

Enojo y satisfacción marital en parejas con un miembro dependiente a sustancias

Chávez Victoria, Carlos Ariel

2014

<http://hdl.handle.net/20.500.11777/1194>

<http://repositorio.iberopuebla.mx/licencia.pdf>

UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA PUEBLA

ESTUDIOS CON RECONOCIMIENTO DE VALIDEZ OFICIAL POR LA SECRETARIA DE
EDUCACIÓN PÚBLICA

RVOE SEP – 2.2.1.1 – DNEP/662/02 de fecha 17 de Julio de 2002



ENOJO Y SATISFACCIÓN MARITAL EN PAREJAS CON UN MIEMBRO DEPENDIENTE A SUSTANCIAS

Elaboración de
T E S I S
Para obtener el título de
Maestro en Psicología Clínica y Psicoterapia

Director de Tesis: Dr. Raúl José Alcázar Olán

P R E S E N T A

CARLOS ARIEL CHÁVEZ VICTORIA

RESUMEN

El objetivo de la presente investigación fue comparar el enojo y la satisfacción marital entre parejas con un miembro dependiente a sustancias, con parejas donde ninguno de los miembros padece dependencia a sustancias. El primer grupo se obtuvo en una clínica de rehabilitación y se le denominó “grupo de la clínica”, el segundo grupo fue captado de un consultorio psicoterapéutico, cuyo principal elemento de inclusión fue que ninguno de los miembros de la pareja fuera dependiente a alguna sustancia, y se le llamó “grupo normativo”. Para la obtención de datos se aplicaron los siguientes cuestionarios: el inventario multicultural latinoamericano de la expresión de la cólera y la hostilidad (ML-STAXI), el instrumento de situación de enojo, el instrumento de síntoma de enojo, el cuestionario acerca de la expresión de enojo con agresión física y la escala de satisfacción marital en aspectos estructurales, de interacción y emocional. Todos los instrumentos cuentan con datos de confiabilidad y validez en México. La población total fue de 10 parejas (n= 20), dividido en dos grupos, de la cual se realizaron tres tipos de análisis comparativos, primero se comparó el enojo y satisfacción marital en parejas con un miembro dependiente a sustancias versus parejas sin dependencia, segundo se comparó el enojo y satisfacción marital entre los hombres dependientes versus hombres sin dependencia y el tercero se comparó el enojo y satisfacción marital entre mujeres con pareja dependiente versus mujeres con pareja sin dependencia. Las principales variables comparadas fueron los índices de enojo establecidos en las pruebas anteriormente mencionadas y las variables de satisfacción marital. Los resultados de la investigación aportaron evidencia estadísticamente significativa en los siguientes rubros: (1) Las diferencias encontradas en la comparación entre parejas fueron: Los minutos que dura el enojo es menor en el grupo de la clínica que en el normativo, la percepción de una madre enojona fue menor en el grupo de la clínica que en el normativo, y la satisfacción marital por elementos de interacción es menor en el grupo de la clínica que en el normativo. (2) En la comparación entre los dos grupos de hombres, no se encontraron diferencias significativas en ninguna de las variables estudiadas. (3) En la comparación entre los dos grupos de mujeres, se encontró diferencia en que a las mujeres del grupo de la clínica les dura menor tiempo el enojo y percibieron a un padre más enojón y a una madre menos enojona, que las mujeres del grupo normativo. En cuanto a la satisfacción marital, las mujeres con parejas dependientes a sustancias se sienten menos satisfechas en elementos estructurales y emocionales, que su contraparte del grupo normativo.

GLOSARIO DE TÉRMINOS

Abuso de sustancias: Es un patrón desadaptativo de consumo de una sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos durante un período de 12 meses en los que puede manifestarse: consumo recurrente de la sustancia que da lugar al incumplimiento de obligaciones, el consumo recurrente de la sustancia en relación con situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso, suelen existir problemas legales repetidos relacionados con el consumo de la sustancia o tener problemas sociales continuos o recurrentes o problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos de la sustancia (DSM IV TR, 2001).

Control del enojo hacia adentro (control in): Capacidad que tiene un individuo de manejar la expresión del enojo hacia adentro (anger in) (Spielberger, 1988).

Control del enojo hacia afuera (control out): Capacidad que tiene un individuo de manejar la expresión del enojo hacia afuera (anger out) (Spielberger, 1988).

Droga: como toda sustancia que, introducida en un organismo vivo, pueda modificar una o varias de sus funciones

Enojo: Respuesta psicofisiológica que incluye sentimientos negativos, pensamientos de naturaleza antagonista una activación fisiológica de aceleración que es inducida por situaciones sociales en las cuales el individuo percibe la

pérdida de algo que le pertenece, de manera arbitraria e injusta, por acción de otros. (Spielberger *et al.*, 1985).

Enojo Estado: El enojo como estado emocional es una reacción transitoria a una transacción entre el individuo y el ambiente. En este caso, dicho estado emocional sugiere que una persona siente o reacciona de una manera colérica en un determinado tiempo y lugar (Spielberger, 1985).

Enojo Rasgo: El enojo como rasgo de personalidad, se refiere a las características de una persona en términos de una disposición o tendencia a reaccionar como un individuo iracundo. Nos referimos a las diferencias individuales de la personalidad, incluyendo intensidad y frecuencia de estados de enojo que se experimentan en un determinado periodo.

Expresión del enojo hacia adentro (anger in): Frecuencia con la que un individuo experimenta y a la vez suprime el enojo (Spielberger, 1988).

Expresión del enojo hacia afuera (anger out): Frecuencia con la que un individuo expresa sentimientos de enojo de manera verbal o muestra una conducta agresiva (Spielberger, 1988).

Intoxicación por consumo de sustancia: Se refiere a la presencia de un síndrome reversible específico de una sustancia debido a su ingestión reciente. Es importante aclarar que diferentes sustancias pueden producir síndromes idénticos o similares (DSM IV TR, 2001).

Uso de sustancia: Significa consumo, utilización, gasto de una sustancia sin que se produzcan efectos médicos, sociales, familiares, etc. En ausencia de otras especificaciones debe de entenderse un consumo aislado, ocasional, episódico, sin eventos clínicos como la tolerancia o la dependencia física o psicológica (Lorenzo y del Moral, 2003).

Trastorno por dependencia a sustancias: Patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por lo menos con tres de los ítems correspondientes en algún momento de un período continuado de 12 meses: Presencia de tolerancia hacia la sustancia, aparición de síndrome de abstinencia ante la supresión de la sustancia, se presenta dependencia física o psicológica por la sustancia, la sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía, existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia y emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia, en el consumo de la sustancia o en la recuperación de los efectos de la sustancia (DSM IV TR, 2001).

INDICE

Resumen	ii
Glosario de temas	iii
Índice	vi
Índice de tablas	ix
Índice de figuras	ix
Índice de anexos	ix
CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN	1
1.1 Introducción	1
1.2 Planteamiento del problema	5
1.3 Hipótesis	6
1.4 Objetivos	8
1.5 Importancia del estudio	10
1.6 Limitaciones del estudio	11
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	13
2.1 Relación ente mente y cuerpo	13
2.2 Definiciones de enojo, ira, hostilidad, agresión, violencia	18
2.2.1 Diferencia entre enojo, agresividad y hostilidad	24
2.3 Enojo estado y enojo rasgo	25
2.3.1 Expresión del enojo	29

2.4 Las emociones y sus manifestaciones físicas_____	32
2.4.1 Definiciones de emoción y síntoma_____	33
2.4.2 Manifestaciones físicas asociadas a las emociones_____	34
2.5 Síntomas y efectos fisiológicos del enojo en el ser humano_____	38
2.6 Enfermedades físicas asociadas al enojo_____	46
2.7 Trastornos de la personalidad relacionados con el enojo_____	50
2.8 Enojo y consumo de sustancias_____	55
2.8.1 Abuso de sustancia_____	58
2.8.2 Dependencia a sustancias_____	59
2.8.3 Intoxicación_____	61
2.8.4 Abstinencia_____	61
2.8.5 El enojo y su relación con el consumo de sustancias_____	62
2.9 Satisfacción Marital_____	67

CAPÍTULO III: MÉTODO_____ 72

3.1 Participantes_____	72
3.1.1 Grupo Normativo, sin trastorno por dependencia a sustancias____	73
3.1.2 Grupo de la clínica, con algún trastorno por dependencia a sustancias_____	77
3.2 Instrumentos_____	81
3.2.1 Inventario multicultural latinoamericano de la expresión de la cólera y la hostilidad (ML-STAXI)_____	82
3.2.2 Instrumento de situación de enojo_____	83
3.2.3 Instrumento de síntoma de enojo_____	84
3.2.4 Cuestionario acerca de la expresión de enojo con agresión física_____	85
3.2.5 Escala de satisfacción marital_____	86
3.2.6 Satisfacción con aspectos organizacionales y estructurales	

del cónyuge _____	87
3.2.7 Satisfacción con la interacción conyugal _____	88
3.2.8 Satisfacción con aspectos emocionales de cónyuge _____	88
3.3 Procedimiento _____	89
CAPITULO IV: RESULTADOS _____	93
4.1 Considerando hombres y mujeres juntos _____	94
4.2 Considerando solo hombres _____	98
4.3 Considerando solo mujeres _____	100
CAPÍTULO V: DISCUSIÓN _____	107
5.1 Primera hipótesis _____	108
5.2 Segunda hipótesis _____	110
5.3 Tercera hipótesis _____	111
5.4 Satisfacción marital _____	114
5.5 Sugerencias para próximas investigaciones _____	116
REFERENCIAS _____	119

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Cuestionario sobre consumo de alcohol _____	74
Tabla 2. Puntajes considerando a hombres y mujeres en conjunto: clínica de adicciones versus grupo normativo _____	95
Tabla 3. Puntajes considerando sólo a hombres: clínica de adicciones versus grupo normativo _____	98
Tabla 4. Puntajes considerando sólo a mujeres: clínica de adicciones versus grupo normativo _____	102

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Hipótesis 1 _____	6
Figura 2: Hipótesis 2 _____	7
Figura 3: Hipótesis 3 _____	7

INDICE DE ANEXOS

ANEXO A: Cuestionario _____	133
ANEXO B: Cuestionario de criterios de consumo de alcohol _____	143

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

1. INTRODUCCION

A través de la historia de la humanidad una de las grandes cualidades que como especie le ha caracterizado, es la lucha del hombre por alcanzar conocimientos y su forma de adquirirlos se ha ido modificando desde la simple experiencia o la pura especulación, hasta la estructuración del método científico que da pauta al abordaje actual del conocimiento.

Han sido múltiples los fenómenos y las situaciones que han sido motivo de estudio del humano, llegándose a requerir, por razón de su vastedad, su integración en ciencias, materias o disciplinas. La capacidad de producir conocimiento ha crecido en forma exorbitante y hasta se han creado medios de divulgación como auxiliares de transmisión de dichos contenidos.

Sin embargo parece inaudito que tras siglos de crecimiento, evolución y expansión del saber, aun no se ha podido descifrar de forma satisfactoria el comportamiento humano. ¿Por qué un sujeto actúa de la forma en que lo hace? ¿Qué es lo que hace que una persona elija erróneamente en una decisión trascendente de su vida? ¿Quién determina la evaluación de un comportamiento? ¿Qué papel desempeñan las emociones dentro de la complejidad de los comportamientos? ¿Por qué un hombre decide adoptar ciertas actitudes, si sabe que le acarrearán un sufrimiento? ¿Para qué lo hace si es evidente que se arrepentirá de su comportamiento?. Múltiples cuestionamientos se pueden generar del frecuentemente incomprendido comportamiento humano.

Desde el inicio de su existencia, el ser humano se ha hecho los mismos cuestionamientos, sin encontrar pautas, normas o lineamientos que establezcan o predigan el comportamiento de una persona. Las primeras explicaciones organizadas se remontan hasta la época del médico griego Hipócrates, quien consideró la existencia de cuatro tipos de humores producidos por el cuerpo, que se correspondían a cuatro tipos de comportamientos o temperamentos: El flemático, el sanguíneo, el melancólico y el colérico.

Así la descripción hipocrática de una persona con humor colérico o sea con tendencia al enojo, señala que se caracteriza por ser un individuo de sistema nervioso rápido y desequilibrado, con alta sensibilidad, alto nivel de actividad y concentración de la atención y una alta reactividad a los estímulos del medio. Cuando se le describe o se le dice algo que le fastidia o desagrada, trata de callar de forma violenta a sus interlocutores. Es rápido, muy activo, práctico en sus decisiones, autosuficiente y sobretodo independiente. Ligeramente extrovertido, se fija metas y objetivos ambiciosos, valora las situaciones rápida e intuitivamente y no reconoce los posibles tropiezos y obstáculos que puede encontrar en el camino.

Ya antes que Hipócrates, culturas como la egipcia nos hablaba de los dilemas del alma, tema retomado por los grandes filósofos griegos quienes heredan sus planteamientos y mitología a los romanos, de donde nace la figura de Cupido, dios del amor (concepto de emociones), cuya historia se relaciona con la mortal Psique (alma) y cuya historia culmina en el eterno amor entre estos dos personajes y que es bendecido por los dioses al elevar a Psique a la postura de diosa. Desde

entonces Cupido y Psique son inseparables, forma metafórica de explicar la unidad entre emoción y alma, recordando que para aquellas culturas, el conocimiento era un talento del alma. Da ahí que del latín Psique, derive la raíz de la palabra Psicología (estudio o tratado del alma).

Este pasaje de la mitología romana, nos recuerda que como seres humanos, no estamos disociados, las emociones, el cuerpo y el pensamiento, no son estructuras aisladas, sino partes de un todo. De tal forma que no podemos deslindar la emoción de una vivencia, el pensamiento de una emoción, o el cuerpo de nuestra razón.

Este complejo sistema de interacciones que tenemos inmersos en el ser, puede complicarse aún más, como cuando los filósofos de la corriente existencialista del pensamiento incluyen las experiencias de crisis. Estas experiencias hacen que el hombre, desarrolle potencialidades a partir de la confrontación de sentimientos, emociones, pensamientos, creencias, razonamiento, formas de afrontamiento y recursos de cada individuo. Para los existencialistas, el enfrentar dichas experiencias hacen libre al ser humano, le dan su condición dignificadora y lo catapultan al desarrollo y la madurez. Sin embargo no todos optan por enfrentar las crisis, quienes deciden no enfrentarlas recurren a algún soporte para evadir las emociones y la responsabilidad.

Es aquí donde entra el papel de las sustancias psicoactivas, drogas que sirven como evasores del dolor y del sufrimiento y que sumergen al individuo en la sensación de falsa satisfacción. El consumo de drogas psicoactivas genera en el

individuo un pseudomundo, donde las emociones se aplanan, el displacer es solo la ausencia de la droga, y las responsabilidades de la vida que los demás consideramos “normal” son completamente evadidas.

Los factores que conlleva la dependencia a sustancias hacen que las funciones cerebrales dejen su esplendor, para convertirse en esclavo de la sustancias. Esto resulta en la complicación de la existencia de un ser humano, en la disminución de las capacidades cerebrales, en el aumento de la necesidad hedónica y su dominio sobre la razón y el juicio, y la tendencia progresiva de la evasión emocional. Se convierte la droga, en una completa estrategia para lidiar contra las emociones críticas como la frustración, la tristeza, el miedo, el desamparo, y en este caso el enojo.

Es por eso el interés en la relación entre el consumo de sustancias y el enojo. ¿La droga hace que el dependiente evada el enojo, o por el contrario, lo exagera? ¿El enojo lleva a la droga o la droga al enojo? Estas y muchas otras preguntas son cotidianas en clínicas de rehabilitación, donde los pacientes intentan descubrir los motivos de su enojo, pues independientemente de las razones de consumo de una persona, de los dolores o sufrimientos que ha vivido en su experiencia personal, o de lo que un dependiente está tratando de afrontar, este tipo de personas viven inmersos en el enojo.

Se pretende que la presente investigación sirva como un referente inicial del estudio del enojo en personas con consumo de sustancias y el mundo que los rodea, por lo cual se incluye a sus parejas.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El interés general de esta investigación es responder a la pregunta:

¿Cuáles son las diferencias que se presentan al comparar los índices de enojo y satisfacción marital, en dos grupos de parejas, donde el primer grupo se caracteriza por tener a uno de sus miembros con un trastorno por consumo de sustancias y donde el segundo se caracteriza por que ninguno de sus miembros presenta un trastorno por consumo de sustancias?

¿Qué diferencias existen en las variables de enojo y satisfacción marital, cuando se comparan la población de hombres con un trastorno de dependencia a sustancias y la población de hombres sin dependencia a sustancias?

¿Qué diferencias existen en las variables de enojo y satisfacción marital, cuando se comparan la población de mujeres cuyas parejas padecen un trastorno por dependencia a sustancias y mujeres cuyas parejas no presentan tal dependencia?

¿Qué diferencias existen en la evaluación del enojo, en las comparativas anteriores cuando se analizan bajo las variables de enojo como lo son el enojo rasgo, el enojo estado, el cómo se manifiesta el enojo, la situación y el síntoma de enojo y hacia dónde se dirige la expresión de su enojo?

¿Qué diferencias existen en la evaluación de la satisfacción marital, en las comparativas anteriores, cuando se analizan por variables de estructura, interacción y aspectos emocionales?

3. HIPÓTESIS

H1: Las parejas donde alguno de los miembros padecen un trastorno por dependencia a sustancias presentan diferentes índices de enojo y satisfacción marital, que las parejas donde ninguno de los miembros presenta trastorno por dependencia a sustancias (Ver figura 1).

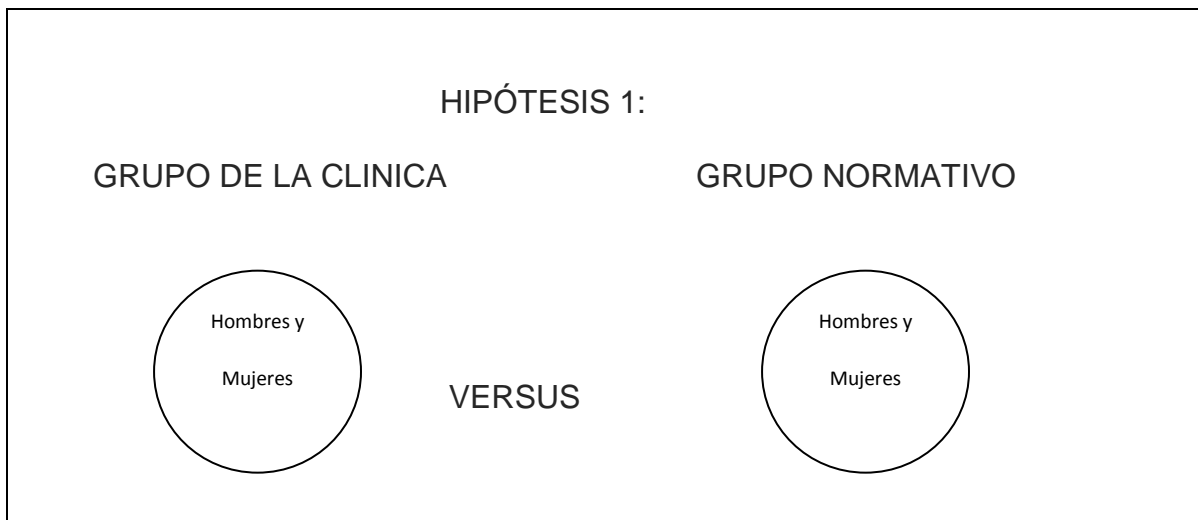


Fig. 1: Hipótesis 1

H2: Los hombres que padecen un trastorno por dependencia a sustancias presentan diferentes índices de enojo y satisfacción marital que los hombres que no presentan trastorno por dependencia a sustancias (Ver figura 2).

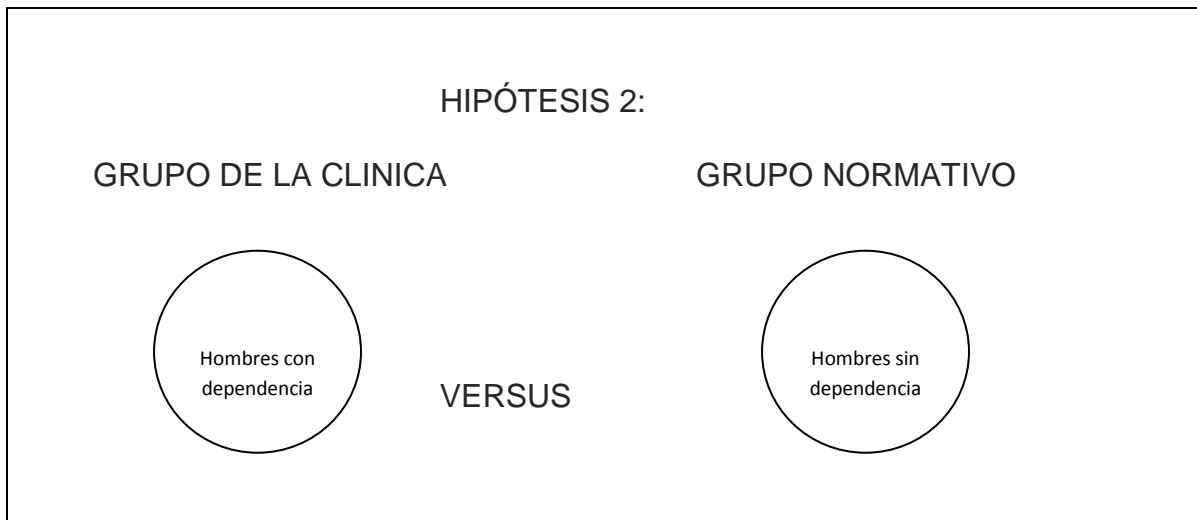


Fig. 2: Hipótesis 2

H3: Las mujeres que tienen como pareja a una persona que padece un trastorno por dependencia a sustancias presentan diferentes índices de enojo y satisfacción marital que las mujeres cuya pareja no padece un trastorno por dependencia a sustancias.

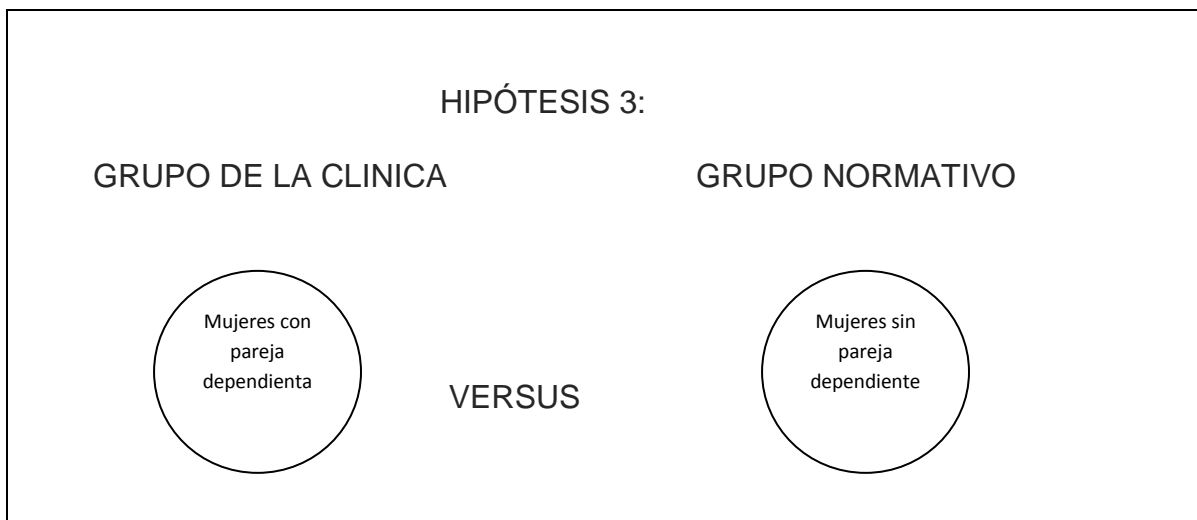


Fig. 3: Hipótesis 3

4. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Comparar el enojo y la satisfacción marital de parejas donde alguno de sus miembros padece un trastorno por dependencia a sustancias, con respecto a parejas donde ninguno de los miembros padece un trastorno por dependencia a sustancias.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Comparar los índices de enojo y satisfacción marital en parejas donde alguno de los miembros padece un trastorno por dependencia a sustancias versus parejas donde ninguno de los miembros padece algún trastorno por dependencia de sustancias.
2. Comparar los índices de enojo y satisfacción marital en hombres que padecen trastorno por dependencia a sustancias versus hombres que no padecen ningún trastorno por dependencia a sustancias.
3. Comparar los índices de enojo y satisfacción marital en mujeres cuya pareja padece un trastorno por dependencia a sustancias versus mujeres cuya pareja no padecen ningún trastorno de dependencia a sustancias.

