

UNIVERSIDAD DE PANAMÁ

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO

PROGRAMA DE MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

TÍTULO

“Terapia Cognitiva Conductual, como Tratamiento para el Manejo de la Ira a un Grupo de Hombres Ofensores en el CAMM”

AUTOR

RAQUEL ALINA HIM GUARDIA

TESIS PRESENTADA EN EL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS PARA OPTAR
POR EL GRADO DE MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

2019

DEDICATORIA

A Dios por la salud, fuerza y sabiduría para culminar esta meta.

A mi esposo por su apoyo incondicional, a mi madre por sus palabras de aliento, y a todas las personas que me apoyaron en este largo caminar.

UNIVERSIDAD DE PANAMÁ

VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO

PROGRAMA DE MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**FORMULARIO PARA LA PRESENTACIÓN DE PROYETO DE INVESTIGACIÓN
CONDUCENTE A TESIS DE POSTGRADO**

Programa de Maestría en: Psicología Clínica

Facultad de: Psicología

Nombre de Código: CE-PT-327-14-06-18-187

Nombre del Estudiante: Raquel A. Him Guardia

Cédula: 8-723-660

Título que aspira: Maestría en Psicología Clínica

Tema de Tesis: “Terapia Cognitiva Conductual, como Tratamiento para el Manejo de la Ira, a un Grupo de Hombres Ofensores, en el CAMM, Centro de Apoyo a la Mujer Maltratada”

Resumen Ejecutivo: Se realizó un estudio de diseño cuasi experimental con pretest y postest. El grupo fue seleccionado mediante los criterios de inclusión. La intervención fue llevada a cabo dentro de las instalaciones del CAMM con una duración de 10 sesiones de 120 minutos cada una por un período de 3 meses.

Nombre del Asesor: RICARDO TURNER

Firma del Asesor: _____

Firma del Estudiante: _____

Proyecto Aprobado por: _____

Coordinador del Programa

Director de Postgrado de la Vicerrectoría de
Investigación y Postgrado

Fecha:

Agradecimientos

Al profesor Ricardo Turner por su asesoría, guía, comprensión y paciencia.

Al profesor Eloy Santos por su apoyo en la metodología y el análisis estadístico.

Al Licenciado Jairo Castillo, por abrirme las puertas en su programa.

A todos los participantes del CAMM por su colaboración y participación en el programa.

Resumen

La presente investigación tiene como objetivo medir los efectos de la Terapia Cognitivo Conductual para control de la ira, en su expresión física y/o verbal a un grupo de hombres ofensores.

Nuestro estudio estuvo basado en trabajar con un grupo de hombres ofensores que asisten a el CAMM Centro de Apoyo a la Mujer Maltratada, ubicada en Paraíso San Miguelito, Ciudad de Panamá. Es una organización no gubernamental (ONG) sin fines de lucro fundada en 1994 por la Honorable Legisladora Gloria Young, en el Distrito de San Miguelito, y con proyección nacional, que ofrece ayuda a las mujeres sobrevivientes de la violencia Intrafamiliar o Doméstica, a través de asesoría legal, servicios de trabajo social, salud mental, entre otros.

Se realizó un estudio de diseño cuasi experimental con pretest y postest. El grupo fue seleccionado mediante los criterios de inclusión. La intervención fue llevada a cabo dentro de las instalaciones del CAMM con una duración de 10 sesiones de 120 minutos cada una por un período de 3 meses.

Abstract

The present investigation aims to measure the effects of Cognitive Behavioral Therapy for anger control in its physical and / or verbal expression pertaining to a group of offending men.

Our study was based on a group of male offenders, who attend the CAMM Support Center for Battered Women, located in Paraiso San Miguelito, Panama City. It is a non-profit non-governmental organization (NGO) founded in 1994 by the Honorable Legislator Gloria Young, in the District of San Miguelito, and with national presence, which offers help to women survivors of domestic or domestic violence, through legal advice, social work services, and mental health among others. A quasi-experimental design study was carried out with a pretest and posttest. The group was selected using an inclusion criteria. The intervention was carried out within the CAMM facilities with a duration of 10 sessions of 120 minutes each for a period of 3 months.

ÍNDICE

Introducción	1
1 Capítulo I- Marco Teórico.....	7
1.1.1 ASPECTOS TEÓRICOS GENERALES DE LA TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL	7
1.1.1 Comparación de los Modelos TREC y TC	8
1.1.2 La Terapia Cognitiva de Aaron Beck.....	8
1.1.3 La organización cognitiva según el modelo de Beck.....	9
1.1.4 Los Esquemas Cognitivos.....	9
1.1.5 Las Creencias.....	10
1.1.6 Los productos cognitivos.....	10
1.1.7 El Modelo ABC de Ellis	10
1.1.8 Creencias Irracionales de Ellis	11
1.1.9 Orígenes y fundamentos históricos	23
1.1.10 Supuesto y definición.....	26
1.1.11 Características nuevas de la Terapia Cognitiva.....	30
1.1.12 Modelos cognitivos perspectiva histórica.....	31
1.1.13 Principios Teóricos de la Terapia Cognitiva.....	32
1.1.14 Principios de la Terapia Cognitiva:	33
1.1.15 EL ENFOQUE DE LAS HÁBILIDADES DE AFRONTAMIENTO COGNITIVAS/DE RELAJACION (HACR) PARA EL CONTROL DE LA IRA	36
1.1.16 Aspectos Generales de la Ira.....	37
Definición de emoción	37
1.1.17 Funciones de las Emociones	38
1.1.18 Definición y etiología de la ira	40
1.1.19 Modelos explicativos.....	43
1.1.20 El Síndrome ira-hostilidad-agresión	43
1.1.21 Tipos de Ira	43
1.1.22 IRA ENCUBIERTA.....	43
1.1.23 IRA POR EVITACION.....	44
1.1.24 IRA CONTRA UNO MISMO.....	44
1.1.25 IRAS EXPLOSIVAS.....	44
1.1.26 IRA BASADA EN EL MIEDO.....	45
1.1.27 IRA MORAL.....	46
1.1.28 IRA BASADA EN EL RESENTIMIENTO	46
1.1.29 Clasificaciones de las conductas agresivas.....	46
1.1.30 Clasificaciones de las conductas agresivas.....	47
1.1.31 La Ausencia Diagnóstica de los Trastornos por Ira.....	52
1.1.32 Características psicológicas y de personalidad de los hombres violentos	54
1.1.33 Principales Clasificaciones tipológicas sobre hombres violentos contra la pareja.....	57
1.1.34 Clasificación de Gottman et al. (1995).....	57
• Maltratadores de tipo I (cobra).....	57
1.1.35 Clasificación Holtzworth-Munroe y Stuart (1994).....	58
1.1.36 Definición de Violencia contra la Mujer.....	59
1.1.37 Manifestaciones Conductuales y Físicas de la ira	61

1.1.38	Expresión de la ira	62
1.1.39	Problemas de ira en Panamá.....	63
1.1.40	Número de denuncias registradas contra el orden jurídico familiar y el estado civil a nivel nacional por mes Del 1 de enero al 31 de diciembre 2018.	64
1.1.41	Emociones y Salud.....	65
1.1.42	Investigaciones Recientes	66
2	Planteamiento del Problema.....	68
2.1.1	Justificación	68
2.1.2	OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION	70
2.1.3	Objetivos Generales	70
2.1.4	Objetivos Específicos.....	70
2.1.5	HIPÓTESIS	70
2.1.6	DISEÑO DE INVESTIGACION.....	71
2.1.7	VARIABLES DE INVESTIGACION.....	71
2.1.8	Variable Independiente	71
2.1.9	Intervención y plan de tratamiento mediante la utilización de terapia Cognitivo Conductual grupal: para el manejo del enojo y la ira.....	73
2.1.10	Sesiones	73
2.1.11	Sesión # 1	74
2.1.12	Sesión # 2	78
2.1.13	Sesión #3	80
2.1.14	Sesión #4	83
2.1.15	Sesión #5	85
2.1.16	Sesión #6	86
2.1.17	Sesión #7	87
2.1.18	Sesión #8	88
2.1.19	Sesión #9	90
2.1.20	Sesión #10	91
2.1.21	POBLACION Y MUESTRA	92
2.1.22	Población	92
2.1.23	Muestra	92
2.1.24	Criterios de Inclusión	92
2.1.25	Criterios de Exclusión	93
2.1.26	INSTRUMENTOS UTILIZADOS PARA LA MEDICIÓN.....	93
2.1.27	Entrevista semiestructurada.....	93
2.1.28	Revisión de Historial de pacientes existentes.....	94
2.1.29	Staxi-2.....	95
2.1.30	El estado de ira:.....	96
2.1.31	rasgo de la ira:.....	96
2.1.32	Ámbito de aplicación.....	99
2.1.33	Interpretación de las puntuaciones.....	99
2.1.34	Fundamentación Teórica y Desarrollo del Inventario.....	100
2.1.35	Fiabilidad y Consistencia Interna.....	100
2.1.36	Estudios de Validez y Últimas Investigaciones	101
2.1.37	Estudios Realizados con el Staxi	102
2.1.38	Hipertensión arterial.....	102
2.1.39	Infarto de miocardio	104
2.1.40	Úlcera péptica.....	106

3	Capítulo III – Análisis de los Resultados	108
3.1.1	Características generales de la población	108
3.1.2	Análisis de los resultados del Staxi-2	113
3.1.3	Prueba de Hipótesis	115
3.1.4	Conceptualización de los casos	117
3.1.5	Sujeto #1	117
3.1.6	Sujeto #2	122
3.1.7	Sujeto #3	127
3.1.8	Sujeto #4	132
3.1.9	Sujeto #5	137
3.1.10	Sujeto #6	143
3.1.11	Sujeto #7	148
3.1.12	Sujeto #8	153
4	Capítulo IV - Conclusiones y Recomendaciones	158
4.1.1	Conclusiones	158
4.1.2	Recomendaciones	161
	BIBLIOGRAFIA	162
	ANEXOS	165
A.	HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	166
B.	Historia Clínica	167
	DISCURSO	171
C.	Formato del Inventario Expresión de ira-estado-rasgo	173

Introducción

La Ira “se plantea como una reacción cognitivo-emocional-fisiológica ante unas afrentas percibidas, intrusiones en el terreno personal y/o frustraciones de la conducta dirigidas hacia un fin” (Association, 2015).

El manejo de la ira es una problemática angustiante, su mal manejo desencadena conductas y comportamientos agresivos que no solo afecta a nuestro país (Panamá), sino a todo el ámbito mundial, la cual a su vez va en aumento y representa un riesgo para la salud pública. Según la Asociación Americana de Psicología (APA), “...el enojo es un estado emocional, que varía en intensidad. Varía desde una irritación leve, hasta una furia e ira intensa. Como otras emociones, está acompañada de cambios psicológicos y biológicos. Cuando usted se enoja, su frecuencia cardíaca y presión arterial se elevan y lo mismo sucede con su nivel de hormonas de energía, adrenalina y noradrenalina” (Association, como controlar el enojo, 2015).

Definir y conceptualizar la ira con precisión se convierte en un trabajo básico y primordial para la investigación de esta emoción, puesto que como recuerda Berkowitz y Harmon-Jones, 2004, el termino ira ha tenido múltiples significados en la investigación psicológica, al igual que en el lenguaje cotidiano, refiriéndose tanto a sentimientos, como a reacciones corporales o fisiológicas, o como actitudes hacia otras personas. A pesar de todo ello, parece consolidado entender la ira como una de las emociones básicas, y así está asumido por la mayoría de los autores. (Miguel Ángel Pérez Nieto, 2008).

Habitualmente se entiende por emoción una experiencia multidimensional con al menos tres sistemas de respuesta: Cognitivo/subjetivo; conductual/expresivo y fisiológico/adaptativo. Este planteamiento coincide con el modelo tridimensional de la ansiedad propuesto por Lang (1998). Además, cada una de estas dimensiones puede adquirir especial relevancia en una emoción en concreto, en una persona en particular,

o ante una situación determinada. Cualquier proceso psicológico conlleva una experiencia emocional de mayor o menor intensidad y de diferente cualidad. Podemos convenir que la reacción emocional (de diversa cualidad y magnitud) es algo omnipresente a todo proceso psicológico (Choliz, 2005).

Las emociones son importantes para la supervivencia del ser humano porque le permite adaptarse a las condiciones cambiantes del medio. De acuerdo con algunas investigaciones existen emociones básicas alegría, miedo, tristeza, sorpresa e ira, necesarias para enfrentar diferentes situaciones. Las emociones son funcionales o disfuncionales a partir de su intensidad, duración, frecuencia y expresión. Así, podemos encontrar personas que pueden experimentar de manera leve o intensa la ira ante distintas situaciones. La expresión de la emoción permite enfrentar las situaciones, siendo adaptativa en la medida en que las consecuencias sean positivas: establecer límites, defenderse y/o escapar de un ataque. Sin embargo, se ha encontrado que el manejo inadecuado de la ira es un factor de riesgo que se relaciona con el desarrollo de enfermedades cardiovasculares y digestivas, la manifestación de conductas agresivas con el deterioro de las relaciones interpersonales y accidentes, y con la experiencia de sentimientos de culpa y tristeza al percibir incapaz de controlarla. La ira es una emoción que se asocia con factores cognitivos específicos, excitación fisiológica y expresión conductual, los cuales se manifiestan en el entorno, donde se ven reforzados o castigados. Estos factores ocurren simultáneamente, de tal manera que a menudo se experimentan como un solo fenómeno (Lopez Blanco, 2012).

Como se menciona en este trabajo la ira es una emoción que forma parte de las emociones básicas la cual es necesaria para enfrentar diferentes situaciones, sin embargo, cuándo la ira es manejada de manera inadecuada causa un impacto negativo en la salud física de la persona y problemas psicológicos.

Muchos individuos acuden a psicoterapia, al menos en parte, debido a la ira que hay en sus vidas. La ira perturba sus relaciones interpersonales y familiares, tiene un impacto sobre su desempeño en el trabajo o en los estudios, los lleva a decir cosas de las que se sienten culpables o avergonzados, disminuye su autoestima o les hace sentirse sin control emocional. Si la emoción principal fuera la ansiedad o la depresión, podrían servir categorías diagnósticas de trastornos establecidos. Sin embargo, si la emoción fundamental es la ira, no existe un diagnóstico similar. El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales 5. Edición define varios trastornos de adaptación con estado de ánimo ansioso, con estado de ánimo deprimido, o con características emocionalmente mezcladas. Sin embargo, si el individuo se encuentra básicamente enfadado, sin problemas de conducta, no se considera un trastorno de adaptación con estado de ánimo enojado. Existen numerosos ejemplos de esto. Muchos individuos que están pasando por una situación de divorcio a menudo se encuentran intensamente enojados e irritables; un sujeto que ha perdido su trabajo puede experimentar una elevada ira general y estar específicamente enfadado con sus jefes anteriores, con sus supervisores, etc; y un joven cuya familia se ha trasladado, alejándose de los amigos que tenía, de los vecinos y de la escuela o el instituto donde estaba, puede estar muy enojado, irritable, malhumorado y discutir con frecuencia durante cierto tiempo posterior. La ira situacional también se pasa por alto a la hora del diagnóstico (Caballo, Manual para el tratamiento Cognitivo Conductual de los trastornos Psicológicos, 1998).

La violencia, específicamente la violencia del hombre hacia la mujer, también denominada violencia de género, violencia intrafamiliar o violencia doméstica, es un fenómeno que ha transcurrido a lo largo de nuestra sociedad patriarcal desde tiempos remotos (Leiro, 2014).

La Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer, define la violencia contra la mujer como:

“Todo acto de violencia basado en el género que tiene como resultado posible o real un daño físico, sexual o psicológico, incluidas las amenazas, la coerción o la privación arbitraria de la libertad, ya sea que ocurra en la vida pública o en la vida privada.”

La Convención interamericana para Prevenir, Castigar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Belem do Parra), afirma que:

“La violencia contra la mujer constituye una violación de los derechos humanos y las libertades fundamentales y limitada total o parcialmente a la mujer el reconocimiento, goce y ejercicio de tales derechos y libertades” define que:

“Debe entenderse por violencia contra la mujer cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado.” (Diane Alméras, 2002).

Los estudios muestran que la violencia basada en el género es un problema complejo que no puede ser atribuido a una sola causa.

Hay factores de riesgos, como el abuso de alcohol y de drogas, la pobreza y el hecho de presenciar o sufrir violencia en la niñez, que contribuyen a la incidencia y a la severidad de la violencia contra las mujeres. Sin embargo, en general es un problema que obedece a múltiples causas, influido por factores sociales, económicos, psicológicos, jurídicos, culturales y biológicos (Marijke Velzebour, 2003).

Como podemos ver no existe un diagnóstico específico para la ira, sin embargo, esta emoción esta relacionada con otros tipos de trastornos como son la depresión, conducta desafiante y baja autoestima; En este sentido podríamos decir que la ira por si sola no es considerada un trastorno, pero se encuentra relacionada con otros tipos de trastornos y factores de riesgos los cuales son el detonante de estos comportamientos violentos.

En el Informe Estadístico de Violencia Doméstica de Enero a diciembre 2018, con un total de 15,434 denuncias registradas a nivel nacional, siendo la Violencia doméstica con la mas alta tasa de denuncias registradas contra el orden jurídico familiar a nivel nacional por distrito judicial. (Publico, 2019).

El estado panameño ha realizado esfuerzos en políticas públicas para dar solución a la violencia entre parejas; sin embargo, esta labor no ha estado acompañada de estudios científicos del caso panameño, lo que supone graves obstáculos para producir políticas públicas eficaces. El Plan Nacional contra la Violencia Doméstica y Políticas de Convivencia Ciudadana, lanzado por el Estado panameño en 2004, debía ser implementado entre ese año y el 2014. Dicho escrito contemplaba como parte de sus objetivos la reducción en un 30% de los casos de violencia doméstica en todos los distritos de la República de Panamá, además de la creación de un Sistema Único de Registro y Análisis, los cuales, al día de hoy están lejos de concretarse (Vásquez Fernando, 2018).

Aumentan las atenciones de personas Víctimas y ofensores de violencia intrafamiliar en la CSS. En 462 casos se incrementaron las estadísticas de personas víctimas y ofensores de violencia intrafamiliar atendidos en el Programa Nacional de Salud Mental, de la Caja de Seguros Social. La Dra. Karen Buitrago Moreno, psiquiatra de la policlínica Don generoso de la Guardia en Santa Librada, señaló que, en el caso de los ofensores el 90% son referidos por la Fiscalía del área de San Miguelito, el 4% por el Juzgado de Familia o Corte Suprema de Justicia y el 1% restante por demanda espontánea. De igual manera, las víctimas de violencia son referidas al servicio de Salud Mental por referencia legal o espontáneamente (CSS, 2018).

Todo lo señalado anteriormente y concluyendo que un mal manejo de la ira trae múltiples consecuencias no solo para la persona que la padece, sino que afecta a todas las personas en su entorno las estadísticas señalan que la violencia de género va en

aumento y muchas veces el ofensor es obligado a buscar ayuda por orden de un juez, sin embargo, existen una gran cantidad de mujeres que sufren violencia y no realizan la respectiva denuncia razón por la cuál debemos considerar un gran número de hombres ofensores que se encuentran sin recibir ningún tipo de ayuda, ya que el porcentaje que acudan a terapia por demanda espontánea es muy bajo.

El objetivo principal del programa es mejorar el control de la ira mediante la Terapia Cognitiva Conductual, en hombres ofensores que asisten al CAMM.

Este trabajo se desarrolla a lo largo de cuatro capítulos, primer capítulo se presenta el marco teórico en donde se explica la (TCC) Terapia Cognitiva Conductual, también encontramos las diversas definiciones de ira, violencia de género, manifestaciones conductuales de la ira y problemas de ira en Panamá.

En el segundo Capítulo se desarrolla el marco metodológico el que comprende el planteamiento del problema, justificación, la pregunta de investigación objetivos de la investigación los cuales incluyen los objetivos generales y objetivos específicos, hipótesis, diseño de investigación, diseño de investigación, muestra y otros datos utilizados en esta investigación.

El tercer capítulo se presenta el análisis de los resultados obtenidos a lo largo de esta investigación estos resultados se presentan a través de tablas y gráficos.

El cuarto capítulo se presentan las conclusiones y recomendaciones finales de la investigación, sustentados en los resultados obtenidos en el capítulo tercero.

En los anexos, se encuentran los formatos de las pruebas aplicadas a los participantes del programa, así como el consentimiento informado y las hojas de autor registros realizadas por los participantes.

1 Capítulo I- Marco Teórico

1.1.1 ASPECTOS TEÓRICOS GENERALES DE LA TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL

Las terapias son una consecuencia lógica de los modelos psicológicos. Si el modelo conductista veía la conducta como una reacción a estímulos externo, es lógico suponer que, de acuerdo con esta óptica, el tratamiento para la conducta disfuncional sería la manipulación de los estímulos “causantes” de dichas conductas. De igual manera, si el modelo psicoanalítico ve a la conducta disfuncional como productos de la infancia no resueltos, la posición terapéutica lógica es reproducir en terapia dicha situación mediante la transferencia para dar una nueva oportunidad de solución al conflicto (Caropreso, 2015).

Los modelos cognitivos ponen especial atención a las cogniciones, entendiendo por estas en un sentido amplio a las ideas, los constructos personales, las creencias, las imágenes, las atribuciones de sentido o significado, las expectativas y por eso estudia los procesos básicos tales como la memoria, la atención, la formación de conceptos, el procesamiento de la información, la resolución de conflictos, etc.

Los pioneros en usar las bases de la ciencia cognitiva de forma sistemática para el tratamiento de los trastornos psicológicos fueron los psicólogos Albert Ellis y Aaron Beck. El primero llamo a su modelo de aplicación terapéutica “Terapia Racional Emotiva Conductual” (TREC) y el segundo llamo a su método de terapia “Terapia Cognitiva” (Nuñez, 2017).

Es importante destacar que existen diferentes modelos de terapia cognitiva, y estos son dos de las mas conocidas debido a su gran utilidad practica. Las terapias cognitivas no son “técnicas”, sino ciencia aplicada, por lo que suele constar de un método mas o menos definido para lograr un objetivo según su enfoque teórico de partida (Nuñez, 2017).

1.1.1 Comparación de los Modelos TREC y TC

Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC) de Albert Ellis	Terapia Cognitiva (TC) de Aaron Beck
A B C	S PA R
“A” (por Activating Event) Acontecimiento activador, suceso o situación.	“S” el estímulo o situación
“B” (por Belief System) Sistema de Creencias. Puede considerarse que incluye todo el contenido del sistema cognitivo: pensamientos, recuerdos, imágenes, supuestos, inferencias, actitudes, atribuciones, normas, valores, esquemas, filosofía de vida, etc.	“PA” pensamientos automáticos: el sistema y procesamiento cognitivo
“C” (por “Consequence”) Consecuencia o reacción ante “A”. Las “C” pueden ser de tipo emotivo (emocionales), cognitivo (pensamiento) o conductual (acciones).	“R” la respuesta o reacción

(Caropreso, 2015).

1.1.2 La Terapia Cognitiva de Aaron Beck

La idea principal de la Terapia Cognitiva es que las personas sufren por la interpretación que realizan de los sucesos y no por estos en si mismo. Por tanto, Aaron Beck, interesado por el tratamiento de esta patología que posteriormente extendió a otros trastornos.

El modelo de Beck, y también el de Ellis, son una parte importante de las estrategias que se emplean dentro de la terapia cognitivo-conductual pues, a través de la reestructuración cognitiva, un individuo es capaz de modificar el modo de interpretación y valoración subjetiva de los hechos y de las situaciones que vive, y de esta manera se

estimula a este para que altere los esquemas de pensamiento desordenados y se vea a si mismo al mundo de forma mas realista y adaptativa (Nuñez, 2017).

1.1.3 La organización cognitiva según el modelo de Beck

El modelo propuesto por Beck afirma que, ante una situación, los individuos no responden automáticamente, sino que antes de emitir una respuesta emocional o conductual perciben, clasifican, interpretan, evalúan y asignan significado al estímulo en función de sus supuestos previos o esquemas cognitivos (también llamados creencias nucleares) (Nuñez, 2017).

1.1.4 Los Esquemas Cognitivos

En la teoría de Beck, los procesos cognitivos son los mecanismos de codificación, almacenamiento y recuperación de la información existentes en la estructura cognitiva (esquemas). Por tanto, se incluyen entre los procesos cognitivos: la percepción, la atención, la memoria y la interpretación. En el procesamiento de la información pueden producirse errores en cualquiera de sus fases que tienen como consecuencia una alteración de los hechos, lo que el autor llama “distorsiones cognitivas”.

Las estructuras cognitivas de organización de la información en la memoria son los esquemas, que representan el conjunto de experiencias previas y actúan como moldes que dirigen la atención, influyen en la interpretación de los acontecimientos y facilitan el recuerdo (Nuñez, 2017).

Para Beck. “los esquemas son patrones cognitivos estables que constituyen la base de la regularidad de las interpretaciones de la realidad. Las personas utilizan sus esquemas para localizar, codificar, diferenciar y atribuir significaciones a los datos del mundo”. En otras palabras, los esquemas son construcciones mentales subjetivas, mas o menos estables, que actúan como filtros a la hora de percibir el mundo por parte del individuo (Nuñez, 2017).

1.1.5 Las Creencias

Las creencias son los contenidos de los esquemas, y son el resultado directo de la relación entre la realidad y estos. Son todo aquello en lo que uno cree, son como mapas internos que nos permiten dar sentido al mundo, se construyen y generalizan a través de la experiencia (Nuñez, 2017).

Beck distingue dos tipos de creencias:

Creencias centrales o nucleares: Se presentan como proposiciones absolutas, duraderas y globales de uno mismo, los demás o el mundo.

Creencias periféricas: Son influidas por las nucleares, por tanto, están ubicadas entre estas y los productos cognitivos o pensamientos automáticos. Consiste en actitudes, reglas y presunciones (o supuestos). Por lo tanto, influyen en la forma de ver la situación, y esa visión influye en como se siente, actúa o piensa un individuo (Nuñez, 2017).

1.1.6 Los productos cognitivos

Beck se refiere a aquellos pensamientos que resultan de la interacción con la información que una situación concreta proporciona. También interactúan en este caso las creencias, los esquemas y la propia organización cognitiva. Es decir, como actúa el individuo según su forma de ser y ver el mundo (Nuñez, 2017).

1.1.7 El Modelo ABC de Ellis

A (“activating event”): Acontecimiento activador, suceso o situación.

Acontecimiento Externo:

Suceso Interno: Pensamiento, imagen, fantasía, conducta, sensación, emoción, etc.).

B (“Belief System”) Contenido del sistema cognitivo: Pensamientos, Imágenes, Recuerdos, Supuestos, Actitudes, Atribuciones, Normas, Valores, Esquemas, Filosofía Existencial, etc (Almanza, 2011).

C (“Consequences”) consecuencia como respuesta a A pero las respuestas están en su mayoría determinada por B.

C: Consecuencias Emocionales, Consecuencias Cognitivas, Consecuencias Conductuales.

Emociones Funcionales	Emociones Disfuncionales
Preocupación	Ansiedad
Tristeza	Depresión
Enojo	Ira
Arrepentimiento	Culpa
Decepción	Sufrimiento
Pena	Vergüenza

1.1.8 Creencias Irracionales de Ellis

a) Idea Irracional n 1

“Es una necesidad extrema para el ser humano adulto el ser amado y aprobado por toda otra persona significativa en su comunidad”

Por qué es irracional	Alternativas racionales
El exigir ser aprobado por todos es una meta inalcanzable.	El individuo no debería intentar erradicar todos sus deseos de aprobación, sino las

	necesidades excesivas de aprobación o amor.
Si se necesita de forma extrema la aprobación siempre se generará una preocupación por el cuánto tiempo le aceptarán a uno.	El individuo debería buscar más la aprobación por sus hechos, actividades y comportamientos en vez de que lo aprueben como persona.
Es imposible que uno sea siempre simpático o agradable cara a los demás.	Trabajar por la auto aceptación en vez de la aprobación.
Aunque uno pudiera alcanzar la aprobación de los demás, eso exigirá una enorme cantidad de esfuerzo y energía.	El no ser considerado por los demás es algo frustrante pero no horroroso o catastrófico.
El intentar ser aprobado por los demás generaría un servilismo donde se tendría que abandonar las propias necesidades.	Para conseguir el amor de los demás, una de las mejores formas es darlo.

(Almanza, 2011).

b) Idea Irracional N 2.

“Para considerarse uno mismo valiosos se debe ser muy competente, adecuado y exitoso en todas las cosas importantes o, caso contrario, uno es una inadecuada, inservible persona”.

¿Por qué es irracional?	Alternativas Racionales
Ningún ser humano puede ser totalmente competente en todos los aspectos o en la mayor parte de ellos.	El individuo debe actuar, más en el disfrutar del proceso más que del resultado.

Intentar tener éxito está bien, pero el exigirse que se debe tener éxito es la mejor manera de hacerse sentir incompetente e incapaz.	Cuando intenta actuar bien es más para su propia satisfacción, que para agradar o ser mejor que los demás.
El individuo que lucha por el éxito total está en continua comparación con los que se siente invariablemente inferior.	Debe cuestionarse con frecuencia si está luchando por alcanzar un objetivo en sí, o por un objetivo para su propia satisfacción.
El ambicionar el éxito conlleva el querer ser superior a los demás, con lo que invariablemente se entra en conflicto con los otros.	En la lucha por alcanzar sus objetivos el individuo debe aceptar sus propios errores y confusiones en vez de horrorizarse por ellos.
El buscar el éxito distrae al individuo de su auténtico objetivo de ser más feliz en la vida.	Se debe forzar a hacer de vez en cuando aquello en lo que se teme fracasar aceptando el hecho que los seres humanos no somos perfectos.

(Almanza, 2011).

c) Idea Irracional n 3

“La gente debe absolutamente actuar honradamente y consideradamente y si no lo hacen, son unos villanos condenables.

¿Por qué es irracional?	Alternativas Racionales
Las personas somos seres limitados que la mayoría de las veces actuamos de manera automática e inconsciente sin una “maldad consciente”.	No se debe criticar o culpar a los otros por sus fallos, sino comprender que estos son cometidos por simpleza, ignorancia o perturbación emocional.

<p>El individuo que actúa mal en la mayoría de los casos es un apersona ignorante o perturbada que no es consciente de las consecuencias de sus comportamientos para los demás y para si misma.</p>	<p>Cuando alguien le culpabilice a uno, deberá preguntarse si realmente uno lo hizo mal e intentar mejorar su conducta, pero si no lo ha hecho, comprender que la crítica de los demás es un problema de ellos, por algún tipo de defensa o perturbación.</p>
<p>El castigar o culpabilizar severamente al que comete errores normalmente le conduce a seguir cometiéndolos, por el contrario, una actitud más tolerante y racional a la hora de considerar sus errores le favorece el cambio positivo.</p>	<p>Es positivo comprender por qué la gente actúa como lo hace desde su punto de vista, y si hay una manera calmada de hacerle entender sus errores, practicarla. Si no es posible habrá que decirse “esto es malo, pero no necesariamente catastrófico”.</p>
<p>El culpabilizarse uno y generar depresión, angustia o ansiedad como el culpabilizar a los demás generando rabia y hostilidad, no conduce a otra cosa que al conflicto personal o social.</p>	<p>Deberá intentar comprender que tus propios errores como los de los demás son el resultado de la ignorancia o de la perturbación emocional.</p>

(Almanza, 2011).

d) Idea Irracional n 4

“Es tremendo y catastrófico el hecho de que las cosas no son exactamente como a uno ardientemente le gustaría que fuesen”.

