UNIVERSIDAD INTERNACIONAL SEK

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Plan de Investigación de fin de carrera titulado:

"RELACIÓN DE LA IRA Y EL AUTOCONTROL EN ADOLESCENTES. AÑO 2013 "

Realizado por:

ROSA ESTEFANÍA NAVAS ESPINOSA

Director del proyecto:

MARIO MÁRQUEZ

Como requisito para la obtención del título de:
PSICOLOGA CLÍNICA

Quito, 16 de Diciembre de 2013

DECLARACION JURAMENTADA

Yo, ROSA ESTEFANÍA NAVAS ESPINOSA, con cédula de identidad # 171772988-1, declaro bajo juramento que el trabajo aquí desarrollado es de mi autoría, que no ha sido previamente presentado para ningún grado a calificación profesional; y, que ha consultado las referencias bibliográficas que se incluyen en este documento.

A través de la presente declaración, cedo mis derechos de propiedad intelectual correspondientes a este trabajo, a la UNIVERSIDAD INTERNACIONAL SEK, según lo establecido por la Ley de Propiedad Intelectual, por su reglamento y por la normativa institucional vigente.

Rosa Estefanía Navas Espinosa

C.C.: 171772988-1

DECLARATORIA

El presente trabajo de investigación titulado:

“RELACIÓN DE LA IRA Y EL AUTOCONTROL

EN ADOLESCENTES”

Realizado por:

ROSA ESTEFANIA NAVAS ESPINOSA

Como Requisito para la Obtención del Título de:

PSICOLOGA CLÍNICA

Ha sido dirigido por el profesor

MARIO MÁRQUEZ

Quien considera que constituye un trabajo original de su autora

DEDICATORIA

Dedico el presente trabajo de investigación al Dr. Villamarín debido a su gran ayuda e interés. Gracias por inculcar valores y principios en los estudiantes.

AGRADECIMIENTO

Al profesor Mario Márquez por su acertada dirección de la tesis. Su profesionalismo y entrega fueron determinantes a la hora de conformar este documento.

A los profesores Carlos Tipán y Mónica Yepez, quienes con sus lecturas aportaron una visión diferente e integradora de mi investigación.

A la Universidad Internacional SEK, por su esfuerzo de formar profesionales íntegros.

Índice

Portada i
Declaración fundamentada iii
Declaratoria iv
Dedicatoria v
Agradecimiento vi
Índice vii
Resumen xii
Summary xiii
Capítulo I. Introducción 1
1.1.1 Planteamiento del problema 1
1.1.1.1 Diagnóstico del problema 6
1.1.1.2 Pronóstico 6
1.1.1.3 Control de pronóstico 7
1.1.2 Formulación del problema 7
1.1.3 Sistematización del problema 8
Tabla1: Sistematización del problema 9
1.1.4 Objetivo general 12
1.1.5 Objetivos Específicos 13
1.1.6 Justificación 13
1.2 Marco Teórico 15
1.2.1 Estado Actual del conocimiento sobre el tema 15
1.2.2 Adopción de una perspectiva teórica 17
1.2.3 Marco conceptual 19
1.2.4 Hipótesis 20
1.2.5 Identificación y caracterización de variables 20
Capítulo II. Método 21
2.1 Nivel de Estudio 21
2.1.1 Diseño de investigación 21
2.2 Modalidad de investigación 22
2.3 Método 22

2.4 Población y muestra 22
2.5 Selección de instrumentos de investigación 22
2.6 Validez y confiabilidad de instrumentos 23
2.7 Operacionalización de variables 23
Tabla 2: Operacionalización de variables 25
2.8 Procesamiento de datos 27
Capítulo III. Aspectos Administrativos 28
3.1 Recursos humanos 28
3.2 Recursos técnicos y materiales 28
3.3 Recursos financieros 28
3.4 Cronograma de trabajo 29
3.5 Temario o índice preliminar 29
Capítulo IV: La Ira 32
4.1 Conceptualización 32
4.2 Papel de la ira 33
4.3 Características y manifestaciones de la ira 35
4.4 Síndrome I.H. A, ira , hostilidad y agresión 36
4.5 Mitos de la ira 37
4.6 Pensamientos activadores de la ira 40
4.7 Tipos de ira 41
Tabla 3: Tipos de ira 41
4.7.1 Ira estado 41
4.7.2 Ira rasgo 41
4.7.3 Ira temperamento 41
4.7.4 Reacción de ira 41
4.7.5 Sentimientos 42
4.7.6 Ira expresión 42
4.7.7 Expresión verbal 42
4.7.8 Expresión física 42
4.7.9 Ira control 42
4.7.10 Índice de Expresión de la Ira 43
4.8 Diferencia entre la Ira experiencia y la expresión de la ira 43

4.9 Modelo Cognitivo de Beck 44
4.9.1 Procedimiento del modelo de Beck 45
4.9.2 Entrenamiento en la observación y registro de pensamientos automáticos 46
4.10 Técnicas de manejo de ira 47
4.10.1 La terapia Racional-Emotiva de Ellis: TRE 47
4.10.2 Modelo A-B-C 48
4.10.3 Detección de ideas irracionales 48
4.10.4 Relajación progresiva 48
4.10.5 Entrenamiento Autógeno 49
4.10.6 Técnicas de solución de problemas de D'Zurrilla y Goldfried 50
4.10.7 Entrenamiento en Autoinstrucciones 51
4.10.8 Entrenamiento en Habilidades Sociales 52
4.10.9 Escala para medir la Ira 54
4.10.10 Time out 54
4.10. 11 Desarrollar la meta-cognición asociada a conductas de ira 54
4.10.12 Evitación 54
4.10.13 La distracción 55
4.10.14 Control de ira de Novaco (1975) 55
4.10.15 Control de Deffenbacher (1994) 55
4.10.16 El entrenamiento en manejo de ira (Lochman y Wells, 1996) 56
Capítulo V: Autocontrol 57
5.1 Conceptualización 57
5.2 Bases del autocontrol experimental 58
5.3 Características y manifestaciones 59
5.4. Modelos de autocontrol 60
5.4.1 El modelo de Thoresen y Mahoney 60
5.4.2 El modelo de Bandura 61
5.4.3 El modelo de Kanfer (1970 y 1977) 61
5.4.4 El modelo de Skinner 62
5.5 Autocontrol emocional 62
5.6 Tipos de autocontrol 63
Tabla 4: tipos de autocontrol 63

5.6.1 Autocontrol por retraso de recompensa 63
5.6.2 Autocontrol acelerativo 63
5.6.3 Autocontrol decelerativo 64
5.6.4 Autocontrol por retroalimentación personal 64
5.6.3 Autocontrol procesual 64
5.6.4 Autocontrol criterial 64
5.7 Técnicas de autocontrol 65
5.7.1 Control estimular 65
5.7.2 Técnicas de programación conductual 66
5.7.3 Técnicas que facilitan el cambio de conducta 67
5.7.4 Otras técnicas 68
5.7.4 1 Contratos conductuales 68
5.8 Entrenamiento en respuestas alternativas 68
5.8.1 Entrenamiento en autoinstrucciones 68
5.8.2 Programa de autocontrol de Kanfer (1980) 69
Capítulo VI: Resultados 72
6.1 Procesamiento de datos 72
Tabla 5: puntuaciones porcentuales y medias de tipos de ira 72
Grafica 1: medias de puntuaciones porcentuales de tipos de ira 76
Tabla 6: puntajes porcentuales y medias de tipos de autocontrol 77
Grafica 2: puntuaciones porcentuales y medias de tipos de autocontrol 79
Tabla 7: matriz de correlaciones lineales entre la ira y el autocontrol 80
Gráfica 3: programa terapéutico adaptado a la realidad local 81
Tabla 8: hipótesis 1, calificaciones z y correlaciones 82
6.2 Prueba de hipótesis 82
Gráfica 4: línea de regresión de la hipótesis 1 84
Tabla 9: hipótesis 2, calificaciones z y correalción 85
Grafica 5: línea de regresión de la hipótesis 2 87
Tabla 10: hipótesis 3, calificaciones z y correlaciones 88
Gráfica 6: línea de regresión de la hipótesis 3 90
6.3 Resultados 90
6.4 Conclusiones 93

