Facultad de Psicología

Estrategias terapéuticas para el manejo de la ira

Memoria final de posgrado en psicología clínica cognitivo-conductual presentada por:

Iván Maldonado

Tutor: Mag. Francisco Rodríguez

Noviembre, 2019

Montevideo, Uruguay

ÍNDICE:

Capítulo 1. Introducción y fundamentación del tema elegido a partir de la experiencia en la práctica del posgrado: ……..…….Pág. 5

1. 2 ¿Qué es una emoción?.....Pág. 7

1. 3 ¿Qué es la Ira?.....Pág. 8

1. 4 Un triple sistema de respuesta emocional…….....……..……..…….....Pág. 8

1. 5 Ira, componentes cognitivos……..……..…….……..…….....Pág. 9

1. 5. 1 Ira, componentes fisiológicos……..……..…….…….…….....Pág. 9

1. 5. 2 Ira, componentes conductuales……..…….…….....…...…….....Pág. 10

1. 6 Ira, diferenciación de la vivencia con otras emociones como el miedo, el enojo y la hostilidad……...Pág. 11

1. 7 Ira estado vs. Ira rasgo…..…….Pág. 11

1. 8 La medición psicométrica de la Ira…….…….....Pág. 12

1. 9 El modelo cognitivo de la ira de Aaron Beck (Beck, 2003)……...……..……Pág. 12

Capítulo 2. Trastornos vinculados al manejo de la ira……..….....Pág. 13

2. 1Trastorno de la personalidad antisocial……....……...Pág. 13

2. 2 Trastorno explosivo intermitente……..…….....Pág. 14

2. 3 Trastorno de conducta……..……Pág. 15

2. 4 Otros trastornos de origen infantil que posteriormente pueden estar vinculados al escaso control sobre la ira en la adultez…….....…....Pág. 17

2. 4. 1 Trastorno negativista desafiante……..……...Pág. 17

2. 4. 2 Trastornos depresivos……..…..……Pág. 18

2. 4. 3 Trastornos de ansiedad……..……..……Pág. 18

Capítulo 3. Terapias cognitivas para el manejo de la ira…….....Pág. 18

3. 1 Abordajes conductuales, relajación…….……..…..…Pág. 19
3. 2 Relajación Progresiva de Jacobson (1938)……...……..Pág. 20
3. 3 Respiración relajante 4-7-8 de Andrew Weil, (1997)…….…….....Pág. 20
3. 4 Abordajes Cognitivos…….…….…….Pág. 21
3. 4. 1 Reestructuración cognitiva……..…….……....Pág. 21
3. 4. 2 Psicoeducación y Modelo ABCD de Albert Ellis (Ellis, 1979, Ellis y Harper, 1975) aplicado al trabajo con el manejo de la ira……..……..……....Pág. 22
3. 4. 3 Debate cognitivo ……..…….Pág. 22
3. 4. 4 Terapia de Esquemas Jeffrey Young (1990; 1993)……..... Pág. 23
3. 5 Entrenamiento en asertividad…….……..…..…Pág. 26
3. 6 Control de fichas…….……. Pág. 27
3. 7 Mindfulness o atención plena……..…….....Pág. 27
3. 8 Otras terapias de tercera generación según Mañas, (2007) Terapia de Aceptación y Compromiso o Acceptance and Commitment Therapy (ACT)…….……..……..…Pág. 28
3. 9 La Terapia de Conducta Dialéctica (TCD) o Dialectical Behavior Therapy (DBT…….....Pág. 29
Capítulo 4. Reflexiones finales……..……...…Pág. 31

Bibliografía……...Pág. 33

Resumen:

El presente trabajo es una Revisión bibliográfica, cuyo objetivo general es realizar una aproximación bibliográfica a las técnicas cognitivo conductuales actuales, con las que se trabaja en la práctica clínica con pacientes que tienen dificultades en el *manejo de la ira.*

Del análisis de los materiales de lectura consultados se puede concluir que el abordaje terapéutico cognitivo conductual más reciente suele concebir la ira desde una triple perspectiva (fisiológica, cognitiva y conductual), por lo que sus tratamientos tienden a coincidir en el uso de técnicas combinadas y dirigidas a ésas tres áreas. Se observaron tanto "estrategias de choque", como "estrategias de consolidación". Este último grupo de estrategias reúne una serie de técnicas ampliamente utilizadas por la comunidad clínica actual para trabajar con la *ira*, dentro de las que se encuentran el debate cognitivo, la reestructuración cognitiva, terapia de esquemas, ejercicios de respiración diafragmática, el entrenamiento en habilidades sociales y asertividad, ente otros.

Las terapias de tercera generación (Mindfullness, ACT y DBT) también fueron consideradas en la búsqueda, pero no fueron hallados tantos trabajos publicados, quizás debido a aspectos vinculados con el transcurso del tiempo o las bases de datos consultadas, pudiendo quedar delineadas de esta manera algunas de las limitaciones de la presente memoria final de posgrado.

Se concluye que el abordaje terapéutico cognitivo conductual de la ira desde hace décadas suele coincidir en el uso de herramientas terapéuticas con triple aplicación, entendiendo a las emociones como procesos que involucran tres áreas conectadas entre sí. Los abordajes más recientes suelen hacer un importante énfasis en la reestructuración cognitiva como denominador común a todas ellas. Si bien no se encontró gran cantidad de publicaciones de abordajes terapéuticos desde las terapias de tercera generación, la tendencia indicaría que en un futuro pueda predominar el uso de estas estrategias por sobre las actuales.

Palabras clave: control de la ira, abordajes cognitivo conductuales, abordajes actuales.

Capítulo 1: Introducción y fundamentación del tema elegido a partir de la experiencia en la práctica del posgrado:

Durante la instancia práctica del posgrado cognitivo conductual que tuvo lugar durante el año 2017, trabajé con una paciente (X) de 53 años de edad.

Desde el comienzo de las instancias supervisadas en Cámara Gesell, en el curso de las primeras entrevistas del posgrado, se conceptualizó el caso de X donde se evaluaron síntomas que de acuerdo a los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales-5 (DSM-5, 2014) configuraban un Trastorno de Ansiedad Generalizado (TAG).

Sin embargo, X relataba experiencias frente a sus propias emociones reactivas a situaciones cotidianas, en las que no lograba encausar adecuadamente sus actitudes. Esto se transformaba en una serie de intercambios a nivel interpersonal con familiares, amigas, compañeros/as de trabajo, ex pareja e hijas, que deterioraban la calidad de los vínculos y su calidad de vida.

Así fueron percibidas algunas dificultades a nivel personal para controlar altos niveles de una emoción negativa e intensa (ira) que luego de la situación desencadenante, continuaban presente en forma de vestigios fisiológicos de la emoción (falta de apetito/ apetito intenso y descontrolado, ansiedad, malestar estomacal, enojo, dificultades para concentrarse), notándose de ésta manera el impacto directo tanto en nivel fisiológico, como cognitivo y conductual.

Acerca de las consecuencias de la ira se encontró en la bibliografía, que la exposición continuada a lo largo del tiempo frente a la emoción de ira está asociada con consecuencias negativas para el organismo (Harburg, Blakelock & Roeper, 1979; Mckay, Rogers & Mckay, 1991; Fernández-Abascal & Palmero, 1999; Larkin & Zayfert, 2004; Sanford & Rowatt, 2004). De hecho, meses antes de comenzar la terapia en el marco del posgrado, X debió ser internada de urgencia por una afección a nivel del aparato digestivo que debió ser intervenida quirúrgicamente, con riesgo de vida.

Por lo antes mencionado se decidió cambiar el rumbo del abordaje terapéutico que en un principio se dirigía al TAG, y luego se consideró que sería de mayor utilidad para X el abordaje terapéutico sobre el manejo de la ira, favoreciendo la psicoeducación sobre las emociones.

La preferencia de dicho cambio se pensó además, por el grado de repercusión negativa que tenía en la salud de X la intensidad de su ira, así como por las dificultades para reconocer y manejar otras emociones de una manera asertiva. Este aspecto se valoró como preponderante por sobre el abordaje de la ansiedad, debido a que los efectos positivos del tratamiento recaerían sobre los elevados niveles de ansiedad percibidos.

Al momento de comenzar a entrevistar a X en cámara Gesell, se pudo percibir la tendencia a reaccionar de manera impulsiva y desde el enojo, ante determinados asuntos triviales, siendo notoria a nivel gestual, incluso a nivel fisiológico (ruborización del rostro) la activación que le despertaba la aparición de determinados pensamientos y en consecuencia la actuación de ciertas conductas tendientes a ser impulsivas.

X manifestó no poder controlar las sensaciones, emociones y pensamientos que le activaban las prácticas de los médicos recién egresados que aún no habían cursado una especialización.

Otro estímulo que desencadenaba reacciones impulsivas de enojo difícilmente controlables, eran algunas actitudes que tenían compañeras de trabajo, o discusiones con una de sus hijas, con su ex pareja, con amigas que le planteaban situaciones personales con sus propias parejas. Todas estas situaciones eran vivenciadas con un elevado monto de angustia y con enojo desproporcionado que tenía una incidencia directa en dos de las conductas basales de X (sueño y alimentación), cuya frecuencia, intensidad y duración de los síntomas la afectaban de manera prolongada, incluso en períodos en los que se esperaba que no fuera así; como cando se fue de vacaciones con amigas y no estaba en contacto con estímulos rutinarios y estresantes. Todos los ejemplos antes mencionados se condicen con las investigaciones donde se concluyen resultados a partir de los cuales la mayor parte de la ira experimentada por las personas estudiadas, la manifiestan en el contexto interpersonal (Averill, 1983; Moon & Eisler, (1983); Rimm, Hill, Brown & Stuart, (1974); Deffenbacher, Story, Stark, Hogg y Brandon, (1987); Deffenbacher et al., (1996)

Con el pasar de las sesiones nos fuimos adentrando en cómo esta tendencia se apropiaba de su conducta de manera persistente, con suficiente intensidad como para dejar un desgaste en su cuerpo que la agotaba luego de padecer estas reacciones sin poder manejarlas adecuadamente, o intentando hacerlo con mecanismos como evitar la reacción y tener que recurrir luego a medicación farmacológica para conciliar el sueño lo que retroalimentaba el consumo de fármacos y la dependencia a los mismos, sin lograr evitar los pensamientos rumiantes y compulsivos en torno a estas situaciones disparadoras. Se vinculó este contexto emocional estresante, a la vulnerabilidad de contraer posibles enfermedades orgánicas (Harburg, Blakelock & Roeper, 1979; Mckay, Rogers & Mckay, 1991; Fernández-Abascal & Palmero, 1999; Larkin & Zayfert, 2004; Sanford & Rowatt, 2004); en el contexto de un posoperatorio por una afección en el aparato digestivo que X tuvo en mazo del mismo año, como se mencionó anteriormente.

Se dedicó gran parte del proceso terapéutico a trabajar con reestructuración cognitiva identificando el Modelo Cognitivo, y a partir de allí, reglas, presunciones, pensamientos automáticos, distorsiones cognitivas, se trabajó con el ABC en principio y luego se continuó incorporando Pensamientos Alternativos, explicando la conexión con las conductas.

Es importante tener en cuenta que el objetivo del tratamiento con X en relación al manejo de la Ira no era que la misma se extinguiera como emoción, sino que X adquiriera herramientas como consecuencia del proceso terapéutico; y que las mismas la ayudaran a comprenderse mejor y en consecuencia se diera una remisión de los síntomas, dado que la ira es una emoción universal y humana que no desaparece, a lo sumo puede atenuarse o verse modificada su forma de expresión (Ekman & Oster, 1979; Izard, 1989; Deffenbacher et al. , 1996 Tangney et al., 1996; Deffenbacher,1999).

1. 2 ¿Qué es una emoción?

Desde el paradigma psicobiológico Martínez-Selva, (1995) experto en fisiología de las emociones las explica como: "reacciones complejas y estructuradas, de carácter rápido, difícil de controlar, con un fuerte contenido subjetivo y fisiológico, que alteran el comportamiento que se está realizando en ése momento y que preparan para la acción" (Martínez-Selva, 1995, p.185).

