

Intervención cognitivo conductual para el manejo de la ira

López Blanco, Betsabé

2015-05-21

<http://hdl.handle.net/20.500.11777/986>

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

INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL PARA EL MANEJO DE LA IRA

COGNITIVE BEHAVIORAL INTERVENTION FOR ANGER MANAGEMENT

BETSABÉ LÓPEZ BLANCO,* EDITH RODRÍGUEZ GARCÍA, FERNANDO VÁZQUEZ PINEDA
Universidad Nacional Autónoma de México

RAÚL J. ALCÁZAR
Universidad Iberoamericana Puebla

Resumen: El manejo inadecuado de la ira se relaciona con el deterioro de las relaciones interpersonales, aumento de malestar subjetivo y desarrollo de enfermedades crónico-degenerativas. El propósito de esta investigación fue desarrollar, implementar y evaluar un tratamiento cognitivo-conductual en adultos con ira leve y moderada para reducir y prevenir manifestaciones disfuncionales de la ira. Se siguió un diseño cuasi-experimental de caso único de línea base múltiple demorada a nivel de conducta. Participaron 9 adultos, quienes al final del tratamiento mostraron disminución de la frecuencia de episodios de enojo y de la conducta agresiva verbal y física, lo que se relaciona con la mejora en la calidad de vida y fortalecimiento de las redes sociales.

Palabras clave: Agresividad, ira, modificación de la conducta, reestructuración cognitiva, psicoterapia, relajación, tratamiento.

Abstract: Dysfunctional anger management is related to damage in interpersonal relationships, decreasing in subjective welfare and development of chronic illness. The goal of this study was to develop, implement and evaluate a cognitive behavioral treatment in adults with both mild and moderate anger in order to reduce and prevent dysfunctional anger expressions. A single case quasi experimental design with multiple baseline was used. Nine adults participated. At the end of treatment they reduced the frequency of anger episodes and the frequency of verbal and aggressive behaviors; this result was related to a better quality of life and the strengthening of social relationships.

Key words: Aggressiveness, anger, behavior modification, cognitive restructuring, psychotherapy, relaxation, treatment.

Las emociones son importantes para la supervivencia del ser humano porque le permiten adaptarse a las condiciones cambiantes del medio. De acuerdo con algunas investigaciones (Ekman & Oster, 1979; Plutchik, 2002), existen emociones básicas –alegría, miedo, tristeza, sorpresa e ira– necesarias para enfrentar diferentes situaciones. Las emociones son funcionales o disfuncionales a partir de su intensidad, duración, frecuencia y expresión (Plutchik, 1987). Así, podemos encontrar personas que pueden experimentar de manera leve o intensa la ira ante distintas situaciones. La expresión de la emoción permite enfrentar las situaciones, siendo adaptativa en la medida en que las consecuencias sean positivas: Establecer límites, defenderse y/o escapar ante un ataque (Novaco, 1976, 1978). Sin embargo, se ha encontrado que el manejo in-

adecuado de la ira es un factor de riesgo que se relaciona con el desarrollo de enfermedades cardiovasculares y digestivas, la manifestación de conductas agresivas con el deterioro de las relaciones interpersonales y accidentes, y con la experiencia de sentimientos de culpa y tristeza al percibirse incapaz de controlarla (Fernández-Abascal & Palmero, 1999; Harburg, Blakelock & Roeper, 1979; Larkin & Zayfert, 2004; McKay, Rogers & McKay, 1991; Sanford & Rowatt, 2004). La ira es una emoción que se asocia con factores cognitivos específicos, excitación fisiológica y expresión conductual, los cuales se manifiestan en el entorno, donde se ven reforzados o castigados. Estos factores ocurren simultáneamente, de tal manera que a menudo se experimentan como un solo fenómeno (Deffenbacher, 1999).

* Dirigir correspondencia a Betsabé López Blanco (betsalb@yahoo.com.mx), Calle 3 Casimiro del Valle Super Manzana 5 Manzana 24 Lote 24, UH Vicente Guerrero, Iztapalapa, CP 09200.