6.5 Recomendaciones 94
6.6 Anexos 95
Referencias…… 99

Resumen

El título de de la presente investigación es la relación de la ira con el autocontrol en adolescentes. Debido a que la adolescencia es una etapa crítica, en la cual se producen cambios psico-evolutivos, podría existir un aumento de los niveles de ira y déficits en distintos tipos de autocontrol. Por lo tanto, el objetivo general es el de describir las asociaciones cuantitativas entre la ira y el autocontrol en adolescentes para entender las relaciones entre estas variables y proponer modos de intervención adaptados a la realidad nacional. En la metodología de investigación se utilizó una muestra constituida por 49 adolescentes varones y mujeres con un rango de edad de 16 a 18 años. Los instrumentos aplicados fueron el Inventario de Expresión de Ira Estado- Rasgo 2 de Miguel Tobal, Casado, Cano Vindel y Spielberger (2001) sobre el tema ira y el Cuestionario de Autocontrol Infantil y Adolescentes de Capafóns y Silva (1985) sobre el tema autocontrol. Según los resultados obtenidos los tipos más frecuentes de ira en la muestra estudiada son: el control de ira externa, seguido por el control de ira total y la escala de control de ira interna. Los déficits más frecuentes en los tipos de autocontrol son: el autocontrol procesual, en segundo lugar el retraso de recompensa, en tercer lugar la retroalimentación personal. Las correlaciones negativas en valores absolutos más altas se presentaron entre las variables: índice de ira expresión y el autocontrol de tipo retraso de recompensa, seguidas por las variables temperamento de ira y autocontrol de tipo retraso de recompensa. Por otro lado, en las correlaciones positivas más altas fueron entre las variables control externo de ira y el autocontrol criterial, en segundo lugar se encuentra la correlación entre la escala de sinceridad y la escala de ira expresión externa. Los resultados para las hipótesis planteadas muestran que existe una correlación moderadamente entre los tipos de ira y los tipos de autocontrol. Por lo que se concluyó que este estudio no muestra correlación lineal entre las dos variables planteadas, como se había hipotetizado; sin embargo, esto podría deberse al tamaño del rango de edad, el tamaño de la muestra, su carácter no probabilístico. Además que es probable que existiera alguna relación de tipo no lineal.

Summary

The title of this research is the relationship of anger with self-control in adolescents. Because adolescence is a critical stage in which psycho- evolutionary changes occur, there may be an increase in the levels of anger and deficits in different types of self-control Therefore, the overall objective is to describe quantitative associations between anger and self-control in adolescents to understand the relationships between these variables and propose intervention methods adapted to the national situation. The research methodology was used a sample of 49 young men and women with an age range of 16-18 years. The instruments used were the State-Trait Anger Expression Inventory 2 by Miguel Tobal , Casado, Cano Vindel and Spielberger (2001) on the subject Anger and Self Control Questionnaire for Children and Adolescents by CAPAFONS and Silva (1985) about self-control. According to the results the most common types of anger in the sample are: external anger control, followed by the full wrath control and the scale of internal anger control. The most common deficits in self-control types are: procecual self-control, second delay reward self-control, third personal feedback self-control . The negative correlations in higher absolute values were observed between variables: the index of anger expression and the reward delay self-control, followed by the anger temperament variables and the reward delay self-control. On the other hand, higher positive correlations between variables were external control of anger and the criterial self-control , second is the correlation between the scale of sincerity and outward expression of anger scale. The results for the hypotheses show a moderately correlation between types of anger and types of self-control the scale of external expression of anger with the procesual self-control. It is concluded that this study shows no linear correlation between the two variables raised, as was hypothesized , but this could be due to the size of the age range , the sample size , its non- probabilistic . Furthermore it is likely that there is any non-linear relationship.

Capítulo I. Introducción

Relación de la Ira y el Autocontrol en adolescentes

1.1.1 Planteamiento del Problema

Según Sanz y Gonzalez (2006) la adolescencia es una etapa crítica, en la cual se producen cambios hormonales, físicos, psicológicos y sociales que podrían influir en el aumento de los niveles de ira. En la investigación realizada por esos autores, se evidenció que 105 adolescentes de Holguín, Cuba, con rango de edad de 13 a 15 años que cursaban el 7mo grado de 4 secundarias básicas, obtuvieron altos niveles en variables como el control de la ira, en la expresión de la ira interna y externa.

Adicionalmente, para Menéndez (2006) la adolescencia es una de las etapas de mayor estrés para los padres, los cambios hormonales y químicos, entre otros, producen crisis de oposición, que son rupturas con la etapa infantil, ocasionando sentimientos de ira, impulsividad y conductas agresivas. Según el artículo de Menéndez existen altas cifras en la violencia entre adolescentes, por ejemplo en España en la década de los 90 el 6% de los alumnos menores de 18 años habían sido víctimas de agresión por parte de sus compañeros y el 90% habían sido testigos de una conducta de este tipo. Por otro lado, López, López y Freixinos (2003) obtuvieron en su investigación bajas puntuaciones en el nivel de autocontrol de tipo retardo de recompensa y autocontrol criterial, lo que significa que los adolescentes tendrían dificultades en el afrontamiento de situaciones amenazantes y de estrés, además de un déficit de habilidades para mantener actividades sin necesidad de reforzadores inmediatos.

La adolescencia es una etapa que incluye la transición de la niñez a la edad adulta, y en ella existen cambios en distintos ámbitos como se había mencionado con anterioridad. La meta de está etapa es que el sujeto desarrolle su identidad, su independencia y aprenda a desenvolverse mejor a nivel social. La adolescencia se suele dividir en tres etapas: Pre-pubertad o adolescencia inicial (de los 11 a los 14 años), la pubertad o la adolescencia media (de los 14 a los 16 años), y la adolescencia final (16 a 19 años). Durante estas fases el adolescente va adquiriendo diferentes habilidades, sin embargo, si no se llegan a cumplir las metas de cada etapa puede existir dificultades en la edad adulta (Musalem, 2012).

Dentro de las metas de mayor relevancia que deberían cumplirse en la adolescencia se encuentran:

1. Logro en su sexualidad: El adolescente va adquiriendo mayor habilidad al relacionarse con sus coetáneos. El logro heterosexual ya no se considera un criterio único para una evolución del adolescente sino nada más una opción de entre otras.
2. Independencia de la familia: Está separación entre hijos y padres es un proceso gradual, en donde el adolescente siente que puede lograr elegir, vivir por sí mismo y sobretodo hacerse cargo de sus responsabilidades.
3. Logro de una madurez emotiva: El adolescente expresa, identifica y controla sus emociones. De lo contrario en su adolescencia tardía y en su adultez podrá tener dificultades en cuanto a expresión y control emocional.
4. Independencia económica: esta meta se relaciona con la elección profesional, una buena selección de ocupación permitirá al adolescente satisfacer sus necesidades.
5. Logro de adultez intelectual: se refiere a que el adolescente posee una solidez en el razonamiento, empieza a pensar con mayor complejidad, enfocándose en la validez de sus teorías idiosincráticas o personales sobre sí mismo, los otros o el mundo, además que la inteligencia ayuda con la expresión y control de emociones.
6. Poseer una filosofía de vida: se basa en el conjunto inter-relacionado de pensamientos, valores y actitudes para que el adolescente pueda guiarse, teniendo en claro las prioridades de la vida cotidiana.
7. Adecuado uso del ocio: se basa en la realización de actividades fructíferas en el tiempo libre, en el cual se desarrolla la creatividad y otras aptitudes.
8. Necesidad de una realización vocacional: el deseo de independencia económica, permite que el joven tenga un desempeño adecuado en su vocación, buscando cumplir sus metas profesionales. (Musalem, 2012; González, 2001)

La adolescencia puede ser una etapa de madurez emocional, altos niveles de desarrollo intelectual, individual y de la identidad; sin embargo, según González (2001), si el adolescente no logra estas metas podría atravesar por dificultades en varios aspectos de su vida, entre ellos la dificultad en manejar emociones, como la ira, y las conductas inadecuadas y de riesgo. Varios autores descubrieron que el autocontrol deficiente de la ira era una característica en el mayor número de los casos de delitos en adolescentes. Lewis (1991) sostuvo que existen altos porcentajes de delitos y agresiones cometidos por

adolescentes menores de 18 años, en Estados Unidos. De igual manera, en Gran Bretaña y Francia se han incrementado las conductas agresivas entre jóvenes de 17 a 21 años de edad. (Mcguire, 1995; Feindler y Ecton, 1986; Feindler y Fremouw, 1983; Feindler, Marriott e Iwata, 1984, citados por González, 2001).