Las comparaciones de índices de enojo se realizarán dentro de las siguientes variables:

- Enojo estado
- Deseo de expresión física del enojo
- Enojo Rasgo
- Expresión del enojo hacia adentro (anger in)
- Expresión del enojo hacia afuera (anger out)
- Control del enojo hacia adentro (control in)
- Control del enojo hacia afuera (control out)
- Intensidad de la situación de enojo
- Frecuencia de la situación de enojo
- Duración del enojo durante una situación
- Interferencia del enojo
- Intensidad de síntomas de enojo
- Frecuencia del síntoma de enojo
- Duración del síntoma de enojo
- Interferencia del síntoma de enojo
- Expresión del enojo como autoagresión
- Expresión del enojo como agresión hacia otras personas

Mientras que la satisfacción marital se evalúa en las siguientes tres variables:

- Satisfacción marital en base a aspectos estructurales
- Satisfacción marital en base a la interacción
- Satisfacción marital en base a aspectos emocionales

5. *IMPORTANCIA DEL ESTUDIO*

La presente investigación aborda aspectos que no han sido estudiados, como es la comparación específica del enojo en personas con dependencia a sustancias contra personas que no la padecen, lo cual nos enfoca en la exploración de elementos que pudieran ser útiles en áreas clínicas, sociales e interaccionales.

La identificación de diferencias significativas de enojo en estas dos poblaciones nos puede proporcionar elementos para considerar a dicha sintomatología como un factor que puede favorecer aún más la dependencia, al hacer que el individuo busque a través del consumo una manera de afrontar el enojo, situación que no se considera en los manuales de diagnóstico para trastornos por consumo de sustancias.

De igual forma nos puede permitir considerar al enojo como un factor de importancia en la otra problemática relacionada al consumo de sustancias y que es la codependencia.

Otra aportación puede ser el que las diferentes formas de expresión del enojo, como la expresión de la agresión, los diferentes signos o situaciones de enojo o la capacidad de contener o no el enojo, se relacionen con el consumo de sustancias.

Finalmente las diferencias en la percepción de satisfacción marital, nos puede permitir relacionar la dependencia a sustancias o la codependencia con la estabilidad emocional en la pareja y su calidad de vida.

6. *LIMITACIONES DEL ESTUDIO*

En el proceso de realización de la presente investigación se enfrentaron algunas limitaciones que se expresan a continuación.

La limitación inicial fue no poder trabajar con una muestra más amplia, por la dificultad de encontrar parejas que cumplieran con los criterios de inclusión de los dos tipos de población que se seleccionaron para el estudio.

Otra limitante fue que las parejas se tuvieron que elegir de poblaciones que ya se encontraban bajo un tratamiento psicoterapéutico, en el caso del grupo de la clínica, los participantes llevaban más de una semana de manejo y en el caso del grupo normativo ya habían iniciado un proceso terapéutico de pareja con un terapeuta particular.

Una limitante más fue la escasa información teórica disponible sobre la relación entre el enojo y la dependencia a sustancias y fue aún más escasa sobre la asociación de los dos factores anteriores con la relación de pareja.

Derivada de las limitaciones anteriores, estuvo la limitante de no contar con instrumentos validados que fueran específicos para la población que padece un trastorno por dependencia a sustancias y de instrumentos específicos para las parejas de los dependientes, quienes desde muchas opiniones de la literatura especializada, aceptan esa relación por presentar una problemática denominada codependencia.

CAPÍTULO II: MARCO TEORICO

1. *RELACIÓN ENTRE MENTE Y CUERPO*

El cuerpo humano es una unidad compleja organizada, por lo tanto la mente humana debe serlo también aunque construida por elementos y estructuras diferentes. El cuerpo humano está sujeto a causas y efectos, por lo tanto la mente humana también está sujeta a causas y efectos (Ryle citado por Florenzano et al., 2002). De tal modo que la mente y el cuerpo son inseparables, son un todo, la mente es el cuerpo (Kort, 1995).

Sin embargo, no siempre se consideró a la mente y cuerpo como una unidad. La posición dualista sostenía que lo mental y lo físico constituían dos ámbitos separados (Czerlowski, 2008).

Uno de los primeros grandes pensadores en abordar y tratar de explicar la relación cuerpo – mente fue Descartes, quien planteó que la realidad se dividía en dos tipos básicos de sustancias: la primera era la mente o actividad de pensar, y la segunda el cuerpo o materia, el cual tenía características de longitud, ancho, altura y por lo tanto ocupaba una determinada posición en el espacio. De esta manera, podemos decir que fue este filósofo quien planteó el antecedente

epistemológico para los estudios que posteriormente relacionaron el cerebro con el sistema nervioso (Czerlowski, 2008).

En una perspectiva más contemporánea a la de Descartes, se encuentra la de Sigmund Freud quien en su teoría psicoanalítica planteó la relación cuerpo – mente como la relación naturaleza / organismo-inconsciente / representación (Czerlowski, 2008).

De acuerdo con esta teoría la mente se divide en tres estructuras principales: ello, ego y superego. Cuando el ego no está suficientemente desarrollado se vale de la represión para aminorar el estado de incomodidad (Freud, 1924). De tal manera que cuando lo reprimido es hecho consciente, objetivo último de la terapia psicoanalítica, el ego ya está desarrollado y podrá lidiar con lo reprimido, lo cual se reflejará en la desaparición del síntoma somático (Freud, 1926). Esto quiere decir que la interacción entre mente y cuerpo se realiza a través de las emociones, las cuales reprimidas o no se traducen en manifestaciones visibles o sea signos. De hecho, se ha visto que los estados emocionales tienen una contraparte física; hay cambios específicos a nivel cerebral al momento que un ser humano experimenta sentimientos y pensamientos (Kort, 1995). Por lo tanto, lo que existe en la mente es manifestado a través del cuerpo, ya sea con acciones, movimientos, gesticulaciones, lenguaje, tensiones, posturas, síntomas, etc. A esto es a lo que se le llama en psicoterapia corporal, memoria corporal o procedimental (Wolfberg, 1996).

Desgraciadamente, a pesar de las investigaciones que comprueban que la posición dualista es incorrecta, en la actualidad aun resulta limitada la conciencia de la integración cuerpo – mente pues en nuestra sociedad prevalecen esquemas divisorios como lo es considerar el alma y el cuerpo por separado. Estas dicotomías tradicionales impiden comprender la unidad funcional del organismo humano. Asimismo, dentro de la comunidad científica, tanto la neuropsicología como la neurología clásica, aspiran a ser completamente objetivas siendo que un ser vivo, especialmente un ser humano, es primeramente y por último un sujeto y no un objeto (Sacks, citado por Solms 2002).

Según la psicoenergética, la personalidad de cada uno de nosotros está formada por el conjunto de rasgos energéticos y estructurales que conforman nuestro organismo individual. Es única e irrepetible tanto a nivel de las células como de las funciones (fisiológicas o cerebrales) y de los comportamientos individuales que reflejan nuestro particular estilo y modo de vivir (Navarro, 2007).

La personalidad de cada individuo cuenta con algunos rasgos característicos que lo distinguen de los demás. Los rasgos son estructuras neuropsicológicas que imponen sobre la realidad ciertos esquemas lógicos y analógicos que suelen funcionar de manera automática y que en consecuencia generan conductas equivalentes que manifiestan el modo de ser de cada individuo (Navarro, 2007).

Para comprender mejor lo anterior es importante revisar la teoría del cerebro triuno, descrita por MacLean en 1970 (citado por Solms, 2002) ya que ayuda a entender la estructura cerebral y su relación con las demás funciones corporales. Según este autor, el cráneo contiene tres cerebros interconectados que operan como computadoras biológicas, cada una con inteligencia propia, recuerdos, subjetividad, y manejo del espacio – tiempo. El cerebro más primitivo o reptiliano comprende el cerebelo y la médula, por lo tanto controla el olfato, los músculos, el equilibrio y las funciones autónomas. El segundo cerebro es el mamífero inferior y se ubica en la parte media del cerebro; éste equivale al sistema límbico y sirve para regular las hormonas, los impulsos y las emociones, al igual que la alimentación y la conducta sexual. También se relaciona con el pensamiento creativo, el estado de alerta, el gusto o disgusto por algo, etc. En éste, la supervivencia consiste en evitar el dolor y buscar el placer; se relaciona con el pensamiento repetitivo, los valores y la memoria a largo plazo. Finalmente, el tercer cerebro es el mamífero superior que se ubica en la corteza cerebral y hace posible las funciones cognitivas; nos permite formular juicios y tomar decisiones. La corteza cerebral ocupa dos terceras partes de la masa del cerebro y está dividida en dos hemisferios que son complementarios entre sí: el hemisferio izquierdo controla la parte derecha del cuerpo y se especializa en la interpretación lógica y verbal de los estímulos sensoriales, mientras que el hemisferio derecho controla el lado izquierdo y es más espacial, abstracto y artístico, es la sede de la intuición y la imaginación.

Por otro lado, Rush (1995), describe que el cuerpo emite constantes señales que no solo se refieren a lo que sucede en el cuerpo sino también a lo que sucede en la mente, ya que todos tenemos ciertos síntomas pero no todos somos conscientes de que estas señales corporales tienen un significado importante más allá del mero componente fisiológico. De tal manera que es importante estar conscientes del funcionamiento de la mente y de las emociones y su efecto sobre el cuerpo, puesto que al tener dicha conciencia es posible identificar la emoción incómoda, la situación o pensamiento que provoca esta alteración y erradicarlo para obtener el bienestar.

Clínicamente hablando la anteriormente descrita relación entre emociones y síntomas toma relevancia al hablar de enfermedades psicosomáticas. Dichas enfermedades son aquellas que involucran un malestar o síntoma físico generado por alguna emoción o pensamiento negativo, es decir, el o los síntomas están relacionados con alguna emoción o situación conflictiva para el individuo. Asimismo en el DSM-III-R (1987) se describen tres categorías para los trastornos de somatización, estas son:

1) Trastornos psicofisiológicos en donde existe una evidencia clara de enfermedad orgánica que se ve afectada por factores psicológicos.

2) Trastornos somatomorfos donde no hay una causa orgánica identificable que explique las manifestaciones.

3) Trastornos facticios en donde las manifestaciones orgánicas son concientemente producidas por razones psicológicas.

Por otra parte, de acuerdo al DSM-IV-TR (1994), existen seis tipos de trastornos somatomorfos que se traslapan con los cuadros relacionados con el estado de ánimo y ansiedad: el trastorno de somatización, el somatomorfo indiferenciado, los síntomas de conversión, el trastorno por dolor, la hipocondriasis y el trastorno dismórfico corporal.

Así pues, existe un subgrupo de personas cuyo problema físico no reside en alteraciones estructurales de determinados aparatos o sistemas sino en la organización intencional de sus deseos y emociones; esta intencionalidad se expresa en quejas somáticas múltiples (Gómez, 1992).

2. DEFINICIONES DE ENOJO, IRA, HOSTILIDAD, AGRESIÓN, VIOLENCIA

Unas de las dificultades observadas en los estudios de emociones como el enojo, la ira, la hostilidad, la agresión y la violencia, es la ambigüedad y confusión que existen en la utilización de los términos.

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

El concepto de enojo debe de ser entendido como un estado emocional que incluye sentimientos que varían de intensidad, desde una ligera irritación o molestia hasta un nivel de furia intensa o rabia, por lo general en respuesta a la percepción de injusticia o provocación. Asimismo, el enojo requiere ser concebido como: 1) una reacción emocional, y a la vez, 2) como una predisposición de personalidad. En segundo caso, nos referimos a rasgos de personalidad o diferencias individuales en la frecuencia e intensidad de esta emoción. (Spielberger *et al.*, 1985).

El enojo, para Spielbergerger (1985) es conceptualizado como una respuesta psicofisiológica que incluye sentimientos negativos, pensamientos de naturaleza antagonista una activación fisiológica de aceleración que es inducida por situaciones sociales en las cuales el individuo percibe la pérdida de algo que le pertenece, de manera arbitraria e injusta, por acción de otros. Esta reacción de enojo o rabia es experimentada intensamente en la medida que dicha pérdida ocurre de un momento a otro, es percibida como demasiado injusta y compromete un aspecto muy valorado por el individuo.

Para Lazarus (1991) el enojo es una emoción negativa debido al daño que se puede dar en la relación entre las personas y el ambiente. Averill (1983) advierte el aspecto negativo del enojo en términos de experiencia subjetiva y evaluación social. De esta manera, y a partir de las investigaciones y modelos referentes a las emociones, las definiciones de enojo van acompañadas de los diferentes que constituyen la emoción.

Berkowitz (1996) define el enojo como un conjunto particular de sentimientos que surgen de una gran parte de reacciones psicológicas internas y de las expresiones emocionales involuntarias (cambios faciales, reacciones motoras, y pensamientos o recuerdos) producidas por la aparición de acontecimientos desagradables. Estos factores sensoriales se combinan en la mente de la persona para formar la experiencia del enojo. La experiencia del enojo no persigue la consecución de una meta y no sirve a ningún propósito útil para el individuo en esa situación particular.

Otros autores como Novaco y Robins (1999) definen el enojo como una emoción negativa, subjetivamente experimentada como un estado de antagonismo hacia alguien o algo percibido como la causa de un evento aversivo. Refieren que el enojo está determinado por eventos externos, procesos internos y reacciones conductuales, es decir, el enojo puede ser visto como una reacción afectiva ante eventos aversivos que son evaluados o interpretados como provocaciones, la

conducta que implementará será de acuerdo a esos eventos y esto va acompañado de activación fisiológica (Novaco, 1978).

Según Kassinove (1995) el enojo es un estado emocional negativo y fenomenológico, asociado con una distorsión cognitiva específica, donde hay evaluaciones distorsionadas con relación a la injusticia, culpa hacia los otros, estar a la defensiva, categorizar subjetivamente. Así como deficiencias conductuales, como una tendencia para responder de acuerdo a su entorno social y a sus patrones de conducta reforzados por el ambiente (gritar, quedarse callado, no negociar) y cambios fisiológicos.

Los anteriores autores citados, consideran al enojo como una emoción negativa debido al malestar experimentado por la experiencia subjetiva, por las consecuencias y por la percepción social. Sin embargo, existen otros autores que afirman que el enojo también tiene beneficios y puede ser visualizado de forma positiva.

En general, los autores concuerdan en que el enojo es una emoción y, como tal, se acompaña de factores fisiológicos, cognitivos y conductuales, que se manifiestan en el entorno, de la cual se retroalimenta. Sin embargo, como ya se comentó, no existe el mismo acuerdo en relación a la connotación positiva o

negativa de la emoción. Por un lado, no se puede considerar el enojo como una emoción negativa per se, sino es la experiencia subjetiva, la evaluación social y las consecuencias disfuncionales de la expresión de enojo, los mantienen la idea de enojo como situación emocional negativa. Por otro lado, el enojo ha mostrado ser funcional en la adaptación del ser humano ante diferentes condiciones de vida. De esta manera, para que el enojo sea considerado, o no, como un problema para una persona, se tendrá que evaluar los efectos del enojo en el estado interno del paciente, así como su relación con el medio.

Averill (1982, citado en Tangney *et al.* 1996) propone que para definir y estudiar el enojo es importante enfocarse en cuatro áreas:

1. El grado de activación inicial del enojo.
2. La naturaleza de las intenciones una vez ya enojado (estas son importantes debido a que guía la selección de conductas de un rango de alternativas ya sea constructivas, destructivas o de rebeldía).
3. La respuesta cognitiva y conductual (esta puede ser agresiva o no agresiva).
4. Las consecuencias del episodio del enojo hacia el individuo mismo, hacia el objeto de enojo y hacia la relación entre ambos.

A partir de esta propuesta, Deffenbacher (1999) define al enojo como un estado interno que abarca cuatro dominios relacionados:

- a. Emocional: donde el enojo es experimentado como un estado emocional que varía en intensidad, desde una leve molestia, hasta una gran furia.
- b. Excitación fisiológica: que se acompaña de liberación de adrenalina, aumento en tensión muscular, activación del sistema nervioso simpático y otros elementos relacionados con la respuesta de “ataque - huida”.
- c. Procesos cognitivos: implica un procesamiento de información que incluye pensamientos, imágenes y atribuciones que implican una percepción de ataque o culpa por parte de los otros.
- d. Conductas: que pueden ser funcionales (afirmación, establecimiento de límites, etc.) y disfuncionales (agresión física y verbal, retraimiento, consumo de sustancias, etc.).

Todos estos dominios ocurren al mismo tiempo y actúan entre sí de tal manera que a menudo se experimentan como un solo fenómeno.

En base con un cuidadoso análisis y evaluación de la literatura psicológica concerniente a el enojo, hostilidad y agresión, Spielberger, Jacobs, Russell y Crane (1983) plantearon definiciones operacionales de cada uno de estos conceptos. En este sentido, dichos autores indican lo siguiente:

“El concepto de enojo se refiere a un estado emocional el cual incluye sentimientos que varían en intensidad, desde una ligera irritación o molestia hasta rabia o furia intensa. A pesar que la hostilidad usualmente incluye sentimientos de enojo, este concepto connota un complejo conjunto de actitudes, lo cual motiva conductas agresivas dirigidas hacia la destrucción de objetos o de daño físico hacia otros. Mientras el enojo y la hostilidad se refieren a sentimientos y actitudes, el concepto de agresión implica generalmente una conducta punitiva o destructiva hacia otros”.

2.1 DIFERENCIA ENTRE ENOJO, AGRESIVIDAD Y HOSTILIDAD

El enojo se consideró por mucho tiempo como el incentivo o motivo para muchas formas de agresión. Es importante diferenciar entre enojo y agresión; el enojo es una emoción o experiencia subjetiva con cogniciones asociadas y que tiene manifestaciones fisiológicas. El término agresividad hace referencia a las conductas que se realizan deliberadamente para lograr una meta en particular, como la de causar daño a alguien. (Berkowitz, 1993).

En contraste, Averill (1983) demostró que la conducta puede variar indefinidamente de acuerdo a la función que le da una persona en cierta situación. Es decir, que los episodios de enojo no siempre van acompañados de agresión.

Por otro lado, la hostilidad se refiere a las actitudes negativas hacia una o más personas que están relacionadas directamente con la situación que se evalúa desfavorable. (Berkowitz, 1993).

3. ENOJO ESTADO Y ENOJO RASGO

Según Harmon-Jones (2004) el enojo es generalmente experimentado como una emoción negativa ya que es provocado por eventos no placenteros, por ende, no deseados. Se ha dicho que, por ejemplo, el enojo surge cuando una persona experimenta ser insultada o herida intencionalmente por los actos de otra persona (Frijda, 1986). De igual forma el enojo ha sido descrito como displacer aunado a culpabilidad con respecto a los actos realizados por alguien más. Igualmente, ha sido relacionado a la reacción inherente al hecho de sentir las metas personales interrumpidas (Ortony et al., 1988).

Es importante establecer que la experiencia y la expresión del enojo son dos conceptos distintos en términos fenomenológicos y científicos. El enojo como estado emocional es una reacción transitoria a una transacción entre el individuo y el ambiente. En este caso, dicho estado emocional sugiere que una persona siente o reacciona de una manera colérica en un determinado tiempo y lugar. El enojo como estado emocional, es una condición psicobiológica que incluye

sentimientos subjetivos negativos que varían en intensidad, desde una pequeña irritación o molestia hasta furia o rabia intensa. Este estado de enojo fluctúa en un periodo de tiempo como función de frustraciones, percepciones de afrontamiento, injusticia o provocación. (Spielberger, 1985). Asimismo, Stemmler (2004) define el enojo estado como la respuesta emocional constituida por pensamientos relacionados con una injusticia o culpa percibida. Cuando el enojo-estado se presenta hay activación fisiológica especialmente por parte del sistema cardiovascular pues el individuo se prepara para defenderse. Sin embargo, en estos casos el despliegue de comportamientos congruentes a la emoción se encuentra deliberadamente controlada por el individuo y puede ser evitado cuando es necesario debido a ciertas situaciones sociales. Izard (1991) relacionó el enojo-estado con sentimientos de autoconfianza, la fuerza física y la valentía.

El enojo como rasgo de personalidad, se refiere a las características de una persona en términos de una disposición o tendencia a reaccionar como un individuo iracundo. Nos referimos a las diferencias individuales de la personalidad, incluyendo intensidad y frecuencia de estados de enojo que se experimentan en un determinado periodo. Cuando nos referimos a un individuo de carácter colérico estamos describiendo un rasgo, no un estado emocional. Individuos con niveles elevados de enojo rasgo logran percibir un mayor número de situaciones que provocan enojo (por ejemplo, molestia, irritación, enfado, rabia, furia) que aquellas personas con niveles bajos. Los primeros son propensos a experimentar elevaciones en estado de enojo con mayor frecuencia e intensidad bajo

situaciones de dificultad o frustración (Spielberger, 1985). El enojo rasgo es considerado como una disposición conductual estable y consistente que obedece a sentimientos de ira o irritabilidad. Los individuos con alto enojo-rasgo tienden a interpretar la mayoría de las situaciones como provocadoras de enojo. Por lo tanto, responden de manera más intensa, emocionalmente hablando, con respecto a los que presentan bajo enojo-rasgo. La intensidad del enojo es definida de acuerdo a la latencia, amplitud y duración de la respuesta (Stemmler, 2004). Buss y Perry (1992) relacionaron el enojo-rasgo con la asertividad y la competitividad.

A pesar de que las investigaciones enfatizan más las diferencias cognitivas y comportamentales entre sujetos con alto y bajo enojo-rasgo, existen estudios que sugieren que dichos grupos son similares en cuanto a los detonantes del enojo se refiere (Kassinove et al. 1997). En ambos grupos se reporta que el enojo ocurre más frecuentemente en casa, por la tarde, entre semana y típicamente es provocado por las acciones de otra persona. El blanco del enojo es casi siempre alguien bien conocido o amado. Con respecto a lo cognitivo la gran mayoría de los sujetos, independientemente del grupo al que pertenezcan manifiestan pensamientos demandantes. Asimismo con respecto al lenguaje corporal sujetos de ambos grupos expresaron su enojo frunciendo el seño, volteando los ojos y cruzando los brazos (Tafrate et al., 2002).

Para Spielberger, el enojo estado y el enojo rasgo son términos conceptuales distintos, sin embargo, están relacionados de manera íntima. El

primero es provocado o percibido bajo cierto contexto situacional, el segundo es sensitivo a esta provocación o percepción. Cuando el interés de estudio está fijado en el enojo como un estado emocional, se asume un grado de variabilidad en la reacción. Cuando este interés está dirigido al enojo como un rasgo emocional se asume un grado de consistencia y estabilidad en la reacción. Una emoción rasgo significa que una persona posee ciertas características de personalidad que se relacionan con un estado emocional que se genera con mayor frecuencia y con mayor intensidad que otros.

Lazarus (1991) refiere que el estado y el rasgo de una emoción son dos lados de la misma moneda; cuando la estabilidad es alta, el interés está en el rasgo y el estado pierde importancia; cuando la inestabilidad es alta, el interés está en el rasgo y el estado pierde atención. El trabajo clínico se centra en las emociones rasgo no deseadas, para corregir la disfunción crónica y el distrés que provocan.

El enojo como rasgo y como estado se mide a través del State-Trait Anger Expression Inventory-2 (S.T.A.X.I. 2) de Spielberger (1999), en su versión en español (Miguel-Tobal et al., 2001), que consta de un total de 49 ítems. La escala de Estado refleja sentimientos o acciones del tipo “estoy furioso”, “tengo ganas de romper cosas”, etc., donde el sujeto responde en una escala de cuatro puntos como se siente en ese momento. Consta de tres subescalas que son Sentimiento,

Expresión Física y Expresión Verbal. Por otra parte, la escala Rasgo está compuesta por ítems del tipo “tengo un carácter irritable”, “pierdo los estribos”, etc., a los que el sujeto contesta en una escala de cuatro puntos en función de cómo se siente normalmente.

3.1 EXPRESIÓN DEL ENOJO

Averill (1982) menciona que el enojo tiene manifestaciones tanto positivas como negativas. Comenta que la manera de expresar el enojo es generalmente no agresiva o con respuestas constructivas, y aunque la experiencia del enojo es incómoda, los resultados y cambios que se dan a partir de un episodio de enojo positivo para ambas partes, tanto el individuo como el objeto del enojo.

Por otro lado, el enojo puede prevenir un trauma inminente, ya que promueve la resistencia emocional o física ante las amenazas presentes. De acuerdo a McKay y Rogers (1991) la situación más obvia en la cual el enojo puede ser útil es cuando un individuo se enfrenta a una amenaza física o ataque real, debido a que el enojo permite movilizar las defensas o el escape.

Así también, los autores refieren que el enojo es adaptativo cuando la individualidad de una persona es violada, ya que el enojo permite establecer límites, si éste es expresado de manera asertiva. Esto se refuerza con Lazarus (1991), en cuyas investigaciones refieren que el enojo tiene la meta de preservar la identidad del yo, esta respuesta se da a partir de un aprendizaje vicario ante daños reales en la sociedad.

