



**Universidad  
Europea** MADRID

# **Intervención cognitivo conductual para un caso único del manejo de la ira**

---

Máster de Psicología General Sanitaria

---

**Autor/a: Beatriz López Sánchez**

**Tutor/a académico: Dra. Rebeca Pardo Cebrián**

Fecha de realización del trabajo: Febrero 2023

N.º palabras: 11.523

## Resumen

En este trabajo se presenta el caso clínico de un hombre de 40 años de edad. Sus dificultades en el manejo de la ira comenzaron desde una edad muy temprana, además de presentar un estado de ánimo muy bajo y refiriendo que todas las áreas de su vida se encuentran afectadas por dichas dificultades. Se realiza la evaluación con un resultado en cuanto al índice de expresión de la ira de un percentil muy alto y con sintomatología de un estado depresivo grave. Se planifica una intervención desde el enfoque cognitivo-conductual destinada a reducir los episodios de estallido de ira, disminuir el estado de activación, aumentar las actividades placenteras, disminuir las discusiones tanto en el ámbito familiar como en el laboral y el aumento de tiempo de calidad destinado a sus hijos. Se apreciaron cambios notables desde las primeras sesiones de intervención, presentando el paciente una excelente adherencia al tratamiento y un muy buen vínculo terapéutico. El programa de intervención resultó eficaz ya que se produjo una disminución de los episodios de estallidos de ira por parte del paciente, tal y como se recoge de sus verbalizaciones en el inicio de sesión, un mejor manejo de la emoción de la ira, una mejora de las habilidades sociales y de la asertividad, mejoras en la gestión de conflictos y un aumento muy importante del estado de ánimo. Todos estos cambios quedaron reflejados tanto en las medidas post tratamiento de cuestionarios como en el discurso del paciente en las últimas sesiones.

**Palabras clave:** ira, violencia, estallidos de ira, tratamiento, agresividad, estado de ánimo

### *Abstract*

This document presents the clinical case of a 40-year-old man. His difficulties in managing anger began at a very young age, in addition to presenting a very low mood and referring that all areas of his life are affected by these difficulties. The evaluation is carried out with a result in terms of the anger expression index of a very high percentile and with symptoms of a severe depressive state. An intervention is planned from the cognitive-behavioral approach aimed at reducing episodes of outbursts of anger, decreasing the state of activation, increasing pleasant activities, reducing discussions both in the family and at work, and increasing quality time. intended for their children. Notable changes were observed from the first intervention sessions, with the patient presenting excellent acceptance to treatment and a very good therapeutic relationship. The intervention program was effective since there was a decrease in the episodes of angry outbursts by the patient, as reflected in their verbalizations at the start of the session, a better management of the emotion of anger, an improvement social skills and assertiveness, improvements in conflict management and a very significant increase in mood. All these changes were reflected both in the post-treatment measurements of the questionnaires and in the patient's speech in the last sessions.

***Keywords:*** anger, violence, outbursts of anger, treatment, aggressiveness, mood

## Tabla de Contenido

1. Introducción.....	6
2. Identificación del paciente y motivo de consulta .....	13
3. Estrategias de Evaluación.....	14
4. Formulación Clínica Del Caso .....	18
4.1. Historia Del Problema.....	18
4.2 Resultados De La Evaluación .....	20
4.3. Análisis Funcional Del Problema.....	22
4.3.1 Variables Disposicionales.....	22
4.3.2 Hipótesis de origen .....	23
4.3.3 Hipótesis de mantenimiento .....	23
4.4 Conclusiones y objetivos de tratamiento.....	27
5. Tratamiento.....	27
6. Valoración del tratamiento .....	37
6.1 Adherencia al tratamiento .....	37
6.2 Consecución de los objetivos .....	38
7. Discusión y conclusiones.....	46
8. Referencias bibliográficas .....	50
9. Anexos.....	56

### **Índice Tablas**

Tabla 1. Autorregistro .....	16
Tabla 2. Resumen de los datos obtenidos en el Inventario STAXI-2 .....	21
Tabla 3. Detalle de las sesiones realizadas y su contenido .....	28

### **Índice de Figuras**

Figura 1. Cadenas funcionales correspondientes a la hipótesis de mantenimiento .....	24
Figura 2. Comparativa de medidas pre y post del Inventario STAXI 2 .....	40
Figura 3. Comparativa de medidas pre y post del Inventario BDI II.....	43

### **Índice de Anexos**

Anexo I. Consentimiento Informado .....	56
Anexo II. Ficha de Legitimación, Datos Personales e Imágenes del Bono Social .....	58
Anexo III. Inventario de Expresión de la Ira-Rasgo STAXI-2 .....	61

## 1. Introducción

Las emociones son procesos psicológicos que ayudan a que la persona se prepare para responder y adaptarse al entorno que le rodea, es decir, a que pueda sobrevivir (Fernández Abascal et al., 2010).

El estudio de las emociones se ha realizado en psicología desde perspectivas y enfoques muy diferentes que han generado múltiples formas de conceptualizar y entender estos procesos.

El enfoque cognitivo defiende que las emociones se fundamentan en un componente valorativo, basándose en juicios sobre personas, situaciones o estados de cosas. Estos juicios pueden ser correctos, erróneos o ilusorios. Dan importancia a la interpretación de la situación emocional que las personas realizan. Defienden que la emoción se produce por la unión que se realiza de la interpretación cognitiva y la activación corporal que realiza la persona.

El enfoque conductual defiende que las emociones se desencadenan como respuestas emocionales a determinados estímulos, diferenciándose entre ellas mediante el condicionamiento que se produzca, no son la causa del comportamiento, sino que las emociones son comportamientos como tal (Froxán, 2020). Su objetivo es el de ayudar a la persona a hacer frente a su vida de la forma más adaptativa posible.

La gestión de las emociones es muy importante, ya que durante la vida de la persona las va adquiriendo según su aprendizaje y su experiencia. La sociedad a la que pertenece la persona juega un papel fundamental en dicho aprendizaje, ya que genera prácticas culturales que correlacionan con este aprendizaje de las emociones (Velasgui et. al, 2018).

La emoción de la ira está caracterizada por una gran activación psicofisiológica y una característica expresión en el rostro que va unida a sentimientos que pueden variar desde una leve irritación, a un moderado enfado, a una rabia y furia intensa. La ira se desencadena

cuando la persona percibe una situación en la que alguien o algo impide injustamente que se llegue a la satisfacción de una necesidad, a la consecución de un objetivo o meta o que se recibe un daño que es causado por otros de manera injusta (Pérez Nieto et al., 2008).

El estallido de la ira es un episodio que evoluciona en apenas unos minutos, es una explosión de breve duración y de gran intensidad. Presenta diferentes manifestaciones, variando según la persona y la situación, algunas de ellas son los cambios en el tono de la voz, su elevada intensidad, el cuerpo experimenta tensión, los dientes y los puños suelen estar apretados, la mirada cambia a amenazante y la persona realiza gestos donde muestra mucha rabia y enfurecimiento. El estallido suele ir acompañado de manifestaciones verbales como gritos e insultos y manifestaciones físicas como golpes, puñetazos, patadas, portazos, tirar objetos al suelo o incluso romperlos. En ocasiones, la persona que está inmersa en el estallido de ira, puede llegar a hacerse daño a él mismo o a otras personas, generando situaciones de violencia (Bonet y Suarez-Bagnasco, 2011).

En los episodios de estallido de ira se produce la activación de diferentes sistemas fisiológicos, entre ellos el sistema endocrino, el sistema nervioso autónomo, cambios en el sistema respiratorio y tensión de los músculos. Se produce un incremento notable de la frecuencia cardíaca y un aumento de la presión arterial, además de un aumento del nivel de testosterona y, por el contrario, una disminución de los niveles de cortisol. Se ha comprobado que debido a la repolarización que se produce en el miocardio durante los episodios de estallido, esto hace que se produzca un incremento de las probabilidades de producirse arritmias (Lampert, 2010).

Por otro lado, si en lugar de producirse en episodio de estallido, lo que se produce es la supresión de la ira, se produce un aumento en los niveles de noradrenalina y adrenalina, incrementando la presión arterial y produciendo una hiperactividad del sistema simpático,

además de un empeoramiento de la calidad y del tiempo destinado para el sueño (Caska et al., 2009).

Tras producirse el episodio de estallido de ira, es habitual que la persona presente rumiaciones sobre la situación vivida, que conlleva a la frustración. Las investigaciones realizadas sobre las rumiaciones basadas en representaciones cognitivas de situaciones pasadas, cuando son extendidas en el tiempo, prolongan la experiencia de la ira subjetiva y la influencia negativa cardiovascular. Las rumiaciones sobre las situaciones pasadas derivan frecuentemente en preocupaciones sobre situaciones futuras, y estas preocupaciones pueden ser conscientes o inconscientes, pudiendo estar activas durante el proceso del sueño; ello provoca un aumento de la actividad fisiológica asociada a la respuesta del estrés (Brosschot et al., 2010).

Una particularidad de la ira, es que ésta es el antecedente de las conductas agresivas, lo que lleva a generar problemas psicosociales, relacionados con violencia, bullying, abuso de sustancias y problemas interpersonales (Norlander y Eckhardt, 2005).

Las dificultades en el manejo de la ira se dan con una prevalencia de un 36% en las personas que presentan un diagnóstico de depresión mayor, un 81% en las personas diagnosticadas de trastorno bipolar II (Benazzi, 2003) y un 48% en personas con diagnóstico de estrés postraumático (Murphy et al., 2004). En investigaciones realizadas se encontraron niveles significativamente elevados de ira en personas que presentaban trastorno de ansiedad social, expresándola de forma problemática (Erwin et al., 2003).

El manejo de la ira no sólo es tenido en cuenta como un criterio para el diagnóstico de algunos trastornos, sino que la propia dificultad para su control, junto con el hecho de presentar una frecuencia, duración e intensidad excesiva, es considerado un problema

psicológico en sí, ya que interfiere muy negativamente en los diferentes ámbitos de la vida de la persona.

Estudios realizados han podido constatar empíricamente que los niveles de ira excesivos son un factor de riesgo para la salud, ya que están implicados en el desarrollo y mantenimiento de enfermedades cardiovasculares, de hipertensión y son un factor para una alta vulnerabilidad de mortalidad por cualquier causa (Martín et al., 1999; Suinn, 2001; Linden et al., 2003).

Se han realizado numerosas investigaciones con el objetivo de estudiar que estrategias se ponen en marcha para calmar la sensación displacentera que produce el estallido de la ira (Denollett et al., 2010), y se ha podido concluir que existen tres estilos básicos de afrontamiento emocional claramente identificados en cuanto a la ira, que son la ira interna, la ira externa y el control de ira (Johnson, 1990).

Se han desarrollado herramientas para poder medir y cuantificar estos tres estilos de afrontamiento de la ira como el State-Trait Anger Expression Inventory (STAXI) o su versión en castellano STAXI 2 (Miguel-Tobal et al., 2001).

El manejo de la ira es especialmente importante, tanto en su prevención como en el tratamiento de los problemas que generan la excesiva intensidad y frecuencia de la ira, debido a las consecuencias negativas que esta emoción puede provocar tanto en la salud física como en la mental de la persona, así como su influencia en las relaciones interpersonales (Kassinove y Tafrate, 2002)

Cuando se producen episodios de violencia, el antecedente en la mayoría de los casos, está relacionado con la dificultad en el manejo de la ira. La violencia es definida (Sanmartín, 2000) como “cualquier acción (o inacción) que tiene la finalidad de causar un daño (físico o no) a otro ser humano, sin que haya beneficio para la eficacia biológica propia. Por tanto,

debe ser intencionada, producirse en un contexto social interpersonal o intergrupala y debe tener como intención dañar como consecuencia del acto agresivo”.

Dentro de los diferentes tipos en los que se clasifica la violencia, se encuentra la violencia de género, que es definida por la Organización de las Naciones Unidas (ONU) como “todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga, o pueda tener como resultado, un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para las mujeres, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se produce en la vida pública o privada”.

En la mayoría de los casos, los agresores no padecen ninguna patología, pero sí un deseo de control y dominio sobre la mujer, empleando la violencia como medio para poder conseguirlo y presentando dificultades para el manejo de la ira.

Gracias a la realización de investigaciones sobre el manejo de la ira se ha comprobado que el manejo eficaz de la ira está asociado a la resolución de conflictos de manera constructiva y asociándose al óptimo funcionamiento social (Eisenberg et al., 2000; Rivers et al., 2007). Se ha comprobado que la regulación eficaz de las emociones está asociado además a indicadores positivos de salud mental (Barber et al., 2010), bienestar psicológico y a un aumento de la inteligencia emocional (Nelis et al., 2011).

Se considera que la intervención cognitivo-conductual es el enfoque más adecuado para el manejo de la ira en el ámbito clínico (Deffenbacher et al., 2000). Este enfoque se basa en la modificación de las conductas que influyen negativamente en los problemas que afectan a la salud mediante técnicas que han mostrado su eficacia en las investigaciones científicas realizadas (Garduño et al., 2010).

La eficacia de este tipo de enfoque, ha sido demostrada específicamente en tratamiento de las dificultades del manejo de la ira, debido a que permite alcanzar los objetivos de tratamiento deseados en este tipo de dificultades (Beck y Fernández, 1998).

