



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

DIVISIÓN DEL SISTEMA DE UNIVERSIDAD ABIERTA

REPORTE DE INTERVENCIÓN BREVE EN TERAPIA GRUPAL MIXTA EN ADULTOS PARA EL CONTROL DEL ENOJO

INFORME PROFESIONAL DE SERVICIO SOCIAL
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
PRESENTA
IRMA GALLEGOS CORTÉS

DIRECTORA: MAESTRA GUADALUPE INDA SAÉNZ ROMERO
REVISORAS:
MAESTRA MA. LUISA HERRAN IGLESIAS Y
MAESTRA PATRICIA PAZ DE BUEN RODRÍGUEZ
SUPERVISORA: PSICÓLOGA REBECA SÁNCHEZ MONROY





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



A Dios

Por permitirme estar aquí y darme la oportunidad de cumplir un sueño.

A Jorge

Por su incondicional apoyo y comprensión.

A mis hijos Alejandro y Viridiana.

Por tan larga espera.

A mis padres Conrado y Margarita

Por el ser.

A mis hermanos Conrado, Gabriela, José Guadalupe, Margarita, Gerardo y

Alejandro

Fuente de inspiración.

A mi nieto Jezrael

Por revivir en mí, emociones tan bellas.

A la Psicóloga Rebeca Sánchez Monroy

Por el regaño y abrazo oportuno.

A mis compañeros de la Facultad de Psicología

En especial a aquellos que llegaron a ser más que compañeros, gracias

Eugenia por tu apoyo y amistad.

A las Maestras Guadalupe Inda Sáenz Romero, Ma. Luisa Herrán Iglesias,

Patricia Paz De Buen Rodríguez.

Al Doctor Gilberto Limón Arce y a la Licenciada Rocío Maldonado Gómez,

quienes con sus importantes observaciones y comentarios ayudaron a

enriquecer y mejorar este trabajo. A todos ustedes mi eterno agradecimiento.

INDICE

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

| | |
|--|----|
| I. CONTEXTO INSTITUCIONAL | 1 |
| I.1. Contexto de la Institución | 1 |
| I.2. Objetivos del Programa | 2 |
| II. ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL SERVICIO SOCIAL | 7 |
| II.1. Apoyar en la recepción de pacientes | 7 |
| II.2. Realizar preconsultas | 7 |
| II.3. Realizar historias clínicas | 10 |
| II.4. Aplicar, calificar e interpretar instrumentos psicológicos | 12 |
| II.5. Supervisar a los alumnos de quinto y séptimo semestre | 12 |
| II.6. Asistir a talleres de Formación en la Práctica | 13 |
| II.7. Proporcionar terapia individual | 14 |
| II.8. Participar como observadora en terapias grupales | 26 |
| II.9. Dirigir terapias grupales | 26 |
| III. SOPORTE TÉORICO | 27 |
| III.1. Enojo | 27 |
| III.2. Terapia racional emotiva | 30 |
| III.3. Formación de grupos terapéuticos | 43 |
| IV. INFORME DE LA TERAPIA GRUPAL | 51 |
| IV. 1 Terapia grupal como alternativa de intervención | 51 |
| IV.2. Conformación del grupo | 53 |
| IV.3. Desarrollo de la terapia | 56 |

| | |
|---|-----|
| IV.4. Resultados de la terapia grupal | 98 |
| IV.4.1. Con base en los IEREE (Inventario Estado-Rango de la Expresión del Enojo) | 98 |
| IV.4.2. Con base en los comentarios vertidos por los integrantes del grupo. | 100 |
| V. RESULTADOS PERSONALES OBTENIDOS | 104 |
| VI. RECOMENDACIONES Y SUGERENCIAS | 107 |
| VI.1. Formación de un taller que brinde apoyo a pacientes con referencia externa. | 107 |
| VI.2. Ampliar el horario de servicio a sábados | 107 |
| VII. REFERENCIAS | 108 |

RESUMEN

Realizar las prácticas académicas requeridas para séptimo, octavo y noveno semestre del área clínica, en el Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila" (CSP) dependiente de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México, me permitió darme cuenta que el Centro es una magnífica oportunidad para que los estudiantes podamos aplicar los conocimientos adquiridos durante nuestra formación académica, al momento de realizar el Servicio Social, en beneficio de la población estudiantil, personal académico y administrativo de la UNAM, así como público en general.

La prestación del servicio social es un requisito previo para que los estudiantes de la Universidad Nacional Autónoma de México obtengan el título profesional. El servicio social tiene por objetivo:

- I. Extender los beneficios de la ciencia, la técnica y la cultura a la sociedad;
- II. Consolidar la formación académica y capacitación profesional del prestador del servicio social.
- III. Fomentar en el prestador una conciencia de solidaridad con la comunidad a la que pertenece.¹

Una actividad trascendente que se practica en el Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila", es la intervención breve en la modalidad de Terapia Grupal, logrando con el apoyo de este recurso cubrir la demanda de atención de un mayor número de pacientes atendidos en menor tiempo, resultando ser una buena opción para los requerimientos de atención de la población en general.

Los programas que se desarrollan en el CSP proporcionan asistencia en la modalidad de terapia breve para la atención individual o grupal en temas psicológicos identificados como principales motivos de consulta entre los que se encuentra la prevención y el control del enojo.

El problema que decidí abordar en el presente reporte, está basado en el enojo, emoción que afecta tanto a hombres como a mujeres, y que puede llegar a perturbar las relaciones interpersonales del individuo. Como puede ser el

¹ Universidad Nacional Autónoma de México. (1992) *Reglamento General del Servicio Social. Legislación Universitaria*. México: UNAM.

área familiar, personal, amorosa, social, escolar y/o laboral. También puede afectar la calidad de vida de las personas a causa de las enfermedades relacionadas con la falta de manejo y regulación del enojo.

Debido al número de personas que presentan la problemática señalada, la Jefa del C.S.P me asignó impartir un taller para la prevención y control del enojo.

La terapia consta de 10 sesiones semanales de dos horas cada una, utilicé estrategias de relajación, reestructuración cognitiva y de entrenamiento en habilidades sociales, debido a que han demostrado ser las más apropiadas para lograr un cambio en la expresión y manejo del enojo.

Se detectaron diferencias al inicio y al final de la terapia en torno a la facilidad con que surge el enojo en los diferentes ámbitos en que los participantes se desenvuelven (familiares, personales, amorosos, sociales, escolares y/o laborales).

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo tiene por objeto presentar las actividades generales que se realizaron durante la prestación del Servicio Social, concretamente es el reporte de intervención breve para un grupo mixto de adultos que presentaban dificultad en su manejo del enojo.

Debido a que las terapias cognitivo-conductuales han resultado muy eficaces para el tratamiento del control de la ira y las respuestas agresivas,(Deffenbacher y Lynch, 1997)¹, se optó por utilizar estas estrategias ya que sus procedimientos son activos, directivos, estructurados y de breve duración. Además de que se caracterizan por poner de manifiesto una colaboración abierta con el paciente para afrontar el problema, planteando un modelo explicativo y sugiriendo estrategias específicas para su solución, facilitando así el cambio de las estructuras cognitivas que dificultan el buen funcionamiento psicológico del sujeto (Feixas y Miro, 1993).².

Ya que los procedimientos y suposiciones de la terapia cognitivo-conductual pueden ser utilizados para la terapia de grupo (Wessler, citado en Caballo, 2008)³, se optó por impartir un taller con enfoque cognitivo-conductual para los individuos que tengan problemas en el manejo de su enojo y así logren obtener habilidades y estrategias que les permitan controlarse y expresarse de una forma más asertiva y adecuada en el contexto en el que se desenvuelven, evitando en la medida de lo posible rechazo del grupo por falta de madurez emocional.

Una intervención de este tipo ofrece ventajas importantes como poder trabajar con varias personas a la vez, que los participantes aprendan que no son los únicos con dificultades en el manejo del enojo, que puedan aprender y ayudarse mutuamente, que reciban retroalimentación sobre su conducta y puedan prevenir episodios de enojo en algún miembro del grupo.

¹ Deffenbacher, J. L. & Lynch, R. S. (1997). Intervención cognitivo-conductual para el control de la ira. En Caballo, V. E. (2008). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*. Madrid: Siglo XXI de España Editores.

² Feixas, G. & Miro, M. T. (1993). *Aproximaciones a la psicoterapia. Una introducción a los tratamientos psicológicos*. Barcelona: Paidós.

³ Wessler, R. L. (1983) Terapia de grupo cognitivo-conductual. En Caballo, V. E. [Comp.] (2008). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. España: Siglo XXI de España Editores.

El enojo es probablemente uno de los estados emocionales que contribuye de manera más significativa a la patogénesis de algunos cuadros médicos comunes como la hipertensión, las enfermedades coronarias y el cáncer (Spielberger, 1988)⁴. Esto ya había sido planteado de manera teórica por Franz Alexander en 1939⁵, quien vio las elevaciones en la presión arterial de los hipertensos como producto de una activación del sistema cardiovascular que ocurría al suprimirse los sentimientos de enojo.

El enojo se convierte en un problema cuando se siente con demasiada intensidad, con demasiada frecuencia y cuando se expresa inapropiadamente (Anderson y Bushman, 2002)⁶, ocasionando problemas en las distintas áreas de la vida del individuo tales como: familiar, escolar, personal, laboral, con los amigos y con la pareja. Aunado a esto el sentirse enojado intensa o frecuentemente causa extremado estrés físico en el cuerpo y ciertas áreas del sistema nervioso se activan intensamente, lo que ocasiona que la presión sanguínea y el ritmo cardíaco aumenten y se mantengan elevados por periodos prolongados, dicha condición se asocia a problemas de la salud, como hipertensión, cardiopatías y disminución en la eficiencia del sistema inmunológico.

En el campo del bienestar psicosocial, el enojo también se encuentra implicado en diversos cuadros psiquiátricos como son los trastornos por somatización, explosivo intermitente, agresivo pasivo de la personalidad, y antisocial de la personalidad (Hecker y Lunde, 1985)⁷; (American Psychiatric Association, 1987).⁸

⁴ Spielberger, C. D., Krasner, S. S., y Solomon, E.P. (1988). The experience, expression, and control of anger. En M. P. Janisse (Comp.). *Health psychology: individual differences and stress*. New York: Springer Verlag

⁵ Alexander, F.G. (1939). *Emotional factors in essential hypertension: a tentative hypothesis*. *Psychosomatic Medicine*, 1, 175-179.

⁶ Anderson, C. A. & Bushman, J. B. (2002). *Human Agression*. *Annual Review of Psychology*, 53, 27-51.

⁷ Hecker, M. H. L. y Lunde, D. T. (1985). On the diagnosis and treatment of chronically hostile individuals. En M. A. Chesney y R. H. Rosenman (Comps.). *Anger and hostility in cardiovascular and behavioral disorders*. Cambridge: Hemisphere.

⁸ American Psychiatric Association. (1987). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. (3ra ed. Rev.). Barcelona: Masson

Spielberger, et al. (1985)⁹ diferencian los conceptos de enojo, agresión y hostilidad, señalando que el enojo suele considerarse como un concepto más elemental que los otros dos; definen al enojo como “un estado emocional que incluye sentimientos que varían en intensidad desde una leve molestia o irritación hasta la furia y la ira, y que está acompañada de una excitación del sistema nervioso autónomo”. En cuanto a la hostilidad, señalan que ésta involucra enojo, y connota un complejo aparato de sentimientos y actitudes que motivan el comportamiento agresivo y usualmente vengativo o revanchista. Agregan finalmente que la agresión suele utilizarse para describir el comportamiento destructivo y punitivo, en contraste con el enojo y la hostilidad, que se refieren más bien a sentimientos y actitudes.

⁹ Spielberger, C. D., Johnson, E. H., S. F., Crane, R. J., Jacobs, G. A., y Worden, T. J. (1985) The experience and expression of anger: construction and validation of an anger expression scale. En M. A. Chesney & R. H. Rosenman (Comps.). *Anger and hostility in cardiovascular and behavioral disorders*. Cambridge: Hemisphere.

I. CONTEXTO INSTITUCIONAL

I.1. CONTEXTO DE LA INSTITUCIÓN

Durante la década de los setenta, en la facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México, se comenzó a gestar un proyecto para la creación de un centro de docencia, investigación y asistencia comunitaria que permitiera a los estudiantes de psicología del área clínica de posgrado, vincular los conocimientos teóricos obtenidos en el aula con la práctica supervisada.

En 1977 se inició formalmente la creación de centros de atención a la comunidad y en 1981, se inauguró oficialmente el Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila" el cual estuvo bajo la coordinación de la Mtra. Josette Benavides Tourres.

Los objetivos básicos que se plantearon desde su inicio fueron los siguientes:

- Ofrecer a los estudiantes de licenciatura y de posgrado un espacio para la formación clínica aplicada.
- Proporcionar al estudiante una enseñanza práctica, directa y supervisada para vincular la teoría y la práctica.
- Propiciar el desarrollo de proyectos y programas de investigación.
- Ofrecer servicios psicológicos a la comunidad universitaria y a su familia nuclear.

En la actualidad y con base en los objetivos señalados se han definido la misión y visión del CSP en los siguientes términos:¹

Misión: Contribuir a la formación y actualización del estudiante de Psicología a través de los diferentes programas y proyectos de investigación en la atención psicológica que se brinda, siendo ésta de carácter preventivo, de tratamiento y rehabilitación, certificados con calidad, excelencia y trato digno con base en la optimización de los recursos humanos, tecnológicos y materiales del Centro.

¹ Sánchez, R. (2008). Documento Interno del Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila". UNAM.

Visión: Ser en México, la sede de formación y actualización en la práctica clínica de la atención psicológica, con la mayor capacidad resolutive, al ofrecer al estudiante de psicología mayor diversidad de programas y proyectos de investigación, organizados y sistematizados, que favorezcan una formación integral de manera humanística, ética y científica, con personal académico altamente calificado y con tecnología de vanguardia para trascender a nivel nacional.

Actualmente el Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila" pertenece a la Coordinación de los Centros de Servicios a la Comunidad Universitaria y al Sector Social. El CSP está a cargo de la Psicóloga Rebeca Sánchez Monroy quien funge como Jefa del Centro, para el desarrollo de sus funciones cuenta con personal técnico y administrativo quienes apoyan en las funciones de recepción de pacientes y administración de las fuentes de datos.

I.2. OBJETIVOS DEL PROGRAMA

Para el mejor funcionamiento del CSP así como para coadyuvar en la formación práctica de los estudiantes de licenciatura y maestría, el CSP proporciona a los estudiantes que estén interesados en el área clínica, un espacio para realizar prácticas académicas y prestación de Servicio Social, dichos estudiantes participan en las siguientes actividades: aplicación de pre consultas, de instrumentos de evaluación y de historias clínicas; realización de pre diagnósticos y atención terapéutica a pacientes. Esto se realiza en un marco de colaboración y en coordinación con un grupo de académicos quienes participan en la capacitación de los estudiantes de los niveles de licenciatura y maestría que asisten a este Centro para su formación profesional.

Al realizar las prácticas académicas en el CSP pude observar que el programa posibilita a los estudiantes de Psicología que deseen realizar Servicio Social en esta institución, obtener una enseñanza práctica, directa y supervisada favoreciendo la vinculación de la teoría con la práctica profesional ya que ofrece la oportunidad de tener trato directo con una gran diversidad de pacientes que asisten al CSP en demanda de apoyo psicológico.

El Programa tiene como objetivo principal:

⇒ *Proporcionar al prestador de servicio social un escenario profesional que le permita aplicar los conocimientos y las habilidades adquiridas en su formación académica al tratamiento efectivo, eficiente y eficaz de los trastornos conductuales que aquejan a la sociedad con una actitud de responsabilidad, compromiso y alta calidad humana.*

Y como objetivos específicos:

⇒ *Identificar las deficiencias en conocimientos y habilidades clínicas a ser modeladas en el estudiante por el supervisor.*

⇒ *Confirmar, desarrollar e incrementar las habilidades clínicas (pre-consulta), entrevista de diagnóstico, entrevista de orientación, entrevista de canalización, elaboración de la nota psicológica, formulación del caso, elaboración del programa de tratamiento o plan de tratamiento, aplicación, calificación e interpretación de instrumentos psicológicos así como la integración y elaboración del reporte psicológico y de intervención psicológica (intervención en crisis, modelo de solución de problemas y toma de decisiones, así como la técnica de relajación) de acuerdo con el interés por el prestador de servicio social.*

⇒ *Confirmar, desarrollar e incrementar el conocimiento y las habilidades en el área de prevención para la elaboración de talleres con temas psicológicos identificados como principales motivos de consulta de interés para el prestador de servicio social (asertividad, duelo, autoestima, control de ansiedad, enojo, pérdida afectiva y entrenamiento en solución de problemas, entre otros) y que cumplan la función de ser una estrategia de prevención en segundo nivel.*

⇒ *Desarrollar en el estudiante la confianza en sus conocimientos y habilidades clínicas para desempeñarse como terapeuta bajo supervisión de casos individuales o como instructor en la impartición de talleres a grupos pequeños, permitiéndole la toma de decisiones terapéuticas fundamentadas teóricamente y con la supervisión requerida por éste.*

⇒ *Enseñar al estudiante a trabajar de forma organizada y sistemática, durante su servicio social, a través del manejo del expediente clínico para la obtención de información que fundamente la toma de decisiones terapéuticas.*

Durante mi estancia en el Centro observé que se recibe un promedio mensual de 400 pacientes de nuevo ingreso. El 25% de los pacientes que asisten tiene entre 20 y 30 años de edad, otro 25% lo constituyen niños menores de 12 años y el 50% restante se divide entre adolescentes y adultos de edades diversas, la mayoría de los pacientes adultos corresponde al género femenino, en tanto que la mayoría de los pacientes infantiles está constituido por varones. Del total de pacientes que acuden al CSP, aproximadamente el 30% lo hacen por presentar síntomas depresivos, lo cual tiene sentido si se considera que en México, la depresión es la causante del 12% del total de discapacidad.

Parte importante de los demandantes del servicio son integrantes de la comunidad universitaria y su familia nuclear, sin embargo, como ya se mencionó, la prestación de éste no se restringe a esta comunidad sino que se otorga a quien lo solicite. De acuerdo a lo observado una gran mayoría de los solicitantes, que no pertenece a la comunidad universitaria, proviene de las delegaciones Magdalena Contreras, Coyoacán y Tlalpan, una alta proporción de los solicitantes reportan tener bajos ingresos económicos y pertenecer a una población poco privilegiada. Los demandantes del servicio han comentado que las razones principales por lo que eligen los servicios del Centro son la alta calidad y el bajo costo del servicio.

El Centro de Servicios Psicológicos ofrece sus servicios en dos turnos, el matutino y el vespertino, el servicio para el turno matutino inicia a las 7 horas y para el turno vespertino a las 13 horas.

El procedimiento de admisión para los pacientes de primer ingreso es el siguiente:

1. Se solicita al paciente una serie de documentos para su admisión.
2. Una vez que se tienen los documentos se proporciona al paciente una ficha de admisión para su llenado en la que se le informan las condiciones del proceso de admisión. [REDACTED]
3. Cuando el paciente regresa la ficha de admisión, se revisa que ésta contenga todos los datos solicitados y se canaliza a un terapeuta para su atención. Este terapeuta recibe al paciente y en un cubículo específico

realiza la preconsulta con base en un formato preestablecido [REDACTED]. En esa misma sesión le informa al paciente en qué consisten las dos siguientes sesiones y la forma de funcionamiento del CSP.

4. Al finalizar la preconsulta se le entrega al paciente, previo pago del servicio, un carnet de citas en donde se le indica la fecha y hora de su próxima sesión, y se le informa que en dicha sesión se le aplicará una evaluación con una duración aproximada de dos horas.
5. Cuando acude a la cita el paciente entrega el pago correspondiente y su carnet de citas e ingresa a uno de los salones en donde se le aplican tres instrumentos psicológicos, al terminar la aplicación se le devuelve su carnet de citas, en donde se le indica la fecha y hora de su próxima sesión.
6. Cuando acude a su tercera cita el paciente entrega el pago correspondiente y su carnet de citas e ingresa con el terapeuta asignado a un cubículo para la realización de la historia clínica, la cual se elabora con base en un formato preestablecido. [REDACTED]
7. Posteriormente se revisa el expediente y se le asigna un terapeuta para su tratamiento o se le canaliza a otra institución.

Los documentos que deben proporcionar los pacientes de primer ingreso para ser sujetos de atención en el CSP consisten en lo siguiente:

Para pacientes adultos: original y fotocopia de los siguientes documentos.

- ⇒ Identificación oficial (credencial de IFE, cédula profesional, pasaporte, credencial de la UNAM)
- ⇒ Comprobante de domicilio (estado de cuenta bancario, de luz, de agua, de teléfono, etc.)
- ⇒ Comprobante de ingresos (comprobante de pago expedido por la empresa en que trabaja y en caso de carecer de éste, un oficio dirigido al CSP en el que explique de dónde provienen y a cuánto ascienden sus ingresos mensuales o los de la persona de quien dependa)

Los originales sirven únicamente para cotejar la información y se devuelven al paciente una vez cotejada ésta, quedando las fotocopias en el expediente que se le abre en el CSP.

Para pacientes menores de edad: original y fotocopia de los siguientes documentos del padre o tutor.

- ⇒ Identificación oficial (credencial de IFE, cédula profesional, pasaporte, credencial de la UNAM)
- ⇒ Comprobante de domicilio (estado de cuenta bancario, de luz, de agua, de teléfono, etc.)
- ⇒ Comprobante de ingresos (comprobante de pago expedido por la empresa en que trabaja y en caso de carecer de éste, un oficio dirigido al CSP en el que se explique de donde provienen y a cuánto ascienden los ingresos mensuales del padre o tutor o de la persona de quien depende)
- ⇒ Adicionalmente se solicita original y fotocopia del acta de nacimiento del paciente.

Los originales sirven únicamente para cotejar la información y se devuelven al padre o tutor una vez cotejada ésta, quedando las fotocopias en el expediente que se le abre en el CSP.

II. ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL SERVICIO SOCIAL

En este capítulo se hará una breve descripción de las actividades realizadas durante la prestación del servicio social.

II.1. APOYAR EN LA RECEPCIÓN DE PACIENTES.

El primer contacto que el paciente tiene con el servicio se da, es en el área de recepción, por ello es de primordial importancia que el prestador de servicio social adquiera y practique la sensibilidad que se requiere tener con los pacientes en su primer contacto. Las actividades consistieron en: proporcionar a los usuarios que asisten al CSP la información requerida para su admisión y orientarlos en el llenado de la ficha de admisión; asignar las pre consultas y las historias clínicas a los profesores, a los estudiantes de maestría y licenciatura verificando que éstas se realicen en tiempo y forma y; registrar los nuevos ingresos, las pre consultas y las historias clínicas en los formatos establecidos.

II.2. REALIZAR PRECONSULTAS.

El tipo de entrevista que se realiza en el CSP es diagnóstica ya que su objetivo consiste en identificar el problema y determinar el grado de conducta desadaptada mediante la recopilación de datos; individual porque se aplica a una sola persona; y mixta porque aunque se realiza siguiendo un formato predeterminado, la entrevista es libre permitiendo al entrevistado determinar hasta cierto punto el ritmo de ésta. El tiempo promedio que se emplea para su realización es de 45 minutos.

La preconsulta se realiza en un formato que contiene los siguientes apartados:

1. Datos generales del paciente.
2. Familiograma.
3. Descripción del problema. Como lo ve el paciente y el entrevistador.
4. Estrategia de solución. Se refiere a las acciones que el paciente ha realizado en un intento por solucionar su problemática.
5. Áreas afectadas por el problema.

6. Problemas presentados durante la sesión. Se refiere a situaciones específicas que pudieron interferir con la realización de la preconsulta.
7. Soluciones adoptadas. Por el entrevistador para solventar estas situaciones.

La elaboración de pre consultas posibilita que el prestador de servicio social adquiera la habilidad necesaria que le permita identificar el problema que motiva al paciente a solicitar apoyo psicológico. Durante el servicio social realice un total de 43 pre consultas, las cuales se enlistan a continuación.

| No | Expediente | Motivo de consulta | Edad | Sexo |
|----|------------|----------------------------------|---------|-----------|
| 1 | 100637 | Falta de integración | 15 años | Masculino |
| 2 | 100657 | Problemas de adaptación | 12 años | Masculino |
| 3 | 100659 | Problemas con su pareja | 43 años | Femenino |
| 4 | 100690 | Baja autoestima | 34 años | Masculino |
| 5 | 100749 | Inseguridad | 16 años | Masculino |
| 6 | 100751 | Falta de habilidades sociales | 14 años | Masculino |
| 7 | 100757 | Depresión | 27 años | Femenino |
| 8 | 100768 | Abuso sexual | 23 años | Femenino |
| 9 | 100793 | Problemas de pareja | 27 años | Masculino |
| 10 | 100798 | Conductas alimenticias de riesgo | 13 años | Masculino |
| 11 | 100800 | Depresión | 26 años | Masculino |
| 12 | 100325 | Problemas parentales | 16 años | femenino |
| 13 | 100342 | Dolor crónico | 42 años | Femenino |
| 14 | 100367 | Depresión | 25 años | Masculino |
| 15 | 100384 | Duelo | 32 años | Femenino |
| 16 | 100385 | Depresión | 14 años | Masculino |
| 17 | 100387 | Ansiedad generalizada | 27 años | Femenino |
| 18 | 100403 | Violación | 24 años | Femenino |

| | | | | |
|----|--------|---------------------------------------|---------|-----------|
| 19 | 100464 | Ansiedad | 39 años | Masculino |
| 20 | 100519 | Obsesivo | 8 años | Masculino |
| 21 | 100897 | Depresión | 28 años | Femenino |
| 22 | 100979 | Problemas parentales | 30 años | Masculino |
| 23 | 101074 | Ansiedad | 6 años | Masculino |
| 24 | 101087 | Falta de toma de decisiones | 34 años | Masculino |
| 25 | 101092 | Falta de comunicación familiar | 15 años | Masculino |
| 26 | 101192 | Problemas de conducta | 8 años | Masculino |
| 27 | 101193 | Dudas sobre sus preferencias sexuales | 18 años | Masculino |
| 28 | 101219 | Ansiedad, depresión | 38 años | Masculino |
| 29 | 101246 | Enojo | 13 años | Masculino |
| 30 | 101263 | Problemas alimenticios | 12 años | Masculino |
| 31 | 101325 | T.D.A. | 7 años | Masculino |
| 32 | 101339 | Distimia | 41 años | Masculino |
| 33 | 101358 | Problemas de conducta | 14 años | Masculino |
| 34 | 101455 | Violencia intrafamiliar | 65 años | Femenino |
| 35 | 101475 | Duelo | 46 años | Femenino |
| 36 | 101515 | Enojo | 5 años | Masculino |
| 37 | 101558 | Agresión | 8 años | Masculino |
| 38 | 101619 | Problemas con su pareja | 36 años | masculino |
| 39 | 101773 | Síntomas depresivos | 25 años | Masculino |
| 40 | 101787 | Ansiedad | 20 años | Masculino |
| 41 | 101829 | Falta de asertividad | 15 años | Femenino |
| 42 | 101825 | Duelo | 10 años | Masculino |
| 43 | 101918 | Valoración | 12 años | Masculino |

II.3. REALIZAR HISTORIAS CLÍNICAS.

