



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS PROFESIONALES

“Propuesta y Resultados para la elaboración de Taller
Psicoeducativo para el Manejo del Enojo e Ira”

T E S I S

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:
ANGEL DE FRANCISCO GONZÁLEZ MENDOZA

DIRECTORA DE TESIS: LIC. REFUGIO DE MARÍA GONZÁLEZ DE LA
VEGA Y AYALA

REVISOR: LIC. DALILA YUSSIF ROFFE

SINODALES: DR. CORDOVA ALCARAZ ALBERTO JAVIER

LIC. MALDONADO GOMEZ MARIA ROCIO

MTRO. GONZALEZ OSCOY MANUEL

MÉXICO, D.F. FEBRERO 2015



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.

Agradecimientos

Doy gracias a la vida que me ha dado la oportunidad de disfrutar mi carrera universitaria, de conocer esta noble y apasionante ciencia como lo es Psicología, y por darme la fuerza para terminarla.

A mi Mamá por su apoyo en momentos difíciles, por su sabiduría y ante todo por su amor.

A mi hermana, Erika, por su aliento y animo que siempre me dio. Ahora es tu turno hermana de cumplir tus metas.

A Gabriela Román Tinajero por toda su paciencia y su dedicación para apoyarme en momentos difíciles con este trabajo además de su cálido amor. Te amo Gaby.

A David Guerrero Mayorga, a ti mi gran amigo por ser un referente metodológico y de teoría, por tu participación en el taller y más que nada por tu amistad.

A mi Directora y revisores de Tesis, sin ustedes no fuera esto posible.

Y a todos mis amigos que siempre me han apoyado y que han vivido conmigo esta gran aventura de trabajo y esfuerzo, a todos ¡gracias! Baruch, Mundo, Bere, Manuel, etc.

Dedicatorias

Esta tesis va con especial dedicatoria para:

Víctor Mendoza Santoyo
(1974-2012)

María Estela Santoyo Ortiz

Angel Francisco González Morales

Gabriela Román Tinajero

A toda mi familia y amigos.

Índice

Página

I.-Introducción.....	1
II.-MARCO TEORICO	
Capítulo 1: La Psicoeducación: una estrategia de intervención.....	3
1.1.-La prevención y sus niveles.....	3
1.2.-La intervención psicoeducativa: un nivel de intervención psicológica.....	6
1.3.-Definición de un taller psicoeducativo.....	7
Capítulo 2: Las emociones.....	10
2.1.-Modelos teóricos de las emociones.....	11
2.1.1.-Modelo fisiológico.....	14
2.1.2.-Modelo cognitivo.....	14
2.1.3.-Modelo conductual.....	15
2.2.-El Enojo e Ira.....	17
2.2.1.-Definiciones de enojo.....	19
2.2.2.- Diagnóstico y evaluación clínica del enojo.....	22
2.2.2.1.- Evaluación del enojo.....	24
2.2.3.-Comorbilidad.....	26
Capítulo 3: Técnicas de Tratamiento para el Manejo del Enojo e Ira.....	27
3.1.- Técnicas de entrenamiento en relajación.....	28
3.1.1.- Respiración Diafragmática.....	29
3.1.2.- Relajación Progresiva De Jacobson.....	30
3.1.3.- Inducción directa con imaginería.....	32
3.2.- Técnicas de reestructuración cognitiva.....	33
3.2.1.-Creencias Irracionales.....	34
3.2.2.-Pensamientos automáticos.....	40
3.2.3.-Distorsiones cognitivas.....	42
3.2.4.-La teoría del ABC.....	44

3.3.- Técnicas en asertividad.....	48
3.3.1 Las formas de comunicación asertiva.....	50
3.3.2.-Técnicas asertivas.....	54
3.4.- Técnicas de solución de problemas y conflictos.....	56
III.-Metodo.....	59
Muestra.....	59
Espacios y recursos.....	60
Instrumentos.....	60
Pre-Test y Post-Test.....	62
Objetivos generales.....	63
Objetivos específicos.....	63
Formulación de Hipótesis.....	63
Variables.....	64
Diseño de Investigación.....	64
Selección de Técnicas.....	65
Aplicación del taller.....	66
Resultados.....	67
Discusión.....	71
IV.-Conclusiones.....	74
Referencias bibliográficas.....	76
Anexos.....	81

I.-Introducción

En el presente trabajo se reflexiona sobre las técnicas de prevención e intervención para el manejo del enojo impartidas en los talleres psicoeducativos con el propósito de generar un tratamiento de tipo psicológico apropiado para facilitar cambios cognitivos, emocionales y conductuales que propicien una satisfactoria resolución a situaciones de enojo e ira. La metodología activo-participativa empleada en las intervenciones, se aplicó con el fin de estimular el descubrimiento de nuevos recursos y esquemas adaptativos para que el participante lo use en el contexto de su vida cotidiana. El tratamiento se basó en un modelo cognitivo conductual cuyos temas fueron: la reestructuración cognitiva, asertividad, solución de problemas y técnicas de relajación. Tuvo una duración de diez sesiones, cada una de dos horas, en un grupo de siete adultos de entre 20 y 50 años que solicitaron consulta en el Centro de Servicios psicológicos Dr. Guillermo Dávila.

Dentro del marco de la Psicología de la Salud, los talleres e intervenciones psicoeducativos constituyen una alternativa efectiva, orientada a promover motivaciones, actitudes y pautas de comportamientos saludables. Los talleres tienen la cualidad de ser adecuados para diferentes ámbitos educativos, puede dirigirse tanto individuos como a grupos, ya sean con características específicas o heterogéneas. La intervención se basó en modelos propuestos en intervenciones realizadas anteriormente en el Centro de Servicios psicológicos Dr. Guillermo Dávila, con resultados favorables, por lo tanto denota un posible éxito de la intervención.

Los tratamientos psicoeducativos cognitivos conductuales se consideran tratamientos eficaces, económicos dado el tiempo, los recursos que exige, además de tener buen resultado en la percepción del malestar y los síntomas. La propuesta que se postula en el presente trabajo difiere de los otros talleres psicoeducativos realizados en el Centro Servicios Psicológicos Dr. Guillermo Dávila (CSP) porque se plantea una estructura que robustece la aplicación de técnicas y ejercicios prácticos, hace énfasis en las dinámicas participativas, reduce las exposiciones, presentaciones teóricas pero sin llegar a omitirlas, es decir, se busca hacer un

ambiente más activo y dinámico, fomentando la interacción del paciente con las actividades, para así abordar mejor la problemática que lo llevó a tomar un tratamiento. Se hace un seguimiento continuo bajo la supervisión de los terapeutas en la aplicación de las técnicas en situaciones cotidianas de los participantes mediante la aclaración de dudas, corrección del uso de los formatos dando información concreta de los temas tratados para que de este modo se fomente una interacción activa de los participantes.

El método y las técnicas usados representan un reto al que se enfrenta el psicólogo en la aplicación de los talleres del CSP, primero la dificultad de los pacientes para expresar sus sentimientos, segundo describir las situaciones problemáticas que generalmente son descritas de forma ambigua con poca claridad emocional; éste taller incluye dinámicas para fomentar una expresión emocional más fluida además de una descripción más estructurada de las situaciones problemáticas, por lo cual las metas de este trabajo es: 1) destacar la educación emocional a través de las técnicas cognitivas, para identificar los sentimientos; 2) generar un formato que facilite la descripción de las situaciones en lo que concierne a la técnica de reestructuración cognitiva, que permita facilitar el manejo y expresión de las emociones, en este caso específico, lo relacionado con el enojo e ira; 3) resaltar la práctica de las técnicas cognitivo conductuales mediante ejercicios haciendo más breve y ameno la parte teórica; 4) hacer un seguimiento de la problemática de los pacientes para evaluar los progresos en su bienestar emocional y la utilización de las técnicas aprendidas en el taller en la vida cotidiana.

II.-Marco Teorico

Capítulo 1: La Psicoeducación: una estrategia de intervención.

Es importante cuando se planea una intervención tener claro cuáles son las metas asimismo como las dificultades que podrían surgir durante el proceso, como en el ajedrez o cualquier tipo de juego estratégico, se plantea necesariamente una estrategia global para poder alcanzar las metas siempre tomando en cuenta las dificultades que podrían surgir en el camino.

Desde la perspectiva del campo de la salud pública se da preferencia a las intervenciones económicas, sencillas igualmente que eficaces, por lo que al plantear este taller se propuso un modelo psicoeducativo por encima de un modelo de terapia clínica grupal, dado que los espacios, el tiempo además de las técnicas son más accesibles.

La intervención psicoeducativa resulta un modelo eficaz que ha mostrado su éxito en intervenciones como talleres de ansiedad o depresión en el Centro Servicios Psicológicos Dr. Guillermo Dávila (CSP) dirigidos por los terapeutas del programa de psicoterapia cognitiva para paciente crónicos degenerativos, por lo que se confía ampliamente en que el modelo aquí propuesto podrá ayudar a los participantes con sus problemáticas.

1.1.-La prevención y sus niveles

Cuando se habla de prevención, se hace referencia a evitar que aparezca una determinada conducta problema, pero a lo largo de las últimas décadas el concepto ha evolucionado para adaptarse a un contexto social complejo y cambiante, por lo que, la prevención no sólo hace referencia a la evitación de una conducta problema, sino que hace hincapié en abordar las situaciones que ya han surgido para neutralizarlas o reconvertirlas. La prevención puede ser dirigida a diferentes grupos sociales, desde un ámbito general hasta uno muy específico asimismo enfocados en los diferentes estados de la problemática, a continuación se muestra la tabla.

Tabla 1. Niveles de Prevención

CLASIFICACIÓN DE LOS NIVELES DE PREVENCIÓN

PREVENCIÓN PRIMARIA (Reducir la incidencia del problema disminuyendo la frecuencia de aparición de nuevos casos en la población general)	Prevenición Universal	Se trata de intervenir con la población general y está basada en evitar riesgos y/o instalar conductas positivas.
	Prevenición Selectiva	Se trata de intervenir con aquellos grupos de población cuyo riesgo de desarrollar problemas es mayor que el de la media, lo que se evidencia por la cercanía de factores de riesgo biológico, psicológico o social.
	Prevenición Indicada	Se trata de intervenir con aquella población que presenta ya signos detectables aunque mínimos de tener un determinado problema, pero que todavía no ha sido formalmente diagnosticada como tal.
PREVENCIÓN SECUNDARIA (Reducir la prevalencia en grupos de alto riesgo)	<p>Para este tipo de prevención resulta fundamental la detección temprana, una rigurosa evaluación familiar y su tratamiento con aquella población de alto riesgo que ya ha sido formalmente diagnosticada como tal. La diferencia con la rehabilitación/reeducación es que en lugar de ir directamente al problema, intenta la capacitación, el desarrollo familiar y personal que previene la aparición de conductas no deseables.</p>	
PREVENCIÓN TERCIARIA (Seguimiento del proceso de cambio)	<p>Tiene como objetivo reducir las secuelas del trastorno o problema y se puede hacer hincapié en otros factores no abordados con anterioridad. No es un tratamiento en sí mismo, sino que se basa en el seguimiento de la evolución. Dotar de las herramientas personales necesarias para salir adelante con el mínimo de secuelas, potenciando comportamientos y conductas compensatorias.</p>	

Fuente: Institute of Medicine; Mrazek y Haggerty, 1994; Muñoz et al., 1995.

La prevención se utiliza como herramienta básica de la salud mental, actuando “antes de” y “hacia delante”, desde la causa u origen, no retroactivo, reparador, actuando “después de” y “hacia atrás”, desde la consecuencia o resultado (Musitu, 1990). Es decir, dependiendo del desarrollo del problema, las estrategias de prevención se adecuan hacia el grupo enfocado.

La Psicoeducación puede ser utilizada para la prevención primaria que abarca desde medidas para evitar la aparición de enfermedad, la prevención secundaria que limita los daños y la prevención terciaria que rehabilita las capacidades y funciones comprometidas por dichos daños. La labor de la educación en salud puede extenderse a las actividades curativas también a las de rehabilitación, y por lo tanto, al campo de la medicina especializada (McFarlane, 1995).

La prevención que se llevó a cabo busca intervenir o influenciar sobre cuatro dimensiones que se detallan a continuación:

- a) La personalidad.- el auto-concepto, la autoestima, la auto-eficacia, el locus de control interno, el sentido positivo del humor, la resiliencia, la resistencia y la vulnerabilidad cognitiva.
- b) Los valores y juicio de la persona.- su concepto del mundo, concepto de ser humano, sus juicios morales, los valores respecto a la tolerancia, el respeto, la igualdad, etc.
- c) La afectividad.- la empatía afectiva y cognitiva de la persona, su capacidad de autorregulación emocional (expresión de las emociones, autocontrol y el uso social de las mismas).
- d) Las habilidades.- la toma de decisiones, la capacidad de resolución de problemas y las habilidades sociales propiamente dichas. (Mrazek y Haggerty, 1994; Muñoz et al., 1995)

Este taller psicoeducativo se enfoca en la prevención primaria, sin descuidar aspectos de la prevención secundaria, por lo tanto el taller tiene como meta prevenir

y reducir la prevalencia de la sintomatología asociada con el enojo y la ira en los participantes del grupo.

1.2.-La intervención psicoeducativa: un nivel de intervención psicológica

El concepto de intervención psicoeducativa, se encuadra en el de intervención psicológica, hablar de educación es hablar de una intervención que va más allá de la prevención y abarca la optimización, puesto que la educación supone potenciar todas y cada una de las capacidades del ser humano (Hernández P., 1991).

La intervención psicoeducativa recoge elementos generales de la intervención psicológica, supone una acción sistemática, organizada, situada en un ambiente o contexto natural, que puede ser llevada a cabo por distintos profesionales con el fin de rehabilitar, prevenir u optimizar los comportamientos de los integrantes de dicho contexto (Hernández, 2001).

Otros autores (Bassedas, Coll y Rosseell, 1981; Vélaz de Medrano, 1998) la señalan como el proceso que abarca tanto aspectos emocionales (intra e interpersonales) e instruccionales que se dan en situaciones escolares que complementan las actividades escolares pero que no las suplanta. Se delimita temporalmente, se sistematiza y organiza en base a un conjunto de actividades interrelacionadas (programas, proyectos de intervención), destinadas a promover el desarrollo de habilidades de los sujetos que participan de ellas. El complemento a actividades que refieren los autores nos resulta básico e integrador del sujeto con su medio ambiente.

En un aspecto más clínico el modelo psicoeducativo se ha visto influenciado por las teorías de la personalidad, la educación especial y el movimiento de salud mental. Sus fundamentos teóricos amplios y diversos no responden a una sola orientación teórica recibiendo así, influencias de enfoques racionalistas, teorías de aprendizaje, enfoques psicoanalíticos, etc. (Patterson, 1978, Monereo, 1996). Generando razones para entender al modelo psicoeducativo como flexible, heterogéneo, transdisciplinario y con metas enfocadas en las problemáticas de los participantes.

La Psicoeducación tiene como finalidad reeducar o rehabilitar las dificultades de carácter individual del sujeto. Como actividades más características de este modelo están el diagnóstico, el tratamiento, el seguimiento de éste además se utiliza la entrevista individualizada como instrumento de trabajo (Monereo, 1996, Bisquerra, 1998).

Un acercamiento conceptual más completo de la psicoeducación que se ajusta a los objetivos del presente trabajo es, ser una acción sistemática, programada además de organizada cuyo objetivo es prevenir, rehabilitar o mejorar aspectos psicoeducativos, emocionales y comportamentales del ser humano, así como lograr metas formativas partiendo de las necesidades de los sujetos en un contexto determinado (Morrill, 1980; Bisquerra, 1992; Montané y Martínez, 1994; Repetto y otros, 1994).

El taller se enfoca en los aspectos adaptativos del participante por lo que retomamos a Maher y Zins (1989), donde la intervención psicoeducativa se destina a:

- El desarrollo cognitivo (enseñar a identificar, clasificar, relacionar sus pensamientos, así como su relación con las emociones y sus componentes fisiológicos);
- Funcionamiento afectivo (auto-concepto, autocontrol, temperamento);
- Socialización (interacción con los iguales o con adultos, etc);
- Logros académicos;
- Forma física;
- Preparación para la formación profesional.

1.3.-Definición de un taller psicoeducativo

La palabra taller proviene del francés “atelier” que significa estudio, obrador, obraje, en otras palabras, se veía al taller como un lugar de trabajo y aprendizaje que se realizaba en lugares como comunidades, oficios, con los artesanos, las cocinas, etc. Este concepto proviene de la educación no-formal, sitúa a los talleres psicoeducativos como una alternativa a la educación tradicional realizada en las escuelas o universidades. El concepto de taller se entiende como una opción

pedagógica alternativa a un curso o seminario tradicional, como una modalidad opuesta a una enseñanza de tipo expositiva o memorística (Herrera, 2003).

Por otro lado, un curso-taller es una modalidad de enseñanza-aprendizaje caracterizada por la interrelación entre la teoría y la práctica, en donde el instructor expone los fundamentos teóricos con procedimentales que sirven de base para que los alumnos desarrollen un conjunto de actividades diseñadas previamente y que lo conducen a desarrollar su comprensión de los temas al vincularlos con la práctica operante (Maya, 2007). Considerando este marco, se presentará algunas características constitutivas de un taller y son:

- Una opción para trabajar en pequeños grupos.
- Una valoración para la participación de los propios sujetos en la responsabilidad de sus propios aprendizajes.
- Una integración de las experiencias personales de cada participante en el proceso de enseñanza-aprendizaje.
- Una intencionalidad operativa, es decir que los aprendizajes adquiridos tengan una influencia en la acción de los propios sujetos (Herrera,2003)
- La propia experiencia del taller es un recurso más en la obtención de nuevos aprendizajes.

Tomando esto en cuenta, el taller es un lugar de vínculos y de participación que permite desarrollar distintos estilos de comunicación en los participantes.

Por otro lado, el taller utilizará bases del aprendizaje significativo retomando la propia experiencia del individuo, que plantea el aprendizaje del participante, dependiendo de la estructura cognitiva previa que se relaciona con la nueva información que va adquiriendo. Debe entenderse por "estructura cognitiva", al conjunto de conceptos e ideas que un individuo posee en un determinado campo del conocimiento, así como su organización (Ausubel; 1983).

Así que, durante el taller se fomentó un aprendizaje que da valor a los contenidos nuevos aprehendiéndolos en las estructuras previas y familiares del participante, para que se potencializara la efectividad de la intervención. Por lo tanto, se debe

promover que el participante entienda las ideas nuevas relacionándolas con algún aspecto existente específicamente relevante de su estructura cognoscitiva, como una imagen, un símbolo ya significativo, un sentimiento, un concepto o una proposición (Ausubel; 1983).

En definitiva el taller es un camino con alternativas metodológicas diversas, que estimula el aprendizaje, las intersubjetividades y la creatividad. Es un espacio para la vivencia, la reflexión y la conceptualización (García, 1997). Entonces, un taller psicoeducativo puede ser definido como un tipo específico de intervención que propicia una situación de enseñanza-aprendizaje que considera la importancia de la dinámica grupal como herramienta del cambio conductual, actitudes, habilidades, percepciones, pensamientos, creencias o interacciones (Herrera, 2003), así como la generación de nuevas conductas ante situaciones problema crónicas, ante escenarios novedosos o inesperados.

Capítulo 2: Las emociones.

Para entender el enojo es necesario entender que es una emoción, la cual es un fenómeno multidimensional que involucra cuatro aspectos: el cognitivo, el fisiológico, el funcional y el expresivo (Reeve, 2010). Las emociones son un proceso de interpretación y expresión subjetiva, relacionada con cambios en la actividad fisiológica y como respuesta ante el ambiente que moviliza energía la cual ayuda a la persona actuar y adaptarse a cualquier situación que se enfrente. Asimismo, las emociones también son agentes de propósito y fenómenos sociales.

Las emociones son fenómenos subjetivos fisiológicos, motivacionales y comunicativos de corta duración que ayudan a adaptarse a las oportunidades y desafíos que enfrentan los sujetos durante situaciones importantes de la vida. Es el conducto psicológico que unifica y coordina los cuatro aspectos de la experiencia. De acuerdo con Reeve (2010), conjunta componentes subjetivos, biológicos, funcionales y expresivos dentro de una reacción coherente para una situación provocada.

