

UNIVERSIDAD DE PANAMÁ

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO

MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

TÍTULO

**INTERVENCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL EN UN GRUPO DE PACIENTES
POLICONSUMIDORES INTERNOS EN EL PROGRAMA DE REHABILITACIÓN
DE HOGARES CREA DE CHILIBRE TENDIENTE A MEJORAR EL CONTROL Y
EXPRESIÓN DE LA IRA**

AUTORA

KARLA YOI-LIN UREÑA WONG

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

2010

ST

27 MAR 2012

Obsequio del autor

'2992

Índice General

Formulario de Inscripción	1
Formulario para presentación de proyectos de investigación	2
Dedicatoria	3
Agradecimiento	4
Resumen	5
Introducción	6
Capítulo I	
1 Drogadicción	11
1 1 Drogas en General	11
1 1 1 Definición de drogas	11
1 1 2 Clasificación	12
1 1 2 1 Clasificación jurídica	12
1 1 2 1 1 Legales	12
1 1 2 1 2 Ilegales	12
1 1 2 2 Clasificación según el origen	13
1 1 2 2 1 Naturales	13
1 1 2 2 2 Semi sintéticas	13
1 1 2 2 3 Sintéticas	13
1 1 2 3 Clasificación según el grado de dependencia	14
1 1 2 3 1 Duras	14
1 1 2 3 2 Blandas	14
1 1 2 4 Clasificación según sus efectos	14
1 1 2 4 1 Depresoras	14
1 1 2 4 2 Estimulantes	16
1 1 2 4 3 Alucinógenos	18
1 1 2 4 4 Canabinoides	19
1 1 3 Definición de dependencia	20
1 1 3 1 Dependencia física	21
1 1 3 2 Dependencia psicosocial	21
1 1 3 3 Tolerancia	21

1 1 3 4	Síndrome de abstinencia	21
1 1 4	Proceso de drogodependencia	22
1 1 4 1	Consumo experimental	22
1 1 4 2	Consumo ocasional	22
1 1 4 3	Consumo regular	22
1 1 4 4	Dependencia	22
1 2	La drogadicción una enfermedad	22
1 2 1	Definición	22
1 2 2	Características	23
1 2 2 1	Primaria	23
1 2 2 2	Progresiva	24
1 2 2 3	Crónica	24
1 2 2 4	Corte familiar	25
1 2 2 5	Emocional	26
1 2 2 6	Mortal	27
1 2 3	Etiopatogenia	28
1 2 3 1	Biológico	28
1 2 3 2	Psicológico	30
1 2 3 3	Familiar	31
1 2 3 4	Social	32
1 2 4	Signos y síntomas de los consumidores	33
1 2 4 1	Vestidos	34
1 2 4 2	Costumbre	34
1 2 4 3	Carácter físico y mental	34
1 2 4 4	Útiles	36
1 2 4 5	Problemas sociales	36
1 2 5	Consecuencias	36
1 2 5 1	Salud física	36
1 2 5 2	Salud psíquica	37
1 2 5 3	Espiritual	40
1 2 5 4	Familiar	41

1 2 5 5 Laboral	42
1 2 5 6 Social	43
1 2 5 6 1 Legal	46
1 2 5 6 2 Economía	47
1 3 Alteraciones neuropsicológicas relacionadas con aspectos clínicos en la drogodependencia	47
Capítulo II	
2 La ira la conducta agresiva y el consumo de drogas	51
2 1 Origen y principios de la conducta agresiva	51
2 1 1 Modelos instintivos	51
2 1 1 1 Perspectiva etológica	51
2 1 1 2 Perspectiva sociobiológica	53
2 1 1 3 Aproximación dinámica	55
2 1 2 Modelo biológico	57
2 1 2 1 Modelo neuroquímico	57
2 1 2 2 Modelo neuroendocrino	58
2 1 2 3 Modelo neurobiológico	58
2 1 3 Modelos del Drive-impulso	59
2 1 3 1 Teoría de la excitación transferencia	59
2 1 3 2 Teoría del Síndrome AHA	60
2 1 3 3 Teoría de la frustración agresión	60
2 1 4 Aproximación conductual desde la psicología animal	61
2 1 4 1 Formulación de Berkowitz	62
2 1 5 Aproximación cognitiva	63
2 1 5 1 Aproximación cognitiva neuroasociacionista	63
2 1 5 2 Teoría social cognitiva de Bandura	67
2 1 5 3 Modelo del déficit en el procesamiento de la información	70
2 1 5 4 Modelo de Huesmann	74
2 1 6 Modelos de dinámica familiar y agresión	75
2 1 6 1 Modelo de la coerción de Patterson	76
2 1 6 2 Modelo del desarrollo de la conducta agresiva de Olweus	77

2 1 6 3	Modelo centrado en los hábitos de crianza	78
2 1 6 4	Modelo de apego	78
2 2	Definición de ira	79
2 3	Ira hostilidad y agresión	79
2 3 1	La hostilidad	80
2 3 2	La ira	81
2 3 3	La agresión	83
2 4	Influencia de la ira sobre la salud	84
2 5	Psicobiología de la ira	88
2 6	La drogodependencia problema de ira y agresividad	89
2 6 1	Drogas de abuso agresividad y circuitos cerebrales	91
2 6 1 1	Drogas legales e ilegales y alteraciones en la bioquímica del cerebro	94
2 6 2	La ira en personas drogodependientes	101
Capítulo III		
3	Terapia cognitivo-conductual	103
3 1	Terapia racional emotiva conductual Albert Ellis	106
3 1 1	Principales conceptos teóricos	106
3 1 1 1	Metas y racionalidad	106
3 1 1 2	Cognición y procesos psicológicos	107
3 1 1 3	Énfasis humanístico-filosófico del modelo	107
3 1 2	El modelo A B C del funcionamiento psicológico	107
3 1 3	La naturaleza de la salud y las alteraciones psicológicas	109
3 1 4	Adquisición y mantenimiento de los trastornos psicológicos	114
3 1 5	Teoría del cambio terapéutico	115
3 1 6	Principales técnicas de tratamiento de la terapia racional emotiva conductual	116
3 2	La terapia cognitiva Aaron Beck	119
3 2 1	Principales conceptos teóricos	119
3 2 1 1	Estructura significado y psicopatología	119
3 2 1 2	Cognición	120

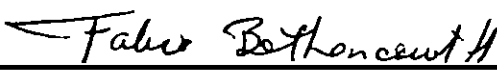
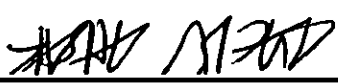
3 2 1 3	Distorsiones cognitivas y pensamientos automáticos	121
3 2 2	Conceptualización de los problemas	124
3 2 3	Aplicaciones prácticas	126
3 2 3 1	Relación terapéutica	126
3 2 3 2	Estrategias de tratamiento	127
3 2 3 3	Técnicas de tratamiento	127
3 3	Semejanzas y diferencias entre la terapia de Ellis y Beck	131
3 4	La terapia racional emotiva conductual y el control de la ira	133
3 4 1	Aspectos racionales e irracionales de la ira	134
3 4 2	Creencias generadoras de ira	136
3 4 3	La ira un problema y un trastorno	140
3 4 3 1	La ira sus mitos y realidades	143
3 4 3 1 1	La ira guardarla o expresarla	145
3 4 3 2	Fuentes comunes de ira	145
3 4 3 3	Objetivos de la ira uno mismo lo demás y el mundo	146
3 4 3 4	Habilidades de afrontamiento cognitivas y de relajación para el control de la ira	148
Capítulo IV		
4	Hogares Crea	159
4 1	Que es Hogares Crea	159
4 2	Trasfondo histórico	159
4 2 1	Reseña histórica del Hogar Crea de Chilibre	160
4 3	Propósito	162
4 4	Objetivos	163
4 5	Orientación para ingresar	164
4 6	Condiciones para ingresar a tratamiento	164
4 7	Servicios que ofrece	164
4 8	Particularidades del tratamiento	165
4 9	Fases del tratamiento	165
4 10	Cooperar con Hogares Crea	167

Capítulo V	
5 Metodología	169
5 1 Planteamiento del problema	169
5 2 Justificación	169
5 3 Preguntas de investigación	170
5 3 Objetivos generales	171
5 4 Objetivos específicos	171
5 6 Hipótesis	171
5 6 1 Hipótesis de investigación	171
5 6 1 1 Hipótesis estadística	172
5 7 Diseño de investigación	173
5 8 Definición de variables	173
5 9 Población y muestra	178
5 9 1 Población	178
5 9 2 Muestra	178
5 10 Criterios de inclusión	179
5 11 Criterios de exclusión	179
5 12 Instrumentos y técnicas de medición	179
5 13 Método de intervención	182
5 14 Procedimiento estadístico	197
5 15 Método para el control y calidad de los datos	198
5 16 Procedimiento para garantizar aspectos éticos en las investigaciones con sujetos humanos	198
Capítulo VI	
6 Análisis de los resultados	200
6 1 Gráficos	204
6 2 Análisis cualitativo	205
6 3 Conceptualización de casos	209
6 3 1 Grupo experimental	209
6 3 1 1 Sujeto # 1	209
6 3 1 2 Sujeto # 2	215

6 3 1 3 Sujeto # 3	220
6 3 1 4 Sujeto # 4	226
6 3 1 5 Sujeto # 5	232
6 3 1 6 Sujeto # 6	237
6 3 2 Grupo control	242
6 3 2 1 Sujeto # 1	242
6 3 2 2 Sujeto # 2	243
6 3 2 3 Sujeto # 3	244
6 3 2 4 Sujeto # 4	245
6 3 2 5 Sujeto # 5	246
6 3 2 6 Sujeto # 6	247
6 3 2 7 Sujeto # 7	248
Conclusión	249
Recomendaciones	251
Bibliografía	252
Anexo	258

UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
VICERRECTORIA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

Programa de Maestría	Psicología Clínica
Facultad de	Psicología
Numero de código	327 14-06-10-86
Nombre del estudiante	Karla Yoi Lin Urefia Wong Ced 8-761 226
Título que aspira	Maestría en Psicología Clínica
Tema de tesis	Intervención cognitivo-conductual en un grupo de pacientes policonsumidores internos en el programa de rehabilitación de Hogares Crea de Chilibre tendiente a mejorar el control y expresión de la ira
Resumen Ejecutivo	Se trata de un diseño de investigación inserto en el marco metodológico propuesto en un <i>Estudio Cuasiexperimental</i> en el que se evaluará la efectividad de una intervención cognitivo-conductual aplicada a pacientes policonsumidores
Nombre del asesor	Mgter Fabio Bethancourt
Firma del asesor	 _____
Firma del estudiante	 _____
Aprobado por	_____ Coordinador del programa
	_____ Director de Postgrado de la Vicerrectoría de Investigación y Postgrado

Fecha _____

UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

FORMULARIO PARA LA PRESENTACIÓN
DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN
CONDUCTENTES A LA TESIS DE GRADO

- 1 Título del proyecto
Intervención cognitivo-conductual en un grupo de pacientes policonsumidores internos en el programa de rehabilitación de Hogares Crea de Chilibre tendiente a mejorar el control y expresión de la ira
- 2 Código
327 14-06 10-86
- 3 Nombre del estudiante
Karla Yoi Lin Urefia Wong
- 4 Especialidad
Maestría en Psicología Clínica
- 5 Duración (estimada en meses)
6 meses
- 6 Fecha de inicio y fecha de terminación
1 de julio al 15 de diciembre de 2010
- 7 Unidad ejecutora del proyecto
Maestría en Psicología Clínica
- 8 Resumen breve
Se trata de un diseño de investigación tipo Cuaslexperimental en el cual se evaluará la efectividad de una intervención cognitivo conductual individual aplicada a pacientes policonsumidores internos en el programa de rehabilitación de Hogares Crea de Chilibre Las personas consumidoras de sustancias psicoactivas presentan problemas asociados de ira y agresividad Los mismos a su vez le acarrearán distintos problemas en su medio familiar social e incluso durante el tiempo que permanezcan en el programa de rehabilitación Si esto ocurre puede incrementar aun más su problema inicial de consumo y/o puede mantenerse en el tiempo por no tener un modo de solucionar los problemas También tanto la ira como la agresividad están asociadas a las recaídas como estados emocionales negativos

**Para Dolores Wong mi madre
por su incondicional apoyo y su motivación
constante Te amo**

Agradecimiento

Primeramente a Dios a mi madre y a Angel por su incondicional apoyo por confiar en mí y por sus constantes si puedes fueron los motores que me impulsaron a seguir

Al profesor Fabio Bethancourt mi mentor mi ejemplo a seguir en motivación constancia y profesionalismo mil gracias

Al profesor Ricardo Monterrey y a Ricardo Turner por su apoyo y sus sugerencias

A mi novio Rolando Quiros por ayudarme a centrar mis ideas y por ser un estímulo en mi vida

Al director y a los muchachos de Hogares Crea de Chilibre por hacer posible este trabajo y motivarme a continuar Como dice una de sus canciones El adicto tiene cura

Resumen

Se trata de un diseño de investigación tipo Cuasiexperimental en el cual se evaluará la efectividad de una intervención cognitivo-conductual individual aplicada a pacientes policonsumidores internos en el programa de rehabilitación de Hogares Crea. Las personas consumidoras de sustancias psicoactivas presentan problemas asociados de ira y agresividad. Los mismos a su vez le acarrearán distintos problemas en su medio familiar, social e incluso durante el tiempo que permanezcan en el programa de rehabilitación. Si esto ocurre puede incrementar aun más su problema inicial de consumo y/o puede mantenerse en el tiempo por no tener un modo de solucionar los problemas. También tanto la ira como la agresividad están asociadas a las recaídas como estados emocionales negativos.

This is a quasi-experimental type of research design which will evaluate the effectiveness of an individual cognitive-behavioral intervention applied to internal polydrug patients in the rehabilitation program Hogares Crea. Those using psychoactive substances associated problems of anger and aggression. They in turn are surrounded by various problems in their family and social environment and even during the time they remain in the rehabilitation program. If this was the case it would increase the initial consumption problem and/or can maintain it through time by not having a way to solve the issue. Also both anger and aggression are associated with relapse such as negative emotional states.

Introducción

La emoción de ira está estrechamente relacionada con la agresividad. La reacción iracunda constante indiscriminada tiene efectos nocivos para la salud (hipertensión, cardiopatías, úlceras gástricas), además destruye relaciones interpersonales, torna las situaciones difíciles aun más complejas e incrementa los niveles de estrés. Las respuestas comunes de ira desadaptativa se evidencian en acciones violentas, destructivas y/o nocivas: agresión (física y/o verbal hacia otros o hacia sí mismo), críticas, sarcasmos o burlas, malhumor, pensamientos nocivos y destructivos, entre otros.

Como se mencionó anteriormente, la emoción de ira está relacionada con la agresividad. Ayala V (2003) cita a Leonor Walker, la cual explica el ciclo de la agresión en tres fases: *Fase de intensificación*, en donde el individuo aumenta la percepción de los eventos ocurridos, hay un incremento del lenguaje interno hostil y los episodios de enojos son más frecuentes e intensos; *fase de explosión*, violencia, agresión verbal, descarga incontrolable de tensión y destrucción en gran escala; y la *fase post-explosión*, problemas legales, expulsión de programas o servicios, costos económicos, pérdida de familias y/o personas significativas, culpa, vergüenza, entre otras.

Los desórdenes de adicción frecuentemente coexisten con la ira y la violencia. Los estudios indican que un alto porcentaje de personas en recuperación han aprendido a esconder su vulnerabilidad a través de expresiones de ira y enojo, lo que acarrea distintos problemas en su medio.

familiar social e incluso durante el tiempo que permanezcan en el programa de rehabilitación además tanto la ira como la agresividad están asociadas a las recaídas como estados emocionales negativos

Generalmente los ciclo de déficit de control de impulsos (ira) en las adicciones desencadena en la búsqueda de la droga lo que lleva al individuo a consumir dicha sustancia obtiene el efecto-recompensa (creando un micromundo placentero) lo que retroalimenta el ciclo anteriormente expuesto y conlleva al consumo de la sustancia adictiva (recaída) Incluso el inadecuado manejo de la ira pueden facilitar la toma de decisiones impulsivas que dañan o destruyen procesos de recuperación difícilmente logrados

Por tales motivos en los Programas de Rehabilitación para adictos a sustancias psicoactivas es de vital importancia una vez pasada la fase de desintoxicación se han controlado los estímulos con respecto al consumo de drogas y se ha producido cierto grado de deshabitación psicológica la necesidad de intervenir en los déficits psicológicos asociados al consumo de drogas entre estos últimos depresión ansiedad ira incapacidad para resolver problemas escasa habilidad social entre otros En varias ocasiones los déficit o alteraciones psicológicas que presentan los sujetos consumidores de sustancias psicoactivas estaban presentes antes de instaurarse la adicción y se agravan a medida que las personas se internan cada vez más en el mundo de las drogas De igual forma en el Programa de Rehabilitación como es el de Hogares Crea es necesario la voluntad y la disposición de seguir normas y procedimientos además de trabajar sobre los defectos de carácter (control de

las emociones como la ira) para lograr una recuperación. Debido a esto y a los motivos expuestos anteriormente surge la importancia de efectuar una intervención psicoterapéutica para el manejo adecuado de dicha emoción.

En el capítulo I drogadicción se da una definición de las drogas la clasificación de las sustancias psicoactivas la drogadicción como enfermedad etiopatogenia las consecuencias del consumo de drogas y las alteraciones neuropsicológicas relacionadas con la drogodependencia. En el capítulo II la ira la conducta agresiva y el consumo de drogas se desarrolla el origen y principios de la conducta agresiva se dan definiciones de la emoción de ira la diferencia entre ira hostilidad y agresión la influencia de la ira sobre la salud la psicobiología de la ira y la drogodependencia problemas de ira y agresividad. En el capítulo III terapia cognitivo-conductual se expone sobre la terapia racional emotiva conductual de Albert Ellis la terapia cognitiva de Aaron Beck semejanzas y diferencias entre la terapia de Ellis y Beck y la terapia racional emotiva conductual y el control de la ira. En el capítulo IV Hogares Crea se explica sobre que es Hogares Crea trasfondo histórico propósito objetivos condiciones para ingresar a tratamiento y las fases de tratamiento de Hogares Crea. En el capítulo V se desglosa la metodología abarcando el planteamiento del problema justificación del estudio preguntas de investigación objetivos generales y específicos hipótesis diseño de investigación definición de variables población y muestra criterios de inclusión y exclusión instrumentos y técnicas de medición método de intervención procedimiento estadístico métodos para el control y calidad de datos y los procedimientos para garantizar aspectos éticos de la investigación con sujetos humanos. Finalizando con el capítulo VI análisis de resultados donde se

explica los resultados del estudio gráficos y conceptualización de casos tanto del grupo experimental como el grupo control

CAPITULO I

DROGADICCION

1 Drogadicción

1 1 Drogas en general

1 1 1 Definición de drogas

Richard D (2003) cita a la OMS Droga es toda sustancia que introducida en el organismo por cualquier vía de administración produce una alteración de algún modo del natural funcionamiento del sistema nervioso central del individuo y es además susceptible de crear dependencia ya sea psicológica física o ambas

Richard D (2003) *Desglosando un poco la definición*

Sustancias Las drogas son sustancias lo que excluye de las drogodependencias conductas tales como ludopatías ver en exceso la televisión videojuegos etc Sin embargo estas conductas son susceptibles de provocar adicción

Todas Tanto las legales como las ilegales de hecho las drogas más consumidas en nuestra sociedad y que causan un mayor número de problemas son el tabaco y el alcohol cuyo uso está permitido

Cualquier vía de administración No especifica la vía pues las drogas pueden ingerirse como por ejemplo el alcohol y los medicamentos o bien se fuman como el tabaco y la marihuana otras pueden administrarse por la vía endovenosa inyectada y algunas también pueden ser aspiradas por la nariz.

Las alteraciones Las alteraciones no ocurren exclusivamente a nivel psicológico o físico sino que también se altera el entorno familiar el ambiente de trabajo de estudio y hasta el sistema de valores y creencias del individuo

En general las drogas son todo tipo de sustancia que altere los parámetros normales de vida del individuo que las consume sean lícitas o no. No necesariamente hay que considerar drogas solo aquellas clasificadas como ilícitas o prohibidas, pues los medicamentos también son drogas adictivas, el alcohol, componentes del tabaco, la nicotina y la cafeína presente en el café, té o refrescos de cola.

1.1.2 Clasificación

Según Adan A y Prat G (2004) existen varias formas de clasificar a las drogas ya que se presentan diferencias notables en los criterios para clasificar los tipos de sustancias atendiendo a su capacidad adictiva, a la acción que ejercen en el organismo, a las respuestas que provocan en el psiquismo, etc.

1.1.2.1 Clasificación jurídica

1.1.2.1.1 Legales

Son aquellas permitidas por ley, las cuales la sociedad las utiliza y no existe prohibición para su consumo, por ejemplo: todos los medicamentos, el alcohol, el tabaco, el café, plantas folclóricas, entre otras.

1.1.2.1.2 Ilegales

Aquellas prohibidas por ley, perjudiciales para el organismo humano, por ejemplo: la pasta base de cocaína, clorhidrato de cocaína, crack, marihuana, hashis, aceite hashis, amapola, opio, heroína, ácido lisérgico, fenclidina, speedball (mezcla de cocaína con heroína), éxtasis, etc.

1 1 2 2 Clasificación según el origen

1 1 2 2 1 Naturales

Son aquellas que se derivan de los tres reinos de la naturaleza animal vegetal y mineral

Reino Vegetal sustancias cuyo constituyentes o principios activos pueden encontrarse en la raíz tallo hojas flores y frutos de las plantas También se denominan drogas crudas o brutas por ejemplo los alcaloides

Reino Animal son aquellas sustancias obtenidas de ciertos órganos (tiroides) de animales hormonas (placenta) los compuestos principales de dichos órganos son los hidratos de carbono grasas y proteínas

Reino Mineral son sustancias purificadas como el azufre el hierro o sus sales el sulfato de magnesio algunos gases (éter etc)

1 1 2 2 2 Semi-sintéticas

Son sustancias obtenidas por síntesis parcial de otras drogas de origen natural son una modificación química de drogas naturales ejemplo la morfina heroína cocaína etc

1 1 2 2 3 Sintéticas

Se obtienen por síntesis total a partir de sustancias sencillas no tienen ninguna relación desde el punto de vista químico con drogas naturales

ejemplo los fármacos o medicamentos como las anfetaminas y barbitúricos etc

1 1 2 3 Clasificación según el grado de dependencia

1 1 2 3 1 Duras

Son aquellas que provocan una dependencia física y psicosocial quiere decir que alteran el comportamiento psíquico y social del adicto por ejemplo el opio y sus derivados el alcohol las anfetaminas y los barbitúricos

1 1 2 3 2 Blandas

Son las que crean exclusivamente una dependencia psicosocial por ejemplo los derivados del cáñamo como el hachís o la marihuana la cocaína el ácido lisérgico más conocido como LSD y el tabaco

1 1 2 4 Clasificación según sus efectos (Richard D 2003)

1 1 2 4 1 Depresoras

Son sustancias que pueden disminuir la función normal del cerebro Existen numerosos depresores del SNC la mayoría de los cuales actúan sobre el cerebro afectando el neurotransmisor ácido gammaaminobutírico (GABA) que funciona disminuyendo la actividad cerebral Aunque las diferentes clases de depresores del SNC trabajan de manera única es a través de su habilidad de aumentar la actividad del GABA que los depresores producen somnolencia o un estado calmante

Entre los efectos disminuye la atención a los estímulos del medio exterior el tiempo de reacción las funciones mentales superiores (atención juicio razonamiento memoria e inteligencia) y el estado de ánimo

Cuando una persona deja de tomarlos la actividad cerebral puede acelerarse fuera de control pudiendo producir convulsiones u otras consecuencias dañinas El síndrome de abstinencia después del uso prolongado de depresores del SNC puede causar complicaciones que ponen en peligro la vida del usuario

Entre estas

1 *Alcohol Etilico (etanol)* sustancia intoxicante contenida en todas las bebidas alcohólicas

2 *Inhalables* sustancia psicoactiva volátil que se aspira por la nariz o boca

- Nitrito de Amilo
- Anestésicos generales gaseosos óxido nitroso vaporosos éter y cloroformo
- Hidrocarburos fluorcarbonos aerosol acetona acetato a base de petróleo gasolina benceno y nafta

3 *Barbitúricos e hipnóticos* en medicina sedantes

- Benzodiazepinas Diazepam Triazolam Temazepam
- No barbitúricos Difenidol Paraldehído Hidrato de Cloral
- Barbitúricos de acción prolongada Mebaral Luminal

- Barbitúncos de acción breve e inmediata Nembutal Seconal Amytal Butisol
- Barbitúncos de acción ultra breve Brevital Pentotal

4 *Opiáceos* (analgésicos narcóticos) suprimen el dolor producen euforia con somnolencia placentera (su potencial adictivo es muy alto)

- Opiáceos naturales derivados del opio Morfina Codeína
- Opiáceos semisintéticos Heroína Percodan Metapan
- Opiáceos sintéticos Demerol Darvon Dolophine
- Antagonistas narcóticos Naloxone Lorazepam Narcan

1 1 2 4 2 Estimulantes

Son una clase de drogas que intensifican la actividad cerebral ocasionan un aumento en la agudeza mental en la atención y en la energía que son acompañados por un alza en la presión arterial y un aumento en la velocidad del corazón y en la respiración

Los estimulantes tienen una estructura química similar a la de una familia clave de neurotransmisores cerebrales llamados monoaminas que incluyen la norepinefrina y la dopamina aumentan la cantidad de estas sustancias químicas en el cerebro esto a su vez aumenta la presión arterial y la velocidad del corazón opone los vasos sanguíneos aumenta la glucosa en la sangre y abre los conductos del sistema respiratorio Además el aumento en la dopamina está asociado con un sentimiento eufórico que puede acompañar al uso de estas drogas

Las consecuencias del abuso de estimulantes pueden ser peligrosas. Cuando se toman dosis altas repetidamente durante un corto período de tiempo se pueden producir sentimientos de hostilidad o de paranoia. Además puede ocasionar que la temperatura del cuerpo suba peligrosamente y causar latidos irregulares del corazón. También existe la posibilidad de un fallo cardiovascular o convulsiones letales.

Entre estos

1 *Cocaína* ingrediente psicoactivo de las hojas de coca

2 *Anfetaminas* componente de medicamentos

- *Benzedrina*
- *Dexedrina*
- *Metilamfetamina*

3 *Cafeína* droga estimulante de mayor difusión en el mundo

- *Café*
- *Té*
- *Refrescos de cola*

4 *Metilfenidato*

5 *Anoréxicos*

6 *Nicotina* alcaloide contenido de las hojas del tabaco

1 1 2 4 3 Alucinógenos

Son cierto tipo de drogas que causan alteraciones profundas en la percepción de la realidad del usuario (alucinaciones). Bajo su influencia las personas ven imágenes, oyen sonidos y sienten sensaciones muy distintas a las propias de la vigilia. Algunos alucinógenos también producen oscilaciones emocionales rápidas e intensas. Sus efectos son muy variables dependiendo tanto de la dosis como de las expectativas del sujeto y el ambiente que le rodea durante la experiencia.

Los alucinógenos producen sus efectos interrumpiendo la interacción de las células nerviosas y el neurotransmisor serotonina. Distribuido por el cerebro y la médula espinal, el sistema de serotonina está involucrado en el control de los sistemas de conducta, percepción y regulación, incluyendo el estado de ánimo, el hambre, la temperatura corporal, el comportamiento sexual, el control muscular y la percepción sensorial.

Entre estos

1 Naturales son derivados de plantas como el peyote, la mezcalina y hongos

- Psilocibina: Sustancia activa de la seta *psilocybermexicana*
- Mezcalina: sustancia que se encuentra en el peyote
- Psilocina

2 Sintéticas

- Ácido lisérgico (LSD)
- Dimetoximetilamfetamina (DOM)

- Dimetiltriptamina (DMT)
- Fenciclidina (PCP) polvo de ángel
- Metilendioxiánfetamina (MDA) droga del amor
- Metilendioxi metanfetamina (MDMA) éxtasis

1 1 2 4 4 Canabinos

La principal sustancia química activa es el delta 9-tetrahidrocanabinol (THC)
 Las membranas de ciertas células nerviosas cerebrales contienen receptores de proteína que se adhieren al THC y se producen una serie de reacciones celulares desencadenando sensaciones placenteras intensificación de los colores y los sonidos percepción de que el tiempo transcurre más lento sequedad en la boca repentinamente aumento del apetito o la sed

Entorpece la coordinación y el equilibrio al adherirse a los receptores en el cerebelo y a los ganglios basales que son las partes del cerebro que regulan el equilibrio la postura la coordinación del movimiento y el tiempo de reacción También produce alteraciones en la memoria de aprendizajes en la integración de experiencias sensoriales como emociones motivaciones y deterioro de los patrones de conducta aprendidos ya que el procesamiento de la información en el hipocampo está reprimido por el THC

La euforia debido al consumo pasa después de un tiempo y entonces el usuario puede sentir sueño o depresión A veces se produce ansiedad temor desconfianza o pánico

Entre estos

- 1 *Manhuana o hierba* son hojas secas y pequeños tallos de *Cannabis Sativa*
Concentración de THC 3% a 5 5%
- 2 *Hashihs o hash* se produce a partir del prensado de la resina de la planta
Concentración de THC de 3 6% pero puede llegar a 20%
- 3 *Aceite de cannabis o aceite de hashis* que se produce al mezclar la resina con disolventes (alcohol acetona etc) El contenido de THC puede llegar a 43%

1 1 3 Definición de dependencia

Según Cid E (2005) la dependencia es el estado del individuo mediante el cual crea y mantiene constantemente un deseo de ingerir alguna sustancia incluso cuando se han desarrollado problemas graves relacionados con su uso

Entre las señales para diagnosticar dependencia

- Uso compulsivo de la sustancia
- Pérdida de control si no se tiene acceso a la misma
- Incapacidad para detenerse una vez iniciado el consumo a pesar de las consecuencias adversas que se puedan presentar
- Negación del problema (minimización)
- Tendencia a la recaída

1 1 3 1 Dependencia Física

Es un estado de adaptación del organismo producido por la administración repetida de una sustancia. Se manifiesta por la aparición de trastornos físicos intensos cuando se interrumpe la administración de la misma.

1 1 3 2 Dependencia psicosocial

Condición en la que se producen sentimientos de satisfacción y un impulso emocional que requiere la administración periódica o continua de la droga para producir placer o evitar malestar.

1 1 3 3 Tolerancia

Es un estado de adaptación caracterizado por la disminución de la respuesta a la misma cantidad de droga o por la necesidad de una dosis mayor para provocar y sentir el mismo efecto.

1 1 3 4 El síndrome de abstinencia

Se produce tras haber una dependencia física y psíquica. En el momento en que falta la droga aparecen todo un conjunto de signos y síntomas de carácter físico y psíquico cuya intensidad y curso temporal van a depender del tipo de droga y otros factores como frecuencia, cantidad y antigüedad del consumo.

1 1 4 Proceso de drogodependencia (Lorenzo P Ladero J M Leza J C y Lizasoain I D 2009)

1 1 4 1 Consumo experimental

Son ensayos que realiza la persona fundados en la curiosidad hacia las drogas sin intención explícita de repetir el consumo

1 1 4 2 Consumo ocasional

La persona conoce la droga sus efectos y escoge los momentos y escenarios más propicios para sentir dichos efectos El consumo todavía es espaciado y poco frecuente

1 1 4 3 Consumo regular

Consumo habitual con continuidad Posición activa frente al consumo

1 1 4 4 Dependencia

Necesidad del consumo es algo prioritario e imperioso en su vida

1 2 La drogadicción una enfermedad

1 2 1 Definición

Segun Lorenzo P et al (2009) la drogodependencia es una enfermedad de carácter biopsicosocial crónica o de larga duración y progresiva se caracteriza por el abuso y la dependencia de sustancias químicas ya sean prescritas por un médico de venta libre cuyos propósitos son diferentes a los indicados en forma o cantidades diferentes a las recomendadas

Produce modificaciones del comportamiento y otras reacciones que comprenden siempre un impulso irreprimible de consumir la sustancia en forma continua o periódica con el fin de experimentar sus efectos psíquicos y a veces para evitar el malestar producido por la privación (síndrome de abstinencia) Ocasiona graves problemas físicos psicológicos familiares laborales y sociales Se debe entender que el adicto seguirá siendo un adicto mientras viva es decir que el individuo se rehabilita para poder vivir sin consumir la droga y de allí en adelante éste será un adicto en remisión no estará usando la droga pero para mantenerse en ese estado de abstinencia o remisión no podrá bajar la guardia

1 2 2 Características (Ramstad S Bell P Kaul J y Alexander W 2004)

1 2 2 1 Primaria

Se le denomina adicción primaria cuando aparece en primer lugar es decir que la adicción a las drogas no aparece después o en consecuencia de algún problema como lo es alguna enfermedad mental o un trauma sufrido durante la niñez

La realidad es que la adicción a las drogas puede padecerla cualquier persona tenga o no tenga enfermedad mental y debe ser tratada primeramente antes que cualquier otro problema emocional o mental y la persona tiene que aceptar que está enfermo y que debe abstenerse de seguir consumiendo droga

1 2 2 2 Progresiva

La adicción es progresiva va de menos a más las cosas van a ir empeorándose cada vez más mientras las personas no se atiendan Algunas personas suponen que el hecho de dejar de consumir por algún tiempo su droga de preferencia alejarse de ellas por semanas o meses se convertirá en el mejor argumento para demostrarse así mismo y a los demás que no tienen ningún problema y que pueden dejar de consumir cuando así lo deseen o se lo propongan La realidad es que en su interior estarán contando las horas y minutos en los que ese plazo finalice para volver a ingerir la droga de forma ilimitada Durante ese periodo de abstinencia el deseo por consumir la droga no disminuyó sino por el contrario se incrementó y toda la energía reprimida en ese deseo se volcará a la hora de usar la droga

1 2 2 3 Crónica

La drogadicción es una enfermedad crónica de larga duración con la posibilidad de recaídas aun después de largos periodos de abstinencia y ocurren en proporciones similares a las reagudizaciones de otras enfermedades crónicas bien definidas como la diabetes la hipertensión y el asma La adicción como enfermedad crónica y recurrente necesita tratamientos repetidos para aumentar los intervalos entre las recaídas y disminuir su intensidad hasta lograr la abstinencia A través de tratamientos individualizados las personas que sufren de la drogadicción pueden recuperarse y llevar vidas productivas es decir es una enfermedad tratable

1 2 2 4 Corte familiar

Los miembros de la familia sufren por la adicción y desarrollan patologías de coadicto y codependiente. Es una condición específica que caracteriza a uno o más integrantes de una familia donde algún miembro desarrolla una enfermedad adictiva.

Está estrechamente relacionada con la drogadicción (es decir con sus etapas) y que se va desarrollando conforme evoluciona ésta. Se puede afirmar que mediante este proceso el codependiente (o los codependientes) en una familia se van haciendo progresivamente en una dirección que supuestamente buscaría limitar la progresión de la enfermedad adictiva pero que paradójicamente tiene más bien un efecto inverso.

El codependiente elabora la fantasía de que a través de sus habilidades podrá controlar el comportamiento del adicto (o por lo menos disimular las consecuencias). Al mismo tiempo asume las funciones y responsabilidades que el adicto ha ido abandonando (por ejemplo asumirá el rol de proveedor en el hogar o de representante de la familia ante el entorno: colegio, colectividad) con lo cual obviamente irá renunciando progresivamente a sus roles habituales y al cuidado de sus propias necesidades.

Otro modo de entender la codependencia es considerar los aspectos de preocupación y dependencia extremos hacia la persona adicta en términos de orientar casi todas las acciones del codependiente hacia el apoyo y/o protección del adicto. Este tipo de comportamiento puede llegar al extremo de conducir a un estado virtualmente patológico (casi la totalidad de la atención

preocupación y concentración están dirigidos hacia la conducta del adicto) que llega a afectar la esfera de las interrelaciones el rendimiento laboral y la actividad psíquica general de quien ostenta esta condición

Finalmente al cabo de cierto tiempo todo lo realizado por el codependiente habrá resultado estéril para controlar el cuadro adictivo lo que propicia el desarrollo de una personalidad con baja autoestima vulnerable a los cuadros de depresión ansiedad o abuso de ansiolíticos

La recuperación de la familia del adicto es necesaria para poder sanar de manera integral todo el daño producido por la adicción en el sistema familiar Pero hay que tener en cuenta que los codependientes también puede sufrir recaídas en su proceso de recuperación Se presentan porque el adicto finalmente está mejor y el codependiente deja de cuidar su recuperación personal otras veces las recaídas son producto del desánimo que resulta de la reincidencia del adicto De todos modos el codependiente es responsable por su propia recuperación y no de la recuperación del adicto Una recaída no debe ser interpretada como fracaso total sino que se debe aprender de ella y retomar el proceso de recuperación lo antes posible

1 2 2 5 Emocional

Quienes la padecen son incapaces de expresar sus verdaderos sentimientos Las drogas encubren el dolor físico y emocional ofreciendo un escape momentáneo e ilusorio de los problemas de la vida Cuando una persona piensa que no es capaz de manejar algún aspecto de la vida real e inicia a consumir drogas piensa que de esta forma podrá confrontar el

problema que no pueden solucionar Y debido al ingesta reiterada el problema que están tratando de resolver se incrementa Inclusive se acrecientan los problemas por el simple hecho de usar drogas

En consumo se vuelve el centro de sus actividades En poco tiempo la persona necesita usar la droga continuamente y hace cualquier cosa para conseguirla y sentir un alivio momentáneo

Su autoestima y su respeto hacia si mismo llegan a niveles muy bajos a una completa confusión Físicamente la persona se siente sin esperanzas de dejar de ser un drogadicto Para esta persona la certeza de dolores corporales y mentales evitan que deje de consumir y le parece imposible abstenerse

1 2 2 6 Mortal

A medida que la persona adicta incrementa el consumo de droga tiene más nesgo de morir por una sobredosis Pero este punto no es el unico que hace mortal a esta enfermedad También puede morir en un accidente vial por ir manejando intoxicado del mismo modo puede perderse la vida en algun pleito a golpes o por lesiones producidas por arma blanca o arma de fuego situaciones que se presentan comunmente cuando las personas se encuentran intoxicadas por las drogas o incluso pueden morir al no ingerir alimentos o líquidos vitales ya que la mayoría de las sustancias adictivas inhiben el hambre y en ocasiones hasta la sed del mismo modo se puede sucumbir sencillamente porque mientras se abusa de las drogas se pierde el sentido de la vida y se llega al suicidio finalmente se puede perecer por la sencilla razón de que a la mayoría de los adictos les resulta muy difícil suspender el consumo y esto

provoca un deterioro progresivo de las funciones vitales del organismo hasta que este deje de funcionar

1 2 3 Etiopatogénia

1 2 3 1 Biológico

La predisposición a la adicción puede ser hereditaria y se debe a la interacción de múltiples genes. Se ha encontrado en varios adictos genes que codifican los receptores de dopamina en el cerebro. Son varios los receptores de dopamina que se han relacionado tentativamente al abuso de las drogas y el alcohol (especialmente D2 y D4). Variaciones hereditarias en estos receptores modifican la eficacia con la que las neuronas procesan dicho neurotransmisor. A consecuencia los científicos especulan acerca de la posibilidad de genes supereficientes transportadores de dopamina que la eliminan de la sinapsis de manera extremadamente rápida e indican que puede ser este un factor que predispondría a algunos individuos a la adicción ya que el mecanismo de acción de las drogas específicamente de las psicoestimulantes es la liberación de dopamina y por ende hay grandes proporciones del neurotransmisor en el espacio sináptico provocando el consumo persistente de la droga para mantener los niveles en el organismo y evitar los síntomas tanto físico como psíquicos producidos por la abstinencia.

