Universidad Iberoamericana Puebla

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

Maestría en Psicología Clínica y Psicoterapia Tesis

Motivos de la inasistencia y asistencia al tratamiento del control del enojo

Godoy Tormo, María José

2019

https://hdl.handle.net/20.500.11777/4266

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

UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA PUEBLA

Estudio con Reconocimiento de Validez Oficial por Decreto Presidencial del 3 de abril de 1981

Motivos de la Inasistencia y Asistencia al Tratamiento del Control del Enojo

DIRECTOR DEL TRABAJO

DR. RAÚL JOSÉ ALCÁZAR OLÁN

ELABORACIÓN DE UN ARTÍCULO PARA PUBLICACIÓN EN REVISTA ARBITRADA

que para obtener el Grado de

MAESTRÍA EN PSICOTERAPIA

Presenta

María José Godoy Tormo

Puebla, Pue. 2019

Fundamentos de la acción profesional en **desarrollo humano**

INSTITUTO DE PSICOLOGÍA Y EDUCACIÓN

ISBN 978-607-8156-92-4

9 786078 156924 >

Fundamentos de la acción profesional en **desarrollo humano**

Fundamentos de la acción profesional en desarrollo humano

María del Pilar González Flores
Luis Rey Yedra
Laura Oliva Zárate
Elsa Angélica Rivera Vargas
Graciela Patricia Mendoza Pérez
COMPILADORES

Instituto de Psicología y Educación
Universidad Veracruzana
2018

Fundamentos de la acción profesional en desarrollo humano

María del Pilar González Flores
Luis Rey Yedra
Laura Oliva Zárate
Elsa Angélica Rivera Vargas
Graciela Patricia Mendoza Pérez
COMPILADORES

Instituto de Psicología y Educación
de la Universidad Veracruzana
Septiembre de 2018

ISBN: 978-607-8156-92-4

Impreso en México

Índice

Presentación 9

I

La investigación y la acción profesional al servicio de las personas

Más allá de la Psicoterapia: Atención a las urgencias psicológicas en contextos desfavorecidos 13
Marcia Alves Tassinari

De la situación de víctima a constituirse en sujeto 21
Ma. de Lourdes Almada Mireles

Aportes de los Coloquios Mexicanos de Investigación en Desarrollo Humano 30
Alberto S. Segrera Miranda

La investigación: un reto para los Promotores del Desarrollo Humano 36
Luis Rey Yedra
María del Pilar González Flores

II

Los resultados de investigación en desarrollo humano fundamentan la acción profesional

El sentido de vida en estudiantes de psicología de una universidad pública 43
Deyanira Aguilar Pizano
Martha María Medellín Fontes
IreriYunuen Vázquez García

El sentido del sufrimiento ante una situación límite en estudiantes de Agrobiología 48
Deyanira Aguilar Pizano
Martha María Medellín Fontes
Yolanda Elena García Martínez

El aprendizaje autogestivo en entornos mediados por la tecnología: Un abordaje desde el Desarrollo Humano 53
María Isabel Caldú Zatarain

El autoconcepto y el sistema de creencias en adultos mayores de Iztapalapa: puente a la autoestima y el autocuidado 60
Doris Domínguez Zermeño

Desarrollo de habilidades empáticas y asertivas en adolescentes 67
Ithzel Liliana Fernández Montaño
Tamara Melina Villar Zepeda

Experiencia de Desarrollo Humano en Psicología Médica 72
Eli Alejandra Garcimarrero Espino
Jorge Vásquez Odi

Motivos de la Inasistencia y Asistencia al Tratamiento del Control del Enojo 77
María José Godoy
María Fernanda Gómez Ríos
Lisbeth Ziannith Peralta
Isabel Rodríguez Ipiña
Raúl José Alcázar Olán

Maestría en Educación y Desarrollo Humano Holístico. Una experiencia a distancia 84
Ana María González Garza

Papel de la psicoterapia humanista en la reinserción social: estudios de caso 90
Araceli Guerrero Hernández
María Inés Gómez del Campo del Paso
Belem Medina Pacheco

Historias de Vida de éxito en Educación Media Superior: Desarrollo Humano y Educación 95
Martha Patricia Gutiérrez Tapia