De acuerdo con la Encuesta sobre Violencia Intrafamiliar (ENVIF) de 1999, realizada por el INEGI, de los 4.3 millones de hogares del área metropolitana de la Ciudad de México, uno de cada tres –que involucra a 5.8 millones de habitantes– sufre algún tipo de violencia intrafamiliar. En las familias donde se detectó maltrato emocional, se presentaron gritos (86%), ira fuerte (41%) e insultos (26%). A pesar de estas cifras elevadas, sólo solicitaron ayuda 14 familias de cada 100 (14%). Las consecuencias negativas relacionadas con la expresión disfuncional de la ira tienen un gran impacto en la estructura social y económica de nuestro país. Sin embargo, en México, son escasos los tratamientos psicológicos estandarizados enfocados en el manejo de la ira en población adulta. En la literatura, hay apoyo empírico sobre la efectividad para manejar la ira mediante la aplicación de tratamientos con enfoque cognitivo-conductual. Las estrategias que se utilizan con mayor frecuencia para abordar este problema son: Relajación, entrenamiento en habilidades sociales en asertividad y reestructuración cognitiva (Beck & Fernández, 1998; Del Vecchio & O'Leary, 2004; Tafrate, 1995).

El propósito del presente trabajo fue desarrollar, implementar y evaluar un tratamiento de carácter cognitivo-conductual para entrenar a pacientes adultos con diagnóstico de ira leve y moderada en el desarrollo de habilidades cognitivas y conductuales que le permitan expresar de manera funcional la ira y disminuir la frecuencia de los episodios, síntomas fisiológicos y conductas disfuncionales, con el fin de reducir y prevenir un deterioro en las diferentes áreas de vida de la persona y aminorar los costos en salud pública.

MÉTODO

Participantes

Participaron en la investigación 17 adultos de consulta externa del Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila" de la Facultad de Psicología de la UNAM. Los participantes se seleccionaron mediante una entrevista conductual y la aplicación de instrumentos psicométricos. Sólo se aceptaron adultos de entre 18 y 40 años, con ira leve y moderada de acuerdo con la evaluación de admisión. Era necesario que el participante informara malestar significativo en alguna de las áreas de su vida debido a la ira (familia, amigos, pareja, trabajo o escuela) y que en la entrevista de diagnóstico se identificara como conducta meta la ira. Los que cumplieron con los requisitos anteriores recibieron un consentimiento informado para participar en el proyecto de investigación.

Instrumentos

Para evaluar a los participantes se usaron el formato de entrevista cognitivo-conductual, pruebas psicométricas y

autorregistros que miden los factores relacionados con el episodio de ira y su manifestación conductual. Las pruebas psicométricas utilizadas fueron:

- **Inventario Estado Rasgo de la Expresión del Enojo Para Adolescentes Mexicanos (IEREEM; Vázquez, 1994).** Este inventario se empleó para medir el estado, rasgo y expresión del enojo en adolescentes a partir de la traducción y validación realizada por Vázquez del instrumento State-Trait Anger Expression Inventory (STAXI) de Spielberger (1988). El instrumento se aplica de manera individual y contiene 53 reactivos que se evalúan en una escala tipo Likert de 4 puntos: "Absolutamente no" (1), "Algo" (2), "Moderadamente" (3) y "Mucho" (4). Los reactivos se distribuyen en las siguientes subescalas: Enojo/Estado, Enojo/Rasgo, Control de Enojo, Enojo/Afuera y Enojo/Adentro. Tiene validez de constructo, que se obtuvo en México por medio de análisis de componentes principales con rotación varimax. Los índices de confiabilidad oscilan entre .49 y .87 (Vázquez, 1994).
- **Inventario Multicultural Latinoamericano de la Expresión de la Cólera y la Hostilidad (ML-STAXI).** Se creó con la finalidad de evaluar la experiencia, expresión y control de la ira en la población adulta latinoamericana a partir de la adaptación y validación realizada por Moscoso (2000) del instrumento State-Trait Anger Expression Inventory (STAXI) de Spielberger (1988). El instrumento se construyó siguiendo el marco teórico-conceptual de Cólera/Estado, Cólera/Rasgo y Expresión y Control de la ira. Los valores alfa de Cronbach de las subescalas del ML-STAXI están entre .61 y .99 (Moscoso, 2000; Moscoso & Spielberger, 1999).
- **El inventario se aplica de manera individual a personas de 19 años de edad en adelante.** El instrumento consta de 44 reactivos que se evalúan en una escala Likert de 4 puntos: "Casi nunca" (1), "Algunas veces" (2), "Frecuentemente" (3) y "Casi siempre" (4). Los reactivos se distribuyen en las siguientes subescalas: Enojo/Estado, Enojo/Rasgo, Control del Enojo Manifiesto, Control de Enojo Contenido, Enojo Manifiesto, Enojo Contenido Deseo de manifestar enojo.