El formato que se utiliza en el CSP para la historia clínica se encuentra dividido en siete apartados:

1. Ficha de identificación. Contiene los generales del paciente.
2. Motivo de consulta. Se refiere a las circunstancias y razones que motivaron al paciente a solicitar apoyo psicológico.
3. Antecedentes heredo familiares. En este apartado se describen las condiciones generales, peculiaridades culturales, sociales y familiares que caracterizan el medio en que nació el paciente, debe incluir un relato de las actitudes y características de la familia y sus miembros.
4. Periodo del desarrollo. Se refiere al periodo que abarca desde la gestación hasta la vida adulta.
5. Patrones de ajuste adultos. Se consideran los patrones académicos, de trabajo y de salud; los ajustes afectivos y emocionales; el desarrollo sexual; los ajustes sociales, recreativos y culturales y la dinámica familiar.
6. Examen mental. Se describen los datos principales sobre la personalidad del paciente, la forma en que se conduce en la vida diaria, y su capacidad de insight.²
7. Información del examinador. Se describen los sentimientos y reacciones del entrevistador hacia el paciente y la información técnica de la entrevista.

La razón básica para elaborar la historia clínica es recolectar los datos que le permitan al entrevistador conocer de qué manera se fue desarrollando el problema y cuáles fueron los factores médicos, familiares y sociales que influyeron en su aparición.

La elaboración de historias clínicas posibilita al prestador de servicio social comprender y valorar la importancia de contar con la información suficiente que le permita realizar un diagnóstico correcto y de esa manera estar en posibilidad de aplicar la técnica terapéutica más adecuada al paciente y a su problemática

² Es el grado en el cual el paciente se da cuenta de que está enfermo, reconoce la naturaleza de su enfermedad y entiende los factores dinámicos especiales que han actuado en su producción. Para determinar el grado de insight del paciente es conveniente preguntarle si ha notado algún cambio en él mismo, en su perspectiva de la vida, en sus sentimientos, en sus intereses, en su memoria o en su forma de pensar. Se trata de investigar si el paciente desea que lo ayuden y de determinar que tentativas ha hecho por sí mismo para ajustarse a la situación.

en particular. Durante el servicio social realice un total de 28 historias clínicas, las cuales se enlistan a continuación.

| No. | Expediente | Motivo de consulta | Edad | Sexo |
|-----|------------|-------------------------------|---------|-----------|
| 1 | 100044 | Vómito provocado | 4 años | Femenino |
| 2 | 100186 | Agresivo | 8 años | Masculino |
| 3 | 100629 | Depresión | 26 años | Femenino |
| 4 | 100702 | Depresión | 24 años | Femenino |
| 5 | 100756 | Depresión | 21 años | Masculino |
| 6 | 100830 | Evaluación integral | 16 años | Masculino |
| 7 | 100338 | Codependencia | 65 años | Femenino |
| 8 | 100341 | Depresión | 21 años | Masculino |
| 9 | 100403 | Violación | 24 años | Femenino |
| 10 | 100459 | Falta de habilidades sociales | 30 años | Femenino |
| 11 | 100521 | Control enojo | 20 años | Masculino |
| 12 | 100583 | Maltrato intrafamiliar | 64 años | Femenino |
| 13 | 100879 | Ansiedad | 35 años | Masculino |
| 14 | 100897 | Depresión | 28 años | Femenino |
| 15 | 100954 | Depresión | 59 años | Femenino |
| 16 | 101091 | Problemas de pareja | 27 años | Masculino |
| 17 | 101105 | Enojo | 19 años | Femenino |
| 18 | 101133 | Celos | 43 años | Masculino |
| 19 | 101191 | Baja autoestima | 30 años | Femenino |
| 20 | 101296 | Problemas parentales | 19 años | Masculino |
| 21 | 101323 | Falta de habilidades sociales | 28 años | Masculino |
| 22 | 101395 | Enojo | 20 años | Masculino |

| | | | | |
|----|--------|--------------------|---------|-----------|
| 23 | 101400 | Autoestima | 20 años | Femenino |
| 24 | 101416 | Desinterés escolar | 12 años | Masculino |
| 25 | 101427 | Agresión | 7 años | Masculino |
| 26 | 101463 | Agresión | 14 años | Masculino |
| 27 | 101586 | Ansiedad | 4 años | Femenino |
| 28 | 101648 | Ansiedad/celos | 37 años | Masculino |

II.4. APLICAR, CALIFICAR E INTERPRETAR INSTRUMENTOS PSICOLÓGICOS.

En el CSP se aplican el Inventario de Depresión de Beck, el Inventario de Ansiedad de Beck y el Inventario multifásico de la personalidad Minnesota-2 a la mayoría de los pacientes que asisten a solicitar el servicio. El prestador de servicio social tiene la responsabilidad de calificar e interpretar los instrumentos que le fueron aplicados a los pacientes que le sean asignados para su tratamiento y en el caso de que lo considere necesario deberá aplicar los instrumentos adicionales que crea conveniente para obtener un mejor diagnóstico. Durante mi estancia en el CSP calificué e interpreté los instrumentos psicológicos de los tres pacientes que me fueron asignados para terapia individual, así como de los ocho que me fueron asignados para terapia grupal.

II.5. SUPERVISAR A LOS ALUMNOS DE QUINTO Y SÉPTIMO SEMESTRE QUE REALIZAN SUS PRÁCTICAS PROFESIONALES EN EL CSP.

En este rubro se realizaron las siguientes actividades:

1. Capacitar a los alumnos en la realización de pre consultas e historias clínicas a través de la observación directa.
2. Administrar la asignación de pre consultas e historias clínicas de conformidad con las necesidades del CSP, de los profesores y de los estudiantes de maestría y licenciatura, procurando que estos últimos

cumplan con el número de tareas exigidas por sus profesores del área teórica.

3. Supervisar a los alumnos en la realización de pre consultas e historias clínicas asistiendo con ellos cuando las llevan a cabo.
4. Revisar las pre consultas e historias clínicas realizadas por los alumnos y proporcionar asesoría a quien lo solicite.
5. Capacitar a los alumnos en la aplicación, calificación e interpretación de los instrumentos de evaluación.

II.6. ASISTIR A TALLERES DE FORMACIÓN EN LA PRÁCTICA

Una forma de adquirir la destreza que se requiere en el tratamiento de pacientes, es asistir a los talleres de formación en la práctica cuyo contenido se apegue a las necesidades de atención de los pacientes del CSP. Asistí a los siguientes talleres:

- a) "ENTRENAMIENTO TEÓRICO-PRÁCTICO EN TERAPIAS NARRATIVAS Y POSTMODERNAS" impartido por el Dr. Gilberto Limón Arce.

La bibliografía consultada fue:

Beyebach, M (1993). *Introducción a la terapia breve centrada en soluciones*. Tesis doctoral. Universidad Pontificia de Salamanca.

Sluzki, C (1984) *Terapia familiar como construcción de realidades alternativas*. Transcripción editada de la conferencia pronunciada en el Segundo Encuentro Nacional de Terapia Familiar Sistémica. Santa Fe, Argentina.

Limón, G. compilador. (2005). *Terapias postmodernas*. México: Pax.

Limón, G. (2005). *El giro interpretativo en psicoterapia*. México: Pax.

- b) INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA PARA LA ELABORACIÓN Y RESOLUCIÓN DE DUELO, impartido por la Mtra. Beatriz Glowinsky Kotlar.

La bibliografía consultada fue:

Lorraine, S. compilador. (1992). *Agonía muerte y duelo*. México: El Manual Moderno

O'Connor, N. (2010). *Déjalos ir con amor*. México: Trillas

Kübler-Ross, E. (2006). *Sobre la muerte y los moribundos*. México: Debolsillo.

- c) AUTOESTIMA Y ASERTIVIDAD, impartido por la Lic. Guadalupe Tovar Navarro.

La bibliografía consultada fue:

Ángel, J. (2002) *Autoestima*. México: Programación Mental Positiva.

Branden, N. (1997) *Los seis pilares de la autoestima*. México: Paidós

Castanyer Mayer, S.O (1997) *La asertividad, expresión de una sana autoestima*. Madrid: Descleé de Brouwer. Serie Serendipity.

Ellis, A. (2000). *Manual de terapia racional emotiva*. Madrid: Descleé de Brouwer.

II.7. PROPORCIONAR TERAPIA INDIVIDUAL.

Con objeto de que el prestador de servicio social otorgue un servicio a su comunidad y aplique los conocimientos y habilidades adquiridas en su formación académica, la Jefa del Centro le asigna para su tratamiento a un determinado número de pacientes conforme a las habilidades del prestador y a las necesidades del CSP. Para la atención adecuada de los pacientes el prestador debe elaborar un pre diagnóstico basado en la preconsulta, la historia clínica y los instrumentos psicológicos que se le aplicaron al paciente; con base en este pre diagnóstico determina el tipo de terapia que mejor se adapta a las condiciones y necesidades del paciente y lo consulta con la Jefa del Centro quien le proporciona la asesoría necesaria para la aplicación de la terapia.

Durante mi estancia en el Centro proporcione terapia individual a tres pacientes.

a) Nombre: G.A.Z.G.

Expediente:100958

Edad: 23 años

Sexo: Masculino

Escolaridad: Pasante de Ingeniería

Ocupación: Estudiante

MOTIVO DE CONSULTA

El paciente refiere presentar episodios de ansiedad muy fuertes con síntomas como hormigueo en extremidades, dolor en el pecho, agitación, falta de aire, dolor abdominal y dolor de cabeza.

Ha estado en el servicio de urgencias en varias ocasiones por este motivo, después de los estudios pertinentes y de haber descartado alguna posible enfermedad, el Doctor. que lo atendió le sugirió que asistiera a terapia psicológica por no encontrar ninguna causa a su sintomatología.

Dx. Ansiedad

Forma de intervención

Cognitivo-Conductual, el modelo presenta muchos beneficios para el paciente debido a que es un modelo de intervención breve el cual aporta resultados en corto tiempo, además de proporcionarle al paciente herramientas que podrá seguir utilizando a corto, mediano y largo plazo.

Técnica Aplicada: Relajación diafrágica y Relajación muscular progresiva.

Modalidad de Tratamiento: Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC), se utilizó como material básico el libro *Teoría y Práctica de la Terapia Racional Emotiva Conductual* de Lega, Caballo y Ellis³

Durante este periodo se realizaron doce sesiones en las cuales se trabajó con técnicas de relajación y registro de pensamientos disfuncionales. El paciente evolucionó satisfactoriamente, logró cada semana ir reduciendo los eventos estresantes y desencadenantes de estados de ansiedad, así como ir

³ Lega, L. I., Caballo, V.E. y Ellis, A. (1998). *Teoría y Práctica de la Terapia Racional Emotiva Conductual*. México: Siglo XXI.

reconociendo que eran sus propios pensamientos los que producían que dichos estados de ansiedad fueran en aumento.

Al lograr identificar que sus pensamientos catastróficos y estresantes producían un aumento en su nivel de ansiedad, también le fue posible comprender que él podía controlar sus síntomas para modificar la respuesta somática.

b) Nombre: M.E.A.M.

Expediente: 100146

Edad: 13 años

Sexo: Femenino

Estado civil: Soltera

Escolaridad: Secundaria

Ocupación: Estudiante

MOTIVO DE CONSULTA

La paciente refiere que su hermana de 10 años murió de leucemia, fue una muerte repentina y a partir de esto se encuentra muy triste, no puede dormir, ha perdido el apetito, se siente enojada porque se fue su hermana.

Dejo de asistir a la escuela durante más de 15 días porque no quiere dejar sola a su mamá (se queda a cuidarla).

Manifiesta sentir temor a morir como su hermana, debido a que la menor se encontraba aparentemente sana y de pronto enfermo y murió en muy corto tiempo.

Dx: Proceso de duelo

Forma de intervención

Cognitivo-Conductual, el modelo presenta muchos beneficios para el paciente debido a que es un modelo de intervención breve el cual aporta resultados en corto tiempo, además de proporcionarle al paciente herramientas que podrá seguir utilizando a corto, mediano y largo plazo.

Técnica empleada

Relajación por respiración diafragmática y relajación dirigida, técnicas de Gestalt basado en el Seminario "Intervención terapéutica para la elaboración y resolución de duelo" impartido por la Mtra. Beatriz Glowinsky Kotlar. Se consultaron los libros *Déjalos ir con amor* de Nancy O'Connor⁴ y *Sobre la Muerte y los Moribundos* de Elisabeth Kübler-Ross.⁵

SESIÓN 1

Cognitiva

Objetivos:

- Eliminar barreras que puedan interferir con la empatía de la paciente..
- Disminuir la ansiedad
- Confidencialidad
- Expresar la pérdida con todos sus detalles

SESIÓN 2

Emocional

Objetivos:

Lograr actualizar las pérdidas (traer al aquí y al ahora) para lograr de una forma más intensa identificar y expresar sus emociones.

Una sesión es cognitiva y otra es emocional esto para que cuando se trabaje la parte emocional a la siguiente sesión se aterricen y se vea con la parte cognitiva.

1ª sesión fue más cognitiva que emocional. En esta sesión se trata de apoyar y ayudar a las expresiones de dolor e invitarla a ser sincera, se le da tiempo para expresarse.

⁴ O'Connor, N. (2010). *Déjalos ir con amor*. México: Trillas.

⁵ Kübler-Ross, E. (2006). *Sobre la Muerte y los Moribundos*. México: Debolsillo.

En esta sesión se le da la bienvenida.

Se le habla de la importancia de que para poder recuperarse y volver a funcionar adecuadamente ante el dolor es necesario:

1° Darse cuenta y reconocer sus emociones y posteriormente

2° Darse permiso para sentirlos, vivirlos y expresarlos y que esto le ayudará a lograr restablecer su equilibrio, y con ello lograr una mejor adaptación a la nueva forma de vida.

Poder expresar su dolor y esto es muy reparador.

Cuando se reprime el dolor, además del dolor se le agrega la carga de presiones de los “deberías” que hunde más al paciente.

SESIÓN 3

Objetivo

Se trata de una sesión cognitiva donde la participante reconocerá de qué se dio cuenta o qué cambios ha experimentado a partir de reconocer las emociones manifestadas la sesión pasada. También buscamos que la paciente reconozca los nuevos roles que ha cubierto en el cambio de estructura pues la persona que murió era parte de su sistema interno y externo y qué sentimientos se asocian a ello; se inducirá a esta reflexión a través de un cuestionario.

1) Describe qué sientes frente a la pérdida

2) Describe cómo te sientes acerca de ti mismo(a)

3) ¿ Lograré sobrevivir frente a ésta pérdida?

4) ¿Está bien que siga adelante con mi vida?

5) ¿Puedo lograr ser feliz nuevamente a pesar de haber perdido a alguien tan importante?

Una vez que termine con el cuestionario se le invita a compartir la experiencia. Es importante invitarla a que sea franca y abierta), transmitirle la idea de que el lograr abrirse a sus emociones y sentimientos, le permitirá procesar la información, dejarla ir, y con ello lograr su recuperación.

SESIÓN 4

Emotiva vivencial

Objetivo:

-Contactar con sus sentimientos

Lograr comunicarse con su dolor.

1.- Se le hablará

2.- Se le escuchará

-Descargar sentimientos que obstaculizan su desarrollo personal

Se va a emplear la terapia de la "silla vacía" o "silla caliente"

MATERIAL

Un aparato de música suave de relajación

INSTRUCCIONES

La consigna es hablarle a tu dolor que se encuentra en la silla frente a ti, se le ayuda a expresarse, primero qué es lo que piensas y sientes, y qué le quieres decir, qué impacto tiene el dolor en tu vida, etc. Cuando pienses que has terminado, puedes examinar si es todo lo que le quieres decir o quisieras decirle algo más. Una vez que hayas exteriorizado todo lo que tengas que decirle, tomarás el lugar del dolor, y harás como si el dolor le contestara a las preguntas y reclamos que le haya hecho, si es necesario se repetirá este intercambio.

Se hará un ejercicio de relajación, toma una posición cómoda, se pone música suave de fondo y se llevan a cabo ejercicios de respiración.

Ahora vamos a hacer una respiración que llamamos de paz, ésta es una respiración especial, que le dirá a tu cuerpo y mente, que es tiempo de estar en paz.

Se intentará lograr una relajación profunda.

Cuando te sientas totalmente relajada, toma un tiempo para disfrutar esta sensación de paz, siéntelo en cada parte de tu cuerpo.

Ahora que te encuentras en este estado de tranquilidad y relajación, permite a tu dolor que te acompañe, ya no es ese dolor profundo, que te lastimaba, ahora es una parte natural de la vida, ahora puedes estar en paz con esa pena, así como estás en paz con tu cuerpo, continúa respirando....permite a tu imaginación, crear una nueva vida, y mientras respiras, repítete a ti misma "Lograré mis sueños".....y aumenta lo que TU deseas decirle.

Mientras finalizas este ejercicio te darás cuenta de que te sientes renovada, ya que tuviste un momento de paz, te sentirás relajada y con mucha más energía, tendrás una sensación de bienestar y una visión diferente de tu vida.

Cuando así lo deseas, puedes regresar a este estado de paz utilizando la respiración de paz, mientras cuento del 5 al 1, abrirás tus ojos y estarás nuevamente en el aquí y el ahora...5...4...3...2...1.

Se le invita a compartir la experiencia.

SESIÓN 5

Se invitará a comentar cómo se ha sentido durante la semana, si ha habido cambios en la percepción de su realidad y cuáles han sido éstos.

El objetivo será redescubrirse quién es realmente, y reencontrarse nuevamente sin la compañía de su ser querido.

INSTRUCCIONES

En la hoja de papel describe tu propia identidad en varios puntos por separado: Pasado, presente y futuro. Piensa profundamente acerca de este ejercicio, y reflexiona en tus respuestas. Se descriptiva y específica:

¿Quién fui yo?

¿Quién soy yo?

¿Quién quiero llegar a ser?

¿A quién le puedo pedir ayuda?

Se le entregan las hojas y los lápices, y se le pide que escriba las repuestas de cada una de las preguntas.

Una vez desarrollada la reflexión, se le invita a compartirla. Darle el

mensaje de que ahora es tiempo de descubrir qué es lo que ella realmente espera de la vida, y con ello lograr darle un nuevo sentido a su vida y lograr alcanzar sus propias metas.

Generalmente existen dificultades para lograr los nuevos ajustes de la vida, y frecuentemente, los dolientes continúan viviendo en un patrón semejante a la vida anterior, antes de que falleciera su ser querido, muchas veces se vuelven renuentes a asumir nuevos roles o a establecer cambios necesarios, es importante transmitirles la idea de que es necesario llevar a cabo una nueva reestructuración.

SESIÓN 6

Esta sesión será enfocada a los adioses Y a la solución de asuntos inconclusos.

MATERIALES:

Un aparato de música, con música suave de relajación.

Se inicia con el ejercicio de relajación que se utilizó en la cuarta sesión, con música de fondo suave para acompañar la meditación guiada. Se iniciará buscando una posición cómoda y cerrando los ojos, se comienza con la respiración y la relajación. Una vez logrado este paso, se dan las siguientes instrucciones:

Visualiza a tu hermana sentada frente a ti, tómate cierto tiempo para verla sentada frente a ti y toma contacto con ella ¿Cómo está sentada?....¿En dónde se encuentra?....¿Qué está usando?...¿Qué tipo de expresión facial tiene?....Nota todos los detalles alrededor de ella....¿Cómo te sientes?Comienza ahora a ser completamente sincera con ella. Cuéntale todas las cosas que nunca le dijiste, como si le estuvieras hablando ahora. Dile todo lo que te viene a la mente: resentimientos, ira, amor, dolor, soledad, palabras y sentimientos que no hayas expresado, preguntas que nunca formulaste, etc. Asegúrate de estar en contacto con ella mientras lo haces, tómate un tiempo para hacerlo.....

Ahora conviértete en ella..... ¿Qué te responde a lo que le acabas de decir?.....Toma conciencia de cómo te sientes mientras te

responde.....¿Cómo se siente con respecto a ti?.....

¿ Cuáles son las respuestas que te da?.....

Cambia puestos nuevamente y vuelve a ser tú misma..... ¿ Cómo respondes a lo que te acaba de decir?.....¿Qué le puedes decir?....Dile cómo te sientes hacia ella, y dile lo que piensas....Dile qué necesitas y quieres de ella, tómate cierto tiempo para decirle exactamente lo que deseas decir, y específicamente qué quieres que haga por ti, y toma conciencia de cómo te sientes y dile lo que aprecias de ella.....

Sigue por tu cuenta algún tiempo, alternando entre ser tú y tu hermana presta atención a lo que sucede en esta interacción y sé explícita, clarifica y profundiza cualquier situación. Una vez que sientas que has terminado, despídete lentamente, de ella, y poco a poco vuelve a este lugar, cuando tú quieras abre los ojos.

Se hace un trabajo de cierre, se le invita a que compartir su experiencia.

Al final, se deja un mensaje con la idea de que, cuando alguien muere, esta persona, continúa existiendo a través del recuerdo y la fantasía, como si estuviera viva todavía, y que ahora es el momento de seguir recordándola de una forma diferente.

Se pedirá escribir una carta dirigida a su hermana, como ella la llamaba en vida, es una carta del adiós, qué le hubiera gustado decirle y no tuvo la oportunidad de hacerlo, el propósito que tiene esta carta es el de expresar sus sentimientos y su dolor directamente, decirle si es que hay algo de lo se arrepiente, y como qué pudo ser diferente, si lo deseas puedes darle las gracias por lo que en vida recibiste de ella, y lo que siempre recordarás. Puedes darle permiso de estar muerta, comparte tus esperanzas y tu visión de la vida que vivirás ahora, después de su partida, no te guardes nada. Una vez terminada la carta la firmas como solía hacerlo, como ella solía llamarte. La próxima sesión traerás la carta, y una foto de tu ser querido.

SESIÓN: 7

Se trabajarán nuevamente con los adioses.

Plantear objetivos y metas.

Se abre la sesión recordándole que ésta es la penúltima sesión, y que sólo

tiene una sesión más después de ésta, por lo tanto, esta sesión se centrará en la oportunidad de poder compartir asuntos inconclusos.

Se le invitará a leer la carta, y mostrar la foto como la primera vez.

Es importante dar el mensaje de que es muy doloroso soltar las ataduras emocionales que son parte de su vida, y que se han perdido, y que a veces existe un pensamiento de deslealtad por el simple hecho de seguir viviendo y soltar las ligas emocionales, sin embargo si se quiere lograr nuevamente el equilibrio, es necesario hacerlo. Es necesario soltar las ataduras con ella que ya no está, con ella que se fue, ahora es tiempo de darse permiso de reorientar tu vida hacia nuevas direcciones, y es entender que esa persona tan querida que se fue, podrá acompañarte cuando así lo desees, pero de una forma diferente. Darte permiso de reorientar tu vida hacia nuevas direcciones.

Se finaliza la sesión diciéndole que se puede llevar la carta con ella, y cuándo así lo desee, puede volver a leerla, también, si quiere compartirla con alguien más, le ayudará a poder seguir diciendo adiós.

SESIÓN: 8

Cierre del trabajo sobre el proceso de duelo. Metas y proyectos.

MATERIALES:

Hojas de papel, lápices o plumas. Una caja de metal o de algún material no flameable, flores que se utilizarán al final de esta sesión.

Se inicia la sesión recordándole que esta es la última sesión. Se le pide que comparta cómo ha sido el proceso de trabajo, qué es lo que ha cambiado en su vida, en sus pensamientos, en sus acciones, y cómo se siente con la idea de la terminación del proceso.

Se le da hojas y pluma y se le pide que le escriba en una hoja, algo a su hermana, algún pensamiento, alguna reflexión de despedida. En otra página que escriba sus metas y sus proyectos a realizar a corto y mediano plazo.

Pasará al frente y le prenderá fuego, a la hoja que le escribió a su hermana, una vez que se consuma, dejará una flor junto a las cenizas de ésta. La hoja que escribió con sus proyectos, se la llevará con ella y la leerá cuando así lo desee.

Se cerrará la sesión con un pensamiento positivo, conectado con el presente, y con la posibilidad de utilizar el aprendizaje de esta experiencia para su futuro.

c) Nombre: M.G.H.

Expediente:100741

Edad: 43 años

Sexo: Femenina

Estado civil: casada

Escolaridad: Bachillerato

Ocupación: Empleada doméstica

MOTIVO DE CONSULTA

La paciente asiste al C.S.P. porque refiere sentirse insatisfecha con su persona, menciona no estar a gusto con su imagen ni lo que refleja.

En ocasiones se siente rechazada por los demás y confiesa que no sabe si esto es real o es algo que ella percibe.

Comenta que en ocasiones piensa que todo lo que le pasa es culpa suya porque no se considera una persona inteligente, tiene un pobre concepto de sí misma.

Dx. Baja autoestima

Forma de Intervención

Cognitivo-Conductual, el modelo presenta muchos beneficios para el paciente debido a que es un modelo de intervención breve el cual aporta resultados en corto tiempo, además de proporcionarle al paciente herramientas que podrá seguir utilizando a corto, mediano y largo plazo.

Modalidad de tratamiento

Programa de Autoestima y Asertividad, basado en el manual *Autoestima y Asertividad* de Graciela Bello Espinosa ⁶cuyo objetivo es proporcionar al paciente una serie de actividades que propicien el análisis, la reflexión, la expresión de pensamientos y sentimientos para favorecer el autoconocimiento, la autoaceptación y autovaloración positiva, así como propiciar conductas asertivas que le ofrezcan la posibilidad de reforzar su autoestima

II.8. PARTICIPAR COMO OBSERVADORA EN TERAPIAS GRUPALES

Previo a la realización de la terapia grupal es requisito asistir como observador y de ser posible como coterapeuta en una terapia grupal que tenga como mínimo una duración de 12 sesiones y que sea realizada por un profesor con amplia experiencia en la atención de pacientes en este tipo de terapia. Para cumplir con este requisito asistí como observadora y coterapeuta a la terapia de grupo; la cual tuvo una duración de 18 sesiones. El taller se llama "INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA PARA LA ELABORACIÓN Y RESOLUCIÓN DE DUELO", impartido por la Mtra. Beatriz Glowinsky Kotlar.

La bibliografía consultada fue:

Lorraine, S. compilador. (1992). *Agonía muerte y duelo*. México: El Manual Moderno

O'Connor, N. (2010). *Déjalos ir con amor*. México: Trillas

Kübler-Ross, E. (2006). *Sobre la muerte y los moribundos*. México: Debolsillo.

II.9. REALIZAR TERAPIAS GRUPALES.

Considerando la alta demanda que existe de atención psicológica y las ventajas que para algunos pacientes significa la terapia grupal, el CSP proporciona este tipo de terapia a los pacientes que de acuerdo a su problemática lo requieran. Durante su estancia en el Centro el prestador de

⁶ Bello E, G., (2007), *Autoestima y Asertividad*, Universidad Nacional Autónoma de México.

servicio social tiene el compromiso de actuar como terapeuta en una terapia de grupo con objeto de poner en práctica los conocimientos teóricos y adquirir las habilidades que se requieren en la terapia grupal. Durante mi estancia, la Jefa del Centro me asignó la realización de una terapia grupal para pacientes que presentaban dificultad para controlar su enojo, la cual tuvo una asistencia inicial de ocho participantes y una duración de diez sesiones.

Del procedimiento y los resultados obtenidos en la terapia grupal se desprende el informe.

III. SOPORTE TEÓRICO

La terapia objeto de este informe se impartió a un grupo conformado por tres hombres y cinco mujeres con edades entre los 25 y 50 años que presentaban dificultad para controlar su enojo. Previa a la realización de la terapia se hizo una revisión de los enfoques que se emplean para la prevención y el tratamiento del enojo y se optó por trabajar con el enfoque cognitivo-conductual.