Se han realizado investigaciones con el objetivo de encontrar tratamientos eficaces que ayuden al manejo de la ira (Pérez Nieto et al., 2008), concluyéndose que un tratamiento eficaz debe cuidar la autoestima de la persona, cuidando las elecciones que realiza; la persona debe mantener una orientación hacia el objetivo, centrándose en la tarea, obviando cualquier tipo de provocación; es muy importante identificar las situaciones y lugares habituales donde se intensifica el sentimiento de ira; identificar los antecedentes del estallido de la ira, tanto fisiológicos como cognitivos para poder intervenir antes de que se produzca el estallido; reducir la activación fisiológica; revalorar la importancia de las situaciones que provocan ira en la persona, la atribucionalidad externa que se realiza y los recursos de afrontamiento del individuo; reforzar el autocontrol percibido por parte de la persona y el desarrollo en habilidades sociales y en asertividad.

Las técnicas psicológicas que se han demostrado que poseen mayor validez científica para el manejo de la ira son (Novaco, 1975; Deffenbacher, 1994; Lochman y Wells, 1996; Pérez Nieto et al., 2008):

- Psicoeducación: técnica de intervención en la que se proporciona al paciente información específica sobre su dificultad, incluyendo información avalada científicamente.
- Reestructuración cognitiva: técnica enfocada en cambiar los pensamientos negativos e irracionales del individuo, que deterioran su calidad de vida.
- Respiración profunda: técnica que permite descender el ritmo cardiaco en momentos de gran activación.

- Relajación progresiva de Jacobson: técnica que ayuda a la reducción de la tensión de los diferentes músculos del cuerpo.
- Reconocimiento y gestión emocional: técnica que ayuda a evitar conflictos y/o enfrentamientos innecesarios, a expresar las diferentes emociones y a la orientación hacia los objetivos y el aprendizaje de los errores.
- Técnicas de resolución de conflictos: permiten mejorar la calidad de la toma de decisiones y de la solución de problemas, ayudando a facilitar la comunicación abierta y honesta entre las personas implicadas en el conflicto.
- Entrenamiento en asertividad y habilidades sociales: la asertividad implica que el individuo pueda defender sus derechos y expresar sus necesidades, respetando los derechos y necesidades de las otras personas. Trabajar sobre las habilidades sociales facilita positivamente las relaciones interpersonales.
- Activación conductual: técnica cuyos beneficios están relacionados con los refuerzos positivos que aportan de manera inmediata y a medio plazo la realización de actividades.
- Entrenamiento en autoinstrucciones: técnica en la que el individuo se da a sí mismo instrucciones con el objetivo de la regulación autónoma de su propia conducta para mejorar y/o lograr el éxito en una tarea o conducta determinada.
- Exposición gradual: técnica que permite la reducción de la asociación entre un estímulo determinado y la respuesta emitida por el individuo ante dicho estímulo, facilitando el aprendizaje de otra forma de respuesta más adaptativa.

En base a la literatura científica presentada y al análisis funcional específico del caso, se realizó una intervención con enfoque cognitivo-conductual sobre el caso clínico del paciente que presentaba dificultades en el manejo de la ira.

## 2. Identificación del paciente y motivo de consulta

En este estudio de caso, nos referiremos al paciente con el nombre de Miguel, no siendo éste su nombre real, para proteger su identidad según el código deontológico profesional que expone la Ley Orgánica de Protección de datos.

Miguel era un varón de 40 años, nacido en Madrid, que pertenecía a una familia de nivel sociocultural y económico medio, formada por la madre, diagnosticada con esquizofrenia paranoide y esclerosis múltiple desde que Miguel tenía 6 años, el padre y una hermana 4 años menor que Miguel.

Los padres de Miguel se divorciaron cuando él contaba con catorce años de edad, teniendo que declarar en el juzgado sobre la elección de con quién deseaba convivir y respetando el juez su elección. Su hermana y él se mudaron con su padre a un pueblo de una provincia limítrofe con Madrid y su madre quedó al cuidado de los abuelos maternos en el domicilio familiar, hasta que fue ingresada en una residencia debido al avance de sus enfermedades, residencia en la cual se encontraba residiendo en esos momentos.

Con la edad de diecisiete años y debido a los problemas continuos de convivencia con el padre y a las conductas disruptivas de Miguel, éste se independizó, regresando a vivir a Madrid, dejando los estudios y comenzando su andadura laboral.

La relación con su padre cambió positivamente cuando éste se mudó de nuevo a Madrid, a la edad de veinticinco años de Miguel, y este hecho hizo que padre e hijo retomaran el contacto y mejoraran su relación.

Miguel se casó en el 2004 con Sonia, de cuyo matrimonio nacieron dos hijos, Marcos de once años de edad y Ana de cinco años.

La relación con su mujer la describió como “amor/odio” desde que comenzó, teniendo formas diferentes de ver la vida y opiniones, en ocasiones contrarias, sobre la educación de sus hijos, lo que les provocaba discusiones constantes y una relación de pareja muy negativa.

En el ámbito laboral, desempeñaba funciones de responsable de una línea de productos de una fábrica, ostentando el cargo de jefe de sección. Se encontraba inmerso en un mal ambiente laboral, debido a las discusiones con su jefe superior y a su sensación de que éste manipulaba a las personas que Miguel tenía a su cargo con la intención de ponerlas en su contra.

En 2009, tras dos años de haber retomado la relación con su padre, éste falleció súbitamente por un infarto de miocardio mientras jugaba al tenis con un compañero.

El motivo de consulta de Miguel se debió a que refería vivir en un malestar continuo, creyendo que era debido a sus inseguridades y a su pasado, y esto le impedía disfrutar del presente. Expresaba sentirse de mal humor y mal carácter a diario, lo que le ocasionaba problemas en todos los ámbitos de su vida, sintiendo en ocasiones falta de ganas de vivir.

### **3. Estrategias de Evaluación**

La evaluación psicológica del paciente se llevó a cabo a través de la recopilación de la información durante las sesiones, utilizando para ello la entrevista clínica, autorregistros e inventarios cumplimentados por el paciente.

El proceso de la terapia psicológica tuvo una duración total de dieciocho sesiones, de las cuales, las cinco primeras, fueron destinadas exclusivamente a la realización del proceso de evaluación.

Durante las sesiones realizadas con el paciente de forma presencial en la consulta del centro, uno de los instrumentos que se utilizó para el proceso de evaluación fue

- La entrevista clínica semiestructurada: esta entrevista estaba compuesta tanto por preguntas cerradas como por preguntas abiertas, que permitieron, en primer lugar, establecer las bases de un buen vínculo terapéutico y mediante la que se recabaron los datos necesarios sobre el motivo de consulta, el origen, la frecuencia, los

mantenedores, las áreas afectadas, la familia/pareja/hijos, el trabajo/estudio, la red social, el ocio y los tratamientos previos.

Tras finalizar la primera sesión de evaluación, se hizo entrega al paciente de

- La historia biográfica, con el objetivo de que la cumplimentase en su domicilio durante la semana y la aportara de nuevo a consulta la semana siguiente. Dicha historia biográfica contenía preguntas relacionadas con el motivo de consulta, las dificultades que poseía y cómo afectaban a su vida, los síntomas que padecía en ese momento, los tratamientos psicológicos, psiquiátricos o médicos anteriores, el consumo de sustancias, así como los datos familiares, las relaciones de pareja y sexualidad, los aspectos sociales e intereses, la información académica y profesional y las expectativas sobre la terapia y motivaciones. Se revisó de forma conjunta, en la siguiente sesión, la información aportada en dicha historia biográfica, indagando con más detenimiento sobre algunos aspectos como las manifestaciones realizadas, con la finalidad de temporalizarlas, el motivo de consulta que le había llevado al proceso terapéutico y las expectativas sobre la terapia y sus motivaciones.

También se realizó la evaluación del riesgo de suicidio, utilizando para ello el

- Protocolo para la detección y manejo inicial de la ideación suicida realizado por el Centro de Psicología Aplicada de la Universidad Autónoma de Madrid (Martí, 2013), debido a que el paciente indicó en la historia biográfica, que en “ocasiones sentía no tener ganas de vivir”. Se procedió a la evaluación e identificación de la presencia de factores de riesgo y protección generales, a la evaluación del riesgo actual y a la valoración del riesgo de suicidio.

Otro de los instrumentos utilizados para la evaluación fue

- La observación conductual en las sesiones del paciente, debido a que el lenguaje no verbal podía aportar información que el lenguaje verbal no hacía o podía ayudar a completar información recogida verbalmente.

Además, se le entregaron al paciente al finalizar cada sesión

- Los autorregistros, que fueron utilizados como tarea para que el paciente los rellenara en su domicilio. Estos autorregistros permitieron obtener información de los episodios problemáticos ocurridos en los diferentes ámbitos, así como evaluar los antecedentes y consecuentes de dichos episodios (ver Tabla 1). Permitieron el conocimiento de la conducta en un entorno natural, ayudando al paciente a ser consciente de sus propias conductas y su manera de resolver las situaciones.

**Tabla 1**

*Autorregistro*

FECHA Y HORA	SITUACIÓN	EMOCIÓN	PENSAMIENTOS	CONSECUENCIAS
	¿Qué estaba haciendo en ese momento? ¿Dónde estaba, con quién y qué sucedía? ¿Me encuentro solo, acompañado? ¿En qué lugar?	¿Qué emociones sintió? En una escala del 0 al 10 ¿cómo de intenso lo sintió?	¿Qué le vino en ese momento a la cabeza (recuerdos, imágenes, ideas...)? ¿En qué grado del 0 al 10 pensó que esos pensamientos eran reales?	¿Después de ese momento qué fue lo que sucedió?

Como uno de los instrumentos para obtener datos cuantitativos, se utilizó el

- Inventario de Expresión de la Ira Estado-Rasgo STAXI-2 (Miguel-Tobal et al., 2001) diseñado con el objetivo de evaluar el rasgo, estado y expresión de ira del

paciente. Este inventario se encuentra compuesto por 49 elementos organizados en 3 grandes escalas. La escala que evalúa el Estado se encuentra formada por 10 ítems y a la vez tiene tres subescalas que son las de sentimiento, expresión verbal y expresión física. La escala que evalúa el Rasgo, está formada por dos subescalas más, que evalúan el temperamento y la reacción de ira. Además, la escala que evalúa la Expresión está formada por cuatro escalas adicionales, que evalúan la ira externa, la ira interna, el control de la ira y la expresión de la ira. En cuanto a la fiabilidad y la validez de criterio de este inventario, muestra un índice de fiabilidad interna de entre .82 y .93 en puntuaciones de la escala completa, de entre .89 y .97 en las puntuaciones de la subescala de estado, de entre .84 y .90 en las puntuaciones de la subescala rasgo, y de entre .73 y .89 en las puntuaciones de expresión y control de ira (Moral de la Rubia et al., 2010; Oliva- Mendoza et al., 2010; Moral de la Rubia et al., 2015; Mirella, 2016).

Además, se le pidió al paciente que cumplimentara el

- Inventario para la Depresión de Beck-II, BDI-II (Beck et al., 1996), instrumento compuesto por 21 ítems diseñado para la evaluación de la gravedad de la sintomatología depresiva tanto en adultos como adolescentes. En cada uno de los ítems, el sujeto debe elegir entre cuatro alternativas de respuesta valoradas del 0 al 3, ordenadas de mayor a menor gravedad sobre cómo se ha sentido durante las dos últimas semanas. Los resultados obtenidos se muestran en un rango de puntuaciones que van desde el 0 al 63, estableciendo que el rango de 0 a 9 indica la ausencia de depresión, el rango de 10 a 18 un estado depresivo leve, el rango de puntuaciones de 19 a 29 un estado depresivo moderado y, por último, el rango de puntuaciones de 30 a 63, señala un estado depresivo grave. El inventario muestra en el análisis de consistencia interna, un coeficiente Alfa de Cronbach de .89,

indicando una buena consistencia interna. Además, los índices de validez convergente y discriminante muestran coeficientes de correlación convergente con otras medidas de autoinforme y de heteroevaluación de la depresión cuya mediana es de .68, superando el criterio estándar de excelente marcando en .60 (García et al., 2015).

Por último, para realizar la evaluación de la adherencia por parte del paciente al proceso terapéutico, se utilizó

- Un método indirecto, basado en la comparación a nivel cuantitativo de las tareas pedidas al paciente para su realización durante la semana entre las sesiones programadas y el número de tareas realizadas en dicha semana por su parte. Esta evaluación se realizó durante todo el periodo del proceso terapéutico, desde la primera sesión hasta la sesión de cierre.

## **4. Formulación Clínica Del Caso**

### **4.1. Historia Del Problema**

Miguel expresó tener dificultades con el manejo de la ira desde la infancia, pensaba firmemente que esta dificultad era heredada genéticamente y que las modificaciones en ella eran muy complicadas, incluso imposibles. Afirmaba que podía haberse visto influida, esta dificultad, por el ambiente en su hogar por parte de su madre, diagnosticada desde muy joven de esquizofrenia y esclerosis múltiple. Las explosiones de ira en su casa eran frecuentes por parte de su madre y aunque su padre intentaba mantener alejados a Miguel y a su hermana de estos episodios, no siempre le fue posible.

Recordaba como un hecho traumático cuando sus padres decidieron divorciarse.