¿Por qué es irracional?	Alternativas Racionales
No hay razón para pensar que las cosas deberían ser diferentes a lo que realmente son, otra cosa es que nos agrade o no.	Se debe discernir si las circunstancias son realmente negativas, o si estamos exagerando sus características frustrantes.
El estar abatidos por las circunstancias no nos ayudará a mejorarlas, y sí es posible que de esta forma las empeoremos	El sentido catastrófico se lo damos a veces con nuestras propias expresiones: “Es terrible”. Hemos de aprender a cambiar estas expresiones por otras más racionales y realistas: “Son negativas, pero no catastróficas”.
Cuando las cosas no nos salen está bien luchar por cambiarlas, pero cuando esto es imposible, lo más sano es aceptar las cosas como son.	Hemos de intentar tomar las situaciones difíciles como un desafío del que hemos de aprender.

(Almanza, 2011).

e) Idea Irracional n 5

“Las perturbaciones emocionales se origina por causas externas y la gente tiene poca o ninguna capacidad, de controlar sus sentimientos y conductas disfuncionales”

¿Por qué es irracional?	Alternativas Racionales
Los ataques verbales de los demás nos afectarán sólo en la medida en que con nuestras valoraciones e interpretaciones le hagamos caso.	Un individuo, cuando experimenta una emoción dolorosa, debe reconocer que es él el creador de dicha emoción, y que como la origina, también puede erradicarla.
La expresión “me duele que mis amigos no me hagan caso” esta mal dicha, ya que lo que me duele es que yo me lo diga dándole un valor terrible o insoportable.	Cuando un individuo observa de forma objetiva sus emociones dolorosas descubre los pensamientos y frases ilógicas que están asociados con esta emoción. Y cuando es capaz de cambiar sus propias verbalizaciones de forma radical, podrá transformar las emociones autodestructivas.
Aunque la mayoría de la gente pueda creer que las emociones negativas no se pueden cambiar y simplemente hay que sufrirlas, la experiencia demuestra que es factible el poderlas cambiar.	

(Almanza, 2011).

f) Idea irracional n 7

“Es más fácil evitar que afrontar ciertas responsabilidades y dificultades en la vida”.

¿Por qué es irracional?	Alternativas Racionales
Aunque a veces resulta cómodo abandonar determinadas actividades por considerarlas desagradables, esto trae grandes consecuencias negativas.	Un individuo racional deberá esforzarse en realizar las cosas desagradables que sean necesario hacer y terminarlalas lo más pronto posible.
El proceso de tomar la decisión de no hacer algo que se considera difícil pero provechoso, habitualmente es largo y tortuoso y suele conllevar más sufrimiento que el hacer la actividad desagradable.	No debemos suponer que detrás de cada evasión de nuestros problemas existe una actitud indolente “por naturaleza”, sino suponer que ésta es el resultado de creencias irracionales que debemos descubrir y cambia.
La confianza en uno mismo proviene de hacer actividades y no evitarlas. Si se evitan, la existencia se hará más fácil, pero a la vez aumentará el grado de inseguridad y desconfianza personal.	No deberá imponerse una autodisciplina rígida ni exagerada pero sí planificar las actividades y objetivos de un modo razonable, estableciendo metas a corto, medio y largo plazo.
Aunque mucha gente supone que una vida fácil, evasiva y sin responsabilidades es algo apetecible, la experiencia demuestra que la felicidad del ser humano es mayor cuando esta comprometido en un objetivo difícil y a largo plazo.	Un individuo racional acepta la vida con lo que ésta conlleva de dificultades, el descansar o evitar los problemas sólo sirve para agrandarlos.

(Almanza, 2011).

g) Idea irracional n 8

“Se debe depender completamente de los demás y se necesita a alguien más fuerte en que confiar. Uno principalmente no puede conducir su vida propia”.

¿Por qué es irracional?	Alternativas Racionales
Aunque es normal el tener un cierto grado de dependencia de los demás, no hemos de llegar al punto de que los demás elijan o piensen por nosotros.	Aceptar el hecho de que uno está en el mundo, y que no es tan terrible apoyarse en uno mismo y tomar decisiones.
Cuanto más se depende de los demás, menos se elije por uno mismo y más se actúa por los demás con lo que se pierde la posibilidad de ser uno mismo.	Comprender que no es terrible el fracaso en la consecución de los objetivos, y que los fracasos no tienen que ver con la valía como ser humano.
Cuanto más se dejan las decisiones a los demás, menos oportunidad tiene uno de aprender. Por lo que actuando así se genera más dependencia, inseguridad y pérdida de autoestima.	Es preferible arriesgarse y cometer errores por elección propia que vender el alma por una ayuda innecesaria de los demás.
Cuando se depende de los demás se queda uno a merced de ellos y esto implica que la vida toma un cariz incontrolable ya que los demás pueden desaparecer o morir.	No debe, de forma rebelde o defensiva, rechazar cualquier ayuda de los demás, para probar lo “fuerte” que es. Es positivo aceptar la ayuda de los demás cuando es necesaria.

(Almanza, 2011).

h) Idea Irracional n 9

“La historia pasada de uno es un determinante decisivo de la conducta actual, y si algo le afectó alguna vez frecuentemente su vida, esto le debe seguir afectándoles indefinidamente”.

¿Por qué es irracional?	Alternativas Racionales
Aunque una persona haya tenido que sufrir los excesos y condicionamientos de otros, por ejemplo, ser excesivamente complaciente con los padres, eso no quiere decir, que por ejemplo 20 años después haya que seguir siéndolo.	Un individuo racional acepta el hecho de que el pasado es importante y sabe de la influencia de éste en el presente, pero sabe a la vez que su presente es el pasado del mañana y que, esforzándose en transformarlo, puede conseguir que su mañana sea diferente, y presumiblemente más satisfactorio.
Cuanto mas influenciado se está por el pasado, más se utilizan soluciones a los problemas que fueron utilizadas entonces pero que hoy pueden ser ineficaces y por tanto se pierde la oportunidad de encontrar otras actuales y más útiles.	En lugar de realizar los mismos comportamientos del pasado de forma automática, deberá parar y desafiar esos comportamientos tanto verbal como activamente.
El pasado se puede utilizar de excusa para evitar enfrentarse a los cambios en el presente y de esa manera no realiza el esfuerzo personal requerido.	En vez de rebelarse con rencor contra todas y la mayoría de las influencias pasadas, debe valorar, cuestionar, desafiar y rebelarse sólo con aquellas ideas adquiridas que son claramente perjudiciales.
Se exagera la importancia del pasado cuando en vez de decir “por mi pasado me	

resulta difícil cambiar,” se dice “por mi pasado me resulta imposible cambiar”.	
---	--

(Almanza, 2011).

i) Idea Irracional n 10

“Uno deberá sentirse muy preocupado por los horribles problemas y las perturbaciones de los demás”.

¿Por qué es irracional?	Alternativas Racionales
Los problemas de los demás con frecuencia nada o poco tienen que ver con nosotros y no hay ninguna razón por la que debamos estar preocupados por ellos.	Debemos preguntarnos si realmente merece la pena preocuparse por los comportamientos de los demás, y debemos interesarnos sólo cuando nos preocupen lo suficiente, cuando pensemos que podemos ayudar a cambiar o que nuestra ayuda puede ser útil realmente.
Aunque los demás realicen comportamientos que nos perturban, nuestro enojo no proviene de su conducta sino de lo que nos decimos a nosotros mismos.	Cuando aquellos que nos preocupan estén actuando erróneamente, no debemos preocuparnos por sus comportamientos y sí hacerles ver de forma tranquila y objetiva sus errores.
Por mucho que nos disgustemos por la conducta de los demás, esto probablemente no la cambiará, hemos de aceptar que no tenemos el poder de cambiar a los demás. Y si acaso lo	Si no podemos eliminar la conducta autodestructiva de otros, debemos al menos no estar enojados con nosotros

consequimos, hemos pagados pagado un alto precio con nuestra perturbación, y hemos de buscar otras formas menos destructivas de intentar, sin alterarnos, que los demás corrijan sus errores.	mismos por no conseguirlo y renunciar a l ideas de mejorar esta situación.
El involucrarnos en los problemas de otros a menudo se usa como una excusa sutil para no afrontar nuestros propios problemas.	

(Almanza, 2011).

j) Idea Irracional n 11

“Invariablemente existe una solución precisa, correcta y perfecta para los problemas humanos, y que si esta solución perfecta no se encuentra sobrevivir la catástrofe”.

¿Por qué es irracional?	Alternativas Racionales
No existe ni seguridad, ni perfección ni verdad absoluta en el mundo. La búsqueda de seguridad sólo genera ansiedad y expectativas falsas.	Un individuo racional no comete la estupidez de decirle que se debe conocer la realidad totalmente, o tiene que controlarla, o deben existir soluciones perfectas a todos los problemas.
Los desastres que la gente imagina que le sobrevendrán si es que no consiguen una solución correcta a sus problemas, no tienen existencia objetiva, sino que son desastres creadores en su mente, que en	Cuando se enfrenta a un problema un individuo racional pensará en varias soluciones posible a elegir, y elegirá la más factible y no la “perfecta”, sabiendo

<p>la medida en que se los crean le ocurrirá algo catastrófico.</p>	<p>que todo tiene sus ventajas e inconvenientes.</p>
<p>El perfeccionismo induce a resolver los problemas de forma mucho menos “perfecta” que si no se fuera perfeccionista.</p>	<p>Deberá buscar entre las opciones extremas (blanco o negro) los puntos intermedios y moderados (grises).</p>
	<p>Debe saber que errar es de humanos, pero que sus actos no tienen nada que ver con su valor como ser humano. Sabiendo que sólo aprendemos de realizar intentos y equivocaciones, deberá experimentar una y otra vez hasta dar soluciones a sus problemas.</p>

(Almanza, 2011).

Estas 11 creencias irracionales básicas fueron sintetizadas posteriormente por Ellis (1977) en Las 3 Creencias Irracionales Básicas con respecto a:

Idea Irracional Uno mismo	La vida o el mundo	Creencias Irracionales en la Niñez y Adolescencia
“Debo hacer las cosas bien y merecer la aprobación de los demás por mis actuaciones”.	“La vida debe ofrecerme unas condiciones buenas y fáciles para que pueda conseguir lo que quiero sin mucho esfuerzo y comodidad”.	Creencias nucleares o básicas. Debo ser aprobado y amado por las personas que me importan.
		Debo tener todo aquello que quiero.
		No debo pasar incomodidades y debo estar siempre entretenido.

1.1.9 Orígenes y fundamentos históricos

La terapia cognitiva, como originalmente fuera concebida por Beck (1976), acentúa fuertemente el concepto de esquemas o lo que se ha sido definido como las creencias nucleares. Varios autores han propuesto diferentes versiones de la teoría de los esquemas para explicar el procesamiento de la información a lo largo de la vida. La mayoría de las perspectivas teóricas sostienen que los individuos desarrollan sus estructuras de conocimiento a través de interacciones con el medio. A estas estructuras cognitivas se las puede llamar genéricamente esquemas (Datilio, 2001).

Los orígenes filosóficos de la terapia cognitiva se remontan a los Estoicos, en particular a Zenón de Citio (siglo IV a. C.), Crisipo, Cicerón, Seneca, Epicteto, y Marco Aurelio. Epicteto escribió El Enchiridion: “Los hombres no se perturban por causa de las cosas, sino por la interpretación que de ellas hacen”. Del mismo modo que el Estoicismo, las filosofías orientales, como el Taoísmo y el budismo, han subrayado que las emociones humanas están basadas en las ideas. El control de los sentimientos más intensos puede lograrse mediante un cambio en las ideas (Aaron Beck, 1979).

Freud expuso inicialmente la idea de que los sentimientos y los efectos se basan en ideas inconscientes. La psicología Individual de Alfred Adler indicó la importancia de comprender al paciente dentro del marco de sus propias experiencias conscientes. Para Adler, la terapia consistía en intentar explicar como la persona percibe y experimenta el mundo. Adler (1931/1958) “No sufrimos por el choque de nuestras experiencias el llamado trauma, sino que inferimos de ellas precisamente lo que se ajusta a nuestros propósitos. Estamos autodeterminados por el significado que damos a nuestras experiencias; y probablemente siempre hay implicada cierta parte de error cuando tomamos determinadas experiencias como base para nuestra futura vida. Los significados no están determinados por las situaciones, sino que nos determinamos a nosotros mismos por el significado que damos a las situaciones” (Aaron Beck, 1979).

Los últimos avances en la psicología conductual también han hecho hincapié en la importancia de las cogniciones del paciente. Bowers (1973) ha defendido un modelo interactivo (características del sujeto y características del ambiente), en contra del “situacionismo” de los enfoques conductistas clásicos. El énfasis creciente en la reestructuración o modificación de las cogniciones se reflejan en el trabajo de Arnold Lazarus (1972), quien afirma, “puede decirse que la mayor parte de los esfuerzos terapéuticos se centran en la corrección de las ideas erróneas”.

Esta corrección de las ideas erróneas arguye Lazarus, puede producirse tanto antes como después de que tenga lugar el cambio en la conducta (Aaron Beck, 1979).

La Terapia de Conducta (TC) hace su aparición en el escenario de los tratamientos psicológicos a mediados de los años cincuenta del siglo pasado, como alternativa radical a las psicoterapias imperantes de la época, posicionándose especialmente frente al modelo psicoanalítico. La TC parte de la idea de que toda la conducta (adaptada y desadaptada) es aprendida y puede modificarse mediante los principios y estructuras subyacentes, los terapeutas de conductas empezaron a centrarse en la conducta observable y el ambiente en que se produce. Desarrollaron para este análisis el proceso de evaluación conductual, alternativa también radical a los sistemas diagnósticos tradicionales, y concibieron la terapia como una empresa empírica y fundamentada en la metodología experimental propia de la investigación científica. (Angeles Ruiz Fernandez, 2011).

La Terapia Cognitivo-Conductual (TCC), surge en los años setenta, y se ha desarrollado bajo los principios de la psicología aplicada, por lo que se han diseñado intervenciones aplicadas en la práctica clínica, comprobándose su efectividad empíricamente, por lo que se ha aportado técnicas, estrategias y componentes que posibilitan a los pacientes aprender a controlar excesos o déficits conductuales, cognitivos y/o emocionales, al tiempo que brindan la oportunidad de incorporar a su repertorio “nuevas” conductas que permiten al individuo una adaptación a su medio personal, familiar y laboral (Manual de autocontrol del enojo, 2010).

Los intentos por ayudar a las personas a solucionar problemas conductuales mediante maniobras semejantes a las utilizadas por la TCC tienen una larga historia. Ya Plinio el Viejo, durante el primer siglo de la existencia de Roma, trataba de curar a aquellos que abusaban del alcohol colocando arañas muertas en descomposición en los vasos donde bebían. Esta técnica en la actualidad es denominado condicionamiento aversivo. En el siglo XVIII el “niño salvaje de Aveyron” fue enseñado a hablar con maniobras y técnicas que actualmente son conocidas como modelado, instigación, refuerzo positivo, retirada de reforzadores, etc. En el siglo XIX, el equivalente actual a un guardián de prisiones,

Alexander Maconchi, usaba lo que conocemos hoy como economía de fichas, con el objetivo de conseguir que los internos del Royal British Penal obedecieran las reglas del penal. En el mismo siglo, un medico francés trato los pensamientos obsesivos con técnicas parecidas a lo que conocemos hoy como parada del pensamiento, o inhibición reciproca. No obstante, como orientación especifica de intervención en salud, la TCC aparece en la década de los 50 del siglo pasado, siendo aun una disciplina joven (Angeles Ruiz Fernandez, 2011).

Desde sus inicios, la terapia de conducta se caracterizo por la aplicación de la metodología científica al estudio intensivo del caso individual. Se trataba de aplicar los mismos procedimientos y métodos que se utilizaban en la investigación científica, es decir, la observación sistemática, la formulación de hipótesis que relacionan los eventos, la validación de tales hipótesis a través del control de variables, la observación y mediación de los resultados, y la formulación de enunciados teóricos sobre las variables responsables del mantenimiento del comportamiento. Así, a pesar de las divergencias en cuanto a énfasis teórico entre modelos E-R, de aprendizaje social, de análisis conductual y modelos mediacionales/cognitivos, todos comparten el mismo compromiso con la metodología científica y con la validación empírica como medio fundamental de adquisición del conocimiento (Caballo, Manual para el tratamiento Cognitivo Conductual de los trastornos psicologicos, 1998).

1.1.10 Supuesto y definición

El termino psicoterapia se ha empleado durante todo el siglo veinte para referirse a una colección de practicas heterogéneas que, a veces, tienen poco que ver entre si. Su adjetivación como cognitiva, que ha sido utilizada muchas veces como como una especie de salvoconducto para hacerla presentable en foros en los que el sustantivo era considerado como sospechoso, esta también muy lejos de acotar su significado de un modo claro e inequívoco (Caro, 2007).

Aun así, las terapias cognitivas han sido una referencia ineludible para los psicoterapeutas de cualquier orientación durante el último tercio del siglo veinte. Durante los años ochentas, la hegemonía del reduccionismo biologista hizo desaparecer de lo que suelen llamarse revistas biomédicas, cualquier referencia a los sustentos psicológicos de los trastornos mentales y, de un modo aun más radical, a los abordajes psicosociales en general y a las psicoterapias en particular. Esta desaparición tuvo, en ese momento, dos excepciones. El grupo de Aaron Beck, que desarrolló la Terapia Cognitiva de la Depresión, cuyo manual vio la luz en 1979, y el grupo de Gerald L. Klerman y Myrna M. Weissman, que desarrolló la Terapia Interpersonal de la Depresión, cuya versión manualizada se publicó en 1984. (Caro, 2007).

La Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) ha sido diseñada con base en evidencia científica y tiene antecedentes de estudios clásicos a partir de Bandura (1997), Meichenbaum (1985), Kendall y Braswell (1993) (Manual de autocontrol del enojo, 2010). El supuesto básico de la TCC indica que los patrones conductuales irracionales y no adaptativos se deben a la errónea interpretación de la percepción del ambiente (Méndez, Olivares y Moreno, 1998) los resultados de dicha percepción influyen notablemente en la conducta de las personas (Manual de autocontrol del enojo, 2010).

La Terapia de Conducta (TC) hace su aparición en el escenario de los tratamientos psicológicos a mediados de los años cincuenta del siglo pasado, como alternativa radical a las psicoterapias imperantes de la época, posicionándose especialmente frente al modelo psicoanalítico. La TC parte de la idea de que toda la conducta (adaptadas y desadaptadas) es aprendida y puede modificarse mediante principios del aprendizaje. De esta forma, en lugar de indagar acerca de posibles conflictos u estructuras subyacentes, los terapeutas de conducta empezaron a centrarse en la conducta observable y el ambiente en que se produce (Historia de la Terapia Cognitivo Conductual, 2011).

La Terapia cognitiva es un procedimiento activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado que se utiliza para tratar distintas alteraciones psiquiátrica (por ejemplo, la depresión, la ansiedad, las fobias, problemas relacionados con el dolor, etc.). Se basa en el supuesto teórico subyacente de que los efectos y la conducta de un individuo están determinados en gran medida por el modo que tiene dicho individuo de estructurar el mundo (Aaron Beck, 1979).

La Terapia Cognitivo Conductual (TCC) puede definirse actualmente como la aplicación clínica de la ciencia de la psicología, que se fundamenta en principios y procedimientos validados empíricamente. Desde los momentos iniciales, hace ya cinco décadas, en que la terapia de Conducta se adhería fuertemente a los principios y teorías del aprendizaje, una larga y compleja evolución se ha dado en esta disciplina, habiéndose ampliando su sustentación teórica más allá de las teorías del condicionamiento, para pasar a considerar en la explicación del comportamiento humano factores y modelos procedentes de otros ámbitos de la psicología (Historia de la Terapia Cognitivo Conductual, 2011).

La Terapia Cognitivo Conductual (TCC) se basa en leyes de aprendizaje tanto clásico como operante, posibilitando la integración al repertorio conductual del individuo con conductas que le permitirán adaptarse a un ambiente cambiante. Es un procedimiento terapéutico activo y estructurado, cuyas sesiones están limitadas temporalmente y dirigidas por el terapeuta en el que se consideran algunas metas importantes: la primera es motivar al paciente que permanezca en la terapia y la segunda es motivarlos para que empleen las técnicas aprendidas y comenzar a tener una más satisfactoria, la tercera, es elaborar un plan de tratamiento que ayude a alcanzar sus metas, la cuarta es identificar los componentes y métodos del tratamiento que permitan al paciente cumplir con eficacia sus metas (Manual de autocontrol del enojo, 2010).

El modelo cognitivo, tal como lo expresa J. Beck (2000): “propone que todas las perturbaciones psicológicas tienen en común una distorsión del pensamiento, que influyen en el estado de ánimo y en la conducta de los pacientes. Una evaluación realista y la consiguiente modificación del pensamiento producen una mejoría en esos estados de ánimo y comportamientos. Esta mejoría permanente resulta de la modificación de las creencias disfuncionales subyacentes”.

El modelo de terapia cognitiva está basado en la idea que los estados disfuncionales como la depresión, la ansiedad y la ira son frecuentemente mantenidos o exacerbados por pensamientos distorsionados. El papel del terapeuta es ayudar a los pacientes a reconocer sus estilos idiosincrásicos de pensamiento y modificarlos mediante la aplicación de la evidencia y la lógica (Riso, 2006).

La Terapia Cognitiva es una psicoterapia estructurada y de resolución de problemas, donde se integran la intervención clínica directa del problema (terciaria) con la intervención secundaria (prevención) y primaria (promoción), y que utiliza procedimientos cognitivos, comportamentales y experienciales para modificar fallas en el procesamiento de la información en distintos trastornos psicológicos (Riso, 2006).

Algunos de sus representantes más acreditados han argumentado que la Terapia Cognitiva Conductual debe considerarse como un conjunto de técnicas eficaces, sin obedecer a ningún modelo terapéutico. Desde un punto de vista fenomenológico, podemos señalar cuatro rasgos obvios de la TCC en la actualidad:

Primero. La TCC es un ámbito de intervención en salud que trabaja con respuestas físicas, emocionales, cognitivas y conductuales desadaptadas, de carácter aprendido. Estas respuestas se han practicado al largo de tanto tiempo que se ha convertido en hábitos del repertorio comportamental del individuo. Sin embargo, los individuos no siempre conocen el carácter aprendido de sus hábitos y consideran que tienen poco o ningún control sobre ellos. La TCC considera que el individuo tiene responsabilidad en

los procesos que le afectan y puede ejercer control sobre ellos (Angeles Ruiz Fernandez, 2011).

Segundo. Al tratarse de un ámbito de mejora de la salud, la TCC cuenta con técnicas y programas específicos para diferentes problemas y trastornos, cuya aplicación cuenta con un tiempo limitado en comparación con otras psicoterapias a largo plazo. Aunque en la última época ha crecido el interés por los enfoques transdiagnósticos hacia la psicopatología y el tratamiento, la naturaleza orientada hacia problemas específicos de la TCC ha facilitado su caracterización como una terapia de tiempo limitado (Angeles Ruiz Fernandez, 2011).

Tercero. La TCC tiene en general una naturaleza educativa que puede ser más o menos explícita. La mayor parte de los procedimientos cuentan con módulos educativos, además de la conceptualización inicial del terapeuta sobre el problema y la lógica del tratamiento (Angeles Ruiz Fernandez, 2011).

Cuarto. La TCC posee en esencia un carácter auto-evaluador a lo largo de todo el proceso con continua referencia a la metodología experimental y énfasis en la validación del conductismo metodológico como principal eje vertebrador de la TCC, y probablemente la señal más genuina de la TCC actual (Angeles Ruiz Fernandez, 2011).

1.1.11 Características nuevas de la Terapia Cognitiva

¿Cuáles son las notas innovadoras de este tipo de terapia? La terapia cognitiva difiere de la Terapia convencional en dos aspectos importantes: en la estructura formal de las sesiones y en los tipos de problemas en que se centra. “Empirismo colaborativo” En contraste con las terapias tradicionales, como la terapia psicoanalítica o la terapia centrada al cliente, el terapeuta que aplica la terapia cognitiva se encuentra en continua actividad e interactúa intencionadamente con el paciente. El terapeuta estructura la

terapia según un diseño específico que requiere la participación y colaboración del paciente (Beck, 1995).

Al contrario que la terapia psicoanalítica, la terapia cognitiva se centra en problemas “aquí y ahora”. Se presta escasa atención a la época de la infancia, salvo que pueda clarificar algunos hechos actuales. El objetivo principal es investigar los pensamientos y sentimientos del paciente durante la sesión terapéutica y entre las sesiones. No interpretamos factores inconscientes. El terapeuta cognitivo colabora activamente con el paciente en la exploración de las experiencias psicológicas de este, y en la elaboración de programas de actividades y de tareas para realizar en casa. (Beck, 1995).

La terapia cognitiva también difiere de la terapia de conducta en su mayor énfasis sobre las experiencias internas (mentales) del paciente, tales como pensamientos, sentimientos, deseos, aspiraciones y actitudes. La estrategia general de la terapia cognitiva se puede diferenciar del resto de las escuelas de terapia por su énfasis en la investigación empírica de los pensamientos, inferencias, conclusiones y supuestos automáticos del paciente. Nosotros formulamos las ideas y creencias desviadas del paciente acerca de sí mismo, de sus experiencias y de su futuro en términos de hipótesis, cuya validez intentamos comprobar de un modo sistemático. Así, casi todas las experiencias pueden darnos la oportunidad de realizar un experimento relevante a los puntos de vista o creencias negativas del paciente (Beck, 1995).

1.1.12 Modelos cognitivos perspectiva histórica

Entre los supuestos generales en los que se basa la terapia cognitiva, se cuentan los siguientes:

La percepción y, en general, la experiencia son procesos activos que incluyen tanto datos de inspección como de introspección.

Las cogniciones del paciente son el resultado de una síntesis de estímulos internos y externos.

El modo que tiene un individuo de evaluar una situación se hace evidente, por lo general, a partir de sus cogniciones (pensamientos e imágenes visuales).

Estas cogniciones constituyen la “corriente de conciencia” o campo fenoménico de una persona, que refleja la configuración de la persona acerca de si misma, su mundo, su pasado y su futuro.

Las modificaciones del contenido de las estructuras cognitivas de una persona influyen en su estado afectivo y en sus pautas de conductas.

Mediante la terapia psicológica, un paciente puede llegar a darse cuenta de sus distorsiones cognitivas.

La corrección de estos constructos erróneos puede producir una mejoría clínica (Aaron Beck, 1979).

1.1.13 Principios Teóricos de la Terapia Cognitiva

La aplicación de la Terapia Cognitiva al caso individual se basa en la Conceptualización clínica cognoscitiva (CCC) del o los trastornos en cuestión, cuya fundamentación teórica proviene de la psicología cognitiva y del paradigma del procesamiento de la información (Riso, 2006).

Lo que define la CCC es la planeación e implementación del tratamiento de acuerdo a unos principios y una metodología cognoscitiva. La TC no debe ser reducida a un conjunto de técnicas sino a una manera de pensar y organizar la problemática del paciente en un conjunto conceptualmente integrado de datos, Es decir, la CCC parte de un modelo cognoscitivo que incluye una fundamentación epistemológica, unos principios teóricos debidamente validados y una metodología específica, que guían la recolección de información significativa y la generación constante de hipótesis clínicas (Riso, 2006).

La TC, parte de un modelo diathesis-estrés, el cual sostiene que para que la patología tenga lugar deben confluír tanto el evento estresante como la vulnerabilidad cognitiva. O, dicho de otra forma: el acontecimiento estresante no es suficiente per se para que el

trastorno ocurra, como tampoco lo es la manera inadecuada de procesar la información: la alteración se produce en la confluencia de ambos (Riso, 2006).

El modelo cognitivo reconoce la interdependencia entre emoción, comportamiento motor y cognición, pero utiliza esta última como vía principal para la transformación terapéutica. La elección del modelo cognitivo obedece a una preferencia epistemológica. Priorizar lo cognitivo, es enfatizar la manera de abordar un fenómeno complejo, por tal razón, al elegir, se está informando la perspectiva teórica desde la cual se va a observar la realidad. Datilio, y Padesky (1995) afirman que en toda problemática humana hay al menos cinco elementos presentes: ambiente, cogniciones, emociones/ afectos, comportamientos motores y biología. Es a penas natural que cualquier abordaje será parcial, en tanto la integración total y exhaustiva es poco menos que imposible. Así, afirmarse en la primacía cognitiva es priorizar, destacar, mostrar el peso o las relaciones que se establecen cuando tomamos como centro de interés y estudio uno de los aspectos de la realidad o del fenómeno en cuestión (Riso, 2006).

1.1.14 Principios de la Terapia Cognitiva:

Principio I: La TC se fundamenta en una conceptualización cognitiva del paciente y sus problemas. El terapeuta encara el estudio del paciente abarcando tres niveles:

- a) El de las interacciones entre los pensamientos automáticos y distorsiones cognitivas con las emociones, la conducta motora y sus relaciones con el ambiente.
 - a. Los auto esquemas implicados y las estrategias de auto perpetuación asociada a ellos.
 - b. Los esquemas de segundo orden (la visión del mundo del paciente) y sus relaciones con las demás estructuras cognitivas. La información obtenida a través de diversos procedimientos de recolección de datos permitirá la planeación de las

intervenciones correspondientes. Los tres niveles interactúan de manera compleja y simultánea. La metodología, la CCC y la intervención que pregonan la TC, se fundamenta en principios psicológicos informacionales (ciencia cognitiva, psicología cognitiva básica, psicología experimental, psicología social) y ciencias afines, las cuales están orientadas a producir cambios cognitivos, que redundarán tanto en los aspectos emocionales como en los comportamientos motores (Riso, 2006).

Principio 2: La TC enfatiza la colaboración estrecha con el paciente. La TC está basada en una estrecha relación paciente/terapeuta, donde ambos trabajan mancomunadamente (alianza terapéutica) para superar los problemas manifiestos y no manifiestos que aquejan al paciente.

El Terapeuta habla abiertamente de los objetivos que se pretenden alcanzar en la terapia e interviene de manera directa para eliminar los síntomas o desarrollar habilidades específicas. En la TC el paciente no es pasivo ni se limita a obedecer las indicaciones del terapeuta, sino, por el contrario, asume una participación y responsable frente a sus cambios (Riso, 2006).

Principio 3: Una parte importante de la TC está relacionada con planear y alcanzar objetivos y resolver problemas concretos. El terapeuta ayuda al paciente a identificar objetivos y avanzar gradualmente hacia ellos. Muchos pacientes con alteraciones en el Eje II muestran serias dificultades para definir objetivos (vaguedad o planteamiento poco realista) y mantenerse en ellos de manera coherente. Mientras los pacientes del Eje II o con trastornos complejos muestran grandes dificultades para aprender a manejar sus problemas personales. Con estos pacientes, el terapeuta necesitará un mayor tiempo para identificar objetivos consistentes y desarrollar estrategias de resolución de problemas (Riso, 2006).