Diseño experimental

El diseño fue cuasi-experimental de caso único de línea base múltiple demorada a nivel de conducta, con evaluación pretest posttest.

Procedimiento

Para incrementar la confiabilidad de la aplicación del tratamiento entre terapeutas, se elaboró un manual para implementar la intervención cognitivo-conductual en el manejo de la ira en población adulta.

Los participantes que asistieron al Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila" de la Facultad de Psicología de la UNAM se canalizaron al Programa de Atención Psicológica a Enfermos Crónico-Degenerativos

de la maestría en Medicina Conductual, donde fueron sometidos a entrevistas de 30 minutos para obtener una impresión diagnóstica. Al detectar como posible problema la manifestación de la ira, se canalizaron al programa de manejo de ira.

El programa de intervención consistió en 12 sesiones de una hora programadas semanalmente. En la primera sesión, se realizó una entrevista para identificar las variables que parecen mantener la conducta problema de enojo. Después de la entrevista, se informó a los pacientes sobre la naturaleza de la intervención cognitivo-conductual en el manejo de la ira y la confidencialidad de los datos, para que otorgaran su consentimiento informado por escrito antes de participar en la intervención. Por último, se explicó al participante la manera en que registraría su conducta en la hoja de registro llamada análisis funcional de la conducta. En la segunda sesión, se aclararon las dudas relacionadas con la elaboración del registro y se evaluó la ira a nivel estado-rasgo, control y expresión mediante la aplicación de instrumentos psicométricos. La tercera cita tuvo como propósito realizar una sesión de psicoeducación, en la cual se retroalimentó al paciente sobre los resultados obtenidos en la entrevista, registros y pruebas psicométricas para explicar las variables y consecuencias relacionadas con el problema que presentaba. La cuarta y quinta sesión corresponden al entrenamiento en la técnica de respiración profunda con autoinstrucciones. En la sexta y séptima sesión, se llevó a cabo el entrenamiento en habilidades sociales para modificar la expresión disfuncional de la ira. La octava y novena sesión corresponden a la identificación y evaluación sistemática de los pensamientos automáticos

mediante la reestructuración cognitiva, para generar así un pensamiento alternativo, el cual utilizaron los pacientes como autoinstrucción. El seguimiento se llevó a cabo en la décima, onceava y doceava sesión. En la décima sesión, se aplicaron las pruebas psicométricas y cuestionarios sobre la satisfacción con el tratamiento y validez social. En todos los seguimientos se trabajó en la prevención de recaídas y mantenimiento de las habilidades adquiridas a lo largo de las sesiones. El primer seguimiento se hizo a los 15 días de haber finalizado el tratamiento, el segundo a los 30 días y el último a los 60 días.

Resultados

Participaron 17 personas, de las cuales sólo 9 concluyeron el tratamiento: 7 mujeres y 2 hombres. De los 9 participantes, 3 eran casados y 6 solteros. La mediana de edad de los sujetos fue de 25 años, con un mínimo de 18 y un máximo de 35. El nivel de estudios de los participantes fue: 1 de maestría, 5 de licenciatura, 2 de bachillerato y 1 de primaria. Del total de los participantes, 2 (22%) presentaron colitis nerviosa y 1 (11%) gastritis.