Características de la emoción:

- El componente subjetivo le da a la emoción su sentimiento; una experiencia subjetiva que tiene significancia y significado personal. La emoción se siente a un nivel subjetivo, tanto en intensidad como en calidad.
- El componente biológico incluye la actividad de los sistemas autónomos y hormonales, ya que participan en la emoción para preparar y regular .la conducta de enfrentamiento adaptativo.
- El componente funcional tiene que ver con la cuestión de cómo una emoción, una vez experimentada, beneficia al individuo.
- El componente expresivo o social es el aspecto comunicativo social de la emoción (Reeve, 2010).

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

Como vemos las emociones tienen muchas dimensiones, las descripciones anteriores de Reeve y Lazarus, son algunas de las conceptualizaciones más generales, sin embargo, hay muchas más definiciones y descripciones, por lo que es necesario estudiar algunas de ellas para tener una visión más amplia y completa del concepto de emoción.

2.1.-Modelos teóricos de las emociones

Para el estudio de las emociones es necesario reconocer que su estructura se conforma de la respuesta fisiológica, de la cognición, y de la conducta. ¿Cómo distinguir qué factores externos o internos provoca las emociones? ¿Qué consecuencias comportamentales tienen las reacciones emocionales? No se produce ningún cambio emocional sin que se produzca un cambio cognoscitivo. Una misma experiencia emocional, y su expresión pueden encontrarse enraizados en estados mentales diferentes teniendo consecuencias fisiológicas y conductuales, lo que hace necesario entender que consiste cada una de estas dimensiones.

Las emociones según Fernández-Abascal y cols. (2002), son procesos episódicos que, ante la presencia de algún estímulo o situación interna o externa, dan lugar a una serie de cambios fisiológicos, conductuales y cognitivos como respuesta al ambiente.

Las emociones proporcionan una lectura del estatus de los estados motivacionales siempre cambiantes de la persona. Los motivos como el hambre o la sed energizan

a la persona hacia la acción, mientras que emociones como la frustración y el alivio son un indicador del progreso de la satisfacción correcta o incorrecta de los motivos. Por consiguiente, se puede entender que las emociones no son motivos, sino que reflejan el estatus de satisfacción o de frustración de estos.

Las emociones positivas experimentadas durante los intentos involucrados satisfacer los motivos de "interés, alegría", proporcionan una metáfora "luz verde" para que uno persevere en la presente acción. Por otra parte, las emociones negativas experimentadas durante los intentos que involucran satisfacer los motivos de "repugnancia, culpa", proporcionan una metáfora luz roja para detener la presente acción (Reeve, 2010).

La emoción puede ser o no expresada en el proceso comunicativo. En la comunicación se elabora y se trasmite la información que da sentido a los componentes de la emoción. De ese modo, las reacciones fisiológicas, cognitivas, conductuales se estructuran dentro de un marco referencial que otorga al individuo, en el mejor de los casos, una comprensión del origen, el trascurso asimismo como la culminación de estas.

Para comprender la experiencia emocional, se necesita determinar si está relacionada con el entorno o con el sí-mismo (self). Las relaciones ante el mundo se han de acceder por su información, tendencia de acción adaptativas, y su expresión de un modo apropiado. Las emociones que se refieren al sí mismo, necesitan ser exploradas por su significado y la naturaleza de las relaciones internas que las están generando. La meta consiste en saber equilibrar la experiencia con la expresión, teniendo ambas bajo control consciente en el darse cuenta. Las emociones necesitan ser reconocidas, también traducidas en acciones constructivas y en mensajes comprensibles, Dado que las emociones son una fuente de información acerca de las propias respuestas ante las situaciones específicas (Greenberg & Paivio, 2000).

El ser humano puede experimentar una vasta gama de emociones; cada una puede manifestarse con variaciones e intensidades diversas, la persona las adapta continuamente a los escenarios que enfrenta en su cotidianidad.

Clasificación de las emociones:

- Ira: rabia, enojo, resentimiento, furia, exasperación, indignación, acritud, animosidad, irritabilidad, hostilidad; en caso extremo, odio y violencia.
- Tristeza: aflicción, pena, desconsuelo, pesimismo, melancolía, autocompasión, soledad, desaliento, desesperación; en caso patológico, depresión grave.
- Miedo: ansiedad, aprensión, temor, preocupación, consternación, inquietud, desasosiego, incertidumbre, nerviosismo, angustia, susto, terror; en el caso que sea psicopatológico, fobia y pánico.
- Alegría: felicidad, gozo, tranquilidad, contento, beatitud, deleite, diversión, dignidad, placer sensual, estremecimiento, raptó, gratificación, satisfacción, euforia, capricho, éxtasis; en caso extremo, manía.
- Amor: aceptación, cordialidad, confianza, amabilidad, afinidad, devoción, adoración, enamoramiento.
- Sorpresa: sobresalto, asombro, desconcierto, admiración.
- Aversión: desprecio, desdén, displicencia, asco, antipatía, disgusto, repugnancia.
- Vergüenza: culpa, perplejidad, desazón, remordimiento, humillación, pesar y aflicción (Goleman, 1997).

Como se me ha mencionado anteriormente, las emociones están compuestas por aspectos fisiológicos, cognitivos igualmente conductuales. En seguida se presentará y se describirá brevemente los modelos psicológicos que explican cada uno de los componentes.

2.1.1.-Modelo fisiológico.

En la visión fisiológica, las emociones se ven constituidas por tres tipos de componentes: el comportamental, autonómico y hormonal. El componente comportamental está compuesto por los movimientos musculares apropiados a la situación que los provoca. Las respuestas autonómicas o neurovegetativas facilitan las conductas y aportan una movilización rápida de energía para realizar movimientos vigorosos. Las respuestas hormonales refuerzan las respuestas neurovegetativas promoviendo una aportación de nutrientes y glucosa hacia los músculos (Carlson, 2006).

La psicofisiología estudia las emociones de acuerdo al modelo denominado la triada reactiva. Ésta congrega el estudio de las vivencias emocionales, el registro fisiológico objetivo de éstas y el estudio del comportamiento expresivo (Schmidt Atzer referido en González, 2006), la psicofisiología de la emoción se encarga del estudio de las respuestas fisiológicas como manifestaciones del fenómeno emocional como correlato o efecto, (Vila, 1996). Esto quiere decir que, hay causas endógenas de la emoción y causas exógenas, cada una con sus respectivos efectos.

La noción de un extracto fisiológico o biológico hace pensar que si hay una propuesta de tratamiento emocional de algún trastorno o problemática, esta tiene que tomar en cuenta las consecuencias fisiológicas y tratarlas. En muchos casos la opción más viable para reducir el enojo son las técnicas de relajación.

2.1.2.-Modelo cognitivo

En este modelo las emociones o sentimientos no están determinados por las situaciones mismas o sustratos fisiológicos, sino más bien por el modo de como las personas perciben e interpretan esas situaciones (Beck, 1964; Ellis, 1962) las emociones de las personas están íntimamente relacionados con su forma de pensar e interpretar una situación, la respuesta emocional está condicionada por la percepción de la situación. Así se puede determinar que ciertos pensamientos o creencias son condicionantes de determinadas emociones.

Esta teoría propone que el individuo hace una evaluación del ambiente a partir de sus creencias, las que han sido formadas desde su desarrollo e historia personal, y estas interpretaciones de la realidad son las que predisponen una respuesta emocional o conductual determinada, es decir, nos preparamos casi siempre para emitir las mismas respuestas, para los mismos escenarios. Por lo que se propone los métodos de “reconstrucción cognitiva” (Ellis, 1962. Beck, 1964) también llamados teoría del ABC. Donde A es el acontecimiento activante, que el individuo a partir de su bagaje de pensamiento o creencias, que es B, emite una respuesta emocional y conductual, que es C. Se intuye que el malestar emocional o trastorno se encuentra en la concepción de una idea irracional o distorsión de pensamiento, es decir, en evaluaciones inadecuadas o desadaptativas de la realidad. (Lega, Caballo y Ellis, 1997).

2.1.3.-Modelo conductual

Este modelo está relacionado con investigaciones experimentales específicamente del condicionamiento clásico y operante. Las investigaciones realizadas por Pavlov (1927), donde primero condicionó a perros emparejando estímulos de comida con estímulos de círculos, después por otro lado mostro elipses emparejados con ningún estímulo, una vez dado el condicionamiento provocó que cuando se presentaban los círculos los perros salivaban, posteriormente , cambió mostrando estímulos más ambiguos y confusos, es decir el círculo fue siendo más elíptico, causando respuestas incompatibles de excitación e inhibición, asimismo generó un fenómeno llamado “neurosis inducida experimentalmente”. También este experimento en humanos provoca las mismas respuestas, proponiendo que las respuestas emocionales pueden ser condicionadas (Kazdin, 1983).

Más tarde en experimentos controversiales Watson (1924) condicionó respuestas emocionales en infantes, proponiendo que éstas podían condicionarse ante una serie de estímulos ambientales postulando que las emociones se pueden generalizar a otros estímulos distintos al estímulo original y se mantienen por mucho tiempo, formulo que había 3 emociones básicas: miedo, ira y amor las cuales pueden ser condicionadas (Kazdin, 1983). Por lo tanto, la conducta emocional se

define como un conjunto de respuestas observables, ya sea motoras o fisiológicas que se pueden condicionar al igual que cualquier otra respuesta. La conducta emocional puede ser provocada por nuevos estímulos, que previamente no generaban respuesta, siempre que se siga un procedimiento de condicionamiento clásico (Fernández-Abascal, 1997).

En el condicionamiento operante, las emociones son predisposiciones que tienen su origen en la conducta que tiende a repetirse en condiciones emocionalmente características, en otras palabras, las emociones no son episodios ni sucesos, sino disposiciones, que fueron aprendidas o condicionadas en algún momento, lo esencial son las condiciones que hacen posible la conducta emocional, es decir, en los factores externos que la propician (Skinner, 1951).

Para algunos individuos la recompensa más poderosa es el refuerzo social, como el elogio. La capacidad de procesar la información simbólica hace aprender a través de la observación, del modelamiento. Una persona que ve a alguien conseguir lo que quiere con una postura emocional imitará probablemente el comportamiento. Se elige como modelo a personas que parecen conseguir las mayores recompensas; para los niños estas personas suelen ser sus padres. (Bandura, 1977).

Para la dimensión conductual de las emociones, se analiza cómo fue aprendida y condicionada la conducta de enojo a través de los formatos ABC y mediante la historia personal del participante, posteriormente seguimos con ejercicios de resolución de problemas y técnicas de asertividad para fomentar conductas alternativas a la situación problema, reforzando cuando hubo cambios emocionales y consecuencias positivas para el participante.

2.2.- El Enojo e Ira.

El enojo es una emoción experimentada en diversas situaciones a lo largo de la vida, permite articular o desahogar la energía acumulada ante una situación frustrante, estresante o ansiosa; las personas pueden expresar el enojo de diferentes modos, en algunas ocasiones puede ser expresada de una forma asertiva e idónea, en otras, la canalización de energía puede ser desbordante, además de poco controlada afectando a la persona en cuestión, por último hay ocasiones en las cuales no se expresa, se acumula o se expresa en otro contexto permaneciendo de manera indefinida. Por eso es útil conocer qué es el enojo, cuáles son los aspectos involucrados que lo definen, para que este conocimiento permita un análisis más certero y un mejor manejo de la emoción.

Es muy común catalogar a alguien como “enojón”, iracundo o colérico. En el lenguaje de uso común generalmente se crean etiquetas, que al ser adjudicadas provocan en aquellos a los que se les asignan, sean individuos estigmatizados. Cabe señalar que el enojo es un estado emocional que incluye sentimientos que varían en intensidad, desde una leve molestia o irritación hasta la furia y la ira, que a su vez es acompañada de una excitación del sistema nervioso autónomo. (Spielberger, Jonhson, Russell, Crane, Jacobs y Worden, 1985)

El enojo es una reacción natural del cuerpo hacia estímulos aversivos, así como todas las emociones tienen una función biológica primaria, el enojo cumple con una función evolutiva en los humanos y sirve para la sobrevivencia. La distinta impronta biológica propia de cada emoción evidencia que cada una de ellas desempeña un papel único en nuestro repertorio emocional.

En la literatura, así como en el lenguaje-popular, se pueden encontrar varios términos que en apariencia tienen significados similares: ira, enojo, agresión y hostilidad, aunque cada uno tiene una definición particular. Para ira: sentimiento interno, mental y subjetivo con cogniciones asociadas a patrones de activación fisiológica. Para agresión: comportamiento manifiesto con el fin de hacer daño o lesionar a una persona u objeto. Para hostilidad: patrón presente en múltiples

situaciones o rasgo de enojo en combinación con agresión verbal o física (sin estímulo presente). Se llegó a un consenso para diferenciarlos, diciendo que ira representa un estado de ánimo subjetivo; mientras que agresión (verbal y física) supone actos o conductas relacionadas con el estado de ánimo; y, hostilidad, representa una tendencia crónica a experimentar el enojo e ira (Nezu, 2006).

La ira y el enojo son emociones distintas en tanto a las cogniciones asociadas, entonces, la ira se produce con pensamientos configurados como demandas dogmáticas y absolutistas de que el mundo se adapte a las propias necesidades; y, el enojo, se produce con cogniciones que reconocen que el mundo no cumple las propias preferencias (Yankura y Dryden, 1999). Es decir la ira es un estado más generalizado de malestar mientras el enojo es más parcial.

Para completar la comprensión de estas dos emociones se puede decir que la ira es una emoción destructiva para el individuo que lo conduce a una intensa activación fisiológica, a juicios distorsionados y a una conducta disfuncional. Mientras el enojo conduce a niveles moderados de activación fisiológica acompañada de conducta funcional para buscar vías alternativas alcanzando los objetivos o para centrarse en objetivos alternativos (Yankura y Dryden, 1999).

Por ejemplo, al sentir el enojo las personas pueden expresar su molestia de forma adecuada socialmente y en consecuencia actuar de acuerdo a sus intereses y metas tomando en cuenta el contexto en que se dio la situación; a diferencia de la ira, las personas cuando llegan a sentirlo tienden a expresarlo verbal y conductualmente de una forma disfuncional como puede ser gritos, agresión física y/o verbal, o por medio de conductas de sometimiento. También existen situaciones en que tanto el enojo como la ira se producen en contextos que no es factible expresar la molestia, por lo tanto, las personas optan por no expresar o expresar de forma interna y discreta su emoción. Es necesario aclarar que en la vida cotidiana, las formas de expresión verbal y conductual no se limitan a una u a otra emoción, las personas utilizan sus recursos de forma en que se adapta a la circunstancia planteada, y estos recursos pueden ser saludables o no.

La ira y el enojo, son dos estados emocionales cualitativamente diferentes, reconocemos que el enojo, aunque comprende una activación fisiológica, es acompañado de conductas funcionales, por lo cual no es motivo de atención clínica, en comparación a la ira, ésta comprende una activación fisiológica intensa, va acompañada de conductas disfuncionales, siendo por tanto motivo de atención clínica. (Yankura & Dryden. 1999).

En el presente trabajo los términos conceptuales de ira y enojo son diferenciados para un acercamiento metodológico-diagnóstico y durante el taller estos términos serán utilizados como sinónimos para un acercamiento psicoeducativo.

2.2.1.- Definiciones de enojo.

El enojo se establece en una respuesta biológica que nos lleva a defendernos o protegernos cuando somos atacados o frustrados a través de conductas o intenciones dañinas por el otro; es asociado a conductas de respuesta como lucha o huida. La tendencia de acción del enfado implica cambios en la respuesta respiratoria, vascular, vocal, muscular y facial que preparan a la persona para remeter y atacar al intruso.

Estas respuestas organizan para la acción, pero no producen el comportamiento en sí. Según la respuesta comportamental generada, es el resultado de una interacción compleja entre la tendencia de acción y los procesos cognitivos que siguen a las disposiciones iniciales para la acción. La fuerza de la tendencia de acción sería según la experiencia subjetiva de enfado, la cual podría iniciarse como irritación, pasar por molestia, luego enfado y llegar hasta la ira. (Greenberg y Paivio 1999)

Según Deffenbacher (1999, referido en Lopez B: 2005), el enojo es un estado interno que abarca cuatro dominios:

- Emocional: donde el enojo es experimentado como un estado emocional que varía en intensidad, desde una leve molestia hasta una gran furia.

- Excitación fisiológica: que se acompaña de liberación de adrenalina, aumento de tensión muscular, activación del sistema nervioso simpático y otros elementos asociados con la respuesta de “ataque-huida”.
- Procesos cognitivos: Implica un proceso de la información que incluye pensamientos, imágenes y atribuciones que implican una percepción del ataque o culpa por parte de los otros.
- Conductas: que pueden ser funcionales (afirmación, establecimiento de límites, etc.) y disfuncionales (agresión física y verbal, retraimiento, consumo excesivo de alcohol, etc.)

El enojo varía en frecuencia, intensidad y duración según el individuo. La gente expresa su emoción de enojo de manera variada con diferentes comportamientos pero generalmente está asociado con la agresión física o verbal.

El enojo se define como: una emoción negativa asociada a distorsiones cognitivas y de percepción específicas, etiquetamiento subjetivo, cambios fisiológicos y tendencia a actuar de acuerdo a comportamiento socialmente construido por las culturas y subculturas y es mantenida por reforzamiento social en la práctica cotidiana (Kassinove y Sukhodolsky, 1995).

También lo definen como un conjunto particular de sentimientos que surgen en gran parte por reacciones psicológicas internas y de las expresiones emocionales involuntarias producidas por la aparición de un acontecimiento desagradable, pero que probablemente también están afectados por los pensamientos y recuerdos que se producen en ese momento. (Berkowitz, 1996)

Cuando la situación ya sea agradable o desagradable la funcionalidad de las emociones se activa y se define a partir de un objetivo. En el caso del enojo, por ejemplo, el objetivo es la protección del propio ego, es decir, la respuesta se configura cuando la persona experimenta una ofensa humillante contra él o los

suyos. El enojo es una condición necesaria aunque no suficiente para que se desarrollen actitudes hostiles y se manifieste el comportamiento agresivo.

Ya aclarado los conceptos que definen las emociones y especialmente el concepto de enojo, en el momento de la atención psicoeducativa, es necesario que los terapeutas y por lo tanto el proceso de aprendizaje de los participantes se logró una distinción entre toda la gama de las emociones, como saludables y no saludables, que permita no sentir culpa al expresar estas emociones, además, que facilite la elaboración de las emociones negativas de un modo más saludable y adaptable.

Con respecto al enojo saludable se asocia con una apropiada forma de expresión, formulación y por ende refiere a un pensamiento más racional de su causa para su manejo, así mismo el manejo inapropiado del enojo refiere a una expresión inadecuada, poca elaboración y un pensamiento más irracional de la situación. (Dryden, 2008). Véase tabla 2.

Tabla 2. Sumario de enojo saludable y no saludable

Emoción	Inferencias en el dominio personal	Tipo de creencia	Consecuencias cognitivas	Tendencias de acción
Enojo no saludable	<ul style="list-style-type: none"> -Frustración -Obstrucción de metas -Transgresión de normas personales por otros o por uno mismo -Amenaza a la autoestima 	Irracional	<ul style="list-style-type: none"> -Sobrevalora el alcance de los actos de otras personas -Ve intentos maliciosos en los motivos de otras personas -Se ve así mismo “bien” y a los otros “mal” -Incapacidad de ver el punto de vista de los demás -Trama venganzas 	<ul style="list-style-type: none"> -Para atacar a otros física, verbal y psicológicamente -Para atacar a otros pasivo-agresivo -Para desplazar el ataque a otras personas, animales u objetos -Retirarse agresivamente -Reclutar alianzas contra otros

Enojo saludable	-Frustración	Racional	-No sobrevalora el alcance de los actos de otras personas	-Para ser asertivo con los otros
	-Obstrucción de metas		-No ve intentos maliciosos en los motivos de otras personas	-Para sugerir, pedir y preguntar pero no demandar, cambio conductual hacia el otro.
	-Transgresión de normas personales por otros o por uno mismo		-No se ve así mismo “bien” y a los otros “mal”	-Para no retirarse agresivamente de una situación insatisfactoria para después dar pasos para lidiar con ésta.
	-Amenaza a la autoestima		-Capacidad de ver el punto de vista de los demás	
			-No trama venganzas	

Las emociones sirven como sistemas actuales "de lectura" para indicar que tan bien o que tan mal están ocurriendo las cosas, pero habrá que hacer comprender al paciente como son sus emociones y cómo tratarlas, ya que las emociones son un tipo de motivo que energizan y dirigen la conducta (Greenberg y Paivio, 1999). La focalización para establecer metas claras y objetivos concretos para el participante por consiguiente el acceso así como la reorganización de la experiencia emocional en términos manejables con técnicas adecuadas para un análisis y reformulación hacia enojo saludable.

