una emoción subjetiva, con cogniciones asociadas, manifestaciones faciales y reacciones fisiológicas, mientras que la agresividad se refiere a las conductas que se ejecutan para lograr una meta en particular, para provocar daño (López y Rodríguez, 2005)). La hostilidad, son actitudes negativas hacia una o más personas que están vinculadas con situaciones perjudiciales. A continuación, se abordará la definición de ira, las características y consecuencias.

### **Definición de ira**

La ira se considera una emoción negativa por la mayoría de los teóricos de la emoción. La ira puede entender mediante tres tipos de definiciones, es decir las emociones pueden entender como positivas o negativas, con base a: 1) las condiciones en que revive la emoción, 2) la consecuencia adaptativa de la emoción, 3) la experiencia subjetiva de la emoción. Así que primero la ira se ve como negativa debido a las condiciones en que evoca la emoción, ya que suele presentarse inversivamente. En segundo la ira se puede calificar como positiva o negativa cuando las consecuencias sean adaptativas, dependiendo al resultado de una situación en particular. Para finalizar la ira se puede ver como negativa o positiva en función de las sensaciones subjetivas, esto dependerá de lo que el individuo sienta placer/gusto o displacer/aversión tras la experiencia de la ira (Piqueras, Ramos, Martínez y Oblitas, 2009).

Para López, Rodríguez, Vázquez y Alcázar (2012) la ira es una emoción que está ligada con factores cognitivos específicos, excitación fisiológica y expresión conductual.

Morales (2012) Clark citando a Webster (2009), refiere que la ira es "un fuerte sentimiento de indignación y antagonismo, sus sinónimos... cólera, furia, enojo, indignación, enfado, significan un estado emocional intenso inducido por un desagrado intenso. Enojo es el término más general pero no dice mucho sobre la intensidad y la razón de ese estado emocional." (pág. 163)

La ira afecta de manera negativa el bienestar físico y psicológico de una persona, las conductas agresivas o el comportamiento violento, no se presentan juntos con un episodio de ira. La ira puede manifestarse de otra manera, como expresiones de ira verbal, comentarios críticos, "miradas que matan" distanciamientos con molestia.

Según Butts (2007) la ira se empieza a entender como un proceso interactivo, es un mecanismo psicológico, que es influido por muchas variables, estas incluyen el desarrollo evolutivo, factores genéticos, el desarrollo físico individual, la fisiología, la patología el contexto social y la cultura, procesos cognitivos, motivos personales.

La ira tiene una función determinante en la violencia doméstica, con este comportamiento se concibe un grave problema de salud pública.

Podemos encontrar personas que presenten de manera leve o intensa la ira ante diferentes situaciones. La manifestación de la emoción permite enfrentar las situaciones, siendo adaptativas de la medida en que el resultado sea positivo.

### **Características de la ira**

Según Chóliz (citado en Piqueras, Ramos, Martínez, & Oblitas, 2009) son las siguiente

Instigadores: estimulación aversiva, tanto físicas y cognitivas. Condiciones que genera frustración. Restricción física y psicológica.

Activación fisiológica: sube actividad neuronal y muscular. Se eleva la frecuencia cardiaca, presión sistólica y diastólica.

Procesos cognitivos implicados: incapacidad o dificultad para la ejecución eficaz de los procesos cognitivos.

Función: movilización de la energía para las reacciones de autodefensa o de ataque. Eliminación de obstáculos que impiden el logro de los objetivos deseados y generan frustración.

Experiencia subjetiva: sensación de energía e impulsividad, necesidad de actuar de forma intensa e inmediata, para solucionar de forma activa el problema. Se experimenta una experiencia aversiva, desagradable e intensa.

Expresión conductual: 1) supresión de ira, afrontamiento de la situación reprimiendo la expresión verbal o física, aunque persista activación alta. 2) Expresión de la ira, afrontamiento de la situación manifestando conductas furiosas verbal o física hacia otras personas u objetos, aunque sin intención de hacer daño. 3) Control de ira, afrontamiento de situaciones dirigiendo la energía emocional y proyectando hacia fines constructivos

### **Consecuencias de la ira**

En términos generales la ira es capaz de generar comportamientos desadaptativos (ejemplo agresión, incidentes destructivos) lo que causa efectos dañinos para otras personas, aumenta el aislamiento social. La ira se enfoca en aspectos interpersonales, generalmente las relaciones del individuo sufren tensión. Así como también generan sentimientos de culpa y autorreproche. En los episodios de ira frecuentemente se asocian con otros trastornos del estado de ánimo (depresión). Siguiendo al CIE10 la depresión es un estado de ánimo bajo,

que disminuye la actividad, reducción de energía, así como también disminuye el interés, concentración por realizar sus actividades. Manifiesta cansancio, baja el apetito y suele estar alterado el sueño.

Para Vázquez (1990) La depresión es un trastorno del estado de ánimo o trastorno afectivo. Que se manifiesta a través de un conjunto de síntomas, como el descenso del estado de ánimo.

Para Butts (2007) las enfermedades de la ira, presenta síntomas de patología física o mental. Daño cerebral de lesiones traumáticas a la cabeza y procesos infecciosos como la encefalitis viral le pueden bajar su umbral de ira y capacidad de sobrellevar la ira. Esto es una patología física debida a las secuelas de un agente patógeno en lugar de un trauma mental.

Son enfermedades de las arterias coronarias, que están relacionadas con el corazón. Una de las enfermedades que puede presentar la persona iracunda es ataque al corazón

Síntomas: aumento de ritmo cardiaco, sube el ritmo de respiración, músculos tensados, dilatación de pupilas, sube la tensión arterial, irritabilidad enrojecimiento, sudar.

Hay dos principios fundamentales para manejar la ira, el primero sería abordar el estímulo o fuente de la ira. se debe prestar atención a los componentes fisiológicos de la ira tanto como a los aspectos cognitivos, ya que se alimentan de uno a otro (Butts, 2007).

## Capítulo 3

### Intervenciones cognitivo conductuales para manejo de la ira

Para Ruíz, Díaz y Villalobos (2012) La terapia cognitivo conductual (TCC) es la aplicación clínica de la ciencia de la psicología, es un tratamiento psicológico (Plaud, 2001). La terapia conductual aparece en el ambiente de los tratamientos psicológicos como opción al modelo psicoanalítico. La evolución de la (TCC) se muestra de la siguiente manera: 1° generación, los procedimientos terapéuticos se origina de los principios del aprendizaje clásico y operante. 2° generación, es marcada por la importancia de las variables cognitivas en los modelos de comportamiento y por acercamientos terapéuticos que las convierten en el foco de intervención. 3° generación, una perspectivas terapéuticas constructivistas y contextuales.

Las características de la TCC: a) es una actividad terapéutica, fundamentada en la psicología del aprendizaje. b) las técnicas y los procedimientos están basadas la mayor parte en lo científico y lo experimental. Los procedimientos surgen de la experiencia clínica. c) el objeto del tratamiento es la conducta y sus procesos: conductual, cognitivo, fisiológico y emocional. d) el objetivo de la intervención es el cambio conductual, cognitivo y emocional, modificando o eliminando la conducta desadaptativa y enseñando conductas adaptativas. e) existe un interés en la evaluación de la eficacia de las intervenciones. f) la relación terapéutica tiene un valor reconocido.

La TCC tiene cuatro rasgos en la actualidad: 1) La intervención en salud que trabaja con respuestas físicas, emocionales, cognitivas y conductuales que son aprendidas. Estas respuestas se han practicado a lo largo del tiempo que se han convertido en hábitos del individuo. 2) Un ámbito de mejora en la salud, la TCC cuenta con técnicas y programas específicos para diferentes problemas y trastornos, que su aplicación cuenta con tiempo

limitado en comparación con otras psicoterapias a largo plazo. 3) La TCC, la mayor parte tiene procedimiento educativo cuentan con un procedimiento educativo. 4) Es de carácter auto evaluador a lo largo del proceso. Alguno de los representantes de la TCC afirma que cuentan con los siguientes rasgos: 1) Se trabaja con respuestas físicas, emocionales, cognitivas y conductuales. 2) Cuenta con programas y técnicas para diferentes problemas y trastornos. 3) Cuenta con módulos educativos. 4) Es de carácter auto evaluador, durante el proceso para la validación del tratamiento.

Aaron Beck (citado en Ruíz et al., 2012) fue el creador de la terapia cognitiva, su origen data del año 1956. La terapia cognitiva se basa, en nuestra reacción ante un acontecimiento depende de cómo lo percibimos, vemos, atendemos y lo interpretamos de las atribuciones que hacemos. El afecto, conducta y reacciones físicas están relacionadas y contribuyen a las creencias y pensamientos. Las cogniciones se pueden detectar a través de preguntas, cuestionarios y autorregistros. Es factible modificar cogniciones, ya que es necesarios buscar interpretaciones alternativas, explorar la utilidad de una cognición y llevar a cabo el experimento.

Las conjeturas y las creencias posibilitan a la persona a desviar los pensamientos (Clark y Beck, 2007, como se citó en Gómez, 2007). distinguió varios tipos de cognición: pensamiento automático, son las auto verbalizaciones o imágenes en situaciones externas o eventos internos. 1) Los pensamientos automáticos es el producto entre la vinculación entre los supuestos y las creencias y los procesos cognitivos, ejemplos: “jamás aprenderé” “pensarán que soy un idiota” 2) Supuestos son las creencias condicionales por ejemplo “ si entonces” “ si intento hacer cosas difíciles, seré incapaz de lograrlas” 3) Creencias nucleares, son las

creencias incondicionales y duraderas ejemplo “ soy incapaz” Ejemplos de supuestos y creencias “soy un inútil” “ si cometo un error, los demás se darán cuenta.”