Retorno a una vida sin violencia: de la atención psicológica grupal centrada en la persona a la prevención del problema 102
Cynthia Hernández Sánchez

Las tres actitudes básicas en la atención psicológica a una persona diagnosticada con autismo: Estudio de caso 108
Cynthia Hernández Sánchez
Rubí Cristal Soto Vásquez

Recuperación de información académica para los alumnos de la Maestría en Desarrollo Humano 114
María Concepción Herrera Solís

Motivos de la Inasistencia y Asistencia al Tratamiento del Control del Enojo

María José Godoy [1]
María Fernanda Gómez Ríos [2]
Lisbeth Ziannith Peralta [3]
Isabel Rodríguez Ipiña [4]
Raúl José Alcázar Olán [5]

Resumen

Esta investigación detectó los motivos de inasistencia y asistencia al tratamiento de control del enojo problemático. Los participantes fueron 40 personas con problemas de ira, quienes tomaron un tratamiento de 10 sesiones (una por semana). Como resultado, con base en el número de sesiones que asistieron, se dividió a los participantes en tres grupos: a) alta asistencia (asistir 7-10 sesiones, *n* = 21), b) asistencia regular (asistir 4-6 sesiones, *n* = 7) y c) asistencia baja (asistir 0-3 sesiones, *n* = 12). Las personas de asistencia baja y regular faltaron a las sesiones por motivos extrínsecos, por ejemplo, razones laborales, situaciones familiares, tareas y exámenes. Los motivos para tener alta asistencia fueron de tipo intrínseco, por ejemplo, enojarse menos y entender mejor esta emoción. Se encontró que los participantes de asistencia baja son percibidos por otros como individuos que no cumplen su palabra, a diferencia de quienes tuvieron alta asistencia.

Palabras clave: Enojo, depresión, ansiedad

Introducción

El enojo es una emoción que varía en intensidad desde la leve molestia hasta la más intensa furia (Spielberger y Reheiser, 2009). El enojo problemático consiste en reaccionar de manera iracunda ante la menor provocación, de manera crónica, lo cual se refleja en enojos frecuentes, intensos y duraderos. Como resultado, el enojo problemático daña al individuo y a sus relaciones interpersonales.

Existen tratamientos para trastornos depresivos y de ansiedad. Sin embargo, el tratamiento de problemas de enojo es menos conocido, pero existen pruebas clínicas que apuntan a caminos efectivos para ayudar a las personas a manejar y disminuir su enojo. Deffenbacher y McKay (2000) desarrollaron un tratamiento cognitivo conductual, el cual busca disminuir la reactividad iracunda y cambiar patrones de comportamiento. El tratamiento se basa en otros estudios (Beck y Fernández, 1998; Edmondson y Conger, 1996) que apoyan fuertemente la terapia cognitivo conductual para el tratamiento del enojo.

Una amenaza ante cualquier tratamiento psicológico y su éxito es que los pacientes dejen de asistir a las sesiones. Iniciar un tratamiento y no completarlo tiene la desventaja de que los problemas persisten, con sus respectivos daños a la persona y a sus relaciones. El problema del abandono es frecuente. Según estudios meta-analíticos (Swift & Greenber, 2012; Wierszbicki & Pekarik, 1993), del 20% al 47% de los pacientes abandonan el tratamiento. Hasta ahora, no parece haber un único predictor que ayude a detectar quiénes abandonarán de forma temprana el tratamiento (Salmoiraghi y Sambhi, 2010).

Uno de los motivos para no completar el tratamiento es el compromiso personal. Esto se traduce en que quizás no todas las personas están preparadas para involucrarse con la disminución del enojo. En particular, algunos individuos no están dispuestos a ponerse en contacto con experiencias privadas