Miguel declaró en el juzgado con quién deseaba vivir cuando contaba con catorce años y esto

le marcó muchísimo y a pesar de que el juzgado respetó su decisión, es una situación que no había olvidado.

Miguel era adolescente cuando se marchó a vivir con su padre a otra ciudad, lo que hizo incrementar sus dificultades de manejo de la ira. A diario tenía enfrentamientos con él por hechos cotidianos como los estudios o el comportamiento, marchándose de casa días sin el conocimiento ni contacto con su padre o gastándose en entradas de fútbol el dinero destinado para el viaje de fin de curso, por ejemplo.

Las parejas de su padre, durante aquella época, presentaban problemas con el consumo de sustancias, principalmente de alcohol, lo que provocaba discusiones y enfrentamientos constantes en el domicilio. Dichas situaciones Miguel las gestionaba, en determinadas ocasiones, con conductas agresivas físicas contra ellas. Estas circunstancias hicieron que Miguel siguiera teniendo estallidos de ira continuos, no sólo dentro del área familiar, sino también se extendieron a otras áreas como el área social.

Se convirtió en una persona muy conflictiva dentro del centro de estudios, siendo expulsado por peleas con compañeros, agresiones, bullying y destrozos del material. Todo esto, le llevó a la pertenencia de grupos conflictivos y al consumo de sustancias ilegales, que hicieron incrementar sus dificultades en el manejo de la ira.

Desde que se incorporó al mundo laboral, había tenido problemas en todas las empresas a las que había pertenecido, debido a su manejo de la ira. Este hecho había generado el aislamiento de Miguel en lo laboral, rechazo de los demás compañeros y discusiones muy elevadas de tono, con cargos superiores, en ocasiones expresando por parte de Miguel, que terminarían llegando a la agresión física como única forma viable para la resolución de los conflictos.

En el ámbito personal, su mujer le recriminaba que parecía “bipolar” debido a los episodios de estallido de ira y a los consecuentes arrepentimientos por dichos estallidos. La

relación entre ellos estaba muy deteriorada desde hacía años, planteándose el divorcio en varias ocasiones.

En el momento de la consulta, no quería trabajar para mejorar la relación con su mujer, dejando este planteamiento a largo plazo.

La relación con sus hijos había comenzado a dañarse muy seriamente, las actividades del día a día, hacían que Miguel perdiera el control rápidamente, mostrándose de forma agresiva, principalmente de forma verbal con sus hijos. Representaba la figura temida, provocando rechazo e impidiendo que tuvieran una relación paterno filial sana.

En ocasiones, había llegado a coger a sus hijos bruscamente del hombro o la mano, para trasladarlos de lugar o conseguir que realizaran la acción que se les estaba pidiendo.

Además, el hijo mayor de Miguel, había comenzado a repetir las conductas agresivas de su padre, provocando discusiones y enfrentamientos diarios en el hogar, llegando en ocasiones a conductas agresivas físicas por parte de los dos.

Miguel tenía miedo de que esta situación cada vez fuese a más, porque se sentía reflejado en las acciones y en las dificultades del manejo de la ira que veía en su hijo y también presentaba preocupación de que su hija pequeña aprendiera ese tipo de comportamientos y comenzara a utilizarlos en un futuro próximo.

En el momento de acudir a consulta, Miguel se sentía que no encontraba la salida, que todos los ámbitos de su vida estaban afectados y que la terapia psicológica era su última oportunidad para poder aprender a gestionar su vida.

#### **4.2 Resultados De La Evaluación**

Durante la entrevista de evaluación, se apreciaba que Miguel se mostraba frío y distante, no levantaba apenas la mirada del suelo durante toda la sesión, respondía con monosílabos a la mayoría de las preguntas y mostraba un lenguaje lento y pausado.

Se identificaban que todas las áreas de su vida se encontraban afectadas por las dificultades del manejo de la ira, sintiéndose aislado en todos los ámbitos por esta causa.

Se cumplimentó por parte del paciente con fecha 20 de julio de 2022, el Inventario para la Depresión de Beck-II BDI-II (Beck et al., 1996), presentando una puntuación de 31, correlacionando dicha puntuación con sintomatología de estado depresivo grave.

Miguel también cumplimentó en la misma fecha el Inventario de Expresión de la Ira Estado-Rasgo STAXI-2 (Miguel-Tobal et al., 2001), cuyas puntuaciones aparecen desglosadas en la Tabla 2, presentando a nivel de Estado alto-moderado, tanto en sentimiento como en expresión física y verbal. En cuanto a Rasgo, se situaba en un percentil 95 en temperamento y en un percentil 80 en reacción. Además de situarse en el percentil 95 en la expresión interna, en el percentil 80 en la expresión externa, en el percentil 15 en control externo de la ira y en el percentil 40 en el control interno. Con un índice de expresión de ira situado en el percentil 99.

**Tabla 2**

*Resumen de los datos obtenidos en el Inventario STAXI-2*

Nivel	Estado	Sentimiento	Expresión Física	Expresión Verbal
Alto		17		16
Moderado	30			
Bajo			7	

Rasgo	Temperamento	Reacción	Expresión Exterior	Expresión Interior	Control Externo Ira	Control Interno Ira

---

Puntuación	30	15	15	13	19	12	12
Directa							

---

### 4.3. Análisis Funcional Del Problema

#### 4.3.1 Variables Disposicionales

##### *Del Entorno.*

- La enfermedad de esquizofrenia paranoide y esclerosis múltiple de su madre desde muy joven y el alto número de horas que el padre pasaba fuera del hogar: esto hizo que Miguel no contara con los cuidados y la educación propios de una figura ni materna ni paterna, y como consecuencia, tuvo una infancia sin apenas educación emocional, desempeñando un papel de cuidador y de responsabilidad desde muy corta edad, lo que hizo que inhibiera la expresión de su propio malestar o enfado por no convertirse en una carga más de la familia.
- La declaración oficial y vinculante en el juzgado de con quién deseaba vivir tras el divorcio de sus padres: afectándole emocionalmente, sintiendo que abandonaba a su madre, por preferir vivir con su padre.
- La mala relación con su mujer desde hacía muchos años, ya que ella siempre le recriminaba que parecía que tenía un trastorno bipolar y ello generaba en él sentimientos de inseguridad.
- Fallecimiento de su padre por muerte súbita en el periodo en el que la relación entre ellos estaba en su mejor momento, dejando a Miguel con sentimiento de vacío y de culpa por no haber pasado tiempo con él.

*Del Individuo.*

- Asumir responsabilidades y cuidados médicos de su madre desde muy temprana edad y encargarse de su hermana menor, tanto en temas escolares como en su cuidado personal, repercutieron en una baja autoestima y en dificultades para el manejo de la ira.
- Creencia de que su carácter fuerte e impulsivo era heredado biológicamente, lo que le hacía pensar que no había posibilidad de cambio en el manejo de la ira y que su hijo también había heredado dicho carácter, haciéndole sentir culpable por ello.
- La mala relación con su padre debido a sus conductas disruptivas y su poca comprensión con el padre, lo que le llevaba en el momento de su madurez a un sentimiento de culpabilidad.

#### ***4.3.2 Hipótesis de origen***

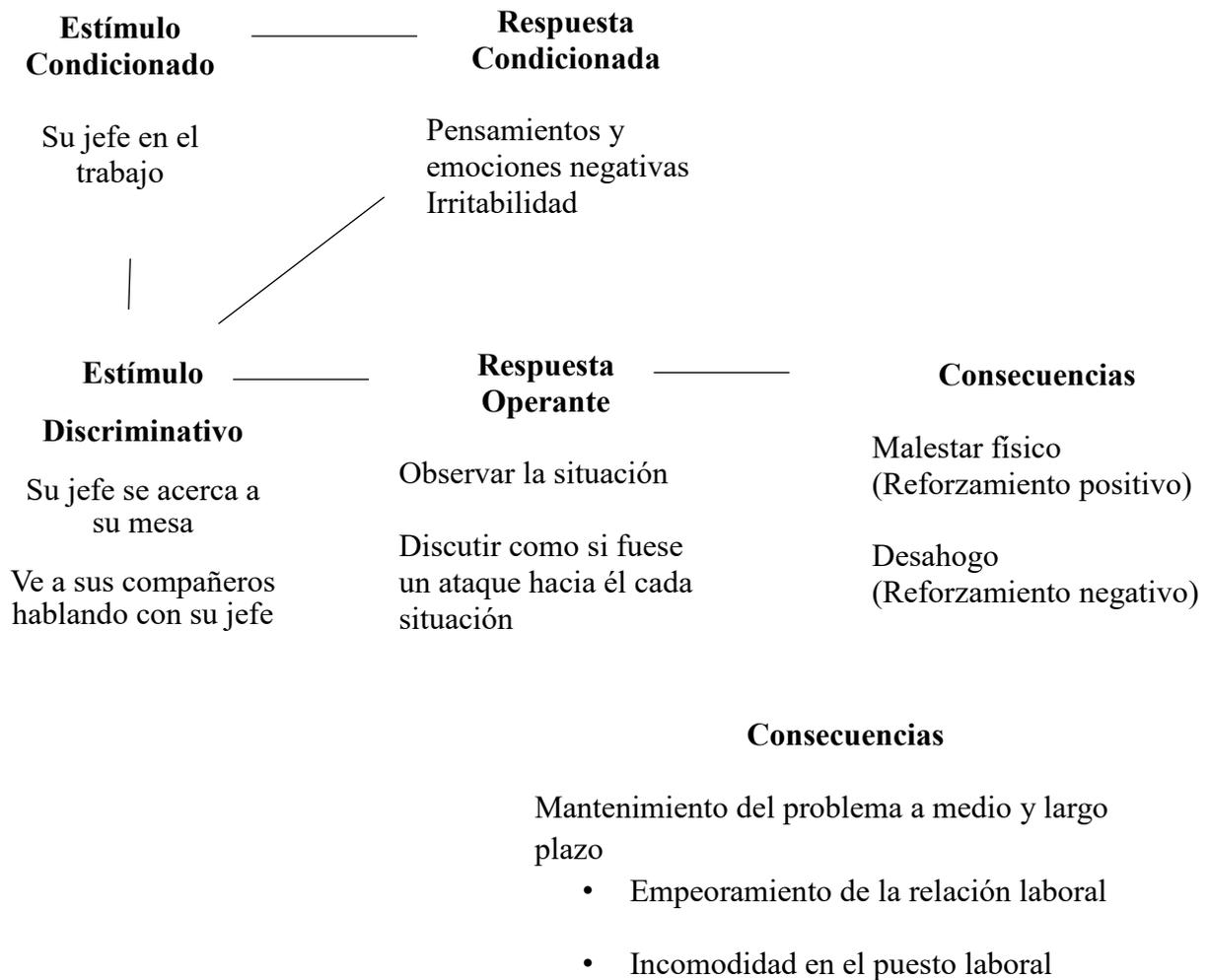
No existía un desencadenante claro que pudiera considerarse como origen de la falta de gestión del manejo de la ira, aunque cuando Miguel era preguntado por ello directamente, marcaba como inicio la separación de sus padres, mientras que, en la evaluación, él hablaba de un inicio mucho anterior, ya que mientras convivían con su madre, ya existían estallidos de ira sin control. Por lo que se concluyó que había un curso continuo y un origen insidioso.

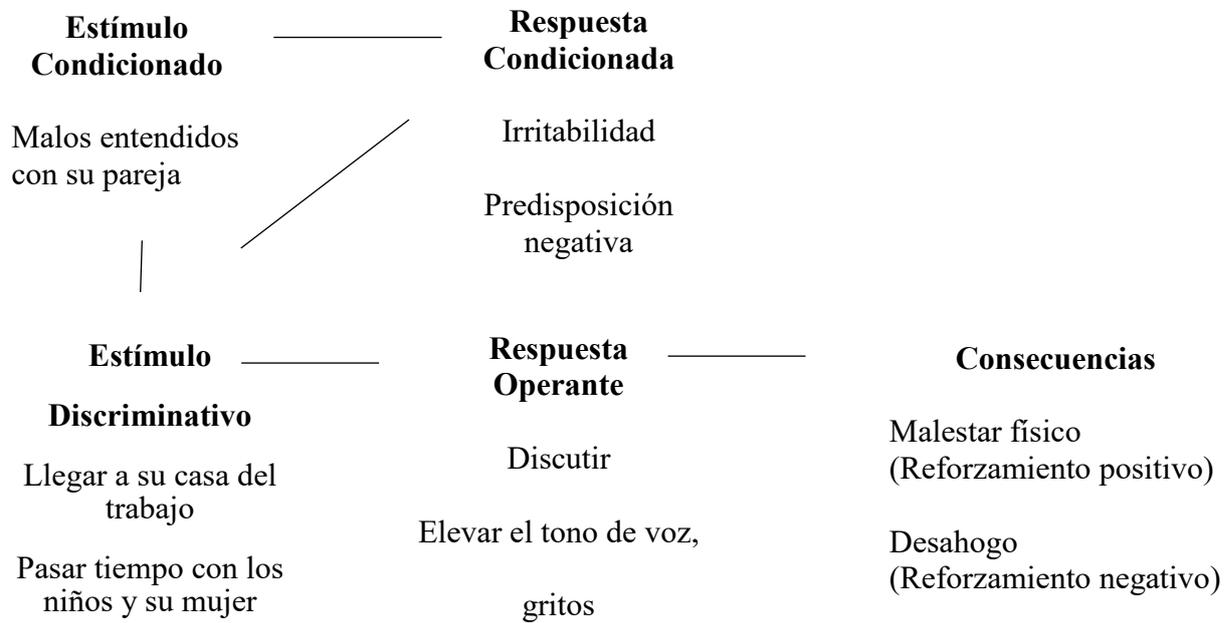
#### ***4.3.3 Hipótesis de mantenimiento***

Con el fin de conocer cuáles eran las circunstancias que hacían que el problema de Miguel se mantuviera en el tiempo, se realizó un estudio desglosado, que aparece en la Figura 1, mediante cadenas funcionales de cada una de las circunstancias que influyeron en su mantenimiento.