Otras definiciones de emoción que se encuentran en la literatura científica, la definen como un sistema motivacional con componentes fisiológicos, conductuales, experienciales y cognitivos, percibidos positiva o negativamente (sentirse bien o mal), que varía en intensidad; y que suele estar provocado por situaciones interpersonales o hechos que inciden directamente sobre nuestro bienestar, demandando nuestra atención (Lang 1968; Oatley & Jenkins, 1992; Brody 1999; Cano-Vindel & Miguel-Tobal, 2001).

La palabra "emoción" es relativamente nueva en la bibliografía según Oatley, (1992).

A partir de los aportes realizados por Mayor, (1988) no hay hoy en día un consenso en cuanto a una definición de emoción comúnmente aceptada (Lawler, 1999).

Una de las clasificaciones de las emociones las distingue ente funcionales/adaptativas o disfuncionales/desadaptativas según sea la intensidad, frecuencia, duración y expresión de las mismas (Plutchik, 1987). De esta manera la ira es funcional o adaptativa cuando su manifestación es leve. En su expresión más adaptativa la ira es una emoción que permite enfrentar situaciones, y se considera funcional cuando las consecuencias de su expresión son positivas, como cuando emerge para establecer límites, defenderse y/o escapar de un ataque (Novaco, 1976, 1978).

Otra de las clasificaciones las separa entre emociones primarias y secundarias, siendo las primeras aquellas que se consideran respuestas universales, principalmente fisiológicas, evolutivamente relevantes, biológica y neurológicamente innatas, (Kemper, 1978).

Las emociones secundarias por el contrario, pueden resultar de una combinación de las primarias, están muy condicionadas social y culturalmente (Kemper, 1978).

Algunos autores agrupan dentro de las emociones primarias el miedo, la ira, la depresión, la alegría, la tristeza, la sorpresa y la satisfacción (Kemper, 1978); (Ekman & Oster, 1979; Plutchik, 2002) y otros incluyen la felicidad, la aversión-miedo, la aserción-ira, la decepción-tristeza y el sobresalto-sorpresa (Turner, 1999).
Como emociones secundarias incluyen la culpa, la vergüenza, el amor, el resentimiento, la decepción o la nostalgia. Estas emociones requieren de una mayor exposición al aprendizaje cultural y social, ya que se consideran aprendidas a diferencias de las primarias que son innatas.

1. 3 ¿Qué es la Ira?

La palabra ira deriva del latín (ira), que significa "cólera, enojo" en etimologías.dechile.net (s.f.).
Según varios autores dedicados a estudiar las emociones (Izard, 1977; Plutchik, 1980; Ekman, 1984; Frijda, 1986; Weiner, 1986) para quienes la ira es una de las emociones básicas. Los mismos autores colocan a la ira como una emoción necesaria para la supervivencia del ser humano y su adaptabilidad ante las exigencias del medio.
La función de esta emoción según Izard (1993) es favorecer y mantener altos niveles de energía. Es una expresión emocional hacia otra persona destinada a truncar respuestas hostiles por parte de ésa otra persona, y ayudar a prevenir agresiones.

Entre las primeras definiciones de esta emoción se encuentran autores como Buss (1961), quien sumó factores faciales-esqueléticos y autonómicos en la definición de la ira. Feshbach (1964) la describió como un estado indiferenciado de activación o arousal emocional y Kaufman (1970), sostuvo que se trata de un estado de activación física que coexiste con actos fantaseados o intencionados y que culmina con efectos perjudiciales para otras personas.

Estas primeras aproximaciones al concepto de ira ponía énfasis en el componente fisiológico, lográndose desde aquel entonces alcanzar una buena descripción de la ira en lo relativo a los cambios fisiológicos que la acompañan.

Otro autores como (Feldman & Russell, 1998; Pérez & González, 2005) coinciden en señalar el alto afecto negativo que caracteriza a la ira, siendo el displacer uno de los elementos que destaca, además de la tendencia a la activación fisiológica como otra de sus características propias.

1. 4 Un triple sistema de respuesta emocional Lang (1968):

Desde que Lang (1968) describió un triple sistema de respuesta emocional, a partir del cual se fue construyendo una tendencia a considerar a todas las emociones desde una perspectiva

que permite agrupar los diferentes elementos que las componen en tres grupos; los elementos cognitivos (ideas y /o pensamientos), los elementos fisiológicos (somáticos y corporales) y elementos conductuales (acciones concretas).

1. 5 Ira, componentes cognitivos:

Dentro de la descripción de los elementos cognitivos de la ira como expresión emocional, Schachter (1971) mencionó algunas características típicas como el incremento de la energía en el comportamiento y una agitación e interferencia cognitiva que interrumpen la conducta, con expresiones de afectos negativos hacia los demás y una actitud defensiva, siendo evidente una marcada tendencia del sujeto a interpretar los sucesos como provocativos.

De igual manera que el resto de las emociones la ira es un constructo que tiene una determinada duración en el tiempo Smith, (1994) por lo que se suma como descripción de la ira la característica de durabilidad limitada.

Se encuentran varias opiniones de autores que coinciden en señalar el alto afecto negativo vinculado a la ira, siendo el displacer uno de los elementos más destacables que la componen, acompañada de una tendencia a la activación fisiológica, como otra de sus características afectivas más destacables (Feldman Barret & Russell, 1998; Pérez Nieto & González Ordi, 2005).

Scherer (1997) agrupa una serie de ideas asociadas a la valoración automática que realiza un persona cuando siente ira, llegando a la conclusión de que la misma es provocada por eventos valorados subjetivamente como obstáculos en la consecución de metas; también conectada a la idea de estímulos considerados inmorales y muy injustos; cuyas causas suelen tener una atribucionalidad externa, concepto que coincide con los hallazgos de León & Hernández, (1998).

1. 5. 1 Ira, componentes fisiológicos y relación con patologías orgánicas:

Según Berkowitz, (1999) existe una coincidencia importante en cuanto a la descripción de los síntomas fisiológicos de la ira (Cacioppo et al., 2000) resaltándose la activación del sistema simpático que se refleja en el incremento de la frecuencia cardíaca; y el incremento de la tensión muscular excesiva. Estos síntomas son también característicos del miedo, aunque según Berkowitz (1999) se dan en menor proporción en la ira.

De acuerdo a una vasta bibliografía la ira es una emoción cuya activación constante puede estar altamente relacionada con el desarrollo de enfermedades orgánicas (Diamond, 1982; Suls, Wan & Costa,1995), cardiovasculares y digestivas, Suinn, (2001) o relacionadas con el cáncer, (Siegman & Smith, 1994; Palmero, Díez & Breva, 2001;).

También se ha encontrado una asociación estadística de la ira con las úlceras, el tabaquismo o la soriasis (Johnson, 1990). Incluso la ira está relacionada con enfermedades que cursan con dolor crónico, como la artritis reumatoide; y con enfermedades autoinmunes (Burns, 1997; Huyser & Parker, 1999).

Parece haber un acuerdo entre la comunidad científica en cuanto a los efectos nocivos para la salud de la exposición prolongada a la ira, más precisamente los individuos que no exteriorizan adecuadamente esta emoción, pueden tener intensa actividad fisiológica, que de mantenerla en el tiempo se estarían exponiendo al desarrollo de trastornos psicofisiológicos y a desarreglos en el sistema inmune (Miguel-Tobal, Cano-Vindel, Casado & Escalona, 1994; Miguel-Tobal, Casado, Cano-Vindel, Spielberger, 2001). En este sentido, la inhibición y el control de las emociones fue asociado a gran número de alteraciones en la salud (Ibáñez, 1991; Sandín, Chorot, Santed & Jiménez, 1995), o somatización (Deighton et al., 2004).

Según Johnson (1990), la ira es considerada un estado emocional con presencia de sentimientos de irritabilidad, enojo, furia y rabia. A estas sensaciones se le suma la elevada activación de sistema nervioso autónomo, del sistema endócrino y una mayor tensión muscular. Algunos estudios transculturales han encontrado que la presencia de estos síntomas fisiológicos podía variar de unos países a otros (Rimé & Giovannini, 1986).

Las situaciones donde surgen brotes de ira no sólo son en sí nocivas para el organismo, sino posteriormente, cuando surge la rumiación de la ira, o lo que consiste en mantener pensamientos alrededor de esta emoción. Se define la rumiación como los procesos cognitivos recurrentes y no intencionales que aparecen durante y después de un episodio de ira (Sukhodolsky, Golub & Cromwell, 2001). Los estudios han mostrado que la rumiación es perdurable y se asocia con efectos negativos para la salud. Un ejemplo de lo mencionado es la asociación descubierta entre rumiar sobre transgresiones interpersonales y altos niveles de cortisol (Denson, Fabiansson, Creswell & Pedersen, 2009).

La emoción de ira se ha constatado como uno de los principales factores de riesgo, no sólo para los problemas cardiovasculares, sino también para la mortalidad global (Suinn, 2001). Concretamente, parece que contribuirían en un 8% a la aparición de los afecciones cardiovasculares y en un 16% a la probabilidad de mortalidad general, de acuerdo al meta-análisis hecho por Miller, Smith, Turner, Guijarro & Hallet (1996).

1. 5. 2 Ira, componentes conductuales:

Tanto Smith (1994), como Chóliz, (1995) agregan a los componentes conductuales de la ira la presencia de una expresión facial característica (cejas bajas, contraídas y en disposición oblicua, tendencia a rigidizar los labios y la mandíbula, los párpados inferiores tensionados y la

posición de la boca en ademán de gritar, junto a una mirada prominente). Tanto Smith (1994) como Jhonson, (1990) son autores con referencia mundial en la temática, y plantean aspectos que convergen teóricamente, pero los trabajos de Jhonson (1990) incluyen las conductas agresivas en la definición de ira, mientras que Smith (1994) señala que la ira sólo activa tendencias o impulsos hacia conductas agresivas.

En cuanto a los hallazgos referidos a la ira como emoción básica, de acuerdo a uno de los criterios de (Izard, 1977) por el cuál una emoción es considerada primaria o básica, cuando posee una expresión facial que la caracteriza; se ha llegado a encontrar en bebés de cuatro y hasta dos meses de edad, estas mismas características faciales (Stenberg y Campos, 1990; Sullivan y Lewis, 1993).

La manifestación de conductas agresivas asociadas a la emoción de ira, se relacionan con el deterioro de las relaciones interpersonales y accidentes; y con la experiencia de sentimientos de culpa y de tristeza cuando la persona se auto percibe con escasos recursos para controlarla (Fernández-Abascal & Palmero, 1999; Harburg, Blakelock & Roeper, 1979; Larkin & Zayfert, 2004; Mckay, Rogers & Mckay, 1991; Sanford & Rowatt, 2004).

1. 6 Ira, diferenciación de la vivencia con otras emociones como el miedo, el enojo y la hostilidad:

En relación a la emoción de ira y su diferenciación con el enojo, un estudio realizado por Spielberger, Jacobs, Rusell & Crane (1983) define la ira como un estado emocional caracterizado por sentimientos de enojo con una intensidad variable. De este mismo estudio se deduce que el enojo está presente dentro del cúmulo de sensaciones que componen a la ira como proceso emocional.

Spielberger, Krasner & Solomon, (1988) diferenciaban la ira de la hostilidad y la agresión, definiéndola como un concepto con menor elaboración o más primario, que éstas dos.

1. 7 Ira estado vs. Ira rasgo

Spielberger, Jacobs, Rusell & Crane, (1983) mencionaron en un estudio sobre a Ira dos aspectos importantes: la ira estado y la ira rasgo.

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 o ”arousal” del sistema nervioso, y el la ira rasgo (entendiendo por rasgo una característica crónica) mostraría las diferencias individuales en cuanto a la frecuencia con que aparece el estado de ira a lo largo del tiempo (Deffenbacher, 1992).

La alta ira rasgo está estadísticamente asociada a varios problemas, incluyendo problemas de salud (Schum, et al., 2003), acoso cibernético (Wang, Yang, Yang, Wang & Lei, 2017), escaso control de impulsos (Wilkowski & Robinson, 2007), y psicopatologías como ansiedad, depresión, estrés postraumático y dependencia a drogas o alcohol (Stimmel, Rayburg, Waring & Raffeld, 2005; Kassinove & Tafrate, 2006;).

Elevados niveles de ira rasgo se asocian estadísticamente a variados trastornos de personalidad (trastorno paranoide, límite, esquizoide, antisocial, narcisista, histriónico y dependiente) según Kassinove & Tafrate, (2006) y Castilho, Xavier, Pinto-Gouveia & Costa, (2015).