1 Universidad Iberoamericana Puebla, Departamento de Ciencias de la Salud, mariajose.godoyt@gmail.com
2 Universidad Iberoamericana Puebla, Departamento de Ciencias de la Salud, f-ergr@hotmail.com
3 Universidad Iberoamericana Puebla, Departamento de Ciencias de la Salud, lziannith.pp@gmail.com
4 Universidad Iberoamericana Puebla, Departamento de Ciencias de la Salud, isa.ipinha@gmail.com
5 Universidad Iberoamericana Puebla, Departamento de Ciencias de la Salud, raul.alcazar@iberopuebla.mx

particulares (i.e., sensaciones corporales, emociones, pensamientos, recuerdos y predisposiciones conductuales), a lo cual se le denomina *evitación experiencial* (Ferro, 2000). Para este trabajo, se parte del supuesto de que otras personas allegadas (amigos o familiares) tienen alguna idea del compromiso que una persona está dispuesta a adquirir. Es válido suponer que las personas que cumplen más con su palabra asistirán a más sesiones, a diferencia de quienes cumplen menos su palabra, quienes asistirían a un menor número de sesiones.

Otro de los factores que se ha asociado a la inasistencia es la edad de los participantes. En este sentido, se encontró que los jóvenes tienen mayor probabilidad de dejar el tratamiento psicológico. Por ejemplo, en la revisión de Baekeland y Lundwall (1975) se encontró que en 16 de 51 estudios la edad del paciente fue importante para permanecer en el tratamiento. Comentan que es más probable que el paciente joven abandone. Es posible que la causa de esto sea la movilidad geográfica de los jóvenes, la ausencia de una familia nuclear y los lazos comunitarios que establezcan obligaciones. En cambio, los participantes de mayor edad mantienen proyectos más estables a nivel familiar y laboral.

Por otro lado, el aspecto contrario a la inasistencia es la asistencia, la cual ha sido menos estudiada. Las personas que completan un tratamiento ameritan estudiarse para entender qué características tienen, las cuales pueden ayudar a detectar a los individuos que podrían asistir a una psicoterapia completa. En un estudio realizado por Alcázar, Merckel, Toscano, Barrera y Proal (2018), se encontró que la motivación principal para seguir asistiendo era el deseo de querer cambiar y darse cuenta de que el tratamiento servía.

Acudir a un tratamiento psicológico implica, idealmente, asistir a todas las sesiones. Sin embargo, algunas personas se ausentan, mientras que otras logran completarlo. A nivel nacional, los pacientes acuden a consulta psicológica sólo tres sesiones en promedio (Fleiz, 2003), lo cual es insuficiente para beneficiarse del tratamiento. Como resultado, se mantiene la problemática en la persona y en sus relaciones con los demás. Estos antecedentes llevan a plantear la siguiente pregunta de investigación: ¿cuáles son los motivos que informan los pacientes para dejar de asistir, o bien, para completar el tratamiento del control del enojo?

En consecuencia, esta investigación tuvo los siguientes objetivos. Primero, con respecto a las personas que dejan de asistir al tratamiento, detectar cuáles son sus motivos para ausentarse. Segundo, con las personas que toman el tratamiento completo, averiguar qué les motivó a concluirlo. Tercero, investigar la relación entre la edad de los participantes y la asistencia a las sesiones.

Método

Participantes

Se inscribieron 40 participantes (22 mujeres y 18 hombres) al tratamiento del enojo problemático. La edad promedio fue de 34.66 años (*DT*= 9.63) en un rango de 22 a 61 años. Cumplieron con los siguientes criterios de inclusión: tener edad de 18 años o más, admitir que su enojo causa daños a sí mismos o a otras personas, querer disminuir sus problemas de enojo y tener puntaje de 23 o más en la escala de Enojo Rasgo (Alcázar, Deffenbacher y Byrne, 2011). Dicho puntaje indica pertenencia al cuartil superior en la escala de Ira Rasgo, lo cual es un estándar en la detección de personas con problemas de enojo (DiGiuseppe y Tafrate, 2003). Sobre el estado civil, 23 eran solteros, 12 casados y 5 divorciados. Los participantes refirieron que han tenido problemas de enojo en promedio durante los últimos 14.39 años (*DT*= 10.3).

Instrumentos

Preguntas sobre Inasistencia. Se indagaron los motivos de inasistencia por medio de dos modalidades. Primero, aquellas personas que faltaban a una sesión, pero regresaban a la siguiente, tenían la oportu-

nidad de plasmar su razón de ausencia en un cuestionario. Segundo, a quienes nunca volvieron a presentarse, se les preguntó el motivo por llamada telefónica, mensaje o bien correo electrónico.