### **Técnicas cognitivas**

Con las aportaciones de la investigación sobre aprendizaje, del siglo XX, fue el cimiento para la estructura de la TCC que hoy en día son elementos necesarios para la TCC.

La intervención cognitiva sirve para la modificación de la cognición (modificar pensamientos, creencias e ideas) del ser humano. Respecto a la psicopatología con factores cognitivos, es necesario hacer la diferencia entre deficiencias y distorsiones cognitivas (Kendall, 1985). Las deficiencias cognitivas son la carencia de los procesos de pensamiento propio, ejemplo: no darse cuenta de las consecuencias de las acciones. Las distorsiones cognitivas se refieren a los errores del pensamiento cognitivo, ejemplo: malinterpretación de algunos eventos con base en un pensamiento dicotómico. (El pensamiento dicotómico es la tendencia a clasificar las experiencias según dos categorías opuestas, todo o nada, bueno o malo).

Gómez (2007) indica que la terapia cognitiva se basa en los pensamientos automáticos y las distorsiones cognitivas, las cuales son las encargadas de las emociones negativas sobre la ira.

Reducción de las distorsiones cognitivas son:

Reestructuración cognitiva, se clasifican en varias categorías: anticipación hostil de sucesos, interpretación distorsionada de sucesos, esquemas disfuncionales para con lo demás, emotivo racional.

Para Nezu y Lombardo (2006). La reestructuración cognitiva, tiene varias estrategias: la emotivo-racional (Ellis, 1994), técnica de afrontamiento cognitivo (Novaco, 1975;

Meichenbaum, 1975) y terapia cognitiva (Beck, Emery, 1985) en las diferentes terapias cognitivas, existen algunas diferencias. Sin embargo, todas se encargan de ayudar a que los pacientes identifiquen mejor sus pensamientos desadaptativos y después los modifiquen. Al abordar disfunciones cognitivas. En personas con problemas de ira, se les pide a los pacientes que reconozcan sus patrones negativos automáticos. La reestructuración cognitiva implica exponer repetidamente a los pacientes a la idea de que muchas cosas de la vida son frustrantes, decepcionantes, irritantes, etc. Sin embargo, los elevados niveles de ira frecuentes, intensos y duraderos constituyen en ocasiones el resultado de la manera de pensar del individuo, empeorando la situación. Incluso cuando se modifican las distorsiones cognitivas, es posible que el paciente tenga que enfrentarse a algún acontecimiento negativo que deba afrontar.

Terapia de resolución de problemas, pretende impulsar la capacidad de afrontamiento al enfrentar situaciones estresantes. Este planteamiento implica cambiar los factores cognitivos que afectan de manera negativa la orientación del problema de la persona.

Habilidades para perdonar, el perdón es necesario para la reducción de la ira, ya que los pensamientos de ira se centran en las ofensas que le causa a los demás. La bibliografía de psicoterapia del entrenamiento para perdonar sugiere que las personas experimentan dificultades para perdonar debido a las creencias en mitos comunes.

Humor, Deffenbacher (1999) (como se citó en Nezu, Lombardo y Lombardo, 2006). recomienda técnicas de humor, para la reducción de cogniciones de ira. Deffenbacher, propuso que se debe crear un personaje o dibujo cómico a partir de un pensamiento verbalmente agresivo

Terapia de resolución de problemas, se encarga de modificar la visión cognitiva y emocional, así como de resolver sus problemas cotidianos, de tomar decisiones de manera eficaz y de disminuir el estilo de respuestas impulsivas.

La técnica cognitiva pretende reducir pensamiento automáticos y negativos, ya que los factores cognitivos influyen en las emociones y en el comportamiento de las personas. En este trabajo se utilizará la reestructuración cognitiva.

### **Técnicas conductuales**

Los intentos por ayudar a las personas para solucionar problemas conductuales la TCC tiene una larga historia, Ya Plinio el Viejo, durante el primer siglo trataba de curar a los alcohólicos con ponerle arañas muertas en los vasos donde bebían, actualmente esta técnica se llama condicionamiento aversivo. En el s. XVIII “niño salvaje de Aveyron” fue enseñado a hablar con técnicas que actualmente son conocidas como modelado, instigación, refuerzo positivo, retirada de reforzadores. En el s. XIX, Alexander Maconchi usaba con los prisioneros lo que hoy se conoce como la economía de fichas, para lograr que los internos del penal obedecieran a las reglas. La intervención TCC aparece en los años 50, ya que el objetivo fue hacer de la psicología una ciencia pura natural.

La TC se menciona que toda conducta aprendida y modificada, es a través del aprendizaje, por lo que los terapeutas se centraron en la conducta observable y en el ambiente que lo provoca

La intervención conductual, se centra únicamente en el comportamiento del ser humano.

Los problemas conductuales se clasifican, ya sea por déficits o excesos conductuales:

Algunos ejemplos de: déficits conductuales, son las habilidades sociales deficientes, falta de autocontrol.

Algunos ejemplos de: los excesos conductuales sería el comportamiento compulsivo, la evasión de estímulos que provocan ansiedad, frecuentes autoevaluaciones o acciones negativas. Las intervenciones que se utilizan son las siguientes:

Para disminuir la activación fisiológica elevada:

Para Ruíz et al. (2012). El entrenamiento de relajación: es para obtener estrategias para manejo del estrés, reducir los síntomas de activación fisiológica elevada de la persona. Las hormonas adrenalina y noradrenalina que liberan en los estados de activación son influyentes en la cognición y el comportamiento. Por lo tanto, la relajación resulta eficaz. Una de las estrategias para la reducción de la ira es la relajación muscular progresiva. La técnica de relajación tiende a aumentar la activación parasimpática y disminuir el sistema simpático. La activación del sistema nervioso simpático prepara al organismo a una conducta enérgica, se observa en la dilatación de la pupila, inhibición de la salivación, relajación de los bronquios, acelera el pulso cardíaco, relaja la vejiga y contrae el recto.

Mientras que el sistema nervioso parasimpático pone al organismo en un estado relajado, se muestra la contracción de la pupila, estimula la salivación, contrae los bronquios, estimula la digestión digestiva, estimula la vesícula biliar, contrae la vejiga y relaja el recto.

Labrador (1992) considera como un estado de hipo activación que puede ser facilitado para varios procedimientos o técnicas.

Exposición: se utiliza para extinguir la ansiedad y la angustia, la exposición es recomendada como técnicas importantes para reducir el comportamiento agresivo y una de las técnicas

recomendada es la meditación, ya que fomentan que la persona comprenda e identifique la presencia de sus respuestas internas de la ira.

Entrenamiento en habilidades de comunicación, esta intervención está diseñada para aumentar el comportamiento interpersonal, ya que los individuos con dificultades con ira tienen pocas habilidades de comunicación verbal y no verbal. La habilidad de comunicación incorpora varias áreas como empatía, escuchar con atención, contacto visual, aprender a expresar con claridad necesidades y peticiones.

Entrenamiento de habilidades de asertividad, implica enseñarles a identificar las deficiencias conductuales, así como ensayar comportamientos asertivos.

Entrenamiento en habilidades de manejo de conflictos, aprender a manejar los episodios de ira que pasan en su entorno interpersonal, así para empezar una negociación, intercambio o compromiso, que ayudara a la persona asumir responsabilidades por su comportamiento.

Entrenamiento de habilidades sociales, enseña adquirir las habilidades adecuadas para manejar la ira de modo eficiente en situaciones sociales.

Habilidades de inoculación de ira, proporciona una estructura de nuevos pensamientos de afrontamiento para sustituir la mentalidad propensa a la ira

Entrenamiento en actitud positiva, se adquiere la habilidad en forma, para adoptar paciencia, aceptación, tolerancia y perdón. También crea recursos duraderos para combatir el estrés.

Terapia de grupo, mejora el manejo de la ira y otras habilidades interpersonales, también permite obtener retroalimentación social. (Nezu y Lombardo, 2006)

De las técnicas antes mencionadas, solo se utilizará la respiración abdominal, relajación progresiva, habilidades de comunicación y reestructuración cognitiva. A continuación, se describirá la relajación progresiva: enseñar a tensar y relajar los diferentes grupos musculares, cuando se tensa un grupo muscular se concentra la incomodidad que se está provocando en un periodo de 10 seg. aproximadamente dejamos que los músculos se relajen después nos concentramos en la sensación de la pesadez y calor que se ha creado. Si se aprende a reconocer la diferencia entre sensaciones de tensión y relajación, se podrá ver como el enojo o la ira va tomando cuerpo para la relajación.

En la Tabla 1 se presentan algunas indicaciones acerca de cómo lograr la tensión en cada grupo muscular: estas indicaciones serán entregadas al paciente para la realización de los ejercicios.