Principio 4: La TC es educativa, tiene por objetivo enseñar al paciente a ser su propio terapeuta y pone énfasis en la prevención de recaída. Este aspecto es fundamental, ya que obliga a ir mas allá de los problemas concretos del paciente e identificar e intervenir sobre aquellas estructuras cognitivas profundas que determinan la vulnerabilidad de base para prevenir la alteración y crear inmunidad psicológica. El paciente aprende como se originaron y desarrollaron sus esquemas negativos, que los dispara y que lo mantiene, como se auto perpetúan y de que manera deben controlarse y/o modificarse los pensamientos negativos responsables de malestar. En la TC, el terapeuta enseña que no es la situación en si misma responsable de las reacciones disfuncionales, sino la interpretación que se hace de la misma, y que dicha interpretación (pensamientos, atribuciones, imágenes) son el resultado de un procesamiento central subyacente, relativamente estable. Una cosa es el alivio o los tratamientos paliativos y otra la verdadera cura, es decir, la modificación esquemática (Riso, 2006).

Principio 5: La TC destaca tanto el presente como el pasado, en el estudio y modificación del esquema nuclear o central, la inclusión del pasado es fundamental para lograr la modificación cognoscitiva, en tanto permite que el paciente se apropie de su caso, lo internalice y pueda comprender a cabalidad los factores que intervinieron en la conformación de su problema. El pasado o la historia previa esta almacenada en la memoria episódica/conceptual, en el aquí y el ahora, y por lo tanto es real y presente en tanto puede afectar distintos niveles del procesamiento de la información. En los desordenes del Eje II y en la mayoría de los casos difíciles, la influencia e importancia de experiencias pasadas se hacen mas evidente que en los casos del Eje I, lo cual no significa que los datos de la historia personal deban descartarse en estos últimos. Un numero considerable de técnicas cognitivas parten de la reestructuración informacional de las experiencias pasadas (Riso, 2006).

Principio 6: Las sesiones de la TC son estructuradas, pero flexibles. El terapeuta, no importa la complejidad del caso o el diagnostico establecido, tiende a armar una

estructura determinada en sus sesiones. Esto no significa, sobre todo en pacientes del Eje II y en los casos complejos que tal estructura no pueda modificarse y que el terapeuta no tenga que apelar a su imaginación e improvisación (Riso, 2006).

Principio 7: La TC se sirve de una variedad de técnicas para cambiar el sistema de procesamiento de los pacientes. Lo que define la esencia de un modelo psicológico no son las técnicas que emplea dicho modelo, sino el objetivo terapéutico que persigue y al cual se adecuan las técnicas. Se puede recurrir a técnicas predominantemente cognitivas para modificar comportamientos motores o a técnicas predominantemente conductuales para modificar estructuras cognoscitivas o afectivas. Las técnicas obran al servicio de los principios teóricos que determinan el modelo al cual recurre la terapia. La meta de la TC es la modificación cognitiva de procesamiento de la información alterado en sus distintos niveles de complejidad (Riso, 2006).

1.1.15 EL ENFOQUE DE LAS HÁBILIDADES DE AFRONTAMIENTO COGNITIVAS/DE RELAJACION (HACR) PARA EL CONTROL DE LA IRA

Un examen de la literatura sobre tratamiento en los primeros años ochenta mostros también pocos enfoques de tratamiento empíricamente validados para este tipo de individuos. Novaco (1975) proporciono al campo el primer estudio bien diseñado para el control de la ira general. En un análisis de los componentes de la inoculación de estrés, encontró que la combinación de las habilidades cognitivas y de relajación era lo mas eficaz. La intervención cognitiva era casi tan eficaz como la inoculación de estrés, pero los efectos de la relajación eran limitados, lo que sugería que el componente cognitivo era el ingrediente eficaz básico en la inoculación de estrés y que las intervenciones basadas en la relajación eran menos eficaces. Sin embargo, un examen mas de cerca de los procedimientos de Novaco sugirió que en los efectos de la relajación pueden haber influido cuestiones del planteamiento de la intervención. Por ejemplo, se proporciono una explicación sobre autocontrol, pero se empleo un procedimiento de contra condicionamiento, lo que quizás confundió a los pacientes; se enteraron o ensayaron en

casa pocas habilidades de afrontamiento por medio de la relajación; el tiempo de tratamiento estaba muy justo, proporcionando pocas oportunidades para ensayar la relajación; y, aparentemente, no se llevo a cabo el entrenamiento en la transferencia de la relajación (Caballo, Manual para el tratamiento Cognitivo Conductual de los trastornos psicologicos, 1998).

La posibilidad de que se hubiera infra estimado los efectos de la relajación condujo a nuestro grupo de investigación a una serie de estudios que finalmente desembocaron en la actual intervención de las HARC. En el primer estudio (Deffenbacher, Demm y Brandon, 1986), una intervención bien establecida de las habilidades para el afrontamiento por medio de la relajación. Se observo una disminución importante de la ira y los efectos parecieron mas potentes que los de la condición de relajación de Novaco (1975). Además, se observo también una disminución de la ansiedad general y esas reducciones de la ansiedad y de la ira, se mantuvieron en el seguimiento a un año (Caballo, Manual para el tratamiento Cognitivo Conductual de los trastornos psicologicos, 1998).

1.1.16 Aspectos Generales de la Ira

Definición de emoción

Habitualmente se entiende por emoción una experiencia multidimensional con al menos tres sistemas de respuesta: Cognitivo/subjetivo; conductual/expresivo y fisiológico/adaptativo. Este planteamiento coincide con el modelo tridimensional de la ansiedad propuesto por Lang (1998). Además, cada una de estas dimensiones puede adquirir especial relevancia en una emoción en concreto, en una persona en particular, o ante una situación determinada. Cualquier proceso psicológico conlleva una experiencia emocional de mayor o menor intensidad y de diferente cualidad. Podemos convenir que la reacción emocional (de diversa cualidad y magnitud) es algo omnipresente a todo proceso psicológico (Choliz, 2005).

Definir y conceptualizar la ira con precisión se convierte en un trabajo básico y primordial para la investigación de esta emoción, puesto que como recuerda Berkowitz y Harmon-Jones, 2004, el término ira ha tenido múltiples significados en la investigación psicológica, al igual que en el lenguaje cotidiano, refiriéndose tanto a sentimientos, como a reacciones corporales o fisiológicas, o como actitudes hacia otras personas. A pesar de todo ello, parece consolidado entender la ira como una de las emociones básicas, y así está asumido por la mayoría de los autores (Miguel Ángel Pérez Nieto, 2008).

1.1.17 Funciones de las Emociones

Todas las emociones tienen alguna función que les confiere utilidad y permite que el sujeto ejecute con eficacia las reacciones conductuales apropiadas y ello con independencia de la cualidad hedónica que generen. Incluso las emociones más desagradables tienen funciones importantes en la adaptación social y el ajuste personal.

Según Reeve (1994), la emoción tiene tres funciones principales:

- a. **Funciones adaptativas:** Quizá una de las funciones más importantes de la emoción sea preparar al organismo para que ejecute eficazmente la conducta exigida por las condiciones ambientales, movilizándolo la energía necesaria para ello, así como dirigiendo la conducta (acercando o alejando) hacia un objetivo determinado (Choliz, 2005).
- b. **Funciones Sociales:** Puesto que una de las funciones principales de las emociones es facilitar la aparición de las conductas apropiadas, la expresión de las emociones permite a los demás predecir el comportamiento asociado a las mismas, lo cual tiene un indudable valor en los procesos de relación interpersonal. Izard (1989) destaca varias funciones sociales de las emociones, como son las de facilitar la interacción social, controlar las conductas de los demás, permitir la comunicación de los estados afectivos, o promover la conducta prosocial.

Emociones como la felicidad favorecen los vínculos sociales y relaciones interpersonales, mientras que la ira puede generar respuestas de evitación o de confrontación (Choliz, 2005).

- c. Funciones motivacionales:** La relación entre emoción y motivación es íntima, ya que se trata de una experiencia presente en cualquier tipo de actividad que posee las dos principales características de la conducta motivada, dirección e intensidad. La emoción energiza la conducta motivada. Una conducta “cargada” emocionalmente se realiza de forma más vigorosa. Como hemos comentado, la emoción tiene la función adaptativa de facilitar la ejecución eficaz de la conducta necesaria en cada exigencia. Así, la cólera facilita las reacciones defensivas, la alegría la atracción interpersonal, la sorpresa la atención ante estímulos novedosos, etc. Por otro, dirige la conducta, en el sentido que facilita el acercamiento o la evitación del objetivo de la conducta motivada en función de las características aluedónicas de la emoción (Choliz, 2005).

Las emociones son importantes para la supervivencia del ser humano porque le permite adaptarse a las condiciones cambiantes del medio. De acuerdo con algunas investigaciones existen emociones básicas alegría, miedo, tristeza, sorpresa e ira, necesarias para enfrentar diferentes situaciones. Las emociones son funcionales o disfuncionales a partir de su intensidad, duración, frecuencia y expresión. Así, podemos encontrar personas que pueden experimentar de manera leve o intensa la ira ante distintas situaciones (Lopez Blanco, 2012).

La expresión de la emoción permite enfrentar las situaciones, siendo adaptativa en la medida en que las consecuencias sean positivas: establecer límites, defenderse y/o escapar de un ataque. Sin embargo, se ha encontrado que el manejo inadecuado de la ira es un factor de riesgo que se relaciona con el desarrollo de enfermedades cardiovasculares y digestivas, la manifestación de conductas agresivas con el deterioro de las relaciones interpersonales y accidentes, y con la experiencia de sentimientos de

culpa y tristeza al percibir incapaz de controlarla. La ira es una emoción que se asocia con factores cognitivos específicos, excitación fisiológica y expresión conductual, los cuales se manifiestan en el entorno, donde se ven reforzados o castigados. Estos factores ocurren simultáneamente, de tal manera que a menudo se experimentan como un solo fenómeno (Lopez Blanco, 2012).

1.1.18 Definición y etiología de la ira

Si bien personas de todo el mundo, sin importar cultura ni edad, la experimentan con cierta frecuencia, la ira ocupa un lugar dentro de las emociones olvidadas por el mundo científico en los últimos tiempos. A través de la historia de la filosofía y de la psicología, los especialistas han reconocido las consecuencias negativas tanto físicas, como interpersonales y sociales, asociada a la experiencia intensa de esta emoción. El filósofo Seneca fue uno de los primeros en reconocer el carácter destructivo de la ira y la denominó "enfermedad de la naturaleza humana". También relevó la importancia de los factores cognitivos tales como la interpretación y la evaluación de las situaciones, como llaves para padecerla o controlarla (Genise, 2017).

Otros pensadores influyentes, como Aristóteles y Plutarco, la definieron como una fuerte emoción o pasión que es provocada cuando la persona percibe o sufre dolor, daño o desprecio por parte de otra persona, que motivan un intenso deseo de venganza, la cual, puede llevarlo a ejecutar acciones directas de castigo contra quien realiza la ofensa (Neil, 2000).

Una de las definiciones más amplias y desde las que más fácil resulta entender la ira es la dada por Izard que como ya se ha visto la describe como una emoción primaria que se presenta cuando un organismo es bloqueado en la consecución de una meta o en la obtención o satisfacción de una necesidad (Miguel Ángel Pérez Nieto, 2008).

La ira es “un estado emocional que varía en intensidad desde una leve irritación a la furia y la rabia” (Spielberger C. , 2010).

La ira “se plantea como una reacción cognitivo-emocional-fisiológica ante una afrentas percibidas, intrusiones en el terreno personal y/o frustraciones de la conducta dirigidas hacia un fin” La ira perturba sus relaciones interpersonales y familiares, tiene un impacto sobre su desempeño en el trabajo o en los estudios, les lleva a decir cosas de las que se sienten culpables o avergonzados, disminuye su autoestima o les hace sentirse sin control emocional (Caballo, 1998).

La ira es un paquete complejo de sentidos, compromisos, normas y prácticas sociales que coexisten y se forman alrededor de emociones primordiales (Lindner, 2007).

El concepto de ira se refiere, generalmente, a un estado o condición emocional psicobiológico que consiste en sentimientos de intensidad variable desde la ligera irritación o enfado hasta la furia y rabia intensas acompañadas por la activación de los procesos neuroendocrinos y la excitación del sistema nervioso autónomo (Spielberger C. , 2009).

Según la Asociación Americana de Psicología (APA), “el enojo es un estado emocional, que varía de intensidad, varía desde una irritación leve, hasta una furia e ira intensa. Como otras emociones, está acompañada de cambios psicológicos y biológicos. Cuando usted se enoja, su frecuencia cardíaca y presión arterial se elevan y lo mismo sucede con su nivel de hormonas de energía, adrenalina y noradrenalina” (Association, 2015).

Las definiciones de hostilidad consideran que ésta implica la presencia de una serie de creencias, expectativas y actitudes negativas relativamente duraderas y estables acerca de las personas y de las cosas. Predominan como creencias el cinismo y las atribuciones

hostiles, se piensa que las demás personas son generalmente mezquinas, egoístas, deshonestas, antisociales e inmorales. Las demás personas constituyen una fuente de amenaza y tienen intenciones malevolentes con respecto a nosotros (Jorge Iacovella M. T., 2003).

Hostilidad hace referencia a una actitud persistente de valoración negativa de y hacia los demás (Spielberger C. , 2009).

La hostilidad implica la experiencia frecuente de sentimientos de ira. Pero este concepto tiene también la connotación de un complejo conjunto de actitudes que incluyen la mezquindad y el rencor, así como conductas agresivas y vindicativas (Spielberger C. , 2009).

Agresión se entiende como una conducta dirigida a causar daño a personas o cosas (Spielberger C. , 2009).

La hostilidad, connota un conjunto de “actitudes” negativas complejas, que motivan, en última instancia, conductas agresivas dirigidas a una meta, normalmente la destrucción o el daño físico de objetos o personas (Ortiz Carrasco & Calderon gonzalez, 2006).

A partir de estas definiciones se deduce que la ira como emoción es una condición necesaria, pero no suficiente, para el desarrollo de actitudes hostiles y de manifestaciones de conductas agresivas (Spielberger C. , 2009).

Otras creencias consisten en considerar que todo lo que uno hace, piensa y dice es correcto, que los demás son ignorantes e ineptos y que los recursos disponibles son escasos y finitos, por lo que hay que “luchar” con los demás para poder cubrir las necesidades. Asociadas aparecen expectativas negativas como desconfianza y sospecha. No se confía en la bondad de los otros, estimando que es poco probable que éstos cumplan con sus obligaciones y sean agradables y cooperativos sin un propósito determinado. También puede manifestarse una actitud negativa caracterizada por enemistad, negativismo, resentimiento (Jorge Iacovella M. T., 2003).

1.1.19 Modelos explicativos

La conducta agresiva es un comportamiento básico y primario en la actividad de los seres vivos, que está presente en la totalidad del reino animal. Se trata de un fenómeno multidimensional, en el que están implicados un gran número de factores, de carácter polimorfo, que pueden manifestarse en cada uno de los niveles que integran al individuo: físico, emocional, cognitivo y social (Ortiz Carrasco & Calderon gonzalez, 2006).

1.1.20 El Síndrome ira-hostilidad-agresión

Para Smith (1992) las nociones de ira, agresión y hostilidad están íntimamente relacionadas. Es esta mutua relación lo que impide una fácil diferenciación. Sin embargo, la distinción entre afecto, cognición y conducta permite un marco de referencia útil para establecer diferencia entre nociones. Las definiciones de hostilidad consideran que ésta implica la presencia de una serie de creencias, expectativas y actitudes negativas relativamente duraderas y estables acerca de las personas y las cosas. Predominan como creencia el cinismo y las atribuciones hostiles, se piensa que las demás personas son generalmente mezquinas, egoístas, deshonestas, antisociales e inmorales. Las demás personas contribuyen una fuente de amenaza y tienen intenciones malevolentes con respecto a nosotros (Jorge Iacovella M. T., 2003).

1.1.21 Tipos de Ira

Once Estilos de la Expresión de la Ira

1.1.22 IRA ENCUBIERTA

IRA ESCONDIDA O PASIVO AGRESIVA

- Solo muestro mi ira indirectamente, pasiva agresiva.
- Tu te enteras si estoy enojado por las cosas que no hago: No sexo, No amabilidad, no dicen “no” ni tampoco “si” a la gente.
- Resisten que se le aconsejen o se le ordene que hacer (wikipedia, 2017).

1.1.23 IRA POR EVITACION

le tiene miedo a:

- Pérdida del control
- Al rechazo por expresar su enojo
- Al castigo por mostrar su ira
- Quedarse atrapado en la rabia
- Al desarrollo del sentimiento de la culpabilidad: Me enseñaron que la gente buena nunca se enoja. Si me enojo me siento culpable de sentirlo o expresarlo (wikipedia, 2017).

1.1.24 IRA CONTRA UNO MISMO

- Auto-negligencia: Ignorar tus pensamientos y sensaciones de ira
- Auto culpa: si algo sale mal ellos se culpan
- Auto-ataque: Atacarse verbalmente o físicamente.
- Autodestrucción: Una forma mas extrema de auto ataque, depresión, depresión como base, la cual hace que la persona vea con desesperanza, no tiene esperanza en el futuro (wikipedia, 2017).

1.1.25 IRAS EXPLOSIVAS

a. IRA SUBITA

- Papel de la ira súbita como mecanismo de sobrevivencia ante peligros inminentes.

- Un enfoque diferente ante la ira explosivas: Podemos controlarla, aunque tenga base temperamental (wikipedia, 2017).

b. IRA BASADA EN LA VERGÜENZA

- Perfil de una persona con una autoestima muy baja.
- Vulnerable
- Altamente sensible a las críticas y comentarios negativo (wikipedia, 2017).

c. IRA DELIBERADA O INTENCIONAL

- ¿Por qué le es útil a una persona emplear la ira deliberadamente?
- Poder: Hacer que otros hagan lo que yo quiero.
- Imagen: Llamar la atención o impresionar (wikipedia, 2017).

d. IRA CRONICA IRA EXCITATORIA

- Representa una especie de adicción a sentirse vivo por medio de la ira. La persona piensa que necesita experimentar ira para darse cuenta de que esta vivo (wikipedia, 2017).

e. HOSTILIDAD HABITUAL

- Esperan lo peor de la gente.
- Cuando hay dudas ellos tienden a interpretar los eventos de la manera negativa (wikipedia, 2017).

1.1.26 IRA BASADA EN EL MIEDO

- Se sienten rodeados de enemigos todo el tiempo

- Desconfianza
- Hay tipos de emociones negativas mezclados con esta ira: celosos y envidioso (wikipedia, 2017).

1.1.27 IRA MORAL

- Se interpreta una situación como una violación de nuestros valores espirituales, cívicos, religiosos, sociales, familiares (wikipedia, 2017).

1.1.28 IRA BASADA EN EL RESENTIMIENTO

¿Cómo se forma el odio?

- Se forma como continuación del resentimiento, así tener odio requiere que vivas en el pasado.
- Recuerdas y mantienes vivo el incidente y tus pensamientos y sentimientos negativos.
- Hay intento de pedir perdón por el otro y el poseedor de la ira no considera que es suficiente (wikipedia, 2017).

1.1.29 Clasificaciones de las conductas agresivas

La agresión no suele aparecer como una entidad única, sino por el contrario, como un constructo múltiple en el que pueden encontrarse distintos tipos de comportamientos agresivos. Esto se debe a su propia naturaleza multidimensional, por lo cual diferentes procesos fisiológicos y mentales se combinan para crear distintas formas de agresión. En las últimas décadas, se han propuestos diferentes sistemas de clasificación de la agresión, las cuales tienden a superponerse, mostrando en algunos casos diferencias sutiles entre sí (Ortiz Carrasco & Calderon gonzalez, 2006).

1.1.30 Clasificaciones de las conductas agresivas

Criterio de clasificación	Tipología	Descripción
Naturaleza	Agresión Física	Ataque a un organismo mediante armas o elementos corporales, con conductas motoras y acciones físicas, el cual implica daños corporales.
	Agresión Verbal	Respuesta oral que resulta nociva para el otro, a través de insultos o comentarios de amenaza o rechazo.
	Agresión Social	Acción dirigida a dañar la autoestima de los otros, su estatus social o ambos, a través de expresiones faciales, desdén, rumores sobre otros o la manipulación de las relaciones interpersonales.
Relación Interpersonal	Agresión Directa o abierta	Confrontación abierta entre el agresor y la víctima, mediante ataques físicos, rechazo, amenazas verbales, destrucción de la propiedad y comportamiento autolesivo.

	Agresión Indirecta Relacional	o Conductas que hieren a los otros indirectamente, a través de la manipulación de las relaciones con los iguales: control directo, silencio, avergonzar en un ambiente social, alineación social, rechazo por parte del grupo, e incluso exclusión social.
Motivación	Agresión Hostil	Acción intencional encaminada a causar un impacto negativo sobre otro, por el mero hecho de dañarle, sin la expectativa de obtener ningún beneficio material.
	Agresión Instrumental	Acción intencional de dañar por la que el agresor obtiene un objetivo: ventaja o recompensa, social o material, no relacionada con el malestar de la víctima.
	Agresión Emocional	Agresión de naturaleza fundamentalmente emocional generada no por su estresor externo, sino por el afecto negativo que dicho estresor activa, produciendo ira y tendencia agresiva.

Clasificación Clínica	Agresión Pro-Activa (predatoria, instrumental, ofensiva, controlada, en frío)	Conducta aversiva y no provocada, sino deliberada, controlada, propositiva, no mediada por la emoción, dirigida a influenciar, controlar, dominar o coaccionar a otra persona.
	Agresión Reactiva (afectiva, impulsiva, defensiva, incontrolada, en caliente)	Reacción defensiva ante un estímulo percibido como amenaza o provocador (agresión física o verbal), acompañada de alguna forma visible de explosión de ira (gestos faciales o verbalizaciones de enfado). Respuesta impetuosa, descontrolada, cargada emocionalmente sin evaluación cognitiva de la situación.
Estímulo Facilitador	Agresión Predatoria	Por la presencia de una presa natural.
	Agresión inducida por el miedo	Por el confinamiento o acorralamiento y la incapacidad de escapar.
	Agresión inducida por irritabilidad	Por la presencia de cualquier organismo atacable en el medio, y reforzada por la

		frustración, la privación o el dolor.
	Agresión Territorial	Por la defensa de un área frente a un intruso.
	Agresión Maternal	Por la presencia de algún agente amenazador para las crías de la hembra, incluidas otras madres de la prole y la ejercida contra los propios pequeños.
	Agresión Instrumental	Tendencia a comportarse agresivamente cuando en el pasado esta conducta ha sido particularmente reforzada.
	Agresión entre machos	Por la presencia de un competidor masculino de la misma especie.
Signo	Agresión Positiva	<p>Agresión saludable, productiva, que promueve los valores básicos de supervivencia, protección, felicidad, aceptación social, preservación y las relaciones íntimas.</p> <p>Agresión que conduce a la destrucción de la propiedad o</p>

	Agresión Negativa	el daño personal a otro ser vivo de la misma especie. No es saludable porque induce emociones dañinas para el individuo a largo plazo.
Consecuencias	Agresión Constructiva	Acto o declaración en respuesta a una amenaza para protegerse de la misma.
	Agresión Destructiva	Acto de hostilidad hacia un objeto u otra persona, innecesario para la autoprotección-autoconservación.
Función	Agresión territorial	Para defender el territorio.
	Agresión por dominancia	Para establecer niveles de poder, una jerarquía de prioridades y beneficios.
	Agresión sexual	Para establecer contacto sexual.
	Agresión disciplinaria parental	Para enseñar conductas y establecer límites a los

		menores por los progenitores.
	Agresión protectora maternal	Para defender al recién nacido.
	Agresión moralista	Formas avanzadas de altruismo recíproco pueden dar lugar a situaciones sutil hostilidad o abierto fanatismo. Para obtener objetos.
	Agresión predatoria	Inducida por el dolor o por estímulos psicológicamente aversivos.
	Agresión irritativa	

(Ortiz Carrasco & Calderon gonzalez, 2006).

1.1.31 La Ausencia Diagnóstica de los Trastornos por Ira

Muchos individuos acuden a psicoterapia, al menos en parte, debido a la ira que hay en sus vidas. La ira perturba sus relaciones interpersonales y familiares, tienen un impacto

sobre su desempeño en el trabajo en los estudios, los lleva a decir cosas de las que se sienten culpables o avergonzados, disminuye su autoestima o les hace sentir sin control emocional. Si la emoción principal fuera la ansiedad o la depresión, podrían servir las categorías diagnósticas de trastornos ya establecidos. Sin embargo, si la emoción fundamental es la ira, no existe un diagnóstico similar (Caballo, Manual para el tratamiento Cognitivo Conductual de los trastornos psicológicos, 1998).

Al vérsela con las reacciones excesivas ante, o con la interferencia para afrontar, uno o más estímulos estresantes importantes, el Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-V) define varios trastornos de adaptación con la influencia del estado de ánimo ansioso, con estado de ánimo deprimido, o con características emocionales mezcladas. Sin embargo, si el individuo se encuentra básicamente enfadado, sin problemas de conducta, no se considera un trastorno de adaptación con estado de ánimo enojado (Caballo, Manual para el tratamiento Cognitivo Conductual de los trastornos Psicológicos, 1998).

La ira situacional también se pasa por alto a la hora del diagnóstico. Por ejemplo, una persona puede temer y evitar las críticas sociales o conducir un coche, pudiendo diagnosticársele fobia social o fobia específica, respectivamente. Sin embargo, si se enfada mucho cuando le critican o cuando conduce, no existe un trastorno por ira situacional similar. Otros individuos están perturbados por una ira más generalizada (Caballo, Manual para el tratamiento Cognitivo Conductual de los trastornos Psicológicos, 1998).

Puede que un amplio rango de situaciones les provoque fácilmente y experimente periodos de ira más intensos y duraderos. Es decir, parece que tiene un umbral más bajo para la ira y que experimentan aumentos de la ira más crónicos. Si estuvieran moderadamente ansiosos y preocupados, de forma crónica, sería apropiado un diagnóstico de trastorno por ansiedad generalizada, o si estuvieran moderadamente

deprimidos, de manera crónica, sería adecuada la etiqueta de distimia. Pero si el problema es la ira moderada, crónica, entonces no existe una categoría diagnóstica para él. La ausencia de categorías diagnósticas oficiales no quiere decir que la gente no sufra, o no existan trastornos emocionales basados en la ira (Caballo, Manual para el tratamiento Cognitivo Conductual de los trastornos Psicológicos, 1998).

1.1.32 Características psicológicas y de personalidad de los hombres violentos

Las características de los individuos enfadados en general tienen implicaciones para la relación terapéutica. Estos individuos suelen ser activos y desafiantes, culpan y externalizan, toman decisiones rápidas y actúan con base a ellas, y son verbalmente discutidores, mordaces e intimidatorios. Esto puede causar tensión en la relación terapéutica. Sin embargo, el terapeuta no debería sentirse amenazado o reaccionar negativamente ante estas características, ya que es probable que los pacientes se sintieran juzgados y amenazados, enfrentándose al terapeuta y/o abandonando la terapia. Se sugiere que los terapeutas muestren una aceptación y tolerancia reales con estos individuos. Esto no significa que los terapeutas tengan que aceptar y estar de acuerdo con cada conducta o idea del paciente, sino que comuniquen su disposición a estar pendiente de él, explorando y abordando las preocupaciones. A veces, necesitarán enfrentarse al paciente, pero deben hacerlo dentro de un contexto de atención y apoyo.

Si es posible, el terapeuta debería considerar las características del paciente, así como una responsabilidad y una virtud. El estilo desafiante, de enfrentamiento, por parte del paciente puede ser de gran ayuda cuando se aborden las conductas y las cogniciones del mismo, (el terapeuta le ayuda a cuestionar, discutir y no aceptar el valor aparente de sus pensamientos y de su conducta). Además, así se indica, estos pacientes pueden fácilmente compartir pensamientos, sentimientos y retroalimentación con otros miembros del grupo (Caballo, Manual para el tratamiento Cognitivo Conductual de los trastornos Psicológicos, 1998).

Teniendo en cuenta la tendencia del paciente hacia la discusión y la externalización, es importante que el terapeuta no intente entrar en discusiones inútiles en la que trate de convencer al paciente de su error. Es mejor que el terapeuta adopte la postura de que es cosa del paciente el mostrarle la validez de sus afirmaciones, en vez de ser trabajo del terapeuta discutir con el paciente para que las abandone.

Finalmente, las características del paciente conducen a una escenificación deliberada de los componentes cognitivos y de relajación, precediendo los procedimientos de relajación a los componentes cognitivos. En dos estudios anteriores sobre terapia cognitiva, los pacientes se resistían a los elementos cognitivos durante las primeras dos tres sesiones. Esos problemas no se observan en las intervenciones de relajación o cuando la relajación precedía a las intervenciones cognitivas. Por consiguientes, primero se presentan las habilidades de afrontamiento por medio de la relajación, porque parece que no solo desarrollan, por si mismas, habilidades útiles para el control de ira, sino porque reducen también la influencia negativa de las características del paciente en las partes iniciales de la terapia cognitiva (Caballo, Manual para el tratamiento Cognitivo Conductual de los trastornos psicologicos, 1998).

Como ya se ha señalado anteriormente, la prevención y el tratamiento de los problemas derivados de una alta frecuencia e intensidad de la ira se vuelve especialmente relevante debido al impacto negativo que dicha emoción puede alcanzar tanto en la salud física como en la salud mental del individuo, así como en su ajuste social. Desde los años noventa, la validación de tratamientos centrados en la regulación de la ira ha sido amplia, realizándose habitualmente desde un enfoque netamente cognitivo-conductual, aunque adaptándose distintos modelos y poniéndose en práctica con distintas poblaciones (Miguel Ángel Pérez Nieto, 2008).

El estudio de las tipologías de los hombres maltratadores es relativamente reciente. Los altos porcentajes de víctimas de violencia han provocado en la comunidad científica en

especial interés por el estudio de las características psicológicas y de personalidad de los hombres que ejercen violencia hacia su pareja (Andrea Torres, 2013).

A partir de la década de 1980, los investigadores intentaron escribir empíricamente las características de los hombres que maltrataban a sus mujeres. Los esfuerzos iniciales se centraron en la búsqueda de los elementos comunes que diferenciaban a los hombres maltratadores de aquellos que no lo eran, así como los subgrupos de hombre violentos entre si. En general, estos estudios indicaban que los hombres violentos suelen presentar carencias psicológicas, déficits cognitivos, desordenes de personalidad, consumo abusivo de alcohol y drogas, pensamientos distorsionados sobre la inferioridad de la mujer, baja autoestima, dificultad en la comunicación y en la expresión de sus emociones, falta de control de impulso y una estrecha relación entre la severidad de la violencia y el control de ira (Andrea Torres, 2013).

Los sujetos “violentos con la pareja/estables emocionalmente/ integrados socialmente”, equivalentes al tipo normalizado, se caracterizan por violencia limitada a la pareja, menor numero de distorsiones cognitivas, menor abuso de drogas, menor presencia de antecedentes penales, mayor autoestima, mayor control de la ira, poca presencia de síndromes clínicos y estilos de personalidad compulsivos, narcisistas e histriónicos. Con un estilo de apego predominantemente seguro, tiene mayor empatía y muestran mayor deseabilidad social (Andrea Torres, 2013).