Novaco (1976) menciona que el enojo es paradójico, ya que es tanto satisfactorio como atemorizante, sin embargo cumple una función positiva para enfrentar diferentes problemas y describe las funciones del enojo como lo mencionamos a continuación:

1. La función energetizante, ya que el enojo incrementa el vigor con el que la persona actúa, esto puede resultar en una fuerte respuesta motora.
2. Una función expresiva la cual tiene la permite manifestación de incomodidad y dar retroalimentación en la relación.
3. La función autopromocional, ya que el enojo denota, socialmente, valores o cualidades como fuerza, expresividad y determinación. Las personas que se enojan se esfuerzan por proteger la imagen, principalmente cuando la manifestación del enojo va dirigida a resolver el problema, no hacia el ataque a otra persona.
4. El enojo también, tiene una función defensiva que implica la protección del yo, donde el enojo se dirige a conflictos externos; el error esta en los demás y no en la persona..

5. Otra función del enojo tiene relación con el aumentar la potencia de una persona, es decir que permite la sensación de control de una situación, influye en el logro de las metas, en situaciones en que el enojo va dirigido a la resolución de conflictos.
6. El enojo ayuda a la función discriminativa de situaciones donde se requiere la aplicación de ciertas habilidades para enfrentar un problema de manera efectiva.

El enojo, entonces, tiene manifestaciones funcionales que contribuyen a la adaptación de cada individuo, sin embargo la manifestación disfuncional del enojo es de considerable importancia para su estudio debido a las consecuencias negativas que afectan el ser humano.

Novaco describe en 1976 lo que considera funciones negativas que conlleva el enojo como lo son: 1. Una función destructiva: cuando la activación fisiológica del enojo es alta, puede interferir con la ejecución de una tarea. El proceso cognitivo se vuelve desorganizado y la reacción se vuelve impulsiva. 2. La función instigativa: una respuesta emocional de provocación, como el enojo, puede instigar a conductas agresivas. La mezcla de agitación, expectativas frustradas y diálogo interno hostil, sirven como estímulos para la conducta.

4. LAS EMOCIONES Y SUS MANIFESTACIONES FISICAS

La vida emocional puede resultar decisiva en el mantenimiento, restablecimiento u optimización de la salud de una persona, ya que una emoción rara vez ocurre en un estado como el que define Barret (2005) como “vacío existencial”, de hecho ocurre en un contexto en el que la persona tiene que dar respuesta adaptativa a determinada situación de su entorno. Por lo tanto, ciertas emociones facilitan la solución de los problemas, en tanto que otras la entorpecen. Asimismo, el carácter positivo o negativo de la vida emocional puede verse en el impacto que tiene sobre los procesos fisiológicos, es decir, sobre la salud física de una persona. Es por ello que en los últimos años ha aumentado el interés por entender y describir las experiencias emocionales de los seres humanos (Barrett et al., 2005; Frijda, 2007).

Los puntos de vista en cuanto a lo que es una emoción, varían considerablemente en diversos aspectos. Por ejemplo para algunos las experiencias emocionales son un conjunto de entidades modulares a menudo consideradas como emociones básicas de los seres humanos (Izard & Ackerman, 2000; Roseman, 1991). Otros sostienen que los afectos son mejor entendidos cuando sus dimensiones subyacentes son analizadas (Barrett, 2006; Russell, 2003).

Sin embargo, para comprender mejor el cómo las emociones y los síntomas se relacionan, es útil tener una definición conceptual de ambos términos.

4.1 DEFINICIONES DE EMOCIÓN Y SÍNTOMA

De acuerdo al Diccionario de Términos Psicológicos Fundamentales (1997) una emoción es un estado afectivo, una reacción subjetiva al ambiente acompañada de cambios orgánicos (fisiológicos y endocrinos) de origen innato, influida por la experiencia y que cumple una función adaptativa. Se refiere a estados internos como el deseo o la necesidad que dirige al organismo. Las categorías básicas de las emociones son miedo, sorpresa, aversión, ira, tristeza y alegría (Bruno, 1997; Ortony et al., 1988). Eric Berne (1964), creador del Análisis Transaccional, menciona que existen cinco emociones auténticas que compartimos con los animales inferiores ya que son reacciones primitivas que se manifiestan energéticamente a través de los impulsos. Estas son: alegría, afecto, miedo, tristeza e ira. Algunos otros autores han incluido el placer sexual como una sexta emoción auténtica.

De acuerdo al DSM-IV (1997) y al CIE 10 (1992) los síntomas son manifestaciones subjetivas de un estado patológico y son descritos por el individuo afectado más que observados por el examinador. Dentro de lo que son síntomas encontramos aquellos denominados de conversión, que ocurren cuando el individuo presenta una pérdida o alteración del funcionamiento sensorial o motor voluntario que sugiere una enfermedad médica o neurológica. Ciertos factores psicológicos están asociados al desarrollo de dicho síntoma de modo que éste no

se explica por completo por una enfermedad médica o neurológica ni por los efectos directos de una sustancia. Así pues, un síntoma no es producido intencionalmente ni es fingido.

4.2 MANIFESTACIONES FÍSICAS ASOCIADAS A LAS EMOCIONES

Todos los días los seres humanos enfrentamos situaciones o hechos desencadenantes que según como los percibimos generan ciertos cambios corporales, los cuales a su vez al ser interpretados producen lo que conocemos como emociones (James, 1985).

En este sentido, queda claro que todas las emociones van ligadas a reacciones fisiológicas, sin embargo existen situaciones en las cuales la relación entre emoción y reacción fisiológica se convierte en un problema clínicamente significativo, pues dichas reacciones se convierten en síntomas. A este respecto tenemos la somatización.

Este trastorno ha sido definido como un patrón crónico de conducta de enfermedad, con un estilo de vida caracterizado por numerosas consultas médicas y numerosas dificultades sociales secundarias. Asimismo, la estructura represiva de personalidad presente en los pacientes que padecen trastorno de somatización, influye en la aparición de síntomas somáticos (Florenzano et al., 2002).

La represión de emociones ha sido asociada, generalmente, a consecuencias negativas (Butler et al., 2003; Gross & John, 2003). Aquí, la teoría psicoanalítica tratar de brindar una explicación a la relación entre emociones y síntomas neuróticos, o lo que es lo mismo síntomas físicos. Al fenómeno ocurrido cuando una emoción reprimida da lugar a un síntoma se le conoce como conversión y se da cuando sentimientos ligados a un evento traumático, es decir cuando emociones negativas, se quedan en el cuerpo y por lo tanto confluyen en síntomas físicos (Breuer & Freud, 1895). Las emociones no reconocidas o reprimidas pueden manifestarse en el cuerpo en forma de dolores crónicos, de tics molestos, etc. Cuanto mayor es la represión, mayor es el dolor emocional y más serias e insistentes se vuelven las señales del cuerpo. Muchas dolencias se pueden remontar a un suceso o a una serie de sucesos en la vida emocional del individuo. El malestar físico es una representación tangible de las cosas que nos hacen estar incómodos o felices (Rush, 1995).

Sin embargo, no solamente la represión como mecanismo de defensa tiene relevancia cuando de no expresar emociones se trata. Desde hace ya muchos años la represión de emociones ha sido también ligada a la anticipación de consecuencias sociales negativas. De tal modo que una perspectiva cultural sugiere que dichas consecuencias pueden ser moderadas por valores específicos de cada cultura (Butler et al., 2003; Gross & John, 2003).

Asimismo, aunado a las diferencias culturales, existen diferencias de género. En un estudio realizado por Fischer et al. (2004), se encontró que los hombres reportan mas frecuentemente emociones intensas, tales como el enojo, mientras que las mujeres reportan mas frecuentemente emociones menos intensas tales como tristeza o culpa. Se propone que dichas diferencias están directamente relacionadas con los roles de género estipulados por las sociedades, los cuales marcan como permisibles o no a ciertas formas de expresión emocional en cada uno de los géneros.

Existen por lo menos dos barreras importantes que se interponen en la comprensión de cómo las emociones influyen las interacciones sociales. En primer lugar, los esfuerzos auto-regulatorios que determinan cuáles emociones son experimentadas y expresadas en situaciones específicas (Campos et al., 1989). En segundo lugar las diferencias culturales que de manera única alientan y refuerzan las respuestas emocionales, dando como resultado diferencias en cuanto a qué conductas son sancionadas y bajo qué circunstancias (Kitayama et al., 2000; Mesquita & Frijda, 1992). Asimismo, las costumbres incluyen valores culturales que se ven reforzados por su práctica diaria en una sociedad. Por ejemplo, en muestras de norteamericanos el uso frecuente de la supresión de emociones se ha asociado con un estilo de apego evitante, poca capacidad para compartir emociones, poco apoyo social, baja percepción de aceptación por parte de pares y poca capacidad para entablar relaciones cercanas (Gross & John, 2003; John & Gross, 2004). En otro estudio se encontró que la ambivalencia emocional, siendo ésta definida como el conflicto entre desear expresar

emociones versus inhibirlas, se relacionó negativamente con el nivel de satisfacción de vida en europeos y americanos, pero no así en chinos (Suh et al., 1998).

Sin embargo, la represión o supresión de emociones también puede cumplir un papel pro-social. Tavis (1984), encontró que la supresión del enojo puede obedecer al deseo de preservar una amistad. Asimismo, Wierzbicka (1999) argumenta que en los asiáticos se fomenta la supresión de emociones cuando existe preocupación por herir los sentimientos de alguien más, de tal modo que la supresión obedece a un esfuerzo por conservar la relación con el otro.

Finalmente, hay que destacar que a pesar de las diferencias culturales y de género observadas por los investigadores, en general los humanos no sentimos ni vivimos la vida en un estadio emocional extremo porque socialmente hablando nos enseñaron que era inadecuada la expresión “exagerada” de nuestras emociones. Habiendo sido condicionados para no expresar nuestras emociones, la mayoría de nosotros aprendemos a reprimir nuestros sentimientos hasta tal punto que dejamos de ser conscientes de lo que sentimos y cómo lo sentimos. Por tales razones es importante “escuchar” a nuestro cuerpo a través de la introspección y de los síntomas físicos que son manifestados en determinada situación o experiencia de vida, ya que la emoción aunque solo exista en el plano inconsciente tarde o temprano encontrará un medio de expresión (Rush, 1995).

5. SÍNTOMAS Y EFECTOS FISIOLÓGICOS DEL ENOJO EN EL SER HUMANO

Independiente a los factores sociales y medio ambientales que pueden determinar el enojo, las últimas dos décadas se ha presentado especial atención a las bases biológicas del enojo y la conducta agresiva (Ayuso, 1999).

Para Carrasco y Sainz (1998), la conducta agresiva puede ser reflejo de: 1. Un aumento de los impulsos agresivos, 2. Un aumento de la reactividad emocional a los estímulos ambientales y 3. Un déficit de los mecanismos inhibitorios de la conducta (control de impulsos). Probablemente cada uno de estos fenómenos se encuentra regulado por sistemas biológicos distintos y da lugar a una manifestación agresiva particular.

La regulación del enojo y de las conductas agresivas está localizada, según indica la mayor parte de las investigaciones, en las estructuras límbicas (áreas ventromediales del hipotálamo) y en los lóbulos frontales (zonas orbitofrontales y frontomediales) y temporales (Ayuso, 1999).

Según Ayuso (1999), se encuentran relacionados al enojo y la conducta agresiva, los neurotransmisores serotonina, noradrenalina y dopamina. La noradrenalina parece actuar como un facilitador de la agresividad, aunque los estudios han arrojado resultados contradictorios, situación parecida a lo que

sucede en los estudios a cerca de la dopamina. Por otro lado, la serotonina se ha relacionado directamente en casos de bajo control de impulsos. Los datos experimentales y clínicos sugieren que la agresividad pudiera relacionarse con déficit de la función serotoninérgica y exceso de funciones dopaminérgicas y noradrenérgicas (Ayuso, 1999).

Como se ha visto anteriormente, el enojo está constituido por una experiencia física que dispara una poderosa respuesta emocional que provoca cambios en el cuerpo. Estas respuestas ocurren automáticamente, ya que son mecanismos importantes para la sobrevivencia. Sin embargo, si se experimenta de forma disfuncional es un factor de riesgo para el deterioro de la salud, debido a que las respuestas psicofisiológicas asociadas con la experiencia subjetiva del enojo puede ser altamente nocivas para la salud, pudiendo ser entendidas como estresores específicos que alteran el balance bioquímico del organismo, así como el funcionamiento del sistema inmune. Por lo tanto la alteración del balance bioquímico del organismo causada por enojo, agresión y hostilidad, podría estar asociada con ciertos tipos de trastornos (Fernández y Palmero, 1999).

La emoción del enojo cuando no se manifiesta adecuadamente y este lo dirigimos hacia uno mismo contribuye al desarrollo de enfermedades cardiovasculares, pues se ocasionan cambios en el sistema nervioso periférico (autónomo y somático), donde existe liberación de sustancias como la testosterona, epinefrina, norepinefrina y cortisol (Fernández y Palmero, 1999).

La liberación constante y crónica de estas sustancias se ha relacionado con efectos nocivos en el cuerpo, donde altos niveles de testosterona y cortisol aumenta el riesgo de arterosclerosis, la causa más común de trastornos en la arteria coronaria. Así también, la epinefrina y norepinefrina estimulan el sistema nervioso simpático que desvía la sangre de la piel, hígado y tracto digestivo al corazón, pulmones y músculo – esquelético (Mckay, Rogers, Mckay, 1991).

Cuando estos factores se reúnen, la presión sanguínea se eleva, y la glucosa es descargada hacia el sistema sanguíneo para proporcionar energía al sistema somático, que ocasiona un aumento en la tensión muscular. Cuando la sangre es desviada al hígado, este se vuelve menos eficiente en limpiar la sangre del colesterol, esto contribuye al depósito de grasa en las arterias. La elevación de la presión sanguínea también daña las arterias y el corazón. La hipertensión fuerza el corazón a trabajar más duro, lo que hace que el músculo cardiaco aumente su tamaño y disminuya su eficiencia. La turbulencia causada por las arterias y provocar pequeños desgarros en las paredes arteriales, dentro de los cuales pueden ocurrir detención y formación de depósitos de grasa que eventualmente crecen hasta bloquear el paso sanguíneo, factor causante de infartos (mackay, Rogers, Mckay 1991; Fernández y Palmero, 1999).

Schwartz, Weinberger y Singer (1981) realizaron un estudio donde compararon los cambios en la presión arterial de sujetos que experimentaban miedo, felicidad, ansiedad y enojo, encontrando que el enojo es causante de

aumento de la presión arterial, ya que este evento aumenta los niveles de norepinefrina, la cual aumenta abruptamente la presión diastólica.

Las personas que carecen de habilidades de asertividad para expresar el enojo, mantienen un sentimiento de hostilidad que contribuye al desarrollo de hipertensión. De esta manera, las personas que expresan su enojo de manera hostil o agresiva tienen una presión arterial mayor que los que reflexionan sobre su propio enojo (Larkin y Zayfet, 2004; Harburg, Blakelock y Roeper, 1979).

El inadecuado manejo de la emoción de enojo, no es el único factor de riesgo para el desarrollo de trastornos cardiovasculares, para esto se tienen que agregar factores como los malos hábitos alimenticios, fumar, ingesta de bebidas alcohólicas, mantener una vida sedentaria, así como otros factores emocionales como la depresión o el tipo de personalidad A (Denollet, 1993).

Otro de los problemas relacionados con el enojo crónico son los trastornos digestivos, las personas que se enojan con frecuencia manifiestan un recubrimiento rojizo en el estómago, lo que incrementa las contracciones rítmicas y el incremento de la secreción de ácido clorhídrico, causando hiperacidez que se encuentra en íntima relación con la formación de úlceras y el desarrollo de gastritis (Mckay, Rogers, Mckay, 1991). Las personas con ulceraciones gástricas presentan altos niveles de ansiedad y repetida frecuencia en los episodios de enojo (Sharma, 1995).

El enojo también se encuentra relacionado con el desarrollo de la colitis ulcerosa (Levitan, 1977), debido a que el moco del colon reacciona abruptamente ante el enojo reprimido, aumentando la actividad sanguínea y la actividad peristáltica (Lewis y Lewis, 1972, citado en Mckay, Rogers, Mckay, 1991).

Como hemos observado hasta el momento, los cambios fisiológicos que experimenta el cuerpo ante la emoción del enojo se ha relacionado con la alteración del funcionamiento normal del organismo, presentándose trastornos cardiovasculares y digestivos. Sin embargo, también es importante mencionar los diferentes trastornos que se relacionan con la disminución del sistema inmunológico, donde se pueden formar algunos tipos de cáncer. Un estudio longitudinal realizado por Harburg *et al* (2003) señala que, tanto hombres como mujeres, cuando no manifiestan su enojo, existe una relación directa con la elevación de la tensión arterial, lo cual, junto con otros estudios, nos permiten deducir que la inhabilidad de expresar enojo contribuye a la formación de cáncer (Harburg, 2003; Liste, 1999). Por otro lado, la experiencia subjetiva de enojo se ha relacionado con enfermedades como el VIH, donde se ha comprobado que pacientes que contraen la enfermedad, suelen experimentar enojo con mucha frecuencia después de recibir el diagnóstico, lo cual influye en la disminución de las funciones del sistema inmunológico y por lo tanto en un deterioro de la enfermedad. (Fernández – Abascal y Palmero, 1999).

Como se menciona anteriormente, alto enojo rasgo es conceptualizado como la disposición a ser vulnerable ante las emociones relacionadas al enojo y a responder con mayor intensidad ante situaciones de enojo. En consecuencia las personas con alto enojo rasgo experimentan más frecuente e intensamente enojo, en comparación con las personas que presentan bajo enojo rasgo (Spielberger et al., 1985).

Narita et al. (2007), encontraron que el alto enojo rasgo en mujeres postmenopáusicas se relacionó positivamente con estrechamiento arterial y con alta frecuencia cardiaca. Los autores explican que es posible que los sujetos con alto enojo – rasgo tiendan a presentar respuestas anormales del sistema simpático. Lo anterior coincide con investigaciones realizadas por Martín et al. (1999) quienes sugieren que la relación entre la expresión del enojo y el estado de salud resultante es mediada por la activación del sistema nervioso simpático.

Tafrate et al. (2002), examinaron las características de los autoreportes de 93 adultos, catalogados como con alto enojo rasgo y bajo enojo rasgo, sobre episodios específicos de enojo que hubieran vivido recientemente. Se les pidió a los participantes que identificaran un episodio reciente de enojo y que reportaran los pensamientos que consideraban se asociaban a la ocurrencia del mismo. Los resultados arrojados muestran que los adultos considerados como de alto enojo rasgo expresaron reacciones de enojo más frecuentemente. Asimismo, dichos sujetos reportaron más signos de agresividad física, respuestas verbales negativas, uso de sustancias psicoactivas y consecuencias negativas ligadas al

enojo. Asimismo, con respecto a los episodios de enojo, los sujetos con alto enojo rasgo reportaron vivirlos con mayor intensidad y duración. Lo anterior refuerza la idea de que las reacciones de enojo de aquellos sujetos con alto enojo rasgo son más problemáticas y por ende requieren especial atención clínica; de hecho, se observa que dichos episodios regularmente desencadenan problemas interpersonales y problemas de salud física. Comparativamente hablando, los adultos con alto enojo rasgo mostraron mayor número de pensamientos negativos problemáticos, que los adultos con bajo enojo rasgo. Los adultos con alto enojo rasgo fueron más propensos a admitir que sus percepciones y pensamientos asociados al enojo eran distorsionados ya que tienden a exagerar las situaciones, tienen una baja tolerancia a la frustración y un pobre autoconcepto. Estos patrones cognitivos y de comportamiento en los sujetos con alto enojo rasgo se ven reforzados por los pensamientos negativos recurrentes que tienden experimentar. Esto sugiere que sería conveniente incluir en el tratamiento de estos pacientes estrategias para disminuir los pensamientos negativos recurrentes. En cuanto a las manifestaciones físicas que se presentan en sujetos con alto enojo rasgo, Tafrate et al., (2002) encontraron que éstos manifiestan más sintomatología física en general, relacionada con los episodios de enojo. Estos sujetos reportaron mas dolores de cabeza y mareos que los sujetos con bajo enojo-rasgo; lo cual coincide con las investigaciones de Hatch et al. (1991). Otras sensaciones físicas reportadas con mayor frecuencia, por parte de los sujetos con alto enojo-rasgo fueron tensión muscular, aumento de la frecuencia cardiaca, aumento de la respiración y síntomas gastrointestinales. Sin embargo todos estos últimos síntomas mencionados no alcanzaron una diferencia estadísticamente significativa

entre grupos. Con respecto a las situaciones resultantes de los episodios de enojo, se puede decir que los sujetos con alto enojo rasgo experimentaron significativamente más sentimientos negativos como depresión, disgusto, culpa y vergüenza. En contraste, los sujetos con bajo enojo-rasgo reportaron sentirse aliviados y satisfechos tras experimentar episodios de enojo. Esto es de particular relevancia, dado que hemos dejado clara la relación entre emociones, síntomas y enfermedades. La relación entre enojo y otros sentimientos negativos radica en que el enojo lleva al sujeto a un sentimiento de frustración y pérdida, lo cual detona estados de depresión y culpa entre otros.

Por otra parte, Barbour et al., (1998) encontraron que los hombres que muestran comportamientos violentos hacia sus esposas puntúan más alto cuando son evaluados para enojo rasgo. Asimismo, Owens et al. (2002), investigaron la relación entre enojo rasgo y la toma de decisiones. Dichos autores encontraron que sujetos con alto enojo rasgo tienden a presentar dificultades para controlar su enojo y por ende incurren en malas decisiones que evidentemente conllevan a la frustración y a más enojo.

Averill (1983), encontró que existen diferencias significativas entre hombres y mujeres con alto enojo rasgo. Este autor menciona que las mujeres cuando están molestas son más propensas a llorar pues exageran las situaciones desencadenantes del enojo, se culpan a si mismas y reportan síntomas de aumento de ritmo cardiaco y dolores de cabeza.

En resumen, las investigaciones comprueban que los sujetos con alto enojo rasgo, dadas sus características, podrían constituir en sí mismos un grupo de interés y relevancia para el ámbito clínico. Por lo tanto es necesario ahondar en el tema de manera que el tratamiento de dichos pacientes sea mejor y la prognosis más positiva.

Finalmente queda claro que dado que el enojo es una emoción que existe a lo largo de un continuo, la frecuencia, intensidad y duración de la experiencia emocional, así como la manera en que se expresa puede llevar a problemas sociales y personales de importancia clínica. Por lo tanto es importante que los psicólogos conozcan y comprendan todas las facetas del enojo de manera que se desarrollen tratamientos más efectivos.

6. ENFERMEDADES FÍSICAS ASOCIADA AL ENOJO

Estudios sugieren que las personas que frecuentemente experimentan emociones negativas amplían sus sensaciones corporales e interpretan estas sensaciones como señales de enfermedad, por consiguiente reportan más quejas físicas (Costa & McCrae, 1987).

Watson y Clark (1984) sugieren que la afectividad negativa es un rasgo estable y persistente asociado a diversas escalas de personalidad. Por ejemplo, personalidades que tiene como rasgos a la ansiedad, la neurosis, la fuerza yoica y los problemas de adaptación en general tienden a manifestar más afectividad negativa. De tal modo que estas variables de personalidad son clínicamente relevantes.

Diversos estudios muestran que las emociones que causan la mayor parte del malestar corporal son la crítica, la ira, el resentimiento, el dolor, el miedo y la culpa. La dificultad en el ser humano es que al sentir el impulso de emociones negativas, la expresión libre y auténtica es limitada por los procesos mentales y sociales. Por el contrario, si un animal siente ira la manifiesta en cuanto siente las primeras señales del cuerpo, a través de comportamientos encaminados a atacar y defenderse. Pero en el caso del ser humano esta manifestación se bloquea y no permite la salida de ese impulso energético, quedando reprimido en su interior.

Kövecses (2000) analiza el concepto de enojo tratando de distinguir si éste es universal o cultural. Explica que en general en todas las culturas se describe que el enojo causa ciertos efectos fisiológicamente hablando, los cuales se hacen evidentes por medio de síntomas como: enrojecimiento del rostro, presión arterial elevada y agitación física.

Por otra parte, se ha visto que los pensamientos negativos recurrentes están asociados con la depresión, la afectividad negativa, el enojo prolongado y

una baja capacidad de recuperación cardiovascular. Estudios sugieren que las personas que constantemente recuerdan eventos estresantes, como aquellas que presentan enojo-rasgo, tienden a mantener un ritmo cardiaco elevado lo cual los hace propensos al padecimiento de una enfermedad cardiovascular (McClelland et al., 2009). Aunado a esto las respuestas cardíacas anormales que se asocian al enojo-rasgo elevan la presión arterial (Narita et al., 2007). En otro estudio realizado por Miers et al., (2007), los resultados arrojan que la búsqueda de apoyo social y los pensamientos negativos recurrentes contribuyen significativamente a la expresión de quejas somáticas, la tendencia a pensar y a hablar repetidamente acerca de los eventos provocadores de enojo, subyacen a los efectos negativos presentes en la salud del individuo.