Tabla 1

*Orden e instrucciones para la realización de relajación muscular*

|  |  |
|--|--|
| 1. Mano y antebrazo dominantes                   | Apretar el puño dominante  |
| 2. Brazo dominante                               | Apretar el codo contra el brazo del sillón   |
| 3. Mano y antebrazo no dominantes                | Apretar el puño no dominante   |
| 4. Brazo no dominante                            | Apretar el codo contra el brazo del sillón   |
| 5. Frente  | Levantar las cejas con los ojos cerrados y arrugar la frente                               |
| 6. Ojos y nariz                                  | Apretar los párpados y arrugar la nariz  |
| 7. Boca  | Apretar las mandíbulas, sacar la barbilla hacia fuera y presionar el paladar con la lengua |
| 8. Cuello y garganta                             | Empujar la barbilla contra el pecho, pero hacer fuerza para que no lo toque                |
| 9. Pecho, hombros y parte superior de la espalda | Arquear la espalda como se fueran a unir los omóplatos entre si                            |
| 10. Región abdominal o estomacal                 | Poner el estómago duro y tenso   |
| 11. Muslo dominante                              | Apretar el muslo contra el sillón  |
| 12. Pantorrilla dominante                        | Doblar los dedos del pie dominante hacia arriba  |
| 13. Pie dominante                                | Doblar los dedos hacia adentro sin levantar el pie del suelo                               |
| 14. Muslo no dominante                           | Apretar el muslo contra el sillón  |

|                              |   |
|------------------------------|---|
| 15. Pantorrilla no dominante | Doblar los dedos del pie hacia arriba                       |
| 16. Pie no dominante         | Doblar los dedos hacia dentro sin levantar el pie del suelo |

(Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012).

Tarea: diariamente el paciente deberá realizar, tres veces al día los ejercicios de relajación y respiración. El paciente anotará los resultados de los ejercicios realizados, en la hoja de autorregistros (ver en el anexo).

Respecto a la respiración abdominal tendrá que hacer lo siguiente: trata de entrenar la respiración moviendo únicamente el abdomen intentando que permanezca inmóvil la musculatura torácica y clavicular.

La siguiente técnica es la habilidad de comunicación: es para favorecer el desarrollo de la capacidad para escuchar la opinión de otra persona, teniendo la habilidad para expresar sus emociones, evitando hacer uso de comportamientos agresivos. Los siguientes puntos son los que se trabajara con el paciente: comunicación verbal, es esencial para el intercambio de información, la discusión abierta de ideas y la negociación de desacuerdos y conflictos (Mendoza,2010). Se tratarán las deficiencias de insultar, gritar, interrumpir y llorar. Posteriormente será la comunicación no verbal, el mostrar expresiones faciales que comunican enfado, disgusto etc. Ignorar a la persona, dejando a la persona, hablando sola. Se le mencionará los pasos que debe seguir para aprender a escuchar, (ver en el anexo). Así como también llevará tarea para casa, tendrá que llenar el registro de habilidades para saber escuchar (ver anexo).

Según Mejicanos (2015). La reestructuración está conformada por: 1) La adquisición de pensamiento automático, identificar el pensamiento que le causa el problema, una vez que detecta el problema, el terapeuta deberá inspeccionar los pensamientos, estado emocional y

conducta. 2) Rastrear el pensamiento automático, una vez que el paciente tenga la idea que el pensamiento está relacionado con el estado emocional, por lo que tendrá que registrar sus pensamientos en una hoja de registros (ver en anexo). 3) Evaluación del pensamiento automático, una vez que identifica el pensamiento, se registra y una vez que repara con una alternativa, también se registra. Con base a lo anterior se realizará la formulación de caso, para poder planear la TCC.

## Capítulo 4

### **Estudio de caso: efecto de una intervención cognitivo conductual para manejo de la ira**

#### **Identificación del paciente:**

Paciente femenino de 38 años, vive en unión libre, tiene tres hijas, actualmente se refiere como católica. Su nivel de escolaridad es bachillerato y cuenta con carrera técnica en informática. Labora como empleada federal. Es originaria y residente de la Ciudad de México. Habita en casa prestada con su pareja e hijas. Tiene tres dependientes económicos. Cuenta con diagnóstico confirmado de cáncer en el recto desde hace cinco años.

#### **Estructura familiar:**

La paciente actualmente vive en unión libre con un hombre de 37 años, con quien tiene 10 años de relación, de esta unión nació su hija menor, de seis años. De su primera relación de matrimonio tiene dos hijas de 16 y 12 años respectivamente, ambas viven con ella y su pareja.

Refiere la relación entre su pareja y sus hijas como “saludable”, sus tres hijas se ven como hermanas sin hacer diferencias, menciona que las hijas mayores son “protectoras” con la menor. En la relación de la paciente con su pareja suele haber tensión debido a que ella es poco tolerante con él, discuten por “pendejadas” y ella sigue enojada por días (hasta una semana) y en ese lapso no le habla.

Respecto a la pareja actual, él fue casado y de ese vínculo nació una niña, que actualmente tiene 12 años, ella vive con su mamá. En la Figura 1 se describe el familiograma.

## Familiograma

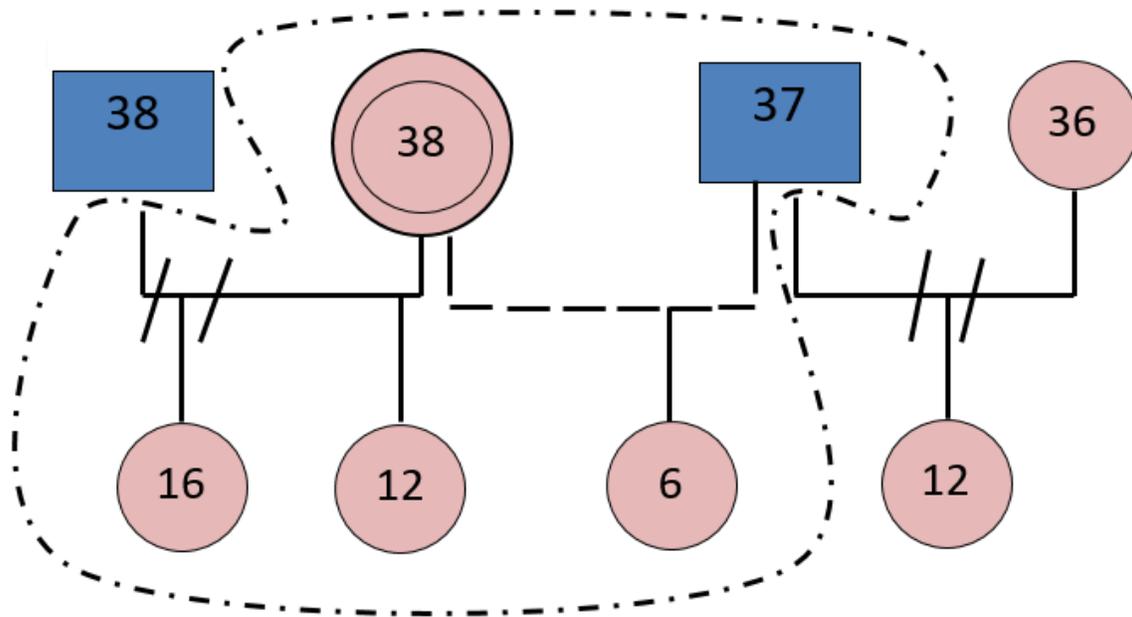


Figura 1. Familiograma.

### **Análisis del motivo de consulta**

La paciente menciona como motivo de consulta la necesidad de atención psicológica para el manejo de sus constantes episodios de ira, por dos causas principales: 1) el malestar y sufrimiento que le genera el problema -tanto a ella misma como a las personas que le rodean; y 2) la necesidad de que su mal manejo emocional deje de interferir negativamente en todas las áreas de su vida.

### **Historia del problema**

La paciente ubica el inicio del problema desde que era niña, luego del divorcio de sus padres refiere que su madre la “descuidó” y cuando era adolescente fue víctima de una violación - hecho del que culpa a su madre-. A partir de entonces comienza con episodios de enojo que fueron incrementando en intensidad y frecuencia. A la edad de 18 años inicia una relación,

con un hombre de su edad, con quien contrajo matrimonio casi de inmediato, de esa unión nacieron dos niñas. La pareja comenzó a tener problemas por cuestiones financieras ya que comenta que su marido no solventaba los gastos de la casa, cuando ella le pedía dinero, él respondía “que no tenía” situación repetitiva que enfurecía a la paciente y dio inicio a discusiones y luego peleas, las cuales fueron incrementando en frecuencia e intensidad llegando a la agresión física: golpes, patadas, rasguños y mordidas de ambos. También refiere la paciente que él “*sabía que me enojaba con facilidad*” y entonces “*me provocaba para hacerme enojar más*”.

Lo que finalmente detonó la separación fue descubrir la infidelidad de su esposo, a quien encontró en su cama con otra mujer, golpea a ambos (y él a ella) y termina en la delegación para denunciar dicho suceso, ya que la paciente salió lastimada de cuello y con golpes visibles en el rostro, sin embargo, siguen viviendo juntos. Aproximadamente cuatro meses después de ese evento, ella le “*pagó con la misma moneda*” y lleva a su amante a la puerta de su casa para que el esposo lo vea, lo que ocasiona otra riña, donde los dos pelearon a golpes, y tuvieron que intervenir familiares para separarlos. Uno de los tíos de la paciente finalmente le recomienda al esposo que se fuera de la casa, ya que “no era sano estar así”. Finalmente él decide irse en el 2008, todo el proceso del divorcio duró varios años y quedan legalmente divorciados en 2016.

Unos meses luego de la separación la paciente comienza a vivir en unión libre con su actual pareja, también presentan problemas, porque son de carácter similar “*ninguno de los dos cede*” lo que provoca episodios de enojo e ira. Se repite la misma historia, se han golpeado en diversas ocasiones y discuten continuamente.

Respecto a las malas relaciones interpersonales, la paciente lo atribuye a que no tolera que *“me hagan saber mis errores y siempre quiero tener la razón”*, lo que hace que la gente se aleje de ella. En lo laboral tiene problemas debido a que *“siempre estoy a la defensiva”* de lo que le dicen o le hacen y, según señala, siempre se encuentra de mal humor.