Según Gonzalez (2001) esta etapa de transición puede relacionarse con conductas de riesgo al tener el adolescente que atravesar cambios en varios aspectos de su vida. Las investigaciones muestran que la adolescencia puede ser una etapa de riesgo, como por ejemplo en México, donde los jóvenes de 15 a 19 años de edad son el grupo de mayor consumo de estupefacientes; desde allí se ha informado que, de 100 usuarios, 10 comienzan a consumir drogas a los 11 años, 10 entre los 10 a 12 años, y 61 sujetos entre los 15 a 19 años (Gonzalez, 2001). Por su lado, Rincón (2011) expresó que la capacidad de controlar el comportamiento en la primera infancia, sigue desarrollándose hasta en la adolescencia. Los niños aprenden gradualmente conductas alternativas a la expresión de la ira; aprenden a poner un freno a las reacciones impulsivas y agresivas. En ciertos casos el adolescente denota impotencia en controlar la ira y muchas veces para que los demás no noten esta falta de autocontrol podría intensificar su ira (interna) y llegar luego a conducirse agresivamente con sus coetáneos de modo explosivo y periódicamente recurrente. Aquellas conductas de ira o de agresión permanecen en la adolescencia afectando a la integración social, al rendimiento académico y al funcionamiento familiar. La falta de autocontrol se refleja, entre otros modos, en la realización de trabajos escolares, en la tendencia a dar respuestas rápidas e irreflexivas, en la dificultad de terminar o iniciar una tarea en plazos establecidos, o, en altos niveles de frustración al no poder realizar una actividad. Como son sujetos que muchas veces no piensan en consecuencias a largo plazo, buscan la satisfacción inmediata llegando a tener más accidentes que los niños que no son impulsivos. Otras complicaciones debido a la falta de autocontrol pueden presentarse en el período de la adolescencia como: delincuencia, consumo de drogas, bulimia, juego compulsivo, embarazos no deseados, piromanía, robo en tiendas, entre otras conductas.

Por otro lado, Maturana (2012) sostuvo que las conductas agresivas muestran mayor intensidad entre los 2 y 3 años, disminuyendo luego, volviendo a aumentar en la adolescencia inicial y finalmente disminuyendo de nuevo en la adolescencia tardía. Sin embargo si la conducta inadecuada continua, esto podría relacionarse patológicamente con la percepción del sujeto con respecto al ambiente familiar, valorándole como conflictivo y

con la falta aprendida de control de emociones. Las conductas agresivas que continúan sin ser auto-controladas en la adolescencia tardía pueden correlacionarse con problemas para la codificación de información, lo cual dificulta al adolescente con respecto a sus relaciones sociales, su manera de actuar, resolver conflictos y elaborar respuestas alternativas. Por su parte, Crittenden sugirió que las conductas agresivas y la falta de maduración en el autocontrol surgen de procesos de interacción, aprendidos especialmente en los primeros años de vida en la interacción familiar, sobre todo con el proceso de vinculación definido por Greenberg como un proceso de construcción de lazos emocionales, que influirían en la manera de relacionarse del adolescente. (Crittenden , 2002, Greenberg, 1999 citados por Maturana, 2012).

Farrigton y de West llegaron a la conclusión en su propio estudio que, para la edad de 8 a 10 años, entre los factores que permiten predecir la violencia se encuentran un contexto familiar conflictivo, donde exista sentimientos de ira, castigos y descuido físico por parte de la familia, separación o pérdidas parentales que influirán en la adolescencia y posiblemente también en la edad adulta (Farrigton y de West,1989 , citados por Boswell, 2001). Por su parte Herzberger señaló que el manejo de la ira y la expresión de la emoción se aprende por medio de técnicas de disciplina, que según el autor son dos: 1. La sensitización, se refiere a gritar y castigar. 2. La inducción, se basa en explicar y moralizar. Dienstbier y sus cooperadores compartieron esta teoría diciendo que los sujetos del primer grupo (sensitización), tienden a repetir las mismas conductas, sintiéndose más avergonzados y con menos responsabilidad, mientras que los sujetos de segundo grupo tienden a comportarse de manera más responsable y controlando la ira, ganando consciencia de las consecuencias de su comportamiento. (Herzberger,1983; Dienstbier et al,1975; citados por Boswell, 2001).

Olweus hizó 16 estudios longitudinales, donde examinó a varios sujetos con edades de 1 a 21 años, respecto a la consistencia de la ira y las conductas agresivas. Llegando a la conclusión de que existe una persistencia de los patrones de ira a lo largo de la infancia, adolescencia y la edad adulta; sin embargo, tal patrón va reduciéndose a la edad de 21 años. (Olweus, 1979, 1988, citado por Mcguire, 2001). Mcguire (2001) comparte la misma conclusión, señalando que la ira y las conductas agresivas persisten desde la infancia hasta la adolescencia. Adicionalmente, Favre (2007) sostuvo que la ira y las conductas agresivas perduran debido a que producen un efecto placentero, tanto químico de

secretación de endorfinas, como conductual, como reforzador positivo que permite al adolescente adquirir a corto plazo lo que desea o adquirir control sobre los demás. (Favre, 2007, citado por Rincón, 2011). Loeber no descarta lo anteriormente mencionado, añadiendo que los factores familiares y del contexto en donde se desenvuelve el sujeto son predictores de la persistencia de la ira y de las conductas agresivas. (Loeber, 1990, citado por Mcguire, 2001). Berkowits con el fin de comprender la temática de la ira en adolescentes, mostró que es amplio el espectro de las influencias situacionales, como pueden ser: las amenazas o provocaciones del contexto, frustraciones y presiones personales, entre otras. Además, los valores culturales influyen en la ira, en la manera de expresarla y controlarla. (Berkowits, 1993, citado por Mcguire, 2001)

Desde el punto de vista cognitivo, otros autores se percataron en sus investigaciones que la manera de pensar de los sujetos influye en la expresión de la ira y en su control. Lo que realizaron fue, por ejemplo, estudiar comparativamente a niños agresivos y niños no agresivos del grupo control y obtuvieron los siguientes resultados: 1. Los niños agresivos codifican un espectro reducido de indicadores ambientales, atienden de manera selectiva y prioritaria a los estímulos que producen ira, 2. Atribuyen a los demás y a las situaciones, intenciones hostiles, 3. Etiquetan con más frecuencia como ira a los estados de excitación interna, 4. Conciben menos alternativas de solución de conflictos, 5. Muestran un repertorio reducido en habilidades de interactuación, 6. Se observó un mayor nivel de egocentrismo en la solución de problemas sociales. (Akhtar y Brafley, 1991; Kendall, 1993, citados por Mcguirre, 2001)

A pesar que varios autores (Pérez, Sanjuán, Rueda, y Ruiz, 2011; Leibovich, Schmidt, y Gol, 2001; Remor, Amorós, y Carrobles, 2006; García, y Pérez, 2005; Ochoa, Herrera, Lemos, Arango, Rogers, 2010) han investigado el tema de la ira, y otros autores (López, López, Freixinos, 2003; López, Peralta, Muñoz, Godoy, 2003; Sisto, Marín y Urquijo, 2010; Rodríguez,2010; Navarro, 2003) han investigado el tema del autocontrol, no existen estudios conocidos por la autora que investiguen estas variables conjuntamente.

La presente investigación pretende estudiar de modo correlacional las dos variables planteadas, en el específico y delimitado contexto, ubicado en la zona urbana de la ciudad de Quito.

La autora se alinea con la postura de Musalem (2012) debido a que la adolescencia es considerada como una transición de la niñez a la adultez, donde se producen cambios

psico-evolutivos que podrían aportar con el desarrollo de habilidades en el manejo de ira y en el incremento del autocontrol. Sin embargo, en ciertos casos la adolescencia también puede ser una etapa de crisis, justamente por los cambios que atraviesan los jóvenes, los cuales podrían interferir sobre sus sentimientos de ira, conductas impulsivas u agresivas. Además que la autora comparte los criterios de Rincón (2011) quien insiste en que la capacidad para controlar las emociones y las conductas impulsivas se van desarrollando desde la infancia y permanecen presentes en la adolescencia, igualmente la valoración del sujeto ante una situación, influye en la manera de expresar y controlar la ira.

1.1.1.1 Diagnóstico del Problema

La ira es una emoción adaptativa que consta de tres sistemas de respuesta: cognitivo, fisiológico y motor, que cuando es demasiado intensa y duradera podría relacionarse con enfermedades, altos niveles de activación fisiológica, valoración de las experiencias como negativas y conducta motora agresiva, entre otros aspectos que podrían afectar la calidad de vida y la salud en adolescentes o de otros de su entorno.

Por otro lado, el autocontrol es un conjunto de habilidades que permite que: 1.- el sujeto controle sus emociones, 2.- acepte normas 3.- perciba y se oriente por consecuencias a largo plazo, 4.- influya en la ira, en lo relacionado a la experiencia, expresión y control de la emoción, 5.- Aportando con estrategias de reducción de la intensidad y duración de la ira, y 6.- tenga ganancias de las consecuencias fructíferas a largo plazo. Por lo tanto, si el autocontrol de la ira es deficitario podría relacionarse con problemas como: consumo de drogas, dificultades en el control emocional, bajos niveles de salud, dificultades en la aceptación de normas sociales y conductas problemáticas o violentas contra la autoridad o la ley; especialmente en adolescentes.