Los sujetos “violentos generalizados/poco estables emocionalmente/no integrados socialmente” se caracterizan por violencia que se extiende mas afectados por síntomas clínicos, tienen mas distorsiones cognitivas. Asimismo, son mas impulsivos y se muestran menos empáticos que los sujetos del grupo anterior, con estilo de apego inseguro u hostil (Andrea Torres, 2013).

1.1.33 Principales Clasificaciones tipológicas sobre hombres violentos contra la pareja

Existen dos grupos de investigadores (Gottman et al., 1995; Holtzworth-Munroe y Stuart, 1994) que, desde hace algo más de una década, han guiado el debate sobre las tipologías de hombres violentos contra su pareja.

1.1.34 Clasificación de Gottman et al. (1995)

Esta clasificación, realizada en un contexto de laboratorio, propone la existencia de dos tipos de maltratadores en función de su respuesta cardiaca diferencial ante una discusión de pareja (Amor, Echeburúa, & Loinaz, 2009).

- **Maltratadores de tipo I (cobra).** Son aquellos hombres violentos que ante una discusión de pareja muestran un descenso en su frecuencia cardiaca y que exteriorizan mucha agresividad y desprecio hacia la víctima. Asimismo, se comportan violentamente con otro tipo de personas (amigos, desconocidos, compañeros de trabajo, etc.). Desde una perspectiva psicopatológica, suelen mostrar características antisociales y agresivos-sádicas, así como una mayor probabilidad de drogodependencia (Amor, Echeburúa, & Loinaz, 2009).
- **Maltratadores de tipo 2 (pitbull).** Son aquellos hombres violentos que presentan un aumento en su frecuencia cardiaca ante una discusión de pareja. Desde una perspectiva psicopatológica tienden a mostrar trastornos de personalidad por evitación y borderline, características pasivo-agresivas, ira crónica y un estilo de apego inseguro (Amor, Echeburúa, & Loinaz, 2009).

- **En el primer caso (tipo 1)** se ejerce una violencia instrumental, es decir, la conducta agresiva es planificada, expresa un grado profundo de insatisfacción y no genera sentimientos de culpa; **en el segundo (tipo 2)**, por el contrario, se trata de una violencia impulsiva, caracterizada por una conducta modulada por la ira y que refleja dificultades en el control de los impulsos o en la expresión de los afectos (Amor, Echeburúa, & Loinaz, 2009).

1.1.35 Clasificación Holtzworth-Munroe y Stuart (1994)

La tipología propuesta por Holtzworth-Munroe y Stuart (1994) se centra en tres variables relevantes: funcionamiento Psicológico, extensión de la violencia y gravedad de la conducta. A partir de estas dimensiones se establece la existencia de tres tipos de agresores: a) limitados al ámbito familiar, b) Borderline/disfóricos, y c) violentos en general/antisociales (Amor, Echeburúa, & Loinaz, 2009).

- **Maltratadores limitados al ámbito familiar (sobrecontrolados).** Este grupo representa el 50% de los agresores en la tipología teórica, pero en el estudio empírico se reduce al 36% de la muestra. Estos sujetos son violentos fundamentalmente en el ámbito familiar (contra su pareja e hijos), su violencia es de menor frecuencia y gravedad que en los grupos restantes, y es menos probable que agredan sexualmente a su pareja. Si bien no es frecuente encontrar psicopatología o trastornos de personalidad, pueden aparecer rasgos de personalidad pasiva, dependiente y obsesiva (Amor, Echeburúa, & Loinaz, 2009).
- **Maltratadores borderline/disfóricos (impulsivos).** Este grupo representa alrededor del 25% de los maltratadores, pero se limita al 15% en el estudio empírico ulterior. Estos sujetos suelen ser violentos física, psicológica y sexualmente, y muestran una violencia de intensidad media o alta dirigida habitualmente contra su pareja y otros miembros de la familia (a veces pueden

ser violentos fuera del ámbito familiar). Según Holtzworth-Munroe y Stuart (1994), son los que presentan mayores problemas psicológicos, tales como impulsividad, inestabilidad emocional e irascibilidad; además oscilan rápidamente del control de enfado extremo, lo cual encaja frecuentemente con el trastorno de personalidad borderline. Estas características serían similares a las del grupo impulsivo-subcontrolado de Dutton, es decir, sujetos que presentarían características propias de la personalidad abusiva, como apego temeroso, ira crónica y síntomas traumáticos (Amor, Echeburúa, & Loinaz, 2009).

- **Maltratadores violentos en general/antisociales (instrumentales).** Este grupo que supone el 25% de los maltratadores y el 16% en el estudio empírico (Holtzworth-Munroe et al., 2000), hace un uso instrumental de la violencia física y psicológica, que se manifiesta de forma generalizada (no limitada al hogar) como una estrategia de afrontamiento para conseguir lo deseado y superar las frustraciones. Mientras que el agresor impulsivo actúa con violencia como respuesta a una tensión interna acumulada, el instrumental (antisocial) utiliza la violencia de modo frío para obtener objetivos específicos. Su violencia es de mayor frecuencia e intensidad que la de los grupos anteriores. En conjunto, aunque presentan menores niveles de ira y de depresión que el grupo impulsivo, se observa mayores niveles de narcisismo y de manipulación psicopática (Amor, Echeburúa, & Loinaz, 2009).

1.1.36 Definición de Violencia contra la Mujer

La Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer, define la violencia contra la mujer como: “Todo acto de violencia basado en el género que tiene como resultado posible o real un daño físico, sexual o psicológico, incluidas las amenazas, la coerción o la privación arbitraria de la libertad, ya sea que ocurra en la vida pública o en

la vida privada.” La Convención interamericana para Prevenir, Castigar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Diane Alméras, 2002).

“La violencia contra la mujer constituye una violación de los derechos humanos y las libertades fundamentales y limitada total o parcialmente a la mujer el reconocimiento, goce y ejercicio de tales derechos y libertades” define que:

“Debe entenderse por violencia contra la mujer cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado” (Diane Alméras, 2002).

Según una reseña de 50 estudios provenientes de todo el mundo, entre 10% y 50% de las mujeres han sufrido en algún momento de sus vidas un acto de violencia física realizado por sus parejas. Esta reseña y otra anterior destacan algunas de las características que a menudo acompañan la violencia en las relaciones de pareja:

- La gran mayoría de los autores de la violencia son hombres; las mujeres corren mayor riesgo con hombres que ya conocen.
- La violencia física casi siempre va acompañada de maltrato psicológico y, en muchos casos, de abuso sexual.
- La mayoría de las mujeres que sufren alguna agresión física de su pareja por lo general serán víctimas de múltiples actos de violencia con el paso del tiempo.
- La violencia contra las mujeres traspasa los límites de las clases socioeconómicas, la religión y el origen étnico.
- Los hombres que golpean a sus parejas exhiben un marcado comportamiento de control sobre alguien.

Los estudios muestran que la violencia basada en el género es un problema complejo que no puede ser atribuido a una sola causa.

Hay factores de riesgos, como el abuso de alcohol y de drogas, la pobreza y el hecho de presenciar o sufrir violencia en la niñez, que contribuyen a la incidencia y a la severidad de la violencia contra las mujeres. Sin embargo, en general es un problema que obedece a múltiples causas, influido por factores sociales, económicos, psicológicos, jurídicos, culturales y biológicos (Marijke Velzebour, 2003).

1.1.37 Manifestaciones Conductuales y Físicas de la ira

Al igual que otras emociones, el enojo o la ira constituyen una manera habitual y sana de reaccionar ante una variada gama de situaciones con las cuales las personas nos vemos enfrentadas cotidianamente. En efecto, el enojo adecuado nos ayuda a resolver un desacuerdo, reclamar nuestros derechos o simplemente marcar límites. No obstante, en algunos casos, la ira se convierte en un problema que deriva en serias consecuencias para la salud y la calidad de vida en general (Choliz, 2005).

Si bien no existen criterios tajantes y unívocos para diferenciar el enojo saludable del patológico, hay en la literatura científica actual un consenso acerca de que el grado y las consecuencias de la ira revisten especial importancia. De este modo, será patológico cuando sea experimentado en montos elevados y/ o cuando acarree consecuencias negativas importantes (Choliz, 2005).

Desde un punto de vista psicológico, estimamos el nivel de enojo sobre la base de su frecuencia, su intensidad y su duración. De este modo, el sentimiento será patológico cuando se presente muchas veces en un período determinado (frecuencia), se experimente subjetivamente con demasiada fuerza (intensidad) y se prolongue por largos períodos (duración). Contrariamente, el sentimiento de enojo poco frecuente, leve y de corta duración será probablemente más adaptativo. La evaluación de las consecuencias

del enojo abre varias vertientes de discusión. Entre ellas, sobresale el análisis de su expresión (Choliz, 2005).

Fernández-Abascal y Palmero (1999) proponen entender a la ira-hostilidad como una unidad en la que cada una de estas manifestaciones son componentes del mismo proceso emocional. El proceso como en todas las emociones, se inicia con la evaluación (cognición) de un estímulo (percepción) que realiza un sujeto con un determinado estado afectivo (afecto), si el estímulo es procesado como un candidato a desencadenar la emoción de ira, entonces la persona experimentará dicha emoción. Así se activa fisiológicamente, se produce una cierta disposición actitudinal hostil (cognición) y se activan tendencias a la acción que eventualmente darán lugar a una forma de afrontamiento, la agresión (Jorge Iacovella M. T., 2003).

1.1.38 Expresión de la ira

Actualmente, y no sólo en un marco funcionalista, la distinción conceptual entre lo que es la experiencia de ira y lo que es la expresión de la ira ha tomado una gran importancia. La experiencia de ira hace referencia a los procesos subjetivos, a las emociones relacionadas y a los procesos cognitivos que se caracterizan por la hostilidad. La expresión de ira hace referencia a la conducta agresiva que sigue a la ocurrencia de un episodio de ira. Otros constructos relacionados, como son los estilos de afrontamiento de ira, o la distinción que se hace entre ira hacia adentro versus ira hacia afuera, son similares a la experiencia versus la expresión de ira (Miguel Ángel Pérez Nieto, 2008).

Se considera que, en la expresión y el control de la ira, se dan cuatro componentes, Expresión Externa de la Ira, implica la manifestación de la ira hacia otras personas u objetos del entorno. El segundo componente, Expresión interna de la Ira, consiste en dirigir la ira hacia el interior (esto es, reprimiendo los sentimientos de ira). El tercer componente, Control Externo de la Ira, se basa en el control de los sentimientos de enfado evitando su manifestación ante otras personas u objetos circundantes.

Finalmente, el Cuarto componente, Control Interno de la Ira, se relaciona con el control de los sentimientos de ira suprimidos mediante el sosiego y la moderación en las situaciones enojosas (Spielberger C. , 2009).

La respuesta fisiológica se caracteriza por un aumento de la activación simpática, la hostilidad modula la respuesta fisiológica y las tendencias a la acción (aumentándolas). En cuanto a la acción, el sujeto la llevará acabo si estima que sus recursos para la agresión son suficientes y lo considera pertinentes. Si no se da alguna de estas condiciones entonces reprime el impulso y consecuentemente se incrementará la hostilidad (también podría ser incrementado el sentimiento de ira), de este modo se produce también un aumento de la activación fisiológica o su prolongación en el tiempo (Jorge Iacovella M. T., 2003).

1.1.39 Problemas de ira en Panamá

La violencia del hombre hacia la mujer, tradicionalmente, es un hecho que ha sido construido socialmente desde el imaginario de aquello que pertenece a la esfera de lo privado. La violencia hacia las mujeres, en muchos sentidos, cursa el mismo trayecto que el protagonismo y la autonomía de las mujeres. Los estudios de la mujer que se inician en la mitad del siglo pasado ponen en evidencia el vacío que existe en la cultura y la historia de la mujer. La mujer es vista desde lo mítico, desde la madre nutricia y como parte del hombre. La mujer carecía de identidad por si misma y vinculada a su pareja o como parte de una familia (Leiro, 2014).

Los estudios de la mujer evolucionaron hacia los primeros movimientos feministas (en la década de 1960) y una de las primeras denuncias que formulan es la violencia que cometen los hombres hacia las mujeres, la división del poder y se comienza a realizar una de las transformaciones mas intensas del siglo pasado y se poyan sobre el momento

actual y la violencia, la familia y las relaciones familiares pasan a ser vistas de lo privado a lo público (Leiro, 2014).

La violencia, específicamente la violencia del hombre hacia la mujer, también denominada violencia de género, violencia intrafamiliar o violencia doméstica, es un fenómeno que ha transcurrido a lo largo de nuestra sociedad patriarcal desde tiempos remotos (Leiro, 2014).

En el Informe Estadístico de Violencia Doméstica de Enero a diciembre 2018, con un total de 15,434 denuncias registradas a nivel nacional, siendo la Violencia doméstica con la mas alta tasa de denuncias registradas contra el orden jurídico familiar a nivel nacional por distrito judicial (Público, Procuraduría general de la nación, 2019).

1.1.40 Número de denuncias registradas contra el orden jurídico familiar y el estado civil a nivel nacional por mes Del 1 de enero al 31 de diciembre 2018.

Delito	TOTAL	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
Violencia Doméstica	15,434	1,189	1,191	1,343	1,308	1,392	1,351	1,435	1,375	1,143	1,270	1,269	1,168

(Público, 2019).

El estado panameño ha realizado esfuerzos en políticas públicas para dar solución a la violencia entre parejas; sin embargo, esta labor no ha estado acompañada de estudios científicos del caso panameño, lo que supone graves obstáculos para producir políticas públicas eficaces. El Plan Nacional contra la Violencia Doméstica y Políticas de Convivencia Ciudadana, lanzado por el Estado panameño en 2004, debía ser

implementado entre ese año y el 2014. Dicho escrito contemplaba como parte de sus objetivos la reducción en un 30% de los casos de violencia doméstica en todos los distritos de la República de Panamá, además de la creación de un Sistema Único de Registro y Análisis, los cuales, al día de hoy están lejos de concretarse (Vásquez Fernando, 2018).

Aumentan las atenciones de personas Víctimas y ofensores de violencia intrafamiliar en la CSS. En 462 casos se incrementaron las estadísticas de personas víctimas y ofensores de violencia intrafamiliar atendidos en el Programa Nacional de Salud Mental, de la Caja de Seguros Social. La Dra. Karen Buitrago Moreno, psiquiatra de la policlínica Don generoso de la Guardia en Santa Librada, señaló que, en el caso de los ofensores, el 90% son referidos por la Fiscalía del área de San Miguelito, el 4% por el Juzgado de Familia o Corte Suprema de Justicia y el 1% restante por demanda espontánea. De igual manera, las víctimas de violencia son referidas al servicio de Salud Mental por referencia legal o espontáneamente (CSS, 2018).

1.1.41 Emociones y Salud

Una de las áreas de mayor interés en la investigación experimental y la actividad profesional es el papel de la emoción tanto en la promoción de la salud y génesis de la enfermedad, como en las consideraciones terapéuticas implicadas. Los procesos emocionales han demostrado su relevancia en alteraciones del sistema inmunológicos, trastornos coronarios, diabetes, trastornos del sueño, etc (Choliz, 2005).

La relación entre procesos mentales y orgánicos es una cuestión presente no solo en los orígenes de la psicología, sino también en el inicio de la medicina. Desde que Hipócrates estableciera una tipología que relacionaba el temperamento con enfermedad, la relación entre procesos psicológicos y reacciones fisiológicas (mente-cuerpo, psique-soma) ha sido uno de los problemas conceptuales de mayor envergadura. Podemos afirmar que

se trata de cuestiones filosóficas que todavía quedan sin resolver en la actual psicología experimental (Choliz, 2005).

La investigación sobre la relación entre emoción y salud se ha centrado, entre otros, en dos grandes aspectos. En primer lugar, en establecer la etiopatogenia emocional de ciertas enfermedades, intentado relacionar la aparición de determinadas emociones (ansiedad, ira, depresión, etc.) con trastornos psicofisiológicos específicos (trastornos coronarios, alteraciones gastrointestinales, o del sistema inmunológicos, por ejemplo). En segundo lugar, en el papel que ejerce la expresión o inhibición de las emociones en la salud y en el enfermar. Parece que la dimensión especialmente relacionada con la enfermedad coronaria es la hostilidad (Choliz, 2005).

Diferentes estudios han señalado que los sujetos hostiles son más proclives que los no hostiles a desarrollar coronariopatías e, incluso, que situaciones de ira pueden precipitar los procesos de Enfermedades Coronarias. Se ha puesto de manifiesto que los procesos cardiovasculares patológicos estarían asociados con el potencial para la hostilidad, y que el pobre manejo de los sentimientos hostiles, especialmente cuando son suprimidos, sería más destructivos (Jorge Iacovella M. T., 2003).

1.1.42 Investigaciones Recientes

A raíz de las críticas hechas al patrón de conducta tipo A, como predictor de trastornos cardiovasculares se comenzó a investigar un nuevo patrón de predisposición conductual que indicara más eficazmente la posibilidad de presentar un trastorno cardiovascular. Ya que la hostilidad se mostrará como el componente más tóxico y nocivo del patrón de conducta tipo A en tanto indicador de riesgo coronario (Jorge Iacovella M. T., 2003).

El Staxi se ha utilizado ampliamente en investigaciones sobre medicina conductual y psicología de la salud. Los efectos de los componentes de la ira medidos por las escalas del Staxi sobre la elevada presión sanguínea e hipertensión, reactividad cardiovascular, enfermedades cardíacas, trastornos por estrés postraumático y otros trastornos médicos y psicológicos, han sido objeto de examen en numerosos estudios (Spielberger C. , 2009).

Capítulo II – Marco Metodológico

2 Planteamiento del Problema

El pobre manejo de la ira ha sido una problemática que ha existido desde hace muchos años, muchos estudios señalan que la ira esta relacionada con características de personalidad y variables que se encuentran en individuos que la padecen, sin embargo, no existe un diagnóstico específico. La ira causa problemas interpersonales, familiares y laborales a los individuos que la padecen y muchas veces esta conducta puede ser peligrosa, tanto a la que la padece como a los que están a su alrededor.

Con la investigación que se plantea surge un interrogante que esperamos aclarar en el análisis de los resultados obtenidos en la investigación:

¿Podrá la Terapia Cognitivo Conductual, contribuir a la disminución de la ira en sus distintas manifestaciones en hombres ofensores?

2.1.1 Justificación

En nuestro país, el pobre control de la ira trae como consecuencia una serie de problemática que afecta a los individuos que la padece, a nivel personal, familiar y social, es un estado de descontrol que termina en acciones violentas, causando malestar y daño (ministeriopublico.gob.pa, 2013).

La violencia doméstica es un problema social que afecta, no solo a nuestro país, sino a todo el ámbito internacional, cuyas estadísticas demuestran su considerable aumento. Su elevada incidencia trae consecuencias negativas para las víctimas y para toda su familia, por lo que es urgente tomar las medidas necesarias para contribuir a disminuir este terrible flagelo. Los tratamientos de hombres violentos contra la pareja se justifican

socialmente por la oportunidad que hay que dar a los agresores para cambiar su conducta (al margen de las necesidades de hacerle frente a sus responsabilidades,) por la protección de las víctimas actuales (muchas de ellas siguen viviendo con el agresor), por la prevención de la violencia con posibles víctimas futuras y por la evitación de la extensión de la violencia a los hijos. Se trata además de interrumpir la transmisión de la cadena intergeneracional y el aprendizaje observacional por parte de los hijos (Enrique Echeburúa, 2009).

Esta investigación tiene como finalidad ayudar a los hombres a controlar y disminuir la expresión de la ira y aumentar los niveles de controles internos y externos de la ira.

El informe de estadísticas del centro de Atención a Víctimas del Ministerio Público reporta, entre el 1 al 28 de febrero del 2014, un total de 69 casos de denuncias por violencia doméstica en la ciudad de Panamá. La mayoría de estas mujeres que hacen estas denuncias, han sido atacadas físicamente, en reiteradas ocasiones por su pareja. Actualmente, según Estadísticas del Ministerio Público, se registra un aumento del 16% en un año (Publico, 2019).

Las mujeres que son víctimas de violencia por sus parejas o exparejas muchas veces tratan de buscar ayuda con algún familiar que le pueda brindar protección, sin embargo, el ofensor, como conoce muy bien el círculo familiar y de amistad, termina encontrándola y en el peor de los casos, estas personas que le brindaron protección a la víctima terminan lastimadas (Público, 2019).

En Panamá existen muchas instituciones que ofrecen ayuda, atención y apoyo a todas las mujeres que son víctimas de maltratos, sin embargo, muchas no asisten por miedo, vergüenza o porque su pareja les dice que no va a volver a pasar, es entonces donde se vuelve un círculo de violencia que no acaba, hasta que ocurra un desenlace fatal. Es importante que la sociedad tome medidas ante el problema planteado, trabajar la

prevención se puede llevar a cabo educando a las madres de cómo educar a sus hijos para que sean hombres de bien, y brindar asistencia psicológica a los hombres ofensores que buscan ayuda, para ayudarlos a modelar sus conductas y así disminuir en la posibilidad estos actos de violencias.

2.1.2 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

2.1.3 Objetivos Generales

El Objetivo General de la investigación es:

Determinar el efecto de la terapia Cognitivo Conductual grupal para controlar la expresión externa de la ira en hombres ofensores.

2.1.4 Objetivos Específicos

Los objetivos específicos de la investigación son:

- 1) Evaluar los niveles de control de ira que puedan presentar la población de hombres ofensores, a la cual va dirigido este estudio.
- 2) Disminuir la manifestación de la ira en un grupo de hombres ofensores mediante técnicas de la Terapia Cognitiva Conductual.
- 3) Comparar los resultados obtenidos en este estudio, antes y después de aplicada la terapia.

2.1.5 HIPÓTESIS

a. Hipótesis de Investigación

La Terapia Cognitivo Conductual, mejorará el control y manejo de la ira, en hombres ofensores.

- b. Hipótesis Conceptual
- c. Hipótesis Operacional
- d. Hipótesis Estadística

Ho: La Terapia Cognitivo Conductual no mejorará la manifestación de ira, en cuanto a la expresión verbal y/o física.

$$H_o = X_1 < X_2$$

Hi: La Terapia Cognitivo Conductual mejorará la manifestación de ira, en cuanto a la expresión verbal y/o física.

$$H_i = X_1 > X_2$$

2.1.6 DISEÑO DE INVESTIGACION

Esta investigación corresponde al diseño *cuasi experimental* con pretest y postest.

El grupo será seleccionado mediante los criterios de inclusión y se aplicará El Pretest y un pos test a el grupo, antes y después de la intervención, para medir la efectividad del tratamiento y si existen diferencias significativas antes y después del tratamiento.

2.1.7 VARIABLES DE INVESTIGACION

2.1.8 Variable Independiente

La variable independiente de esta investigación es la Terapia Cognitiva Conductual. Aplicaremos una replica de un programa de intervención grupal diseñado para el manejo

y control de la ira. (Caballo, Manual para el tratamiento Cognitivo Conductual de los trastornos Psicologicos, 1998).

a. La variable independiente:

Terapia Cognitivo Conductual grupal

b. La variable dependiente:

La ira, en su expresión verbal y física.

a. Definición Conceptual La Terapia Cognitivo Conductual se puede definir como un enfoque de tratamiento que intenta modificar la conducta manifiesta influyendo sobre los procesos del pensamiento del cliente (Rimm y Masters, 1979). (NIETZEL, 1988). *“La ira es un estado emocional que puede variar desde la leve irritación hasta la violencia desatada. La ira entendida como un comportamiento de carácter adictivo al que se recurre ante cualquier contingencia pone de manifiesto la incapacidad del individuo para relacionarse y resolver los conflictos de un modo adecuado y acorde a las circunstancias. Es un tipo de respuesta que esconde el miedo ante la imposibilidad de expresar sentimientos y necesidades que, con frecuencia, quedaron bloqueados durante la infancia, fruto de un aprendizaje erróneo”.* (Lozoya, 2015).

b. Definición Operacional Psicoterapia Cognitivo Conductual: se aplicarán 10 sesiones de 120 minutos cada una, una vez por semana. **Historia de vida de cada paciente:** para indagar en el historial de actos agresivos que puedan presentar los participantes y conocer un poco su historia de vida. **Aplicación de Inventario de expresión de ira estado-rasgo STAXI-2 Charles D. Spielberger:** para determinar las diferentes facetas de la ira que presentan los pacientes.

2.1.9 Intervención y plan de tratamiento mediante la utilización de terapia Cognitivo Conductual grupal: para el manejo del enojo y la ira.

2.1.10 Sesiones

En esta investigación la aplicación de la Terapia Cognitiva Conductual se llevó a cabo de manera grupal, será una sesión semanal con un tiempo estimado de duración de 120 minutos, por un período de 3 meses, haciendo un total de 10 sesiones. El Investigador desarrolló la terapia en el salón de terapias del CAMM.

Al inicio de cada sesión se realizó una revisión de las tareas asignadas, se revisó como estuvo la semana si algún participante del grupo quiere compartir alguna situación especial que le causo algún malestar significativo y como reaccionó a esa situación. El intercambio de opiniones sin dar consejos y sugerencias ayudó a que los participantes puedan ver su situación desde otra perspectiva y compartir sentimientos y experiencias. Lo más importante es que los participantes vayan utilizando las herramientas aprendidas en las sesiones y poco a poco estas herramientas formen parte de su comportamiento habitual que le serán de gran ayuda ante situaciones estresantes o violentas. Sin duda estas herramientas y/o cambios de pensamientos les ayudara a ver las situaciones estresantes desde otra perspectiva más realista y así eliminar el comportamiento agresivo presente.

Terapia Cognitiva Conductual para el manejo de la ira se aplicará en 10 sesiones, y las cuales explicamos a continuación.

2.1.11 Sesión # 1

Sesión 1	Estructura de las sesiones	Tareas para la casa
	<p>Presentación de los Terapeutas y los miembros del grupo.</p> <p>El o los terapeutas se presentan ante el grupo y luego lo hacen el resto del grupo. En esta presentación se pueden incluir los datos generales del paciente, lo que hace actualmente cada participante, y algunas de sus aficiones.</p>	<p>Se necesita que el paciente lleve a cabo en vida real comportamientos que ha aprendido en las sesiones de tratamiento, con el fin que se generalice el aprendizaje.</p> <p>Como tarea para casa se incluye una hoja de Auto registro de la ira, y practicar la relajación progresiva diariamente. Se da a los pacientes un folleto donde se incluyen los pasos de la relajación[on, con el fin de facilitar la práctica de la misma.</p>

	<p>Planteamiento de algunas reglas básicas para el funcionamiento del grupo.</p> <p>Se presentan a los miembros del grupo algunas reglas básicas para el buen funcionamiento del mismo, como son la confidencialidad de lo que se trate en el grupo, la asistencia, la puntualidad, la participación, el respeto a los integrantes del grupo, la importancia de realizar las tareas para casa, etc.</p>	
	<p>Psicoeducación definición de términos, enojo, ira, irritabilidad, etc.</p> <p>Se ofrece una explicación actualizada sobre la naturaleza de la ira, sus características clínicas (conductuales, cognitivas y fisiológicas), como influyen en el comportamiento los factores predisponentes, disparadores (estresores + contextos), interpretación, respuesta del enojo (conducta), estilos de la Expresión de la ira y sus diferentes tipos de manifestaciones.</p>	

	<p>Explicación de los fundamentos del tratamiento.</p> <p>Se explican los objetivos que se pretenden conseguir con el tratamiento, en que se basa el Modelo Cognitivo Conductual de la ira, y las distintas técnicas como Auto-Registro (evaluación del enojo y el comportamiento hostil), Medidas Estandarizadas del control del enojo, Flecha Descendente.</p>	
	<p>Explicación de los objetivos, frecuencia, duración del programa de tratamiento.</p>	
	<p>Evaluación de la motivación y expectativas con respecto al programa de tratamiento.</p> <p>Muchos pacientes que presentan problemas de control de ira ya han intentado enfrentarse y tratar de controlar este, sin embargo, muchos han tenido poco éxito, Se comenta la eficacia demostrada por este tipo de tratamiento, si se lleva a cabo en forma sistemática</p>	

	y dirigido por un profesional tiene una mayor probabilidad de éxito.	
	<p>Entrenamiento en habilidades de relajación progresiva.</p> <p>La relajación es una forma de eliminar la tensión, cuando las personas se encuentran tensionadas, raramente sus músculos se relajan, lo que provoca malestar en el sujeto, una aprensión constante la gente se puede sentir irritada, cansada, etc.</p>	

2.1.12 Sesión # 2

Sesión 2	Estructura de las sesiones	Tareas para la casa
	<p>La segunda sesión empieza con un repaso de las tareas dejadas para casa, se amplía y consolida la importancia de cumplir con las tareas asignadas y la práctica de las habilidades de relajación y darse cuenta de señales situacionales y personales de la activación de la ira.</p>	<p>Continuar con el autorregistro y la práctica de la relajación.</p> <p>Al menos una vez al día, el paciente tiene que aplicar una o más de las habilidades de afrontamiento por medio de la relajación en situaciones no estresantes.</p> <p>El paciente tiene que identificar, y tomar notas en una situación que sea de aproximadamente 50 en una escala de 100 puntos sobre intensidad de la ira.</p>
	<p>Práctica de relajación, no sólo para aclarar y apoyar la práctica, sino para recoger la información que pueda emplearse para modificar los procedimientos de relajación.</p>	

	<p>Se desarrolla una imagen relajante clara, concreta, que refleje un momento específico de su vida. La escena deberá incluir tanto detalles sensoriales afectivos como sea posible, con el fin de hacer que sea vivida y relajante cuando se utilice posteriormente en la sesión.</p>	
	<p>Después de que se construya la escena, se repite la relajación progresiva, tensando los grupos de músculos una vez. Después de tensar y relajar los músculos, se entrenan a los pacientes en las siguientes cuatro habilidades de afrontamiento por medio de la relajación.</p>	
	<p>Relajación sin tensión</p> <p>La imagen relajante</p> <p>Relajación provocada por la respiración.</p> <p>Relajación controlada por estímulos.</p> <p>Estas habilidades de afrontamiento se repiten en cuanto el tiempo lo permita,</p>	

	intentando generalmente ensayar cada una de ellas de dos o tres veces.	
--	--	--

2.1.13 Sesión #3

Sesión 3	Estructura de las sesiones	Tareas para la casa
	<p>Repaso de las tareas asignadas en la sesión anterior. En la revisión de las tareas para casa, el terapeuta deberá atender tres cosas en los pacientes. En primer lugar, se deberá notar un aumento del darse cuenta de los elementos personales de activación de la ira. En segundo lugar, se deberían clarificar y reforzar los ejemplos de un aumento del darse cuenta y de la modificación del afrontamiento. En tercer lugar, se deberían clarificar y reforzar los ejemplos en lo que son importantes los elementos cognitivos, con el fin de ir trasladándose al hacia el centro cognitivo de la sesión.</p>	<p>Se asignan las tareas para casa, los pacientes continúan autorregistrando la ira, pero se añade una sección separada en la que registran los componentes cognitivos. Se practica diariamente la relajación sin tensión junto con la aplicación de una o más de las habilidades de afrontamiento por medio de la relajación.</p>