La paciente refiere que se enoja con mucha facilidad en todos los contextos, cuando se le presenta algún problema tiende a *“catastrofizar”*, señala como una de las fuentes principales de enojo a su familia *“mamá y hermanos”*, con quienes adopta una actitud hostil. Relata que les tiene mucho resentimiento, por la violación y porque su madre *“dio mucha preferencia a mis dos hermanos”*. Por lo general cada que los ve termina en pleito, quedándose frustrada, enojada, con dolor de cabeza, tensa etc., por lo que se desquita con el que se le ponga enfrente *“No es quién me la hizo, sino quién me la pague”*.

También menciona que a simple vista se le nota que está enojada, sus expresiones faciales cambian, frunce el ceño, muestra malestar, estrés, irritabilidad. Luego de un episodio de ira, la emoción negativa le dura varios días. El problema se ha agravado con el paso de los años, por lo que la paciente ha buscado alternativas de solución, en algún momento pidió ayuda en *Alcohólicos Anónimos*, sin embargo, no le sirvió porque *“no asistía de forma regular”*. Además, refiere que ha cambiado varias veces de religión: cristiana, católica, a veces no cree en ninguna. Menciona que estos cambios han sido con la esperanza de solucionar el problema, cuando se da cuenta que no es así, llega otra vez la inestabilidad religiosa.

La paciente atribuye a su falta de regulación emocional *“todos los fracasos, malas relaciones amorosas, sociales y laborales”*.

## **Evaluación inicial**

Se realizó la evaluación inicial mediante la entrevista clínica, la cual estaba dirigida a la delimitación del problema y tuvo una duración aproximada de 90 minutos.

Se detectó sintomatología cognitiva, física, emocional y conductual relacionada con el motivo de consulta. Con base en la información recabada durante la entrevista se determinó emplear el inventario de expresión de ira estado/ rasgo STAXI 2 el cual evalúa la experiencia, expresión y control de la ira. El instrumento consta de 49 ítems, en una escala tipo Likert que va de “casi nada” a “mucho”. Aborda los constructos: ira estado, ira rasgo, control interno de la ira, expresión de la ira y reacción ante la ira. Incluye siete subescalas: Sentimiento de ira / Temperamento de ira / Control interno de la ira / Expresión interna de la ira / Expresión externa de la ira / Reacción ante la frustración / Reacción ante la desvalorización. Los índices de consistencia interna para las escalas de ira estado, ira rasgo y expresión control son  $\alpha=.887$ ,  $\alpha=.860$ , y  $\alpha=.733$ , respectivamente. (Oliva, Hernández, 2010).

## **Análisis y descripción de las conductas problema**

El malestar referido por la paciente era continuo y en diversas áreas, este se presentaba a partir de sus cogniciones distorsionadas relacionadas con experiencias previas, como el hecho de considerar que los demás le deben algo, que no se debe dejar de nadie o que siempre debe tener la razón. Tiene cogniciones en forma de imágenes y pensamientos intrusivos y ruminantes, de justicia y venganza: “*me la van a pagar*” “*se arrepentirán*” “*les voy a dar una lección*” que mantienen la activación fisiológica hasta por días.

Derivado de lo anterior, la paciente mantiene conductas defensivas y de hipervigilancia, lo que da como resultado que continuamente perciba que los demás quieren aprovecharse de ella. Se mantiene atenta al entorno, tiene conductas impulsivas -actúa sin medir

consecuencias-, es agresiva y desafiante verbalmente en todas sus relaciones -interrumpe, no escucha a otros, por lo general grita, insulta, molesta diciendo groserías-, es agresiva físicamente únicamente con los miembros de su familia y pareja, principalmente cuando no logra desquitarse por otros medios, entonces arroja objetos, rompe objetos, golpea. Su expresión facial es siempre tensa, ceño fruncido, labios apretados y cuando está molesta y discutiendo gesticula excesivamente y “arremeda” a sus interlocutores.

Respecto a la parte fisiológica refiere que experimenta tensión física la mayor parte del tiempo, tiene contracturas, cefaleas, problemas gastrointestinales, sequedad de boca y labios. Aunado a lo anterior, menciona que cuando ocurren los episodios de ira se le “*calienta la sangre*” se le “*nubla la vista*” se pone roja, le da taquicardia, y sudoración. En el área emocional, se refiere siempre enojada, irritable.

Los aspectos mencionados en conjunto provocan que las personas a su alrededor la eviten, esto incluye a familiares, amigos y colegas de trabajo. Las amistades que ha logrado hacer eventualmente se alejan cuando muestra su mal carácter, e incluso le retiran su amistad.

### **Establecimiento de las metas del tratamiento**

El establecimiento de metas se realizó en función de las conductas problema identificadas.

Junto con la paciente se establecieron cuatro metas de tratamiento clínicamente relevantes:

1) Disminuir la frecuencia e intensidad de los episodios de ira; 2) Incrementar otras habilidades interpersonales de afrontamiento (no agresivas); 3) Abordar la utilidad y funcionalidad de la ira; 4) Mejorar las relaciones interpersonales significativas.

### **Objetivos terapéuticos**

Acorde a las metas establecidas, se definieron los siguientes objetivos:

1. Que la paciente lograra identificar las relaciones entre cognición, emoción, conducta y estado físico.
2. Que la paciente lograra identificar y modificar los pensamientos distorsionados relacionados con su manejo emocional y que generara pensamientos más adaptativos alternativos.
3. Que la paciente lograra identificar la sintomatología física que acompaña sus episodios de ira.
4. Entrenar a la paciente en técnicas efectivas que le permitieran regular y controlar la respuesta fisiológica de enojo/ira.
5. Entrenar a la paciente en técnicas que le permitan incrementar sus habilidades de comunicación.

### **Selección de los tratamientos más adecuados**

Con base en la literatura se eligieron los siguientes técnicas cognitivo conductuales para el manejo de ira: entrenamiento en relajación con relajación muscular progresiva (Jacobson, 2001) y respiración abdominal; entrenamiento en habilidades de comunicación mediante la técnica *aprendiendo a escuchar, aprendiendo a observar* (Mendoza-González, 2010; Fajardo Uribe, 2009); Restructuración cognitiva para la modificación de pensamientos disfuncionales relacionados con la ira (Ruiz, Díaz & Villalobos, 2012), en el Anexo 1 se muestran las cartas descriptivas de la intervención.

### **Selección y aplicación de técnicas de evaluación**

Para la evaluación se emplearon auto registros, los cuales son métodos que permiten observar y registrar conductas manifiestas (públicas) y encubiertas (cogniciones) que son objeto de tratamiento (Caballo, 2007). Se eligió esta modalidad de evaluación por las características de

las conductas de interés: no podían ser observadas por la terapeuta debido a que ocurrían en casa de la paciente o en su trabajo, o eran conductas encubiertas [cogniciones que ocurrían en situaciones y momentos específico.

### **Procedimiento**

El programa de intervención consistió en 12 sesiones, de una hora de duración, y se programaron dos sesiones por semana.

#### Sesión 1

La primera sesión se dedicó a la explicación del tipo de terapia: número de sesiones, duración, tareas y uso de registros, objetivo y funcionamiento de la TCC. En esta sesión también se realizó la evaluación inicial mediante el inventario de expresión de ira estado-rasgo STAXI (ver anexo) 2 (Oliva y Hernández 2010).

#### Sesión 2

Mediante la técnica de psicoeducación se brindó información a la paciente acerca de los conceptos de emoción, expresión emocional, ira, características y consecuencias de la ira, con la finalidad de que lograra una mejor comprensión de su problema y de lo que puede hacer para manejarlo. Para la explicación se empleó una presentación en PowerPoint elaborada específicamente para la intervención con los conceptos de *Emoción*, *Expresión emocional* e *Ira*. Al finalizar la presentación se proporcionó retroalimentación a la paciente, para asegurar la comprensión de los conceptos, se le pidió responder preguntas acerca de la información proporcionada (que devolviera la información con sus propias palabras).

#### Sesión 3

Al inicio de la sesión se preguntó si había dudas acerca de la sesión pasada. Posteriormente se procedió a la explicación del papel que juegan las sensaciones físicas en la activación y mantenimiento de la ira y cómo al controlar la respuesta fisiológica de ira puede mejorar el manejo de esta.

Se explicó en qué consisten las técnicas de relajación progresiva y la respiración abdominal, y se procedió al modelado y corrección de ambas técnicas, una vez que quedaron claros ambos procedimientos, se realizó un ejercicio de relajación de cada uno, se verificó que no hubiera dificultad o incomodidad y se evaluó el grado de relajación logrado mediante una escala visual análoga. Finalmente, se le indicó que hiciera los ejercicios en casa 3 veces al día, todos los días hasta la siguiente sesión, y que realizara un registro de la relajación lograda en cada ensayo, el cual debía traer consigo cada vez que viera a la terapeuta.

#### Sesión 4 a 6

Se inició la sesión con la revisión de los registros de relajación, se aclararon dudas y se reforzó positivamente a la paciente por el cumplimiento de las tareas.

En estas sesiones se abordó el entrenamiento en habilidades de comunicación asertiva. Se empleó una presentación de Power Point para la explicación de los conceptos básicos: comunicación asertiva, comunicación verbal y no verbal, pasos para aprender a escuchar y evitar responder con comportamiento agresivo, además se le explicó la técnica Aprendiendo a escuchar, aprendiendo a observar.

También se le explicó el uso de la ficha de comunicación no verbal y el registro de habilidades de escucha, las cuales debía llenar desde la sesión en que se explicó la técnica.

En la sesión 6 la paciente explicó cómo aplicó la técnica en algunas situaciones en casa, lo que le funcionó y las dificultades que experimentó.