De acuerdo con el autoinforme, se notificó frecuencia de ira con una mediana de 7 episodios a la semana, con un mínimo de 4 y un máximo de 13, antes del tratamiento. Al término de la intervención, los episodios se redujeron a 0 por semana, con un mínimo de 0 y un máximo de 1 episodio. Durante el seguimiento, la mediana fue de 2, con un mínimo de 1. Para evaluar la significancia estadística se utilizó la prueba de Friedman, mediante la cual se

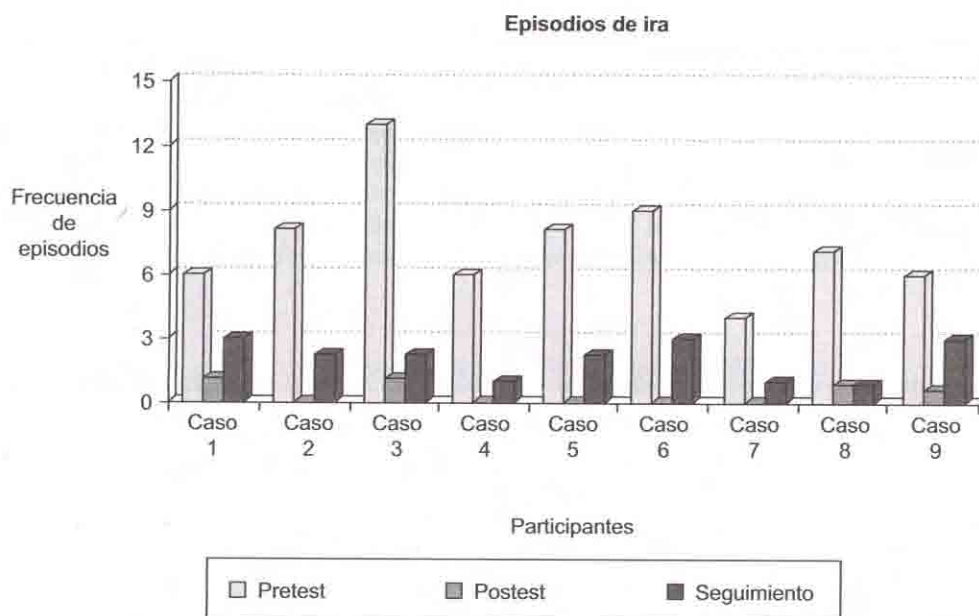


Figura 1. Frecuencia de episodios de ira antes y después del tratamiento, y durante el seguimiento.

encontró una $X^2(9, 2) = 17.54$, con una $p = .00$, es decir, que hubo una disminución estadísticamente significativa de los episodios de ira al finalizar el tratamiento.

Las conductas agresivas que manifestaban al expresar la ira fueron agresión verbal con gritos y ofensas, y agresión física como empujar y golpear. En la Tabla 1, se observa la mediana de la conducta antes y después del tratamiento, y durante el seguimiento.

En los autorregistros, se incluía un apartado del uso de las técnicas psicológicas que preferían los participantes para el manejo de la ira. Al finalizar el tratamiento, todos los participantes utilizaron las herramientas aprendidas. Para evaluar la preferencia de una técnica sobre otra se utilizó la prueba de Friedman, mediante la cual se obtuvo una $X^2(9, 2) = 4.095$, $p = .12$ al finalizar el tratamiento y una $X^2(9, 2) = 5.58$, $p = .27$ durante el seguimiento, lo que indica que no hubo diferencia estadísticamente significativa con respecto a la frecuencia del uso de las técnicas. En la Figura 2, se muestra la frecuencia del uso de las técnicas durante un episodio de ira.

Al finalizar la intervención, los pacientes respondieron un cuestionario con la finalidad de evaluar los cambios percibidos a partir del tratamiento. De acuerdo con los resultados, los nueve participantes (100%) consideran que después de recibir el tratamiento la expresión disfuncional de la ira disminuyó. Informaron que a partir del tratamiento los malestares físicos que presentaban cuando experimentaban ira aminoraron: 1 (11%) menciona que disminuyeron moderadamente, 6 (67%) bastante y 2 (22%) totalmente. Todos los pacientes manifestaron que adquirieron la habilidad para expresar adecuadamente lo que sienten o piensan: 1 (11%) de manera moderada, 6 (67%) bastante y 2 (22%) mucho. Al finalizar el tratamiento, los pacientes notificaron que su relación con la gente más cercana mejoró: 1 (11%) considera que mejoró un poco, 2 (22%) moderadamente, 1 (11%) bastante y 5 (56%) mucho.