Preguntas sobre Permanencia. Se indagaron los motivos de permanencia en el tratamiento, los cuales se evaluaron en la novena sesión. Los participantes respondieron por escrito a la pregunta: Una vez iniciado el tratamiento, ¿qué te motivó a permanecer en él?

Compromiso Personal. El compromiso personal se midió con base en lo que los demás pensaban sobre los participantes. Se hicieron dos preguntas, las cuales iniciaban con la frase "La mayoría de la gente que me conoce, piensa de mí que yo acostumbro…". La primera pregunta aludió a cumplir con la palabra, con opciones que estuvieron en un rango desde *"siempre cumplo mi palabra"* hasta el extremo de *"nunca cumplo mi palabra".* La segunda pregunta fue sobre cumplir con lo que uno se propone y las opciones de respuesta estuvieron en un rango desde *"siempre cumplo lo que me propongo"* hasta el extremo de *"nunca cumplo lo que me propongo"*. La opción de *Siempre* se calificó con valor de 1 y la opción de *Nunca* con valor de 5. Mayor puntaje indicó mayor incumplimiento.

Satisfacción con el tratamiento. Con base en el contenido que se impartió en el taller, se crearon ocho preguntas para indagar el grado satisfacción de los participantes al terminar el tratamiento. Se les preguntó de 0 al 10 que tan satisfechos estaban con: 1) los resultados del tratamiento, 2) los objetivos del taller, 3) las técnicas de relajación, 4) las técnicas de reestructuración cognitiva, 4) las técnicas de inoculación, 5) el tema de derechos asertivos y 6) el tema de disco rayado. Mayor puntaje indicó mayor satisfacción.

Procedimiento

Este trabajo fue aprobado por la Dirección de Investigación y Posgrado de la Universidad Iberoamericana Puebla. En primera instancia se elaboró un nuevo diseño de cartel con el título de "Taller de control del enojo". El cartel incluyó las preguntas: ¿te enojas fácilmente?, ¿tienes problemas porque tu enojo se sale de control?, ¿tus enojos causan daño?, tus enojos son intensos y frecuentes?, ¿quieres disminuir tus enojos?, ¿eres mayor de 18 años? y ¿estás dispuesto a hacer una hora de tarea diaria para controlar tu enojo? Luego, aparecía la frase: si respondes que sí a las preguntas, te invitamos a inscribirte a este taller. Las personas que acudieron a inscribirse fueron 40, quienes cumplieron con los criterios de inclusión. Todos firmaron una carta de consentimiento, la cual indicaba la duración del tratamiento y que implicaba el compromiso de asistir a todas las sesiones.

Las primeras cinco sesiones se basaron en el manual de tratamiento del enojo de Deffenbacher y McKay (2000). La sesión uno consistió en establecer la relación de trabajo con el terapeuta, trazar metas y comprender los detonantes del enojo. La sesión dos y tres fueron de habilidades de relajación. La sesión cuatro consistió en aprender sobre la reestructuración cognitiva, específicamente, el modelo ABC de las emociones. La sesión cinco fue sobre inoculación, en la cual las personas recordaron un suceso de enojo y usaron la relajación para calmarse. La sexta sesión fue sobre derechos asertivos (Smith, 1983). La sesión siete consistió en entrenar la habilidad de realizar peticiones asertivas y el establecimiento de límites (McKay y Rogers, 2000). La octava sesión se brindaron diversas herramientas para tratar con las críticas (Smith, 1983). La sesión nueve fue sobre el entrenamiento en habilidades sociales (Goldstein, Soprafkin y Gershaw, 2001). La sesión diez fue el cierre y resumen sobre las mejores estrategias contra el enojo (Deffenbacher y McKay, 2000).

Durante el transcurso del tratamiento se contactó por mensajes de texto a las personas que habían faltado a alguna de las sesiones, para conocer el motivo de su inasistencia. De la misma manera, si uno de los participantes regresaba a la siguiente sesión, en esa sesión se le preguntaba la razón de su inasistencia. Una vez finalizado el tratamiento del control del enojo, se aplicó el postest y el cuestionario de satisfacción con el tratamiento, el cual incluyó la pregunta sobre los motivos de haber permanecido en el taller.