Los tratamientos basados en la psicoterapia cognitiva-conductual se consideran tratamientos eficaces y de tiempo limitado para los problemas relacionados con el enojo (Beck & Fernández, 1998; Deffenbacher, 1996; Trafate, 1995).⁷

III.1. ENOJO

III.1.1. Definición de Enojo

Resulta indispensable definir el fenómeno del enojo, sin embargo, debido al sinnúmero de definiciones que se pueden encontrar en la literatura esto no resulta una tarea fácil, por ello se darán algunas definiciones que resultan importantes para este reporte.

En el más general de los sentidos, el enojo es un sentimiento o emoción que abarca desde la irritación leve hasta la furia y rabia intensas. El enojo es

⁷ Beck, R., y Fernández, E. (1998). Cognitive behavioral therapy in the treatment of anger: A metanálisis. *Cognitive Therapy and Research*.
Deffenbacher, J.L. (1996). Cognitiva-Conductual aplicada a la reducción del enojo. En: Dobson, K.S., y Craig, K.D: *Avances en Terapia Cognitivo-Conductual*. Thousand Oaks, CA: Sage Publicaciones.
Trafate, R.C. (1995). Evaluación de tratamientos estratégicos para desordenes de enojo en adultos. En: Kassino, H. *Desordenes Enojo: Definición, Diagnostico y Tratamiento*. Washinton, DC: Taylor y Francis.

una respuesta natural a las situaciones en las cuales nos sentimos amenazados, creemos que estamos a riesgo de sufrir daños, o pensamos que otra persona nos ha causado daño innecesariamente. También podemos enojarnos cuando sentimos que otra persona, como un niño o alguien cercano a nosotros está siendo amenazado o está sufriendo un daño. Además, el enojo puede ser resultado de la frustración cuando nuestras necesidades no están siendo satisfechas y nuestros deseos y metas no se están cumpliendo. Cuando nos enojamos podemos perder la paciencia y actuar de manera impulsiva, agresiva o violenta.

Muchas personas confunden con frecuencia el enojo con la agresión. La agresión es una *conducta* dirigida a causar daño a otra persona o a una propiedad. Esta conducta puede incluir abuso verbal, amenazas o acciones violentas. El enojo, por su lado, es una *emoción* y no conduce necesariamente a la agresión. Por lo tanto, una persona puede enojarse sin llegar a actuar de manera agresiva.

Un término relacionado con el enojo y la agresión es la hostilidad. La hostilidad comprende una compleja colección de actitudes y juicios que suscitan conductas agresivas. Mientras que el enojo es una emoción y la agresión es una conducta, la hostilidad es una actitud que implica desagrado por los demás y una evaluación negativa de ellos.

¿Cuándo se convierte el enojo en un problema?

El enojo se convierte en un problema cuando ese enojo se siente con demasiada intensidad, con demasiada frecuencia o se expresa de manera inapropiada. El sentirse enojado intensa o frecuentemente causa extremado estrés físico en el cuerpo. Durante episodios prolongados y frecuentes de enojo, ciertas áreas del sistema nervioso se activan intensamente. Como consecuencia, la presión sanguínea y el ritmo cardíaco aumentan y se mantienen elevados por períodos prolongados. Este estrés en el cuerpo puede ocasionar muchos problemas de salud, tales como la hipertensión, las cardiopatías y una disminución en la eficiencia del sistema inmunológico.

Por tanto, desde el punto de vista de la salud, el interés en evitar las enfermedades físicas puede convertirse en una motivación para controlar el enojo.

Otra poderosa razón para controlar el enojo se relaciona con las consecuencias negativas que resultan de la expresión inapropiada del enojo. Llevado a un extremo, el enojo puede conducir a la violencia o a la agresión física, lo cual puede ocasionar un sinnúmero de consecuencias negativas, tales como el ser arrestado o encarcelado, resultar herido, ser sujeto a revanchas, perder a seres queridos, ser expulsado de un programa de tratamiento contra el abuso de sustancias o de un programa de servicio social, o inclusive tener sentimientos de culpa, vergüenza o arrepentimiento.

Aún cuando el enojo no lleve a la violencia, las expresiones inapropiadas del enojo, tales como el abuso verbal o la conducta amenazadora o agresiva, con frecuencia tienen consecuencias negativas. Por ejemplo, es posible que los demás sientan miedo, resentimiento y falta de confianza hacia las personas que los someten a explosiones de enojo. Esto, a su vez, puede causar la alienación de esas personas con otros individuos, tales como familiares, amigos y colegas de trabajo.

Kassinove (2005)⁸ define al enojo como un estado emocional negativo y fenomenológico, asociado a una distorsión cognitiva, a deficiencias conductuales reforzados por el ambiente y cambios fisiológicos. Esta emoción es negativa debido al malestar que se experimenta por la experiencia subjetiva, las consecuencias y la percepción social.

Por su parte Berkowitz (1996)⁹ menciona que el enojo es un conjunto particular de sentimientos que surgen de una gran parte de reacciones psicológicas internas y de las expresiones emocionales involuntarias (cambios faciales, pensamientos, reacciones motoras) estos factores sensoriales se combinan en la mente de la persona para formar la experiencia del enojo, la cual no persigue meta alguna ni sirve propositivamente al individuo en alguna situación en particular.

Finalmente Deffenbacher (1996) arguye que el enojo es un estado interno que abarca cuatro componentes relacionados:

⁸ Kassinove, H. (2005). *Desordenes Enojo: Definición, Diagnostico y Tratamiento*. Washinton, DC: Taylor y Francis.

⁹ Berkowitz, L. (1996) *Agresión, causas, consecuencias y control*. España: Desclee de Brouwer.

- Cognitivo: que implica el procesamiento de la información y una percepción de ataque o culpa por parte de otros.
- Fisiológico: que se acompaña de la activación del sistema autónomo, de secreción de adrenalina, activación y tensión muscular y de elementos relacionados con la respuesta de ataque-fuga.
- Conductual: reacciones motrices que pueden ser funcionales o disfuncionales.
- Emocional: ya que el enojo es un estado emocional varía en intensidad, desde una leve molestia hasta una gran furia.

Estos cuatro componentes ocurren al mismo tiempo y actúan entre sí de tal manera que se experimentan como un sólo fenómeno, haciendo difícil en ciertas ocasiones la identificación de la causa del enojo.

De acuerdo a las definiciones propuestas por los autores se puede decir que el enojo es un estado emocional negativo asociado a cambios fisiológicos y a distorsiones cognitivas que conllevan a cambios conductuales y emocionales importantes que hacen que el individuo cambie de un estado más o menos tranquilo a uno más exaltado.

III.2 TERAPIA RACIONAL EMOTIVA (TRE)

Dentro del enfoque cognitivo conductual se ubica la terapia racional emotiva, la cual como ya se dijo, constituye un sistema de psicoterapia completo que es relativamente fácil de aprender y aplicar y que permite obtener resultados favorables en un tiempo relativamente corto cuando se emplea en la prevención y el tratamiento del manejo del enojo

III.2.1. Teoría básica clínica de la Terapia Racional Emotiva (TRE) ¹⁰

La premisa básica de la TRE plantea que *las personas controlan en gran parte sus propios destinos creyendo y actuando según los valores y creencias que tienen. Esta teoría mantiene que las personas directamente no reaccionan emocional o conductualmente ante los acontecimientos que encuentran en su*

¹⁰ Ellis, A. (2003). *Manual de Terapia Racional Emotiva*. Bilbao: Desclée De Brouwer. pp. 17-43

vida; más bien, las personas causan sus propias reacciones según la forma en que interpretan o valoran los acontecimientos que experimentan.

La TRE parte de que existen tres componentes básicos en nuestro comportamiento: A B y C. En donde:

- ⇒ A representa las experiencias activadoras,
- ⇒ B representa el sistema de creencias innatamente predispuesto y aprendido o adquirido, y
- ⇒ C representa las consecuencias emocionales y conductuales

La teoría TRE afirma que es B y no A lo que provoca C, así A no es la que produce C sino más bien es uno mismo quien produce C con base en B. Viéndolo de esta manera puede concluirse que las cosas que ocurren no son las que perturban sino la opinión que se tiene de ellas, por lo que si se quiere lograr un cambio en C debemos enfocarnos a modificar B. Para modificar B necesitamos dominar nuestras creencias irracionales, pero antes necesitamos descubrir cuáles son.

- a. Una manera de descubrir nuestras creencias irracionales, consiste en buscar en nuestros *deberías* y nuestros *tienes que*, porque si escarbamos un poco nos daremos cuenta que cuando tenemos problemas emocionales, es porque nuestras creencias irracionales contienen un pensamiento basado en una o más de las siguientes cuatro formas básicas:
 - ⇒ Alguien o algo *debería, sería o tendría* que ser diferente de lo que es en realidad.
 - ⇒ Cuando es de esa manera lo encuentras horrendo, terrible.
 - ⇒ Piensas que no puedes sufrir, tolerar o soportar a esta persona o cosa y por eso concluyes que *no debería haber sido* como es.
 - ⇒ Piensas que tú u otras personas han cometido errores horribles y porque tú o ellas no deben actuar de esa manera, merecen reprobación y pueden ser catalogados como canallas, podridos o despreciables.
- b. Otra manera de encontrar nuestras creencias irracionales consiste en examinar la consecuencia conductual o emocional inadecuada (Ci) y la

experiencia o acontecimiento activador (A). El método consiste en lo siguiente:

- ⇒ Busca por qué te sientes horrible.
- ⇒ Busca algo que no puedes soportar.
- ⇒ Busca tu necesidad perturbadora.
- ⇒ Busca la condena que haces de ti mismo y de los demás.

c. Otro método de descubrir las creencias irracionales consiste en suponer que están englobadas en una de las tres principales ideologías de necesidad perturbadora, ya que prácticamente todo sentimiento perturbado parece estar estrechamente relacionado al menos con una de las siguientes ideologías:

- ⇒ *Tengo que actuar bien y tengo que ganar la aprobación por mi forma de actuar de lo contrario soy considerado como podrido.*
- ⇒ *Tú debes actuar de forma amable, considerada y justa conmigo o de lo contrario eres un canalla y la sociedad y el universo deben condenarte y castigarte por tu falta de consideración.*
- ⇒ *Las condiciones en que vivo deben seguir siendo buenas y fáciles para que consiga prácticamente todo lo que quiero y no me ocurra nada de lo que no quiero o de lo contrario la vida casi no merece vivirla.*

El autor plantea que a diferencia de la mayoría de los sistemas de psicoterapia, la TRE no parte del supuesto de que las personas aprenden de otros la manera de trastornarse a sí mismos, sino que existe un fuerte componente innato o biológico en este comportamiento, con ello no quiere decir que esta característica o rasgo no pueda ser modificada, sino que a consecuencia de su naturaleza genética y/o congénita, una persona desarrolla ciertos rasgos y encuentra dificultad en modificarlos o eliminarlos. Los principios en los que apoya la tesis que propone que las diferentes irracionalidades tienen raíces biológicas y brotan de la naturaleza fundamental del ser humano, se sustentan en lo siguiente:

1. Todas las principales irracionalidades humanas, parecen existir bajo una forma u otra, en casi todas las personas.

2. Casi todas las principales irracionalidades que ahora existen, se han extendido poderosamente en prácticamente todos los grupos sociales y culturales.
3. Muchas de las irracionalidades que las personas siguen ciegamente van contra lo que dicen sus padres, compañeros o medios de comunicación social.
4. Casi todas las principales irracionalidades son aplicables no sólo para personas ignorantes, estúpidas y muy perturbadas, sino también para las personas muy inteligentes, educadas y casi no perturbadas, aunque estas últimas defienden irracionalidades menos rígidas.
5. Cuando las personas inteligentes dejan muchas de sus irracionalidades, frecuentemente adoptan otras necedades y tienden a irse a extremos irracionales.
6. Las personas que parecen menos aquejadas de pensamientos y componentes irracionales, en ciertos momentos vuelven a ellos.
7. Las personas que se oponen fuertemente a varias clases de irracionalidades, a veces caen presa de ellas.
8. El conocimiento o la reflexión sólo parcial en torno al comportamiento irracional de uno mismo, ayuda a cambiarlo aunque no totalmente.
9. Es excepcionalmente difícil vencer y extirpar los pensamientos y comportamientos irracionales.
10. Ciertas ideas irracionales brotan de experiencias personales no adquiridas.
11. Algunas de las formas irracionales más populares comienzan con una observación realista o sensible y terminan con un tipo de conclusión ilógica, como si las personas se las imaginaran. Todas estas conclusiones ilógicas arrancan del pensamiento autístico y grandioso (mando lo que deseo que exista) parece que esta forma de pensamiento es en gran medida innato.
12. Muchas clases de pensamiento irracional consisten en grandes supra-generalizaciones, se comienza con una observación sensata "fracasé en esta prueba" y después se súper-generaliza "siempre fracasaré".
13. El pensamiento humano varía significativamente en función del nivel de inteligencia, el cual posee un fuerte elemento hereditario.
14. Existe evidencia de que las personas encuentran más facilidad en aprender la conducta auto-destructiva que la no auto-destructiva.

La teoría de la TRE plantea que una vez que se han encontrado las creencias irracionales que se utilizan, se puede seguir con el debate y la distinción de ellas mismas para deshacerlas o al menos minimizarlas. Para debatir las creencias, el método que propone es el método lógico-empírico de cuestionar, poner en tela de juicio y debatir científicamente nuestras creencias irracionales. La distinción consiste en hallar las diferencias que existen entre lo que se quiere y lo que se necesita, entre lo que se desea y lo que se demanda, entre las ideas racionales y las irracionales, diferenciando entre las conclusiones lógicas y las ilógicas. Otra parte del proceso es la definición de los términos para concluir con definiciones más refinadas y claras, utilizando para ello la práctica de la semántica general, ello permite evitar las supra-generalizaciones, ya que éstas contradicen algunos de los principios básicos de la lógica. En la TRE este proceso se denomina Discusión y se caracteriza con la letra D; a manera de resumen puede decirse que la Discusión (D) consiste en varias clases de reestructuras cognitivas, incluyendo la Averiguación de las irracionalidades, el Debate contra ellas, la Distinción entre el pensamiento lógico e ilógico y la Definición y Redefinición semántica que ayuda a detener la supra-generalización.

La Discusión puede hacerse debatiendo la consecuencia conductual o emocional inadecuada (Ci) y encontrando las creencias irracionales que provocaron dicha conducta.

- ⇒ Busca por qué te sientes horrible. La creencia irracional "*creo que es muy inconveniente que me despidan del trabajo por faltar a mi deber, encuentro horrible que yo me cause estos inconvenientes*" se puede discutir de la forma siguiente. Separando los puntos de vista que se mantienen unidos de forma ilógica me fuerzo a encontrar la ilogicidad de uno de ellos y a no caer en pensamientos absolutistas. La primera parte de la frase parece lógica pero la segunda es ilógica, porque quién de manera racional se causa inconvenientes.
- ⇒ Busca algo que no puedes soportar. Si afirmas "*no puedo soportar mi mal comportamiento*" pregúntate si realmente no puedes soportarlo y caerás en la cuenta de que puedes soportar cualquier cosa, aunque no necesariamente tengas que hacerlo.

- ⇒ Busca tu necesidad perturbadora. En la creencia irracional “*no debería haber actuado tan estúpidamente cuando tenía tan buen trabajo*” se llega al núcleo real de cualquier problema emocional. Al utilizar -el debería, el tengo que, el es necesario que- transformamos nuestros deseos en demandas absolutas, y si aplicamos estas sentencias a los hechos pasados nos condenamos sin ninguna posibilidad de reivindicación, porque no podemos hacer nada para cambiar el pasado, además al emplear los *debería haber hecho*, significa que uno sabía las consecuencias que traerían los actos, lo cual generalmente no es así.
- ⇒ Busca la condena que haces de ti mismo y de los demás. La creencia irracional “porque hice lo que *no debería* haber hecho en ese trabajo, solamente puedo considerarme una persona fracasada que siempre seguirá actuando de esta forma y que por lo tanto, no merezco nada bueno en la vida”, puede discutirse de la forma siguiente el haber actuado como tonto, no quiere decir que lo sea y que siempre vaya a actuar de ese modo y tampoco significa que por ello no me merezca nada.

La TRE plantea que la Discusión es el principal enfoque terapéutico de esta teoría, ya que al Discutir las creencias irracionales se puede llegar a dominar estas creencias. Sin embargo, el resultado final de la TRE no consiste solamente en dominar las creencias irracionales sino en conseguir un nuevo efecto (E) o filosofía que capacite a las personas a pensar semiautomáticamente sobre sí mismo, sobre los demás y sobre el mundo de una forma más sensata. No obstante, el que yo pueda evaluar mis diferentes actos o comportamientos en términos de si me ayudan a vivir mejor, no significa que puedo valorar o evaluar mi yo total o mi personalidad, ésta simplemente existe y no tiene una valoración o clasificación total. Al conseguir el nuevo efecto (E) se llega al final del proceso de la TRE, porque aunado a un nuevo Efecto cognitivo (Ec) se llega a tener un nuevo Efecto emotivo (Ee) y por consiguiente un nuevo efecto conductual (Ec).

El autor concluye diciendo que para lograr mantener controladas las creencias irracionales se requiere una práctica constante, emotiva y orientada a la acción del A-B-C-D-E, porque las personas tenemos tendencia a pensar irracionalmente, a manifestar las emociones de forma inapropiada y a actuar

con ciertas perturbaciones que tienen una base biológica fuerte y un importante componente de aprendizaje.

La reestructuración cognitiva:

El Modelo A-B-C-D

El presente Modelo A-B-C-D es una forma de reestructuración cognitiva originalmente desarrollada por Albert Ellis [Ellis, 1979; Ellis & Harper, 1975]¹¹

La reestructuración cognitiva es una técnica avanzada para manejar el enojo que requiere que los miembros del grupo examinen y modifiquen los procesos de sus pensamientos. La habilidad de aprender y aplicar estas técnicas difiere entre las personas. Algunas pueden estar generalmente familiarizadas con la reestructuración cognitiva, mientras que otras pueden tener poca o ninguna experiencia en relación con este concepto. Es más, al comienzo algunas personas pueden tener dificultades para entender el concepto de reestructuración cognitiva o no estar todavía listas para cuestionar o modificar sus creencias irracionales. Es importante aceptar a estos miembros dentro del grupo, cualquiera sea su nivel de preparación y entendimiento, y ayudarles a darse cuenta de cómo sus creencias irracionales perpetúan el enojo y cómo la modificación de esas creencias puede contribuir a prevenir una mayor intensificación del enojo.

El Modelo A-B-C-D

Albert Ellis diseñó un modelo que coincide con nuestra conceptualización del tratamiento para el manejo del enojo. Ellis lo denominó Modelo A-B-C-D o modelo racional-emotivo. En este modelo, la “A” *representa un evento que activa el enojo*, al que antes nos hemos referido como un evento que produce “alertas de peligro”. La “B” *representa las creencias* que se tienen sobre el evento que activa el enojo. Según Ellis, no son los eventos mismos los que producen sentimientos como el enojo, sino nuestras interpretaciones y creencias con respecto a los eventos. La “C” *representa las consecuencias*

¹¹ Ellis, A (1979). *Terapia racional emotiva*. En: Corsini, R. (ed.), *Psicoterapias actuales* (págs. 185-229). Itasca, IL: Peacock Publishers
Ellis, A. y Harper R.A. (1975). *Una nueva guía para vivir Racional*. N. Hollywood, CA: Wilshire Books.

emocionales de los eventos, o sea los sentimientos que experimentamos como resultado de nuestras interpretaciones o creencias relacionadas al evento.

De acuerdo con Ellis y otros proponentes de las teorías cognitivo-conductuales, cuando alguien siente enojo, inicia un diálogo interior llamado "lenguaje interno". Por ejemplo, vamos a suponer que alguien está esperando que pase el autobús. Cuando éste se acerca, varias personas lo empujan para poder subir antes que él. En esta situación, esta persona puede empezar a sentir enojo, pensando: ¿"Cómo pueden ser tan desconsiderados? Me empujan como si nada para subir primero al autobús. Obviamente no les importo yo ni otras personas". Expresiones como: "La gente debería tener más consideración con mis sentimientos", "Cómo se atreven a ser tan desconsiderados e irrespetuosos", y "Obviamente no se preocupan por nadie más que ellos mismos", son ejemplos que reflejan el lenguaje interno irracional que puede producir la intensificación del enojo.

Ellis dice que no es necesario sentir enojo al enfrentar una situación como la del ejemplo ya que no es la situación propia la que despierta o provoca el enojo, sino más bien, son las interpretaciones y creencias relacionadas a la situación las que causan el enojo.

Las creencias que constituyen las razones subyacentes, o sea, las razones profundas y escondidas del enojo, se relacionan a menudo con la idea de que las cosas "deben ser" o "tienen que ser" de una determinada manera. La mayoría de ustedes estarán probablemente de acuerdo, por ejemplo, con la noción de que el respeto por los demás es una cualidad admirable, manteniendo la creencia de que "todos debemos respetar a los demás". Sin embargo, la realidad es que a menudo no nos respetamos los unos a los otros en nuestros contactos cotidianos. Ustedes pueden preferir ver la situación de una manera más ajustada a la realidad y considerarla el resultado de un lamentable defecto de los seres humanos, o pueden permitir la intensificación de su enojo cada vez que son testigos o receptores de la falta de respeto de otra persona. Lamentablemente, la percepción nuestra de haber sido objeto de una falta de respeto hará que sintamos enojo y nos empujará hacia la fase de explosión. Irónicamente, puede incluso llevarnos a cometer faltas de respeto hacia otros, lo cual violaría nuestra propia creencia fundamental sobre cómo deben tratarse las personas.

La técnica de Ellis requiere que se identifiquen las creencias irracionales y que éstas se disputen con puntos de vista más racionales o más ajustados a la realidad (en el modelo de Ellis, "D" representa esa disputa). Uno puede, por ejemplo, sentir enojo cuando comienza a pensar "Siempre debo estar en control. Debo controlar cada situación". No es posible ni apropiado, sin embargo, controlar cada situación. En lugar de continuar manteniendo esas creencias, podemos intentar disputarlas y pensar, por ejemplo: "No tengo poder sobre las cosas que no puedo controlar" o "Tengo que aceptar lo que no puedo cambiar."

III.2.2. Técnicas que pueden emplearse para ayudar a los pacientes a reemplazar patrones desfavorables.

Ellis y MacLaren (2004)¹² hacen hincapié en que antes de iniciar la terapia del comportamiento emotivo racional, se estudien a fondo las técnicas y se cumplan con las siguientes condiciones:

- ⇒ Explicar al paciente en que consiste la teoría del modelo ABC y su utilidad y asegurarse de que tiene una idea básica de la terapia.
- ⇒ Saber que el paciente está de acuerdo, y lo manifiesta, aceptando trabajar bajo la premisa de que él es el principal responsable de sus reacciones a los altibajos de la vida.

En este apartado se describen las técnicas empleadas con los pacientes para ayudarles a identificar, examinar y reemplazar sus patrones cognitivos, conductistas y emotivos desfavorables.

1. Técnicas cognitivas

El foco de atención se centra en que el paciente identifique sus Creencias Irracionales y las sustituya por otras más racionales. El método que se emplea para lograrlo es el Debate, éste permite al paciente identificar, discutir y

¹² Ellis, A. y MacLaren, C. (2004). *Las Relaciones con los Demás*. España: Océano-Ámbar. pp. 69-116.

reemplazar las creencias rígidas e inflexibles que le ocasionan problemas.

Puede hacerlo utilizando dos estilos:

- ⇒ El didáctico. En este el terapeuta aclara los diferentes términos y explica la diferencia entre creencias racionales e irracionales, es conveniente utilizar este estilo al inicio del tratamiento.
- ⇒ El socrático. En este estilo la participación del paciente es mayor, la función del terapeuta consiste en ayudarlo a identificar y debatir su pensamiento irracional, utilizando para ello los siguientes tipos de debates:
 - a. Debates funcionales. El propósito de esta intervención es cuestionar las aplicaciones prácticas de algunas de las creencias del paciente y de las emociones y comportamientos que las acompañan haciéndole ver, a través de preguntas directas, que este tipo de creencias le provocan emociones y comportamientos que le causan problemas en su vida. Una pregunta típica sería ¿cómo afecta a tu vida pensar de este modo?
 - b. Debates empíricos. El propósito de este debate es ayudar al paciente a comprender que se ha estado aferrando a una creencia que al cuestionarse, carece de sentido. Las preguntas están orientadas a comprobar si una determinada creencia es compatible con la realidad social. Una pregunta sería ¿dónde está la prueba de que esto es exacto?
 - c. Debates lógicos. El propósito consiste en demostrar al paciente la forma en que pasa de un deseo o preferencia, lo cual es un pensamiento racional, a una exigencia, con lo que su pensamiento se hace irracional, haciéndole ver que el hecho de que él quiera que algo sea de determinada manera, no implica necesariamente que sea así. Una pregunta sería ¿Cómo se entiende que sólo porque tú quieres que tal cosa sea de este modo, así debe serlo?
 - d. Debates filosóficos. El propósito es mostrarle que el que exista un problema en algún aspecto de la vida, no significa que toda la vida es insatisfactoria. Una forma de tratar este asunto sería preguntándole ¿tú crees que aunque las cosas no siempre son como a ti te gustaría, podrías encontrar un poco de satisfacción en tu vida?

Una vez que el paciente ha practicado el debate y ha conseguido hacerlo convincente, se pueden utilizar algunas tácticas complementarias para reforzar el proceso, entre éstas se encuentran las siguientes:

- a. Afirmaciones de aceptación racional. Consiste en solicitar al paciente la repetición constante de frases alentadoras, compatibles con la realidad social, para inducirlo a cambiar su sistema de creencias hacia otro más racional. Ejemplo. Me gustaría aprobar el examen global de conocimientos para titularme pero si no lo paso, no seré una fracasada.
- b. Utilizar ejemplos. Alentar al paciente para que realice debates utilizando como sujeto a alguien diferente de él, ésta puede ser una persona que conozca o que admire, el objeto es que deje de observarse a sí mismo y que sea capaz de ver que existen formas diferentes de pensar más acordes con la realidad social.
- c. Establecer referencias. Consiste en que el paciente realice una lista de las ventajas y desventajas que tendría si cambiara sus pensamientos y comportamientos irracionales, para que esté consciente de las ventajas que obtiene al sustituir sus pensamientos irracionales por otros más racionales.
- d. Deberes cognitivos. Son tareas que se asignan al paciente para que practique lo aprendido en la terapia, consisten en solicitar al paciente que fuera del tiempo de sesiones, identifique sus creencias irracionales y las discuta activamente consigo mismo, intentando sustituir las por afirmaciones que le permitan enfrentarse a los problemas de una manera racional.
- e. Tareas de biblioterapia y psicoeducativas. Proporcionar al paciente material de apoyo para reforzar el trabajo que se realiza en las sesiones.
- f. Hacer proselitismo. Se le sugiere al paciente que ayude a sus amigos a identificar y resolver sus creencias irracionales, ello puede servirle para tratar sus propios problemas más eficazmente, comparar las creencias irracionales de otros permite evaluarse de una manera más objetiva.
- g. Grabación de las sesiones de terapia. Permite al paciente escucharse a sí mismo y analizar minuciosamente el pensamiento que le causa problemas.
- h. Reformular. Se trata de animar al paciente a que no considere las adversidades como una amenaza y que sea capaz de aceptarlas como una oportunidad para resolverlas de manera eficaz.

Se sugiere exhortar al paciente para que revise periódicamente los pensamientos negativos que acuden a su mente durante los intervalos entre las terapias y los anote, con objeto de discutirlos en la siguiente sesión terapéutica. Como recordatorio puede utilizar un sistema de alarmas que le indique que es hora de revisar los pensamientos y anotarlos.