El enojo es entonces, una emoción normal que experimentan todos los seres humanos y que se da en situaciones ante las que nos sentimos amenazados, creemos que podemos sufrir daños (o que otros pueden sufrirlos), pensamos que nos han lastimado, o nos frustramos. Sin embargo, el enojo puede llegar a transformarse en una emoción destructiva si se siente con demasiada intensidad y muy frecuentemente se expresa de manera inapropiada, lastimándonos, lastimando a otro verbal o físicamente o dañando objetos. Respuestas de este tipo traen consigo consecuencias negativas para la salud física y mental, por lo tanto no se trata de eliminar la respuesta al enojo silenciándolo, ya que ello puede ocasionar problemas de salud como aumento en la presión arterial, úlceras, infartos, tensión muscular, respiración alta y corta, sudoración excesiva, entre otros (Cortés, 2007). Entonces, son las variables

cognitivas y psicofisiológicas juntas las que producen la experiencia subjetiva y la respuesta objetiva del enojo (Cox & Harrison, 2008).

Desde hace ya mucho tiempo, se ha observado que la ansiedad, el enojo y la depresión se relacionan con altos niveles de sintomatología física. Es decir, que las personas que experimentan ansiedad, enojo o depresión reportan una gran cantidad de malestares físicos (Krantz & Glass, 1984). Los estudios más recientes sugieren que la relación entre los auto-reportes de síntomas físicos y las medidas de afectividad negativa refleja que existe un estilo particular de percibir y reportar la sintomatología física en aquellas personas que frecuentemente experimentan fuertes emociones negativas (Costa & McCrae, 1985, 1987). Esto quiere decir que los reportes de personas con afectividad primordialmente negativa tienden a ser más negativos.

Específicamente, Costa y McCrae (1987) presentan evidencia de que el estrés psicológico se relaciona con dolor de pecho, molestias genito-urinarias, malestares digestivos y síntomas respiratorios. Sin embargo dicha relación no fue encontrada cuando se trató de estrés psicológico y enfermedades como tal. De acuerdo a los autores esto sugiere que las personas que frecuentemente experimentan emociones negativas son más sensibles a las molestias corporales que experimentan, interpretándolas como signos de enfermedad y por lo tanto tendiendo más a quejarse frecuentemente de molestias físicas. Esto puede reflejar la presencia de un trastorno neurótico.

7. TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD RELACIONADOS CON EL ENOJO

A pesar de que el enojo no es considerado como un síndrome clínicamente hablando (Fava et al., 1990), frecuentemente es tratado dentro de un ámbito clínico ya que se ha comprobado que está presente en muchos desordenes descritos en el DSM-IV. Sin embargo, a pesar de su prevalencia en pacientes que buscan ayuda psicológica es necesario realizar más investigación con respecto al enojo como un problema clínico (DiGiuseppe & Tafrate, 2003).

El enojo ha sido asociado con serias consecuencias negativas como por ejemplo comportamientos agresivos, violencia intrafamiliar, abuso de sustancias, y problemas de salud. Por lo tanto es importante que la psicología desarrolle, estudie y divulgue técnicas efectivas de intervención. Existen autores que realzan el hecho de que el estudio científico del enojo y su tratamiento ha sido descuidado comparado con la atención que han recibido los desordenes de ansiedad y depresión (Kassinove & Sukhodolsky, 1995).

En un estudio realizado por Giegling et al. (2009) se encontró que el enojo, la agresividad y la impulsividad son rasgos de personalidad que están relacionados a los intentos suicidas. En este estudio los autores analizaron parte de una muestra que ya había sido previamente seleccionada en relación a sus

niveles de enojo, impulsividad y temperamento. Dicha muestra estaba compuesta de 111 pacientes internos que presentaban un historial de vida plagado de intentos suicidas. Para medir su enojo, se les aplicó el *State-Trate Anger Expression Inventory* (STAXI); la agresión se midió utilizando el *Questionnaire For Measuring Factors of Agression* (FAF); el temperamento se midió a través del *Temperament Character Inventory* (TCI). Los investigadores encontraron que puntajes altos en agresión y enojo se relacionaban mas con sujetos hombres que además cumplían los criterios del trastorno de personalidad límite. Con respecto al TCI se observó que las dimensiones de evitación de daño, alta impulsividad, enojo-estado, enojo dirigido al sí mismo e inhibición de la agresión, pronosticaban la auto-agresión. En conclusión la impulsividad y la evitación del daño emergieron como dimensiones del temperamento que se asocian con las tendencias de auto-agresión de manera independiente, es decir, que puede estar una sin estar presente la otra. Asimismo los autores encuentran que el enojo puede tener algún efecto sobre el intento suicida ya que ambas variables estuvieron positivamente correlacionadas.

La mayoría de las personas que padecen un trastorno de la personalidad están propensas a estar enojadas. Su enojo es siempre repentino, iracundo, intimidante e injustificado. Pareciera que la gente que padece estos trastornos se encuentra en constante estado de enojo, aunque éste es suprimido la mayor parte del tiempo. Se manifiesta solamente cuando las defensas están inhabilitadas o afectadas por circunstancias externas o internas. Se ha señalado el origen psicodinámico de este enojo permanentemente contenido ya que se cree que al

inicio de la vida de estos pacientes, enfrentaron situaciones en las cuales no tenían permitido expresar su enojo siendo que éste era justificado pues aparecía como resultado de la experimentación de abusos y maltratos. De tal modo que estos individuos crecen albergando sentimientos de haber sido tratado injustamente y frustración. Por el contrario, las personas sanas experimentan enojo solamente como un estado temporal ya que su enojo es justificado pues proviene de una fuente externa y es dirigido hacia la misma. Así pues, es el enojo subyacente lo que separa y distingue a los trastornos de la personalidad de otros trastornos (Vaknin, 2001). También, se ha visto que los trastornos neuróticos se relacionan con la no expresión de las emociones (Martín et al., 1999).

Específicamente hablando, en el trastorno de la personalidad limítrofe el paciente tiene miedo de ser abandonado; en el narcisista el sujeto necesita de otros que lo admiren, lo alaben, etc.; el paranoico necesita de sus persecutores, etc. Entonces, estas personas prefieren dirigir su enojo a otros no que no son muy importantes para ellos ya que si los dejan su débil personalidad no se verá amenazada. A veces, cuando ya no son capaces de reprimir expresan su enojo contra la fuente real del mismo. Se enfurecen y se comportan como lunáticos. Gritan incoherencias, hacen acusaciones absurdas, distorsionan los hechos, alegan y se muestran sospechosos ante los actos de los demás. Estos episodios son seguidos por periodos de sentimentalismo exacerbado, alabanzas excesivas y sumisión hacia la víctima del último ataque de ira, motivados por el miedo aterrador de ser abandonados o ignorados. Aquellos que padecen un trastorno de

personalidad se devalúan al punto de provocar la repulsión de quienes los observan, haciendo que la vida al lado de ellos sea muy difícil (Vaknin, 2001).

A pesar de que la depresión y la ansiedad han sido ampliamente estudiadas como componentes del dolor emocional, el enojo ha sido identificado como una de las emociones más importantes con respecto a este tipo de dolor (Fernandez & Turk, 1995). Se ha observado que existe una relación entre el estilo que tiene un sujeto para manejar su enojo y la cantidad de quejas somáticas que reporta. Martín et al. (1999), encontraron en una muestra de adultos que, altos niveles de enojo expresado hacia afuera (anger out) suelen asociarse con gran cantidad de síntomas físicos reportados; por el contrario en una muestra de estudiantes universitarios se observaron que mientras más se dirigía el enojo hacia adentro (anger in), mas quejas físicas se reportaban.

Se cree que la ansiedad como rasgo es el afecto negativo principal cuando de la relación entre “emociones negativas y síntomas” se trata. Baron y Kenny (1986), encontraron que la ansiedad-rasgo es el mediador entre el afecto negativo y los reportes de síntomas físicos. En psicología los llamados mediadores ocupan roles centrales en cuanto a causalidad se refiere y por lo tanto deben ser abordados por el terapeuta para ayudar al paciente a cambiar su forma de pensar, comportarse y experimentar sentimientos de bienestar. Los mediadores, como la ansiedad-rasgo, explican como los eventos físicos externos son relevantes a nivel psicológico. Por su parte las variables moderadoras especifican cuando ciertos efectos serán contenidos, ya que indican cómo y por qué ocurren ciertas

consecuencias. Entonces, si la ansiedad-rasgo media la relación entre la incomodidad psicológica y fisiológica, la reducción de la ansiedad debería estar asociada con una mejora en cuanto a sentimientos de bienestar en general.

Otros estudios han encontrado que existe un vínculo entre enojo e irritabilidad social (Ashton et al., 2004). Smith y Mumma (2008) encontraron que la ansiedad experimentada frecuentemente está relacionada con pensamientos de fracaso; mientras que el enojo está relacionado con pensamientos de ser agredido. Russell y Mehrabian (1974) encontraron que el enojo ocurre como respuesta a una situación relacionada con el ejercer dominio sobre otro, mientras que la ansiedad se relaciona con la falta de dominancia.

Información reciente referente al trastorno bipolar apoya la idea de que el enojo es una emoción que necesita ser expresada y dirigida hacia algo-alguien externo. La teoría más nueva con respecto a este tema nos dice que la manía aparece como signo de un sistema hiperactivo (Johnson, 2005). Consistentemente, uno de los síntomas más característicos del estado maníaco es la euforia, un afecto enfocado y dirigido. Sin embargo, la manía también está ligada al enojo (Cassidy et al., 1998). Por lo mismo, cuando los pacientes son tratados con litio la agresión disminuye junto con otros síntomas asociados a la fase maníaca (Malone et al, 2000). Esto indica que el enojo y la agresión se derivan de la misma fuente motivacional que otros síntomas del trastorno bipolar.

En resumen, lo que hace aquel que padece un trastorno de personalidad es suprimir su enojo, pero al no tener mecanismos de defensa efectivos no es capaz de redirigirlo efectivamente. Entonces sus expresiones de hostilidad no son constructivas, son destructivas porque son confusas, excesivas y poco claras. Ellos no se desahogan con otros para restaurar su autoestima, prestigio, sentimiento de control sobre su vida, para recuperarse emocionalmente o para restaurar su bienestar. Se desquitan con otros porque no pueden evitarlo, es un comportamiento autodestructivo que tiene lugar en un clima de auto-desprecio. Su enojo no contiene señales que pueden alterar su entorno o el comportamiento de aquellos que lo rodean; su enojo es primitivo y poco adaptativo (Vaknin, 2001).

8. ENOJO Y CONSUMO DE SUSTANCIAS

Uno de los problemas sociales que más preocupa a nivel mundial, es el consumo de sustancias, situación que afecta a todos los países sin distinciones, todas las clases sociales y razas, por lo cual, en este capítulo desarrollamos el tema y lo relacionamos con el enojo. Para poder iniciar con el estudio del consumo de sustancias, debemos iniciar con la descripción de algunos términos básicos para poder hablar del tema.

El término droga es definido por la OMS (Organización Mundial de la Salud) desde 1969, como toda sustancia que, introducida en un organismo vivo, pueda modificar una o varias de sus funciones. En 1982, la OMS intentó delimitar las sustancias que producían dependencia y declaró como droga de abuso a aquella de uso no médico, con efectos psicoactivos (capaz de producir cambios en la percepción, el estado de ánimo, la conciencia y el comportamiento) y susceptible de ser autoadministrada (Lorenzo y del Moral, 2003).

Para Lorenzo y del Moral (2003) actualmente se utiliza el vocablo droga para referirnos a un gran número de sustancias que cumplen las siguientes condiciones:

1. Ser sustancias que introducidas a un organismo vivo son capaces de alterar o modificar una o varias funciones psíquicas de éste. (carácter psicotrópo o psicoactivo).
2. Inducen a las personas que las toman a repetir su autoadministración, por el placer que generan (acción reforzadora positiva).
3. El cese en su consumo puede ocasionar un malestar somático y/o psíquico (dependencia física y/o psicológica).
4. No tienen ninguna aplicación médica y si la tienen, pueden utilizarse con fines no terapéuticos.

En cuanto a la terminología adecuada para referirnos al consumo de sustancias, nos encontramos con gran diversidad de opiniones al respecto. Los manuales diagnósticos en Psiquiatría no han podido concordar en muchos de

ellos, lo cual dificulta la unificación de criterios concernientes al consumo de sustancias. Así pues, a OMS ha descrito, en relación a la terminología que determina el grado y gravedad del tipo de consumo, establece diferentes términos.

Un primer grado de consumo es el denominado “uso de sustancia”, que no tiene ninguna significación clínica ni social, es decir, significa consumo, utilización, gasto de una sustancia sin que se produzcan efectos médicos, sociales, familiares, etc. En ausencia de otras especificaciones debe de entenderse un consumo aislado, ocasional, episódico, sin eventos clínicos como la tolerancia o la dependencia física o psicológica (Lorenzo y del Moral, 2003).

El término de “hábito” o “habitación”, es la costumbre de consumir una sustancia por haberse adaptado a sus efectos. Existe un deseo por la sustancia, pero nunca se vivencia de forma impetuosa. No hay una tendencia a aumentar la dosis ni de padecer trastornos físicos o psicológicos importantes cuando la sustancia no se consigue. La búsqueda de la sustancia es limitada y nunca significa una alteración conductual. Este término no es utilizado en los sistemas de clasificación como el DSM IV TR o el CIE 10 (Lorenzo y del Moral, 2003).

El DSM IV TR (1997), establece un marco conceptual en cuanto a consumo de sustancias, su gravedad y su significación clínica y social, la cual abarca los términos de: abuso de sustancia, dependencia a sustancia, intoxicación por consumo de sustancia o abstinencia a sustancia.

8.1.1 ABUSO DE SUSTANCIA

Para el DSM IV TR (2001) define el “abuso de sustancia” como un patrón desadaptativo de consumo de una sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos durante un período de 12 meses.

Para la realización adecuada del diagnóstico, el manual diagnóstico, establece que, durante el período de 12 meses, se deberán detectar uno o más de los siguientes patrones de conducta: Debe haber consumo recurrente de la sustancia, que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o en casa, es decir, ausencias repetidas o rendimiento pobre en el trabajo; ausencias, suspensiones o expulsiones de la escuela relacionadas con el consumo; descuido de los niños o de las obligaciones de la casa, etc.

Otro aspecto a detectar es el consumo recurrente de la sustancia en relación con situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso, como por ejemplo, conducir un automóvil.

El DSM IV TR (2001), establece que en el abuso de sustancia suelen existir problemas legales repetidos relacionados con el consumo de la sustancia tener problemas sociales continuos o recurrentes o problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos de la sustancia; por ejemplo, discusiones con la esposa acerca de las consecuencias de la intoxicación, presencia de violencia física o arrestos continuos.

Es importante saber evaluar que los síntomas presentados, no han cumplido nunca los criterios para la dependencia de esta sustancia.

8.1.2 DEPENDENCIA A SUSTANCIAS

El DSM IV TR (2001) nos habla acerca del término de “dependencia” de sustancia, diciendo que se trata de un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por lo menos con tres de los ítems correspondientes en algún momento de un período continuado de 12 meses.

El primero de los ítems mencionados se refiere al fenómeno denominado “tolerancia”, término que es definido como una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado. Además establece que la tolerancia incluye situaciones en las que el efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado.

El segundo ítem se refiere al término de “abstinencia” o “síndrome de abstinencia” el cual se explica de forma detallada más adelante.

Como tercera instancia diagnóstica, encontramos cuando la sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía

Un cuarto rubro nos habla de cuando existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia.

Como quinta instancia, el dependiente emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia, en el consumo de la sustancia o en la recuperación de los efectos de la sustancia.

El sexto ítem menciona que existe una reducción importante en las actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia.

El último rubro menciona que se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia (p. ej., consumo de la cocaína a pesar de saber que provoca depresión, o continuada ingesta de alcohol a pesar de que empeora una úlcera).

Otras instancias clínicas mencionadas en los manuales diagnósticas, son la intoxicación y la abstinencia. La primera de ellas nos habla de un evento clínico causado por el consumo de una sustancia, mientras que la segunda es un evento fisiológico causado por la interrupción del consumo. La abstinencia es un ítem diagnóstico de dependencia.

8.1.3 INTOXICACIÓN

La intoxicación por una sustancia refiere la presencia de un síndrome reversible específico de una sustancia debido a su ingestión reciente. Es importante aclarar que diferentes sustancias pueden producir síndromes idénticos o similares (DSM IV TR, 2001).

Durante una intoxicación pueden existir cambios psicológicos o comportamentales desadaptativos clínicamente significativos debidos al efecto de la sustancia sobre el sistema nervioso central, ejemplo de ello pueden ser irritabilidad, labilidad emocional, deterioro cognoscitivo, deterioro de la capacidad de juicio, deterioro de la actividad laboral o social, etc., que se presentan durante el consumo de la sustancia o poco tiempo después.

Hay que aclarar que los síntomas no se deben a una enfermedad médica y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

8.1.4 ABSTINENCIA

Es definida como la presencia de un síndrome específico de una sustancia debido al cese o reducción de su consumo prolongado y en grandes cantidades. El síndrome específico de la sustancia causa un malestar clínicamente

significativo o un deterioro de la actividad laboral y social o en otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Además los síntomas no se deben a una enfermedad médica y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Diferenciando la terminología, ahora podemos enfocarnos en la relación con el presente estudio, donde es indispensable el saber diferenciar a una persona con dependencia a una sustancia, de otras que consumen sin tenerla. Esta categoría es la que buscamos en alguno de los miembros de las parejas estudiadas, y el diagnóstico se basa en los parámetros mencionados anteriormente.

Ahora necesitamos relacionar el enojo con el consumo de sustancias, situación que nos hace proponer una hipótesis bajo la cual sustentamos la presente investigación.

8.1.5 EL ENOJO Y SU RELACIÓN CON EL CONSUMO DE SUSTANCIAS

Se entiende al consumo de sustancias como un fenómeno complejo, ya que tanto en su inicio como en su mantenimiento confluyen factores personales, familiares, relacionales, psicológicos, educativos, laborales, sociales, económicos, culturales y políticos.

Quienes trabajan en el tema del consumo de sustancias psicoactivas, han identificado varios factores de riesgo tanto psicológicos como sociales (Carballo *et al.* 2003). Entre los factores psicológicos se encuentran la autoestima, el autocontrol, las habilidades sociales, comportamientos perturbadores, las habilidades emocionales, el maltrato entre otras (Varela y cols. 2007).

De entre estos factores de riesgo para el consumo de sustancias psicoactivas, los que se relacionan con el enojo y conductas derivadas, son al menos los siguientes tres:

1) Los comportamientos perturbadores, es decir, las conductas que socialmente son molestas para los demás y sugieren una predisposición a la inconformidad, un alto grado de impulsividad, desafío de figuras de autoridad y oposición generalizada (Fundación BACC, 2003; Sue, Sue y Sue, 1994).

2) El bajo autocontrol, el cual está relacionado con la búsqueda de sensaciones placenteras, realización de poco esfuerzo personal y la búsqueda de reforzadores inmediatos y placenteros. El bajo control es un factor de riesgo para el consumo de sustancias psicoactivas (Benda, 2005; Gutierrez – Baró y Aneiros – Riva 1999).

3) Las habilidades emocionales, considerando que estas son las que permiten resolver los conflictos interpersonales de manera positiva e incluyen el autoconocimiento, la identificación de la expresión y el manejo de los sentimientos, el control de los impulsos y las gratificaciones demoradas, el manejo del estrés y la ansiedad (Goleman 1996).

Así mismo, el consumo de sustancias psicoactivas puede ser asumido como una estrategia de afrontamiento del malestar emocional (Eftekhari, Turner y Larimer, 2004).

El maltrato, considerado como la violencia interpersonal que cubre un abanico de actos y comportamientos desde la violencia física, sexual y psicológica, hasta la negligencia y el abandono, ha sido ampliamente reconocido como un importante predictor del consumo de sustancias y sus consecuencias (Bernstein, Stein y Handelsman, 1998; Compton, Thomas, Conway y Colliver, 2005).

En el estudio realizado por Varela y cols. (2007), se investigó la relación de estos factores con el consumo de sustancias psicoactivas en jóvenes y adolescentes estudiantes universitarios en Cali, Colombia. Se demostró que factores como los comportamientos perturbadores, las habilidades de autocontrol y las habilidades emocionales, son estadísticamente significativos como factores de riesgo de consumo de sustancias psicoactivas (Varela y cols. 2007).

Por otro lado, la agresividad, definida como una serie de conductas dirigidas a infligir daño físico a otras personas, a uno mismo, o a diverso tipo de propiedades (Plutchik y Van Praag, 1989), se ha relacionado con ciertos factores de riesgo como edad, género, rasgos de personalidad, abuso de sustancias y psicosis (Monahan, 1983).

Para Flanzar, 1993 (citado por Tomison, 2001) el consumo del alcohol está relacionado con el maltrato infantil y otros tipos de violencia. Esto se debe a tres

causas. Primero, el consumo de alcohol puede exacerbar cualquier inestabilidad emocional en el usuario, incluyendo condiciones como bajo control de impulsos, baja tolerancia a la frustración y tendencia hacia la violencia (Curtis, 1986; Cicheti y Olsen, 1990). Segundo, se ha encontrado que el alcohol decreta las inhibiciones que las personas mantienen para actuar por encima de sus impulsos violentos. Tercero, adicionalmente, se ha encontrado que el consumo de sustancias altera las habilidades de procesamiento cognitivo a través de la producción de déficits y distorsiones cognoscitivas (Hayes y Emshoff, 1993).

No hay duda, que el consumo agudo de alcohol facilita la expresión de la agresión interpersonal (Bushman & Cooper, 1990 citados por Giancola, 2000). Un amplio cuerpo de investigaciones indica que el consumo de alcohol está encadenado significativamente con una variedad de comportamientos agresivos, entre los que se encuentran la agresión verbal, las amenazas agresivas, la violencia familiar, la agresión marital, el abuso infantil (Kaufman-Kantor y Straus, 1990 citados por Giancola, 2000).

El modelo cognoscitivo de Pernalen (1976) señala que el consumo de alcohol incrementa la probabilidad de una reacción agresiva al reducir el número de mecanismos de afrontamiento psicológico disponibles que cuentan con el razonamiento abstracto y conceptual. El alcohol crea un campo perceptual limitado que reduce la habilidad de detectar las señales tanto internas como externas que pueden proveer información crucial acerca de las intenciones de la otra persona en una situación específica. Consecuentemente, la reducción en esas señales lleva a la interpretación azarosa o arbitraria de las intenciones de la otra persona

lo que incrementa la probabilidad de una respuesta violenta. Debido a que el efecto del alcohol es reducir los mecanismos de afrontamiento disponibles, las respuestas que se darán son aquellas extremas, inestables, y determinadas por la situación inmediata. De esta manera, cuando el individuo se enfrenta con una situación potencialmente violenta, la situación inmediata, emitirá señales que son altamente provocadoras. El enfocarse sobre tales señales tiene el efecto de incrementar la probabilidad de una respuesta agresiva.

Ante la carencia de trabajos de investigación relacionados con la vida afectiva de las personas consumidoras de alguna sustancia psicoactiva y las alteraciones derivadas de las mismas (Aguilar de Arcos, Pérez García y Sánchez Barrera, 2002), hace que exista una carencia importante en relación que tiene el enojo con el consumo de sustancias. Esta vacío se hace más extenso al verificar que la mayoría de los estudios existentes en relación a estos temas son enfocados en población adolescente, sin considerar a la población de otras etapas de la vida.

Como podemos observar, varios factores que influyen en el consumo de sustancias se encuentran en relación con el enojo y sus formas de expresión, en ocasiones las mismas sustancias pueden ser utilizadas como una estrategia de afrontamiento ante situaciones emocionales, entre ellas también se encuentra el enojo. Algunos de los estudios revisados han identificado la asociación del consumo de sustancias y expresiones de enojo como la agresión. Dichas aportaciones nos hacen pensar en la importancia de relacionar el consumo de

sustancias con el enojo y algunos de sus componentes asociados, tanto en los individuos como en la relación de pareja y percepción de satisfacción marital.

9. SATISFACCIÓN MARITAL

La satisfacción marital ha sido definida, por un lado, en relación a la evaluación que se hace de la pareja y por otro en la evaluación de aspectos específicos de la vida marital (Pick De Weiss y Andrade, 1988).

La satisfacción marital en la literatura ha sido fundamentándose en dos tipos de definiciones: una en términos de ajuste en la pareja (Lokce y Wallace, 1959), y otra con respecto a las actitudes que prevalecen hacia la relación marital (Roach, Frazier y Bowden, 1981). En el desarrollo de la Escala de Satisfacción Marital se tiene como base esta última definición (Pick De Weiss y Andrade, 1988).