2.2.2.-Diagnóstico y evaluación clínica del enojo

Para formular un tratamiento adecuado para cualquier trastorno emocional es importante hacer un diagnóstico pertinente y una evaluación de las dimensiones que conlleva.

Desde hace más de una década y durante los siguientes años, los estudiosos han encontrado que aunque el enojo, sus cogniciones y conductas asociadas se encuentran con frecuencia en el ámbito clínico, (Nezu, 2006) no hay categorías formales de diagnóstico que capten de manera adecuada los problemas del enojo, si la emoción principal fuera la ansiedad o la depresión, podrían servir las categorías diagnósticas de trastornos ya establecidos. Sin embargo, para el enojo no existe un diagnóstico similar (Caballo, 2008).

Se acepta que existen, en el DSM-IV, trastornos de adaptación por la influencia del estado de ánimo, que puede ser de ánimo ansioso, deprimido o mezclados; sin embargo, no existe un "trastorno de adaptación con estado de ánimo enojado", que sería cuando un individuo se encuentra simplemente enojado. (Caballo 2008).

Las categorías del DSM-IV (American Psychiatric Association[DSM-IV],2000) pasan por alto situaciones comunes de la vida cotidiana, como por ejemplo:

- Sujetos que al pasar una situación de divorcio, se encuentran intensamente enojados é irritables
- Sujetos que al perder su trabajo, experimentan una elevada ira general y enfado con el personal de su trabajo anterior.
- Hijos de familia, que al cambiar de residencia y pierden sus amistades anteriores, se encuentran irritables durante cierto tiempo.
- Sujetos que se enojan cuando se le critica.
- Sujetos que se enojan por el simple hecho de manejar en el tránsito de la ciudad. (Caballo, 2008)

En el DSM-IV (2000) existen 2 categorías diagnósticas relacionadas con la conducta de ira o enojo:

En el Eje 1 (DSM-IV, 2000), dentro del capítulo "Trastorno del Control de los Impulsos no Clasificados en otros Apartados", encontramos el "Trastorno Explosivo Intermitente" (TEI) donde se define como: un trastorno caracterizado por episodios aislados de incapacidad para resistir los impulsos agresivos que dan lugar a violencia o a destrucción en la propiedad. El grado de agresividad durante los episodios es desproporcionado con respecto a la intensidad de cualquier estímulo estresante psicosocial precipitante.

En la misma versión del DSM-IV en el capítulo "Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica", encontramos la categoría "Problemas de Relación" que cubre situaciones como: "Problemas Paterno-filiales", "Problemas conyugales", "Problemas de Relación entre Hermanos" y "Problemas de Relación no especificados".

También se encuentra que generalmente los clínicos buscan explicar las conductas de enojo como consecuencia de Trastornos de Personalidad u otros trastornos del Eje-1. Evidentemente esta sería la pauta lógica al no ser considerado el enojo como centro de una disfunción en un individuo (Nezu, 2006).

Por eso es importante especificar categorías diagnósticas más apropiadas para este tipo de sintomatología, ya que si en las situaciones de enojo los individuos pueden presentar crónicamente conductas ansiosas o depresivas, el diagnóstico sería un trastorno de ansiedad o un diagnóstico de distimia, según sea el caso. Sin embargo, si el problema es la ira moderada o crónica, entonces no existe una categoría diagnóstica para definirlo. Este tipo de individuos, parece que tienen un umbral más bajo para la ira y experimentan aumentos de ira en forma crónica (Caballo, 2008).

Cuando alguien que presenta cuadro sintomatológico de ira, no puede ser correctamente atendido o canalizado (el servicio clínico de psicología enfrenta comúnmente este tipo de dificultades diagnósticas), el concepto de enojo no recibe tanta atención, como otros trastornos del estado de ánimo, esto se debe a la ausencia de diagnóstico formal en el DSM-IV que lo describa, a pesar de que la ira y la hostilidad suelen ser características básicas de muchos de los problemas de la vida diaria, por los cuales se acude a una clínica de psicología, por ejemplo, la conducta agresiva, la violencia doméstica, disfunción familiar o marital, abuso infantil, conducta criminal, diversos padecimientos de salud, etc. (Nezu, 2006).

Basado en lo anterior, podemos concluir que un posible trastorno de enojo o ira esta subestimado y sub-diagnosticado por ausencia de un cuadro nosológico oficial que psicológicamente defina la sintomatología de éste, sin embargo, si podemos definir los signos, síntomas, consecuencias, que nos permiten diagnosticarlo y tratarlo.

2.2.2.1 Evaluación del enojo

La evaluación del enojo consistió en Inventario de Expresión de la ira de Moscoso con 24 reactivos; y el Inventario Multicultural Latinoamericano de la hostilidad con 10 reactivos. (STAXI)

En líneas generales, el STAXI permite evaluar la experiencia y expresión de enojo, en sus dos dimensiones (estado y rasgo) y en sus tres direcciones (expresión, supresión y control del enojo).

El estado de enojo es definido por Spielberger (1991) como una emoción en un momento particular, caracterizada por sentimientos subjetivos que varían en intensidad, desde una molestia o irritación hasta furia o rabia intensa. El rasgo de enojo se define como la disposición a percibir una amplia gama de situaciones como molestas o frustrantes, y a experimentar un aumento en el estado de enojo.

Spielberger (1991) distingue tres direcciones de la expresión del enojo, a las cuales denomina: enojo hacia afuera, enojo hacia adentro y control de enojo. El enojo hacia afuera es la expresión de esta emoción hacia otras personas u objetos del entorno. (ej.: dar portazos, insultar, gritar, golpear objetos o personas, etc.). Se lo considera una forma inadecuada de expresar el enojo. El enojo hacia adentro es la supresión de los sentimientos de enojo. (ej.: guardarse los pensamientos relacionados con la situación que provocó enojo, sentirse furioso pero no manifestarlo, etc.). Esta dirección que toman dichos sentimientos también se la considera inadecuada. Y el Control del enojo es el intento de manejar o dominar la expresión del mismo. Muchas veces se confunde “control” con “supresión” del enojo. En este punto es importante tener en cuenta que controlar el enojo implica poder expresarlo adecuadamente (ej.: tener paciencia con los demás, ser tolerante y comprensivo, manejar los sentimientos de enojo al intercambiar puntos de vistas con otros sujetos, etc.).

Al tratarse de una prueba norteamericana, fue necesario traducir los ítems y opciones de respuestas para establecer la equivalencia lingüística (Marín, 1986). Esta prueba ha sido traducida y validada lingüísticamente a través del método de doble traducción (inglés-español; español-inglés). Asimismo, se realizó una adaptación del contenido semántico de los ítems asegurando de esta manera la equivalencia conceptual (Marín, op.cit. a través de Leibovich, 1999).

2.2.3.-Comorbilidad

La comorbilidad refiere a las enfermedades o trastornos que se presentan como efecto del trastorno o enfermedad primaria o como un correlato de la enfermedad principal.

El enojo no se define como un trastorno o enfermedad formal sino como un síntoma o una consecuencia de un trastorno más específico. A continuación revisaremos estudios de la relación del enojo con otros cuadros.

El enojo tiene relación con cuadros y síntomas de otros trastornos, primero, se reportan que la presencia de ataques de ira en pacientes deprimidos va de 30 a 40% (Fava y Rosenbaum, 1999, en Nezu, 2006). También, se ha descubierto que 60% de una muestra de pacientes psiquiátricos ambulatorios reportan haber experimentado episodios de ira (Mammen, Shear, Pilkonis, en Nezu, 2006) Además los episodios de ira se hallan en los trastornos asociados a intoxicaciones y/o abstinencia de consumo de sustancias y también al trastorno por estrés postraumático. (Nezu, 2006),

Se documenta una correlación entre la ira y la hipertensión, enfermedades coronarias y arritmias ventriculares (Dembroski, MacDugall, Williams, Haney, Blumenthal, 1985; Jain et al., 1998 en Nezu, 2006). Casi siempre existen otros trastornos asociados junto a la ira, debido a que no hay una categoría de diagnóstico formal, por lo general se le considera parte de la sintomatología propia de los trastornos de la personalidad, demencia, depresión, trastornos de ansiedad, comportamiento agresivo interpersonal, violencia doméstica y actos criminales. (Nezu, 2006).

Capítulo 3: Técnicas de Tratamiento para el Manejo del Enojo e Ira

Para trabajar con pacientes con ira se tienen que fijar metas, con resultados finales enfocados en incrementar habilidades interpersonales de afrontamiento no agresivas, reducir problemas relacionados con otros trastornos, disminuir la actividad fisiológica relacionada, mejorar sus relaciones significativas y por último disminuir la culpa y el autoreproche consecuencia de los episodios de ira. Es importante recalcar que la meta de erradicar o suprimir por completo la ira no puede ser un objetivo viable, sin embargo, manejarla y enfrentarla con eficacia es una meta asequible.

Entre las metas principales, se intenta disminuir la activación fisiológica elevada, por ejemplo el aumento del ritmo cardíaco y tensión muscular. Nezu (2006), recomienda el entrenamiento en relajación, meditación y la exposición.

La siguiente meta será reducir las distorsiones cognitivas. En la ira, operan condiciones y distorsiones disfuncionales que implica culpar a los demás, así como, sentimientos de injusticia además de suspicacia, dichas ideas aumentan la ira y la activación, así como la urgencia de atacar de forma verbal o física a quien se percibe como amenaza del bienestar propio (Nezu, 2006). Cuando existen estas ideas disfuncionales al centrarse en cambiar las cogniciones del participante, sirve para aumentar la motivación y reducir la ira. Para esta meta se recomienda técnicas de reestructuración cognitiva.

Por último se tiene la meta de mejorar las habilidades personales, dado que en la ira, los individuos carecen de habilidades interpersonales adecuadas para resolver problemas con eficacia, manejar los desengaños y la frustración (Nezu, 2006). En este aspecto se practicará la interacción con pares mediante el *role-playing*, la comunicación asertiva y la resolución de problemas.

3.1.-Técnicas de entrenamiento en relajación

Las técnicas de relajación son primordiales en cualquier taller para el manejo del enojo, dado que ellas aminoran la activación fisiológica asociada. Las técnicas de relajamiento se enseñan para ayudar a los participantes a calmarse, de tal manera que sean capaces de pensar y manejar en forma efectiva la frustración y la provocación (Deffenbacher y cols., 1996). Caballo (2008), menciona que cuando a los pacientes no se les aplicó las técnicas de relajación en las primeras tres sesiones, se mostraban renuentes a la intervención cognitiva, en caso contrario, cuando se inicia la intervención con las técnicas de relajación, se encontró que los pacientes se mostraban más accesibles a las intervenciones cognitivas.

El proceso de alarma del organismo tiene una estrecha relación con el enojo. La respuesta de alarma se trata de una respuesta del organismo ante cualquier cambio ambiental, externo o interno, mediante el cual el organismo se prepara para hacer frente a las posibles demandas que le plantee la nueva situación. Su finalidad es poner a disposición del organismo recursos excepcionales, principalmente el aumento de la activación fisiológica, para facilitar la respuesta del organismo ante los nuevos estímulos y sus posibles consecuencias. Cuando las amenazas se han solucionado cesa la respuesta y el organismo vuelve a su estado de equilibrio (Labrador, 1992).

Las técnicas de relajación tienden a aumentar la activación parasimpática y a disminuir la activación del sistema simpático. Repasando brevemente la activación del sistema nervioso simpático prepara el organismo a una conducta enérgica, se observa en la dilatación de la pupila, inhibición de la salivación, relajación de los bronquios, acelera el impulso cardíaco, inhibe la actividad digestiva, estimula la liberación de glucosa por el hígado, secreta adrenalina y norepinefrina por el riñón, relaja la vejiga y contrae el recto (Wilson, 1990 en Payne, 2002).

Mientras que el sistema nervioso parasimpático pone al organismo en un estado relajado, se observa en la contracción de la pupila, estimula la salivación, contrae los bronquios, estimula la actividad digestiva, estimula la vesícula biliar, contrae la

vejiga y relaja el recto (Wilson, 1990 en Payne, 2002). Cuando se aplica las técnicas de relajación se disminuye la activación del sistema simpático y se aumenta el sistema parasimpático, los efectos más importantes es que produce la disminución del tono muscular y el enlentecimiento de la respiración.

La relajación se puede considerar como un estado de hipo activación que puede ser facilitado por diversos procedimientos o técnicas (Labrador, 1992).

Para el taller seleccionamos 3 técnicas una de ellas combinada con imaginiería.

Descripción de las técnicas:

3.1.1.-Respiración Diafragmática

Ejercicio 1: Inspiración abdominal. El objetivo de este ejercicio es que la persona dirija el aire inspirado a la parte inferior de los pulmones. Para lo cual se debe colocar una mano en el vientre y otra encima del estómago. En el ejercicio debe de percibir movimiento al respirar en la mano situada en el vientre, pero no en la situada sobre el estómago. Al principio puede parecer difícil, pero es una técnica que se controla en unos 15-20 minutos.

Ejercicio 2: Inspiración abdominal y ventral. El objetivo es aprender a dirigir el aire inspirado a la zona inferior y media de los pulmones. Es igual al ejercicio anterior, sin embargo una vez llenado la parte inferior se debe llenar también la zona media. Se debe notar movimiento primero en la mano del abdomen y después en la del vientre.

Ejercicio 3: Inspiración abdominal, ventral y costal. El objetivo de este ejercicio es lograr una inspiración completa. La persona, colocada en la postura del ejercicio anterior debe llenar primero de aire la zona del abdomen, después el estómago y por último el pecho.

Ejercicio 4: Espiración. Este ejercicio es continuación del 3º, se deben realizar los mismos pasos y después, al espirar, se deben de cerrar los labios de forma que al salir del aire se produzca un breve resoplido. La espiración debe ser pausada y controlada.

Ejercicio 5: Ritmo inspiración – espiración. Este ejercicio es similar al anterior pero ahora la inspiración se hace de forma continua, enlazando los tres pasos (abdomen, estómago y pecho). La espiración se hace parecida al ejercicio anterior, pero se debe procurar hacerlo cada vez más silencioso.

Ejercicio 6: Sobregeneralización. Este es el paso crucial. Aquí se debe de ir utilizando estos ejercicios en situaciones cotidianas (sentados, de pie, caminando, trabajando, etc.). Hay que ir practicando en las diferentes situaciones: con ruidos, con mucha luz, en la oscuridad, con mucha gente alrededor, etc.

3.1.2.-Relajación Progresiva De Jacobson.

Primero se le pide al participante que se vaya relajando, estirado o sentado, durante unos minutos a través de una respiración adecuada. Cuando han transcurrido estos minutos y el participante tiene una relajación previa empezamos con la relajación de la cara.

- La frente: para tensarla hay que tirar de las cejas hacia arriba de manera que se marquen las arrugas. Relajarla dejando que las cejas vuelvan a su posición habitual.
- El entrecejo: para tensar hay que intentar que las cejas se junten una contra otra, se deben marcar unas arrugas encima de la nariz. Relajar.
- Los ojos: tensarlos apretándolos fuertemente. Relajarlos aflojando la fuerza y dejarlos cerrados.
- La nariz: para tensarla se la debe arrugar hacia arriba, destensarla dejando de arrugarla suavemente.
- La sonrisa: forzar la sonrisa el máximo posible apretando los labios uno contra el otro al mismo tiempo. Relajar.
- La lengua: apretar con fuerza la lengua contra la parte interior de los dientes de la mandíbula superior. Se tensan la lengua, la parte inferior de la boca y los músculos de alrededor de las mandíbulas. Aflojar lentamente.

- Mandíbula: apretar con fuerza la mandíbula inferior contra la superior, notando que se tensan los músculos situados por debajo y hacia delante de las orejas. Aflojar.
- Los labios: sacar los labios hacia fuera y apretarlos fuertemente el uno contra el otro.

Resto del cuerpo:

- El cuello: Un procedimiento es dejando caer la cabeza hacia delante hasta que la barbilla esté lo más próxima posible al pecho, se tensan especialmente los músculos de la nuca. Para relajar, llevar la cabeza a su posición normal. El otro procedimiento es inclinar la cabeza hacia un lado hasta sentir una tensión en la zona lateral del cuello y después hacia el otro lado. Para relajar volver la cabeza a su posición normal.
- Los hombros: subir los hombros hacia arriba con fuerza, intentando tocar las orejas con ellos, mantener la tensión y relajar dejando caer poco a poco los hombros.
- Brazos: estirar el brazo hacia delante, cerrar el puño y apretarlo fuertemente, intentar poner todo el brazo rígido. Para aflojar, abrir el puño y dejar caer el brazo suavemente. Después el otro brazo.
- Espalda: para tensar, echar el cuerpo hacia delante, doblar los brazos por los codos y tirar de ellos hacia arriba y atrás, no se deben apretar los puños, para relajar volver a la posición original.
- Estómago: hay dos maneras. Una es meter el estómago hacia adentro el máximo que se pueda, otra manera más efectiva es apretar los músculos del estómago hacia fuera, de manera que se ponga duro. Para relajar dejar de tensionar el estómago.
- Parte inferior de la cintura: apretar la parte del cuerpo que está en contacto con la silla, lo más efectivo es apretar la pierna izquierda contra la derecha, desde el glúteo hasta la rodilla.
- Piernas: estirar la pierna todo lo posible, se ha de notar la tensión en el muslo y en la pantorrilla.

- El pie se puede poner mirando al frente o tirando de él hacia atrás. Relajar primero el pie y poco a poco soltar la pierna y dejarla que se relaje. Repetir con la otra pierna.

Se dedican los últimos minutos para sentir la relajación ayudándose con una respiración lenta y profunda, en el caso de que un grupo muscular continúe en tensión, volver a relajarlo, hasta que se sienta el cuerpo totalmente relajado.

3.1.3.-Inducción directa con imaginería

Con este método se pretende que, sirviéndose exclusivamente de una orden mental, sea capaz de relajar las tensiones que perciba en los músculos de su cuerpo, con lo que podrá disfrutar de satisfactorias sensaciones de relajación muscular en cualquier situación.

Se comienza induciendo un estado de relajación muscular general. Procurando respirar con el abdomen. Se va recorriendo todo el cuerpo: pies, pantorrillas, muslos, pelvis, caderas, glúteos, abdomen, tórax, espalda, hombros, brazos, antebrazos, manos, cuello, rostro, cabeza. Intentando relajarlo por grupos musculares.

El recorrido puede hacerse de pies a cabeza o al revés. Lo importante es pararse y concentrarse en cada zona, buscar algún indicio de tensión y tanto si la hay como si no, aflojar el tono lo más posible. Se puede combinar con la respiración, asociando el expulsar el aire con la distensión de los músculos.

Ya conseguida la relajación se practican ejercicios de imaginería, donde se fomentan fantasías de lugares, sonidos y colores relajantes, que progresivamente van siendo parte del ambiente interno del participante. En algunos momentos se pide que coloreen partes del cuerpo donde sientan tensión.

3.2.-Técnicas De Reestructuración Cognitiva

La reestructuración cognitiva es un término amplio para diversos planteamientos de índole cognitivo que pretenden reducir los pensamientos automáticos negativos y aminorando los esquemas desadaptativos. La suposición básica de la que parten estas perspectivas es que los factores cognitivos influyen en las emociones y el comportamiento de las personas. En otras palabras, no es un suceso por sí mismo (Nezu, 2006). Se conocen muchas técnicas cognitivas pero se usará la Terapia racional emotiva de Albert Ellis (1962), y la terapia cognitiva de Aarón Beck (1964).

La idea de la técnica se funda en ciertos procesos básicos de la cognición, uno de ellos es pensamiento automático, que se le puede definir como el pensamiento primario que se activa en respuesta a un suceso y que le da un significado.

