Universidad Iberoamericana Puebla

Repositorio Institucional **http://repositorio.iberopuebla.mx**

Psicología Área de Síntesis y Evaluación

Efectos de una intervención cognitivo conductual para el manejo del enojo. Edición 2013

Millares Soria, Claudia Patricia

2013

http://hdl.handle.net/20.500.11777/203

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

Efectos de una Intervención Cognitivo Conductual para el Manejo del Enojo

Claudia Patricia Millares Soria, Daniela Guadalupe Pumarada Gómez,
Montserrat Mena Macari

Universidad Iberoamericana Puebla

Resumen: El objetivo fue evaluar los efectos de una intervención Cognitivo-Conductual en un grupo de adultos con alto enojo-rasgo. Se inscribieron al taller 28 personas (*M* de edad= 33.93) con altos puntajes de enojo (tendencia a molestarse fácilmente). Después de nueve sesiones semanales se comparó el pre-test y el pos-test. Nueve personas asistieron al taller de 8 a 9 sesiones. Estas personas mejoraron significativamente, pues lograron menor contención del enojo (guardar rencores), temperamento (ser enojón), enojo rasgo, etiquetas peyorativas ("estúpido"), depresión, y tuvieron mayor control del enojo interno (relajarse) y externo (ser más paciente). También se evaluó en el pos-test a las personas que asistieron poco, siete sesiones o menos; ellos mejoraron menos a diferencia de los que asistieron al taller completo.
Palabras clave: Enojo, Enojo-rasgo, Intervención, Cognitivo-Conductual, Evaluación.

Planteamiento del problema: Cuando el enojo es intenso, frecuente y se sale de control, puede provocar problemas en la calidad de vida, en la salud (e.g., trastornos cardiovasculares, dolores musculares), en las relaciones interpersonales (e.g., rencor hacia otros), y en conductas (e.g. abuso de sustancias y agresión). Una causa de los problemas de enojo es el inadecuado manejo de esta emoción. Las consecuencias negativas del enojo no sólo afectan a quién lo experimenta, sino también a las personas a su alrededor. En consecuencia, este trabajo se enfocó en detectar a personas con problemas de enojo y brindarles tratamiento para que mejoren su manejo de la emoción.

Pregunta de investigación: ¿Qué efectos tiene una Intervención cognitivo conductual para Manejo del Enojo en: (a) el enojo en sí (pensamientos, síntomas físicos, enojo estado, enojo rasgo, agresividad, control y expresión del enojo), (b) síntomas depresivos, y (c) síntomas de ansiedad.

Objetivo: Evaluar los efectos de un tratamiento cognitivo conductual para el manejo del enojo en: (a) el enojo en sí (pensamientos, síntomas físicos, enojo estado, enojo rasgo, agresividad, control y expresión del enojo), (b) síntomas depresivos, y (c) síntomas de ansiedad.

Justificación: Es importante dar tratamiento del enojo porque dicha emoción puede provocar daños por agresión, disminuir la autoestima y perjudicar las relaciones interpersonales. Aunque existen problemas por el enojo, rara vez se ofrecen tratamientos que cuentan con evidencia de su eficacia. Esta investigación es pertinente a nuestra sociedad porque atendió a personas con problemas de enojo, con base en un tratamiento especializado.

Marco teórico: La base teórica para el trabajo fue el enfoque cognitivo conductual, el cual tiene evidencia de su eficacia para distintos trastornos, incluyendo el tratamiento de problemas de enojo (Deffenbacher & McKay, 2000). El enfoque plantea que los pensamientos, sentimientos y conductas están conectados. En el caso del enojo, los pensamientos influyen mucho para que surja esa emoción. En consecuencia, los cambios en los pensamientos (e.g.,

“Me lo hizo a propósito”) contribuyen a la disminución del enojo. Otro elemento que contribuye a sentir enojo es la tensión física, es decir, una persona tensa es más fácil que se enoje. Por lo tanto, una parte del tratamiento del enojo es enseñar la relajación. Con estas bases, impartimos un taller cognitivo conductual que enseñó a las personas a relajarse y a pensar de forma diferente (reestructuración cognitiva) para hacer interpretaciones más realistas.

Otra base del enfoque cognitivo conductual es la realización de tareas de autoayuda, lo cual indica que el enfoque fomenta la creación de habilidades para aumentar la autonomía. Hacer la tarea produce mejora en las personas. En consecuencia, el taller incluirá tareas constantes, durante las nueve sesiones del tratamiento. Las tareas consistirán en hacer diarios de las situaciones que causan enojo, registrar la frecuencia en que se practica la relajación, buscar pensamientos más adaptativos o realistas frente a situaciones de enojo, y hacer uso de las habilidades en la vida diaria. Finalmente, como el enojo, la conducta y los pensamientos están conectados, se espera que por medio de aumentar el control del enojo también mejoren las conductas (por ejemplo ser más paciente) y disminuya la frecuencia e intensidad del enojo.