Lo importante no es lo que sucede en el matrimonio sino cómo lo definen los miembros, lo que es de relevancia para la comprensión y estudio de la relación marital (Berger y Kellner, 1970). La satisfacción marital es entonces una realidad construida por los miembros de la diada marital (Pick De Weiss y Andrade, 1988).

Una de las variables más ampliamente estudiada en relación a la satisfacción marital es el ciclo de la pareja, medida ya sea en términos de números de años de matrimonio o de la edad de cada uno de los miembros (Pick De Weiss y Andrade, 1988). En relación al número de años de matrimonio se ha observado que la satisfacción marital es mayor en el período inicial y final de la pareja y menor en el período intermedio (Rollins y Feldman, 1970).

Baltes (1968) sugiere que los cambios en el ajuste marital en diferentes etapas, son simplemente función de la edad de los cónyuges y de percepciones relacionadas con ésta y no de los cambios en la relación conyugal.

Para Pick De Weiss y Andrade (1988), la satisfacción marital está compuesta por tres factores: satisfacción con los aspectos emocionales del cónyuge, que se refiere a la satisfacción que un cónyuge tiene con respecto a las reacciones emocionales de su pareja, satisfacción con la interacción conyugal, la cual trata con la satisfacción que un cónyuge tiene en lo que se refiere a la relación que lleva con su pareja y satisfacción con aspectos estructurales que mide la satisfacción que un cónyuge expresa de la forma de organización y de establecimiento y cumplimiento de reglas de su pareja.

En un estudio realizado por Pick De Weiss y Andrade (1988), en el cual se estudiaron las diferencias sociodemográficas en relación a la satisfacción marital, obtuvieron los siguientes resultados:

En cuanto a la interacción conyugal, los hombres están más satisfechos con la interacción conyugal que las mujeres, las personas que tienen uno o dos años de casados están más satisfechas que las que tienen 16 años o más de casados, la satisfacción es menor en personas con tres o más hijos que en aquellas que tienen uno, dos o bien no tienen hijos y por último, las personas que tienen escolaridad de secundaria están menos satisfechas que las que tienen una profesión (Pick De Weiss y Ardrade, 1988).

Respecto a las diferencias entre hombres y mujeres; se encontró que los hombres están más satisfechos que las mujeres en lo que se refiere a la interacción marital y los aspectos estructurales del cónyuge (Pick De Weiss y Ardrade, 1988).

Los resultados encontrados con respecto al número de años de casados fueron en relación a que solo se encontraron modificaciones en los aspectos de la interacción marital y no en aspectos emocionales y estructurales, esto, probablemente, debido a que éstas no sufren tanto cambio a través del ciclo vital

del matrimonio, ya que son aspectos de personalidad más que situacionales, mientras que la interacción marital es un aspecto que puede verse más afectado por causas externas a las características propias de cada miembro de la pareja (Pick De Weiss y Ardrade, 1988).

Respecto a las diferencias en escolaridad entre sujetos con nivel medio y alto, los resultados tienden a verse afectados por niveles de educación altos que por incrementos de escolaridad a niveles bajos (Pick De Weiss y Ardrade, 1988). Las diferencias en satisfacción marital se dan en el área de interacción, ya que las otras escalas no mostraron variaciones (Pick De Weiss y Ardrade, 1988).

En cuanto al número de hijos, se da menor satisfacción marital en términos de interacción, en los matrimonios con tres o más hijos, lo cual puede ser explicado en términos de las presiones y la dimensión de posibilidades de interacción de la pareja cuando hay que cuidar y criar a varios hijos (Glenn y Wever, 1978).

Pick De Weiss y Ardrade, (1988), en este estudio, dan un primer paso en la comprensión de la satisfacción marital en población mexicana, junto con la realización y validación de la escala de evaluación de satisfacción marital, la cual

se documenta en la sección de instrumento, abren un interesante campo de estudio del cual forma parte el presente estudio.

CAPÍTULO III: MÉTODO

La presente investigación se llevó a cabo en dos diferentes espacios físicos debido a las diferencias de las poblaciones requeridas para el estudio. Así que se decidió contar con una primera población de parejas en las cuales uno de los miembros padeciera un trastorno por dependencia a sustancias. El trabajo con esta población se llevó a cabo dentro de las instalaciones de Quinta Satori A.C., clínica privada que se dedica a la rehabilitación de pacientes con dependencia a sustancias y quienes colaboraron con nosotros en la realización de este estudio. A esta población se le designo como *Grupo de la Clínica*.

Por otro lado, un colega terapeuta apporto su colaboración a esta investigación dejándonos tener acceso a parejas de su consulta particular, para la selección del segundo tipo de muestra y aplicación de las pruebas. Este grupo poblacional se le denominó *Grupo Normativo*, y cuya característica principal es que ninguno de los miembros de la pareja padeciera algún trastorno por dependencia a sustancias.

1. PARTICIPANTES

Los dos grupos poblacionales con los que se trabajaron, fueron seleccionados bajo algunos criterios de inclusión, por lo cual se describen los dos grupos seleccionados bajo las siguientes características:

1.1 Grupo normativo, sin trastorno por dependencia a sustancias

Se trabajó con dos grupos de parejas, todas ellas casadas (o en unión libre), con más de diez años viviendo juntos. En total se estudiaron a diez parejas las cuales fueron clasificadas en dos subgrupos de cinco parejas cada uno.

El primer grupo, denominado grupo normativo, fue conformado por parejas que cumplieron con los siguientes criterios de inclusión:

1. Parejas casadas o en unión libre donde ambos miembros estuvieran dispuestos a contestar el cuestionario (un cuestionario por persona).
2. Ausencia de abuso o dependencia a sustancias adictivas en ambos cónyuges.
3. Que ambos tuvieran abstinencia tabáquica.
4. Que ambos sean abstemios o que su consumo de alcohol sea responsable de acuerdo con criterios del Consejo Nacional Contra las Adicciones (CONADIC).

Con respecto al cuarto criterio de inclusión, para evaluar si una persona consume alcohol responsablemente se usó el cuestionario de consumo de alcohol AUDIT (Alcohol Use Disorder Identification Test), utilizando los primeros tres ítems, los cuales determinan la cuantificación de consumo de alcohol, como recomienda CONADIC en el caso de evaluación de alcoholismo. Se dice que la

persona bebe responsablemente cuando su puntaje total va de cero a tres puntos en el siguiente cuestionario.

Tabla 1. Cuestionario sobre consumo de alcohol

1 ¿Qué tan frecuente toma bebidas alcohólicas?	
Nunca	0
Una vez al mes o menos	1
Dos o cuatro veces al mes	2
Dos o tres veces por semana	3
Cuatro veces o más por semana	4
2 ¿Cuántas copas se toma en un día típico o común de los que bebe?	
1 o 2	0
3 o 4	1
5 o 6	2
7 o 9	3
10 o más	4

3 ¿Qué tan frecuentemente toma 6 o más copas por ocasión?	
Nunca	0
Menos de una vez por mes	1
Mensualmente	2
Semanalmente	3
Diario o casi diario	4

*La forma en que fue calificada este cuestionario se encuentra incluido en el anexo B.

El grupo normativo estuvo compuesto por 5 parejas (hombre – mujer) que cumplieron con los criterios de inclusión, por lo cual se obtuvieron 10 cuestionarios contestados, 5 contestados por hombres y 5 por mujeres. Todos extraídos de pacientes particulares.

Las características de las cinco parejas del grupo normativo fueron las siguientes:

Se trata de un grupo compuesto por cinco parejas, es decir diez personas, las cuales se encuentran entre los 31 a 56 años de edad, en cuatro de las parejas, el hombre es de mayor edad que la mujer, solo en una de las parejas, la mujer es mayor en edad que el hombre.

Cuatro de las parejas del grupo se encuentran unidas por medio del matrimonio, mientras que en sólo una de las parejas lo están mediante unión libre. Dos de estas parejas se encuentran unidas desde hace dos años, una desde hace 3 años, mientras que las otras dos parejas mantienen su unión desde hace ocho y once años respectivamente. Solamente una de estas parejas, la de mayor tiempo de unión, tiene hijos fruto de su unión, es este caso son dos hijos de veintinueve y treinta y un años. En una de las parejas existen tres hijos que pertenecen a una relación anterior.

De las diez personas que conforman este grupo, solo una de ellas tiene una escolaridad técnica, la cual es de sexo femenino y cuenta con cincuenta y dos años de edad, mientras que las otras nueve personas tienen una escolaridad de licenciatura.

En cuanto a la creencia religiosa, seis de las personas practican la religión católica, tres la cristiana y uno es agnóstico. En cuatro de las parejas los conyugues practican la misma creencia religiosa, mientras que en una de ellas los miembros de la pareja difieren en su creencia religiosa (el hombre es agnóstico y la mujer es cristiana).

En cuanto al consumo de sustancias adictivas, se encontró que ninguna de las personas del grupo normativo contó con consumo de drogas ilegales ni de nicotina.

En cuanto al consumo de alcohol, en cuanto a la frecuencia de consumo, seis de las personas encuestadas mantienen un consumo de una vez al mes o menos, tres de las personas mantienen un consumo de dos a cuatro consumos al mes y solamente una de las personas es abstemia (de sexo femenino). En cuanto a la cantidad que se consume por ocasión, siete de las personas que presentan consumo de alcohol, toman una a dos copas por ocasión y dos personas presentan consumo de tres a cuatro copas por ocasión (los dos de sexo masculino). En cuanto a las veces en que se llega a consumir seis o más copas por ocasión, seis de las personas que presentaron consumo nunca lo hacen, dos dijeron que los hacen menos de una vez por mes y dos mencionaron que lo hacen de forma mensual (un hombre y una mujer de diferente pareja).

Tras la evaluación del cuestionario de criterios de inclusión, se determinó que ninguno de los casos presenta trastorno por abuso o dependencia al alcohol, por lo cual se consideraron apropiados para la realización del estudio.

1.2. Grupo de la clínica, con algún trastorno por dependencia a sustancias

El segundo grupo, denominado grupo de la clínica, fue constituido por parejas que cumplieron los siguientes criterios de inclusión:

1. Parejas casadas o en unión libre donde ambos miembros estuvieran de acuerdo en contestar el cuestionario (uno por persona).

2. Uno de los cónyuges deberá estar diagnosticado con trastorno por dependencia hacia el alcohol u otra sustancia psicoactiva, bajo la normativa establecida por el DSM IV TR.
3. El cónyuge con adicción, estará internado en una institución de rehabilitación en adicciones, por lo menos con una semana de inicio de tratamiento.
4. El cónyuge que ingrese a la institución bajo intoxicación secundaria a consumo de sustancias, no podrá contestar el cuestionario hasta finalizada la segunda semana de internamiento, tras el tratamiento de desintoxicación realizado por la institución.

En este caso, la muestra fue seleccionada dentro de la institución Quinta Satori A.C. institución dedicada a la rehabilitación de pacientes con trastornos a dependencia por consumo de sustancias, bajo los criterios ya mencionados. La muestra incluye a 5 parejas que cumplieron con los criterios de inclusión.

Las características de las cinco parejas del grupo de la clínica fueron las siguientes:

De las cinco parejas encuestadas, uno de los miembros es dependiente a una sustancia, por lo cual se encuentra internado en una institución de rehabilitación. De las cinco parejas, el miembro masculino de la pareja es el que tiene la dependencia.

En cuanto a la edad, los encuestados se encuentran en el rango de los 41 a 52 años de edad, de los cuales en tres de las parejas la mujer es mayor en edad que el hombre, en una el hombre es mayor que la mujer y en una tienen la misma edad. Cuatro de estas parejas se encuentran unidas por matrimonio y solo una de ellas lo están por unión libre. En cuanto a la duración de su unión, todas las parejas tienen más de 15 años de unión, encontrándose en el rango de los 18 a 30 años unidos.

Todas las parejas mencionaron tener hijos en común, ninguna de ellas tiene hijos de otras relaciones, tres de las parejas tienen dos hijos, mientras que las otras dos tienen tres hijos.

Al hablar de escolaridad, cuatro de las personas estudiaron hasta la secundaria (dos hombres y dos mujeres de miembros de distintas parejas), tres de las personas tienen estudios técnicos (dos mujeres y un hombre, miembros de distintas parejas) y tres de las personas estudiaron hasta la licenciatura (dos hombres y una mujer, dos de ellos miembros de la misma pareja).

En relación a la creencia religiosa, todas las parejas tienen la misma orientación religiosa que la del conyugue, ocho de las diez personas ejercen la religión católica y dos se mencionan como creyentes.

Hablando en relación al consumo de sustancias, los cinco hombres de las cinco parejas tienen diagnóstico de trastorno de dependencia al alcohol. El diagnóstico fue hecho por psiquiatras de la clínica con base en el DSM IV TR. Esto implica que los cinco hombres tienen un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por tres (o más) de los ítems siguientes en algún momento de un período continuado de 12 meses: tolerancia (necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado), abstinencia (aparición de signos y síntomas relacionados con el cese de la sustancia), la sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía, existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia, se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia, en el consumo de la sustancia o en la recuperación de los efectos de la sustancia, reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia, se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia.

Sólo uno de los participantes presentó comorbilidad con consumo de cocaína. Sin embargo la sustancia de preferencia en este caso es el alcohol también. Refirieron que su cantidad de consumo se encuentra en el rango de 4 a 7 veces por consumo, todas ellas llegando al estado de ebriedad.

Las edades de inicio de consumo en cada uno de los casos es de 12 años, 16 años, 20 años , 21 años y 39 años de edad. El tiempo que cada uno de ellos lleva consumiendo alcohol es de 11 años, 21 años, 29 años, 30 años y 32 años de exposición a la sustancia de preferencia.

Al momento de la aplicación de los cuestionarios, dos de los encuestados llevaban una semana de tratamiento, dos más tenían dos semanas de internamiento y uno de ellos cursaba la tercera semana de internamiento, restándoles cuatro, tres y dos semanas para la terminación de su internamiento. En el caso de cuatro de las personas con adicción, cursaban su primer tratamiento de rehabilitación, mientras que en uno de los casos cursaba su segundo internamiento, lo cual refiere que tras un primer tratamiento, el paciente recayó en el intento por rehabilitarse.

2. INSTRUMENTOS

A continuación se presentan los instrumentos que se utilizaron en la investigación:

2.1. Inventario multicultural latinoamericano de la expresión de la cólera y la hostilidad (ML-STAXI).

El ML – STAXI es un inventario que se utiliza para la evaluación de la experiencia, expresión y el control del enojo. El STAXI fue diseñado por Spielberger (1988) y posteriormente fue adaptado por Moscoso (2000) para la consistencia interna va de .61 a .99.

La prueba consta de 44 ítems los cuales se encuentran divididos en seis escalas: enojo estado, enojo rasgo, enojo manifiesto (anger out), enojo contenido (anger in), control del enojo manifiesto (control out), control del enojo contenido (control in) y deseo de expresar físicamente el enojo; y 2 subescalas: Leibovich, N., V. Schmidt, V. y Gol, S. (2001):

1. Estado de enojo: Mide la intensidad del sentimiento de enojo experimentado por un sujeto en un momento determinado.
2. Rasgo de enojo: Esta escala, consta de 10 ítems y mide la predisposición del sujeto a experimentar enojo. A su vez, posee 2 subescalas:
 - a. Temperamento irritable: La cual mide la predisposición general a experimentar y expresar enojo sin una provocación específica.

- b. Reacción de enojo: Esta subescala contiene 4 ítems y evalúa la predisposición a expresar enojo a partir de una provocación específica.
3. Enojo hacia afuera (Anger out): Permite conocer la frecuencia con la que un individuo expresa enojo hacia otras personas u objetos del entorno.
 4. Enojo hacia adentro (Anger in): Esta escala está formada por 8 ítems y obtiene la frecuencia con la que un individuo contiene o suprime los sentimientos de enojo.
 5. Control del enojo (Control in/out): Evalúa la frecuencia con la que un individuo logra dominar los sentimientos de enojo.

2.2. Instrumento de situación de enojo.

Este cuestionario fue desarrollado por Deffenbacher, Demm y Brandon (1986) para la medición de la frecuencia, intensidad y duración de la situación de enojo. Se determinó su confiabilidad en forma de test – retest por 10 semanas de .81 (Deffenbacher, Story, Brandon, Hogg y Hazaleus, 1988) y por correlaciones

moderadas con otras mediciones a cerca del enojo (Deffenbacher, Demm y Brandom, 1986).

El instrumento pide al participante describir en detalle la situación que haga sentir el enojo, busca la cuantificación del enojo en una escala de 0 a 100 (0 = ausencia de enojo y 100 = máximo grado de enojo que puede sentir), la frecuencia en que sucede durante un mes la situación de enojo y la duración del enojo. También mide el grado en que el enojo interfiere en la vida del participante en una escala de 0 a 100 (0 = no interfiere y 100 = interfiere mucho).

2.3. Instrumento de síntoma de enojo.

El instrumento de síntoma de enojo tiene la finalidad de medir la frecuencia, intensidad y duración de un síntoma de enojo (por ej. Sudor, boca seca, etc.). El instrumento fue elaborado por Deffenbacher, Demm y Brandom, (1986) y se realizó su confiabilidad test – retest durante 10 semanas con puntaje de .85 (Deffenbacher, Story, Brandom, Hogg y Hazaleus, 1988) y se correlacionó significativamente con otras mediciones de enojo estado – rasgo (Deffenbacher, Demm y Brandom, 1986).

Mediante la aplicación del instrumento, el participante indica cuál es su síntoma físico más frecuente cuando se encuentra enojado, su frecuencia durante un mes, la intensidad en una escala de 0 a 100 (0= nada intenso y 100 = muy intenso) y el grado en que interfiere el síntoma en su vida con una escala similar de 0 a 100 (0 = no interfiere y 100 = interfiere mucho).

2.4. El cuestionario acerca de la expresión de enojo con agresión física.

Este instrumento fue desarrollado por Alcázar, Deffenbacher, Hernández y Wilson (2011). Este contiene seis ítems respecto a la expresión de enojo agresiva: (a) golpear objetos, (b) empujar a alguien, (c) pegarle a alguien, (d) hacer algo para lastimar su propio cuerpo, (e) aventarle cosas a alguien, y (f) dañar o romper cosas. En respuesta a la pregunta “¿con qué frecuencia, estando enojado, usted...?”, los participantes calificaron en una escala de 10 puntos (1 = Nunca lo he hecho, 10 = Lo he hecho más de 10 veces por semana) con qué frecuencia ellos se involucraron en la conducta de enojo con agresión.

Para obtener la validez del cuestionario (Alcázar et al., 2011), las respuestas fueron sometidas a un análisis de componentes principales con rotación varimax que arrojó una solución de dos factores con valores eigen > 1 (p.e., 2.81 y 1.004). Un factor de 3 ítems involucrados con la expresión de la ira a través de la agresión física hacia otras personas (como empujar, golpear o lanzar

objetos a otra). El segundo elemento de 3 ítems involucrados con la expresión de la ira hacia uno mismo o hacia el entorno. En los análisis factoriales separados para hombres y mujeres, ambos factores tuvieron valores eigen $> 1,0$ para mujeres, pero el segundo factor tuvo un valor eigen de 0,96 para los hombres. El segundo factor fue, por lo tanto, eliminado. La varianza explicada por la escala de agresión física hacia otros ($\alpha = 0,79$ para los hombres y 0,71 para las mujeres) fue de 47% para los hombres y de 35% para las mujeres (eigen valores de 2,86 y 2,71, respectivamente). Los puntajes más altos en la escala de agresión física hacia otros reflejan un mayor uso de los medios de agresión física para expresar la ira hacia los demás.

2.5. Escala de satisfacción marital.

La escala utilizada es la Escala de Satisfacción Marital creada por Pick de Weiss y Andrade (1988), quienes la han probado en diferentes grupos y niveles socioeconómicos hasta hacer que la escala sea una prueba confiable y estandarizada.

La validación del instrumento fue avalada por los resultados obtenidos en instrumentos como el inventario de ansiedad – rasgo – estado (Díaz – Guerrero y Spielberg, 1975), el inventario de relaciones entre familias y trabajo (Arias – Galicia, 1980) y la escala de actitudes amorosas (Hendrick y Hendrick, 1986).

La escala consta de 24 reactivos con tres opciones de respuesta:

- Me gusta como está pasando (1 punto)
- Me gustaría que pasara de manera algo diferente (2 puntos)
- Me gustaría que pasara de manera muy diferente (3 puntos)

Es importante mencionar que según la puntuación obtenida, a menor puntaje obtenido se indicará mayor nivel de satisfacción. Por tal, los puntajes mayores son indicativos de menor satisfacción marital.

La escala de satisfacción marital, mide tres subescalas diferentes, la primera mide la satisfacción con aspectos organizacionales y estructurales del cónyuge, la segunda mide la satisfacción con la interacción conyugal y la tercera muestra la satisfacción con aspectos emocionales del cónyuge.

2.5.1. Satisfacción con aspectos organizacionales y estructurales del cónyuge

Consta de 9 ítems y se refiere a la satisfacción que un cónyuge expresa de la forma de organización, de establecimiento y cumplimiento de reglas de la

pareja. Por ejemplo: La puntualidad del cónyuge, la forma como se organiza, la forma en que pasa su tiempo libre o el tiempo que se dedica a sí mismo.

2.5.2. Satisfacción con la interacción conyugal

Es la relación que el encuestado lleva con su pareja y consta de 10 ítems. Por ejemplo: El tiempo que el cónyuge dedica a su matrimonio, la frecuencia con que el cónyuge le dice algo bonito, el grado al cual el cónyuge le atiende o la atención que pone el cónyuge en la apariencia de la pareja.

2.5.3. Satisfacción con aspectos emocionales de cónyuge

Esta consta de 5 ítems y se encamina a la medición de satisfacción con las relaciones emocionales de su pareja. Por ejemplo: La forma como se porta cuando está triste, la forma en que se comporta cuando está enojado o preocupado.

3. PROCEDIMIENTO

El estudio se llevó a cabo en ámbitos separados considerando las diferencias de las poblaciones requeridas para el estudio. Antes de la selección y aplicación pertinentes, se realizaron pilotajes de la prueba para la adecuada aplicación del instrumento por parte de los encuestadores. Posteriormente se contactaron a las muestras.

El acceso y proceso de entrevista y aplicación de cuestionarios del grupo normativo se logró gracias al apoyo de un terapeuta particular, quién vigiló que se cumplieran los criterios de inclusión y llevó a buen término este proceso para la realización de esta investigación.

Para la muestra del grupo normativo, se realizó la selección de los posibles participantes tras el análisis de casos que el terapeuta privado estaba llevando en proceso de terapia de pareja al momento de iniciar la investigación. Al haber seleccionado los casos que consideramos que podían ser candidatos para el estudio, se platicó con ellos para invitarlos a la investigación. Se pidió su aprobación de forma verbal y se estableció una primera entrevista durante la cual se aplicó a los miembros de la pareja los cuestionarios de cumplimiento de los criterios de inclusión, a través de los cuales se buscó corroborar la inexistencia de adicción en cualquiera de los miembros de la pareja, para posteriormente ser evaluados por el terapeuta. Al haber puntuado dentro de los rangos de normalidad

en las pruebas de criterios de inclusión, se citó para participar en la investigación. Posteriormente se les comentó que la participación era a través de la aplicación de un cuestionario que evalúa aspectos en relación al enojo y la relación de pareja. Paso siguiente, se les explicó la forma en que el cuestionario debía ser contestado. Dentro de una aula que forma parte del consultorio del terapeuta, se les leyó junto con los miembros de la pareja el apartado de instrucciones que constituye la primera página del cuestionario, en el cual se aplica un ejemplo del llenado del cuestionario. Al haber corroborado que no existían dudas para el llenado del instrumento, se les pidió sentarse en lugares separados, de forma en que la presencia del conyugue no afectara la contestación del cuestionario. Se procedió a dar inicio a la aplicación del instrumento. Al término de la aplicación se agradeció la participación de la pareja, y se les comentó que los resultados de los conyugues se mantendrán en estricta confidencialidad.

En el caso del grupo de la clínica, se buscó a candidatos que cumplieran con los criterios de inclusión, se realizó, por parte de la institución, un diagnóstico clínico, el cual se basó en los criterios del DSM IV TR bajo el diagnóstico de trastorno por dependencia de sustancias, además, el paciente que ingresó bajo intoxicación aguda por consumo de sustancias, cursó por una primera etapa de desintoxicación para garantizar que no se contestó el cuestionario bajo algún grado de intoxicación que influyera en el resultado. Los casos en que fue necesaria una desintoxicación no podrían contestar el cuestionario hasta la segunda semana cumplida de ingreso a la institución. Tras cumplir con los criterios de inclusión, se sostuvo una primera entrevista con los miembros de la pareja,

donde se solicitó su autorización para participar en el estudio. Esta primer aproximación se realiza con cada uno de los miembros de la pareja por separado ya que los lineamientos de la clínica indican que el paciente en tratamiento no puede establecer contacto con sus familiares hasta que exista autorización terapéutica. Posteriormente se sostuvo una segunda entrevista con la pareja, la cual se lleva a cabo durante la sesión de visita familiar que se realiza una vez por semana, donde se les realizó la aplicación del instrumento.