La Terapia Racional Emotiva (TRE), es una terapia cognitivo conductual, se basa en la idea de que tanto las emociones como las conductas son producto de las creencias de un individuo, de su interpretación de la realidad (Ellis, 1962). La aplicación de la TRE está dirigida para asistir al paciente en la identificación de sus pensamientos irracionales o disfuncionales y ayudarle a reemplazar dichos pensamientos por otros más racionales o adaptativos, que le permitan llegar a sus logros de forma positiva, por ejemplo, como disfrutar sus días libres, establecer relaciones con otras personas, etc. (Ellis y Becker, 1982). La TRE examina, además de las inferencias sobre uno mismo, sobre los demás y sobre el mundo en general, la filosofía básica del individuo, en la cual se basan estas inferencias (Ellis, Dryden, 1987).

La TRE propone una explicación biológica, psicológica y social de las conductas y de las emociones. Partiendo de la premisa de que las emociones y los comportamientos son parte del resultado de los pensamientos y creencias, no son sólo las situaciones lo que determina como se sienten y actúan las personas, sino como piensan acerca de ellas.

Para entender un poco más la reestructuración cognitiva se procederá a conocer los términos que fundamentan conceptualmente la técnica. Primero se describirá

las creencias irracionales, después los pensamientos automáticos y las distorsiones cognitivas, para finalizar con la técnica ABC.

3.2.1.-Creencias Irracionales

Los seres humanos se caracterizan por tener la capacidad de representar el mundo a través de imágenes, esta habilidad puede generar representaciones mentales del entorno en ausencia de los objetos reales y tangibles (Minici, Rivadeneira y Dahab, 2005). Tanto a las representaciones que se forma del mundo como a los hechos reales del ambiente, reaccionan emocionalmente.

Como se ha mencionado anteriormente uno de los pilares de la constitución, de la estructura y del contenido cognitivo es el aprendizaje empíricamente guiado, ya sea a través de las experiencias personales directas o mediadas por el modelado de otras personas. El requerimiento básico del pensamiento en la vida cotidiana es que tenga un fundamento empírico, concreto, apoyado en evidencias. Minici, Rivadeneira y Dahab, (2005) dicen que en la vida cotidiana se opera en base a creencias fundadas en una lógica empírica, es decir, se requiere de evidencias para formar representaciones del mundo que luego guían el actuar.

Se puede definir a las creencias como el firme asentimiento y conformidad con algo (DRAE, 2001), son como mapas internos que permiten dar sentido al mundo, se construyen y generalizan a través de la experiencia. Son sistemas de referencia que permiten interpretar lo que sucede e incluso dar sentido a lo inesperado.

Las creencias son los contenidos de los esquemas. Los esquemas son utilizados por las personas para localizar, codificar, diferenciar y atribuir significaciones a los datos del mundo, también posibilitan identificar y seleccionar las estrategias de afrontamiento que llevaremos a la acción. También son estructuras funcionales que representan experiencias anteriores y que son adquiridas en etapas tempranas de la vida, y generan determinadas interpretaciones subjetivas de los eventos. Los esquemas tienen un fuerte sentido adaptativo intentando la supervivencia tanto psicológica como física a la persona, pero hay casos en que las formas que alguna

vez fueron adaptativas son utilizadas de forma automática, rígida y desadaptativa en cualquier situación ocasionando trastornos psicológicos severos. (Martín, 2003).

Entonces, las creencias son el resultado directo de la relación entre la realidad y nuestros esquemas.

Existen diferentes tipos de creencias, básicamente hablamos de:

- Creencias nucleares: son aquellas que constituyen el *self* de la persona, son difíciles de cambiar, dan el sentido de identidad y son idiosincrásicas.
- Creencias periféricas: se relacionan con aspectos más secundarios, son más fáciles de cambiar y tienen una menor relevancia que las creencias nucleares.

Las creencias nucleares constituyen el núcleo de lo que una persona es, son las más firmes e inmovibles, como los valores, dan la estabilidad y permiten saber quiénes es la persona. En cambio las periféricas, como son satelitales pueden modificarse con mayor facilidad. Entre ellas existe una amplia escala de importancia y movilidad que genera un entramado de significaciones que van dando densidad a nuestra personalidad (Martín, 2003).

Si las creencias nucleares son puestas en duda se genera una sensación profunda de inestabilidad y angustia, porque todo lo conocido pasa a ser cuestionado (Martín, 2003). La dinámica entre las creencias y los esquemas son la base de sustento de los síntomas según la Terapia Cognitiva, por lo tanto el trabajo sobre las creencias es una labor central en este tipo de técnica.

Las ideas ilógicas e irracionales, son parte del repertorio de aquellas personas que actúan bajo los niveles de su capacidad, que frustra sus fines aun cuando es capaz de lograrlos. Se entiende por irracionalidad a cualquier pensamiento, emoción o comportamiento que conduce a consecuencias contraproducentes y autodestructivas que interfiere de forma importante en la supervivencia y felicidad del organismo.

Las creencias irracionales son por completo falsas y se prolonga con ellas, en una adoctrinación producto de las auto-verbalizaciones. Las personas llegan a creer en algunos objetivos fantasiosos, imposibles y con frecuencia perfeccionistas (Navas, 1981), y a pesar de pruebas en sentido contrario, se niegan a renunciar a sus ideas ilógicas.

Hay 3 ideas básicas sobre creencias irracionales, las cuales enturbian la actuación en la vida, ya que se piensan cosas que “deberían de ser” de una manera concreta y no lo son, y en consecuencia da el sentimiento de fracaso.

Estas 3 ideologías irracionales son:

1. Se tiene que actuar bien y tiene que merecer la aprobación por su forma de actuar, o de lo contrario es considerado como inútil.

-a) Se debe encontrar sincero amor y aprobación casi siempre por parte de todas las personas que le son importantes.

-b) Se debe probar a mí mismo que es plenamente competente, idóneo y capacitado, o al menos tener una competencia real o talento en algo importante.

- c) La miseria emocional proviene casi plenamente de mis presiones externas, de las que se tiene poca habilidad para cambiar o controlar, a menos que esas presiones cambien, no puede hacer que se sienta con ansiedad, deprimido, abatido u hostil.

- d) Si sobrevienen los acontecimientos que ponen en peligro real o que amenazan la vida, tiene que preocuparse excepcionalmente por ellos y sentirse perturbado por ellos.

-e) El pasado de la vida influencia inmensamente, permanece importante aún porque, si antes afectó, algo fuertemente tiene que seguir determinando los sentimientos y la conducta aún hoy; todavía permanece la credulidad y

condicionantes de la primera infancia, que no se puede remontar para pensar por sí mismo.

-f) Se debe tener un alto grado de orden y certeza en el mundo que rodea para ser capaz de sentirse cómodo igualmente actuar adecuadamente.

- g) Se necesita desesperadamente a los demás para confiar y depender de ellos: porque permanecerá siempre tan débil, también necesitará un poder sobrenatural en el que confiar, especialmente en tiempos de grave crisis.

- h) Se debe comprender la naturaleza o secreto del mundo para vivir felizmente en él.

- i) Se debe otorgar una valoración global como ser humano, solamente puedo considerarse bueno o respetable si se hace bien, realizar acciones que merecen la pena, y tener personas que normalmente acepten.

-j) Si se está deprimido, con ansiedad, avergonzado o enfadado, o se cede débilmente a los sentimientos de perturbación que las personas, los acontecimientos tienden a hacer sentir, se actúa muy incompetente y vergonzosamente. No se debe hacer esto y si se hace se convierte en una persona totalmente débil e inútil.

- k) Las creencias mantenidas por autoridades respetuosas o por la sociedad deben probarse que son correctas, no se tiene el derecho a cuestionarlas en teoría o en la práctica; si se hace, las personas tienen perfecto derecho a condenar, a castigar, y no se puede soportar su desaprobación.

2. Otros deben tratar considerablemente con amabilidad, precisamente de la forma que se quiere que lo traten. Sí no lo hacen, la sociedad y el universo deberían condenarlos, censurarlos y castigarlos por falta de consideración.

-a) Los demás deben tratar a cada uno de una manera amable y justa; si actúan con rudeza o con falta de ética se convierten en personas inútiles,

merecen dura condena, castigo y el mundo casi con seguridad verá que ellos reciben esta clase de retribución.

-b) Si los demás se comportan impropriamente o estúpidamente, se convierten en idiotas totales y se deben sentir totalmente avergonzados de sí mismos.

-c) Si las personas tienen la habilidad de actuar bien pero en realidad eligen esquivar, eludir las responsabilidades que deberían aceptar y llevarlas a cabo, ellos se convierten en inútiles que deberían sentirse plenamente avergonzados de sí mismos. Las personas deben alcanzar todo su potencial para llevar una vida feliz que merezca la pena, de otra forma tienen poco o ningún valor como seres humanos.

3. Las condiciones en que uno vive deben seguir siendo buenas y fáciles, para que se pueda conseguir prácticamente todo lo que se quiere sin mucho esfuerzo o incomodidad, o de lo contrario el mundo se convierte en despreciable, y la vida casi no merece vivirla.

-a) Las cosas deben ir de la forma que a uno le gustaría que fueran, porque se necesita lo que se quiere, y la vida es horrorosa y terrible cuando no consigue lo que se quiere.

-b) Cuando existen en el mundo de uno peligros o personas temibles o cosas, se debe preocupar continuamente de ellas; de esa forma se tendrá el poder de controlarlas o cambiarlas.

-c) Es más fácil evitar enfrentarse a las muchas dificultades de la vida y a las responsabilidades personales que comprometerse a formas más compensatorias de autodisciplina. Se necesita un bienestar inmediato y no se puede pasar por un dolor presente para alcanzar otro futuro.

-d) Las personas deberían actuar mejor de lo que normalmente lo hacen y si no se comportan bien y crean jaleos innecesarios, se considera horrendo y terrible, no se pueden soportar.

-e) Puesto que existen desventajas en la vida, o por las tendencias hereditarias o bien por las influencias del entorno pasado o presente, no se puede hacer prácticamente casi nada para cambiarlas; se debe continuar sufriendo constantemente a causa de estas desventajas. Por tanto casi no vale la pena vivir.

-f) Si cambia algún elemento perjudicial o desagradable en mí mismo o la vida, resulta ser muy dura, esa dificultad no debería existir. Se encuentra demasiado difícil para hacer algo, también podría no hacer ningún esfuerzo, o muy poco para cambiarlo.

- g) Tienen que prevalecer claramente los valores de justicia, equidad, igualdad y democracia; cuando no existen, no se puede soportar y la vida parece demasiado insostenible para seguir viviéndola.

-h) Se deben encontrar soluciones correctas y prácticamente perfectas a los problemas de uno y de los demás, si no se encuentran, ocurrirá la catástrofe y el horror.

-i) Las personas y los acontecimientos externos producen prácticamente toda la infelicidad y se tiene que permanecer víctima impotente de ansiedad, depresión, sentimientos de inadaptación y hostilidad a no ser que estas condiciones y las personas cambien para que permitan detener los sentimientos perturbados.

-j) Puesto que he logrado nacer y seguir vivo ahora, mi vida tiene que continuar indefinidamente, o al menos hasta que quiera seguir viviendo. Considero que es muy feo y horrible pensar en la posibilidad de morir y no tener ya más una existencia.

-k) En tanto se permanezca vivo, la vida debe que tener un sentido o finalidad insólita o especial, si no se puede crear este sentido o finalidad por sí mismo, el mundo o alguna fuerza sobrenatural en el universo debe otorgarla.

-l) No se puede soportar la incomodidad de sentirse angustiado, deprimido, culpable, avergonzado, o perturbado emocionalmente de cualquier otra forma, si realmente uno se volviera loco o lo internaran en una institución mental, nunca se podría soportar ese horror y se tendría que suicidar.

-m) Cuando las cosas realmente han ido mal durante un período bastante largo de tiempo y no existe ninguna garantía de que cambie, sencillamente no se puede soportar el pensamiento de vivir más, se debe considerar seriamente en suicidarse.

3.2.2.-Pensamientos automáticos

El pensamiento en general se relaciona con el fluir de la conciencia y tiene tres elementos. El primero es la direccional, es decir, hacia donde está dirigido dicho pensamiento; el segundo es el curso o la velocidad del pensamiento; y el tercero es el contenido (Martín, 2003). Los esquemas dan origen al proceso cognitivo básico que se ha denominado "pensar automático". Los pensamientos automáticos constituyen un flujo de pensamientos que coexiste con otro flujo de pensamiento más manifiesto (Beck, 1964).

Martín (2003) continúa diciendo que los pensamientos automáticos aparecen en el fluir del pensamiento normal además condicionan su dirección o curso; se les atribuye una certeza absoluta, por eso no son cuestionados, condicionan la conducta y el afecto. En general son breves, pueden ser verbales o a través de imágenes; se imponen, por eso son automáticos.

Los pensamientos automáticos son fugaces, conscientes, y pueden entenderse como la expresión clínica de las creencias (Martín, 2003). Las personas no son plenamente consciente de sus creencias, pero sí pueden ser conscientes de sus pensamientos automáticos. Por ejemplo, cuando una persona discute con su pareja y piensa "nunca me escucha", "no me quiere", "lo hace sólo para herirme", estos pensamientos automáticos podrían corresponder a una creencia nuclear del tipo: "no valgo como persona".

Estos pensamientos automáticos aparecen como mensajes específicos. En ocasiones, se presentan imágenes de modo mecánico que resumen en sí misma toda una cadena de pensamientos automáticos. El objetivo es traer los pensamientos automáticos a la conciencia, ya en la conciencia es el primer paso hacia el cambio a una mejor resolución de los problemas. Los pensamientos automáticos nos ayudaran a entender nuestras emociones intensa, pueden considerarse negativos en la medida en que son creencias o supuestos disfuncionales, mantenidos, no explícitos y que regulan la información sobre sí mismos. Son estos esquemas de pensamiento de los que precisamente subyacen a todas las condiciones negativas, constituyen el núcleo de la afección.

Beck (1976) define los pensamientos automáticos como cogniciones negativas que tienen una serie de características:

- Aparecen como si fuesen reflejas, sin ningún proceso de razonamiento previo.
- Son irracionales.
- Al paciente le parecen totalmente plausibles y las acepta como válidas.
- Son involuntarios (al paciente le cuesta bastante trabajo detenerlas).

Los pensamientos automáticos se pueden evaluar según su utilidad y su validez. La mayor parte de ellos están distorsionados de alguna manera y se producen pese a que existan evidencias objetivas que indiquen lo contrario. Un segundo tipo de pensamientos automáticos son adecuados a la situación, pero el paciente extrae de ellos conclusiones distorsionadas por ejemplo: “no hice lo que prometí, por lo tanto soy una mala persona.” Un tercer tipo de pensamientos automáticos también son correctos, pero decididamente disfuncionales, por ejemplo: al estudiar para un examen el pensamiento es “voy a tardar mucho en aprender, tendré que dormir hasta tarde”, este pensamiento es correcto, pero aumenta la angustia y disminuye la concentración. Una manera de enfrentarlo sería analizando su utilidad.

Aunque los pensamientos automáticos parecen seguir espontáneamente, una vez que el paciente identifica las creencias subyacentes, se vuelven bastante predecibles. Por tal motivo, el terapeuta cognitivo se interesa en la identificación de los pensamientos disfuncionales, es decir, de aquellos que distorsionan la realidad, son emocionalmente perturbadores y/o interfieren con la capacidad del paciente para alcanzar sus objetivos.

3.2.3.-Distorsiones cognitivas

Los pacientes tienden a persistir recurrentemente en los errores de su pensamiento. Muchas veces, en el procesamiento cognitivo de los pacientes que sufren un trastorno psiquiátrico, existe una tendencia negativa sistemática (Beck, 1976). A estas tendencias sistemáticas las llamamos distorsiones cognitivas. A continuación se mostrará las distorsiones cognitivas más frecuentes:

- *Conclusión arbitraria*: Sacar conclusiones sin analizar la información de manera objetiva. Es la base de las otras distorsiones cognitivas.
- *Pensamiento catastrófico*: Consiste en creer que va a pasar algo terrible sin una evidencia suficiente.
- *Lector de mentes*: Es concluir que se sabe lo que están pensando otras personas sin tener evidencia.
- *Personalización*: Pensar que los demás nos tratan diferente o de mala manera, sin evidencia suficiente.
- *Centrándose en lo negativo*: Quedarnos sólo con una parte de la información (casi siempre la negativa) sobre una situación.
- *Sobregeneralización*: Generalizar situaciones negativas basándose sólo en una mala experiencia.
- *Magnificación*: Exagerar las partes negativas de una experiencia.
- *Minimización*: Restar importancia a los aspectos positivos de una experiencia.
- *Abstracción selectiva*: Seleccionan solo un aspecto de una situación, interpretando solo las cosas negativas, dejando lo positivo a un lado.

- *Pensamiento polarizado*: se valoran las cosas o situaciones en un parámetro de todo-nada, blanco-negro, sin puntos intermedios.
- *Falacia de cambio*: consiste en creer que el bienestar de uno mismo depende de manera exclusiva de los demás.
- *Falacia de control*: consiste en como se ve la persona a sí misma de manera extrema sobre el grado de control que tiene sobre los acontecimientos de su vida.
- *Falacia de justicia*: es la costumbre de evaluar como injusto todo aquello que no coincide con nuestros deseos o ideales.
- *Razonamiento emocional*: consiste en creer que la persona lo que siente emocionalmente está justificado aunque no haya sustento.
- *Etiquetas globales*: se pone un nombre general o una etiqueta generalizadora a nosotros mismos o a los demás, casi siempre designándolos con el verbo “ser”.
- *Culpabilidad*: atribuir la responsabilidad de los acontecimientos totalmente a uno mismo o a los demás sin una base suficiente y sin tener en cuenta otros factores.
- *Los deberías*: es el hábito de mantener reglas rígidas y exigentes sobre como “deben” o “tienen” que ser las cosas.
- *Tener razón*: es la tendencia a probar de manera frecuente, ante un desacuerdo con otra persona que el punto de uno es el correcto y cierto.
- *Falacia de recompensa divina*: es la tendencia a no buscar las soluciones a problemas y dificultades actuales suponiendo que la situación mejorará “mágicamente” o tendrá una recompensa en el futuro si la deja tal cual.

3.2.4.-La teoría del ABC

La teoría de la TRE (Terapia Racional Emotiva) acepta que varias de nuestras creencias han sido aprendidas y algunas otras tienen un fundamento hereditario biológico que son inherentes a la naturaleza humana, las cuales nos proporcionan satisfactores a nuestras necesidades y que nos hacen disfrutar de nuestras vivencias a lo largo de nuestra existencia. (Ellis y Grieger, 1981)

Los problemas psicológicos surgen principalmente de percepciones y concepciones erróneas acerca de lo que sucede en los acontecimientos o experiencias cotidianas, tales problemas consisten en reacciones emocionales insuficientes o excesivas, así mismo pueden comprender patrones de comportamiento disfuncional y la evitación de actos autoafirmantes. Debido a que el “trastorno” incluye elementos cognitivos, emocionales y conductuales la TRE proporciona un análisis multifacético y elabora dichos elementos proporcionando una alternativa de pensamiento.

El esquema A-B-C de la TRE se entiende de la siguiente forma:

En el punto A: (experiencia activadora o acontecimiento activador) ocurre algo un evento en la vida o un hecho concreto. Ejemplo: termino la relación de noviazgo.

En el punto C: (una consecuencia emocional y/o conductual) una reacción ante el acontecimiento del punto A. Se siente enojado y triste por la ruptura.

Entonces normalmente se interpreta que la consecuencia emocional es causada por el acontecimiento o experiencia activadora, es decir piensas que A causa C. pero podemos afirmar que esto no sucede así necesariamente y que la consecuencia emocional no proviene de A sino de B, que es la creencia de A, es decir, su contenido cognitivo. El pensamiento marca la tendencia del estilo cognitivo individual acerca del hecho concreto, en este caso podría ser interpretado como, “*me dejo porque tiene a alguien más*”, o porque “*es insoportable la idea de estar solo*” (Ellis y Grieger, 1981).

La teoría TRE afirma, que las experiencias activadoras en A, no hacen que tengas consecuencias emocionales en C, más bien la persona es el factor principal que

produce las propias consecuencias en C, ese factor es B traducido como tu sistema de creencias innatas y/o aprendidas. Las cosas que ocurren no son las que perturban sino la opinión que hay de ellas. A no causa C, más bien C es consecuencia de B.