Según investigaciones realizadas por la Dra. Julia Patzelt citada en el artículo de Fernández E. (2002) se revela frecuentemente que en los adictos al alcohol y la cocaína el alelo A1 que corresponde al gen receptor de dopamina DRD2 y ausencia del gen receptor de serotonina Htr 1b. Dichos genes junto

con el efecto combinado de otros son los responsables de la adicción de la tolerancia a las sustancias adictivas y de la severidad de los síntomas de abstinencia

Se ha demostrado que gemelos hijos de padre alcohólico o madre alcohólica que posteriormente fueron adoptados por otros adultos. Dichos gemelos viven en hogares distintos y distantes el uno del otro y se encontró que los gemelos también eran alcohólicos a pesar de que cada uno de ellos recibió una educación diferente. Los casos de este tipo que han sido sometidos a estudios ya son muchos en la actualidad y con estos casos los científicos concluyen que el ser alcohólico se hereda. La persona nace con la propensión a convertirse en alcohólica o adicta porque su organismo va a reaccionar de manera diferente al de las demás personas cada vez que tenga contacto con alguna bebida alcohólica o con alguna droga que alteran el estado de ánimo. Se dice que la persona que tenga esta propensión heredada tendrá dificultades severas para detener su consumo de alcohol o de drogas ya que se le presentará una necesidad imperiosa de seguir consumiendo de manera ilimitada y sin control alguno porque su organismo así se lo exige. De esta manera se explica porqué el alcohólico y el adicto a las drogas desarrollan una compulsión a la hora de estar bebiendo o drogándose es decir que no pueden detenerse a pesar de las consecuencias negativas del consumo

1 2 3 2 Psicológico

Segun Lorenzo P et al (2009) entre los factores psicológicos están la presión del grupo de iguales el uso de drogas como escape búsqueda de eufonia o su vertiente autodestructivas enfatiza el severo dolor psíquico que está asociado al consumo de drogas y a la comorbilidad de este uso como psicopatología muchas veces severas

Diferentes adictos seleccionan diferentes drogas dependiendo de su organización específica de personalidad La droga ha sido vista como una prótesis 'farmacológica' de defectos yoicos específicos Los adictos a la heroína parecen buscar los efectos calmantes de opiáceos específicamente superar afectos intolerables tales como la rabia vergüenza y soledad mientras que los que usan anfetaminas buscan el efecto estimulante de estas para provocar un aumento en su autoestima muchas veces baja y también una mayor capacidad de enfrentar su medioambiente la cocaína entre sus efectos estimulantes parece producir un mayor grado de autoestima mayor asertividad tolerancia a la frustración menores sentimientos de aburrimiento y vacío Esto lleva a que muchos sujetos busquen la cocaína para mantener un estilo de vida hiperactivo

La hipótesis de la automedicación explica el rol de la droga en la solución de problemas crónicos en la persona en cuatro áreas de su funcionamiento vida afectiva autoestima relaciones y auto cuidado Los déficit en estas áreas llevan a explicar su vulnerabilidad al efecto de drogas específicas Las drogas

o el alcohol ofrecen un alivio farmacológico rápido frente a emociones extremadamente intensas

1 2 3 3 Familiar

Segun Lorenzo P et al (2009) la familia tiene un rol central en el origen de la drogadicción mediante una actitud permisiva de los padres el consumo de sustancias químicas por parte de estos son dos factores que los estudios muestran una y otra vez que están correlacionados al consumo de drogas específicamente en los adolescentes

El alcoholismo y la adicción a drogas no se manifiesta en cualquier tipo de familia sino solamente en aquellas que tienen ciertas características muy particulares familias donde ha habido suicidios homicidios problemas psiquiátricos bebedores fuertes alcohólicos y drogadictos Además tienen una historia de conductas violentas o problemas mentales senos que pueden facilitar que siga existiendo el alcoholismo o la drogadicción en las siguientes generaciones

Además en la actualidad se habla mucho del papel que juegan las familias en la que alguno de los padres ya no vive en casa (por muerte abandono separación o divorcio) o aquellas denominadas disfuncionales donde los roles de cada uno de sus miembros no están bien definidos y no se cumplen con las funciones básicas

Aun no se ha comprobado con precisión la relación que guarda este tipo de sistemas familiares con la aparición de la adicción pero se puede decir con

seguridad que posibilitan de muchas maneras que el problema crezca y se complique

1 2 3 4 Social

Segun Lorenzo P et al (2009) cuando un individuo busca su propio y personal estilo de ser y de actuar primero trata de imitar a las personas que admira o que se identifica con su comportamiento y después adquiere dichas conductas convirtiéndolas en parte de su personalidad (modelamiento) Este fenómeno es algo natural que se presenta en algunas etapas de la vida sobre todo durante la pubertad y la adolescencia El problema reside en el hecho de querer imitar a alguien que consume alcohol o medicamentos en exceso o algun tipo de droga ilegal

La mayoría de los adictos al alcohol o a las drogas se inició consumiendo bebidas con contenido alcohólico durante su pubertad o adolescencia y bajo la autorización o invitación de alguien de mayor edad (familiar o amigo) al que le pareció que ya era oportuno que la persona inexperta aprendiera a sentir lo que sucede cuando se consume alcohol En nuestra sociedad altamente tecnificada y civilizada parece normal el hecho de que un adolescente demuestre que ya es hombre consumiendo fuertes cantidades de bebidas alcohólicas

Entre los factores socioculturales existen culturas en que el modo de consumo promueve el alcoholismo típicamente entre aquellas en las que se consume de forma episódica y en grandes cantidades

Existen también profesiones de alto riesgo aquellas en que está en mayor contacto con sustancias químicas sea por razones de expendio tráfico o distribución Así como aquellas que tienen situaciones sociales en las que ofrecen alcohol frecuentemente o en aquellas en las que hay poca estructura en los horarios diarios como escritores artistas personas que recorren distancias o lugares con horarios libres

Los medios de comunicación de masas tienen hoy día un rol central en la promoción de conductas dañinas Medios audiovisuales como la televisión pueden fomentar el uso de sustancias químicas sea en forma directa a través de anuncios promocionales o indirecta al mostrar a sus héroes cantantes o actores famosos consumiendo alcohol o tabaco y sugerir que son modelos dignos de ser imitados

1 2 4 Signos y síntomas de los consumidores

Segun Cardona J Carreño P Cervera J García E Mesones H y Polaino A (1993) hay varios síntomas o indicadores del abuso de drogas que pueden ser reconocidos como señales de peligro Se debe aclarar que la presencia de uno o dos de ellos solamente no siempre indica problemas de adicción puede revelar otras causas ya que no es fácil a simple vista reconocer a una persona que esta bajo los efectos de una droga porque se puede confundir con otros estados emocionales

Entre estos

1 2 4 1 Vestido

- Uso de camisas de mangas largas incluso en los días calurosos
- Uso de anteojos oscuros
- Cambios en los hábitos de higiene y alteración de la apanencia personal desaliño y dejadez
- Indumentana hippie oriental estilo punk

1 2 4 2 Costumbres

- Notable caída en el rendimiento laboral o escolar abandono de los estudios
- Pérdida de interés en las actividades que antes le resultaban placenteras como deportes
- Aslamiento del grupo familiar
- Crítica de las normas sociales

1 2 4 3 Carácter físico y mental

- Cambios repentinos de la personalidad como mal humor sin causa aparente
- Falta de motivación incapacidad para cumplir con las responsabilidades
- Actitudes furtivas o impulsivas
- Aumento de la fatga e irritabilidad

- **Alto nivel de distractibilidad**
- **Verborrea**
- **Lenguaje incoherente**
- **Insomnio**
- **Bradipsíquia**
- **Crisis de miedo o temor exagerado**
- **Desorientación alopsíquica**
- **Dificultad para coordinar movimiento**
- **Depresión** mención frecuente del tema del suicidio
- **Falta de expresión en el rostro** monotonía en la voz
- **Aspecto somnoliento o atontado**
- **Alucinaciones auditvas o táctiles**
- **Acentuadas alteraciones en el apetto**
- **Ojos enrojecidos**
- **Nauseas**
- **Excesivo dolor de cabeza**
- **Afecciones bronquiales y otros problemas de salud**
- **Aliento alcohólico**
- **Tos crónica**
- **Congestión en nariz y garganta**
- **Temblores**

1 2 4 4 Utensilios

- Presencia de instrumentos necesarios para el consumo de drogas (parafernalias)
- Restos de ampollas
- Recetas para la adquisición de medicamentos
- Restos de drogas

1 2 4 5 Problemas sociales

- Conductas antisociales como mentir robar ausencias en el trabajo o colegio
- Aumentos de infracciones de tránsito
- Aumento de conflictos y peleas en el seno de la familia

1 2 5 Consecuencias

1 2 5 1 Salud física (Gil Verona J Pastor J y colaboradores 2003)

- Cerebelo es el centro de la mayoría de las funciones involuntarias del cuerpo El abuso severo de drogas daña los nervios que controlan los movimientos motores lo que resulta en pérdida de la coordinación general Los adictos crónicos experimentan temblores y agitación incontrolable
- Corazón El uso de drogas puede producir Síndrome de Muerte Súbita Las dos sustancias que más frecuentemente han causado estas muertes son el tolueno y el gas butano El gas freón interfiere en el ritmo natural

del corazón causando paro cardíaco Los nitratos de amilo y butilo también afectan el ritmo cardíaco

- **Medula Ósea** se ha comprobado que las drogas causan el envenenamiento causando leucemia
- **Nervios Craneales Nervios Ópticos y Acústicos** las drogas atrofian estos nervios causando problemas visuales y pobre coordinación de los ojos Además destruye las células que envían las señales del sonido al cerebro Ello deriva en graves posibilidades de ceguera y sordera
- **Sangre** las drogas bloquean químicamente la capacidad de transportar el oxígeno en la sangre lo que puede resultar en hipoxia y muerte celular
- **Sistema Respiratorio** puede producir asfixia cuando no se desplaza totalmente el oxígeno en los pulmones Además se presentan graves irritaciones en las mucosas nasales y tracto respiratorio

1 2 5 2 Salud psíquica

Según Serrano M I (2002) el adicto al alcohol o a las drogas presentará una disminución notoria en su capacidad

Para prestar atención en algunas situaciones como en el salón de clases o en el trabajo

Tendrá dificultades con la memoria pues llegará a desatender eventos importantes de su vida personal o familiar al grado de olvidar por completo el sistema de valores que le inculcó la familia cuando era niño

Su capacidad para diferenciar entre lo que es bueno y lo que es malo o nocivo se verá seriamente dañada con el paso del tiempo y a medida que aumentan las intoxicaciones

Su lenguaje se vuelve cada vez más pobre respecto a la cantidad de palabras utilizadas y en la calidad de las mismas

Su capacidad para pensar se deteriora notoriamente y sus ideas serán referentes a como conseguir más drogas o alcohol y como provocarse daño o causarlo a los demás o por lo contrario llega a pensar que todo mundo se está confabulando para dañarle o que la vida no tiene sentido alguno

Entre las consecuencias de tipo emocional nos encontramos con que el abuso del alcohol y de drogas produce una baja notoria en la auto-estima del usuario y este efecto en bastantes casos se produce inmediatamente después de realizar el primer consumo se provoca una confusión de sentimientos ya que la persona consumidora muchas veces no sabrá con certeza qué es lo que siente realmente por sus seres queridos prefiriendo negar u olvidar esos sentimientos con el objeto de evitar al máximo esta desagradable confusión

Sus estados de ánimo son muy cambiantes y eso confunde a sus seres queridos además de que se frustra con mucha facilidad cuando las circunstancias no son como quisiera que fueran Para evitar las constantes frustraciones se vuelve una persona hábil para manipular a los demás llegando a mentir con tal de obtener lo que quiere es decir se vuelve una persona inmadura e irracional y esto cada vez resulta más evidente para las personas que le rodean

La actitud típica es la de negar que está consumiendo en exceso las bebidas alcohólicas o las drogas negar que lo que hace le está afectando en su manera de ser de vestir de hablar de estudiar o trabajar es decir emplea la negación como su principal defensa no sólo para no enfrentar su realidad sino también para poder seguir consumiendo y para evitar que las personas que le quieren hagan comentario alguno al respecto Esta actitud al inicio pasiva y aparentemente inofensiva con el paso del tiempo se transforma en una negación activa y hostil ya que el adicto se va a molestar cuando se le quiera hablar sobre el tema no permitiendo el más mínimo comentario al respecto por parte de alguna persona

Va a desarrollar una capacidad especial para resentirse con todos y cada uno de sus seres queridos y esto sucede desde las primeras veces que consume pero con el transcurrir del tiempo se resentirá con todo sea real o irreal humano o Divino material o inmaterial Esto quiere decir que un adicto casi todos los días está de muy mal humor porque siente que todo mundo le ha hecho algún tipo de daño o se lo puede hacer en un futuro próximo y esto le conduce a desconfiar de toda la gente y a buscar culpables para tener una explicación del porqué se ha convertido en un ser tan solitario y de tan difícil trato

Son muy sensibles a las reacciones que los demás tengan respecto a ellos y por lo general los familiares cercanos o amigos prefieren rechazarlos debido a las acciones arriesgadas que emprenden cuando se encuentran intoxicados llegan a pensar que nadie los quiere y desconfían de las personas que le estiman alejándose de ellos porque saben que le van a pedir que abandonen

su consumo irresponsable de alcohol o de drogas. Es por todo esto que el adicto se queja con mucha frecuencia de sentimientos fuertes de soledad pero normalmente esa soledad es un producto de sus propias actitudes irresponsables.

1 2 5 3 Espiritual

Segun Serrano M I (2002) la parte espiritual es la más sensible y afectada en las personas que abusan de las bebidas alcohólicas y de las drogas. Desgraciadamente esta porción de la vida de la persona la espiritual es a la que menos atención se le presta a la hora de hacer una evaluación de los daños ocasionados por el consumo prolongado. Por costumbre tanto el dependiente como sus familiares inmediatamente se preocupan por los efectos físicos o los emocionales. Es indudable que tanto el organismo como la mente de la persona se ven seriamente deteriorados pero la parte espiritual es la primera en sufrir el fuerte impacto del abuso de las bebidas alcohólicas o de las drogas.

La vida espiritual incluye no solamente las creencias de tipo religioso sino todo aquello que sirve a una persona para frenar su impulsividad y que además le da valor y sentido a su vida. Así tenemos como ejemplo los frenos morales y éticos, el sistema de creencias personales y el grupo de valores que la persona ha adquirido tanto mediante la educación familiar como por el aprendizaje en la sociedad y cultura a la que pertenece. El ejercicio de estos valores implica que la persona sea responsable de sus actos y decisiones. Es precisamente todo esto lo que primeramente se debilita cuando la persona entra en relación con cualquier tipo de droga y sucede mediante un sólo y

exclusivo contacto por lo que si se llegan a presentar más intoxicaciones el deterioro de esta parte será cada vez mayor

Esto puede explicar el porque el adicto comete tantos actos de mal juicio y llega a presentarse ante los demás como una persona amoral irresponsable y cínica Lo que realmente sucede es que sus frenos interiores se debilitan cada vez más y a medida que pasa el tiempo va perdiendo su valor como persona llegando a sentir muchas veces que su vida no tiene sentido alguno

1 2 5 4 Familiar

Segun Serrano M I (2002) el hogar donde reside la persona adicta se desorganiza totalmente La confusión es el sentimiento que prevalece en todos los miembros de la familia provocando daños a veces irreparables por la profundidad de los sentimientos que se vieron lesionados

En la mayoría de los casos los familiares intentan cambiar por todos los medios posibles las actitudes destructivas del usuario de las drogas ya que les afecta lo que sucede y les provoca vergüenza que otras personas sean conscientes del problema Frecuentemente adoptan la conducta de negación que no existe el problema y el adicto sigue consumiendo drogas libremente sin hacerse cargo de las consecuencias de sus actos destructivos ya que los miembros de la familia erróneamente adopta las funciones o roles que ha dejado de cumplir el adicto debido al consumo

También hay que señalar que siempre o casi siempre la adicción genera en un hogar la violencia verbal (gntos amenazas groserías) la violencia física (golpes empujones romper objetos) pérdida de objetos valiosos o ropa que el

adicto sustrae de la casa para venderlos y conseguir más alcohol o drogas separaciones de pareja divorcio infidelidades problemas serios en la comunicación maltrato a los hijos abusos de todos tipos etc

Es importante señalar que un adicto manipula a la familia infundiéndoles miedo o terror de tal manera que no se puede hablar ni siquiera sugerir el tema del abuso del alcohol o de las drogas ya que el adicto con frecuencia se enfurece y puede amenazar con intentar suicidarse o irse de la casa quitarles el dinero etc por lo que los familiares optan por el silencio absoluto reprimiendo todos sus sentimientos dudas y frustraciones originándose cuadros depresivos ansiedad lo que conlleva a agravar aun más los problemas familiares

1 2 5 5 Laboral

De acuerdo con el informe anual de la Oficina contra la Droga y el Delito de las Naciones Unidas (UNODC) citado por La Organización Mundial de la Salud de Ginebra (2004) 200 millones de personas en edades productivas de 15 a 64 años equivalente al 5% de la población consumió drogas ilícitas al menos una vez

En la región en la que el consumo de cannabis se encuentra más extendido es en las islas del Pacífico seguida de América del Norte y África Casi dos tercios de los consumidores de anfetamina y metanfetamina en el mundo residen en Asia Asimismo dos tercios de los 14 millones de consumidores de cocaína en el planeta viven en América (Organización Mundial de la Salud de Ginebra 2004)

Segun el Centro Argentino de Prevención laboral de Adicciones (2007) al menos uno de cada tres accidentes que resultan graves en el trabajo están provocados por los efectos del alcohol o las drogas

Cabe destacar que el consumo de drogas por parte de los trabajadores puede generar problemas y severas dificultades laborales

- Aumento en el numero de accidentes del trabajo
- Aumento en los niveles de ausentismo y retrasos
- Conducta arriesgada o inadecuada producida por la falsa seguridad que provocan el consumo de drogas
- Presencia de enfermedades o problemas de salud lo que conlleva ausentismos laborales
- Deterioro de las relaciones interpersonales conflictos cambios del estado de ánimo discusiones frecuentes etc
- Baja en la productividad disminución y/o deterioro del rendimiento laboral así como de la calidad de los servicios y/o productos
- Fallas o errores por decisiones impulsivas por alteración de las destrezas psicomotoras o decisiones estratégicas inadecuadas
- Corrupción conducta irresponsable violencia y/o endeudamiento

1 2 5 6 Social

Segun La Organización Mundial de la Salud de Ginebra (2004) el consumo y la dependencia de sustancias psicoactivas supone una importante carga para las sociedades en todo el mundo El Informe sobre la salud en el Mundo 2002 señaló que el 8 9% de la carga total de morbilidad se debe al consumo de

sustancias psicoactivas Reveló que en el 2000 el tabaco supuso un 4.1% de la carga de morbilidad el alcohol un 4% y las drogas ilícitas un 0.8% Gran parte de la carga de morbilidad atribuible al consumo y a la dependencia de sustancias es el resultado de una amplia gama de problemas sanitarios y sociales entre ellos el VIH/SIDA que en muchos países tiene como principal determinante el consumo de drogas inyectables

Según el informe mundial sobre la situación relativa al alcohol del año 2000 su consumo ha disminuido durante los últimos 20 años en los países desarrollados pero está aumentando en los países en desarrollo especialmente en la Región del Pacífico Occidental y en los países de la Antigua Unión Soviética donde el consumo per cápita de individuos de 15 años o más oscila entre 5 y 9 litros de alcohol puro (Organización Mundial de la Salud de Ginebra 2004)

En cuanto a las sustancias ilícitas los datos de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD) muestran grandes decomisos de cocaína heroína cannabis y estimulantes del tipo de las anfetaminas en diferentes partes del mundo Según las estimaciones de la (ONUDD) hay cerca de 200 millones de personas que consumen alguna sustancia ilícita El cannabis es la sustancia ilícita más consumida seguida de las anfetaminas la cocaína y los opiodes Muestra que el 2.7% de la población mundial total y el 3.9% de las personas de 15 años o más han consumido cannabis al menos una vez entre los años 2000 y 2001 (Organización Mundial de la Salud de Ginebra 2004)

El proyecto realizado por la Organización Mundial de la Salud sobre la carga mundial de morbilidad y lesiones debido al consumo de alcohol tabaco y sustancias ilícitas reveló que el mayor porcentaje de morbilidad mundial se debe a las sustancias lícitas que ilícitas. Entre los diez factores de riesgo principalmente en términos de carga de morbilidad evitable en el año 2000 el tabaco era el cuarto y el alcohol el quinto y siguen estando ambas en las listas previstas para los años 2010 y 2020 (Organización Mundial de la Salud de Ginebra 2004)

En cuanto al consumo de sustancias inyectables y VIH/SIDA el porcentaje mundial de adultos afectados que adquirieron el virus a través de la inyección de sustancias psicoactivas es del 5% (Organización Mundial de la Salud de Ginebra 2004)

Tocando otro punto en cuanto a la repercusión de la adicción a nivel social es cuando una persona adicta muy intoxicada se convierte en una amenaza pública. Los individuos que se encuentran cerca corren algunos riesgos graves entre ellos el de perder la vida sus propiedades o al menos el de sufrir algunas lesiones físicas o psicológicas importantes.

Con frecuencia se ven envueltas en agresiones desorden público conflictos raciales marginación etc. Se puede dejar de participar en el mundo abandonar metas y planes dejar de crecer como persona no intentar resolver constructivamente los problemas y recurrir a más drogas como había mencionado a modo de solución. Cuando se comienza a necesitar más a las drogas que a las otras personas pueden arruinarse o destruirse las relaciones íntimas y perderse las amistades.

Cabe destacar que el consumo de drogas durante el embarazo produce numerosas anomalías y problemas en el desarrollo del feto. Por ejemplo el consumo de cocaína, crack, heroína, haschis se ha asociado con

- Crecimiento intrauterino retardado
- El bebé puede sufrir daños cerebrales
- Parto pretérmino
- Síndrome de abstinencia neonatal
- Niños con bajo peso al nacer

A parte de lo mencionado anteriormente el estado de salud general de la madre también se ve afectado provocando malnutrición, deficiente asistencia prenatal, enfermedades infecciosas, estrés psicosocial o toxicidad por sobredosis. Todos estos factores contribuyen en igual o mayor medida a las complicaciones del abuso de drogas durante el embarazo sumado a los efectos de la sustancia adictiva.

1 2 5 6 1 Legal

Según Serrano M I (2002) abusar de las drogas es contra la ley. Los ofensores (tanto los que experimentan como los que se dedican al consumo de drogas) corren el riesgo de tener que pagar multas y/o ser encarcelados. Un arresto puede significar vergüenza, interrupción de los planes de vida, antecedentes penales.

Ciertas drogas pueden desencadenar violencia incontrolable y conducir al usuario a crímenes que son severamente punibles por la ley

1 2 5 6 2 Economía

Segun Serrano M I (2002) dado el volumen de dinero que circula en el mercado de las drogas y el narcotráfico tanto los consumidores como los países contraen importantes deudas se crean bandas organizadas se produce desestabilización económica nacional etc

El uso continuo de drogas puede ser muy caro ya que sus costos se elevan a cientos y en ocasiones a miles de dólares por año Al destinar la mayor parte del dinero a comprar las drogas apenas queda dinero para otras cosas Los ahorros se agotan y suele aparecer el endeudamiento A veces para poder sufragar los gastos de la adicción las personas se ven obligadas a recurrir a actividades ilegales

1 3 Alteraciones neuropsicológicas relacionadas con aspectos clínicos en la drogodependencia

Segun Fernández E (2002) las alteraciones neuropsicológicas influyen de modo significativo en el funcionamiento clínico y la vida cotidiana de los individuos drogodependientes Específicamente pueden comprometer su capacidad para participar en programas de rehabilitación pueden contribuir al desarrollo de patrones de pensamiento y reacciones emocionales

desadaptativas afectar negativamente el funcionamiento cotidiano y facilitar la probabilidad de ocurrencia de recaídas

La existencia de alteraciones neuropsicológicas pueden comprometer la capacidad de los individuos para asimilar los contenidos de programas con un alto componente educativo o cognitivo y para participar e integrarse en las actividades terapéuticas de estos programas. Como ejemplo los déficits en procesos de memoria, atención o flexibilidad mental pueden relacionarse con dificultades para retener instrucciones complejas, para seleccionar información relevante en las terapias o para generalizar aprendizajes concretos a otras situaciones de interacción familiar y social. Las alteraciones en las habilidades de fluidez, planificación y toma de decisiones pueden comprometer la eficiencia de los sujetos drogodependientes en tareas que requieran motivación, iniciar y planificar nuevas actividades. En conjunto, estos déficits se han relacionado con un nivel inferior de progreso clínico, menor participación e implicación en el tratamiento y por consiguiente una mayor probabilidad de abandono de los programas de rehabilitación.

Igualmente las alteraciones neuropsicológicas pueden relacionarse con el desarrollo de patrones de pensamiento y reacciones emocionales desadaptativas durante el tratamiento. Se relacionan las alteraciones neuropsicológicas con mayores niveles de frustración, impaciencia, estrés emocional, depresión y ansiedad.

Finalmente las alteraciones de determinados procesos cognitivos y ejecutivos pueden facilitar la probabilidad de la recaídas por ejemplo los consumidores con deterioros los procesos ejecutivos (inhibición y flexibilidad) pueden tener dificultades para controlar la conducta de consumo reforzada de manera potente y continuada incluso después de periodos largos de abstinencia

CAPITULO II
LA IRA, LA CONDUCTA AGRESIVA Y EL
CONSUMO DE DROGAS

2 La ira la conducta agresiva y el consumo de drogas

2 1 Origen y principios de la conducta agresiva

La agresividad ha sido explicada desde aproximaciones teóricas diferentes que han ido desde la biológica o la antropológica a la psicológica

2 1 1 Modelos instintivos

Aproximación evolucionista etología y sociobiología Las teorías evolucionistas consideran que la agresividad es un producto natural consustancial al ser humano y que como otras conductas tendría sus bases en la filogenia. De este modo las conductas agresivas humanas se darían análogamente a las presentadas por los animales. Dentro de esta aproximación podemos diferenciar una perspectiva etológica y otra perspectiva sociobiológica.

2 1 1 1 Perspectiva Etológica

Los etólogos interpretan el comportamiento agresivo tanto animal como humano dentro del proceso de selección natural el cual evolucionó al servicio de diversas funciones de ahí su carácter funcional. Dicho comportamiento descansa en adaptaciones filogenéticas de base fisiológica que cambian de una especie a otra como las secreciones hormonales especialmente de testosterona los impulsos nerviosos centrales y otras variables genéticas como la selección de machos fuertes y sanos idóneos para la reproducción y el cuidado de la prole. Según la función a la que sirvan los etólogos han identificado diversas formas de conducta agresiva entre ellas las siguientes

predatoria afectiva entre machos irritable de defensa territorial maternal instrumental y de fuga Desde la perspectiva etológica se han dividido los comportamientos agresivos en dos grupos

- Agresión Intra específica entre individuos de una misma especie motivada por un exceso de impulso (agresión hiperestésica) o por la posesión de territorios la búsqueda de compañera sexual o ante la falta de fuentes de alimentación (agresión taxógena) Esta última conduciría a la evolución de la especie y permitiría sobrevivir a los más fuertes
- Agresión Inter específica lucha por el territorio ante individuos semejantes Esta modalidad es la característica del ser humano Para Tinbergen N (1989) el hombre dentro de la escala evolutiva habría superado su propia escala genética de modo que apenas responde a los estímulos agresivos como lo hacía en el pasado o como lo hacen otras especies principalmente por parte de los machos Esto se debe a que aunque la agresión humana es un impulso primario a través de la evolución la energía agresiva habría sufrido momentos decisivos de neutralización transformación canalización y desplazamiento hacia diversos objetivos

Una de las teorías etológicas de la agresión más populares es El Modelo Termohidráulico de Lorenz K (2005) desarrollado en su libro Sobre la agresión el pretendido mal Desde este modelo se considera que la motivación que determina el inicio de la agresión depende de la acumulación de una cierta cantidad de energía de acción específica que combinándose con los estímulos adecuados puede desencadenar la conducta agresiva concreta

El modelo operaría como un depósito de energía limitada que daría lugar a conductas agresivas debido al cúmulo de energía retenida o por estímulos denominados clave o disparadores. Según esta perspectiva a mayor tiempo transcurrido desde la última descarga mayores probabilidades de que la acción vuelva a tener lugar con independencia de los estímulos presentes. Una vez disipada la energía el animal se relaja y el depósito se vacía en cierta medida. Si un animal acumula demasiada energía agresiva y no puede desahogarse con sus enemigos escogerá un individuo cualquiera incluso una cría un objeto de reemplazo o el vacío y se ensañará descargando dicha energía. Como se puede apreciar la energía se podría sublimar pero no se puede eliminar. Según Lorenz la única defensa que posee el hombre contra sus impulsos internos instintivamente destructivos heredados genéticamente de nuestros ancestros así como contra el medio externo que lo inhibe y le causa frustraciones es la agresividad. De ahí se concluye que la agresividad es un mecanismo de adaptación que permite al hombre competir por recursos escasos y en última instancia por su supervivencia.

2.1.1.2 Perspectiva Sociobiológica

Desde la sociobiología inaugurada por Wilson E. citado por Kimble Ch. y colaboradores (2002) se considera que todos los comportamientos humanos pueden ser explicados por la biología junto con la interacción social. Se trata de un modelo interaccionista que considera que el potencial genético lo innato está íntimamente relacionado con el aprendizaje el cual permite que los rasgos o predisposiciones se desarrollen en un ambiente específico. Dentro de esta

perspectiva se considera que la conducta agresiva es por una parte aprendida especialmente en sus formas más peligrosas de ataque criminal y acción militar pero que existe una fuerte predisposición subyacente a dicho aprendizaje a caer en una profunda hostilidad irracional bajo ciertas condiciones definibles de tal manera que cada contexto llevaría asociada una probabilidad de respuesta De hecho se ha contrastado la predisposición de los seres humanos a responder con odio irracional a amenazas exteriores así como a incrementar su hostilidad para dominar la fuente de dichas amenazas

Los pilares de la concepción sociobiológica de la agresión humana son los siguientes

- La agresión humana es adaptativa para la supervivencia y la reproducción del individuo es decir para su selección siempre que no se supere el nivel óptimo de agresividad por encima del cual la eficacia individual desciende poniéndose en peligro la propia vida Desde ese punto de vista los seres humanos serían innatamente agresivos lo que se traduciría en diferentes comportamientos que afectarían a la territorialidad a las relaciones con el otro sexo al intento de dominio del grupo y a la manera de resolver los conflictos
- La agresión entre humanos es un fenómeno de competencia tanto por los recursos limitados como por los de carácter sexual
- El término selección empleado desde la sociobiología no se refiere a los organismos como en la concepción darwinista sino a los comportamientos transmitidos hereditariamente por medio del código genético Denota la primacía o refuerzo de aquellos comportamientos o

códigos adecuados al medio mientras se castigan o eliminan los que no lo son

2.1.1.3 Aproximación dinámica

Desde la perspectiva psicoanalítica clásica la agresión es entendida como una expresión del instinto de muerte Tánatos al servicio del Eros. Si este instinto es dirigido hacia el interior se desarrolla depresión y si lo es al exterior se desarrolla en agresividad. En un principio Freud citado por Rivelis G (2009) estableció que el instinto sexual era el componente primario de la agresividad posteriormente admitió que ésta no sólo procedía del instinto sexual sino también de los instintos del yo en su lucha por conservarse y defenderse. Desde esta perspectiva el individuo derivado del narcisismo primario mostraría una tendencia a autodestruirse lo que Freud denominará masoquismo fruto de la interiorización de la energía libidinal. Más tarde esta libido será dirigida hacia el objeto externo derivado del narcisismo secundario lo que Freud denominará sadismo. En su ensayo de 1930 el Malestar en la Cultura Freud expone que la agresión originariamente surgida de las tendencias instintivas es introyectada por efecto de la cultura y del proceso de socialización y dirigida contra el propio Yo incorporándose a una parte de éste que en calidad de Superyó se opone a la parte restante y asume la función de conciencia moral. La tensión creada entre el severo Superyó y el Yo genera el sentimiento de culpabilidad que se manifiesta bajo la forma de necesidad de castigo. El efecto de la cultura sobre las tendencias agresivas bajo la amenaza de la pérdida del amor hace que la autoridad sea interiorizada.

en el Superyó (instancia responsable del sentimiento de culpabilidad) el cual actuará a través del miedo y el temor a la autoridad. El sujeto con el fin de evitar el sufrimiento y los sentimientos de culpa recurrirá a diversos mecanismos de defensa tales como el desplazamiento de los fines instintivos agresivos hacia objetos permitidos o la sublimación. Por otro lado la identificación con la figura de autoridad resultante del Complejo de Edipo y el establecimiento de vínculos amorosos inhibirán las manifestaciones agresivas. La ausencia o el déficit de cualquiera de los mecanismos de control de la agresividad (Ejemplo: proceso inadecuado de identificación, inexistencia de vínculos, existencia de un Superyó deficitario, mecanismos de defensa ineficaces, etc.) podrían explicar la manifestación crónica o descontrolada de la misma. Para autores psicoanalíticos más recientes como Bleiberg citado por Coderch J, Mendizábal A, Vives J y colaboradores (1999) la agresión se debe a la configuración disfuncional de la autoestructura del Yo y de los otros a lo largo del desarrollo. Esta autoestructura se caracteriza por su vulnerabilidad narcisista por la cual la agresión es un intento por mantener inflado el sentido del Yo y la ilusión de control junto con las percepciones de invulnerabilidad. Para Willock citado por Gacono C y Reid M (1994) la conducta agresiva en los niños tiene dos aspectos nucleares en su autoestructura: la devaluación del Yo que se refleja en las creencias inconscientes de que son intrínsecamente repugnantes y malos, y en la indiferencia del Yo o Yo indiferenciado reflejado en las percepciones inconscientes de ser incapaces de establecer o mantener relaciones significativas con los otros. La conducta agresiva sirve como una defensa contra estas creencias de desvalorización y desprecio negando la importancia de las relaciones adoptando una identidad delictiva defensiva o

proyectando su sentido de desprecio sobre los otros como medio de prevenir estados afectivos dolorosos

2 1 2 Modelos biológicos

Segun Zaczek C (2002) numerosas explicaciones etiológicas de la agresión provienen de la perspectiva biológica Los hallazgos más destacables de los principales modelos biológicos son

2 1 2 1 Modelos neuroquímicos

La agresión se ha relacionado con la presencia de distintos neurotransmisores especialmente con la Serotonina Bajas concentraciones de este neurotransmisor en el cerebro o una disminución de la actividad de las neuronas serotoninérgicas parecen ser la base de los comportamientos agresivos de animales y humanos Estos resultados se han encontrado principalmente al estudiar la actividad del receptor 5-HT así como el efecto de ciertos agonistas de la serotonina Recientemente se ha señalado la relación entre el incremento de la actividad del sistema dopaminérgico y las conductas agresivas en humanos Además de la Serotonina y la Dopamina la agresividad se ha asociado al efecto de la Adrenalina el GABA que la inhibiría y de la Acetilcolina que parece incrementar tanto la agresión predatoria como la afectiva

2 1 2 2 Modelos neuroendocrinos

La agresión se ha relacionado con el efecto de las hormonas esteroideas especialmente la testosterona la cual juega un papel crítico en la agresión intraespecífica entre machos de diversas especies. Esto es debido a que esta hormona está íntimamente relacionada con la reproducción y el apareamiento. Diversos autores sostienen que en humanos el efecto de la testosterona sobre la agresividad es menos clara. Sin embargo los hallazgos que asocian la capacidad de experimentar sentimientos agresivos con la actividad gonadal masculina explicarían las mayores tasas de conductas agresivas y violentas en los varones. A diferencia de lo que sucede con la testosterona la actividad de los corticoesteroides y del Eje Pituitario-Adrenocortical se ha vinculado a toda conducta agresiva que no posea un carácter sexual.

2 1 2 3 Modelos neurobiológicos

La agresividad se ha vinculado a una disminución de la actividad cerebral en determinadas áreas corticales como las pre-frontales así como a lesiones en el córtex orbitofrontal el gyrus parietal superior y a ciertas anomalías en la asimetría cerebral. Por otro lado numerosos estudios destacan el papel del complejo amigdalóide en la aparición de diversas reacciones defensivas entre los que se encuentran la ira o la agresión y del hipotálamo encargado de regular las funciones neuroendocrinas relacionadas con la agresión de manera muy específica ya que tres de las regiones que lo constituyen están implicadas en tres tipos distintos de agresión la porción lateral se ha relacionado con la

agresión predatoria (lucha) la región medial se ha vinculado con la agresión afectiva (miedo) y por último la zona dorsal parece estar relacionada con la conducta de fuga

2 1 3 Modelos del Drive o Impulso

2 1 3 1 Teoría de la Excitación Transferencia

En el Modelo de la Excitación Transferencia de Zillman D citado por Vaughan H (2008) enfatizó el papel de la activación en la explicación de la agresión Para este autor los niveles de activación generados ante cualquier acontecimiento pueden dar lugar a la emisión de conductas agresivas siempre y cuando se produzcan las circunstancias propicias que las desencadenen Las situaciones descritas con mayor frecuencia para ejemplificar esta teoría hacen referencia al padre de familia que llega a casa tras un duro día de trabajo el cual ante la mínima situación de conflicto como una pelea entre los hijos el ladrido de su perro o el llanto de un bebé puede emitir conductas agresivas La emisión de estas conductas no se ha dirigido hacia la fuente original que generó su malestar en su puesto de trabajo (Excitación) sino hacia cualquier persona u objeto presente en una segunda situación (Transferencia) La secuencia es explicada de la siguiente manera cuando una persona experimenta excitación fisiológica (arousal) los efectos de la adrenalina que dicha excitación genera se mantienen durante un cierto periodo de tiempo lo que se ha denominado excitación residual de manera que ante la aparición de un segundo estímulo la energía (adrenalina) del primero aumentará la

activación generada por el segundo y dará lugar a respuestas agresivas desproporcionadas ante esta última estimulación

2.1.3.2 Teoría del Síndrome AHA (Spielberger 1983)

En la explicación de la conducta agresiva autores como Spielberger citado por Myers D (2005) la han relacionado con las emociones o actitudes en las que ésta se fundamenta en particular con la ira y la hostilidad bajo el epígrafe Síndrome AHA (anger hostility aggression) o Síndrome AHI (agresión hostilidad ira) Spielberger y sus colaboradores sitúan los constructos ira hostilidad y agresión interrelacionados en un continuo que sigue la siguiente secuencia Un acontecimiento genera una emoción (ira) que se ve influenciada por una actitud negativa hacia los demás (hostilidad) y puede desembocar en una acción violenta (agresión) con consecuencias también de índole negativa Esta secuencia que parte del núcleo del síndrome AHA es decir de la ira y conduce a la agresión solo permite explicar la denominada agresividad hostil pero no la agresión instrumental debido a que esta segunda no viene motivada por la ira sino principalmente por el obstáculo que se interpone según el agresor entre él y su meta

2.1.3.3 Teoría de la frustración-agresión

Dollard Doob Miller Mowrer y Sears citados por Moser G (1991) propusieron que la agresión es una conducta que surge cuando la consecución de una meta es bloqueada o interfendida la denominada agresión instrumental

La frustración entendida por este grupo de autores como la interferencia en la ocurrencia de una respuesta meta instigada en su adecuado tiempo en la secuencia de la conducta era la condición necesaria para que la agresión se hiciera presente. Las situaciones de privación no inducen a la agresión salvo que éstas impidan la satisfacción de un logro esperado. La conducta agresiva estará en función de la cantidad de satisfacción que el individuo contrariado haya anticipado sobre una meta que no ha alcanzado y el grado de expectativa sobre su logro: cuanto mayor sea el grado de satisfacción frustrado y el grado de expectativa de logro mayor será la inclinación a infringir un daño. No obstante, la agresión puede no aparecer en aquellos casos en los que el sujeto inhiba la respuesta por miedo al castigo o por una tendencia agresiva débil. Posteriormente a este planteamiento Miller citado por Cloninger (2003) añade una razón más por la que la frustración no siempre conduce a la agresión abierta: el desarrollo de formas alternativas para reaccionar ante la frustración. Cuando los sujetos desarrollan formas alternativas a la agresión tales como escapar de la situación, alcanzar metas alternativas o superar los obstáculos, la tendencia agresiva queda inhibida. Sin embargo, si el impedimento continúa tras la aplicación de estas alternativas, la conducta agresiva puede aparecer. El grado con el que se impide la consecución de la meta y el número de fracasos previos afectará a la manifestación de la agresión.