	<p>Las intervenciones de terapia cognitiva se centran en la identificación y modificación de esos procesos cognitivos generadores de ira, de modo que la realidad percibida no sea aversiva de forma innecesaria.</p>	
	<p>Psicoeducación acerca de las distorsiones cognitivas generadoras de ira como lo son (Castrofizando y magnificando lo negativo, Exigencias, órdenes y coacciones, sobregeneralización, pensamiento absurdo y provocador, atribuciones erróneas y el pensamiento limitado a un objetivo, pensamiento polarizado, sobrestimación e infraestimación).</p> <p>Los procesos cognitivos a menudo distorsionan la realidad y producen más ira, modificando estas cogniciones se puede disminuir la ira y poner al individuo en una mejor posición para el afrontamiento por medio de sus propios recursos.</p>	

	<p>En los últimos 15 minutos de la sesión se utilizan en actividades de relajación. Con el fin de fortalecer la relajación controlada por un mismo, se repiten las otras habilidades de afrontamiento por medio de imágenes relajantes, la relajación controlada por estímulos y la relajación provocada por la respiración, cuando el tiempo lo permite.</p>	
--	---	--

2.1.14 Sesión #4

Sesión 4	Estructura de las sesiones	Tareas para la casa
	<p>Revisión inicial de las tareas para casa centrados tanto en los problemas como en los éxitos.</p> <p>Aclarar y abordar las dificultades y las dudas, pero también reforzando lo positivo animando a los pacientes a aplicar las habilidades de afrontamiento cognitivas y de relajación para la disminución de la ira y de otras emociones negativas. Es importante aclarar al grupo que estas habilidades muchas veces no son eficaces en este momento, pero el intentarlo es muy importante para lograrlo.</p>	<p>Se asignan las tareas para casa que incluye la práctica diaria continua de la relajación sin tensión y su registro en el diario de relajación. La aplicación de las habilidades de afrontamiento cognitivas y de relajación una o más veces al día para todos los tipos de reacciones estresantes, especialmente las que implican ira.</p>
	<p>Se habla sobre la escena de ira, se lleva a los pacientes a que puedan visualizar una situación que le cause ira para dar sustancia a los detalles situacionales, cognitivos,</p>	

	<p>emocionales y fisiológicos concretos.</p> <p>Entrenamiento en habilidades de afrontamiento y presentación de las escenas de ira.</p> <p>Se asignan las tareas para casa que incluye la práctica diaria continua de la relajación sin tensión y su registro en el diario de relajación. La aplicación de las habilidades de afrontamiento cognitivas y de relajación una o más veces al día para todos los tipos de reacciones estresantes, especialmente las que implican ira.</p>	
--	---	--

2.1.15 Sesión #5

Sesión 5	Estructura de las sesiones	Tareas para la casa
	<p>Revisión inicial de las tareas para casa centrados tanto en los problemas como en los éxitos y los problemas al aplicar las habilidades de afrontamiento cognitivas y de relajación a la ira y a otras emociones.</p> <p>Psicoeducación once estilos de la Expresión de la IRA</p>	<p>Se asignan las tareas para casa que incluye la práctica diaria continua de la relajación sin tensión y su registro en el diario de la relajación. La aplicación de las habilidades de afrontamientos.</p>
	<p>Se aumenta el nivel de ira de la escena de ira, generalmente unas 10-15 unidades en una escala de 100 puntos y, dependiendo del formato de la escena seleccionada, se cambia a una escena en la que la ira experimentada se produce después de tener lugar un acontecimiento o en la que la ira se reprimió en ese momento, pero la experimentó cuando se encontró más tarde con estímulos que le recordaban la situación.</p>	

2.1.16 Sesión #6

Sesión 6	Estructura de las sesiones	Tareas para la casa
	<p>Se repasan las tareas para casa, se refuerzan los logros y se presta mas atención a que los pacientes disfruten de sus propios éxitos.</p> <p>Se identifican y etiquetan los temas cognitivos frecuentes y empezar a identificar los principios y estrategias generales para abordar las fuentes de ira.</p>	<p>Se asignan las tareas para casa que incluye el autorregistro y la práctica diaria continua de la relajación sin tensión y llevar su registro en el diario de la relajación.</p>
	<p>Se aumenta el nivel de ira unas 10 unidades más y se instruye al paciente a que permanezca en la escena de ira y empleen de forma activa las habilidades de afrontamiento cognitivas y de relajación para reducir esa ira.</p> <p>Se instruye al paciente para que emplee las habilidades de relajación que mejor funcione en su caso, se hace énfasis en que el paciente aplique los pensamientos que le sean más útiles.</p>	

2.1.17 Sesión #7

Sesión7	Estructura de las sesiones	Tareas para la casa
	<p>Se repasan las tareas para casa, se refuerzan los logros y se presta más atención a que los pacientes disfruten de sus propios éxitos.</p> <p>Se emplean niveles de escenas de ira incluso más elevados, incluyendo la peor situación de ira del paciente. Por consiguiente, es necesario que las tareas para el desarrollo de escena y contrarrespuestas cognitivas reflejen el contenido de la escena y/o el nivel para la siguiente sesión.</p>	<p>Se asignan las tareas para casa que incluyen el autorregistro de la ira, así como el registro de otras emociones y la práctica diaria continua de la relajación sin tensión y llevar su registro en el diario de la relajación.</p>
	<p>Se fomenta de modo importante la aplicación de las habilidades a problemas emocionales distintos de la ira como la ansiedad, depresión, vergüenza y culpa, se pueden incluir cuando se considere apropiado, escena que impliquen esas emociones.</p> <p>Se asignan las tareas para casa que incluyen el autorregistro de la ira, así como el registro de otras</p>	

	emociones y la práctica diaria continua de la relajación sin tensión y llevar su registro en el diario de la relajación.	
--	--	--

2.1.18 Sesión #8

Sesión 8	Estructura de las sesiones	Tareas para la casa
	<p>Se discuten la experiencia , se refuerzan los logros y se presta más atención a que los pacientes disfruten de sus propios éxitos.</p> <p>Se discute sobre la experiencia en cuanto al registro de los problemas emocionales distintos de la ira, se presta mucha atención en cuanto a su experiencia y éxitos.</p> <p>Se instruye a los pacientes para que permanezcan en la escena de ira y empleen de forma activa las habilidades de afrontamiento cognitivas y de relajación para reducir la ira.</p>	<p>Se asignan las tareas para casa que incluyen el autorregistro de la ira y de otras emociones, la práctica diaria continua de la relajación y la práctica continua de las habilidades de afrontamiento que le sean más útil en cada situación.</p> <p>Se les comunica a los pacientes que quedan dos sesiones más para finalizar la terapia, razón por la cual deben disolver cualquier interrogante que se les presente.</p>

	<p>Se instruye al paciente para que emplee las habilidades de relajación que mejor funcionen en su caso, y se coloca el centro de atención en que el paciente aplique los pensamientos que sean más útiles, indicándosele por medio de sugerencias más generales como por ejemplo., preferir en vez de exigir, quedarse con lo que es cierto en esta situación y no ir más allá, que se refieran a temas cognitivos generales y que provoquen cogniciones más concretas por parte del paciente.</p>	
--	---	--

2.1.19 Sesión #9

Sesión 9	Estructura de las sesiones	Tareas para la casa
	<p>Se discuten los autorregistros de la ira y de otras emociones, se les pide a los pacientes que compartan su experiencia con el grupo y se refuerzan sus logros. Se les pregunta si tienen interrogantes acerca del proceso de la terapia. Los cambios cognitivos se centran en la reestructuración cognitiva.</p> <p>Sin embargo, conforme pasa el tiempo, se vuelven a menudo relevantes otros elementos de cambio cognitivo y se incorporan a las actividades de ensayo cognitivos.</p>	<p>Se asignan las tareas para casa que incluye el autorregistro de las emociones, la práctica continua de relajación, y poner en práctica las diferentes estrategias para disminuir la ira, se les instruye a los pacientes que utilicen las que mejor les funcionen. Se les recomienda a los pacientes hacer un registro de los logros que creen que han alcanzado a lo largo del proceso terapéutico.</p>
	<p>Se instruye a los pacientes diferentes estrategias sencillas, pero eficaces para disminuir la ira. Se fomenta el marcharse del lugar de la provocación y/ o el buscar demorar el tiempo antes de responder.</p>	

2.1.20 Sesión #10

Sesión 10	Estructura de las sesiones	Tareas para la casa
	<p>Se discuten los autorregistros y las diferentes estrategias utilizadas para disminuir la ira, se presta mucha atención a su experiencias y éxitos.</p> <p>Se discuten los registros de logros y como ha sido la experiencia durante esos logros alcanzados, se fortalece los logros y las experiencias positivas del proceso.</p>	<p>Cierre del proceso terapéutico, se motiva a los pacientes a seguir utilizando todas las herramientas enseñadas en el proceso terapéutico y a emplearla en las situaciones que sean necesarias.</p>

2.1.21 POBLACION Y MUESTRA

2.1.22 Población

La población de este estudio con la cual trabajamos fueron 10 pacientes hombres ofensores panameños declarados, que asisten a el CAMM Centro de Apoyo de la Mujer Maltratada, ubicado en el Distrito de San Miguelito, Provincia de Panamá, en búsqueda de ayuda terapéutica.

2.1.23 Muestra

Para la selección de la muestra de esta investigación se ubico un grupo que cumpliera con las características de hombres ofensores que asisten a terapia ya sea por voluntad propia o por orden de un juez.

Los participantes seleccionados debían cumplir con los criterios de selección e inclusión y estén dispuestos a participar por voluntad propia.

2.1.24 Criterios de Inclusión

- 1) Hombres ofensores que asisten a el CAMM por ayuda.
- 2) Hombres que han ejercido violencia hacia su pareja o expareja de forma físicas y/ o psicológicas.
- 3) Edad promedio entre 20 a 65 años que sean hombres.
- 4) Que estén de acuerdo en participar en el estudio y, acepten las condiciones del mismo.
- 5) Que deseen cumplir con todas las sesiones programadas.

2.1.25 Criterios de Exclusión

- 1) Que no acepten voluntariamente a ser parte del estudio.
- 2) Que los pacientes se encuentren por debajo o por encima del rango de edad establecido.
- 3) Que se ausente a las sesiones, dos veces consecutivas.
- 4) Que presente una actitud agresiva en las sesiones, con sus compañeros de grupo.
- 5) No saber leer o escribir.
- 6) Tener historial de abuso de sustancias psicoactivas.
- 7) Tener historial de haber padecido de algún trastorno de personalidad.

Cabe señalar que en la etapa de selección de la muestra se realizaron entrevistas previas con los participantes, los cuales debían cumplir con los criterios de inclusión para participar del programa, se aclararon todas las dudas y se explico en que consistía el programa, una vez de acuerdo firmaron la hoja de consentimiento informado.

Es importante destacar que se realizaron reuniones previas con el coordinador del grupo para establecer las pautas del programa, y revisar todos los aspectos implicados en el proceso terapéutico.

2.1.26 INSTRUMENTOS UTILIZADOS PARA LA MEDICIÓN

2.1.27 Entrevista semiestructurada

En este estudio se aplico una entrevista clínica semiestructurada para recopilar la mayor información acerca del paciente, su historia personal y familiar.

La entrevista semiestructura es uno de los instrumentos no tipificados para la obtención y registros de datos de los participantes.

Definición de entrevista. El Diccionario Enciclopédico Salvat la define como vista, reunión o cita de dos o más personas en un lugar determinado para tratar o

resolver algún asunto o para tomar note de las respuestas de uno o varios e informar al público, o para recoger datos de un problema social o psicosocial, etc.. (Pérez, 2009).

Definición de entrevista. La entrevista psicológica es una relación directa entre dos o más personas, que entraña una vía de comunicación simbólica, objetivo prefijados y conocidos, al menos por el entrevistador, así como una asignación de roles que significa un control de la situación por parte de aquel. Por tanto, es una relación interpersonal asimétrica.

La regla básica de toda buena entrevista consiste en obtener datos completos del comportamiento total del entrevistado en el curso de la entrevista, el cual incluye no sólo lo que se recoge con la función de escuchar, sino también de vivenciar y observar (CSG, 2013).

Clasificación de la entrevista. Se puede clasificar en entrevista abierta o libre, semidirigida o semiestructurada y cerrada o estructurada. La primera consiste en que el entrevistador asume un rol no participante, dando al sujeto la consigna de que hable de lo que desee, sin limitarlo. La estructurada, en cambio, se compone de preguntas preestablecidas a través de las cuales el entrevistador busca obtener determinada información de su interés, guiando la entrevista. Entre estas dos modalidades se encuentra la entrevista semiestructurada, donde el entrevistado habla sobre lo que desea, pero el entrevistador puede introducir preguntas o pedir aclaraciones sobre puntos que hayan quedado confusos o se quieran ampliar (CSG, 2013).

2.1.28 Revisión de Historial de pacientes existentes

La institución nos facilitará la recopilación de toda la información del paciente que será de mucha utilidad para nuestro estudio.

2.1.29 Staxi-2

El instrumento utilizado será el Inventario de expresión de ira estado-rasgo STAXI-2, ya que, conceptualmente, la experiencia de la ira, tal como se mide con este inventario de expresión, implica dos componentes principales:

Escala/subescala	Número de Ítems	Rango	Descripción
Estado de Ira (E)	15	15-60	mide la intensidad de los sentimientos de ira y el grado en que el sujeto siente que está expresando su ira en un momento determinado.
Sentimiento (Sent)	5	5-20	mide la intensidad de los sentimientos de ira experimentados por una persona en ese momento.
Expresión Verbal (Exp. V)	5	5-20	mide la intensidad de los sentimientos actuales relacionados con la expresión verbal de la ira.
Expresión Física (Exp.F)	5	5-20	mide la intensidad de los sentimientos actuales relacionados con la expresión física de la ira.

(Spielberger C. , 2009).

2.1.30 El estado de ira:

El cual se define como una situación o condición emocional psicobiológica, caracterizada por sentimientos subjetivos que pueden variar desde un moderado enfado o fastidio hasta una intensa furia o rabia. Con este estado, la ira va unida generalmente a tensión muscular y a excitación de los sistemas neuroendocrinos y nervioso autónomo. A lo largo del tiempo, la intensidad del estado de ira varía, en función de la injusticia percibida, de los ataques o trato injusto, por parte de los demás o de la frustración derivada de los obstáculos a la conducta pretendida.

2.1.31 rasgo de la ira:

Se caracteriza por las diferencias individuales, al percibir un amplio rango de situaciones, como enojosas o frustrantes, y por la tendencia a responder a tales situaciones con incremento del estado de ira. Los sujetos con altas puntuaciones en rasgo de la ira experimentan estado de ira más frecuentes y con mayor intensidad que los sujetos con un rango de ira más bajo.

El STAXI-2 consta de 49 ítems distribuidos en las siguientes escalas:

Estado de Ira (con tres subescalas: Sentimiento, Expresión verbal y Expresión física) (Spielberger C. , 2009).

Rasgo de Ira (con dos subescalas: Temperamento de ira y Reacción de ira), Expresión interna de ira, Expresión externa de ira, Control interno de ira y;

Escala/subescala	Número de Ítems	Rango	Descripción
Rasgo de Ira (R)	10	10-40	Mide la frecuencia con la que el sujeto experimenta

			sentimientos de ira a lo largo del tiempo.
Temperamento de ira (Temp.)	5	5-20	Mide la disposición a experimentar ira sin una provocación específica.
Reacción de Ira (Reacc)	5	5-20	Mide la frecuencia con que el sujeto experimenta sentimientos de ira en situaciones que implican frustración o evaluaciones negativas.

(Spielberger C. , 2009).

- **Expresión y Control de la Ira** se dan cuatro componentes principales. **El primer componente**, Expresión Externa de la ira, implica la manifestación de la ira hacia otras personas u objetos del entorno; **El segundo componente**, Expresión Interna de la Ira, consiste en dirigir la ira hacia el interior (esto es, reprimiendo los sentimientos de ira). **El tercer componente**, Control externo de la ira, se basa en el control de los sentimientos de enfado evitando su manifestación ante otras personas u objetos circundantes. **El cuarto componente**, control interno de la ira, se relaciona con el control de los sentimientos de ira suprimidos mediante el sosiego y moderación en las situaciones enojosas (Spielberger C. , 2009).

Escala/subescala	Número de Ítems	Rango	Descripción
Expresión Externa de Ira (E. Ext.)	6	6-24	Mide la frecuencia con que los sentimientos de ira son expresados verbalmente o mediante conductas agresivas físicas.
Expresión Interna de Ira (E.Int.)	6	6-24	Mide la frecuencia con la que los sentimientos de ira son experimentados, pero no son expresados (suprimidos).
Control Externo de Ira (C.Ext.)	6	6-24	Mide la frecuencia con la que la persona controla la expresión de los sentimientos de ira evitando su manifestación hacia personas u objetos del entorno.
Control Interno de Ira (C.Int.)	6	6-24	Mide la frecuencia con que la persona intenta controlar sus sentimientos de ira mediante el sosiego y la moderación en las situaciones enojosas.
Índice de Expresión de Ira (IEI)	24	0-72	Es un índice general de la expresión de ira a partir de los elementos de las escalas

			E. Ext., E.Int., C. Ext. y C. Int.
--	--	--	------------------------------------

(Spielberger C. , 2009).

La finalidad de la aplicación de esta prueba es medir en las diferentes escalas y subescalas, el rango en que son sentidos y expresados los diferentes estados de la ira, presentado por los participantes. El objetivo de estas pruebas es medir la intensidad de los sentimientos de ira y la frecuencia con que expresan la misma (Spielberger C. , 2009).

2.1.32 Ámbito de aplicación

El Staxi-2 se ha diseñado como un instrumento de medida, para adolescentes adultos, que permite una fácil administración y la obtención de puntuaciones objetivas de la experiencia, expresión y control de la ira.

La administración válida del Staxi-2 supone también que el examinado es físicamente y mentalmente capaz de enfrentarse a las exigencias normales de un examen con instrumentos de autoinforme.

Con los sujetos cuyas habilidades cognitivas puedan estar afectada por los efectos del uso actual de drogas, del abandono reciente de drogas o alcohol, por la exposición a sustancias químicas tóxicas o por desorientación debido a trastornos o enfermedades neurológicas, serían preciso tomar precauciones en el examen (Spielberger C. , 2009).

2.1.33 Interpretación de las puntuaciones

Para una adecuada interpretación de las puntuaciones en las escalas y subescalas del STAXI-2 es necesario tener en cuenta la información que ofrecen los baremos, es decir, las puntuaciones centiles. Los centiles informan

de manera precisa de cómo se compara un sujeto con otros en una muestra normativa determinada. Las tablas de centiles derivadas de la distribución de frecuencias de las puntuaciones obtenidas por adultos normales aparecen en el Apéndice A. Se ofrecen baremos específicos para varones y mujeres en tres grupos de edad: 16 a 19, 20 a 29 y mayores de 29 años (Spielberger C. , 2009).

2.1.34 Fundamentación Teórica y Desarrollo del Inventario

El desarrollo del STAXI se ha llevado a cabo durante más de 30 años a partir de dos amplios programas independientes, aunque relacionados de investigación sobre evaluación de la personalidad.

El primero trataba de definir la ansiedad, la curiosidad y la ira como estados emocionales básicos y como rasgos de personalidad con el propósito de elaborar posteriormente escalas psicométricas para medir estos constructos. El Segundo programa estaba dirigido más específicamente a identificar y medir los constructos relacionados con la ira que influyen en la etiología y avance de trastornos como la hipertensión, la enfermedad coronaria y el cáncer (Spielberger C. , 2009).

2.1.35 Fiabilidad y Consistencia Interna

Para estudiar la fiabilidad y la consistencia interna del STAXI-2 se llevaron a cabo dos estudios. En primer lugar, se hicieron pruebas de correlación test-retest con inventario temporal de 2 meses. Y, en segundo lugar, para estudiar su consistencia interna, se calculó el coeficiente alpha de Cronbach.

Los valores encontrados en el primer estudio nos indican que el STAXI-2 es una prueba fiable, con una correlación test-retest de 0,71 en la escala de Rasgo ira. Los valores en las escalas de Expresión son algo más bajos, 0,59 y 0,61. (Spielberger C. , 2009).

En la escala de Estado de ira, el valor tan bajo alcanzado (0,20) se explica por la propia definición de estado emocional, que resulta cambiante a lo largo del tiempo.

Los resultados encontrados en todas las escalas encontrados en todas las escalas y subescalas del STAXI-2 con el coeficiente alpha de Cronbach, indican una buena consistencia interna, con valores de 0,89 en la escala de Estado ira, o de 0,82 en la escala de Rasgo de ira. En las escalas de Expresión encontramos valores algo más bajos (0,69 y 0,67), que consideramos aceptables dado el número reducido de ítems que componen estas escalas (Spielberger C. , 2009).

2.1.36 Estudios de Validez y Últimas Investigaciones

El desarrollo del STAXI recibió su impulso al principio de los años 80 por el creciente reconocimiento del papel central de la ira como componente letal del síndrome de conducta Tipo A. Las investigaciones sobre el STAXI comenzaron con la elaboración de las escalas de Estado y Rasgo de ira, (Spielberger y otros, 1983), análogas en su concepción y semejantes en formato a las del Inventario de Estado-Rasgo de Ansiedad (Spielberger, 1983). El posterior reconocimiento de la importancia de distinguir entre la experiencia y la expresión de la ira condujo a la construcción y desarrollo de la escala de Expresión de la ira (Spielberger y otros, 1985), con subescalas para medir la ira interna y la ira externa. El estudio sobre la expresión de la ira permitió identificar la importancia crítica del control de la ira y sirvió de estímulo para construir un instrumento para su medida, que se incorporó a la Escala de Expresión. Esta escala se combinó con las de Estado y Rasgo de ira para constituir el Inventario de Expresión de la Ira Estado-Rasgo STAXI (Spielberger C. , 2009).

2.1.37 Estudios Realizados con el Staxi

A continuación, se presentan distintos trabajos en los que se ha utilizado esta versión del STAXI, incluyendo investigación básica, estudios pismométricos, de validez, etc., así como datos de investigaciones en distintas áreas de la salud. Antes de ello conviene señalar que en el momento de la publicación de esta primera versión del Manual del STAXI-2 hay un buen número de investigadores trabajando ya con este instrumento de medida, por lo que en breve se podrían añadir bastantes referencias españolas a esta obra (Spielberger C. , 2009).

2.1.38 Hipertensión arterial

En 1993, Miguel Tobal llevó a cabo un estudio piloto con el objetivo de buscar la relación entre ira e hipertensión esencial utilizando el STAXI en su versión en español descrita descrita anteriormente, La muestra estaba formada por 105 sujetos, divididos en dos grupos según sus niveles de presión arterial: normotensos e hipertensos. Ambos grupos estaban equiparados en cuanto a sexo y edad. Los resultados mostraron un perfil de los sujetos hipertensos caracterizados por una mayor disposición a expresar ira cuando son criticados o tratado de forma injusta (reacción de ira), a refrenar sus sentimientos de ira con mayor frecuencia (Expresión interna) y a que su estado de ira se manifiesten en conductas agresivas directas (Expresión externa) de forma menos frecuente que en el grupo normotenso (Spielberger C. , 2009).

Los datos obtenidos a partir del STAXI, como puede observarse en la tabla, revelan que las 8nvariables evaluadas, solamente es significativa la diferencia en una de ellas: Expresión o ira interna ($p < 0,007$) en la que el grupo de hipertensión presenta puntuaciones más elevadas que el grupo control (Spielberger C. , 2010).

Tabla # Pruebas de t (diferencia de medias) entre sujetos normales (sanos) e hipertensos

		Normal	Hipertenso	t	p
Estado de ira	M	11,7	11,28	1,01	0,31
	D.t.	3,15	3,68		
Rasgo de ira	M	21,55	21,40	0,22	0,82
	D.t.	4,49	4,99		
Temperamento	M	8,36	8,22	0,49	0,62
	D.t.	1,86	2,20		
Reacción	M	9,85	10,07	-0,52	0,61
	D.t.	2,98	2,81		
Expresión interna	M	15,94	17,45	-2,68	0,007
	D.t.	3,80	4,17		
Expresión externa	M	14,77	14,07	1,32	0,19
	D.t.	3,30	4,15		
Control	M	21,64	21,61	0,04	0,97
	D.t.	5,58	6,29		
Índice de Expresión de la ira	M	25,06	25,90	-0,65	0,51
	D.t.	8,07	10,12		

(Spielberger C. , 2010).

2.1.39 Infarto de miocardio

En 1994 llevamos a cabo una investigación centrada en estudiar las diferencias emocionales entre sujetos que han sufrido infarto del miocardio y la población general. La ira se evaluó con el STAXI. La muestra de este estudio estaba formada por 88 sujetos distribuidos en dos grupos:

- Infarto de miocardio: 44 sujetos varones con edades comprendidas entre 38 y 74 años, y una media de 53 años.
- Control: 44 sujetos varones con edades comprendidas entre 48 y 76 años, y una media de 56 años.

En cuanto a los criterios de inclusión en el grupo de infarto de miocardio los sujetos debían cumplir los siguientes requisitos:

- Haber padecido al menos un infarto en los últimos tres años.
- No padecer ningún otro tipo de trastorno psicológico ni psicofisiológico.

En cuanto a los resultados obtenidos, los datos revelan la misma dirección que en el estudio presentado sobre hipertensión. El sujeto infartado no muestra diferencias en cuanto a la experiencia de ira, pero sí en cuanto a su expresión. El grupo de sujetos infartados muestran mayor expresión interna de ira o ira hacia dentro, es decir, cuando el individuo infartado se siente airado o enfurecido tiende con mayor frecuencia a refrenar o intentar suprimir sus sentimientos de ira (Spielberger C. , 2009).

Los resultados obtenidos, que pueden ser detalladamente en la tabla, muestran diferencias altamente significativas en Expresión interna ($p > 0,0009$) (Spielberger C. , 2010).

Tabla Pruebas de t (diferencia de medias) entre sujetos normales (sanos) e infartados

		Normal	Hipertenso	t	p
Estado de ira	M	11,97	10,78	1,72	0,08
	D.t.	3,70	3,47		
Rasgo de ira	M	21,12	22,02	-0,80	0,14
	D.t.	4,92	5,31		
Temperamento	M	8,20	7,98	0,50	0,6
	D.t.	1,87	2,10		
Reacción	M	9,49	10,54	-1,44	0,1
	D.t.	3,08	3,50		
Expresión interna	M	15,12	18,41	-3,46	0,0009
	D.t.	3,47	4,99		
Expresión externa	M	14,65	15,87	-1,38	0,17
	D.t.	2,78	4,93		
Control	M	21,37	22,66	-0,97	0,3
	D.t.	4,64	7,18		
Índice de Expresión de la ira	M	24,41	27,63	-1,39	0,16
	D.t.	7,79	12,62		

(Spielberger C. , 2009).

2.1.40 Úlcera péptica

Se han realizado distintos estudios para determinar el papel de la ira en las enfermedades gastrointestinales, utilizando generalmente muestras de sujetos que padecen úlcera péptica. Los datos que presentamos corresponden a un estudio realizado por Casado (1994). La muestra de este estudio estaba formada por un total de 158 sujetos distribuidos en dos grupos:

- Úlcera: 61 sujetos, 24 mujeres (40%) y 37 varones (60%), con edades que oscilan entre 18 y 65 años, y una media de 40 años.
- Normal: 97 sujetos, 40 mujeres (41%) y 57 varones (59%), con edades comprendidas entre 18 y 64 y una media de 39 años.

Para su inclusión en el grupo de úlcera los sujetos debían cumplir los siguientes requisitos:

- Padecer úlcera péptica diagnosticada.
- No presentar ningún otro tipo de trastorno psicofisiológico (trastorno cardiovascular, cefaleas, dolor crónico. Asma. etc.) ni psicológico.

Los datos muestran diferencias significativas entre los grupos normal y úlcera en dos de las variables o escalas evaluadas a partir del STAXI. Estas diferencias reflejan que los sujetos con úlcera tienden con mayor frecuencia que los sujetos del grupo normal a expresar su ira, independientemente de la dirección de dicha expresión, cuando se sienten enfurecidos. Así mismo, también con mayor frecuencia que los sujetos del grupo normal, la dirección de dicha expresión es interna, es decir, dirigida a refrenar o suprimir dichos sentimientos de cara a los demás (Spielberger C. , 2009).

Los resultados de este estudio pueden verse detalladamente en la tabla, Expresión interna ($p=0,03$), y es mayor puntuación de los sujetos con úlcera, y el índice de Expresión de ira, y es igualmente mayor la puntuación del grupo de úlcera ($p=0,05$) (Spielberger C. , 2010).

Tabla Pruebas de t (diferencia de medias) entre sujetos normales (sanos) y con úlceras

		Normal	Úlcera	t	p
Estado de ira	M	12,05	11,76	0,51	0,61
	D.t.	3,83	2,70		
Rasgo de ira	M	21,08	21,76	-0,81	0,42
	D.t.	4,17	5,45		
Temperamento	M	8,39	8,24	0,49	0,62
	D.t.	1,74	2,02		
Reacción	M	9,45	9,79	-0,67	0,50
	D.t.	3,01	3,09		
Expresión interna	M	15,73	17,09	-2,12	0,03
	D.t.	3,70	4,09		
Expresión externa	M	15,00	16,02	-1,48	0,14
	D.t.	3,54	4,98		
Control	M	21,29	20,71	0,63	0,52
	D.t.	5,63	5,42		
Índice de Expresión de la ira	M	25,44	28,40	-1,91	0,05
	D.t.	8,48	10,62		

(Spielberger C. , 2009).

3 Capítulo III – Análisis de los Resultados

3.1.1 Características generales de la población

La población que participo en este estudio fue un grupo de hombres ofensores que asisten a el CAMM Centro de Atención a la mujer maltratada en busca de ayuda, son varones entre 25 a 65 años que asisten a terapia por su propia voluntad o por la orden de un juez.

Se obtuvo la participación de 10 pacientes de los cuales 8 completaron el estudio, todos varones mayores de edad.