1. 8 La medición psicométrica de la Ira:

State-Trait Anger Expression Inventory-2 (STAXI-2) Spielberger, (1999) adaptado al español por Tobal, Casado, Can-Vindel & Spielberger, (2001): Inventario de Expresión de la Ira Estado-Rasgo 2.

Se trata de una escala que mide los componentes de la ira (experiencia, la expresión y el control); así como sus facetas (Estado y Rasgo). Consta de 49 elementos organizados en 6 escalas y 5 subescalas y permite obtener un índice de cada escala y subescala y un índice general del test. Su aplicación demora 10 a 15 minutos y está destina a adolescentes (a partir de los 16 años) y adultos en general.

1. 9 El modelo cognitivo de la ira de Aaron Beck (Beck, 2003):

El modelo ABC de la emoción o modelo cognitivo de Beck fue pionero al momento de lograr explicar el vínculo entre cognición y emoción. En el año 2003 Beck (Beck, 2003) adaptó su modelo a la explicación de la emoción de ira (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1983; Beck, 2003). Según este modelo, la respuesta emocional, fisiológica y conductual de la emoción que nos ocupa, no depende directamente del suceso en sí, sino de la interpretación que hace la persona de éste.

Aaron Beck en su teoría cognitiva, destaca tres niveles de componentes cognitivos, que se distinguen por su grado de profundidad o de accesibilidad a la conciencia (Beck et al., 1983; Beck, 2003):

- las creencias o esquemas centrales que se corresponderían con lo que Beck denominó dominio personal, o sea, el nivel más profundo o abstracto de cognición, puesto que contendría las ideas más centrales sobre uno mismo, los demás y el entorno. Se caracterizan por una elevada rigidez y absolutismo y, por tanto, se defienden con gran convicción. Son los primeros

filtros cognitivos que guían de automáticamente nuestra atención, así como las interpretaciones que hacemos de la realidad.

- las creencias intermedias (actitudes, expectativas, normas y valores) que son cogniciones un poco más evidentes que las creencias nucleares porque pueden inferirse a partir de nuestras acciones y que suelen enunciarse en forma de reglas que guían nuestro comportamiento cotidiano (“Si…, entonces…”; “Debería…”), así como las expectativas en relación a nosotros mismos, nuestro entorno y los demás.

- los pensamientos automáticos: siendo estos las cogniciones más accesibles a la conciencia, porque irrumpen en nuestra atención continuamente en forma de palabras, de imágenes o de recuerdos.

El modelo cognitivo de Beck (Beck et al., 1983; Beck, 2003) se fundamenta en su hipótesis de la congruencia emocional, la cual propone que se activan emociones diferentes porque previamente se han activado diferentes esquemas, actitudes y pensamientos cuyo contenido se condice con el de la propia emoción.

Capítulo 2: Trastornos vinculados al escaso control de la ira:

El presente apartado tiene como finalidad ilustrar algunos trastornos cuyo denominador común es una gran dificultad para lograr el control de la ira como emoción predominante, en la vida adulta, según el DSM-5 (APA, 2014).

- Trastorno Antisocial de Personalidad
- Trastorno Explosivo Intermitente
- Trastorno de la Conducta

2. 1 Trastorno de la personalidad antisocial según el DSM-5, (APA, 2014):

La característica principal del trastorno de la personalidad antisocial es un patrón general de desprecio y de violación de los derechos de los demás que comienza en la infancia o en la adolescencia temprana y que continúa en la edad adulta. Este patrón también es conocido en la bibliografía existente como psicopatía, sociopatía o trastorno de la personalidad disocial. El engaño y la manipulación son características centrales de este trastorno.

Tabla 1

Trastorno de personalidad antisocial, criterios diagnósticos DSM-5, (APA, 2014)

A. Patrón dominante de inatención y vulneración de los derechos de los demás, que se produce desde antes de los 15 años de edad, y que se manifiesta por tres (o más) de los siguientes hechos:
1. Incumplimiento de las normas sociales respecto a los comportamientos legales, que se manifiesta por actuaciones repetidas que son motivo de detención.
2. Engaño, que se manifiesta por mentiras repetidas, utilización de alias o estafa para provecho o placer personal.
3. Impulsividad o fracaso para planear con antelación.
4. Irritabilidad y agresividad, que se manifiesta por peleas o agresiones físicas repetidas. 5. Desatención imprudente de la seguridad propia o de los demás.
6. Irresponsabilidad constante, que se manifiesta por la incapacidad repetida de mantener un comportamiento laboral coherente o cumplir con las obligaciones económicas.
7. Ausencia de remordimiento, que se manifiesta con indiferencia o racionalización del hecho de haber herido, maltratado o robado a alguien.
B. El individuo tiene como mínimo 18 años.
C. Existen evidencias de la presencia de un trastorno de la conducta con inicio antes de los 15 años.
D. El comportamiento antisocial no se produce exclusivamente en el curso de la esquizofrenia o de un trastorno bipolar.

Nota: Este Trastorno de personalidad suele tener relación con problema psicosociales como: acoso laboral o escolar, deterioro de las relaciones personales y sociales, problemas académicos, laborales y legales según Deffenbacher, (1993); Del Vecchio & O´Leary, (2004) y Norlander & Eckhardt, (2005)

2. 2 Trastorno Explosivo Intermitente según DSM-5, (APA, 2014):

Tabla 2

Trastorno explosivo intermitente, criterios diagnósticos DSM-5, (APA, 2014)

A. Arrebatos recurrentes en el comportamiento que reflejan una falta de control de los impulsos de agresividad, manifestada por una de las siguientes:
1. Agresión verbal (p. ej., berrinches, diatribas, disputas verbales o peleas) o agresión física contra la propiedad, los animales u otros individuos, en promedio dos veces por semana, durante un período de tres meses.

2. Tres arrebatos en el comportamiento que provoquen daños o destrucción de la propiedad o agresión física con lesiones a animales u otros individuos, sucedidas en los últimos doce meses. B. La magnitud de la agresividad expresada durante los arrebatos recurrentes es bastante desproporcionada con respecto a la provocación o cualquier factor estresante psicosocial desencadenante.

C. Los arrebatos agresivos recurrentes no son premeditados (es decir, son impulsivos o provocados por la ira) ni persiguen ningún objetivo tangible (p. ej., dinero, poder, intimidación).

D. Los arrebatos agresivos recurrentes provocan un marcado malestar en el individuo, alteran su rendimiento laboral o sus relaciones interpersonales, o tienen consecuencias económicas o legales.

E. El individuo tiene una edad cronológica de seis años por lo menos (o un grado de desarrollo equivalente).

F. Los arrebatos agresivos recurrentes no se explican mejor por otro trastorno mental (p. ej., trastorno depresivo mayor, trastorno bipolar, trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, trastorno psicótico, trastorno de la personalidad antisocial, trastorno de personalidad límite), ni se pueden atribuir a otra afección médica (p. ej., traumatismo craneoencefálico, enfermedad de Alzheimer), ni a los efectos fisiológicos de alguna sustancia (p. ej., drogadicción, medicación). En los niños de edades comprendidas entre 6 y 18 años, a un comportamiento agresivo que forme parte de un trastorno de adaptación no se le debe asignar este diagnóstico.

Nota: El inicio del comportamiento agresivo impulsivo, problemático y recurrente es más frecuente en la infancia tardía o la adolescencia y raramente se da por primera vez después de los 40 años.

El trastorno explosivo intermitente es más prevalente en las personas más jóvenes cuyas edades oscilan entre los 35-40 años, que en los individuos de más edad (mayores de 50 años).

2. 3 Trastorno de Conducta según DSM-5, (APA, 2014):

Tabla 3

Trastorno de conducta, criterios diagnósticos DSM-5, (APA, 2014)

A. Un patrón repetitivo y persistente de comportamiento en el que no se respetan los derechos básicos de otros, las normas o reglas sociales propias de la edad, lo que se manifiesta por la presencia en los doce últimos meses de por lo menos tres de los quince criterios siguientes en cualquier de las categorías siguientes, existiendo por lo menos uno en los últimos seis meses:

Agresión a personas y animales

1. A menudo acosa, amenaza o intimada a otros.
2. A menudo inicia peleas.

3. Ha usado un arma que puede provocar serios daños a terceros (p. ej., un bastón, un ladrillo, una botella rota, un cuchillo, un arma).
4. Ha ejercido la crueldad física contra personas.
5. Ha ejercido la crueldad física contra animales.
6. Ha robado enfrentándose a una víctima (p. ej., atraco, robo de un monedero, extorsión, atraco a mano armada).
7. Ha violado sexualmente a alguien Destrucción de la propiedad
8. Ha prendido fuego deliberadamente con la intención de provocar daños graves.
9. Ha destruido deliberadamente la propiedad de alguien (pero no por medio de fuego). Engaño o robo
10. Ha invadido la casa, edificio o automóvil de alguien.
11. A menudo miente para obtener objetos o favores, o para evitar obligaciones (p. ej., "engaña" a otras personas).
12. Ha robado objetos de cierto valor sin enfrentarse a la víctima (p. ej., hurto en una tienda sin violencia ni invasión, falsificación). Incumplimiento grave de las normas
13. A menudo sale por la noche a pesar de la prohibición de sus padres, empezando antes de los 13 años.
14. Ha pasado una noche fuera de casa sin permiso mientras vivía con sus padres o en un hogar de acogida, por lo menos dos veces o una vez si estuvo ausente durante un tiempo prolongado.
15. A menudo falta en la escuela, empezando antes de los 13 años.
B. El trastorno del comportamiento provoca un malestar clínicamente significativo en las áreas del funcionamiento social, académico o laboral.
C. Si la edad del individuo es de 18 años o más, no se cumplen los criterios de trastorno de la personalidad antisocial.

Nota: Los individuos agresivos con trastorno de conducta malinterpretan frecuentemente las intenciones de los demás como más hostiles y amenazantes de lo que son, y responden con una agresividad que ellos sienten como razonable y justificada.

Las características de la personalidad con rasgos de emoción negativos y de bajo autocontrol, como baja tolerancia a la frustración, irritabilidad, arrebatos, suspicacia, insensibilidad al castigo, búsqueda de emociones e imprudencia, están presentes frecuentemente en el trastorno de conducta.

2. 4 Otros trastornos de origen infantil que posteriormente pueden estar vinculados al escaso control sobre la ira en la adultez:

2. 4. 1 Trastorno negativista desafiante según el DSM-5, (APA, 2014):

Los primeros síntomas del Trastorno negativista desafiante suelen aparecer en los años preescolares y raramente más tarde de la adolescencia temprana. El trastorno negativista desafiante suele preceder al desarrollo del trastorno de conducta, especialmente en los casos de trastorno de conducta con inicio en la infancia. Aunque, muchos niños y adolescentes con trastorno negativista desafiante no desarrollan posteriormente un trastorno de conducta.

Los niños y adolescentes cuyo diagnóstico es un trastorno negativista desafiante son más vulnerables a desarrollar problemas de adaptación como adultos, como conducta antisocial, problemas de control de los impulsos, abuso de sustancias, ansiedad y depresión, DSM - 5 (APA, 2014).

Tabla 4

Trastorno negativista desafiante, criterios diagnósticos DSM-5, (APA, 2014)

A. Un patrón de enfado/irritabilidad, discusiones/actitud desafiante o vengativa que dura por lo menos seis meses, que se manifiesta por lo menos con cuatro síntomas de cualquiera de las categorías siguientes y que se exhibe durante la interacción por lo menos con un individuo que no sea un hermano. Enfado/irritabilidad
1. A menudo pierde la calma.
2. A menudo está susceptible o se molesta con facilidad.
3. A menudo está enfadado y resentido. Discusiones/actitud desafiante
4. Discute a menudo con la autoridad o con los adultos, en el caso de los niños y los adolescentes.
5. A menudo desafía activamente o rechaza satisfacer la petición por parte de figuras de autoridad o normas.
6. A menudo molesta a los demás deliberadamente.
7. A menudo culpa a los demás por sus errores o su mal comportamiento. Vengativo
8. Ha sido rencoroso o vengativo por lo menos dos veces en los últimos seis meses.