2.1.4 Aproximación conductual y desde la psicología animal

Desde el modelo conductual, la agresión se considera una conducta dependiente de las condiciones ambientales que controlan su tasa de

ocurrencia La conducta agresiva es explicada bien por condicionamiento clásico o por condicionamiento operante a través de procedimientos tales como la administración de estimulación aversiva la asociación de ésta con diversas condiciones ambientales (objetos o personas) la extinción o disminución de la tasa de reforzamiento o el tipo de reforzamiento positivo o negativo

2 1 4 1 Formulación de Berkowitz

En la primera formulación de Berkowitz (1996) sobre la agresión fue explicada a partir de los principios del condicionamiento clásico Según su propuesta las respuestas agresivas constituyen una respuesta condicionada a determinados estímulos ambientales Desde esta teoría los observadores de conductas violentas o agresivas asociarían dichos comportamientos con otras experiencias violentas vividas previamente produciéndose una generalización del estímulo El contenido agresivo de la conducta presente por ejemplo observar conductas violentas en televisión provocaría la misma respuesta por parte del observador que le generó el estímulo violento original Además de la exposición a determinados estímulos es necesario que previamente los sujetos hayan sido alterados o enfadados de alguna manera La conducta actual será más parecida a la original cuanto mayor similitud exista entre ambas situaciones o personas que las elicitan siguiendo las leyes del aprendizaje La propuesta inicial de Berkowitz (1996) es ampliamente modificada en una segunda propuesta con la inclusión de elementos cognitivos

Procedente de la investigación básica los resultados hallados en el laboratorio con animales han mostrado que la inducción de dolor es un importante motivador de la agresión como lo demuestra el hecho de que la estimulación intracraneana refuerza la lucha entre pichones así mismo la agresión además de ser una manera de reaccionar ante la estimulación aversiva puede convertirse en una conducta de escape y evitación reforzada negativamente cuando permite disminuir o erradicar la fuente evocadora de dicha aversión Entre humanos se han contrastado también estos principios de origen y mantenimiento de la conducta agresiva especialmente en el campo de la modificación de conducta Un ejemplo de ello es cómo la agresión aumenta contingentemente con la atención recibida la consecución de logros o la evitación de situaciones aversivas

2 1 5 Aproximación cognitiva

2 1 5 1 Aproximación Cognitiva Neoasociacionista

Leonard Berkowitz (1996) propone un nuevo modelo la agresividad a la que denomina agresión aversivamente estimulada es el resultado del afecto negativo producido por la experiencia de un suceso o acontecimiento desagradable Su tesis se fundamenta en dos grupos de estudios previos relacionados con la inducción de dolor en animales y con las reacciones irascibles y agresivas en humanos ante situaciones incómodas Los primeros estudios encontraron que la inducción de dolor en animales genera bien una huida para escapar del estímulo nocivo que lo provoca o una conducta agresiva encaminada a defenderse e intentar destruirlo Los segundos están

relacionados con situaciones incómodas tales como altas temperaturas ambientes cargados de humo ambientes con olores fétidos o situaciones de elevado estrés social En ellos se halló que las personas inmersas en tales situaciones experimentaban una reacción de irritabilidad e irascibilidad que les inducía a infringir daño a otro De acuerdo con estos experimentos Berkowitz (1996) mantiene que la agresión aversivamente estimulada procede de los acontecimientos aversivos y que no es sólo una respuesta encaminada a eliminar o reducir la estimulación desagradable sino que además es una reacción emocional dirigida a infligir daño a un blanco neutro ajeno a la causa del daño El papel de la frustración era para él un suceso aversivo más capaz de producir una reacción emocional intensa que conduce a la agresión emocional La agresión emocional para Berkowitz (1996) se caracterizaba por su inclinación a hacer daño en sí mismo mientras que la agresión instrumental se caracterizaba por el uso de ésta como instrumento para la obtención de determinadas consecuencias

El modelo explicativo de la conducta agresiva para Berkowitz (1996) podría quedar representado en la siguiente secuencia un acontecimiento aversivo genera un afecto negativo o sentimiento desagradable que por su vinculación con pensamientos recuerdos reacciones expresivo motoras y otras emociones negativas asociadas a una tendencia de lucha generan finalmente un sentimiento de ira rudimentario que finalmente produce la ira y las inclinaciones conductuales agresivas consistentes bien en arremeter contra un blanco disponible o bien en la urgencia de hacer a alguien Si el sentimiento derivado del afecto negativo da lugar a un sentimiento de temor rudimentario

fruto de las asociaciones a pensamientos recuerdos o reacciones expresivo motoras correspondientes a una tendencia de huida el resultado en lugar de la ira y la agresión sería el terror y sus inclinaciones conductuales de escape Sobre esta secuencia básica Berkowitz (1996) realiza diversas precisiones que completan su modelo

Las emociones son entendidas desde el modelo de red de la emoción por el cual cada emoción está conectada a un conjunto de sentimientos reacciones expresivo-motoras pensamientos y recuerdos La activación de cualquiera de ellos tenderá a activar cada uno de los componentes de la red proporcionalmente a su grado de asociación La aparición de un recuerdo o un pensamiento aversivo activará el conjunto de emociones asociadas de similar valencia que pueden estar dirigidos a un blanco específico o pueden permanecer como un estado general y difuso Por tanto las respuestas ideacionales fisiológicas y expresivo-motoras son la base de la experiencia emocional

Las cogniciones juegan un papel relevante en el modelo de Berkowitz (1996) Las interpretaciones del suceso activador las valoraciones atribuciones ideas o creencias están semánticamente relacionados entre sí y se vinculan además con la memoria los sentimientos y las reacciones expresivo-motoras de manera que pueden actuar como activadores o inhibidores de la conducta agresiva

Las relaciones entre frustración y agresión muestran que la frustración sólo induce a la agresión cuando va asociada a determinadas características las cuales hacen más probable la de un acto agresivo su carácter de arbitranidad injusticia o ilegitimidad el grado de satisfacción anticipada de la meta que se frustra y la atribución de intencionalidad que se hace sobre la fuente que frustra Esta característica de arbitranidad puede ser interpretada por lo inesperado (grado de expectativa) que conllevan dichas situaciones Worchel citado por Moser G (1991) destacó que la frustración induce mayor agresividad cuando los resultados derivados de ésta producen una mayor dispanidad respecto de las gratificaciones anticipadas por su consecución Así los sujetos muestran mayor hostilidad ante la frustración cuando sus expectativas son las de obtener unas consecuencias altamente positivas que cuando sus expectativas son obtener logros no muy valorados Por ello Worchel concluía que el valor concedido a las consecuencias esperadas por el sujeto es un elemento que media entre la frustración y la agresión Cuando los sujetos atribuyen carácter intencional y voluntario a la frustración ocasionada se genera un mayor grado de ira y agresión Las atribuciones favorecen la agresividad cuando poseen cualquiera de estas tres condiciones proceder de un sujeto y no del exterior ser evitables o controlables y son socialmente inadecuadas

La probabilidad de que el afecto negativo conduzca a una agresión abierta dependerá de tres factores

- La intensidad de la actividad interna a medida que el grado de intensidad emocional es mayor aumenta la probabilidad de emitir una agresión
- La disponibilidad de un blanco determinado que posibilite la descarga de las tendencias agresivas facilitando la aparición de éstas
- El autocontrol derivado de las restricciones morales las normas sociales el grado de impulsividad y el grado de conocimiento de las emociones propias que determinan la aparición de la conducta agresiva abierta

Las manifestaciones agresivas no sólo están originadas por una emoción interna negativa también son evocadas por estímulos o señales externas que tienen un significado agresivo para el agresor tales como armas personas específicas imágenes objetos o cualquier estímulo asociado a sucesos desagradables Estas señales externas pueden propiciar un estado emocional negativo o pueden activar directamente o de forma más automática la respuesta agresiva

La intensidad del afecto negativo depende de la herencia genética de la historia de aprendizaje del sujeto y del contexto en el que la emoción aparece

2 1 5 2 Teoría Social Cognitiva de Bandura

La Teoría Social Cognitiva de Bandura citado por Vaughan H (2008) constituye uno de los principales modelos explicativos de referencia de la

agresión humana Desde esta teoría Bandura defiende el origen social de la acción y la influencia causal de los procesos de pensamiento sobre la motivación el afecto y la conducta humana La conducta está recíprocamente determinada por la interacción de factores ambientales personales cognitivos y conductuales Entre los factores cognitivos juegan un papel central los procesos vicarios la autorregulación y la autorreflexión En su explicación de la conducta agresiva Bandura asume en gran medida las aportaciones procedentes de la aproximación conductual pero introduce los elementos mencionados como aportaciones novedosas Desde su análisis del aprendizaje social de la agresión diferencia tres tipos de mecanismos

- Mecanismos que originan la agresión entre estos mecanismos destacan el aprendizaje por observación y el aprendizaje por experiencia directa Las influencias de modelos familiares y sociales que muestren conductas agresivas y otorguen a éstas una valoración positiva serán junto con los modelos procedentes de los medios de comunicación o los modelos simbólicos transmitidos gráfica o verbalmente los responsables de que la agresión se moldee y propague El modelo será más eficaz si están presentes otras condiciones que lleven al observador a imitarlo tales como que el observador esté predispuesto a actuar de forma agresiva y que el modelo sea reconocido como figura importante y significativa La experiencia directa del sujeto proporcionará determinadas consecuencias en su ambiente (recompensas y castigos) que podrán instaurar estas conductas Ambos tipos de aprendizaje para Bandura actúan conjuntamente en la vida diaria las conductas

agresivas se aprenden en gran parte por observación y posteriormente se perfeccionan a través de la práctica reforzada

- **Mecanismos instigadores de la agresión** tales como la asociación del modelado con consecuencias reforzantes (función discriminativa) la justificación de la agresión por el modelo como socialmente legítima (función desinhibidora) la aparición de activación emocional y la aparición de instrumentos o procedimientos específicos para propiciar un daño. La experiencia de un acontecimiento aversivo tales y como una frustración una situación de estrés un ataque físico amenaza o insulto una pérdida de reforzadores o el impedimento de una meta. Las expectativas de reforzamiento o las recompensas esperadas si la conducta agresiva es emitida. El control instruccional mediante órdenes que obliguen o manden a agredir. El control ilusorio provocado por creencias ilusorias alucinaciones o mandato divino
- **Mecanismos mantenedores de la agresión** estos mecanismos se refieren al reforzamiento externo directo el reforzamiento vicario y el autorreforzamiento. Bandura destaca también un conjunto de mecanismos de carácter cognitivo que denomina neutralizadores de la autocondenación por agresión que actúan como mantenedores entre los que recoge la atenuación de la agresión mediante comparaciones con agresiones de mayor gravedad justificación de la agresión por principios religiosos desplazamiento de la responsabilidad (otros ordenan realizar la agresión) difusión de la responsabilidad (responsabilidad compartida) deshumanización de las víctimas atribución de culpa a las víctimas falseamiento de las consecuencias y

desensibilización graduada (por exposición graduada repetida a situaciones violentas) En estudios posteriores Bandura encuentra que estos mecanismos de disuasión moral no promueven directamente la agresión sino que la facilitan disminuyendo la culpa la conducta prosocial y la ideación de emoción arousal

La propuesta de Bandura ha sido en gran medida utilizada para explicar los efectos de la exposición a la violencia bien en el seno de una familia agresiva (hipótesis de la transmisión intergeneracional) bien a través del visionado de imágenes violentas procedentes de los medios audiovisuales que además de ofrecer un modelado (aprendizaje vicario) ejerce una desensibilización a la violencia (hipótesis de la desensibilización) Aunque el aprendizaje vicario es hoy ampliamente aceptado la exposición a la violencia es discutida desde una perspectiva intergeneracional Aunque crecer en una familia violenta es un riesgo para el desarrollo de la violencia posterior la probabilidad de que esta circunstancia acontezca es pequeña y se ve amortiguada por otras variables como la presencia de una figura de apoyo en la infancia la participación en alguna actividad terapéutica la estabilidad y el apoyo emocional ser mujer no tener antecedentes clínicos y haber sido sólo testigo de la violencia en lugar de víctima

2 1 5 3 Modelo del Déficit en el Procesamiento de la Información

Segun Semrud-Clikeman M (2007) a partir de los años 80 un conjunto de trabajos enmarcados dentro del enfoque del procesamiento de la información

arrojan numerosos datos empíricos que intentan explicar la conducta agresiva. La mayoría de sus resultados coinciden en explicarla como una respuesta generada por los déficits en el procesamiento de la información. Desde esta aproximación se ha hipotetizado que las deficiencias en los mecanismos del procesamiento cognitivo son hipotetizados como los principales responsables de una resolución ineficaz del afrontamiento de los problemas cotidianos.

Diversos factores emocionales, fisiológicos, conductuales, sociales y constitucionales están implicados en la instalación de particulares estructuras de memoria socio-cognitivas o guiones que proveen un procesamiento específico y un uso determinado de estrategias de solución de problemas. Las dificultades en los procesos de búsqueda de estrategias adecuadas, la accesibilidad o disponibilidad de determinada información en la memoria a largo plazo o la dificultad en la atención dividida para el uso de procesos simultáneos en el procesamiento de la información social han sido algunos de los mecanismos explicativos propuestos que fundamentarían un procesamiento erróneo entre los sujetos agresivos. Pakaslahti citado por Semrud Clikeman M (2007) recopila los principales hallazgos en cada una de las fases del procesamiento que diferencian a los niños agresivos de los no agresivos.

- En la fase 1 (orientación hacia el problema social) los sujetos agresivos codifican inadecuadamente la situación social y las señales internas. Por ejemplo, los niños agresivos indagan mucho menos sobre los hechos en una situación social y prestan menos atención a las señales del ambiente que los niños no agresivos.

- En la fase 2 interpretación y análisis de la situación se han detallado las siguientes características en el procesamiento de los niños agresivos frente a los no agresivos hacen un análisis de la situación de acuerdo con sus experiencias pasadas en situaciones similares más que sobre los hechos concretos de la situación actual realizan un mayor número de atribuciones hostiles y de intencionalidad al contrincante o interlocutor y realizan un menor número de inferencias sobre los resultados de la situación
- En la tercera fase formulación de una meta los adolescentes agresivos son más propensos a formular metas hostiles tales como la dominancia o la venganza independientemente del sesgo de intencionalidad y experimentan una mayor frustración ante la interferencia o no consecución de las metas deseadas
- En la cuarta fase generación de estrategias para resolver y manejar el problema los niños agresivos generan un mayor número de estrategias agresivas pragmáticas impulsivas o destructivas Los niños no agresivos generan un mayor número de estrategias y son capaces de imaginar un mayor número de soluciones alternativas a una situación conflictiva
- En la quinta fase evaluación de la estrategia más adecuada para resolver el conflicto aparecen dos grupos de diferencias una en relación con los estándares internos (normas morales valores creencias) y otra en relación con sus estrategias de afrontamiento En cuanto a la primera los niños agresivos consideran las estrategias agresivas menos reprobables desde el punto de vista moral y actitudinal que los niños no

agresivos aprueban más favorablemente la conducta agresiva y piensan que las víctimas no sufren y merecen lo que se les hace. En cuanto a la segunda, los niños agresivos esperan conseguir mayores recompensas si utilizan estrategias agresivas, así como un mayor incremento de su autoestima y una reducción del trato aversivo por parte de los otros. Además anticipan menores consecuencias negativas derivada de sus actos, sólo consideran las consecuencias a corto plazo y se perciben más autoeficaces en el manejo de actos agresivos para la consecución de sus deseos. A esto hay que añadir su consideración de las conductas agresivas como actos más difíciles de inhibir que las acciones prosociales y de menor coste y esfuerzo.

- Finalmente, en la sexta y última fase del procesamiento, la ejecución conductual de la estrategia mejor evaluada, los niños agresivos ejecutan y emplean en consonancia con el procesamiento previo, estrategias conductuales agresivas.

En la dinámica de este funcionamiento, aunque aun sin demasiado apoyo empírico, Pakaslahti sugiere que posiblemente los procesos de retroalimentación entre fases, los cuales permiten regresar a pasos anteriores o revisar fases previas del procesamiento para obtener nueva información, pudieran estar afectados en los sujetos agresivos. Posiblemente estos sujetos sean menos propensos a realizar los circuitos de feed back entre las fases del procesamiento propio de los sujetos no agresivos.

2 1 5 4 Modelo de Huesmann

Huesman citado por Sanmartín J (2000) propone la Hipótesis del Guión para explicar la influencia de las imágenes violentas procedentes de la televisión sobre la conducta agresiva. Los guiones (scripts) son interenonizados desde la infancia temprana a modo de programas cognitivos que regulan y organizan las respuestas del sujeto ante determinadas situaciones. Al principio de su instauración, estos guiones son procesos controlados conscientemente y posteriormente se automatizan a medida que el niño madura, tomándose cada vez más resistentes. Los mecanismos de adquisición e interenonización de estos guiones son tanto el aprendizaje por observación como por experiencia, permitiendo la conexión con otros elementos de los esquemas cognitivos del niño.

Para que un guión se constituya son necesarias las siguientes condiciones:

- Que los eventos ocurran en el ambiente
- Que las personas puedan comportarse en respuesta a esos eventos
- Que la emisión de las respuestas resulten con la probabilidad esperada y deseada

Para Huesmann, la televisión proporciona personajes violentos con los que el niño se identifica y de quienes aprende estrategias agresivas para la solución de conflictos. Estas estrategias son ensayadas en su imaginación en forma de fantasías, lo que permite una mejor incorporación a su memoria y el correspondiente recuerdo de las mismas. En situaciones reales de conflicto,

estas conductas agresivas son fácilmente recordadas puestas en práctica y reforzadas por el ambiente lo que permite la instauración de las mismas. Los efectos negativos de la conducta agresiva a largo plazo (pobre rendimiento académico, déficit en habilidades sociales y rechazo de los iguales) producirán elevados niveles de frustración que retroalimentará la agresión. Se trata pues de un modelo circular en el que tanto las cogniciones como el reforzamiento de la conducta contribuyen a explicar las manifestaciones agresivas. La observación de escenas violentas se asocia claramente con un aumento de la conducta agresiva, la magnitud de su influencia queda por precisar. Recientes trabajos relacionados con la violencia en los videojuegos han mostrado que aumentan la conducta agresiva, pero su efecto es reducido y parece depender del contenido del mismo (mayores efectos para escenas de violencia humana y fantasía) y el tiempo empleado en el juego (mayores efectos en juegos breves).

2.1.6 Modelos de dinámica familiar y agresión

La familia constituye el primer contexto de socialización del niño, donde aprenderá a interactuar con otras personas y adquirirá las conductas y patrones de interacción que le permitirán acceder al mundo social. El estudio de los hábitos de crianza empleados por la familia, junto con las relaciones afectivas instauradas entre los cuidadores y el niño, han generado diversas hipótesis sobre el origen y el desarrollo de las manifestaciones agresivas en el niño.

2 1 6 1 Modelo de la Coerción de Patterson

Patterson citado por Vasta R Marshall M y Scott A (2008) muestra la importancia que tiene el uso de los patrones coercitivos de los cuidadores en la aparición de la conducta agresiva. Los patrones coercitivos son intercambios interactivos entre el cuidador y el niño a través de los que cada uno de ellos intenta contener o impedir el deseo del interlocutor e imponer el suyo propio dando lugar a una escalada entre ambos lo cual es reforzada positiva y negativamente. La falta de aptitud parental en el manejo de las conductas problema (Ejemplo amenazas bofetadas gritos pautas inconsistentes) y el reforzamiento positivo y negativo de la escalada coercitiva entre el niño y el cuidador son los principales mecanismos explicativos de este patrón interactivo. El origen de la escalada se inicia ante una conducta inadecuada del niño (Ejemplo comportamiento disruptivo una respuesta de desobediencia etc) ante la que el cuidador responde con una conducta coercitiva para intentar restablecerla. Ante la imposición del cuidador el niño responde agresivamente para imponer su deseo a lo que el cuidador nuevamente actúa en escalada con una imposición mayor que reiteradamente es respondida agresivamente por el niño quien finalmente logra por una parte hacer desaparecer la conducta aversiva del cuidador por lo que la conducta agresiva y en escalada del niño es reforzada negativamente y por otra el niño consigue hacer su voluntad con lo que su conducta es también reforzada positivamente. La gran trampa de la escalada entre el niño y el cuidador es que éste es reforzado negativamente también cuando cede al deseo del niño y éste cesa su conducta aversiva de escalada. Por tanto adulto y niño están siendo mutuamente

reforzados por reforzamiento negativo. Los cuidadores dejarán de hacer demandas o peticiones al niño cuando éste reaccione de forma violenta o agresiva y el niño, dado los buenos resultados obtenidos por su conducta, llegará a ser cada vez más agresivo. La repetición de este patrón interactivo originado en el contexto familiar se generalizará al contexto escolar y a las interacciones entre iguales, cuyas consecuencias serán el rechazo de sus compañeros, el bajo rendimiento académico, el descenso de la autoestima y la implicación con otros iguales problemáticos entre los que la conducta coercitiva será valorada y reforzada.

2.1.6.2 Modelo del desarrollo de la conducta agresiva de Olweus

La conducta agresiva, según Olweus (2004), puede estar causada por dos vías: una de ellas procede del temperamento difícil del niño y la otra del rechazo materno hacia éste. Si el temperamento de un niño es excesivamente activo e impetuoso, las madres suelen ceder y rendirse ante sus exigencias, lo que resulta en un manejo permisivo y consentido de las conductas demandantes del niño que aumenta la probabilidad de que el niño se comporte de forma agresiva. A veces, independientemente del temperamento infantil, las madres muestran sentimientos negativos y de rechazo al niño que se traducen en una disciplina severa y autotona, que para Olweus también aumentaría la conducta agresiva en el niño. De los cuatro precursores que este autor propone (temperamento difícil, actitudes maternas negativas hacia el niño, disciplina autotona y disciplina permisiva), los mayores efectos causales vienen de las actitudes permisivas de la madre y las actitudes de rechazo. Cuando los niños poseían madres poco interesadas por ellos, frías e incapaces de poner límites,

a las conductas agresivas los niños tenían una alta probabilidad de ser agresivos durante la adolescencia

2 1 6 3 Modelos centrados en los hábitos de crianza

Del estudio de los hábitos de crianza y los estilos educativos de los padres se han relacionado con la conducta agresiva las siguientes variables el rechazo de los padres (especialmente de la madre) la falta de apoyo o las pobres relaciones afectuosas el uso de estrategias punitivas en el control de la conducta del niño la falta de supervisión e inconsistencia y una comunicación deficitaria

2 1 6 4 Modelo del Apego

Bowlby J (2006) hipotetizaba que las experiencias interpersonales con los cuidadores primarios son internalizadas como modelos representacionales que se generalizan en forma de expectativas sobre los otros Si las figuras de apego son figuras de apoyo y de protección el niño desarrollará un modelo relacional confiado y seguro si por el contrario los modelos de relación internalizados son desconfiados hostiles e inciertos las experiencias de apego les proporcionan representaciones negativas de las relaciones de afecto De estos modelos representacionales negativos el niño desarrolla expectativas de agresión hostilidad y desconfianza sobre las relaciones interpersonales y consecuentemente desarrolla un mayor número de conductas agresivas El apego inseguro inicial refuerza en los cuidadores su percepción de

inadecuación y baja autoestima empeorando la calidad de la relación cuidador niño e incrementando la probabilidad de los problemas externalizados

2.2 Definición de ira

La ira se plantea como una reacción cognitivo-emocional fisiológica ante afrontas percibidas intrusiones en el terreno personal y/o frustraciones de la conducta dirigida hacia un fin según Deffenbacher citado por Caballo V (1998)

Entre otras definiciones la ira es un fuerte sentimiento de indignación y antagonismo sus sinónimos cólera furia enojo indignación y enfado significan un estado emocional intenso inducido por un desagrado intenso

También se define como una emoción caracterizada por un alto nivel de actividad del sistema nervioso simpático y por fuertes sentimientos de desagrado desencadenados por un agravio real o imaginario y suele ir acompañada de un impulso de venganza que se expresa en agresión sin embargo la ira y la agresión no siempre van unidas La ira puede suscitar una conducta irritable retraída deprimida o constructiva la conducta agresiva puede ser desencadenada por estados diferentes de ira

2.3 Ira Hostilidad y Agresión

La ira potencialmente puede movilizar recursos psicológicos y determinación para impulsar la corrección de conductas equivocadas la promoción de justicia social la comunicación de los sentimientos negativos y la reparación de

agravios Por otro lado la ira puede ser destructiva cuando no encuentra su salida apropiada en la expresión La ira en su forma fuerte disminuye la capacidad para procesar información y para ejercer control cognitivo de la conducta Una persona enojada puede perder su objetividad la empatía la prudencia o la consideración y puede causar daño a otros Hay una clara distinción entre la ira y la agresión (verbal o física directa o indirecta) incluso a pesar de que se influyen mutuamente Mientras que la ira puede activar la agresión o aumentar su probabilidad o intensidad no es ni necesaria ni una condición suficiente para la agresión

2 3 1 La Hostilidad

Es el componente cognitivo estaría formada por creencias expectativas y actitudes negativas duraderas y estables sobre la naturaleza humana y las cosas Como principales creencias se encuentran el cinismo las atribuciones hostiles pensamientos acerca de que las demás personas son mezquinas egoístas deshonestas antisociales e inmorales con lo que para estas personas con hostilidad el resto de personas constituyen una fuente de amenaza percibiéndolas como antagónicas y amenazantes según Barefoot citado por Stuart Hamilton I (2000) Otras creencias serían el considerar que todo lo que uno hace piensa y dice es correcto que los recursos disponibles son escasos y finitos y hay que "luchar" con los demás para poder cubrir las necesidades Además suelen aparecer expectativas negativas como desconfianza o sospecha y una actitud negativa caracterizada por enemistad negativismo y resentimiento

Quienes muestran hostilidad tienden a esperar lo peor de los demás y estar siempre a la defensiva creando ambientes en los que predomina la competitividad y la tensión con lo que estas personas perciben el ambiente como una lucha incesante para lograr sus objetivos para lo que tiene que permanecer constantemente en alerta en el caso de que los demás lleven a cabo conductas malintencionadas con el fin de que les impidan conseguir su propósito esto va a llevar a sentimientos de ira en estas personas y el que estén en constante hipervigilancia les va a hacer más propensos a padecer una enfermedad cardiovascular

2 3 2 La Ira

Es el componente emocional o afectivo y hace referencia a una emoción displacentera formada por sentimientos de intensidad variable conlleva una experiencia subjetiva como son los pensamientos y sentimientos una activación fisiológica y neuroquímica y un determinado modo de expresión o afrontamiento

La desencadenan situaciones relacionadas con condiciones en las que las personas son heridas engañadas traicionadas y que tienen que ver con el ejercicio de control físico o psicológico en contra de la propia voluntad o que impide el alcanzar una meta a la que la persona considera que tiene derecho

El Componente Subjetivo o Experiencia de Ira puede variar en intensidad desde irritación leve a rabia siendo más intensa cuando hay baja tolerancia a la frustración La experiencia de ira se estudia a partir de dos manifestaciones

estas son ira estado e ira rasgo segun Spielberger Johnson Russell Crane Jacobs y Worden citados por Urbina S (1998)

- La Ira Estado es la experiencia temporal de sentimientos subjetivos de tensión enfado irritación furia en respuesta a diferentes eventos esta va acompañada de incrementos en la activación fisiológica
- La Ira Rasgo hace referencia a la disposición a experimentar estos episodios de ira de forma más o menos frecuente y/o intensa ya sea por percepción de un amplio rango de situaciones como provocadoras por predisposición a experimentar elevaciones más intensas o interacciones de ambos

La ira estado y rasgo están relacionadas íntimamente caracterizándose el incremento de activación fisiológica que producen por la activación del sistema nervioso autónomo el sistema endocrino tensión muscular y cambios respiratorios

En cuanto al Modo de Afrontamiento o Expresión de Ira hay dos modos básicos de expresión de ira la ira interna y la ira externa segun Spielberger Johnson Russell Crane Jacobs y Worden citados por Urbina S (1998)

- Ira Interna Es la tendencia a suprimir los sentimientos de enfado y los pensamientos que se experimentan no expresándolos de forma abierta sería el esfuerzo por parte de la persona para que el enfado no sea observable

- **Ira Externa** Esta se refiere a la tendencia a manifestar abiertamente los sentimientos de ira que la persona experimenta. Hay dos formas principales de expresión de la ira externa. Estas son

Forma comunicativa o asertiva que incluiría expresiones no amenazantes de los sentimientos de ira o formas socialmente adecuadas de expresarla

Forma Agresiva esta incluiría la expresión de la ira con el propósito de infligir daño

Johnson citado por Caro (1998) distingue entre tres estilos diferentes de afrontamiento para disminuir las sensaciones displacenteras de la emoción de ira. Estos son

- **La Supresión de Ira (*Anger In*)** En este estilo la persona afronta la situación reprimiendo la expresión verbal o física
- **La Expresión de la Ira (*Anger Out*)** Aquí la persona manifiesta conductas airadas verbales o físicas hacia otras personas y/u objetos pero sin intención de producir daño
- **Control de la Ira (*Anger Control*)** Este estilo se caracteriza porque la persona intenta canalizar su energía emocional proyectándola hacia fines más constructivos para llegar a una resolución positiva del conflicto

2.3.3 La Agresión

Según Lorenz K (2005) la agresión referencia al componente conductual. Aquí se incluiría la agresión que se refiere a la conducta abierta definida

típicamente como acciones de ataque o conductas abiertamente destructivas o punitivas dirigidas hacia otras personas u objetos en el entorno. Estas conductas suelen ir acompañadas por cambios en la expresión facial, el tono y el volumen de voz, la postura y el movimiento, pudiendo estos cambios ser observados directamente.

La agresión puede tomar otras formas como son las verbales, en insultos, sarcasmos o formas agudas, antagónicas o de oposición y falta de cooperatividad. Dentro de este componente se podría distinguir entre agresión hostil e instrumental que serían:

- **Agresión Hostil**: Comportamiento agresivo (físico o verbal) motivado por sentimientos de rabia.
- **Agresión Instrumental**: Comportamiento agresivo dirigido hacia un obstáculo que se interpone entre el agresor y la meta, pero no está motivado por ira.

2.4 Influencia de la ira sobre la salud

La ira es una emoción negativa que influye en la salud, fundamentalmente generando problemas en el corazón.

Estudios realizados en la Facultad de Medicina de la Universidad de Stanford han descubierto el impacto que la ira tiene en la función cardíaca en pacientes que habían sufrido al menos un ataque cardíaco, cuando se sentían furiosos e incluso cuando recordaban esos episodios, se producía una

disminución de la eficacia de bombeo de su corazón la cual no se observó con otros sentimientos perturbadores como la ansiedad (Goleman D 2003)

Por supuesto que nadie está diciendo que la ira por sí sola provoque una enfermedad coronaria esta es sólo uno de varios factores interactivos Como los doctores explican aun no se puede decir si la ira y la hostilidad juegan un papel causal en el desarrollo temprano de la enfermedad coronaria o si esta intensifica el problema una vez que la enfermedad ha comenzado o si ocurren ambas cosas Pero tomemos el caso de una persona que se enfurece repetidas veces Cada episodio de ira añade una tensión adicional al corazón aumentando su ritmo cardíaco y su presión sanguínea Cuando esto se repite una y otra vez puede causar un daño sobretodo debido a que la turbulencia con que la sangre fluye a través de la arteria coronaria con cada latido puede provocar microdesgarramientos en los vasos donde se desarrolla la placa Por eso si el ritmo cardíaco es más rápido y la presión sanguínea más elevada porque la funa es habitualmente habrá mayor probabilidad de producir una enfermedad coronaria (Goleman D 2003)

Enfermedad coronaria se refiere a una serie de males que se presentan cuando una o más de las arterias coronarias se bloquean de manera parcial o total a causa de los depósitos que se acumulan en las paredes arteriales Las arterias coronarias engrosadas se hacen rígidas y estrechas y pueden interrumpir el suministro de sangre al corazón de modo temporal o permanente

Segun Borges C (2007) un estudio de la Facultad de Medicina de la Universidad de Harvard pidió a pacientes que habían sufrido un ataque cardíaco que describieran su estado emocional en las horas anteriores al mismo estaban furiosos Sin embargo esto no significa que se debería suprimir la ira cuando esta es adecuada ya que existen pruebas de que suprimir tales sentimientos aumenta la agitación del cuerpo y la presión sanguínea El hecho de que se exprese la ira o no es menos importante que el hecho de saber si la ira es crónica o no Una muestra de hostilidad ocasional no es peligrosa para la salud el problema surge cuando la hostilidad se vuelve tan constante que define la personalidad Las personas con personalidad Tipo A aparentan ser agresivas y hostiles hablan fuerte rápido y en forma explosiva muestran un sistema nervioso autónomo muy sensible reaccionan de modo excesivo ante la tensión Esta reactividad exagerada conduce a un ritmo cardíaco rápido sensación de urgencia impaciencia y hostilidad Las prisas las competencias y cosas parecidas aumentan la tensión acelerando la excitación simpática y contribuyendo más a la posibilidad de problemas coronarios

El complejo ira hostilidad se considera el aspecto psicológico que permite entender la influencia de los procesos emocionales en los trastornos cardiovasculares Este complejo no es unitario sino que está configurado por distintas variables psicológicas las que en los hombres pueden variar con respecto a las mujeres

Segun Herrero N Pastor J y colaboradores (2010) cuando una persona se enfada seriamente esas ocasiones en las que no puede controlar los

nervios pierde la compostura y gnta a quien tenga enfrente el cuerpo cambia drásticamente aumenta la frecuencia cardiaca la tensión artenal y la producción de testosterona disminuye el cortisol (la hormona del estrés) y el hemisfeno izquierdo del cerebro se activa más Esta sene encadenada de efectos ha sido descrita en una nueva investigación liderada por científicos de la *Universidad de Valencia (UV)*

La inducción de emociones genera profundos cambios en el sistema nervioso autónomo que controla la respuesta cardiovascular y también en el sistema endocrino Además se producen cambios en la actividad cerebral sobre todo en los lóbulos frontales y temporales

Los investigadores de UV indujeron ira en 30 hombres mediante la versión adaptada al español del procedimiento «*Anger Induction*» (AI) formado por 50 frases en primera persona que reflejan situaciones cotidianas que provocan enfado Antes e inmediatamente después de la inducción de ira midieron la frecuencia cardiaca y la tensión artenal los niveles de testosterona y cortisol la activación asimétrica del cerebro utilizando la técnica de la escucha dicótica el estado de ánimo general y la experiencia subjetiva de la emoción de ira

Los resultados publicados en la revista *Hormones and Behavior* (2010) por Herrero N Gadea M Rodríguez Alarcón G y colaboradores revelan que la ira provoca profundos cambios en el estado de ánimo de los sujetos y en diferentes parámetros psicobiológicos La frecuencia cardiaca la tensión artenal y la testosterona aumentan pero el cortisol disminuye

2 5 Psicobiología de la ira

Segun Herrero N Gadea M Rodríguez Alarcón G y colaboradores (2010) al centramos en la actividad cerebral asimétrica del lóbulo frontal que se produce cuando experimentamos emociones existen dos modelos que entran en contradicción en el caso de la ira

El primer modelo de valencia emocional propone que la región frontal izquierda del cerebro está implicada en la experiencia de emociones positivas mientras que la derecha está más relacionada con las emociones negativas. El segundo modelo de dirección motivacional expone que la región frontal izquierda está implicada en la experiencia de emociones relacionadas con el acercamiento mientras que la derecha se asocia con las emociones que provocan la retirada.

Las emociones positivas como la felicidad suelen asociarse a una motivación de acercamiento y las negativas como el miedo o la tristeza se caracterizan por una motivación de retirada. Sin embargo no todas las emociones se comportan de acuerdo a esta relación. El caso de la ira es especial porque se experimenta como negativa pero a menudo evoca una motivación de acercamiento. Ante la experiencia de ira se ha observado un aumento de la ventaja del oído derecho que indica una mayor activación del hemisfero izquierdo lo que apoya el modelo de dirección motivacional. En otras palabras cuando las personas se enfadan la respuesta cerebral asimétrica está mediada por la motivación de acercamiento al estímulo que

provoca la ira y no tanto por el hecho de considerar este estímulo como negativo. Normalmente cuando las personas se enfadan muestran una tendencia natural a acercarse a aquello que le provoca ira para tratar de eliminarlo.

Cada emoción es única

Este es el primer estudio sobre emociones en general y sobre ira en particular que examina en una misma investigación todos estos parámetros psicobiológicos diferentes (respuesta cardiovascular, hormonal y activación asimétrica del cerebro) para estudiar los cambios provocados por la inducción de ira. Además, los resultados del estudio van en la misma línea de investigaciones previas y defienden lo ya apuntado por Darwin que las emociones, en este caso la ira, se acompañan de patrones psicobiológicos únicos y específicos que son específicos para cada emoción.

2.6 La drogodependencia, problemas de ira y agresividad

Según Cava E (2006), en 2002 la Organización Mundial de la Salud identificó varios predictores de la violencia que incluían factores individuales como hiperactividad, impulsividad, etc.; factores familiares como conflictos parentales; factores grupales como la asociación con compañeros con conductas desviadas; y factores culturales como sufrir dificultades económicas, consumir alcohol y/o drogas, etc.

Por lo tanto el consumo de drogas o alcohol es un factor de riesgo o predictor de la conducta violenta. La relación entre consumo y violencia puede darse de distintas formas. Por un lado encontramos lo que algunos autores llaman motivación económica. Este tipo de relación asume que los toxicómanos necesitan generar ingresos ilegales para apoyar su consumo implicándose en delitos violentos como por ejemplo robos para conseguir drogas o dinero para comprarlas. Por otro lado la llamada relación sistémica entre el consumo de drogas y/o alcohol y la violencia se refiere a los patrones de violencia que se dan tradicionalmente en los sistemas de distribución de la droga. Algunos ejemplos son los robos entre compradores y vendedores o los asaltos y homicidios cometidos como castigo cuando se violan los códigos de conducta de la banda. Por último la relación conocida como relación psicobiológica/psicofarmacológica propone que los efectos de la intoxicación debido al consumo de drogas y/o alcohol son los causantes de la conducta violenta. Esta última no puede entenderse si no se diferencia entre violencia y agresividad. La violencia no es otra cosa que la agresividad descontrolada. Una construcción social sobre una base o estrato biológico. La base biológica es la agresividad. Como se ha expresado en párrafos anteriores la agresividad es una respuesta innata que se manifiesta ante determinados estímulos y que como tal es biológica. Se trata de un comportamiento común a todos los mamíferos que cumple una serie de funciones biológicas que aumentan la probabilidad de sobrevivir y dejar descendencia fértil. Es en definitiva un comportamiento evolutivamente seleccionado y como tal genéticamente determinado con características que dispara o inhiben la conducta.

Al igual que en el resto de los animales la agresividad humana es innata. También al igual que el resto de los animales los seres humanos poseemos herramientas para inhibir la agresividad. Nuestras herramientas son las expresiones emocionales (miedo ira rabia etc) que indican nuestro estado de ánimo y nuestras intenciones. Estas expresiones no se aprenden por imitación todos nacemos con ellas. Se trata de comportamientos innatos ejecutados por estructuras cerebrales. La agresividad es por lo tanto un rasgo de comportamiento seleccionado evolutivamente. No obstante decir que somos agresivos por naturaleza no significa que seamos violentos por naturaleza. Son dos términos diferentes. Nacemos agresivos pero nos hacemos violentos.

La violencia como decíamos es una construcción social. Un comportamiento aprendido. El ambiente donde crecemos formado por la familia el grupo de amigos la escuela etc nos proporciona las herramientas necesarias para discernir cómo debemos actuar frente a una situación. La educación es un elemento clave. La violencia no es por tanto algo biológico sino aprendido.

2.6.1 Drogas de abuso agresividad y circuitos cerebrales

Según Alcaraz V (2001) sobre la biología de la agresividad es donde inciden las drogas de abuso y no sobre la violencia. Las drogas son sustancias que afectan en el cerebro a las mismas estructuras que se encargan de disparar o inhibir la respuesta agresiva. La violencia se verá afectada por el consumo de drogas porque el resultado de este consumo es un descontrol de

la agresividad normal es decir nos encontramos ante una agresividad modificada por factores ambientales (el consumo de drogas o alcohol) Por consiguiente el consumo de sustancias de abuso puede predisponer a un comportamiento violento como un factor de riesgo más al incidir sobre la biología de la agresividad es decir al favorecer que se altere la respuesta agresiva y en la mayoría de los casos no será un factor determinante sino sumativo

El circuito cerebral que realiza todas las acciones de despliegue e inhibición de la respuesta agresiva es el sistema límbico Se trata de un sistema cerebral compuesto por un conjunto de estructuras cuya función está relacionada con las respuestas emocionales con el aprendizaje y con la memoria Los componentes de este sistema son la amígdala el tálamo el hipotálamo la hipófisis el hipocampo el área septal (compuesta por el fórnix cuerpo calloso y fibras de asociación) y la circunvolución del cíngulo Es un sistema "viejo" en términos evolutivos y por lo tanto comunes a todos los animales por su importancia en la supervivencia de las diferentes especies Entre los componentes del sistema límbico también está la amígdala Se trata de un núcleo neuronal evolutivamente muy antiguo que procesa los *inputs* que inhiben o disparan la respuesta agresiva Personas con la amígdala lesionada no son capaces de reconocer la expresión de un rostro o si una persona está contenta o triste Las investigaciones llevadas a cabo con monos en las que se extirpa la amígdala ponen de manifiesto un comportamiento social muy alterado en estos animales de modo que no siguen las normas sociales de su manada

Sobre las estructuras límbicas encontramos una estructura mucho más joven evolutivamente hablando la corteza cerebral. Es también la parte del cerebro más distintivamente humana y se divide en cuatro regiones o lóbulos. El delantero recibe el nombre de lóbulo frontal en él tenemos la corteza prefrontal ligada a la reflexión y a la toma de conciencia sobre las emociones y el control de las mismas. Todo ello en función de la experiencia adquirida a través del ambiente de crianza. También está la corteza ventromedial la que dota de sentido a las percepciones y de acuerdo con ello controla las emociones.

En una respuesta agresiva normal la amígdala recibirá el *input* procedente del tálamo y se lo pasará en un primer momento al hipotálamo éste lo envía a la hipófisis desde donde se liberan las sustancias necesarias para que el cuerpo se sitúe en posición de alerta preparado para luchar o huir frente al estímulo. Mientras tanto las conexiones existentes entre la amígdala y la corteza prefrontal han enviado la misma información recibida para la corteza. Si se trata de algo inofensivo la corteza le dirá a la amígdala "tranquila no hace falta ni luchar ni huir" parando la respuesta agresiva o todo lo contrario. La decisión dependerá de la experiencia previa (papel del hipocampo en la memoria) y de los rasgos de personalidad del individuo.

Las vías de comunicación entre las diferentes estructuras son los sistemas de neurotransmisores. Los neurotransmisores implicados en la neurobiología de la agresividad coinciden con los implicados en la neurobiología de la adicción: dopamina, serotonina y noradrenalina (Alcaraz V 2001).

Muchas de las drogas de abuso actúan a través de mecanismos que implicaban al neurotransmisor dopamina y a los sistemas que este neurotransmisor regula. La evidencia de esta hipótesis procedía de diversos estudios que demostraron que por un lado, en ausencia de dopamina, las drogas pierden sus propiedades reforzantes o que la abstinencia de ciertas drogas se asocia con niveles reducidos de dopamina a nivel cerebral. O por ejemplo que la dopamina era la responsable directa del brote estimulante que refuerza el deseo de tomar drogas, por lo menos en cocainómanos. Por lo tanto se trata de un neurotransmisor fuertemente asociado con los mecanismos de recompensa en el cerebro. Los sistemas de neurotransmisión que implican a la noradrenalina y la serotonina no son menos importantes. Respecto a la primera, sabemos que está fuertemente asociada con la puesta en alerta máxima de nuestro sistema nervioso. Una de las características de esta condición es el aumento del ritmo cardíaco y la presión sanguínea. Es decir es la sustancia encargada de excitar nuestro cerebro. Por su parte, la carencia de serotonina está vinculada a la depresión, problemas con el control de la ira, el desorden obsesivo-compulsivo y el suicidio, mientras que los niveles elevados producen aumento de la sensación de bienestar emocional.