Tabla #1. Participantes por edad

	f	%
40 o menos	4	50%
Mas de 40	4	50%
Total	8	100%

Gráfica # 1. Participantes por edad

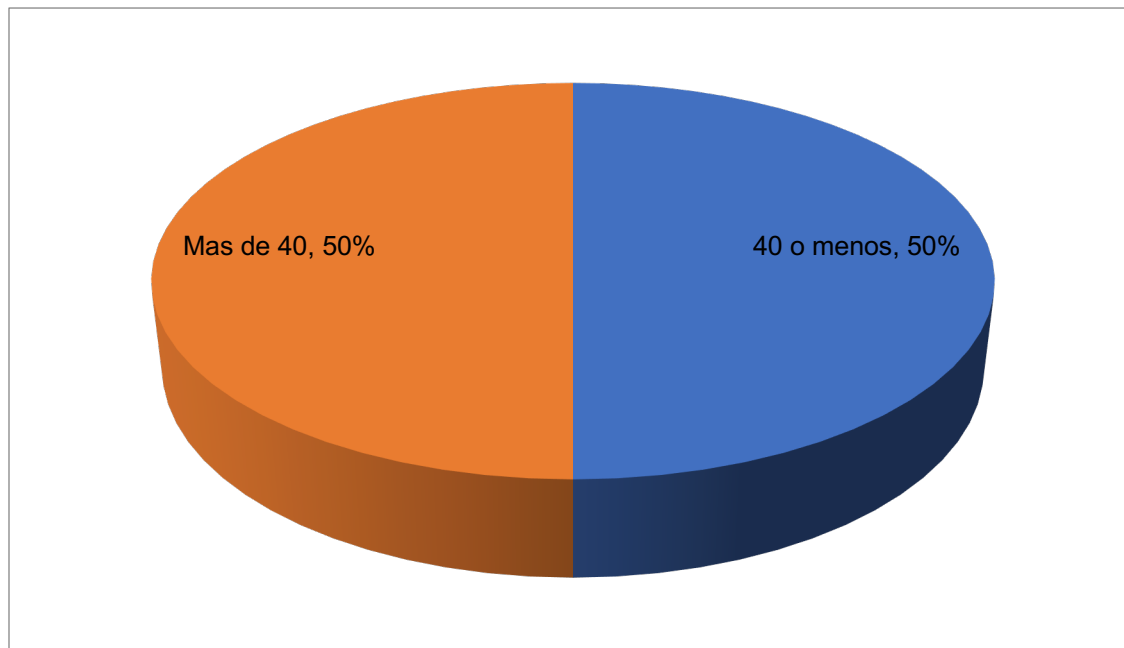


Tabla # 2. Escolaridad de los participantes

	f
Secundaria	3
Universidad	4
Técnico	1
Total	8

Gráfica #2. Participantes por Escolaridad

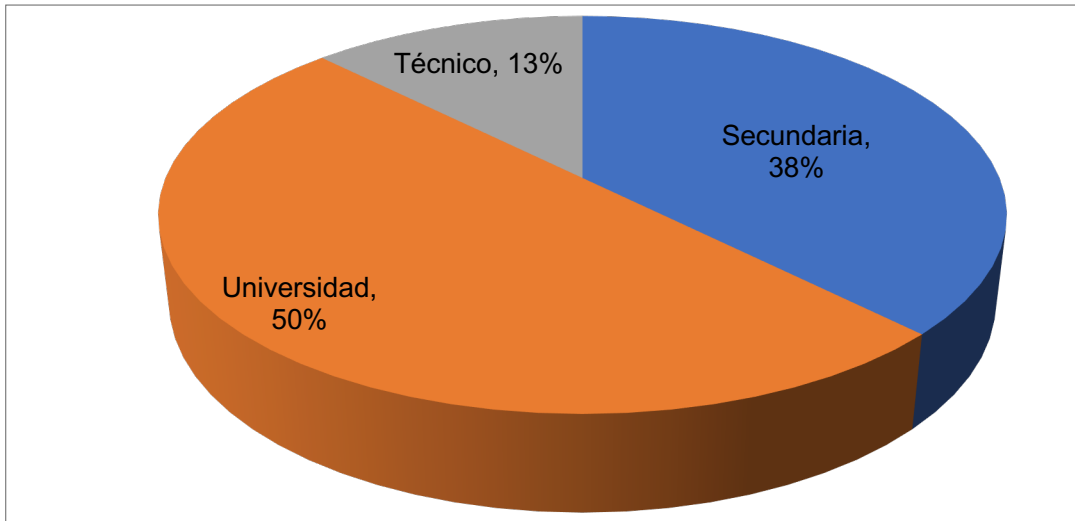


Tabla #3. Estado Civil de los Participantes

	f	%
Casado	3	38 %
Soltero	5	63 %
Total	8	100 %

Gráfica #3. Estado Civil de los Participantes

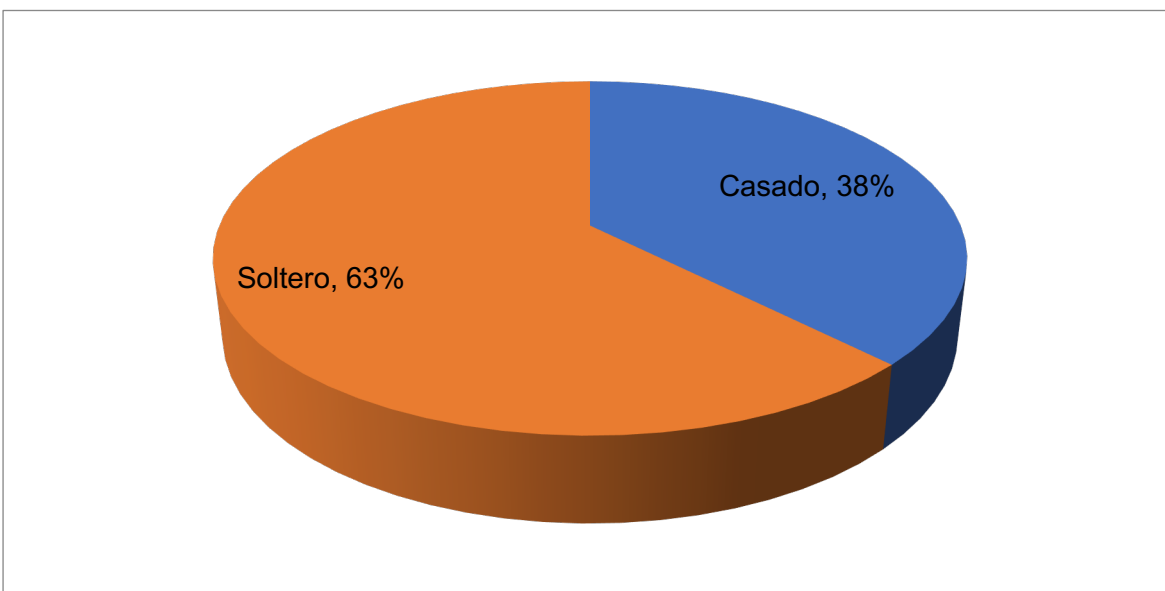
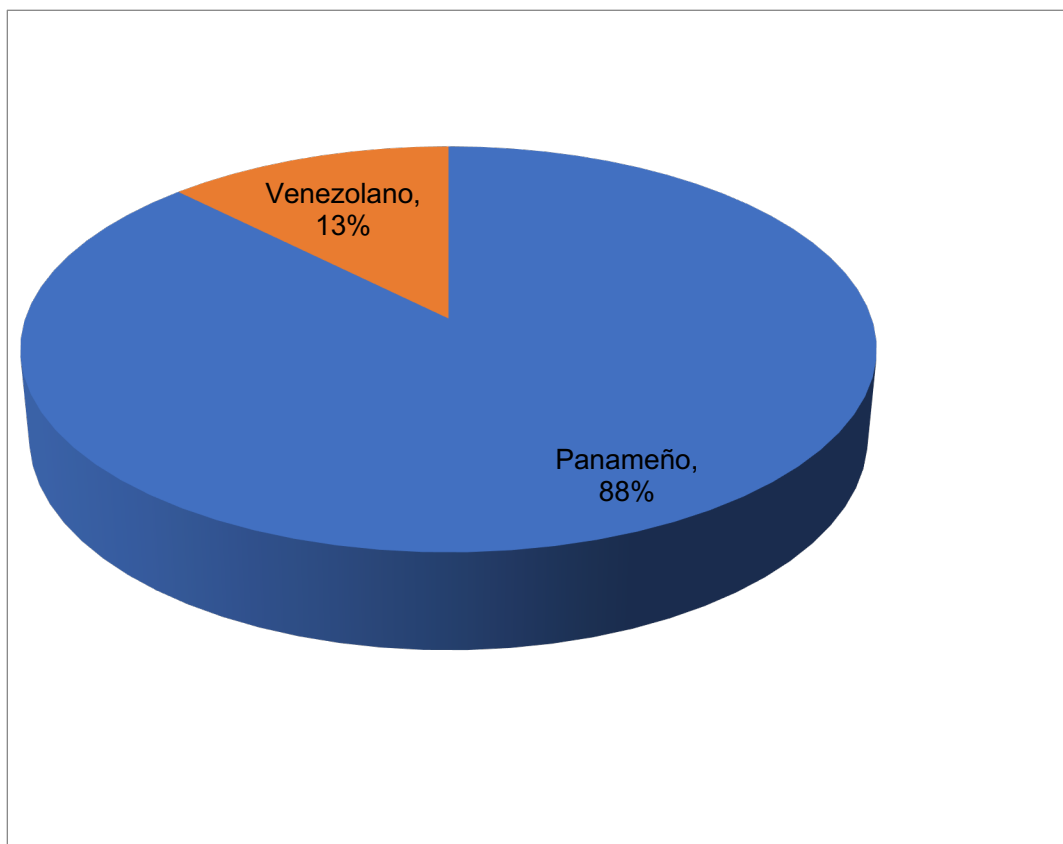


Tabla # 4. Nacionalidad de los participantes

	f	%
Panameño	7	88 %
Venezolano	1	13 %
Total	8	100 %

Gráfica #4. Nacionalidad de los participantes



3.1.2 Análisis de los resultados del Staxi-2

El STAXI-2 se ha diseñado como un instrumento de medida, para adolescentes y adultos, que permite una fácil administración y la obtención de puntuaciones objetivas de la experiencia, expresión y control de la ira.

En este estudio, los ocho (8) sujetos fueron medidos antes de recibir tratamiento (pretest), posteriormente fueron medidos al finalizar el tratamiento (postest). Esto permitió medir si hubo cambio significativo al final del tratamiento.

Tabla #5. Comparación de medias de la ira

	Pretest	Postest	Diferencia
Expresión externa de Ira (E.Ext)	10.13	9.50	-0.625
Controles Externo de la Ira (C.Ext)	21.00	21.75	0.750
Índice de Expresión de Ira (IEI)	13.75	11.13	-2.625

Gráfica #5. Comparación de medias de la ira

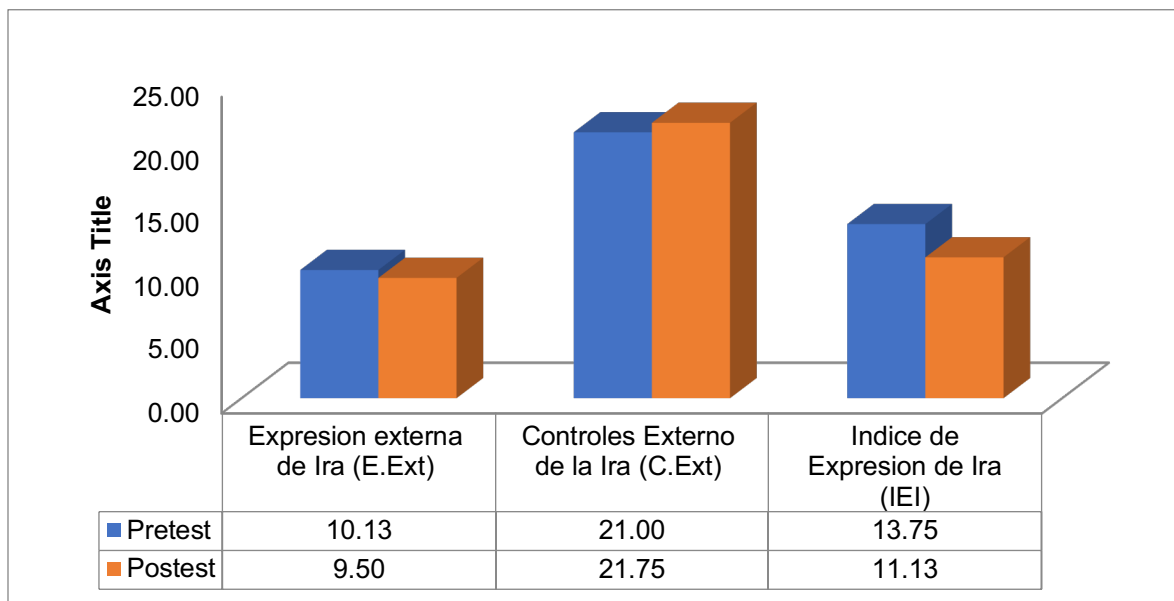


Tabla #6. Prueba de Hipótesis

	Diferencias de Media	Desviación típica.	Error típ. de la media	Sig. (bilateral)	Sig Estadística	0.05
Expresión externa de Ira (E.Ext) Pretest - Expresión externa de Ira (E. Ext) Postest	.625	2.326	.822	.472	Acepto Ho	
Controles Externo de la Ira (C.Ext) Pretest - Controles Externo de la ira (C.Ext) Postest	-.750	2.121	.750	.351	Acepto Ho	
Índice de Expresión de Ira (IEI) Pretest - Índice de Expresión de Ira (IEI) Postest	2.625	4.658	1.647	.155	Acepto Ho	

3.1.3 Prueba de Hipótesis

Ho: Una intervención terapéutica cognitivo conductual no reducirá en forma significativa la manifestación de ira, en cuanto a la expresión verbal y/o física, en un grupo de hombres ofensores de forma tal que las puntuaciones en el postest serán mayores o igual a las obtenidas en el pretest.

Hi: Una intervención terapéutica cognitivo conductual reducirá en forma significativa la manifestación de ira, en cuanto a la expresión verbal y/o física, en un grupo de hombres ofensores de forma tal que las puntuaciones en el posttest serán menores a las obtenidas en el pretest.

Para probar la hipótesis se utilizó un nivel de confianza de 95%, lo que indica que trabajamos con un nivel alpha de 0.05, es decir de 5%. En cuanto al criterio de decisión, establecemos que la significancia estadística (calculada) es mayor que el nivel de significancia de 5%, por lo que se acepta la hipótesis nula (H_0).

Los resultados obtenidos aceptan la hipótesis nula; lo que quiere decir que no hubo diferencia significativa durante el tratamiento, rechazando así la hipótesis del investigador.

3.1.4 Conceptualización de los casos

3.1.5 Sujeto #1

Datos Generales

Nombre: G C

Sexo: Masculino

Edad: 27 años

Estado Civil: Unido

Estudios Cursados: Técnico en Contabilidad

Profesión u ocupación: Trabaja para una compañía de ambulancia

Historia personal y familiar

GC Nació en Venezuela y desde hace cinco (5) años vive en Panamá, actualmente reside en Villa lucre, Distrito de San Miguelito.

Su estado civil es unido, no tiene hijos y trabaja para una empresa privada, como conductor de ambulancias.

GC se encuentra en terapia por voluntad propia; relata que ha tenido ciertos incidentes con su pareja, compañeros de trabajo y personas que se encuentran en su entorno, además manifiesta que hay muchas situaciones que le causan enojo y que no puede controlarlo.

Indica que una vez tuvo una discusión muy fuerte con su jefe y casi pierde su empleo Por qué su jefe siempre le dice como hacer las cosas. Por otro lado, sugiere que su enojo, muchas veces es justificado, ya que la personas en su trabajo le dicen cómo tiene

que hacer las cosas y eso le molesta. Él piensa que trabaja mucho y siempre hace turnos extras, razón por la cual su jefe debe tener consideración con él.

Relata que en una ocasión vez estaba conduciendo en compañía de su pareja, y un carro se atravesó en su carril, y se enojó tanto, que se bajó del carro con un bate de aluminio que mantenía en su auto, y al acercarse al auto del otro conductor, el mismo le sacó una pistola. Por fortuna no pasó a mayores, ya que él se retiró y ofreció disculpas por su agresión. Desde ese día, decidió buscar ayuda psicológica.

Entre los síntomas mas sobresalientes que presenta este sujeto:

- Siente que pierde el control.
- Discute con las personas a su alrededor.
- Se molesta cuando las personas no están de acuerdo con su punto de vista.
- Se siente resentido con situaciones que le han sucedido en su vida.

Etapa del modelo de cambio de Prochaska y Diclemente:

Preparación: GC está consciente que tiene un problema con el manejo de la ira, es consciente que le ha causado problemas en su vida personal, laboral y ha tomado la decisión de hacer algo al respecto. GC empezó a dar pequeños cambios asistiendo a terapia grupal por voluntad propia.

Los resultados del STAXI-2 Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo:

TABLA A 11

Categorías en varones mayores de 29 años

Nivel	Estado	Sent.	Exp. F	Exp V	Nivel
Alto	34-60	12-20	15-20	12-20	Alto
Moderado	25-33	9-11	8-14	8-11	Moderado
Bajo	16-24	6-8	6-7	6-7	Bajo
Nulo	15	5	5	5	Nulo

Pretest: Nulo

Nivel	Estado	Sentimiento	Exp. Física	Exp. Verbal	Nivel
Alto					Alto
Moderado					Moderado
Bajo					Bajo
Nulo	15	5	5	5	Nulo

Postest: Nulo

Nivel	Estado	Sentimiento	Exp. Física	Exp. Verbal	Nivel
Alto					Alto
Moderado					Moderado
Bajo					Bajo
Nulo	15	5	5	5	Nulo

Según la Tabla A11 categorías en varones mayores de 29 años. Las dos evaluaciones hechas independientemente podemos observar que en los perfiles no se encuentran diferencias significativas entre el pretest y postest. En cuanto a el Estado, Sentimiento, Expresión Física y Expresión verbal podemos observar los niveles nulos en ambas mediciones.

Interpretación de las escalas y subescalas del Staxi-2

Puntuaciones entre los centiles 25 y 75 pueden considerarse normales. Aunque los sujetos con puntuaciones más altas, dentro de este rango, son más propensos a experimentar, exteriorizar, reprimir o controlar la ira que quienes están en la parte inferior de la escala. Los sujetos con puntuaciones de ira por encima del centil 75 experimentan o expresan sentimientos de ira en un grado que puede interferir con un comportamiento óptimo.

Pretest

TOTAL								
RASGO	TEMP.	REACC.	E.EXT.	E.INT.	C.EXT.	C.INT.	IEI	
PD	13	6	7	12	9	23	23	11
Centil	5	20	10	70	10	85	95	5

Postest

TOTAL								
RASGO	TEMP.	REACC.	E.EXT.	E.INT.	C.EXT.	C.INT.	IEI	
PD	13	6	7	10	8	23	24	7
Centil	5	20	10	45	5	85	99	5

En cuanto a los resultados obtenidos en las puntuaciones en centiles, en la escala Control Externo (**C.EXT.**), el sujeto presenta una puntuación de 85 en ambas pruebas y Control Interno (**C.INT.**), ambas pruebas (pretest y posttest), muestran puntuaciones por encima del centil 75 lo que quiere decir que en estas dos escalas el sujeto es propenso a reprimir o controlar la ira.

Las personas que puntúan alto en **C. Ext.** Suelen gastar una gran cantidad de energía en prever y prevenir la experiencia y expresión exterior de la ira. Aunque tal vez sea deseable este control de las manifestaciones exteriores de la ira, cuando es excesivo puede conducir a la pasividad, la depresión o al abandono (Spielberger C. , 2009).

Los sujetos con altas puntuaciones en **C. Int.** Emplean mucha energía en calmar y reducir su ira tan pronto como le sea posible. El desarrollo de controles internos sobre la experiencia y expresión de la ira se interpreta generalmente de modo positivo, pero puede reducir la disposición de la persona a responder con una conducta asertiva cuando esto facilite una solución constructiva ante una situación frustrante (Spielberger C. , 2009).

Comentarios finales: GC cumplió con el proceso terapéutico, se mostró colaborador durante las sesiones y realizó las actividades asignadas para la casa. Al final del programa, los resultados de sus pruebas no mostraron cambio significativo, sin embargo, GC señaló que los ejercicios de control y relajación aprendidos durante la terapia los pone en práctica en las situaciones que le causan estrés y/o enojo y le son de gran ayuda. GC continúa asistiendo a terapia en el CAMM.

3.1.6 Sujeto #2

Datos Generales

Nombre: J M

Sexo: Masculino

Edad: 28 años

Estado Civil: Soltero

Estudios Cursados: Universitario

Profesión u ocupación: Entrenador Personal

Historia personal y familiar

JM Nació en Santiago, Provincia de Veraguas; a la edad de veintidós (22) años viajó a la ciudad de Panamá, en busca de una mejor oportunidad laboral, indicando que no hay muchas oportunidades de trabajo en el interior del país, por lo que muchos jóvenes viajan a la capital en busca de mejores oportunidades. Por otro lado, informa que es el mayor de seis (6) hermanos.

Relató que llegó a la ciudad de Panamá sin dinero, había estimado quedarse en la casa de una tía, ella lo iba a hospedar, hasta que él pudiera conseguir un trabajo y arrendar un cuarto. JM señala que empezó a buscar trabajo en diferentes lugares de lo que sea, pues solo tenía estudios secundarios. Después de dos semanas, le salió un trabajo limpiando en un gimnasio de la ciudad.

JM menciona que inició su empleo y se sentía agradecido por la oportunidad hacía el mismo, y lo realizaba lo mejor que pudiera. Después de tener varios meses trabajando, se hizo amigo de un entrenador personal, el cuál le dijo que empezara a entrenar en el

gimnasio, ya que ellos tenían descuentos especiales en los pagos. JM le pareció buena idea y empezó a entrenar con su compañero.

JM indica que empezó a entrenar y luego se inició un curso de entrenador personal, para aplicar a una posición de entrenador personal en el gimnasio y así empezar una carrera y poder ganar un poco más de dinero. Pasaron varios meses, terminó su curso de entrenador y lo ascienden a entrenador personal, bajo la supervisión de su amigo, ya que tenía muchos años de experiencia.

JM comenta que estaba muy contento, pues había tenido un ascenso en su empleo, ganaba más y su cuerpo estaba fuerte, ya que tenía los músculos desarrollados. Una noche, su amigo el entrenador lo invita a la fiesta en casa de otro amigo; esa noche conoce a una muchacha y empiezan a salir, al cabo de varios meses deciden vivir juntos y alquilan un cuarto.

JM relata que todo iba bien, aunque tenían problemas y discusiones como cualquier pareja. Pasó el tiempo y llevaban años de relación entre altas y bajas, él seguía con su empleo de entrenador y ella laboraba en un almacén departamental, donde era la encargada. Después de varios años de relación las discusiones eran más constantes.

JM indica que una mañana salió a trabajar como todos los días, se iba temprano a su trabajo y su pareja salió de la casa después de él. Esa mañana, JM comenta que no se sentía bien del estómago y ya había salido de su casa, por lo que se devolvió a su casa a usar el baño; cuando entró al cuarto, su sorpresa fue grande, su pareja estaba en la cama con otro hombre. JM señala que se cegó por los celos y les metió puñetazos a los dos, su pareja gritaba y pedía auxilio y en ese momento pensó: ..."*qué estoy haciendo? ¡los voy a matar a golpes!* La ex-pareja puso la denuncia, lo detuvieron y lo mandaron a terapia.

Entre los síntomas mas sobresalientes que presenta este sujeto:

- Se siente muy enojado y resentido.
- Culpa a los demás de sus problemas.
- Pierde el control fácilmente
- Es rencoroso y vengativo

Etapa del modelo de cambio de Prochaska y Diclemente:

Precontemplación: JM no es consciente que tiene un problema, cree que parte de su comportamiento agresivo es por culpa de las demás personas que lo provocan, se encuentra en terapia por cumplir la orden del juez, no tiene conciencia de los efectos negativos de un pobre manejo de la ira en su vida, puede que este utilizando mecanismos de defensas, como la negación y racionalización.

Los resultados del STAXI-2 Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo:

TABLA A 11

Categorías en varones mayores de 29 años

Nivel	Estado	Sent.	Exp. F	Exp V	Nivel
Alto	34-60	12-20	15-20	12-20	Alto
Moderado	25-33	9-11	8-14	8-11	Moderado
Bajo	16-24	6-8	6-7	6-7	Bajo
Nulo	15	5	5	5	Nulo

Pretest: Perfil Nulo

Nivel	Estado	Sentimiento	Exp. Física	Exp. Verbal	Nivel
Alto					Alto
Moderado					Moderado
Bajo					Bajo
Nulo	15	5	5	5	Nulo

Postest: Perfil Nulo

Nivel	Estado	Sentimiento	Exp. Física	Exp. Verbal	Nivel
Alto					Alto
Moderado					Moderado
Bajo					Bajo
Nulo	15	5	5	5	Nulo

Según la Tabla A11 categorías en varones mayores de 29 años. Las dos evaluaciones hechas independientemente podemos observar que en los perfiles no se encuentran diferencias significativas entre el pretest y postest. En cuanto a el Estado, Sentimiento, Expresión Física y Expresión verbal podemos observar los niveles nulos en ambas mediciones.

Interpretación de las escalas y subescalas del Staxi-2

Puntuaciones entre los centiles 25 y 75 pueden considerarse normales. Aunque los sujetos con puntuaciones más altas, dentro de este rango, son más propensos a

experimentar, exteriorizar, reprimir o controlar la ira que quienes están en la parte inferior de la escala. Los sujetos con puntuaciones de ira por encima del centil 75 experimentan o expresan sentimientos de ira en un grado que puede interferir con un comportamiento óptimo.

Pretest

	TOTAL RASGO	TEMP.	REACC.	E.EXT.	E.INT.	C.EXT.	C.INT.	IEI
PD	18	8	10	9	12	23	24	10
Centil	40	50	35	25	70	85	99	5

Postest

	TOTAL RASGO	TEMP.	REACC.	E.EXT.	E.INT.	C.EXT.	C.INT.	IEI
PD	16	8	8	9	14	24	24	11
Centil	30	50	15	25	65	99	99	5

En cuanto a los resultados obtenidos en las puntuaciones en centiles, en la escala Control Externo (**C.EXT.**), el sujeto presenta una puntuación de 85 en el pretest y obtuvo un aumento en el postest obteniendo un centil de 99. En cuanto al Control Interno (**C.INT.**), ambas pruebas (pretest y postest), muestran puntuaciones por encima del centil 75 lo que quiere decir que en estas dos escalas el sujeto es propenso a reprimir o controlar la ira.

Las personas que puntúan alto en **C. Ext.** Suelen gastar una gran cantidad de energía en prever y prevenir la experiencia y expresión exterior de la ira. Aunque tal vez sea deseable este control de las manifestaciones exteriores de la ira, cuando es excesivo puede conducir a la pasividad, la depresión o al abandono (Spielberger C. , 2009).

Los sujetos con altas puntuaciones en **C. Int.** Emplean mucha energía en calmar y reducir su ira tan pronto como le sea posible. El desarrollo de controles internos sobre la experiencia y expresión de la ira se interpreta generalmente de modo positivo, pero puede reducir la disposición de la persona a responder con una conducta asertiva cuando esto facilite una solución constructiva ante una situación frustrante (Spielberger C. , 2009).

Comentarios finales: JM cumplió con el programa completo. Durante la terapia manifestó mucha culpa y arrepentimiento por lo que había hecho. En los resultados de las pruebas no mostró cambios significativos, sin embargo, manifestó que experimentó cambios que lo hicieron sentirse mejor, más calmado y relajado. JM continúa asistiendo a terapia en el CAMM.

3.1.7 Sujeto #3

Datos Generales

Nombre: F C

Sexo: Masculino

Edad: 63 años

Estado Civil: Soltero

Estudios Cursados: tercer año secundaria

Profesión u ocupación: Conductor de busito escolar

Historia personal y familiar

FC nació en la Ciudad de Panamá, vive en Río Abajo, Corregimiento del Distrito de Panamá. Es divorciado, con dos (2) hijos de su primer matrimonio, una mujer y un varón.

Actualmente FC está pasando por un segundo divorcio, en el cual tuvo una hija que actualmente tiene diez (años). Desde hace muchos años trabaja como conductor de busito escolar.

FC relata que su relación con su segunda esposa fue muy difícil ya que discutían mucho. Él comenta que era muy celoso con su ex-esposa, que es 20 años más joven que él. Relata que las discusiones entre ellos eran muy fuertes y una de las causas principales de las discusiones, era que ella quería salir a bailar los fines de semana y se vestía con ropa ; eso le molestaba mucho a él, ya que asistían a la iglesia y no era forma de salir así vestida, aparte que ella era una mujer casada con una hija.

FC indica que por muchos años agredió a su ex-esposa y que le gritaba e insultaba cuando ella no hacía lo que él quería. Las peleas y desacuerdos eran cada vez más fuertes, ya casi era imposible la convivencia, un día llegó a casa y su ex-esposa iba a salir con unas amigas, no le gustó la forma en que ella estaba vestida, ya que le parecía muy atrevida, empezaron a discutir fuertemente y él la empujó para que ella no saliera, ella se cayó y llamó a la policía. Llega la policía, se lo llevan detenido, y actualmente hay una denuncia en su contra, por parte de su ex-esposa y el juez lo condena a veinticuatro (24) meses de terapia psicológica.

Entre los síntomas mas sobresalientes que presenta este sujeto:

- Pierde el control fácilmente.
- Agrede verbalmente para imponer su opinión.
- Es rencoroso y vengativo.

- Culpa a otros por sus equivocaciones o mal comportamiento.

Etapas del modelo de cambio de Prochaska y Diclemente:

Preparación: FC es consciente de los problemas que le ha causado la ira en su vida, personal, familiar y laboral, al inicio de la terapia se encontraba en negación, actualmente es consciente de su conducta y que necesita ayuda.

Los resultados del STAXI-2 Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo:

TABLA A 11

Categorías en varones mayores de 29 años

Nivel	Estado	Sent.	Exp. F	Exp V	Nivel
Alto	34-60	12-20	15-20	12-20	Alto
Moderado	25-33	9-11	8-14	8-11	Moderado
Bajo	16-24	6-8	6-7	6-7	Bajo
Nulo	15	5	5	5	Nulo

Pretest: Perfil Nulo

Nivel	Estado	Sentimiento	Exp. Física	Exp. Verbal	Nivel
Alto					Alto

Moderado					Moderado
Bajo					Bajo
Nulo	15	5	5	5	Nulo

Postest: Perfil Nulo

Nivel	Estado	Sentimiento	Exp. Física	Exp. Verbal	Nivel
Alto					Alto
Moderado					Moderado
Bajo					Bajo
Nulo	15	5	5	5	Nulo

Según la Tabla A11 categorías en varones mayores de 29 años. Las dos evaluaciones hechas independientemente podemos observar que en los perfiles no se encuentran diferencias significativas entre el pretest y postest. En cuanto a el Estado, Sentimiento, Expresión Física y Expresión verbal podemos observar los niveles nulos en ambas mediciones.

Interpretación de las escalas y subescalas del Staxi-2

Puntuaciones entre los centiles 25 y 75 pueden considerarse normales. Aunque los sujetos con puntuaciones más altas, dentro de este rango, son más propensos a experimentar, exteriorizar, reprimir o controlar la ira que quienes están en la parte inferior de la escala. Los sujetos con puntuaciones de ira por encima del centil 75 experimentan o expresan sentimientos de ira en un grado que puede interferir con un comportamiento óptimo.

Pretest

	TOTAL RASGO	TEMP.	REACC.	E.EXT.	E.INT.	C.EXT.	C.INT.	IEI
PD	11	6	5	10	10	24	22	10
Centil	5	20	5	45	15	99	95	5

Postest

	TOTAL RASGO	TEMP.	REACC.	E.EXT.	E.INT.	C.EXT.	C.INT.	IEI
PD	15	7	8	10	10	23	21	12
Centil	20	30	15	45	15	85	95	5

En cuanto a los resultados obtenidos en las puntuaciones en centiles, en la escala Control Externo (**C.EXT.**), el sujeto presenta una puntuación por encima del centil 75 en ambas pruebas y Control Interno (**C.INT.**), ambas pruebas (pretest y postest), muestran puntuaciones por encima del centil 75 lo que quiere decir que en estas dos escalas el sujeto es propenso a reprimir o controlar la ira.

Las personas que puntúan alto en **C. Ext.** Suelen gastar una gran cantidad de energía en prever y prevenir la experiencia y expresión exterior de la ira. Aunque tal vez sea deseable este control de las manifestaciones exteriores de la ira, cuando es excesivo puede conducir a la pasividad, la depresión o al abandono (Spielberger C. , 2009).