1.1.1.2 Pronóstico

Si se clarifica con este estudio sobre adolescentes las relaciones entre la ira con el autocontrol, se podría aportar con mayor información importante y actualmente inexistente acerca de la temática. Si no se soluciona el problema, se podría contribuir con la exploración de datos útiles para el diseño de programas de intervención sobre la ira y el autocontrol o en próximas investigaciones se podría estudiar la eficacia de la propuesta terapéutica expuesta en los adolescentes del medio local. Lo que significa que se aportaría para promover específicamente las conductas saludables en la población, prevenir comportamientos violentos.

1.1.1.3 Control de Pronóstico

La presente investigación se llevará a cabo por medio de test psicométricos que son los siguientes: el Inventario de Expresión de Ira Estado- Rasgo 2 (STAXI-2) de Miguel Tobal, Casado, Cano Vindel y Spilberger (2001) y el Cuestionario de Autocontrol Infantil y Adolescentes (CACIA) de Capafóns y Silva (1995). Se aplicará estos instrumentos respectivos en una muestra de adolescentes con una edad de 16 a 18 años, de un colegio de la localidad. Se trabajará con fuentes primarias y secundarias, para relacionar las variables anteriormente planteadas. Adicionalmente, se trabajará en explorar en fuentes secundarias los programas de intervención disponibles sobre la ira y el autocontrol, con la finalidad de proponer un programa terapéutico adaptado a la realidad local.

1.1.2 Formulación del Problema

Pérez et al. (2011) indicaron que la ira consta de una alta correlación con las enfermedades cardiovasculares, las cuales han llegado a ser una de las primeras causas de mortalidad en la actualidad.

Adicional al estudio de Pérez et al. (2011), Leibovich et al (2001) consideraron que la ira es una emoción adaptativa, que se ha relacionado con los problemas coronarios.

Remor et al (2006) expusieron que la manera de pensar influye en los niveles de ira y en los tipos de ira.

García, y Pérez (2005) sostuvieron que la ira es una emoción básica que varía en intensidad, constituida por una activación fisiológica, expresión facial, sentimientos de enfado, respuestas cognitivas y motoras que se manifiestan cuando no se consigue una meta o cuando el sujeto recibe un daño externo.

En otro estudio, Ochoa et al. (2010) indicaron que la ira es una emoción que se presenta en una situación injusta y de frustración de metas. La emoción se relaciona con la cardiopatía que se presenta como un síndrome donde existe una disminución del flujo sanguíneo en las arterias coronarias.

A la par a los estudios del tema, López et al. (2003) observaron que el autocontrol deficitario estaba relacionado con las conductas antisociales.

López et al. (2003) consideraron que el autocontrol es el conjunto de conductas constituidas por el retardo de la gratificación, la aceptación de la norma social, la percepción de consecuencias a largo plazo y la regulación de las emociones.

Sisto et al. (2010) consideraron que el autocontrol tiene una gran influencia del entorno social, de las normas y el retraso de recompensa, permite que el sujeto piense en consecuencias a largo plazo.

Adicionalmente, Rodríguez (2010) indicó que el autocontrol es la tendencia a retrasar los beneficios personales a corto plazo, controlar actos impulsivos, seguir las normas sociales, tolerar situaciones amenazantes y situaciones de estrés.

Finalmente, Navarro (2003) indicó que el autocontrol es un conjunto de comportamientos que permiten obtener una recompensa y evitar castigos a largo plazo.

1.1.3 Sistematización del Problema

Tabla 1

Sistematización del problema

	ESTUDIO SOBRE LA IRA	
	METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN	
AUTOR	MUESTRA	INSTRUMENTOS
Pérez et al. (2011)	La muestra inicial estuvo conformada por 327 mujeres con una edad media de 35,4 años, matriculadas en diversos cursos de la Universidad Nacional de Educación a Distancia. (UNED-España)	El Inventario de Expresión de ira Estado- Rasgo (STAXI) (Spielberger et al., 1985), la Escala de Ansiedad y Depresión hospitalaria (HAD) (Zigmond y Snaith, 1983).
Leibovich et al. (2001)	Utilizaron una muestra constituida por 341 sujetos de población general de Buenos Aires, Argentina. El 66,6 % de los sujetos eran de género femenino y el resto masculino. Poseían una edad mínima de 20 y una máxima de 57 años.	El Inventario de Expresión de enojo (ira) Estado-Rasgo (STAXI) de Spielberger et al. (1983).
Remor et al.(2006)	La muestra utilizada fue de 86 estudiantes universitarios, 65 mujeres y 21 hombres, con una edad media de 20,3 años, con un rango de 18 a 40 años.	Life Orientation Test Revised de Scheier, Carver y Bridges (1994), el Cuestionario del Estilo de Atribución Ampliada de Peterson y Villanova (1988),el Inventario de Expresión de ira Estado-Rasgo 2 (STAXI-2) de Miguel Tobal, Casado, Cano Vindel y Spilberger (2001).

Nota: Adaptado de "*Salud Cardiovascular en la mujer: el papel de la ira y su expresión*" por A. Pérez, P. Sanjuán, B. Rueda, M. Ruíz, 2011 et al, *Psicothema* , 23(4) 2011; "*El Inventario de Expresión de Enojo Estado-Rasgo (STAXI)*" por N. Leibovich, V. Schmidt, S. Gol, 2001, *RIDEP* , 1(1); "*Optimismo y la*

experiencia de Ira en relación con el Malestar Físico" por E. Remor,M. Amorós, J. Carrobles, 2006, *Anales de psicología,* 22(1). Modificado por la Autora.

Tabla 1

Sistematización del problema (CONT.)

	ESTUDIO SOBRE LA IRA	
	METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN	
AUTOR	MUESTRA	INSTRUMENTOS
García et al. (2005)	La muestra estuvo compuesta por 30 sujetos de género masculino con una edad media de 47 años, con un rango de 38 a 59 y un nivel educativo medio-bajo. Los sujetos fueron reclutados del grupo GEARA (Grupo de enfermos alcohólicos recuperados de Ávila, España).	El Inventario de Expresión de ira Estado-Rasgo 2 (STAXI-2) de Miguel Tobal, Casado, Cano Vindel y Spilberger (2001), el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA), de Miguel-Tobal y Cano - Vindel, (1994) y Cuestionario sobre el historial de alcoholismo.
Ochoa et al. (2010)	La muestra estuvo conformada por 90 personas con diagnóstico de Cardiopatía Isquémica. Con una edad media de 63,2 años, constituida por 71 hombres y 19 mujeres. Por su parte, el grupo control estuvo constituido por 78 sujetos, sin problemas cardiovasculares, constituido por 41 hombres y 37 mujeres, cuya edad media fue 57,1 años.	El Inventario de Expresión de enojo Estado- Rasgo 2 (STAXI 2) de Miguel Tobal, Casado, Cano Vindel y Spilberger (2001).

Nota: Adaptado de "*La ira y la ansiedad en la abstinencia de alcohólicos rehabilitados*" por E. García, M. Perez, 2005, *EduPsykhé,* 4(2); "*Análisis de la ira en pacientes con cardiopatía isquémica de la ciudad de Medellín (Colombia)"* por A. Ochoa, C. Herrera, M. Lemos y H. Rogers, 2010, *Psicología desde el Caribe*, 26. Modificado 2013 por la Autora.

Tabla 1

Sistematización del problema (CONT.)

	ESTUDIO SOBRE EL AUTOCONTROL	
	METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN	
AUTOR	MUESTRA	INSTRUMENTOS
López et al. (2003)	La muestra utilizada estuvo conformada por 324 adolescentes, de los cuales 167 son chicos y 157 son chicas, con edades comprendidas entre los 12 y los 17 años.	El Cuestionario de Conducta Antisocial-Delictiva de Seisdedos (1988), El Cuestionario de Autocontrol Infantil y Adolescentes (CACIA) de Capafóns y Silva (1995).
López et al. (2003)	Usaron 53 sujetos consumidores de drogas, 19 mujeres y 34 hombres. Con una edad media de 27,42 años, un rango de 21-35 años.	El Cuestionario de Estilo de Atribución de Peterson et al. (1982), el Inventario de Asertividad de Rathus (1973), el Cuestionario de Autocontrol de Rosenbaum (1980) y la Entrevista de Investigación acerca del Comportamiento Adictivo.
Sisto et al. (2010)	La muestra inicial fue de 1213 personas, con edades de entre 8 a 14 años, que estaban cursando del 2º al 8º grado de una escuela pública del interior del Estado de São Paulo, Brasil. El 50,2% de la muestra eran varones y el 49,8% niñas.	La Escala de Autoconcepto Infantil-Juvenil de Sisto y Martinelli (2004) y la Escala Femenina y Masculina de Autocontrol de Martinelli y Sisto (2006).