Para encontrar lo que se piensa irracionalmente se buscan los “*tienes que*” y los “*deberías de*” de los participantes, aunque no siempre las creencias irracionales incluyen los “*deberías*” algunas de ellas están centradas en afirmaciones no empíricas o irreales, es decir uno llega a conclusiones irreales, ilógicas e irracionales sin una base empírica comprobable basadas en datos limitados que se convierten en generalizaciones que distorsionan la realidad. Las creencias irracionales (Ci) surgen de afirmaciones exigentes e imperativas de lo que “*debería de ocurrir*” para conseguir de manera absoluta y necesaria lo que se desea. (Ellis y Grieger, 1981).

Los humanos creamos necesidades o imperativos internos que causan perturbaciones, y éstas se manifiestan en diferentes ámbitos de nuestra vida: social, sexual, familiar, laboral, escolar, etc.

Las 4 formas de creencias irracionales:

- Pensar que alguien o algo debería, sería necesario o tiene que ser distinto de lo que es.
- Calificar de horrenda, terrible, ésta situación.
- Pensar que no es posible sufrir, soportar o tolerar a ésta persona o cosa, y afirmar que no debería haber sucedido a sí.
- Ante los errores cometidos, afirmar que el que los comete requiere reprobación y puede ser considerado canalla, podrido y despreciable.

Para acceder a la naturaleza de las creencias irracionales es preciso examinarlas mediante el proceso A-B-C (ver formato anexo 1); conocer A y su consecuencia C analizando y explorando los procesos para así llegar a B y la Ci. El análisis se da interrogándose a uno mismo:

1. Busca porque se siente horrible ¿Qué es lo que considera horrible referente a A?
2. Busca algo que no se puede soportar ¿Qué es de A la conducta que considera horrible? ¿Se puede soportar?
3. Buscar la necesidad-perturbadora ¿Cuáles son las necesidades o imperativos internos que experimenta en esta situación?
4. Busca la condena que se haces de si mismo y de los demás ¿De qué forma se condena o desprecia a cualquiera o a si mismo por A?

Bajo este esquema se encuentra las Ci y hacer el vínculo con C (Ellis y Grieger, 1981) las consecuencias emocionales, fisiológicas y conductuales.

Las principales creencias irracionales, descritas anteriormente proporcionan un guion para determinar dónde están situados los pensamientos de los participantes, para mostrarles las implicaciones de conservar estas creencias disfuncionales y fomentar un cambio y/o ayudarles a encontrar pensamientos alternativos.

La TRE usa el método lógico empírico en el cual se pone en tela de juicio las Ci mediante la puesta en discusión de estas creencias falsas. El debate se da entre la racionalidad y la irracionalidad, entre los supuestos y las evidencias, entre lo real y lo imaginario; donde se contrastan se contraponen las ideas, se cuestionan las posturas propias para así en el trabajo de análisis y debate se definan las posturas de las necesidades y exigencias versus los deseos y lo que se quiere. En el punto D (discutir, debatir, distinguir y definir) se propone hallar las diferencias entre estos imperativos y lo que se desea mostrando los puntos que consideras buenos y los malos, los resultados indeseables e insoportables y las metas que se quieren lograr (Ellis y Grieger, 1981).

Se tiene que distinguir las preferencias emocionales y crear el debate constructivo en los participantes.

Otro aspecto de D es definir, cortar con supra generalizaciones que impiden una lógica sana. Mediante la averiguación de las Ci, el debate contra ellas, la distinción

de pensamiento lógico e ilógico, la definición y redefinición semántica que corta las generalizaciones y que acercan a la realidad al participante. (Ellis y Grieger, 1981)

Siguiendo nuestro ejemplo del A-B-C:

A (experiencia activadora): *“me dejo mi novia”*.

B (creencia racional): *“no me gusta estar solo, ojala y no hubiera ocurrido”*.

Ca (consecuencia apropiada): disgusto, decepción.

Ci (creencia irracional): *“que mal que hice todo mal, no debí tratarla de ese modo me ira siempre mal y tendré que estar siempre solo”*.

Cia (consecuencia inapropiada): Depresión, enojo, desesperación, tristeza.

Para después pasar a D, discutiendo el cómo y porque paso esto, para darle un contexto real, quitándole los imperativos, los estigmas de *“malo”*, no satanizando las conductas, y analizando el actuar durante el rompimiento que llevo a esta consecuencia emocional. Es importante rescatar lo positivo que se hizo, no todo se hizo mal, algo se hizo bien y hay que permitir reconocerlo. Por otro lado hay que identificar el comportamiento negativo, verlo tal cual es y reconocer que hizo llegar a esta consecuencia dentro de sus propios actos.

Reconociendo los actos se pueden asumir las responsabilidades reales de éstos, pero sin magnificarlos, dando una crítica real, alejando absolutismos, asumiendo las consecuencias del comportamiento, tales como sentirse un poco o moderadamente decepcionado en vez de horrible, para reconocer los puntos donde se está, contra de valores de supervivencia y felicidad , una vez reconocido que tan bien o mal se actuó, se eligen valores de ser feliz y satisfacción, acercándose más a un punto medio de calificación, dejando a un lado la absolutización del juicio (Ellis y Grieger, 1981).

El objetivo de discutir es crear conclusiones reales a partir de evidencias y alejar estigmas, que tiñen de un sentido maligno nuestras conductas y sentimientos, es

decir ver más real y asumir la responsabilidad de tanto lo bueno como lo malo, de las virtudes y los defectos. Mediante la continua discusión firme y real de las Ci, estas en algún momento dejarán de ser persistentes en la conducta, dejando así los imperativos y exigencias de lado.

La meta de la TRE es conseguir un nuevo efecto o filosofía que capacite a pensar semiautomáticamente sobre uno mismo, sobre los demás y sobre el mundo de una forma más sensata. Con el efecto cognitivo (Ec) o nueva filosofía, se llega a tener un nuevo efecto emotivo (Ee) y también un nuevo efecto conductual. (Ellis; Grieger, 1981).

La TRE recalca los métodos emotivo-evocativos de terapia (imaginación racional-emotiva, ejercicios para atacar la vergüenza, la estima positiva incondicional y la aceptación no condenatoria) e insiste en una serie de tareas conductuales para hacerlas individualmente (ejercicios orientados a la acción y a la insensibilización en vivo). La TRE afirma que las personas se aferran firme, enérgica y dramáticamente a sus ideas y comportamientos. Para que los cambios sean reales y duraderos, sería mejor por tanto que trabajaran firme, enérgica y emotivamente en modificar su conducta perturbada. (Ellis y Grieger, 1981).

3.3.-Técnicas en asertividad

El término asertividad empleado de manera tan frecuente la década pasada, es todavía un constructo que no tiene una definición universalmente aceptada (Caballo, 1983) Asertividad se deriva del latín “asserere o assertum” que significa afirmar, y la técnica de asertividad está enclavada en las habilidades sociales. La asertividad es una conducta que permite a una persona actuar según sus intereses más importantes, defenderse sin ansiedad inapropiada, expresar cómodamente sentimientos honestos o ejercer los derechos personales sin negar los derechos de los otros (Alberti y Emmons, 1978). Otra definición más precisa por parte de Alberti (1978) propone a la conducta asertiva como ese conjunto de conductas, emitidas en un contexto interpersonal, que expresan los sentimientos, actitudes, deseos,

opiniones o derechos de esa persona de un modo directo, firme y honesto, respetando al mismo tiempo los sentimientos actitudes, deseos, opiniones y derechos de la(s) otra(s) persona(s).

Esta habilidad social, es la capacidad de ejecutar aquellas conductas aprendidas que cubren nuestras necesidades de comunicación interpersonal y/o responden a las exigencias así como a demandas de las situaciones sociales de forma efectiva. O si se prefiere, es una clase de respuesta para desarrollar con eficacia las siguientes funciones: conseguir reforzadores en situaciones de interacción social, mantener o mejorar la relación con otra persona en la interacción interpersonal, facilitar el refuerzo social, mantener la autoestima y disminuir el estrés asociado a situaciones interpersonales conflictivas (León y Medina 1998).

El entrenamiento asertivo es útil para individuos que tienen una habilidad comunicativa poco eficiente además de poco consistente. Está dirigido hacia aquellas personas que suelen ser agresivos en situaciones sociales, con el fin de disminuir el efecto negativo que ejercen en los demás y ayudarlos a mejorar su capacidad de obtener un reforzamiento positivo en la interacción social.

La asertividad fomenta:

- La expresión de los derechos y sentimientos personales.
- Expresar lo que se quiere de modo directo, honesto y adecuado, indicando claramente lo que se desea de la otra persona, pero mostrando respeto por ella, con el mínimo coste emocional y cuidando la relación con el otro.
- Ayuda a las personas a ser sí mismos, a mejorar sus relaciones con los demás haciéndolas más directas y honestas.
- Autoafirmación, defensa de los derechos personales, incluyendo la expresión de los propios sentimientos, preferencias, opiniones y necesidades, de manera adecuada, respetando al mismo tiempo los derechos de los demás.

En el proceso de comunicación se realiza bajo un sistema de derechos que fomenta una interacción saludable, certera que permite una forma de expresión honesta y

respetable entre las personas. La técnica de asertividad desarrolla dichos derechos, que son:

- Ser tu propio juez.
- Elegir si te haces o no responsable de los problemas de los demás.
- Elegir si quieres o no dar explicaciones.
- Cambiar de opinión.
- Cometer errores.
- Decir “no lo sé”.
- No necesitar la aprobación de los demás.
- No comprender las expectativas ajenas.
- Tomar decisiones ajenas a la lógica.
- No intentar alcanzar la perfección.
- No ser asertivo

3.3.1 Las formas de comunicación asertiva

La asertividad no es un “rasgo” de las personas. El individuo no es “asertivo” o “no asertivo”, sino que un individuo se comporta asertivamente o no asertivamente en una variedad de situaciones, siendo asertivo, agresivo o pasivo en sus conductas (Caballo, 1987). La técnica de asertividad distingue 3 tipos de posturas, la pasiva, la agresiva y la asertiva.

La conducta pasiva tiene como meta apaciguar a los demás para evitar el conflicto, implica no respetar los derechos propios además de no expresar los pensamientos y sentimientos. Generalmente la conducta pasiva se vale de recursos como las disculpas, los silencios y la persona pasa inadvertidamente.

El comportamiento pasivo se caracteriza por:

- Volumen de voz bajo
- Habla poco fluida

- Tartamudeos
- Muletillas
- Poco contacto visual
- Mirada baja
- Cara tensa
- Dientes apretados
- Labios temblorosos
- Manos temblorosas
- Postura tensa o incomoda
- Inseguridad para saber qué hacer o decir
- Frecuentes quejas a terceros.

El pensamiento pasivo generalmente se identifica por:

- La sensación de no ser tomado en cuenta,
- Ser incomprendido o manipulado
- Considera que con su conducta evita molestar u ofender a los demás
- Le importa lo que los demás piensen, sientan o deseen

Los sentimientos y emociones pasivos:

- Impotencia
- Sentimientos de culpa
- Baja autoestima
- Deshonestidad emocional
- Ansiedad
- Frustración

Por otro lado la conducta agresiva tiene como meta dominar, forzar al otro a perder, ganar humillando y despreciando; implica defender los derechos propios, expresando los pensamientos y sentimientos inapropiadamente e inoportunamente.

El comportamiento agresivo se caracteriza por:

- Volumen de voz elevado
- Habla poco fluida por ser precipitada
- Tajante
- Interrupción del discurso de otros
- Utilización de insultos y amenazas
- Contacto visual retador
- Cara y manos tensas
- Invade el espacio del otro
- Tiende a contra-atacar

El pensamiento agresivo generalmente se identifica por:

- Piensan “Sólo yo importo, lo de los demás no me interesa”
- Si no se comportan de esta forma se perciben vulnerables
- Términos de ganar o perder
- Creencias que atañen a los demás

Sentimientos y emociones agresivos:

- Ansiedad creciente
- Soledad, incompreensión, culpa, frustración
- Baja autoestima (se defienden mucho)
- Sensación de falta de control
- Enfado constante y creciente
- Deshonestidad emocional

También existe otra tipología de conducta denominada Pasivo-agresiva donde se combinan ambos comportamientos no asertivos, con características específicas como:

- Gran resentimiento en sus pensamientos y creencias

- Utilizan ironías, sarcasmos, indirectas, etc.,
- Intentan que las otras personas se sientan mal y culpables
- Persona callada y no asertiva

Por ultimo pero no menos importante, la conducta asertiva tiene como meta afirmarse, respetarse a sí mismo y al otro, con la meta de ganar- ganar, es decir siempre sacar provecho de las situaciones por más adversas que parezcan, además de ganar respetando; implica defender los derechos propios expresando los pensamientos y sentimientos oportunamente, apropiadamente y con honestidad emocional.

El comportamiento asertivo se caracteriza por:

- Habla fluida
- Seguridad
- No tiene muletillas
- Contacto visual directo
- Relajación corporal
- Defensa sin agresión
- Discute abiertamente
- Pide aclaraciones
- Sabe decir NO
- Sabe aceptar errores
- Capacidad de hablar de sus gustos e intereses
- Expresa sentimientos tanto positivos como negativos

El pensamiento asertivo generalmente se identifica por:

- Conocer y creer en sus derechos y los de los demás
- Tener convicciones en su mayoría racionales

Sentimientos y emociones asertivos:

- Buena autoestima
- No se siente inferior ni superior
- Se siente satisfecho con sus relaciones
- Tiene respeto por sí mismo
- Tiene un buen manejo de sus emociones.

3.3.2.-Técnicas asertivas

Una de las técnicas es mostrarle al participante algunas claves comunicacionales.

Aquí algunos ejemplos:

- Es más apropiado hacer una petición que una demanda.
- Es mejor hacer preguntas que acusaciones.
- Al criticar a la otra persona, hablar de lo que hace, no de lo que es, los como en vez de los porque.
- No ir acumulando emociones negativas sin comunicarlas
- Discutir los temas de uno en uno
- Evitar las generalizaciones
- No guiarse por una excesiva sinceridad
- La comunicación verbal debe ir acorde con la no verbal

También es importante fomentar y robustecer sus habilidades de comunicación tales como:

- Dar gratificaciones
- Agradecer gratificaciones
- Pedir gratificaciones
- Expresar sentimientos negativos
- Empatizar
- Intercambiar afecto físico

- Enfrentarse a la hostilidad inesperada o al mal humor.

Por último se acercaran al participante técnicas específicas de asertividad. Las que se utilizaran en el taller fueron estas 5:

1. **Aplazamiento asertivo:** Consiste en aplazar la respuesta que se vaya a dar a la persona que los ha criticado, hasta que se sientas más tranquilo y capaz de responder correctamente. Diciendo: “Aplace la respuesta a la afirmación que intenta desafiarle hasta que se sienta tranquilo y capaz de responder a ella apropiadamente”. Por ejemplo: “Prefiero reservarme mi opinión al respecto” y “No quiero hablar de eso ahora”.
2. **Pregunta asertiva:** Consiste en pensar bien lo que dice la persona que critica y dar por hecho que su crítica es bien intencionada, independiente de que realmente lo sea o no. Después se incita a la crítica para obtener información que podrá utilizar después en su argumentación. Por ejemplo: “¿Qué fue lo que te molesto?”, “¿Qué es lo que te molesta de mí que hace que no te guste?” “¿Qué hay en mi forma de hablar que te desagrada?”.
3. **Acuerdo asertivo:** Es útil en ocasiones en las que se reconoce que la otra persona tiene razón al estar enojado pero no admitimos la forma de expresarse. Para esto hay que desplazar el foco de la discusión hacia el análisis de lo que ocurre con el interlocutor, dejando aparte el tema de la misma. Ejemplo: “”Nos estamos saliendo del tema y acabaremos hablando de cosas pasadas” ”Me parece que estas enfadado”.
4. **Técnica de disco rayado:** Consiste en repetir el propio punto de vista una y otra vez, con tranquilidad, sin entrar en discusiones ni provocaciones que pueda hacer la otra persona.
5. **Discurso asertivo:**
 - Describir como es la situación.
 - Expresar como se siente sin culpar a los demás (cambiando los “eres” por “haces”; los “porque” por los “como”).
 - Expresar lo que se quiere cambiar.
 - Expresar como ese cambio lo haría sentir bien.

3.4.-Técnica de solución de problemas y conflictos

La teoría de solución de problema (TSP) se basa en los principios de la teoría del aprendizaje social: la gente reacciona y maneja sus vidas, basándose en su valoración de las situaciones sociales así como en las habilidades que posee para manejar esas situaciones. Más que ser una habilidad unitaria, la solución de problemas es un conjunto de habilidades específicas que interactúan para tener un efecto sobre la solución eficaz del problema (Areán, 2000). La TSP pretende enseñar al sujeto un método sistemático para la resolución de problemas. Evidentemente saber la técnica no elimina los problemas, sino solo proporciona herramientas para el análisis y evaluación de posibles escenarios ofreciendo un modo de enfocar el mundo que excluya la frustración y el enojo. Si una persona no se ve a sí misma capaz de resolver un problema concreto, es improbable que inicie el proceso de solución de problemas, de otro modo si una persona puede generar soluciones pero es incapaz de decidir cuál es la mejor de todas ellas entonces el proceso de solución de problemas se detiene, y por consecuencia se sienta frustrada e incapaz.

La resolución de problemas identifican dos procesos componentes principales: orientación del problema y estilo de resolución de problemas.

- La orientación del problema es el conjunto relativamente estable de esquemas cognitivo-afectivos que representa las ideas, actitudes y reacciones emocionales generales de la persona acerca de los problemas cotidianos y su capacidad de afrontarlos con éxito. Si la orientación es cognitivamente negativa (p. ej., los problemas se ven como amenazas o la capacidad para resolver problemas se considera ineficaz) genera afecto negativo y motivación para la evasión, lo que más tarde opera para inhibir o interrumpir los intentos subsecuentes de resolver problemas.
- El estilo de resolución de problemas se refiere a las actividades cognitivo-conductuales básicas que emprende la gente cuando intenta afrontar

problemas en su vida diaria. Se identifican tres estilos. El primero de ellos es la resolución racional de problemas que es un estilo adaptativo que implica la aplicación sistemática y planeada de diversas habilidades como definir con precisión el problema para establecer metas realistas como: generar múltiples opciones para alcanzarlas; aplicar un análisis sólido de costos-beneficios para tomar decisiones eficaces respecto a la probabilidad de éxito de las posibles soluciones; comprometerse con un plan de solución y llevarlo a cabo; supervisar el resultado para determinar si se requiere mantener la solución del problema para afrontar con eficiencia la situación estresante. En cambio, hay dos estilos desadaptativos: el impulsivo/descuidado (es decir, intentos impulsivos, apresurados y descuidados de resolver el problema) y el evitativo (es decir, evitar los problemas mediante la posposición, la pasividad y la excesiva dependencia de los demás) (Nezu, 2006).

Los objetivos específicos del taller son mejorar la orientación positiva; disminuir la orientación negativa; afinar las habilidades de resolución de problemas; disminuir el estilo impulsivo/descuidado; y reducir el estilo de evitación. Esto se logra mediante una serie de explicaciones didácticas, actividades de entrenamiento de habilidades, ejercicios de *role-playing* y asignaciones para la casa. Además de procurar la adquisición real de habilidades, la técnica de resolución de problemas pretende fomentar la aplicación generalizada de estas habilidades en diversos problemas intrapersonales e interpersonales con el fin de mejorar la capacidad general de afrontar la angustia psicológica y disminuirla (Nezu, 2006).

La solución de problemas más que una técnica, representa un grupo de objetivos a perseguir de vital importancia para la competencia social de los pacientes. Se busca desarrollar habilidades para la solución no agresiva de problemas y establecer diálogo y negociación como aproximación básica a los conflictos interpersonales frente al enojo, impulsividad, agresividad e imposición (Trianes; Muños y Jiménez, 1997).