Resultados

A lo largo del tratamiento, unas personas fueron a más sesiones que otras (Tabla 1). En función de las sesiones que asistieron, se les dividió en tres grupos: personas de asistencia baja (fueron de 0 a 3 sesiones), asistencia regular (fueron de 4 a 6 sesiones) y asistencia alta (fueron entre 7 y 10 sesiones).

Tabla 1. Tipo de asistencia y número de participantes

Número de sesiones que asistieron	Número de personas	Tipo de asistencia
0	2	Baja *(n = 12)*
1	7	
2	1	
3	2	
4	2	Regular
5	2	
6	3	
7	4	Alta *(n = 21)*
8	4	
9	7	
10	6	
Total	40	40

Al preguntar a los participantes sobre sus motivos para ausentarse, dieron respuestas a partir de las cuales se establecieron las siguientes categorías: motivos laborales (p.e., cambio de horario de trabajo, salir del país, aumento de carga de trabajo), salud física (visita al médico, dolores de cabeza, enfermedad), personales (problemas interpersonales, viajes y salidas, cumpleaños), familiares (familiar internado), académicos (tareas) y otros (tráfico, lluvia, día feriado, no quiere escuchar quejas). En la Tabla 2 se puede observar el número de participantes de acuerdo con las sesiones que se ausentaron, así como los motivos que manifestaron. Debido a que una misma persona expresó varios motivos para faltar a diferentes sesiones, en la mayoría de los casos la frecuencia de motivos es mayor al número de participantes.

Los motivos de ausencia más frecuentes (Tabla 2) fueron los laborales, los cuales se mencionaron 17 ocasiones. Esto fue seguido por motivos personales (10 ocasiones), otros motivos (10) y motivos de salud (7). Los motivos de menor frecuencia fueron académicos (2) y familiares (1).

Tabla 2. Número de sesiones que se ausentaron los participantes y motivos de su inasistencia

Sesiones que se ausentaron	Número de participantes	Frecuencia en que se mencionaron los siguientes motivos					
		Laborales	Personales	Salud	Académicos	Familiares	Otros
10	2	1	1	0	0	0	1
9	7	4	0	1	1	0	2
8	1	1	0	0	0	0	0
7	2	1	1	0	0	0	1
6	2	1	2	1	0	1	0
5	2	1	0	0	1	0	1
4	3	2	2	1	0	0	2
3	4	2	1	1	0	0	1
2	3	1	1	2	0	0	1
1	7	3	2	1	0	0	1
Total	33	17	10	7	2	1	10

En cuanto a los motivos para tener alta asistencia, los participantes informaron que se mantuvieron en el taller por motivaciones internas, específicamente, al darse cuenta de que sus enojos disminuían, entendían lo que les estaba pasando, querían evitar daños y desgaste en la salud física, querían controlar el enojo y mejorar como personas. También informaron motivaciones externas para seguir en el taller: los temas y herramientas les resultaron interesantes y se dieron cuenta de que otros tenían problemas similares.

Los motivos de alta asistencia se clasificaron con base en el contenido de respuestas y según las categorías creadas por Alcázar et al. (2018). Estas categorías son: 1) Resultados alcanzados con el tratamiento, es decir, logros o ganancias en la vida personal y en el manejo de la ira; 2) Logro de metas internas, es decir, alcanzar metas intrínsecas con relación a las expectativas del tratamiento, 3) Aspectos externos, es decir, lo agradable del tratamiento pero que no refleja específicamente resultados positivos y 4) Otros, donde se incluyeron las respuestas que no entraban en las tres categorías anteriores. Como resultado, se encontró que los motivos principales para seguir en el taller fueron los resultados alcanzados con el tratamiento.