Se citó a la pareja para darles una idea del estudio y se les pidió su autorización, teniendo en cuenta que los dos conyugues estarían de acuerdo en realizar la prueba. Posteriormente se les entregó el cuestionario y junto con ellos se leyeron las instrucciones que vienen descritas en la primera página del test, junto con la lectura de las instrucciones, se realizó el ejemplo que viene incluido en la misma sección. Al finalizar la lectura, se les preguntó si existían dudas en la forma en que debía ser contestada la prueba, en cuyo caso se les explicaba hasta aclarar la duda.

Paso siguiente se les asignó un lugar cómodo dentro del consultorio para que pudieran contestar el cuestionario, siempre a una distancia adecuada en la cual la presencia del conyugue no fuera un obstáculo para contestar con fidelidad la prueba. Se les indicó que ante alguna duda sobre alguno de los cuestionamientos o de cómo debía de ser contestado, se sintieran con la confianza para preguntar al encuestador. Al concluir la aplicación, se revisó que

todos los ítems fueran contestados, en cuyo defecto se les pedía que fuera contestado.

Al corroborar que el cuestionario estaba adecuadamente contestado, se les agradecía por la atención, se les comentó que los resultados de los cuestionarios se mantendrán en confidencialidad y en anonimato, tanto para la pareja como para las intenciones del estudio. Luego se concluía la sesión.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS

Se realizó un estudio comparativo con dos poblaciones de estudio, por un lado el grupo de la clínica, constituido por parejas en las que uno de los miembros padece trastorno por dependencia a sustancias versus el grupo normativo, el cual consta de parejas en la que ninguno de los miembros padece dependencia a sustancias. Las comparaciones que se realizaron fueron en relación a los índices de enojo y satisfacción marital, de acuerdo a las siguientes variables: Enojo estado, enojo rasgo, deseo de expresión física del enojo, expresión del enojo hacia adentro (anger in), expresión del enojo hacia afuera (anger out), control del enojo hacia adentro (control in), control del enojo hacia afuera (control out), intensidad de la situación de enojo, frecuencia de la situación de enojo, duración del enojo durante una situación, interferencia del enojo, intensidad de síntomas de enojo, frecuencia del síntoma de enojo, duración del síntoma de enojo, interferencia del síntoma de enojo, expresión del enojo como autoagresión, expresión del enojo como agresión hacia otras personas, satisfacción marital en base a aspectos estructurales, satisfacción marital en base a la interacción y satisfacción marital en base a aspectos emocionales.

Los resultados del análisis comparativo se derivaron de la obtención de medidas de tendencia central y dispersión (media, mediana, desviación estándar, rango) para los grupos comparados (parejas con un miembro que padece dependencia a sustancias versus parejas en las que ninguno de los miembros

padece dependencia a sustancias, hombres que padecen dependencia a sustancias versus hombre que no la padecen y mujeres cuya pareja padece dependencia a sustancias versus mujeres cuyas parejas no padecen dependencia a sustancias),

El análisis inferencial se realizó por medio de la U de Mann Withney para determinar las diferencias estadísticas significativas.

1. CONSIDERANDO HOMBRES Y MUJERES JUNTOS.

En cuanto a los minutos que dura el enojo, se encontró que en la muestra clínica el enojo les dura menor tiempo (Mediana = 22.5 minutos) que en el grupo normativo (Mediana = 120 minutos). La diferencia fue estadísticamente significativa, U de Mann Withney = 34.5, $p = .036$. Esto sugiere que la situación que provocó mayor enojo en el último mes duró mayor tiempo en el grupo normativo que en el grupo clínico.

La percepción de que la madre es enojona fue menor (Mediana = 0.50) en la muestra clínica que en el grupo normativo (Mediana = 8.50). Estos valores fueron medidos a través de una escala donde se evaluaba la percepción del enojo del 1 al 10, donde 1 era considerado como una percepción de bajo enojo y 10 una de mucho enojo. Se encontró una diferencia significativa con la U de Mann Whitney = 31.5 y $p = .022$. Esto nos conduce a pensar que las madres de

pacientes internados en la clínica son percibidas con menos enojo que las de personas del grupo normativo.

La satisfacción marital se midió de forma inversa, es decir, mayor puntaje en la escala indica menor satisfacción. La población de la clínica expresó mayor insatisfacción en la interacción con la pareja (Mediana = 23.0) que la población normativa (Mediana = 18.0). La U de Mann Whitney = 30.0 y la $p = .018$, lo cual indica una diferencia significativa. Esto es, en comparación con el grupo normativo, la población de la clínica está menos satisfecha con la interacción marital, por ejemplo, el tiempo que pasan juntos, la frecuencia en que se dicen algo bonito y la frecuencia en que se abrazan y se atienden.

Tabla 2. Puntajes considerando a hombres y mujeres en conjunto: clínica de adicciones versus grupo normativo

Variables	Estadísticas	Clínica de adicciones	Grupo normativo	Comparación con prueba U de Mann	Valor p
Enojo estado	Mediana	10.5	11.00	U= 65.0	.757
	Media	11.60	11.80		
	DE	2.46	2.10		
	Rango	10-17	10-15		
Enojo rasgo	Mediana	16	18.50	U=51.50	.278
	Media	17.30	21.80		
	DE	5.48	10.53		
	Rango	10-27	10-39		
Deseo de expresar enojo	Mediana	4.0	4.0	U=62.0	.415
	Media	4.40	4.40		
	DE	.97	1.26		
	Rango	4-7	4-8		

Variables	Estadísticas	Clínica de adicciones	Grupo normativo	Comparación con prueba U de Mann	Valor p
Enojo manifiesto	Mediana Media DE Rango	13.0 11.80 3.01 7-16	13.50 14.10 3.73 9-20	U=46.0	.157
Enojo contenido	Mediana Media DE Rango	10.50 10.80 2.74 7-16	14.0 13.30 4.64 6-21	U=46.5	.167
Control de enojo contenido	Mediana Media DE Rango	19.5 18.0 5.66 8-24	14.0 14.90 5.02 9-22	U=42.0	.100
Control del enojo manifiesto	Mediana Media DE Rango	13.5 15.60 5.48 10-24	14.0 15.20 4.96 8-24	U=63.50	.702
Intensidad de situación de enojo	Mediana Media DE Rango	89.50 80.90 20-20 50-100	90.0 77.90 24.85 40-100	U=63.50	.699
Frecuencia/mes de la situación de enojo	Mediana Media DE Rango	4.50 5.70 3.53 1-12	3.50 13.0 18.48 1-60	U=63.0	.680
Minutos que dura la situación de enojo	Mediana Media DE Rango	22.50 192.50 447.13 10-1440	120.0 148.0 106.02 30-300	U=34.50	.036*
Cuanto interfiere la situación de enojo en la vida cotidiana	Mediana Media DE Rango	35.0 36.0 29.89 0-100	45.0 47.0 36.22 0-100	U=49.0	.461
Intensidad del síntoma de enojo	Mediana Media DE Rango	55.0 55.0 19.58 30-100	75.0 61.0 29.98 10-90	U=55.50	.390

Variables	Estadísticas	Clínica de adicciones	Grupo normativo	Comparación con prueba U de Mann	Valor p
Frecuencia/ mes del síntoma de enojo	Mediana Media DE Rango	3.50 55.70 158.29 1-506	10.0 11.0 10.08 1-30	U=64.50	.745
Minutos que dura el síntoma de enojo	Mediana Media DE Rango	30.0 30.0 17.80 10-60	45.0 128.70 219.85 3-720	U=65.0	.768
Cuanto interfiere el síntoma de enojo en la vida cotidiana	Mediana Media DE Rango	0.00 23.0 34.33 0-100	45.0 46.40 37.84 0-100	U=45.0	.132
Grado en que percibe al padre como enojón	Mediana Media DE Rango	0.0 1.60 3.20 0-10	2.0 3.60 3.95 0-10	U=43.0	.095
Grado en que percibe a la madre como enojona	Mediana Media DE Rango	0.50 2.50 3.69 0-10	8.50 7.10 3.54 0-10	U=31.50	.022*
Frecuencia de agresión hacia sí mismo o hacia el ambiente	Mediana Media DE Rango	3.0 7.10 5.90 3-17	8.0 7.60 3.86 3-14	U=62.50	.644
Agresión hacia otros	Mediana Media DE Rango	3.0 5.80 4.57 3-14	3.0 5.40 4.48 3-17	U=60.50	.751
Satisfacción con aspectos estructurales de la pareja	Mediana Media DE Rango	20.0 20.20 5.27 8-27	18.5 18.10 3.28 13-22	U=99.0	.068

Variables	Estadísticas	Clínica de adicciones	Grupo normativo	Comparación con prueba U de Mann	Valor p
Satisfacción con la interacción con la pareja	Mediana	23.0	18.0	U=30.0	.018*
	Media	22.60	17.60		
	DE	5.66	4.40		
	Rango	10-30	11-23		
Satisfacción emocional con la pareja	Mediana	13.0	11.0	U=38.0	.091
	Media	12.60	11.30		
	DE	2.37	2.36		
	Rango	8-15	8-15		

* $p < .05$

2. CONSIDERANDO SÓLO HOMBRES

También se comparó al grupo de hombres de la clínica (todos ellos con algún trastorno por dependencia a sustancias) versus el grupo de hombres sin dependencia a sustancias. Como resultado, ninguna diferencia fue significativa en las variables medidas: enojo estado, enojo rasgo, expresión y control del enojo, síntomas de enojo y satisfacción marital (Tabla 2).

Tabla 3. Puntajes considerando sólo a hombres: clínica de adicciones versus grupo normativo

Variables	Estadísticas	Clínica de adicciones	Grupo normativo	Comparación con y U de Mann	Valor p
Enojo estado	Mediana	10.0	10.0	U=17.50	1.0
	Media	10.40	11.40		
	DE	.55	2.19		
	Rango	10-11	10-15		
Enojo rasgo	Mediana	14.0	16.0	U=13.0	.463
	Media	16.40	22.0		
	DE	5.77	12.33		
	Rango	10-23	11-39		

Variables	Estadísticas	Clínica de adicciones	Grupo normativo	Comparación con y U de Mann	Valor p
Enojo contenido	Mediana Media DE Rango	13.0 11.80 3.27 8-16	15.0 14.20 5.45 6-21	U=14.5	.622
Control de enojo contenido	Mediana Media DE Rango	20.0 18.60 5.73 10-24	11.0 14.0 5.20 9-21	U=8.0	.120
Control del enojo manifiesto	Mediana Media DE Rango	12.0 16.0 6.44 10-23	14.0 16.40 5.77 11-24	U=17.50	1.0
Intensidad de situación de enojo	Mediana Media DE Rango	90.0 78.0 21.68 50-100	50.0 64.0 28.81 40-100	U=13.0	.454
Frecuencia/mes de la situación de enojo	Mediana Media DE Rango	9.0 7.40 4.16 3-12	2.0 9.20 11.03 1-26	U=17.50	.935
Minutos que dura la situación de enojo	Mediana Media DE Rango	30.0 359.0 616.13 10-1440	60.0 110.0 111.80 30-300	U=4.50	.622
Cuanto interfiere la situación de enojo en la vida cotidiana	Mediana Media DE Rango	40.0 44.0 36.47 0-100	10.0 42.0 48.68 0-100	U=14.50	.927
Intensidad del síntoma de enojo	Mediana Media DE Rango	60.0 56.0 5.48 50-60	40.0 46.0 37.82 10-90	U=14.50	.617
Frecuencia/mes del síntoma de enojo	Mediana Media DE Rango	9.0 107.0 223.11 2-506	10.0 11.0 10.07 1-26	U=17.0	.935
Minutos que dura el síntoma de enojo	Mediana Media DE Rango	30.0 31.0 18.17 10-60	30.0 48.60 46.90 3-120	U=15.50	.743

Variables	Estadísticas	Clínica de adicciones	Grupo normativo	Comparación con y U de Mann	Valor p
Grado en que percibe al padre como enojón	Mediana Media DE Rango	3.0 3.20 4.09 0-10	2.0 4.40 5.18 0-10	U=15.0	.675
Grado en que percibe a la madre como enojona	Mediana Media DE Rango	2.0 4.20 4.49 0-10	8.0 5.60 4.72 0-10	U=15.50	.743
Agresión hacia sí mismo o hacia el ambiente	Mediana Media DE Rango	8.0 9.60 7.06 3-17	9.0 8.40 3.36 3-12	U=16.50	.868
Agresión hacia otros	Mediana Media DE Rango	3.0 7.0 5.52 3-14	3.0 6.80 6.10 3-17	U=17.0	.928
Satisfacción con aspectos estructurales de la pareja	Mediana Media DE Rango	18.0 17.60 5.90 8-24	18.0 18.0 3.54 14-22	U=14.0	.564
Satisfacción con la interacción con la pareja	Mediana Media DE Rango	23.0 20.20 5.97 10-25	17.0 15.80 3.27 12-20	U=7.50	.102
Satisfacción emocional con la pareja	Mediana Media DE Rango	12.0 12.0 2.74 8.15	13.0 13.20 1.48 11-15	U=13.50	.782

3. CONSIDERANDO SÓLO MUJERES

En el ítem correspondiente a los minutos que dura la situación de enojo, el grupo de mujeres de la clínica manifestó menos tiempo de duración del enojo (Mediana = 15.0) en comparación con las mujeres del grupo normativo (Mediana= 210). La diferencia fue significativa, U de Mann Whitney = 1.0, $p = .007$. Esto nos

indica que las mujeres del grupo normativo mantienen el enojo durante mayor tiempo que las mujeres del grupo de la clínica (tabla 3).

Como se mencionó antes, el grado en los participantes perciben al padre como enojón, se evaluó dentro de una escala que va del 1 (menor percepción de enojo) al 10 (mayor percepción de enojo). Así, las mujeres de la clínica percibieron que sus padres eran más enojones (Mediana= 2.0) que las del grupo normativo (Mediana= 0.0). La diferencia fue significativa, U de Mann Whitney = 5.0 y la $p=.023$. Esto indica que las mujeres de la clínica perciben a sus padres como más enojones que el grupo normativo.

El grado en que se percibe a la madre como enojona también fue un ítem donde se encontró diferencia significativa, U de Mann Whitney = 1.0 y $p=.006$. Esto denota que en el grupo de mujeres de la clínica existió menor percepción del enojo en sus respectivas madres (Mediana= 0.0) que en el grupo normativo, donde percibieron a la madre como más enojona (Mediana= 9.0). Esto revela que las mujeres del grupo normativo percibieron con mayor enojo a sus madres que las del grupo de la clínica.

En cuanto al rubro de la satisfacción con aspectos estructurales de la pareja, las mujeres del grupo de la clínica manifestaron significativamente mayor insatisfacción en su relación de pareja (Mediana = 24.0) que las mujeres del grupo normativo (Mediana= 19.0), dándonos una U de Mann Whitney= 4.50 $p=.033$. Es decir, que en relación a los aspectos estructurales de la pareja (tales

como el manejo de la puntualidad, la organización, las prioridades, el manejo del tiempo libre, el autocuidado y las formas en que se lleva la relación por parte de la pareja), las mujeres del grupo de la clínica se encuentran inconformes ante la estructura que sus maridos dan a la relación, en comparación con las mujeres del grupo comparativo, las cuales se encuentran más conformes con dicha función de sus parejas.

En tanto que al hablar de la satisfacción emocional, la cual es entendida como la forma en que reacciona la pareja ante las situaciones emocionales del cónyuge (por ejemplo ante los estados de tristeza, el enojo, la preocupación o el mal humor), las mujeres del grupo de la clínica manifestaron mayor insatisfacción (Mediana= 13.0) que las del grupo normativo, quienes se manifestaron con mayor satisfacción ante sus parejas (Mediana = 9.0). La diferencia es significativa al obtenerse como resultado una U de Mann Whitney = 2.50 y la $p = .014$.

Tabla 4. Puntajes considerando sólo a mujeres: clínica de adicciones versus grupo normativo

Variables	Estadísticas	Clínica de adicciones	Grupo normativo	Comparación con prueba <i>t</i> y U de Mann	Valor <i>p</i>
Enojo estado	Mediana	12.0	11.0	U=17.0	.934
	Media	12.80	12.20		
	DE	3.11	2.17		
	Rango	10-17	10-15		
Enojo rasgo	Mediana	16.0	21.0	U=13.0	.464
	Media	18.20	21.60		
	DE	5.57	9.86		
	Rango	12-27	10-32		

Variables	Estadísticas	Clínica de adicciones	Grupo normativo	Comparación con prueba <i>t</i> y U de Mann	Valor <i>p</i>
Enojo manifiesto	Mediana Media DE Rango	13.0 12.40 3.29 7-16	17.0 14.60 3.78 10-18	U=13.0	.460
Enojo contenido	Mediana Media DE Rango	10.0 9.80 1.92 7-12	11.0 12.40 4.10 7-17	U=7.50	.101
Control de enojo contenido	Mediana Media DE Rango	19.0 17.40 6.19 8-24	15.0 15.80 5.26 9-22	U=13.5	.515
Control del enojo manifiesto	Mediana Media DE Rango	14.0 15.20 5.07 11-24	14.0 14.0 4.30 8-19	U=16.5	.870
Intensidad de situación de enojo	Mediana Media DE Rango	89.0 83.80 20.67 50-100	90.0 91.80 8.73 79-100	U=17.0	.934
Frecuencia/mes de la situación de enojo	Mediana Media DE Rango	4.0 4.0 1.87 1-6	4.0 16.80 24.71 2-60	U=15.5	.743
Minutos que dura la situación de enojo	Mediana Media DE Rango	15.0 26.0 20.43 10-60	210.0 186.0 95.81 60-300	U=1.0	.007**
Cuanto interfiere la situación de enojo en la vida cotidiana	Mediana Media DE Rango	30.0 28.0 22.80 0-50	50.0 52.0 22.80 30-90	U=8.50	.222
Intensidad del síntoma de enojo	Mediana Media DE Rango	50.0 54.0 28.81 30-100	80.0 76.0 5.48 70-80	U=11.0	.281
Frecuencia/mes del síntoma de enojo	Mediana Media DE Rango	3.0 4.40 4.39 1-12	10.0 11.0 11.27 2-30	U=15.0	.681

Variables	Estadísticas	Clínica de adicciones	Grupo normativo	Comparación con prueba t y U de Mann	Valor p
Minutos que dura el síntoma de enojo	Mediana Media DE Rango	30.0 29.0 19.49 10-60	60.0 208.80 300.84 4-720	U=13.50	.511
Cuanto interfiere el síntoma de enojo en la vida cotidiana	Mediana Media DE Rango	0.0 6.0 13.42 0-30	50.0 46.0 32.09 0-80	U=6.50	.056
Grado en que percibe al padre como enojón	Mediana Media DE Rango	2.0 2.80 2.59 0-7	0.0 0.8 1.79 0-4	U=5.0	.023*
Grado en que percibe a la madre como enojona	Mediana Media DE Rango	0.0 0.80 1.79 0-4	9.0 8.60 0.55 8-9	U=1.0	.006**
Agresión hacia sí mismo o hacia el ambiente	Mediana Media DE Rango	3.0 4.60 3.58 3-11	6.0 6.80 4.55 3-14	U=12.0	.319
Agresión hacia otros	Mediana Media DE Rango	3.0 4.6 3.58 3-11	3.0 4.0 1.73 3-7	U=12.0	.526
Satisfacción con aspectos estructurales de la pareja	Mediana Media DE Rango	24.0 22.80 3.27 19-27	19.0 18.20 3.43 13-22	U=4.50	.033*
Satisfacción con la interacción con la pareja	Mediana Media DE Rango	23.0 25.0 4.69 20-30	21.0 19.40 4.98 11-23	U=8.50	.136

Variables	Estadísticas	Clínica de adicciones	Grupo normativo	Comparación con prueba t y U de Mann	Valor p
Satisfacción emocional con la pareja	Mediana Media DE Rango	13.0 13.20 2.05 10-15	9.0 9.40 1.14 8-11	U=2.50	.014*

* $p < .05$, ** $p < .0$

En resumen, con esta investigación se compararon dos grupos. El primero se formó por los hombres que estaban internados en una clínica de rehabilitación y sus respectivas parejas; el segundo grupo se formó por hombres y sus parejas donde ni él ni ella tenían dependencia a sustancias (grupo normativo). Se hicieron tres tipos de comparaciones. Primero, considerando al grupo de la clínica (hombres internados y sus respectivas parejas) versus el grupo sin dependencia (varones y sus parejas). Segundo, considerando únicamente a los hombres de la clínica versus los hombres no dependientes a sustancias (grupo normativo). Y tercero, considerando únicamente a mujeres que eran la pareja de los hombres de la clínica para compararlas con mujeres cuyo esposo no tenía dependencia a sustancias.

Como resultado de la primera comparación, grupo de la clínica versus grupo normativo, se encontró que a diferencia de los de la clínica, en los del grupo normativo duran más los minutos de la situación de enojo, la madre es más enojona y hay mayor satisfacción con la interacción de pareja. Con respecto a la segunda comparación, hombres de la clínica versus hombres sin dependencia a

sustancias, no se encontraron diferencias significativas en ninguna de las variables (enojo, síntoma y situación de enojo, satisfacción marital). Finalmente como resultado de la tercera comparación, parejas de hombres internados versus mujeres cuya pareja no tenía adicción, se encontró que a diferencia del grupo de la clínica, en las mujeres del grupo normativo dura más minutos la situación de enojo, la madre es más enojona, y hay más satisfacción con los aspectos estructurales y emocionales en la relación de pareja. En el grupo de la clínica las mujeres percibieron que su papá era más enojón que en las mujeres del grupo normativo.

CAPITULO V: DISCUSION

Se realizó un estudio comparativo con el propósito de evaluar si el problema del consumo dependiente de sustancias añade o no, factores de enojo al individuo y en su relación de pareja, así como en la percepción de satisfacción marital en la misma.. Se compararon dos grupos de parejas, el denominado “Grupo Normativo” y cuyo principal criterio de inclusión fue que ambos miembros estuvieran libres de cualquier trastorno por dependencia a sustancias, mientras que el segundo grupo, denominado “Grupo de la Clínica”, estuvo integrado por parejas en las que alguno de sus miembros estuviera diagnosticado y en tratamiento por trastorno de dependencia hacia alcohol u otra sustancia psicoactiva. Para la realización del estudio se tomaron en cuenta tres hipótesis:

H1. Las parejas donde alguno de los miembros padecen un trastorno por dependencia a sustancias presentan diferentes índices de enojo y satisfacción marital que las parejas donde ninguno de los miembros presenta trastorno por dependencia a sustancias.

H2. Los hombres que padecen un trastorno por dependencia a sustancias presentan diferentes índices de enojo y satisfacción marital que los hombres donde ninguno de los miembros presenta trastorno por dependencia a sustancias.

H3. Las mujeres que tienen como pareja a una persona que padece un trastorno por dependencia a sustancias presentan diferentes índices de enojo y

satisfacción marital que las mujeres cuya pareja no padece un trastorno por dependencia a sustancias.

El promedio de edad del grupo de la clínica, fue ligeramente mayor al del grupo normativo (46.5 vs 37.8 años) y algo similar se encontró en relación al promedio de años de casados (25.4 vs 5.2).

En el grupo normativo la escolaridad fue más alta, con predominio de personas con carrera técnica o licenciatura (100%), mientras que en el grupo de la clínica fue del 60%. En las demás variables atributivas como estado civil, número de hijos y filiación religiosa, no se encontraron mayores diferencias.

1. PRIMERA HIPÓTESIS

En cuanto a la primera hipótesis, al realizar la comparación de índices de enojo y satisfacción marital en los grupos de estudio, Grupo de la Clínica y Grupo Normativo, se encontraron diferencias significativas en el rubro de minutos que dura el enojo. Se encontró que en la muestra de la clínica el enojo les dura menor tiempo (Mediana = 22.5 minutos) que en el grupo normativo (Mediana = 120 minutos). La diferencia fue estadísticamente significativa, U de Mann Withney = 34.5, $p = .036$. Esto sugiere que la situación que provocó mayor enojo en el último mes duró mayor tiempo en el grupo normativo que en el grupo clínico. Este resultado puede ser producido por que la persona que es dependiente a

sustancias puede recurrir a su consumo como una estrategia de afrontamiento del malestar emocional (Eftekhari, Turner y Larimer, 2004), lo cual produciría una disminución de la duración del enojo por efecto del uso de una sustancias psicoactiva. Otro fenómeno que explique este resultado es la personalidad de la pareja del dependiente, fenómeno conocido como codependencia y cuyas características involucran la represión de emociones, haciéndolas inconscientes a causa de sensaciones de culpa y miedo, les atemoriza ser como son en realidad, aparentan ser rígidos y controlados, temen a la pérdida del control, por lo cual tienden a la negación, ignoran los problemas o pretenden no tenerlos (Beattie, 1991). Por tal es probable que las mujeres parejas de dependientes a sustancias, pudieran contestar el cuestionario con cierta reserva. Por el contrario, las parejas del grupo normativo, ante la ausencia de un consumo que pudiera ser utilizado como forma de afrontamiento emocional, requieren crear sus propias estrategias de afrontamiento emocional, las cuales pudieran ser funcionales o no (Varela y cols. 2007), pero parecen hacer que el enojo mantenga mayor duración. Puede ser motivo de otra investigación si dichas estrategias de afrontamiento en personas no dependientes a sustancias, llevan a la persona a una resolución del enojo más sana y funcional que las de las personas que padecen una dependencia a sustancias.