Nota: Adaptado de "*Retardo de Gratificación y Autocontrol en jóvenes antisociales: características asociadas al género*" por C. Lopez, J. Lopez, M. Freixinos, *Psicopatología Clínica, Legal y forense*, 3(3); "*Autocontrol y Consumo de drogas*" por F. López, I. Peralta, M. Muñoz, J. Godoy, 2003, *ADICCIONES*,

15(2);" *Relación entre los constructos Autocontrol Y Autoconcepto en niños y jóvenes*" por F. Sisto,F. Marín, S. Urquijo, 2010, *LIBERABIT*, 16(2). Modificado 2013 por la Autora.

Tabla 1

Sistematización del problema (CONT.)

	ESTUDIO SOBRE EL AUTOCONTROL	
	METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN	
AUTOR	MUESTRA	INSTRUMENTOS
Rodríguez (2010)	Utilizaron una muestra de 382 adolescentes. Con edades entre 11a 18 años. El 49,2% fueron varones y el 50,8% mujeres escolarizados en instituciones públicas a nivel de bachillerato del Estado Mérida Venezuela.	La escala de Bajo autocontrol de Grasmick, Tittle, Bursik y Arneklev (1993), Índice de Monitoreo Parental de Esbensen y Weerman (2005), Cuestionario de Conductas Antisociales (CCA) de Mirón (Mirón y Otero-López, 2005)
Navarro (2003)	La muestra estuvo conformada por 251 alumnos del 2º semestre de preparatoria bilingüe del ITESM Campus Toluca (México). Se llevó a cabo el estudio de manera longitudinal en el lapso de 1999 – 2001. El grupo estaba constituido por 117 sujetos del sexo femenino y 134 del masculino, con un rango de edad de 15 a 21 años.	La Prueba Académica del College Board de Puerto Rico requisito de admisión al Sistema ITEMS, el Inventario de Estilos de Personalidad (MIPS) de Theodore Millon (2001) y el Cuestionario de Autocontrol Infantil y Adolescentes (CACIA) de Capafóns y Silva (1986).

Nota: Adaptado de "*Bajo autocontrol y conducta antisocial: en perspectiva de género"* por J. Rodríguez, 2010, *REVISTA CENIPEC.* ISSN: 0798-9202; "*Factores asociados al rendimiento académico*" por E. Navarro, 2003, *Revista Iberoamericana de Educación*. ISSN: 1681-5653. Modificado 2013 por la Autora

1.1.4 Objetivo General

Describir las asociaciones cuantitativas entre las variables ira y autocontrol en adolescentes para entender las relaciones entre estas variables y proponer modos de intervención adaptados a la realidad nacional.

1.1.5 Objetivos Específicos

1.1.5.1 Explorar en fuentes secundarias los programas de intervención psicoterapéutica disponibles sobre la ira y el autocontrol.

1.1.5.2 Determinar la frecuencia de los tipos de ira en la muestra de investigación por medio de la aplicación de test psicométricos.

1.1.5.3 Determinar qué déficit de tipos de autocontrol son más frecuentes.

1.1.5.4 Describir qué tipos de ira se asocian más significativamente con los tipos de déficit de autocontrol.

1.1.5.5 Proponer un programa terapéutico adaptado a la realidad local.

1.1.6 Justificación

Si se realiza está investigación se beneficiaría a varios conjuntos amplios de personas, entre ellos, a los adolescentes sobre quienes se realice la investigación, que podrían conocerse mejor a sí mismos, además de adquirir información acerca de los niveles de tipos de ira y los niveles de tipos de autocontrol que prevalecen en su colegio; los padres y madres de familia podrían conocer como se encuentra la realidad de estas variables en el lugar donde estudian sus hijos; el Colegio podría utilizar está información para trabajar en la construcción de programas de intervención en el manejo de la ira y el déficit del autocontrol emocional. Asimismo, información recopilada en este estudio podría profundizar el tema, para aportar con recomendaciones generales dirigidas a la comunidad psicológica, acerca del fortalecimiento de la prevención de la ira desadaptativa y del déficit de autocontrol emocional.

Por otra parte, este estudio podría ser utilizado como un punto de partida para la construcción de nuevas propuestas sobre esta misma línea, por ejemplo: la relación de las variables ahora propuestas para el estudio de problemas como el bajo rendimiento académico, el ausentismo escolar, el bullying, el burnout o el ingreso a las adicciones, entre otros.

A este estudio se lo plantea como compatible con la meta del Buen Vivir de fortalecer la prevención, control y la vigilancia de la información y el desarrollo de capacidades para describir, prevenir y controlar la morbilidad.

Justificación Teórica

Relacionar la ira con el autocontrol en adolescentes aparece como un tema relevante de investigación, debido a que no existe suficiente información que estudie las dos

variables conjuntamente. La ira, que es un fenómeno de importancia actual, podría estar interfiriendo en la salud mental y en el desarrollo psicoevolutivo en adolescentes que en lo general, serían propensos a incrementar la intensidad y la frecuencia de la ira**,** volviéndoseles una emoción difícil de controlar. De igual manera, el autocontrol es importante en el estudio de la ira, debido a que es un conjunto de habilidades cognitivo-emocionales-conductuales, que se construyen con procesos de aprendizaje y regulan el comportamiento; en la adolescencia podría existir un déficit en el autocontrol de la ira, lo que afectaría a las habilidades expuestas.

Justificación de Relevancia Social

Conseguir los objetivos planteados en esta investigación beneficiará no solo a los adolescentes sino a su familia y al personal docente del instituto educativo, facilitando el acceso a obtener información acerca de los resultados de las dos variables estudiadas. Se agregaría también la necesidad de explorar Programas Cognitivo Conductuales de control de la ira y prevención del déficit de autocontrol emocional, para brindar recomendaciones que permitan mejorar la calidad de vida en adolescentes. Por otra parte se plantea como indispensable promover la investigación de esta temática en el Ecuador, con la finalidad de aumentar, o dado el caso, iniciar la búsqueda de la información sobre el tema, para que así la institución u otros sujetos interesados puedan continuar con el estudio dada la escasa disponibilidad actual de datos locales y nacionales referidos a estas materias.

Justificación Metodológica

Está investigación es juzgada por la autora como viable debido a que existen test psicométricos disponibles que otorgan información acerca de los tipos de ira y el déficit en los tipos de autocontrol. Además se cuenta con la población y la muestra, la cual se estudiará para de esta manera describir las relaciones de las dos variables seleccionadas. De igual manera, se cuenta con la buena disposición para la realización de las entrevistas necesarias a las autoridades de la institución. Asimismo, en el transcurso de indagación inicial de la información, se ha apreciado la disposición de suficiente información bibliográfica de procedencia internacional acerca de los temas y sus posibles soluciones. Los objetivos antes señalados pueden cumplirse cronológicamente y de modo acorde con la disponibilidad del recurso tiempo.

1.2 Marco Teórico

1.2.1 Estado Actual del Conocimiento sobre el Tema

Pérez et al. (2011) indicaron que la ira se correlacionaba con las enfermedades cardiovasculares. Según los resultados de la investigación indicaron que los altos niveles de ira interna o de supresión de la emoción y la falta de control de la misma estaban asociados con el deterioro de la salud, el malestar emocional y los síntomas cardiovasculares.

En otra investigación, Leibovich et al. (2001) consideraron que la ira es una emoción adaptativa, que estaba relacionada con los problemas coronarios y con el género y que la manera de expresar el enojo (ira) varía según el país. Según los resultados adquiridos en la investigación, los sujetos de género masculino suprimen en mayor nivel la ira y la controlan con más frecuencia que los del género femenino. También se comparó resultados entre la muestra original (Norteamericanos) con mayor puntuación en el control del enojo y la muestra de sujetos Argentinos que suprimen y luego expresan el enojo con más frecuencia.

Adicionalmente, Remor et al. (2006) expusieron que la manera de pensar influye en los niveles de ira y en los tipos de ira. En la investigación realizada se evidenció que los sujetos con altas puntuaciones en expresión de la ira interna o supresión de la manifestación de ira sin llegar a controlarla, manifestaron niveles de presión arterial alta, evaluaron las situaciones como amenazantes y experimentaron mayor grado de malestar físico o síntomas somáticos.

En otro estudio, García et al. (2005) sostuvieron que la ira estaba correlacionada con el consumo de alcohol. La ira es una emoción básica que varía en intensidad, constituida por una activación fisiológica, expresión facial específica, sentimientos de enfado, respuestas cognitivas y motoras que se manifiesta cuando no se consigue una meta o cuando el sujeto recibe un daño externo. Según los resultados de la investigación comprobaron que el grupo que consumía alcohol obtuvo altas puntuaciones en temperamento de ira, rasgo de ira y control de la ira.