2.6.1.1 Drogas legales e ilegales, agresividad y alteraciones en la bioquímica del cerebro

Las diferentes sustancias de abuso, ya sean legales como el alcohol o ilegales como la cocaína, marihuana, opiáceos, entre otras, producen alteraciones en la neurobiología del individuo, distorsionando los mecanismos

que subyacen a un comportamiento agresivo normal y convirtiéndolo en violento

En este apartado se desglosará el alcohol la cocaína y la manhuana por ser las sustancias más consumidas en nuestro país Respecto al alcohol uno de los estudios que valoraban la vinculación entre el consumo y las conductas violentas fue llevado a cabo en 1990 por Murdoch Ross y Phil citados por Reimann B (2007) Ellos examinaron 26 informes sobre crímenes en 11 países La investigación puso de manifiesto que el 62% de los delincuentes violentos había ingendo alcohol poco antes de cometer el crimen Entre ellos había individuos arrestados por asesinato agresión y violación Los datos también indicaron que la intoxicación era el doble de veces más frecuente entre los delincuentes violentos que entre los no violentos Es decir si un 20% de los delincuentes no violentos estaban bajo los efectos del alcohol lo estarían un 40% de los delincuentes violentos

La mayor parte de los efectos del etanol se deben a su interacción con dos receptores concretos el receptor GABAa del GABA (ácido Gama aminobutínico) y el receptor NMDA (N metil D-aspartato) del glutamato El GABA es el neurotransmisor inhibitor por excelencia del SNC las neuronas que lo utilizan como neurotransmisor disminuyen de manera transitoria las respuestas de otras neuronas a estímulos posteriores Por el contrano el glutamato es el neurotransmisor excitador por excelencia del SNC

Segun Redolar D (2008) lo que hace el consumo de alcohol en primer lugar es incrementar de forma aguda la inhibición de la neurotransmisión gabaérgica En segundo lugar lo que origina es una disminución de los niveles de NMDA y reduce la neurotransmisión excitatoria Estos efectos sobre los sistemas de GABA y NMDA parecen estar asociados con la ansiólisis durante la intoxicación y con los síntomas de abstinencia como la ansiedad y un menor umbral para soportar los ataques exteriores Es decir el alcohol reduce el miedo a las represalias que habitualmente reprime la manifestación de la violencia No obstante las acciones del alcohol no se centran unicamente en estos dos neurotransmisores El alcohol también afecta al neurotransmisor serotonina incrementando abruptamente su liberación hecho que a largo plazo merma las reservas de esta sustancia en el cerebro Los incrementos de la concentración de serotonina se asocian a un aumento de la empatía que facilita las relaciones interpersonales Estos cambios son seguidos de un descenso significativo de todos los niveles de serotonina tras vanas horas desde la ingesta dicho descenso de serotonina se une con la amplia evidencia de una asociación entre la baja concentración del metabolito de la serotonina en el líquido cefalorraquídeo (LCR) con la tendencia a exhibir conductas violentas impulsivas Un dato que apoya este hecho en humanos es la observación de bajos niveles de 5-HIAA (metabolito principal de la serotonina) en el LCR de criminales violentos que son alcohólicos de iniciación temprana a los que se les atribuyen conductas de irritabilidad e impulsividad

Ahora haciendo referencia al sistema dopaminérgico este regula en primer lugar el sistema de recompensa cuya activación se traduce en conductas de

excitación curiosidad placer y esperanza Este sistema activa las conductas de exploración y las respuestas subjetivas cuando las indicaciones señalan que algo agradable está cerca Pudiendo hacer que se rompan las reglas Se cree que los individuos que presentan características como la búsqueda de sensaciones fuertes los trastornos del comportamiento y la personalidad antisocial reflejan una hipersensibilidad del sistema dopaminérgico Se ha demostrado que consumir alcohol aumenta la liberación de dopamina en el núcleo accumbens lo que potenciará la conducta de búsqueda de sensaciones

A nivel estructural el consumo abusivo de alcohol daña el córtex prefrontal afectando a su funcionamiento los procesos cognitivos que afectan la percepción la atención la comunicación interpersonal la toma de conciencia sobre las consecuencias de los actos la inhibición de la conducta y la capacidad de raciocinio se verán también afectados predisponiendo a la aparición de conductas violentas

También se ha visto efectos del consumo de alcohol sobre dos estructuras subcorticales el hipocampo y la amígdala Ambas son estructuras subcorticales que intervienen en el procesamiento de las emociones y en la capacidad de memorizar y recordar Estas estructuras límbicas se conectan con la corteza y el núcleo accumbens (lugar donde se libera dopamina) para ejercer el control de las acciones instrumentales y sus consecuencias El consumo de alcohol afectará su correcto funcionamiento así como a la capacidad de memorizar y recordar del hipocampo

Segun Redolar D (2008) en cuanto a las drogas ilegales el consumo de drogas es un factor presente en los sucesos violentos Como de se ha dicho en párrafos anteriores existen dos formas químicas de cocaína el clorhidrato y la base libre también llamada crack La cocaína es el principio activo en ambos casos pero cada una de las dos formas posee propiedades físicas distintas y se absorben en el organismo de manera diferente Ambas sustancias son liposolubles característica que les permite atravesar fácilmente todas las membranas orgánicas La barrera hematoencefálica por lo tanto no supone ningun impedimento para su entrada en el cerebro Es en este órgano donde tienen lugar los efectos originados por la cocaína tanto los físicos como los psíquicos Los primeros se deben esencialmente a la acción de la cocaína sobre el sistema noradrenérgico y los segundos se deben principalmente a la acción de la cocaína sobre el sistema dopaminérgico

Lo que produce el consumo de cocaína es un exceso de los neurotransmisores dopamina noradrenalina y serotonina en el espacio sináptico El aumento de los niveles de dopamina y noradrenalina explican los cambios fisiológicos que preparan al individuo para hacer frente a situaciones de lucha o huida Por su parte el aumento de serotonina junto con algunos efectos de la dopamina producen las llamadas cualidades psicológicas es decir euforia lucidez mayor conciencia sensorial y sensación de ser muy competente Todo ello deriva en un aumento ilusorio de autoestima autoconfianza egocentrismo y megalomanía La cocaína es rápidamente metabolizada en un intervalo de 20 minutos a 2 horas más o menos dependiendo de características individuales por lo tanto para mantener las

sensaciones de euforia durante una juerga se producen consumos abusivos que pueden desencadenar en un comportamiento típicamente psicótico. Este tipo de reacción anómala en una persona que se siente en extremo poderosa y que a la vez sufre una alteración de su capacidad de raciocinio puede generar una conducta peligrosamente violenta llegando a ser homicida.

Por su parte, el consumo crónico que se diferencia del consumo abusivo en que es constante a través del tiempo puede tener efectos psicopatológicos todavía más alarmantes. Este tipo de consumo origina un déficit en las concentraciones cerebrales de los tres tipos de neurotransmisores nombrados y puede llegar a provocar anomalías estructurales en el cerebro de los consumidores. El consumo crónico de esta sustancia afecta a estructuras cerebrales que median en la transición de un comportamiento agresivo a uno violento. En los adictos a la cocaína se observó en un estudio un descenso en el volumen de la amígdala al compararlos con el grupo control. Los daños observados en este núcleo permiten suponer que las conexiones entre la amígdala y las estructuras cerebrales relacionadas estarán alteradas en los consumidores crónicos de esta sustancia. Si se alteran las conexiones con la corteza prefrontal no habrá juicio crítico sobre las consecuencias de los actos.

Con referencia al consumo de cannabis y opiáceos. Ambas sustancias tienden a inhibir la conducta violenta. No obstante, el síndrome de abstinencia de los opiáceos tiende a exagerar tanto la agresividad como las respuestas defensivas frente a las provocaciones. Los efectos de los cannabinoides sobre el sistema nervioso central son el resultado de la interacción entre su principio

activo tetrahidrocannabinol (THC) y el sistema endocannabinoide. Los endocannabinoides son sustancias naturales que afectan a procesos cognitivos de forma que alteran la respuesta motivacional, la emocionalidad y la recompensa cerebral. Efectos explicables por la presencia de receptores de esta sustancia en estructuras límbicas. Concretamente, en el núcleo accumbens existen multitud de receptores a los que se une el THC. Cuando esta sustancia se une a los receptores, se aumenta la concentración del neurotransmisor dopamina, lo que explica las propiedades placenteras de la marihuana. La euforia pasa después de un tiempo y entonces el usuario puede sentir sueño o depresión.

La relación entre el consumo de sustancias cannábicas y la agresividad es objeto de debate. Hay diversos estudios realizados en animales que demuestran que el consumo induce un estado de agresividad tras la ingestión o inhalación aguda de cannabinoides. No obstante, es arriesgado extrapolar esta conducta a seres humanos. Los consumidores esporádicos aducen apatía, pasividad y pereza después de fumar. No obstante, no siempre pasa lo mismo en los consumos crónicos. A este respecto, el estudio publicado en 2003 por Gamella y Jiménez Rodrigo con una muestra de 204 consumidores crónicos de cannabis, pone de manifiesto que algunos consumidores describen obsesiones, paranoias, crisis de angustia e ideas de suicidio tras el consumo. Más allá de la predisposición a la aparición de un cuadro psicótico o de su empeoramiento en la relación cannabis y agresividad, no se han hallado datos suficientes que permitan vincular causalmente los efectos psicoactivos del

consumo de cannabis con los comportamientos violentos Se requieren más estudios en dicho ámbito

2.6.2 La ira en personas drogodependientes

Con el desarrollo de la adicción a sustancias psicoactivas se ven afectados aspectos de la personalidad del individuo Es común que muchos adictos a las drogas experimenten sentimientos de ira y enojo ocultos o enterrados como la razón de su adicción A menudo esto se debe a problemas en el pasado o sentimientos de inadecuación los que pueden ser causa del consumo inicial Las drogas podrían funcionar como una máscara para el adicto de manera que puede ocultar los sentimientos que no desean explorar o admitir esto puede desencadenar el consumo compulsivo ya que el adicto utiliza dichas razones (represión de sentimientos) para el uso de drogas Al poseer escasos recursos para el control de sus emociones en el caso específico de la ira se refugia en el consumo de drogas intentando buscar un micromundo placentero temporal que le permita escapar de su realidad dolorosa

Los problemas asociados de ira y agresividad en las personas dependientes a sustancias le acarrearán distintos problemas en su medio familiar social o policial Si esto ocurre pueden incrementar aun más su problema inicial de dependencia o mantenerse su dependencia en el tiempo por no tener un modo de solucionar los problemas como se mencionaba anteriormente También tanto la ira como la agresividad están asociadas a la caída y a la recaída como estados emocionales negativos

CAPITULO III
TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA
EL CONTROL DE LA IRA

3 Terapia cognitivo-conductual

La terapia cognitivo-conductual es un término genérico que se refiere a las terapias que incorporan tanto intervenciones conductuales (intentos directos de disminuir las conductas y emociones disfuncionales modificando el comportamiento) como intervenciones cognitivas (intentos de disminuir las conductas y emociones disfuncionales modificando las evaluaciones y los patrones de pensamiento del individuo). Ambos tipos de intervenciones se basan en la suposición de que un aprendizaje anterior está produciendo actualmente consecuencias desadaptativas y que el propósito de la terapia consiste en reducir el malestar o la conducta no deseadas desaprendiendo lo aprendido o proporcionando experiencias de aprendizaje nuevas más adaptativas.

La terapia cognitivo-conductual comparte las siguientes suposiciones:

- Los individuos responden a las representaciones cognitivas de los acontecimientos ambientales en vez de a los acontecimientos mismos
- El aprendizaje está mediado cognitivamente
- La cognición media la disfunción emocional y conductual (la cognición afecta a las emociones y a la conducta y viceversa)
- Algunas formas de cognición pueden registrarse y evaluarse
- La modificación de las cogniciones puede cambiar las emociones y la conducta
- Tanto los procedimientos cognitivos como los conductuales para el cambio son deseables y se pueden integrar en las intervenciones

Algunas de las principales características de la terapia cognitivo-conductual

- **Las variables cognitivas constituyen importantes mecanismos causales**
- **Los objetivos específicos de algunos procedimientos y técnicas son cognitivos**
- **Se realiza un análisis funcional de las variables que mantienen el trastorno especialmente las variables cognitivas**
- **Se emplean estrategias conductuales y cognitivas en el intento de modificar cogniciones**
- **Se pone de notable énfasis en la verificación empírica**
- **La terapia es de duración breve**
- **La terapia es una colaboración entre terapeuta y paciente**
- **Los terapeutas cognitivo-conductual son directivos**

Los psicólogos clínicos cognitivo-conductual creen que el cambio de los síntomas tiene lugar una vez producido el cambio cognitivo este último origina a través de una serie de posibles intervenciones incluyendo la práctica de nuevas conductas el análisis de patrones erróneos de pensamiento y la enseñanza de un diálogo con uno mismo más adaptativo estando relacionado también el mantenimiento posterior de las ganancias con los cambios cognitivos

La posición cognitivo-conductual plantea que la cognición se entiende mejor en términos de estructuras cognitivas (la organización interna de la información por ejemplo memoria a corto y largo plazo almacenamiento sensorial etc) de contenido cognitivo (el contenido real que se almacena por ejemplo

conocimiento semántico información generada internamente creencias almacenadas etc) de procesos cognitivos (la manera de funcionar del sistema para recibir almacenar transformar y gobernar la salida de la información por ejemplo atención elaboración cognitiva codificación recuperación etc) y de los productos cognitivos (los resultados de la manipulación del sistema cognitivo por ejemplo atribuciones imágenes creencias a las que se ha accedido decisiones pensamientos etc) las estructuras y el contenido cognitivo suelen denominarse conjuntamente esquemas Las deficiencias cognitivas (por ejemplo percepciones erróneas del ambiente) servirán para explicar el funcionamiento desadaptativo del individuo

Brewin citado por Lega L Caballo V y Ellis A. (2002) indica que se puede distinguir entre cogniciones que son relativamente accesibles a la conciencia como los pensamientos automáticos y las denominadas cogniciones más profundas que son menos accesibles como los esquemas suposiciones subyacentes o ideas irracionales nucleares

En la actualidad se entiende a la terapia cognitivo-conductual como una psicoterapia estructurada con límite de tiempo onentada hacia el problema y dirigida a modificar las actividades defectuosas del procesamiento de la información evidentes en los trastornos psicológicos el terapeuta y el paciente colaboran en identificar cogniciones distorsionadas que se derivan de los supuestos o las creencias desadaptativas Estas cogniciones y creencias están sujetas al análisis lógico y la comprobación empírica de hipótesis lo que

conduce a los individuos a realinear su pensamiento con la realidad (Clark 1995 citado por Caro 2002)

3 1 La terapia racional emotiva conductual Albert Ellis (2003)

3 1 1 Principales conceptos teóricos

3 1 1 1 Metas y racionalidad

Los hombres son más felices cuando se proponen metas y se esfuerzan por alcanzarlas racionalmente. Las principales metas humanas se pueden englobar en

- Supervivencia
- La felicidad. Esta última puede ser perseguida a través de una o varias de las siguientes sub-metas

Aprobación o afecto

Éxito y Competencia personal en diversos asuntos

Bienestar físico, emocional o social

En este punto, Ellis destaca la fuerte concepción filosófica de su terapia (siguiendo en gran medida la tradición estoica) donde los humanos son seres propositivos en busca de metas personales que constituyen a su vez las filosofías personales de cada cual.

3 1 1 2 Cognición y procesos psicológicos

En la teoría se considera que pensamiento, afecto y conducta están interrelacionados, afectándose mutuamente. Además, los principales

componentes de la salud y los trastornos psicológicos se encuentran a nivel del pensamiento a nivel cognitivo. Estos componentes determinantes son

- Las Creencias Irracionales (Exigencias) en los procesos de trastorno psicológico
- Las Creencias Racionales (Preferencias) en los procesos de salud psicológica

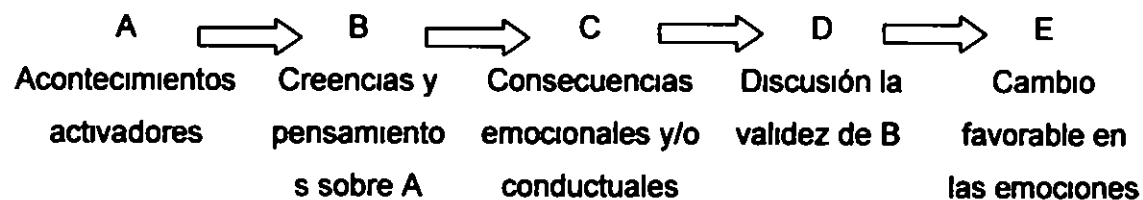
3 1 1 3 Énfasis humanista filosófico del modelo

Las personas en cierto modo sufren por defender filosofías vitales centradas en perseguir sus metas personales de modo exigente, absolutista e irracional. Por el contrario, las personas son más felices de modo general cuando persiguen sus metas de modo anti-exigente, anti-absolutista, preferencialmente o de manera racional.

3 1 2 El modelo A-B-C del funcionamiento psicológico

La terapia racional emotiva conductual (TREC) acepta la importancia de las emociones y de las conductas, pone énfasis especial en el papel de las cogniciones, es decir, de las creencias, pensamientos e imágenes mentales.

Esquema



A representa el acontecimiento activador que aparece a primera vista como el desencadenante o antecedente de C (consecuencias emocionales y conductuales) Pero a pesar de que los acontecimientos activadores (A) a menudo parecen causar las (C) esto no es realmente así ya que las (B) creencias y pensamientos sobre (A) son mediadores importantes entre los (A) y las (C) llegando a ser las principales y más directas responsables de (C) Añadiendo D (debate) se refiere al debate de las creencias irracionales que permite modificar las (C) que causan malestar en el individuo y producir (E) efectos o respuestas saludables en el individuo

Las 11 creencias irracionales sustentadas por Ellis

- Es una necesidad extrema para el ser humano adulto el ser amado y aprobado por cada persona significativa de su entorno
- Para considerarme a mí mismo como una persona válida debo ser muy competente suficiente y capaz de lograr cualquier cosa que me proponga
- Las personas que no actúan como deberían son viles malvadas e infames y deberían ser castigadas por su maldad
- Es temible y catastrófico que las cosas no funcionen como a uno le gustaría
- La desgracia y el malestar humano están provocados por las circunstancias externas y la gente no tiene capacidad para controlar sus emociones
- Si algo es ó puede ser peligroso debo sentirme temiblemente inquieto por ello y debo pensar con tanta frecuencia en la posibilidad de que ocurra

- Es más fácil evitar responsabilidades y dificultades de la vida que hacerles frente
- Debo depender de los demás y necesito a alguien más fuerte en quien confiar
- Lo que me ocurrió en el pasado seguirá afectándome siempre
- Debemos sentirnos muy preocupados por los problemas y perturbaciones de los demás
- Existe una solución perfecta para cada problema y si no lo hayamos sería catastrófico

Segun la teoría cualquier perturbación emocional estará relacionada con gran probabilidad con alguna de estas creencias irracionales. El objetivo de la terapia será detectar y cambiar tanto las inferencias erróneas como las creencias dogmáticas y absolutistas que las originan.

La terapia racional emotiva conductual es un tipo de psicoterapia activa directiva en que el terapeuta lleva al paciente a identificar el origen filosófico de sus problemas psicológicos demostrándoles que pueden afrontarse y que se pueden cambiar sus actitudes irracionales perturbadoras. Como un maestro que enseña al paciente a ser su propio terapeuta.

3 1 3 La naturaleza de la salud y las alteraciones psicológicas

El trastorno psicológico como ya ha quedado expuesto en párrafos anteriores deriva de las Creencias Irracionales. Una creencia irracional se

caracteriza por perseguir una meta personal de modo exigente absolutista y no flexible

Ellis propone que las tres principales creencias irracionales (Creencias irracionales primarias) derivadas de las 11 creencias irracionales que se presentaron anteriormente

- Referente a la meta de Aprobación/Afecto "Tengo que conseguir el afecto o aprobación de las personas importantes para mí
- Referente a la meta de Éxito/Competencia o Habilidad personal "Tengo que ser competente (o tener mucho éxito) no cometer errores y conseguir mis objetivos
- Referente a la meta de Bienestar "Tengo que conseguir fácilmente lo que deseo (bienes materiales emocionales o sociales) y no sufrir por ello

Dichas creencias irracionales hacen vulnerable a las personas a padecer trastornos psicológicos en los aspectos implicados en esas metas

Hay tres creencias irracionales derivadas de las primarias (Creencias secundarias) que constituirían el segundo eslabón cognitivo del procesamiento irracional de la información

- Referente al valor aversivo de la situación TREMENDISMO Esto es horroroso
- Referente a la capacidad para afrontar la situación desagradable INSOPORTABILIDAD No puedo soportarlo no puedo experimentar ningún malestar nunca

- Referente a la valoración de sí mismo y otros a partir del acontecimiento
CONDENA Soy/Es/Son un (ejemplo inútil desgraciado) porque
hago/hacen algo indebido

En un tercer eslabón cognitivo y menos central para determinar las consecuencias emocionales estarían las Distorsiones Cognitivas o errores inferenciales del pensamiento y que serían evaluaciones cognitivas más ligadas a las situaciones específicas y no tan centradas como las creencias irracionales

La salud psicológica por su parte estaría ligada a las Creencias Racionales Ellis es el único terapeuta cognitivo que llega a distinguir entre consecuencias emocionales negativas y apropiadas o patológicas El hecho de experimentar emociones negativas no convierte ese estado en irracional necesariamente ni la racionalidad de la terapia racional emotiva conductual puede ser confundida con un estado apático frío o insensible del sujeto Lo que determina si una emoción negativa es o no patológica es su base cognitiva y el grado de malestar derivado de sus consecuencias Así se distingue entre

Emoción inapropiada	Emoción apropiada
Depresión	Tristeza
Ansiedad	Inquietud
Culpa	Dolor
Ira	Disgusto

Tristeza derivada de la Creencia Racional Es malo haber sufrido esta pérdida pero no hay ninguna razón por la que no debería haber ocurrido

Depresión derivada de la Creencia Irracional No debería haber sufrido esta pérdida y es terrible que sea así Si se cree responsable de la pérdida se condena No soy bueno y si la cree fuera de control de las condiciones de vida Es terrible

Inquietud derivada de la Creencia Racional Espero que eso no suceda y sería mala suerte si sucediera

Ansiedad derivada de la Creencia Irracional Eso no debería ocurrir sería horrible si ocurre

Dolor derivada de la Creencia Racional Prefiero no hacer las cosas mal intentaré hacerlas mejor si no ocurre mala suerte

Culpa derivada de la Creencia Irracional No debo hacer las cosas mal y si las hago soy malvado/a

Disgusto derivada de la Creencia Racional No me gusta lo que ha hecho y me gustaría que no hubiese ocurrido pero otros pueden romper mis normas

Ira derivada de la Creencia Irracional No debería haber hecho eso No lo soporto y es un malvado por ello

La contraparte de las creencias irracionales son las creencias racionales que serían

Las principales Creencias racionales primarias

- Referentes a la Aprobación/Afecto Me gustaría tener el afecto de las personas importantes para mí
- Referentes al Éxito/Competencia o Habilidad personal Me gustaría hacer las cosas bien y no cometer errores
- Referente al Bienestar Me gustaría conseguir fácilmente lo que deseo

Las principales Creencias racionales secundarias serían

- Referentes al valor aversivo de la situación evaluar lo negativo No conseguir lo que quiero es malo pero no horroroso
- Referentes a la capacidad de afrontar la situación desagradable No me gusta lo que sucedió pero puedo soportarlo o modificarlo si me es posible
- Referentes a la valoración de sí mismo y otros en el evento Aceptación No me gusta este aspecto de mí o de otros o de la situación pero acepto como es y si puedo la cambiaré

Estas creencias facilitarían la consecución de las metas personales La salud psicológica sería todo aquello que contribuiría a que el sujeto consiguiera sus metas con más probabilidad es decir el autoentrenamiento en las creencias racionales y su práctica conductual

3 1 4 Adquisición y mantenimiento de los trastornos psicológicos

Ellis diferencia entre la adquisición de las creencias irracionales y el mantenimiento de las mismas. Con el término adquisición hace referencia a los factores que facilitan su aparición en la vida del sujeto. Entre estos

- **Tendencia innata de los humanos a la irracionalidad.** Los seres humanos tienen en sus cerebros sectores precorticales productos de su evolución como especie que facilitan la aparición de tendencias irracionales en su conducta.
- **Historia de aprendizaje.** Los seres humanos, sobretudo en la época de socialización infantil, pueden aprender de su experiencia directa o de modelos socio-familiares determinadas creencias irracionales.

También se destaca en este punto que una persona puede haber aprendido creencias y conductas racionales que le hacen tener una actitud preferencial o de deseo ante determinados objetivos, pero debido a su tendencia innata puede convertirlas en creencias irracionales o exigencias.

De otro lado, con el término mantenimiento, Ellis se refiere a los factores que explican la permanencia de las creencias irracionales una vez adquiridas. Se destacan tres factores:

- **Baja tolerancia a la frustración.** La persona, siguiendo sus exigencias de bienestar, practica un hedonismo a corto plazo: "Tengo que estar bien ya que le hacen no esforzarse por cambiar. Debería ser más fácil".
- **Mecanismos de defensa psicológicos** derivados de la baja tolerancia a la frustración y de la intolerancia al malestar.

- Síntomas secundarios derivados también de la baja tolerancia a la frustración y de la intolerancia al malestar. Constituyen problemas secundarios y consisten en estar perturbado por la perturbación.

En resumen se destaca el papel de la baja tolerancia a la frustración derivado de una creencia irracional de bienestar exigente o inmediato.

3.1.5 Teoría del cambio terapéutico

Se distinguen varios focos y niveles de cambio. En cuanto a los focos del cambio, estos pueden estar en:

- Aspectos situacionales o ambientales implicados en el trastorno emocional (por ejemplo, reforzar la respuesta asertiva en personas con problemas de ira). Sería un cambio en el punto A del modelo A-B-C.
- Consecuencias emocionales, conductuales y cognitivas o sintomáticas del trastorno emocional (por ejemplo, enseñarle relajación para manejar la ira, auto-refuerzo de los logros). Sería un cambio en el punto C del modelo A-B-C.
- En las evaluaciones cognitivas del sujeto implicadas en el trastorno emocional. Se distinguirían a su vez dos focos:

Distorsiones cognitivas o inferencias anti-empíricas (por ejemplo, "No soporto que me traten de esa manera")

Creencias irracionales (por ejemplo, "Necesito tener el afecto de la gente importante para mí y no soporto que me rechacen")

Serían ambos cambios en el punto B del modelo A-B-C.

Para Ellis los tres focos pueden y suelen producir modificaciones emocionales cognitivas y conductuales. Y de hecho los tres focos se suelen trabajar conjuntamente en una terapia. Pero el foco más relevante para el cambio está en el punto B del modelo A-B-C, sobretodo en la modificación de las creencias irracionales.

Por otro lado existen diferentes niveles en cuanto a la profundidad y generabilidad del cambio. Estos niveles serían:

- Insight 1 que el sujeto tome conciencia de que su trastorno deriva de B (Irracional) y no directamente de A.
- Insight 2 que el sujeto tome conciencia de como él mismo por autoinstrucción o autoreforzo mantiene la creencia irracional.
- Insight 3 que el sujeto trabaje activamente en la sustitución de las creencias irracionales por creencias racionales mediante tareas e intervenciones tipo conductual, cognitivo y emocional.

La terapia recorre secuencialmente esos tres niveles, soliendo ser muy directiva (aunque no siempre) en los primeros niveles y permitiendo convertirse en un método de autoayuda más cercano al fin del tercer nivel.

3.1.6 Principales técnicas de tratamiento de la terapia racional emotiva conductual

Ellis clasifica las principales técnicas en función de los procesos cognitivos, emocionales y conductuales implicados en ellas.

Técnicas Cognitivas

- **Detección** consiste en buscar las creencias irracionales que llevan a las emociones y conductas perturbadoras. Para ello se suele utilizar autorregistros que llevan un listado de creencias irracionales permitiendo su identificación o un formato de auto/preguntas para el mismo fin.
- **Refutación** consiste en una serie de preguntas que el terapeuta emplea para contrastar las creencias irracionales (y que posteriormente puede emplear el paciente). Estas suelen ser del tipo: ¿Qué evidencia tiene para mantener qué? ¿Dónde está escrito que eso es así? ¿Por qué sería eso el fin del mundo? etc.
- **Discriminación** el terapeuta enseña al paciente mediante ejemplos la diferencia entre las creencias racionales o irracionales.
- **Tareas cognitivas para casa** se utilizan los autorregistros de eventos como guías de refutación, grabaciones de las sesiones donde se ha utilizado refutación, grabaciones sobre temas generales de terapia y biblioterapia.
- **Definición** se enseña a utilizar el lenguaje al paciente de manera más racional y correcta.
- **Técnicas referenciales** se anima al paciente hacer un listado de aspectos positivos de una característica o conducta para evitar generalizaciones polarizantes.
- **Técnicas de imaginación** se utilizan sobretodo tres modalidades.

La Imaginación Racional Emotiva (IRE) donde el paciente mantiene la misma imagen del suceso aversivo (Elemento A del ABC) y modifica su respuesta emocional en C desde una emoción inapropiada a otra apropiada aprendiendo a descubrir su cambio de la creencia irracional

La proyección en el tiempo el paciente se ve afrontando con éxito eventos pasados o esperados negativos a pesar de su valoración catastrofista

Hipnosis técnicas hipnosugestivas en conjunción con frases racionales

Técnicas Emotivas

- **Uso de la aceptación incondicional con el paciente se acepta al paciente a pesar de lo negativa que sea su conducta como base o modelo de su propia autoaceptación**
- **Métodos humorísticos con ellos se anima a los pacientes a descentrarse de su visión extremadamente dramática de los hechos**
- **Autodescubrimiento el terapeuta puede mostrar que ellos también son humanos y han tenido problemas similares a los del paciente para así fomentar un acercamiento y modelado superador pero imperfecto**
- **Uso de modelado vicario se emplea historias leyendas parábolas etc para mostrar las creencias irracionales y su modificación**
- **Inversión del rol racional se pide al paciente que adopte el papel de representar el uso de la creencia racional en una situación simulada y comprobar así sus nuevos efectos**

- **Ejercicio de ataque a la vergüenza** se anima al cliente a comportarse en público de forma voluntariamente vergonzosa para tolerar así los efectos de ello
- **Ejercicio de riesgo** se anima al paciente a asumir riesgos calculados
- **Repetición de frases racionales a modo de autoinstrucciones**
- **Construcción de canciones redacciones ensayos o poesías** se anima al paciente a construir textos racionales y de distanciamiento humorístico de los irracionales

Técnicas Conductuales

- **Tareas para casa del tipo exposición a situaciones evitadas**
- **Técnica de 'Quedarse allí'** Se anima al paciente a recordar hechos incómodos como manera de tolerarlos
- **Ejercicios de no demorar tareas** se anima al paciente a no dejar tareas para mañana para no evitar la incomodidad
- **Uso de recompensas y castigos** se anima al paciente a reforzarse sus afrontamientos racionales y a castigarse sus conductas irracionales
- **Entrenamiento en habilidades sociales** especialmente en asertividad

3 2 La Terapia Cognitiva Aaron Beck (2001)

3 2 1 Principales conceptos teóricos

3 2 1 1 Estructura de significado y psicopatología

La terapia cognitiva (TC) es un sistema de psicoterapia basado en una teoría de la psicopatología mantiene que la percepción y la estructura de las experiencias del individuo determinan sus sentimientos y conducta El concepto

de estructura cognitiva suele recibir otros nombres como el de Esquema Cognitivo y en el ámbito clínico el de Supuestos Personales Equivalen también a las Creencias según la concepción de A. Ellis. Con todos estos términos equivalentes se refiere a la estructura del pensamiento de cada persona a los patrones cognitivos estables mediante los que se conceptualizan de forma ideosincrática las experiencias. Se refiere a una organización conceptual abstracta de valores, creencias y metas personales de las que se puede o no ser conscientes. Los esquemas pueden permanecer inactivos a lo largo del tiempo y ante situaciones desencadenantes o precipitantes (de orden físico biológico o social) se activan y actúan a través de situaciones concretas produciendo distorsiones cognitivas (procesamiento cognitivo de la información distorsionado) y cogniciones automáticas (o pensamientos negativos que serían los contenidos de las distorsiones cognitivas).

3.2.1.2 Cognición

Se refiere a la valoración de acontecimientos hechos por el individuo y refrenda a eventos temporales pasados, actuales o esperados. Los pensamientos o imágenes de los que puede ser conscientes o no. En el sistema de cogniciones de las personas se pueden diferenciar:

- Un sistema cognitivo maduro hace referencia al proceso de información real. Contiene los procesos que se pueden denominar como racionales y de resolución de problemas a base de constatación de hipótesis o verificación.
- Un sistema cognitivo primitivo hace referencia a lo anteriormente expuesto bajo el epígrafe de supuestos personales. Esta organización

cognitiva sería la predominante en los trastornos psicopatológicos. Esta forma de pensamiento es muy similar a la concepción freudiana de los procesos primarios y a la de Piaget de Egocentrismo y primeras etapas del desarrollo cognitivo.

3.2.1.3 Distorsiones cognitivas y pensamientos automáticos

Los errores en el procesamiento de la información derivados de los esquemas cognitivos o supuestos personales reciben el nombre de distorsión cognitiva. Básicamente serían errores cognitivos:

- **Filtraje o Abstracción selectiva**: valorar una situación global de manera negativa por determinados hechos particulares, como si toda la situación fuera solo ese hecho. Ejemplos: "No soporto que...", "No aguanto que...", "Es insoportable".
- **Pensamiento Polarizado**: Clasificar las cosas en términos extremos y opuestos. Ejemplos: "Bueno frente a Malo", "Útil frente a Inútil", "Correcto frente a incorrecto", etc.
- **Sobregeneralización**: Sacar conclusiones generales de hechos particulares. Ejemplos: "Todo", "Nadie", "Nunca", "Siempre", "Todos", "Ninguno".
- **Interpretación del pensamiento**: suponer las razones o intenciones de las otras personas sin prueba alguna. Ejemplos: "Eso lo dice por...", "Eso se debe a...".
- **Visión Catastrofista**: ponerse en la posibilidad de que ocurrirá lo peor. Ejemplo: "Y si sucede tal cosa".
- **Personalización**: tendencia a relacionar lo que sucede a nuestro alrededor como relacionado con nosotros, que a veces también nos...

hace comparamos con otros Eso lo dice por mi

Yo soy más/menos que

- **Falacia de control** creer de manera extrema que uno tiene todo el control o responsabilidad de las cosas o bien que uno está controlado totalmente por las circunstancias y no puede hacer nada No puedo hacer nada por Yo soy responsable de todo lo que
- **Falacia de justicia** creer que todo lo que ocurre debe de hacerlo de determinada manera y que si no es así es injusto No hay derecho a Es injusto que
- **Falacia de cambio** creer que en un problema con otra persona o circunstancia no podemos hacer nada a menos que cambie primero esa persona o circunstancia Si tal cosa cambiara entonces yo podría
- **Etiquetas globales** ver a los demás o a nosotros mismos con criterios generales de ser de una determinada manera ignorando otros aspectos Soy un Es un Son unos
- **Culpabilidad** echamos toda la responsabilidad de las acciones viéndonos como personas viles e indignas o bien haciendo lo mismo con otros Por mi culpa Por su culpa Culpa de
- **Deberías** mantener reglas rígidas sobre cómo tiene que suceder las cosas de manera exigente Debo de No debo de Tengo que etc
- **Tener razón** no considerar que cada persona tiene puntos de vistas distintos y tratar de luchar por imponer el propio criterio Llevo la razón Sé que estoy en lo cierto

- **Falacia de recompensa divina** esperar que los problemas cambien por sí solos esperando que las cosas mejoren en el futuro sin buscar soluciones en el presente El día de mañana esto cambiara El día de mañana tendré mi recompensa
- **Razonamiento emocional** Considerar que si uno se siente de un modo determinado entonces es verdad que tiene que haber un motivo real para sentirse así Si me siento así entonces es cierto que

Otros autores han aumentado el repertorio de distorsiones cognitivas detectadas en distintos estados emocionales alterados Lo esencial es destacar que aunque algunas distorsiones pueden ser específicas de determinados trastornos lo normal es que estén implicados en diversos trastornos y estados emocionales alterados Solo la organización cognitiva es ideosincrática y personal a cada individuo aunque pueden encontrarse semejanzas en sus distorsiones y supuestos personales

Los pensamientos automáticos serían los contenidos de esas distorsiones cognitivas derivadas de la confluencia de la valoración de los eventos y los supuestos personales Las características generales de los pensamientos automáticos son

- Son mensajes específicos a menudo parecen taquigráficos
- Son creídos a pesar de ser irracionales y no basarse en evidencia suficiente
- Se viven como espontáneos o involuntarios difíciles de controlar
- Tienden a dramatizar en sus contenidos la experiencia

- Suelen conllevar una visión de túnel tendiendo a producir una determinada percepción y valoración de los eventos

Los individuos ansiosos se preocupan por la anticipación de peligros

Los individuos deprimidos se obsesionan con sus pérdidas

La gente crónicamente irritada se centra en la injusta e inaceptable conducta de otros

3.2.2 Conceptualización de los problemas

Los datos básicos para la terapia cognitiva consisten principalmente en las cogniciones de los pacientes fundamentalmente a partir de los pensamientos automáticos. Los pensamientos automáticos se suelen recoger de tres fuentes principales:

- Informes orales del mismo paciente al expresar las cogniciones emocionales y conductas que experimenta entre las sesiones y referidos a determinadas áreas problemáticas
- Los pensamientos, sentimientos y conductas experimentados durante la terapia
- El material introspectivo o de autorregistro escrito por el paciente como parte de las tareas terapéuticas asignadas entre las sesiones

Una vez recogidos dichos datos, el terapeuta en colaboración con el paciente pueden conceptualizarlo en tres niveles de abstracción:

- El significado que el paciente da a su experiencia de los hechos pasados relacionados con sus áreas problemáticas. Estos datos se suelen obtener a partir de preguntas del siguiente estilo: '¿Cómo interpretaste la situación en que te sentiste mal? ¿Qué significó para ti el que sucediera?'
- Los significados dados por el paciente a su experiencia son agrupados por el terapeuta en patrones cognitivos. Tipos comunes (por ejemplo: creer que debe tener apoyo permanente para afrontar las situaciones en función del tipo de error cognitivo o distorsión cognitiva (por ejemplo: sobregeneralización, polarización, etc.) y en función del grado de realidad y adaptación de las cogniciones.
- Articular a modo de hipótesis los patrones cognitivos en significados personales o esquemas cognitivos subyacentes y tácitos. Esta articulación permitirá formular el núcleo cognitivo a la base de los problemas del paciente y permitirá su contrastación empírica.

En resumen, el terapeuta traduce los síntomas del paciente en términos de situaciones evocadoras-pensamientos-afectos-conductas implicadas como primer paso; después detecta los pensamientos automáticos y su base de distorsiones cognitivas y por último genera hipótesis sobre los supuestos personales subyacentes haciendo esto último en base a las distorsiones cognitivas más frecuentes contenidas comunes (empleadas en palabras clave o expresiones del paciente) como defiende el paciente una creencia y de momentos asintomáticos o 'felices' del paciente (donde se suele confirmar el reverso del supuesto personal).

3 2 3 Aplicaciones Prácticas

La terapia cognitiva es un proceso de resolución de problemas basado en una experiencia de aprendizaje. El paciente con la ayuda y colaboración del terapeuta aprende a descubrir y modificar las distorsiones cognitivas e ideas disfuncionales. La meta inmediata denominada en la 'terapia a corto plazo' consiste en modificar la predisposición sistemática del pensamiento a producir ciertos sesgos cognitivos (distorsiones cognitivas). La meta final denominada 'terapia a largo plazo' consiste en modificar los supuestos cognitivos subyacentes que harían vulnerable al sujeto.

3 2 3 1 La relación terapéutica

El terapeuta tiene una doble función: como guía ayudando al paciente a entender la manera en que las cogniciones influyen en sus emociones y conductas disfuncionales, y como catalizador ayudando a promover experiencias correctivas o nuevos aprendizajes que promuevan a su vez pensamientos y habilidades más adaptativas. El manejo de ciertas habilidades facilita la colaboración, en especial el de la empatía emocional y cognitiva, la aceptación del cliente y la sinceridad del terapeuta (pero con cierta diplomacia).

Un punto importante es que lo que sucede en la relación entre terapeuta y paciente es entendido como reflejo del intercambio cognitivo entre ambos. Así los fenómenos de Resistencia, Transferencia y Contratransferencia serían resultado de las distorsiones cognitivas y supuestos personales y de otros factores.

3 2 3 2 Estrategias de Tratamiento

Una vez conceptualizados los problemas del paciente se genera un plan de tratamiento con el fin de modificar las distorsiones cognitivas y los supuestos personales. Para ello el terapeuta se vale tanto de técnicas cognitivas como conductuales. Estas técnicas son presentadas en las sesiones, se pide feedback de su entendimiento, se ensayan en consulta y se asignan como tarea para casa a un área problema seleccionada.

3 2 3 3 Técnicas de tratamiento

La finalidad de las técnicas cognitivo-conductuales es proporcionar un medio de nuevas experiencias correctoras que modifiquen las distorsiones cognitivas y supuestos personales.

Finalidad de las técnicas cognitivas

- Facilitar la exploración y detección de los pensamientos automáticos y supuestos personales. Una vez detectados comprobar su validez.
- Finalidad de las técnicas conductuales: proporcionar experiencias reales y directas para comprobar hipótesis cognitivas y desarrollar las nuevas habilidades.

Conviene señalar que la TC en principio es ecléctica en cuanto a las técnicas empleadas. Lo relevante es revisar y contrastar la validez a modo de hipótesis de las distorsiones y supuestos personales.

Técnicas cognitivas

- **Detección de pensamientos automáticos** los sujetos son entrenados para observar la secuencia de sucesos externos y sus reacciones a ellos. Se utilizan situaciones (pasadas y presentes) donde el sujeto ha experimentado un cambio de humor y se le enseña a generar sus interpretaciones (pensamientos automáticos) y conductas a esa situación o evento. También a veces se pueden representar escenas pasadas mediante rol playing o discutir las expectativas terapéuticas para detectar los pensamientos automáticos. La forma habitual de recoger estos datos es mediante la utilización de autorregistros como tarea entre sesiones.
- **Clasificación de las distorsiones cognitivas** a veces es de ayuda enseñar a los pacientes el tipo de errores cognitivos más frecuentes en su tipo de problema y como detectarlos y hacerle frente.
- **Busqueda de evidencia para comprobar la validez de los pensamientos automáticos** puede hacerse de diferentes maneras

A partir de la experiencia del sujeto se hace una recolección de evidencias en pro y en contra de los pensamientos automáticos planteados como hipótesis.

Diseñando un experimento para comprobar una determinada hipótesis el paciente predice un resultado y se comprueba.

Utilizar evidencias contradictorias provenientes del terapeuta u otros significativos para hipótesis similares a las del paciente.