#### Sesión 7 a 9

Nuevamente se inició las sesiones con la revisión de los registros de relajación y de comunicación asertiva.

El objetivo de estas sesiones fue la identificación de los pensamientos irracionales o distorsiones cognitivas, que afectan en el control de la ira. Se utilizó una presentación Power Point para la explicación de la relación entre pensamiento, emoción y conducta, el concepto de pensamientos automáticos y pensamientos irracionales. Se enseñó el uso de registros ABC y se le solicitó que llevara un registro detallado de los momentos en los que experimentara episodios de ira.

#### Sesión 10 a 12

Se continuó trabajando en la reestructuración cognitiva hasta el final, mediante la revisión de los registros y las técnicas de debate.

Estas sesiones también se emplearon para hacer la prevención de recaídas y el cierre formal de la terapia. Se explicó a la paciente las diferencias entre fallo y recaída, y se le instruyó para reconocer los estímulos de alto riesgo y evitarlos o anticiparse positivamente a ellos.

Se le solicitó a la paciente explicar las habilidades adquiridas para el manejo de su problema, se le plantearon situaciones hipotéticas en las cuáles podría experimentar ira y se le solicitó que diera alternativas de actuación funcional ante dichos eventos.

Finalmente, se evaluó nuevamente a la paciente mediante el inventario de expresión de ira estado/ rasgo STAXI 2. Se agradeció a la paciente por su participación y cooperación y se le despidió con palabras de aliento para el mantenimiento de los cambios logrados.

## Resultados

Para el tratamiento de la paciente se establecieron cuatro metas de tratamiento clínicamente relevantes: 1) Disminuir la frecuencia e intensidad de los episodios de ira; 2) Incrementar otras habilidades interpersonales de afrontamiento (no agresivas); 3) Abordar la utilidad y funcionalidad de la ira, y; 4) Mejorar las relaciones interpersonales significativas.

A continuación, se muestran los resultados obtenidos. En primer lugar, se presentan los datos derivados de la evaluación realizada mediante el inventario de expresión de ira estado/rasgo STAXI 2, antes y después de la intervención (ver Tabla 1). El inventario explora: Sentimiento, Expresión física, Expresión verbal, Temperamento, Reacción, Expresión externa, Expresión interna, Control externo y Control interno de la ira.

Tabla 1  
Resultado previo y posterior a la intervención del inventario de expresión de ira estado/rasgo STAXI 2

| Área             | Sentimiento | Expresión física | Expresión verbal | Temperamento | Reacción | Expresión externa | Expresión interna | Control externo | Control interno | Total |     |           |
|------------------|-------------|------------------|------------------|--------------|----------|-------------------|-------------------|-----------------|-----------------|-------|-----|-----------|
| <b>Inicial</b>   | 14          | 9                | 15               | 17           | 15       | 17                | 22                | -               | 12              | 14    | +36 | <b>49</b> |
|                  |             | 38               |                  | 32           |          | 39                |                   | 26              |                 |       |     |           |
| <b>Final</b>     | 5           | 5                | 8                | 7            | 6        | 8                 | 7                 | -               | 17              | 27    | +36 | <b>7</b>  |
| Puntaje obtenido |             | 18               |                  | 13           |          | 15                |                   | 44              |                 |       |     |           |

Como se observa en la tabla la evaluación inicial se observa que la paciente obtuvo una puntuación global alta (49), la cual disminuyó significativamente (7) en la evaluación realizada luego de la intervención cognitivo conductual. Al inicio manifestaba una marcada tendencia a expresar su ira verbalmente (llorando, voceando o “echando bronca”). Mostraba marcada irritabilidad y propensión a expresar sentimientos de ira, aunque la provocación fuera pequeña, con conductas impulsivas y carente de control de la ira.

En la evaluación final se constató que hubo cambios en todas las subescalas que incluye la prueba. Por ello, se realizó el cálculo del índice de cambio clínico objetivo (Cardiel, 1994)

para estimar la significancia clínica del cambio observado por la paciente. El índice se obtiene mediante la diferencia de las medidas del posttest (evaluación final) y el pretest (evaluación inicial), dividido entre el pretest con un punto de corte mayor o igual a 0.20 (equivalente a 20%) lo que indica que ha ocurrido un cambio clínicamente significativo atribuible a la intervención (ver Tabla 2).

Tabla 2  
*Índice de cambio clínico objetivo*

| Área                              | Sentimiento | Expresión física | Expresión verbal | Temperamento | Reacción | Expresión externa | Expresión interna | Control externo | Control interno | Total |       |
|-----------------------------------|-------------|------------------|------------------|--------------|----------|-------------------|-------------------|-----------------|-----------------|-------|-------|
| Índice de cambio clínico objetivo | -0.64       | -0.44            | -0.46            | -0.58        | -0.60    | -0.52             | -0.68             | 0.41            | 0.92            | +36   | -0.85 |

Como se observa en la tabla 2 se lograron cambios en el sentido esperado en todas las áreas que evalúa la prueba STAXI 2. En las subescalas *Sentimiento*, *Expresión física*, *Expresión verbal*, *Temperamento*, *Reacción*, *Expresión externa*, *Expresión interna*, hubo cambios que fueron del 44% al 68% en estos casos el signo es negativo debido a que hubo disminución en los puntajes obtenidos por la paciente. Mientras que, en *Control externo* y *Control interno* los cambios fueron en sentido positivo, 42% y 92% respectivamente, en estas áreas aumentaron los puntajes debido a que incrementó el control en ambos casos.

Respecto a la relajación, la paciente llevó el registro diario del estado de relajación previo y posterior a la realización de los ejercicios de relajación muscular progresiva y respiración abdominal, para lo cual se le proporcionó un formato de registro en el cual indicaba su estado empleando una escala de 0 a 4, donde 0 es nada relajada, 1 algo relajada, 2 suficientemente relajada, 3 bastante relajada y 4 totalmente relajada. Los resultados se muestran en la Tabla 3.

Tabla 3

Resultados del entrenamiento en relajación

| Día       | Semana 3 |         | Semana 4 |         | Semana 5 |         | Semana 6 |         |
|-----------|----------|---------|----------|---------|----------|---------|----------|---------|
|           | Antes    | Después | Antes    | Después | Antes    | Después | Antes    | Después |
| Lunes     | 1        | 4       | 1        | 4       | 1        | 4       | 1        | 4       |
| Martes    | 0        | 4       | 0        | 4       | 2        | 4       | 0        | 4       |
| Miércoles | 0        | 4       | 4        | 4       | 1        | 4       | 1        | 4       |
| Jueves    | 0        | 4       | 2        | 4       | 1        | 4       | 1        | 4       |
| Viernes   | 4        | 4       | 4        | 4       | 1        | 4       | 0        | 4       |
| Sábado    | 3        | 4       | 2        | 4       | 1        | 4       | 1        | 4       |
| Domingo   | 2        | 4       | 2        | 4       | 1        | 4       | 0        | 4       |

Como se muestra en la tabla 3, antes de iniciar los ejercicios, la paciente reconoció y registró que su relajación era variante, ya que muestra los 4 diferentes grados de relajación. Una vez que aplicó la técnica para relajarse, la paciente volvió a registrar los resultados notando el cambio, obteniendo el nivel 4 (totalmente relajado) En las siguientes semanas revela que antes de realizar el ejercicio ha mejorado su tranquilidad, lo que permite disminuir la tensión muscular. Así como también cabe mencionar que en todos los registros “después” manifiesta, un desahogo y una tranquilidad.

En lo referente a las habilidades de comunicación asertiva, se solicitó el auto registro de frecuencia con la que se llevaba a cabo las diferentes habilidades entrenadas: mantener contacto visual; relajación con respiración abdominal; escuchar sin interrumpir; escuchar sin “mala cara” y; terminar platicas sin agresión. Para el registro se empleó como clave Sí=10 No= 0 (Ver anexo 2). Los resultados se muestran en la Tabla 4.

Tabla 4

Resultado del entrenamiento en habilidades de comunicación asertiva

| Día | Semana 4     |           | Semana 5     |           | Semana 6     |           |
|-----|--------------|-----------|--------------|-----------|--------------|-----------|
|     | No realizado | Realizado | No realizado | Realizado | No realizado | Realizado |

|                                      |    |    |    |    |    |    |
|--------------------------------------|----|----|----|----|----|----|
| Mantener contacto visual             | 0  | 70 | 20 | 50 | 10 | 60 |
| Relajación con respiración abdominal | 0  | 70 | 0  | 70 | 10 | 60 |
| Escuchar sin interrumpir             | 0  | 70 | 0  | 70 | 0  | 70 |
| Escuchar sin “mala cara”             | 10 | 60 | 60 | 10 | 10 | 60 |
| Terminar platicas sin agresión       | 0  | 70 | 0  | 70 | 0  | 70 |

En el auto registro inicial de habilidades para saber escuchar se observa en la tabla 4 que la paciente **no** (no equivale a 0) era capaz de mantener contacto visual, escuchar sin interrumpir, escuchar sin malas caras, y terminar platicas sin agresión. Una vez que puso en práctica los ejercicios del entrenamiento en habilidades de comunicación se observaron cambios favorables en el puntaje y conforme fueron avanzando los días fue subiendo la calificación lo realizó equivalente a 10, y este número fue multiplicándose con las veces que lo realizó (10x1, 10x2,10x3.... Hasta llegar a la 70 en la máxima, comprendiendo que la semana tiene siete días), como iban pasando los días se logrando mantener contacto visual, aplicar la técnica de respiración abdominal en momentos estratégicos, escuchar disminuyendo las gesticulaciones y terminar platicas sin agresión.