Es importante recalcar que cuando se compararon íntegros los dos grupos, esto es incluyendo hombres y mujeres, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el resto de las variables para evaluar el enojo.

Esto es de llamar la atención, puesto que se conocen bien las alteraciones conductuales de las personas con dependencia a sustancias y mismo se sabe de los trastornos en la dinámica familiar y el desgaste que se da en la relaciones sociales y laborales cuando una persona presenta esta enfermedad (DSM IV TR, 2001). Es posible que los resultados encontrados obedezcan a que el grupo de parejas en donde el hombre depende del consumo de sustancias, se encontraran en un proceso de rehabilitación, lo cual seguramente ya había implicado un proceso de aceptación del problema por parte del dependiente, además de un deseo de cambio en juicios y actitudes por parte del paciente (Alcohólicos Anónimos, 1939), y por otro lado un proceso de perdón e idealización por parte de la pareja (Beattie, 2003), haciendo ambos un esfuerzo para superar la dependencia y mejorar la relación y esto haya influido al recordar los problemas de enojo del último mes.

2. SEGUNDA HIPÓTESIS

De acuerdo a la segunda hipótesis, al comparar únicamente a los hombres de los dos grupos, es decir, hombres con problemas de dependencia a sustancias contra hombres sin dependencia a sustancias, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las variables de evaluación del enojo. Es probable que en este aspecto pudiera influir el tipo de educación que en México al género masculino, donde se tiene una serie de creencias que relación la

masculinidad con la inexpressión emocional (García – Villanueva y cols., 2010), sin embargo, la falta de estudios al respecto nos imposibilita afirmar esta situación. Otra situación que parece influir en la falta de resultado significativos, puede ir relacionada con no contar con información acerca del manejo de enojo de las poblaciones, previo al inicio de tratamientos psicoterapéuticos, que sin duda han colaborado para que los índices de enojo en los pacientes disminuyeran.

En el caso de los hombres que se encuentran internados para rehabilitación por una dependencia a sustancias, es determinante el hecho de encontrarse dentro de una institución, ya que esta sustenta reglas de comportamiento y disciplina que sin duda pueden determinar la conducta del individuo al durante su internamiento. Dentro de la institución, el paciente cuenta también con contención psicoterapéutica constante, lo cual va enseñando al paciente a moldear su carácter y poderlo manejar de una forma más eficiente durante el internamiento. (Musacchio de Zan, 1992).

3. *TERCERA HIPÓTESIS*

Con lo referente a la tercera hipótesis, al comparar únicamente a las mujeres, esto es parejas de personas con dependencia a sustancias versus parejas de personas sin dependencia, hubo una diferencia marcada en el

promedio de minutos que dura la situación de enojo (Grupo de la Clínica mediana = 26; Grupo Normativo mediana = 186; $p = 0.007$), pero esto se debió a un caso extremo, ya que una de las mujeres del grupo normativo reporto una duración del enojo de 210 minutos y el valor más alto en todas las demás mujeres fue de solo 60 minutos. Todo esto parece indicar que los factores de enojo en las parejas en donde el hombre tiene un problema de dependencia a sustancias, pero que se encuentra en etapa de recuperación, pudieran estar más relacionados a factores individuales, que a la conflictiva provocada por la dependencia de sustancias, como lo comenta Beattie (2003) al hablar de las características de la codependencia, al enumerar que los factores personales son los que determinan dicha problemática, a pesar de que el codependiente le achaca la problemática al otro. Lo cual señala la pertinencia de realizar este tipo de estudios en personas que no han iniciado rehabilitación, aunque esto representa dificultades técnicas y metodológicas importantes.

Por lo que se refiere a la percepción de enojo en los padres, en el caso de la comparación entre las mujeres del grupo de la clínica y el grupo normativo, tuvieron percepciones de enojo para los padres que representaron una diferencia estadísticamente significativa; en el caso de la percepción del padre como enojón, las mujeres de la clínica percibieron que sus padres eran más enojones (Mediana = 2.0) que las del grupo normativo (Mediana= 0.0). La diferencia fue significativa, U de Mann Whitney = 5.0 y la $p = .023$. Esto indica que las mujeres de la clínica perciben a sus padres como más enojones que el grupo normativo. Al parecer, el

que el padre sea visto como una figura de enojo por sus hijas hace que estas tengan mayor tendencia a la búsqueda de una figura igual de amenazante en la pareja, quizá este sea un determinante en la estructura de la mujer codependiente y por lo cual perciben mayor atracción hacia una figura masculina con dependencia a sustancias. Un supuesto de esta situación sería que busquen en la pareja una especie de figura paterna. Otra posibilidad sería la forma en que estas mujeres, a través de la vivencia en el hogar, aprenden a percibir el afecto. Es decir, si una niña aprende a que el afecto se debe de percibir del sexo opuesto a través de una figura autoritaria, enojona o necesitada, es muy probable que se unan a una pareja con las que puedan percibir el afecto de la misma manera, de ahí que se elija como pareja a una persona con dependencia a sustancias.

En el caso de la percepción de la madre como enojona también se encontró diferencia significativa, U de Mann Whitney = 1.0 y $p=.006$. Esto denota que en el grupo de mujeres de la clínica existió menor percepción del enojo en sus madres (Mediana= 0.0) que en el grupo normativo, donde percibieron a la madre como más enojona (Mediana= 9.0). Esto podría estar relacionado con la autoridad y disciplina que la madre aplica en el hogar, esto explicaría que la madre que ponía límites y daba una educación más firme y estricta ayuda a contener las emociones de la niña, por tal esta aprende a manejar sus emociones de una forma más estructurada, mientras que en el caso opuesto la laxitud de la madre puede hacer que el contenido emocional de la niña no tuviera un continente que apoyara al manejo adecuado del enojo, entre otros contenidos emocionales (Bion, 1988), por

tal la mujer del grupo de la clínica puede generar una estructura de personalidad que facilita la codependencia (Beattie, 2003).

4. *SATISFACCIÓN MARITAL*

Finalmente, a la par de la comparación de índices de enojo, se realizó la evaluación comparativa de índices de satisfacción marital divididos en tres parámetros: satisfacción por elementos estructurales de la relación, satisfacción por elementos de la interacción entre los miembros de la pareja y satisfacción por elementos emocionales. En cuanto a los aspectos estructurales, al compararse los grupos de estudio y en la comparación entre hombres con dependencia a sustancias y hombres sin dependencia, no se encontraron datos significativos. Sin embargo, cuando se realizó la comparación entre el grupo de mujeres cuya pareja tiene una dependencia a sustancias y mujeres cuya pareja no padece ninguna dependencia, se encontró que las mujeres del grupo de la clínica manifestaron significativamente mayor insatisfacción en su relación de pareja (Mediana = 24.0) que las mujeres del grupo normativo (Mediana= 19.0), dándonos una U de Mann Whitney= 4.50 $p= .033$. Esto nos refiere que elementos estructurales de una relación como la puntualidad de la pareja, su forma de organizarse, las situaciones a las que les da mayor prioridad, la forma en que éste pasa su tiempo libre, el tiempo que se dedica a sí mismo, la forma de cuidar su salud, el tiempo que se dedica a la relación, la forma en que la pareja soluciona los problemas y el tipo de

reglas que realiza para ser aplicadas en el hogar, son situaciones que hacen que la pareja se sienta insatisfecha en la relación. Para Beattie (2003), estas son situaciones que una persona codependiente pone en responsabilidad del otro, es decir, ponen su felicidad en manos de la pareja y hasta que las cosas se no realicen como la codependiente lo desea, ella no percibirá satisfacción alguna. Esto no deja de lado que, como lo menciona el DSM IV TR (2001) dentro de sus parámetros diagnósticos de dependencia a sustancias la persona dependiente, por darle prioridad a su consumo, sufre un deterioro de otros aspectos como lo son las relaciones familiares o el trabajo, lo cual causa insatisfacción en la pareja.

Por lo que se refiere al parámetro de satisfacción por medio de factores emocionales, las mujeres del grupo de la clínica manifestaron mayor insatisfacción (Mediana = 13.0) que las del grupo normativo, quienes se manifestaron con mayor satisfacción ante sus parejas (Mediana = 9.0). La diferencia es significativa al obtenerse como resultado una U de Mann Whitney = 2.50 y la $p = .014$. Resulta que las personas con dependencia a sustancias son hipersensibles, normalmente parecen ser aislados y retraídos, a pesar de que anhelan la compañía, sin embargo la soledad lo atemoriza menos, ya que la convivencia social lo expone al rechazo, situación que intentan evitar a toda costa (Twerski, 1999). Y pues esta situación suele ser evidente ante las características de la mujer con codependencia, que utiliza respuestas pasivo – agresivas, que busca controlar, que culpan, amenazan, que ejercen coerción, que está preocupada constantemente por ser abandonada, etc. (Beattie, 2003); evitando que el

creciente desinterés del dependiente a sustancias, quien de por sí está más concentrado en su sustancia, decrezca al hacerle contactar con su hipersensibilidad al rechazo. Así pues se estructura un círculo vicioso, en el que el marido se encuentra inmerso en su dependencia y la codependiente en satisfacer sus necesidades emocionales en una persona que no se encuentra en condiciones de amparar emocionalmente a su pareja. Evidentemente la insatisfacción emocional es un dato representativo de la pareja con un miembro dependiente a sustancias.

Indudablemente el alcoholismo y la drogadicción son problemas sociales e individuales que involucran múltiples facetas, y en especial repercuten sobre la familia y más intensamente sobre el o la cónyuge (Twerski, 1999). A pesar de esto en el presente estudio cuyo propósito era fundamentalmente exploratorio, no se lograron identificar factores específicos que favorezcan el enojo en parejas con alguno de estos problemas, sin embargo nos permite formular algunas recomendaciones para futuros estudios.

5. SUGERENCIAS PARA PRÓXIMAS INVESTIGACIONES

Desde el punto de vista metodológico haría falta enfocar un estudio semejante a población con problema de consumo de sustancias, que todavía no

hubiera iniciado su proceso de rehabilitación. Y que el grupo piloto también tuviera un antecedente no previo al inicio de un proceso terapéutico.

Otra sugerencia sería en relación a la realización de un estudio prospectivo donde los grupos comparables sean homogéneos en variables atributivas mediante la técnica de apareamiento.

También sería conveniente utilizar encuestas abiertas dirigidas a explorar el tipo e intensidad de los problemas que se generan en la pareja por causa de la dependencia y relacionarlas con la evaluación del enojo utilizada en este estudio.

Quizá los hallazgos más importantes de este estudio se relacionan con el efecto psicológico que provoca la dependencia de sustancias no tanto en el dependiente, sino en su cónyuge. Diversos autores han señalado el problema de la codependencia en el manejo integral de la dependencia, pero habría que explorar más acerca de los factores de riesgo que hacen que específicamente la mujer de nuestro medio desarrolle más fácilmente tal codependencia y tener en cuenta que tan importante es la atención del dependiente para ayudarlo a superar su enfermedad, como atender a su pareja que recibe múltiples daños y que requiere también de nuestra ayuda para superarlos.

Se recomienda la elaboración y validación de cuestionarios orientados hacia la codependencia.

Se puede realizar un estudio en el que se compare el enojo en la población codependiente y población dependiente a sustancias, ya que cada una de dichas poblaciones se distinguen por diferencias de personalidad, patrones de comportamientos y expresión del enojo.

REFERENCIAS

Alcázar, R. J., Deffenbacher, J. L., Hernández-Guzmán, L. & Wilson, G. I. (2011). High and low trait anger and the recognition of anger problems. *The Spanish Journal of Psychology*, 14, 851-858.

Alcohólicos Anónimos (1939), Libro Grande, el texto básico de Alcohólicos Anónimos, Central Mexicana de Servicios Generales de A.A.

Ashton, M. C., Lee, K., Perugini, M., Szarota, P., de Vries, R. E., Di Blas, L., et al. (2004). A six factor structure of personality-descriptive adjectives: Solutions from psycolexical studies in seven languages. *Journal of Personality and Social Psychology*, 86, 356-366.

Averill, J. R. (1982). Anger and aggression: An essay on emotion. Cit. en J.P. Tangney, D. Hill - Barlow, J. Sanfter, et al. (Eds.) *Assessing individual differences in constructive versus destructive responses to anger across the lifespan*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 780 – 796.

Averill, J.R. (1983). *Studies on Anger and Aggression. Implications for theories of emotion*. *Amercian Psychologist*, 38, 1145-1160.

Ayuso, J.L. (1999). *Biología de la conducta agresiva y su tratamiento*. *Revista Salud Mental*, número especial 1999, 29 – 36.

Barbour, C., Eckhardt, C., Davison, J. & Kassinove, H. (1998). The experience and expression of anger in maritally violent and discordant, nonviolent men. *Behavior Therapy*, 29, 173 - 191.

Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator/mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1173-1182.

Barrett, L. F., Niedenthal, P. M., & Winkielman, P. (Eds.). (2005). *Emotion and consciousness*. New York: Guilford Press.

Barrett, L. F. (2006). Solving the emotion paradox: Categorization and the experience of emotion. *Personality and Social Psychology Review*, 10, 20–46.

Beattie, M. (1991). *Ya no seas codependiente*, Estados Unidos, Ed. Patria.

Benda, B. (2005) The robustness of self-control in relation to form of delinquency. *Youth y Society*, 36, 418 – 444.

Berkowitz, L. (1993). *Agresión: sus causas consecuencias y control*. EEUU, ed. Mc Graw Hill.

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

Berne, E. (1964). *Games people play: The Basic Handbook of Transactional Analysis*. New York: Ballantine Books.

Berstein, D.P., Stein, J.A., y Handelsman, L. (1998) Predicting personality pathology among adult patients with substance use disorders: Effects of childhood maltreatment. *Addictive behaviors* 23, 855 – 868.

Bion, W. (1988). *Elementos de psicoanálisis*. Buenos Aires: Hormé-Paidós

Breuer, Joseph., & Freud, Sigmund. (1893-1895). *The Studies on Hysteria*. Volume II. Standard Edition. London: The Hogarth Press.

Bruno, F. J. *Diccionario de términos psicológicos fundamentales*. (1997). Barcelona. Paidós Studio.

Buss, A. H., & Perry, M. (1992). The Aggression Questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63, 452–459.

Butler, E. A., Egloff, B., Wilhelm, F. H., Smith, N. C., Erickson, E. A., & Gross, J. J. (2003). The social consequences of expressive suppression. *Emotion*, 3, 48-67.

Campos, J. J., Campos, R. G., & Barrett, K. C. (1989). Emergent themes in the study of emotional development and emotion regulation. *Development Psychology*, 25, 394-402.

Carballo, J.L.,García, O., Secades, R.Fernández, J. R.,García, E., Erraste, J.M.,et al. (2004). Construcción y validación de un cuestionario de factores de riesgo interpersonales para el consumo de drogas en la adolescencia.

Carrasco, J.L., Sainz, J. (1998) Biología de las conductas violentas. *Revista de monografías de Psiquiatría*, 10: 28 – 30.

Cassidy, F., Forest, K., Murry, E., & Carroll, B. J. (1998). A factor Analysis of the signs and symptoms of mania. *Archives of General Psychiatry*, 55, 27-32.

Cicchetti, D. and Olsen, K (1990). The developmental psychopathology of child maltreatment. En M. Lewis and S. Miller (eds). *Handbook of developmental psychopathology*. Plenum Press, New York.

CIE 10, Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. (1992) Organización Mundial de la Salud. Madrid. Mediator.

Compton, W.M., Thomas, Y. F., Conway, K.P. y Colliver, J. D. (2005), Developments in the epidemiology of drug use and drug use disorder. *American Journal of Psychiatry*, 162, 1494 – 1502.

Cortés, M. L. (2007, Agosto 17). Manejando el enojo: ¿Es el enojo una emoción destructiva? Revisada Marzo 30, 2010, del sitio web: <http://www.articuloz.com/psicologia-articulos/manejando-el-enojo-es-el-enojo-una-emocion-destructiva-199908.html>

Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1985). Hypochondriasis, neuroticism, and aging: When are somatic complaints unfounded? *American Psychologist*, 40, 19-28.

Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1987). Neuroticism, somatic complaints, and disease: Is the bark worse than the bite? *Journal of Personality*, 55, 299-316.

Cox, D.E. & Harrison, D.W. (2008). Models of anger: contribution from psychophysiology, neurophysiology and the cognitive behavioral perspective. *Brain Structural Functioning* 212:371-385.

Curtis, J. M (1986). Factors in the sexual abuse of children. *Psychological reports*. 58. 591-597.

Czerlowski, M. (2008). Bases epistemológicas para entender la relación mente-cuerpo. *Hologramática*. 8(5), 15-27.

Deffenbacher, J.L. (1999). Cognitive – behavioral conceptualization and treatment of anger. *Journal of Clinical Psychology*, 55, 295 – 309.

Deffenbacher, J. L., Demm, P. M., & Brandon, A. D. (1986). High general anger: Correlates and treatment. *Behavior Research and Therapy*, 24, 480-489.

Deffenbacher, J.L., Oetting, E.R., Huff, M.E., Cornell, G.R., Dallager, C.J. (1996) Evaluation of two cognitive – behavioral approaches to general anger reduction. *Cognitive Therapy and Research*, 20, 551 – 573.

Deffenbacher, J. L., Story, D. A., Brandon, A. D., Hogg, J. A. & Hazaleus, S. L. (1988). Cognitive and cognitive-relaxation treatments of anger. *Cognitive Therapy and Research*, 12, 167-184.

Denollet, J. (1993) Biobehavioral research on coronary heart disease: Where is the person?. *Journal of Behavioral Medicine*. Vol. 16 (2), Abril 1993, 115 – 141.

DiGiuseppe, R. & Tafrate, R.C. (2003). Anger treatment for adults: A Meta-Analytic Review. *American Psychological Association* 10(1):70-84.

DSM-III-R, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (1987). APA. Washington D.C., American Psychiatric Press.

DSM-IV, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (1994). APA. Washington D.C., American Psychiatric Press.

DSM-IV TR, *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. (2001) APA. Barcelona. Masson.

Eftekhari, A.F., Turner, A. P., Larimer, M.E. (2004), Anger expression, coping and substance use in adolescent offenders. *Addictive behaviors*, 29, 1001 – 1008.

Ekman, P. y Oster, H. (1979). Facial expressions of emotion. *Annual Review of Psychology*, 30; 527 – 554.

Fava, M., Anderson, K., Rosenbaum, J.F. (1990). Anger attacks: possible variants of panic and major depressive disorder. *Am J Psychiatry* 147:867–870.

Fernández – Abascal, E.G. y Palmero, F. (1999). Ira y hostilidad: aspectos básicos y de intervención. En E. G. Fernández – Abascal y F. Palmero (Eds.), *Emociones y salud* (pp. 185 - 208). Barcelona, España.: Ariel Psicología.

Fernandez, E., & Turk, D. C. (1995). The scope and significance of anger in the experience of chronic pain. *Pain*, 61, 165–175.

Fischer, A.H., Rodriguez Mosquera, P.M. , van Vianen, A.E.M., Manstead, A.S.R. (2004). Gender and Culture Differences in Emotion. *American Physiological Association* 4(1):87-94.

Florenzano, R., Fullerton, C., Acuña, J., Escalona, R. (2002). Somatización: aspectos teóricos, epidemiológicos y clínicos. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*. 40, 47-55.

Freud, Sigmund. (1924). The dissolution of the Oedipus Complex. In J. Strachey (Ed. & Trans.), *The Standard Edition of the Complete Works of Sigmund Freud* Volume XIX, p.173-179. London: The Hogarth Press.

Freud, Sigmund. (1926). The Question of Lay Analysis: Conversations with an Impartial Person. In J. Strachey (Ed. & Trans.), *The Standard Edition of the Complete Works of Sigmund Freud*, V.

Frijda, N. H. (1986). Passions: Emotion and socially consequential behavior. In: Kavanaugh RD, Zimmerberg B, Fein S (eds). *Emotion: interdisciplinary perspectives*. Lawrence Erlbaum Associates, Inc., Hillsdale.

Frijda, N. H. (2007). *The laws of emotion*. Mahwah, NJ: Erlbaum.

Fundación BACC (2003) Causas y factores de riesgo del consumo de alcohol. Recuperado 13 de Abril de 2004, de <http://www.camporenacimiento.com/adicción/causas.html>

García – Villanueva, J., Callejo, J., López, I. (2010) Una mirada a la construcción de la identidad masculina en hombres jóvenes de la Ciudad de México, *Cuadernos interculturales*, vol. 8 número 14, pp. 197 – 225, Universidad de Valparaíso, Viña del Mar, Chile.

Giancola, P. (2000). Executive Functioning: Aconceptual framework for Alcohol-related Aggression. *Experimental and clinical psychopharmacology*. 8(4) 576-597.

Giegling, I., Olgiati, P., Hartmann, A.M., Calati, R., Moller, H-J., Rujescu, D., Serretti, A. (2009). Personality and Attempted Suicide. Analysis of Anger Aggression and Impulsivity. *Journal of Psychiatric Research* 43(16):1262-71.

Goleman, D. (1996), *La inteligencia emocional*, Argentina, Javier Vergara editor.

Gómez, L. (1992). *La logoterapia de Viktor Frankl*. En: Opazo R (Ed.) *Integración en Psicoterapia*. Santiago de Chile: Ediciones CECIDEP.

Gross, J. J. & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85, 348-362.

Gutierrez – Baró, E., Aneiro – Rivas, R. (1999) *Toxicomanías y adolescencia: realidades y consecuencias*. La Habana, Clínica del Adolescente.

Harburg, E., Blakelock, E.H. y Roeper, P.J. (1979). Resentful and reflective coping with arbitrary authority and blood pressure. *Psychosomatic Medicine*. 41, 189 – 202.

Harburg, E., Julius, M., Kaciroti, N., Gleiberman, L., Schork, M. (2003). Expressive/suppressive anger-coping responses, gender, and types of mortality: A 17-year follow-up. *Psychosomatic Medicine*. Vol 65 (4) Julio – Agosto, 588 – 597.

Harmon-Jones, E., Vaughn-Scott, K., Mohr, S., Sigelman, J., & Harmon-Jones, C. (2004). The effect of manipulated sympathy and anger on left and right frontal cortical activity. *Emotion*, 4, 95-101.

Hatch, J.P., Schoenfeld, L.S., Boutros, N.N., Seleshi, E., Moore, P.J. & Cyr-Prevost, M. (1991). Anger and Hostility in tension type headache. *Headache*, 31, 302-304.

Hayes, H. R. y Emshoff, J.G. (1993). Substance abuse and family violence. In R.L. Hampton, T.P. Gullotta, G.R. Adams, E.H. Potter III and R.P. Weissberg (Eds), Family Violence: Prevention and treatment, Issues in children's and families' Lives. Vol 1, Sage Publications, Newbury Park, California.

Izard, C. E. (1989). Human Emotions. Plenum Press. New York.

Izard, C. E. (1991). The psychology of emotions. Plenum Press. New York.

Izard, C. E. & Ackerman, B.P. (2000). Motivational, organizational, and regulatory functions of discrete emotions. In M. Lewis & J. M. Haviland-Jones (Eds.). Handbook of emotions (2nd ed. pp. 253-264). New York: Guilford Press.

James, W. (1985). ¿Qué es una emoción? Estudios de Psicología. 21, 57-73.

John, O. P. & Gross, J. J. (2004). Healthy and unhealthy emotion regulation: Personality processes, individual differences, and life span development. Journal of Personality, 72, 1301-1333.

Johnson, S. L. (2005). Mania and dysregulation in goal pursuit: A review. Clinical Psychology Review, 25, 241-262.

Kassinove, H., & Sukhodolshy, D. G. (1995). Anger disorders: Basic science and practice issues. In H. Kassinove (Ed.), Anger disorders: Definition, diagnosis, and treatment (pp. 1 – 26). Washington, DC: Taylor & Francis.

Kitayama, S., Markus, H. R., & Kurokawa, M. (2000). Culture, emotion, and well-being: Good feelings in Japan and the United States. Cognition & Emotion, 14, 93-124.

Kort, F. (1995). Interacción mente-cuerpo. Revista Latinoamericana de Psicología 27(3):497-501.

Kövecses, Z. (2000). The concept of anger: Universal or Culture Specific? *Psychopathology* 33:159-170.

Krantz, D. S., & Glass, D. C. (1984). Personality, behavior patterns, and physical illness: Conceptual and methodological issues. In W. D. Gentry (Ed.), *Handbook of behavioral medicine* (pp. 38-86). New York: Guilford.