Método

Participantes: Fueron 28 personas (6 varones y 22 mujeres) de entre 19 y 67 años (*M* = 33.93) que cubrieron los siguientes criterios de inclusión: Altos puntajes de enojo-rasgo (tendencia a molestarse fácilmente), reconocer sus problemas de enojo, que éste causa daño e interés en disminuir sus enojos. Los participantes informaron tener problemas de enojo por mucho tiempo, durante los últimos 4 a 40 años (*M*=18.06).

Instrumentos:

Inventario Multicultural Latinoamericano de la Expresión de la Cólera y la hostilidad (ML-STAXI): El inventario fue creado por Moscoso & Spielberger (1999) y validado en población Mexicana por Alcázar, Deffenbacher y Byrne (2011). El ML-STAXI mide: enojo rasgo (tendencia a disgustarse fácilmente), enojo estado (disgusto transitorio), expresión del enojo (enojo contenido o guardar rencores, y enojo externo o mostrar a otros que uno está enojado), y control del enojo externo (ser paciente) y control interno (intentos por calmarse a través de relajación).

Escala de Pensamientos de Enojo: Validad por Alcázar, Deffenbacher, Hernández-Guzmán y De la Chaussée (2012). Mide la frecuencia en que se presentan pensamientos asociados al enojo: etiquetas peyorativas (“estúpido”), pensamientos de venganza (“Me las va a pagar”) y pensamientos de control (“Me voy a calmar”).

Escala de síntomas físicos de enojo: Indica la frecuencia de síntomas físicos cuando hay enojo (Ramírez, 2012). Tiene cuatro subescalas: (a) tensión (e.g., en hombros), (b) dolor físico (e.g., de cabeza), (c) agitación respiratoria y cardiaca, y (d) ganas de llorar.

Escala de expresión y control del enojo. Mide la frecuencia en que se emiten conductas cuando la persona está enojada (Zárate, 2012). Tiene cuatro subescalas: (a) agresión física, (b) comunicación recíproca (“comprender al otro”), (c) guardar el enojo mediante rechazar a los demás y (d) conductas de riesgo e impulsividad.

Las opciones de respuesta de todos los instrumentos usados fueron: 1=Casi siempre, 2= Algunas veces, 3= Frecuentemente, y 4=Casi siempre.

Procedimiento: Se hizo un poster con el título de “Talleres de Control del Enojo” que se difundió impreso y en redes sociales. Asistieron 44 personas a la entrevista de selección de las cuales 28 cubrieron los criterios de inclusión. El taller duró nueve sesiones de dos horas; una sesión a la semana. Se enseñó habilidades de relajación y reestructuración cognitiva (ver las situaciones de forma más realista). Los participantes practicaron las habilidades en la sesión y luego en la vida diaria.

Resultados

Esta sección tiene tres partes: (1) Los efectos del taller en quienes tomaron las sesiones completas, (2) Características de quienes asistieron a pocas sesiones, y (3) Los beneficios del tratamiento cuando se asiste a todas las sesiones versus asistir pocas sesiones.

Efectos del taller completo. Como el objetivo fue evaluar los resultados de la intervención, exponemos en qué se beneficiaron las personas que tomaron el taller completo (*n* = 9). “Taller completo” significa asistir a 8-9 sesiones. Más adelante mostramos los resultados con quienes asistieron a siete sesiones o menos.

Los participantes que tomaron el taller completo cambiaron en varios aspectos. En la comparación pretest y postest algunos cambios fueron significativos, pero otros no. Las siguientes variables disminuyeron significativamente: depresión, contención del enojo con respecto a otras personas (e.g., mirar con odio a quien hizo enojar), temperamento (e.g., ser enojón), enojo rasgo (e.g., tendencia a molestarse fácilmente), enojo contenido (i.e., guardar rencores) y etiquetas peyorativas (i.e., insultos como “idiota”); y aumentó significativamente el control externo (e.g., guardar la paciencia) y el control interno (e.g., relajarse).

Las variables sin cambios significativos fueron las siguientes: impulsividad, sentir enojo transitoriamente, deseo de mostrar enojo, enojo estado, reacción de enojo, expresión externa, ideas de venganza, pensamientos de autocontrol, tensión física, frecuencia cardiaca, deseo de llorar, dolor físico y ansiedad.

Los resultados indican que quienes toman el taller completo, de 8-9 sesiones se benefician en varios aspectos asociados al enojo, incluyendo disminución de los síntomas depresivos.

Características de quienes asisten a pocas sesiones. Hubo deserción durante el taller; sólo nueve personas concluyeron 8-9 sesiones. En consecuencia, buscamos si había diferencias entre los que concluyen y no concluyen el tratamiento. Para ello construimos tres grupos: personas que asistieron de 1 a 4 sesiones (grupo 1, n= 11), los que asistieron de 5 a 7 sesiones (grupo 2, n= 8), y los que asistieron de 8 a 9 sesiones (grupo 3, n= 9). Comparamos a los tres grupos con respecto a lo que respondieron en el pretest. Como resultado, comparadas con las personas que concluyeron el tratamiento (grupo 3), las personas que asistieron a pocas sesiones (grupo 1 y 2) tuvieron en el pretest: mayor impulsividad, más síntomas físicos asociados al enojo (palpitaciones, llanto, dolor físico) y mayor ansiedad.