Tabla 3. Motivos de los participantes de alta asistencia para permanecer en el tratamiento

Tipos de motivos	Ejemplos en palabras de los participantes
Resultados alcanzados con el tratamiento	▪ Fui descubriendo las causas posibles de mi enojo, pero desde una perspectiva argumentada, es decir me enganchó poder estudiar y aprender sobre el enojo. ▪ La claridad sobre el tema del enojo y la ayuda que fue para mi entenderlo. ▪ Las herramientas que brindaban y el escuchar a personas que se sienten de formar similar a mí. ▪ El ir viendo un avance. Ver y escuchar comentarios positivos de mis compañeros del trabajo (que es donde más explotaba). ▪ La idea de una nueva perspectiva, un mejor entendimiento de lo que pasa en mi subconsciente y cómo evitar gastar mi salud innecesariamente. ▪ Las ganancias de poder continuar aprendiendo técnicas para controlar mi enojo. ▪ Abordaban los temas de manera interesante y después ver que mi enojo disminuía. ▪ El que mis enojos fueran cada vez menos, el ver el trasfondo de mi enojo, reconocer que casi el 80% de mis enojos es porque no sabía mis derechos asertivos.
Logros de metas internas	▪ El pensar que me ayudaría. ▪ El empezar a reconocer las actitudes que tenía y haber modificado mi conducta con lo que aprendíamos en el curso. ▪ Me siento con avances, me ha ayudado mucho. ▪ El deseo de aprender y mejorar como persona.
Aspectos externos	▪ Los grandes resultados en tan poco tiempo. ▪ La experiencia de mis compañeros y los temas que manejaban las instructoras. ▪ Me agradaron los instructores del taller. ▪ Ha sido interesante.

Además, se encontró que los participantes estuvieron satisfechos con el taller, independientemente de tener asistencia regular o alta (Tabla 4).

Tabla 4. Satisfacción con los resultados del taller en asistencia regular y alta

Satisfacción con...	Asistencia Regular		Asistencia Alta			
	Media	*DE*	Media	*DE*	*t*	*p*
Los resultados del tratamiento	10.00	0.0	9.50	.80	1.05	.303
Los objetivos del taller	9.66	0.57	9.69	0.55	-.06	.946
Las técnicas de relajación	10.00	0.0	9.47	0.69	1.27	.215
Las técnicas de reestructuración cognitiva	10.0	0.0	9.73	0.62	0.58	.568
Las técnicas de inoculación	10.0	0.0	9.30	0.95	0.70	.490
El tema de derechos asertivos	9.50	0.70	9.73	0.43	-.71	.485
El tema del disco rayado	10.0	0.0	9.57	0.81	0.72	.479

Con respecto a la evaluación sobre el Compromiso Personal, en el que mayor puntaje representa mayor incumplimiento, se encontró que las personas de asistencia baja son percibidas como más incumplidas en su palabra ($M = 2.08$, $DE = .90$) y con lo que se proponen ($M = 2.17$, $DE = .57$) a diferencia de quienes asistieron a más sesiones ($M = 1.52$ y 1.86, $DE = .60$ y .57, respectivamente). La diferencia fue estadísticamente significativa con respecto a cumplir su palabra, $t = 2.14$, $p < .05$, no así en cuanto a cumplir lo que se proponen, $t = 1.48$, $p > .05$.

Se analizó la edad de los participantes con respecto a la inasistencia. Se encontró que el grupo de asistencia baja y regular, tienen menor edad ($M = 28.33$ y 35.57, $DE = 5.86$ y 5.91, respectivamente) que el

grupo de asistencia alta (*M* = 38.35, *DE* = 10.70). Esto sugiere que mayor edad se asocia con mayor asistencia, $F = 4.93$, $p < .05$.

Conclusiones

Se encontró que los motivos para asistir se asocian con alta motivación interna (controlar el enojo, notar cambios, mayor autocomprensión). Por el contrario, los resultados muestran que los motivos para faltar a las sesiones tienen que ver con aspectos externos (el trabajo o tareas). No se encontraron quejas explícitas acerca del taller, su contenido u objetivos, lo cual hace suponer que el taller en sí no es el motivo de inasistencia. Por el contrario, el contenido del taller favoreció la asistencia; así lo informaron quienes completaron el tratamiento, lo cual coincide con otra investigación (Alcázar et al., 2018). La evaluación positiva del taller, por parte de los participantes, se ve confirmada por su nivel de satisfacción con respecto a los objetivos y contenido del taller, debido a que tanto participantes de regular y alta asistencia manifestaron un alto grado de satisfacción.