**Figura 1**

*Cadenas funcionales correspondientes a la hipótesis de mantenimiento*

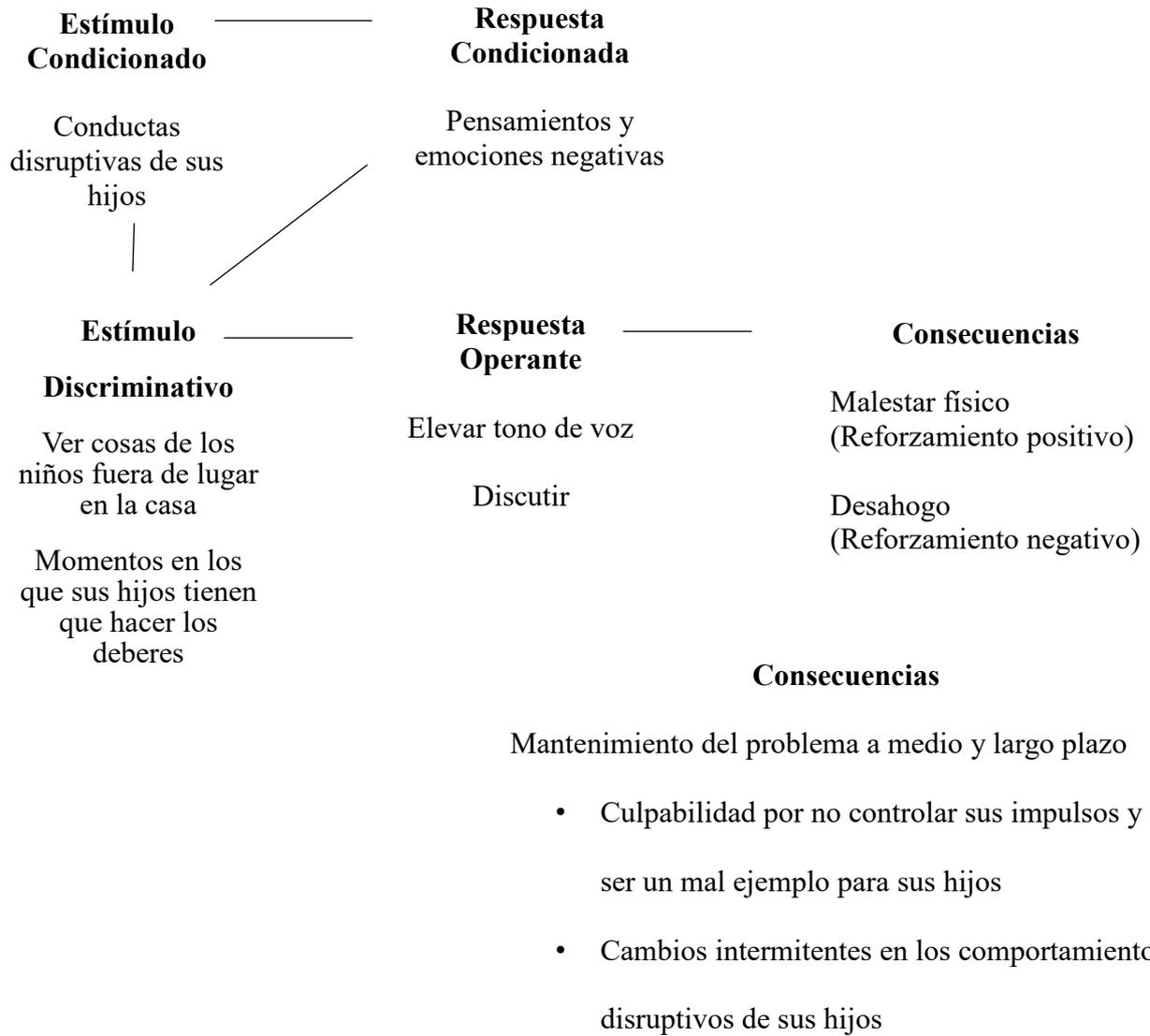




**Consecuencias**

Mantenimiento del problema a medio y largo plazo

- No hablarse con su mujer durante días
- Mal ambiente en el hogar familiar
- Pensamientos de romper la relación matrimonial



#### **4.4 Conclusiones y objetivos de tratamiento**

Tras la evaluación, se concluyó que Miguel presentaba dificultades en el manejo de la ira, puntuando en la dimensión de Rasgo, cifras cuantitativas muy elevadas, representando un percentil 95.

Esta dificultad afectaba a todas las áreas de su vida, unida al pensamiento de que el manejo de la ira era algo heredado y apenas modificable, hacía que se sintiera desde hacía años desmotivado y con bajo estado de ánimo.

Este hecho se reflejó en la puntuación obtenida en el Inventario para la Depresión de Beck-II (Beck et al., 1996), siendo ésta de 31, correlacionando con sintomatología de estado depresivo grave.

Se realizó la explicación a Miguel de las conclusiones generadas a partir de la evaluación que se había realizado. Se le mostraron los datos cuantitativos obtenidos de los inventarios y herramientas utilizadas y se le presentaron los objetivos terapéuticos, con los que él mostró conformidad absoluta. Los objetivos acordados fueron los siguientes:

- Reducción de los episodios de estallido de ira
- Disminución del estado de activación
- Aumento del número de actividades placenteras
- Disminución de las discusiones con su mujer
- Aumento del tiempo de calidad dedicado a sus hijos
- Disminución de las discusiones con su jefe y sus compañeros de trabajo

### **5. Tratamiento**

El proceso terapéutico duró en total dieciocho sesiones, de las cuales cinco fueron de evaluación, doce de ellas fueron destinadas a la intervención con la finalidad de alcanzar los objetivos planteados y la última fue utilizada para trabajar la prevención de recaídas junto con

el repaso de las técnicas trabajadas durante todo el proceso y la entrega del informe de alta.

En la Tabla 3 se desglosa el contenido de cada una de las sesiones.

**Tabla 3**

*Detalle de las sesiones realizadas y su contenido*

Sesiones	Contenido
Sesiones de la 1 a la 5	Realización de la evaluación mediante Entrevista clínica Historia Biográfica Autorregistros BDI-II STAXI 2
Sesión 6	Explicación del análisis funcional y resultados de los instrumentos de evaluación Definición de objetivos terapéuticos
Sesión 7	Psicoeducación en emociones e inteligencia emocional Pensamientos irracionales
Sesión 8	Psicoeducación en ira (concepto y tipos)
Sesión 9	Psicoeducación en ira (expresión de la ira) Reconocimiento y gestión emocional
Sesión 10	Psicoeducación en ira (fases) Mitos sobre la ira
Sesión 11	Reestructuración cognitiva

---

Sesión 12	Entrenamiento en respiración profunda Entrenamiento en habilidades sociales
Sesión 13	Continuación en entrenamiento en habilidades sociales Activación conductual
Sesión 14	Entrenamiento en relajación progresiva de Jacobson
Sesión 15	Técnica de resolución de conflictos
Sesión 16	Entrenamiento en asertividad
Sesión 17	Entrenamiento en autoinstrucciones Exposición gradual
Sesión 18	Informe de alta Resumen de técnicas trabajadas y su aplicación Prevención de recaídas
Seguimiento	Conexión online de seguimiento

---

Las sesiones tuvieron una duración aproximada de 50 minutos, aunque en ocasiones llegaron a completar la hora, dependiendo siempre del contenido de la sesión. La separación entre sesiones fue semanal, excepcionalmente y debido a las vacaciones de verano, se dejaron cuatro semanas sin sesión.

Para la última sesión se había realizado un distanciamiento de 15 días desde la anterior sesión con el objetivo de que el paciente tuviera tiempo para continuar aplicando los recursos y técnicas trabajadas y que aumentara la probabilidad de exposición a situaciones donde pudiera poner en marcha las diferentes técnicas. La sesión de seguimiento se realizó mediante conexión online, al mes de haber finalizado el proceso terapéutico.

Se dedicó una sesión a la explicación al paciente de las conclusiones obtenidas durante la evaluación, utilizando el análisis funcional para ello y se le entregó el informe de evaluación, que devolvió firmado. Se le presentaron a Miguel los objetivos terapéuticos, con los que mostró su conformidad absoluta.

En la *séptima y octava sesión* se analizaron las situaciones que Miguel había reflejado en el autorregistro que llevó a consulta. Una de ellas fue vivida en el ámbito laboral, ya que hubo una incidencia en su departamento en el turno de mañana y cuando él entró en el de tarde, su jefe fue a recriminárselo a él. Se analizaron los pensamientos de Miguel en ese momento, que eran que su jefe siempre quería atribuirle las acciones negativas de todas las situaciones problemáticas, él sintió rabia, ira, y eso le llevó a una gran discusión con su jefe y que terminasen sin dirigirse la palabra y advirtiendo por parte de Miguel a su jefe, que presentaría una queja formal al jefe superior.

Otra de las situaciones del autorregistro fue una fuerte discusión con su mujer en el coche, porque ella había invitado al viaje que habían pensado realizar el fin de semana con su autocaravana a una prima de ésta y a su marido, con el que Miguel no tiene una buena relación. Esto generó una discusión en el coche, en el que también se encontraban sus hijos, donde recriminó esta acción a su mujer, llegando a verbalizarse insultos entre ambos.

Se analizaron las consecuencias de este estallido por parte de Miguel, viendo otras opciones de comportamiento y analizando las consecuencias de cada una de ellas. Se planteó

tener una conversación desde la calma con su mujer, para llegar a un acuerdo sobre las actividades y momentos que compartirían con los familiares y cuales realizarían únicamente el núcleo familiar estricto en el viaje.

Se trabajó con los pensamientos irracionales mediante las estrategias para el debate, utilizando la evidencia, la magnitud y la utilidad de los pensamientos que Miguel tuvo en la situación detallada. Se inició la Psicoeducación en emociones e inteligencia emocional, además del concepto y los tipos de ira existentes.

Se le solicitó a Miguel que reflexionara sobre las actividades placenteras que le gustaría realizar a él en soledad, él como padre y él como pareja. Tres días después de la sesión, se recibió dicho mail en el que detalló que a nivel individual le gustaría salir a andar, tomar algo con sus amigos, ir al cine y escuchar música y relajarse. En su papel de padre le gustaría salir al parque con sus hijos, montar en bici, compartir momentos con ellos como jugar, charlar, estudiar y salir al campo a realizar rutas juntos. Y, por último, en su papel de marido le gustaría salir a cenar con su mujer de vez en cuando, salir a bailar y tomarse una copa, viajar, ver alguna película o serie y disfrutar del sexo juntos.

En la *novena y décima sesión* se analizaron las consecuencias que había tenido la acción de mantener una conversación con su mujer para intentar llegar a acuerdos respecto al viaje que tenían planificado, trabajado en la sesión anterior. Expresó sentirse muy contento, ya que pudo mantener ese diálogo con su mujer y establecer límites y acuerdos, que fueron respetados durante el viaje. Comentó sentirse orgulloso de haber sido capaz de hablar desde la calma y haber negociado aspectos con su mujer, situación que antes nunca se había dado.

En cuando a los autorregistros semanales, reflejó una situación con su hijo, en la que el niño provocó un episodio con estallido de ira por su parte, al ser castigado por su padre por no realizar los deberes. Como consecuencia, le apagó la consola, impidiendo que continuara

jugando y el niño comenzó a gritar, insultar y dar golpes y patadas al mobiliario de su dormitorio. Se analizó junto a Miguel cuál fue su conducta ante este hecho, en la que comentó que fue consciente de las consecuencias que podría tener si él no manejaba correctamente su ira, con lo que salió de la estancia del niño, tomó distancia, se tranquilizó y después volvió más calmado a hablar con el niño y tratar de calmarlo. Expresó que, aunque le costaba mucho esfuerzo no estallar y expresarse mediante gritos con su hijo, se sentía satisfecho de haberlo conseguido y de poder reconducir la situación.

Trabajamos las consecuencias de esta conducta llevada a cabo por parte de Miguel, los pensamientos y emociones que le generaron. También otras opciones de respuestas, analizando sus consecuencias, pensamientos y emociones.

Se reflejaron en el autorregistro dos situaciones más, en una de ellas comentó que manejó el estallido de ira, siendo un conflicto con su hijo mayor por el hecho de apagar la consola para ir a una reunión familiar y que la otra situación fue una discusión con su pareja debido a que ésta le otorgó el papel del castigador, haciendo advertencias a sus hijos de que cuando su padre llegase al domicilio, se enfadaría y los castigaría. Trabajamos las diferentes respuestas ante esas situaciones, los pensamientos y emociones que provocarían y las consecuencias de cada una de ellas.