Asimismo, Ochoa et al. (2010) indicaron que la ira es una emoción que se presenta en una situación injusta y de frustración de metas. Además en la investigación realizada se evidenció que los pacientes con cardiopatía isquémica mostraron altas puntuaciones en la ira como rasgo, reacción de ira y expresión interna de la ira o supresión de la expresión de esta emoción, en comparación con el grupo control.

Por otro lado, López et al. (2003) observaron que el autocontrol estaba relacionado con las conductas antisociales y con el género. En la investigación se evidenció que los adolescentes con trastorno antisocial obtuvieron bajos niveles en el autocontrol de tipo retraso de la recompensa, lo que significa que los sujetos realizan conductas que los satisfacen a corto plazo, se evidenció un nivel alto en el autocontrol procesual o dificultad en seguir reglas y de cuestionar su propio comportamiento y un nivel bajo de autocontrol criterial, que indica una falta de habilidad para soportar el estrés y las situaciones amenazantes. En los chicos, las conductas delictivas se predicen por el déficits en autocontrol procesual y el retardo de la recompensa y en las chicas por el déficits en el retardo de la recompensa.

López et al. (2003) consideraron que el autocontrol es el conjunto de conductas constituidas por el retardo de la gratificación, la aceptación de la norma social, el pensamiento de consecuencias a largo plazo y la regulación de las emociones. Además observaron que el autocontrol deficitario estaba relacionado con el consumo de drogas. En los resultados de la investigación se evidenció que el decremento de autocontrol aumentó la cronicidad del consumo de drogas. Por otro lado, la asertividad tuvo una relación directa con el consumo de drogas, bajo efectos de la droga el sujeto se siente más asertivo. Sin embargo, Velázquez, Arrelanez y Martínez. (2012) indicaron en su investigación que bajos niveles en la asertividad estaban correlacionados con mayor cronicidad en el consumo de drogas.

En otra investigación, Sisto et al. (2010) consideraron que el autocontrol tiene una gran influencia del entorno social, de las normas y el retraso de recompensa, permite que el sujeto piense en consecuencias a largo plazo. En los resultados de la investigación realizada, las altas puntuaciones en el autocontrol emocional estaban relacionadas con altas puntuaciones en el autoconcepto. Por otra parte, el autocontrol estaba relacionado con el género, los varones mostraron mayores puntuaciones en el autocontrol de reglas y conductas sociales. Mientras que las niñas obtuvieron mayores puntuaciones en el autocontrol emocional.

Adicionalmente, Rodríguez (2010) indicó que el autocontrol es la tendencia a retrasar los beneficios personales a corto plazo, controlar actos impulsivos, seguir las normas sociales, tolerar situaciones amenazantes y situaciones de estrés. Los resultados de la investigación indicaron que el déficit de autocontrol estaba relacionado con las conductas

antisociales y variaba según el género. En el caso de los varones, se obtuvieron puntuaciones altas en la Escala de bajo autocontrol, lo que significó que podría existir mayor impulsividad y conductas de riesgo en comparación al grupo de las mujeres.

Finalmente, Navarro (2003) indicó que el autocontrol es un conjunto de comportamientos que permiten obtener una recompensa y evitar castigos. Según los resultados de la investigación de este autor, los jóvenes tuvieron un alto puntaje en la retroalimentación personal, lo que les permite tomar decisiones satisfactorias. La retroalimentación personal estaba correlacionada con el retraso de recompensa y se correlacionó de manera inversa con el autocontrol procesual. También pudo evidenciar que no existe una correlación significativa entre el autocontrol con el rendimiento académico. Resultaría importante investigar en otro trabajo la explicación de ésta inconsistencia con la idea de Eron, Huesma; Moffitt; Justicia, Benítez, Pichardo, Fernández, García, Fernández quienes indicaron que el déficit de autocontrol sí estaba relacionado con las conductas antisociales, con bajos niveles de rendimiento académico, de esfuerzo y de motivación en la ejecución de las tareas. (Eron, Huesma, 1993; Moffitt, 1993; Justicia, Benítez, Pichardo, Fernández, García, citado por Fernández, 2006)

La autora se alinea con la postura de Leibovich et al. (2001) que consideró que la ira es una emoción adaptativa, que al ser frecuente, intensa y duradera podría relacionarse con enfermedades, conductas impulsivas o agresivas, sobretodo en adolescentes. Además se alinea con la postura de Lopez et al. (2003) quien observó que la falta de manejo de la ira, las conductas de riesgo, impulsivas y agresivas estaban relacionadas con déficits en los tipos de autocontrol, debido a que en estos casos los jóvenes mostraban dificultades en el retardo de la gratificación, en el pensamiento de consecuencias a largo plazo, en la regulación de emociones y en la aceptación de normas sociales.

1.2.2 Adopción de una Perspectiva Teórica

Adoptando la conceptualización de la ira, según García et al. (2005) los cuales sostuvieron que la ira estaba correlacionada con el consumo de alcohol. La ira es una emoción básica que varía en intensidad, constituida por una activación fisiológica, expresión facial específica, sentimientos de enfado, respuestas cognitivas y motoras que se manifiestan cuando no se consigue una meta o cuando el sujeto recibe un daño externo; se utilizará el Inventario de Expresión de Ira Estado- Rasgo 2 (STAXI-2) de Miguel Tobal, Casado, Cano Vindel y Spilberger (2001).

Por otro lado, adoptando la conceptualización del autocontrol, según López et al. (2003), los cuales consideran que el autocontrol es el conjunto de conductas constituidas por el retardo de la gratificación, la aceptación de la norma social, el pensamiento de consecuencias a largo plazo y la regulación de las emociones; se utilizará el Cuestionario de Autocontrol Infantil y Adolescentes (CACIA) de Capafóns y Silva (1985).

La investigación se realizará enfocándose en el modelo cognitivo conductual, que según Labrador (2011) surge por la necesidad de explicar, predecir y modificar los comportamientos de los sujetos. Para este modelo las conductas problemáticas y las adaptativas se adquieren por medio de procesos de aprendizaje que pueden ser modificados, mediante tratamientos evaluados de manera empírica en el laboratorio e implementados en el campo clínico, con la finalidad de establecer la eficacia de las técnicas. Además, considera como importante tres tipos de conducta: la fisiológica, la cognitiva y la motora.

Entre los principales precusores y exponentes del enfoque conductual se encuentra: Pavlov (1905) con el condicionamiento clásico, en el cual la asociación de un estímulo incondicionado que produce una respuesta fisiológica, no aprendida, con el estímulo neutro sin ninguna inicial respuesta fisiológica, logra construir una respuesta condicionada ante un estímulo neutro. y Thorndike (1896) con sus experimentos de solución de problemas y la postulación de las Leyes del Efecto y del Ejercicio, evidenciadas en las curvas de aprendizaje sobre el plano cartesiano Por otro lado, Watson y Rayner (1920) con la inducción de las fobias, en el caso del pequeño Albert, utilizando condicionamiento clásico. Y Mary Cover Jones con el primer tratamiento conductual de la fobia (a los conejos) en el caso Peter. Asimismo, Skinner (1953) propuso que la conducta puede ser modificable, explicada, predecible y controlada, (los objetivos de una ciencia sobre su objeto de estudio para ser considerada tal) utilizando el condicionamiento operante, en el cual la conducta puede ser controlada por estímulos discriminativos y modificada por reforzadores y castigos. En los años 60, 70 y 80 empieza a expandirse el enfoque conductual, las propuestas teóricas no solo se enfocan en el condicionamiento clásico y el operante, sino también en los procesos cognitivos como factores que determinan la conducta, siendo importante para ello las propuestas del Condicionamiento Encubierto de Cautela y el Condicionamiento Vicario o Aprendizaje por Modelado de Bandura. Para autores como Ellis (1962) y Beck (1976), lo cognitivo son los pensamientos automáticos, estructuras cognitivas y creencias. Para Meinchenbaum (1977) las autoinstrucciones o los mensajes

con los cuales guiamos la conducta en situaciones nuevas o de estrés son parte de los factores cognitivos. (Labrador, 2011)

El enfoque cognitivo conductual es considerado como una ciencia psicológica que se basa en procedimientos empíricos, aparece solo como un enfoque conductual a mediados del siglo XX, sin embargo en el transcurso del tiempo va ampliándose en el ámbito de la intervención de la salud, trabajando con las respuestas físicas, emocionales, cognitivas y conductuales, considera que el sujeto es responsable de manera consciente de los procesos que lo afectan. Tiene como principales características el incremento de la salud, ayudar a las personas a solucionar problemas conductuales, la naturaleza educativa de los procesos terapéuticos y posee un carácter evaluador antes, durante y después del proceso de tratamiento. (Ruíz, Díaz y Villalobos, 2012)

En la actualidad existe un cambio en el enfoque cognitivo-conductual, que se ha aplicado a las terapias conductuales y el aprendizaje constructivista, donde se elimina la concepción de una realidad objetiva existente en las anteriores etapas de la terapia conductual y cognitivo conductual, enfatizando la realidad subjetiva, sugiriendo que cada individuo construye sus realidades personales producto de cogniciones aprendidas. En la actualidad se siguen usando técnicas de condicionamiento clásico y operante, junto a las de reestructuración cognitiva, debido a que el funcionamiento cognitivo, de codificación, decodificación, procesamiento de información, mecanismos de distorsión de información entre otros, influyen en el comportamiento. También se ha ido desarrollando versiones de nueva generación como, entre varios muy importantes: el conductismo contextual de Hayas (1992) en el cual el ambiente físico y social adquieren un peso relevante en la conducta del sujeto. (Ruíz et al, 2012)

1.2.3 Marco Conceptual

A continuación se explicará ciertos conceptos relevantes del actual trabajo de investigación, que se utilizaran constantemente.