De acuerdo con la evaluación sobre el Compromiso Personal, se observó que el grupo de asistencia baja obtuvo puntajes más altos, por lo que se percibían como más incumplidos en su palabra y con lo que se proponen, en oposición con el grupo de alta asistencia. El resultado sugiere que existen motivos internos (autodeterminación y deseo de cumplir con las metas personales y del taller), los cuales contribuyen a asistir a un mayor número de sesiones.

Siguiendo la línea del Compromiso Personal, es posible que la deserción se derive de un fenómeno mencionado con anterioridad, llamado Evitación experiencial (Ferro, 2000), que lleva a las personas a evitar contactar con la emoción, sentimiento o pensamiento que les causa alguna problemática, lo cual genera una ausencia de compromiso al tratamiento.

En relación con la edad, se puede deducir que entre más jóvenes sean los participantes, es más probable que asistan a un menor número de sesiones, mientras que a mayor edad hay mayor probabilidad de que se mantengan adheridos al tratamiento. Es probable que esto se deba a que los participantes más jóvenes mantienen diversos compromisos y proyectos que puedan verse afectados por el tiempo invertido en un taller que no posee prioridad en sus planes. Por otro lado, los participantes de mayor edad mantienen proyectos más sólidos a nivel familiar y laboral, por lo que su permanencia en el taller puede ser sustentada por el interés de mantener un desarrollo más saludable dentro de los ámbitos en que se desenvuelven.

Referencias

Alcázar, R. J., Deffenbacher, J. L. & Byrne, B. (2011). Assessing the factor structure of the anger expression inventory (ML-STAXI) in a Mexican sample. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy, 11,* 307-318.

Alcázar, R. J., Merckel, N., Toscano, D., Muñoz, O. & Proal, M. F. (2018). Adherencia al tratamiento y efectividad de un programa cognitivo conductual sobre la rumiación y expresión de la ira. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. *23,* 13-23.

Baekeland, F. & Lundwall, L. (1975). Dropping out of treatment: A critical Review. *Psychological Bulletin,* 82, 738-783.

Beck, R. & Fernandez, E. (1998). Cognitive-behavioral therapy in the treatment of anger: A meta-analysis. *Cognitive Therapy and Research, 22,* 63-74. http://dx.doi.org/10.1023/A:1018763902991

Deffenbacher, J. L. & McKay, M. (2000). *Overcoming situational and general anger: A protocol for the treatment of anger based on relaxation, cognitive restructuring, and coping skills training (therapist protocol)*. Oakland, CA: New Harbinger.

DiGiuseppe, R. & Tafrate, R. C. (2003). Anger treatment for adults: A meta-analytic review. *Clinical Psychology: Science and Practice, 10,* 70-84. http://dx.doi.org/ 10.1093/clipsy.10.1.70

Ferro, R (2000). Aplicación de la terapia de aceptación y compromiso en un ejemplo de evitación experiencial*. Psicothema, 12,* 445-450.

Fleiz, C. (2003). *Los servicios de salud mental: ¿Quiénes reciben tratamiento, de qué tipo y cuánto tardan en recibirlo?* Exposición oral en el Congreso Mexicano de Psicología. Ciudad de Campeche, México.

Goldstein, A. P., Soprafkin, R. P. & Gershaw, N. J. (2001) *Sé lo que anda mal, pero no sé qué hacer.* México: Editorial Diana.

McKay, M & Rogers, P. (2000). *The anger control workbook.* Oakland, CA: New Harbinger Publications.

Salmoiraghi, A. & Sambhi, R. (2010). Early termination of cognitive-behavioural interventions: Literature review. *The Psychiatrist, 34,* 529-532.

Smith, M. J. (1983). *Cuando digo no, me siento culpable.* México: Grijalbo.

Spielberger, C., D. & Reheiser, E. C. (2009). Assessment of emotions: Anxiety, anger, depression, and curiosity. *Applied Psychology: Health and Well-being, 1,* 271-302. http://dx.doi.org/10.1111/j.1758-0854.2009.01017.x

Swift, J. K., & Greenberg, R. P. (2012). Premature discontinuation in adult psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 80,* 547-559. http://dx.doi.org/10.1037/a0028226