Miguel expresaba que debido a tener que reflexionar sobre actividades placenteras que le gustaría hacer para él, como se le solicitó en la sesión anterior, se había matriculado en un instituto en el turno de tarde para estudiar y poder tener la titulación del graduado escolar que tenía pendiente. Esta idea siempre la había tenido en mente, pero no había sentido la capacidad de poder llevarla a cabo con éxito hasta ese momento. Trabajamos en consulta los beneficios que le proporcionaría esta decisión y los inconvenientes que podría encontrarse en el proceso, con el objetivo de prevenir el abandono.

Continuamos con la Psicoeducación de la ira, trabajando sobre la expresión de la misma y sobre el reconocimiento y gestión emocional con el objetivo de que aprendiera a observar sus propias respuestas emocionales de una forma consciente. Analizamos a nivel físico cuales eran los antecedentes a su estallido de ira, que expresó sentir tensión en brazos, embotamiento mental y dolor en hombro izquierdo principalmente. Trabajamos el hecho de que fuese consciente, considerándolos como avisos para poner en marcha técnicas que consiguieran manejar correctamente la ira.

Se trabajaron las fases del proceso de estallido y los mitos asociados a la ira, como el hecho de que el comportamiento era heredado genéticamente y no basado en el aprendizaje.

En la *undécima y duodécima sesión* Miguel se presentó muy animado y contento, debido a los avances que estaba teniendo y las modificaciones que se producían en los diferentes ambientes debido a los cambios que estaba realizando.

Se trabajó la reestructuración cognitiva, partiendo de las situaciones reflejadas en los autorregistros durante esas semanas y las anteriores, se trabajó con el objetivo de que comprendiera como los pensamientos influían en las emociones y en las conductas, por la interpretación que se realizaba de las situaciones. Se trabajaron las creencias irracionales de indefensión, basadas en el pensamiento que presentaba de que su dificultad en el manejo de la ira era algo innato y que no podía realizar nada para modificarlo y las creencias de que la única manera de gestionar la ira era mediante la agresión y el estallido.

Este hecho le hizo sentirse esperanzado con respecto al comportamiento disruptivo de su hijo, ya que se trabajó el hecho de que, si se modificaba la conducta del padre, sería un modelo para que su hijo realizase un aprendizaje diferente en cuanto al manejo de la ira.

Se utilizó el entrenamiento en respiración profunda con el objetivo de bajar el nivel basal de activación. Se realizó en consulta, explicando el proceso, los beneficios que conllevaba la práctica de esta técnica y se procedió a ponerlo en práctica dentro de la sesión.

Se le entregó un documento donde aparecían diferentes etapas de entrenamiento en respiración profunda, con las instrucciones pertinentes para que pudiera realizarlo en su domicilio.

Se comenzó el entrenamiento en habilidades sociales, con el objetivo de ampliar el repertorio de conductas que poseía, desarrollando habilidades nuevas y conductas alternativas a las que realizaba en ese momento. Aplicamos este entrenamiento al nuevo ámbito social de Miguel, que eran los compañeros y profesores con los que había comenzado a relacionarse en el curso en el que se había matriculado.

En la *decimotercera y decimocuarta sesión* se continuó el entrenamiento en habilidades sociales, trabajando con situaciones que le habían ocurrido con sus nuevos compañeros y planificando el propiciar nuevas situaciones donde pudiera aplicar esas habilidades. Miguel expresó su optimismo al ver que no se sentía juzgado en su nuevo ambiente social y que estaba aprendiendo conductas nuevas prosociales.

Se trabajó con el listado de actividades placenteras que se le solicitó en la octava sesión, se reforzó la iniciativa de matricularse en el curso del graduado escolar y se le explicó los beneficios que tenía el hecho de realizar dichas actividades. Se analizaron en conjunto que actividad y cuando podría realizarla.

Se entrenó en la relajación progresiva de Jacobson, realizando antes de llevarla a la práctica en la sesión, la explicación de sus beneficios y el objetivo consistente en bajar el nivel de base de su estado de activación.

En la *decimoquinta y decimosexta sesión*, Miguel expresaba que sentía que la vida le había dado un giro de 180 grados, se sentía animado, con ganas de luchar y de seguir cambiando. Comentaba que se había dado cuenta que, aunque era poco tiempo el que llevaba trabajando en él mismo, los cambios que estaba apreciando le sorprendían mucho. Se sentía mucho más cómodo en su ambiente laboral y en su hogar, comenzaba a compartir ratos de ocio con sus hijos, incluso había comenzado a encargarse él de los deberes de su hijo mayor, para poder poner en práctica a diario todo lo que estaba aprendiendo y mejorar su relación con él.

Se trabajó el entrenamiento en resolución de conflictos ya que interpretaba frecuentemente como una agresión las situaciones de la vida cotidiana, por lo que se trabajó el afrontamiento y resolución de los problemas, para que aprendiera a identificar soluciones más eficaces ante los conflictos. Se utilizó la técnica de los cinco porqués para encontrar la causa raíz, analizar y realizar las acciones necesarias para eliminarla y así que el problema no se repitiera.

Se realizó el entrenamiento en asertividad con el objetivo de que pudiera defender sus derechos de manera no agresiva y su punto de vista y se trabajó en sesión con los conceptos teóricos de la asertividad y para la parte práctica, se realizó un role playing en la sesión.

En la *decimoséptima sesión* se llevó a cabo el entrenamiento en autoinstrucciones con el objetivo de reducir la impulsividad, controlar la ira y mejorar la capacidad de respuesta ante situaciones conflictivas. Se acordaron que autoinstrucciones eran más apropiadas para que le ayudaran a afrontar las situaciones de manera más asertiva y desde la tranquilidad.

Se acordó la realización de exposiciones graduales a situaciones conflictivas, como conversaciones con su mujer sobre la educación de los niños, el manejo de los episodios de

ira del hijo o trabajar la asertividad en el ámbito laboral gestionando las situaciones conflictivas con su jefe.

Miguel se presentó risueño, utilizando la broma y muy positivo, relató una situación sucedida en su empresa, en la que se dio cuenta que él mismo le explicaba la técnica del sándwich de la asertividad, a un compañero de trabajo, para que pudiera manejar una situación conflictiva con su jefe.

Además, se procedió a la cumplimentación de los mismos inventarios utilizados para realizar la evaluación, con el objetivo de obtener datos cuantitativos después de todo el proceso llevado a cabo.

En la *decimoctava sesión* se realizó un resumen de las técnicas trabajadas durante el proceso de intervención, repasando con detalle cada una de ellas, con ejemplos de las situaciones trabajadas gracias a los autorregistros. Se explicó el informe de intervención que se le entregó, se vió con detenimiento los cambios a nivel cuantitativo encontrados en los inventarios y se tramitó el alta del proceso terapéutico. Se le informó de que se realizaría un contacto con él al cabo de un mes aproximadamente.

Miguel expresó sentirse asombrado por todos los cambios que se habían producido en su vida desde que comenzó la terapia, se arrepentía de no haber asistido a terapia antes. Era consciente de que aún le quedaba mucho trabajo por realizar, pero se sentía esperanzado, en seguir generando cambios y mejorando los diferentes ámbitos de su vida.

Debido a experimentar estos resultados, Miguel había llevado a su hijo a una psicóloga infantil para que pudiera aprender también el correcto manejo de la ira y poder disminuir las conductas disruptivas. Se sentía contento y expectante por ver que cambios positivos se podían producir en su hijo y por consecuencia, en el ambiente de su hogar.

Al mes de realizar la última sesión, se contactó con Miguel vía online, con el objetivo de conocer su estado en ese momento. Expresó continuar trabajando y aplicando todo lo aprendido durante el proceso terapéutico, notando muchos cambios positivos. El ambiente laboral había mejorado muchísimo, tanto que su jefe le consultaba a él como gestionar algunos conflictos con personal de la empresa, lo que hacía que Miguel se sintiera orgulloso de sí mismo.

En cuanto al ambiente familiar, también había tenido cambios positivos, ya que los episodios de ira habían disminuido considerablemente por parte de Miguel y como consecuencia de ello, los comportamientos disruptivos de sus hijos los manejaba desde otra perspectiva, lo que hacía que las discusiones con su mujer también hubieran disminuido notablemente.

## **6. Valoración del tratamiento**

### **6.1 Adherencia al tratamiento**

El tratamiento de Miguel tuvo una duración total de cinco meses, comenzando en el mes de junio y finalizando en el mes de noviembre.

En el comienzo del proceso psicológico, Miguel se mostraba en las sesiones, abatido, apático, desmotivado, con bajo estado de ánimo. Él expresaba que llevaba años en esa situación y con esos sentimientos y que veía casi imposible el cambio, había depositado su última esperanza en la terapia psicológica.

Sin embargo, la sesión de devolución provocó un cambio en Miguel, ya que gracias a ella fue consciente de que él había considerado que tenía muchos problemas y dificultades en los que trabajar, pero que en realidad la principal dificultad radicaba en el manejo de la ira y esta dificultad era la que afectaba negativamente a todos los ámbitos de su vida.

Miguel siempre asistió a todas las sesiones acordadas, no teniendo que realizar nunca una modificación de las fechas en ninguna de las dieciocho sesiones que formaron parte del proceso de la terapia. Asistió entusiasmado a todas las sesiones de intervención, ya que el hecho de ver que al realizar pequeños cambios en su forma de comportarse y de afrontar los conflictos hacía que todo su entorno mejorara, actuó como un potente reforzador.

Semanalmente realizaba todas las tareas que se acordaban en sesión que tenía que poner en práctica, tanto la cumplimentación de los autorregistros, como exposiciones a determinadas situaciones, entrenamiento en relajaciones y práctica en respiraciones, por ejemplo.

El vínculo terapéutico fue muy bueno durante todo el proceso, ya que se pudo comprobar una evolución y un cambio en el comportamiento de Miguel de sesión en sesión. En las primeras sesiones se mostraba cabizbajo, mirando al suelo durante toda la sesión y respondiendo de forma breve y concisa a las preguntas que se le realizaban. Según la terapia avanzaba, Miguel comenzó a levantar la vista, a relacionarse de forma más relajada y espontánea con la terapeuta, a utilizar el humor en las sesiones y a expresar verbalmente la comodidad que sentía en consulta. Otro hecho que evidenció el buen vínculo terapéutico, fue que Miguel le preguntaba las dudas que le surgían a la terapeuta sobre el proceso psicológico que estaba llevando a cabo otra psicóloga infantil con su hijo, porque expresaba sentirse mucho más cómodo y con mayor confianza con la terapeuta que con la terapeuta de su hijo.

Por todo ello, se constató que la adherencia al tratamiento por parte de Miguel fue muy buena y el vínculo terapéutico excelente en todo el proceso.

## **6.2 Consecución de los objetivos**

El paciente tuvo una evolución muy positiva en lo que se refiere a la consecución de objetivos.

- Reducción de los episodios de estallido de ira.

Desde el comienzo del proceso terapéutico fue la reducción de los episodios de estallidos de ira uno de los objetivos principales, debido a que se constató que este hecho haría que el resto de objetivos acordados sufrieran cambios positivos. Se apreció un cambio a nivel cuantitativo en las puntuaciones obtenidas en el Inventario STAXI 2, como se puede ver en la Figura 2, ya que tanto los niveles de Estado como de Rasgo de la ira habían disminuido en comparación a los valores del inicio de la terapia. Las puntuaciones del Estado de la ira habían variado en todos los niveles, obteniendo en la puntuación total de Estado una disminución de 31 puntos respecto a la puntuación obtenida en el momento inicial. En cuanto a las puntuaciones de Rasgo de la ira, las puntuaciones marcaban una disminución desde el percentil 95, que obtenía en el primer momento, al percentil 55 que obtuvo tras el proceso terapéutico. También se obtuvo una disminución de 55 puntos en las puntuaciones del Índice de expresión de la ira.

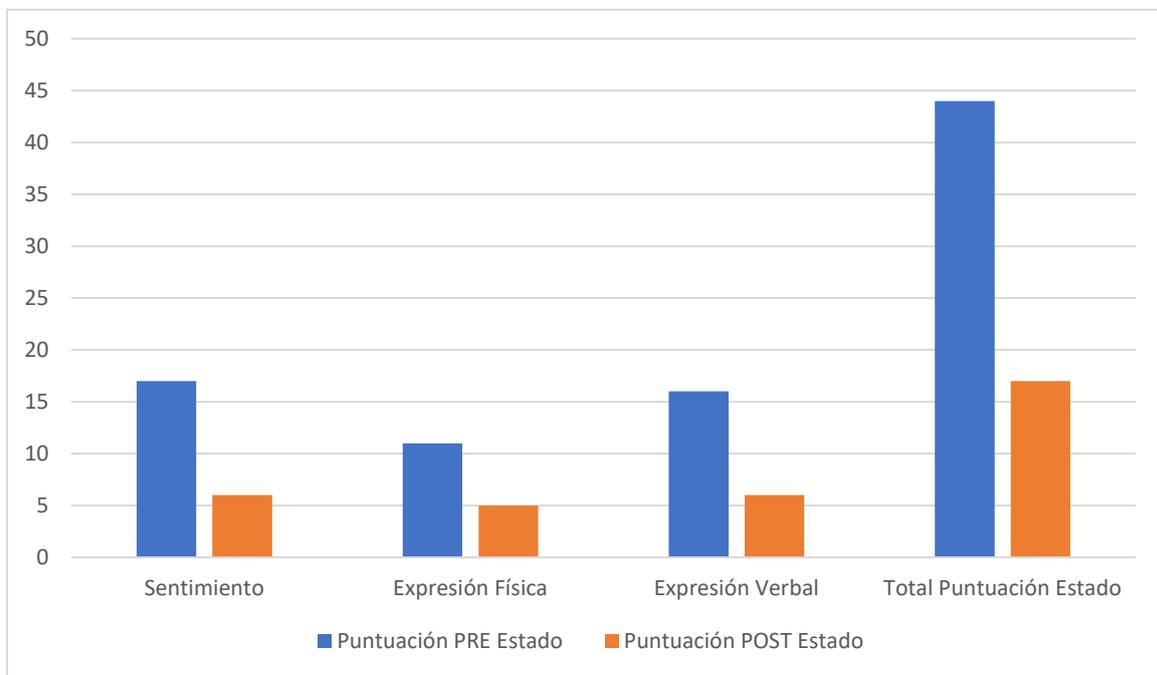
En cuanto a los autorregistros que el paciente cumplimentaba semanalmente, se pudo ver que en las primeras semanas se reflejaban unos 2 o 3 sucesos semanales tanto en el ámbito familiar como en el ámbito laboral y estos sucesos disminuyeron hasta desaparecer completamente en las últimas semanas, aportando en consulta un autorregistro vacío las dos últimas semanas.