Asimismo, las personas cercanas a los participantes informaron acerca de los cambios observados en los participantes: 4 (45%) dijeron que hubo un poco de cambios, 1 (11%) cambios moderados, 2 (22%) bastantes cambios y 2 (22%) muchos cambios. En cuanto a la manera

de expresar las emociones, 1 (11%) de los participantes informó que no mejoró la manera en que las controla; sin embargo, 2 (22%) manifestaron que ha mejorado un poco, 1 (11%) moderadamente, 2 (22%) bastante y 3 (34%) mucho. Todos los informes de familiares indican que hubo una disminución en la frecuencia con la que el participante experimenta ira: 2 (22%) dijeron que ha disminuido un poco, 1 (11%) moderadamente, 5 (56%) bastante y 1 (11%) mucho. Todos los familiares informaron que actualmente han mejorado la relación con el participante: 2 (22%) mencionaron que ha mejorado poco, 2 (22%) moderadamente, 3 (34%) bastante y 2 (22%) mucho. Los familiares reportaron que, después del tratamiento, el participante mejoró en otras áreas de su vida en las que tenía algún problema. Dos (22%) informaron que la mejora ha sido poca, 3 (33%) bastante y 4 (45%) mucha.

En cuanto a las pruebas psicométricas, se comparó la calificación de antes y después del tratamiento por medio de la prueba de Wilcoxon, para el análisis estadístico del Inventario Estado Rasgo de la Expresión del Enojo Para Adolescentes Mexicanos (Vázquez, 1994). A partir de los resultados obtenidos, en la Tabla 2 se observa una diferencia estadísticamente significativa entre la aplicación inicial y la posterior al tratamiento de las subescalas Enojo/Estado, Enojo/Rasgo, Control de enojo y Enojo/Afuera por lo que se puede considerar que la disminución en el puntaje de las subescalas se relaciona con la aplicación del tratamiento cognitivo-conductual, excepto el factor Enojo/Adentro, donde no se observó una diferencia estadísticamente significativa.

Con respecto al Inventario Multicultural Latinoamericano de la Expresión de la Cólera y la Hostilidad (Moscoso, 2000), se aplicó la prueba de Wilcoxon para identificar las diferencias estadísticas entre las subescalas. En la Tabla 3 se muestran los resultados obtenidos.

Los resultados indican que hay una diferencia estadísticamente significativa entre la aplicación inicial y la posterior al tratamiento de las subescalas Enojo/Estado, Enojo/Rasgo, Control de enojo y Enojo/Adentro. De este modo, se puede considerar que la disminución en el puntaje de las subescalas se relaciona con la aplicación del tratamiento cognitivo-conductual, excepto el factor

Tabla 1. Conductas agresivas que se manifestaron al expresar la ira antes y después del tratamiento, y durante el seguimiento

Conducta agresiva	Gritos		Ofensas		Empujones		Golpes	
Número de personas que manifestaron la conducta agresiva	6		6		3		3	
	Md	Rango	Md	Rango	Md	Rango	Md	Rango
Pretest	6.5	2-5	6	5-13	1	1-2	3	2-6
Posttest	0	0-3	0	0-2	0	0	0	0
Seguimiento	0	0-2	0	0-1	0	0	0	0