2. Técnicas emotivas experienciales

El foco de atención de este tipo de técnicas se centra en facilitar e incrementar los cambios positivos del pensamiento que se han conseguido mediante las técnicas cognitivas, se utilizan para complementar y reforzar las intervenciones cognitivas. Las más utilizadas, pero no las únicas son:

- a. Imágenes emotivas racionales. Su primer objetivo es ayudar al paciente a identificar la emoción más apropiada y racional que le gustaría sentir ante las situaciones problemáticas, y el segundo objetivo es permitir que el paciente explore experiencialmente las autoafirmaciones y los mecanismos de aceptación que resultan más convincentes y naturales para él y los practique evocando imágenes emotivas racionales hasta que éstas se presenten de forma automática en las situaciones de gran tensión; se trata de que el paciente sienta esa emoción en lugar de la emoción enfermiza que está acostumbrado a sentir.
- b. Afirmaciones convincentes. Consiste en incitar al paciente a que practique de una manera convincente y enérgica afirmaciones racionales sanas, en contraposición a las afirmaciones irracionales que acostumbra practicar, añadiéndole un contenido emotivo y no sólo cognitivo.
- c. Debates convincentes grabados. El grabar mensajes convincentes permite al paciente escuchar mensajes racionales en su propia voz.
- d. Psicodrama. Se le pide al paciente que evoque una situación terrible con otra persona, el paciente actúa esa situación como paciente y el terapeuta como la otra persona, ello le permite manejar situaciones difíciles en un ambiente más amable y de una manera más funcional.
- e. Invertir los papeles. Es similar al psicodrama pero en esta técnica el terapeuta asume el papel del paciente y el paciente el del terapeuta o el de

la otra persona, lo que le permite debatir sus propias creencias irracionales desde una perspectiva distinta.

- f. Humor. Consiste en exagerar las creencias irracionales del paciente para mostrarle lo irracional que son. Como otro intento de mostrarle al paciente que la vida puede tomarse un poco más a la ligera, se sugiere utilizar las canciones de Albert Ellis, las cuales exageran las creencias irracionales.
- g. La aceptación incondicional por parte del terapeuta. Considerando que uno de los principales objetivos de este tipo de terapia es enseñar al paciente a que se acepte a sí mismo y a los demás, es primordial que el terapeuta predique con el ejemplo y acepte al paciente incondicionalmente independientemente de lo mal o autodestructivamente que éste se comporte.
- h. Enseñar la Aceptación Incondicional de Uno Mismo (AIU) y la Aceptación Incondicional de los Demás (AID). Además de aceptar al paciente incondicionalmente, es importante que se le enseñe la teoría y la práctica de la AIU y la AID. Para lograrlo es necesario reafirmar la idea de que las personas no podemos ser valorados por nuestro comportamiento, el que uno realice una mala acción no quiere decir que uno sea una mala persona, adicionalmente es conveniente ayudar al paciente a identificar los comportamientos que no le gustan y la manera en que puede cambiarlos mientras se aceptan a sí mismos como seres falibles. La premisa básica es *<Condena el acto, no a la persona>*

Se sugiere animar y felicitar al paciente por sus logros y avances.

3. Técnicas conductistas

Al igual que las técnicas emotivas, las intervenciones y tareas conductistas se utilizan para reforzar los logros cognitivos que se han conseguido mediante el debate. Estas consisten en lo siguiente:

- a. Refuerzos. Son premios que el paciente puede otorgarse cuando ha cumplido con las tareas asignadas, para que sean atractivos deben ser similares en duración y estímulos con las tareas.

- b. Castigos. Son similares a los refuerzos, pero difieren de éstos en que en vez de otorgarse un premio cuando se realiza la tarea, se otorga una actividad desagradable cuando la tarea no se realiza.
- c. Ejercicios para tratar la vergüenza. Si se parte del supuesto de que la vergüenza es la esencia de gran parte de nuestras alteraciones emocionales, es importante tratar de mitigar este sentimiento. Para ayudar al paciente a lograrlo se le propone que realice una serie de acciones que le provocan vergüenza, con objeto de que se dé cuenta de que no es necesaria la aprobación de los demás y que sus acciones no la califican como persona.
- d. Entrenar la habilidad. En ocasiones los pacientes no saben cómo comportarse en diferentes situaciones sociales porque no han tenido la oportunidad de aprender la manera de hacerlo, el sugerirles que tomen cursos y talleres para mejorar sus habilidades profesionales, interpersonales y sociales pueden serles de gran ayuda.
- e. Tareas paradójicas. Estas tareas pueden ser cognitivas, emotivas o de comportamiento y consisten en solicitarles que potencien sus problemas para que puedan darse cuenta de lo ilógico que resultan.
- f. Insensibilización en vivo. El objetivo es demostrar a los pacientes que sus creencias irracionales son las causantes de su grave alteración emocional, no el asunto del que tienen miedo. Al exponer al paciente repetidas veces a la situación que le produce miedo, le permite darse cuenta de que puede soportar la situación aunque le moleste.
- g. Permanecer en situaciones difíciles. Es una variable de la insensibilización en vivo.
- h. Actuar según las creencias racionales. Consiste en solicitarle al paciente que se obligue a actuar como si sólo tuviera creencias racionales, esto es a que se comporte del modo como le gustaría sentirse.

III.3 FORMACIÓN DE GRUPOS TERAPÉUTICOS.

Las terapias grupales son una forma especial de intervención en la cual un grupo pequeño se reúne, guiado por un instructor profesional, para ayudarse individual y mutuamente. Los talleres grupales proveen un contexto para compartir los problemas o preocupaciones, comprender mejor la propia

situación y aprender junto con las demás personas. También pueden centrarse en problemas de tipo general o específicos como soledad, depresión, enojo y ansiedad, aunque generalmente los grupos son específicos. Las terapias grupales son especialmente útiles para personas que tienen dificultades para relacionarse, ya que el grupo le proporciona un ambiente protegido en el que puede aprender nuevas formas de relación.

La terapia grupal es una tarea en colaboración, en la que el coordinador asume la responsabilidad del grupo y sus miembros. Dentro de la reunión los miembros se ocupan de expresar de la manera más libre y honesta posible sus problemas, sentimientos, ideas y reacciones. Esta exploración da a los miembros del grupo la materia prima para comprenderse y ayudarse. Los participantes no sólo aprenden de sí mismos y sus propios problemas, sino que actúan también como ayudantes terapéuticos de los demás. El número de participantes en un taller terapéutico puede variar, sin embargo lo recomendable es que sea de cinco a diez personas, este número permite que exista retroalimentación por parte de los participantes y es manejable por un solo coordinador.¹³

III.3.1. Una visión histórica

La utilización de pequeños grupos en forma planificada para el tratamiento de problemas de la personalidad, se inició en los Estados Unidos en la década de los treinta con los trabajos de Louis Wender, Paul Schilder, Jacob L. Moreno, Samuel R. Slavson, Fritz Redi y Alexander Wolf. Al finalizar la Segunda Guerra Mundial este tipo de terapia tuvo un gran auge debido, por una parte, a la abundancia de trastornos psicológicos como consecuencia de la guerra y por otra parte, a la poca disponibilidad de terapeutas calificados. Kaplan y Sadock (1966).¹⁴

Los tres grandes abordajes conceptuales de la terapia de grupo son:

- a) El modelo intrapersonal. En este modelo se destaca la primacía de la psicodinámica individual en el grupo y se ve al grupo como una replica del

¹³ PSICOMED. Terapia de Grupo. Adaptación de la página www.agpa.org/group/spanish%20group_works.htm

¹⁴ Kaplan, H. y Sadock, B. (1966). *Terapia de Grupo*; España: Médica Panamericana. pp. 2-11

modelo de tratamiento uno a uno. Se utilizan estrategias psicoanalíticas clásicas.

- b) El Modelo transaccional. Este modelo concibe a la terapia grupal como una oportunidad privilegiada para poner de manifiesto y modificar relaciones interpersonales actuales.
- c) El Modelo integral. En este modelo se considera al grupo como un todo donde radica la principal motivación y fuerza para el cambio terapéutico.

III.3.2. Qué es y cómo funciona la psicoterapia de grupo

Vinogradov y Yalom (1996)¹⁵ plantean que la psicoterapia de grupo es la aplicación de técnicas psicoterapéuticas a un grupo de pacientes pero que no solo se reduce a ello. En la psicoterapia individual una persona calificada realiza intervenciones terapéuticas con un paciente con el objetivo de aliviar el malestar psicológico, cambiar el comportamiento inadaptado y estimular el crecimiento y el desarrollo de la personalidad. En la terapia de grupo, tanto la interacción paciente-paciente como la interacción paciente-terapeuta se utilizan para efectuar cambios en la conducta inadaptada de cada uno de los miembros del grupo, en otras palabras es el grupo mismo, combinado con la aplicación de las técnicas específicas y la realización de intervenciones por parte del grupo, lo que sirve como instrumento de cambio, esta característica es la que otorga a la psicoterapia de grupo su excepcional potencial terapéutico.

Los investigadores han encontrado una serie de factores que operan en la terapia de grupo y que determinan su éxito. Yalom desarrolló un inventario de base empírica constituido por 11 factores:

1. Infundir esperanza. El presenciar la mejoría en los demás les infunde gran esperanza en su propia mejoría.
2. Universalidad. Los pacientes se sienten aliviados cuando se dan cuenta que no están solos y que sus problemas son universales.
3. Transmitir información. El conocer la forma en que afecta un síntoma tranquiliza a quien lo padece.

¹⁵ Vinogradov, S. y Yalom, I. (1996), *Guía breve de psicoterapia de grupo*. México: Paidós. pp. 15-69

4. Altruismo. El poder ofrecer apoyo a otros miembros del grupo, es gratificante sobre todo para aquellos pacientes que sienten que tienen poca valía.
5. Desarrollo de técnicas de socialización. El aprendizaje social es un factor terapéutico que opera en todos los grupos de psicoterapia, debido a que permite a los participantes darse cuenta de las reacciones que producen con su conducta.
6. Comportamiento imitativo. Los miembros se benefician de la observación de otro paciente que tiene problemas similares y del comportamiento de un paciente que tiene una actuación más positiva.
7. Catarsis. El ser capaz de expresar emociones fuertes y profundas y aun así ser aceptado por los demás, ayuda a mirarse de otra manera.
8. Recapitulación correctiva del grupo familiar primario: El grupo posibilita a los pacientes interactuar con los participantes de la manera en que lo hicieron en su momento con sus figuras de autoridad de una manera correctiva.
9. Factores existenciales. En el curso de la terapia los participantes se percatan de que la orientación y el apoyo que pueden recibir de los demás tiene un límite y que son ellos mismos los que necesitan resolver su problemática.
10. Cohesión del grupo. La terapia grupal ofrece a los participantes condiciones de aceptación y de comprensión.
11. Aprendizaje interpersonal. Proporciona a cada participante un conjunto único de interacciones interpersonales en un entorno seguro.

La terapia de grupo puede ser conducida hacia fines educativos de alteración de actitudes y patrones de conducta,¹⁶ el grupo ofrece al terapeuta una oportunidad tanto para observar la manera en la que el individuo se relaciona con los demás, como para traer a la conciencia del individuo las distorsiones de sus relaciones. Una persona que sufre una enfermedad emocional, sufre de trastornos en las relaciones interpersonales que terminan alejándolo de su grupo social, el grupo terapéutico ofrece la oportunidad de resolver algunos de estos trastornos al proveer a la persona una atmósfera en la que no se vea rechazada ni ridiculizada por sus impulsos neuróticos. La

¹⁶ Shraml, W. (1975). *Psicología Clínica*. Barcelona: Herder. pp. 461-513.

finalidad del trabajo social de grupo consiste en mejorar con acciones específicas y controladas la capacidad social de los miembros, a fin de que aborden mejor sus problemas personales y sociales.

La terapia de grupo es una terapia que está en función del individuo el cual constituye el punto central del trabajo terapéutico, en este tipo de terapia se considera al equipo como un individuo múltiple, se procede con él como si fuera un solo ser, el trabajo se centra en las acciones interdependientes entre el individuo y el grupo y entre los distintos componentes del mismo. El equipo es una masa de individuos, pero al propio tiempo es una pluralidad que constituye un todo.

Existen dos amplias divisiones de terapia grupal: la psicoterapia no analítica de grupo, la cual a su vez se subdivide en psicoterapia de grupo en niños y adolescentes y psicoterapia de grupo con adultos; y la psicoterapia analítica de grupo, la cual está encaminada a trabajar con adultos y ocasionalmente con adolescentes.

La psicoterapia no analítica de grupo con adultos está centrada en el elemento verbal y permite una gran amplitud en la edad y en el número de componentes, la magnitud del grupo varía según la técnica y el círculo de pacientes, los grupos conversacionales, con un promedio de ocho participantes, son menores que los grupos y clubes activos.

Las principales técnicas que se utilizan son: a) Técnicas coloquiales, en este apartado se incluye la terapia de grupo aplicada a padres cuyos hijos se encuentran sometidos a tratamiento psicoterapéutico, el consultorio matrimonial y familiar, grupos de neuróticos, grupos de alcohólicos y terapia de grupo en establecimientos penales. b) Técnicas mixtas, incluyen las terapias que se imparten en el marco de la asistencia social como son los grupos de alcohólicos anónimos, la asamblea familiar, la comunidad terapéutica, y los círculos sociales, entre otros. c) Técnicas de ejercicio y de creación, agrupan las terapias enfocadas al entrenamiento de conducta socialmente adaptada. d) Representaciones escénicas, están basadas en la representación de roles incluyen pantomima, escenificación de cuentos, danza simbólica, teatro de

marionetas, grupos de juegos de salón, y trabajo centrado en un tema de interés. e) Psicodrama. y f) Entrenamiento de la sensibilidad.

III.3.3. Cómo se construyen los cimientos de un grupo de psicoterapia

Para este apartado y el siguiente se utilizará la explicación dada por Vinogradov y Yalom, en su *Guía Breve de Psicoterapia de Grupo*.¹⁷ Los autores consideran que la primera tarea de un terapeuta de grupo consiste en establecer una entidad donde antes no existía, en un principio los miembros se relacionan unos con otros a través de la relación común con el terapeuta y más tarde con los objetivos y el marco que éste ha elegido para el grupo. Los pasos básicos a seguir para la construcción de un grupo son:

1. Evaluar las limitaciones clínicas:
 - Intrínsecas. Son las que no se pueden cambiar y tienen que incorporarse en la estructura del grupo.
 - Extrínsecas. Son las que el terapeuta puede cambiar.
2. Establecer la estructura básica del grupo.
 - Población de pacientes.
 - Apoyo del personal.
 - Limitaciones temporales.
 - Duración del tratamiento.
 - Meta general del tratamiento.
3. Formular objetivos específicos para el grupo.
 - Apropriados a la situación clínica.
 - Realizables dentro de las limitaciones temporales.
 - Adaptados a la capacidad de los miembros del grupo.
4. Determinar el escenario y tiempo exactos del grupo.
5. Establecer el marco temporal exacto del grupo.
 - Frecuencia de sesiones.
 - Número de sesiones.
 - Duración de las sesiones.
 - Duración de la existencia del grupo.

¹⁷ Vinogradov, S. y Yalom, I. (1996). *Guía Breve de Psicoterapia de Grupo*. México: Paidós. pp.25-63

- Utilización de un grupo abierto o cerrado.
6. Decidir sobre el empleo de un coterapeuta.
 7. Combinar la terapia de grupo con otros tratamientos cuando sea necesario.

III.3.4. Cómo se crea un grupo de psicoterapia

Una vez que se han construido los cimientos del grupo, el terapeuta procede a crear el entorno terapéutico que permita a los participantes trabajar juntos de manera segura y constructiva. Las actividades a realizar son las siguientes:

1. Seleccionar los pacientes y componer el grupo. Una selección adecuada contribuye al desarrollo de la cohesión, incrementa la tasa de asistencia y acelera el establecimiento de las conductas grupales que posibilitan el cambio.
 - Seleccionar los pacientes. Los criterios de inclusión son: capacidad para realizar la tarea de grupo, motivación para participar en el tratamiento, áreas problemáticas compatibles con los objetivos del grupo y, compromiso de asistir a las sesiones de grupo. Los criterios de exclusión son: incapacidad de tolerar el escenario de grupo, tendencia a asumir un papel desviado, agitación extrema, disconformidad con las normas grupales de conducta aceptable y, grave incompatibilidad con uno o varios de los miembros restantes.
2. Componer el grupo. Para lograr la cohesión del grupo es importante atender una serie de parámetros específicos de homogeneidad y heterogeneidad tales como dinámica del paciente, diagnóstico, clase social, raza, religión, edad, sexo, orientación sexual y estado civil.
3. Preparar a los pacientes para la psicoterapia de grupo. Una adecuada preparación del grupo posibilita un mejor trabajo de grupo.
 - Finalidad de la preparación pregrupal. Esta preparación persigue desmitificar la terapia grupal y establecer una alianza terapéutica. Desde un enfoque cognitivo esta preparación tiene varios objetivos:
 - ⇒ Proporcionar al paciente una explicación racional sobre el proceso de la terapia de grupo.

- ⇒ Describir que tipo de comportamiento se espera de los pacientes en el grupo.
 - ⇒ Establecer un contrato de asistencia.
 - ⇒ Aumentar las expectativas sobre los efectos del grupo.
 - ⇒ Prever algunos de los problemas como el desaliento y la frustración que pueden darse en las primeras reuniones.
 - Procedimiento de la preparación pregrupal. Sirve para informar a los participantes el horario, la ubicación, la composición, el procedimiento y los objetivos del grupo, ello permite disminuir la ansiedad que tiene el paciente ante una situación ambigua e intrínsecamente amenazadora.
4. Crear la cultura del grupo. Siempre que se conforma un grupo se establecen un conjunto de reglas o normas no escritas que determinan el procedimiento conductual aceptable del grupo.
- Configuración de reglas. El terapeuta influye en el proceso de fijación de normas de dos modos diferentes: explícitamente, al prescribir reglas y por medio del refuerzo conductual e implícitamente, por medio de la fijación de un modelo.
 - Normas generales del procedimiento de grupo. El formato más terapéutico de procedimiento grupal es el que se desarrolla libremente, para ello el terapeuta debe ayudar a los participantes a intervenir espontánea y sinceramente.
 - El autocontrol del grupo. Un grupo que se autocontrola aprende a asumir la responsabilidad de su propio rendimiento, es por ello que el terapeuta debe fomentarlo.
 - Autorrevelación. Los pacientes sólo se beneficiarán de la terapia de grupo si revelan una gran parte de si mismos y si esta revelación significa algo determinante para las relaciones que se mantienen con los otros miembros.
 - Los miembros como agentes de ayuda y apoyo. El grupo funciona de manera óptima cuando cada miembro se considera como un agente potencial de ayuda y apoyo para los demás.
 - Continuidad entre las reuniones. El terapeuta puede reforzar esta continuidad incitando a los miembros del grupo a compartir lo que han pensado sobre el grupo en los intervalos existentes entre las sesiones.

IV. INFORME DE LA TERAPIA GRUPAL

Los objetivos de este informe consisten en mostrar la forma en que se conformó el grupo, la manera en que se llevó a cabo la terapia y los resultados que se obtuvieron después de la intervención terapéutica.

IV.1. TERAPIA GRUPAL COMO ALTERNATIVA DE INTERVENCIÓN

La terapia grupal tiene la ventaja de proporcionar atención psicológica a un mayor número de personas y ante la carencia de personal especializado en la impartición de terapia individual y grupal, es que en el CSP se ha venido optando por la impartición de terapia grupal de corta duración en lugar de proporcionar terapia individual cuando la problemática de los pacientes así lo permite.

Considerando la alta proporción de pacientes que asisten al CSP por presentar problemas para controlar su enojo y cuyas edades fluctúan entre los 25 y los 50 años, la Jefa del Centro consideró importante la realización de terapias grupales que permitan proporcionar atención oportuna a este segmento de la población. Por tal motivo se me asignó la tarea de impartir una terapia grupal para atender a este tipo de pacientes.

Esta clase de terapia tiene como objetivo principal proporcionar atención oportuna a este segmento de la población para que en un tiempo relativamente corto puedan lograr un equilibrio emocional disminuyendo o eliminando los síntomas que los llevaron a solicitar apoyo psicológico, y como objetivo secundario dotarles de las herramientas que les permitan en el futuro controlar su enojo.

IV. 1.1. Método

Sujetos:

Los participantes para la terapia grupal se seleccionaron de entre los pacientes que asisten al CSP a solicitar apoyo psicológico por presentar problemas para controlar su enojo y cuyas edades estuvieran comprendidas entre los 25 y 50 años.

Se seleccionaron 14 pacientes, de los cuales sólo participaron ocho en la terapia grupal porque los demás mencionaron no poder asistir debido a problemas de horario o ya no estar interesados en la atención o no desear participar en una terapia grupal.

Materiales:

Además de las pruebas que se aplican usualmente en el CPS para la admisión de los pacientes (Inventario de Depresión de Beck, de Ansiedad de Beck y el MMPI-2), se utilizó el Inventario Estado Rasgo de Expresión del Enojo (IEREE), para medir los cambios reportados por los pacientes antes y después de la intervención terapéutica.

El IEREE es también una prueba de lápiz y papel, que está compuesta de 35 reactivos. El instrumento consta de tres partes: Estado de enojo, compuesta por 10 reactivos; Rasgo de enojo, compuesta por 10 reactivos y Expresión de enojo, compuesta por 15 reactivos. A partir de la escala de Estado se obtienen tres subescalas: enojo estado, disposición conductual y afecto enojoso. También la escala de Rasgo nos permite llegar a tres nuevas puntuaciones: enojo rasgo, temperamento enojoso y reacción enojosa. De igual modo, de la escala de expresión de enojo se obtienen tres subescalas: control de enojo, enojo hacia adentro y enojo hacia afuera). En cuanto a los datos sobre su fiabilidad, el rango del coeficiente alfa obtenido es 0.89 para la escala de rasgo. Las pruebas test retest arrojan puntuaciones de 0.71 en rasgo de ira (Spielberger, 1988).¹⁸

Para la exposición de los temas que se trabajaron en la terapia grupal se utilizaron láminas preparadas previamente, se proporcionaron fotocopias de algunos temas, así como de las tareas que debían entregar en la siguiente sesión.

Procedimiento:

Las exposiciones por parte de la instructora se hicieron de forma verbal y en ocasiones éstas se apoyaron con láminas explicativas y ejercicios

¹⁸ Spielberger, C. D. (1988). *State-trait anger expresion inventory. Research Edition. Professional manual.* Odessa, FL: Psychological Assesment Resources.

realizados en el pizarrón. Durante las sesiones se tomó nota de las intervenciones de los participantes y al terminar la sesión se hizo una transcripción más completa del material.

IV.2. CONFORMACIÓN DEL GRUPO

IV.2.1. Construcción de los cimientos del grupo

Las actividades que se realizaron para constituir el grupo fueron las siguientes:

1. Revisar la disponibilidad de espacios y horarios para impartir la terapia grupal.

Se acordó que la terapia se impartiría el lunes en un horario de 8 a 10 o de 18 a 20 horas por ser estos los únicos horarios en que había espacio disponible en los salones acondicionados para terapia grupal.

2. Revisar conjuntamente con la Jefa del Centro los expedientes de los pacientes que manifestaron asistir al CSP por presentar problemas para controlar su enojo y cuyas edades fluctuaban entre 25 y 50 años.

Se seleccionaron 14 expedientes y se habló con cada uno de los pacientes para informarles que debido a su problemática individual y sus características personales se consideraba que la forma idónea de terapia para ellos era la terapia de grupo y que por tal motivo habían sido seleccionados para participar en una terapia grupal; en un principio la mayoría de los pacientes manifestaron su inconformidad por no ser atendidas de manera individual pero se les explicó sobre los beneficios de la terapia grupal y 10 accedieron a participar sólo cuatro de los pacientes dijeron no tener interés, por lo que se procedió a darlos de baja del Programa.

Se les informó que había dos horarios propuestos y que la terapia se impartiría en el horario que conviniera a la mayoría, preguntándoles en cual de los dos horarios podrían asistir. Ocho de los participantes eligieron el horario matutino, cuatro el vespertino, y dos dijeron no poder asistir en ninguno de los dos pero manifestaron tener interés en recibir terapia por lo que se les atendió en forma individual.

3. Establecer la estructura básica del grupo.

Se determinó que de conformidad con la problemática grupal e individual el número conveniente de sesiones era de diez sesiones de dos horas cada una. Por lo que se concluyó que la terapia grupal se impartiría los lunes comprendidos entre el 2 de agosto y el 4 de octubre de 2010 en un horario de 8 a 10 de la mañana, lo cual se les informó a los ocho interesados confirmando la asistencia los ocho participantes.

4. Formular objetivos específicos para el grupo.

Con base en el pre diagnóstico realizado, considerando que en los grupos terapéuticos la intervención está basada en los síntomas que se pretenden eliminar, para restablecer las condiciones psicodinámicas del paciente, en las características de los participantes y en el tiempo de duración de la terapia, se consideró que el tipo de terapia adecuado para el grupo sería la terapia reeducativa.

Por lo que siguiendo a Wolberg¹⁹ los objetivos específicos a lograr serían:

Que los participantes lleguen a un equilibrio emocional tan rápidamente como sea posible, disminuyendo o eliminando sus síntomas de modo que sean funcionales ante la sociedad.

Que los participantes logren hacer insight sobre sus actitudes y conflictos más conscientes, así como sobre sus relaciones interpersonales, con un deliberado esfuerzo de promover un reajuste ambiental y una modificación de metas para poder vivir a la altura de sus potencialidades.

5. Determinar el escenario y tamaño exacto del grupo.

Una vez que se definió que el número de pacientes sería de ocho y que el tipo de terapia a emplear sería reeducativa, se consideró que el lugar adecuado para la terapia grupal lo constituía la sala 7 del CSP debido a que es un lugar cómodo, acogedor y ventilado; que tiene la capacidad para albergar ocho

¹⁹ Wolberg, L.R. (s.f.) *Técnicas psicoterapéuticas*. México: Traducción hecha al español por la Universidad Iberoamericana. pp. 17- 40.

personas sentadas cómodamente en forma circular; y que dispone de pizarrón para realizar ejercicios.

6. Establecer el tipo de grupo.

El grupo terapéutico que se constituyó pertenece al orden de los grupos pequeños, ya que se formó con ocho integrantes tres hombres y cinco mujeres; se pretende que estos participantes sean los mismos que comiencen y finalicen el grupo, por lo que se trata de un grupo cerrado; la edad de los participantes fluctúa entre los 25 y 50 años, por lo que es un grupo mixto de mediana edad; existe una problemática similar entre ellos, que es la de presentar problemas a la hora de controlar su enojo, por lo que el grupo es especializado; y en cuanto al grado de instrucción el grupo es heterogéneo ya que está formado por algunas personas que sólo tienen la instrucción básica en tanto que otras poseen grado de licenciatura.

Con base en lo anterior el grupo se definió como un grupo cerrado de terapia grupal conformado por ocho participantes mixtos de mediana edad que presentan problemas para controlar su enojo.

7. Decidir sobre el empleo de un coterapeuta.

En un principio se consideró la posibilidad de contar con un coterapeuta hombre de una edad similar a la de la terapeuta debido a la ventaja que podría tener para los participantes el observar el trabajo conjunto de un terapeuta y una terapeuta que se muestran respeto mutuo y sin la desigualdad, la explotación ni la sexualización que ellos pueden dar por sentadas en las asociaciones entre hombres y mujeres. Desafortunadamente esto no fue posible debido a que no había terapeutas masculinos que pudieran colaborar en el horario previsto.