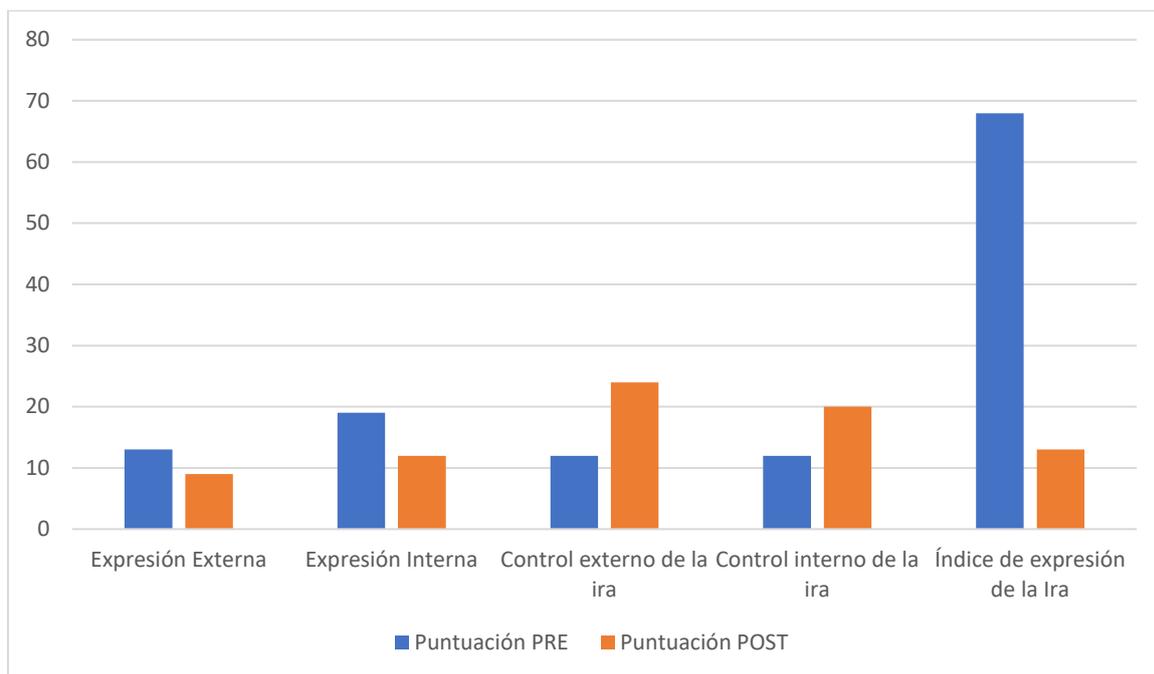
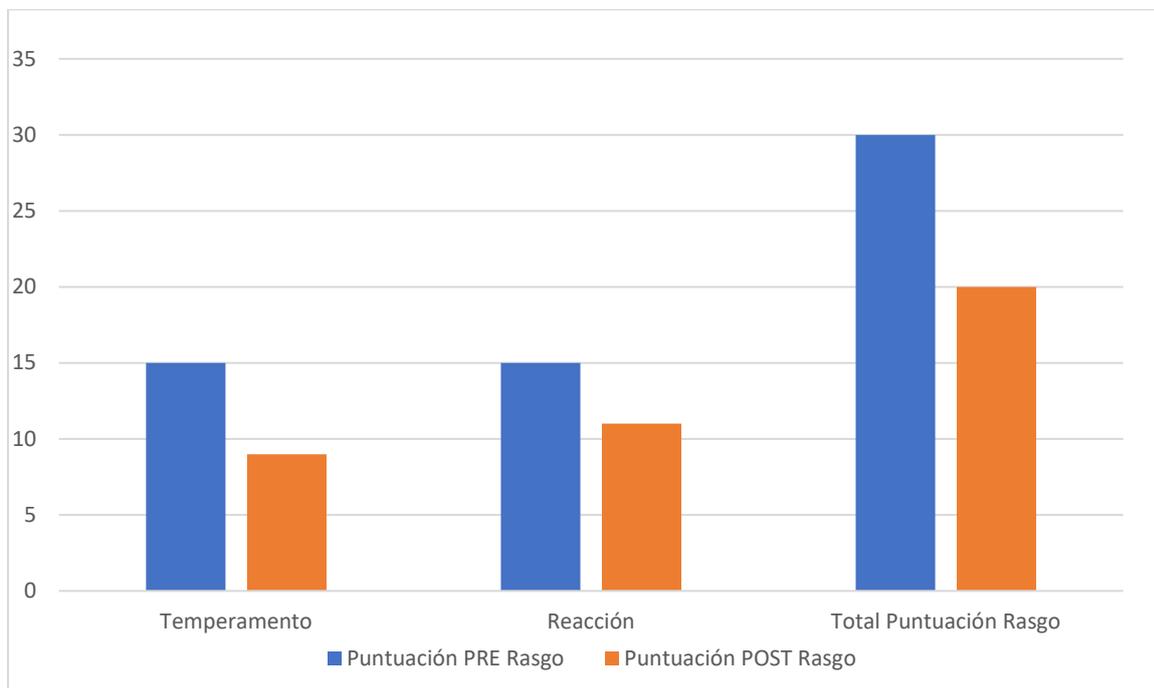
Después de la evaluación final, el paciente expresó sentirse sorprendido de los cambios que estaba teniendo en todas las áreas de su vida gracias al manejo de la ira. Además se obtuvo información sobre la percepción de las personas cercanas que tiene el paciente, en concreto de su mujer, con respecto a los cambios producidos en el manejo de la ira tras la intervención psicológica en las situaciones que se producen en el hogar familiar. Percibiendo una disminución tanto en la frecuencia de los estallidos de ira como una mejora en la expresión asertiva de la emoción por parte del paciente.

Los cambios habían sido importantes dado el corto periodo en el que se pudo realizar el proceso de terapia psicológica, debido a la escasa duración del bono social destinado al periodo de prácticas, aunque el pronóstico sería que estos cambios siguieran produciéndose en todos los ámbitos de la vida de Miguel, si él continuase poniendo en prácticas todas las técnicas trabajadas durante la terapia, como era su intención.

**Figura 2**

*Comparativa de medidas pre y post del Inventario STAXI 2*





- Aumento del número de actividades placenteras

Este objetivo repercutió positivamente en un aumento del estado de ánimo de Miguel, para ello se utilizaron técnicas como

- La activación conductual, consiguiendo que se matriculara en el curso para la obtención de la titulación del graduado escolar, que retomara las reuniones y actividades de ocio fuera del hogar con su grupo de amigos de la infancia, que realizara actividades en solitario como pasear, escuchar música, cocinar... además de comenzar a realizar actividades de ocio con sus hijos, como jugar a juegos de mesa, llevarlos al campo y realizar un viaje a Disneyland Paris toda la familia junta.
- Técnicas de resolución de conflictos, para que conociera otras formas de gestionar los problemas del día a día. Utilizándolas tanto en su ámbito familiar, donde las discusiones con su mujer habían disminuido, llegando a ser él mismo quién calmara a su mujer cuando se producían episodios de enfrentamientos en el hogar. El hecho de aplicar estas técnicas en su ámbito laboral, habían repercutido favorablemente en que Miguel se sintiera más cómodo en su puesto de trabajo, la relación con su jefe había mejorado mucho y comenzaba a sentirse integrado con sus compañeros de trabajo. Expresó que ya no se planteaba cambiar de empresa y que deseaba seguir trabajando para continuar con los cambios que había conseguido hasta ahora y para seguir aumentándolos.

Miguel expresó en la evaluación final que sentía ganas de hacer cosas nuevas, de disfrutar del tiempo libre, salir con amigos y manifestó que en ese momento se sentía feliz.

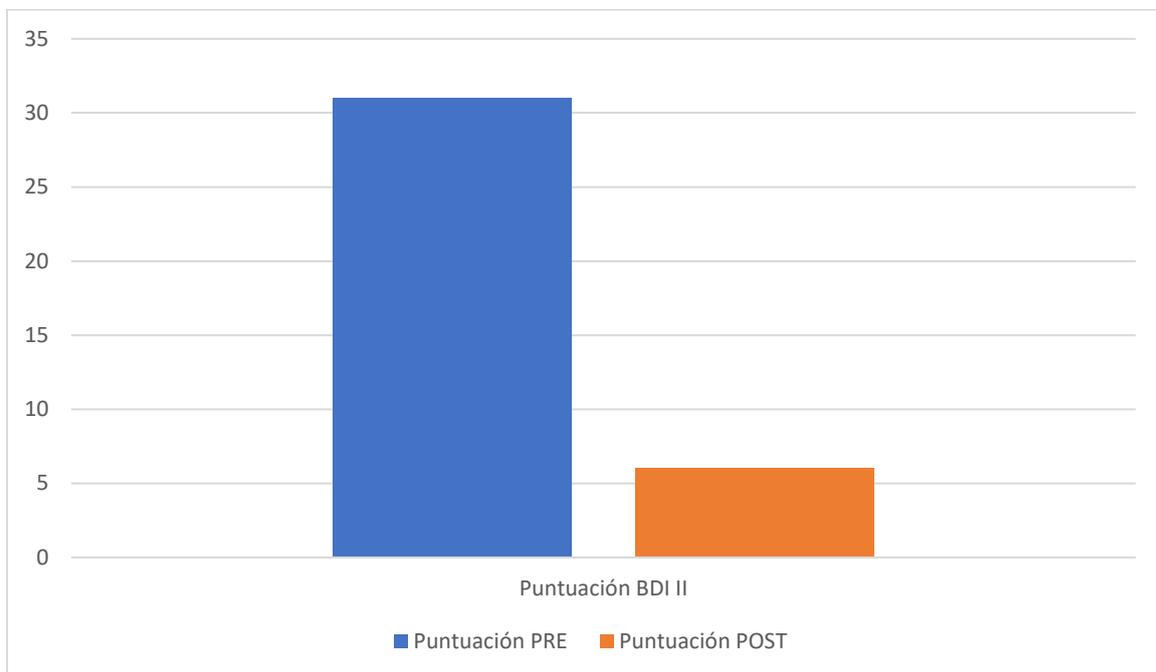
Dichos cambios en el estado de ánimo de Miguel se pudieron analizar cuantitativamente con el gráfico de la Figura 3, donde se aprecian los cambios que habían realizado las puntuaciones en el inventario utilizado. Al comparar las puntuaciones recogidas al comienzo del proceso de terapia psicológica con las obtenidas tras finalizar el proceso, se obtuvo una disminución de 25 puntos, pasando de una puntuación inicial que correlacionaba positivamente con síntomas de estado deprimido grave a una puntuación final que

correlacionaba positivamente con ausencia de sintomatología de estado deprimido. Si Miguel continuase con la activación conductual, aplicando las técnicas aprendidas de resolución de conflictos y manejando la ira adecuadamente, se estima que los cambios en su estado de ánimo seguirán manteniéndose en el tiempo.

Se comprobó en consulta un cambio en el comportamiento no verbal de Miguel, apreciándose cada vez más participativo en las sesiones, mirando directamente a los ojos de la terapeuta durante la comunicación, con un aumento de motivación en las actividades que se le planteaban, no dejando de realizar ninguna tarea que se le proponía para realizar fuera de la consulta e incluso realizando más tareas por él mismo que luego compartía en terapia y con el uso del humor dentro de las sesiones.

### Figura 3

*Comparativa de medidas pre y post del Inventario BDI II*



- Disminución de las discusiones con su jefe y sus compañeros de trabajo

Miguel manifestó tras la evaluación final que gracias al cambio que se había producido en su área laboral, ya no sentía la necesidad ni la urgencia de buscar otro trabajo. Gracias al empleo de las técnicas de asertividad y comunicación, se sentía más cómodo e integrado con sus compañeros y gestionaba de manera más eficaz y asertiva la relación con su jefe. Se sentía cómodo en su puesto de trabajo, llegando el jefe a pedirle consejo a él para gestionar algunos conflictos y comenzando a participar en los desayunos grupales con el resto de sus compañeros.