Otros trastornos relacionados al escaso control sobre la ira, cuya etapa de aparición es la infancia y adolescencia, que suelen encontrarse según el DSM-5 (APA, 2014) en la etiopatogénesis de los trastornos antes mencionados:

2. 4. 2 Trastornos depresivos según el DSM-5, (2014):

El rasgo común de estos trastornos es la presencia de un ánimo triste, vacío o irritable, acompañado de cambios somáticos y cognitivos que afectan significativamente a la capacidad funcional del individuo. Lo que los diferencia es la duración, la presentación temporal o la supuesta etiología.

Según el DSM-5, (APA, 2014): la existencia de un mecanismo ineficiente al momento de tramitar la emoción de ira se asocia con la posibilidad de trastornos depresivos que pueden aparecer como consecuencia de un desgaste emocional y como consecuencia de los sentimientos de culpa.

2. 4. 3 Trastornos de ansiedad según el DSM-5, (APA, 2014):

Los trastornos de ansiedad son los que comparten características de miedo y ansiedad excesivos hacia un estímulo interno o externo, así como alteraciones conductuales asociadas. La diferencia con el miedo o la ansiedad normal propios del desarrollo, está directamente vinculada con la intensidad y la frecuencia con la que surgen, las cuales van más allá de los períodos de desarrollo apropiados.

Una de las manifestaciones más propagadas de los trastornos de ansiedad son las diagnosticadas en el Trastorno de Ansiedad Generalizado (TAG). La característica principal del TAG es un nivel de ansiedad persistente y excesivo; y una preocupación constante sobre varios aspectos, como el trabajo y el rendimiento escolar, que la persona percibe muy difíciles de controlar. Además, el sujeto experimenta síntomas físicos, como inquietud, excitación, o nerviosismo, fatiga, dificultad para concentrarse o mente en blanco, irritabilidad, tensión muscular y alteraciones de las conductas basales como el sueño y la alimentación.

Capítulo 3: Terapias cognitivas para el manejo de la ira:

El objetivo del presente apartado es dar cuenta los abordajes terapéuticos con enfoque cognitivo-conductual más utilizados sobre el manejo de la ira. Los mismos surgen a partir de la revisión bibliográfica en torno a las publicaciones científicas más recientes sobre el tema.

Partiendo de la concepción de las emociones como una interacción entre los sistemas fisiológico, cognitivo y conductual; las investigaciones consultadas fueron aquellas que

concebían a la ira desde esta triple perspectiva. Con este mismo criterio se buscó aquellas publicaciones donde se trabajara con la ira, desde esta triple perspectiva sobre dicha emoción.
Antes de comenzar a describir los abordajes más utilizados para trabajar con el control de la ira, es útil considerar los aportes de Fernández-Abascal & Palmero (1999), para quienes es necesario discriminar entre la intervención en "estrategias de choque" ante la respuesta de ira, que implicarían el incremento del autocontrol emocional y la disrupción en la respuesta de ira; y la intervención en "estrategias de consolidación" que promueven el desarrollo de habilidades de afrontamiento pasivas (como la relajación o la respiración abdominal), reestructuración cognitiva de los sesgos, entrenamiento en solución de problemas y entrenamiento en habilidades sociales.

Coincide con los hallazgos de Fernández-Abascal & Palmero (1999), el apoyo empírico de Novaco, (1976; 1978); Tafrate, (1995); Beck & Fernández, (1998); Del Vecchio & O'Leary, (2004) en cuanto a la efectividad de las práctica del enfoque cognitivo-conductual para lograr un mayor control de la ira, siendo algunas de las estrategias más recurridas, las que incluyen técnicas como relajación, reestructuración cognitiva, entrenamiento en habilidades sociales y en asertividad.

A continuación se hará una descripción de estas técnicas y otras que también son utilizadas, agrupadas en diferentes bloques temáticos (abordajes conductuales, abordajes cognitivos, entrenamiento en asertividad y terapias de tercera generación).

3. 1 Abordajes conductuales: Relajación

Dentro de esta agrupación se pudieron encontrar varios estudios que avalan las Técnicas de Relajación (TR) entre las más utilizadas en el medio psicoterapéutico para trabajar con la disminución de los niveles de activación psicofisiológica (uno de los objetivos más perseguidos cuando se aborda el manejo de la ira).
Las TR son herramientas de alta recurrencia terapéutica en la clínica cognitivo-conductual, debido a su eficacia y efectividad; y a la ausencia de contraindicaciones Sánchez, Rosa & Olivares, (1998); Stevens et al. (2007); Labrador, (2008); Pagnini et al., (2010).
En la línea de lo antes mencionado Deffenbacher (1994) destaca la importancia de trabajar el entrenamiento en relajación. La incorpora como técnica ya sea en la utilización de la relajación por sí misma dada su alta efectividad, como en la combinación con otras técnicas, favoreciendo el uso posterior de estrategias cognitivas. Uno de los ejercicios que se proponen consiste en la relajación muscular progresiva, haciendo uso complementario de la visualización de imágenes que favorezcan la relajación y la calma. Este tipo de técnicas se realizan primero de forma aislada en situaciones no estresantes y una vez incorporada la secuencia se practica en

situaciones que desencadenen vivencias de ira, buscando disminuir los niveles de activación a partir de la aproximación imaginaria con las situaciones provocadoras de ira.

3. 2 Relajación Progresiva de Jacobson (1938).

Un ejercicio de relajación muscular progresiva extensamente utilizado para trabajar con emociones y la disminución de su intensidad, es el inventado por el fisioterapeuta Edmund Jacobson en 1929. Su método denominado Relajación Progresiva de Jacobson (Jacobson ,1938), permite a la persona disminuir la ansiedad y entrar en un estado de tranquilidad mental mientras se atenúan de forma progresiva las tensiones musculares del cuerpo. Esta técnica consiste en tensar y distender una serie de músculos, mientras se percibe las sensaciones corporales que se producen, lo que da lugar a eliminar casi por completo las tensiones y contracciones musculares, lo que se traduce en un estado de relajación profunda. Son varios los autores que recomiendan esta técnica y sugieren incluirla al momento de trabajar con la ira, dada su eficacia y la manera en la que rápidamente pueden obtenerse resultados positivos para el paciente. (Pérez, Redondo & Leon, 2012) Vega (2019).

3. 3 Respiración relajante 4-7-8 de Andrew Weil, (1997).

Este ejercicio consiste en la práctica de una respiración guiada y controlada que consiste en conseguir una postura cómoda en principio, luego comenzar por inhalar el aire durante 4 segundos, sostenerlo en 7 segundos y exhalarlo en 8 segundos. Lo que se consigue al cabo de algunas repeticiones es un profundo y rápido estado de relajación producto de una correcta oxigenación de la sangre, que provoca la disminución de la frecuencia cardíaca y de la presión arterial. Se suma a ello el posicionamiento de la lengua detrás de los dientes frontales superiores como forma de guiar el pensamiento y la atención en el conteo y posicionamiento de la lengua, lo que provoca una distracción de los pensamientos rumeantes que suelen estar asociados a emociones intensas como la ira. Si bien este es un ejercicio creado por Weil (1997) para lograr una mejor calidad del sueño, sirve para generar rápidamente un cambio en cuanto a las sensaciones fisiológicas asociadas al malestar de la ira (y de otras emociones), interrumpiendo el tiempo de activación.

El conteo puede graduarse en base a la capacidad respiratoria del paciente, puede disminuirse la cantidad de segundos de exhalación, o la cantidad de segundos que se sostiene el aire; o incuso aumentarse.

Este ejercicio tiene la posibilidad de combinarse con otras técnicas como la Respiración Diafragmática, donde justamente la posibilidad de respirar con éste músculo (diafragma) es lo que posibilita un estado de relajación que colabora en la desactivación de la activación

fisiológica asociada a la emoción predominante, la ira puede ser una de esas emociones. Recientemente son varias las investigaciones que recurren a este tipo de respiración con abordajes conductuales como práctica segura de auto-instrucción, para mejorar el control sobre la ira Botero, (2004); López, et al., (2012); Tejón & Gutiérrez, (2015).

3. 4 Abordajes Cognitivos:

De acuerdo a una cantidad considerable de revisiones narrativas y meta analíticas se ha encontrado que los tratamientos cognitivo-conductuales han demostrado con consistencia ser de utilidad para enseñar a controlar la ira Novaco, (1978, 1976); Lochman & Wells, (1996); Edmonson & Conger, (1996); Beck & Fernandez, (1998); DiGiuseppe, (1999); Deffenbacher, (1999); Deffenbacher, Dahlen, Lynch, Morris & Gowensmith, (2000); Deffenbacher et al., (2002); DelVecchio & O´Leary, (2004) Tejón & Gutierrez, (2015).

Se ha comprobado incluso que como resultado del tratamiento, las personas mantienen un adecuado control de la ira meses, incluso años después de culminado el proceso terapéutico (DiGiuseppe & Tafrate, 2003)

Las investigaciones consultadas para el abordaje cognitivo-conductual del manejo de la ira suelen tener como denominador común varias técnicas, en su mayoría comprendidas en el marco del trabajo realizado por dos grandes autores de esta corriente psicológica Aaron Beck (1950- Act.) y Albert Ellis (1913-2007).

3. 4. 1 Reestructuración cognitiva: Según Deffenbacher (1994) la reestructuración cognitiva aplicada al tratamiento para incrementar el control sobre la ira, consiste en la modificación de los sesgos que pueden ocasionar una respuesta de ira. Para ello se trabaja abordando las principales distorsiones como la predicción de sucesos que producen esta emoción; la utilización de pensamientos e ideas coercitivas “deberías”, pensamientos catastróficos, pensamientos dicotómicos, sobregeneralizaciones, etc., la interpretación de ideas y pensamientos de los demás, entre varias de las distorsiones cognitivas existentes.

La reestructuración cognitiva es uno de los objetivos que persiguen tanto la Terapia Cognitivo - Conductual (TCC) de Aaron Beck (1950- Act.), como la Terapia Racional Emotivo Comportamental (TREC) de Albert Ellis (1913-2007).

Ambos autores han dedicado sus investigaciones y trabajos científicos a descubrir y modificar las cogniciones asociadas al malestar psicológico o al comportamiento desadaptativo. Para Beck y Ellis las personas tienden a construir creencias irracionales que comienzan a intervenir en su manera de percibir la realidad, y de percibirse a sí mismas, en consecuencia desencadenan una serie de conductas que tienden a ser indeseables. Por lo tanto ambos modelos (TCC y TREC), pese a sus diferencias, buscan modificar el modo de interpretación y

la valoración subjetiva que realizan las personas ante determinados sucesos que desencadenan respuestas indeseables, utilizando recursos como el diálogo socrático, la modelación y la práctica de hábitos cognitivos nuevos. En el trabajo clínico para adquirir herramientas que incrementen el control sobre de la ira, suele aparecer en manuales de intervención cognitivo conductual la reestructuración cognitiva como una importante herramienta (Ruiz, Díaz & Villalobos, 2012). Y en el uso clínico para el tratamiento de la ira es significativa la evidencia que se encuentra sobre la utilización de la reestructuración cognitiva Segura y Arcas, (2007); Echeburua, Sarasua, Zubizarreta & Corral, (2009); Pérez, Redondo & Leon, (2012); Tejón & Gutierrez, (2015); Vega, (2019).

3. 4. 2 Psicoeducación y Modelo ABCD de Albert Ellis (Ellis, 1979; Ellis & Harper, 1975) aplicado al trabajo con el manejo de la ira.

Según Ruiz, Díaz & Villalobos, (2012) uno de los primeros pasos consiste en lograr que el paciente entienda de qué se trata la ira, cómo influye la interpretación que hacemos de las situaciones y de qué manera puede una persona comenzar a tener un mayor control de sus propias emociones, por lo que los autores entendidos en la temática recurren a la estrategia de la psicoeducación como parte del proceso terapéutico de la ira Tejón & Gutierrez, (2015).

Posteriormente será momento de ayudar a la persona a que comprenda cómo los pensamientos influyen en las emociones y/o conductas y en la interpretación que hacemos de las situaciones, enseñándole una tabla que después se utilizará como autorregistro, donde aparece una situación (en este caso desencadenante de ira) (A); una creencia irracional o pensamiento en relación al evento que activa la ira (B) y (C) una consecuencia (emocional o conductual). Según Ellis, no son los eventos mismos los que producen emociones como la ira, sino las interpretaciones y creencias con respecto a ésos eventos.