IV.2.2. Creación del grupo

Una vez que se construyeron los cimientos del grupo, se procedió a crear el entorno terapéutico que permitiera a los participantes trabajar juntos de manera segura y constructiva. Las actividades fueron las siguientes:

1. Se revisaron nuevamente los expedientes de los ocho participantes y se concluyó que no existe motivo aparente de exclusión de alguno de ellos.
2. Se contactó telefónicamente a los pacientes para confirmarles el lugar, la fecha y el horario en que se llevaría a cabo la terapia grupal.
3. En la primera sesión se preparó a los participantes para la psicoterapia de grupo. Se les dio una información breve sobre el proceso de la terapia de grupo y la importancia de asistir puntualmente a las sesiones, también se les informó sobre la forma en que se llevarían a cabo las sesiones y sobre los objetivos del grupo.
4. Para crear la cultura de grupo se sugirió a los participantes un conjunto de reglas de conducta que convendría acatar durante las sesiones, aclarando que éstas eran sólo un ejemplo y que podrían modificarse durante el transcurso de la terapia.

IV.3. DESARROLLO DE LA TERAPIA GRUPAL

Sesión 1

Consideraciones generales sobre el tratamiento para el manejo del enojo

En la primera sesión se presentan el propósito de la sesión, consideraciones generales sobre el tema, reglas del grupo, marco conceptual y justificación racional del tratamiento para el manejo del enojo. La mayor parte de la sesión se dedica a presentar la información en forma conceptual y a comprobar si los miembros del grupo la han entendido. El terapeuta conduce a los miembros del grupo a través de un ejercicio de introducción y también les presenta la escala del enojo.

Propósito y consideraciones generales

El propósito del grupo de manejo del enojo es:

1. Aprender a manejar el enojo
2. Detener la violencia o la amenaza de violencia
3. Crear autocontrol sobre los pensamientos y las acciones

4. Recibir apoyo y retroalimentación (“feedback”), es decir comentarios y reacciones de los otros participantes

Reglas del grupo

1. Seguridad del grupo: No se permite violencia ni amenazas hacia el personal ni hacia otros miembros del grupo. Es importante que los miembros perciban al grupo como un lugar seguro para compartir sus experiencias y sentimientos sin amenazas o la posibilidad de sufrir daños físicos.

2. Confidencialidad: Los miembros del grupo no deben comentar fuera del grupo lo que los miembros del grupo expresan durante las sesiones en grupo. No obstante, la confidencialidad tiene límites. En cada Estado, las leyes que regulan los servicios de la salud determinan cómo y cuándo los profesionales deben reportar ciertas acciones a las autoridades correspondientes. Estas acciones pueden incluir cualquier abuso físico o sexual perpetrado contra un niño menor de 18 años de edad, una persona mayor de 65 años de edad o un adulto dependiente. Un adulto dependiente es toda persona de entre 18 y 64 años de edad que tenga limitaciones físicas o mentales que restringen su capacidad de realizar actividades normales o de proteger sus derechos. La obligación de reportar abusos cometidos contra estas personas suplanta las leyes que protegen la confidencialidad de la relación entre clientes y profesionales en el área de la salud física y mental. De similar manera, si un miembro del grupo de tratamiento amenaza con causar daños físicos o con matar a otra persona, el líder del grupo tiene la obligación de advertir a la presunta víctima y de notificar a la policía.

3. Asignación de tareas para la casa: todas las semanas se asignarán tareas breves para que los participantes las realicen en sus respectivos hogares. La realización de tareas asignadas para la casa ayudará a los miembros del grupo a mejorar sus habilidades para manejar el enojo y les permitirá obtener el máximo beneficio de la experiencia en grupo. Como ocurre con la adquisición de cualquier tipo de habilidades, el manejo del enojo requiere tiempo y práctica. Las tareas para la casa ofrecen la oportunidad de desarrollar y refinar habilidades.

4. Ausencias y cancelaciones: Los miembros deberán llamar o de alguna otra manera notificar al líder del grupo con anticipación cuando no puedan asistir a una sesión. Debido a la cantidad de material que se presenta en cada

sesión, los miembros del grupo no pueden faltar a más de tres de las nueve sesiones. Si un miembro del grupo falta a más de tres sesiones, no podrá aprender, practicar ni aplicar adecuadamente los conceptos y habilidades que se necesitan para un eficaz manejo del enojo. La persona puede continuar participando en las sesiones de grupo, pero no recibirá un certificado que acredite que ha completado el programa, aunque podrá participar en otra sesión cuando haya cupo disponible.

5. "Tiempo fuera": El terapeuta se reserva el derecho de establecer un "tiempo fuera". Si un miembro del grupo comienza a perder el control durante una sesión, el terapeuta le pedirá a esa persona que acepte un "tiempo fuera" y se retire del tema y de la conversación. Esto significa que ese miembro, junto con los demás miembros del grupo, inmediatamente dejará de hablar del tema que está causando que su enojo se intensifique. Si el enojo del participante se ha intensificado al punto de que no puede tolerar estar con el grupo, el líder puede pedir a esa persona que abandone el grupo entre cinco y diez minutos o hasta que consiga calmarse. Después de pasado ese tiempo, el participante es invitado a reintegrarse al grupo, siempre y cuando pueda tolerar las diferentes opiniones expresadas durante la conversación que se está llevando a cabo en el grupo.

El "tiempo fuera" es una estrategia eficaz para el manejo del enojo y se tratará en mayor detalle más adelante en esta sesión y en la sesión 3. Eventualmente, los miembros del grupo aprenderán a pedir un "tiempo fuera" ellos mismos cuando sientan que pueden estar perdiendo el control como consecuencia de la intensificación del enojo. Sin embargo, para esta sesión, es esencial que el líder pida un "tiempo fuera" y que los miembros cumplan con la regla. Esta regla contribuye a garantizar que el grupo sea un lugar seguro para discutir y compartir experiencias y sentimientos. Por lo tanto, el no cumplir con la regla del "tiempo fuera" puede llevar a que se elimine a la persona del grupo.

El problema del enojo: algunas definiciones operacionales

En el más general de los sentidos, el enojo es un sentimiento o emoción que abarca desde la irritación leve hasta la furia y rabia intensas. El enojo es una respuesta natural a las situaciones en las cuales nos sentimos amenazados, creemos que estamos en riesgo de sufrir daños o pensamos que otra persona nos ha causado daño innecesariamente. También podemos

enojarnos cuando sentimos que otra persona, como un niño o alguien cercano a nosotros, está siendo amenazado o está sufriendo un daño. Además, el enojo puede ser resultado de la frustración cuando nuestras necesidades no están siendo satisfechas y nuestros deseos y metas no se están cumpliendo. Cuando nos enojamos podemos perder la paciencia y actuar de manera impulsiva, agresiva o violenta.

Muchas personas confunden con frecuencia el enojo con la agresión. La agresión es una *conducta* dirigida a causar daño a otra persona o a una propiedad. Esta conducta puede incluir abuso verbal, amenazas o acciones violentas. El enojo, por su lado, es una *emoción* y no conduce necesariamente a la agresión. Por lo tanto, una persona puede enojarse sin llegar a actuar de manera agresiva.

Un término relacionado con el enojo y la agresión es la hostilidad. La hostilidad comprende una compleja colección de actitudes y juicios que suscitan conductas agresivas. Mientras que el enojo es una emoción y la agresión es una conducta, la hostilidad es una actitud que implica desagrado por los demás y una evaluación negativa de ellos.

En este grupo, los pacientes aprenderán estrategias y técnicas útiles para manejar el enojo, expresar el enojo de maneras alternativas, cambiar actitudes hostiles y prevenir acciones agresivas, tales como el abuso verbal y la violencia.

¿Cuándo se convierte el enojo en un problema?

El enojo se convierte en un problema cuando ese enojo se siente con demasiada intensidad, con demasiada frecuencia o se expresa de manera inapropiada. El sentirse enojado intensa o frecuentemente causa extremado estrés físico en el cuerpo. Durante episodios prolongados y frecuentes de enojo, ciertas áreas del sistema nervioso se activan intensamente. Como consecuencia, la presión sanguínea y el ritmo cardíaco aumentan y se mantienen elevados por períodos prolongados. Este estrés en el cuerpo puede ocasionar muchos problemas de salud, tales como la hipertensión, las cardiopatías y una disminución en la eficiencia del sistema inmunológico.

Por tanto, desde el punto de vista de la salud, el interés en evitar las enfermedades físicas puede convertirse en una motivación para controlar el enojo.

Otra poderosa razón para controlar el enojo se relaciona con las consecuencias negativas que resultan de la expresión inapropiada del enojo. Llevado a un extremo, el enojo puede conducir a la violencia o a la agresión física, lo cual puede ocasionar un sinnúmero de consecuencias negativas, tales como el ser arrestado o encarcelado, resultar herido, ser sujeto a revanchas, perder a seres queridos, ser expulsado de un programa de tratamiento contra el abuso de sustancias o de un programa de servicio social o inclusive tener sentimientos de culpa, vergüenza o arrepentimiento.

Aún cuando el enojo no lleve a la violencia, las expresiones inapropiadas del enojo, tales como el abuso verbal o la conducta amenazadora o agresiva, con frecuencia tienen consecuencias negativas. Por ejemplo, es posible que los demás sientan miedo, resentimiento y falta de confianza hacia las personas que los someten a explosiones de enojo. Esto, a su vez, puede causar la alienación de esas personas con otros individuos, tales como familiares, amigos y colegas de trabajo.

Recompensas y consecuencias

La expresión inapropiada del enojo tiene inicialmente muchas recompensas aparentes. Una recompensa es poder manipular y controlar a los demás a través de la conducta amenazadora o agresiva; otros pueden hacer caso a las demandas de una persona porque temen sus amenazas verbales o su violencia. Otra recompensa es el alivio de la tensión que se produce cuando se pierde el control y se actúa con agresividad. Aunque es posible que una persona se sienta mejor después de una explosión de enojo, es muy probable que todos los demás se sientan peor.

A largo plazo, sin embargo, estas recompensas iniciales conducen a consecuencias negativas. Por esta razón se las llama recompensas "aparentes", ya que las consecuencias negativas a largo plazo superan ampliamente las ganancias de corto plazo. Por ejemplo, contemplemos el caso de un padre que convence a sus hijos y los hace satisfacer sus demandas a través de un tono de voz enojado y de gestos amenazantes. Para los niños, tales conductas significan que sufrirán daños físicos si no obedecen. La recompensa inmediata para el padre es que los hijos obedecen sus órdenes. La consecuencia a largo plazo, sin embargo, puede ser que los niños aprenden a tenerle miedo o a sentir desagrado por él y lleguen a sentirse distanciados

afectivamente de él. Es posible que a medida que crezcan, traten de evitar el contacto con el padre o se nieguen totalmente a verlo.

Mitos acerca del enojo

Mito #1: El enojo es hereditario. Un error o mito común acerca del enojo es que la manera de expresar el enojo es heredada y no se puede cambiar. A veces es posible oír que alguien dice: “Yo heredé mi enojo de mi padre; soy así y nada más”. Esta afirmación implica que la expresión del enojo es un conjunto de conductas fijas e inalterables. La evidencia que proviene de investigaciones realizadas indica, sin embargo, que las personas no nacen con maneras fijas y específicas de expresar el enojo. Más bien, lo que estos estudios muestran es que, debido a que la expresión del enojo es una conducta aprendida, otras maneras más apropiadas de expresar el enojo también pueden ser aprendidas.

Está bien establecido que gran parte de la conducta humana se aprende al observar a otros, particularmente a personas que ejercen influencia, como los padres, miembros de la familia y amigos. Si los niños observan que sus padres expresan el enojo a través de acciones agresivas, tales como el abuso verbal y la violencia, es muy probable que aprendan a expresar el enojo de maneras similares. Afortunadamente, esta conducta puede cambiarse mediante el aprendizaje de nuevas y apropiadas maneras de expresión del enojo. No es necesario continuar expresando el enojo a través de medios agresivos y violentos.

Mito #2: El enojo conduce automáticamente a la agresión. Otro mito acerca del enojo consiste en creer que la única manera eficaz de expresar el enojo es a través de la agresión. Normalmente se piensa que el enojo es algo que, una vez que surge, se va intensificando hasta constituir una agresiva explosión de furia. Como ya se ha dicho, sin embargo, el enojo no lleva necesariamente a la agresión. De hecho, el manejo eficaz del enojo implica controlar la intensificación del enojo mediante el aprendizaje de habilidades relacionadas a la asertividad, la modificación de la conversación negativa y hostil de nuestro lenguaje interno, el cuestionamiento de las creencias irracionales y la utilización de una variedad de estrategias conductuales. Estas habilidades, técnicas y estrategias se tratarán en sesiones posteriores.

Mito #3: Tenemos que ser agresivos para conseguir lo que queremos.

Muchas personas confunden la asertividad con la agresión. La meta de la agresión es dominar, intimidar, dañar o lesionar a otra persona; es lograr ganar cueste lo que cueste. Por el contrario, la meta de la asertividad es expresar los sentimientos de enojo de un modo respetuoso hacia otras personas. Por ejemplo, si alguien estuviera disgustado porque un amigo llega repetidamente tarde a las reuniones, podría responder gritando obscenidades e insultos. Esta manera de proceder es un ataque hacia la otra persona, sin un esfuerzo por dirigirse a la conducta que provoca enojo o frustración.

Una manera asertiva de enfrentar la situación podría ser diciendo: "Cuando llegas tarde a una reunión conmigo, me siento bastante frustrado. Desearía que llegaras a tiempo más a menudo".

Esta declaración expresa los sentimientos de frustración e insatisfacción de la persona y comunica de qué manera la persona quisiera que la situación cambiara. Esta expresión no le echa la culpa o amenaza al otro individuo y reduce al mínimo la oportunidad de causar daño emocional. En las sesiones 7 y 8 se tratarán con más detalle las habilidades relacionadas a la asertividad.

Mito #4: Siempre es deseable expresar el enojo. Durante muchos años, la creencia popular entre numerosos profesionales en el área de la salud física y mental y entre la gente en general, era que la expresión agresiva del enojo, como gritar o pegarle a la almohada, era terapéutica y saludable.

Los estudios de investigación han encontrado, sin embargo, que las personas que expresan su enojo de manera agresiva simplemente llegan a ser mejores en su función de sentirse enojadas (Berkowitz, 1970; Murray, 1985; Straus, Gelles, & Steinmetz, 1980)²⁰. En otras palabras, expresar el enojo de una manera agresiva refuerza la conducta agresiva.

El enojo como respuesta habitual

No sólo es la expresión del enojo algo que se aprende, sino que también puede convertirse en una respuesta rutinaria, familiar y predecible a una variedad de situaciones. Cuando el enojo es demostrado frecuente y

²⁰ Murray, E. (1985). *Coping and anger*. En: Field, T., McCabe, P., and Schneiderman, N. (Eds.), *Stress and Coping*(pp. 243-261). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Straus, M.; Gelles, R.; and Steinmetz, S. (1980). *Behind Closed Doors: Violence in the American Family*. Garden City, NY: Doubleday.

agresivamente, puede convertirse en un hábito mal adaptado porque produce consecuencias negativas. Por definición, los hábitos se realizan repetidamente sin pensarlo. Las personas que tienen dificultad para manejar su enojo recurren a menudo a la expresión agresiva del enojo para resolver sus problemas, sin pensar en las consecuencias negativas que pueden sufrir o en los efectos debilitantes que su conducta puede ocasionar en las personas a su alrededor.

¿Cómo superar el hábito del enojo?

Hay que tomar conciencia del enojo. Para superar el hábito del enojo se debe tomar conciencia de las situaciones, circunstancias y conductas de los demás que desencadenan o “disparan” el enojo.

Esta toma de conciencia también involucra la comprensión de las consecuencias negativas que resultan del enojo. Por ejemplo, ustedes pueden estar haciendo cola (fila) en el supermercado e impacientarse porque las colas son demasiado largas. Podrían sentir enojo y entonces llegar a exigir de manera tempestuosa que el cajero pida más ayuda. A medida que el enojo se va intensificando, ustedes pueden comenzar a discutir acaloradamente con el cajero o con otro cliente. El gerente de la tienda puede responder a esta situación llamando a un agente de seguridad para que los saquen del lugar. Las consecuencias negativas que resultan de esta situación son que no obtuvieron los comestibles que ustedes deseaban, y la vergüenza y humillación que sufrieron cuando los echaron de la tienda.

Estrategias para el manejo del enojo.

Además de tomar conciencia del enojo, ustedes necesitan desarrollar estrategias para manejarlo eficazmente. Estas estrategias pueden usarse para detener la intensificación del enojo antes de que se pierda el control y se experimenten consecuencias negativas. Un conjunto eficaz de estrategias para controlar el enojo debe incluir tanto estrategias inmediatas como estrategias preventivas.

Entre las estrategias inmediatas se incluyen el tomar un “tiempo fuera”, la práctica de ejercicios de respiración profunda y la detención de los pensamientos. Entre las estrategias de prevención se incluyen la elaboración de un programa de ejercicios y la modificación de creencias irracionales.

Estas estrategias se discutirán más detalladamente en sesiones posteriores. Un ejemplo de una estrategia inmediata para el manejo del enojo que vale la

pena explorar a estas alturas es el “tiempo fuera”. El “tiempo fuera” puede usarse formal o informalmente. Por ahora, se describirá sólo el uso informal del “tiempo fuera”. Este uso implica el retiro de una situación cuando se siente que el enojo se está intensificando hacia un punto fuera de control. Por ejemplo, ustedes pueden ir como pasajeros en un autobús lleno de viajeros y sienten enojo porque perciben que las demás personas están empujándolos deliberadamente. En esta situación, ustedes simplemente pueden bajarse del autobús y esperar que pase otro que no venga tan lleno.

El uso informal del “tiempo fuera” también puede servir para evitar involucrarse en una discusión o argumento cuando sienten que el enojo se está intensificando. En estas situaciones, puede ser útil pedir un “tiempo fuera” o hacer una señal con sus manos, indicando la necesidad de usar esa estrategia. Esto permite a la otra persona saber que desean dejar de hablar del tema inmediatamente y que están empezando a sentirse frustrados, molestos o irritados.

En este grupo, ustedes deben pedir un “tiempo fuera” si sienten que su enojo se está intensificando hacia un punto fuera de control. También se les anima a que salgan del salón por un período corto de tiempo si sienten la necesidad de hacerlo. Sin embargo, se les pide regresar al resto de la sesión de grupo después de que se hayan tranquilizado.

Presentaciones de los participantes

Al llegar a este punto, se pide a los miembros del grupo que den sus nombres, las razones por las cuales están interesados en participar en el grupo de manejo del enojo, y lo que ellos esperan lograr en el grupo. Después de la presentación de cada miembro del grupo, se ofrece un comentario de apoyo que valide la decisión de la persona de participar en el grupo. La experiencia muestra que esto ayuda a que los miembros sientan que en los grupos encontrarán ayuda para sus necesidades y contribuye a reducir la ansiedad asociada en general con las presentaciones y la primera sesión del grupo.

Escala para medir el enojo

Una técnica que es útil para ayudar a aumentar la toma de conciencia sobre el enojo es aprender a observar las manifestaciones de enojo. Una manera simple de observar las manifestaciones de enojo es usar la “escala del enojo”. Una designación de 1 en la escala del enojo representa una ausencia

total de enojo o un estado total de calma, mientras que una designación de 10 representa una iracunda y explosiva pérdida de control que lleva a consecuencias negativas. Una designación de entre 1 y 10 representa sentimientos de enojo ubicados entre estos dos extremos. El propósito de la escala del enojo es observar la intensificación del enojo a medida que va aumentando el número en la escala. Por ejemplo, cuando una persona enfrenta una situación que le provoca enojo, no alcanza inmediatamente el número 10 en la escala, aunque a veces parece que así fuera. En realidad, el enojo comienza con un número bajo y asciende rápidamente por la escala. Si se han aprendido habilidades eficaces, siempre hay tiempo para detener el enojo antes de que ascienda a 10 puntos en la escala.

Una dificultad que algunas personas experimentan cuando están aprendiendo a usar la escala del enojo es la de no entender bien el significado de llegar a 10. Un 10 se reserva para los casos en los que un individuo sufre (o podría sufrir) consecuencias negativas. Un ejemplo es cuando un individuo ataca a otra persona y es arrestado por la policía.

Se debe resaltar un segundo punto acerca de la escala del enojo: cada persona puede interpretar los números de la escala de manera diferente. Estas diferencias son aceptables. Lo que puede ser un 5 para una persona puede ser un 7 para otra. Es mucho más importante personalizar la escala del enojo y sentirse cómodo y familiarizado con la interpretación de sus propios números en la escala. En los grupos, sin embargo, un nivel de 10 se reserva para los casos en que alguien pierde el control y sufre (o podría sufrir) consecuencias negativas.

Cuadro gráfico 1.

La escala para medir el enojo

| | |
|----|---------------------------|
| 10 | • Explosión |
| 9 | |
| 8 | • Violencia |
| 7 | |
| 6 | • Pérdida de control |
| 5 | |
| 4 | • Consecuencias negativas |
| 3 | • ¡Usted puede elegir! |

Asignación de tareas para la casa

Se les pide que repasen el propósito y las reglas del grupo, las definiciones de enojo y agresión, los mitos acerca del enojo, el enojo como respuesta habitual y la escala del enojo. También se les pide que registren sus niveles de enojo en la escala del enojo durante la próxima semana y que durante el procedimiento de verificación de la siguiente sesión indiquen cuál fue el nivel más alto que alcanzaron.

Sesión 2

Eventos y señales:

Marco conceptual para entender el enojo

Esta sesión enseña a los miembros del grupo cómo analizar un episodio de enojo y cómo identificar los eventos y señales que indican una intensificación del enojo. Comienzo la sesión aplicando el procedimiento de verificación (se da seguimiento a las tareas para la casa de la semana anterior: pido a los miembros del grupo que indiquen cuál fue el nivel más alto de enojo que alcanzaron en la escala del enojo durante la semana anterior) y continúo con una presentación y conversación acerca del tema de los eventos y señales que indican una intensificación del enojo. Un procedimiento de verificación más completo se usará en la Sesión 3, después de enseñar a los miembros del grupo cómo identificar las situaciones específicas que provocan su enojo y las señales que indican una intensificación del enojo.

Después del procedimiento de verificación, se pide a los miembros del grupo que hagan una lista de las situaciones específicas que activan su enojo. Se pone atención especialmente en ayudarles a distinguir entre las situaciones y sus interpretaciones de estas situaciones. Las situaciones tienen que ver con los hechos. Las interpretaciones tienen que ver con las opiniones, evaluaciones o percepciones con respecto a las situaciones. Por ejemplo, un miembro del

grupo podría decir: “Mi jefe me criticó porque ‘no le caigo bien’”. En este caso, se destaca que la situación específica fue que el jefe criticó al miembro del grupo y que la idea de que ‘no le cae bien’ al jefe es una interpretación que puede o no ser correcta.

Se es consciente de las diferencias relacionadas al género. Las mujeres participantes a menudo identifican la relación con su novio o compañero o las preocupaciones o inquietudes asociadas con ser madres como factores que activan su enojo. Los hombres, sin embargo, raramente identifican estos problemas como factores que sirven para activar su enojo.

Finalmente, se presentan las cuatro categorías de las señales de enojo. Después de describir cada categoría, se pide a los miembros del grupo que proporcionen ejemplos. Es importante recalcar que las señales pueden ser diferentes para cada individuo. Los miembros del grupo deben identificar las señales que indican una intensificación de su enojo.

Eventos o situaciones que activan el enojo

Cuando alguien siente enojo, es porque una situación ha provocado ese enojo. Por ejemplo, ustedes pueden sentir enojo cuando el autobús llega tarde, cuando tienen que esperar en una cola (fila) en el supermercado o cuando un vecino toca el estéreo a un volumen muy alto.

Situaciones diarias como éstas pueden provocar su enojo.

Muchas veces, situaciones específicas afectan áreas sensibles de su vida. Estas áreas sensibles o “alertas de peligro” normalmente se relacionan con problemas antiguos que pueden llevar fácilmente al enojo. Por ejemplo, algunos de ustedes podrían haber sido lectores lentos cuando eran niños y podrían haber tenido cierta sensibilidad con respecto a esa situación. Aunque ahora como adultos es posible que lean bien, tal vez continúen siendo muy sensibles sobre este tema.

Esta sensibilidad puede revelarse si alguien les apresura cuando están completando una solicitud o leyendo un memorando y puede activar su enojo porque pueden sentir que los están criticando o juzgando como cuando eran niños. Esta sensibilidad también puede mostrarse de una manera más directa, como cuando alguien les llama “lentos” o “tontos”.

Además de las situaciones que se experimentan aquí y ahora, hay situaciones de nuestro pasado que también pueden provocar nuestro enojo

cuando las recordamos. Por ejemplo, ustedes pueden recordar cómo el autobús siempre parecía llegar tarde cuando necesitaban tomarlo para ir a una cita importante. El solo hecho de pensar que en el pasado el autobús llegaba tarde, puede bastar para hacerlos sentir enojo en el presente. Otro ejemplo puede ser cuando ustedes recuerdan una situación que involucra a un miembro de la familia que los traicionó o hirió de alguna manera.

Recordar esta situación o a este familiar, puede aumentar su nivel en la escala del enojo. Aquí hay otros ejemplos de situaciones o asuntos que pueden activar su enojo

- Largas esperas para ver a su médico
- Congestión del tránsito
- Autobuses llenos de gente
- Un amigo que habla en broma sobre un tema que es delicado para ustedes
- Un amigo que no les devuelve el dinero que les debe
- Acusaciones injustas o sin fundamento
- Tener que ordenar o limpiar lo que otra persona desordenó o ensució
- Tener un compañero de cuarto desordenado
- Tener un vecino que toca el estéreo a muy alto volumen
- Que los pongan en estado de espera por largo tiempo cuando están hablando por teléfono
- Que les den instrucciones incorrectas
- Que se corran rumores falsos sobre su persona
- Que les roben dinero o propiedad que les pertenece.

Señales de enojo

Un segundo aspecto importante de la observación del enojo es la identificación de las señales que se manifiestan como respuesta a una situación que provoca el enojo. Estas señales sirven para advertir que están sintiendo enojo y que el enojo se está intensificando. Es posible clasificar estas señales en cuatro categorías: fisiológicas, conductuales, emocionales y cognitivas (pensamientos).

Señales fisiológicas. Las señales fisiológicas se relacionan con la manera en que sus cuerpos responden cuando sienten enojo. Por ejemplo, su ritmo cardíaco puede acelerarse, pueden sentir opresión en el pecho o sentirse acalorados y enrojecidos. Estas señales fisiológicas también pueden advertirles

que su enojo se está intensificando hacia un punto fuera de control y que se acerca a un nivel de 10 en la escala del enojo. Ustedes pueden aprender a identificar estas señales cuando ocurren en respuesta a una situación que les provoca enojo.

¿Pueden identificar algunas de las señales fisiológicas que han experimentado cuando han sentido enojo?

Señales conductuales. Las señales conductuales se relacionan con las conductas que exhiben cuando sienten enojo, las cuales son observadas por las personas que les rodean. Por ejemplo, pueden apretar los puños, pasearse nerviosamente en un mismo lugar, cerrar puertas con fuerza o alzar la voz. Estas respuestas conductuales constituyen el segundo tipo de señal de enojo. Como ocurre con las señales fisiológicas, las señales conductuales sirven para advertir que pueden estar acercándose a un nivel de 10 en la escala del enojo. ¿Cuáles son algunas de las señales conductuales que han experimentado cuando han sentido enojo?