- Disminución las discusiones con su mujer

Se planificaron actividades placenteras junto a su mujer, pero que en muy pocas ocasiones pudieron llevarse a la práctica, debido a la poca intención por parte de la mujer de Miguel para mejorar la relación de pareja.

Se trabajó el hecho de que Miguel mantuviera conversaciones con su mujer desde un ambiente de calma, donde pudieron llegar a acuerdos sobre las formas de actuar en las situaciones disruptivas provocadas principalmente por su hijo mayor. Gracias a lo cual, se disminuyeron las discusiones entre ambos, ya que la mayoría de ellas se debían a desencuentros en temas educacionales de sus hijos.

- Aumento del tiempo de calidad dedicado a sus hijos

Miguel comenzó a compartir tiempo con sus hijos, no solo para realizar los deberes o en situaciones de obligaciones, sino situaciones de ocio, en los que pudieran estar relajados, que compartieran momentos de calidad, donde pudieran disfrutar. Comenzó a llevar al parque a sus hijos, a cocinar junto a ellos en ocasiones, a compartir tardes de cine y juegos de mesa los días en los que permanecían juntos en el hogar.

La relación de Miguel con sus hijos cambió positivamente, ya que dejó de representar el papel de “ogro”, de miedo, que solo les castigaba y los niños deseaban que Miguel llegara de trabajar para poder compartir ratos de ocio con él. Ello reforzó el cambio de actitud de Miguel con sus hijos, aumentando considerablemente el número de actividades de ocio que compartía con ellos.

Además, se trabajó con Miguel técnicas para el manejo de las situaciones generadas por el estallido de ira de su hijo y se le recomendó a Miguel la terapia psicológica dirigida a su hijo con el objetivo de trabajar con él el manejo de la ira y las conductas disruptivas que se producían con cada vez mayor frecuencia en el hogar. Dicha recomendación fue recogida y aceptada por parte de Miguel y su mujer y el niño comenzó a acudir a terapia con otra psicóloga del mismo centro que Miguel.

- Disminución del estado de activación

Se trabajaron con técnicas de respiración profunda y la relajación de Jacobson.

Miguel expresó que se sentía mucho más tranquilo y sereno, pudiendo gestionar las situaciones que con anterioridad le provocaban el estallido de la ira, de forma más calmada y funcional, obteniendo consecuencias tanto a corto, medio y a largo plazo mucho más positivas y satisfactorias, notando un nivel de activación mucho más bajo.

Comenzó a utilizar la respiración profunda en los momentos en los que él era consciente de que estaba muy activado y apreciaba una disminución considerable en su nivel de tensión y activación.

También notó cambios positivos en el sueño, pudiendo dormir más horas y sintiéndose más descansado al despertarse, los días que la relajación la practicaba en los momentos antes de dormir.

## 7. Discusión y conclusiones

El caso clínico expuesto se centra en un varón que presenta dificultades en el manejo de la ira desde muy temprana edad, reaccionando a las situaciones que le generan dicha emoción con conductas agresivas y experimentando posteriormente a dichas conductas, sentimientos de culpa, de frustración y de tristeza como consecuencia de los episodios en los que se producía por su parte un estallido de ira.

El proceso de la terapia ha tenido una duración de dieciocho sesiones, tras las que se puede comprobar que la intervención psicológica ha sido efectiva, alcanzando de manera satisfactoria los objetivos planteados para el caso clínico concreto.

El vínculo terapéutico que se ha establecido entre el paciente y la terapeuta ha sido excelente, ayudando así a que se produzca una buena adherencia al tratamiento y corroborando de este modo, los resultados de estudios anteriores donde se pone de manifiesto la relación directa que existe entre una buena alianza terapéutica en el desarrollo del proceso psicológico y buenos resultados finales de la terapia (Corbella et al., 2003).

Los resultados de los cambios que el paciente ha realizado, confirman también las conclusiones de investigaciones realizadas con anterioridad en las que se concluye que un eficaz manejo de la ira está asociado a la resolución de conflictos de manera mucho más constructiva, lo que se vincula al óptimo funcionamiento social (Eisenberg et al., 2000) y a una disminución de la probabilidad de producirse arritmias (Lampert, 2010). Este último aspecto se corroboró con la visita del paciente, tras finalizar la intervención psicológica, a su revisión de control con su médico especialista en el corazón, que tras realizar las pruebas pertinentes le comunicó que las arritmias habían descendido hasta casi desaparecer.

Cabe destacar especialmente, el aumento del nivel de estado de ánimo del paciente con respecto al nivel inicial que se constató en las primeras sesiones, siendo dicho cambio

una consecuencia de las modificaciones realizadas en las dificultades del manejo de la emoción de la ira, que era la dificultad principal que afectaba al paciente, ya que no se intervino directamente en el estado de ánimo, sin embargo, los cambios en los niveles en el estado de ánimo del paciente experimentaron un gran aumento como consecuencia a la intervención en los otros aspectos.

En la intervención psicológica de este caso clínico, se ha constatado la eficacia de la modificación de las conductas que influyen negativamente a los problemas y que afectan a la salud mediante las técnicas basadas en las investigaciones científicas (Garduño et al., 2010), como son las técnicas que forman parte de la intervención realizada, que son las que aportan mayor validez científica para el manejo de la ira en el ámbito clínico.

Por todo ello, es importante trabajar en las dificultades del manejo de la ira de las personas, tanto en el ámbito de su prevención, como en las dificultades en sí mismas, ya que ello evitará y/o disminuirá las consecuencias negativas que se producen tanto en la salud física como en la salud mental de las personas y también en el ámbito de las relaciones interpersonales.

Hay que tener en cuenta que una de las dificultades más importantes que poseen los estudios sin manipulación de variables de forma experimental, es que no permiten que se hagan generalizaciones de los resultados obtenidos a poblaciones más amplias. Por ello, debemos ser muy prudentes en cuanto a las conclusiones que derivan de este trabajo ya que está basado en un único caso clínico.

Se considera que en casos en que los pacientes presenten dificultades con una intensidad más elevada de expresión de la ira, como episodios agresivos de mayor intensidad, con mayor expresión externalizada y con situaciones de violencia, requerirán un proceso

terapéutico más prolongado. Este aspecto debería ser evaluado y estudiado en futuros trabajos.

Uno de los mayores obstáculos en el proceso terapéutico del caso clínico presentado, ha sido contar con el apoyo de la red social del paciente, especialmente la de su mujer, que en ocasiones realizaba acciones de oposición a los cambios que se estaban generando. Esto hizo que la motivación del cambio del paciente fuese principalmente intrínseca y que los refuerzos positivos a dichos cambios se llevasen a cabo especialmente en ambientes sociales nuevos y durante las sesiones del proceso psicológico.

Hay que señalar que este trabajo cuenta, además, con la limitación destacada de la duración de la terapia psicológica, ya que, al tratarse de un periodo de prácticas, las intervenciones estaban acogidas al marco de un específico bono social del centro psicológico donde se ha llevado el proceso del caso clínico, que implica una duración previamente estipulada de un total de veinte sesiones y de seis meses como máximo; además, de que el periodo vacacional se produjo en mitad de la terapia, con la consiguiente interrupción de las sesiones durante unas cuatro semanas y el hecho de tener que utilizar alguna sesión para realizar una recopilación de lo que se había trabajado con anterioridad.

Sería conveniente realizar un mayor seguimiento en el tiempo del paciente, espaciando las sesiones, para reforzar y continuar trabajando en los cambios que se van produciendo en su día a día y, además, acompañar al paciente en el papel tan importante que va a tener en la gestión de los estallidos de ira por parte de su hijo, que comienza la terapia psicológica en la actualidad, y que tanto le afectan a nivel emocional al paciente. Además, podría ser beneficioso tener algunas sesiones con la mujer del paciente, para poder trabajar junto a ella la importancia de los refuerzos y actitudes respecto a los cambios realizados por el paciente.

Finalmente, cabe señalar la importancia de la prevención y la intervención en las dificultades del manejo de la ira, ya que interfiere muy negativamente en los distintos ámbitos de la vida de la persona, siendo en numerosas ocasiones el antecesor de diferentes situaciones violentas y pudiendo ser el desencadenante de otras afecciones tanto de la salud mental como de la salud física y de las dificultades en el ámbito social y en el de las relaciones interpersonales.

## 8. Referencias bibliográficas

- Barber, L.L.K., Bagnsby, P.G., y Munz, D.C. (2010). Affect regulation strategies for promoting (or preventing) flourishing emotional health. *Personality and Individual Differences*, 49, 663-666 <https://doi.org/10.1016/j.paid.2010.06.002>
- Beck, A. T., Steer, R. A., Brown, G. K., y Vázquez, C. (1996) *BDI-II: Inventario de depresión de Beck-II*.
- Beck, R., y Fernández, E. (1998). Cognitive-behavioral therapy in the treatment of anger: A meta-analysis. *Cognitive Therapy & Research*, 22, 63–74  
<https://doi.org/10.1023/A:1018763902991>
- Benazzi, F. (2003). Major depressive disorder with anger: A bipolar spectrum disorder? *Psychotherapy and Psychosomatics*, 72(6), 300-306  
<https://doi.org/10.1159/000073026>
- Bonet, J., y Suárez-Bagnasco, M. (2011). Revisión Breve: Diagnóstico clínico de los ataques de ira y la hostilidad en pacientes con enfermedad coronaria. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XX (3), 231-237.  
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281922826005>
- Brosschot J. F., Verkuil B., y Thayer J. F. (2010). *Conscious and unconscious perseverative cognition: Is a large part of prolonged physiological activity due to unconscious stress?* In press. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2010.02.002>
- Caska, C., Hendrickson, B., Michelle, H., Sadia, A., Neylan, T., y Whooley, M. (2009). Anger Expression and Sleep. Quality in Patients with Coronary Heart Disease: Findings from the Heart and Soul Study. *Psychosomatic Medicine*, 71(3), 280–285.  
<https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e31819b6a08>

- Corbella, S., y Botella, L. (2003). La alianza terapéutica: Historia, Investigación y Evaluación. *Anales de Psicología*, 19(2), 205–221.  
<https://revistas.um.es/analesps/article/view/27671>
- Deffenbacher, J.L. (1994). Anger reduction: issues, assessment and intervention strategies. En A.W. Siegman y T.W. Smith, *Anger, Hostility and The Heart*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers. [https://doi.org/10.1007/978-981-4560-53-5\\_31-1](https://doi.org/10.1007/978-981-4560-53-5_31-1)
- Deffenbacher J.L., Dahlen, E. R., Lynch, R. S., Morris, C. D., y Gowensmith, W. N. (2000). An application of Beck's cognitive therapy to general anger reduction. *Cognitive Therapy and Research*, 24, 689-697 <https://doi.org/10.1023/A:1005539428336>
- Denollett, J., Gidron, Y., Vrints, C. y Conraads, V. (2010). Anger, Suppressed Anger, and Risk of Adverse Events in Patients with Coronary Artery Disease. *American Journal of Cardiology*, 105 (11), 1555-1560 <https://doi.org/10.1016/j.amjcard.2010.01.015>
- Eisenberg, N., Fabes, R. A., Guthrie, I. K., y Reiser M. (2000). Dispositional emotionality and regulation: Their role in predicting quality of social functioning. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78, 136- 157. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.78.1.136>
- Erwin, B. A., Heimberg, R. G., Schneider, F. R., y Liebowitz, M. R. (2003). Anger experience and expression in social anxiety disorder: Pretreatment profile and predictors of attrition and response to cognitive behavioral treatment. *Behavior Therapy*, 34, 331-350. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(03\)80004-7](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(03)80004-7)
- Fernández, E., García, B., Jiménez, M.P., Martín, M.D. y Domínguez, F. J. (2010). *Psicología de la emoción*. Editorial Universitaria Ramón Areces

- Froxán, M. X. (2020). *Análisis funcional de la conducta humana. Concepto, metodología y aplicaciones*. Madrid: Pirámide.
- García, A., León, L., Gálvez, C. y Hernández, P. (2015). Protocolo diagnóstico del paciente depresivo. *Medicine*, 11(85):5098-5102 <http://doi.org/10.1016/j.med.2015.08.005>
- Garduño, C., Riveros, A., y Sánchez-Sosa, J. J. (2010). “Calidad de vida y cáncer de mama: efectos de una intervención cognitivo-conductual”, en *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, 1(1), 69-80.  
<https://www.redalyc.org/pdf/2830/283021975008.pdf>
- Johnson, E. H. (1990). The deadly emotions. *The role of anger, hostility and aggression in health and emotional well-being*. New York: Praeger.
- Kassinove, H., y Tafrate, R. C. (2002). *Anger Management*. California: Impact Publishers
- Lampert R. (2010). Anger and ventricular arrhythmias. *Current opinion in cardiology*, 25(1), 46–52. <https://doi.org/10.1097/HCO.0b013e32833358e8>
- Linden, W., Hogan, B. E., Routledge, T., Chawla, A., Lenz, J. W., y Leung, D. (2003). There is more than anger coping “in” or “out”. *Emotion*, 3 (1), 12-29.  
[https://doi.org/10.1016/S1130-5274\(13\)70008-2](https://doi.org/10.1016/S1130-5274(13)70008-2)
- Lochman, J.E., y Wells, K.C. (1996). A social-cognitive intervention with aggressive children: prevention effects and contextual implementation issues. R.D. Peters y R.J. McMahon (Eds.), *Preventing childhood disorders, substance abuse, and delinquency* (pp.111-143). Thousand Oaks, CA: Sage. <https://doi.org/10.4135/9781483327679.n6>
- Martí, M. de la T. (2013). Manejo inicial de la ideación suicida. *Centro de Psicología Aplicada*, 1–35.