Posteriormente se trabajará elaborando pensamientos, conductas y reacciones alternativas que son las que se construyen conjuntamente con el paciente (D) En este punto se da una disputa, se examinan las creencias y expectativas. El trabajo posterior es comenzar a detectar pensamientos automáticos, creencias, distorsiones cognitivas, presunciones, etc., con el objetivo de ampliar las posibles conductas que surjan de un proceso de aprendizaje.

Este es un abordaje que aparece en investigaciones incluso en manuales recientes donde se explican los pasos a dar para trabajar con el manejo de la ira con enfoque cognitivo conductual Reilly & Shopshire, (2002).

3. 4. 3 Debate cognitivo:

Pese a las diferencias entre estos enfoques (TCC y TREC), ambos coinciden en que los humanos desarrollan conductas desadaptadas y patrones afectivos mediante procesos

cognitivos, siendo la tarea del terapeuta cognitivo conductual, la de diagnosticar y psicoeducar respecto a los procesos cognitivos desadaptativos. Posteriormente desarrollar experiencias que modifiquen las estructuras cognitivas y los patrones afectivo-conductuales vinculados a las mismas.

Dentro de la reestructuración cognitiva se enmarca la técnica del debate cognitivo. Se trata de una técnica que persigue como objetivo la modificación de las ideas irracionales, pensamientos automáticos, creencias irracionales y centrales, se busca a través de esta técnica la modificación de la percepción de los hechos, alcanzando con ello emociones más funcionales y comportamientos más apropiados. Existe una práctica extensa en el uso de esta técnica ya que ha sido empleada por miles de personas desde los años sesenta según Ellis, (2000). El uso del debate cognitivo también suele ser una herramienta para el tratamiento cognitivo conductual de la ira siendo la estrategia y el estilo socrático los más recurridos por los terapeutas Pollini, Micheff & Pedrowicz, (2009).

3. 4. 4 Terapia de Esquemas Jeffrey Young (1990; 1993):

El creador de este modelo de abordaje terapéutico, Jeffrey Young, partió de las observaciones que realizó mientras trabajaba con Beck como su discípulo. Young, fue comprobando que el abordaje de la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) tradicional no resultaba con la misma eficacia ante los pacientes con Trastorno de Personalidad (Tineo, 1997).

La terapia de esquemas es una forma de psicoterapia integrativa, que combina elementos cognitivos, conductuales, psicodinámicos, de las relaciones objetales y humanistas/existenciales (Young, Klosko & Wheishar, 2003).

Alguno de los conceptos básicos de este modelo incluyen los Esquemas Desadaptativos Tempranos (EDTs) y el concepto de Modos. Ambos constructos aluden a una conceptualización clara del sufrimiento del paciente basado en la detección de necesidades emotivas básicas insatisfechas, durante su desarrollo (Young, Klosko & Wheishar, 2003).

Tabla 5

Necesidades básicas insatisfechas, Jeffery Young:

1) El sentido de pertenencia logrado a través de la seguridad, estabilidad, afecto y aceptación
2) La autonomía
3) La libertad para expresar emociones
4) La espontaneidad (juego)
5) Los límites realistas y control

Nota: Según Young, las fallas parentales al momento de proveernos de éstos pilares, desencadenan los EDTs y /o Modos, que comienzan a originarse y posteriormente se perpetúan durante toda la vida (Young, Klosko y Wheishar, 2003; Young, 2006).

El objetivo principal de este abordaje consiste en identificar los EDTs y vincularlos con sucesos pasados que pudieron haberlos generado, promoviendo el desarrollo de mecanismos de afrontamiento menos rígidos y más funcionales.

Tabla 6

Los 18 EDTs más recurrentes en personas con necesidades básicas insatisfechas, Young (1990)

Agrupación de necesidades tempranas insatisfechas	**EDTs**
Desconexión y rechazo	Abandono / inestabilidad
	Desconfianza / abuso
	Privación o carencia emocional
	Defectuosidad / vergüenza
	Aislamiento / alineación
Incapacidad de autonomía	Dependencia / incompetencia
	Vulnerabilidad al daño / enfermedad
	Fusión / identidad no desarrollada
	Fracaso
Falta de límites	Derechos/ grandiosidad
	Insuficiente autocontrol
Gobierno de los otros	Sometimiento / subyugación
	Auto- sacrificio
	Búsqueda de aprobación
Hipervigilancia e inhibición	Negativismo / pesimismo
	Inhibición emotiva
	Hiper-critica o sobre-exigencias
	Castigo/ intolerancia

Nota: En la vida adulta los EDTs son activados por situaciones estímulo con parecido a situaciones de origen; la persona desplegará un estilo de afrontamiento que le fue útil en el pasado, pero no en el presente. Estos 3 mecanismos disfuncionales de afrontamiento son la sobre compensación, el mantenimiento del esquema y la

evitación del esquema, Young (1990). En personas con dificultades en el manejo de la ira, en general, suele activarse el esquema de "insuficiente autocontrol" (en el dominio de límites insuficientes).

Con los pacientes con TLP o Borderline, Jeffrey Young no sólo notaba una elevada puntuación en la mayoría de los EDTs (dificultando la identificación de los mismos); sino que se activaban unos y otros en diversas situaciones en el mismo día. De esta manera comenzó a desarrollar el concepto de Modos.

Los Modos son partes del sí mismo que contienen EDTs y sus respectivos estilos de afrontamiento y consisten en pensamientos, emociones y conductas relacionadas que forman parte de un patrón recurrente en la vida del sujeto. Los Modos son temporales y se activan ante determinados estresores. Los individuos con patología comprometida suelen cambiar rápidamente de Modo o poseen un predominio excesivo de uno de ellos. Por ejemplo, los Modos más identificados en los pacientes Borderline han sido el modo “niño abandonado”, el “niño enojado”, el “padre punitivo” y el “distanciado protector” (Young, Klosko & Wheishar, 2003; Young, 2006).

Tabla 7

Modos descritos por Young (2006)

Modos de niño	▪ Vulnerable (abandonado, abusado, carente de afecto o rechazado). ▪ Enojado ▪ Impulsivo/ indisciplinado ▪ Feliz
Modos disfuncionales de afrontamiento	▪ Sumiso/ claudicante ▪ Distanciado/desapegado protector ▪ Sobre compensador
Modos parentales disfuncionales	▪ Padre punitivo ▪ Padre demandante
Modo funcional	▪ Adulto saludable

Nota: Generalmente el modo “niño enojado” y “niño impulsivo” suelen vincularse a problemas de control de ira.

Young & Klosko (2007) mencionan que el objetivo es desarrollar una “voz saludable” generando distancia de las situaciones que perturban al paciente, poniendo a prueba lo inadecuado del esquema con distancia cognitiva. En este sentido se puede trabajar para incrementar el control de la ira de los consultantes según López et. al (2011) a nivel experiencial con ejercicios de imaginación que permitan disparar las cogniciones que generan emociones vinculadas a ciertos ETDs, acompañando al consultante a que recuerde una situación donde haya tenido una conducta o una emoción disfuncional, para adentrarse en los recuerdos y conectarla con situaciones que pudieron dar origen a esa manera desadaptada de afrontar un estresor.

Es amplio el espectro de herramientas que se encuentran desde este enfoque, ya sea trabajando con la historia del paciente, mediante peguntas o reportes que faciliten el acceso a conocer su temperamento, sus esquemas, modos, estilos de afrontamiento, recuerdos traumáticos de la infancia, etc.

López et. al (2011) mencionan como herramientas experienciales las dramatizaciones o recursos de psicodrama como formas de implicar emotivamente al paciente en la activación de los esquemas, para luego poder trabajar sobre ello, algunas de ellos son:

1) los diálogos imaginarios (con las personas que originaron los esquemas disfuncionales),
2) la re-actuación parental (donde el terapeuta ingresa a una situación imaginaria desde donde repara el año como adulto saludable),
3) los recuerdos traumáticos (trabajando para liberar los sentimientos hasta ahora bloqueados),
4) la modificación de patrones (la imaginación de las conductas ante situaciones activadoras de esquemas disfuncionales, pero actuando de manera alternativa).

3. 5 Entrenamiento en asertividad:

La palabra “asertividad” viene siendo empleada desde los años 70, se ha intentado cambiar por otras expresiones como “libertad emociona”l Lazarus, (1971), pero existe una creciente tendencia a sustituir el término asertividad, por “habilidades sociales” según Caballo, (1983).

El trabajo que se realiza en relación a éste tipo de entrenamiento consiste en el incremento de repertorio de habilidades para manejar las situaciones que desencadena ira, de la manera más asertiva posible, es decir ni pasiva, ni violenta, sino con un grado intermedio de actuación donde no se vean vulnerados sus derechos ni los derechos de los demás, con sus reacciones.

El objetivo de este tipo de entrenamiento e habilidades sociales consiste en aumentar el nivel de autoexpresión en situaciones sociales así como la habilidad para decir no a otras personas y cortar interacciones que el paciente no desea mantener en el tiempo.

Según Tejón & Gutierrez, (2015) algunos de los puntos a ser trabajados desde esta estrategia serían:

A) Disminuir los síntomas de ansiedad y Reestructuración Cognitiva:

- Técnica de la flecha descendente para detectar creencias disfuncionales (Vázquez, 2008)
- Autorregistro de pensamiento automático-pensamiento alternativo

B) Regulación emocional;

- Técnica: ¿Qué hago cuando me enfado? de Fernández-Berrocal & Ramos, (2012)

C) Solución de problemas, Habilidades sociales y Autoestima:

- Ejercicio “Darnos a conocer: autorrevelaciones” (Roca, 2003)
- Descubriendo nuestras fortalezas.
- Role-playing

3. 6 Control de fichas:

Otro abordaje que surge de la literatura en relación a técnicas de abordaje cognitivo conductual con niños para incrementar el control sobre la ira es la economía de fichas, buscando reforzar el control que la persona logre sobre sus propios impulsos frene a un desencadenante de ira. Consiste en la entrega de premios (refuerzos positivos) cada vez que la persona logra controlar su ira. La premiación pueden ser cartillas, stickers, entre otros objetos simbólicos. Cuando el niño obtiene una determinada cantidad de premios, puede acceder a un mayor beneficio, siendo este la meta. Con los avances del proceso las metas pueden ir complejizándose más. Pueden agregarse “castigos” que cumplan la función de extinguir las conductas indeseadas, siendo estos pautados conjuntamente entre evaluador y evaluado (Corsi, Barrera, Flores, Perivancich & Guerra, 2009); (Soler, Herrera, Buitrago & Barón, 2009).

3. 7 Mindfulness o atención plena:

Una de las descripciones de Mindfulness más usadas es la del monje budista Ticht Nat Hanh que la define como mantener viva la propia conciencia focalizada en la realidad presente Hanh, (1976). Según Siegel, (2010) es una manera concreta de atender a las experiencias del aquí y ahora, y a la propia naturaleza de los pensamientos, desarrollando una forma especial de atención.

Según Britos, (2017) un ejercicio para trabajar con la emoción de ira, consiste en brindarle una serie de instrucciones al paciente, en las que se incluyen ejercicios de visualización, respiración diafragmática, evocación de situaciones en las que sintió ira, una situación actual o del año pasado, no necesariamente el episodio de ira más intenso, pero sí real. Posteriormente se le pide a la persona que localice la emoción en una zona del cuerpo y que la vaya analizando sin

luchar contra ella, observando sus variaciones, si puede decir si se siente fría o caliente. Mediante este tipo de ejercicios se dirigen a contactar con la compasión hacia la emoción, pidiéndole a la persona que intente sostener la emoción como una madre sostiene a su hijo recién nacido. Se realiza psicoeducación en relación a que la ira es una emoción natural. Al finalizar se le realizan una serie de preguntas a la persona sobre la experiencia de sostener la emoción con ternura y atención. Se retorna paulatinamente luego de ofrecer unos minutos para que las emociones pudieran asentar con espaciosidad, guiando la respiración, conectando con la conciencia sobre los efectos del ejercicio.

3. 8 Otras terapias de tercera generación: Terapia de Aceptación y Compromiso o Acceptance and Commitment Therapy (ACT):

La ACT constituye uno de los desarrollos más recientes del conductismo radical en el tratamiento de diversas afecciones psicológicas que presentan algunos pacientes (García, Soriano, Hernández & Záldivar, 2004; Kohlenberg et al., 2005).