Los sujetos con altas puntuaciones en **C. Int.** Emplean mucha energía en calmar y reducir su ira tan pronto como le sea posible. El desarrollo de controles internos sobre la experiencia y expresión de la ira se interpreta generalmente de modo positivo, pero puede reducir la disposición de la persona a responder con una conducta asertiva cuando

esto facilite una solución constructiva ante una situación frustrante (Spielberger C. , 2009).

Comentarios finales: FC asistió a todas las sesiones, durante todo el proceso, cumplió con todas las tareas asignadas, asistió puntual a todas las sesiones. FC relató que ahora podía ver la forma agresiva que se había comportado a lo largo de su vida. Los resultados de las pruebas no mostraron cambios significativos, FC señala que todas las herramientas aprendidas en la terapia son de mucha utilidad para él y cada vez las pone más en práctica en su vida diaria. FC continúa asistiendo a terapia en el CAMM.

3.1.8 Sujeto #4

Datos Generales

Nombre: C G

Sexo: Masculino

Edad: 47 años

Estado Civil: Soltero

Estudios Cursados: Cuarto año de secundaria

Profesión u ocupación: Trabaja en una empresa privada

Historia personal y familiar

CG nació en la Ciudad de Panamá, vive en Torrijos Carter Distrito de San Miguelito. Actualmente está soltero, pero estuvo unido con su primera pareja, por doce (12) años y fruto de esa unión tiene un hijo de veinticuatro (24) años.

CG relata que estuvo soltero por varios años después de su separación y luego de eso empezó a salir con una mujer, que es un poco más joven que él. Después de unos meses de relación deciden vivir juntos. Según CG, la relación al inicio era bastante buena, salían juntos a fiestas y eventos sociales, a los dos les gustaba salir y tomarse su cerveza, como cualquier pareja, pasan los meses y su pareja sale embarazada; en ese momento ella no tenía un trabajo fijo, pero vendía comida en diferentes instituciones y le iba bastante bien.

Nace el niño y empiezan a tener problemas económicos; ella ya no podía trabajar, ya que se quedaba cuidando a el niño. Empiezan a tener discusiones constantes y cada vez más fuertes, entre gritos, insultos y portazos.

CG indica que empezó a celar a su esposa, ya que cuando el niño fue creciendo, ella salía mucho con sus amigas y lo dejaba a cargo del cuidado del niño. Tiempo después empezó a sospechar que algo andaba mal, además, de los problemas económicos que presentaban. CG empieza a tener sospecha que su pareja lo engaña con otro hombre.

Una noche la pareja le informa a CG que va a salir a una fiesta, en casa de unas de sus amigas; le comenta que era una reunión informal, solo para compartir y hablar cosas de mujeres, él le pregunta que si la puede acompañar y su pareja responde que es solo reunión de chicas. Esa noche su pareja se va a la fiesta, en casa de su amiga y CG espera que pase un rato y la sigue, llega a la casa donde era la reunión y ve a su esposa sentada en las piernas de un hombre y con actitud muy cariñosa. Él no hizo nada y se fue para su casa, a esperar que ella regresara. Una vez regresa su pareja, él le reclama por lo que había visto y ella le dice que es solo un amigo, empiezan a discutir y se van a los golpes, luego él toma un cuchillo y le corta el brazo, ella empieza a gritar pidiendo ayuda y los vecinos llaman a la policía, y se lo llevan detenido.

CG relata que fue muy difícil para él estar detenido, ya que nunca lo había estado, pudo matar a su exesposa en un momento de ira, y conducirlo a muchos años preso. Inició terapia por una orden de un juez.

Entre los síntomas mas sobresalientes que presenta este sujeto:

- Pierde el control fácilmente.
- Es susceptible o fácilmente molesto por otros.
- Se muestra enojado y resentido.
- Consume bebidas alcohólicas frecuentemente.

Etapas del modelo de cambio de Prochaska y Diclemente:

Preparación: CG empezó a asistir a terapia por una orden de un juez, es consciente que tiene un problema y lo peligroso que es para su vida y la de los demás su mal manejo de la ira, según CG tiene muy mala relación con su exesposa razón por la cual trata a toda costa de mantenerse alejado de ella para evitar cualquier conflicto o pelea con ella.

Los resultados del STAXI-2 Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo:

TABLA A 11

Categorías en varones mayores de 29 años

Nivel	Estado	Sent.	Exp. F	Exp V	Nivel
Alto	34-60	12-20	15-20	12-20	Alto
Moderado	25-33	9-11	8-14	8-11	Moderado
Bajo	16-24	6-8	6-7	6-7	Bajo
Nulo	15	5	5	5	Nulo

Pretest: Perfil Nulo

Nivel	Estado	Sentimiento	Exp. Física	Exp. Verbal	Nivel
Alto					Alto
Moderado					Moderado
Bajo					Bajo
Nulo	15	5	5	5	Nulo

Postest: Perfil Nulo

Nivel	Estado	Sentimiento	Exp. Física	Exp. Verbal	Nivel
Alto					Alto
Moderado					Moderado
Bajo					Bajo
Nulo	15	5	5	8	Nulo

Según la Tabla A11 categorías en varones mayores de 29 años. Las dos evaluaciones hechas independientemente podemos observar que en los perfiles no se encuentran diferencias significativas entre el pretest y postest. En cuanto a el Estado, Sentimiento, Expresión Física y Expresión verbal podemos observar los niveles nulos en ambas mediciones.

Interpretación de las escalas y subescalas del Staxi-2

Puntuaciones entre los centiles 25 y 75 pueden considerarse normales. Aunque los sujetos con puntuaciones más altas, dentro de este rango, son más propensos a experimentar, exteriorizar, reprimir o controlar la ira que quienes están en la parte inferior

de la escala. Los sujetos con puntuaciones de ira por encima del centil 75 experimentan o expresan sentimientos de ira en un grado que puede interferir con un comportamiento óptimo.

Pretest

	TOTAL RASGO	TEMP.	REACC.	E.EXT.	E.INT.	C.EXT.	C.INT.	IEI
PD	22	12	10	12	13	14	16	31
Centil	65	90	35	70	80	35	65	60

Posttest

	TOTAL RASGO	TEMP.	REACC.	E.EXT.	E.INT.	C.EXT.	C.INT.	IEI
PD	21	10	11	11	10	12	19	26
Centil	60	75	45	60	15	15	85	40

En cuanto a los resultados obtenidos en el pretest, en las puntuaciones en centiles, podemos observar en la escala Temperamento de ira (**Temp.**), el sujeto presenta una puntuación de 90 centiles en el pretest.

Quienes puntúan alto en la subescala Temp. Son irritables y propensos a expresar sus sentimientos de ira, aunque la provocación sea pequeña. A menudo son impulsivos y carentes de control de ira, pero no son necesariamente violentos o vengativos como para atacar a otras personas (Spielberger C. , 2009).

En cuanto a los resultados obtenidos en las puntuaciones en centiles, en la escala Expresión interna de la ira (**E. Ext.**), el sujeto presenta en el pretest una puntuación de 80 centiles. Y una disminución en el posttest con una puntuación de 15.

Las personas con puntuaciones elevadas en **E. Ext.** Manifiestan frecuentemente su ira con una conducta agresiva dirigida a otras personas o a objetos del entorno. **La E. Ext** puede expresarse en actos físicos, tales como ataques a otras personas o dar portazos, o de forma verbal mediante críticas, sarcasmos, insultos, amenaza, o el uso de blasfemias (Spielberger C. , 2009).

Comentarios finales: CG asistió a todas las sesiones del programa, durante las mismas se mostraba muy atento y dispuesto a participar; realizó las tareas asignadas a la casa. CG mencionó que a veces había que alejarse de las situaciones que le causaban problemas y es mejor evitarlas. CG no presentó cambios significativos en las pruebas, sin embargo, mencionó que las herramientas aprendidas durante el programa son muy útiles para él. CG continúa asistiendo a terapia en el CAMM.

3.1.9 Sujeto #5

Datos Generales

Nombre: A L

Sexo: Masculino

Edad: 37 años

Estado Civil: Unido

Estudios Cursados: Bachiller

Profesión u ocupación: Trabaja para la empresa privada

Historia personal y familiar

AL nació en la Ciudad de Colón, Provincia de Panamá. Actualmente vive en el corregimiento de Río Abajo, Distrito de Panamá. Su estado civil es unido y tiene una hija de siete (7) años.

AL relató que tiene una relación con la mamá de su hija, desde hace 10 años. Al inicio todo iba bastante bien con ella e indica que él siempre ha sido un poco celoso con sus parejas anteriores, y con ella no era la excepción. Ella trabajaba y quería entrar a la universidad a estudiar, ya que la niña estaba un poco más grandecita y él le dijo que la apoyaría.

Según AL, las cosas empezaron a cambiar desde que su pareja entró a la universidad, ya que descuidó las cosas de la casa y los fines de semana se la pasaba reunida, estudiando con sus compañeros de clase. Las discusiones eran cada vez más frecuentes, y comenta que empezó a sospechar que su pareja salía con otro hombre.

AL indica que una noche se fue para la universidad, donde estudiaba su pareja, a esperar que saliera de clase, sin que ella lo supiera; se quedó en su carro esperando, y después de un rato, observa que ella sale caminando con un hombre y se subieron al carro de éste. AL los siguió para ver a dónde iban, y cuando iba manejando, pensaba lo peor, que su mujer lo estaba engañando con ese hombre, que era compañero de la universidad; se estaba llenando de mucha ira y empezó a molestarse muchísimo y quería una explicación. El carro se detuvo en un restaurante y cuando están estacionados, antes que ellos se bajaran del auto, él se baja y empieza a gritarles, abre la puerta del carro, toma al hombre por la corbata y lo golpea asumiendo que él tenía una relación con su pareja. Ella empieza a gritar y a rogarle que no golpeará al hombre, que sólo era un

compañero de universidad y habían parado a comprar algo para comer, él la llevaría después a la casa. Cuando AL escucha todo eso se empezó a calmar y soltó al hombre, le dijo que se fuera y le dijo a su pareja que se subiera a su carro.

Al día siguiente, después del evento, sentía vergüenza y culpa por lo que había sucedido, su pareja había salido temprano y cuando ella regresó le dijo que había puesto la denuncia en la policía y que se fuera de la casa, que no quería seguir en una relación con alguien con un comportamiento tan violento.

Entre los síntomas mas sobresalientes que presenta este sujeto:

- Pierde el control.
- Discute fácilmente con las personas a su alrededor.
- Se encuentra enojado frecuentemente.
- Desafía y agrede a las personas cercanas a él.

Etapas del modelo de cambio de Prochaska y Diclemente:

Preparación: AL relató que está arrepentido de lo que hizo y se había dado cuenta que esa conducta agresiva con la que siempre se había manejado solo le había traído problemas a lo largo de su vida. AL comenta que está muy arrepentido de lo que hizo, siente vergüenza de su conducta pasada y quiere cambiar, sin embargo, dice que es difícil cambiar su comportamiento de la noche a la mañana, trabaja todos los días en el manejo de situaciones que le causan ansiedad y ira.

Los resultados del STAXI-2 Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo:

TABLA A 11**Categorías en varones mayores de 29 años**

Nivel	Estado	Sent.	Exp. F	Exp V	Nivel
Alto	34-60	12-20	15-20	12-20	Alto
Moderado	25-33	9-11	8-14	8-11	Moderado
Bajo	16-24	6-8	6-7	6-7	Bajo
Nulo	15	5	5	5	Nulo

Pretest: Perfil Nulo

Nivel	Estado	Sentimiento	Exp. Física	Exp. Verbal	Nivel
Alto					Alto
Moderado					Moderado
Bajo					Bajo
Nulo	15	5	5	5	Nulo

Postest: Perfil Nulo

Nivel	Estado	Sentimiento	Exp. Física	Exp. Verbal	Nivel
Alto					Alto
Moderado					Moderado
Bajo					Bajo
Nulo	15	5	5	5	Nulo

Según la Tabla A11 categorías en varones mayores de 29 años. Las dos evaluaciones hechas independientemente podemos observar que en los perfiles no se encuentran

diferencias significativas entre el pretest y postest. En cuanto a el Estado, Sentimiento, Expresión Física y Expresión verbal podemos observar los niveles nulos en ambas mediciones.

Interpretación de las escalas y subescalas del Staxi-2

Puntuaciones entre los centiles 25 y 75 pueden considerarse normales. Aunque los sujetos con puntuaciones más altas, dentro de este rango, son más propensos a experimentar, exteriorizar, reprimir o controlar la ira que quienes están en la parte inferior de la escala. Los sujetos con puntuaciones de ira por encima del centil 75 experimentan o expresan sentimientos de ira en un grado que puede interferir con un comportamiento óptimo.

Pretest

	TOTAL							
	RASGO	TEMP.	REACC.	E.EXT.	E.INT.	C.EXT.	C.INT.	IEI
PD	16	8	8	9	8	18	24	11
Centil	30	50	15	25	5	55	99	5

Postest

	TOTAL							
	RASGO	TEMP.	REACC.	E.EXT.	E.INT.	C.EXT.	C.INT.	IEI
PD	17	7	10	12	8	23	21	12
Centil	35	30	35	70	5	85	95	5

En cuanto a los resultados obtenidos en las puntuaciones en centiles, en la escala Control Externo (**C.EXT.**), el sujeto presenta en el pretest una puntuación por debajo de

75 sin embargo, en los resultados del postest se observa una puntuación de 85, lo que indica un aumento en esta escala.

En cuanto a la escala Control Interno (**C.INT**), ambas pruebas (pretest y postest), muestran puntuaciones por encima del centil 75 lo que quiere decir que el sujeto es propenso a reprimir o controlar la ira.

Las personas que puntúan alto en **C. Ext.** Suelen gastar una gran cantidad de energía en prever y prevenir la experiencia y expresión exterior de la ira. Aunque tal vez sea deseable este control de las manifestaciones exteriores de la ira, cuando es excesivo puede conducir a la pasividad, la depresión o al abandono (Spielberger C. , 2009).

Los sujetos con altas puntuaciones en **C. Int.** Emplean mucha energía en calmar y reducir su ira tan pronto como le sea posible. El desarrollo de controles internos sobre la experiencia y expresión de la ira se interpreta generalmente de modo positivo, pero puede reducir la disposición de la persona a responder con una conducta asertiva cuando esto facilite una solución constructiva ante una situación frustrante (Spielberger C. , 2009).

Comentarios finales: AL terminó el proceso terapéutico, reconoce que su comportamiento en el pasado era violento, no sólo con su pareja, sino también con las personas a su alrededor; sin embargo, menciona que es difícil controlarse en muchas situaciones del día a día, pero que está empleando todas las técnicas aprendidas en terapia. Las pruebas no mostraron cambios significativos.

3.1.10 Sujeto #6

Datos Generales

Nombre: G R

Sexo: Masculino

Edad: 40 años

Estado Civil: Unido

Estudios Cursados: Universitaria

Profesión u ocupación: Comerciante

Historia personal y familiar

GR Nació en la Ciudad de Panamá. Actualmente vive en Villa Lucre, Distrito de Panamá. Estuvo casado por doce (12) años y tiene una hija de ocho (8) años. Según relata, su relación con su ex esposa es muy difícil, ya que actualmente tienen muchos problemas, en relación a las decisiones que tienen que tomar con su hija y nunca están de acuerdo.

GR relata que su ex esposa era muy celosa y como él manejaba su propio negocio, tenía hora de entrada y no de salida. Muchas veces tenía que trabajar hasta los fines de semana y su ex esposa se enojaba muchísimo por eso, decía que no le dedicaba tiempo a su familia.

GR indica que poco a poco se empezó a deteriorar más y más la relación con su ex esposa, y comenta que tenían discusiones constantes y cada vez eran más fuertes, se insultaban y gritaban, a tal punto que la niña se paraba llorando por los gritos, y a él no le gustaba que su hija presenciara esas peleas.

Después de tantas peleas y agresiones verbales, un día GR le dice a su ex esposa que tienen que hablar de su relación, y que era mejor que se separaran, por el bien de su hija. Ese día fue uno de los peores de su vida, según relata GR, ya que empezaron a discutir fuertemente, y ella le dijo que no le iba a dar el divorcio, que seguramente él tenía una relación con otra mujer. Discutieron fuertemente y su ex esposa se le abalanzó encima para golpearlo; él para defenderse la empujó muy fuerte y ella se cayó y se golpeó la cabeza. Su ex esposa llamó a la policía y se lo llevaron detenido. El juez lo mandó a terapia por 24 meses.

Entre los síntomas mas sobresalientes que presenta este sujeto:

- Pierde el control fácilmente.
- Impone reglas que todos en su casa deben cumplir.
- Se muestra enojado y resentido.
- Es susceptible o fácilmente molestado por otros.
- Discute constantemente con las personas a su alrededor.

Etapa del modelo de cambio de Prochaska y Diclemente:

Precontemplación: GR no es consciente de tener un problema, indica que todo es culpa de su exesposa que ella es la única culpable que el solamente reaccionó al ataque de ella. GR no es consciente de los efectos negativos de su pobre control de ira y es posible que este utilizando la racionalización como mecanismo de defensa.

Los resultados del STAXI-2 Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo:

TABLA A 11

Categorías en varones mayores de 29 años

Nivel	Estado	Sent.	Exp. F	Exp V	Nivel
Alto	34-60	12-20	15-20	12-20	Alto
Moderado	25-33	9-11	8-14	8-11	Moderado
Bajo	16-24	6-8	6-7	6-7	Bajo
Nulo	15	5	5	5	Nulo

Pretest: Perfil Nulo

Nivel	Estado	Sentimiento	Exp. Física	Exp. Verbal	Nivel
Alto					Alto
Moderado					Moderado
Bajo					Bajo
Nulo	15	5	5	5	Nulo

Postest: Perfil Nulo

Nivel	Estado	Sentimiento	Exp. Física	Exp. Verbal	Nivel
Alto					Alto
Moderado					Moderado
Bajo					Bajo
Nulo	15	5	5	5	Nulo

Según la Tabla A11 categorías en varones mayores de 29 años. Las dos evaluaciones hechas independientemente podemos observar que en los perfiles no se encuentran diferencias significativas entre el pretest y postest. En cuanto a el Estado, Sentimiento, Expresión Física y Expresión verbal podemos observar los niveles nulos en ambas mediciones.

Interpretación de las escalas y subescalas del Staxi-2

Puntuaciones entre los centiles 25 y 75 pueden considerarse normales. Aunque los sujetos con puntuaciones más altas, dentro de este rango, son más propensos a experimentar, exteriorizar, reprimir o controlar la ira que quienes están en la parte inferior de la escala. Los sujetos con puntuaciones de ira por encima del centil 75 experimentan o expresan sentimientos de ira en un grado que puede interferir con un comportamiento óptimo.

Pretest

	TOTAL RASGO	TEMP.	REACC.	E.EXT.	E.INT.	C.EXT.	C.INT.	IEI
PD	12	5	7	9	8	24	22	7
Centil	5	15	10	25	5	99	95	5

Postest

	TOTAL RASGO	TEMP.	REACC.	E.EXT.	E.INT.	C.EXT.	C.INT.	IEI
PD	11	5	6	10	9	24	24	7
Centil	5	15	5	45	10	99	99	5

En cuanto a los resultados obtenidos en las puntuaciones en centiles, en la escala Control Externo (**C.EXT.**), el sujeto presenta una puntuación de 99 en ambas pruebas y Control Interno (**C.INT.**), ambas pruebas (pretest y posttest), muestran puntuaciones por encima del centil 75 lo que quiere decir que en estas dos escalas el sujeto es propenso a reprimir o controlar la ira.

Las personas que puntúan alto en **C. Ext.** Suelen gastar una gran cantidad de energía en prever y prevenir la experiencia y expresión exterior de la ira. Aunque tal vez sea deseable este control de las manifestaciones exteriores de la ira, cuando es excesivo puede conducir a la pasividad, la depresión o al abandono (Spielberger C. , 2009).

Los sujetos con altas puntuaciones en **C. Int.** Emplean mucha energía en calmar y reducir su ira tan pronto como le sea posible. El desarrollo de controles internos sobre la experiencia y expresión de la ira se interpreta generalmente de modo positivo, pero puede reducir la disposición de la persona a responder con una conducta asertiva cuando esto facilite una solución constructiva ante una situación frustrante (Spielberger C. , 2009).

Comentarios finales: GR inició el proceso terapéutico con mucha resistencia. GR durante las sesiones se mostraba indiferente y señaló que todo era culpa de su ex esposa, que ella tenía la culpa de todo lo sucedido y que solamente él se había defendido de su agresión, y que ella era una mala mujer. GR no realizaba las tareas asignadas para la casa, siempre tenía una excusa, además no mostró cambios significativos en las pruebas, sin embargo, al final de las últimas sesiones sí hubo un pequeño cambio. GR señaló que, a lo mejor tendría algo de culpa en lo sucedido y acudió a terapia individual y actualmente está asistiendo a terapia grupal en el CAMM.

3.1.11 Sujeto #7

Datos Generales

Nombre: D G

Sexo: Masculino

Edad: 43 años

Estado Civil: Soltero

Estudios Cursados: Universitarios

Profesión u ocupación: Vendedor

Historia personal y familiar

DG nació en Panamá y actualmente vive en San miguelito. Está separado y con un hijo. Según DG tenía una relación estable con la mamá de su hijo, aunque no estaban casados; pero vivían juntos hace 8 años. Entre los dos compraron una casa, donde vivían con su hijo, además compartían los gastos, ya que ambos trabajaban. La relación con su ex pareja era normal con sus altos y bajos, sin embargo, desde un tiempo empezó a empeorar y las discusiones eran muy fuertes y mas constantes.

DG informó que su ex pareja quería ir a muchas fiestas con sus amigas y lo dejaba al cuidado del niño. Muchas veces, cuando él tenía que trabajar el sábado hasta tarde, su ex pareja se iba con sus amigas y dejaba el niño en casa de su mamá para que lo cuidara; DG menciona que las peleas fueron creciendo hasta que se hicieron insoportables.

DG relata que una noche de sábado su ex pareja se había ido de fiesta con sus amigas y había dejado al niño en casa de su madre, esa noche él la llamo y le reclamó ese

hecho, y que él estaba cansado de esa situación que no estaba bien, ella le contestó estaba joven y quería divertirse. DG menciona que su ex pareja es más joven que él. Esa noche ella regresó y al día siguiente le dijo que esa relación no estaba funcionando, que ya no era como antes y que se quería separar, empezaron a discutir fuertemente y él le dijo que era muy mala madre, que nunca estaba pendiente de su hijo y que ella no era responsable de su casa ni de su hijo.

Después de la discusión su ex pareja recogió toda su ropa y se fue de la casa, le dijo que necesitaba pensar, que se iba a tomar unos días y después regresaría.

DG menciona que se sintió triste, decepcionado y con mucha rabia, su pareja lo había dejado con su único hijo; cómo iba él solo a encargarse de su hijo que estaba pequeño, tenía solo dos (2) años.

DG menciona que, a partir de ese evento se volvió amargado y muy agresivo, se sentía frustrado por lo sucedido, empezó a tener problemas en su trabajo, discutía con sus compañeros. Una mañana, estando en su trabajo, su jefe le gritó porque un cliente de él se había quejado de su servicio, él trató de explicarle y su jefe le gritó, él reacciono violentamente y se abalanzó para golpearlo y sus compañeros de trabajo lo agarraron. Después de ese acontecimiento lo despidieron, y decidió buscar ayuda, y le recomendaron el grupo del CAMM. Es así como decide, por voluntad propia asistir a terapia.

Entre los síntomas mas sobresalientes que presenta este sujeto:

- Se muestra enojado.
- Está resentido con lo sucedido en su vida.
- Pierde el control.

Etapas del modelo de cambio de Prochaska y Diclemente:

Preparación: DG es consciente que tiene un problema y ha tomado la decisión de hacer algo al respecto, dio su primer paso buscando ayuda. DG relata que desde el evento sucedido con su expareja se siente enojado, se pregunta porque su pareja lo dejo solo con su hijo, sin embargo, esta claro que no puede reaccionar agresivamente ante situaciones diarias justificando su comportamiento en lo sucedido con su expareja.

Los resultados del STAXI-2 Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo:

TABLA A 11

Categorías en varones mayores de 29 años

Nivel	Estado	Sent.	Exp. F	Exp V	Nivel
Alto	34-60	12-20	15-20	12-20	Alto
Moderado	25-33	9-11	8-14	8-11	Moderado
Bajo	16-24	6-8	6-7	6-7	Bajo
Nulo	15	5	5	5	Nulo

Pretest: Perfil Nulo

Nivel	Estado	Sentimiento	Exp. Física	Exp. Verbal	Nivel
Alto					Alto
Moderado					Moderado
Bajo					Bajo
Nulo	15	5	5	5	Nulo

Postest: Perfil Nulo

Nivel	Estado	Sentimiento	Exp. Física	Exp. Verbal	Nivel
Alto					Alto
Moderado					Moderado
Bajo					Bajo
Nulo	15	5	5	5	Nulo

Según la Tabla A11 categorías en varones mayores de 29 años. Las dos evaluaciones hechas independientemente podemos observar que en los perfiles no se encuentran diferencias significativas entre el pretest y postest. En cuanto a el Estado, Sentimiento, Expresión Física y Expresión verbal podemos observar los niveles nulos en ambas mediciones.

Interpretación de las escalas y subescalas del Staxi-2

Puntuaciones entre los centiles 25 y 75 pueden considerarse normales. Aunque los sujetos con puntuaciones más altas, dentro de este rango, son más propensos a experimentar, exteriorizar, reprimir o controlar la ira que quienes están en la parte inferior de la escala. Los sujetos con puntuaciones de ira por encima del centil 75 experimentan o expresan sentimientos de ira en un grado que puede interferir con un comportamiento óptimo.

Pretest

TOTAL

	RASGO	TEMP.	REACC.	E.EXT.	E.INT.	C.EXT.	C.INT.	IEI
PD	15	5	10	11	13	19	21	20
Centil	20	15	35	60	55	60	95	20

Postest

	TOTAL RASGO	TEMP.	REACC.	E.EXT.	E.INT.	C.EXT.	C.INT.	IEI
PD	13	5	8	6	11	21	24	8
Centil	5	15	15	5	25	70	99	5

En cuanto a los resultados obtenidos en las puntuaciones en centiles, en la escala Control Interno (**C.INT**), ambas pruebas (pretest y postest), el sujeto presenta una puntuación por encima del centil 75 lo que quiere decir que en estas dos escalas el sujeto es propenso a reprimir o controlar la ira.

Los sujetos con altas puntuaciones en **C. Int.** Emplean mucha energía en calmar y reducir su ira tan pronto como le sea posible. El desarrollo de controles internos sobre la experiencia y expresión de la ira se interpreta generalmente de modo positivo, pero puede reducir la disposición de la persona a responder con una conducta asertiva cuando esto facilite una solución constructiva ante una situación frustrante (Spielberger C. , 2009).

Comentarios finales: DG concluyó el proceso terapéutico, evidenciando aprovechamiento de las herramientas aprendidas, durante las sesiones. DG no presentó cambios significativos en las pruebas, sin embargo, mencionó que pudo ver con claridad cómo su comportamiento le había causado problemas, a lo largo de su vida. DG actualmente está asistiendo a terapia en el CAMM.

3.1.12 Sujeto #8

Datos Generales

Nombre: A J

Sexo: Masculino

Edad: 48 años

Estado Civil: Soltero

Estudios Cursados: Universitarios

Profesión u ocupación: Vendedor Internacional

Historia personal y familiar

AJ Nació en la Ciudad de Panamá, actualmente vive en Villa Lucre. Es divorciado, con un hijo adulto de su matrimonio. AJ indica que se casó muy joven, él y su ex esposa eran novios desde el colegio, ella salió embarazada y decidieron casarse.

AJ relata que la relación se fue deteriorando, presentaban problemas económicos y su ex esposa quería hacer una carrera universitaria, lo cual era muy difícil con un bebe pequeño. Estuvieron juntos varios años, hasta que decidieron divorciarse, por mutuo acuerdo. La separación fue bien tranquila, llegaron a acuerdos en los cuidados y gastos del niño, nunca presentaron discusiones por la manutención del niño, siempre estaba al día con los pagos y cualquier otro gasto que se presentara.

AJ indica que no volvió a casarse; tuvo varias relaciones a lo largo de su vida, sin embargo, no eran nada serio, hasta que conoció en una fiesta de un amigo a una mujer que le gustó muchísimo. Empezaron a salir ella, era madre soltera con una niña de seis (6) años. AJ comenta que se enamoró de la niña apenas la conoció, él siempre había querido tener una niña, ya que tenía un hijo varón.

AJ menciona que después de unos meses de relación, su pareja le dice que se mude con ellas, ya que él las ayudaba económicamente con los gastos de la casa y que era mejor que vivieran juntos, a lo que él aceptó. Durante los primeros meses todo iba bien y él cada día se encariñaba más con la niña.

Según AJ a los pocos meses de convivencia empezaron a tener problemas, su pareja se iba a fiestas con sus amigas y lo dejaba al cuidado de la niña, situación que lo incomodaba mucho; después empezaron los celos obsesivos de parte de ella, a tal punto que lo llamaba durante horas laborales hasta 10 veces al día. Un sábado él estaba haciendo unas reparaciones en la casa y se estaba tomando unas cervezas, su pareja le dice que va a salir con una amigas, que se quede con la niña, él se molesta con ella y le dice que no la va a cuidar que él está ocupado haciendo las reparaciones de la casa, su pareja se molesta y empieza a gritarle, empiezan a discutir y ella le pega en la cara, a lo cual él responde empujándola, ella se cae y se golpea la cabeza, entre gritos y llantos ella grita por ayuda, por lo que los vecinos llaman a la policía y se lo llevan detenido.

Entre los síntomas mas sobresalientes que presenta este sujeto:

- Pierde el control.
- Culpa a otros por sus equivocaciones.
- Se muestra enojado y resentido.

Etapas del modelo de cambio de Prochaska y Diclemente:

Contemplación: AJ es consciente que tiene un problema, relata que nunca en su vida a sus 47 años había estado envuelto en problemas de violencia, dice que es pacífico y no justifica su comportamiento hacia su pareja. AJ dice que está muy arrepentido de lo sucedido y necesita hacer algo sobre su comportamiento que lo lleve a ser violento con su expareja.

Los resultados del STAXI-2 Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo:

TABLA A 11

Categorías en varones mayores de 29 años

Nivel	Estado	Sent.	Exp. F	Exp V	Nivel
Alto	34-60	12-20	15-20	12-20	Alto
Moderado	25-33	9-11	8-14	8-11	Moderado
Bajo	16-24	6-8	6-7	6-7	Bajo
Nulo	15	5	5	5	Nulo

Pretest: Perfil Nulo

Nivel	Estado	Sentimiento	Exp. Física	Exp. Verbal	Nivel
Alto					Alto
Moderado					Moderado
Bajo					Bajo
Nulo	15	5	5	5	Nulo

Postest: Perfil

Nivel	Estado	Sentimiento	Exp. Física	Exp. Verbal	Nivel
Alto					Alto
Moderado					Moderado
Bajo					Bajo
Nulo	15	5	5	5	Nulo

Según la Tabla A11 categorías en varones mayores de 29 años. Las dos evaluaciones hechas independientemente podemos observar que en los perfiles no se encuentran diferencias significativas entre el pretest y postest. En cuanto a el Estado, Sentimiento, Expresión Física y Expresión verbal podemos observar los niveles nulos en ambas mediciones.