[https://www.uam.es/centros/psicologia/paginas/cpa/paginas/doc/documentacion/rincón/protocolo\\_ideacion\\_suicida.pdf](https://www.uam.es/centros/psicologia/paginas/cpa/paginas/doc/documentacion/rincón/protocolo_ideacion_suicida.pdf)

Martín, R., Wan, C. K., David, J. P., Wegner, E. L., Olson, B. D., y Watson, D. (1999). Style of anger expression: relation to expressivity, personality, and health. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 25 (10), 1196-1207

<https://doi.org/10.1177/0146167299258002>

Mirella, S. C. (2016). *Propiedades psicométricas del inventario de expresión ira estado-rasgo en alumnos de 5° de secundaria del distrito de Paijan* (Tesis de grado, Universidad Cesar Vallejo). <http://repositorio.ucv.edu.pe/handle/UCV/270>

Miguel-Tobal, J., Casado, M., Cano-Vindel, A., y Spielberger, C. (2001). *Inventario de Expresión de la Ira Estado-Rasgo STAXI-2*. Madrid, España: TEA.

Moral de la Rubia, J., González-Ramírez, M. T., y Landero-Hernández, R. (2010). Factor structure of the STAXI-2-AX and its relationship to burnout in housewives. *The Spanish Journal of Psychology*, 13(1), 418-430.

<https://doi.org/10.1017/S1138741600003978>

Moral de la Rubia, J., y Ramos-Basurto, S. (2015). Estructura factorial y consistencia interna de los ítems de expresión de ira del STAXI-2 en una muestra de población general de la ciudad de Monterrey, México. *Psicumex*, 5(2), 20-39.

<https://doi.org/10.36793/psicumex.v5i2.279>

Murphy, R., Cameron, P., Sharp, L., Ramirez, G., Rosen, C., Drescher, K., y Gusman, F. (2004). Readiness to change PTSD symptoms and other problems among veterans participating in a motivation enhancement group. *The Behavior Therapist*, 27 (2), 33-36. <https://motivationalinterviewing.org/content/readiness-change-ptsd-symptoms-and-other-problems-among-veterans-participating-motivation-en>

- Nelis, D., Quoidbach, J., Hansenne, M., y Mikolajczak, M. (2011). Measuring individual differences in emotion regulation. *Psychologica Belgica*, 51, 49-91.  
<https://doi.org/10.5334/pb-51-1-49>
- Norlander, B., y Eckhardt, C. (2005). Anger, hostility, and male perpetrators of intimate partner violence: a meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 25 (2), 119-152. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2004.10.001>
- Novaco, R. W. (1975). Anger control: The development and evaluation of an experimental treatment. Lexington, MA: D.C. Health.
- Oliva-Mendoza, F., Hernández-Pozo, M., y Calleja-Bello, N. (2010). Validación de la versión mexicana del inventario de expresión de ira estado-rasgo (Staxi-2). *Acta Colombiana de Psicología*, 13(2), 107-117. <https://www.redalyc.org/pdf/798/79819279010.pdf>
- Pérez, M. A., Redondo, M. M., y León, L. (2008). Aproximaciones a la emoción de ira: de la conceptualización a la intervención psicológica. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*, 11(28). <http://reme.uji.es/articulos/numero28/article6/article6.pdf>
- Rivers, S.E., Brackett, M.A., Katulak, N.A y Salovei, P. (2007). Regulating anger and sadness: an exploration of discrete emotions in emotion regulation. *J Happiness Stud* 8, 393–427. <https://doi.org/10.1007/s10902-006-9017-2>
- Sanmartín, J. (2000). *El agresivo nace El violento se hace. La violencia y sus claves (pp 11-25)*. Barcelona. Editorial Ariel
- Suinn, R. M. (2001). The terrible twos-anger and anxiety. Hazardous to your health. *American Psychologist*, 56 (1), 27-36. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.56.1.27>

Velastegui, B., Holguer U., Sánchez, A., y Caicedo, K. (2018). Fisiología de las emociones desde la perspectiva de la teoría del conductismo operante. *Revista Inclusiones*, septiembre, 184-200. <https://revistainclusiones.org/index.php/inclu/article/view/2309>.

## 9. Anexos

### Anexo I. Consentimiento Informado

#### CONSENTIMIENTO INFORMADO

##### PROCESO TERAPÉUTICO

- Se realizará un tratamiento psicológico individualizado, acorde a las necesidades de cada usuario.
- Las técnicas y pruebas administradas serán exclusivamente de carácter psicológico.

##### DURACIÓN DEL TRATAMIENTO

- Las sesiones tienen una duración aproximada de 50 minutos, las cuales se llevarán a cabo con una determinada periodicidad indicada por el terapeuta.
- Se ruega puntualidad ya que los retrasos por parte del usuario, no implicarán tiempo extra en la hora de la finalización prevista.
- El paciente podrá interrumpir el proceso terapéutico cuando lo considere oportuno, informando de esta decisión al terapeuta.

##### LAS CITAS

- Cada sesión será firmada por el/la usuario/a en la hoja de asistencia.
- En caso de anulación o cambio de cita, es necesario avisar con 24 horas de antelación, en caso contrario la cita se dará como realizada. En caso de urgencia justificada, deberá comunicarse a la mayor brevedad posible.

##### COMUNICACIONES

- Cualquier cambio o modificación podrá ser efectuado mediante correo electrónico xxx@xxx.com
- Para enviar un correo al profesional en asunto se indicará “A la atención del (nombre del terapeuta)” o seguir el hilo de correo que le envíe el terapeuta.

## **CONFIDENCIALIDAD**

- Se garantiza la confidencialidad de lo tratado en consulta, cuyo límite sólo podrá ser vulnerado con causa justificada de acuerdo a lo establecido en el código deontológico del ejercicio profesional.

En Madrid, a

FDO.

**Anexo II. Ficha de Legitimación, Datos Personales e Imágenes del Bono Social****FICHA LEGITIMACIÓN – DATOS PERSONALES E IMÁGENES – BONO SOCIAL**

NOMBRE Y APELLIDOS			
DNI / NIE		FECHA NACIMIENTO	
TELÉFONO		CÓMO NOS HA CONOCIDO	
DIRECCIÓN POSTAL			
E-MAIL			

A los efectos de lo que dispone la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales (LOPDGDD) y en el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos (RGPD), Centro de Psicología XXX le informa que los datos personales incorporados en este formulario serán incluidos en un fichero creado bajo nuestra responsabilidad, con la finalidad de tener un registro de los clientes de nuestro gabinete psicológico (Centro de Psicología XXX).

## **USO Y CONFIDENCIALIDAD DE LOS DATOS CLÍNICOS**

Los datos clínicos que se obtengan de su participación serán utilizados únicamente por el equipo profesional de Centro de Psicología XXX, y se incluirán en el fichero “Historial Clínico” bajo la responsabilidad de Centro de Psicología XXX, almacenándose en un lugar seguro, de tal manera que ninguna persona ajena al equipo pueda acceder a esta información.

Los datos clínicos serán utilizados únicamente con fines terapéuticos y formativos.

En ningún caso se harán públicos sus datos personales, siempre garantizando la plena confidencialidad de los datos y el riguroso cumplimiento del secreto profesional en el uso y manejo de la información y el material obtenidos.

Por otro lado, según el artículo 18 de la Constitución y regulado por la Ley 1/1982, de 5 de mayo, sobre el derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen, Centro de Psicología XXX le informa que, mediante la aceptación de este documento, usted nos autoriza a incorporar las imágenes realizadas por medios fotográficos, video y/o grabaciones de las sesiones. Estas imágenes serán incluidas en un fichero creado bajo la responsabilidad del Centro de Psicología XXX.

Las imágenes serán recogidas con la finalidad de supervisar la formación del personal en prácticas. Las sesiones grabadas, se guardarán en fichero con contraseña en el ordenador del centro o en la nube para poder acceder a las mismas las personas autorizadas, quedando sus datos protegidos en todo momento. En ningún caso, las sesiones grabadas se almacenarán en los ordenadores personales del personal de prácticas.

Marque la casilla correspondiente:

Si consiente el uso de los datos con la finalidad anteriormente descrita

No consiente el uso de los datos con la finalidad anteriormente descrita

En todo caso, usted tendrá derecho a ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, portabilidad de sus datos, de limitación y oposición a su tratamiento dirigiéndose por escrito a Centro de Psicología XXX o al correo electrónico

Enterado y conforme con lo expuesto en los apartados anteriores, usted consiente expresamente y autoriza a Centro de Psicología XXX, para que trate sus datos personales que voluntariamente facilita, según las finalidades expuestas en este escrito.

Esta autorización tiene validez hasta su revocación por parte del titular de los datos.

En XXX, a      de      de 2022

Firmado:

## Anexo III. Inventario de Expresión de la Ira-Rasgo STAXI-2

### Parte 1

### INSTRUCCIONES

A continuación, se presentan una serie de afirmaciones que la gente usa para describirse a sí misma. Lea cada afirmación y rodee con un círculo una de las letras que encontrara a la derecha, la letra que mejor indique COMO SE SIENTE AHORA MISMO, utilizando la siguiente escala de valoración:

**A** NO, EN ABSOLUTO    **B** ALGO    **C** MODERADAMENTE    **D** MUCHO

### COMO ME SIENTO EN ESTE MOMENTO

1	Estoy furioso	A	B	C	D
2	Me siento irritado	A	B	C	D
3	Me siento enfadado	A	B	C	D
4	Le <u>pegaría a</u> alguien	A	B	C	D
5	Estoy <u>quemado</u>	A	B	C	D
6	Me gustaría decir tacos	A	B	C	D
7	Estoy cabreado	A	B	C	D
8	Daría puñetazos a la pared	A	B	C	D
9	Me dan ganas de maldecir a gritos	A	B	C	D
10	Me dan ganas de gritarle a alguien	A	B	C	D
11	Quiero romper algo	A	B	C	D
12	Me dan ganas de gritar	A	B	C	D
13	Le tiraría algo a alguien	A	B	C	D
14	Tengo ganas de abofetear a alguien	A	B	C	D
15	Me gustaría echarle la bronca a alguien	A	B	C	D

## Parte 2

### INSTRUCCIONES

A continuación, se presentan una serie de afirmaciones que la gente usa para describirse a sí misma. Lea cada afirmación y rodee con un círculo la letra que mejor indique COMO SE SIENTE NORMALMENTE, utilizando la siguiente escala de valoración:

**A** CASI NUNCA      **B** ALGUNAS VECES      **C** A MENUDO      **D** CASI SIEMPRE

### COMO ME SIENTO NORMALMENTE

16	Me caliento rápidamente	A B C D
17	Tengo un carácter irritable	A B C D
18	Soy una persona exaltada	A B C D
19	Me molesta cuando hago algo bien y no me lo reconocen	A B C D
20	Tiendo a perder los estribos	A B C D
21	Me pone furioso que me critiquen delante de los demás	A B C D
22	Me siento furioso cuando hago un buen trabajo y se me valora poco	A B C D
23	Me cabreo con facilidad	A B C D
24	Me enfado si no me salen las cosas como tenía previsto	A B C D
25	Me enfado cuando se me trata injustamente	A B C D

### Parte 3

#### INSTRUCCIONES

A continuación, se presentan una serie de afirmaciones que la gente usa para describir sus reacciones cuando se siente enfadada. Lea cada afirmación y rodee con un círculo la letra que mejor indique COMO REACCIONA O SE COMPORTA CUANDO ESTA ENFADADO O FURIOSO, utilizando la siguiente escala:

<b>A</b> CASI NUNCA	<b>B</b> ALGUNAS VECES	<b>C</b> A MENUDO	<b>D</b> CASI SIEMPRE
---------------------	------------------------	-------------------	-----------------------

#### CUANDO ME ENFADO O ENFUREZCO

26	Controlo mi temperamento	A B C D
27	Expreso mi ira	A B C D
28	Me guardo para mí lo que siento	A B C D
29	Hago comentarios irónicos de los demás	A B C D
30	Mantengo la calma	A B C D
31	Hago cosas como dar portazos	A B C D
32	Ardo por dentro, aunque no lo demuestro	A B C D
33	Controlo mi comportamiento	A B C D
34	Discuto con los demás	A B C D
35	Tiendo a tener rencores que no cuento a nadie	A B C D
36	Puedo controlarme y no perder los estribos	A B C D
37	Estoy más enfadado de lo que quiero admitir	A B C D
38	Digo barbaridades	A B C D
39	Me irrito más de lo que la gente se cree	A B C D
40	Pierdo la paciencia	A B C D
41	Controlo mis sentimientos de enfado	A B C D
42	Rehúyo encararme con aquello que me enfada	A B C D
43	Controlo el impulso de expresar mis sentimientos de ira	A B C D
44	Respiro profundamente y me relajo	A B C D
45	Hago cosas como contar hasta diez	A B C D
46	Trato de relajarme	A B C D