Uso de preguntas para descubrir errores lógicos en las interpretaciones del paciente Para comprobar los supuestos personales se usan métodos similares

- **Concretizar hipótesis** las formulaciones vagas del paciente sobre sus cogniciones deben de ser operacionalizadas lo más claramente posible para su contrastación Para ello se le pregunta al paciente que refiera características o ejemplos de sus formulaciones vagas e inespecíficas
- **Reatribución** el paciente puede hacerse responsable de sucesos sin evidencia suficiente cayendo por lo comun en la culpa Revisando los posibles factores que pueden haber influido en la situación de las que se creen exclusivamente responsables se buscan otros factores que pudieron contribuir a ese suceso
- **Descentramientos** el paciente se puede creer el centro de la atención de otros sintiéndose avergonzado o suspicaz Mediante recogida de información proveniente de otros puede comprobar esa hipótesis
- **Descatastrofización** el paciente puede anticipar eventos temidos sin base real y producirle esto ansiedad El terapeuta puede realizar preguntas sobre la extensión y duración de las consecuencias predichas así como posibilidades de afrontamiento si sucedieran ensanchando así la visión del paciente
- **Uso de imágenes** el terapeuta puede usar las imágenes para que el paciente modifique sus cogniciones o desarrolle nuevas habilidades Por ejemplo pueden ser utilizadas imágenes donde el

paciente se ve afrontando determinadas situaciones instruyéndose con cogniciones más realistas

- **Manejo de supuestos personales**

Uso de preguntas preguntar si la asunción le parece razonable productiva o de ayuda preguntar por la evidencia para mantenerla

- **Listar las ventajas e inconvenientes de mantener ese pensamiento**
- **Diseñar un experimento para comprobar la validez del pensamiento**

Técnicas conductuales

- **Programación de actividades incompatibles se utiliza para que el paciente ejecute una serie de actividades alternativas a la conducta problema**
- **Escala de dominio/placer el paciente lleva un registro de las actividades que realiza a lo largo del día y va anotando para cada una de ellas el dominio que tiene en su ejecución y el placer que le proporciona Esta información es utilizada para recoger evidencias de dominio o para reprogramar actividades que proporcionan más dominio o placer**
- **Asignación de tareas graduadas cuando el paciente tiene dificultades para ejecutar una conducta dada el terapeuta elabora con el paciente una jerarquía de conductas intermedias de dificultad hasta la conducta meta**
- **Entrenamiento asertivo se utiliza para que el paciente aprenda a manejar con más éxito sus conflictos interpersonales y exprese de modo no ofensivo ni inhibido sus derechos peticiones y opiniones personales**

- **Entrenamiento en relajación** se utiliza para que el paciente aprenda a distraerse de las sensaciones de ansiedad o irritabilidad y la inhiba a través de la distensión muscular
- **Ensayo de conducta y rol playing** se recrean escenas que el paciente ha vivido con dificultad y mediante modelado y ensayo de otras conductas se van introduciendo alternativas para su puesta en práctica
- **Exposición en vivo** el paciente se enfrenta de modo más o menos gradual a las situaciones temidas sin evitarlas hasta que desconfirma sus expectativas atemorizantes y termina por habituarse a ellas

3 3 Semejanzas y diferencias entre la terapia de Ellis y Beck

Entre las semejanzas están

- **Relación entre pensamiento-afecto-conducta**
- **Papel central de las cogniciones en los trastornos psicológicos y como objetivo último del cambio terapéutico**
- **Relevancia de un enfoque de aprendizaje y autoayuda donde el paciente aprende habilidades cognitivas-conductuales para manejar sus dificultades**
- **Relevancia de las tareas intersesiones**
- **Relevancia de la relación terapéutica y del papel de las cogniciones en ella**

Entre las diferencias

TREC Ellis	TC Beck
Las creencias disfuncionales se convierten rápidamente en el blanco terapéutico	Las creencias disfuncionales se trabajan como último blanco terapéutico tras el manejo de las distorsiones cognitivas
Se utiliza sobretodo el método del debate racional para contrastar la validez de las creencias disfuncionales (con el apoyo de técnicas conductuales)	Se utiliza sobretodo el método de verificación de hipótesis en base a la evidencia real para contrastar las creencias disfuncionales (con el apoyo de técnicas conductuales)
La tendencia innata a la irracionalidad y la baja tolerancia a la frustración aconsejan centrarse rápidamente en las creencias disfuncionales	La dificultad en detectar las creencias disfuncionales reales del paciente y no las inducidas por el terapeuta aconsejan un método inicial centrado en las distorsiones cognitivas para reunir datos sobre ellas
Énfasis filosófico y humanista junto con el científico	Énfasis científico aunque no antihumanista
Relevancia de la autoaceptación frente a la autovaloración	Autoevaluación realista frente a la distorsionada
Conceptos de ansiedad del ego y ansiedad perturbadora	Conceptos de Supuestos primarios y Supuestos secundarios o derivados
Concepto de síntoma secundario o perturbación por la perturbación primaria	Carece de ese concepto o similar
Diferencia entre emociones apropiadas e inapropiadas	Trabaja las emociones perturbadoras para el sujeto y su base cognitiva

3 4 La terapia racional emotiva conductual y el control de la ira

Segun Ellis A (2007) la teoría de la TREC propone que aunque la experiencia activadora contribuye a la consecuencia emocional (ira) no la produce realmente. Existe un aspecto fundamental B o creencias que se encuentra entre A y C. Las creencias que tenga la persona sobre A determinan en gran parte la reacción ante determinada situación. Cuanto más consciente sea una persona de sus creencias sobre el acontecimiento más probabilidades habrá de que la elección le ayuda a alcanzar sus objetivos. Es decir al decidir pensar en las adversidades (A) la persona deja de actuar impulsivamente e insensatamente en C. Una vez que la persona ha calificado o evaluado las experiencias (A) y creado creencias en torno a ellas las creencias van a determinar los sentimientos y las conductas que acompañan a las situaciones.

De esta forma conociendo las situaciones y las consecuencias resulta más fácil determinar las creencias y permite que la persona se enfrente a las consecuencias especialmente a la autoinculpación y a la ira de índole destructiva. Así por ejemplo a partir de la ira (C) causada por alguna situación (injusticia sufrida) A es de importancia analizar las creencias que ha conducido a C y de esta forma se puede debatir o disputar (D) poniendo en tela de juicio su precisión y utilidad.

La TREC ayuda a descubrir exactamente las creencias que contribuyen a los sentimientos de ira negativos y malsanos así como a modificar cualquiera de las creencias examinando su irracionalidad. También hace ver como las

creencias racionales hacen a la persona volverse sanamente disgustada molesta en vez de furiosa e iracunda y como las creencias irracionales o contraproducentes tienden a enfurecer a la persona a causa de las adversidades y como se pueden disputar o debatir las creencias irracionales para que los sentimientos se vuelvan sanos y sosegados

3 4 1 Aspectos racionales e irracionales de la ira

Segun Ellis A (2007) iniciando con los principios de la TREC en el punto C (consecuencias) cuando algo va mal en vida en el punto A (situación o acontecimiento) se experimentan dos tipos de sentimientos negativos Sentimientos negativos sanos como la decepción el pesar y la frustración y los sentimientos negativos malsanos como la depresión el pánico la rabia y la baja tolerancia a la frustración Se puede decir que las conductas y sentimientos negativos sanos ayudan a combatir y superar los escollos y problemas de la vida y alcanzar los objetivos deseados además ayudan a vivir de manera feliz y productiva sin frustraciones ni penas necesarias Sin embargo los sentimientos negativos malsanos tienden a evitar que el alcance de los principales objetivos

Como se expuso anteriormente se pueden dividir las creencias en dos categorías constructivas o racionales y destructivas o irracionales Cuando a una persona le ocurre algo desafortunado en A (adversidad) y se siente perturbada en C (consecuencias emocional) se tiene tanto creencias racionales como irracionales Si las creencias racionales son más fuertes que

las irracionales las persona se sentirá perturbada (nervioso molesto en C) pero si son más fuertes las creencias irracionales generalmente la persona se sentirá perturbada en C Al dar a las creencias irracionales poder para desechar las creencias racionales la persona tiende a no ver la realidad a pensar ilógicamente a buscar problemas adicionales a cortar el camino a los sentimientos sanos y a obrar de manera destructiva La TREC muestra que si la persona no es consciente de cambiar sus creencias irracionales seguirá teniendo dificultades para hacer frente a su ira y demás sentimientos perturbadores

Para descubrir y arrancar de raíz las creencias irracionales se utiliza el método de la TREC disputar o debate (D) cuyo objetivo es descubrir cualquier creencia poco realista e ilógica Al colocar a la ira dentro del marco de la TREC la persona estará condicionada a descubrir sus creencias racionales e irracionales al observar ante todo lo que está pasando en A y C

Entre las creencias irracionales que producen una ira desadaptativa e incluso hasta llegar al homicidio están

- ¡Es temble que haya gente que me trate de manera tan poco atenta e injusta!
- ¡No soporto que me traten de esa manera!
- ¡Bajo ningún concepto deberían portarse tan mal conmigo!
- Como se conducen como no debieran ¡son unas personas malvadas que no merecen tener una buena vida y deberían ser castigadas!

Todas estas exclamaciones están mutuamente relacionadas y tienden a achacar exclusivamente a los demás su mala conducta. Al confundir de dicho modo a las personas con sus acciones se da por supuesto que sólo las personas buenas pueden obrar bien y que todas las acciones malas deben ser realizadas por personas malvadas. Para confundir aun más las cosas cualquier persona que haga algo que cualquier otra persona estime malo ha de ser una mala persona. Si la que actúa es una buena persona entonces ésta presumiblemente nunca podrá hacer nada malo ya que es una buena persona y por tanto sólo capaz de acciones buenas. Asimismo si la que actúa es una mala persona nunca podrá hacer nada bueno ya que es una mala persona y sólo podrá realizar acciones malas. La realidad es que hay personas reputadas como buenas y responsables que a menudo tratan injustamente a los demás. También hay quien tacha a veces de malas personas a quienes han actuado equitativamente en multitud de situaciones.

3 4 2 Creencias generadoras de ira

Según Ellis A. (2007) al analizar el pasado y el presente en sin duda un acto fascinante pero no basta. Saber qué fue lo que originó la cólera actual y cómo la persona sigue encolerizada es mucho más importante.

Los siguientes imperativos dogmáticos con los causantes de perturbación emocional

- **Horrobrilizar** ¡Es horrible que me salgan las cosas tan mal (cuando me deberían salir muchísimo mejor) ¡Es terrible que me trates tan rudamente (cuando deberías tratarme con suma amabilidad) !
- **No-lo-puedo-soportar** Cuando me tratas tan mal (cosa que no deberías hacer bajo ningún concepto) no lo puedo soportar” Cuando las cosas se ponen realmente feas para mí (cosa que no debería ocurrir bajo ningún concepto) no lo puedo soportar”
- **Condenación** Cuando actúo mal (cosa que no debería hacer bajo ningún concepto) soy una condenada y malvada persona que merece sufrir” Cuando actúo de manera estúpida e incompetente (cosa que no debería hacer bajo ningún concepto) soy una persona inútil y completamente inadecuada Cuando me tratas mal e injustamente (cosa que no deberías hacer jamás bajo ningún concepto) eres una persona condenable y absolutamente malvada
- **Maximalismo generalización indebida** Si fracaso alguna vez en una meta importante (cosa que no debería ocurrir bajo ningún concepto) siempre volveré a fracasar nunca tendré éxito y demostraré que no valgo Si me tratas de manera ruda e injusta (cosa que no deberías hacer bajo ningún concepto) eres una persona malvada que nunca me tratas bien

Cuando una persona de altera o perturba tiende a utilizar una o más de las creencias irracionales anteriormente expuesta y a veces todas ellas
 Horrobrilizar las adversidades (A) e infortunios Insistir en que no-lo-puedo-soportar Condenar y maldecir al sí mismo a las otras personas y a las cosas

en general por haber producido dichas adversidades Generalizar indebidamente en torno ellas y conceptuar en término de todo o nada con esto no sólo se da importancia y pesa desafortunado a los acontecimientos activadores o adversidades sino que además se exageran enormemente

La TREC resalta los malos resultados que generalmente consigue la persona de los imperativos dogmáticos Si que una persona se sienta disgustada ansiosa o deprimida bastará con que sus deseos se conviertan en necesidades asumidas las preferencias en exigencias e insistencias y los deseos relativos en dictados absolutos Cuando una persona se siente verdaderamente perturbada emocionalmente tiende a recurrir a uno dos o tres de los imperativos obsesivos-dogmáticos Aunque muchos problemas humanos tienen poco o nada que ver con las exigencias internas los problemas emocionales suelen ser producto de esas formas de pensamiento y conducta

Casi todos los hombres y mujeres tienen un gran número de creencias irracionales importantes cada una de las cuales suele contribuir a aumentar las dificultades actuales Entre algunas variaciones habituales de las creencias irracionales están las siguientes

- Logro irracional e imperativo de aprobación "Tiene que irme bien tengo que ganar la aprobación de los demás y no ser rechazado nunca de lo contrario seré una persona malvada e inadecuada Una vez que la persona cree esto suele caer en la siguiente conclusión lógica Como soy una persona malvada e inferior que raras veces o nunca tendrá

éxito en proyectos importantes ¿para qué me servirá internarlo? Dicho logro irracional e imperativo de aprobación son contraproducentes porque a menudo originan fuertes sentimientos de ansiedad depresión falta de autoestima y odio contra uno mismo así como actitudes de evitación inhibición aplazamiento indefinido y otras conductas rehuidoras Para empeorar las cosas cuando una persona se dice en plan exigente que tiene que cosechar buenos resultados y ser bien aceptado por los demás en realidad está actuando inadecuadamente y originando problemas comportamentales y emocionales

- Imperativos irracionales respecto de los demás Los demás tienen que tratarme por todos los medios de manera atenta y afable tal y como a mí me gustaría que me trataran Si no lo hacen son personas malas que deberían ser condenadas y castigadas por su horrible conducta Dicho imperativo irracional suele poner a la persona muy molesta por una parte y por otra suele hacer que se sienta indignada ruin agresiva y/o vengativa y por supuesto a menudo alienta a que la gente que le cae antipática la trate peor que antes
- Imperativo irracional respecto de los demás El mundo (y la gente que lo puebla) tiene que organizarse de manera que yo consiga prácticamente todo lo que quiero de verdad y cuando lo quiera Y además las cosas tienen que organizarse de manera que no me ocurra lo que no quiera Asimismo debo obtener lo que quiera rápidamente y con facilidad Dichas exigencias contraproducentes crean una baja tolerancia a la frustración ante la mínima incomodidad Cuando una persona piensa de esa manera se siente airado por las circunstancias adversas y a

menudo revela la necesidad de cambiar o enfrentarse a ellas. Tiende a sentirse deprimida, desesperanzada y a lamentarse porque las cosas son espantosas y no las puede soportar.

Las creencias irracionales antes expuestas presentan innumerables variaciones. Pero se puede afirmar que cuando las alimentamos con pensamientos irracionales empujan a la persona al terribilismo, al no-lo-puedo-soportar, a condenarse a sí mismo, a los demás y a otras generalizaciones indebidas e ineficaces.

3.4.3 La Ira: Un Problema y un trastorno

La ira, como se ha expuesto anteriormente, es un fuerte sentimiento de indignación y antagonismo. Sus sinónimos: cólera, furia, enojo, indignación, enfado, significan un estado emocional intenso inducido por un desagradado. Enojo es el término más general, pero no dice mucho sobre la intensidad y la razón de ese estado emocional, según Webster Ch. (2005).

Todas las personas confrontan situaciones desagradables; se encuentran con personas molestas o disgustadas. Si la reacción de enojo se vuelve bastante grave, se puede desarrollar un trastorno. El trastorno resulta cuando una persona experimenta una angustia emocional considerable o un impedimento significativo en las relaciones de trabajo, en las tareas del hogar o en los estudios. Las personas que se enojan fácilmente experimentan una angustia considerable o un impedimento significativo en sus relaciones.

sociales o las situaciones laborales en las tareas del hogar o en los estudios. Según la opinión de algunos autores los sentimientos de ira por lo general causan más aflicción que la ansiedad o la depresión. Altos niveles de ira llevan por lo general a una limitación en la capacidad de resolver problemas a decisiones impulsivas y a acciones insensatas. La ira hace que el individuo sea menos perceptivo de sus pensamientos y sentimientos de los demás. Las personas que tienen problemas o trastornos de ira tienden a ser reacias a buscar ayuda o a admitir que tiene un problema.

Según la teoría cognitivo-conductual la ira resulta por lo general de las creencias irracionales, expectativas y conversaciones mentales. Las demás personas pueden provocar la ira en un individuo con problemas en el manejo de dicha emoción con tan solo activar o estimular las creencias irracionales de dicha persona. Cuando un individuo se enoja fácilmente no ve la causa de su ira dentro de sí misma; por lo general la atribuye a la conducta de los demás. Como ejemplo, Mano acababa de encender su cigarrillo cuando de pronto le dio un puñetazo a la mesa de la cocina. Luego de calmarse explica que su esposa no había notado que la ceniza se acumulaba en su cigarrillo y no había alcanzado un cenicero. No se veía a sí mismo con un problema de ira. Creía que su esposa tenía el problema porque no le había traído el cenicero y no se había anticipado a sus necesidades. Cabe señalar que las creencias irracionales de Mano incluyen: "Ella debiera mostrarme que me quiere prestando atención a lo que yo necesito. Si no me presta atención como debiera, es horrible, no lo puedo soportar, piensa ¿por qué me casé?"

Las personas con ansiedad y depresión por lo general admiten que tienen un problema o un trastorno. Sin embargo, la gente con una ira severa y continua por lo general no admiten tener un problema emocional. Sienten que el problema es el evento exterior, la situación o la persona que provocó su ira.

Resaltando nuevamente, la ira y otras respuestas emocionales están determinadas por lo que las personas creen y se dicen a ellas mismas sobre los acontecimientos desagradables.

De las 11 creencias irracionales de Albert Ellis (2003) las que más frecuentemente causan sufrimiento como se mencionó en párrafos anteriores son las siguientes:

- Mi historia pasada es la causa principal de mis sentimientos y conductas presentes. Aquello que en el pasado me influyó mucho sigue teniendo la misma influencia.
- No puedo hacer gran cosa con mi ansiedad, ira, depresión e infelicidad porque mis sentimientos son consecuencia de lo que me sucede.
- El mundo debiera ser justo. La gente debiera actuar con justicia, pero como esto no sucede, la gente es mala, perversa, infame o increíblemente estúpida; debiera ser severamente criticada y castigada.
- El mundo debe ser fácil. Es horrible y temible cuando las cosas no son como yo espero.

3 4 3 1 La Ira sus Mitos y Realidades

Varios mitos perpetúan y refuerzan las creencias irracionales sobre la ira y cómo manejarla (Ellis A 2007)

Mito #1 La ira es causada por un evento una situación o la conducta de otra persona todas situaciones fuera de uno mismo La gente no tiene control sobre su ira la ira es algo que le sucede a uno

Realidad Cada personas es responsables de su propia ira tanto de sus causas como de su manejo Si la persona cree que una situación u otro individuo es responsable de su ira se maneja pobremente y la ira manejará a la persona

Mito #2 Es sano el expresar la ira Me siento mejor luego de haber expresado mi ira

Realidad Tanto la sensación de enojo y la expresión de ira o la no expresión puede tener consecuencias sobre la salud Entre ellas están los problemas cardíacos alta presión (que lleva a derrames cerebrales) síntomas gastrointestinales depresión del sistema inmunológico y otros problemas de salud que se explicaron en párrafos anteriores

Algunas veces hay un alivio breve inmediato y placentero luego de haber expresado la ira La ira da un sentimiento temporano de fortaleza poder y control ocultando así los sentimientos de dolor rechazo impotencia e ineptitud Cuando se expresa la ira se siente que se está manejando un problema práctico (por ejemplo haciendo que una persona que se está

comportando incorrectamente con su conducta) Una persona que se enoja fácilmente y que está obsesionada con la ira está también obsesionada con el sufrimiento

Mito #3 Mis dos únicas opciones con respecto a la ira o bien expresarla o guardarla

Realidad De hecho hay otra opción Bajar reducir o rechazar la ira en lugar de expresarla o guardarla Rechazar la ira modifica las creencias irracionales y conversaciones mentales El expresar el enojo no significa liberarse de él El expresar la ira es practicarla esto lo que ocasiona es que la persona sea más vulnerable a enojarse y expresar su ira cuando se sienta frustrado en el futuro

Mito #4 El expresar la ira atrae la atención de los demás hace que uno consiga lo que quiere y reduce las posibilidades de que los demás se aprovechen de uno La gente necesita que se la confronte cuando obra mal y que también se le dé una lección

Realidad Al expresar mucho la ira o la amenaza la persona por lo general consigue lo que quiere pero por corto plazo A largo plazo las expresiones graves de ira dañan las relaciones e invitan al destinatario de la ira a que guarde resentimiento o que busque represalias Los estallidos de ira generan resentimiento amargura y distancia en las relaciones La ira engendra ira Si una persona está en una posición de poder sobre otra persona y expresa mucha ira es posible que esa persona le devuelva la ira Sin embargo las personas que están en una posición de subordinación con frecuencia se

vengan de los ataques de ira de una manera oculta a veces socavando metas importantes

Cabe mencionar lo adecuado es ser firme sin enojarse Reemplazar la ira por firmeza y disgusto Afirmar y plantear los sentimientos o derechos sin manifestar mucha ira o emoción intensa Ser firme en lugar de colérico Las personas piensan con más claridad cuando están disgustados (un estado emocional menos intenso que la ira) y se resuelven mucho mejor los problemas

3 4 3 1 1 La ira guardarla o expresarla

Segun Clark L (2009) ¿Qué hacer con la ira guardarla o expresarla? la respuesta es controlar la intensidad de la ira a través de lo que la persona cree y se dice a sí misma sobre un evento o conducta de otra persona que le disgusta y le causa malestar Las conversaciones mentales y creencias controlan la ira

3 4 3 2 Fuentes comunes de la ira

Segun Clark L (2009) las fuentes de la ira son la baja tolerancia a la frustración y las amenazas a la auto-estima

Considerando primero la baja tolerancia a la frustración causa que muchas personas se encolencen El que una persona crea que debe absolutamente conseguir lo que quiere y si no lo consigue es horrible y no-lo-puede-soportar

causa impaciencia baja tolerancia a la frustración frustración acentuada e ira

Reemplazar la creencia en que la situación es horrible o catastrófica con la creencia de que es incómoda y fastidiosa ayudara a enfrentar mejor la situación

Las situaciones comunes que provocan baja tolerancia a la frustración incluyen el tratar con gente poco dispuesta esperar en una fila lenta esperar en el tránsito vehicular por mencionar algunas

Otra fuente de ira son las amenazas a la autoestima Las personas con frecuencias responden con ira cuando perciben que los otros están intentando bajar su autoestima su autoaceptación y su amor propio

La extensión de la ira es por lo general proporcional al grado en que una persona dude de su propio valor Las situaciones que amenazan la autoestima pueden ser falta de reconocimiento las críticas constantes comentarios negativos sobre la apariencia posesiones conductas o ideas Ante estas situaciones el aumento de la ira puede estar relacionado con los sentimientos de autoestima que se ven amenazados como se ha dicho anteriormente

3 4 3 3 Objetivos de la ira uno mismo los demás y el mundo

Segun Clark L (2009) entre los objetivos de la ira están *La ira hacia los otros* Esta ira resulta de creer El o ella deben y si no lo hacen entonces no lo puedo soportar y deberían ser condenado La ira con frecuencia es causada por las percepciones de malas acciones de los otros y por creer que no deben

comportarse mal La persona ve a los otros como frustrantes o amenazantes de su autoestima

Las personas son seres humanos falibles que por lo general se comportan de la manera que quieren no de la manera que una persona espera La gente es capaz de comportarse de mala manera o en contra de los intereses de alguien y en general se tiene poco poder para influir en la conducta de otra persona

Ira hacia el mundo y las condiciones de vida Las creencias que causan este tipo de ira pueden ser El mundo debe ser justo y fácil y si no lo es es horrible no lo puedo soportar y el mundo debiera ser condenado y maldito

La ira puede ser el resultado de las exigencias Exigir que el mundo sea justo y fácil y cuando no lo es condenarlo y maldecirlo Es importante luchar por mejorar la vida pero se debe evitar exigir que los deseos siempre sean satisfechos Para aumentar la satisfacción y disminuir la ira es de vital importancia cambiar las exigencias de conseguir lo que se quiere por preferencias y deseos

Ira hacia uno mismo A menudo la gente se exige a sí misma y cuando no responde a esas exigencias se autocondena y maldice

Por ejemplo algunas personas se enojan consigo mismas porque no tienen el trabajo o el ingreso al nivel que creen que debieran tenerlo entre otras En

lugar de enojarse es preferible perdonarse a sí mismo por un error cometido y decidir esforzarse más en el futuro

Segun Neenan M y Dryden W (2004) reemplazar la ira por aceptación de sí mismo y aceptación de los demás como seres humanos falibles La aceptación es una actitud incondicional de no juzgar a los demás y a uno mismo y es también el reconocimiento de que lo que existe tiene que existir en las condiciones dadas en el momento presente

3 4 3 4 Habilidades de afrontamiento cognitivas/de relajación (HACR) para el control de la ira Deffenbacher citado por Caballo (1998)

Los estudios efectuados por Deffenbachery y colaboradores sobre estrategias para el control de la ira encontraron que la combinación de las habilidades cognitivas y de relajación resultaban eficaces para el control de la ira Al iniciar la intervención para el control de la ira con técnicas de relajación se reducen las defensas de las personas que presentan problemas de ira y permite que las estrategias cognitivas sean mejor asimiladas en el transcurso de la intervención Por consiguiente las habilidades de afrontamiento por medio de la relajación al presentarse primero en la intervención no solo desarrollan por sí mismas habilidades de afrontamiento sino que reducen también la influencia negativa de las características de la persona en las partes iniciales de la terapia cognitiva

El entrenamiento de habilidades de relajación se inicia con la relajación muscular progresiva que consisten en tensar y relajar dos veces los diferentes grupos musculares luego se instruye en cuatro habilidades de afrontamiento por medio de la relajación

- **Relajación sin tensión** La persona centra la atención en los grupos musculares parecido a la relajación muscular progresiva excepto que únicamente aumenta la relajación sin tensar realmente los musculos
- **La imagen relajante** La persona visualiza la escena de relajación construida (imagen de una playa río etc)
- **Relajación provocada por la respiración** La persona respira profundamente tres o cuatro veces y aumenta la relajación con cada exhalación
- **Relajación controlada por la respiración** El terapeuta repite lentamente la palabra relájate o alguna otra palabra o frase tranquilizadora unas 10 a 20 veces instruyendo a que la persona se relaje cada vez más a medida que se repite la palabra relajante Se puede sugerir que la persona diga la palabra relajante lentamente a medida que exhala pudiendo efectuarse vanas repeticiones

Luego se procede con la intervención cognitiva modificando los procesos cognitivos generadores de ira de modo de la realidad percibida no sea aversiva de forma innecesaria

Determinados procesos cognitivos aumentan la ira y son los que se identifican debaten y modifican en las personas con problemas de ira

- **Catastrofizando y magnificando lo negativo** cuando se produce dicha distorsión cognitiva el individuo percibe los acontecimientos de forma extrema muy negativos. Generalmente se etiquetan los sucesos como espantosos, terribles y como cosas que el individuo no puede soportar en lugar de hacerlo en términos negativos realistas tales como frustrante o decepcionante. La ira va aumentando conforme el individuo responde a los significados emocionales de dichos términos extremos en vez de hacerlo en base a la realidad negativa realista.
- **Exigencias, órdenes y coacciones** cuando se produce este tipo de pensamiento las personas insisten de forma rígida y autotantaria que el mundo debería ser tal y como se necesita ser. Espera que sea de determinada manera. Sin embargo, no necesariamente el mundo satisfará esas expectativas. La ira entonces va aumentando conforme esta condición no se cumple. Cabe mencionar que una gran cantidad de ira proviene de exigir que el mundo sea de una determinada manera y/o de intentar coaccionar y forzar a que el mundo encaje en un determinado molde. La persona ha cometido el error de elevar sus preferencias a una exigencia dictatorial y la elevada ira proviene de la violación de esas exigencias más que de la frustración natural por no obtener lo que quiere.

Varios temas relativos a las exigencias aparecen frecuentemente en los problemas de ira. Uno de estos es el perfeccionismo (las situaciones deben ser correctas y la conducta de las personas debe ser exactamente de la forma que ellos consideran). Otro tema en las relaciones interpersonales es la necesidad de amor y aprobación (la

persona de enojar mucho cuando no recibe el amor y la aprobación que necesita) otra relacionada con la necesidad de aprobación se refiere a la exigencia de que los demás no se sientan molestos o tengan sentimientos negativos hacia el sujeto Otra exigencia se refiere a la culpa y el castigo el individuo cree que cuando algo sale mal alguien o algo está funcionando mal y debería ser culpado y castigado aumentando la probabilidad de externalizar la responsabilidad enojándose con el origen de ella y justificando el comportamiento hostil o agresivo hacia él Otra exigencia es la baja tolerancia a la frustración que se explicó en párrafos anteriores al cometer este error cognitivo el individuo exige que no deberían experimentar dificultades problemas o acontecimientos negativos de esta forma cuando sucede un acontecimiento negativo la persona se enoja con la presencia del suceso

- La sobregeneralización en esta distorsión el individuo llega a conclusiones sobre acontecimientos personas él mismo o el tiempo que van más allá de las características del momento y la situación (llega a características generales a partir de hechos específicos) La ira va aumentando conforme el individuo responde al significado emocional de la etiqueta en vez de hacerlo en términos concretos La sobregeneralización se efectúa en base al tiempo donde una persona implica que las cosas son siempre o no son nunca de una determinada manera Otra clase de sobregeneralización se refiere a la aplicación de etiquetas negativas a la gente o a los acontecimientos

- El pensamiento absurdo y provocador esta distorsión cognitiva implica el etiquetar las cosas de forma muy negativa a menudo groseras o absurdas Las etiquetas incrementan la ira no debido al acontecimiento por sí mismo sino a la etiqueta
- Las atribuciones erróneas y el pensamiento limitado a un objetivo Los individuos con ira problemática a menudo saltan a conclusiones o explicaciones egocéntricas sobre los acontecimientos y luego responden como si fuera verdad sin considerar su validez Por ejemplo si alguien no hace lo que ellos quieren piensan que la persona está tratando a propósito de enojarlos y si la persona está molesta o enfadada suponen que lo está con ellos

Empleando las atribuciones erróneas los sujetos caracterizan a los acontecimientos como injustos que otras personas se comportan de determinada forma con ellos a propósito que los acontecimientos son controlables que la otra persona pudo hacer algo para que no sucediera y culpables consideran que la otra persona o el acontecimiento es culpable y debería haberse evitado que sucediera Atribuciones que aumentan la activación de la ira y la probabilidad de agresión hostil

- El pensamiento polarizado este error cognitivo implica la codificación de los acontecimientos en dicotómicos bueno-malo perdedor-ganador fuerte-débil De esta forma cuando un acontecimiento no confirma el lado positivo entonces por implicación confirma el lado negativo y el individuo se siente y reacciona en base a ello Por consiguiente si la conducta de los demás se codifica como correcta o incorrecta entonces cualquier error o equivocación por parte de la otra persona demuestra

que está equivocada provocando ira hacia ésta y quizás también agresión justificada

- **Sobreestimación e infraestimación** los individuos con ira a menudo suelen sobreestimar la probabilidad de acontecimientos negativos e infraestimar la probabilidad de acontecimientos positivos de los recursos de ayuda y de las capacidades de afrontamiento. Los individuos con ira parecen tener un sesgo del procesamiento de la información hacia la identificación de estímulos amenazantes y están preparados para responder a estos acontecimientos con ira y agresión

Los procesos cognitivos a menudo distorsionan la realidad y producen más ira. Modificando las cogniciones se puede disminuir la ira y poner al individuo en una mejor posición para el afrontamiento con más recursos

Los procesos cognitivos distorsionados suelen ser habituales y están sobreaprendidos. Esto implica que con la terapia se logre una reelaboración y un reciclaje repetido de la estructura cognitiva antes que tenga lugar un cambio duradero. Es de vital importancia exponer repetidamente a las personas que muchas cosas de la vida son frustrantes, decepcionantes e irritantes de forma natural y un nivel de ira ligero es apropiado. Sin embargo, los elevados niveles de ira frecuentemente intensos y duraderos constituyen en ocasiones el resultado de pensar empeorando la situación

El cambio cognitivo del procesamiento de la información implica cinco tareas terapéuticas. Las dos primeras tareas: la de mejorar el darse cuenta de las

situaciones productoras de ira y el hacer que las personas acepten la influencia de los procesos cognitivos de la activación de la ira. Las tareas tres y cuatro se dedican a la clarificación de los errores cognitivos (se emplean preguntas socráticas con final abierto que ayuda a la persona a explorar los límites e implicaciones de sus pensamientos también se puede emplear el modelo cognitivo en donde se comparten pensamientos alternos y también experimentos conductuales en los que la persona se comporta de forma diferente) y el desarrollo de contrarrespuestas cognitivas nuevas más funcionales (se desarrollan imágenes específicas diálogos internos y actitudes que les guíen a través de situaciones provocadoras y que sirvan para disminuir la ira). El paso quinto se refiere al ensayo y transferencia a las circunstancias de la vida real.

Otras estrategias de cambio cognitivo y conductual

Los primeros esfuerzos para la modificación cognitiva se centran en la reestructuración cognitiva del procesamiento sesgado de la información tal como se señaló anteriormente. Sin embargo durante la intervención cognitiva conductual también se desarrollan otras estrategias tanto de cambio cognitivo como conductual. Entre estas

- **Control final rutas de escape y tiempo fuera.** Se fomenta el marcharse del lugar de la provocación y/o buscar demorar el tiempo antes de responder como una estrategia cognitiva-conductual sencilla pero eficaz para disminuir la ira. Esta se reduce cuando se eliminan los

estímulos que la provocan y/o se proporciona una oportunidad para iniciar otras estrategias de afrontamiento y solución de problemas

- Solución de problemas autoinstrucciones Se beneficia del entrenamiento en autoinstrucciones orientadas a la tarea de solución de problemas que pueden incluir las siguientes subetapas

Algunas personas necesitan instruirse para conceptualizar una provocación como un problema que se puede solucionar

Algunos estados de ira aumentan cada vez más porque se tratan varios asuntos al mismo tiempo es preferible separarlos y atender uno a la vez

Las autoinstrucciones de solución de problemas y de planificación inician los primeros pasos para desarrollar un plan racional de menos enfado con el fin de abordar la situación y evaluar el progreso de su puesta en práctica

Algunas veces se requiere iniciar la terminación de la solución de los problemas cuando no se ve ninguna solución Es decir no todas las fuentes de ira tienen una buena solución o incluso ni siquiera una solución Algunas personas enojadas exigen encontrar una solución y airadamente tratan de encontrar una intentando a menudo forzar a los demás o a sí mismos a algún tipo de solución

Muchas personas se benefician también de las autoinstrucciones sobre autorefuerzo y autoeficacia El dialogo con el sí mismo debe contener pensamientos que apoyen los esfuerzos de afrontamiento que fomentan las autoatnbuciones de cambio y

que planteen expectativas realistas positivas para el afrontamiento futuro

- **Pensamientos fríos y atenuantes emocionales** Este tipo de autoinstrucciones impulsa las habilidades de afrontamiento por medio de la relajación o introduce atenuantes verbales que ayudan al individuo a disminuir la ira y/o soportar las condiciones aversivas. El elemento atenuante puede ser una imagen visual o una metáfora. Aunque dichos procedimientos atenuantes raramente son suficientes por sí mismos ayudan a los sujetos a soportar y afrontar las situaciones con menos ira y pueden añadirse fácilmente a otras estrategias cognitivas.
- **Humor absurdo** El humor parece disminuir la ira no sólo porque introduce una emoción diferente sino también porque proporciona una distancia cognitiva y en algunos casos porque proporciona interpretaciones y atribuciones alternativas más favorables.
- **Conductas asertivas** Las habilidades sociales y más concretamente la asertividad son habilidades básicas para el desenvolvimiento en la vida diaria. Las personas tienen intereses y formas de ver el mundo distinto por lo cual el conflicto interpersonal está a la orden del día. Cuando estas habilidades no están lo suficientemente desarrolladas o se emplean de forma equivocada surge la ira, frustración y la insatisfacción.
Para desarrollar la asertividad

Identificar los estilos básicos de la conducta interpersonal: estilo agresivo, pasivo y asertivo. La función de esta etapa es distinguir entre cada uno de los estilos reconociendo la mejor forma de

actuar de acorde con el estilo asertivo Esto ayudará también a reconocer los errores en este ámbito

Identificar las situaciones en las cuales se quiere ser más asertivos se trata de identificar en qué situaciones hay fallas y cómo se debería actuar en un futuro Se analiza el grado en que la respuesta a las situaciones problemáticas puede hacer que el resultado sea positivo o negativo

Describir las situaciones problemáticas se trata de analizar las situaciones en términos de quién cuando qué y cómo interviene en esa escena identificando los pensamientos negativos y el objetivo que se quiere conseguir

Escribir un guión para el cambio de conductual Es un plan escrito para afrontar la conducta de forma asertiva Aquí se intenta poner por escrito las situaciones problema y clarificar lo que se quiere conseguir Se moldea el guión para que este sea expresado de forma específica

Desarrollo del lenguaje corporal adecuado se dan una serie de pautas de comportamiento en cuanto a lenguaje no verbal (la mirada el tono de voz la postura etc) y se dan las oportunas indicaciones para que la persona ensaye ante un espejo

Aprender a identificar y evitar las manipulaciones de los demás las demás personas utilizan estrategias para manipular haciendo sentir culpable evadiendo la conversación o victimizandose

CAPITULO IV

HOGARES CREA

**“Una alternativa a la problematica
de la adicción en Panama ”**

4 Hogares C R E A

4 1 Que es un Hogar C R E A

Hogar C R E A es una institución sin fines de lucro dedicada a la prevención y el tratamiento interno a personas adictas a drogas y/o alcohol tratamiento diseñado en lo que es la comunidad terapéutica no convencional Es el corazón del proceso de tratamiento y reeducación del adicto que de manera voluntaria ingresa a un hogar C R E A no es un campo de represión al contrario es un verdadero hogar donde el adicto aprende que el unico responsable de su vida y de su muerte es el mismo

Las siglas C R E A quieren decir Comunidad de Reeducción de Adictos cuya filosofía está basada en el principio existencial de responsabilidad individual y colectiva ayuda mutua y esfuerzo personal

4 2 Trasfondo Histórico

Hogar C R E A es una institución internacional surge en Puerto Rico el 20 de mayo de 1968 fundada por Juan José García Ríos quien en su juventud fue víctima de las drogas y después de su recuperación en CISLA (centro de investigación sobre la adicción) se dedico a rescatar a otros de esta terrible enfermedad

En Panamá gracias a un grupo de panameños generosos que se dieron a la tarea de establecer el programa en nuestro país en vista de la poca

respuesta a esta problemática se funda el primer Hogar CREA el 1 de Septiembre de 1986 en el corregimiento de Chilibre

Actualmente existen Hogares Crea en los siguientes países Puerto Rico Republica Dominicana EE UU Venezuela Colombia Costa Rica Panamá El Salvador Nicaragua y Honduras

4 2 1 Reseña histórica del Hogar CREA de Chilibre Ruíz de Fernández M (2009)

Para hablar de la historia del Hogar CREA de Chilibre hay que remontarse a los inicios del programa en Panamá hacia el año 1985 En ese entonces eran pocos los tratamientos que se ofrecían todos eran ambulatorios no residenciales Por iniciativa del Sr Ramón Velásquez quien viaja a Puerto Rico a conocer el programa de Hogares CREA ya que tenía un hijo con la enfermedad de la adicción este regresa muy motivado y le presenta el proyecto a la primera dama de entonces doña María Consuelo de Ardito la cual convoca a personas de la ciudadanía a una reunión en donde se presenta el proyecto e invita a viajar a Puerto Rico para que conozcan más a fondo los Hogares CREA de Puerto Rico entre las personas que acuden al llamado se puede mencionar a Doña Rosano de Gago el Dr Alberto Bissot Jr y otras personas más Al regresar de Puerto Rico se dieron las primeras reuniones de organización para establecer el programa en Panamá se nombra el primer Comité Timón Central quedando como presidente el Sr Ramón Velásquez y Hogar CREA Internacional envía al reeducado dominicano Fernando Guerrero

para que se encargue de capacitar a los comités dar a conocer el programa y como director del primer hogar que se funde

Después de varios meses de organización el gobierno cede 69 hectáreas de terreno en Chilibre en lo que había sido el Hogar Acasista teniendo ya las instalaciones se forma el Comité Timón Local quedando como presidenta la Lida Nilsa de Caballero vicepresidente el Rev Padre Laureano Crestar Duran tesorera Sra Xenia Espino y como vocales Rev Padre Fedenco Llamas Licda Marja Ruiz Lic Nelson Caballero Sra Viodelda Beluche Es así como el 1 de septiembre de 1986 se abren las puertas del primer Hogar CREA de Panamá con la presencia de un residente

Posteriormente Hogar CREA Internacional envía a los reeducados dominicanos Rafael Alfao y Eduardo Valenzuela Y no es hasta el 18 de abril de 1987 que el hogar es inaugurado oficialmente Para esa fecha se envía al reeducado dominicano Pedro Rosano quien pasa a ser el nuevo director del Hogar CREA de Chilibre ya que Fernando Guerrero pasa a la posición de Director Nacional de Tratamiento A los meses se traslada fuera del país al Sr Guerrero y se nombra al reeducado puertorriqueño José David Huertas Toro para que dirija los destinos de Hogares CREA de Panamá como director nacional de tratamiento hasta el año 1996 Otros directores nacionales fueron Sr Abraham Raad Sr Emilio Cárdenas (primer panameño en esta posición) Licda Marja Ruiz Sr Abraham Raad nuevamente hasta llegar a la actualidad con José Arturo Jaén

Para octubre de 1986 se nombra al Dr Alberto Bissot Jr como nuevo presidente del Comité Timón Central A su vez el Comité timón local en 1987 se renovó quedando el Rev Padre Fedenco Llamas como presidente

En 1997 ocupó la presidencia el Licdo Eduardo Barsallo Para el año 2000 asume la presidencia la Sra Inés de Cervantes Para el año 2004 asume la presidencia la Sra Lurys de Arango En la actualidad con un nuevo y dinámico comité formado por la Sra Lurys de Arango como presidenta Sr Guillermo Valdez vicepresidente Licda Anna Wilson secretana Sr Justo Martínez tesorero Sr Eduard Lowe Sra Inés de Cervantes y la Sra Aménca de Martínez vocales

Todos los equipos de trabajo no hubiesen tenido éxitos sin el apoyo de tantas personas y empresas como Don Lázaro Gago y Doña Rosano de Gago quienes forman parte de la histona de dicho hogar

4 3 Propósito

El propósito de Hogares C R E A es reeducar al adicto a través del desarrollo y fortalecimiento del carácter desarrollándose por la aplicación de 14 modalidades de terapias el señalamiento y un ambiente terapéutico permanente En Hogar C R E A el residente encuentra un verdadero Hogar con elementos físicos emocionales espirituales y morales que contribuyen en

la buena formación del carácter El residente inicia voluntariamente un encuentro con DIOS y con el mismo

En C R E A se define que la adicción a drogas es la tendencia al uso compulsivo de una sustancia que altera el estado de conciencia del usuario también se dice que la adicción a las drogas es un síntoma de un desorden en la personalidad

4 4 Objetivos

- Aceptar por parte de la comunidad al adicto como una persona inmadura que no se ha podido adaptar a las normas de esta sociedad
- Reeducar en una forma integral para que el adicto logre desarrollar sus principios religiosos valores y el reconocimiento de los mismos para su conducta
- Aceptar por parte de la comunidad el problema de la adicción y esta ayude a resolverlo ya que este es un mal social que se desprende de los hogares y de la misma comunidad
- Reconocer que si hay delincuencia juvenil paternal y adulta
- Proponer con la ayuda de Dios y la comunidad en general a formar nuevos hogares CREA

4 5 Orientación para ingresar a C R E A

Acudiendo a la oficina de Contacto en Panamá o en cualquiera de los 5 hogares que se encuentran en el país *Hogar C R E A Chilibre en El Sitio Hogar C R E A Cermeño en Capira Hogar C R E A Femenino Antigua Base Militar de Howard Hogar C R E A Chiru en Antón Provincia de Coclé Hogar C R E A de adolescentes Colón* donde la persona será atendida por un ex adicto o un reeducado que lo orientara y le servirá de reto y estímulo en que realmente se puede cambiar

4 6 Condiciones para ingresar a tratamiento

- Aceptar la condición de adicto
- Tener deseo voluntario de cambiar
- Aceptar que necesita ayuda y que no puede salir de las drogas por sus propios medios
- Asistir puntualmente a un mínimo de 15 sesiones de orientación en la Oficina de Contacto
- Cumplir con todas las normas y requisitos exigidos para el ingreso a tratamiento interno

4 7 Servicios que ofrece

Hogar C R E A ofrece tratamiento interno a adultos de ambos sexos y adolescentes con problemas de drogas y/o alcohol

Ofrece también prevención primaria y secundaria a través de seminarios y charlas

4.8 Particularidades del tratamiento

- Principio Existencial El individuo es responsable de su existencia
- El tratamiento es ofrecido por ex adictos asesorados por reeducados y personal profesional
- Participación activa del residente
- Concepto de familia extendida y de Hogar que prevalece
- Concepto de Reeducción
- Participación comunitaria en el tratamiento Comité Timón Comité de Familiares y Colaboradores

4.9 Fases del tratamiento

El tratamiento en Hogar CREA está estructurado en fases o pasos ascendentes que retan al adicto a ir superándose y escalando la cima que lo conduce a la reeducación por un periodo de 20 meses

1era Fase Inducción

Se define este término como la acción de instigar incitar estimular a una persona para que haga algo En el proceso de tratamiento esto implica que el

adicto se prepare para que este receptivo para aceptar la ayuda que se le ofrece Esta fase consta Oficina de Contacto y Compromiso Existencial

2da Fase Introspección Identificación y Creclimiento

Esta fase se divide en tres etapas que se llaman Grupos que van en orden descendentes Grupo IV III – II – I En esta el residente ha hecho un compromiso de someterse al tratamiento Ha sido inducido por el Equipo Terapéutico a permanecer en el Hogar y aprovechar las oportunidad que se le ofrece para cambiar de vida por una más util En esta el residente identifica sus problemas y busca soluciones para cambiar y reestructurar su carácter Mientras más genuina sea su introspección mayor efectividad habrá en su cambio

3era Fase Crecimiento Intensivo

Esta fase consta de 5 etapas llamadas Niveles y van en orden ascendente de 1 a 5 nivel El residente (nivel) lleva a la práctica todo lo aprendido en etapas anteriores lo cual le da la oportunidad de cimentar dicho aprendizaje al transmitirlo a los residentes a los cuales brinda su ayuda

4ta Fase Seguimiento

Luego de cumplir con los requisitos de las etapas anteriores el residente recibe su Primer Certificado y puede reintegrarse a la comunidad Este debe

recibir un total de 5 certificados de los cuales se entregara 1 anualmente segun sea su funcionamiento en la comunidad y su cumplimiento al Programa de Seguimiento En esta fase puede utilizar todos los servicios que ofrece el programa

4 10 Cooperar con Hogares C R E A

- Participando en las actividades que organiza la familia C R E A
- Ofreciendo sus servicios a través de los distintos comités que conforman el programa (comité timón Central Comité Timón Local) y voluntarios que apoyan el programa
- Como profesional voluntario
- Como miembro colaborador aportando económicamente o en especie de acuerdo a sus posibilidades
- Siendo multiplicador del mensaje de C R E A

CAPITULO V

METODOLOGÍA

5 Metodología

5.1 Planteamiento del problema

¿Podrá la psicoterapéutica cognitivo conductual mejorar el control y la expresión de la ira en los pacientes policonsumidores internos en el programa de rehabilitación de Hogares Crea de Chilibre?