Según D'Zurilla y Nezu (1999), la solución de problemas está formada por 5 habilidades:

1. La orientación hacia el problema, refiriéndose al modo en que uno considera su habilidad para afrontar un problema.
2. La definición del problema, relacionada con la definición concreta y específica del mismo y con el establecimiento de objetivos que se pueden definir y alcanzar.
3. La generación de soluciones alternativas, implica la producción creativa de varios métodos para solucionar los problemas y lograr los objetivos propuestos, pero posponiendo juicios acerca de la eficacia de las soluciones.
4. La toma de decisiones, lleva consigo un proceso sistemático para seleccionar la mejor alternativa de solución a un problema de la lista generada.
5. La puesta en práctica y evaluación de la solución elegida, incluye la planificación y la puesta en marcha de las soluciones y la evaluación posterior del éxito o fracaso de la solución.

El tratamiento consta de cinco pasos (ver formato anexo 2): en primer lugar, se le brinda al participante una serie de orientaciones generales que le ayudarán a reconocer las situaciones problemáticas y sus reacciones ante ellas, para aconsejar sobre qué problemas pueden solucionarse en cada momento. En segundo lugar, se descompone la definición global o abstracta del problema en unidades específicas que pueden abordarse más fácilmente. En tercer lugar, se anima al participante a planear todas las alternativas de acción posibles que se le ocurran. En cuarto lugar, el participante debe decidir entre esas soluciones posibles, pensando en las ventajas e inconvenientes de cada una de ellas. Y por último, el participante debe llevar a la práctica la alternativa elegida y verificarla si era o no realmente la mejor solución. Si el resultado no es satisfactorio, el participante vuelve a la etapa correspondiente en la secuencia hasta encontrar una solución que le permita obtener sus objetivos.

A través de todas estas etapas el terapeuta ayuda al participante actuando como modelo. El entrenamiento comienza con problemas relativamente sencillos, que posteriormente se irán convirtiendo en más complejos.

III.-Método

Muestra

El tipo de muestra disponible es una "Muestra no Estadística" esto debido a que la población que asiste al CSP y por el método de asignación no depende de un muestreo aleatorio. Los participantes se tomaron de la población que asiste al CPS en busca de atención psicológica. El criterio de asignación de los participantes para este taller quedó bajo el escrutinio de la jefatura del CPS, basándose en la identificación, diagnóstico y tipo de tratamiento relacionado con la sintomatología correspondiente al enojo y control de impulsos agresivos. Los participantes son adultos mayores de 18 años y menores de 50. El grupo se conformó de 2 mujeres y 5 hombres que son los participantes que decidieron acudir voluntariamente al taller. Los criterios de exclusión fueron no padecer una depresión mayor, algún trastorno grave de la personalidad o ser paciente con tratamiento psiquiátrico sin tratamiento médico. La sintomatología que presentaron los participantes fue: peleas constantes con pares, familiares o extraños, agresión física, agresión verbal, agresión psicológica, violencia juvenil, familiar o de pareja, irritación o exaltación desmedida relacionada con el enojo. Este tipo de muestra, corresponde al tipo de investigaciones cualitativas dado que no son muestras representativas. En el CSP generalmente los sujetos asisten voluntariamente y el criterio de asignación de participantes para este taller es designado de acuerdo con la sintomatología relacionada con el enojo y control de impulsos agresivos.

Tabla 3. Participantes.

Participante	Genero	Edad
1	Femenino	22
2	Masculino	33
3	Masculino	29
4	Femenino	43

5	Masculino	25
6	Masculino	19
7	Masculino	26

Espacios y recursos

El tratamiento se llevó a cabo en la Cámara de Gesell # 9 y #10 del CSP los días lunes de 2 a 4 de la tarde durante 10 semanas. La cámara cuenta con alrededor de 25 sillas y equipada con sistema de video, una mesa para el equipo, iluminación adecuada, un pizarrón, plumones, lápices, hojas de papel, 4 ventanas, una cámara y micrófonos.

Instrumentos

Inventario Latinoamericano Multicultural de la Expresión de la Ira.

Presenta puntajes que varían de 1 a 4 puntos por cada ítem. Después de que el examinado haya dado respuesta al inventario completamente, la calificación se lleva a cabo de la siguiente manera:

De 24 ítems en total reporta 4 puntajes parciales en base a las 4 subescalas (Ira Manifiesta, Ira Contenida o suprimida, Control de la Ira Manifiesta, y Control de la Ira contenida o suprimida). Estas cuatro sub escalas evalúan diferencias individuales en la tendencia a: (1) expresar cólera/ira hacia otras personas u objetos en el ambiente; (2) experimentar y suprimir la cólera/ira; (3) lograr controlar la expresión de la ira; y finalmente (4) ejercer un control sobre la ira/cólera suprimida. Además, La Escala de la Expresión de la Ira genera un puntaje global basado en los 24 ítems, el cual provee una pauta general de la frecuencia con que la cólera/ira es expresada o suprimida. Para calcular dicho puntaje se utiliza la siguiente fórmula:

$$\text{Expresión de la Ira} = \text{Ira Manifiesta} + \text{Ira Contenida} - \text{Control} + 36$$

* Nota: La constante, 36, es incluida en la formula con el propósito de evitar números negativos.

Los puntajes netos en la escala de la Expresión de la Ira varían de 36 a 72. .

Las cuatro subescalas de la Escala de la Expresión de la Ira son los siguientes:

- Ira Manifiesta:
- Ira Contenida
- Control/Ira Contenida:
- Control/Ira Manifiesta:

Inventario Multicultural Latinoamericano de la Hostilidad

Esta prueba psicométrica está compuesta de 10 ítems. La hoja de respuestas del Inventario Multicultural Latinoamericano de la Hostilidad presenta puntajes que varían de 1 a 4 puntos por cada ítem. Después que el examinado haya respondido el inventario completamente, se suma el total de cada respuesta lo que permitirá obtener un puntaje total. El puntaje máximo para la escala de hostilidad es 40, y el puntaje mínimo es 10 puntos. Los puntajes más elevados son indicadores de características más hostiles.

Personas con puntajes elevados en la escala de hostilidad experimentan de manera frecuente sentimientos de cólera. Estos individuos sienten frecuentemente que son tratados de manera injusta por el resto de personas. Dichas personas tienden a experimentar estados de frustración muy fuertes y pueden expresar su cólera o rabia con una mínima provocación. Estas personas son impulsivas, puntajes elevados en esta escala, así como también en las escalas de Control de la Expresión de la Cólera, se da en sujetos autoritarios con tendencia a intimidar a otros. Así mismo, estos pueden ser individuos altamente sensibles a críticas y evaluaciones negativas por parte de otras personas. Por lo general, si ellos logran expresar, suprimir, o controlar su cólera puede ser inferido en base a sus puntajes en la escala de la Expresión de la Cólera.

Inventario de Depresión de Beck

El inventario de depresión de Beck fue creado y publicado por Aaron Beck en 1961, con el propósito de medir la intensidad de la depresión y su aproximación al juicio clínico. Es un instrumento autoadministrado de 21 ítems, que mide la severidad de la depresión en adultos y adolescentes mayores de 13 años. Cada ítem se califica en una escala de 4 puntos que va desde el 0 hasta el 3, al final se suman dando un total que puede estar entre 0 y 63. Tiene una duración aproximada de 10 minutos y se requiere de una escolaridad de 5° o 6° grado de primaria para entender apropiadamente las preguntas.

Inventario de Ansiedad de Beck

El Inventario de Ansiedad de Beck es un breve cuestionario autoadministrado de 21 ítems que mide la gravedad de la ansiedad actual en adultos y adolescentes mayores de 13 años. Describe los síntomas emocionales, fisiológicos y cognitivos de la ansiedad, siendo una prueba muy adecuada para discriminar la ansiedad de la depresión. Cada ítem consta de 4 respuestas con una escala del 0 al 3, que al final se suman dando un total que puede estar del 0 al 63. Tiene una duración aproximada de 10 minutos y se requiere una escolaridad mínima de 5° o 6° de primaria para entender apropiadamente las preguntas.

Registros:

- Registro A (anexo)
- Registro ABC (anexo)
- Registro ABCDE (anexo)
- Formato rápido de solución de problemas (anexo)

Test & Post-Test

La pre-prueba y post-prueba se aplicó en la Sesión 1 y la Sesión 10, respectivamente. Consistió en la aplicación de 4 inventarios; Inventario de ansiedad

de Beck que consta de 20 reactivos (anexo); Inventario de depresión de Beck que consta de 21 reactivos (anexo); Inventario de Expresión de la ira de Moscoso con 24 reactivos (anexo); y el Inventario Multicultural Latinoamericano de la hostilidad con 10 reactivos (anexo). La aplicación de los inventarios tomó 60 minutos.

Objetivos:

Objetivos Generales:

- Evaluar el impacto del Taller de Manejo del Enojo e Ira aplicándolo a un grupo de adultos.
- Manejar episodios de enojo de los participantes.
- Ayudar a resolver la sintomatología relacionada con la ira y enojo.

Objetivos específicos:

- Dotar a los participantes de habilidades sociales más funcionales.
- Disminuir la activación fisiológica elevada de los participantes.
- Identificar y modificar las creencias irracionales, además de reducir las distorsiones cognitivas de los participantes.
- Mejorar las habilidades comunicativas en relaciones interpersonales de los participantes.

Formulación de Hipótesis

1.-H0= A partir de aplicar el tratamiento no habrá cambios en el índice general de Ira.

H1= A partir de aplicar el tratamiento habrá disminución en el índice general de Ira.

2.- H0= El tratamiento no disminuirá la sintomatología ansiosa.

H1=El tratamiento disminuirá la sintomatología ansiosa.

3.-H0=El tratamiento no disminuirá la sintomatología depresiva.

H1=El tratamiento disminuirá la sintomatología depresiva.

4.- H0= No habrá una correlación entre la disminución entre el índice general de la ira y enojo con la disminución de la hostilidad.

H1=Habrá una correlación entre la disminución entre el índice general de la ira y enojo con la disminución de la hostilidad.

5.- H0= No habrá una correlación entre el aumento del control de la ira y la expresión de la ira.

H1= Habrá una correlación negativa entre el aumento en las escalas de control de la ira manifiesta y contenida con la expresión de la ira.

Variables

Variable Independiente

- Taller psicoeducativo para el manejo de la ira y enojo. Tratamiento cognitivo conductual de 10 sesiones con duración de 2 horas, con 4 técnicas: Asertividad, reestructuración cognitiva, solución de problemas y relajación.

Variable dependiente

- Puntuación de los post-test. Inventario de ansiedad de Beck ; Inventario de depresión de Beck; Inventario de Expresión de la ira de Moscoso; y el Inventario Multicultural Latinoamericano de la hostilidad

Diseño de investigación:

Se utilizará el llamado "Diseño de pre-prueba-post-prueba con un solo Grupo" (Hernández, 2006). Primero se define el grupo experimental, se aplica una prueba para evaluar la variable a seguir, pre-test, después se aplica el estímulo o tratamiento experimental objeto de investigación, para finalmente aplicar una prueba final o post test. Después de la selección predeterminada de los participantes en el CPS, se inició el taller con una evaluación previa del tratamiento o pre-test. Después se aplicó el tratamiento. Para la dimensión fisiológica se empleó

la técnica de inducción directa combinada con imaginación, la técnica tensor-aflojar y respiración diafragmática, para la dimensión cognitiva se aplicó la técnica ABC, y la técnica de relajación progresiva, y para la dimensión conductual se utilizó la técnica de asertividad y resolución de problemas, en conjunto se buscó generar un impacto en la dimensión emocional. Posteriormente se administró una prueba final o post-test para valorar el efecto del tratamiento y verificar cuáles fueron los resultados. El desarrollo del taller se llevó a cabo en diez sesiones,

Este diseño tiene la ventaja de establecer un valor de referencia inicial que nos permitió comparar los valores de la evaluación final con los valores de la evaluación inicial, de ese modo pudimos detectar y analizar los efectos del tratamiento sobre los participantes, en los ámbitos cognitivos, fisiológicos y conductuales que tuvieron. Permite que en futuras aplicaciones pueda optimizarse el método de aplicación para obtener mejores resultados.

Selección de técnicas

Para la selección de las técnicas utilizadas en la intervención, se consideró como criterio la sintomatología relacionada con el enojo, aunque el origen de dicha emoción sea de contextos diferentes. La estrategia se realizó bajo las premisas de eficacia, economía de tiempo y recursos, además de ser accesible, por lo tanto se utilizó un acercamiento cognitivo conductual.

Se buscó intervenir en los participantes sobre las conductas y pensamientos de riesgo que no permiten flexibilizar sus propios recursos. También se buscó maximizar el funcionamiento sano del individuo en situaciones cotidianas y críticas. Además se enfocó de especial manera a la modificación de conductas y pensamientos más desadaptativos que desencadenen una expresión del enojo poco funcional.

Considerando lo anterior, se seleccionaron dichas técnicas que intervienen en puntos específicos en el participante y son:

Relajación: Reduce la activación fisiológica, produce bienestar psicológico, y probablemente dispare otra serie de cambios conductuales (mayor descanso, mejora el sueño) que son deseables para los participantes. La técnica es fácil de aplicar y disponible para los psicólogos. Considerando su facilidad, el bienestar fisiológico y psicológico inmediato, esta técnica se utilizará durante todo el taller.

Reestructuración Cognitiva: Incrementará el repertorio de recursos del sujeto, mejora el análisis de situaciones pudiendo diferenciar sentimientos de pensamientos y ver las consecuencias fisiológicas, emocionales y conductuales. La técnica es moderadamente fácil de aplicar, y disponible para los psicólogos. Esta técnica actúa, eliminando a mayor largo plazo una posible causa que incrementa la activación cognitiva y emocional. Esta técnica será la base de trabajo, se utilizará desde la sesión 2 hasta el término del taller.

Conducta Asertiva: Incrementará el repertorio de recursos del sujeto, aumentará su capacidad comunicativa para saber transmitir sus necesidades sin minimizar a sus pares ni así mismo. La técnica es fácil de aplicar y disponible para los psicólogos. Esta técnica actúa eliminando a mayor largo plazo una posible causa que incrementa la activación fisiológica. Se implementará desde la mitad del taller hasta la última sesión.

Resolución de Problemas: Incrementará el repertorio de recursos del sujeto para plantear y resolver problemas. La técnica es fácil de aplicar y disponible para los psicólogos. A causa de su sencillez y facilidad de aplicación resulta ideal para el taller.

Aplicación del taller

El taller se desarrolló en la aplicación de las cuatro técnicas cognitivo conductuales seleccionadas. Durante la aplicación del taller se ponderó la dinámica y combinación de las técnicas usando como base la reestructuración cognitiva (TRE) y mediante el avance en esta técnica se complementó primero con la asertividad y la resolución de problemas. La asertividad funcionó como una forma de integrar los avances en los formatos ABC y fomentar una consolidación de las nuevas filosofías y efectos

emocionales. La resolución de problemas estableció estrategias bien definidas para perfeccionar la TRE. Las técnicas de relajación fueron un acercamiento y conocimiento del estado corporal y fisiológico de los pacientes y como una introducción para la técnica cognitiva. Cabe señalar que las técnicas son complementarias entre sí, que la intención de combinarlas y llevarlas sesión tras sesión a la práctica se planteó como una forma de no disociarlas entre sí, sino más bien de potencializarlas para que no se vean por separado sino en conjunto. El núcleo del tratamiento o intervención fue desarrollado de la Sesión 2 a la Sesión 9, teniendo las sesiones 1 y 10 como apertura y cierre con evaluaciones, (ver anexos del 3 al 13).

Resultados

Se sacó la media entre los puntajes del grupo obtenidos de los instrumentos de evaluación pre-test, pos-test y el análisis de las medias con el análisis estadístico de Wilcoxon donde los resultados se muestran en la tabla 4.

Tabla 4. Medias pre test, post test y Wilcoxon.

	Media pre-test	Media pos-test	Puntaje Z	Sig. p=>.05
Índice General de Ira	40.2	20.28	-2.366	0.18
Hostilidad	22.5	16.4	-1.863	.063
Ira Manifiesta	14.7	12	-.813	.416
Ira Contenida	14.2	9.2	-2.375	0.18

Control/Ira Contenida	14.4	19.4	-2.120	0.34
Control/Ira Manifiesta	12.1	17.2	-2.207	0.27
Ansiedad de Beck	12	9.4	-.135	.893
Depresión de Beck	12.2	5.7	-2.207	0.27

A partir de los resultados obtenidos se puede observar que hay una diferencia estadísticamente significativa entre la aplicación pre-test y la aplicación post-test después del tratamiento realizado, en las escalas de índice general de Ira, Ira Contenida, Control de Ira manifiesta, Control de Ira contenida y el inventario de Depresión de Beck, por lo que se puede afirmar que la disminución del puntaje de las escalas y subescalas se relaciona con la aplicación del Taller psicoeducativo para el manejo de la Ira y enojo, con excepción de las escalas de hostilidad, Ira manifiesta y el inventario de Ansiedad de Beck donde no se observaron cambios estadísticamente significativos.

Por otro lado se hizo un análisis de todas las medias de los resultados con una Rho de Spearman para conocer cuáles son las escalas correlacionadas.

Para las correlaciones se presentan las tabla 5 a la 9.

Tabla 5. Correlación escala del Inventario de ansiedad de Beck pre-test.

		Inventario Depresión De Beck. Pre-Test	Inventario De Expresión De La Ira. Subescala Ira Manifiesta. Pre-test.
Inventario Ansiedad De Beck. Pre-Test	Coeficiente de correlación	.937**	.775*
	Significancia	.002	.041

** . La correlación es significativa al nivel 0.01. * . La correlación es significativa al nivel 0.05

Tabla 6. Correlación de la escala del Inventario de ansiedad de Beck post-test.

		Inventario Depresión De Beck. Post-Test
Inventario Ansiedad De Beck. Post-Test	Coeficiente de correlación	.850*
	Significancia	.015

*. La correlación es significativa al nivel 0.05

Tabla 7. Correlación del Inventario de expresión de la Ira. Subescala Índice General de Ira Pre-test.

		Inventario De Expresión De La Ira. Subescala Ira Manifiesta. Pre-test.	Inventario De Expresión De La Ira. Subescala Ira Contenida Pre-test.	Inventario De Expresión De La Ira. Subescala Control Ira Manifiesta Pre-test.
Inventario De Expresión De La Ira. Subescala Índice General de Ira Pre-test.	Coeficiente de correlación	.847*	.778*	-.955**
	Significancia	.016	.039	.001

** . La correlación es significativa al nivel 0.01. * . La correlación es significativa al nivel 0.05

Tabla 8. Correlación del Inventario de expresión de la Ira. Subescala control de Ira manifiesta Post-test.

		Inventario De Expresión De La Ira. Subescala Control de Ira contenida Post-test.	Inventario De Expresión De La Ira. Subescala Índice General de Ira Post-test.
Inventario De Expresión De La Ira. Subescala Control de Ira manifiesta Post-test.	Coeficiente de correlación	.849*	-.927**
	Significancia	.016	.003

** . La correlación es significativa al nivel 0.01. * . La correlación es significativa al nivel 0.05

Tabla 9. Correlación del Inventario de expresión de la Ira. Subescala control de Ira Contenida Post-test

		Inventario De Expresión De La Ira. Subescala Índice General de Ira Post-test.
Inventario De Expresión De La Ira. Subescala Control de Ira Contenida Post-test	Coeficiente de correlación	-.873*
	Significancia	.010

*. La correlación es significativa al nivel 0.05

A partir de las correlaciones encontradas se confirma que el que la depresión y la ansiedad están relacionadas en el pre y post test y que la ansiedad pre-test se relaciona con la sub-escala Ira manifiesta de ira pre-test. El índice general de Ira pre-test se asocia significativamente, con la Ira Manifiesta e Ira contenida pre-test y se relaciona inversamente con el Control de Ira manifiesta con una significancia del .001, lo cual es relevante. Por otro lado en las correlaciones post-test se encontró que el control de la Ira Manifiesta se asocia con el control de la Ira Contenida e inversamente con el índice general de la Ira. También se encontró una relación inversa entre control de Ira Contenida y el índice general de Ira.