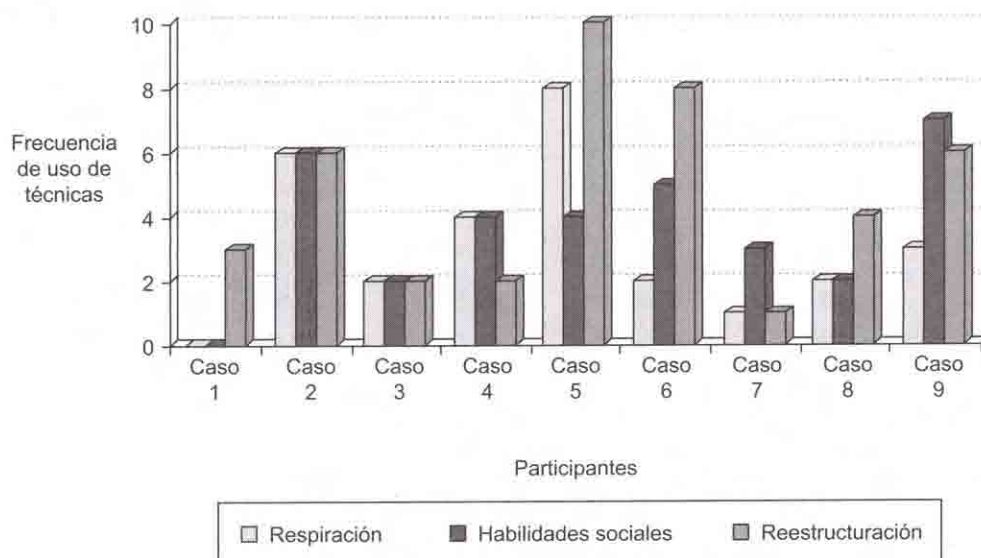


Figura 2. Frecuencia de uso de técnicas cognitivo-conductuales durante el tratamiento y seguimiento.

Enojo/Afuera, que no presenta un valor estadísticamente significativo.

Discusión

El diseño de investigación empleado permitió observar la relación funcional entre el tratamiento y la conducta de ira. Se identificó que la frecuencia de episodios de ira y manifestación de la conducta agresiva verbal y física disminuyó conforme se aplicaban las técnicas de relajación, habilidades sociales y reestructuración cognitiva. En algunos casos, se llegó a la remisión de los síntomas, lo que no significa su extinción, pues la ira es una emoción universal y humana que no desaparece, sólo disminuye o modifica su forma de expresión (Deffenbacher, 1999; Deffenbacher, Oetting, Huff, Cornell, & Dallager, 1996; Ekman & Oster, 1979; Izard, 1989; Tangney et al., 1996).

Estos resultados apoyan los hallazgos de las investigaciones multicomponentes, los cuales se basan en la

suposición de que la combinación de diversas estrategias conducirá a un cambio óptimo para el paciente con problemas para manejar la ira (Beck & Fernandez, 1998; Del Vecchio & O'Leary, 2004; Tafrate, 1995). A pesar de que los resultados justifican el empleo de una intervención cognitivo-conductual multicomponente, resulta un tratamiento costoso, en el sentido de que implica una mayor inversión de tiempo para el entrenamiento de las técnicas, a diferencia de la aplicación aislada de cada componente. En la literatura científica, se ha encontrado que la aplicación individual de las técnicas es igual de efectiva que el tratamiento multicomponente (Beck & Fernandez, 1998; Del Vecchio & O'Leary, 2004; Tafrate, 1995), por lo que a nivel de estudio de caso, sugerimos sólo la aplicación de algunas técnicas, la cual dependerá de la intensidad del problema y de los recursos con que cuente el paciente para manejarlo.

Los datos recabados antes y después del tratamiento permitieron observar que no hay una diferencia estadísticamente significativa en el empleo de las técnicas

Tabla 2. Mediana, suma de rangos, z y nivel de significancia de la prueba de Wilcoxon

Subescalas del IEREEM	Mediana de Rangos negativos	Mediana de Rangos positivos	Suma de Rangos negativos	Suma de Rangos positivos	z	p = <.05
Enojo/Estado	3.00		15.00		-2.03	.042
Enojo/Rasgo	5.00		45.00		-2.67	.008
Control de Enojo		5.00		45.00	-2.67	.008
Enojo/Adentro	5.67	3.67	34.00	11.00	-1.37	.171
Enojo/Afuera	4.50		36.00		-2.54	.011

Tabla 3. Mediana, suma de rangos, z y nivel de significancia de la prueba de Wilcoxon

Subescalas del ML STAXI	Mediana de Rangos negativos	Mediana de Rangos positivos	Suma de Rangos negativos	Suma de Rangos positivos	z	p = <.05
Enojo/Estado	3.00		15.00		-2.03	.042
Enojo/Rasgo	5.50	1.00	44.00	1.00	-2.54	.011
Control de Enojo		5.00		45.00	-2.66	.008
Enojo/Adentro	5.31	2.50	42.50	2.50	-2.39	.017
Enojo/Afuera	6.50	2.50	26.00	10.00	-1.12	.261