5.2 Justificación

La intervención cognitiva conductual se encuentra entre los mejores programas terapéuticos tratando de ayudar a las personas a adquirir un conjunto de estrategias cognitivas conductuales y porque no decir emocionales que los capaciten a identificar los sentimientos afrontando y modificando sus pensamientos y conductas inapropiadas. En el caso del manejo de la ira la educación cognitivo conductual ayuda a controlar dicha emoción la cual sin control y con una inadecuada expresión puede ser muy destructiva tanto para la persona misma como para sus relaciones sociales y/o familiares.

La ira tiene repercusiones graves tales como la destrucción de relaciones personales enfermedades médicas entre otras. Además los problemas asociados de ira y agresividad en las personas dependientes a sustancias le acarrearán distintos problemas en su medio familiar social o policial. Si esto ocurre puede incrementar aun más su problema inicial de dependencia o mantenerse en el tiempo por no tener un modo de solucionar los problemas. También tanto la ira como la agresividad están asociadas a la caída y a la recaída como estados emocionales negativos. Igualmente

repercute en el avance de su proceso de rehabilitación ya que acarrea problemáticas en sus relaciones de iguales y/o superiores por no poder controlar dicha emoción y por expresarla de forma inadecuada ya sea con agresiones físicas o verbales

La terapia cognitiva conductual provee herramientas para ayudar a las personas a conectarse con sus sentimientos y aprender a manejar las emociones a través de una modificación cognitiva

5.3 Preguntas de investigación

¿Será efectiva la terapia cognitivo conductual para el tratamiento de la ira en los pacientes policonsumidores internos en el programa de rehabilitación de Hogares Crea de Chilibre?

¿Mejorarán el control y expresión de la ira los pacientes policonsumidores internos en el programa de rehabilitación de Hogares Crea de Chilibre?

¿Serán menores los niveles de ira después de la intervención cognitiva conductual en el grupo experimental?

¿Serán menores los niveles de ira en la posprueba del grupo experimental después de la intervención cognitiva conductual en comparación a los niveles de ira de la postprueba en el grupo control?

5 4 Objetivos Generales

- Evaluar la efectividad del Programa Psicoterapéutico Cognitivo Conductual en el control y expresión de la ira en los pacientes policonsumidores internos en el programa de rehabilitación de Hogares Crea de Chilibre
- Desarrollar habilidades de afrontamiento para el control y expresión de la ira en los pacientes policonsumidores internos en el programa de rehabilitación de Hogares Crea de Chilibre

5 5 Objetivos específicos

- Proporcionar herramientas para el control y expresión de la ira mediante técnicas cognitivas y conductuales
- Mejorar las habilidades de afrontamiento
- Controlar la respuesta de ira desadaptativa
- Disminuir las cogniciones generadoras de ira

5 6 Hipótesis

5 6 1 Hipótesis de investigación

La intervención psicoterapéutica cognitivo conductual mejora el control y expresión de la ira en los pacientes policonsumidores internos en el programa de rehabilitación de Hogares Crea de Chilibre

5 6 1 1 Hipótesis estadísticas

Hipótesis estadística # 1

$$H_0 \mu_{GEA} \leq \mu_{GED}$$

$$H_1 \mu_{GEA} > \mu_{GED}$$

H_0 La puntuación promedio de la preprueba es menor o igual a la puntuación promedio de la posprueba del grupo experimental

H_1 La puntuación promedio de la preprueba es mayor a la puntuación promedio de la posprueba del grupo experimental

Hipótesis estadística # 2

$$H_0 \mu_{GCA} = \mu_{GCD}$$

$$H_1 \mu_{GCA} \neq \mu_{GCD}$$

H_0 La puntuación promedio de la preprueba es igual a la puntuación promedio de la posprueba del grupo control

H_1 La puntuación promedio de la preprueba no es igual a la puntuación promedio de la posprueba del grupo control

Hipótesis estadística # 3

$$H_0 \mu_{GCD} \leq \mu_{GED}$$

$$H_1 \mu_{GCD} > \mu_{GED}$$

H_0 La puntuación promedio de la posprueba del grupo control es menor o igual a la puntuación promedio de la posprueba del grupo experimental

H_1 La puntuación promedio de la posprueba del grupo control es mayor a la puntuación promedio de la posprueba del grupo experimental

Grupo	Preprueba (Antes)	Tratamiento	Posprueba (Después)	Comparación
Experimental (GE)	GEA	X	GED	$GEA - GED = d_1$
Control (GC)	GCA	—	GCD	$GCA - GCD = d_2$

5 7 Diseño de la Investigación

Diseño cuasiexperimental preprueba – posprueba y grupos intactos Se aplicó un instrumento de evaluación de los niveles de ira S T A X I 2 a un grupo de pacientes policonsumidores internos en el programa de Rehabilitación de Hogares Crea de Chilibre se utilizó dos grupos experimental y control Al grupo experimental se le aplicó una intervención cognitiva conductual dirigida a mejorar el control y la expresión de la ira finalizada la intervención se le aplicó a ambos grupos (experimental y control) nuevamente el instrumento de medición de los niveles de ira S T A X I 2 de esta forma se pudo comparar el efecto de la intervención cognitiva conductual sobre el control y expresión de la ira en los pacientes policonsumidores internos en el programa de rehabilitación de Hogares Crea de Chilibre

5 8 Definición de las variables

Variable Independiente Psicoterapia Cognitivo- Conductual

Definición Conceptual La Psicoterapia Cognitivo-Conductual postula que la conducta y sus consecuencias están determinadas por la manera como la persona entiende interpreta y estructura el mundo basándose en actitudes y supuestos propios que ha ido desarrollando a partir de sus experiencias y aprendizajes anteriores Estos procesos de evaluación son universales los realizan todas las personas pero el significado finalmente atribuido a cada condición ambiental o experiencia es particular de cada individuo El resultado de esta evaluación se expresa en forma de etiquetas valoraciones o definiciones muy concretas que se incorporan al lenguaje interno o discurso

particular que mantiene el individuo consigo mismos. La repetición continuada de estas valoraciones en el discurso interno puede llegar a activar determinadas emociones y sentimientos que a su tiempo influirán y condicionaran como la persona enfrenta el mundo en general y las experiencias concretas y cotidianas.

Una vez señalados los postulados se puede indicar que la psicoterapia cognitivo-conductual es el procedimiento para identificar y modificar los procesos cognitivos con el objetivo de modificar sus repercusiones sobre las conductas y sobre las emociones. La modificación tiene sentido clínico cuando los pensamientos, la conducta o las emociones son disfuncionales y reflejan la presencia de un trastorno mental o cuando dificultan la adaptación de la persona a los requerimientos de su vida diaria afectiva, relacional y/o intelectual.

Definición Operacional La Psicoterapia Cognitiva-Conductual tendiente a mejorar el control y la expresión de la ira ayuda a los pacientes a reducir dicha emoción permitiendo que estos se den cuenta de los elementos mentales, emocionales, físicos de la ira y de sus estímulos precipitantes, empleando las habilidades de afrontamiento cognitivas y conductuales.

Una vez que el paciente es entrenado en técnicas de relajación se procede con la intervención cognitiva centrada en la identificación y modificación de los procesos cognitivos generadores de ira de modo que la realidad percibida no sea aversiva de forma innecesaria. Se trabaja sobre las distorsiones cognitivas generadoras de ira ya que los procesos cognitivos a menudo distorsionan la realidad y producen más ira. Modificando las cogniciones se puede disminuir la

ira y poner al individuo en una mejor posición para el afrontamiento con más recursos

El cambio cognitivo del procesamiento de la información implica primeramente que el paciente se dé cuenta de las situaciones que le producen ira y que acepte la influencia de los procesos cognitivos en la activación de la ira luego se procede a la clarificación de los errores cognitivos y el desarrollo de contrarrespuestas cognitivas nuevas y más funcionales después se ensaya y se transfiere lo aprendido a las circunstancias de la vida real

La intervención ayuda a aumentar las conductas adaptativas y a disminuir las desadaptativas ya que conforme se reduzca la ira se tendrá un mayor control y la persona será capaz de pensar y elegir comportamientos positivos en vez de actuar de forma agresiva impulsiva o autoderrotista Esto se logra en un total de 10 (diez sesiones) dos veces a la semana las cuales cumplen los siguientes objetivos

Sesiones	Objetivos
Sesión # 1	<ul style="list-style-type: none">• Evaluar los niveles de ira• Informar sobre el tratamiento del control de la ira• Entrenar en relajación progresiva
Sesión # 2	<ul style="list-style-type: none">• Ampliar y consolidar el desarrollo de habilidades de relajación• Detectar las señales situacionales y personales de la activación de la ira
Sesión # 3	<ul style="list-style-type: none">• Introducir la influencia de los factores cognitivos• Explorar distorsiones cognitivas específicas

Sesión # 4	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollar nuevas y aceptables habilidades de afrontamiento cognitivas y de relajación
Sesiones # 5 6 y 7	<ul style="list-style-type: none"> • Reforzar las habilidades de afrontamiento cognitivas y de relajación
Sesiones # 8 9 y 10	<ul style="list-style-type: none"> • Brindar seguimiento y reforzamiento de las habilidades cognitivas y de relajación • Instruir en otras estrategias de cambio cognitivo y conductual

Variable Dependiente La ira

Definición conceptual La ira según Deffenbacher citado en Caballo (1998) se define como una reacción cognitivo-emocional fisiológica ante afrentas percibidas intrusiones en el terreno personal y/o frustraciones de la conducta dirigida hacia un fin

Al igual que el resto de las emociones la ira puede ser vista como un estado limitado en el tiempo o como una disposición duradera y consistente o una tendencia general para experimentar frecuentes y pronunciados episodios de estados de ira

La distinción entre el estado de ira y el rasgo de ira es probablemente una de las aportaciones más relevante que Spielberger citado por Urbina (1998) ha hecho a la definición y aproximación al concepto de ira El estado de ira sería definido como un estado emocional que consta de sensaciones subjetivas de tensión enojo irritación furia o rabia con activación concomitante del sistema nervioso y el rasgo de ira mostraría las diferencias individuales en cuanto a la frecuencia con que aparece el estado de ira a lo largo del tiempo

Definición operacional Se efectuó una medición de los niveles de ira

S T A X I 2 en su versión castellana (Miguel Tobal Casado Cano-Vindel y Spielberger 2001) Evalúa las distintas facetas de la ira 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 reflejando como se siente en ese momento y que consta de tres subescalas *Sentimiento* *Expresión Física* y *Expresión Verbal* 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 Esta escala posee dos subescalas *Temperamento* de ira refleja la propensión a experimentar y expresar ira sin una provocación específica y la subescala *Reacción* de ira que mide las diferencias individuales en la disposición para expresar ira cuando se es criticado o tratado injustamente por otros La escala *Expresión interna de ira* mide la frecuencia con la que los sentimientos de ira son refrenados o suprimidos La escala *Expresión externa de ira* mide la frecuencia con que un individuo expresa ira hacia otras personas u objetos del entorno La escala *Control interno de ira* mide la frecuencia con que un individuo intenta controlar la expresión interna de su ira La escala *Control externo de ira* mide la frecuencia con que un individuo intenta controlar la expresión interna de su ira y por último el *Índice de Expresión de Ira* se obtiene de las dos escalas de control y expresión de la ira

Los resultados del S T A X I – 2 se miden en centiles los sujetos que puntúan de 75 a 100 centiles presentan problemas significativos en el control y

expresión de la ira para efectos del estudio se tomaron sujetos con puntuaciones de 65 a 100 centiles que abarcan puntuaciones altas y puntuaciones promedio altas

5 9 Población y muestra

5 9 1 Población (Universo de Estudio)

El universo de estudio está formado por la población de 28 hombres policonsumidores internos en el programa de rehabilitación de Hogares Crea de Chilibre

5 9 2 Muestra

Se utilizó una muestra no probabilística seleccionada de forma no aleatoria con un tamaño de veinte (20) participantes policonsumidores internos en el programa de rehabilitación de Hogares Crea de Chilibre. Se dividió en dos grupos: experimental y control con diez (10) sujetos cada uno. Los diez (10) participantes del grupo experimental se encuentran en compromiso existencial y grupo III de la primera fase del tratamiento en Hogares Crea de Chilibre. De estos, un (1) sujeto abandonó el programa, el otro sujeto no estuvo dispuesto a participar y dos (2) individuos no presentaron problemas significativos en el control y expresión de la ira. Quedando un total de seis (6) sujetos en la muestra del grupo experimental.

Los diez (10) participantes del grupo control se encuentran en compromiso existencial y grupo IV de la primera fase del tratamiento en Hogares Crea de Chilibre. De estos, tres (3) sujetos abandonaron. Quedando un total de siete (7) sujetos en la muestra del grupo control.

5 10 Criterios de inclusión

- Ser paciente interno en el programa de Rehabilitación de Hogares Crea de Chilibre
- Policonsumidores haber consumido dos a más tipos de sustancias psicoactivas
- Presentar problemas de ira y/o emociones relacionadas medido por la prueba S T A X I 2
- Sexo masculino mayores de 18 años
- Haber cursado como mínimo hasta 6^{to} grado
- Contar con un nivel de lectura comprensiva que le permita comprender las instrucciones y procedimientos de la evaluación e intervención
- Haber consentido a participar en el estudio

5 11 Criterios de exclusión

- Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos
- Trastornos del estado de ánimo
- Todo criterio que no cumpla alguno de los criterios de inclusión

5 12 Instrumentos y técnicas de medición

Las características clínicas de los pacientes (tipo de droga que consume cumplimiento de los criterios de inclusión y exclusión enfermedades crónicas etc) se obtuvo mediante aplicación de la entrevista semi-estructurada y la evaluación del psicólogo investigador

Los datos personales historial de vida datos sociales y demográficos de los pacientes fueron recolectados por medio de una entrevista semi-estructurada

El psicólogo investigador a cargo de la intervención psicoterapéutica registró toda la información relevante obtenida durante el periodo de tratamiento y efectuó una historia clínica de cada paciente

Para evaluar el control y expresión de la emoción de ira en los pacientes que participaron en el estudio se aplicó el instrumento STAXI 2 la edición española con 49 ítems del ítems 1 al 15 los sujetos indicaron mediante una escala de likert (No en absoluto Algo Moderadamente y Mucho) como se sienten en ese momento del ítems 16 al 25 los sujeto indican mediante una escala de likert (Casi nunca Algunas veces A menudo y Casi siempre) como se sienten normalmente y por ultimo del ítems 26 al 49 mediante una escala de likert los sujetos indican cómo reaccionan o se comportan cuando están enfadados dicho instrumento consta de seis escalas cinco subescalas y un Índice de Expresión de la Ira que ofrece una medida general de la expresión y control de la ira Las seis escalas Estado de Ira (E) Rasgo de Ira (R) Expresión Externa de Ira (E Ext) Expresión Interna de Ira (E Int) Control Externo de Ira (C Ext) Control Interno de Ira (C Int) Tres subescalas de la escala de Estado que evalúan distintos componentes de la intensidad de la ira como estado emocional Sentimiento (Sent.) Expresión Verbal (Exp V) y Expresión Física (Exp F) Dos subescalas de la escala de Rasgo Temperamento (Temp) y Reacción de Ira (Reacc)

La escala de *Estado de Ira (Estado o E)* mide la intensidad de los sentimientos de ira y el grado en que el sujeto siente que está expresando su

ira en un momento determinado consta de 15 ítems se mide en un rango de 15-60 y permite evaluar tres componentes distintos de la intensidad de la ira como estado emocional *Sentimiento (Sent)* ítems 1 2 3 5 y 7 se mide en un rango de 5-20 evalúa la intensidad de los sentimientos de ira experimentados por una persona en ese momento *Expresión Verbal (Exp V)* ítems 6 9 10 12 y 15 se mide en un rango de 5-20 evalúa la intensidad de los sentimientos actuales relacionados con la expresión verbal de la ira y *Expresión Física (Exp F)* ítems 4 8 11 13 y 14 se mide en un rango de 5-20 evalúa la intensidad de los sentimientos actuales relacionados con la expresión física de la ira

La escala de *Rasgo de Ira (Rasgo o R)* mide la frecuencia con la que el sujeto experimenta sentimientos de ira a lo largo del tiempo consta de 10 ítems que abarca del ítems 16 al 25 se mide en un rango de 10-40 y se subdivide en dos subescalas de 5 ítems cada una *Temperamento de Ira (Temp)* ítems 16 17 18 20 y 23 se mide en un rango de 5-20 evalúa la disposición a experimentar ira sin una provocación específica y *Reacción de Ira (Reacc)* ítems 19 21 22 24 y 25 se mide en un rango de 5-20 evalúa la frecuencia con que el sujeto experimenta sentimientos de ira en situaciones que implican frustraciones o evaluaciones negativas

Las escalas *Expresión Externa de Ira (E Ext)* ítems 27 29 31 34 38 y 40 se mide en un rango de 6-24 evalúa la frecuencia con la que los sentimientos de ira son expresados verbalmente o mediante conductas agresivas físicas *Expresión Interna de Ira (E Int)* ítems 28 32 35 37 39 y 42 se mide en un rango de 6-24 evalúa la frecuencia con la que los sentimientos de ira son experimentados pero no son expresados *Control Externo de Ira (C Ext)* ítems

26 30 33 36 41 y 43 se mide en un rango de 6-24 evalúa la frecuencia con la que la persona controla la expresión de los sentimientos de ira evitando su manifestación hacia personas u objetivos del entorno y *Control Interno de Ira (C Int)* Items 44 45 46 47 48 y 49 se mide en un rango de 6-24 evalúa la frecuencia con la que las personas intentan controlar sus sentimientos de ira mediante el sosiego y la moderación en las situaciones enojosas

Finalmente a partir de 24 ítems de distintas escalas (las dos de expresión y las dos de control) se obtiene el *Índice de Expresión de Ira (IEI)* se mide en un rango de 0 72 se calcula mediante la fórmula $\text{Índice IEI} = (E \text{ Ext} + E \text{ Int}) - (C \text{ Ext} + C \text{ Int}) + 36$ Se incluye en la fórmula la constante 36 para eliminar valores negativos

5 14 Métodos de intervención

Intervención Psicoterapéutica Cognitivo Conductual en habilidades de afrontamiento cognitivas/de relajación (HACR) Deffenbacher citado por Caballo (1998) dirigida a mejorar el control y la expresión de la emoción de ira se efectuó de forma individual en diez (10) sesiones de una hora (1 hr) cada una dos veces a la semana

Sesión # 1

Objetivos

- Evaluar los niveles de ira
- Informar sobre el tratamiento del control de la ira
- Entrenar en relajación progresiva

Contenido

Se aplica el inventario de ira S T A X I – 2 para determinar los niveles de ira
Se aborda sobre la confidencialidad y el consentimiento informado Luego se procede a presentar una explicación convincente sobre el tratamiento la realización de la relajación y aumentar el darse cuenta de los estímulos internos y externos relacionados con la ira

El resto de la sesión se dedica a entrenar en la relajación progresiva y a desarrollar una imagen relajante

Los grupos musculares que se entrenan en la relajación progresiva de Jacobson teniendo en cuenta que cada grupo muscular se tensa y se relaja dos veces son

- Manos Se aprietan los puños se tensan y destensan Los dedos se extienden y se relajan después
- Bíceps y tríceps Los bíceps se tensan (al tensar los bíceps se debe asegurar que no se tensan las manos para ello se pueden agitar las manos antes y después relajarse) Los tríceps se tensan doblando los brazos en la dirección contraria a la habitual después se relajan
- Hombros Tirar de ellos hacia atrás y relajarlos
- Cuello (lateral) Con los hombros rectos y relajados se dobla la cabeza lentamente a la derecha hasta donde se pueda después relajar Hacer lo mismo a la izquierda
- Cuello (hacia adelante) Llevar el mentón hacia el pecho después relajarlo

- **Boca (extender y retraer)** Con la boca abierta se extiende la lengua tanto como se pueda y relajar dejándola reposar en la parte de abajo de la boca Llevar la lengua hasta tan atrás como se pueda en la garganta y relajar
- **Lengua (paladar y base)** Se aprieta la lengua contra el paladar y después relajar
- **Ojos** Cerrarlos tan fuertemente como se pueda y relajar Asegurar que queden completamente relajados los ojos la frente y la nariz después de cada tensión
- **Respiración** Inspirar tan profundamente como sea posible y entonces se toma un poquito más se expira y luego se respira normalmente durante 15 segundos Después expira echando todo el aire que sea posible entonces expira un poco más respira normalmente durante 15 segundos
- **Espalda** Se arque la espalda se baja lentamente y se relaja
- **Gluteos** Apretar los gluteos y luego relajar
- **Muslos** Presionar los talones contra el piso y relejar
- **Estómago** Contraer el estómago y relajar completamente Tirar del estómago hacia afuera y relajar
- **Pies** Apuntar con los dedos hacia arriba tanto como sea posible y relajar
- **Dedos** Arquear los dedos hacia abajo tanto como sea posible y relajar

Se asignan tareas entre estas

- Practicar la relajación progresiva diariamente

- Elaborar una imagen relajante si no hubo tiempo para desarrollarla en la sesión
- Entrenar en el autoregistro de la ira y llenar el diario de ira conjuntamente con el paciente

Sesión # 2

Objetivos

- Ampliar y consolidar el desarrollo de habilidades de relajación
- Detectar las señales situacionales y personales de la activación de la ira

Contenido

Se inicia con un repaso de las tareas asignadas en la sesión anterior. Luego se procede con el autoregistro de la ira y a la práctica de la relajación. Una vez afianzada la relajación se procede con el uso de la imagen relajante junto a la relajación progresiva.

Prosigue el entrenamiento en habilidades de afrontamiento por medio de la relajación se ensayan de dos a tres veces.

- Relajación sin tensión. Relajación sin tensión real de los grupos musculares
- Imagen relajante. Se visualiza por un tiempo de 30 segundos
- Relajación provocada por la respiración. Se instruye para que el paciente respire profundamente y aumente la relajación con cada exhalación
- Relajación provocada por estímulos. El terapeuta repite la palabra relájate de 10 a 20 veces indicándole al paciente que aumente la

relajación con cada repetición. Luego se entrena para que el paciente respire y en cada exhalación repite la palabra **relájate**.

Se asignan tareas

- Se continúa con el autoregistro y la práctica de la relajación
- Aplicación de las habilidades de afrontamiento por medio de la relajación en situaciones no estresantes
- Identificar una situación que le cause molestia y conlleve a la ira en intensidad de 50 en una escala 1 a 100

Sesión # 3

Objetivos

- Introducir la idea general de la influencia de los factores cognitivos
- Explorar distorsiones cognitivas específicas

Contenido

Se inicia con un repaso de las tareas asignadas en la sesión anterior. Luego se centra la atención en la identificación y modificación de los procesos cognitivos generadores de ira de forma que la realidad percibida no sea aversiva de forma innecesaria.

Se debate conjuntamente con el paciente las distorsiones cognitivas de forma que comprenda que hay otras alternativas y formas de ver los sucesos que le generan niveles elevados de ira. Entre las distorsiones cognitivas que se identifican y debaten

- **Catastrofizando y magnificando lo negativo** cuando se produce dicha distorsión cognitiva el individuo percibe los acontecimientos de forma extrema muy negativos. Generalmente se etiquetan los sucesos como espantosos terribles y como cosas que el individuo no puede soportar en lugar de hacerlo en términos negativos realistas tales como frustrante o decepcionante. La ira va aumentando conforme el individuo responde a los significados emocionales de dichos términos extremos en vez de hacerlo en base a la realidad negativa realista.
- **Exigencias órdenes y coacciones** cuando se produce este tipo de pensamiento las personas insisten de forma rígida y autotantana que el mundo debería ser tiene que ser necesita ser espera que sea de determinada manera. Sin embargo no necesariamente el mundo satisfará esas expectativas. La ira entonces va aumentando conforme esta condición no se cumpla. Cabe mencionar que una gran cantidad de ira proviene de exigir que el mundo sea de una determinada manera y/o de intenta coaccionar y forzar a que el mundo encaje en un determinado molde. La persona ha cometido el error de elevar sus preferencias a una exigencia dictatorial y la elevada ira proviene de la violación de esas exigencias más que de la frustración natural por no obtener lo que quiere.

Varios temas relativos a las exigencias aparecen frecuentemente en los problemas de ira. Uno de estos es el perfeccionismo (las situaciones deben ser correctas y la conducta de las personas debe ser exactamente de la forma que ellos consideran). Otro tema en las relaciones interpersonales es la necesidad de amor y aprobación (la

persona de enoja mucho cuando no recibe el amor y la aprobación que necesita) otra relacionada con la necesidad de aprobación se refiere a la exigencia de que los demás no se sientan molestos o tengan sentimientos negativos hacia el sujeto Otra exigencia se refiere a la culpa y el castigo el individuo cree que cuando algo sale mal alguien o algo está funcionando mal y debería ser culpado y castigado aumentando la probabilidad de externalizar la responsabilidad enojándose con el origen de ella y justificando el comportamiento hostil o agresivo hacia él Otra exigencia es la baja tolerancia a la frustración que se explico en párrafos anteriores al cometer este error cognitivo el individuo exige que no deberían experimentar dificultades problemas o acontecimientos negativos de esta forma cuando sucede un acontecimiento negativo la persona se enoja con la presencia del suceso

- La sobregeneralización en esta distorsión el individuo llega a conclusiones sobre acontecimientos personas él mismo o el tiempo que van más allá de las características del momento y la situación (llega a características generales a partir de hechos específicos) La ira va aumentando conforme el individuo responde al significado emocional de la etiqueta en vez de hacerlo en términos concretos La sobregeneralización se efectúan en base al tiempo donde una persona implica que las cosas son siempre o no son nunca de una determinada manera Otra clase de sobregeneralización se refiere a la aplicación de etiquetas negativas a la gente o a los acontecimientos

- El pensamiento absurdo y provocador: esta distorsión cognitiva implica el etiquetar las cosas de forma muy negativa a menudo groseras o absurdas. Las etiquetas incrementan la ira no debido al acontecimiento por sí mismo sino a la etiqueta.
- Las atribuciones erróneas y el pensamiento limitado a un objetivo: Los individuos con ira problemática a menudo saltan a conclusiones o explicaciones egocéntricas sobre los acontecimientos y luego responden como si fuera verdad sin considerar su validez. Por ejemplo, si alguien no hace lo que ellos quieren piensan que la persona está tratando a propósito de enojarlos y si la persona está molesta o enfadada suponen que lo está con ellos.

Empleando las atribuciones erróneas los sujetos caracterizan a los acontecimientos como injustos que otras personas se comportan de determinada forma con ellos a propósito que los acontecimientos son controlables que la otra persona pudo hacer algo para que no sucediera y culpables consideran que la otra persona o el acontecimiento es culpable y debería haberse evitado que sucediera. Atribuciones que aumentan la activación de la ira y la probabilidad de agresión hostil.

- El pensamiento polarizado: este error cognitivo implica la codificación de los acontecimientos en dicotómicos: bueno-malo, perdedor-ganador, fuerte-débil. De esta forma cuando un acontecimiento no confirma el lado positivo entonces por implicación confirma el lado negativo y el individuo se siente y reacciona en base a ello. Por consiguiente si la conducta de los demás se codifica como correcta o incorrecta entonces cualquier error o equivocación por parte de la otra persona demuestra

que está equivocada provocando ira hacia ésta y quizás también agresión justificada

- **Sobreestimación e infraestimación** los individuos con ira a menudo suelen sobreestimar la probabilidad de acontecimientos negativos e infraestimar la probabilidad de acontecimientos positivos de los recursos de ayuda y de las capacidades de afrontamiento. Los individuos con ira parecen tener un sesgo del procesamiento de la información hacia la identificación de estímulos amenazantes y están preparados para responder a estos acontecimientos con ira y agresión

Tareas para casa

- **Practicar las habilidades de afrontamiento mediante la relajación**
- **Colocar en el autoregistro las distorsiones cognitivas y el o los eventos que las desencadena**

Sesión # 4

Objetivos

- **Desarrollar nuevas y aceptables habilidades de afrontamiento cognitivas y de relajación**

Contenido

Se inicia con un repaso de las tareas asignadas en la sesión anterior. Luego se procede con la descripción detallada de la situación productora de ira prestando atención a las señales cognitivas, emocionales y fisiológicas de la activación de la ira y luego se inicia con las habilidades de afrontamiento

cognitivas y de relajación para la reducción de la ira aprendidas en sesiones anteriores

Tareas para casa

- **Práctica diaria de la relajación sin tensión y el registro en el diario de relajación**
- **Aplicar las habilidades de afrontamiento cognitivo y de relajación a diferentes tipos de reacciones estresantes y registrarlas en el diario de ira**
- **Desarrollar una nueva escena de ira con un nivel mayor y registrarla en el diario de ira**

Sesión # 5

Objetivos

- **Reforzar las habilidades de afrontamiento cognitivas y de relajación**

Contenido

Se inicia con un repaso de las tareas asignadas en la sesión anterior. Luego se procede con la descripción detallada de la situación productora de ira pero con un nivel mayor de ira que la empleada en la sesión anterior prestando atención a las señales cognitivas, emocionales y fisiológicas de la activación de la ira y luego se inicia con las habilidades de afrontamiento cognitivas y de relajación para la reducción de la ira aprendidas en sesiones anteriores. Se emplean situaciones en donde la ira se experimenta luego del evento o cuando se reprimió y cuando se relacionó a un estímulo que le recuerda la situación.

Tareas para casa

- Registrar los éxitos y problemas al aplicar las habilidades de afrontamiento cognitivas y de relajación en el diario de ira
- Desarrollar una nueva escena de ira con un nivel mayor y registrarla en el diario de ira

Sesión # 6

Objetivos

- Reforzar las habilidades de afrontamiento cognitivas y de relajación

Contenido

Se inicia con un repaso de las tareas asignadas en la sesión anterior. Luego se procede con la descripción detallada de la situación productora de ira pero con un nivel mayor de ira que la empleada en la sesión anterior, prestando atención a las señales cognitivas, emocionales y fisiológicas de la activación de la ira, y luego se inicia con las habilidades de afrontamiento cognitivas y de relajación para la reducción de la ira aprendidas en sesiones anteriores.

Tareas para casa

- Seguir practicando las habilidades de afrontamiento cognitivas y de relajación
- Desarrollar una nueva escena de ira con un nivel mayor y registrarla en el diario de ira

Sesión # 7

Objetivos

- **Reforzar las habilidades de afrontamiento cognitivas y de relajación**

Contenido

Se inicia con un repaso de las tareas asignadas en la sesión anterior. Luego se procede con la descripción detallada de la situación productora de ira pero con un nivel mayor de ira que la empleada en la sesión anterior prestando atención a las señales cognitivas, emocionales y fisiológicas de la activación de la ira y luego se inicia con las habilidades de afrontamiento cognitivas y de relajación para la reducción de la ira aprendidas en sesiones anteriores.

Se fomenta al paciente la aplicación de las habilidades de afrontamiento cognitivo y de relajación a problemas emocionales (depresión, ansiedad, etc.) distintos a la ira y los registre en el diario de ira.

Tareas para casa

- **Continuar practicando las habilidades de afrontamiento cognitivas y de relajación en situaciones que le ocasionen ira u otro tipo de emociones.**

Sesión # 8, 9 y 10

Estas sesiones son de seguimiento y de reforzamiento de lo aprendido y puesto en práctica durante las sesiones anteriores. También se instruye en otras estrategias de cambio cognitivo y conductual como

- **Control final rutas de escape y tiempo fuera** se fomenta el marcharse del lugar de la provocación y/o buscar demorar el tiempo antes de responder como una estrategia cognitiva-conductual sencilla pero eficaz para disminuir la ira. Está se reduce cuando se eliminan los estímulos que la provocan y/o se proporciona una oportunidad para iniciar otras estrategias de afrontamiento y solución de problemas
- **Solución de problemas autoinstrucciones** Se beneficia del entrenamiento en autoinstrucciones orientadas a la tarea de solución de problemas que pueden incluir las siguientes subetapas

Algunas personas necesitan instruirse para conceptualizar una provocación como un problema que se puede solucionar

Algunos estados de ira aumentan cada vez más porque se tratan varios asuntos al mismo tiempo es preferible separarlos y atender uno a la vez

Las autoinstrucciones de solución de problemas y de planificación inician los primeros pasos para desarrollar un plan racional de menos enfado con el fin de abordar la situación y evaluar el progreso de su puesta en práctica

Algunas veces se requiere iniciar la terminación de la solución de los problemas cuando no se ve ninguna solución. Es decir no todas las fuentes de ira tienen una buena solución o incluso ni siquiera una solución. Algunas personas enojadas exigen encontrar una solución y airadamente tratan de encontrar una intentando a menudo forzar a los demás o a sí mismos a algún tipo de solución

Muchas personas se benefician también de las autoinstrucciones sobre autorefuerzo y autoeficacia. El diálogo con el sí mismo debe contener pensamientos que apoyen los esfuerzos de afrontamiento que fomentan las autoatribuciones de cambio y que planteen expectativas realistas positivas para el afrontamiento futuro.

- **Pensamientos fríos y atenuantes emocionales** Este tipo de autoinstrucciones impulsa las habilidades de afrontamiento por medio de la relajación o introduce atenuantes verbales que ayudan al individuo a disminuir la ira y/o soportar las condiciones aversivas. El elemento atenuante puede ser una imagen visual o una metáfora. Aunque dichos procedimientos atenuantes raramente son suficientes por sí mismos ayudan a los sujetos a soportar y afrontar las situaciones con menos ira y pueden añadirse fácilmente a otras estrategias cognitivas.
- **Humor absurdo** El humor parece disminuir la ira no sólo porque introduce una emoción diferente sino también porque proporciona una distancia cognitiva y en algunos casos porque proporciona interpretaciones y atribuciones alternativas más favorables.
- **Conductas asertivas** Las habilidades sociales y más concretamente la asertividad son habilidades básicas para el desenvolvimiento en la vida diaria. Las personas tienen intereses y formas de ver el mundo distinto por lo cual el conflicto interpersonal está a la orden del día. Cuando estas habilidades no están lo suficientemente desarrolladas o se emplean de forma equivocada surge la ira, frustración y la insatisfacción. Para desarrollar la asertividad

Identificar los estilos básicos de la conducta interpersonal estilo agresivo pasivo y agresivo La función de esta etapa es distinguir entre cada uno de los estilos reconociendo la mejor forma de actuar de acorde con el estilo asertivo Esto ayudará también a reconocer los errores en este ámbito

Identificar las situaciones en las cuales se quiere ser más asertivos se trata de identificar en qué situaciones hay fallas y cómo se debería actuar en un futuro Se analiza el grado en que la respuesta a las situaciones problemáticas puede hacer que el resultado sea positivo o negativo

Describir las situaciones problemáticas se trata de analizar las situaciones en términos de quién cuando qué y cómo interviene en esa escena identificando los pensamientos negativos y el objetivo que se quiere conseguir

Escribir un guión para el cambio de conductual Es un plan escrito para afrontar la conducta de forma asertiva Aquí se intenta poner por escrito las situaciones problema y clarificar lo que se quiere conseguir Se moldea el guión para que este sea expresado de forma específica

Desarrollo del lenguaje corporal adecuado se dan una serie de pautas de comportamiento en cuanto a lenguaje no verbal (la mirada el tono de voz la postura etc) y se dan las oportunas indicaciones para que la persona ensaye ante un espejo

Aprender a identificar y evitar las manipulaciones de los demás las demás personas utilizan estratagemas para manipular

haciendo sentir culpable evadiendo la conversación o victimizándose

Finaliza la sesión # 10 con la evaluación de los niveles de ira mediante el inventario S T A X I – 2

5 14 Procedimiento estadístico

Se utilizó estadística descriptiva organizada en tablas cuadros y gráficas para describir las características generales de los integrantes de la muestra

El estadístico de prueba utilizado para determinar el cambio de la variable dependiente (emoción de ira) en dos momentos pre y post intervención y la comparación de los dos grupos experimental y control después de la intervención se efectuará la prueba t para muestras dependientes e independientes

El criterio de decisión dictamina que si el valor observado de la t es mayor que el valor crítico de t a un nivel de significación de 0 05 para una prueba de una cola a la izquierda (evaluar pre y post prueba del grupo experimental y la postprueba del grupo control y experimental) y de dos colas (evaluar pre y post prueba del grupo control) los resultados son estadísticamente significativos para rechazar H_0 y aceptar la H_1

Para realizar el análisis estadístico de la información recopilada se utilizó Microsoft Excel

5 15 Métodos para el control y calidad de los datos

La intervención psicoterapéutica proporciona un espacio para que el investigador pueda identificar posibles amenazas a la validez interna tales como la historia del paciente maduración si bien no se pueden controlar plenamente

Los criterios de inclusión y exclusión ayudaron a controlar la selección la participación y el estado de los paciente internos en Hogares Crea de Chilibre disminuyó la pérdida de integrantes de la muestra (muerte experimental)

La intervención psicoterapéutica se efectuó mientras los pacientes estaban internos en el programa de rehabilitación de Hogares Crea de Chilibre por lo tanto el mismo programa puede influenciar en los resultados de la investigación

5 16 Procedimientos que garantizan aspecto ético en las investigaciones con sujetos humanos

Se obtuvo el consentimiento informado por escrito de cada participante antes del inicio del estudio Los participantes recibieron una explicación breve del estudio con un espacio para preguntas y aclarar dudas

Se les explicó el inventario que se les aplicó para evaluar los niveles de ira así como las generalidades de la psicoterapia y la duración de esta

Y se les informó a los participantes la confidencialidad de la información recopilada durante la intervención la cual será usada de manera estadística y general protegiendo información privada y personal de los participantes

CAPITULO VI
ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

6. Resultados

Para el análisis de los resultados se utilizó el índice de expresión de ira (IEI) del S.T.A.X.I – 2, para obtener dicho índice se emplean las dos escalas de control (interno y externo) y las dos escalas de expresión de la ira (interno y externo). La puntuación directa del IEI oscila de 0 a 72 puntos y de 0 a 100 en centiles. A mayor puntuación en el IEI evidencia mayores dificultades en la expresión y control de la ira ya sea interna o externa.