Este tipo de enfoque ya no busca modificar la conducta desde un primer orden, sino que tiene en cuenta el cambio de las dinámicas en el sujeto respecto de su contexto, además, no se centran en la eliminación o el cambio del pensamiento Mañas, (2007).

Se basa en una serie de principios (aceptación, defusión cognitiva, experiencia presente, el yo observador, claridad de valores y la acción comprometida) y mediante el uso de metáforas y ejercicios experienciales y/o paradojas busca confrontar al sujeto con su realidad Hayes, (2004), Luciano & Valdivia (2006).

En cuanto a la aplicación de este enfoque sobre población vinculada a delitos relacionados con la ira, los resultados encontrados en una población de hombres que se encontraban privados de libertad en una cárcel de España, parecerían indicar una disminución de los niveles de impulsividad y evitación a partir del trabajo realizado por Sahagún & Salgado (2013).

Partiendo de este enfoque es necesario hablar de dos aspectos importantes en la comprensión de la ira como emoción, uno de ellos es la evitación experiencial y el otro es la fusión cognitiva. El primero hace referencia a "*el fenómeno que ocurre cuando una persona no desea permanecer en contacto con experiencias privadas concretas (ej.: sensaciones corporales, emociones, pensamientos, recuerdos, imágenes, predisposiciones conductuales) alterando la forma o frecuencia de dichas experiencias o de los contextos que las producen*" (Hayes et al., 1996, p.1154).

La fusión cognitiva se define como la tendencia a creer el contenido literal del pensamiento y del sentimiento, la excesiva o impropia regulación de la conducta por procesos verbales (reglas), más que por las contingencias del entorno (Hayes, Strosahl & Wilson, 2011). A partir de estos conceptos la ira sería entendida como la evitación de la tensión que produce el

disparador generado por una situación determinada, sostenido por la fusión cognitiva que impide distinguir el mundo personal de la persona, del externo y situarse en el “ahora”, sino en un mundo ligado a experiencias pasadas, rígido, a partir del cuál las sensaciones, pensamientos y emociones se toman por hechos y desencadenan en ira.

De acuerdo al material consultado un abordaje desde este enfoque (ACT) para trabajar con la ira, debería tomar estos conceptos que permiten comprenderla y fomentar la exposición progresiva de la persona, frente a situaciones desencadenantes de ira, promoviendo defusión cognitiva y acciones orientadas a contactar con valores.

3. 9 La Terapia de Conducta Dialéctica (TCD) o Dialectical Behavior Therapy (DBT):

La terapia de conducta dialéctica es una terapia psicológica de tercera generación desarrollada por Marsha Linehan (1993a, 1993b).

La perspectiva dialéctica es uno de los aspectos más característicos de la TCD, y supone un factor diferenciador respecto a otras terapias cognitivo conductuales (Chapman, 2006).

Consiste en un estilo de terapia basado en elementos como la aceptación, los valores y el mindfulness. Generalmente esta terapia se usa para el tratamiento de trastorno límite de la personalidad. Sin embargo, se puede usar también para el tratamiento de síntomas de impulsividad e inestabilidad emocional (Leslye, 2019).

Dado que la TCD se dirige específicamente a intervenir en la desregulación emocional y sus consecuencias conductuales, fundamentalmente las asociadas al escaso el control de impulsos y/o la autodestrucción; no es extraño que pueda adaptarse para patologías que presenten, de algún modo, este tipo de síntomas, por ejemplo aquellos trastornos relacionados con el control de la ira. En adolescentes, los datos experimentales evidenciaron que la TCD puede ser un tratamiento eficaz para reducir las ideas de muerte, el tiempo de hospitalización y otros síntomas del Trastorno Límite de Personalidad (TLP) o Borderline (Backer, Miller & Van den Bosch, 2009).

Al hablar de TCD o DBT es inevitable mencionar el modelo Bio-Social creado por Linehan, (1993a) el cuál explica el origen de los síntomas y cómo los síntomas continúan no solo con el TLP sino también en otras psicopatologías. La dimensión biológica de este modelo biosocial implica la idea de que la vulnerabilidad emocional es innata. Esta mirada entiende que las personas nacemos más o menos sensibles emocionalmente, esto forma parte de nuestra composición genética, Linehan, (1993a).

La dimensión social del mismo refiere a que son las interacciones sostenidas con un entorno invalidante y a lo largo del tiempo, las causantes de síntomas; entendiéndose como ambiente o entorno invalidante aquel donde el individuo no tiene una correcta adaptación, lo que conlleva a una disfunción del sistema de regulación de las emociones Linehan, (1993a).

Los cuadros sintomáticos de personas con escaso control de la ira, son comprendidas desde este modelo como una disfunción en el sistema de regulación emocional, producto de la interacción con un ambiente que negó o respondió de modo inadecuado a las experiencias privadas de la persona. Para por Linehan, (1993a) el entorno suele trivializar las reacciones emocionales del sujeto, no se las considera válidas ante los hechos que las provocan, incluso se las castiga. Por lo general se trata de familias que transmiten el mensaje de que la solución de los todos los problemas es simple, mostrando intolerancia ante la expresión de emociones negativas. Como resultado el sujeto se vuelve más dependiente del entorno para validar sus emociones, ya que no confía en su propia capacidad para autorregularse, viéndose exacerbada su vulnerabilidad emocional lo que a su vez, influye recíprocamente en el entorno invalidante.

Linehan, (1993a) entiende los modelos conductuales de las personas como una serie de dilemas dialécticos, es decir, una dimensión bipolar en la cuál el terapeuta tiene la labor de encontrar una posición de equilibrio entre dos fuerzas, (tesis y la antítesis), es decir, llegar a la síntesis o el cambio, que sería el resultado de esas dos fuerzas. El cambio es entendido como continúo y esencial para la vida de los individuos, sin embargo de no ser acompañado puede llevar a nuevas contradicciones.

Desde el enfoque de la TCD las conductas impulsivas presentes muchas veces en las reacciones de ira, se vinculan con el origen de conductas destructivas y violentas hacia otras personas, o hacia sí mismos.

Linehan, (1993a) explica las descargas conductuales como los intentos de la persona, de regular la emoción desagradable. La misma se refuerza negativamente por la sensación de liberación de la tensión interna (tesis y antítesis). La función del terapeuta es acompañar en el proceso de llegar a una síntesis a través de técnicas que permitan entre otros objetivos, validar las emociones que no fueron reconocidas, identificadas, valoradas y adecuadamente reguladas anteriormente, impidiéndole al consultante desarrollar confianza en sí mismo y en su capacidad para autorregularse, tornándose dependiente de la descarga conductual como forma precaria y nociva de lograr nuevamente el “equilibrio” interno.

Dentro de las prácticas desarrolladas por este modelo de abordaje dos de las principales líneas terapéuticas consisten en el abordaje individual y el desarrollo de habilidades sociales (promoción de capacidades conductuales, emocionales y cognitivas).

En el abordaje individual se puede trabajar en sesiones semanales de entre 50 a 90 minutos de duración. En los períodos de crisis se puede trabajar en 2 sesiones semanales. La modalidad incluye abordar objetivos diseñados de modo específico, atendiendo y priorizando la relevancia que un determinado problema tenga en el presente para la persona. Para identificar la relevancia de las conductas a ser abordadas, el terapeuta hace uso de tarjetas de registro diarias en las que el consultante debe rellenar en su casa y revisar al principio de cada sesión. En las mismas pueden registrarse los datos de la persona así como las emociones, las

conductas, los impulsos, las acciones, las habilidades utilizadas, entre otros datos. Esta es una manera de trabajar con los problemas estructurados en el programa de atención, así como los que surgen espontáneamente Linehan, (1993a).

El entrenamiento en habilidades puede ser abordado de manera grupal, en sesiones de 2 horas con frecuencia semanal, en algunos casos se estructura que los consultantes vayan por el primer año y luego sean libres de continuar asistiendo o no a estos grupos. El abordaje de estas sesiones es más conductista (se trabaja con la adquisición, el refuerzo y la generalización de habilidades). En ambas modalidades se presta especial atención al análisis de las contingencias (la relación entre dos conductas) y se busca estructurar el entorno, para detectar aquellos reforzadores de conductas disfuncionales que se pretenden eliminar.

Las estrategias nucleares de la TCD son la validación y la resolución de problemas.

Para Linehan existen 6 niveles de validación:

1) interés genuino por parte del consultante; 2) transmitir a éste entendimiento y reflexión de su discurso; 3) transmitirle comprensión de aspectos de la experiencia que el paciente no ha comunicado directamente; 4) validar la conducta mostrando que ésta es causada; 5) mostrar los aspectos razonables, en relación con la respuesta del entorno, de la conducta (sin evitar comentar también los aspectos disfuncionales); 6) creer en el paciente como sujeto cambiante, independientemente de su etiqueta diagnóstica, merecedor de respeto.

La resolución de problemas es la contra partida de la validación. Mientras que cuando se valida se busca que la persona acepte las situaciones del presente, la estrategia de resolución de problemas se focaliza en el cambio.

Será importante en esta búsqueda de la resolución de problemas, identificar las conductas y analizarlas a partir de problemas seleccionados por el terapeuta, se recurre a un análisis pormenorizado de la cadena de eventos que llevaron, uno tras otro, a una reacción conductual. El objetivo es determinar la función que tiene la conducta en el contexto de una serie de conductas, para ello se tiene en cuenta un evento específico del entorno, atendiendo a la descripción de los eventos que estuvieron presentes simultáneamente con el comienzo del problema traído por el consultante Linehan, (1993a).

Capítulo 4: Reflexiones finales:

Realizando este trabajo fue inevitable pensar en las esferas sociales en las que más comúnmente escuchamos a diario, quizás con otras expresiones, pero en definitiva expresiones en las que la ira, la violencia, la falta de control de impulsos, en el fútbol, el tránsito, la convivencia, las relaciones de pareja, los noviazgos, incluso en las escuelas; es un tema que nos concierne a todos y nos interpela de igual manera a diario.

La experiencia de tratar con una paciente como X cuyas manifestaciones de la ira pudo haber dejado secuelas en su aparato digestivo, había tenido impacto a demás en el vínculo con sus seres queridos, incluso aparecían brotes en períodos como vacaciones, posteriormente transformándose en pensamientos rumiantes que alteraban sus conductas basales; me permitió encontrar la conexión de las tres áreas (pensamiento, conducta, cuerpo). Trabajar principalmente con ejercicios de relajación, respiración, auto-registros y psico-educación en torno a las emociones fue gran parte del abordaje, desarrollando el uso de ejercicios que facilitaran la asertividad, retornando a estas ideas de manera constante, así como el uso del modelo ABC, ejercicios con naipes donde se trabajaba en la re significación de los pensamientos. Todo ello ha sido de gran utilidad para ver cómo con el paso de las sesiones X fue incorporando herramientas que le permitían registrar los cambios.

Quizás se hubiese visto enriquecido el abordaje de contar con un poco más de tiempo para poder hacer uso del enfoque de las terapias de tercera generación, aunque en la búsqueda no fue encontrada evidencia de técnicas utilizadas, quizá debido a las limitaciones de las base de datos consultadas.

Fue sumamente gratificante para mi haber trabajado con X debido a que desde la primer sesión en Cámara Gesell se pudo observar que no había tenido la mejor de las experiencias con terapeutas que habían intentado ayudarla anteriormente. Creo que los ejercicios de respiración diafragmática y de visualización fueron de las herramientas prácticas más importantes que X se llevó del tratamiento. Las mismas le permitieron abandonar uno de los fármacos que utilizaba para dormir.

Sin duda que el impacto del trabajo con sus respuestas de ira tuvo una incidencia en la manera de tramitar su ansiedad.

Como una crítica a mi trabajo puedo mencionar que haber hecho mucho más uso de los debates cognitivos, en especial el de tipo socrático, es un aspecto al que le pude haber dedicado más práctica. Pienso que X hubiese alcanzado progresos en algunas áreas concernientes a sus propias creencias limitantes, de manera mucho más rápida, de haberle dedicado más tiempo a trabajar con los mismos.