Señales emocionales. Las señales emocionales se relacionan con otros sentimientos que pueden ocurrir de manera simultánea con su enojo. Por ejemplo, ustedes pueden sentir enojo cuando se sienten abandonados, asustados, ignorados, culpables, humillados, impacientes, inseguros, celosos, o rechazados o cuando se sienten que no son respetados. Estos tipos de sentimientos son los sentimientos primarios que constituyen las razones subyacentes, o sea, las razones profundas y escondidas de su enojo. Es fácil descontar estos sentimientos primarios porque a menudo les hacen sentirse vulnerables. Un componente importante del manejo del enojo consiste en identificar y reconocer los sentimientos primarios que constituyen las razones subyacentes, o sea, las razones profundas y escondidas de su enojo. En este grupo trataremos el enojo como una emoción secundaria con respecto a estos sentimientos primarios.

¿Pueden identificar algunos de los sentimientos primarios que han experimentado durante un episodio de enojo?

Señales cognitivas. Las señales cognitivas se relacionan con pensamientos que surgen como respuesta a situaciones que les provocan enojo. Cuando alguien siente enojo, puede interpretar las situaciones de cierta manera. Por ejemplo, ustedes pueden interpretar los comentarios de un amigo

como una crítica, o pueden interpretar que las acciones de otros están dirigidas a rebajarlo, humillarlo o controlarlo. Algunas personas denominan a estos pensamientos “lenguaje interno” o “conversación de la mente consigo misma,” porque parece una conversación que estuviéramos teniendo con nosotros mismos. Para las personas con problemas de enojo, este “lenguaje interno” presenta normalmente un tono y contenido muy crítico y hostil. El lenguaje refleja cómo estas personas piensan que el mundo debería ser y lo que creen con respecto a las personas, los lugares y las cosas.

En estrecha relación con los pensamientos y el lenguaje interno están las fantasías y las imágenes. Tanto las fantasías como las imágenes se consideran como otros tipos de señales cognitivas que pueden indicar una intensificación del enojo. Por ejemplo, ustedes pueden tener una fantasía acerca de cómo vengarse de alguien a quien perciben como un enemigo o imaginar o visualizar que su pareja está teniendo otra relación. Cuando tienen estas fantasías e imágenes, su enojo se puede intensificar aún más rápidamente.

¿Pueden pensar en otros ejemplos de señales cognitivas o señales relacionadas con sus pensamientos?

Explicación del procedimiento de verificación

En esta sesión, los miembros del grupo comenzarán a observar su propio enojo y a identificar los eventos y las situaciones que provocan su enojo. En cada sesión semanal, habrá un procedimiento de verificación para dar seguimiento a las tareas para la casa asignadas la semana anterior y para que los miembros indiquen cuál fue el nivel más alto de enojo que alcanzaron en la escala del enojo durante esa semana.

Se pide a los participantes que identifiquen la situación que activó su enojo, las señales asociadas con su enojo y las estrategias a las que recurrieron para manejar su enojo en respuesta a la situación. Durante el proceso de verificación al inicio de cada sesión, los miembros responderán a las siguientes preguntas:

1. ¿Cuál fue el número más alto que alcanzaron en la escala del enojo durante la semana pasada?
2. ¿Cuál fue la situación que activó su enojo?

3. ¿Qué señales estuvieron asociadas con la situación que provocó el enojo? Por ejemplo, ¿cuáles fueron las señales fisiológicas, conductuales, emocionales y/o cognitivas?

4. ¿Qué estrategias emplearon para evitar alcanzar un nivel de 10 en la escala del enojo?

También se les pide a los participantes que observen y anoten el número más alto que alcanzaron en la escala de enojo durante cada día de la próxima semana después de cada sesión.

Cuadro gráfico 2.

Señales de enojo:

Cuatro categorías de señales

1. Fisiológicas (ejemplos: ritmo cardíaco acelerado, opresión en el pecho, sentirse acalorado o enrojecido)
2. Conductuales (ejemplos: apretar los puños, pasearse nerviosamente en un mismo lugar, alzar la voz, mirar fija y persistentemente)
3. Emocionales (ejemplos: miedo, injuria, celos, culpabilidad)
4. Cognitivas/pensamientos (ejemplos: lenguaje interno hostil, imágenes de agresión y venganza)

Asignación de tareas para la casa

Se les pide que observen y anoten el número más alto que alcancen en la escala del enojo durante cada día de la próxima semana. También se les pide que identifiquen la situación que les provocó enojo y que hagan una lista de las señales asociadas con la situación que les provocó enojo. Se les menciona a los participantes que deben prepararse para informar sobre estas tareas durante el procedimiento de verificación en la sesión de la próxima semana.

Sesión 3

Cómo ayudar a los miembros del grupo a desarrollar un plan para controlar el enojo

En esta sesión se comienza a enseñar a los miembros del grupo estrategias cognitivo-conductuales para manejar el enojo. Al llegar a este punto, los participantes han empezado a aprender a observar su enojo y a identificar los eventos y las situaciones que lo provocan. Ahora es importante

ayudarles a desarrollar un conjunto de estrategias para manejar el enojo. Este conjunto de estrategias se convierte en un plan para el control del enojo. Este plan debe contar con *estrategias inmediatas*, o sea, aquéllas que pueden usarse en el momento mismo cuando el enojo está intensificándose rápidamente. También debe contar con *estrategias preventivas*, las cuales pueden usarse para evitar la intensificación del enojo antes de que empiece. Es importante incentivar a los miembros del grupo a que utilicen las estrategias que funcionen mejor con ellos.

Algunos encuentran que la reestructuración cognitiva (cuestionando, por ejemplo, el lenguaje interno hostil o las ideas irracionales) es muy eficaz. Otros podrían preferir usar estrategias como el "tiempo fuera" o la detención de los pensamientos. El punto principal es ayudar a los miembros del grupo a individualizar sus planes para el control del enojo y ayudarles a desarrollar estrategias con las que se sientan cómodos y que usan fácilmente. En las sesiones restantes, se continuará ayudando a los miembros del grupo a desarrollar estrategias eficaces para controlar su enojo y se seguirán clarificando y reforzando estas estrategias durante el procedimiento de verificación.

Se motiva a los participantes para que busquen apoyo y retroalimentación ("feedback") de las personas de confianza que los apoyan en su proceso de recuperación, incluso estrategias para el manejo del enojo ante una situación determinada que contribuirán a reducir la intensificación del enojo, en lugar de aumentarla.

Además de ayudar a los miembros del grupo a que comiencen a desarrollar sus planes para el control del enojo, se empieza la sesión con el procedimiento de verificación y termina la sesión con un ejercicio respiratorio que sirve como un adiestramiento de relajación. Antes de guiar a los miembros en el ejercicio respiratorio, se pregunta si alguno de ellos ha tenido experiencia con diferentes formas de relajamiento. Se describe la gama de técnicas de relajación, las cuales pueden abarcar desde simples ejercicios respiratorios hasta las más elaboradas técnicas de imaginación creativa dirigida. Se explica en el grupo que los participantes practicarán dos cortos y simples ejercicios de relajación: la respiración profunda y la relajación muscular progresiva. Además

de explicar que la experiencia ha demostrado que los miembros de los grupos están más inclinados a utilizar estas simples formas de relajarse.

Procedimiento de verificación

Se pide a los miembros del grupo que indiquen cuál fue el nivel más alto que alcanzaron en la escala del enojo durante la semana anterior. Me aseguro de que reserven el número 10 para situaciones en las cuales perdieron el control de su enojo y experimentaron consecuencias negativas. Se pide que describan la situación que los llevó a alcanzar el nivel más alto de enojo. Ayudándolos a identificar las señales que surgieron como respuesta a la situación que provocó su enojo y a clasificar estas señales según las cuatro categorías de señales.

Cuadro gráfico 3.

Situación, señales y estrategias identificadas durante el procedimiento de verificación

Planes para el control del enojo

Hasta este punto, ustedes se han estado enfocando en observar su enojo. En la primera sesión, aprendieron a usar la escala para medir su enojo. La semana pasada aprendieron a identificar las situaciones que activan su enojo, así como las señales fisiológicas, conductuales, emocionales y cognitivas asociadas con cada situación. Hoy empezarán a hablar acerca de cómo desarrollar un plan para controlar su enojo y cómo pueden usar estrategias específicas, como el “tiempo fuera” y la relajación, para controlar su enojo. En sesiones posteriores hablaremos de otras estrategias, tales como aprender a cambiar el lenguaje interno cuando éste sea hostil o negativo, y cómo usar el modelo de resolución de conflictos. Estas estrategias más avanzadas pueden usarse junto con el “tiempo fuera” y la relajación.

La idea básica en el desarrollo de un plan para el control del enojo es probar varias estrategias diferentes y encontrar las técnicas que mejor funcionan para lograr controlar su enojo. Cuando identifiquen estas estrategias, podrán incorporarlas a sus planes para controlar el enojo y usarlas cuando comiencen a sentir enojo. Algunas personas se refieren a sus planes para el control del enojo como su “caja de herramientas” y a las estrategias específicas que usan para controlar su enojo como sus “herramientas”. Esta analogía

puede ser muy útil; lo importante es identificar las estrategias específicas para controlar el enojo que mejor funcionan con ustedes. Estas estrategias deberán integrarse en un plan formal para el control del enojo que ustedes puedan emplear cuando se enfrentan a una situación que les provoca enojo.

Una estrategia eficaz que muchas personas usan, por ejemplo, es hablar de sus sentimientos con un amigo de confianza que no haya estado involucrado en la situación que les provocó enojo. Al ir hablando de su enojo, ustedes podrán empezar a identificar las emociones primarias que constituyen las razones subyacentes, o sea, las razones profundas y escondidas de su enojo, y determinar si sus pensamientos y expectativas con respecto a la situación que provoca su enojo son racionales. A menudo un amigo de confianza puede darles una perspectiva diferente con respecto a lo que está pasando en sus vidas. Aún cuando su amigo simplemente los escuche, el solo hecho de poder expresar sus sentimientos puede con frecuencia hacerles sentirse mejor.

El objetivo a largo plazo del tratamiento para el manejo del enojo es desarrollar un conjunto de estrategias que ustedes puedan usar apropiadamente en situaciones específicas que les provocan enojo. Más adelante, las sesiones presentarán un menú de estrategias y técnicas útiles para manejar el enojo. Cuando hayan seleccionado las estrategias que les funcionan mejor, deberán refinarlas aplicándolas en situaciones de la vida real. Para usar la analogía de la caja de herramientas, es posible que necesiten herramientas diferentes para situaciones diferentes.

Volveremos a tratar este concepto en sesiones posteriores y a resaltar la importancia de desarrollar un plan para el control del enojo que los ayude a manejar el enojo eficazmente en una variedad de situaciones.

Tiempo fuera. Como ya se mencionó en la Sesión 1, el concepto de “tiempo fuera” es muy importante para manejar el enojo y es una estrategia básica para controlarlo que se recomienda para ser incluida en todos los planes para el control del enojo. Informalmente, tomar un “tiempo fuera” consiste en abandonar la situación que está causando la intensificación del enojo o simplemente detener la conversación que está provocándolo.

Formalmente, el “tiempo fuera” está ligado a las relaciones con otras personas, ya que implica un acuerdo o un plan predeterminado. Estas

relaciones pueden incluir a familiares, amigos o compañeros de trabajo. Cualquiera de las partes interesadas puede pedir un “tiempo fuera”, según las reglas que han sido convenidas de antemano por todos. La persona que pide un “tiempo fuera” puede abandonar la situación, si fuera necesario. Sin embargo, también está acordado que la persona deberá regresar a la sesión con el fin de concluir la conversación o de posponerla, dependiendo de si todo el grupo piensa que el problema puede resolverse con éxito.

El “tiempo fuera” es importante porque puede resultar eficaz en el momento mismo que surge el enojo.

Aún cuando el enojo esté intensificándose rápidamente en la escala del enojo, se puede evitar que llegue a alcanzar un nivel de 10 pidiendo un “tiempo fuera” y abandonando la situación.

El “tiempo fuera” también es eficaz cuando se usa junto con otras estrategias. Por ejemplo, una persona puede tomarse un “tiempo fuera” y salir a dar un paseo. También puede tomarse un “tiempo fuera” y llamar a un amigo de confianza o a un familiar o escribir en su diario. Estas otras estrategias pueden ayudarle a tranquilizarse durante ese “tiempo fuera”.

¿Puede pensar en estrategias específicas que podría usar para controlar su enojo?

¿Deberían estas estrategias ser incluidas en su plan para el control del enojo?

Cuadro gráfico 4.

Plan para el control del enojo

1. Tome un “tiempo fuera” (formal o informal).
2. Hable con un amigo (alguien en quien usted confía).
3. Use el modelo de resolución de conflictos para expresar el enojo.
4. Haga ejercicio (dé un paseo, vaya al gimnasio, etc.).
5. Asista a reuniones de 12 pasos.
6. Explore los sentimientos primarios que constituyen las razones subyacentes, o sea, las razones profundas y escondidas de su enojo.

Relajación a través de la respiración

Ya hemos hablado de las señales fisiológicas del enojo, como la aceleración del ritmo cardíaco, sentirse acalorado o enrojecido o tener los músculos tensos.

Estos tipos de señales fisiológicas son ejemplos de lo que normalmente se considera como una respuesta de estrés. En la respuesta de estrés, el sistema nervioso se energiza y es probable que, en este estado agitado, una persona tenga dificultad para bajar los niveles que registra en la escala de enojo. En este estado, es probable que otros eventos o situaciones que provocan el enojo causen una intensificación todavía mayor del enojo.

Un aspecto interesante del sistema nervioso es que todos tenemos una respuesta de relajación que contrarresta la respuesta de estrés. Debido a que es físicamente imposible estar agitado y relajado al mismo tiempo, si una persona logra relajarse, puede contrarrestar la respuesta de estrés o de enojo. Acabaremos esta sesión practicando un ejercicio de respiración profunda que se usa como una técnica de relajación. En la Sesión 4, practicaremos la relajación muscular progresiva como un tipo secundario de técnica de relajación.

Se dirige un ejercicio de respiración

Pónganse cómodos en sus asientos. Si lo desean, cierren los ojos. Si prefieren mantener los ojos abiertos, miren hacia el suelo.

Tomen unos momentos para sentirse cómodos. Ahora concéntrense en su cuerpo. Vayan notando la tensión de su cuerpo, empezando con los pies y continuando hacia arriba hasta la cabeza. Noten si sienten tensión en las piernas, el estómago, las manos y los brazos, los hombros, el cuello y la cara. Traten de librarse de la tensión que están sintiendo.

Ahora, concéntrense en su respiración. Presten atención a su respiración a medida que entra y sale de su cuerpo. Esto puede ser muy relajante.

Respiren todos profundamente al mismo tiempo. Noten cómo los pulmones y el pecho se expanden. Ahora dejen salir el aire exhalando lentamente por la nariz. De nuevo, respiren profundamente. Llenen los pulmones y el pecho de aire. Noten cuánto aire pueden inhalar.

Sostengan la respiración durante un segundo. Ahora dejen salir el aire exhalando lentamente.

Otra vez, inhalen lentamente hasta llenar los pulmones de aire. Sostengan la respiración durante un segundo y dejen salir el aire.

Ahora solos, continúen respirando de la misma manera por otro par de minutos. Continúen concentrándose en su respiración. Con cada inhalación y exhalación, sientan cómo su cuerpo se va relajando más y más. Usen su respiración para eliminar cualquier resto de tensión.

(Se permite que los miembros del grupo practiquen esta respiración en silencio durante 1 ó 2 minutos)

Ahora respiren profundamente otra vez. Inhalen hasta llenar el pecho, sostengan la respiración durante un segundo y dejen salir el aire. Respiren de nuevo, sostengan la respiración y dejen salir el aire. Continúen prestando atención a su respiración mientras llenan sus pulmones. Una vez más, inhalen hasta llenar los pulmones de aire, sostengan la respiración durante un segundo y dejen salir el aire.

Cuando sientan que están listos, abran los ojos.

¿Qué tal les resultó el ejercicio? ¿Notaron algunas sensaciones nuevas mientras estaban respirando? ¿Cómo se sienten ahora?

Este ejercicio de respiración puede acortarse a sólo tres inhalaciones y exhalaciones profundas. Aunque más corto, este ejercicio puede ser eficaz para ayudarles a relajarse cuando sienten que su enojo se está intensificando. Pueden practicar esto en la casa, el trabajo, el autobús, mientras estén esperando por una cita o incluso mientras caminan. El secreto para que la respiración profunda sea una técnica de relajación eficaz, es practicarla frecuentemente y aplicarla en una variedad de situaciones.

Asignación de tareas para la casa

Se les pide que observen y anoten el número más alto que alcancen en la escala del enojo durante cada día de la próxima semana. También que identifiquen la situación que les provocó enojo, las señales asociadas con la situación que les provocó enojo y las estrategias que emplearon para manejar su enojo en respuesta a la situación. Se pide que practiquen el ejercicio de respiración profunda, preferiblemente una vez por día durante la próxima semana y que diseñen una versión preliminar de sus planes para el control del enojo. Se menciona a los miembros del grupo que deben estar preparados para informar sobre estas tareas durante el procedimiento de verificación en la sesión de la próxima semana.

Sesión 4

El ciclo de agresión: *Cómo cambiar el ciclo*

En esta sesión se presentan el ciclo de agresión y la relajación muscular progresiva. Como en las dos sesiones anteriores, se comienza con el procedimiento de verificación. Después, se presentan las tres fases del ciclo de agresión, que consisten en la intensificación, la explosión y la postexplosión. En este marco se incorporan además los conceptos de la escala del enojo, las señales del enojo y el plan para el control del enojo.

Se termina la sesión presentando un ejercicio de relajación muscular progresiva. La relajación muscular progresiva es otra técnica que ha sido eficaz en la reducción de los niveles de enojo. Esta técnica de relajación es una buena alternativa al ejercicio de respiración profunda presentado en la sesión de la semana anterior, porque es muy directa y fácil de aprender.

Procedimiento de verificación

Se pide a los miembros del grupo que indiquen cuál fue el nivel más alto que alcanzaron en la escala del enojo durante la semana anterior. Me aseguro de que reserven el número 10 para situaciones en las cuales perdieron el control de su enojo y experimentaron consecuencias negativas. Se les pide que escriban la situación que los llevó a alcanzar el nivel más alto de enojo. Ayudándolos a identificar las señales que surgieron en respuesta a la situación que provocó el enojo y también a clasificarlas según las cuatro categorías de señales. Se incluye, como parte del procedimiento de verificación, un seguimiento con respecto a las tareas para la casa de la semana anterior. Pido a los participantes que informen sobre las estrategias específicas que han incluido hasta ahora en sus planes para el control del enojo. También pregunto si practicaron el ejercicio de respiración profunda presentado en la sesión anterior.

El ciclo de agresión

En las últimas tres sesiones hemos repasado la escala del enojo, las señales de enojo y el plan para el control del enojo. En esta sesión, se presenta el marco que permitirá integrar estos conceptos relacionados con el manejo del enojo. Este marco se conoce como el ciclo de agresión.

Desde la perspectiva del manejo del enojo, se puede considerar que un episodio de enojo consiste de tres fases: *intensificación*, *explosión* y *postexplosión*, y todas juntas constituyen el ciclo de agresión. En este proceso, la fase de la intensificación se caracteriza por la presencia de señales que indican que el enojo se está iniciando. Como se indicó en la Sesión 2, las señales pueden ser fisiológicas, conductuales, emocionales o cognitivas (pensamientos). Recordarán que las señales son advertencias o respuestas a situaciones que provocan el enojo, mientras que los eventos son situaciones que ocurren todos los días y que pueden causar intensificación del enojo si no se usan estrategias para controlarlo. Los eventos que se consideran como “alertas de peligro” son los tipos de situaciones que son únicas para ustedes y a las que ustedes son especialmente sensibles porque se relacionan con eventos de su pasado. Estos acontecimientos pueden implicar procesos internos (como el pensar en situaciones que provocaban enojo en el pasado) o procesos externos (como experimentar situaciones de la vida real que provocan enojo aquí y ahora).

Si se permite que la fase de intensificación continúe, la fase de explosión vendrá a continuación.

La fase de explosión se caracteriza por una descarga descontrolada de enojo que se manifiesta como agresión física o verbal. Esta descarga, a su vez, lleva a consecuencias negativas y es sinónima al número 10 en la escala del enojo.

La fase final del ciclo de agresión es la postexplosión y se caracteriza por las consecuencias negativas que resultan de la agresión física o verbal desplegada durante la fase de explosión.

Estas consecuencias pueden incluir el ser encarcelado, tener que efectuar restituciones, ser despedido de un trabajo o expulsado de un tratamiento de drogas, de un programa de servicio social o de la escuela por unos días, perder a familiares u otros seres queridos y tener sentimientos de culpa, vergüenza y arrepentimiento.

La intensidad, frecuencia y duración del enojo a lo largo del ciclo de agresión varía entre diferentes personas. Por ejemplo, el enojo de una persona se puede intensificar rápidamente después de una situación provocativa y alcanzar la fase de explosión en cuestión de sólo unos minutos. El enojo de

otra persona, por su parte, puede escalar lenta pero continuamente durante varias horas antes de alcanzar la fase de explosión. De manera similar, una persona puede experimentar más episodios de enojo y progresar por el ciclo de agresión con más frecuencia que otra persona. Sin embargo, ambas personas pasarán por las tres fases del ciclo de agresión, a pesar de las diferencias en la rapidez con la que su enojo se intensifica o la frecuencia con la que experimentan enojo.

La intensidad del enojo también puede diferir entre las personas. Una persona puede recurrir más que otra a la conducta violenta en la fase de explosión. Por ejemplo, una persona puede usar armas o atacar a alguien. La otra persona puede expresar su enojo durante la fase de explosión gritando o amenazando a otros. A pesar de estas diferencias individuales, la fase de explosión es sinónima a la pérdida de control y al uso de la agresión física o verbal.

Nótese que las fases de intensificación y explosión del ciclo de agresión corresponden a los niveles de la escala del enojo. Los números o niveles por debajo de 10 en la escala del enojo representan la fase de la intensificación, del aumento del enojo. La fase de explosión, por otro lado, corresponde a 10 en la escala del enojo. De nuevo, el punto 10 en la escala del enojo corresponde al nivel en el cual se pierde el control y se expresa el enojo a través de una agresión física o verbal que lleva a consecuencias negativas.

Uno de los principales objetivos del tratamiento para el manejo del enojo es evitar que se alcance la fase de la explosión. Esto se logra usando la escala del enojo para observar los cambios en los niveles de su enojo, prestando atención a las señales o signos de advertencia que indican que el enojo está aumentando y empleando estrategias apropiadas de sus planes para el control del enojo para detener la intensificación del enojo. Si logran evitar que el enojo alcance la fase de explosión, la fase de postexplosión no ocurrirá y romperán el ciclo de agresión. Si usan eficazmente sus planes para el control del enojo, idealmente su enojo deberá alcanzar un nivel de entre 1 y 9 en la escala del enojo. Ésta es una meta razonable que ustedes se pueden trazar. Al evitar la fase de explosión (10), no experimentarán las consecuencias negativas de la fase de postexplosión y romperán así el ciclo de agresión.

Cuadro gráfico 5.

El ciclo de agresión

Fase de explosión

- a. Violencia
- b. Agresión verbal
- c. Descarga incontrolable de tensión
- d. Destrucción en gran escala

Fase de intensificación

- a. Negar y disminuir los eventos ocurridos
- b. Aumento del lenguaje interno hostil
- c. Intimidación por medio del lenguaje corporal
- d. Episodios de enojo más frecuentes e intensos

Fase de postexplosión

- a. Cárcel
- b. Ser expulsado de programas o servicios
- c. Costos económicos
- d. Pérdida de familiares u otros seres queridos
- e. Culpa, vergüenza, etc.

Se dirige un ejercicio de relajación muscular progresiva.

La semana pasada practicaron la respiración profunda como una técnica de relajación. Hoy presentaré la relajación muscular progresiva. Empiecen poniéndose cómodos en sus asientos.

Cierren los ojos si lo desean. Tomen un momento para acomodarse a gusto. Ahora, al igual que lo hicieron la semana pasada, comiencen a concentrarse en su respiración. Respiren profundamente. Sostengan la respiración durante un segundo. Ahora exhalen, dejando salir el aire completamente. Respiren profundamente otra vez. Llenen los pulmones y el pecho de aire. Ahora dejen salir el aire exhalando lentamente. Otra vez, inhalen lentamente, sostengan la respiración y dejen salir el aire.

Ahora, mientras continúan respirando profundamente, concéntrense en sus manos. Cierren los puños y apriétenlos con fuerza, manteniendo la tensión. Ahora relajen sus puños, mientras permiten que sus dedos se extiendan y sus

manos se relajen completamente. Cierren los puños y apriétenlos con fuerza otra vez. Mantengan y aflojen la tensión. Imaginen que toda la tensión va saliendo de sus manos por las puntas de los dedos. Noten la diferencia entre la tensión y la relajación completa.

Ahora concéntrense en sus brazos. Doblen los brazos como si estuvieran flexionando los bíceps. Pongan los puños, los antebrazos y los bíceps tensos. Mantengan la tensión y aflójenla. Dejen que la tensión de los brazos se afloje y que sus manos floten hasta apoyarse en los muslos. Sientan cómo la tensión abandona sus brazos. Nuevamente, doblen los brazos y flexionen los bíceps. Noten la tensión, manténganla y libérenla. Permitan que la tensión fluya fuera de sus brazos. Reemplácela con una relajación muscular profunda.

Ahora levanten los hombros hacia las orejas. Pongan los hombros bien tensos. Mantengan los hombros levantados durante un segundo. Lentamente bajen los hombros y aflojen toda la tensión. De nuevo, levanten los hombros, mantengan la tensión y aflójenla. Permitan que la tensión fluya de los hombros hacia los brazos y finalmente hacia los dedos. Noten qué diferentes se sienten los músculos cuando están relajados.

Ahora presten atención al cuello y la cara. Pongan todos los músculos de la cara tensos haciendo una mueca. Pongan tensos el cuello, la mandíbula y la frente. Mantengan la tensión y aflójenla. Permitan que los músculos del cuello y la mandíbula se relajen. Relajen todas las arrugas de la frente. Pongan tensos por última vez todos los músculos del cuello y la cara, mantengan la tensión y aflójenla. Noten cómo se relajan todos los músculos de la parte superior de la cabeza y alrededor de sus ojos. Permitan que sus ojos se relajen en sus cuencas, casi como si se estuvieran hundiendo en la parte de atrás de la cabeza. Relajen la mandíbula y la garganta. Relajen todos los músculos alrededor de las orejas. Sientan todas las tensiones abandonando los músculos del cuello.

Ahora simplemente permanezcan sentados por unos momentos. Examinen su cuerpo para ver si ha quedado algo de tensión en alguna parte y aflójenla. Noten cómo se siente el cuerpo cuando los músculos están completamente relajados.

Cuando estén listos, abran los ojos. ¿Qué tal les resultó el ejercicio? ¿Notaron algunas sensaciones nuevas? ¿Cómo sienten su cuerpo ahora? ¿Cómo se encuentra el estado de su mente? ¿Notan alguna diferencia ahora, a diferencia de cuando empezamos?

Asignación de tareas para la casa

Se pide que observen y anoten el número más alto que alcancen en la escala del enojo durante cada día de la próxima semana. También que identifiquen la situación que les provocó enojo, las señales asociadas con la situación que les provocó enojo y las estrategias que emplearon para manejar su enojo en respuesta a la situación. Se les pide que repasen el ciclo de agresión y que practiquen la relajación muscular progresiva, preferiblemente una vez por día, durante la próxima semana.

Se les recuerda que continúen desarrollando sus planes para el control del enojo.

Sesión 5

La reestructuración cognitiva:

El Modelo A-B-C-D y la detención de los pensamientos

En esta sesión, presenté el Modelo A-B-C-D (una forma de reestructuración cognitiva originalmente desarrollada por Albert Ellis [Ellis, 1979; Ellis & Harper, 1975])²¹ y la técnica de detención de los pensamientos.