Grupo experimental

Sujetos	Preprueba		Posprueba	
	Puntuación directa	Centil	Puntuación directa	Centil
1	33	65	13	5
2	40	75	37	65
3	40	85	38	80
4	47	95	23	25
5	35	70	28	45
6	35	70	25	35

Grupo control

Sujetos	Preprueba		Posprueba	
	Puntuación directa	Centil	Puntuación directa	Centil
1	36	75	39	85
2	35	70	28	45
3	40	85	41	85
4	38	80	38	80
5	35	70	43	90
6	40	85	40	85
7	37	80	35	70

Grupo experimental

Hipótesis estadística # 1

$$H_0: \mu_{GEA} \leq \mu_{GED}$$

$$H_1: \mu_{GEA} > \mu_{GED}$$

Preprueba (Antes)	Posprueba (Después)
33	13
40	37
40	38
47	23
35	28
35	25

Preprueba (Antes)	Posprueba (Después)
$\bar{X}_{GEA} = 38.33$	$\bar{X}_{GED} = 27.33$

$S = 8.29$
$\sigma_{dif} = 3.70$
$t_{calculada} = 2.97$
$t_{tabla} = 2.015$
$\alpha = 0.05$ una cola a la izquierda

Resultado de la prueba de hipótesis Se rechaza la H_0 y se acepta la H_1 por lo tanto el promedio de la preprueba es mayor al promedio de la posprueba del grupo experimental. Es decir después de la intervención cognitivo conductual se redujo el índice de expresión de ira de esta forma los pacientes policonsumidores del grupo experimental internos en el programa de Rehabilitación de Hogares Crea de Chilibre mejoraron el control y la expresión de la ira.

Grupo control

Hipótesis estadística # 2

$$H_0 \mu_{GCA} = \mu_{GCD}$$

$$H_1 \mu_{GCA} \neq \mu_{GCD}$$

Preprueba (Antes)	Posprueba (Después)
36	39
35	28
40	41
38	38
35	43
40	40
37	35

Preprueba (Antes)	Posprueba (Después)
$\bar{X}_{GCA} = 37.29$	$\bar{X}_{GCD} = 37.71$

$S = 4.24$
$\sigma_{dif} = 1.73$
$t_{calculada} = 0.24$
$t_{tabla} = 2.447$
$\alpha = 0.05$ dos colas

Resultado de la prueba de hipótesis Se acepta la H_0 por lo tanto no hay diferencias entre el promedio de la preprueba y posprueba del grupo control. No hubo diferencias significativas en el manejo y expresión de la ira en los pacientes policonsumidores del grupo control internos en el programa de Rehabilitación de Hogares Crea de Chilibre.

Grupo control y grupo experimental

Hipótesis estadística # 3

$$H_0 \mu_{GCD} \leq \mu_{GED}$$

$$H_1 \mu_{GCD} > \mu_{GED}$$

Posprueba (Grupo Control)	Posprueba (Grupo Experimental)
39	13
28	37
41	38
38	23
43	28
40	25
35	

Posprueba (Grupo Control)	Posprueba (Grupo Experimental)
$\bar{X}_{GCD} = 37.71$	$\bar{X}_{GED} = 27.33$
$S = 4.62$	$S = 8.55$

$\sigma_{dif} = 4.07$
$t_{calculada} = 2.55$
$t_{tabla} = 1.796$
$\alpha = 0.05$ una cola a la izquierda

Resultado de la prueba de hipótesis Se rechaza la H_0 y se acepta la H_1 por lo tanto el promedio de la posprueba del grupo control es mayor al promedio de la posprueba del grupo experimental. Es decir los pacientes policonsumidores del grupo experimental internos en el programa de Rehabilitación de Hogares Crea de Chilibre que se beneficiaron de la intervención cognitivo conductual mejoraron significativamente el control y la expresión de la ira en comparación a los pacientes policonsumidores del grupo control que no recibieron la intervención cognitivo conductual.

6.1. Gráficos

Gráfico # 1: Niveles de control y expresión de ira del grupo experimental antes y después del tratamiento cognitivo-conductual

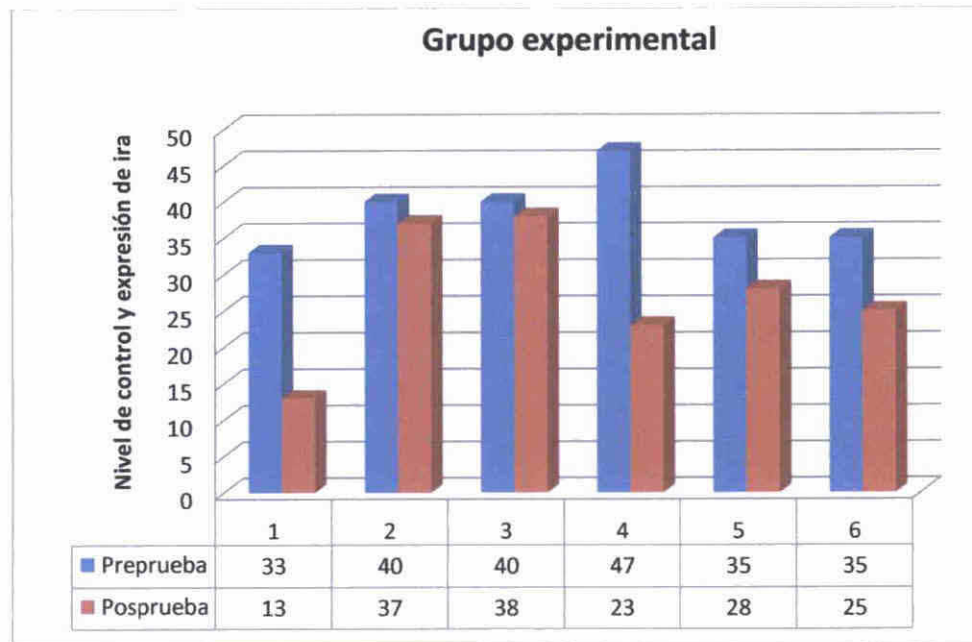


Gráfico # 2: Niveles de control y expresión de ira del grupo control antes y después

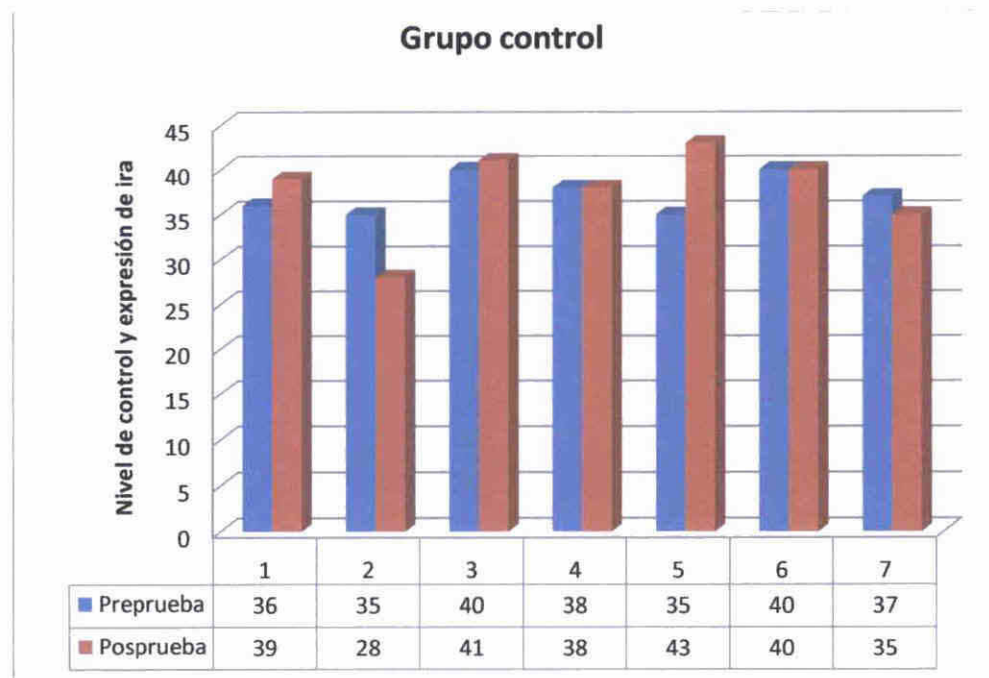
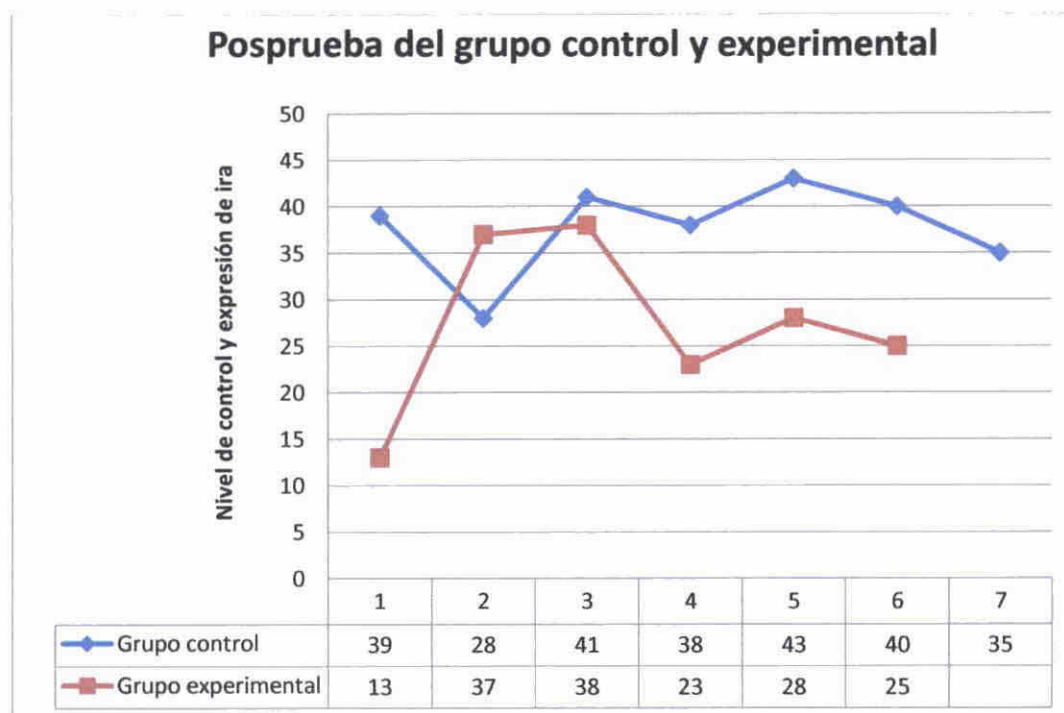


Gráfico # 3: Niveles de control y expresión de ira del grupo control y grupo experimental



6.2. Análisis cualitativo

La emoción de ira, la hostilidad y la agresión en los sujetos policonsumidores del estudio en Hogares Crea de Chilibre se puede analizar desde diferentes teorías y modelos.

Iniciando con las teorías etológicas la agresividad es un mecanismo de adaptación que permite a los sujetos competir por sus recursos y le permite la supervivencia, de esta forma muchos sujetos que se encuentran en el mundo de la delincuencia y el narcotráfico deben responder a las presiones del ambiente con agresividad para poder sobrevivir al mundo negativo

(delincuencia y narcotráfico) Según la perspectiva sociobiológica la conducta agresiva es innata y a la vez aprendida los sujetos aprenden a ser agresivos para dominar en un grupo como ejemplo en la cárcel el individuo tiende a comportarse de forma agresiva para sobresalir y ejercer cierto dominio en el grupo este tipo de conducta lo protege (supervivencia)

Con referencia a la aproximación dinámica según Bleiberg citado por Coderch Mendizábal Vives y colaboradores (1999) la agresión es un intento por mantener inflado el sentido del Yo y la ilusión de control junto con las percepciones de invulnerabilidad los sujetos ante determinadas situaciones y figuras de autoridad sean estas positivas o negativas tienden a expresar conductas agresivas para hacer ver a los demás su invulnerabilidad y su control sobre determinadas situaciones En el mundo de las drogas y la delincuencia sobresale más aquel que tiene mayor control y demuestra menos vulnerabilidad ante las situaciones pueden ser robos asaltos o tráfico de drogas

Con respecto al modelo biológico las sustancias psicoactivas especialmente el alcohol y la cocaína producen alteraciones en la bioquímica del cerebro alterando la liberación recaptación y disponibilidad de los neurotransmisores dichas alteraciones predisponen a que los sujetos bajo los efectos de las sustancias psicoactivas tiendan a desarrollar conductas violentas

El modelo del drive o impulso refinándose a la teoría de Spielberger citado por Myers (2005) la conducta agresiva de los sujetos está relacionada con emociones o actitudes bajo el epígrafe AHA un individuo al experimentar una situación irascible genera una emoción (ira anger) que se ve influenciada por

la actitud negativa hacia los demás (hostilidad hostility) y puede desencadenar en una conducta violenta (agresión aggression) dicha teoría explica claramente el ciclo de la agresión en los sujetos drogodependientes de la muestra

Con relación a la teoría de la frustración agresión los sujetos al experimentar frustración por no lograr sus metas o cumplir su propósito tienden a tomarse agresivos esto se puede ejemplificar en el mundo de las drogas cuando un individuo no puede conseguir dinero para consumir la sustancia psicoactiva (situación frustrante) se toma agresivo sin importarle hacia quien sea dirigida la agresión pudiendo ser un familiar cercano o figura de autoridad

Según las formulaciones de Berkowitz un acontecimiento activador desencadena pensamientos y recuerdos en el individuo los cuales detonan la emoción de ira y la consecuente conducta agresiva Como es el caso de los sujetos drogodependientes han internalizado formas de pensar y recuerdos de eventos en los cuales con sus conductas agresivas han conseguido lo que deseaban a raíz de dichas internalizaciones tienden a desarrollar conductas agresivas ante situaciones similares aparte de esto según Bandura han aprendido mediante observación (aprendizaje vicario) a ejecutar conductas violentas y agresivas además estas han sido reforzadas en muchas ocasiones por sus grupos de iguales lo que perpetúa la conducta agresiva Según el modelo de déficit del procesamiento de la información los sujetos han instaurado particulares estructuras de memoria socio-cognitivas entorno a la agresión y ante situaciones que hagan recordar dicha memoria socio-cognitivas

los sujetos responden en base a esta ejecutando conductas agresivas y/o violentas

Una vez finalizada la intervención cognitiva-conductual los sujetos del grupo experimental cuentan con herramientas cognitivas y de relajación para hacer frente a la emoción de la ira mejorando significativamente el control y expresión de la ira Debido a las experiencias de vida relacionadas con conductas agresivas y/o violentas y a su vinculación temprana con figuras de apoyo inadecuadas los sujetos de la muestra desarrollaron esquemas de pensamiento arraigados sobre la forma de actuar ante determinadas situaciones que ellos mismos evalúan como irascibles de esta forma después de la intervención no se evidenciaron cambios significativos en el rasgo de ira (temperamento de ira) en los sujetos de la muestra ya que se requiere de una intervención a largo plazo para producir cambios significativos en dichos esquemas de pensamiento

6 3 Conceptualización de casos

6 3 1 Grupo experimental

6 3 1 1 Sujeto # 1

Nombre A A

Edad 29 años

Estado civil Unido

Sustancias consumidas Manhuana (droga de inicio y preferencia) alcohol y cocaína

Edad en que inicia el consumo 14 años

Tiempo en el programa de rehabilitación 6 meses

Nivel de escolaridad 6

Estatus socio-económico Medio-bajo

Índice de expresión de ira (IEI) centil 65

Primer ingreso a Hogares Crea Se encuentra en la primera fase del tratamiento grupo III

Historia personal

Nació y creció en la provincia Colón en donde curso sus estudios hasta 6 se ausentaba frecuentemente del colegio por lo cual su madre decidió retirarlo A la edad de 14 años se inicia en el consumo de manhuana y luego se introdujo a otras drogas (alcohol y cocaína) fumaba manhuana con sus primos y amistades pertenecía a una banda en la cual A A representaba una figura importante

El hermano de A A quería que este se alejara de las drogas sin embargo él quería su impeno como su hermano casas carros dinero y mujeres de esta forma poco a poco se fue filtrando en el mundo de las drogas Cuando asesinaron al hermano de A A por una reyerta entre narcotraficantes este espero un par de días y efectuó un plan con sus amistades narcotraficantes y

delincuentes y fueron a buscar a los implicados en el asesinato les dispararon a varias personas implicadas en el asesinato y salieron huyendo de la escena

Estuvo implicado en actividades delictivas robaba en empresas recibía retribución económica por asesinar y vendía drogas estuvo preso por 5 años en la cárcel cuando no toleraba el encierro tomaba una botella la rompía y se cortaba el antebrazo para que los custodios lo llevaran a la enfermería de esta forma lograba despejarse del encierro frecuentemente les pagaba a los custodias para poder ingresar a la cárcel todo tipo de comidas bebidas arma blanca y drogas

Tiene varias heridas de bala cojea de una pierna ya que tiene unos tornillos en la rodilla debido a un impacto de bala que le ocasiono una fisura en la rótula

Trabajó dirigiendo una cuadrilla en una empresa constructora e iba a trabajar bajo los efectos de la droga (THC) después de un tiempo abandonó el trabajo y se dedicaba al negocio de las drogas

A tenido muchas parejas sentimentales polirelaciones no se implicaba emocionalmente con estas salían y mantenían relaciones sexuales y en ocasiones les daba dinero de lo que hurtaba y de los negocios de drogas Sus diversiones y parrandas como comenta A.A. siempre estaban implicados el licor las drogas y las mujeres

Comenta que no se tiene que preocupar por dinero ya que heredó los bienes del hermano únicamente tiene que recuperarse para dedicarse a la ganadería con su padre

Es su primer ingreso a Hogares Crea y fue por voluntad propia tiene 6 meses en tratamiento ingresó al Hogar debido a la muerte del hermano ya que pensó que si no se alejaba del mundo de las drogas podría quedar muerto como su hermano

Presenta dificultades para controlar su irrtabilidad es defensivo no confía en las personas y cuando se encuentra molesta amenaza y desafía a los compañeros del Hogar

Historia familiar

Actualmente vive en las Cumbres con su pareja tiene dos hijos y una hijastra una hija de 13 años un hijo de 6 años de diferentes mujeres y su hijastra de 12 años

Sus padres se divorciaron cuando A A estaba en el periodo de la adolescencia su padre vive en los Estados Unidos el cual lo apoya enviándole dinero y ropa Su madre vive en Colón con el hermano menor de A A el cual tiene 18 años y consume manhuana

A A procede de un ambiente familiar rodeado de drogas el hermano mayor era narcotraficante sus primos consumen marihuana y cocaína la mayor parte del tiempo consumía con estos

Cuenta con el apoyo económico de su madre la cual paga el programa de rehabilitación y compra lo que este necesite mientras se encuentra interno

Resultados de la preprueba

Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo STAXI 2

El estado emocional psicobiológico en el momento de la aplicación evidencia bajos niveles de ira

Con referencia al rasgo de ira experimenta habitualmente sentimientos de ira y frustración a menudo piensa que las demás personas le harán algún daño evidencia desconfianza Puede ser muy autotanto y utiliza su ira para intimidar a los demás Es una persona generalmente irritable y propensa a expresar sus sentimientos de ira

En ocasiones manifiesta su ira mediante una conducta agresiva dirigida a otras personas o a objetos del entorno Puede expresarla en actos físicos como ataques a otras personas o de forma verbal mediante insultos y amenazas y en otras ocasiones pueden reprimir su ira

Puede existir riesgo médico debido a los sentimientos de ira hipertensión desencadenada por su estado emocional

Evaluación multiaxial

Eje I F12 21 Dependencia de Cannabis en entorno controlado [304 30]

F14 1 Abuso de cocaína en entorno controlado [305 60]

F10 1 Abuso de alcohol en entorno controlado [305 00]

F63 9 Trastorno del control de los impulsos no especificado [312 30]

relacionado con la ira desadaptativa

Eje II Z03 2 [V71 09]

Eje III Hipertensión arterial

Eje IV Problemas relativos al grupo primarios de apoyo (fallecimiento de su hermano) y problemas relativos a la interacción con el sistema penal (arrestos pendiente un juicio por homicidio)

Eje V 65

Resultados de la posprueba

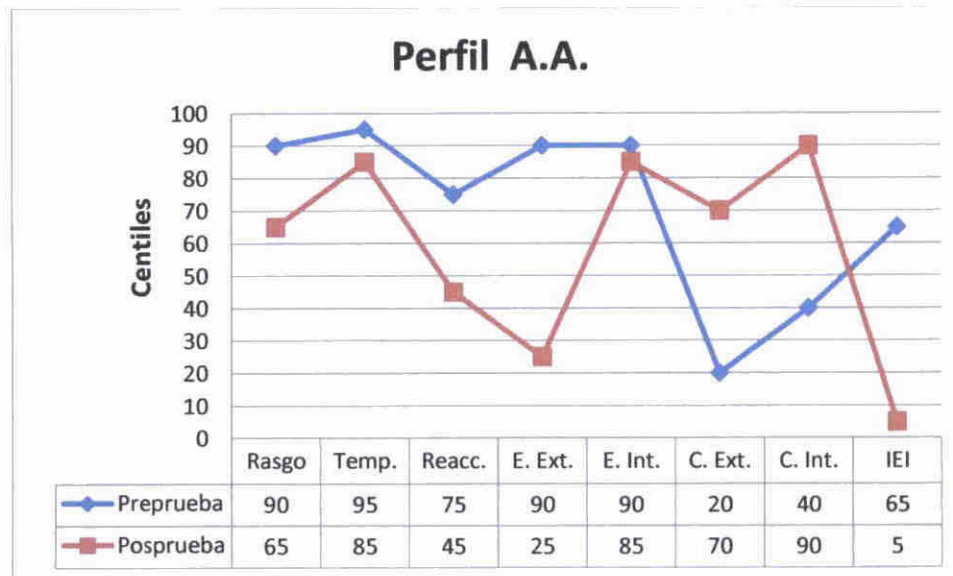
Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo STAXI 2

El estado emocional psicobiológico en el momento de la aplicación evidencia bajos niveles de ira

Los resultados indican se puede tomar impulsivo y en ocasiones carente de control de la ira pero no necesariamente violento ya que tiende a suprimir sus sentimientos de ira más que a expresarlos. Emplea mucha energía en calmar y reducir su ira tan pronto como le sea posible

**Perfil de la preprueba y posprueba:
Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo, STAXI-2**

Gráfico # 4: Puntuación del STAXI-2 del sujeto # 1 del grupo experimental



Resultados finales:

Después de dos meses transcurridos, de haber participado en las terapias del Hogar y de la intervención cognitivo-conductual, A.A. presenta mayor control tanto externo como interno de la emoción de la ira, además redujo considerablemente la expresión externa de ira. Con referencia al temperamento de ira, dicho rasgo de personalidad se mantiene, ya que es un individuo irritable y propenso a experimentar sentimientos de ira.

A.A. utiliza estrategias de relajación, como respiración diafragmática y ante situaciones irascibles en las cuales piensa que puede perder el control tiende a evitarlas.

6 3 1 2 Sujeto # 2

Nombre F C

Edad 24 años

Estado civil Soltero

Sustancias consumidas Manhuana (droga de inicio) y cocaína

Edad en que inicia el consumo 13 años

Tiempo en el programa de rehabilitación 10 meses

Nivel de escolaridad 11

Estatus socio-económico Medio-bajo

Índice de expresión de ira (IEI) centil 75

Tercer ingreso a Hogares Crea en su primer ingreso lo devaluaron ya que cometó una falla de peso (bajaron de grupo) y abandono el tratamiento igual ocurrió en su segundo ingreso Actualmente se encuentra en la primera fase del tratamiento grupo II

Historia Personal

F C inicia el consumo de sustancias psicoactivas a los 13 años con manhuana y después con cocaína cuando inicia el consumo vivía en Santa Ana comenta que fue debido a las amistades ya que siempre se relacionaba con jóvenes mayores de 16 y 17 años y poco a poco se fue introduciendo en el mundo de las drogas

No culminó la escuela cursó hasta 11 grado llegó hasta dicho grado cursando en el colegio nocturno no continuó el colegio debido al consumo de drogas

En la fase activa de la adicción le robaba frecuentemente a su madre para poder consumir incluso llegó a empujarla varias veces cuando ésta se resistía

a que F C se llevara los objetos de valor de la casa para empeñarlos y poder sufragar sus gastos de consumo de drogas

Laboró en varias empresas de despacho en la construcción y soldadura lo despedían ya que iba a trabajar bajo los efectos de la droga

Es su tercera vez en el programa de rehabilitación de Hogares Crea la primera vez duró en el programa 22 meses conoció a una dama de Hogares Crea femenino con la cual mantenía una relación los directivos de Hogares Crea se dieron cuenta que mantenía relaciones con dicha joven y abandonó el programa ya que por dicha situación le aumentaron varios meses en el nivel que se encontraba de tratamiento La segunda vez permaneció 9 meses y abandono porque se unió con otra dama Actualmente tiene en el Hogar de Chilibre 10 meses

Presenta problemas de ira irrtabilidad si alguna persona lo agrede verbalmente él le devuelve la agresión y en ocasiones se le dificulta controlarse

Historia familiar

Reside actualmente en Alcalde Díaz con su madre padrastro y su hermano de 22 años el cual tiene problemas con el alcohol este consume en grandes cantidades y en muchas ocasiones la madre de F C tiene que buscarlo por las calles ya que se encuentra en estado de ebriedad

Su padre es estadounidense el cual nunca conoció su padre se fue a Estados Unidos cuando su madre estaba embarazada ya que desconocía el embarazo de ésta

La relación con su padrastro es disfuncional cuando el señor pelea con la madre de F C el padrastro se va de la casa por periodo de varios meses y luego regresa F C comenta que se encuentra cansado de dicha situación y tiende a tomarse violento cuando ve a su padrastro

Resultados de la preprueba

Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo STAXI 2

El estado emocional psicobiológico en el momento de la aplicación indica bajos niveles de ira

Con referencia al rasgo de ira es una persona generalmente irritable y propensa a expresar sus sentimientos de ira aunque la provocación sea pequeña

Es impulsivo y carente de control de la ira en ocasiones puede ser violento o vengativo como para atacar a otras personas A menudo piensa que es tratado indebidamente por los demás lo que detona su sentimiento de ira

Generalmente cuando experimenta sentimiento de ira se enfrenta a las situaciones ya que se le dificulta prever y prevenir la experiencia y expresión exterior de la ira

Evaluación multiaxial

Eje I F14 21 Dependencia de Cocaína en entorno controlado [304 20]

F63 9 Trastorno del control de los impulsos no especificado [312 30]
relacionado con la ira desadaptativa

Eje II Z03 2 [V71 09]

Eje III Ninguno

Eje IV Problemas relativos al grupo primarios de apoyo (su hermano consume regularmente alcohol)

Eje V 65

Resultados de la posprueba

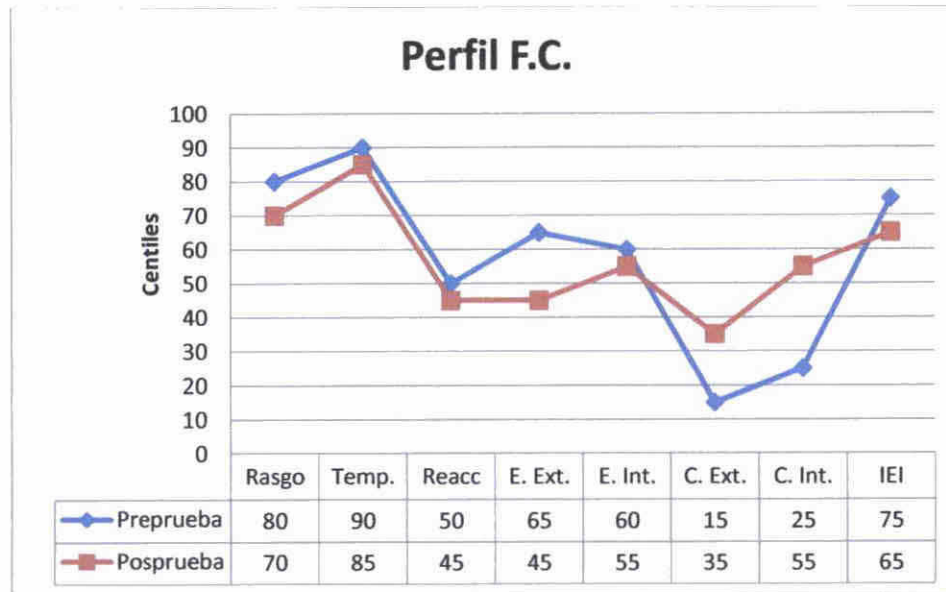
Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo STAXI 2

Se mantiene como una persona irritable e impulsiva. Generalmente cuando experimenta intensos sentimientos de ira tiende a suprimirlos más que a expresarlos física y verbalmente. En ocasiones utiliza controles internos (mantener la calma) y externos (prevenir situaciones) para controlar su sentimiento de ira.

Perfil de la preprueba y posprueba:

Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo, STAXI-2

Gráfico # 5: Puntuación del STAXI-2 del sujeto # 2 del grupo experimental



Resultados finales:

Después de dos meses transcurridos, de haber participado en las terapias del Hogar y de la intervención cognitivo-conductual, F.C. presenta mayor control tanto externo como interno de la emoción de la ira. Con referencia al temperamento de ira, dicho rasgo de personalidad se mantiene, ya que es un individuo irritable y propenso a experimentar sentimientos de ira.

F.C. utiliza estrategias de relajación, como pensar en eventos agradables y ante situaciones irascibles tiende a controlar sus pensamientos, evaluando las consecuencias de su conducta.

6 3 1 3 Sujeto # 3

Nombre F M

Edad 39 años

Estado civil Separado

Sustancias consumidas Manhuana alcohol (droga de inicio) cocaína y LSD

Edad en que inicia el consumo 17 años

Tiempo en el programa de rehabilitación 4 meses

Nivel de escolaridad Estudios universitarios parciales

Estatus socio-económico Alto

Índice de expresión de ira (IEI) centil 85

Segundo ingreso a Hogares Crea en su primer ingreso lo devaluaron ya que cometió una falla de peso (bajaron de grupo) y abandono el tratamiento Actualmente se encuentra en la primera fase del tratamiento compromiso existencial

Historia personal

Durante su primaria y secundaria estuvo en cuatro escuelas diferentes en todas presentaba problemas de conducta (desorden en el salón de clases) comenta que le gustaba mucho el relax y hacer maldades A la edad de 17 años se inicia en el consumo de alcohol y manhuana por influencia de amistades luego de unos años inició con el consumo de cocaína Cuando cursa 11 grado ingresó a una academia militar en Costa Rica (siempre quiso ser militar) estuvo por un periodo aproximado de un año su conducta no fue la apropiada bebía y consumía drogas por tales motivos regresó a Panamá a terminar la secundaria Ingreso a una Universidad privada y no culminó ninguna carrera cursó estudios parciales de Administración de empresas Publicidad y por ultimo Diseño terminó un curso de ventas y uno de manejo de computadoras

Trabajó en varias empresas y permanecía poco debido al consumo de drogas en la empresa donde trabajó más tiempo fue en un call center (4 años) lo despidieron por que se implicó sexualmente con su manager (entrenadora extranjera) en ese periodo de tiempo tenía novia a la cual comentó lo sucedido lo perdonó y decidieron hacer un viaje a Estados Unidos para olvidar la problemática tuvieron conflictos y él viajó a España con unas amistadas en donde seguía consumiendo en dicho viaje consumió LSD

Tuvo muchas relaciones íntimas se implicaba en conductas sexuales desenfrenadas estuvo con menores de edad en compañía de un amigo lo detuvieron cuando viajaban en el automóvil y estuvo preso por el cargo de corrupción de menores En sus relaciones de amistad y de noviazgo siempre prefería relacionarse con personas de menor edad en comparación con la suya

Ha estado en Hogares Crea en dos periodos el primero duró 31 meses estaba en un nivel avanzado cuando se implicó sexualmente con un compañero de un nivel inferior debido a esto lo devaluaron y decidieron que iniciara nuevamente el programa lo bajaron de grupo (compromiso existencial) señaló que fue una medida muy drástica y decidió abandonar el programa

Estuvo sin consumir por 9 años recayó al implicarse con amistades que consumían y está actualmente en su cuarto mes de tratamiento

Expresa que es una persona irritable agresiva verbalmente Desde pequeño se evidencian conductas disruptivas viola las normas falta de control de impulsos presenta conductas sexuales descontroladas

Historia familiar

Procede de una familia con buenos recursos económicos F M es el menor de tres hermanos su madre murió hace un año (2009) Su padre vive con su hermana mayor los cuales le brindan apoyo económico El hermano de F M consumo drogas y se encuentra en la fase activa de la adicción

Se evidencia rivalidad entre hermanos por el afecto del padre F M expresa que el padre prefirió a su hermana mayor ya que desde joven siempre complació los gustos y preferencia de ella por lo cual F M muestra mucho resentimiento

Actualmente está separado y tiene una hija de 6 años a la cual ve muy poco comenta que cuando estuvo casado con la madre de su hija siempre estuvo atento a las necesidades de la niña la madre de la niña no le permite verla por el cargo que tiene F M de corrupción de menores Dicha situación afecta emocionalmente a F M

Resultados de la preprueba

Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo STAXI 2

El estado emocional psicobiológico en el momento de la aplicación evidencia sentimientos de ira relativamente intensos

Con referencia al rasgo de ira experimenta frecuentemente sentimientos de ira y es probable que se sienta muy frustrado. Es una persona irritable y propensa a expresar sus sentimientos de ira aunque la provocación sea pequeña. A menudo es impulsivo y carente de control de la ira, pero no es necesariamente violento o vengativo como para atacar a otras personas.

Es susceptible a las ofensas, las críticas y la evaluación negativa de los demás. Generalmente ante estas situaciones experimenta sentimientos intensos de ira. Tiende a suprimir o reprimir sus sentimientos de ira más que a expresarlos física o verbalmente.

Evaluación multiaxial

Eje I F14.21 Dependencia de Cocaína en entorno controlado [304.20]

F10.1 Abuso de alcohol en entorno controlado [305.00]

F63.9 Trastorno del control de los impulsos no especificado [312.30]
relacionado con la ira desadaptativa

Eje II Z03.2 [V71.09]

Eje III Ninguno

Eje IV Problemas relativos al grupo primarios de apoyo (fallecimiento de su madre y rivalidad entre hermanos) y problemas relativos a la interacción con el sistema penal (arrestos, pendiente pago de multa por corrupción de menores)

Eje V 61

Resultados de la posprueba:

Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo, STAXI-2

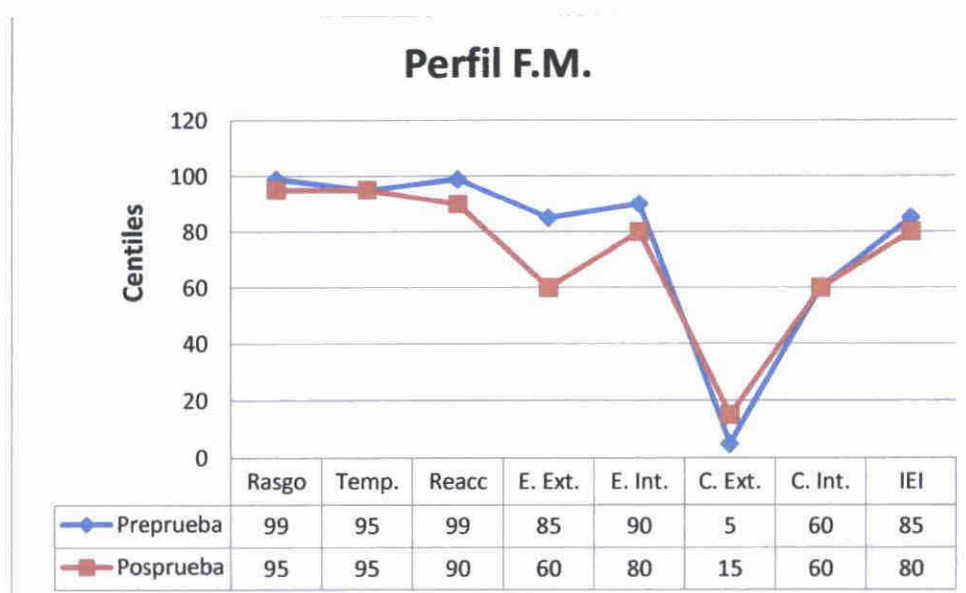
El estado emocional psicobiológico en el momento de la aplicación evidencia intensos sentimientos de ira y están determinados por su situación actual. (problemática relacionada con la hermana)

Los resultados se mantienen, se puede tornar impulsivo y en ocasiones carente de control de la ira generalmente el sentimiento es intenso y pueda ir desde el enfado a la furia, tiende a suprimir sus sentimientos de ira más que a expresarlos. Se evidencia mayor control externo de las situaciones irascibles, tiende a prevenirlas o a evitarlas.

Perfil de la preprueba y posprueba:

Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo, STAXI-2

Gráfico # 6: Puntuación del STAXI-2 del sujeto # 3 del grupo experimental



Resultados finales

Después de dos meses transcurridos de haber participado en las terapias del Hogar y de la intervención cognitivo-conductual F M evidencia mayor control externo de las situaciones irascibles tiende a prevenirlas o a evitarlas. Con referencia al temperamento de ira dicho rasgo de personalidad se mantiene ya que es un individuo irritable y propenso a experimentar sentimientos de ira.

F M ante situaciones irascibles en las cuales piensa que puede perder el control tiende a evitarlas además de prevenir las situaciones (mayor control de los impulsos)

6 3 1 4 Sujeto # 4

Nombre L S

Edad 34 años

Estado civil Soltero

Sustancias consumidas Cocaína

Edad en que inicia el consumo 13 años

Tiempo en el programa de rehabilitación 18 meses

Nivel de escolaridad 7

Estatus socio-económico Bajo

Índice de expresión de ira (IEI) centil 95

Primer ingreso a Hogares Crea Anteriormente ingresó dos veces en Teen Challenge y luego en Remar no culminó los programas en ambos abandonó Actualmente se encuentra en la primera fase del tratamiento grupo II

Historia personal

L S nació y creció en Samana inicia el consumo de cocaína a la edad de 13 años el motivo inicial de consumo fue para experimentar la sensación de la droga su hermano mayor consumía sus primos y un tío vende droga Cursó hasta 7 grado dejó de asistir al colegio por implicarse con amistades consumidoras de drogas

Estuvo interno en dos periodos en Teen Challenge su primer ingreso en dicho centro fue a los 16 años luego estuvo en Remar la primera vez abandono ya que conoció a una dama y se unió con esta recayó e ingresó nuevamente por un año y seis meses abandonó por problemas con un compañero de dicho centro de rehabilitación En el 2009 ingresó a Hogares Crea en uno de los pases (salidas quincenales del Hogar para estar en contacto con la comunidad) en lugar de ir a la casa de su hermana que es donde hace sus pases se fue a un prostíbulo al reportarse la problemático a

los directivos del Hogar lo consideraron una violación a las regla y normas del Hogar por lo cual lo devaluaron y tuvo que iniciar el programa desde compromiso existencia contando ya con más de 10 meses en el programa dicha situación le parece injusta y se encuentra molesto considera que es una medida muy radical ya que el no recayó en el consumo de droga actualmente se encuentra en grupo II de la primera fase del tratamiento

L S evidencia marcados sentimientos de tristeza debido a la muerte de su madre la cual murió en noviembre del 2009 mientras le hacían la entrega simbólica de artículos ya que Luis iba a pasar al siguiente nivel en Hogares Crea su madre cayó al piso e inmediatamente la llevaron al Hospital cuando llegaron los médicos informaron el fallecimiento de su madre L S se culpa por la muerte de su madre ya que indica que ésta no quería asistir al evento pero por insistencia de él fue piensa que si su madre no hubiera ido no le hubiera pasado nada El padrastro de L S lo culpa por la muerte

L S laboró en despacho de mercancía ebanistería y construcción perdía los trabajos debido al consumo de cocaína

Presenta problemas de inestabilidad e ira le cuesta controlarse cuando se presentan situaciones que desencadenan su ira tiene a responder de forma impulsiva

Historia familiar

L S nació con su madre su padrastro un hermano (reeducado de Hogares Crea) y dos hermanastras. La relación con su madre era satisfactoria a pesar del consumo de L S. Ésta era el eje de su vida por cambiar y complacer a su madre ingresó a Hogares Crea. Tiene buena relación con su hermano y hermanastras.

La relación con su padrastro es disfuncional. Este es una persona autoritaria que impone sus criterios y formas de pensar. L S tiene resentimiento hacia este ya que sabía que su padrastro le era infiel a su madre. La relación se ha deteriorado más después de la muerte de la madre de L S ya que su padrastro lo culpa por la muerte de ésta lo cual ha aumentado el resentimiento de L S. La interacción entre ambos es escasa y cuando hay interacción es a base de gritos y agresiones.