Se le requirió a la paciente que registrará la situación problema, que estado emocional le provocaba, el pensamiento automático, la conducta que esto le ocasionaba, posteriormente el cual había sido el cambio automático, que cambio de conducta le generó y con qué estado emocional había terminado. El puntaje inicial fue de 10, 9, 8... (orden descendente) (ver anexo 2)

La siguiente tabla, indica la puntuación que obtuvo la paciente, con respecto al pensamiento automático. Así como también cuando cambió el pensamiento.

Tabla 5

### Resultado de la reestructuración cognitiva (pensamiento automático)

|          | Inicio Estado Emocional | Nuevo Estado Emocional |
|----------|-------------------------|------------------------|
| Semana 5 | 10                      | 2                      |
| Semana 6 | 10                      | 7                      |

#### “Cambio de pensamiento automático”

Con base en los auto registros de la reestructuración cognitiva se notificó los resultados, mostrando que al inicio el estado emocional indicaba ira, frustración a través del pensamiento automático decía “ya valió madre” su estado emocional era negativo (estableció valor a 10 ya que reflexionaba lo negativo iba generando un nuevo pensamiento, cual su conducta cambiaba y disminuía la intensidad el estado emocional. (en este caso ya que modificaba el pensamiento la puntuación a 10 iba disminuyendo, en tanto que bajaba significaba que se sentía más tranquila. La paciente comentó que su pensamiento automático le duraba días o semanas, por lo que todo el tiempo “echaba madres”. También refiere que al adquirir esta habilidad le ha ayudado disminuir “todas las pendejadas que cargaba en su cabeza”

## Discusión

El presente trabajo se diseñó para el manejo de ira, fue realizado con los factores para modelar la estructura y los objetivos, consistió en una intervención psicológica, otorgando un servicio gratuito a la paciente. Permitió observar la relación funcional entre el tratamiento y la conducta de ira. En la parte de las estrategias cognitivo conductual es necesario recabar información sobre el patrón de conductas de la paciente es su medio ambiente, por lo que se utilizaron auto registros que permitieron obtener sobre las diferencias y cambios de la paciente antes, durante la intervención. De este modo se localizó que los antecedentes relacionados con los eventos de ira son más frecuencias con los familiares. Estos resultados son apoyados por las averiguaciones donde se reporta que la mayor parte de ira que siente ocurre en el ámbito interpersonal.

En lo que respecta a los objetivos planteados se puede mencionar que: Las técnicas aplicadas se logró disminuir las actividades fisiológicas asociada a la ira, mediante la observación de los auto registros. Se muestra al principio que no hay control de emoción y conforme va aplicando las estrategias, va mostrando un mejor control de la emoción

La técnica de relajación y respiración antes de iniciar los ejercicios, la paciente reconoció y registró que su relajación era variante, ya que muestra los 4 diferentes grados de relajación. Cada vez que aplicaba la técnica terminaba con un cambio significativo (totalmente relajado). Conforme fue adquiriendo la habilidad le que permitió disminuir la tensión muscular. Así como también cabe mencionar que en todos los registros “del después” manifiesta, un desahogo y una tranquilidad emocional.

La técnica de habilidad de comunicación apoyó a mejorar una comunicación más eficaz, logrando sus necesidades con menos agresión. Esto se pudo demostrar durante la aplicación de la técnica mediante los auto registros y la explicación de la paciente.

La técnica de reestructuración cognitiva, obtuvieron cambios en la sensación de ira en sus causas y sentimientos que le provocaba. Logró reflexionar sobre la respuesta de su ira, la paciente aprendió a identificar el pensamiento automático y no quedar atrapada en él. Así como también identifica cuales son las consecuencias emocionales negativas, igual forma aprendió a diferenciar las situaciones que activa su pensamiento inadecuado, para promover nuevos pensamientos racional y responder a conductas apropiadas, obteniendo respuestas emocionales positivas. Se puede cotejar la disminución de manifestaciones de ira a través de la técnica reestructuración cognitiva.

Con las técnicas aplicadas, refleja que son efectivas para la reducción de sintomatología relacionada con la ira. Es decir, la paciente consiguió bienestar en su salud al momento de enfrentar situaciones de la vida cotidiana, como reflejo de cambio conductual y cognitivo, produjo control y modificación de ira.

Se identificó que la frecuencia de sucesos de ira y manifestación de la conducta como la motivación es una marcada tendencia a expresar su ira verbalmente, así como también exhibía una marcada irritabilidad a expresar sentimientos de ira, disminuyó conforme se aplicaban las técnicas de relajación, las habilidades de comunicación y reestructuración cognitiva, llegando a presentarse los síntomas en algunos casos, lo que no representa su desaparición, ya que la ira es una emoción universal y humana que no desaparece, sólo disminuye o modifica su forma de expresión (López, Rodríguez, Vázquez y Alcázar, 2012).

Los datos recabados antes y después del tratamiento permitieron observar un cambio notable en el empleo de las técnicas. De esta manera no hay una técnica preferencial, es decir la paciente las utilizó por igual para el problema de ira. De acuerdo con el análisis de las gráficas, en ciertos casos se disponía más de una técnica que otra. Se considera que su empleo depende de su uso para ser aplicada, ya que al implementar un tratamiento se le brinda a la paciente la posibilidad de tener camino a varias estrategias que le permita manejar la emoción, según en el ambiente en el que se encuentre. Con base a los resultados obtenidos la técnica que resultó más eficaz fue la de respiración y relajación progresiva, ya que reduce los síntomas de activación fisiológica.

Este caso contó con indicadores que permitieron llevar a cabo el tratamiento: la prueba psicométrica, la entrevista cognitivo conductual, los autorregistros y de este modo poder evaluar el producto del tratamiento.

Evaluar el resultado mediante el inventario de expresión de ira estado/rasgo STAXI 2, antes y después de la intervención en cuanto a la aplicación posterior al tratamiento de las pruebas psicométricas, se muestran disminución global. Se encontró que los antecedentes relacionados con los episodios de ira son más frecuentes en el ámbito familiar (hermanos, mamá). Por otra parte, se identificó que las causas a los episodios, se relacionaban con el deterioro de las relaciones interpersonales, debido a que las personas se alejaban de ella con su carácter “defensiva”.

Al comparar los medios del tratamiento, la duración de la intervención puede ser tratado con tiempo limitado. De este modo el desarrollo y la aplicación de la intervención adquiere importancia, al proporcionar evidencias a cerca de la ira, esto permite adquirir habilidades de manera rápida, mejorando la calidad de vida de la paciente.

Con los datos obtenidos se puede apreciar que al finalizar el tratamiento la paciente se mostró satisfecha con el trabajo que se realizó con ella, en el transcurso de la intervención informó que las estrategias empleadas le resultaron eficaces para modificar la conducta problema, previniendo un deterioro mayor en su salud y en las relaciones sociales.

## Conclusiones

Los resultados obtenidos del presente trabajo permiten dar cuenta de que los objetivos planteados se cumplieron de manera satisfactoria. La aplicación del inventario de expresión de ira estado/rasgo STAXI 2 permitió observar que la paciente posee ira, con base en los puntajes obtenidos en las diferentes escalas del inventario.

Al realizar la revisión del inventario de expresión de ira estado/rasgo se encontró que los puntajes más elevados se ubicaron en el control externo y control interno de la ira, lo cual indica que en la paciente indicaba la disposición a percibir una amplia gama de situaciones como molestas o frustrantes de manera constante, expresaba su ira siempre, siendo el estilo con el que la paciente cuenta para responder a las demandas de su entorno. Lo que se realizó

De acuerdo con los resultados, se recomienda que una intervención orientada justamente a impulsar la activación de comportamiento y modificar el patrón de acción de la paciente, podría ser ideal para afrontar la ira de manera más adecuada. Tomando en cuenta los factores que pueden influir, dando pie para un mejor seguimiento, ya que la paciente tiene la capacidad de aprender y construir todo un sistema psicológico dentro de un contexto, para conseguir resultados positivos, ya que las emociones son meramente adaptativas para la supervivencia del ser humano. La Psicología es apta para proporcionar herramientas para que el individuo logre modificar su conducta y sus pensamientos.

## Referencias

- Barragán, A., & Morales, C. (2014). Psicología de las emociones positivas: generalidades y beneficios. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 19, núm. 1, pp.113-118.
- Blanco, J. L. (1 de 2 de 2011). Las creencias irracionales de nuestra vida. 12 de 10 de 2011, de Finsi Sitio web: <http://www.grupofinsi.com/blog.asp?vcblog=349>
- Buela, G., Sierra, C, (2002). Normas para la redacción de casos clínicos. *Internacional Journalof Clinical and Health Psychology*, 2(3), pp. 525-532.
- Butts, T. (2007). Manejando la ira en la medición: conceptos y estrategias. *Postularía*, VII (1-2), pp.17-38.
- Caballo, V. (1998). Intervención cognitivo-conductual para el control de la ira. En *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual para los trastornos psicológicos* (pp.639-667). España: siglo veintiuno editores
- Cano, S., & Zea, M. (2012). Manejar las emociones, factor importante en el mejoramiento de la calidad de vida. *Revista Logos, Ciencia & Tecnología*, 4 (1), pp.58-67.
- Cano-Vindel, A. (1997). Modelos explicativos de las emociones. En E. G. Fernández-Abascal (pp.127-161). Madrid: *Psicología general*.
- Cardiel, R. M. (1994). La medición de la calidad de vida (Measuring Quality of Life). E: L. Moreno, F., Cano-Valle & H. García-Romero (Eds.) *Epidemiología Clínica* (pp.189-199). México: Interamericana- McGraw Hill00.
- Carlson, N. R. (2006) *Fisiología de la conducta* (8 Ed.) Pearson Educación. España.
- Chóliz, M. (1995). *Expresión de las emociones*. Madrid: Centro de estudios Ramón Areces.