La reestructuración cognitiva es una técnica avanzada para manejar el enojo que requiere que los miembros del grupo examinen y modifiquen los procesos de sus pensamientos. La habilidad de aprender y aplicar estas técnicas difiere entre las personas. Algunas pueden estar generalmente familiarizadas con la reestructuración cognitiva, mientras que otras pueden tener poca o ninguna experiencia en relación con este concepto. Es más, al

²¹ Ellis, A (1979). *Terapia racional emotiva*. En: Corsini, R. (ed.), *Psicoterapias actuales* (págs. 185-229). Itasca, IL: Peacock Publishers
Ellis, A. y Harper R.A. (1975). *Una nueva guía para vivir Racional*. N. Hollywood, CA: Wilshire Books.

comienzo algunas personas pueden tener dificultades para entender el concepto de reestructuración cognitiva o no estar todavía listas para cuestionar o modificar sus creencias irracionales. Es importante aceptar a estos miembros dentro del grupo, cualquiera sea su nivel de preparación y entendimiento, y ayudarles a darse cuenta de cómo sus creencias irracionales perpetúan el enojo y cómo la modificación de esas creencias puede contribuir a prevenir una mayor intensificación del enojo.

Además de presentar el Modelo A-B-C-D, incluyo una conversación sobre la detención de los pensamientos. La mayoría de los pacientes aceptan y entienden rápidamente el concepto de detención de los pensamientos. Independientemente del hecho de que consideren que sus creencias particulares sean irracionales o mal adaptadas, la mayoría de las personas reconocen que estas creencias específicas contribuyen a aumentar su enojo y a llevarlos a la fase de explosión (10 en la escala del enojo). La detención de los pensamientos ofrece una estrategia directa e inmediata para ayudar a controlar las creencias que causan la intensificación del enojo.

Procedimiento de verificación

Se pide a los miembros del grupo que indiquen cuál fue el nivel más alto que alcanzaron en la escala del enojo durante la semana anterior. Me aseguro de que reserven el número 10 para situaciones en las cuales perdieron el control de su enojo y experimentaron consecuencias negativas. Pido que describan la situación que los llevó a alcanzar el nivel más alto de enojo y que identifiquen las señales que surgieron en respuesta a la situación que provocó el enojo. Ayudo a clasificarlas según las cuatro categorías de señales. Incluyo, como parte del procedimiento de verificación, un seguimiento con respecto a las tareas para la casa de la semana anterior. Específicamente pido a los miembros del grupo que informen sobre el desarrollo de sus planes para el control del enojo y pregunto si practicaron el ejercicio de relajación muscular progresiva.

El Modelo A-B-C-D

Albert Ellis diseñó un modelo que coincide con nuestra conceptualización del tratamiento para el manejo del enojo. Ellis lo denominó Modelo A-B-C-D o modelo racional-emotivo. En este modelo, la "A" representa

un evento que activa el enojo, al que antes nos hemos referido como un evento que produce “alertas de peligro”. La “B” *representa las creencias* que se tienen sobre el evento que activa el enojo. Según Ellis, no son los eventos mismos los que producen sentimientos como el enojo, sino nuestras interpretaciones y creencias con respecto a los eventos. La “C” *representa las consecuencias emocionales de los eventos*, o sea, los sentimientos que experimentamos como resultado de nuestras interpretaciones o creencias relacionadas al evento.

De acuerdo con Ellis y otros proponentes de las teorías cognitivo-conductuales, cuando alguien siente enojo, inicia un diálogo interior llamado “lenguaje interno”. Por ejemplo, vamos a suponer que alguien está esperando que pase el autobús. Cuando éste se acerca, varias personas lo empujan para poder subir antes que él. En esta situación, esta persona puede empezar a sentir enojo, pensando: ¿“Cómo pueden ser tan desconsiderados? Me empujan como si nada para subir primero al autobús. Obviamente no les importo yo ni otras personas”. Expresiones como: “La gente debería tener más consideración con mis sentimientos”, “Cómo se atreven a ser tan desconsiderados e irrespetuosos”, y “Obviamente no se preocupan por nadie más que ellos mismos”, son ejemplos que reflejan el lenguaje interno irracional que puede producir la intensificación del enojo.

Ellis dice que no es necesario sentir enojo al enfrentar una situación como la del ejemplo ya que no es la situación propia la que despierta o provoca el enojo, sino más bien, son las interpretaciones y creencias relacionadas a la situación las que causan el enojo.

Las creencias que constituyen las razones subyacentes, o sea, las razones profundas y escondidas del enojo, se relacionan a menudo con la idea de que las cosas “deben ser” o “tienen que ser” de una determinada manera. La mayoría de ustedes estarán probablemente de acuerdo, por ejemplo, con la noción de que el respeto por los demás es una cualidad admirable, manteniendo la creencia de que “todos debemos respetar a los demás”. Sin embargo, la realidad es que a menudo no nos respetamos los unos a los otros en nuestros contactos cotidianos. Ustedes pueden preferir ver la situación de una manera más ajustada a la realidad y considerarla el resultado de un lamentable defecto de los seres humanos, o pueden permitir la intensificación de su enojo cada vez que son testigos o receptores de la falta de respeto de

otra persona. Lamentablemente, cuando la percepción muestra haber sido objeto de una falta de respeto, hará que sintamos enojo y nos empujará hacia la fase de explosión. Irónicamente, puede incluso llevarnos a cometer faltas de respeto hacia otros, lo cual violaría nuestra propia creencia fundamental sobre cómo deben tratarse las personas.

La técnica de Ellis requiere que se identifiquen las creencias irracionales y que éstas se debatan con puntos de vista más racionales o más ajustados a la realidad (en el modelo de Ellis, "D" representa esa disputa). Uno puede, por ejemplo, sentir enojo cuando comienza a pensar "Siempre debo estar en control. Debo controlar cada situación". No es posible ni apropiado, sin embargo, controlar cada situación. En lugar de continuar manteniendo esas creencias, podemos intentar debatirlas y pensar, por ejemplo: "No tengo poder sobre las cosas que no puedo controlar" o "Tengo que aceptar lo que no puedo cambiar." Estos son ejemplos de maneras de debatir creencias que son similares a las que se utilizan en programas de 12 pasos como Alcohólicos Anónimos o Narcóticos Anónimos.

Muchas personas pueden tener otras creencias irracionales que a veces las pueden llevar al enojo.

Consideremos, por ejemplo, que un amigo no esté de acuerdo con ustedes. En este caso, pueden empezar a pensar: "Yo tengo que gustarle a todo el mundo y los demás deben aprobar lo que yo hago". Si tienen tal creencia, seguramente sentirán enojo y molestia si tienen que enfrentar un rechazo. Sin embargo, si debaten esa creencia irracional pensando: "no puedo satisfacer a todo el mundo; algunas personas no van a aprobar todo lo que hago", probablemente empezarán a tranquilizarse y podrán llegar a controlar su enojo más fácilmente.

Otra creencia irracional muy común es: "Todo el mundo debe respetarme y tratarme justamente".

Es probable que esta manera de pensar también les lleve a sentir frustración y enojo. La mayoría de la gente, por ejemplo, vive en una sociedad urbana donde, a veces, no se da la cortesía común que esperamos. Esto es lamentable, pero desde la perspectiva para manejar el enojo, es mejor aceptar la injusticia y la falta de conexión entre las personas que puede ser el resultado

de vivir en una sociedad urbana. Entonces, para disputar esa creencia, es útil decirse: “No puedo esperar ser tratado justamente por todos”.

Otras creencias que pueden llevar al enojo incluyen: “Todo el mundo debe seguir las reglas”, “La vida debería ser justa”, “El bien debe triunfar sobre el mal” o “Todo el mundo debe hacer siempre lo que es correcto”. Éstas son creencias que no siempre son seguidas por todos en la sociedad y, normalmente, hay poco que podamos hacer para cambiar este hecho. ¿Cómo podríamos disputar estas creencias? En otras palabras, ¿qué pensamientos más racionales y adaptables que no llevarán al enojo pueden emplearse para reemplazar tales creencias?

En las personas que tienen problemas para controlar su enojo, estas creencias irracionales pueden llevar a la fase de explosión (10 en la escala del enojo) y a las consecuencias negativas de la fase de postexplosión. Por esta razón, es mejor cambiar de perspectiva y disputar esas creencias irracionales, creando un diálogo o lenguaje interno más racional y adaptable.

Cuadro gráfico 6.

El Modelo A-B-C-D*

A = Situación o evento que activa el enojo

B = Sistema de creencias

Lo que nos decimos a nosotros mismos sobre la situación (nuestro lenguaje interno) las creencias y expectativas que tenemos sobre los demás

C = Consecuencia

Cómo nos sentimos en relación al evento basados en nuestro lenguaje interno

D = Disputa

Examen de nuestras creencias y expectativas

¿Son irracionales o alejadas de la realidad? * Basado en el trabajo de Albert Ellis, 1979, y Albert Ellis y R.A. Harper, 1975.

La detención de los pensamientos

Una segunda técnica para controlar el enojo se llama “detención de los pensamientos”, la cual ofrece una alternativa inmediata y directa al Modelo A-B-C-D. La detención de los pensamientos consiste simplemente en decirnos a nosotros mismos (a través de una serie de automandatos) que detengamos los

pensamientos que están causando nuestro enojo. Por ejemplo, podría decirse: “Necesito detener estos pensamientos. Sólo me meteré en líos si sigo pensando de esta manera”, o “No te metas en esta situación” o “No pienses en eso”. En otras palabras, en lugar de intentar debatir nuestros pensamientos y creencias como se indica en el Modelo A-B-C-D descrito anteriormente, el objetivo aquí es detener el patrón actual de pensamientos que provocan enojo antes de que esos pensamientos lleven a la intensificación del enojo y a la pérdida del control.

Asignación de tareas para la casa

Se pide que observen y anoten el número más alto que alcancen en la escala del enojo durante cada día de la próxima semana. También que identifiquen la situación y las señales asociadas con la situación que les provocó enojo y las estrategias que emplearon para manejar su enojo en respuesta a la situación. Pido a los miembros del grupo que repasen el Modelo A-B-C-D y que anoten por lo menos dos creencias irracionales y cómo debatirán esas creencias. También, que usen la técnica de detención de los pensamientos, preferiblemente una vez al día durante la próxima semana. Recordándoles que continúen desarrollando sus planes para el control del enojo.

Sesión 6: Sesión de repaso

Sesiones 7 y 8

El adiestramiento de la asertividad y el Modelo de Resolución de Conflictos:

Alternativas a la expresión del enojo

Se combinan las sesiones 7 y 8 porque toma más de una sesión tratar adecuadamente los conceptos de asertividad, agresión, pasividad, y el Modelo de resolución de conflictos.

La asertividad es una destreza tan fundamental en las interacciones interpersonales y en el manejo del enojo, que los grupos pasarán dos semanas aprendiendo y practicando este concepto. En estas dos sesiones de 90 minutos

cada una, se presentará una introducción al adiestramiento de la asertividad. La mayor parte de la sesión de esta semana se empleará en cubrir las definiciones de los conceptos de asertividad, agresión y pasividad y en la presentación del Modelo de resolución de conflictos. El Modelo de resolución de conflictos es una estrategia asertiva para resolver los conflictos que pudiéramos tener con otras personas. El modelo consiste en una serie de pasos designados para resolver problemas. Cuando estos pasos se siguen correctamente, reducen el potencial para intensificar el enojo. En contraste, la sesión de la próxima semana se enfocará en que los miembros del grupo jueguen roles pretendidos basados en situaciones de la vida real usando el Modelo de resolución de conflictos. Es importante enfatizar el hecho de que las respuestas asertivas, agresivas o pasivas son conductas aprendidas y no rasgos innatos e inalterables. La meta de estas dos sesiones es enseñar a los miembros del grupo cómo usar el Modelo de resolución de conflictos para producir respuestas asertivas en lugar de respuestas agresivas o pasivas.

Procedimiento de verificación

Pido a los miembros del grupo que indiquen cuál fue el nivel más alto que alcanzaron en la escala del enojo durante la semana anterior. Me aseguro de que reserven el número 10 para situaciones en las cuales perdieron el control de su enojo y experimentaron consecuencias negativas. Pido que describan la situación que los llevó a alcanzar el nivel más alto de enojo. Los ayudo a identificar las señales que surgieron en respuesta a la situación que provocó el enojo y también a clasificarlas según las cuatro categorías de señales. Incluyo, como parte del procedimiento de verificación, un seguimiento con respecto a las tareas para la casa de la semana anterior. Pido a los miembros del grupo que informen sobre el continuo desarrollo de sus planes para el control del enojo.

Adiestramiento de la asertividad

En las Sesiones 7 y 8 se ofrece una introducción al adiestramiento de la asertividad y al Modelo de resolución de conflictos. La asertividad comprende un conjunto de conductas y destrezas cuyo aprendizaje y dominio requieren tiempo y práctica. En este grupo, nos centramos en un aspecto importante del

adiestramiento de la asertividad, es decir, la resolución de conflictos. El Modelo de resolución de conflictos puede ser particularmente eficaz para ayudar a las personas a manejar su enojo. Muchos conflictos interpersonales ocurren cuando percibimos que nuestros derechos han sido violados. Es posible que antes de haber comenzado el tratamiento para el manejo del enojo, ustedes hayan tenido la tendencia a responder con una conducta agresiva cuando creían que alguna persona les faltaba el respeto o estaba violando sus derechos. En la sesión de hoy, discutiremos varias maneras de resolver conflictos interpersonales sin recurrir a la agresión.

Como aprendimos en la Sesión 1, la agresión es una *conducta* que intenta causar daño o lesiones a una persona o causar daño a la propiedad. Este tipo de conducta puede incluir el abuso verbal, las amenazas o los actos violentos. A menudo, cuando una persona ha violado sus derechos, su primera reacción es pelear o desquitarse. El mensaje básico de la agresión es que mis sentimientos, pensamientos y creencias son importantes, y que los sentimientos, pensamientos y creencias de la otra persona son insignificantes y sin importancia. Una alternativa a la conducta agresiva es actuar pasivamente o de una manera no asertiva. Actuar de una manera pasiva o no asertiva no es recomendable, porque eso permite que sus derechos sean violados. Esta manera de actuar puede causar que acumulen resentimiento contra la persona que violó sus derechos y también puede hacerles sentir enojo contra ustedes mismos por no haber defendido sus derechos. Además, es probable que sientan más enojo la próxima vez que encuentren a esta persona. El mensaje básico de la pasividad es que los sentimientos, pensamientos y creencias *de la otra persona* son importantes, pero que *mis* sentimientos, pensamientos y creencias son insignificantes y sin importancia. Actuar de una manera pasiva o no asertiva puede ayudarles a evitar las consecuencias negativas asociadas con la agresión, pero también puede llevarles en última instancia a consecuencias negativas de tipo personal, como la disminución de su autoestima y prevenir que sus necesidades sean satisfechas.

Desde la perspectiva del manejo del enojo, la mejor manera de tratar con una persona que ha violado sus derechos es actuar asertivamente. Actuar asertivamente implica defender sus derechos de manera respetuosa. El mensaje básico de la asertividad es que mis sentimientos, pensamientos y

creencias son importantes, pero que los sentimientos, pensamientos y creencias de la otra persona son igualmente importantes. Al actuar asertivamente, ustedes pueden expresar sus sentimientos, pensamientos y creencias a la persona que violó sus derechos sin sufrir las consecuencias negativas asociadas con la agresión o la devaluación de los sentimientos que se da con la pasividad o la falta de asertividad.

Es importante enfatizar el hecho de que las respuestas asertivas, agresivas o pasivas son conductas aprendidas y no rasgos innatos e inalterables. Usando el Modelo de resolución de conflictos, ustedes pueden aprender a desarrollar respuestas asertivas que les permitan manejar los conflictos interpersonales de una manera más eficaz.

En resumen, la agresión incluye la expresión de los sentimientos, pensamientos y creencias de una manera dañina e irrespetuosa. Las respuestas pasivas o no asertivas implican una falta de expresión de los sentimientos, pensamientos y creencias o la expresión de éstos con tono de disculpa que hace que otras personas puedan ignorarlos fácilmente. La asertividad les permite defender sus derechos y expresar sus sentimientos, pensamientos y creencias de una manera directa, franca y apropiada que no viola los derechos de los demás ni demuestra falta de respeto hacia ellos.

Pensar en situaciones de la vida real puede ayudarles a entender mejor lo que significa el concepto de asertividad. Supongamos que han estado asistiendo a reuniones de Alcohólicos Anónimos varias veces por semana con un amigo. Supongamos que han llevado a su amigo a estas reuniones en su carro durante varias semanas. En los últimos días, sin embargo, él no ha estado listo cuando ustedes han ido a recogerlo. Su tardanza ha causado que tanto él como ustedes hayan llegado tarde a las reuniones. Dado que para ustedes es importante llegar a tiempo, esta situación es algo que les molesta mucho. Consideren las diferentes maneras en que podrían actuar en esta situación. Podrían comportarse de una manera agresiva gritándole a su amigo por su tardanza y negándose a llevarlo a las reuniones en el futuro. La desventaja de esta respuesta es que su amigo podría no querer continuar la amistad. Otra respuesta sería actuar pasivamente o de una manera no asertiva, ignorando el problema y no expresando cómo se sienten ustedes. La desventaja de esta respuesta es que el problema muy probablemente

continuará y esto llevará inevitablemente a experimentar sentimientos de resentimiento hacia su amigo. De nuevo, desde la perspectiva del manejo del enojo, la mejor manera de resolver este problema es actuar asertivamente, expresando sus sentimientos, pensamientos y creencias de una manera directa y franca, que al mismo tiempo respeta los derechos de su amigo.

Modelo de resolución de conflictos

Un método para actuar asertivamente es a través de la utilización del Modelo de resolución de conflictos, el cual consta de cinco pasos que pueden memorizarse fácilmente. El primer paso consiste en *identificar el problema* que está causando el conflicto. Es importante ser específico al identificar el problema. En este ejemplo, el problema que causa el conflicto es la tardanza de su amigo. El segundo paso consiste en *identificar los sentimientos* asociados con el conflicto. En este ejemplo, pueden sentirse molestos, frustrados o ignorados. El tercer paso consiste en *identificar el impacto específico* del problema que está causando el conflicto. En este ejemplo, el impacto o resultado es que llegaron tarde para la reunión. El cuarto paso consiste en *decidir si* se debe resolver el conflicto o abandonarlo. Esta elección puede ser expresada mejor mediante preguntas como las siguientes: "¿Es el conflicto lo suficientemente importante como para plantearlo? Si no intento resolver este problema, ¿me llevará a tener sentimientos de enojo y resentimiento?" Si deciden que el conflicto es lo suficientemente importante, entonces el quinto paso es necesario. El quinto paso consiste en *enfrentar el conflicto y resolverlo*. Esto implica averiguar el horario de la otra persona. El horario es importante porque ustedes podrían plantear el conflicto cuando la otra persona no tiene el tiempo necesario para dedicarse al mismo o cuando se encuentra preocupada por otras cosas. Una vez que hayan convenido un tiempo para reunirse con la otra persona, podrán describir el conflicto, sus sentimientos y el impacto que ha tenido el conflicto, y pedir que se llegue a una resolución.

Por ejemplo, la siguiente podría ser una interacción de este tipo:

José: Qué hay Francisco, lamento llegar tarde.

Francisco: Hola, José. ¿Puedo hablar contigo precisamente de eso?

José: Seguro. ¿Hay algún problema?

Francisco: José, he notado que se te ha hecho tarde cada vez que he venido a buscarte durante los últimos días. Hoy me di cuenta de que estaba empezando a sentirme frustrado y un poco como que no me tomas en cuenta. Cuando te tardas, ambos llegamos tarde a la reunión, lo que me hace sentir incómodo. Me gusta ser puntual y llegar a tiempo. Me pregunto si podrías hacer un esfuerzo por estar listo a tiempo en el futuro.

José: Francisco, no me había dado cuenta de cuánto te molestaba que yo no estuviera listo a tiempo. Te pido disculpas por tardarme y en el futuro estaré listo a tiempo. Me alegra que me hayas dicho que existía este problema.

Por supuesto, ésta es una versión idealizada de un resultado que puede lograrse con el Modelo de resolución de conflictos. José podría haber respondido desfavorablemente, o defensivamente, acusando a Francisco de causar un gran problema por una pequeñez. José podría haber minimizado y descontado los sentimientos de Francisco, dejando el conflicto sin resolver. El Modelo de resolución de conflictos resulta útil incluso cuando los conflictos no son resueltos.

Muchas veces se sentirán mejor si intentan resolver un conflicto de manera asertiva en lugar de actuar agresiva o pasivamente. Específicamente, pueden sentir que han hecho todo lo que podían hacer para resolver el conflicto. En este ejemplo, si Francisco decidiera no llevar a José a las reuniones en el futuro o si Francisco decidiera terminar su amistad con José, podría hacerlo sabiendo que intentó primero resolver el conflicto de manera asertiva.

Cuadro gráfico 7.

El Modelo de resolución de conflictos

1. *Identifique el problema* que está causando el conflicto
2. *Identifique los sentimientos* asociados con el conflicto
3. *Identifique el impacto del problema* que está causando el conflicto
4. *Decida si resolverá el conflicto*
5. *Trate de alcanzar una resolución al conflicto*

¿Cómo le gustaría que se resolviera el problema?

¿Es necesario llegar a un compromiso?

Pido a los miembros del grupo que practiquen el uso del Modelo de resolución de conflictos a través del juego de roles pretendidos. Se tiene cuidado de no empujar a los miembros del grupo a que actúen en una situación determinada si ellos no se sienten cómodos o listos para hacerlo.

Las siguientes son algunas situaciones que se pueden usar como base para el juego de roles pretendidos:

- Cómo tratar con un empleado de tienda grosero o poco atento
- Cómo tratar con un médico que no toma tiempo para explicarles cómo funciona un medicamento
- Cómo tratar con un supervisor que no les escucha
- Cómo tratar con un consejero que repetidamente cancela sus sesiones de terapia/consejería
- Cómo tratar con un amigo que no respeta su privacidad.

Asignación de tareas para la casa

Observen y anoten el número más alto que alcancen en la escala del enojo durante cada día de la próxima semana. También identifiquen la situación que les provocó enojo, las señales asociadas con la situación que les provocó enojo y las estrategias que emplearon para manejar su enojo en respuesta a la situación. Se les pide que repasen las definiciones de asertividad, agresión y pasividad, y que practiquen el uso del Modelo de resolución de conflictos, preferiblemente una vez por día durante la próxima semana. Se les recuerda que continúen desarrollando sus planes para el control del enojo.

Sesiones 9 y 10

El enojo y la familia:

Cómo lo aprendido en el pasado puede influir en la conducta actual

Como en el caso de las sesiones 7 y 8, se combinan las sesiones 9 y 10 porque toma más de una sesión el contestar las preguntas y conectar las respuestas a la conducta actual.

Las sesiones 9 y 10 (dos sesiones de 120 minutos cada una) ayudan a los miembros del grupo a obtener un mejor entendimiento de su enojo en conexión con las interacciones que tenían con sus padres y las familias en las que crecieron (Reilly & Grusznski, 1984).²² Se ayuda a entrever cómo estas interacciones pasadas han influido en su conducta, pensamientos, sentimientos y actitudes actuales y cómo influyen ahora, como adultos, en su manera de interactuar con otros. Muchas personas no se han percatado de la conexión que existe entre lo aprendido en el pasado y la conducta actual. Presento una serie de preguntas a los miembros del grupo para ayudarles a entender cómo se relacionan sus historias personales de lo que aprendieron en el pasado con sus patrones actuales de conducta. Debido a la naturaleza y contenido de este ejercicio, con su enfoque en las interacciones familiares, es importante supervisar y estructurar el ejercicio cuidadosamente, pero al mismo tiempo ofrecer un ambiente cálido y de apoyo. La experiencia ha mostrado que los miembros del grupo suelen tener la tendencia a elaborar en detalle muchos aspectos de sus historias familiares que están más allá del alcance de este ejercicio. Se tiene presente que los temas relacionados con la familia pueden despertar recuerdos difíciles y dolorosos que tienen el potencial de provocar ansiedad, depresión o recaídas en el abuso de drogas o alcohol. Por consiguiente, es importante decir a los miembros del grupo que no se les exigirá que contesten ninguna pregunta si sienten que hacerlo les causaría demasiada angustia.

Se les menciona que pueden tratar éstos y otros problemas con su terapeuta individual o de grupo.

Procedimiento de verificación

Pido a los miembros del grupo que indiquen cuál fue el nivel de enojo más alto que alcanzaron en la escala del enojo durante la semana anterior. Me aseguro de que reserven el número 10 para situaciones en las cuales perdieron el control de su enojo y experimentaron consecuencias negativas, y que describan la situación que los llevó a alcanzar el nivel más alto de enojo.

Ayudo a identificar las señales que surgieron como respuesta a la situación que provocó su enojo y también a clasificar estas señales según las

²² Reilly, P. M. and Grusznski, R. (1984). *A structured didactic model for men for controlling family violence*. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 28, 223-235.

cuatro categorías de señales. Pido a los miembros del grupo que informen sobre su utilización del Modelo de resolución de conflictos y sobre el continuo desarrollo de sus planes para el control del enojo.

El enojo y la familia

En estas sesiones van a explorar cómo sus padres y las familias en las que crecieron expresaban el enojo y otras emociones. Para muchos de ustedes, las interacciones que han tenido con sus padres han ejercido una fuerte influencia en la conducta, pensamientos, sentimientos y actitudes que tienen como adultos. Con respecto al enojo y su expresión, usualmente han aprendido a expresar estos sentimientos y conductas siguiendo el modelo que ofrecieron sus padres y otras figuras paternas o maternas. El propósito de estas sesiones es examinar la conexión entre lo que han aprendido en el pasado, en las familias en las que crecieron, y su conducta e interacciones actuales con otras personas ahora que son adultos. También se les hará una serie de preguntas relacionadas con sus padres y familias. Éste es un tema que es delicado y que a menudo provoca reacciones muy emocionales, de modo que si ustedes no se sienten cómodos contestando alguna de las preguntas, no tienen que hacerlo. Además, como existe una tendencia natural a querer elaborar en detalle muchos aspectos de nuestras historias familiares debido a su contenido emocional, les pedimos que por favor se concentren en contestar las siguientes preguntas específicas:

1. Describa a su familia. ¿Vivió junto con su padre y su madre? ¿Tenía hermanos o hermanas? ¿En dónde creció?
2. ¿Cómo se expresaba el enojo en su familia cuando usted estaba creciendo? ¿Cómo expresaba su padre el enojo? ¿Cómo expresaba su madre el enojo? (Sugerencias de preguntas adicionales que se pueden usar: ¿Sus padres gritaban o tiraban cosas? ¿Alguna vez lo amenazaron con usar violencia física? ¿Fue abusivo su padre con su madre o con usted?)
3. ¿Cómo se expresaban otras emociones como la felicidad o la tristeza en su familia? ¿Eran las emociones cálidas expresadas frecuentemente o la expresión de las emociones estaba restringida a los sentimientos de enojo y frustración? ¿Se expresaban emociones agradables en los cumpleaños o en los días festivos?