Expresión interna de ira: Según Miguel et al. (2001) es la supresión de la manifestación de la emoción, sin llegar a controlarla.

Expresión externa de ira: Según Miguel et al. (2001) es la expresión verbal o mediante conductas observables de la emoción, sin llegar a controlarla.

Autocontrol: Según López et al. (2003) es conjunto de conductas aprendidas que permiten retrasar la recompensa, regular emociones, aceptar normas y realizar conductas que traen consigo consecuencias positivas a largo plazo.

Adolescencia: Según González (2001) es un período de transición entre la niñez y la edad adulta, que conlleva cambios sociales, fisiológicos y psico-evolutivos. Se divide en tres etapas: la adolescencia inicial o pre-pubertad de los 11 a los 14 años, la pubertad o adolescencia media de los 14 a los 16 años y la adolescencia tardía o final entre los 16 a los 19 años.

1.2.4 Hipótesis

H1: A mayor nivel de expresión externa de ira, mayor autocontrol procesual.

H2: A mayor nivel de control de ira, mayor autocontrol del tipo retraso de la recompensa.

H3: A mayor nivel de expresión interna de ira, menor autocontrol criterial.

1.2.5 Identificación y Caracterización de Variables

Variable Predictora

Ira.

Definición

Según García et al (2005) la ira es una emoción básica que varía en intensidad, constituida por una activación fisiológica, expresión facial específica, sentimientos de enfado, respuestas cognitivas y motoras que se manifiesta cuando no se consigue una meta o cuando el sujeto recibe un daño externo.

Concepto operacional

Aplicar el test STAXI-II. Tomar preguntas. Obtener puntuaciones.

Variable Criterio

Autocontrol.

Definición

Según López et al. (2003) el autocontrol es un conjunto de habilidades que permiten que el sujeto acepte reglas, regule emociones y realice conductas percibiendo las consecuencias a largo plazo.

Concepto operacional

Aplicar el test CACIA. Tomar las preguntas. Obtener puntuaciones.

Capítulo II. Método

2.1 Nivel de Estudio

Correlacionales

Según Hernandéz, Fernández, y Baptista (2010) indican, la investigación correlacional se interesa en los comportamientos de una variable relacionada con otras variables. Cuando una correlación es positiva las variables relacionadas tienen a elevar sus valores; por el contrario cuando una correlación es negativa una variable mostrará un valor elevado mientras la otra tenderá a mostrar un valor bajo. Cabe señalar que este nivel de estudio tiene como finalidad conocer, cuantificar y analizar la relación entre dos o más variables en un contexto específico. Además, en la investigación se pretende plantear hipótesis que aportan con suposiciones acerca del vínculo existente entre dos o más variables.

2.1.1 Diseño de Investigación

Tipo de Investigación

Es descriptiva, correlacional, cuantitativa y de campo.

Diseño de Investigación

Diseño No Experimental Transversal

El diseño de investigación seleccionado para este estudio es No Experimental, se realiza sin manipular variables independientes para observar el cambio en otras variables.

Hernandéz, Fernandez, & Baptista (2010, pág 150) consideran que:

"La Investigación no Experimental es sístematica y empírica en la que las variables independientes no se manipulan porque ya han sucedido" Lo que significa que las variables se analizan sin influencia directa del investigador, este diseño de investigación no se crea una situación sino que se observa situaciones ya existentes en su contexto natural. Al ser un diseño transversal se recolectará datos en un momento específico.

Es una estructura de estudio que describe las relaciones entre dos o más variables en un momento determinado, se limita a establecer relaciones entre variables sin determinar las causas de la relaciones y sin comparar datos en distintos periodos de tiempo. (Hernández et al, 2010)

2.2 Modalidad de Investigación

De Campo

Los datos serán adquiridos directamente en la zona de estudio, en el Colegio particular Liceo La Alborada.

2.3 Método

Método Hipotético – Deductivo

Al relacionar la ira con el autocontrol, por medio de hipótesis iniciales, se podrá hallar evidencia a favor o en contra de las hipótesis nulas o de estudio que este se plantean.

2.4 Población y Muestra

Población

Adolescentes del Colegio Liceo la Alborada de Quito-Ecuador, con edades conformadas entre los 16 a los 18 años, con estrato económico medio y alto, provenientes de la región sierra.

Muestra

La muestra de criterios predefinidos de inclusión y exclusión, está constituida por 49 adolescentes con un rango de edad de 16 a 18 años, que estudian en el colegio Liceo la Alborada, cada uno de los cuales contestaran las preguntas del Inventario de Expresión de Ira Estado- Rasgo 2 (STAXI-2) de Miguel Tobal, Casado, Cano Vindel y Spilberger (2001) sobre el tema ira y el Cuestionario de Autocontrol Infantil y Adolescentes (CACIA) de Capafóns y Silva (1985) sobre el tema autocontrol.

Muestreo

Se utilizará el muestreo no aleatorio basado en criterios predefinidos de exclusión e inclusión.

2.5 Selección de Instrumentos de Investigación

Se han seleccionado Inventario de Expresión de Ira Estado- Rasgo 2 (STAXI-2) de Miguel Tobal, Casado, Cano Vindel y Spilberger (2001) y el Cuestionario de Autocontrol Infantil y Adolescentes (CACIA) de Capafóns y Silva (1985), debido a que los instrumentos mencionados evalúan las variables que se pretenden estudiar, además que poseen suficientes estudios de confiabilidad.

Entrevista

Según Hernández et al. (2010) la entrevista estructurada es un conjunto de preguntas predeterminadas ejecutadas por un entrevistador a un entrevistado, con el

propósito de recolectar información acerca de un tema determinado. Se realizará una entrevista al Vicerrector Dr. Villamarín para describir con mayor precisión el lugar en donde se realizará la investigación.

2.6 Validez y Confiabilidad de Instrumentos

Se verificó la validez del Inventario de Expresión de Ira Estado- Rasgo 2 (STAXI-2) de Miguel Tobal, Casado, Cano Vindel y Spilberger (2001), debido a que los autores llevaron a cabo pruebas de correlación test-retest con intervalo de dos meses a una población española. En los resultados se evidenciaron la fiabilidad del test, al obtener una correlación de 0,71 en la escala de rasgo de ira y puntuaciones de 0,59 y 0,61 en la escala de expresión de ira. También calcularon el coeficiente alpha de Cronbach, el cual indicó una alta consistencia interna con valores de 0, 89 en la escala de estado de ira y 0, 82 en la escala de rasgo de ira , en cambio, los valores más bajos fueron de 0, 69 y 0,67 en las escalas de expresión de ira.

De igual manera se verificó la validez del Cuestionario de Autocontrol Infantil y Adolescentes (CACIA) de Capafóns y Silva (1985), debido a que los autores utilizaron para estudiar la consistencia interna del instrumento, el coeficiente alpha Cronbach para cada escala del test. En los resultados obtuvieron valores altos de 0,79 en la escala de retroalimentación personal y 0, 76 en la escala de autocontrol procesual, en cambio, los valores bajos fueron de 0, 50 en la escala de autocontrol Criterial y 0, 63 en la escala de sinceridad. Igualmente, aplicaron el test re test a una población española, obteniendo valores elevados de 0,80 en la estabilidad temporal. (López et al, 2003)

2.7 Operacionalización de Variables

Según García et al (2005) la ira es una emoción básica que varía en intensidad, constituida por una activación fisiológica, expresión facial específica, sentimientos de enfado, respuestas cognitivas y motoras que se manifiesta cuando no se consigue una meta o cuando el sujeto recibe un daño externo. Para estudiar a la ira se aplicará el test STAXI-II en una muestra de adolescentes. Tendrán que responder las preguntas. Al finalizar se obtendrán las puntuaciones. El test que se aplicará evalúa 8 variables: estado de ira, rasgo de ira, reacción de ira, temperamento de ira, expresión interna de ira, expresión externa de ira, control externo de ira, control interno de ira.