Otro aspecto que me sugiere reflexión es el relativo a las tareas para la casa. X varias veces se llevó tareas, principalmente auto-registros, los cuales traía vacíos en la siguiente consulta. En su lugar traía ideas de situaciones que le había pasado, pero no registraba fielmente lo que sentía o qué conductas había tenido. Esto muchas veces obstaculizó los objetivos de cada consulta dilatando los tiempos en relación a ciertas metas proyectadas.

En general me pareció una experiencia muy satisfactoria la de haber transitado por la práctica supervisada, logrando ver en cada sesión tanto personal, como en la de mis compañeras, los avances alcanzados tanto personales, como profesionales.

Bibliografía:

American Psychiatric Association (2002) DSM IV-TR. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.* Barcelona: Masson.

American Psychiatric Association (2014) DSM - 5. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.* Barcelona: Masson.

Averill, J. R. (1983). Studies on anger and aggression. Implications for theories of emotion. *American Psychologist, 38,* 1145-1160.

Aracil, A. & Gallar, J. (2008). Implantación de un contrato conductual en estudiantes universitarios: una experiencia en la asignatura. Estructura y función del cuerpo humano. *Educación médica, 11*(4), 239-246.

Backer, H. S., Miller, A. L. & van den Bosch, L. M. C. (2009). [Dialectical behaviour therapy for adolescents; a literature review]. *Tijdschrift Voor Psychiatrie, 51*(1), 31-41.

Beck, R. & Fernandez, E. (1998). Cognitive-behavioral therapy in the treatment of anger:A meta-analysis. *Cognitive therapy and Research, 22*, 63-74.

Beck, A. T. (2003). *Prisioneros del odio. Las bases de la ira, la hostilidad y la violencia.* Barcelona: Paidós. [Original: Prisoners of hate. The cognitive basis of anger, hostility, and violence". 1999. New York: Harper Collins].

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. & Emery, G. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión.* Bilbao: Desclée de Brouwer. [Original: Cognitive therapy of depression. 1979. Nueva York: Guilford Press].

Berkowitz, L. (1999). Anger. En T. Dalgleish & M. Power (Eds.), *Handbook of Cognition and Emotion* (411-428). Chichester: John Wiley y Sons.

Botero, C. (2004). Efectividad de una intervención Cognitivo Conductual para el Trastorno por Estrés Post Traumático en excombatientes colombianos. *Universitas Psychologica, 4*,(2) 205-219.

Buss, A.H. (1961). *The psychology of aggresion*. New York: Wiley.

Burns, J. W. (1997). Anger managenment style and hostility: predicting symptonspecific physiological reactivity among chronic low back pain patients. *Journal of Behavioral Medicine, 20,*505-522.

Brody L (1999) *Gender, Emotion, and the Family. Cambridge*, MA: Harvard University Press.

Caballo, V. E. (1983). Asetividad: definiciones y dimensiones. Universidad Autónoma de Mdrid. *Estudios de Psicología 13* (52-62).

Cacioppo, J. T., Berntson, G.G., Larsen, J. T., Poehlmann, K. M. & Ito, T.A. (2000). The psychophysiology of emotion. En M. Lewis y J.M. Haviland-Jones (Eds.), *Handbook of emotions. Second edition* (pp. 173-191). New York: The Guilford Press.

Cano-Vindel, A. & Miguel-Tobal, J. J. (2001). Emociones y salud. *Ansiedad y Estrés, 7,* 111-121.

Catilho, P., Xavier, A., Pinto-Gouveia, J., & Costa, T. (2015). When the «threat system» is switched on: The impact of anger and shame on paranoia. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 20* (3), 199-208.

Chapman, A. L. (2006). Dialectical behavior therapy: current indications and unique elements. *Psychiatry (Edgmont (Pa.: Township)), 3*(9), 62-68.

Chóliz, M. (1995). *Expresión de las emociones.* En E. G., Fernández –Abascal (Cor.), *Manual de motivación y emoción* (473-475). Madrid: Centro de Estudios Ramón Areces.

Corsi, E., Barrera, P., Flores, C., Perivancich, X., & Guerra, C. (2009). Efectos de un programa combinado de técnicas de modificación conductual para la disminución de la conducta disruptiva y el aumento de la conducta prosocial en escolares chilenos. *Acta Colombiana de Psicología, 12*(1), 67–76.

Deffenbacher,J. L., Story, D.A., Stark, R. S., Hogg,J.A. & Brandon, A. D. (1987). Cognitive-relaxation and social skills interventions in the treatment of general anger. *Journal of Counseling Psychology, 34*, 171-176.

Deffenbacher, J. L. (1992). Trait anger: Theory, findings, and implications. En C.D. Spielberger y J.N. Butcher (Eds.), *Advances in personality assessment 9*,177–201. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Deffebenbacher, J. L. (1993). Irritabilidad crónica: características e implicancias clínicas *Psicología Conductual,* 1, 51-72.

Deffenbacher, J.L. (1994). Anger reduction: issues, assessment and intervention strategies. En A.W. Siegman y T.W. Smith, Anger, Hostility and The Heart. Hilsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.

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

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

Deffenbacher, J. L., Dahlen, E., Lynch, R. S., Morris, C. D. & Gowensmith, W. N. (2000). An application of Beck´s cognitive therapy to general anger reduction. *Cognitive Therapy and Research, 24* (6), 689-697.

Deffenbacher, J. L., Oetting, E. R. & DiGiuseppe, R. A. (2002). Principles of empirically supported interventions applied to anger management. *Counselling Psychologist, 30*, 262-280.

Del Vecchio, T., & O´Leary, K. D. (2004). Effectiveness of anger treatment for specific ander problems: a meta analytic review. *Clinical Psychology Review, 24*, 15-34.

Diamond, E. L. (1982). The role of ange r and hostility in essential hypertension and coronary disease. *Psychological Bulletin*, 92, 410-433.

DiGiuseppe, R. (1999). End piece: Reflections on the treatment of anger. *Journal of Clinical Psychology, 55* (3), 365-379.

DiGiuseppe, R. & Tafrate, R. C. (2003). Anger treatment for adults: A meta-analytic review. *Clinical Psychology: Science and Practice, 10*, 70-84.

Deighton, R., Fernandez, I., Deschamps, J., Paez, D. & Traue, H. (2004). Culture, emotional inhibition, and somatization*. Psychology y Health, 19 (*suppl.), 43.

Denson, T. F., Fabiansson, E. C., Creswell, J. D., y Pedersen, W. C. (2009). Experimental effects of rumination styles on salivary cortisol responses. *Motivation and Emotion, 33*, 42-48.

Echeburúa, E. Sarasua, B, Zubizarreta & I. Corral, P. (2009). Evaluación de la eficacia de un tratamiento cognitivo-conductual para hombres violentos contra la pareja en un marco comunitario: una experiencia de 10 años (1997-2007) *International Journal of Clinical and Health Psychology, 9*, 2, (109-217) Granada, España.

Edmondson, C. B. & Conger, J. C. (1996). A review of treatment efficacy for individuals with anger problems: Conceptual, assessment and methodological issues. *Clinical Psychology Review, 16* (3), 251-275.

Ekman, P. & Oster, H. (1979). Facial Expressions of Emotion. *Annual Review of Psychology, 30.*

Ekman, P. (1984). Expression and the nature of emotion. En K.S. Scherer y P. Ekman (Eds.), *Approaches to emotion (319-344).* Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Ellis, A., & Harper, R.A. (1975). *A New Guide to Rational Living.* N. Hollywood, CA: Wilshire Books.

Ellis, A. (2000*). Vivir en una sociedad irracional*. Barcelona: Ed. Paidós Ibérica S.A.

Ellis, A. (1979). Rational-emotive therapy. En: Corsini, R. (Ed.), *Current Psychotherapies* (185- 229). Itasca, Il: Peacock Publishers.

Fernández-Abascal E.G. & Palmero F. (1999). *Emociones y salud.* En F. Palmero y E. G. Fernández Abascal. (Coord.), *Emociones y Salud* (5 -18). Barcelona: Ariel.

Fernández Berrocal, P. & Ramos, N. (2012). *Desarrolla tu inteligencia emocional.* Barcelona: Editorial Kairós.

Feshbach, S. (1964). The funcition of aggresion and regulation of agrresive drive. *Psychological Review, 71*, 257-272.

Feldman Barrett, L & Russell, J.A. (1998). Independence and bipolarity in the structure of affect. *Journal of Personality and Social Psychology, 74*, 967-984.

Frijda, N.H. (1986). *The emotions.* Cambridge: Cambridge University Press.

García Montes, J. M., Luciano Soriano, M. C., Hernández López, M., & Záldivar Basurto, F. (2004). Aplicación de la terapia de aceptación y compromiso (ACT) a sintomatología delirante: un estudio de caso. *Psicothema, 16*(1), 117-124.

Hanh T. N. (1976*).The miracle of mindfulness*. Boston: Beacon Press.

Harburg, E., Blakelock, E.H. & Roeper, P.J. (1979). *Resenful and reflective coping with arbitrary authority and blood pressure: Detroit. Psychosomatic Medicine, (3),* 189 - 202.

Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: a functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*(6), 1152–1168. DOI: 10.1037/0022- 006X.64.6.1152

Hayes, S.C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior therapy, 35*, 639-665.

Hayes, S. C., Strosahl, K. D. & Wilson, K. G. (2011). Acceptance and commitment therapy. *The process and practice of mindful change (2ª ed.).* New York, NY: Guilford Press.

Huyser, B. A. & Parker, J. C. (1999). *Afectividad negativa y dolor en las enfermedades reumáticas*. En Rheumatic Disease Clinics of North America: Manejo del dolor en las enfermedades reumáticas. Madrid: Panamericana.

Ibáñez, E. (1991). (Ed.) *Psicología de la salud y estilos de vida*. Valencia: Promolibro.

Ira. (s.f.) en *Etimologías de Chile.* Recuperado de etimologias.dechile.net/?ira

Izard, C.E. (1977). *Human emotions.* New York: Plenum Press.

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

Izard, C.E. (1993). Organitational and motivational functions of discrete emotions. En M. Lewis y J.M. Haviland (Eds.), *Handbook of emotions* (631 - 642). New York: The Guilford Press.

Jacobson, E. (1938). *Progressive Relaxation.* University of Chicago Press.

Johnson, E. H. (1990). *The deadly emotions. The role of anger, hostility and aggression in health and emotional wellbeing.* New York: Praeger.

Kassinove, H. & Tafrate, R. C. (2006). Anger-related disorders: Basic issues, models, and diagnostic considerations. En E. L. Feindler (Ed.), Anger-related disorders: A practitioner's guide to comparative treatments (pp. 1-27). New York: Springer publishing company.

Kaufman, H. (1970). Aggression and altruism. Nueva York: Holt, Rinehaart y Winston

Kemper T.D. (1978) A Social Interactional Theory of Emotions. New York: Wiley.

Kohlenberg, R., Tsai, M., García, R., Aguayo, L., Parra, A., & Virués-Ortega, J. (2005). Psicoterapia Analítico-Funcional y Terapia de Aceptación y Compromiso: teoría, aplicaciones y continuidad con el análisis del comportamiento1. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 5*(2), 349-371.

Labrador, F. (2008). *Técnicas de Modificación de Conducta.* Madrid: Pirámide.

Lang, P. J. (1968). Fear reduction and fear behavior: Problems in treating a construct. In J.M. Shlien (Ed.), *Research in psychotherapy* (*3)*. Washington, DC: American Psychological Association.

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

Lawler EJ (1999) Bringing emotions into social exchange theory. *Annual Review of Sociology 25:* 217–244.

Lazarus, A. (1971). *Behaior Terapy and beyond.* New York. Mc. Graw Hill.

León, I. & Hernandez, J.A. (1998). Testing the role of attribution and appraisal in predicting own and other´s emotions. *Cognition and Emotion, 12*, 27-43.

Lochman, J.E. & Wells, K.C. (1996). A social-cognitive interventionwith aggressive children: prevention effects and contextual implementation issues. En R.D. Peters y R.J. McMahon (Eds.*). Preventing childhood disorders, substance abuse, and delinquency* (pp.111-143). Thousand Oaks, CA: Sage.