Resultados de la prueba

Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo STAXI 2

El estado emocional psicobiológico en el momento de la aplicación indica que el sentimiento de ira actual está probablemente determinado por una situación y es generalmente transitorio.

Con referencia al rasgo de ira experimenta frecuentemente sentimientos de ira y a menudo piensa que es tratado indebidamente por los demás se siente frustrado. Es una persona generalmente irritable y propensa a expresar sus sentimientos de ira. A menudo es impulsivo y carente de control de ira. Es

susceptible a la crítica a los agravios y a las evaluaciones negativas de los demás ante estas circunstancias experimenta sentimientos intensos de ira

En ocasiones manifiesta su ira mediante una conducta agresiva dirigida a otras personas o a objetos del entorno. Puede expresarla en actos físicos o de forma verbal y en otras ocasiones pueden reprimir su ira

Evidencia escasos controles internos para controlar su ira lo que indica que puede existir un riesgo notable de que se produzcan problemas médicos

Evaluación multiaxial

Eje I F14.21 Dependencia de Cocaína en entorno controlado [304.20]

F63.9 Trastorno del control de los impulsos no especificado [312.30]
relacionado con la ira desadaptativa

Z63.4 Duelo [V62.82]

Eje II Z03.2 [V71.09]

Eje III Ninguno

Eje IV Problemas relativos al grupo primarios de apoyo (fallecimiento de su madre y problemas con el padrastro)

Eje V 60

Resultados de la posprueba

Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo STAXI 2

El estado emocional psicobiológico en el momento de la aplicación evidencia bajos niveles de ira

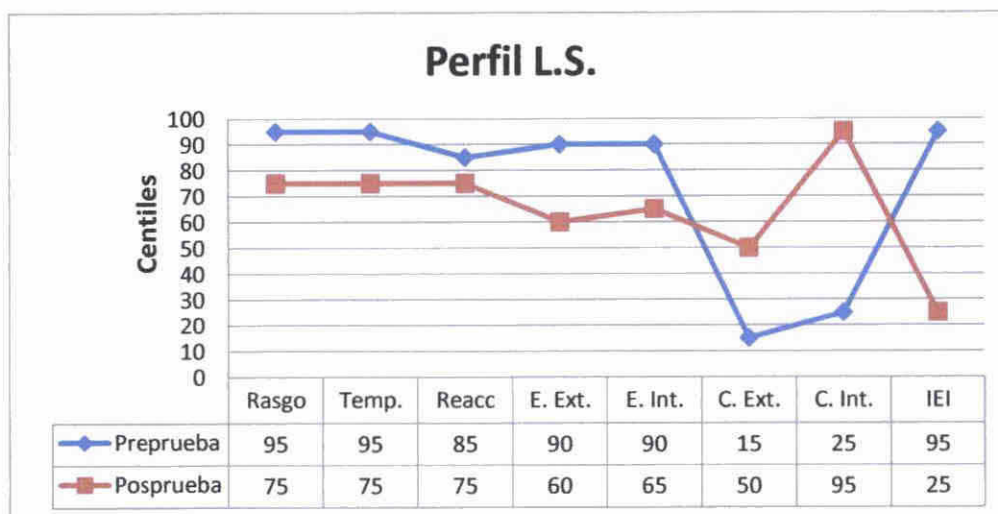
Los resultados indican regulación en la expresión externa de ira, es decir mayor control interno y externo de los sentimientos de ira.

Tendencia a ser menos irritables y a experimentar menos sentimientos de ira. Probablemente se sienta menos frustrado ante las situaciones.

Perfil de la preprueba y posprueba:

Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo, STAXI-2

Gráfico # 7: Puntuación del STAXI-2 del sujeto # 4 del grupo experimental



Resultados finales:

Después de dos meses transcurridos, de haber participado en las terapias del Hogar y de la intervención cognitivo-conductual, L.S., evidencia mayor control externo e interno de las situaciones irascibles, tiende a prevenirlas o a evitarlas y a emplear estrategias de regulación internas. Con referencia al temperamento de ira, se muestra una tendencia a ser menos irritable y a experimentar menos sentimientos de ira.

L S ante situaciones irascibles tiende a emplear estrategias de relajación respiración diafragmática Tiende a controlar sus pensamientos y evaluar la situación antes de ejecutar una conducta aunque durante la intervención tuvo una recaída ya que no pudo afrontar una situación problemática con su padrastro tomándose irascible y agresivo verbalmente

6 3 1 5 Sujeto # 5

Nombre N G

Edad 34 años

Estado civil Soltero

Sustancias consumidas Manhuana (droga de inicio) pegamento o cola cocaína y alcohol

Edad en que inicia el consumo 14 años

Tiempo en el programa de rehabilitación 10 meses

Nivel de escolaridad 11

Estatus socio-económico Bajo

Índice de expresión de ira (IEI) centil 70

Segundo ingreso a Hogares Crea En su primer ingreso culminó los 20 meses del programa pero recayó después de 9 años de abstinencia Actualmente se encuentra en la primera fase del tratamiento grupo I

Historia personal

N G nació y creció en Patio Pinel se inicia en el consumo de drogas a los 14 años consumiendo manhuana a los 20 años inicia inhalando cola y a los 23 años se inicia en el consumo de cocaína y alcohol Cursó hasta 11 grado no culminó sus estudios debido al consumo de drogas

Es su segundo ingreso en Hogares Crea la primera vez término el programa (20 meses) ingreso por complacer a su pareja ya que a esta la conoció en la vida negativa y ella había abandonado las drogas a los 8 años de relación ella decidió irse y se unió con otro hombre esto desestabilizó a N G y recayó volvió a consumir droga Actualmente ésta es su segunda vez y tiene 10 meses en el programa ingresó por voluntad propia

Se encuentra preocupado y triste ya que tiene un hijo de 3 años y su pareja no le permite verlo ya que está unida con otro hombre y embarazada de él éste es violento físicamente con ella y N G está preocupado ya que su hijo presencia todo el cuadro de violencia Dicha situación lo presiona para abandonar el programa al igual que los comentarios de su madre que abandone el tratamiento para que esté con su hijo sin embargo N G está consciente de la importancia de permanecer en el programa

Historia familiar

Es una familia de 10 hermanos del mismo padre y madre su hermano menor consumía marihuana y cocaína ingreso a la iglesia y dejó de consumir sus primos y amigos están en el consumo Su madre tiene problemas con el alcohol

La relación familiar se encuentra alterada por el consumo de gran parte de los miembros N G creció y se desarrollo en un ambiente familiar donde el consumo de drogas es una conducta aceptada un padre autontano y extremadamente punitivo proporcionaba castigos severos a sus hijos y una madre permisiva la cual presenta problemas graves con el consumo de alcohol los días domingos son los días de visita de los familiares al Hogar y la madre de N G no asiste dando multiples excusas ya que el día sábado consume alcohol en grandes cantidades y al día siguiente no puede asistir a la visita por las secuelas de su consumo desenfrenado

Resultados de la preprueba

Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo STAXI 2

El estado emocional psicobiológico en el momento de la aplicación evidencia moderados niveles de ira dicho estado emocional es situacional

Con referencia al rasgo de ira en ocasiones puede experimentar sentimientos de ira que pueden ser suprimidos o expresados sin embargo trata de mantener la calma

En algunas ocasiones se enfurece rápidamente como por ejemplo cuando hace algo bien y no se lo reconocen cuando se le trata injustamente o cuando hace un buen trabajo y se le valora poco Emplea estrategias externas para el control de la ira como evitar o prevenir situaciones irascibles

Evaluación multiaxial

Eje I F14 21 Dependencia de Cocaína en entorno controlado [304 20]

F10 1 Abuso de alcohol en entorno controlado [305 00]

F63 9 Trastorno del control de los impulsos no especificado [312 30]
relacionado con la ira desadaptativa

Eje II Z03 2 [V71 09]

Eje III Ninguno

Eje IV Problemas relativos al grupo primarios de apoyo (problemas de consumo de alcohol de la madre) problemas económicos (economía insuficiente)

Eje V 70

Resultados de la posprueba:

Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo, STAXI-2

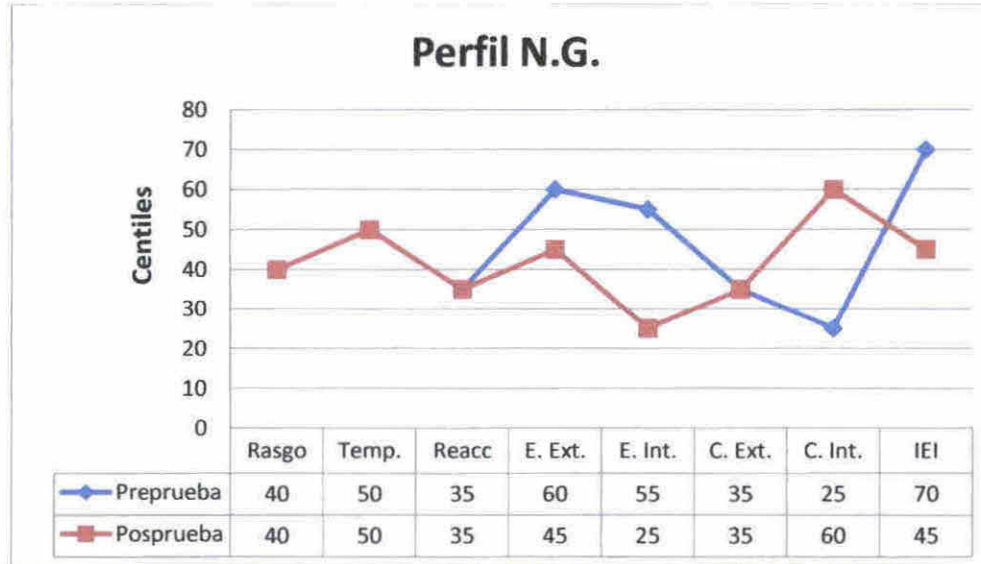
El estado emocional psicobiológico en el momento de la aplicación evidencia bajos niveles de ira.

Tiende a reaccionar de forma adecuada ante las provocaciones externas, la mayoría de las veces evalúa la situación antes de ejecutar una conducta ya sea física o verbal y ejerce controles internos más que externos.

Perfil de la preprueba y posprueba:

Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo, STAXI-2

Gráfico # 8: Puntuación del STAXI-2 del sujeto # 5 del grupo experimental



Resultados finales

Después de dos meses transcurridos de haber participado en las terapias del Hogar y de la intervención cognitivo-conductual N G evidencia mayor control interno que externo ante las situaciones irascibles tiende y a emplear estrategias de regulación internas Igualmente se redujo la expresión interna y externa de la ira

Tiende a emplear estrategias de relajación como pensar en eventos agradables y evalúa las situaciones de distinta forma de como las analizaba antes de la intervención cognitivo-conductual

6 3 1 6 Sujeto # 6

Nombre R E

Edad 39 años

Estado civil Soltero

Sustancias consumidas Alcohol cocaína (droga de inicio) y crack

Edad en que inicia el consumo 11 años

Tiempo en el programa de rehabilitación 8 meses

Nivel de escolaridad 10

Estatus socio-económico Medio-bajo

Índice de expresión de ira (IEI) centil 70

Segundo ingreso a Hogares Crea En su primer ingreso a los 31 meses de estar interno en el programa abandonó estuvo en abstinencia por 4 años

Actualmente se encuentra en la primera fase del tratamiento grupo II

Historia personal

R E a los 11 años residía en el Chorrillo e inició con el consumo de cocaína se relacionaba con jóvenes consumidores sus padres no se dieron cuenta de su consumo durante la infancia y adolescencia de R E se percataron de esto en la adultez de R E cuando tenía 16 años la familia se mudó a Juan Díaz y continuó consumiendo cocaína Ya en la adultez inicia en el consumo de alcohol y crack

Con referencia a los estudios le faltó una materia para culminar el 10 grado comenta que se desanimó por culminar el colegio ya que no tenía el apoyo de su padre además del consumo de drogas Tomó un curso en el INADHE de cocina y trabajó en varios hoteles de cocinero a parte de la cocina hace trabajos de plomería y albañilería

Es su segundo ingreso a Hogares Crea la primera vez estuvo por 31 meses se mantuvo libre de sustancia por 4 años y debido a problemas con su pareja recayó actualmente tiene 8 meses en el programa

Presenta problemas del sueño le cuesta conciliarlo para poder dormirse requiere de 45 minutos a 1 hora comenta que habla dormido este problema lo ha presentado desde niño le han recetado medicamentos como imipramina atarax y fenobarbital por los efectos secundarios de dichos medicamento los ha suspendido actualmente no toma ningún medicamento Al no poder descansar durante la noche le cuesta concentrarse y rendir de forma adecuada durante el día en los quehaceres del Hogar

Comenta que le cuesta expresar su molestia y reprime sus emociones especialmente la ira en ocasiones cuando se encuentra molesto y no puede reprimir su emoción tiende a expresar su agresividad de forma verbal

Historia familiar

RE es el mayor de tres hermanos por parte de su padre tiene tres hermanos más los cuales no frecuenta Expresa resentimiento hacia su padre debido a la profesión de éste (aviador) permanecía poco en el hogar y solo suplía las necesidades materiales

RE siempre desea el apoyo y cariño de su padre actualmente su padre está jubilado y está viviendo con su otra familia Su madre falleció hace varios años atrás

Estuvo casado y se separó hace dos años (2008) tiene dos hijos de 16 y 17 años la hija vive con él y su hijo vive en Chiquí al cual frecuenta muy poco

Resultados de la preprueba

Inventario de Expresión de Ira Estado Rasgo STAXI 2

El estado emocional psicobiológico en el momento de la aplicación evidencia bajos niveles de ira

Con referencia al rasgo de ira en ocasiones puede experimentar sentimientos de ira que pueden ser suprimidos o expresados sin embargo trata de mantener la calma

La expresión de la ira tiende a ser interna más que externa cuando experimenta sentimientos de ira tiende a suprimirlos más que a expresarlos verbalmente y físicamente

Evaluación multiaxial

Eje I F19 21 Dependencia de otras sustancias en entorno controlado [304 90] sustancia consumida crack

F14 21 Dependencia de Cocaína en entorno controlado [304 20]

F10 1 Abuso de alcohol en entorno controlado [305 00]

F63 9 Trastorno del control de los impulsos no especificado [312 30] relacionado con la ira desadaptativa

F51 0 Insomnio primario [307 42] diagnóstico provisional

Eje II Z03 2 [V71 09]

Eje III Ninguno

Eje IV Ninguno

Eje V 65

Resultados de la posprueba:

Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo, STAXI-2

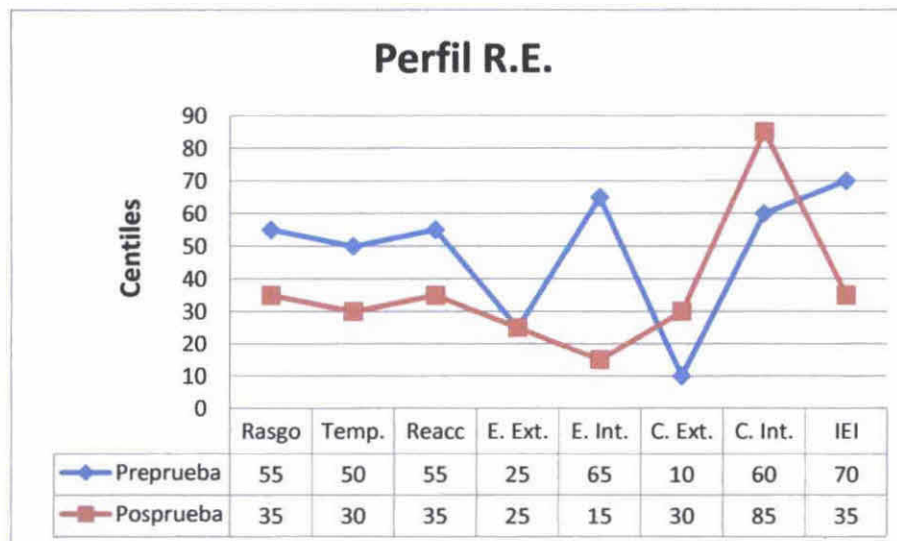
El estado emocional psicobiológico en el momento de la aplicación evidencia bajos niveles de ira.

Los resultados indican que es una persona que tiende a controlar sus sentimientos de ira más de forma interna que externa, es decir emplea energía para calmar y reducir su ira tan pronto como le sea posible.

Perfil de la preprueba y posprueba:

Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo, STAXI-2

Gráfico # 9: Puntuación del STAXI-2 del sujeto # 6 del grupo experimental



Resultados finales:

Después de dos meses transcurridos, de haber participado en las terapias del Hogar y de la intervención cognitivo-conductual, R.E., evidencia mayor

control interno que externo ante las situaciones irascibles tiende a emplear estrategias de regulación internas. Igualmente se redujo la expresión interna de ira, es decir experimenta con menor frecuencia sentimientos intensos de ira.

Tiende a emplear estrategias de relajación como pensar en eventos agradables y ejerce mayor control sobre sus pensamientos que detonan la ira.

6 3 2 Grupo control

6 3 2 1 Sujeto # 1

Edad 43 años

Estado civil Casado

Sustancias consumidas Manhuana (droga de inicio) cocaína crack (droga de preferencia) hongos alucinógenos y speed

Edad en que inicia el consumo 28 años

Tiempo en el programa de rehabilitación 4 meses

Nivel de escolaridad Estudios universitarios completos

Estatus socio-económico Medio-alto

Índice de expresión de ira (IEI) centil 75

Segundo ingreso a Hogares Crea En su primer ingreso estuvo por un periodo de un mes y abandonó Se encuentra en la primera fase del tratamiento grupo IV

Evaluación multiaxial

Eje I F19 21 Dependencia de otras sustancias en entorno controlado [304 90] sustancia consumida crack

F14 21 Dependencia de Cocaína en entorno controlado [304 20]

F63 9 Trastorno del control de los impulsos no especificado [312 30] relacionado con la ira desadaptativa

Eje II Z03 2 [V71 09]

Eje III Ninguno

Eje IV Problemas relativos al grupo primarios de apoyo (conflictos en su relación de pareja)

Eje V 66 irritabilidad dificultades para controlar la emoción de ira Marcados sentimientos de culpabilidad relacionados con su vida de consumo

6 3 2 2 Sujeto # 2

Edad 36 años

Estado civil Soltero

Sustancias consumidas Cocaína (droga de preferencia) y alcohol (droga de inicio)

Edad en que inicia el consumo 22 años

Tiempo en el programa de rehabilitación 3 meses

Nivel de escolaridad 12

Estatus socio-económico Medio-bajo

Índice de expresión de ira (IEI) centil 70

Tercer ingreso a Hogares Crea En su primer ingreso estuvo por un periodo de dos meses en segundo por 6 meses en ambos ingresos abandonó Actualmente se encuentra en la primera fase del tratamiento grupo IV

Evaluación multiaxial

Eje I F14 21 Dependencia de Cocaína en entorno controlado [304 20]

F10 21 Dependencia del alcohol en entorno controlado [303 90]

**F63 9 Trastorno del control de los impulsos no especificado [312 30]
relacionado con la ira desadaptativa**

Eje II Z03 2 [V71 09]

Eje III Ninguno

Eje IV Problemas relativos al grupo primarios de apoyo (conflictos con su expareja ya que no le permite ver a su hijo)

Eje V 65 irritabilidad dificultades para controlar la emoción de ira

6 3 2 3 Sujeto # 3

Edad 40 años

Estado civil Soltero

Sustancias consumidas Cocaína

Edad en que inicia el consumo 20 años

Tiempo en el programa de rehabilitación 3 meses

Nivel de escolaridad 12

Estatus socio-económico Bajo

Índice de expresión de ira (IEI) centil 85

Tercer ingreso a Hogares Crea En sus dos ingresos pasados abandonó el tratamiento Actualmente se encuentra en la primera fase del tratamiento grupo IV

Evaluación multiaxial

Eje I F14 21 Dependencia de Cocaína en entorno controlado [304 20]

**F63 9 Trastorno del control de los impulsos no especificado [312 30]
relacionado con la ira desadaptativa**

F51 0 Insomnio primario [307 42] diagnosticado por psiquiatría

Eje II Z03 2 [V71 09]

Eje III Ninguno

Eje IV Problemas relativos al grupo primarios de apoyo (sobrepotección de la madre y escaso apoyo del padre) problemas económicos (economía insuficiente)

Eje V 67 irritabilidad dificultades para controlar la emoción de ira Marcado resentimiento hacia su madre por el trato inadecuado desde pequeño

6 3 2 4 Sujeto # 4

Edad 27 años

Estado civil Soltero

Sustancias consumidas Manhuana (droga de inicio) y cocaína (droga de preferencia)

Edad en que inicia el consumo 22 años

Tiempo en el programa de rehabilitación 1 meses

Nivel de escolaridad Estudios universitarios parciales

Estatus socio-económico Medio-bajo

Índice de expresión de ira (IEI) centil 80

Tercer ingreso a Hogares Crea En sus dos ingresos pasados abandonó el tratamiento Actualmente se encuentra en la primera fase del tratamiento compromiso existencial

Evaluación multiaxial

Eje I F14 21 Dependencia de Cocaína en entorno controlado [304 20]

F12 1 Abuso de Cannabis en entorno controlado [305 20]

**F63 9 Trastorno del control de los impulsos no especificado [312 30]
relacionado con la ira desadaptativa**

Eje II Z03 2 [V71 09]

Eje III Ninguno

Eje IV Problemas relativos al grupo primarios de apoyo (problemas con su expareja ya que no le permite ver a su hijo)

Eje V 67 inestabilidad dificultades para controlar la emoción de ira

6 3 2 5 Sujeto # 5

Edad 47 años

Estado civil Unido

Sustancias consumidas Cocaína (droga de inicio) y alcohol (droga de preferencia)

Edad en que inicia el consumo 23 años

Tiempo en el programa de rehabilitación 3 meses

Nivel de escolaridad Estudios universitarios parciales

Estatus socio-económico Bajo

Índice de expresión de ira (IEI) centil 70

Primer ingreso a Hogares Crea actualmente se encuentra en la primera fase del tratamiento grupo IV

Evaluación multiaxial

Eje I F10 21 Dependencia del Alcohol en entorno controlado [303 90]

F14 1 Abuso de cocaína en entorno controlado [305 60]

**F63 9 Trastorno del control de los impulsos no especificado [312 30]
relacionado con la ira desadaptativa**

Eje II Z03 2 [V71 09]

Eje III Ninguno

Eje IV Problemas relativos al grupo primario de apoyo (rebeldía de su hijo adolescente) y problemas económicos (economía insuficiente)

Eje V 70 Irritabilidad dificultades para controlar la emoción de ira

6 3 2 6 Sujeto # 6

Edad 25 años

Estado civil Unido

Sustancias consumidas Manhuana (droga de inicio) y crack

Edad en que inicia el consumo 15 años

Tiempo en el programa de rehabilitación 1 meses

Nivel de escolaridad 11

Estatus socio-económico Bajo

Índice de expresión de ira (IEI) centil 85

Primer ingreso a Hogares Crea actualmente se encuentra en la primera fase del tratamiento compromiso existencial

Evaluación multiaxial

Eje I F12 1 Abuso de Cannabis en entorno controlado [305 20]

**F63 9 Trastorno del control de los impulsos no especificado [312 30]
relacionado con la ira desadaptativa**

Eje II Z03 2 [V71 09]

Eje III Ninguno

Eje IV Problemas relativos al grupo primario de apoyo (conflictos en la relación con su madre) problemas económicos (economía insuficiente)

Eje V 65 irritabilidad dificultades para controlar la emoción de ira

6 3 2 7 Sujeto # 7

Edad 34 años

Estado civil Casado

Sustancias consumidas Cocaína (droga de inicio) y marihuana

Edad en que inicia el consumo 18 años

Tiempo en el programa de rehabilitación 4 meses

Nivel de escolaridad 10

Estatus socio-económico Medio-bajo

Índice de expresión de ira (IEI) centil 80

Primer ingreso a Hogares Crea actualmente se encuentra en la primera fase del tratamiento grupo IV

Evaluación multiaxial

Eje I F12 21 Dependencia de Cannabis en entorno controlado [304 30]

F14 1 Abuso de cocaína en entorno controlado [305 60]

**F63 9 Trastorno del control de los impulsos no especificado [312 30]
relacionado con la ira desadaptativa**

Eje II Z03 2 [V71 09]

Eje III Ninguno

Eje IV Problemas relativos al grupo primario de apoyo (conflictos en la relación con su padre)

Eje V 70 irritabilidad dificultades para controlar la emoción de ira

Conclusión

La conducta agresiva desencadenada por la emoción de la ira en los sujetos drogodependientes no se puede explicar desde un solo modelo o teoría es de vital importancia efectuar un análisis integral de todos los modelos teóricos para poder determinar cómo se instauró desarrolló y reforzó dicha conducta. Uno de los modelos más sobresalientes empleados en este estudio es el modelo del drive o impulso refinándose a la teoría de Spielberger citado por Myers (2005) la conducta agresiva de los sujetos está relacionada con emociones o actitudes bajo el epígrafe AHA un individuo al experimentar una situación irascible genera una emoción (ira anger) que se ve influenciada por la actitud negativa hacia los demás (hostilidad hostility) y puede desencadenar en una conducta violenta (agresión aggression) dicha teoría explica claramente el ciclo de la agresión en los sujetos drogodependientes de la muestra.

Con referencia a la terapia cognitivo-conductual resultó ser una psicoterapia útil para mejorar el control y expresión de la ira en una muestra de pacientes policonsumidores internos en un programa de rehabilitación ya que finalizada la intervención los pacientes mejoraron significativamente con la instrucción del terapeuta y la posterior aplicación por parte de ellos de las herramientas cognitivas y de relajación.

Al efectuar las comparaciones de las pospruebas del grupo control y experimental se pudo constatar que la intervención cognitivo-conductual junto al programa de rehabilitación de Hogares Crea fueron efectivos para mejorar el

control y expresión de la ira. Es decir, hubo diferencias significativas entre el puntaje promedio de la posprueba del grupo control y experimental.

Con referencia a los sujetos del grupo control que no se beneficiaron de la intervención psicoterapéutica, los puntajes revelaron que no hubo mejoría significativa en el control y expresión de la ira en el tiempo que duró la intervención (2 meses y 15 días). Cabe mencionar que dichos resultados no se pueden generalizar ya que posiblemente muchos sujetos que no reciben una intervención psicoterapéutica y finalizan los 20 meses en el programa de rehabilitación de Hogares Crea pueden mejorar significativamente el control y expresión de la ira ya que en dicho programa trabajan lo que ellos llaman "desordenes de personalidad o defectos de carácter" y entre estos está la emoción de la ira y la inestabilidad.

Para finalizar, concluyo que ambas intervenciones, cognitivo-conductual y las terapias proporcionadas en el programa de rehabilitación de Hogares Crea, son efectivas para el control y expresión de la ira. Considero que la intervención psicoterapéutica, aunada a las terapias brindadas en el programa de rehabilitación, brindan a los sujetos una mayor cantidad de herramientas cognitivas y conductuales para el control y expresión de la ira. No está de más decir que los resultados positivos en cuanto a mejoría se evidencian en menor tiempo si se aplican ambas intervenciones que si solo se aplica una de las dos.

Recomendaciones

Efectuar otros estudios sobre el control y expresión de la ira en pacientes policonsumidores internos en un programa de rehabilitación para poder generalizar los resultados a la población de pacientes drogodependientes

Además efectuar estudios longitudinales después de finalizado el tiempo en que la persona a estado interna en el programa de rehabilitación para poder evaluar los resultados de la intervención cognitivo-conductual en un ambiente no terapéutico es decir en la comunidad

Efectuar intervenciones psicoterapéuticas a largo plazo de manera que se puedan reflejar cambios significativos en los esquemas de pensamientos y creencias nucleares de los sujetos drogodependientes

Considero que es de vital importancia una intervención psicológica en los centro de rehabilitación en drogodependencia por esto recomiendo contar con la figura de un profesional de la psicología en cada centro de rehabilitación

Bibliografía

- Ackerman A (2007) *El Manejo del Enojo en personas con desordenes de adicción* XI Conferencia Latinoamericana de Comunidades Terapéuticas Buenos Aires
- Adan A y Prat G (2007) *Psicofarmacología en esquemas* España Universidad de Barcelona
- Alcaraz V (2001) *Estructura y función del sistema nervioso Recepción sensoral y estados del organismo* (2 ed) México Manual Moderno
- American Psychiatric Association (2003) *DSM IV TR Breviano Criterios diagnósticos* España Masson
- Ayala V (2003) *Violencia y Sociedad* España Cántas Española
- Beck A Wnght F Newman C y Liese B (1999) *Terapia Cognitiva de las Drogodependencias* España Piados
- Beck J (2001) *Terapia cognitiva Conceptos básicos y profundización* España Gedisa
- Berkowitz L (1996) *Agresión Sus causas consecuencias y control* España Desclée de Brouwer
- Bowlby J (2006) *Vínculos afectivos Formación desarrollo y pérdida* (5 ed) España Morata
- Borges C (2007 9 de abril) *Las emociones precursoras de la salud* Recuperado 10 de noviembre de 2010 de [http //www.terra.com.mx/noticias/articulo/126365/](http://www.terra.com.mx/noticias/articulo/126365/)
- Caballo V (1998) *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos* España Siglo veintiuno de España editores

- Cardona J Carreño P Cervera J García E Mesones H y Polaino A (1993) *No te rindas ante La droga* (2 ed) España Rialp
- Caro I (1997) *Manual de Psicoterapias Cognitivas* (3 ed) España Paidós Ibérica
- Cava E (2006 23 de noviembre) Consumo de drogas y conducta agresiva Recuperado el 15 de noviembre de 2010 de [http //www fad es/sala _lectura /Congreso2006_Valencia pdf](http://www.fad.es/sala_lectura/Congreso2006_Valencia.pdf)
- Centro Argentino de Prevención Laboral de Adicciones (2007 11 de mayo) *Drogas alcohol y trabajo una perspectiva desde la seguridad y salud laboral* Recuperado el 10 de noviembre de 2010 de [http //www trabajosindrogas com ar/modules php?name=News&file= article&sid=70](http://www.trabajosindrogas.com.ar/modules.php?name=News&file=article&sid=70)
- Cid E (2005) *Principios básicos de la salud* México Limusa
- Clark L (2009) *SOS Ayuda con las emociones* España Parents Press
- Cloninger S (2003) *Teorías de la Personalidad* (3 ed) México Pearson
- Coderch J Mendizábal A Vives J y colaboradores (1999) *Cuadernos de psicoanálisis* 32 124-258 México
- Conde I Tirapu J y colaboradores (2005) Deshabitación de drogas y funcionamiento cerebral una visión integradora *Adicciones* 17 121 129 Navarra
- Corominas M Roncero C y Bruguera E y Casas M (2007) Sistema dopaminérgico y adicciones *Revista de Neurologías* 44 23-31 España
- De La Horra J (2003) *Estadística Aplicada* (3 ed) España Díaz de Santos

- Deffenbacher J y Lynch R *Intervención Cognitivo-Conductual para el control de la ira* España Citado en Caballo V (1998)
- Ellis A Gneger R (2003) *Manual de Terapia Racional Emotiva* (9 ed) España Desclée de Brouwer
- Ellis A (2007) *Controle su ira antes de que ella lo controle a usted Como dominar las emociones destructivas* España Paidós
- Fernández E (2002) Bases neurobiológicas de la drogadicción *Revista de Neurologías* 34 659-664 España
- Gacono C y Reid M (1994) *The Rorschach Assesment of Aggresive and Psychopathic Personalities* Estados Unidos Lawrence Erlbaum Associates
- Gil Verona J Pastor J y colaboradores (2003) Neurobiología de la adicción a las drogas de abuso *Revista de Neurologías* 36 15-28 España
- Goleman D *Emociones destructivas Como entenderlas y superarlas* España Kairos
- Heman A. y Oblitas L (2005) *Terapia Cognitivo Conductual Teoría y Práctica* Colombia Psicom
- Hernández Sampieri R Fernández C Carlos y Baptista L Pilar (2003) *Metodología de la Investigación* (3 ed) España Mc Graw Hill
- Herrero N Gadea M Rodríguez Alarcón G y colaboradores (2010) What happens when we get angry? Hormonal cardiovascular and asymmetrical brain responses *Hormones and Behavior* 57 275-283
- Jórdan Vicente M (2004) Funciones cognitivas del lóbulo frontal *Revista de Neurologías* 39 178-182 España

- Kimble Ch y colaboradores (2002) *Psicología social de la Américas* México Pearson
- Lega L Caballo V y Ellis A (2002) *Teoría y Práctica de la Terapia Racional Emotiva Conductual* (2 ed) España Siglo veintiuno
- Lorenz K (2005) *Sobre la agresión El pretendido mal* (22 ed) México Siglo veintiuno
- Lorenzo P Ladero JM Leza JC y Lizasoain ID (2009) *Drogodependencia Farmacología Patología Psicología Legislación* (3 ed) España Panamericana
- Maldonado Cervera L (2003) *Tratamiento cognitivo-conductual en la adicción a la cocaína* España
- Moser G (1991) *La agresión ¿Qué es?* México Cruz O
- Myers D (2005) *Psicología* (7 ed) España Medica Panamericana
- Neenan M y Dryden W (2004) *Coaching para vivir Aprende a organizarte y a ser más asertivo* España Paidós
- Olweus D (2004) *Conductas de acoso y amenaza entre escolares* España Morata
- Organización Mundial de la Salud de Ginebra (2004) *Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas* Ginebra Autor
- Pagano R (1999) *Estadística para las Ciencias del Comportamiento* (5 ed) España International Thomson
- Pérez M Redondo M y León L (2008) Aproximación a la emoción de ira de la conceptualización a la intervención psicológica *Revista Electrónica de Motivación y Emoción* 28 1 19 España
- Ramstad S Bell P Kaul J y Alexander W (2004) *Educación sobre drogas y alcohol* Estados Unidos Hazelden Foundation

- Redolar D (2008) *Cerebro y Adicción* España UOC
- Reimann B (2007) *Personality and Social Psychology Research* Estados Unidos Nova
- Richard D (2003) *Las Drogas* (3 ed) Argentina Siglo veintiuno
- Rivelis G (2009) *Freud Una aproximación a la formación profesional y la práctica docente* México Novedades educativas
- Ruiz de Fernández M (2009 6 de septiembre) Reseña histórica de Hogares Crea de Chilibre *Panamá América* Recuperado el 15 de noviembre de 2010 de [http //www pa-digital com pa/periodico/edicion antenor/opinion interna](http://www.pa-digital.com.pa/periodico/edicion-antenor/opinion-interna)
- Ruiz Sánchez J Cano J *Manual de Psicoterapia Cognitiva Parte I Teoría y Fundamentos* Recuperado el 30 de octubre de 2010 de [http //www psicologiaonline com/ESMUbada/Libros/Manual/manual2 htm](http://www.psicologiaonline.com/ESMUbada/Libros/Manual/manual2.htm)
- Sanmartín J (2000) *La violencia y sus claves* (5 ed) España Ariel
- Semrud Clikeman M (2007) *Social Competence in Children* Estados Unidos Sprenger Science+Business
- Serrano M I (2002) *La educación para la salud del siglo XXI Comunicación y salud* (2 ed) España Díaz de Santos
- Stuart Hamilton I (2000) *Psicología del envejecimiento* España Morata
- Tinberger N (1989) *El estudio del instinto* (10 ed) México Siglo veintiuno
- Tomer R (2007) Programa de terapia racional emotiva conductual aplicada al manejo de la ira en adolescentes Tesis de Maestría Universidad de Panamá Panamá
- Urbina S (1998) *Test Psicológicos* México Pearson

- Vasta R Marshall M y Scott A (2008) *Psicología infantil* España Ariel
- Vaughan H (2008) *Psicología social* (5 ed) España Medica Panamericana
- Walter R (2006) *Terapia Cognitiva Fundamentos teóricos y conceptualización del caso clínico* Colombia Norma
- Walter R (2009) *Terapia Cognitiva* España Paidós Ibérica S A
- Webster Ch Douglas K Eaves D y Hant S (2005) HCR 20 *Guía para la valoración del riesgo de comportamientos violentos* España Universidad de Barcelona
- Wolpe J (1993) *Práctica de la Terapia de la Conducta* (3 ed) México Trillas
- Zaczyk C (2002) *La agresividad Comprenderla y evitarla* España Paidós Ibérica

ANEXOS

STAXI 2

Nombre Completo

Edad

Fecha de nacimiento

Estado Civil

Fecha

Sexo

Parte I A continuación se presentan una serie de afirmaciones que la gente usa para describirse así misma. Lea cada afirmación y rodee con un círculo la letra que encontrará a la derecha: la letra que mejor indique **CÓMO SE SIENTE AHORA MISMO** utilizando la escala de valoración: A No en absoluto B Algo C Moderadamente D Mucho

- 1 Estoy furioso A B C D
- 2 Me siento irritado A B C D
- 3 Me siento enfadado A B C D
- 4 Le pegaría a alguien A B C D
- 5 Estoy impacientado A B C D
- 6 Me gustaría decir insultos A B C D
- 7 Estoy cabreado A B C D
- 8 Daría puñetazos a la pared A B C D
- 9 Me dan ganas de maldecir a grtos A B C D
- 10 Me dan ganas de gritarle a alguien A B C D
- 11 Quiero romper algo A B C D
- 12 Me dan ganas de gritar A B C D
- 13 Le tiraré algo a alguien A B C D
- 14 Tengo ganas de abofetear a alguien A B C D
- 15 Me gustaría pelear con alguien A B C D

Parte II A continuación se presentan una serie de afirmaciones que la gente usa para describirse así misma. Lea cada afirmación y rodee con un círculo la letra que encontrará a la derecha: la letra que mejor indique **CÓMO SE SIENTE NORMALMENTE** utilizando la escala de valoración: A Casi Nunca B Algunas veces C A menudo D Casi siempre

- 16 Me enfurezco rápidamente A B C D

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

Parte III A continuación se presentan una serie de afirmaciones que la gente usa para describirse así misma. Lea cada afirmación y rodee con un círculo la letra que encontrará a la derecha la letra que mejor indique **CÓMO REACCIONA O SE COMPORTA CUANDO ESTÁ ENFADADO O FURIOSO** utilizando la escala de valoración: A Casi Nunca B Algunas veces C A menudo D Casi siempre

- 26 Controlo mi temperamento A B C D
- 27 Expreso mi ira A B C D
- 28 Me guardo para mí lo que siento A B C D
- 29 Hago comentarios irónicos de los demás A B C D
- 30 Mantengo la calma A B C D
- 31 Hago cosas como tirar la puerta A B C D
- 32 Ardo por dentro aunque no lo demuestro A B C D
- 33 Controlo mi comportamiento A B C D
- 34 Discuto con los demás A B C D
- 35 Tiendo a tener rencores que no le cuento a nadie A B C D
- 36 Puedo controlarme y no perder los estribos A B C D
- 37 Estoy más enfadado de lo que quiero admitir A B C D
- 38 Digo barbaridades A B C D
- 39 Me irrito más de lo que la gente cree A B C D
- 40 Pierdo la paciencia A B C D
- 41 Controlo mis sentimientos de enfado A B C D

- 42 Rehuyo encaramme con aquello que me enfada A B C D
- 43 Controlo el impulso de expresar mis sentimientos de ira A B C D
- 44 Respiro profundamente y me relajo A B C D
- 45 Hago cosas como contar hasta diez A B C D
- 46 Trato de relajarme A B C D
- 47 Hago algo sosegado para calmarme A B C D
- 48 Intento distraerme para que se me pase el enfado A B C D
- 49 Pienso en algo agradable para tranquilizarme A B C D

Sujeto # 1**Diario de relajación**

Experiencia de relajación	Niveles de tensión de 0 a 100	
	Antes	Después
Me costó relajar las piernas y pies	70	50
Aun me cuesta relajar las piernas siento calambre	60	40

Nota Por falta de tiempo y cansancio no continuó practicando la relajación progresiva

Diario de ira

Situación	Reacción	Puntuación de ira de 0 a 100
Pelea con un compañero en la cocina porque no quería hacer lo que yo le decía para preparar el almuerzo	Le enseñé el puño al compañero	70
Un compañero habló mal de mí a mis espaldas y otro compañero me lo dijo	Rete al compañero que hablo mal de mí	65
Yo estaba pasando y un compañero me miró como retándome	Gesto vulgar	50

Nota No continuó anotando se discutían las situaciones que el sujeto verbalizaba en cada sesión

Sujeto # 3

Diario de relajación

Experiencia de relajación	Niveles de tensión de 0 a 100	
	Antes	Después
Me costaba relajar el cuello	60	40

Nota No anotó más experiencias Sin embargo practicaba la relajación ocasionalmente

Diario de ira

Situación	Reacción	Puntuación de ira de 0 a 100
El director me dijo un comentario sobre mi impulsividad y me dio rabia	Pensé en tirarla la mano (pegarle)	70
Críticas constantes de mis compañeros en las reuniones de grupo	Ganas de pegarles a todos	60

Nota No continuó anotando se discutían las situaciones que el sujeto verbalizaba en cada sesión

Sujeto # 4

Diario de relajación

Experiencia de relajación	Niveles de tensión 0 a 100	
	Antes	Después
Me sentí cómodo con la relajación	50	30
Me relajé rápidamente	40	25
Me dormí antes de terminar la relajación	45	No anotó

Nota No anotó más experiencias Sin embargo practicaba la relajación ocasionalmente Frecuentemente se dormía antes de finalizar la relajación

Diario de Ira

Situación	Reacción	Puntuación de ira de 0 a 100
Discusión con mi padrastro me echa la culpa de la muerte de mi mamá	Ganas de patearlo Le gnté lo insulte y le dije palabras sucias	90
Críticas de mis compañeros por las labores que hago en el hogar	Deseos de insultarlos Aprieto los puños	75
Un compañero comentó al director algo que dije esto era confidencial entre él y yo	Ganar de patearlo y romperle la cabeza No puedo ver al compañero porque me da mucha rabia	80

Nota No continuó anotando se discutían las situaciones que el sujeto verbalizaba en cada sesión