Beneficios del tratamiento cuando se asiste a todas las sesiones. Como unas personas terminaron el tratamiento y otras no, entonces nos preguntamos quiénes se benefician más: los que terminan o los que no. La respuesta aporta evidencia del grado de utilidad del taller. En comparación con los que asisten poco (grupo 1 y 2), los que asistieron al taller completo (grupo 3) disminuyeron significativamente en agresión, enojo contenido, pensamientos de venganza y etiquetas peyorativas.

Discusión

Esta investigación evaluó un tratamiento cognitivo conductual del enojo. Como resultado, las personas que tomaron el taller completo (8-9 sesiones) tuvieron menor: depresión, contención del enojo con respecto a otras personas, temperamento, enojo rasgo, enojo contenido (guardar rencores) y etiquetas peyorativas (e.g., “idiota”). También aumentó el control interno (relajarse) y externo (mayor paciencia). Los resultados sugieren un efecto positivo de la intervención.

Estos resultados muestran que estadísticamente hubo mejora. En un sentido no estadístico, sino cualitativo, los participantes informaron al final del taller que su vida mejoró, podían decir las cosas sin enojarse, las relaciones con la familia mejoraron y las amistades se retomaron.

En otras variables no hubo cambios estadísticamente significativos. La agresividad y la impulsividad no variaron en la comparación pretest-postest. Los puntajes en estas escalas quizá fueron bajos desde el pretest, por lo cual no podían disminuir más. Lo mismo sucedió con los síntomas de ansiedad, los cuales no disminuyeron significativamente. Los síntomas físicos asociados al enojo tampoco disminuyeron. Esto puede explicarse porque en las sesiones se enseñan habilidades para hacer conscientes a los participantes sobre sus reacciones físicas. En consecuencia, las personas al final del taller pudieron notar en mayor grado sus síntomas físicos asociados al enojo. Quizá el aumento de conciencia de los propios problemas (e.g., síntomas físicos asociados al enojo) se relaciona con involucrarse en mayor medida con el tratamiento del enojo y con permanecer en el taller.

Comparados con las personas que tomaron el taller incompleto, las que lo tomaron completo tuvieron mejores resultados. Esto es, a más sesiones, mayor control del enojo. Quizá la mejora se deba a la práctica por medio de las tareas para casa, y al aprendizaje de las habilidades en la sesiones. Los resultados fortalecen al modelo cognitivo conductual, por medio de aportar evidencia de su efectividad.

Esta investigación es distinta de otras que se han realizado en México en el tratamiento del enojo. Otros estudios (Ramírez, 2012; Sasía, 2011) no eligieron a personas con alto enojo rasgo, ni evaluaron la impulsividad. Nuestros resultados sugieren que personas con alto enojo pueden beneficiarse de la ayuda psicoterapéutica, desde el enfoque cognitivo conductual.

Un elemento para evaluar las intervenciones es probar su efectividad en el largo plazo. Aunque el taller concluyó en Abril de 2013, las autoras de este trabajo realizarán con los participantes un seguimiento al mes y al año después de que concluyó el taller. Esto aportará evidencia adicional de los efectos de la intervención.

Conclusión: El taller cognitivo conductual tuvo efectos favorables en el manejo del enojo, lo cual se observó en quienes tomaron el taller completo. Esto se reflejó en menor depresión, enojo contenido hacia los demás, temperamento, enojo rasgo y etiquetas peyorativas; y en el aumento del control interno y externo del enojo.

Referencias

Alcázar, R. Deffenbacher, J. y Byrne, Z.S. (2011). Assessing the factor structure of the anger expression inventory(ML-STAXI) in a mexican sample. *Internartional Journal of psychology and psychological therapy,11*, 307-318

Alcázar-Olán, R.J., Deffenbacher J.L., Hernández-Guzmán, L. Chaussée-Acuña, M.E. (2012). The angry thoughts scale: initial development in a mexican sample. Manuscrito enviado a publicación.

Deffenbacher, J. & McKay, M. (2000). *Overcoming Situational and General Anger.* Oakland, EU: New Harbinger.

López, B., Rodríguez, E., Vázquez, F., Alcázar R. (2012). Intervención Cognitivo Conductual para el Manejo de la Ira. *Revista Mexicana de Psicología, 29*, 97 – 104.

Moscoso, M.S. & Spielberger, C.D. (1999). Evaluación de la experiencia, expresión y control de la cólera en latinoamérica. *Revista Psicología Contemporánea, 6*, 4-13.

Ramírez, S. (2012). Construcción de un instrumento para medir síntomas físicos del enojo. Manuscrito no publicado.

Sasía, A. (2011). *Efecto de un tratamiento cognitivo conductual para el enojo y la percepción de los familiares con respecto a los cambios*. Tesis de maestría no publicada, Universidad Iberoamericana Puebla.

Zárate, K. (2012). Construcción de un instrumento para medir expresión conductual del enojo. Manuscrito en preparación.