- Cuervo, A., Izzedin, R. (2007). Tristeza, Depresión y Estrategias de autorregulación. Tesis Psicológica, 2, pp.35-47.
- Ellis, A., & Chip, R. (2007). Controle su ira antes de que ella le controle a usted. Nueva Jersey, Estados Unidos: Paidós.
- Ellis, A., Grieger, R. (1981). Manual de terapia racional emotiva, Bilbao: Brouwer.
- Fernández, M., Dufey, M., & Morgues, C. (2007). Expresión y reconocimiento de emociones: un punto de encuentro entre evolución, psicofisiología. Chilena de neuropsicología, 2(1), pp.8-20.
- Fernández-Abascal, E. (1997): Procedimientos de desactivación. En E. Fernández-Abascal, F. Palmero, M. Chóliz y F. Martínez (Eds.): Cuaderno de prácticas de motivación y emoción. Madrid: Pirámide.
- Gaeta, L., & Galvanovskis, A. (2009). Asertividad: Un análisis teórico-empírico. Enseñanza e Investigación en Psicología, 14, núm. 2, pp. 403-425.
- Goleman, D. (2000). ¿Qué es la emoción? En La inteligencia emocional (pp.331-333). México D.F.: Vergara.
- Gómez, Y. (2007). cognición, emoción y sintomatología depresiva en adolescentes escolarizados. Revista Latinoamericana de Psicología, 39 (3), pp.435-447.
- González, A. (2015). Propuestas y resultados para la elaboración de taller psicoeducativo para el manejo del enojo e ira en México. (Tesis). Recuperado de: file:///C:/Users/patas/OneDrive/Documentos/TESIS%20MANEJO%20DE%20LA%20IRA.pdf

- Greenberg, L., Elliott, R., & Pos, A. (2015). La Terapia Focalizada en las Emociones: Una Visión de Conjunto. *Mentalización de psicoanálisis y psicoterapia*, 5, pp.1-18.
- Labrador, F. (1992). *Técnicas de relajación y desensibilización sistemática*. España: Fundación universidad.
- Labrador, F. (2001). *Técnicas de modificación de conductas*. Madrid: Piramide.
- Lazarus, R. (1999). The cognition-emotion debate: a bit of history. In T. Dalgleish y M. Power (Eds.): *Handbook of Cognition and Emotion* (pp. 319). Chichester, UK: Wiley
- López, B., R.& Rodríguez, E. (2005). Programa de intervención cognitivo-conductual para el manejo del enojo en población adulta en México (tesis). Recuperado de: [file:///C:/Users/patas/OneDrive/Documentos/TESIS%20ENOJO%20\(1\)](file:///C:/Users/patas/OneDrive/Documentos/TESIS%20ENOJO%20(1)).
- López, B., Rodríguez, E., Vázquez, F., & Alcázar, R. (2012). Intervención cognitivo conductual para el manejo de la ira. *Revista Mexicana de Psicología*, vol. 29, núm. 1, pp.97-103.
- Mejicanos, D. (2015). *Reestructuración cognitiva y control de ira (Tesis)* Recuperado de: <http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesiseortiz/2016/05/42/Mejicanos-Diana.pdf>
- Melamed, A. (2016). Las teorías de las emociones y su relación con la cognición: un análisis desde la filosofía de la mente. *Cuadernos de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales*, 49, 13-38.
- Mendoza, B. (2010). *Manual de autocontrol del enojo*. México: manual moderno.
- Millares, F. (2011). *Cambios emocionales y de personalidad en jóvenes que realizan el servicio militar obligatorio*. Tesis doctoral. Universidad Complutense de Madrid.

- Morales, A. (2012). Ideas irracionales provocadoras de ira y enojo en mujeres mayores de edad solteras y casadas en Guatemala. (Tesis). Recuperado de: <http://biblio3.url.edu.gt/Tesis/2012/05/42/Morales-Alicia.pdf>
- Nezu, A., Nezu, C., & Lombardo, E. (2006). Trastornos y problemas específicas. En *Formulación de casos y diseños de tratamiento cognitivo-conductuales*. (pp.249-268). México: manual moderno.
- Núñez, M. Sebastián, A., & Muñoz, D. (2015). Principios de condicionamiento clásico de Pavlov en la estrategia creativa publicitaria. *Opción*, 31 (2), pp.813-831.
- Oliva, F., & Hernández, M. (2010). Validación de la versión mexicana del inventario de expresión de ira estado-rasgo (STAXI-2). *Colombiana de psicología*, 13, pp.110-117.
- OMS (1992), CIE-10. Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripción clínicas y pautas para el diagnóstico, Madrid. Ed. Méditor.
- Ortega, M. (2010). La educación emocional y sus implicaciones en la salud. *red de revistas científicas de américa latina y el caribe*, 21 (2), pp.462-470.
- Piqueras, J. A., Ramos, V., Martínez, A. E., & Oblitas, L. A. (2009). Emociones negativas y su impacto en la salud mental y física. *Suma psicológica*, 16(2), pp.85-112.
- Piqueras, J., & Martínez. A. (2008). Ansiedad, depresión y salud. *Suma Psicológica*, 15, pp.43-73.

- Rodríguez, G. J. (2011). La culturalización de los efectos: Emociones y sentimientos que dan significado a los actos de propuesta colectiva. *Interamerican Journal of Psychology*, 45(2), pp.193-201.
- Rodríguez, T., García, C., & Cruz, R. (2005). Técnicas de relajación y autocontrol emocional. *MediSur*, 3, núm. 3, pp. 55-70.
- Ruiz, M., Díaz, M., & Villalobos, A. (2012). La desensibilización sistemática y técnicas de relajación. En *Manual de Técnicas de intervención cognitivo conductual*(pp.252-259). Bilbao: desclée.
- Ruiz, M., Díaz, M., & Villalobos, A. (2012). Terapia Racional Emotiva Conductual. En *Manual de Técnicas de intervención cognitivo conductual*(pp.317-358). Bilbao: desclée.
- Ruiz, M., Díaz, M., & Villalobos, A. (2012). La reflexión rusa y las leyes del Condicionamiento Clásico. En *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales*(pp.36-40). Bilbao: desclée.
- Schunk, D. (2012). Conductismo. En *Teorías del aprendizaje*(pp.71-116). México: Pearson.
- Shanker, S., & Reygadas, P. (2002). La red de la racionalidad: emoción y lenguaje. *Cuicuilco*, 9, núm. 24, p.0.
- Vázquez, C., & Sanz, J. (1995). Trastornos del estado de ánimo. En *Manual de psicoterapia*(pp.299-340). Madrid: MacGraw Hill.

# ANEXOS

## Anexo 1

### Carta descriptiva de la intervención cognitivo conductual, para el manejo de ira

| Sesión | Objetivo  | Técnica  | Material   | Criterios de evaluación  |
|--------|---|--|--|--|
| 1      | Evaluación inicial<br><br>Explicación del tratamiento: número de sesiones, tareas, uso de registros, objetivo y funcionamiento de la TCC  | Entrevista<br>Aplicación de instrumento de evaluación<br>Exposición  | Inventario de expresión de ira estado/ rasgo STAXIS 2 (Oliva y Hernández, 2010)  | Resultado inicial: grado de ira que presenta el paciente   |
| 2      | Proporcionar información al paciente sobre los conceptos de emoción, expresión emocional, ira, características y consecuencias de la ira. | Exposición: se le brinda información y orienta al paciente para entender con claridad el problema que presenta.  | Presentación de Power Point: conceptos Emoción Expresión emocional e ira.  | Retroalimentación: que el paciente responda preguntas acerca de la información proporcionada (que devuelva la información con sus propias palabras)                        |
| 3      | Lograr que el paciente adquiera la habilidad para el autocontrol de sus sensaciones corporales.   | Entrenamiento en relajación:<br>1) relajación muscular progresiva (Ruiz, Díaz y Villalobos,2012).<br><br>2) Técnica de respiración abdominal (Ruiz, Díaz y Villalobos,2012). | Hoja impresa con los pasos a seguir para el entrenamiento de relajación muscular y respiración abdominal.<br><br>Formato de autor registro de relajación | El dominio de las técnicas de relajación y respiración.<br><br>Cambios subjetivos reportados por la paciente expresados mediante un valor numérico en la hoja de registro. |

|       |  |   |   |  |
|-------|--|---|---|--|
|       | Proporcionar información al paciente sobre comunicación verbal, no verbal, y comunicación asertiva.      | Exposición  | Presentación PowerPoint acerca de los conceptos básicos de comunicación verbal, (deficiencias) no verbal, y comunicación asertiva   | El dominio de la técnica de comunicación       |
| 4-6   | Entrenar al paciente en habilidades de comunicación asertiva.  | Exposición<br>Aprendiendo a escuchar<br>Aprendiendo a observar<br>(Mendoza, 2010).  | Presentación PowerPoint de los pasos de aprender a escuchar y evitar comportamientos agresivos.<br><br>Ficha de comunicación no verbal.<br><br>Registro de habilidades de escucha.  |  |
| 7- 10 | Identificar los pensamientos irracionales o distorsiones cognitivas, que afectan en el control de la ira | Exposición<br>Reestructuración cognitiva<br>Entrenamiento para modificar pensamientos negativos, relacionados con problemas de ira<br>( Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012). | Presentación PowerPoint de los conceptos básicos:<br>Pensamiento irracional<br>Pensamiento automático,<br>Las distorsiones que se ven involucradas en el paciente<br>Pasos esenciales para modificar el pensamiento<br>Registro de pensamientos | Modificación de pensamientos (autor registros) |
| 11    | Entender la recaída como un proceso, modificar las actitudes en torno a la recaída .                     | Prevención de recaídas<br>Cuál es la diferencia entre fallo y recaída   | Presentación PowerPoint   | Que el paciente logre explicar                 |

|    |   |  |  |  |
|----|---|--|--|--|
|    | Ayudar al paciente a identificar situaciones de alto riesgo y proporcionar destrezas para afrontar la situación | Cuáles son los estímulos de alto riesgo<br>Reconocer los estímulos de alto riesgo. |  | cuáles son las situaciones de riesgo que le podrían provocar una recaída |
| 12 | Cierre y evaluación final.  | Aplicación de instrumento de evaluación  | Inventario de expresión de ira estado/ rasgo STAXI 2 (Oliva y Hernández, 2010). cuestionario sobre la satisfacción del tratamiento | Resultados del instrumento de evaluación                                 |