4. ¿Cómo lo disciplinaban y quién se encargaba de hacerlo? ¿Incluía esta disciplina el ser castigado físicamente con cinturones, cables o paletas? (El tratamiento para el manejo del enojo presume que ninguna forma de disciplina física es beneficiosa para un niño. Los estudios empíricos realizados sobre este tema han mostrado que las formas no físicas de disciplina son muy eficaces en la formación de la conducta infantil).
5. ¿Qué papel tenía usted en su familia? Por ejemplo, ¿era el héroe, el rescatador, la víctima o el culpable de todo lo malo que pasaba, fuera o no su culpa?
6. ¿Qué mensajes recibió sobre su padre y sobre los hombres en general? En otras palabras, en su experiencia, ¿cómo se suponía que los hombres debían actuar en la sociedad? ¿Qué mensajes recibió sobre su madre y sobre las mujeres en general? ¿Cómo se suponía que las mujeres debían actuar en la sociedad? (Nota: Muchos de los mensajes recibidos por miembros del grupo difieren de los mensajes que son socialmente apropiados en la actualidad. Señale los cambios que han ocurrido durante las tres últimas décadas en los papeles que los hombres y las mujeres desempeñan).
7. ¿Qué conductas, pensamientos, sentimientos y actitudes de su pasado acarrea y se expresan actualmente en sus relaciones de adulto? ¿Qué propósito sirven estas conductas? ¿Qué pasaría si abandonara esas conductas? (Se ayuda a los miembros del grupo a ver la conexión entre las conductas sociales aprendidas en el pasado y su conducta actual.)

Asignación de tareas para la casa

Solicito a los miembros del grupo que observen y anoten el número más alto que alcancen en la escala del enojo durante cada día de la próxima semana. También que identifiquen la situación que les provocó enojo, las señales asociadas con la situación que les provocó enojo y las estrategias que emplearon para manejar su enojo en respuesta a la situación. Les recuerdo que continúen desarrollando sus planes para el control del enojo.

En la sesión final, los miembros del grupo repasarán sus planes para el control del enojo, evaluarán los componentes del tratamiento en función de su utilidad y familiaridad, y completarán un ejercicio de clausura. Repaso cada uno de los planes para el control del enojo para asegurar un equilibrio entre las

estrategias cognitivas, conductuales, inmediatas y preventivas. Ofrezco comentarios correctivos cuando es necesario y felicito a los miembros del grupo por completar el tratamiento para el manejo del enojo.

1. ¿Qué aprendieron sobre el manejo del enojo?
2. Mencionen las estrategias contenidas en su plan para el control del enojo. ¿Cómo pueden usar estas estrategias para manejar mejor su enojo?
3. ¿De qué maneras pueden continuar mejorando sus habilidades para el manejo del enojo?
¿Hay áreas específicas que necesiten mejorar?

IV.4. RESULTADOS DE LA TERAPIA GRUPAL

IV.4.1. Con base en los IEREE (Inventario Estado Rango de la Expresión del Enojo)

Además del Inventario de depresión de Beck, del Inventario de ansiedad de Beck y del Inventario multifasico de la personalidad Minnesota-2 que como ya se comentó, se aplican como parte del proceso de admisión en el Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila", se aplicó el Inventario estado rango de la expresión del enojo al inicio de la terapia grupal.

Al finalizar la terapia para el control del enojo se aplicó nuevamente el IEREE con objeto de tener un parámetro que posibilitara conocer los niveles de enojo que presentaban los pacientes antes y después de la terapia y determinar de alguna manera la eficacia de la misma.

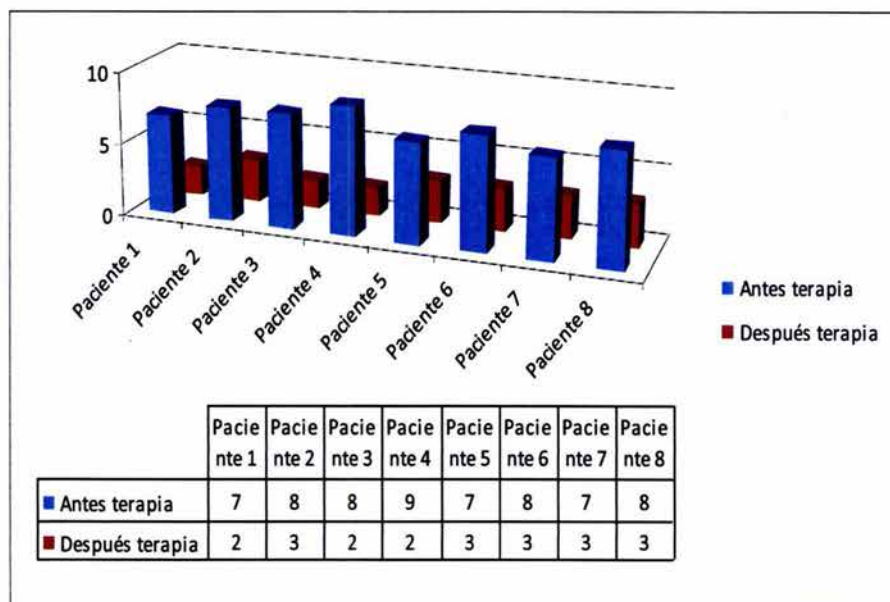
ENOJO

| ESTADO de enojo | REACTIVOS | MEDIA |
|---------------------------|-----------------|-------|
| EE enojo estado | 1-10 | 13.03 |
| DC disposición conductual | 4, 5, 7, 8 y 9 | 6.41 |
| AE afecto enojoso | 1, 2, 3, 6 y 10 | 6.61 |

| RASGO de enojo | REACTIVOS | RASGOS PERCENTILES |
|-------------------------|-------------------------|--------------------|
| ER enojo rasgo | 11-20 | 1-10 |
| TE temperamento enojoso | 11, 12, 13, 16, 19 y 20 | 11.10 |
| RE reacción enojosa | 14, 15, 17 y 18 | 10.11 |

| EXPRESIÓN de enojo | REACTIVOS | RASGOS PERCENTILES |
|------------------------|---------------------------------|--------------------|
| CO ctrl. de enojo | 21, 23, 25, 26, 29, 31, 33 y 35 | 20.98 |
| AD enojo hacia adentro | 22, 28, 30 y 34 | 6.61 |
| AF enojo hacia afuera | 24, 27 y 32 | 6.61 |

En la siguiente gráfica puede observarse que los pacientes mostraron una disminución en los niveles de enojo al terminar la terapia.



IV.4.2. Con base en los comentarios vertidos por los integrantes del grupo

A continuación se presentan las aclaraciones y observaciones de los pacientes que participaron en la terapia grupal.

Paciente 1. Miriam: Antes de la terapia perdía el control muy fácil con mi hija, después de mi divorcio estaba enojada todo el tiempo, no entendía porque todo me parecía mal, no soportaba salir y enfrentarme al tráfico porque siempre regresaba enojada y desgraciadamente era mi hija quien pagaba las consecuencias porque terminaba pegándole aun cuando no me diera motivos, lo único que quería era desquitarme.

Desde el inicio de la terapia empecé a tomar “conciencia” de lo que me estaba pasando al escuchar los comentarios de mis compañeros era como escucharme y verme a mi misma en sus relatos. Poco a poco fui aprendiendo a utilizar el “tiempo fuera”, a desarrollar los planes para el control del enojo, y a practicar la relajación para tranquilizarme. Comprendí que estaba lastimando a mi hija que era la menos culpable.

Paciente 2. Rosario: Cuando pedí el apoyo me sentía muy mal, todo el tiempo estaba enojada con mis hijos y mi marido, cuando salíamos juntos siempre terminábamos peleando porque no podíamos ponernos de acuerdo en nada, mi esposo siempre quería tener la razón y no lograba que aceptara que estaba equivocado.

Ahora he logrado que cada uno aprenda a escuchar utilizando el “tiempo fuera” así todos podemos opinar y si alguien se enoja o empieza a molestarse toma su “tiempo fuera”, sobre todo la relación con mi esposo ha mejorado y yo estoy mucho más tranquila porque mi presión se ha ido normalizando porque padecía de presión alta y el dr. me decía que era por los corajes que hacía, que debía tranquilizarme si quería estar bien.

Paciente 3. Leticia: Cuando me hablaron para informarme de la terapia realmente no pensaba aceptar, pensaba que esto no era para mi, yo quería que me atendieran sola sin que nadie estuviera oyendo mis problemas, pero gracias a que me convenciste de que me diera la oportunidad de conocer esta

forma de terapia, hoy puedo decir que he logrado muchos cambios y creo que puedo lograr cambiar totalmente.

Mi enojo era constante, realmente no recuerdo desde cuando estaba enojada creo que desde niña, primero por mi mamá, por su preferencia por mis hermanos, y después por culpa de mi esposo porque todavía no entiendo como es posible que lo engañen y le vean la cara a cada rato y él sigue dándoles dinero cada vez que a ellos se les ocurre y a mi y mis hijos nos escatima las cosas, eso me tenía muy molesta y terminaba desquitándome con mis hijos.

Ahora he aprendido a enfrentar mis problemas y no permitir que los errores de los demás me afecten a mi, también he aprendido a hablar con mi esposo sin enojarme luego, luego, a tomar decisiones que no dañen a mi familia, ahora ya puedo platicar con mi mamá porque he comprendido que ella tiene sus propios problemas que resolver y no voy a permitir que eso me lastime.

Paciente 4. Ingrid: Desde que me casé empezaron mis problemas porque nos fuimos a vivir a casa de mi suegra y ella nunca me ha querido porque yo tengo una hija de otra relación, además me dice que soy una desvergonzada porque me gusta arreglarme y verme bonita. Cada día era una lucha constante con mi suegra, mis cuñadas o mi esposo para tener un poco de tranquilidad y no terminar peleando por todo lo que ellas le decían de mi.

Ahora hemos aprendido a confiar más en nosotros a tomar nuestro “tiempo fuera” y gracias al programa de solución de conflictos ahora podemos determinar si realmente es un problema o no. Estamos buscando departamento para salirnos de casa de mi suegra y no permitir que los demás se metan en nuestro matrimonio.

Paciente 5. Mónica: Desde adolescente tuve problemas por mi carácter tan explosivo, tenía pocos amigos y mi familia se alejaba de mi, por más que intentaba controlarme siempre terminaba diciendo que si no les parecía podían largarse si querían, creo que no me preocupaba mucho lo que los demás pensarán de mi, pero cuando me case y nacieron mis hijos entonces sí me preocupaba porque en verdad quiero a mis hijos y a mi esposo.

Durante mucho tiempo pensé que uno no podía cambiar, que así se nace y así se muere, hasta que mi hija entro a la UNAM a estudiar psicología y ella me dijo que si podía cambiar con terapia, debo confesar que al principio creía que eran puros cuentos y peor porque me dijeron que era en terapia grupal donde estaría con otras personas.

No se en qué momento empecé a sentirme como en una familia, como si tuviera mucho tiempo de conocer a mis compañeros y poco a poco comencé a identificarme con sus problemas con esa falta de control del enojo, me gustó escucharlos porque era como escucharme a mi misma y cuando explicaban sus planes para el control del enojo veía que yo también podía ponerlos en práctica y ver si me funcionaban.

Ahora me siento diferente, mis hijos me lo han dicho que soy más tranquila que ya no me enojo por todo y sobre todo ya pueden platicarme sus cosas sin tener miedo a mi respuesta. Gracias por esta oportunidad.

Paciente. 6. Miguel: Cuando empezó la terapia no estaba convencido que fuera a funcionar para mi, eran tantas las broncas que tenía con mi esposa por sus celos que siempre terminábamos enojados y ofendiéndonos, pensaba que no iba a lograr nada con ésta terapia. Afortunadamente me equivoqué y he logrado tener más calma cuando empiezan los reclamos de mi esposa y lo mejor es que ella ha visto mi cambio y me dijo que quería venir para que la ayudaran a controlar sus celos porque la verdad que no ando con nadie y ella se encela hasta de mi sobrina.

Paciente 7. Iván: Se que mi enojo es de toda la vida desde el momento que entendí que mi padre nos abandonó a mi madre y a mi por irse a vivir con otra mujer mucho más joven que mi madre.

A veces es difícil entender que todo lo que uno hace va encaminado a lo mismo "algún día me las pagará" estudie Derecho porque pensaba que tarde o temprano podría desquitarme de ese hombre que nos abandonó siendo yo apenas un niño.

Ahora ya casado me di cuenta que mi enojo no me permitía disfrutar de las cosas buenas que hay en mi vida, como son mi hijo y mi esposa quien ha

sufrido mucho por mi mal carácter y gracias a que siempre me pedía que buscara ayuda es que llegue a esta terapia, siento que he logrado mucho, que mi carácter va cambiando, poco a poco estoy siendo más tolerante con mi hijo, siento como si me hubiera quitado una loza que me aprisionaba, una loza muy pesada.

Paciente 8. Sergio: Yo llegue al Centro (C.S.P.) porque todos me decían que era muy enojón, que de todo me enojaba, que era imposible hablar conmigo sin que me enojara y durante mucho tiempo me lo creí, pero al llegar a la terapia y conforme fueron pasando las sesiones fui comprendiendo que en realidad no era que fuera tan enojón, lo que sucedía era que siempre terminaba enojado porque la gente siempre me decía que yo estaba enojado aun cuando no lo estaba y terminaba enojándome por tratar de que entendieran que no estaba enojado.

La terapia me ayudó a comprender que el único responsable de mi enojo era yo, y de permitir que la gente me controle o pretenda venderme una etiqueta que yo no acepto, ahora cuando me preguntan si estoy enojado simplemente les contesto “quizás el enojado eres tú, yo estoy bien”

V. RESULTADOS PERSONALES OBTENIDOS

Las actividades que se realizan en el CSP permiten poner en práctica los conocimientos obtenidos durante la formación académica, así el participar en estas actividades me permitió percatarme de las áreas que eran de mayor interés para mí, en cuales debía poner más atención y capacitarme para obtener un mejor desempeño como psicóloga clínica.

El apoyar en la recepción me permitió darme cuenta de cuán importante es ese primer contacto con la persona que se acerca a la ventanilla en busca de orientación, pude percibir en muchas de las personas su enojo, temor, angustia, ansiedad e incluso pena o vergüenza por solicitar atención, ya fuera personal o para algún familiar.

Considero que realizar el Servicio Social en el CSP es una muy buena alternativa para enriquecer los conocimientos adquiridos durante la formación académica, porque el tener ese primer contacto con el paciente a través de la preconsulta, nos lleva a explorar toda una serie de problemas con su gama de emociones que resulta imprescindible aplicar en su momento los conocimientos que la currícula profesional nos proporcionó.

La historia clínica es una herramienta más para el psicólogo clínico, porque nos proporciona información que puede llegar a ser sumamente relevante para lograr un diagnóstico más preciso, ya que no sólo permite recabar información sino evaluar la conducta del paciente a través de observar la forma en que éste describe, entiende e interpreta su problemática.

Para realizar el estudio psicológico se utilizan dos técnicas en el CSP: la primera se basa en la entrevista y en la observación directa del comportamiento de la persona al ser evaluada; la segunda, comprende las pruebas psicológicas, también llamadas tests. Ambas técnicas deben complementarse a efecto de lograr un conocimiento integral y objetivo del paciente, debido a que de utilizarse sólo las pruebas de observación directa, se corre el riesgo de hacer una observación muy subjetiva de la persona, del mismo modo si únicamente se utilizan las pruebas psicológicas, el resultado se basaría en inferencias muy teóricas pero podrían no reflejar aspectos importantes de la persona.

La aplicación, calificación e interpretación de instrumentos psicológicos me dio la oportunidad de complementar ambas técnicas y lograr el objetivo del estudio psicológico que consiste en observar el funcionamiento global del paciente y sus formas de reacción frente a diferentes situaciones, para realizar un diagnóstico que oriente hacia la aplicación de la terapia más conveniente, dependiendo de la severidad de los síntomas y recursos con que cuenta el paciente.

En el CSP "Dr Guillermo Dávila" el proceso de enseñanza, capacitación y evaluación se realiza principalmente en cascada bajo la supervisión de la Jefa del Centro, lo cual nos permite en un momento dado aclarar dudas o solicitar apoyo para realizar de manera óptima las actividades antes señaladas.

El proceso en cascada se refiere al hecho de que los estudiantes de maestría supervisan a los prestadores de servicio social de licenciatura, quienes a su vez supervisan a los estudiantes que realizan prácticas académicas de quinto y séptimo semestre, el supervisar a los compañeros de dichos semestres me dio la oportunidad de repasar lo aprendido y poner en práctica mis conocimientos y habilidades para ayudarlos a realizar mejor sus prácticas profesionales.

La terapia individual brinda la oportunidad de poner en práctica algunas de las técnicas aprendidas durante la formación teórico-práctica y corroborar la eficacia que dichas técnicas tienen en el comportamiento del paciente cuando se aplican de forma adecuada y bajo la supervisión de un terapeuta calificado.

La impartición de la terapia grupal me mostró los grandes beneficios de este tipo de intervención y de la conveniencia de su aplicación sobre todo a nivel institucional, ya que permite atender de manera efectiva a un mayor número de pacientes y en menor tiempo, lo cual resulta primordial en las instituciones de salud mental, en donde el número de terapeutas es considerablemente inferior a lo requerido para atender la demanda de apoyo psicológico.

Considero que la prestación del servicio social en el programa denominado "Práctica Clínica en el Centro de Atención Psicológica de Consulta Externa" con número de clave 2010-12/23-3232 que se instrumenta en este CSP, cumple con su objetivo principal, el cual consiste en proporcionar al prestador

de servicio social un escenario profesional que le permita aplicar los conocimientos y las habilidades adquiridas durante su formación académica al tratamiento efectivo, eficiente y eficaz de los trastornos conductuales que aquejan a la sociedad con una actitud de responsabilidad, compromiso y alta calidad humana.

Creo que la realización del Informe Profesional de Servicio Social como alternativa para obtener el título de licenciatura en psicología constituye una excelente opción de titulación, ya que proporciona la oportunidad de que el pasante haga una recapitulación sobre las actividades que realizó durante la prestación del servicio social y por otro lado, permite a las instituciones académicas y a los futuros prestadores de servicio social, contar con un documento en el que se describen las actividades que se realizan en las diferentes instituciones en las que puede prestarse el servicio social.

VI. RECOMENDACIONES Y SUGERENCIAS

En este apartado se describirán los puntos factibles de mejorarse, ampliarse y omitirse para que el CSP "Dr. Guillermo Dávila" ofrezca un mejor servicio.

VI.1. FORMACIÓN DE UN TALLER QUE BRINDE APOYO A PACIENTES CON REFERENCIA EXTERNA.

En su mayoría los pacientes que acuden al CSP y que debido a la problemática que presentan son referidos a otras instituciones, generalmente presentan mucha ansiedad porque consideran que están peor de lo que pensaban o creían.

Existe un gran estigma acerca de las instituciones y los medicamentos psiquiátricos, los pacientes tienden a creer que si son referidos a una institución psiquiátrica para su tratamiento, es porque están mucho peor de lo que creían y que necesitarán tomar medicamentos de por vida, medicamentos que además causarían cambios importantes en su comportamiento.

* Considero que si antes de referir a un paciente se le brinda toda la información posible éste, acudirá sin esa carga extra de ansiedad y más convencido que se está haciendo lo más conveniente para él.

VI.2. AMPLIAR EL HORARIO DE SERVICIO A SÁBADOS

En el CSP se proporciona atención psicológica de lunes a viernes en un horario de 7 de la mañana a 7 de la noche, durante el tiempo que colaboré en el CSP me percaté de que por un lado existe un significativo número de personas interesadas en obtener apoyo psicológico, pero debido a sus horarios de trabajo no pueden asistir en los horarios en que funciona el CSP y por otro lado existen estudiantes interesados en realizar sus prácticas académicas y su servicio social en esta institución pero sus actividades no les permiten asistir de lunes a viernes. Conociendo esta situación creo que podría considerarse la posibilidad de explorar que el CSP ampliara sus servicios a los días sábados, con lo cual se posibilitaría la atención a la población que requiere apoyo sólo en ese tiempo, y que no puede asistir de lunes a viernes y por otro lado, brindar a los estudiantes que sólo pueden realizar sus prácticas académicas y su servicio social en sábado, la posibilidad de realizarlas en el CSP.

VII. REFERENCIAS

- Alexander, G. (1939). Emotional factors in essential hypertension: a tentative hypothesis. *Psychosomatic Medicine*
- Anderson, A. & Bushman, B. (2002). *Human Agression*. Annual Review of Psychology, 53, 27-51.
- Ángel, J. (2002) *Autoestima*. México: Programación Mental Positiva
- American Psychiatric Association. (1987). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. (3ra ed. Rev.). Barcelona: Masson
- Beck, A.: (1994) *Con el amor no basta*, Atalaya S.A., Barcelona. Cap. 7: Pensamientos no expresados: el ojo de la tormenta y Cap. 9: En combate mortal.
- Beck, A. y Fernández, R. (1998). *La terapia cognitivo-conductual para el tratamiento de la ira*, Un Meta-Análisis. *Cognitivo Terapia e Investigación*, 22, 63-74.
- Bello, G., (2007), *Autoestima y Asertividad*, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Berkowitz, L. (1996). *Investigaciones experimentales de catarsis de hostilidad*. *Revista de psicología clínica y consultoría*, 35, 1-7.
- Berkowitz, L. (1996) *Agresión, causas, consecuencias y control*. Madrid: Desclee de Brouwer.
- Beyebach, M (1993). *Introducción a la terapia breve centrada en soluciones*. Tesis doctoral. Universidad Pontificia de Salamanca.
- Branden, N. (1997) *Los seis pilares de la autoestima*. México: Paidós

- Castanyer Mayer, O (1997) *La asertividad, expresión de una sana autoestima*. Madrid: Descleé de Brouwer. Serie Serendipity.
- Deffenbacher, L. (1996). *Enfoques de comportamiento cognitivos para la reducción de la ira*. En: Dobson, S. y Craig, D. (eds.), *Avances en la terapia de comportamiento cognoscitivo* (págs. 31-62).
- Deffenbacher, L. & Lynch, S. (1997). *Intervención cognitivo-conductual para el control de la ira*. En Caballo, E. (2008). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*. Madrid: Siglo XXI de España Editores.
- Deffenbacher, L. (2006) *La evaluación de la ira problemática: el ejemplo de la ira del conductor*, en Caballo V. *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos*, Madrid: Ediciones Pirámide.
- Edmondson, B. y Conger, C. (1996). *Un examen de la eficacia del tratamiento para los individuos con problemas de ira: conceptual, evaluación y cuestiones metodológicas*. *Revista de psicología clínica*, 10, 251-275.
- Ellis, A (1979). *Terapia racional emotiva*. En: Corsini, R. (ed.), *Psicoterapias actuales* (págs. 185-229). Itasca, IL: Peacock Publishers.
- Ellis, A. y Harper R.A. (1975). *Una nueva guía para vivir Racional*. N. Hollywood, CA: Wilshire Books.
- Ellis, A. (1999). *Una terapia breve más profunda y duradera. Enfoque teórico de la terapia racional emotiva conductual*. Barcelona: Paidós
- Ellis, A. (2000). *Manual de terapia racional emotiva*. Madrid: Descleé de Brouwer.
- Ellis, A. y MacLaren, C. (2004). *Las Relaciones con los Demás*. España: Océano-Ámbar.

- Feixas, G. & Miro, M. T. (1993). *Aproximaciones a la psicoterapia. Una introducción a los tratamientos psicológicos*. Barcelona: Paidós.
- Gómora, A. (2010). Tesis. *Propuesta de un taller para el manejo y regulación del enojo en adolescentes*. Facultad de Psicología. UNAM.
- Hecker, L. y Lunde, T. (1985). On the diagnosis and treatment of chronically hostile individuals. En M. A. Chesney y R. H. Rosenman (Comps.). *Anger and hostility in cardiovascular and behavioral disorders*. Cambridge: Hemisphere
- Hillsdale, J: Erlbaum. Piper, E., y Joyce, S. (1996). *Una consideración de los factores que influyen en la utilización de la terapia de grupo de tiempo limitado, a corto plazo*. Jornada Internacional de psicoterapia de grupo, 46, 311-328.
- Kaplan, H. y Sadock, B. (1966). *Terapia de Grupo*; España: Médica Panamericana
- Kassinove, H. (2005). *Desordenes Enojo: Definición, Diagnostico y Tratamiento*. Washinton, DC: Taylor y Francis.
- Kassinove, H. y Chip Tafrate, R. (2005) *El manejo de la agresividad. Manual de tratamiento completo para profesionales*, Madrid: Desclée de Brower, Cap. 1: La agresividad, Cap. 2: El modelo explicativo del episodio de ira y Cap. 3: La evaluación y el diagnóstico.
- Kübler-Ross, E. (2006). *Sobre la muerte y los moribundos*. México: Debolsillo
- Lega, L. I., Caballo, V.E. y Ellis, A. (1998). *Teoría y Práctica de la Terapia Racional Emotiva Conductual*. México: Siglo XXI.
- Limón, G. compilador. (2005). *Terapias postmodernas*. México: Pax.
- Limón, G. (2005). *El giro interpretativo en psicoterapia*. México: Pax.
- Lorraine, S. compilador. (1992). *Agonía muerte y duelo*. México: El Manual Moderno

- Murray, E. (1985). *Coping and anger*. En: Field, T., McCabe, P., and Schneiderman, N. (Eds.), *Stress and Coping*(pp. 243-261).Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- O'Connor, N. (2010).*Déjalos ir con amor*. México: Trillas
- Olivares, J. (2005). *Técnicas de modificación de conducta*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- PSICOMED. Terapia de Grupo. Adaptación de la página www.agpa.org/group/spanish%20group_works.htm
- Reilly, M. and Grusznski, R. (1984). *A estructured didactic model for men for controlling family violence*. International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology
- Sánchez, R. (2008). Documento Interno del Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila". UNAM
- Shraml, W. (1975). *Psicología Clínica*. Barcelona: Herder.
- Spielberger, D. (1988). *State-trait anger expresión inventory. Research Edition. Professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assesment Resources
- Spielberger, D., Johnson, H., Crane, J., Jacobs, A., y Worden, J. (1985) The experience and expression of anger: construction and validation of an anger expression scale. En M. Chesney & H. Rosenman (Comps.). *Anger and hostility in cardiovascular and behavioral disorders*. Cambridge: Hemisphere.
- Spielberger, D., Krasner, S., y Solomon, P. (1988). The esperience, expression, and control of anger. En M. Janisse (Comp.). *Health psychology: individual differences and stress*. New York: Springer Verlag
- Sluzki, C (1984) *Terapia familiar como construcción de realidades alternativas* Transcripción editada de la conferencia pronunciada en el Segundo Encuentro Nacional de Terapia Familiar Sistémica. Santa Fe, Argentina.

- Straus, M.; Gelles, R.; and Steinmetz, S. (1980). *Behind Closed Doors: Violence in the American Family*. Garden City, NY: Doubleday.
- Thousand Oaks, California: Sage Publications. Deffenbacher, L. (agosto de 1999). *Las intervenciones de reducción de ira como empíricamente apoyaron programas de intervención*. Ponencia presentada en la 107 convención anual de la American Psychological Association
- Trafate, C. (1995). Evaluación de tratamientos estratégicos para desordenes de enojo en adultos. En: Kassinove, H. *Desordenes Enojo: Definición, Diagnostico y Tratamiento*. Washinton, DC: Taylor y Francis
- Universidad Nacional Autónoma de México. (1992) Reglamento General del Servicio Social. Legislación Universitaria. México: UNAM.
- Vinogradov, S. y Yalom, I. (1996). *Guía Breve de Psicoterapia de Grupo*. México: Paidós.
- Weisinger, H.: (1985) *Técnicas para el control del comportamiento agresivo*, Barcelona: Martínez-Roca, Cap. 2: Su traje de trabajo y Cap. 3: El bueno, el feo y el malo.
- Wessler, L. (1983) Terapia de grupo cognitivo-conductual. En Caballo, E. [Comp.] (2008). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. Madrid: Siglo XXI de España Editores.
- Wolberg, R. (s.f.) *Técnicas psicoterapéuticas*. México: Traducción hecha al español por la Universidad Iberoamericana.