López Blanco, Betsabé, & Rodríguez García, Edith, y Vázquez Pineda, Fernando, y Alcázar, Raúl J. (2012). Intervención cognitivo conductual para el manejo de la ira. <i xmlns="http://www.w3.org/1999/xhtml">Revista Mexicana de Psicología, 29(1), undefined-undefined. [fecha de Consulta 21 de Octubre de 2019]. ISSN: 0185-6073. Disponible en: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=2430/243030189009

López Pell, A.F., Cid Colom, J., Obst Camerini, J., Rondon, J. M., Alfano, S. M. & Cellerino, C. (2011). Guías esquematizadas de tratamiento de los trastornos de personalidad para profesionales, desde el modelo de Young, Klosko y Wheishar (2003*). Ciencias Psicológicas V* (1): 83-115.

Luciano, M.C. & Valdivia, M.S. (2006). La terapia de aceptación y compromiso (ACT).Fundamentos, características y evidencia. *Papeles del Psicólogo, 27*, 79-91.

Linehan, M. M. (1993a). *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder* (1.ª Ed.). New York: The Guilford Press.

Linehan, M. M. (1993b). *Skills Training Manual for Treating Borderline Personality Disorder* (1.ª Ed.). New York. The Guilford Press

Mañas, I. (2007). Nuevas terapias psicológicas: La tercera ola de terapias de conducta o terapias de tercera generación. *Gaceta de psicología, 40*, 26-34.

Martínez-Selva, J. L. (1995). *Psicofisiología.* Madrid: Síntesis.

Mayor, L. (1988*). Psicología de la emoción: teoría básica e investigaciones*. Valencia: Promolibro.

Miguel-Tobal, J.J., Cano-Vindel, A., Casado, M.I. y Escalona, A. (1994). Emociones e hipertensión. Implantación de un programa cognitivo-conductual en pacientes hipertensos*. Anales de Psicología*, 10 (2), 199-216.

Miguel-Tobal, J.J., Casado, M.I., Cano-Vindel, A. & Spielberger, C.D. (2001*). Manual del Inventario de expresión de ira estado-rasgo.* Madrid: Tea Ediciones.

McKay, M., Rogers, P. & McKay, J. (1991). *When anger hurts.* EUA: Kirk Johnson.

Miller, T. Q., Smith, T. W., Turner, C. W., Guijarro, M. L. & Hallet, A. J. (1996). A meta-analytic review of research on hostility and physical health. *Psychological Bulletin, 119* (2), 322-348.

Moon, J. R. & Eisler, R. M. (1983) Anger control: An experimental comparison of three behavioral treatments. *Behavior Therapy, 14,* 493-505.

Norlander, B. & Eckhardt, C. (2005). Anger, hostility, and male perpetrators of intimate partner violence: a meta-analytic review. *Clinical Psychology Review, 25*, 119-152.

Novaco, R. B. (1975*). Anger control: The development and evaluation of an experimental treatment.* Lexington, Mass: D.C. Heath.

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

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

Oatley, K., & Jenkins, J. M. (1992). Human emotions: Function and dysfunction. Annual *Review of Psychology, 43*, 55-85

Pagnini, F., Manzoni Gian, M., Castelnuovo, G. & Molinari, E. (2010). The efficacy of relaxation training in treating anxiety. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy, 5,* 264-269.

Palmero, F., Díez, J. L., & Breva, A. (2001). Type a Behavior Pattern Today: Relevance of the Jas-S Factor to Predict Heart Rate Reactivity. *Behavioral Medicine , 27*, 28-36.

Pérez Nieto, M. A., & González Ordi, H. (2005). La estructura afectiva de las emociones: un estudio comparativo sobre la Ira y el Miedo. *Ansiedad y Estrés, 11*(2-3), 141-155.

Pérez M. A., Redondo, M. & León, L. (2012). Aproximaciones a la emoción de ira: de la conceptualización a la intervención psicológica. *Revista de Motivación y Emoción*, *1*, 66 – 81.

Plutchik, R. (1987). *Las emociones.* México: Editorial Diana.

Plutchik, R. (1980). *Emotion: A psychoevolutionary synthesis.* New York: Harper y Row.

Plutchik, R. (2002). Emotions and life, Perspectives from Psychology, Biology and Evolution. EUA: *American Psychological Association*. 527-554.

Pollini, G., Micheff M. & Pedrowicz, M. (2009). Estudio exploratorio: uso del debate cognitivo en terapia cognitiva- conductual. *Revista de Psicologia da IMED, (1)* 1, (72-81).

Reilly P. M. & Shopshire M. S. *Programa para el manejo del enojo en clientes con problemas de abuso de sustancias y trastornos de salud mental: Un manual de psicoterapia cognitiva-conductual.* DHHS Publicación No. (SMA) 07-4188. Rockville, MD. Centro para el Tratamiento del Abuso de Sustancias, Administración de Servicios para el Abuso de Sustancias y la Salud Mental, 2006. Reimpreso 2007.

Rimé, B. y& Giovannini, D. (1986). *The phsysiological patterns of reported emotional states.* En K.R. Scherer, H.G. Wallbott y A.B. Summerfield (Eds.), Experiencing emotion: a cross-cultural study. Cambridge: Cambridge University Press.

Rimm, D. C., Hill, G.A. H., Brown, N. N. & Stuart, J. E. (1974). Group-assertive training in treatment of expression of inappropriate anger. *Psychological Reports, 34*, 791-798.

Roca, E. (2003). *Cómo mejorar tus habilidades sociales, programa de asertividad, autoestima e inteligencia emocional.* Valencia: ACDE

Ruiz, M. A., Díaz M. I. García, & Villalobos A. (2012) *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales*. 170 (2) Desclée De Brouwer. España.

Sahagun, L. M. & Salgado, C. F. (2013). Aplicación de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) con hombres que cumplen condena por maltrato. Un estudio piloto. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy,13*,3, 289-305

Sánchez, J., Rosa, A. I. & Olivares, J. (1998). Las técnicas de relajación en el campo de la psicología clínica y de la salud en España: Una revisión meta-analítica. *Cuadernos de Medicina Psicosomática, 45/46,* 21-36.

Sandín, B., Chorot, P., Santed, M.A. & Jiménez, M.P. (1995). Trastornos psicosomáticos. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.), *Manual de psicopatología, 2*. Madrid: McGraw-Hill.

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

Segura, M. & Arcas, M. (2007). *Educar las emociones y sentimientos,* (3). Madrid, España: Narcea, EFCA. P. 63. Recuperado de:=PA63ydq=que+es+el+control+de+irayhl =es419ysa=Xyei=EpD_VKi4PLWTsQTfz4LAAgyved=0CCsQ6AEwAw#v=one pageyq=que%20es%20el%20control%20de%20irayf=false.

Schachter, S. (1971). *Emotion Obesity and Crime.* New York: Academic Press.

Scherer, K.R. (1997). Profiles of emotion-antecedent appraisal: Testing theoretical predictions across cultures. *Cognition and Emotion, 11,* 113-150.

Schum, J. L., Jorgensen, R. S., Verhaeghen, P., Sauro, M., & Thibodeau, R. (2003). Trait anger, anger expression, and ambulatory blood pressure: A meta-analytic review*. Journal of Behavioral Medicine, 26,* 395-415.

Smith, T. W. (1994). Concepts and methods in the study of anger, hostility and health. en A. W. Siegman y T.W. Smith (Eds.), *Anger, hostility and health.* (25). Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum Associates.

Siegel, D. J. (2010). *Cerebro y mindfulness.* Barcelona, España: Paidós.

Siegman, A.W. & Smith, T.W. (1994) *Anger, hostility and health.* Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum Associates.

Soler, F., Herrera, J. P., Buitrago, S., & Barón, L. (2009). A home-based token economy program Introducción. *Revista Diversitas. Perspectivas En Psicología, 5*(2), 373–390.

Stenberg, C.R. & Campos, J.J. (1990). The development of anger expressions in infancy. En n.L. Stein, B. Leventhal y T. Trabasso (Eds.), *Psychological and biological approaches to emotion* (297-310). Hillsdale, N.J.: Erlbaum.

Stevens, S. E., Hynan, M. T., Allen, M., Braun, M. M. & McCart, M. R. (2007). Are complex psychotherapies more effective than biofeedback, progressive muscle relaxation, or both? A meta-analysis. *Psychological Reports, 100*, 303-324.

Spielberger, C. D., Sydeman, S. J., Owen, A. E., & Marsh, B. J. (1999). Measuring anxiety and anger with the State-Trait Anxiety Inventory (STAI) and the State-Trait Anger Expression Inventory (STAXI). In M. E. Maruish (Ed.), *The use of psychological testing for treatment planning and outcomes assessment* (993-1021). Mahwah, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.

Spielberger, C.D., Jacobs, G., Rusell, S.F. & Crane, R.S. (1983).*Assessment of anger: The State-Trait Anger Scale.* En J.N. Butcher y C.D. Spielberger (Eds.), Advances in personality assessment (vol. 2). Hillsdale, N.J.:Lawrence Erlbaum Associates.

Spielberger, C.D., Krasner, S. & Solomon, E. (1988). *The experience, expression, and control of anger.* En M.P. Janiesse (Coms.), Individual differences and stress. New York: Springer Press.

Stimmel, D. T., Rayburg, J., Waring, W., & Raffeld, P. M. (2005). The relation of internalized and trait anger to psychopathology. *Counseling and Clinical Psychology Journal, 2*(3), 112- 123.

Suin R. M. (2001). The terrible twos: anger and anxiety. *American Psycholigist*, 56, 27–36.

Suls, J., Wan, C.K. & Costa, P.T. (1995). Relationship of trait anger to resting blood pressure: a meta-analysis. *Health psychology,* 14(5), 444-456.

Sukhodolsky, D. G., Golub, A., & Cromwell, E. N. (2001). *Development and validation of the anger rumination scale. Personality and Individual Differences, 31*, 689-700.

Tafrate,R.C.(1995).*Evaluation of treatment strategies for adult anger disorders*. En H. Kassinove (Ed.), Anger disorders: Definition, diagnosis, and treatment (pp. 109-129). Washington. D. C., EUA: Taylor y Francis.

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

Tejón & Gutierrez (2015). Intervención cognitivo conductual en un caso de confusión emocional y bajo control de la ira. *Revista de casos clínicos en Salud Mental 1*: 101-116.

Tineo. L. (1997). El proceso terapéutico en la Terapia Centrada en Esquemas. Citado en Caro. I. (1997). *Manual de psicoterapia cognitivas. Estado de la cuestión y procesos psicoterapéuticos*. Barcelona: Paidós.

Turner J. H. (1999) Toward a general sociological theory of emotions. Journal for the Theory of Social Behaviour 29(2): 133–162.

Vega, B. (2019) *Intervención cognitivo conductual para el control de la ira.* Trabajo Académico para Optar el Título de la Segunda Especialidad Profesional en Terapia Cognitivo Conductual Universidad Nacional Federico Villarreal. Lima Perú.

Wang, X., Yang, L., Yang, J., Wang, P., & Lei, L. (2017). Trait anger and cyberbullhying among young adults: A moderated mediation model of moral disengagement and moral identity. Computers in Human Behavior, 73, 519-426.

Weil, A. (1997*)* The 4-7-8 or Relaxing Breath. Exercise *Reviewed by Benjamin S. Gonzalez, M.D., May, 2016.* https://www.drweil.com/health-wellness/body-mind-spirit/stress-anxiety/breathing-three-exercises/

Weiner, B. (1986). An attributional theory of motivation and emotion. New York: Springer-Verlag.

Wilkowski, B. M. & Robinson, M. D. (2007). Keeping one's cool: Trait anger, hostile thoughts, and the recruitment of limited capacity control. *Personality and Social Psychology Bulletin, 33,* 1201-1213.

Young, J. (2006). *Basic and Advanced Training in Schema Therapy for Personality Disorders.* Workshop.

Young, J. (1990). *Cognitive therapy for personality disorders: a schema -focused approach.* Sarasota-. Fl.: Professional Resource Exchange, Inc.

Young, J. (1993). *The Schema Diary.* New York: Cognitive Therapy Center of New York.

Young, J., Klosko, J. & Weishaar, M. (2003). *Schema Therapy. A Practitioner's Guide.* New York: Guilford Press.

Young, J. & Klosko, J. (2007). Terapia de esquemas. En J.M. Oldham, A.E. Skodol & D.S. Bender (Eds), *Tratado de los trastornos de la personalidad* (pp. 289-308). Barcelona: Elsevier Masson.