Discusión:

El taller psicoeducativo para el control del enojo, se realizó bajo los parámetros que configuran la estructura y los objetivos del CSP que consiste en un centro de prácticas educativas para los alumnos de la Facultad de Psicología, otorgando un servicio clínico a la comunidad universitaria y al público en general. El servicio es proporcionado por los alumnos de los últimos semestres con especialidad clínica, supervisado por los profesores asignados y la jefatura del CSP. Los horarios y tiempo de duración del taller están condicionados al calendario de la UNAM, lo cual

dio tres meses y medio para planeación, aplicación y evaluación del taller con sus respectivas complicaciones que esto conlleva. Acorde a lo anterior se ponderó para realizar una práctica introductoria de técnicas cognitivas conductuales bajo el diseño psicoeducativo siendo este el mejor para los tiempos y recursos con los que se contaba.

En lo que respecta a las hipótesis podemos afirmar que:

- 1) A partir de aplicar el tratamiento disminuyo en el índice general de Ira, rechazando la hipótesis nula.
- 2) El tratamiento disminuyo la sintomatología ansiosa sin embargo no fue estadísticamente significativo por lo que aceptamos la hipótesis nula.
- 3) El tratamiento disminuyo la sintomatología depresiva, rechazando la hipótesis nula.
- 4) No hubo una correlación entre la disminución entre el índice general de la ira y enojo con la disminución de la hostilidad, aceptando la hipótesis nula.
- 5) Habrá una correlación negativa entre el aumento de las escalas de control de la ira manifiesta y contenida, con el índice general de la ira. rechazando la hipótesis nula.

En lo que respecta a los objetivos planteados del taller podemos decir que:

- 1) Las técnicas aplicadas redujeron la actividad fisiológica asociada al enojo mediante las observaciones en los esquemas ABC, donde los participantes calificaron el recuadro de “Consecuencias fisiológicas” significativamente menor en comparación de los primeros formatos ABC.
- 2) La técnica de asertividad ayudó a mejorar una comunicación más efectiva de los participantes con sus pares, logrando expresar sus necesidades con menos agresividad y sin omitir sus propios deseos. Esto lo pudimos constatar durante la práctica de la técnica por medio del *roll playing* en situaciones estereotípicas de cada participante y después lo llevaron a cabo en situaciones reales. También mediante la revisión semanal de las tareas para la casa así como en los puntajes de los test.

- 3) Dentro de la técnica de reestructuración cognitiva se obtuvieron cambios en la percepción del enojo, sus causas y los sentimientos que genera. Se logró hacer conciencia de que la respuesta de enojo y la defensa excesiva son consecuencias de un pensamiento previo de inferioridad, victimización, dolor y devaluación que llamamos “Síndrome de indefensión aprendida”. Los participantes aprendieron a identificar estos pensamientos y sus consecuencias emocionales negativas mediante la contextualización del “aquí y ahora” y también aprendieron a diferenciar las situaciones activantes actuales de los pensamientos desadaptativos pasados, para fomentar nuevos pensamientos racionales además de responder con conductas más adecuadas a sus intereses y obtener respuestas emocionales positivas. También mediante la interpretación de las pruebas podemos constatar la reducción de la sintomatología de Ira mediante la técnica.
- 4) La técnica de resolución de problemas ayudó a los participantes a aclarar, fijar y planear objetivos concretos para obtener lo que se propusieron. La generación de alternativas y sus consecuencias posibles fomentó un trabajo intelectual más metódico y estructurado que ideó mejores medios de solución de problemas cotidianos de los participantes, además de imaginar escenarios alternativos por sí algo no pasaba como lo pensaron.

Después de la aplicación de post evaluación, se hizo un seguimiento de los participantes a los 6 meses, como resultado, 4 refirieron no tener problemas que ameriten atención psicológica, 2 más refirieron necesitar ayuda psicológica para complementar el taller y solo uno no se pudo contactar. Nos permite concluir que la mayoría de ellos se perciben como capaces para resolver problemáticas de su vida diaria sin la necesidad de requerir un servicio psicológico.

La aplicación de las técnicas en conjunto, demostraron ser eficaces para la reducción sistemática de la sintomatología patológica relacionada con el enojo e ira. En otras palabras, permitió que los participantes consiguieran un efecto positivo al momento de enfrentar situaciones de su vida diaria, como reflejo de los cambios conductuales y cognitivos lo que produjo la reducción de la hostilidad, ira, depresión

y ansiedad. Otros factores como la ansiedad y la percepción de calidad de vida mostraron una mejoría como un efecto secundario al objetivo principal, se observó en su visión más optimista del futuro y de sí mismos, empezaron a ser más analíticos y críticos con sus posturas.

IV.-Conclusión.

El enojo y la ira desde la perspectiva planteada en este trabajo, no se ve sólo como un síntoma o un conjunto de signos o síntomas, sino que esta emoción está configurada bajo una estructura que conforman diferentes niveles psicológicos que se interrelacionan, como son la parte biológica, cognitivo y conductual que son traducidas como una emoción. Sin embargo no son los únicos parámetros que conforman al enojo e ira, estas emociones se encuentran dentro de un contexto que da información al individuo de su ambiente y éste reacciona ante ello.

Los individuos tienen la capacidad de aprender y construir todo su sistema psicológico dentro de entornos para conseguir ciertos resultados, en ciertas ocasiones el proceso que lleva a cabo el individuo se realiza desadaptativamente; como consecuencia a mediano y largo plazo, genera problemas constantes en diferentes ámbitos donde se desarrolla la persona, como es en el trabajo, en la escuela, en relaciones personales, entre otros. La Psicología es capaz de dar herramientas para que ellos puedan modificar su comportamiento y por lo tanto encontrar nuevos procesos para manejar su ira y enojo.

La dificultad reside en que el enojo es conceptualizado como sólo un síntoma de otros trastornos, cuando existen varios casos clínicos donde es indefinible su diagnóstico, y la sintomatología principal del paciente es el enojo. Por lo tanto los posibles tratamientos que se pueden ofrecer no son tan directos y específicos como podrían ser. Lo que se buscó entonces, fue realizar un taller psicoeducativo diseñado particularmente para este tipo de casos. El taller posibilita un tratamiento configurado especialmente para pacientes que muestran comportamientos y pensamientos que se traducen en un enojo desadaptativo, asimismo comprender, identificar y enriquecer el conocimiento que se tiene sobre el enojo y la ira.

Los análisis estadísticos muestran que el taller tuvo eficacia en aminorar los índices de ira y depresión, sin embargo existen claros espacios de oportunidad y mejora del taller, como en mejorar el manejo de la ansiedad o la hostilidad, sin embargo el ejercicio del taller psicoeducativo para el manejo del enojo e ira, demuestra ser una opción viable para la prevención y tratamiento de este padecimiento tan común pero sin diagnóstico formal.

El doble alcance que tiene el taller, tanto la especificidad del tratamiento, como la posibilidad de enriquecer la información sobre el enojo, permite que en futuras aplicaciones del taller, pueda modificarse y adaptarse a las necesidades del grupo en cuestión, al contexto en que se realice, el tiempo y recursos disponibles, además de la accesibilidad para otros psicólogos en el empleo, evaluación y seguimiento de los resultados.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Alberti, R.E. y Emmons, M.L. (1978). *Your perfect Right: A Guide to Assertive Behavior*. Impact Publishers. San Luis Obispo, California
- Areán, P.A., Perri, M.G., Nezu, A.M., Schein, R.L., Christopher, F. y Joseph, T (1993). *Comparative effectiveness of social problem-solving therapy and reminiscence therapy as treatment for depression in older adults*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57.
- Asociación de psiquiatría de los Estados Unidos, (2000). *Manual de Diagnóstico y estadísticas de desórdenes mentales*, (4ª ed. revisada). Washington, DC: Autor.
- Ausubel N. (1983) *Psicología Educativa: Un punto de vista cognoscitivo*. 2º Ed. Trillas. México.
- Bandura, A. (1977). *Social Learning Theory*. General Learning Press.
- Bassedas, E.; Coll, C y Rossell, M. (1981) *Formación universitaria y actividad profesional: un intento de integración en el ámbito de la psicología educacional. Infancia y Aprendizaje*. Journal for the study of education and development. (15) 67-90.
- Beck, A.T. (1964). *Thinking and Depression: II. Theory and Therapy*, Archives of General Psychiatry 10. New York.
- Beck, A. T. (1976) *Cognitive therapy and the emotional disorders*. International Universities Press. New York.
- Berkowitz, L. (1996). *Agresión: causas, consecuencias y control*. Descleé de Brouwer. España.
- Bisquerra, R. (1992) *Orientación psicopedagógica para la prevención y el desarrollo*. Boixareu, Barcelona.
- Bisquerra, R. (1998) *Modelos de orientación e intervención psicopedagógica*. Barcelona, Praxis.
- Caballo, V. (1983). *Asertividad: definiciones y dimensiones*. Estudios de psicología, 13.
- Caballo, V. (1995). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*, Siglo Veintiuno Editores, España.
- Caballo, V. (2008) *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*. Siglo XXI. España.

- Carlson, N.R. (2006) *Fisiología de la conducta*. (8ª Ed.) Pearson Educación. España.
- Dryden, W. (2008) *Fundamentals of Rational Emotive Behaviour Therapy: A Training Handbook*. John Wiley & Sons. Inglaterra.
- D'Zurilla, T.J. y Nezu, A.M. (1999). *Problem-solving therapy: A social competence approach to clinical intervention*. Springer. Nueva York.
- Ellis, A. y Grieger, R. (1981). *Manual de terapia racional emotiva*, Editorial Desclee de Brouwer, Bilbao.
- Ellis A. y Becker, I. (1982) *A guide to personal happiness*. North Hollywood, Wilkshire.
- Ellis, A. y Dryden, W.: (1987) *Practica de la Terapia Racional Emotiva*, Desclee de Brouwer, Bilbao.
- Ellis, A. (2005). *Terapia racional emotiva*. Editorial Pax, México.
- Fernández-Abascal, E.G. (1997). *Psicología General: Motivación y emoción*. Centro de Estudios Ramón Areces, S.A. Madrid.
- Fernández-Abascal, E., Palmero, F., Martínez, F y Chóliz, M. (2002). *Psicología de la Motivación y la Emoción*. McGraw Hill/ Interamericana. España.
- García, D. (1997). *El grupo: métodos y técnicas participativas*. Espacio, Buenos Aires.
- Goleman D. (1997) *Inteligencia Emocional.*, Kairós. Barcelona
- Gonzalez A. (2006). *Aspectos psicológicos y neurales del en aprendizaje del reconocimiento de emociones*. Revista Chilena de Neuropsicología. Chile
- Greenberg L.; Paivio C. (1999) *Trabajar con las emociones en psicoterapia*. Paidós Ibérica. España
- Hernández J. (2001) Proyecto Docente, Universidad de La Laguna. México
- Hernández H. Pedro, (1991) *Psicología de la educación: corrientes actuales y teorías prácticas*. Editorial Trillas,
- Hernandez Sampieri R., Fernández C. C. & Baptista L. P. (2010). *Metodología de la investigación* Ed. Mc Graw Hill. México
- Herrera P. (2003) *Bases para la elaboración de Talleres Psicoeducativos: una oportunidad para la prevención en salud mental*.

- Institute of Medicine; Mrazek y Haggerty, (1994); Muñoz et al., 1995 a través de Herrera H.J.M. (2010) Guía psicoeducativa grupal para la prevención de estilos de vida insanos y la mejora de las relaciones humanas. Gobierno de Canarias. España.
- Kazdin, A. (1983) *La modificación cognitiva de la conducta y el autocontrol. En historia de la modificación de la conducta*. Descleè de Brower. España.
- Kassinove, H., Sukhodolsky, D. G. (1995). Anger disorders: Basic Science and practical issues. In H. Kassinove (Ed.), Anger disorders: Definition, diagnosis and treatment. Taylor & Francis. Washington. DC.
- Labrador, F.J. (1992) *Técnicas de Relajación y Desensibilización Sistemática*. Fundación Universidad Empresa. Madrid.
- Lazarus R. S. Lazarus B. N. (2000) *Pasión y razón: la comprensión de nuestras emociones*. Paidós Iberica. España.
- Leibovich de Figueroa, N., Schmidt, V. y Gol, S. (1999). *Protocolos para la Ecoevaluación psicológica del Stress*. Ficha nº 7 del Departamento de Publicaciones, Facultad de Psicología, U.B.A. Argentina.
- Lega, L. I., Caballo, V. & Ellis, A. (1997) *Teoría y práctica de la terapia racional emotivo-conductual*. Siglo Veintiuno. España.
- León-Rubio J.M., S. Medina, F.J. Cantero, F. Gil (1998) *Entrenamiento en habilidades sociales para los profesionales de la salud*. Secretariado de Recursos Audiovisuales Y Nuevas Tecnologías. Universidad de Sevilla.
- López Blanco, B. (2005). *Programa de intervención cognitivo-conductual para el manejo del enojo en población adulta*. Tesis UNAM. México.
- Maher, C.H. y Zins, J. (1989) *Estructura de la intervención psicológica en centros educativos*. En CH Mahery Zins (Eds), *Intervención psicopedagógica en los centros educativos*. Narcea .Madrid.
- Martín, C. (2003) *El ABC de la terapia cognitiva*. Recuperado en <http://www.diproredinter.com.ar/articulos/pdf/acbcognitivo.pdf>.
info@javiercamacho.com.arg
- Maya Betancourt, A. (2007) *El taller educativo*. Editorial magisterio. Bogota
- McFarlane, W.R. Lukens, E. Link, B. Duschay, R. Deakins, S.A. Newmark, M. Dunne, E.J. Horen, B. y Toran, J. (1995) Multiple family group and psychoeducation in the treatment of schizophrenia. *Archives of General Psychiatry* 52(8): 679-687

- Minici, A. Rivadeneira C. y Dahab, J. (2005) *Los fundamentos de la reestructuración cognitiva*. Revista de terapia Cognitivo conductual nº9. Julio 2005 <http://revista.cognitivoconductual.org/>
- Monereo, Font, C. (1996) *Models d'orientació i intervenció psicopedagògica*. En Monereo Font, (coord.); *Orientació educativa i intervenció psicopedagògica*. Universitat Oberta de Catalunya. Barcelona.
- Montané, J., Martínez, M. (1994) *La orientación escolar en la Educación Secundaria. Una nueva perspectiva desde la educación para la carrera profesional*. PPU. Barcelona.
- Morrill, W.H. (1980) *Program Development*: En G.R. Delworth (Eds), *Students services: a handbook for the professions*. Jossey Bass. San Francisco.
- Musitu O. G., Herrero O. J., Cantera E. L. & Montenegro M. M. (2004) *Introducción a la Psicología Comunitaria*. Ed. UCO. Barcelona. España.
- Navas, R., José J. *Terapia racional emotiva*. Revista Latinoamericana de Psicología [en línea] 1981, 13 :<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80513105>> ISSN 0120-0534.
- Nezu, Arthur M. y Nezu, Christine Maguth. (2006) *Formulación de casos y diseño de tratamientos cognitivos-conductuales*, Manual Moderno. Mexico.
- Payné R. A. (2002) *Técnicas de Relajación Guía Práctica*. Barcelona. Editorial Paidotribo.
- Patterson, C.H. (1978) *Teorías del counseling y psicoterapia*. Desclée de Brouwer Bilbao.
- Real Academia Española. (2001). *Diccionario de la lengua española* (22.a ed.). Madrid, España: Autor.
- Reeve, J. (2010) *Motivación y emoción*. McGraw-Hill. (5ª Ed.) México
- Repetto T.E., Rus A.V., y Puig B.J. (1994). *Orientación educativa e intervención psicopedagógica*. UNED. Madrid.
- Skinner B. F. (1951) *How to teach animals*. Scientific American, 185.
- Spielberger, C.D.; Johnson, E.H.; Russell, 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 y R.H. Rosenman (Eds.) *Anger and Hostility in cardiovascular and behavioural disorders*. New York, Hemisphere/McGraw-Hill.

- Spielberger, Ch. (1991). *State-Trait Anger Expression Inventory Manual*. Psychological Assessment Resources. Odessa, Florida
- Trianes, M., Muñoz, A. y Jiménez, M. (1997) *Competencia social: su educación y tratamiento*. Pirámide, Madrid.
- Vélaz de Medrano, C. (1998) *Orientación e intervención psicopedagógica: concepto, modelos, programas y evaluación*. Aljibe. Málaga.
- Vila, C. G. (1996) *Una introducción a la fisiología clínica*. Ediciones Pirámide. España.
- Yankura, J., Dryden, W. (1999) *Terapia Conductual Racional Emotiva (REBT). Casos ilustrativos*. Descleé de Brouwer. Bilbao

**TALLER PSICOEDUCATIVO PARA EL MANEJO DEL ENOJO E IRA
CARTA DESCRIPTIVA SESIÓN 1
BIENVENIDA, ENCUADRE Y EVALUACION**

OBJETIVO ESPECÍFICO: Conocer a los participantes, expectativas, dudas y necesidades que tengan, así como dar la información general del programa del taller. Conocer a los terapeutas que realizarán el taller, costos, lugar, horarios y reglas generales de funcionamiento. Dar la bienvenida y presentar los detalles de la estructura y alcance del taller. Evaluar la condición en la cual se presentan los participantes.

CONTENIDO TEMÁTICO	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDAD	MATERIAL	TIEMPO
Presentación de los terapeutas	Que los pacientes conozcan a los terapeutas para establecer un buen rapport.	Presentación de los terapeutas, horario, número y costo de las sesiones.		10 min.
Dinámica de integración y Presentación de los participantes	Que los participantes establezcan lazos de confianza con los miembros del grupo.	Presentación de cada uno de los participantes, metas, objetivos y razón por la cual participan en el taller.		20 min.
Alcances y estructura del taller	Aclarar a los participantes los alcances reales del taller de acuerdo al contenido del material.	El terapeuta expone en forma resumida el contenido del taller, objetivos y dinámicas.	Plumones Pizarrón Blanco	10 min.
Exposición de las reglas del Taller	Que los participantes conozcan las reglas del taller, la confidencialidad y lo que se espera de su participación.	Escribir en el pizarrón las reglas del taller y hablar de la importancia de estas.	Plumones Pizarrón Blanco	10 min.
Sesión de preguntas y expectativas	Que los participantes resuelvan las dudas y agreguen, si lo creen necesario, alguna otra regla.	Además se les pregunta a los participantes su expectativa sobre el taller.		10 min.
Evaluación	Los participantes realizarán los test e inventarios para evaluar la condición actual de los participantes al momento del inicio del tratamiento	Los participantes resolverán los reactivos de los tests e inventarios	Lápiz, inventario de ansiedad y depresión de Beck, WHO-QOL e inventario de hostilidad	60 min

**TALLER PSICOEDUCATIVO PARA EL MANEJO DEL ENOJO E IRA
CARTA DESCRIPTIVA SESIÓN 2
TECNICAS COGNITIVAS Y RELAJACION**

OBJETIVO ESPECÍFICO: Dar una introducción y acercamiento, al manejo cognitivo de las emociones. Aprender en un principio a identificar reacciones comunes en los participantes, sus consecuencias fisiológicas, emocionales y conductuales. Aprender a utilizar el formato de identificación de situación. Que los participantes aprendan la técnica de relajación progresiva.

CONTENIDO TEMATICO	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDAD	MATERIAL	TIEMPO
Recibimiento y actividad de integración.	Fomentar la confianza y el conocimiento entre los participantes y el grupo.	Actividad “lo que más me gusta es...lo que más me disgusta es...”	Pizarrón y plumones	15 min.
Repaso de la sesión pasada.	Reforzar los conocimientos de la sesión anterior.	Resumen general de la sesión, las reglas, nuevos integrantes y despejar dudas sobre el plan del taller.		10 min.
Educación emocional	Que los participantes aprendan a identificar sus emociones y distinguirlas entre positivas y negativas, explorando más a fondo las emociones de enojo y vulnerabilidad	Los participantes expresaran sus ideas de que es una emoción y como la identifican. Que caras o expresiones relacionan con cada emoción y cuál es la diferencia entre las emociones negativas y positivas según su experiencia personal.	Copias con información general de las emociones	20min.
Exposición teórica breve sobre la enojo	Acercar la información real y precisa sobre el enojo, aclarando puntos claves con una exposición dinámica	Hablar sobre las etapas de desarrollo cognitivo, socioemocional, la escuela, las relaciones y problemas comunes.	Pizarrón y plumones	15 min.
Reestructuración cognitiva	Que los participantes conozcan la teoría y la técnica de la reestructuración cognitiva así como sus fines y medios.	Presentación de las teorías, con una exposición y ejemplos, además de responder dudas y comentarios.	Presentación power point y plumones y pizarrón	20 min.
Realizar el formato de identificación de situaciones	Lograr una definición clara de las situaciones conflictivas con un formato específico	Realizar una definición de situación conflictiva con el formato especial y dejar la tarea de realizar una situación en sesión y una para la siguiente sesión	Formato “A”	20 min
Técnica de relajación	Lograr que los participantes identifiquen su propio ritmo y forma de respirar y relajarse así como aprender a relajarse respirando	Realizar ejercicios de respiración y sensibilización para dar paso a la técnica de relajación con respiración diafragmática.	Antifaz	20 min

**TALLER PSICOEDUCATIVO PARA EL MANEJO DEL ENOJO E IRA
CARTA DESCRIPTIVA SESIÓN 3
CONTINUACIÓN TECNICAS COGNITIVAS Y RELAJACION**

OBJETIVO ESPECÍFICO: Que los participantes logren aprender a realizar los formatos de registro A-B-C. Con ayuda de los terapeutas se apoyará un buen manejo y desglose de las situaciones problemáticas. Que los participantes aprendan la técnica de relajación progresiva.