de relajación, habilidades sociales y reestructuración cognitiva. De esta manera, consideramos que no hay una preferencia sobre la utilización de las técnicas, es decir, los participantes las utilizan por igual para manejar la ira. De acuerdo con el análisis de inferencia visual de las gráficas, en ciertos casos se empleaba más una técnica que otra. Se supone que su aplicación depende de su practicidad para ser empleada, ya que al implementar un tratamiento multicomponente, se ofrece al paciente la posibilidad de tener acceso a varias estrategias que le permitirán manejar la ira según el contexto en el que se encuentre. El presente trabajo no explora las variables relacionadas con la preferencia sobre el uso de las técnicas, y no cuenta con un mecanismo para predecir el tipo de tratamiento que beneficiará a un caso en particular, por lo que se sugiere un estudio que permita identificar y predecir estos cuestionamientos.

Si se considera que no hay un acuerdo sobre el criterio diagnóstico para identificar clínicamente a los pacientes con déficit en el manejo de la ira, este estudio cuenta con indicadores que permitieron entender el fenómeno de la ira: Los inventarios psicométricos, la entrevista cognitivo-conductual y los autoinformes, y de este modo evaluar la efectividad del tratamiento.

En cuanto a la aplicación posterior al tratamiento de las pruebas psicométricas, se muestran cambios estadísticamente significativos: Disminución en el estado y rasgo de la emoción y aumento significativo en el control de la ira. Sin embargo, en las subescalas de Enojo/Afuera y Enojo/Adentro no hubo el dato de significación consistente de una prueba a otra. Esto puede ser debido a que las subescalas no son sensibles a la identificación detallada de la expresión de la ira.

En la práctica clínica cognitivo-conductual, es necesario obtener información detallada sobre el patrón de conducta del paciente en su medio ambiente, por lo que la utilización de autoinformes permite obtener información empírica sobre las diferencias individuales y criterios de cambio de cada persona antes, durante y después de la intervención, característica a la que no son

sensibles los inventarios psicométricos. De este modo, se encontró que los antecedentes relacionados con la presencia de episodios de ira son más frecuentes en el ámbito familiar (hermanos e hijos), de pareja y laboral. Estos resultados se apoyan en las investigaciones donde se informa que la mayor parte de la ira que experimentan los pacientes ocurre en el contexto interpersonal (Averill, 1983; Deffenbacher et al., 1996; Deffenbacher, Story, Stark, Hogg & Brandon, 1987; Moon & Eisler, 1983; Rimm, Hill, Brown & Stuart, 1974). Por otra parte, se identificó que las consecuencias contingentes al episodio de ira se relacionaban con el deterioro de las relaciones sociales, debido a que las personas se alejaban, criticaban y manifestaban su molestia ante el comportamiento del participante. Asimismo, el paciente experimentaba culpa, tristeza, frustración y preocupación comórbida a la ira.

Al analizar los recursos del tratamiento y la duración de la intervención, se sugiere que el déficit en manejo de la ira puede ser tratado en un tiempo limitado. De esta manera, el desarrollo y aplicación de la intervención adquiere importancia al ofrecer evidencia empírica sobre el manejo de la ira leve y moderada mediante un tratamiento breve para rehabilitar o remitir los síntomas de manera rápida, mejorar la calidad de vida del paciente y reducir los costos en las instituciones de salud pública. Debido a que la aplicación de la intervención se realizó de manera individual, pues se prestaba especial atención a las diferencias individuales de cada paciente, en algunos casos se incrementó el número de sesiones como consecuencia del tiempo de entrenamiento de las técnicas cognitivo-conductuales que depende del nivel de gravedad con el que experimentan y manifiestan la ira. Así, se considera que los participantes que presenten problemas con una intensidad elevada posiblemente requieren de un tratamiento más prolongado; ésta es una interrogante que requiere ser evaluada en futuros trabajos.

Al finalizar el tratamiento, los participantes se mostraron satisfechos con el trabajo realizado a lo largo de la intervención e informaron que las estrategias empleadas les resultaron eficaces para modificar la expresión de conducta agresiva, previniendo así un deterioro mayor

en sus relaciones interpersonales y de salud (Diguseppe & Tafrate, 2001).