Interpretación de las escalas y subescalas del Staxi-2

Puntuaciones entre los centiles 25 y 75 pueden considerarse normales. Aunque los sujetos con puntuaciones más altas, dentro de este rango, son más propensos a experimentar, exteriorizar, reprimir o controlar la ira que quienes están en la parte inferior de la escala. Los sujetos con puntuaciones de ira por encima del centil 75 experimentan o expresan sentimientos de ira en un grado que puede interferir con un comportamiento óptimo.

Pretest

	TOTAL RASGO	TEMP.	REACC.	E.EXT.	E.INT.	C.EXT.	C.INT.	IEI
PD	12	6	6	9	8	23	20	10
Centil	5	20	5	25	5	85	90	5

Postest

	TOTAL RASGO	TEMP.	REACC.	E.EXT.	E.INT.	C.EXT.	C.INT.	IEI
PD	12	6	6	8	8	24	22	6
Centil	5	20	5	10	5	99	95	5

En cuanto a los resultados obtenidos en las puntuaciones en centiles, en la escala Control Externo (**C.EXT.**), el sujeto presenta una puntuación por encima de 75 en ambas pruebas. En la escala de Control Interno (**C.INT**), ambas pruebas (pretest y postest), muestran puntuaciones por encima del centil 75 lo que quiere decir que en estas dos escalas el sujeto es propenso a reprimir o controlar la ira.

Las personas que puntúan alto en **C. Ext.** Suelen gastar una gran cantidad de energía en prever y prevenir la experiencia y expresión exterior de la ira. Aunque tal vez sea deseable este control de las manifestaciones exteriores de la ira, cuando es excesivo puede conducir a la pasividad, la depresión o al abandono (Spielberger C. , 2009).

Los sujetos con altas puntuaciones en **C. Int.** Emplean mucha energía en calmar y reducir su ira tan pronto como le sea posible. El desarrollo de controles internos sobre la experiencia y expresión de la ira se interpreta generalmente de modo positivo, pero puede reducir la disposición de la persona a responder con una conducta asertiva cuando esto facilite una solución constructiva ante una situación frustrante (Spielberger C. , 2009).

Comentarios finales: AJ **asistió** a todas las sesiones del programa. Durante las primeras sesiones se mostraba muy emotivo, cuando relataba lo sucedido, lloraba, y mostraba mucha culpa por lo sucedido. A lo largo del proceso terapéutico realizó todas las tareas asignadas, indicó que los ejercicios le eran de mucha utilidad y que experimentó cambios, que lo hicieron sentirse mejor y más relajado mientras los practicaba. AJ no mostró cambios significativos en las pruebas. AJ asiste a terapia individual y continua con la terapia grupal en el CAMM.

4 Capítulo IV - Conclusiones y Recomendaciones

4.1.1 Conclusiones

La ira es una emoción básica, la cual, si es bien manejada, tiene sus funciones adaptativas; sin embargo, cuando no es bien manejada, puede llegar a causar un impacto negativo sobre el bienestar físico y psicológico. Investigaciones recientes relacionan la ira con diferentes enfermedades físicas que van deteriorando la salud de los individuos que la padecen.

La investigación realizada tiene como objetivo, determinar el efecto de la terapia Cognitivo Conductual grupal, lo que ayudaría a disminuir la expresión de la ira en hombres ofensores. Luego de la aplicación de la terapia y evaluar la información generada por el instrumento aplicado, se observan los siguientes resultados:

Los resultados obtenidos en los perfiles de los participantes en cuanto al Estado, Sentimiento, Expresión física y Expresión verbal muestran un perfil nulo, antes y después de aplicada la terapia; es decir, que las dos evaluaciones hechas independientemente, no presentan diferencias significativas.

Las puntuaciones obtenidas en la Escala de Total Rasgo, los participantes, tanto en el pretest como en el posttest son iguales. Lo que significa que no hay una diferencia significativa en los resultados. Es decir, los pacientes presentaban un puntaje bajo antes de iniciar el programa y se mantuvieron con el puntaje bajo al finalizar la terapia.

En cuanto a las puntuaciones obtenidas en las escalas de Control Externo y Control Interno, podemos encontrar puntuaciones por encima de 75, por lo que podemos concluir que la mayoría de los participantes hacen un enorme esfuerzo para prevenir la experiencia y expresión de la ira. Es decir, que gastan una cantidad enorme de energía

para prever y prevenir la experiencia y expresión de la ira, lo cual cuando es excesivo, puede conducir a la pasividad, la depresión o al abandono.

Luego de aplicar el programa de Terapia Cognitivo Conductual a un grupo de hombres ofensores, los resultados obtenidos de la prueba STAXI-2 en el pretest y el post test no se presentó cambios significativos en generales. Es decir, con estos resultados rechazamos la hipótesis del investigador y aceptamos la hipótesis nula (Ho).

Por otra parte, la Terapia Cognitiva Conductual es un modelo de intervención con muy buenos resultados, en un sin número de trastornos, pero cuando hablamos de la ira no existe un diagnóstico del trastorno de ira; sin embargo, existen diferentes herramientas utilizadas en terapia para el control de la ira que han demostrado ser eficaces. En este programa utilizamos técnicas como la Relajación Progresiva de Jacobson, Debate Socrático, Psicoeducación, Desarrollo de habilidades de afrontamientos, entre otras.

Por todo lo ante expuesto, es importante mencionar que los resultados de la terapia pueden variar. Hay muchos factores que influyen en los resultados, como lo son el estado psicológico del paciente en el momento que acude a la terapia, los mecanismos de defensas que esté empleando, al momento de recibir terapia, sobre todo si acude a terapia por imposición. Es decir, la mayoría de los pacientes que acuden por imposición no están listos para el cambio, muchos están en la etapa de pre-contemplación, en lo cual no aceptan que tienen un problema. Es importante mencionar los factores de riesgos como lo son el alcohol, género, y factores sociales.

Por otra parte, desde tiempos antiguos, la ira ha sido un motivo de preocupación y estudio en las diferentes sociedades, no solo por el daño físico y psicológico que puede causar a la persona que la padece, sino por la forma del impacto físico y psicológico que puede causar a las personas a su alrededor. Es importante señalar que la mayoría de los participantes del presente estudio asistían a terapia por violencia doméstica hacia sus ex parejas.

Se requiere analizar los resultados de este estudio y realizar uno nuevo, tomando en cuenta los factores que pudieron influir en los resultados de la terapia.

4.1.2 Recomendaciones

Considerando que la ira está relacionada con un sinnúmero de problemas y ha sido motivo de diferentes estudios a lo largo de la historia, las tasas de violencia hacia la mujer han aumentado. Es decir, el mal manejo de la ira trae consecuencias desastrosas para el que la padece, como para todas las personas en su entorno. Las estadísticas de violencia doméstica dan fé de una problemática, no solo en nuestro país, sino a nivel mundial.

Una vez expuestos los resultados de la investigación y dando a conocer nuestras conclusiones, podemos realizar las siguientes recomendaciones:

- Educar a la población del impacto negativo sobre la salud física y psicológica de la persona que padece de un pobre manejo de la ira, que no solo la afecta a ella, sino a todas las personas a su alrededor.
- Incluir programas de Educación Emocional, basados en la Terapia Cognitiva Conductual que incluyan desarrollo de habilidades de afrontamiento, técnicas de relajación para el control de la ira. Es decir, una combinación de las habilidades cognitivas y de relajación.
- Desarrollar programas de Educación en los colegios para Estudiantes y padres, para promover la prevención; es decir, que los niños, jóvenes y adultos sean educados.
- Promover el respeto hacia los demás, hacia el género, los derechos de opinión de las demás personas, que deben ser respetados, aunque no se compartan. La comunicación franca y sincera, basada en el respeto siempre da mejores resultados, en cualquier tipo de relación interpersonal.

BIBLIOGRAFIA

- Aaron Beck, J. R. (1979). *Terapia Cognitiva de la depre4sion*.
- Amor, P. J., Echeburúa, E., & Loinaz, I. (2009). ¿Se puede establecer una clasificación tipológica de los hombres violentos contra su pareja? *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 519-539.
- Andrea Torres, S. L. (enero de 2013). *Scielo*. Obtenido de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-97282013000100002
- Ángeles Ruiz Fernández, M. D. (2011). *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales*. Madrid: desclee.
- Association, A. P. (2015).
- Association, A. P. (2015). *como controlar el enojo*. Recuperado el 13 de 12 de 2015, de como controlar el enojo: <http://www.apa.org/centrodeapoyo/enojo.aspx>
- Beck, A. (1995). *Terapia Cognitiva*. New York, London: The Guilford Press.
- Caballo, V. (1998). *Manual para el tratamiento Cognitivo Conductual de los trastornos psicológicos*. España.
- Caballo, V. (1998). *Manual para el tratamiento Cognitivo Conductual de los trastornos Psicológicos* (Vol. Volumen 2). (S. Siglo Veintiuno de España Editores, Ed.)
- Caro, I. (2007). *manual de psicología cognitiva*. Barcelona: Barcelona.
- Caropreso, R. M. (2015). El modelo de Terapia Cognitiva Conductual.
- Choliz, M. (2005). *Psicología de la Emoción*. Valencia.
- CSG, P. (25 de marzo de 2013). *Entrevista Psicológica*. Obtenido de <http://psikotemas.blogspot.com/2013/03/entrevista-psicologica.html?view=flipcard>
- CSS. (5 de 11 de 2018). *Caja de Seguro Social*. Obtenido de C: <http://www.css.gob.pa/web/5-noviembre-2018v.html>
- Datilio, F. (2001). Técnicas comportamentales Cognitivas para el cambio. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*.

- Diane Almérás, R. B. (2002). *Violencia Contra la mujer en relación de pareja*. Santiago de Chile: Cepal.
- Enrique Echeburúa, B. S. (2009). *Redalyc.org*. Obtenido de Redalyc. org: <http://www.redalyc.org/comocitar.aa?id=33712028001>
- Genise, n. (10 de octubre de 2017). *psyciencia.com*. Obtenido de <https://www.psyciencia.com/ira-desafios-psicoterapeuticos-del-siglo-naciente/>
- Historia de la Terapia Cognitivo Conductual. (2011). En R. A. Díaz Marta, *Historia de la Terapia Cognitivo Conductual*. Madrid: Madrid.
- Jorge Iacovella, M. T. (1 de enero de 2003). *La hostilidad y su relación con los trastornos cardiovasculares*. Obtenido de <http://www.scielo.br/pdf/pusf/v8n1/v8n1a08>
- Jorge Iacovella, M. T. (6 de jun de 2003). *La hostilidad y su relación con los trastornos cardiovasculares*. Obtenido de [sciELO.br: http://www.scielo.br/pdf/pusf/v8n1/v8n1a08](http://www.scielo.br/pdf/pusf/v8n1/v8n1a08)
- Leiro, C. J. (2014). Atención a hombres ofensores por el sector salud, de acuerdo a la ley 38 de 10 de julio 2001. 59-77.
- Lindner. (1 de 2 de 2007). *redalyc.org*. Obtenido de <http://www.redalyc.org/pdf/1610/161017323002.pdf>
- López Blanco, B. R. (1 de enero de 2012). *revista mexicana de psicología*. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/2430/243030189009.pdf>
- Lozoya, J. (15 de julio de 2015). Recuperado el 13 de noviembre de 2015, de <http://suite101.net/article/controlar-la-ira-definicion-causas-manejo-y-consecuencias-a26577#.VkdqT-K231U>
- Manual de autocontrol del enojo. (2010). En B. Mendoza González, *Manual de autocontrol del enojo*. México: México.
- Marijke Velzebour, M. E. (2003). *La Violencia contra Las Mujeres*. Washington: path.
- Miguel Ángel Pérez Nieto, M. R. (2008). Aproximaciones a la emoción de ira. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*.
- ministeriopublico.gob.pa. (2013). *ministerio público*. Obtenido de <http://www.ministeriopublico.gob.pa/minipub/Denuncias/ViolenciaDomestica.aspx>
- Neil, O. (2000). *psyciencia*. Obtenido de <https://www.psyciencia.com/ira-desafios-psicoterapeuticos-del-siglo-naciente/>

- NIETZEL, B. Y. (1988). *INTRODUCCIÓN A LA PSICOLOGIA CLINICA*. MEXICO: MCGRAWHILL.
- Núñez, P. G. (17 de febrero de 2017). *La mente es maravillosa*. Obtenido de <https://lamenteesmaravillosa.com/aaron-beck-la-terapia-cognitiva/>
- Ortiz Carrasco, A. M., & Calderón González, M. J. (junio de 2006). *Aspectos conceptuales de la agresión : definición y modelos explicativos*. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/3440/344030758001.pdf>
- Público, M. (2019). Obtenido de <http://ministeriopublico.gob.pa/wp-content/multimedia/2019/01/Informe-Estad%C3%ADstico-Violencia-Doméstica-Enero-a-Diciembre-2018.pdf>
- Público, M. (11 de 02 de 2019). *Procuraduría general de la nación*. Obtenido de <http://ministeriopublico.gob.pa/estadisticas-judiciales/violencia-domestica/>
- Pérez, F. (2009). *La entrevista como técnica de investigación social Fundamentos teóricos, técnicos y metodológicos*. Obtenido de https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/43994110/La_entrevista_como_tecnica_de_investigacion_social_Fundamentos_teoricos.pdf?response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DLa_entrevista_como_tecnica_de_investigacion.pdf&X-Amz-Algorithm=AWS4-HMAC
- Publico, M. (11 de 02 de 2019). *Procuraduría general de la nación*. Obtenido de <http://ministeriopublico.gob.pa/estadisticas-judiciales/violencia-domestica/>
- Riso, W. (2006). *Terapia Cognitiva*. Bogotá: norma.
- Spielberger, C. (2009). *Staxi-2*. Madrid.
- Spielberger, C. (9 de abril de 2010). Obtenido de <http://psicologostudela.blogspot.com/2010/04/control-de-la-ira.html>
- Vásquez Fernando, E. J. (03 de 06 de 2018). Violencia doméstica, un fenómeno poco estudiado. *La Estrella de Panamá*.

ANEXOS

A. HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha: _____

Yo _____ con cédula de identidad personal N° _____, certifico que he sido informado con la claridad y veracidad debida respecto al ejercicio académico de la Licenciada. Raquel Him con N° de idoneidad 4031.

Me ha invitado a participar en el programa de intervención grupal en el cual actúo consecuente, libre y voluntariamente como colaborador contribuyendo a este procedimiento de forma activa. Soy conocedor de la autonomía suficiente que poseo para retirarme u oponerme al ejercicio académico, cuándo lo estime conveniente y sin necesidad de justificación alguna.

Que se respetará la buena fe, la confidencialidad e intimidad de la información por mi suministrada, lo mismo que mi seguridad física y psicológica.

FIRMA

B. Historia Clínica

Datos personales del paciente:

- Nombre _____
- Sexo _____
- Fecha de nacimiento y edad _____
- Dirección y teléfono _____
- Situación socio económica _____
- Estado civil _____
- Ocupación y profesión. _____

Motivo de asistencia a terapia

Historia de la Enfermedad Actual:

- Cuándo aparecieron los primeros síntomas?

- Circunstancias en que aparecieron los primeros síntomas.

- Reacciones personales a los primeros síntomas.

-
- Tratamientos recibidos y reacciones a dichos tratamientos.
-
-

Personalidad del Paciente:

- Tendencias a la introversión o a la extroversión
-

- Tendencias a la ansiedad o a la depresión.
-

Situación Familiar Actual.

- Matrimonio, separaciones, relaciones eventuales, divorcios.
-

- Vida familiar: evaluar el grado de autonomía de los cónyuges, las reacciones de oposición y sus motivos.
-

- Tiene o ha tenido hijos?
-

- Relaciones con los hijos considerando la calidad de la afectividad comprometida con los vínculos familiares.

-
- ¿Actualmente vive solo o convive con familiares o con otras personas?

-
- ¿Cuáles son las relaciones entre los diversos miembros del grupo familiar?
-
-

Costumbres de Vida.

- Ingestión de alcohol, tabaquismo, psicofármacos, hipnóticos, estimulantes (anfetaminas) o estupefacientes: duración de la ingesta, frecuencia, cantidades, modalidades de la ingestión.
-

- Polos de interés: actividades deportivas, políticas, religiosas, películas, lecturas, distracciones, música, etc.
-
-
-

ASPECTO GENERAL

- Muy Descuidado
- Descuidado
- Ligeramente Descuidado
- Normal
- Ligeramente Rebuscado
- Rebuscado
- Extraño

ACTIVIDAD PSICOMOTORA

- Bloqueo
- Lentificación Grave
- Lentificación Moderada
- Lentificación Leve
- Normalidad
- Inquietud
- Agitación Leve
- Agitación Marcada
- Agitación Grave

EXPRESIÓN DEL ROSTRO

- Profunda Tristeza
- Marcada Tristeza
- Ligeramente Tristeza
- Normal
- Ligeramente Excitación
- Moderada Excitación
- Grave Excitación
- Labilidad

MÍMICA Y GESTICULACIÓN

- Animia
- Hipomimia Grave
- Hipomimia Leve
- Tensión
- Normal
- Hipermimia Leve o Moderada
- Hipermimia Acentuada
- Discordancia
- Manierismo y estereotipias

ACEPTACIÓN DE LA ENTREVISTA

- Cooperación Buscada
- Cooperación Normal
- Pasividad Leve o Moderada
- Pasividad Acentuada
- Oposición Acentuada
- Negativista
- Comportamiento Variable

DISCURSO

- Mutismo
- Discurso Interrumpido
- Hipoproduktividad Acentuada
- Hipoproduktividad Leve

- Normal
 - Verborrea
 - Logorrea
 - Logorrea Incontrolada
 - Alternancia
-
-
-
-
-

Nota: La historia clínica de los pacientes fue adaptada con la finalidad de obtener la mayor información por parte de los pacientes, la cual nos serviría en la aplicación del programa.

C. Formato del Inventario Expresión de ira-estado-rasgo

Ficha Técnica

Nombre: Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo (STAXI-2).

Autor: Charles D. Spielberger.

Nombre original: State-Trait Anger Expression Inventory.

Procedencia: Psychological Assessment Resources PAR, Odesa, Florida, EE.UU.

Autores de la adaptación española: J.J. Miguel Tobal, M.I. Casado Morales, A. Cano Vindel y C.D. Spielberger.

Aplicación: Individual o colectiva.

Duración: 10 a 15 minutos.

Ámbito de aplicación: Adolescentes y adultos.

Tipificación: Diversas muestras españolas.

NOMBRE Y APELLIDOS:	
EDAD:	SEXO:
ESTADO CIVIL:	FECHA:
ESTUDIOS:	



Autor: Charles Spielberger
Copyright © 1988, 1991 by PAR, Psychological Assessment Resources, Inc.
Copyright de la versión española © 2001 by J.J. Miguel-Tobal, M.I. Casado, A. Cano-Vindel y C. Spielberger
Copyright de la edición española © 2001 by TEA Ediciones, S.A.U.
Prohibida la reproducción total o parcial. Todos los derechos reservados - *Este ejemplar está impreso en DOS TINTAS. Si le presentan uno en negro, es una reproducción ilegal. En beneficio de la profesión y en el suyo propio. NO LA UTILICE* - Printed in Spain. Impreso en España.

Parte 1. ESCALA DE ESTADO

- ◆ TRASLADÉ LAS PUNTUACIONES DE CADA FILA A SU RECUADRO CORRESPONDIENTE.
- ◆ LUEGO SUME LAS PUNTUACIONES DE CADA COLUMNA PARA OBTENER LA PUNTUACIÓN DE CADA ESCALA.
- ◆ SUME AHORA LAS PUNTUACIONES DE LAS TRES ESCALAS PARA HALLAR LA PUNTUACIÓN TOTAL ESTADO.
- ◆ TRASLADÉ LAS PUNTUACIONES DE CADA ESCALA AL CUADRO RESUMEN PARA HALLAR LA PUNTUACIÓN TOTAL.

		ESTADO							
		SENT.	Exp. F	Exp. V					
1	Estoy furioso	1	2	3	4	1.	<input type="text"/>		
2	Me siento irritado	1	2	3	4	2.	<input type="text"/>		
3	Me siento enfadado	1	2	3	4	3.	<input type="text"/>		
4	Le pegaría a alguien	1	2	3	4	4.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
5	Estoy quemado	1	2	3	4	5.	<input type="text"/>		
6	Me gustaría decir tacos	1	2	3	4	6.	<input type="text"/>		<input type="text"/>
7	Estoy cabreado	1	2	3	4	7.	<input type="text"/>		
8	Daría puñetazos a la pared	1	2	3	4	8.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
9	Me dan ganas de maldecir a gritos	1	2	3	4	9.	<input type="text"/>		<input type="text"/>
10	Me dan ganas de gritarle a alguien	1	2	3	4	10.	<input type="text"/>		<input type="text"/>
11	Quiero romper algo	1	2	3	4	11.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
12	Me dan ganas de gritar	1	2	3	4	12.	<input type="text"/>		<input type="text"/>
13	Le tiraría algo a alguien	1	2	3	4	13.	<input type="text"/>		
14	Tengo ganas de abofetear a alguien	1	2	3	4	14.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
15	Me gustaría echarle la bronca a alguien	1	2	3	4	15.	<input type="text"/>		<input type="text"/>
PD TOTAL ESTADO		<input type="text"/>	=	<input type="text"/>	+	<input type="text"/>	+	<input type="text"/>	

Parte 2. RASGO DE IRA

- ◆ TRASLADÉ LAS PUNTUACIONES DE CADA FILA A SU RECUADRO CORRESPONDIENTE.
- ◆ LUEGO SUME LAS PUNTUACIONES DE CADA COLUMNA PARA OBTENER LA PUNTUACIÓN DE CADA ESCALA.
- ◆ SUME AHORA LAS PUNTUACIONES DE LAS DOS ESCALAS PARA HALLAR LA PUNTUACIÓN TOTAL RASGO.
- ◆ TRASLADÉ LAS PUNTUACIONES DE CADA ESCALA AL CUADRO RESUMEN PARA HALLAR LA PUNTUACIÓN TOTAL.

		RASGO DE IRA						
		TEMP.	REACC.					
16	Me caliente rápidamente	1	2	3	4	16	<input type="text"/>	
17	Tengo un carácter irritable	1	2	3	4	17	<input type="text"/>	
18	Soy una persona exaltada	1	2	3	4	18	<input type="text"/>	
19	Me molesta cuando hago algo bien y no me lo reconocen	1	2	3	4	19	<input type="text"/>	<input type="text"/>
20	Tiendo a perder los estribos	1	2	3	4	20	<input type="text"/>	
21	Me pone furioso que me critiquen delante de los demás	1	2	3	4	21	<input type="text"/>	<input type="text"/>
22	Me siento furioso cuando hago un buen trabajo y se me valora poco	1	2	3	4	22	<input type="text"/>	<input type="text"/>
23	Me cabreo con facilidad	1	2	3	4	23	<input type="text"/>	
24	Me enfado si no me salen las cosas como tenía previsto	1	2	3	4	24	<input type="text"/>	<input type="text"/>
25	Me enfado cuando se me trata injustamente	1	2	3	4	25	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PD TOTAL RASGO		<input type="text"/>	=	<input type="text"/>	+	<input type="text"/>		

Parte 1

INSTRUCCIONES

A continuación se presentan una serie de afirmaciones que la gente usa para describirse a sí misma. Lea cada afirmación y **rodee con un círculo** una de las letras que encontrará a la derecha, la letra que mejor indique **CÓMO SE SIENTE AHORA MISMO**, utilizando la siguiente escala de valoración:

A NO, EN ABSOLUTO

B ALGO

C MODERADAMENTE

D MUCHO

CÓMO ME SIENTO EN ESTE MOMENTO

- | | | | | | |
|----|---|---|---|---|---|
| 1 | Estoy furioso | A | B | C | D |
| 2 | Me siento irritado | A | B | C | D |
| 3 | Me siento enfadado | A | B | C | D |
| 4 | Le pegaría a alguien | A | B | C | D |
| 5 | Estoy quemado | A | B | C | D |
| 6 | Me gustaría decir tacos | A | B | C | D |
| 7 | Estoy cabreado | A | B | C | D |
| 8 | Daría puñetazos a la pared | A | B | C | D |
| 9 | Me dan ganas de maldecir a gritos | A | B | C | D |
| 10 | Me dan ganas de gritarle a alguien | A | B | C | D |
| 11 | Quiero romper algo | A | B | C | D |
| 12 | Me dan ganas de gritar | A | B | C | D |
| 13 | Le tiraría algo a alguien | A | B | C | D |
| 14 | Tengo ganas de abofetear a alguien | A | B | C | D |
| 15 | Me gustaría echarle la bronca a alguien | A | B | C | D |

**NO ANOTE NADA
EN ESTE ESPACIO
O PODRÍA INVALIDAR
SU EJERCICIO**

Parte 2

INSTRUCCIONES

A continuación se presentan una serie de afirmaciones que la gente usa para describirse a sí misma. Lea cada afirmación y rodee con un círculo la letra que mejor indique **CÓMO SE SIENTE NORMALMENTE**, utilizando la siguiente escala de valoración:

A CASI NUNCA

B ALGUNAS VECES

C A MENUDO

D CASI SIEMPRE

CÓMO ME SIENTO NORMALMENTE

- | | | | | | |
|----|---|---|---|---|---|
| 16 | Me caliento rápidamente | A | B | C | D |
| 17 | Tengo un carácter irritable | A | B | C | D |
| 18 | Soy una persona exaltada | A | B | C | D |
| 19 | Me molesta cuando hago algo bien y no me lo reconocen | A | B | C | D |
| 20 | Tiendo a perder los estribos | A | B | C | D |
| 21 | Me pone furioso que me critiquen delante de los demás | A | B | C | D |
| 22 | Me siento furioso cuando hago un buen trabajo y se me valora poco | A | B | C | D |
| 23 | Me cabreo con facilidad | A | B | C | D |
| 24 | Me enfado si no me salen las cosas como tenía previsto | A | B | C | D |
| 25 | Me enfado cuando se me trata injustamente | A | B | C | D |

**NO ANOTE NADA
EN ESTE ESPACIO
O PODRÍA INVALIDAR
SU EJERCICIO**

NO SE DETENGA, CONTINÚE EN LA PÁGINA SIGUIENTE

Parte 3

INSTRUCCIONES

A continuación se presentan una serie de afirmaciones que la gente usa para describir sus reacciones cuando se siente enfadada. Lea cada afirmación y rodee con un círculo la letra que mejor indique **CÓMO REACCIONA O SE COMPORTA CUANDO ESTÁ ENFADADO O FURIOSO**, utilizando la siguiente escala:

A CASI NUNCA

B ALGUNAS VECES

C A MENUDO

D CASI SIEMPRE

CUANDO ME ENFADO O ENFUREZCO

26. Controlo mi temperamento A B C D
27. Expreso mi ira A B C D
28. Me guardo para mí lo que siento A B C D
29. Hago comentarios irónicos de los demás A B C D
30. Mantengo la calma A B C D
31. Hago cosas como dar portazos A B C D
32. Ardo por dentro aunque no lo demuestro A B C D
33. Controlo mi comportamiento A B C D
34. Discuto con los demás A B C D
35. Tiendo a tener rencores que no cuento a nadie A B C D
36. Puedo controlarme y no perder los estribos A B C D
37. Estoy más enfadado de lo que quiero admitir A B C D
38. Digo barbaridades A B C D
39. Me irrito más de lo que la gente se cree A B C D
40. Pierdo la paciencia A B C D
41. Controlo mis sentimientos de enfado A B C D
42. Rehuyo encararme con aquello que me enfada A B C D
43. Controlo el impulso de expresar mis sentimientos de ira A B C D
44. Respiro profundamente y me relajo A B C D
45. Hago cosas como contar hasta diez A B C D
46. Trato de relajarme A B C D
47. Hago algo sosegado para calmarme A B C D
48. Intento distraerme para que se me pase el enfado A B C D
49. Pienso en algo agradable para tranquilizarme A B C D

**NO ANOTE NADA
EN ESTE ESPACIO
O PODRÍA INVALIDAR
SU EJERCICIO**

**NO ANOTE NADA EN ESTE ESPACIO
O PODRÍA INVALIDAR SU EJERCICIO**

Parte 3. EXPRESIÓN Y CONTROL DE LA IRA

- ◆ TRASLADÉ LAS PUNTUACIONES DE CADA FILA A SU RECUADRO CORRESPONDIENTE.
- ◆ LUEGO SUME LAS PUNTUACIONES DE CADA COLUMNA PARA OBTENER LA PUNTUACIÓN DE CADA ESCALA.
- ◆ FINALMENTE TRASLADÉ LAS PUNTUACIONES DE CADA ESCALA AL CUADRO RESUMEN PARA HALLAR LA PUNTUACIÓN TOTAL.

		EXPRESION Y CONTROL DE IRA								
		E.EXT.	E.INT.	C.EXT.	C.INT.					
26.	Controlo mi temperamento	1	2	3	4	26				
27.	Expreso mi ira	1	2	3	4	27				
28.	Me guardo para mí lo que siento	1	2	3	4	28				
29.	Hago comentarios irónicos de los demás	1	2	3	4	29				
30.	Mantengo la calma	1	2	3	4	30				
31.	Hago cosas como dar portazos	1	2	3	4	31				
32.	Ardo por dentro aunque no lo demuestro	1	2	3	4	32				
33.	Controlo mi comportamiento	1	2	3	4	33				
34.	Discuto con los demás	1	2	3	4	34				
35.	Tiendo a tener rencores que no cuento a nadie	1	2	3	4	35				
36.	Puedo controlarme y no perder los estribos	1	2	3	4	36				
37.	Estoy más enfadado de lo que quiero admitir	1	2	3	4	37				
38.	Digo barbaridades	1	2	3	4	38				
39.	Me irrita más de lo que la gente se cree	1	2	3	4	39				
40.	Pierdo la paciencia	1	2	3	4	40				
41.	Controlo mis sentimientos de enfado	1	2	3	4	41				
42.	Rehuyo encararme con aquello que me enfada	1	2	3	4	42				
43.	Controlo el impulso de expresar mis sentimientos de ira	1	2	3	4	43				
44.	Respiro profundamente y me relajo	1	2	3	4	44				
45.	Hago cosas como contar hasta diez	1	2	3	4	45				
46.	Trato de relajarme	1	2	3	4	46				
47.	Hago algo sosegado para calmarme	1	2	3	4	47				
48.	Intento distraerme para que se me pase el enfado	1	2	3	4	48				
49.	Pienso en algo agradable para tranquilizarme	1	2	3	4	49				
		PD								

CUADRO RESUMEN DE PUNTUACIONES

Traslade las puntuaciones de las columnas de cada parte a su casilla correspondiente:

SENT.	EXP. F	EXP. V	TEMP.	REACC.	E. EXT.	E. INT.	C. EXT.	C. INT.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
TOTAL ESTADO			TOTAL RASGO					

Ahora anote las puntuaciones para obtener el ÍNDICE DE EXPRESIÓN DE IRA (IEI)

$$IEI = (\text{E.EXT.} + \text{E.INT.}) - (\text{C.EXT.} + \text{C.INT.}) + 36 = \text{[]}$$