CONTENIDO TEMATICO	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDAD	MATERIAL	TIEMPO
Repaso de la sesión pasada.	Retomar los conocimientos de la sesión anterior y verificar las actividades que se realizaron anteriormente.	Resumen general de la sesión anterior y revisión de las actividades de tarea y acontecimientos personales importantes en la semana		15 min.
A-B-C	Que los participantes aprendan a identificar sus emociones, situaciones, conductas, consecuencias y actividad fisiológica asociada.	Los participantes realizaran los formatos A-B-C y trataran de describir actividades personales conflictivas y significativas para elaborar su emoción.	Formato A-B-C lápiz	45min.
Acercamiento a las ideas irracionales	Que los participantes logren identificar las ideas irracionales dentro de sus formatos de registro A-B-C	Se explicaran las principales ideas irracionales y se tratará de relacionar con los registros de los participantes así como se harán preguntas y respuesta asociadas con sus registros.	Presentación power point de creencias irracionales	30 min
Técnica de relajación	Lograr que los participantes aprendan a relajarse respirando progresiva y sistemáticamente por grupos musculares.	Realizar ejercicios de respiración y sensibilización de la técnica de relajación progresiva.	Antifaz	30 min

**TALLER PSICOEDUCATIVO PARA EL MANEJO DEL ENOJO E IRA
CARTA DESCRIPTIVA SESIÓN 4
CONTINUACIÓN TECNICAS COGNITIVAS Y RELAJACION**

OBJETIVO ESPECÍFICO: Hacer una práctica y desarrollo del manejo cognitivo de las emociones. Aprender a llegar a una nueva filosofía de pensamiento a través del debate, y discusión de las consecuencias fisiológicas, emocionales y conductuales obtenidas en la sesión anterior. Aprender a utilizar el formato de D-E. Que los participantes aprendan la técnica de relajación muscular profunda.

CONTENIDO TEMATICO	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDAD	MATERIAL	TIEMPO
Repaso de la sesión pasada.	Retomar los conocimientos de la sesión anterior y verificar las actividades que se realizaron anteriormente.	Resumen general de la sesión anterior y revisión de las actividades de tarea y acontecimientos personales importantes en la semana		15 min.
Revisión de formatos A-B-C	Revisar situaciones específicas de los participantes ocurridas en la semana y afinar el método de llenado y correcciones en los formatos de registro	Los participantes revisaran sus formatos de registro y darán sus dudas y observaciones a los terapeutas para aclarar puntos específicos de las problemáticas. Lograr identificar mandatos, “debes que” y “tengo que”	Formato A-B-C lápiz	35min.
Formato D-E Hacia una nueva filosofía	Que los participantes después de identificar y estructurar las situaciones problemáticas logren debatir, discutir y definir sus ideas irracionales y convertirlas en racionales	Los participantes recibirán una plática y ejemplificación de cómo se llega a una idea racional a través de la discusión socrática de las ideas irracionales y lograr que el paciente genere pensamientos mas propios: “me gustaría” “deseo que” y “prefiero”	Presentación power point Nueva filosofía	40 min
Técnica de relajación	Lograr que los participantes aprendan la técnica de Relajación muscular profunda	Realizar la Relajación muscular profunda		30 min

**TALLER PSICOEDUCATIVO PARA EL MANEJO DEL ENOJO E IRA
CARTA DESCRIPTIVA SESIÓN 5
ASERTIVIDAD Y RELAJACION**

OBJETIVO ESPECÍFICO: Que los participantes aprendan las bases fundamentales de la asertividad y logren identificar a partir de sus formatos de registro A-B-C como se ha desarrollado su comunicación con los otros. Reconocer la asertividad, la agresividad y la pasividad en su vida social. Repasar la técnica de relajación con respiración diafragmática.

CONTENIDO TEMATICO	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDAD	MATERIAL	TIEMPO
Repaso de la sesión pasada.	Retomar los conocimientos de la sesión anterior y verificar las actividades que se realizaron anteriormente.	Resumen general de la sesión anterior y revisión de las actividades de tarea y acontecimientos personales importantes en la semana		10 min.
Revisión de formatos A-B-C-D-E	Revisar situaciones específicas de los participantes ocurridas en la semana y afinar el método de llenado y correcciones en los formatos de registro	Los participantes revisaran sus formatos de registro y darán sus dudas y observaciones a los terapeutas para aclarar puntos específicos de las problemáticas. Lograr identificar mandatos, “debes que” y “tengo que”	Formato A-B-C lápiz	30min.
Asertividad	Que los participantes aprendan las bases de la comunicación asertiva, los elementos de la comunicación agresiva y pasiva. Se darán a conocer a los participantes los derechos asertivos	Los participantes recibirán una presentación donde se explican las bases de la comunicación asertiva. Se hará roll playing para identificar el estilo de cada participante.	Presentación power point Asertividad	60 min
Técnica de relajación	Repaso de la técnica de la segunda sesión .Lograr que los participantes identifiquen su propio ritmo y forma de respirar y relajarse así como aprender a relajarse respirando	Realizar ejercicios de respiración y sensibilización para dar paso a la técnica de relajación con respiración diafragmática.		20 min

**TALLER PSICOEDUCATIVO PARA EL MANEJO DEL ENOJO E IRA
CARTA DESCRIPTIVA SESIÓN 6
CONTINUACION ASERTIVIDAD Y RELAJACION**

OBJETIVO ESPECÍFICO: Que los participantes aprendan ejercicios específicos de asertividad. Reconozcan y logren manejar comunicación con personas conflictivas de su entorno, mediante ejercicios de role playing. Repasar la técnica de relajación Progresiva.

CONTENIDO TEMATICO	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDAD	MATERIAL	TIEMPO
Repaso de la sesión pasada.	Retomar los conocimientos de la sesión anterior y verificar las actividades que se realizaron anteriormente.	Resumen general de la sesión anterior y revisión de las actividades de tarea y acontecimientos personales importantes en la semana		10 min.
Revisión de formatos A-B-C-D-E	Revisar situaciones específicas de los participantes ocurridas en la semana y afinar el método de llenado y correcciones en los formatos de registro	Los participantes revisaran sus formatos de registro y darán sus dudas y observaciones a los terapeutas para aclarar puntos específicos de las problemáticas. Lograr identificar mandatos, “debes que” y “tengo que”	Formato A-B-C lápiz	30min.
Asertividad	Que los participantes aprendan técnicas específicas de comunicación asertiva y logren ponerlas en práctica en role playing	Se les acercará a los participantes técnicas específicas de asertividad y se discutirá cual será la mejor para su situación específica para después llevar a cabo una práctica de role playing. Si se puede aprender más de una técnica será mejor.	Copias de técnicas de Asertividad	60 min
Técnica de relajación	Repaso de la técnica de la tercera sesión Lograr que los participantes aprendan a relajarse respirando progresiva y sistemáticamente por grupos musculares.	Realizar ejercicios de respiración y sensibilización para dar paso a la técnica de relación progresiva.		20 min

**TALLER PSICOEDUCATIVO PARA EL MANEJO DEL ENOJO E IRA
CARTA DESCRIPTIVA SESIÓN 7
SOLUCION DE PROBLEMAS Y RELAJACION**

OBJETIVO ESPECÍFICO: Que los participantes aprendan ejercicios de solución de problemas. Reconozcan y logren manejar situaciones conflictivas de su entorno, mediante una planeación estratégica de planes a seguir. Repasar la técnica de relajación Progresiva.

CONTENIDO TEMATICO	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDAD	MATERIAL	TIEMPO
Repaso de la sesión pasada.	Retomar los conocimientos de la sesión anterior y verificar las actividades que se realizaron anteriormente.	Resumen general de la sesión anterior y revisión de las actividades de tarea y acontecimientos personales importantes en la semana		10 min.
Revisión de formatos A-B-C-D-E	Revisar situaciones específicas de los participantes ocurridas en la semana y afinar el método de llenado y correcciones en los formatos de registro	Los participantes revisaran sus formatos de registro y darán sus dudas y observaciones a los terapeutas para aclarar puntos específicos de las problemáticas. Lograr identificar mandatos, “debes que” y “tengo que”	Formato A-B-C lápiz	30min.
Solución de Problemas	Que los participantes aprendan las técnicas de solución de problemas	Los participantes aprenderán mediante un formato a plantear un problema y sus posibles soluciones de acuerdo a sus recursos y probabilidad de que suceda.	Copias de técnicas de Solución de Problemas	60 min
Técnica de relajación	Lograr que los participantes aprendan la técnica de Relajación muscular profunda	Realizar la Relajación muscular profunda		20 min

**TALLER PSICOEDUCATIVO PARA EL MANEJO DEL ENOJO E IRA
CARTA DESCRIPTIVA SESIÓN 8
SOLUCION DE PROBLEMAS Y RELAJACION**

OBJETIVO ESPECÍFICO: Que los participantes verifiquen los ejercicios de solución de problemas y reconozcan si tuvieron éxito o no. Lograr una solución alternativa seguir para problemáticas no resueltas y afinar puntos de duda. Se repasará la técnica de relajacion mas importante para el enojo.

CONTENIDO TEMATICO	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDAD	MATERIAL	TIEMPO
Repaso de la sesión pasada.	Retomar los conocimientos de la sesión anterior y verificar las actividades que se realizaron anteriormente.	Resumen general de la sesión anterior y revisión de las actividades de tarea y acontecimientos personales importantes en la semana.		10 min.
Revisión de formatos A-B-C-D-E	Revisar situaciones específicas de los participantes ocurridas en la semana y afinar el método de llenado y correcciones en los formatos de registro	Los participantes revisarán sus formatos de registro y darán sus dudas y observaciones a los terapeutas para aclarar puntos específicos de las problemáticas. Lograr identificar mandatos, “debes que” y “tengo que”	Formato A-B-C lápiz	40min.
Solución de Problemas	Que los participantes verifiquen si las técnicas de solución de problemas dieron resultado.	Los participantes decidirán en qué medida solucionaron sus problemáticas y cuáles fueron las fallas en sus formatos para replantear o tomar otra opción de solución.	Copias de técnicas de Solución de Problemas previamente resueltas	40 min
Técnica de relajación	Lograr que los participantes aprendan la técnica de Relajación muscular profunda	Realizar la Relajación muscular profunda		30 min

**TALLER PSICOEDUCATIVO PARA EL MANEJO DEL ENOJO E IRA
CARTA DESCRIPTIVA SESIÓN 9
ACOPLACION DE TODAS LAS TECNICAS.**

**OBJETIVO ESPECÍFICO: Que los participantes verifiquen todas las técnicas aprendidas y logren aclarar puntos de dificultad encontrados.
Repaso de técnicas en reestructuración cognitiva, asertividad, solución de problemas y relajación.**

CONTENIDO TEMATICO	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDAD	MATERIAL	TIEMPO
Repaso de la sesión pasada.	Retomar los conocimientos de la sesión anterior y verificar las actividades que se realizaron anteriormente.	Resumen general de la sesión anterior y revisión de las actividades de tarea y acontecimientos personales importantes en la semana.		10 min.
Revisión de formatos A-B-C-D-E	Verificar que los participantes estén realizando correctamente sus registros para que ellos puedan posteriormente realizarlos solos.	Los participantes revisaran sus formatos de registro y darán sus dudas.	Formato A-B-C lápiz	40min.
Asertividad	Verificar la naturaleza de comunicación de los participantes y el uso de la asertividad en sus vida cotidiana	Los participantes relataran como han usado la asertividad en su vida y que dificultades han tenido. Se seguirán de un role playing basado en sus formatos de registro	Formato A-B-C Copias asertividad	35 min
Solución de Problemas	Verificar que los formatos de solución de Problemas están siendo utilizados correctamente.	Se verificará como han llevado a cabo acciones específicas para solucionar problemas específicos mediante la participación y relatos personales.	Formato solución de problemas	35 min

**TALLER PSICOEDUCATIVO PARA EL MANEJO DEL ENOJO E IRA
CARTA DESCRIPTIVA SESIÓN 10
ACOPLACION DE TODAS LAS TECNICAS, PREVENCION DE RECAIDAS, EVALUACION Y CIERRE.**

OBJETIVO ESPECÍFICO: Que los participantes verifiquen todas las técnicas aprendidas y logren aclarar puntos de dificultad encontrados. Repaso de técnicas en reestructuración cognitiva, asertividad, solución de problemas y relajación. Se concientizará a los participantes de la posibilidad de una recaída. Se evaluará la condición final de los participantes. Se cerrará el taller con retroalimentación para terapeutas.

CONTENIDO TEMATICO	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDAD	MATERIAL	TIEMPO
Revisión de formatos A-B-C-D-E	Verificar que los participantes estén realizando correctamente sus registros para que ellos puedan posteriormente realizarlos solos.	Los participantes revisaran sus formatos de registro y darán sus dudas.	Formato A-B-C lápiz	10min.
Asertividad	Verificar la naturaleza de comunicación de los participantes y el uso de la asertividad en sus vida cotidiana	Los participantes relataran como han usado la asertividad en su vida y que dificultades han tenido. Se seguirán de un role playing basado en sus formatos de registro	Formato A-B-C Copias asertividad	10 min
Solución de Problemas	Verificar que los formatos de solución de Problemas están siendo utilizados correctamente.	Se verificará como han llevado a cabo acciones específicas para solucionar problemas específicos mediante la participación y relatos personales.	Formato solución de problemas	10 min
Prevención de recaídas	Que los participantes se concienticen acerca de la posibilidad de una recaída	Se dará una plática acerca de las recaídas y su probabilidad de experimentarla. Se enfatizará la capacidad de salir adelante y conseguir una meta aun con las recaídas	Pizarrón y plumones	20min
Evaluación	Que los participantes realizaran los test e inventarios para evaluar la condición actual de los participantes al momento del fin del tratamiento	Los participantes resolverán los reactivos de los tests e inventarios	Lápiz, inventario de ansiedad y depresión de Beck, WHO-QOL e inventario de hostilidad	60 min
Cierre del taller	Una despedida y retroalimentación acerca de los puntos del taller. Agradecimientos y despedida del taller	Los participantes retroalimentaran a los terapeutas acerca del taller realizado. Se agradecerá a todos los participantes por su participación.		10min

TALLER PSICOEDUCATIVO PARA EL MANEJO DEL ENOJO FORMATO ABC

Nombre: _____

Fecha: _____

Situación activante	Pensamiento	Consecuencia Emocional	Consecuencia Conductual	Respuesta Física (1-10)

FORMATO A

¿Cuándo sucedió?

¿Dónde sucedió?

¿Quiénes estaban involucrados?

¿Cómo sucedió?

¿Qué es lo que hicieron que me molesto tanto?

¿Qué hice yo?

¿Qué es lo que no soporto?

¿Qué o quiénes son los culpables?

¿Cuál es su culpa?

¿Qué les dije?

MODELO RAPIDO DE SOLUCION DE PROBLEMAS*

PASO 1. Realiza lo siguiente:

- a) Toma una respiración profunda y tranquilízate.
- b) Considera que no hay una catástrofe inmediata.
- c) Piensa en el problema como un reto.
- d) Di: "Puedo manejar esto".
- e) Detente y piensa (evita acciones impulsivas).

PASO 2. Realiza las siguientes preguntas:

- a) ¿Cuál es el problema? (establece la discrepancia entre "lo que es" y "lo que debería de ser").

Lo que es: _____

Lo que debería de ser: _____

- b) ¿Qué es lo que quiero lograr? (establece el objetivo).

- c) ¿Por qué quiero lograr este objetivo? (ampliar el objetivo si es necesario).

PASO 3. a) Piensa en una solución.

- b) Ahora piensa en varias soluciones alternativas (2 o más). A mayor número de alternativas más posibilidades de encontrar la "mejor solución".

PASO 4. a) Piensa en el criterio más importante para evaluar las soluciones: ¿Se alcanzara mi objetivo?, ¿Qué efectos positivos y negativos tendrá para mí y en otros? ¿Cuánto tiempo y esfuerzo requerirá?

- b) Elige la mejor solución.
- c) Piensa en alguna forma de mejorar la solución.

PASO 5.

- a) Lleva a cabo la solución.
- b) ¿Estas satisfecho con el resultado?
- c) Si no, intenta una segunda alternativa de solución o inicia desde el paso 2.

Inventario de la Expresión de la Ira

EDAD _____ SEXO _____ NACIONALIDAD _____

PROFESION _____

Instrucciones

Todos nos sentimos con ira de vez en cuando, sin embargo la gente varía en la *manera de reaccionar* cuando están enojados. Por favor lea cada frase y marque el número apropiado en la sección de respuestas el cual indique la frecuencia con la que Ud. generalmente reacciona cuando se enoja o siente ira.

1 = Casi nunca 2 = Algunas Veces 3 = Frecuentemente 4 = Casi Siempre

Cuando siento Ira o Cólera....

- | | | | | | |
|-----|---|---|---|---|---|
| 01. | Controlo mi humor colérico | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 02. | Expreso mi ira. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 03. | Contengo mi enojo por muchas horas. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 04. | Me aparto de la gente. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 05. | Mantengo la calma. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 06. | Muestro mi ira a los demás. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 07. | Controlo mi forma de actuar | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 08. | Discuto con los demás. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 09. | Guardo rencores que no comento a nadie. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. | Puedo controlarme antes de ponerme de malhumor | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. | Secretamente soy muy crítico de los demás. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. | Estoy más enfadado (a) de lo que generalmente admito. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. | Me irrito mucho más de lo que la gente se da cuenta. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. | Pierdo los estribos | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15. | Si alguien me molesta, le digo como me siento. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16. | Controlo mis sentimientos de cólera. | 1 | 2 | 3 | 4 |

1 = Casi nunca

2 = Algunas Veces

3 = Frecuentemente

4 = Casi Siempre

Cuando siento Ira o Cólera...

- | | | | | | |
|-----|--|----------|----------|----------|----------|
| 17. | Hago algo reconfortante para calmarme. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18. | Trato de relajarme. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19. | Hago algo relajante para tranquilizarme. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20. | Reduzco mi rabia lo más pronto posible. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 21. | Trato de calmarme lo más pronto posible. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 22. | Respiro profundo para relajarme | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 23. | Expreso mis sentimientos de furia. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 24. | Mantengo el control. | 1 | 2 | 3 | 4 |

Inventario Multicultural Latinoamericano de la Hostilidad

Instrucciones

A continuación se dan una serie de expresiones que la gente usa para describirse a sí mismos. Lea cada frase y marque el número apropiado en la sección de respuestas que indique como se siente generalmente.

1 = Casi nunca 2 = Algunas Veces 3 = Frecuentemente 4 = Casi Siempre

- | | | | | | |
|-----|--|---|---|---|---|
| 01. | Soy muy temperamental. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 02. | Tengo un carácter irritable. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 03. | Soy una persona exaltada | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 04. | Me enfado cuando hago algo bien y no es apreciado. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 05. | Me enojo muy fácilmente. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 06. | Me pone furioso (a) que me critiquen delante de los demás. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 07. | Me pone furioso (a) cuando cometo errores estúpidos. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 08. | Me siento furioso cuando hago buena labor y no se me valora. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 09. | Me enfado cuando alguien arruina mis planes | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. | Tengo un humor colérico. | 1 | 2 | 3 | 4 |