Finalmente, se obtuvo información sobre la percepción de personas cercanas al paciente con respecto al manejo de la ira después de aplicar la intervención. Los resultados muestran que percibir una disminución en la frecuencia de episodios de ira y una mayor expresión asertiva de la emoción, lo que sugiere que la intervención cognitivo-conductual para el manejo de la ira en población adulta cuenta con validez social.

REFERENCIAS

- Averill, J. R. (1983). Studies on anger and aggression. Implications for theories of emotion. *American Psychologist*, 38, 1145-1160.
- Beck, R. & Fernandez, E. (1998). Cognitive-behavioral therapy in the treatment of anger: A meta-analysis. *Cognitive therapy and Research*, 22, 63-74.
- Deffenbacher, J. L. (1999). Cognitive-behavioral conceptualization and treatment of anger. *Journal of Clinical Psychology*, 55, 295-309.
- 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., Stark, R. S., Hogg, J. A. & Brandon, A. D. (1987). Cognitive-relaxation and social skills interventions in the treatment of general anger. *Journal of Counseling Psychology*, 34, 171-176.
- Del Vecchio, T. & O'Leary, K. D. (2004). Effectiveness of anger treatments for specific anger problems: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 24, 15-34.
- Diguseppe, R. & Tafrate, R. C. (2001). A comprehensive treatment model for anger disorders. *Psychotherapy*, 38, 262-271.
- Ekman, P. & Oster, H. (1979). Facial Expressions of Emotion. *Annual Review of Psychology*, 30, 527-554.
- Fernández-Abascal, E. G. & Palmero, F. (1999). Ira y hostilidad: Aspectos básicos y de intervención. En E. G. Fernández-Abascal & F. Palmero (Eds.), *Emociones y Salud* (pp. 185-208). Barcelona, España: Ariel Psicología.
- Harburg, E., Blakelock, E. H., & Roeper, P. J. (1979). Resentful and reflective coping with arbitrary authority and blood pressure. *Psychosomatic Medicine*, 41, 189-202.
- Izard, C. E. (1989). *Human Emotions*. New York, EUA: Plenum Press.
- Larkin, K. T. & Zayfert, C. (2004). Anger expression and essential hypertension: Behavioral response to confrontation. *Journal of Psychosomatic Research*, 56(1), 113-118.
- McKay, M., Rogers, P. & McKay, J. (1991). *When anger hurts*. EUA: Kirk Johnson.
- Moon, J. R. & Eisler, R. M. (1983). Anger control: An experimental comparison of three behavioral treatments. *Behavior Therapy*, 14, 493-505.
- Moscoso, M. S. (2000). Estructura Factorial Del Inventario Multicultural Latinoamericano de la Expresión de la Cólera y la Hostilidad. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 32(2), 321-343.
- Moscoso, M. & Spielgerber, C. D. (1999). Evaluación de la experiencia, expresión y control de la cólera en Latinoamérica. *Revista Psicología Contemporánea*, 6(6), 4-13.
- 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 & D. P. Rathjen (Eds.), *Cognitive behavior therapy: Research and application* (pp. 163-173). New York, EE. UU: Plenum Press.
- Plutchik, R. (1987). *Las emociones*. México: Editorial Diana.
- Plutchik, R. (2002). *Emotions and life, Perspectives from Psychology, Biology and Evolution*. EUA: American Psychological Association.
- Rimm, D. C., Hill, G. A. H., Brown, N. N. & Stuart, J. E. (1974). Group-assertive training in treatment of expression of inappropriate anger. *Psychological Reports*, 34, 791-798.
- Sanford, K. & Rowatt, W. C. (2004). When is negative emotion positive for relationships? An investigation of married couples and roommates. *Personal Relationships*, 11(3), 329-354.
- Spielberger, C. D. (1988). *Manual for the state-trait anger expression inventory*. Orlando, FL, EUA: Psychological Assessment Resources.
- Tafrate, R. C. (1995). Evaluation of treatment strategies for adult anger disorders. En H. Kassiove (Ed.), *Anger disorders: Definition, diagnosis, and treatment* (pp. 109-129). Washington, D. C., EUA: Taylor & Francis.
- 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.
- Vázquez, C. G. (1994). *Una escala para medición del enojo en adolescentes*. Tesis de maestría inédita, Facultad de Psicología de la UNAM, México.