Larkin, K.T. y Zayfet, C. (2004). Anger expression and essential hypertension: Behavioral response to confrontation. *Journal of Psychosomatic Research*. Vol. 56 (1): 113 – 118.

Lazarus, R.S. (1991) *Emotion and adaptation*. Oxford University Press, New York.

Lorenzo, P.; Del Moral, M.M., (2003) *Drogodependencias, Farmacología, Patología, Psicología, Legislación*. (España) ed. Panamericana, 2ª Edición.

Malone, R. P., Dilaney, M. A., Luebbert, J. F., Cater, J. & Campbell, M. (2000). A double blind placebo controlled study of lithium in hospitalized aggressive children and adolescents with conduct disorder. *Archives of General Psychiatry*, 57, 649-654.

Martin, R., Wan, C. K., David, J. P., Wegner, E. L., Olson, B. D., & Watson, D. (1999). Style of anger expression: Relation to expressivity, personality, and health. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 25, 1196–1207.

McClelland, A.B., Jones, K.V., Douglas-Gregg, M.E. (2009). Psychological and cumulative cardiovascular effects of repeated angry rumination and visuospatial suppression. *International Journal of Psychophysiology* 74(2): 166-73.

Mesquita, B., & Frijda, N. H. (1992). Cultural variations in emotions: A review. *Psychological Bulletin*, 112, 179-204.

Miers, A.C., Rieffe, C., Meerum Terwogt, M., Cowan, R., Linden, W. (2007). The Relation Between Anger Coping Strategies, Anger Mood and Somatic Complaints in Children and Adolescents. *J Abnorm Child Psychology* . 35:653-664.

Miguel-Tobal, J.J., Cano-Vindel, A., Casado, M.I. & Spielberger, C.D. (2001). *Inventario de Expresión de Ira Estado Rasgo –STAXI- 2: Spanish adaptation*. Madrid: TEA

Monahan, J.S., (1983) *Crime and mental illness: an epidemiological approach*. Crime and justice Vol. 4. Ed. Tonry NMM, University of Chicago Press

Moscoso, M.S., Spielberger, C.D. (1999). Evaluación de la experiencia, expresión y control de la cólera en Latinoamérica. *Revista Psicología Contemporánea* Vol. 6, núm. 1: pp. 4 – 13.

Musacchio de Zan, A., Ortíz, A. (1992). *Drogadicción*. Argentina, Ed. Paidós.

Narita, K., Murata, T., Takahashi, T., Hamada, T., Kosaka, H., Yoshida, H., Wada, Y. (2007). The association between anger-related personality trait and cardiac autonomic response abnormalities in elderly subjects. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 257:325-329.

Navarro, R. (2007). *Psicoenergética: Método de psicoterapia corporal para integrar las emociones y el cuerpo*. México, D.F.: Editorial Pax.

Novaco, R.W. (1976). The Functions and Regulation of the Arousal of Anger. *American Journal of Psychiatry*. 133 (10), 1124 – 1128.

Novaco, R. W. (1978) Anger and coping with stress: Cognitive behavioral interventions. En J.P. Foreyt y D.P. Rathjen (Eds.) *Cognitive – behavior therapy: Research and application* (pp. 163 - 173). New York, EEUU: Plenum Press.

Novaco, R.W. y Robins, S. (1999). Systems Conceptualization and Treatment of anger. *Journal of Clinical Psychology*. 55 (3) 325 – 337.

Ortony, A., Clore, G. I., & Collins, A. (1988). *The cognitive structure of emotions*. New York: Cambridge University Press.

Owens, S. G., Fuller, R. J., & Kassinove, H. (2002) Effects of trait anger and anger expression style on competitive attack responses in a wartime prisoners dilemma game. *Aggressive Behavior*, 28, 117-125.

Pick de Weiss, S. y Andrade, P. (1988). Desarrollo y validación de la escala de satisfacción marital. *Psiquiatría*. 4, 9-20.

Plutchik, R., Van Praag, H. (1989) The measurement of suicidality, aggressivity and impulsivity. *Progress Neuro-Psychopharmacology Biological Psychiatry*, 13, 23 – 34.

Roseman, I. J. (1991). Appraisal determinants of discrete emotions. *Cognition and Emotion*, 5, 161-200.

Rush, M. (1995). *Descifra los mensajes del cuerpo*. Madrid, España: Editorial EDAF.

Russell, J. A., & Mehrabian, A. (1974). Distinguishing anger and anxiety in terms of emotional response factors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42, 79-83.

Russell, J. A. (2003). Core affect and the psychological construction of emotion. *Psychological Review*, 110, 145-172.

Sanford, K. y Rowatt, W. C. (2004). When is negative emotion positive for relationships? An investigation of married couples and roommates. *Personal Relationships*. Vol. 11 (3) Septiembre 2004, 329 – 354.

Schwartz, G.E., Weinberger, D.A., Singer, J.A. (1981) Cardiovascular differentiation of happiness, sadness, anger and fear following imagery and exercise. *Psychosomatic Medicine*, 43: 343 – 364.

Sharma, S., Ghosh, S.N., Spielberger, C.D. (1995). Anxiety, anger expression and chronic gastric ulcer. *Psychological Studies*. Vol. 40 (3): 187 – 191.

Smith, P. N., & Mumma, G. H. (2008). A multi-wave web based evaluation of cognitive content specificity for depression, anxiety, and anger. *Cognitive Therapy and Research*, 32, 50-65.

Solms, M. (2002). *The Brain and the Inner World: An Introduction to the Neuroscience of Subjective Experience*. New York: Other Press.

Spielberger, C. D., Johnson, E. H., Russell, S. F., Crane, R. J., Jacobs, G. A., and de Worn, T. I. (1985). The experience and expression of anger: construction and validation of an anger expression scale. In Chesney, M. A., and Rosenman, R. H. (Eds.), *Anger and Hostility in Cardiovascular and Behavioral Disorders*. Hemisphere/McGraw-Hill, New York.

Spielberger, C.D. (1991). *Manual for the State-Trait Anger Expression Inventory (STAXI) (Revisite Research Edition)*. Odessa, FL: Psychological Asse.

Spielberger, C.D., (1999). *State-Trait AngerExpression Inventory-2*. Odessa, FL Psychological Assessment Resources.

Stemmler, G. (2004). Physiological processes during emotion. In Philippot, P., and Feldman, R. S. (Eds.), *The Regulation of Emotion*. Lawrence Erlbaum Ass., Mahwah, NJ, pp. 33–70

Sue, D., Sue, D. y Sue S. *Comportamiento anormal* (1996), México, Df, Mc GrawHill

Suh, E., Diener, E., Oishi, S., & Triandis, H. C. (1998). The shifting basis of life satisfaction judgements across cultures: Emotions versus norms. *Journal of personality and Social Psychology*, 74, 482-493.

Tafra, R.C., Kassirer, H., Dundin, L. (2002). Anger Episodes in High-and-Low-Trait-Anger Community Adults. *Journal of Clinical Psychology*. 58(12):1573-1590.

Tangney, J.P., Hill-Barlow, D., Wagner, P.E., Marschall, D.E., Borenstein, J.K., Sanftner, J., et al. (1996). Assessing individual differences in constructive versus destructive responses to anger across the lifespan. *Journal of personality and social Psychology*, 70, 780 – 796.

Tavris, C. (1984). On the wisdom of counting to ten: Personal and social dangers of anger expression. *Rev. Pers. Soc. Psychol.* 5: 170-191.

Twerski, A.J. (1999). *El pensamiento adictivo*, Estados Unidos, Ed. Promexa.

Tomison, A.M (2001a) Child maltreatment and substance abuse. National child protection clearinghouse. Recuperado en noviembre 18, 2001. Disponible en <http://www.aifs.org.au/nch/discussion2.html>.

Vaknin, S. (2001). *Rage and anger – The Iron Mask: The common sources of personality disorders*. Czech Republic: Narcissus Publications.

Varela, M.T., Salazar, I.C., Cáceres, D.E., Tovar, J.R. (2007) Consumo de sustancias psicoactivas ilegales en jóvenes: Factores psicosociales asociados. *Pensamiento Psicológico*, enero – junio, año/vol. 3, número 008 Pontificia Universidad Javierana, Cali, Colombia pp. 31 – 45.

Watson, D., Clark, L. A. (1984). Negative affectivity: The disposition to experience aversive emotional states. *Psychological Bulletin*, 96, 465-490.

Wierzbicka, A. (1999). *Emotions Across Languages and Cultures: Diversity and universals*. Cambridge: Cambridge University Press.

Wolfberg, E. (1996). Psiconeuroinmunología y campo psicosomático. VERTEX, 26, vol. VII

ANEXO A

CUESTIONARIO

CUESTIONARIO

EL ENOJO Y LAS RELACIONES

Folio

--	--	--	--

(dejar vacío)

Grupo

--

INSTRUCCIONES

Esta investigación trata del enojo y las relaciones. Tus respuestas son muy valiosas porque permitirán conocer más acerca del enojo en las personas.

Te recomendamos que asignes un momento sin interrupciones para contestar el cuestionario. El tiempo aproximado que te tomará responderlo es de 20 minutos. En los cuestionarios se incluyen muchas preguntas. Es importante tu paciencia para responderlas.

Esto NO es un examen, NO hay respuestas correctas o incorrectas, pero por favor contesta con cuidado. Tus respuestas son anónimas. Es decir, no pedimos ni tu nombre ni tus apellidos.

Para cada pregunta, busca la respuesta que mejor corresponda contigo. Encierra en un círculo el número de la respuesta que hayas escogido, y **no dejes ninguna pregunta sin contestar**. De hecho, el valor de este cuestionario depende de que esté respondido en su totalidad.

En **todas** las preguntas **deberás elegir sólo una opción de respuesta**. En algunas te pedimos que escribas tu respuesta en los recuadros o en las líneas correspondientes.

Por ejemplo

¿Has ido al cine en los últimos 30 días?	No1 Sí, 1 vez.....2 Sí, 2 veces..... 3 Sí, 3 veces4 Sí, 4 veces o más5
--	---

La respuesta circulada fue "3" indicando que la persona que contestó fue al cine 2 veces en el último mes.

¿Cuántas personas viven en tu casa incluyéndote a ti?	Somos..... 0 4
---	-------------------------

Quien contestó dijo que 4 personas viven en su casa incluyéndolo a él. En caso de que quieras anotar del 1 al 9 escribe en los recuadros **01, 02, 03**, etc. Si no tienes dudas, por favor continúa en la página siguiente.

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Fecha: _____

1. Eres	Hombre..... 1 Mujer..... 2
2. ¿Qué edad tienes?	Años..... <input type="text"/> <input type="text"/>
3. Tu estado civil es	Soltero..... 1 Casado.....2 Divorciado.....3 Unión libre.....4 Viudo5
¿Cuántos años llevas de casado?	Número de años..... <input type="text"/> <input type="text"/>
¿Cuántos hijos tienes?	Número de hijos..... <input type="text"/> <input type="text"/>
¿Qué edades tienen tus hijos?	El (la) mayor tiene _____ años El que le sigue tiene _____ años El que le sigue tiene _____ años El que le sigue tiene _____ años El que le sigue tiene _____ años El que le sigue tiene _____ años
¿Cuál es tu máximo grado de escolaridad?	Primaria.....1 Secundaria.....2 Preparatoria o carrera técnica.....3 Carrera universitaria.....4
4 ¿Qué carrera estudias o estudiaste?	Carrera: _____ No estudié carrera.....1
7. Actualmente tu ocupación es	Estudiar.....1 Trabajar.....2 ¿En qué? _____
8. ¿Qué religión tienes?	No tengo religión.....1 Católica2 Testigo de Jehová3 Mormón4 Otra, ¿cuál? _____ ..5
9. Principalmente, ¿de quién dependes económicamente?	De mi únicamente.....1 De mi pareja.....2 De mi pareja y yo.....3 De mi Papá.....4 De mi Mamá.....5 De mi mamá y mi papá.....6 De mi Papá, mi Mamá y yo.....7 Otro(s), ¿quién(es)? _____ 8

Por favor continúa en la página siguiente →

Sección 1: Para esta sección, lo más importante es contestar dependiendo de *cómo te sientes en este momento*.

¿Cómo te sientes <i>en este momento</i> ...	No en absoluto	Un poco	Bastante	Mucho
1. Me siento enojado (a)	1	2	3	4
2. Estoy enojado (a)	1	2	3	4
3. Me siento irritado (a)	1	2	3	4
4. Estoy furioso (a)	1	2	3	4
5. Me dan ganas de romper cosas	1	2	3	4
6. Me dan ganas de insultar a alguien	1	2	3	4
7. Me dan ganas de pegar a alguien	1	2	3	4
8. Me dan ganas de golpear a alguien	1	2	3	4
9. Me siento enfadado	1	2	3	4
10. Tengo ganas de destruir algo	1	2	3	4

Sección 2: Ahora lo más importante es contestar dependiendo de *cómo te sientes generalmente*.

¿Cómo te sientes <i>generalmente</i> ...	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Casi siempre
11. Soy muy temperamental	1	2	3	4
12. Tengo un carácter irritable	1	2	3	4
13. Soy una persona exaltada	1	2	3	4
14. Me enfado cuando hago algo bien y no es Apreciado	1	2	3	4
15. Me enojo muy fácilmente	1	2	3	4
16. Me pone furioso(a) que me critiquen delante de los demás	1	2	3	4
17. Me pone furioso(a) cuando cometo errores estúpidos	1	2	3	4
18. Me siento furioso cuando hago un buen trabajo y se me valora poco	1	2	3	4
19. Me enfado cuando alguien arruina mis planes	1	2	3	4
20. Tengo un humor enojón	1	2	3	4

Por favor continúa en la página siguiente →

Sección 3: Todos nos sentimos enojados de vez en cuando, sin embargo la gente varía en la *manera de reaccionar* cuando están enojados. Por favor lee cada frase y circula el número apropiado en la sección de respuestas para indicar la frecuencia con la que tú *generalmente* reaccionas cuando te enojas.

<i>Cuando siento Enojo...</i>	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Casi siempre
21. Controlo mi humor enojón	1	2	3	4
22. Expreso mi enojo.	1	2	3	4
23. Contengo mi enojo por muchas horas	1	2	3	4
24. Me aparto de la gente	1	2	3	4
25. Mantengo la calma	1	2	3	4
26. Muestro mi enojo a los demás	1	2	3	4
27. Controlo mi forma de actuar	1	2	3	4
28. Discuto con los demás	1	2	3	4
29. Guardo rencores que no comento a nadie	1	2	3	4
30. Puedo controlarme antes de ponerme de mal humor	1	2	3	4
31. Secretamente soy muy crítico de los demás	1	2	3	4
32. Estoy más enojado(a) de lo que generalmente admito	1	2	3	4
33. Me irrito mucho más de lo que la gente se da cuenta	1	2	3	4
34. Pierdo los estribos	1	2	3	4
35. Si alguien me molesta, le digo cómo me siento	1	2	3	4
36. Controlo mis sentimientos de enojo.	1	2	3	4
37. Hago algo reconfortante para calmarme	1	2	3	4
38. Trato de relajarme	1	2	3	4
39. Hago algo relajante para tranquilizarme	1	2	3	4
40. Reduzco mi enojo lo más pronto posible.	1	2	3	4
41. Trato de calmarme lo más pronto posible.	1	2	3	4
42. Respiro profundo para relajarme	1	2	3	4
43. Expreso mis sentimientos de furia	1	2	3	4
44. Mantengo el control	1	2	3	4

Por favor continúa en la página siguiente →

Sección 4. Una situación de enojo

<p>Instrucciones: Por favor describe en detalle una situación que te haga enojar con frecuencia (varias veces al mes). <i>Elige sólo UNA situación:</i> aquella que más te haga enojar. Por favor describe los detalles; no digas “el trabajo” o “mis papás”, sino explica qué parte del trabajo o de los papás te hace enojar.</p>	<p>Describe la situación:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>46 ¿Cuánto enojo sientes en esa situación? Usa una escala de 0 a 100 donde 0 significa poco o nada de enojo y 100 significa el grado más alto de enojo que puedes sentir.</p>	<p>Calificación (0-100): _____</p>
<p>47 Aproximadamente, ¿cuántas veces en un mes sucede esta situación?</p>	<p>Número de veces en un mes: _____</p>
<p>48 Cuando te enojas por esta situación, ¿regularmente cuánto es el tiempo que te dura el enojo?</p>	<p>Minutos que me dura el enojo: _____</p>
<p>49 Cuando te enojas por esta situación, ¿cuánto interfiere el enojo en tu vida? Califica de 0 a 100 donde 0 = no interfiere y 100 = interfiere mucho.</p>	<p>Interfiere (0-100): _____</p>

Por favor continúa en la página siguiente →

Sección 5. Un síntoma de enojo

<p>Instrucciones: Identifica el síntoma físico que sientes con mayor frecuencia cuando te enojas. Algunos ejemplos de síntomas son el sudor, pulso acelerado, sensación de temblar, dolor de cabeza, boca seca, tensión en los hombros, apretar la quijada, enrojecimiento en la cara, tensión en la espalda, etc. Escribe sólo un síntoma, el que es más frecuente en tu caso.</p>	<p>Mi síntoma:</p> <p>_____</p>
<p>51 ¿Con qué intensidad sientes este síntoma de enojo? Califica de 0 a 100 donde 0 = nada intenso y 100 = muy intenso.</p>	<p>Intensidad (0-100): _____</p>
<p>52 Aproximadamente ¿Cuántas veces al mes sientes este síntoma?</p>	<p>Número de veces al mes: _____</p>
<p>53 Cuando sientes este síntoma, ¿regularmente cuánto tiempo te dura?</p>	<p>Minutos que me dura: _____</p>
<p>54 ¿Cuánto interfiere este síntoma con tu vida? Califica de 0 a 100 donde 0 = no interfiere y 100 = interfiere mucho.</p>	<p>Interfiere (0-100): _____</p>

<p>55 ¿Cuál de las siguientes frases corresponde mejor contigo?</p>	<p>Pienso que tengo problemas por mi enojo y me gustaría recibir ayuda para resolverlos1</p> <p>Yo No tengo problemas por mi enojo.....2</p>
---	--

Sección 6: Aquí queremos conocer tu punto de vista acerca de cómo percibes a tus padres.

<p>56. En una escala de 0 a 10, ¿qué tan enojón es tu papá? 0= Nada enojón 10= Totalmente enojón</p>	<p>Escribe tu respuesta: <input type="text"/> <input type="text"/></p>
<p>57. En una escala de 0 a 10, ¿qué tan enojona es tu mamá? 0= Nada enojona 10= Totalmente enojona</p>	<p>Escribe tu respuesta: <input type="text"/> <input type="text"/></p>

Por favor continúa en la página siguiente →

Sección 7. Ahora te queremos preguntar sobre la forma en que reaccionas generalmente cuando estás enojado.

¿Con qué frecuencia <i>ESTANDO ENOJADO(A)</i> ...		
58. Golpeas objetos (pared, escritorio, mesa, etc.).	Más de 8 veces a la semana 10 De 2 a 7 veces a la semana 9 1 vez a la semana 8 1 vez al mes 7 1 vez cada dos meses 6 1 vez cada 6 meses 5 1 vez al año 4 1 vez cada dos años 3 1 vez cada más de dos años..... 2 Nunca golpeo objetos estando enojado..... 1	
59. Empujas a alguien	Más de 8 veces a la semana 10 De 2 a 7 veces a la semana 9 1 vez a la semana 8 1 vez al mes 7 1 vez cada dos meses 6 1 vez cada 6 meses 5 1 vez al año 4 1 vez cada dos años 3 1 vez cada más de dos años..... 2 Nunca empujo a alguien estando enojado 1	
60. Le pegas a alguien	Más de 8 veces a la semana 10 De 2 a 7 veces a la semana 9 1 vez a la semana 8 1 vez al mes 7 1 vez cada dos meses 6 1 vez cada 6 meses 5 1 vez al año 4 1 vez cada dos años 3 1 vez cada más de dos años..... 2 Nunca le pego a alguien estando enojado 1	
61. Te haces algo de forma intencional para lastimarte a ti mismo (por ej. cortarte, tomar pastillas, morderte, dañar tu cuerpo).	Más de 8 veces a la semana 10 De 2 a 7 veces a la semana 9 1 vez a la semana 8 1 vez al mes 7 1 vez cada dos meses 6 1 vez cada 6 meses 5 1 vez al año 4 1 vez cada dos años 3 1 vez cada más de dos años..... 2 Nunca me lastimo estando enojado..... 1	

Por favor continúa en la página siguiente →

<i>¿Con qué frecuencia ESTANDO ENOJADO(A)...</i>		
62. Le avientas cosas a alguien	Más de 8 veces a la semana	10
	De 2 a 7 veces a la semana	9
	1 vez a la semana	8
	1 vez al mes	7
	1 vez cada dos meses	6
	1 vez cada 6 meses	5
	1 vez al año	4
	1 vez cada dos años	3
	1 vez cada más de dos años.....	2
	Nunca le aviento cosas a alguien estando enojado..	1
63. Dañas o rompes cosas	Más de 8 veces a la semana	10
	De 2 a 7 veces a la semana	9
	1 vez a la semana	8
	1 vez al mes	7
	1 vez cada dos meses	6
	1 vez cada 6 meses	5
	1 vez al año	4
	1 vez cada dos años	3
	1 vez cada más de dos años.....	2
	Nunca daño ni rompo cosas estando enojado	1

Sección 8. Enseguida se muestra una serie de afirmaciones relacionadas con tu cónyuge. Ante cada afirmación, escoge una de las tres opciones: “me gusta como está pasando”, “me gustaría que pasara de manera algo diferente” y “me gustaría que pasara de manera muy diferente”.

	Me gusta como está pasando	Me gustaría que pasara de manera algo diferente	Me gustaría que pasara de manera muy diferente
1 La puntualidad de mi cónyuge	1	2	3
2 La forma como se organiza mi cónyuge	1	2	3
3 La prioridad que tiene en la vida mi cónyuge	1	2	3
4 La forma como pasa su tiempo libre	1	2	3
5 El tiempo que dedica a sí mismo	1	2	3
6 El cuidado que mi cónyuge le tiene a su salud	1	2	3
7 El tiempo que pasamos juntos	1	2	3
8 La forma como mi cónyuge trata de solucionar los problemas	1	2	3
9 Las reglas que mi cónyuge hace para que se sigan en casa.	1	2	3

Por favor continúa en la página siguiente →

	Me gusta como está pasando	Me gustaría que pasara de manera algo diferente	Me gustaría que pasara de manera muy diferente
1 El tiempo que mi cónyuge dedica a nuestro matrimonio	1	2	3
2 La frecuencia con que mi cónyuge me dice algo bonito	1	2	3
3 El grado al cual mi cónyuge me atiende	1	2	3
4 La frecuencia con la que mi cónyuge me abraza	1	2	3
5 La atención que mi cónyuge pone en mi apariencia	1	2	3
6 La comunicación con mi cónyuge	1	2	3
7 La conducta de mi cónyuge frente a otras personas	1	2	3
8 La forma como me pide que tengamos relaciones sexuales	1	2	3
9 El tiempo que dedica a mi	1	2	3
10 El interés que mi cónyuge pone en lo que yo hago.	1	2	3

1 La forma como se porta cuando está triste	1	2	3
2 La forma como se comporta cuando está enojado	1	2	3
3 La forma como se comporta cuando está preocupado	1	2	3
4 La forma como se comporta cuando está de mal humor	1	2	3
5 La reacción de mi cónyuge cuando no quiere tener relaciones sexuales	1	2	3

¿Quieres agregar algún comentario?

Mil gracias por tu cooperación.

ANEXO B
CUESTIONARIO DE CRITERIOS DE CONSUMO DE
ALCOHOL

CUESTIONARIO DE CRITERIOS DE CONSUMO DE ALCOHOL

1 ¿Qué tan frecuente toma bebidas alcohólicas?	
Nunca	0
Una vez al mes o menos	1
Dos o cuatro veces al mes	2
Dos o tres veces por semana	3
Cuatro veces o más por semana	4
2 ¿Cuántas copas se toma en un día típico o común de los que bebe?	
1 o 2	0
3 o 4	1
5 o 6	2
7 o 9	3
10 o más	4
3 ¿Qué tan frecuentemente toma 6 o más copas por ocasión?	
Nunca	0
Menos de una vez por mes	1
Mensualmente	2
Semanalmente	3
Diario o casi diario	4

PARA CALIFICAR EL CUESTIONARIO DE CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

Interpretación del cuestionario para bebedores:

De 0 a 3 puntos	Bebe en forma responsable. Recomendación: Hazle ver que bebe de forma adecuada y que no aumente su consumo.
De 4 a 7 puntos	Bebe en forma riesgosa. Recomendación: canalizar a "Centros nueva vida" tel. 01 800 911 2000
8 o más puntos	Dependencia. Recomendación: canalizar a "Centros nueva vida" tel. 01 800 911 2000