## Anexo 2

### Autoregistro para la práctica diaria de los ejercicios entrenados

Fecha: de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

|                         | Lunes | Martes | Miércoles | Jueves | Viernes | Sábado | Domingo |
|-------------------------|-------|--------|-----------|--------|---------|--------|---------|
| Relajamiento previo 0-4 |       |        |           |        |         |        |         |
| Hora                    |       |        |           |        |         |        |         |
| Lugar                   |       |        |           |        |         |        |         |
| Relajamiento luego 0-4  |       |        |           |        |         |        |         |
| Observaciones           |       |        |           |        |         |        |         |

#### INSTRUCCIONES:

Anotar antes de hacer el ejercicio, el grado de relajación que se tiene, después la hora en que inicio y el grado de relajamiento conseguido.

#### CLAVES:

**0 nada relajado,**

**1 algo relajado**

**2 suficientemente relajado**

**3 bastante relajado**

**4 totalmente relajado**

## Pasos para aprender a escuchar

- ▶ 1° Mantener contacto visual, con la persona que habla.
- ▶ 2° Respirar y relajarse
- ▶ 3° Dejar hablar a la persona y evitar interrumpirla.
- ▶ 4° Mostrar expresión facial amable
- ▶ 5° Decir con tono de voz tranquilo, me doy cuenta que estas alterado, por lo que es mejor que pliquemos cuando estés más calmado, por hora no podemos platicar.
- ▶ Registro de habilidades para saber escuchar

Nombre \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

|                               | L | M | M | J | V | S | D |
|-------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|
| Mantener contacto visual      |   |   |   |   |   |   |   |
| Respiración (relajación)      |   |   |   |   |   |   |   |
| Escuchar sin interrumpir      |   |   |   |   |   |   |   |
| Escuchar Sin malas caras      |   |   |   |   |   |   |   |
| Terminar platica sin agresión |   |   |   |   |   |   |   |

### Registro de reestructuración cognitiva

| Situación | Estado emocional | Pensamiento automático | Conducta | Cambio de pensamiento automático | Cambio de conducta | Nuevo estado emocional |
|-----------|------------------|------------------------|----------|----------------------------------|--------------------|------------------------|
|           |                  |                        |          |                                  |                    |                        |

PSICOLOGIA

EDAD: SEXO: ( M ) ( F )  
 FECHA:

|    |   | CASI NUNCA | ALGO | A MENUDO | MUCHO |    |
|----|---|------------|------|----------|-------|----|
| 1  | Estoy furioso                               | ( )        | ( )  | ( )      | ( )   | 1  |
| 2  | Me siento irritado                          | ( )        | ( )  | ( )      | ( )   | 2  |
| 3  | Me siento enfadado                          | ( )        | ( )  | ( )      | ( )   | 3  |
| 4  | Le pegaría a alguien                        | ( )        | ( )  | ( )      | ( )   | 4  |
| 5  | Estoy ardiendo de enojo                     | ( )        | ( )  | ( )      | ( )   | 5  |
| 6  | Me gustaría decir groserías                 | ( )        | ( )  | ( )      | ( )   | 6  |
| 7  | Estoy enojado                               | ( )        | ( )  | ( )      | ( )   | 7  |
| 8  | Daría puñetazos a la pared                  | ( )        | ( )  | ( )      | ( )   | 8  |
| 9  | Me dan ganas de maldecir a gritos           | ( )        | ( )  | ( )      | ( )   | 9  |
| 10 | Me dan ganas de gritarle de cosas a alguien | ( )        | ( )  | ( )      | ( )   | 10 |
| 11 | Quiero romper algo                          | ( )        | ( )  | ( )      | ( )   | 11 |
| 12 | Me dan ganas de gritar                      | ( )        | ( )  | ( )      | ( )   | 12 |
| 13 | Le tiraría algo a alguien                   | ( )        | ( )  | ( )      | ( )   | 13 |
| 14 | Tengo ganas de abofetear a alguien          | ( )        | ( )  | ( )      | ( )   | 14 |
| 15 | Me gustaría echarle bronca a alguien        | ( )        | ( )  | ( )      | ( )   | 15 |

|    |   | CASI NUNCA | ALGUNAS VECES | A MENUDO | CASI SIEMPRE |    |
|----|---|------------|---------------|----------|--------------|----|
| 16 | Me caliento rápidamente   | ( )        | ( )           | ( )      | ( )          | 16 |
| 17 | Tengo un carácter irritable                                       | ( )        | ( )           | ( )      | ( )          | 17 |
| 18 | Soy una persona exaltada  | ( )        | ( )           | ( )      | ( )          | 18 |
| 19 | Me molesta cuando hago algo bien y no me lo reconocen             | ( )        | ( )           | ( )      | ( )          | 19 |
| 20 | Tiendo a perder los estribos                                      | ( )        | ( )           | ( )      | ( )          | 20 |
| 21 | Me pone furioso que me critiquen delante de los demás             | ( )        | ( )           | ( )      | ( )          | 21 |
| 22 | Me siento furioso cuando hago un buen trabajo y se me valora poco | ( )        | ( )           | ( )      | ( )          | 22 |
| 23 | Me enojo con facilidad  | ( )        | ( )           | ( )      | ( )          | 23 |
| 24 | Me enfado si no me salen las cosas como lo tenía previsto         | ( )        | ( )           | ( )      | ( )          | 24 |
| 25 | Me enfado cuando se me trata injustamente                         | ( )        | ( )           | ( )      | ( )          | 25 |
| 26 | Controlo mi temperamento  | ( )        | ( )           | ( )      | ( )          | 26 |
| 27 | Expreso mi ira  | ( )        | ( )           | ( )      | ( )          | 27 |
| 28 | Me guardo para mi lo que siento                                   | ( )        | ( )           | ( )      | ( )          | 28 |
| 29 | Hago comentarios irónicos de los demás                            | ( )        | ( )           | ( )      | ( )          | 29 |
| 30 | Mantengo la calma   | ( )        | ( )           | ( )      | ( )          | 30 |
| 31 | Hago cosas como dar portazos                                      | ( )        | ( )           | ( )      | ( )          | 31 |
| 32 | Ardo por dentro aunque no lo demuestre                            | ( )        | ( )           | ( )      | ( )          | 32 |
| 33 | Controlo mi comportamiento  | ( )        | ( )           | ( )      | ( )          | 33 |
| 34 | Discuto con los demás   | ( )        | ( )           | ( )      | ( )          | 34 |
| 35 | Tiendo a tener rencores que no cuento a nadie                     | ( )        | ( )           | ( )      | ( )          | 35 |
| 36 | Puedo controlarme y no peder los estribos                         | ( )        | ( )           | ( )      | ( )          | 36 |
| 37 | Estoy mas enfadado de lo que quiero admitir                       | ( )        | ( )           | ( )      | ( )          | 37 |
| 38 | Digo barbaridades   | ( )        | ( )           | ( )      | ( )          | 38 |
| 39 | Me irritó mas de lo que la gente cree                             | ( )        | ( )           | ( )      | ( )          | 39 |
| 40 | Pierdo la paciencia   | ( )        | ( )           | ( )      | ( )          | 40 |
| 41 | Controlo mis sentimientos de enfado                               | ( )        | ( )           | ( )      | ( )          | 41 |
| 42 | Rehuyo encararme con aquello que me enfada                        | ( )        | ( )           | ( )      | ( )          | 42 |
| 43 | Controlo el impulso de expresar mis sentimientos de ira           | ( )        | ( )           | ( )      | ( )          | 43 |
| 44 | Respiro profundamente y me relajo                                 | ( )        | ( )           | ( )      | ( )          | 44 |
| 45 | Hago cosas como contar hasta diez                                 | ( )        | ( )           | ( )      | ( )          | 45 |
| 46 | Trato de relajarme  | ( )        | ( )           | ( )      | ( )          | 46 |
| 47 | Hago algo sosegado para calmarme                                  | ( )        | ( )           | ( )      | ( )          | 47 |
| 48 | Intento distraerme para que se me pase el enfado                  | ( )        | ( )           | ( )      | ( )          | 48 |
| 49 | Pienso en algo agradable para tranquilizarme                      | ( )        | ( )           | ( )      | ( )          | 49 |

|       |       |       |      |      |       |       |       |       |     |     |
|-------|-------|-------|------|------|-------|-------|-------|-------|-----|-----|
| SENT. | EXP.F | EXP.V | TEMP | REAC | E.EXT | E.INT | C.EXT | C.INT | -36 |     |
| T.E.  |       |       | T.R. |      |       |       |       |       |     | IEI |