A continuación se describirá las siguientes variables:

Expresión interna de ira

Según Miguel et al. (2001) es un tipo de ira que indica la supresión de la manifestación de la emoción.

Expresión externa de ira

Según Miguel et al. (2001) es un tipo de ira que mide la emoción expresada de manera verbal y física.

Control de ira

Según Miguel et al. (2001) es un tipo de ira que mide el conjunto de acciones que el sujeto realiza para disminuir la ira interna y resolver los problemas.

Por otro lado, Según López et al. (2003) el autocontrol es un conjunto de habilidades que permiten que el sujeto acepte reglas, regule emociones y realice conductas, percibiendo las consecuencias a largo plazo. Para estudiar el autocontrol se aplicará el test CACIA en adolescentes. Tendrán que responder las preguntas. Al finalizar se obtendrán los resultados. El test que se empleará evalúa 5 variables: autocontrol de tipo retraso de recompensa, autocontrol de tipo retroalimentación personal, autocontrol procesual, autocontrol criterial y la escala de sinceridad.

A continuación se describirá las siguientes variables:

Autocontrol procesual

Según López et al. (2003) es un tipo de autocontrol en el cual altas puntuaciones indican dificultad en la aceptación de normas sociales y desagrado por la autoevaluación

Autocontrol de tipo retraso de recompensa

Según López et al. (2003) es un tipo de autocontrol que nos permite mantenernos en una actividad sin necesidad de estímulos inmediatos y controlar las conductas impulsivas.

Autocontrol criterial

Según López et al. (2003) es un tipo de autocontrol que mide la capacidad de la persona para soportar situaciones estresantes y amenazantes.

Tabla 2

Operacionalización de variables

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES					
Hipótesis	Variables	Definición Conceptual	Definición Operacional	Indicador	Escala
A mayor nivel de expresión externa de ira, mayor autocontrol procesual.	Expresión externa de la ira.	EXPRESIÓN EXTERNA DE IRA: es un tipo de ira, que el sujeto manifiesta de manera verbal o física.	Aplicar el test STAXI-I. Tomar preguntas. Obtener puntuaciones.	Puntaje de las preguntas: 27, 29, 31, 34, 38 y 40 del test STAXI II	Escala de Intervalo.
	Autocontrol procesual.	AUTOCONTROL PROCESUAL: es un tipo de autocontrol, en el cual altas puntuaciones indican disgusto por cuestionar el propio comportamiento, normas y reglas.	Aplicar el test CACIA. Tomar las preguntas. Obtener puntuaciones	Puntaje de las preguntas: 4, 9, 11, 14,17,18,19, 22, 32, 34, 37,40, 41, 45,46, 49, 53,54, 52,56, 59,60,70, 76, 86 del test CACIA.	Escala métrica de Razón

Nota: Adaptado de "*STAXI-2 Inventario de expresión de Ira Estado-Rasgo" por* J. Miguel, M. Casado, A. Cano, C. Spielberger, 2001, Madrid, España: Tea ediciones; "*Retardo de Gratificación y Autocontrol en jóvenes antisociales: características asociadas al género*" por C. Lopez, J. Lopez, M. Freixinos, 2003, *Psicopatología Clínica, Legal y forense*, 3(3). Modificado 2013 por la Autora.

Tabla 2

Operacionalización de variables (Cont.)

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES					
Hipótesis	Variables	Definición Conceptual	Definición Operacional	Indicador	Escala
A mayor nivel de control de ira, mayor autocontrol del tipo retraso de la recompensa.	Control de ira.	CONTROL DE IRA: Es un tipo de Ira que mide las acciones de la persona para disminuir la Ira interna o para resolver los problemas externos.	Aplicar el test STAXI-I. Tomar preguntas. Obtener puntuaciones.	Puntaje de las preguntas: 26,30,33,36,41,43,44,45,46, 47,48,49 del test STAXI II	Escala de Intervalo.
	Autocontrol por retraso de recompensa.	AUTOCONTROL POR RETRASO DE RECOMPENSA: es un tipo de autocontrol que mide los comportamientos de organización habilidades, que nos permiten mantenernos en una actividad sin necesidad de estímulos inmediatos.	Aplicar el test CACIA. Tomar las preguntas. Obtener puntuaciones	Puntaje de las preguntas: 1,2,3,5,8,12,57,64,65,66,67, 69,74,77,78,83,85,89,84 del test CACIA	Escala métrica de Razón

Nota: Adaptado de "*STAXI-2 Inventario de expresión de Ira Estado-Rasgo" por* J. Miguel, M. Casado, A. Cano, C. Spielberger, 2001, Madrid, España: Tea ediciones; "*Retardo de Gratificación y Autocontrol en jóvenes antisociales: características asociadas al género*" por C. Lopez, J. Lopez, M. Freixinos, 2003, *Psicopatología Clínica, Legal y forense*, 3(3). Modificado 2013 por la Autora.

Tabla 2

Operacionalización de variables (Cont.)

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES					
Hipótesis	Variables	Definición Conceptual	Definición Operacional	Indicador	Escala
A mayor nivel de expresión interna de ira, menor autocontrol criterial.	Expresión interna de ira. Autocontrol criterial.	EXPRESIÓN INTERNA DE IRA: Es un tipo de Ira que mide los esfuerzos para suprimir las manifestaciones conductuales observables de la emoción.	Aplicar el test STAXI-I. Tomar preguntas. Obtener puntuaciones.	Puntaje de las preguntas: 28,32,35,37,39 ,42 del test STAXI II	Escala de Intervalo.
		AUTOCONTROL CRITERIAL: es un tipo de Autocontrol que indica la resistencia del individuo ante el estrés y la tolerancia en situaciones amenazantes.	Aplicar el test CACIA. Tomar las preguntas. Obtener puntuaciones	Puntaje de las preguntas: 6,13,33,51,58, 61,62,63,68,72 del test CACIA.	Escala métrica de Razón

Nota: Adaptado de "*STAXI-2 Inventario de expresión de Ira Estado-Rasgo" por* J. Miguel, M. Casado, A. Cano, C. Spielberger, 2001, Madrid, España: Tea ediciones; "*Retardo de Gratificación y Autocontrol en jóvenes antisociales: características asociadas al género*" por C. Lopez, J. Lopez, M. Freixinos, 2003, *Psicopatología Clínica, Legal y forense*, 3(3). Modificado 2013 por la Autora.

2.8 Procesamiento de Datos

Se reparte el test a cada uno de los adolescentes, luego se ingresarán los resultados en el programa Microsoft Excel. Se utilizará principalmente la Prueba Estadística del coeficiente producto-momento o de correlación de Pearson.

Capítulo III. Aspectos Administrativos

3.1Recursos Humanos

Autora de la investigación: Rosa Estefanía Navas Espinosa

Muestra de investigación: adolescentes del Colegio Liceo La Alborada, de 16 a 18 años.

3.2 Recursos Técnicos y Materiales

Test Psicometricos: el Inventario de Expresión de Ira Estado- Rasgo 2 (STAXI-2) de Miguel Tobal, Casado, Cano Vindel y Spilberger (2001) y el Cuestionario de Autocontrol Infantil y Adolescentes (CACIA) de Capafóns y Silva (1985).

Copias

Impresiones

Paquete Microsoft Office

3.3 Recursos Financieros

Materiales	**Costo USD**	**Propio**	**Otra fuente**
Copias	9.60	x	
Impresiones	16	x	
Grabadora de Mano	100		x
Imprevistos	13, 56	x	
TOTAL	135.60		

3.4 Cronograma de Trabajo

	Mes						
	1	2	3	4	5	6	7
Actividades							
Solicitud del tema de investigación	x	x					
Lecturas preliminares	x	x					
Desarrollo de Capítulo I		x	x				
Desarrollo de Capítulo II			x	x			
Desarrollo de Capítulo III				x	x		
Desarrollo de Capítulo IV				x	x		
Desarrollo de Capítulo V					x	x	
Desarrollo del Capítulo VI						x	
Elaboración del primer borrador						x	
Revisión del Director							x
Redacción de documento definitivo						x	x
Solicitud de aprobación de proyecto						x	x

3.5 Temario o Índice Preliminar

Capítulo I. Introducción

1.1 El Problema de Investigación

1.1.1 Planteamiento del problema

1.1.1.1 Diagnóstico

1.1.1.2 Pronóstico

1.1.1.3 Control Pronóstico

1.1.2 Formulación del Problema

1.1.3 Sistematización del Problema

1.1.4 Objetivos Generales

1.1.5 Objetivos Específicos

1.1.6 Justificación

1.2 Marco teórico

1.2.1 Estado Actual del Conocimiento sobre El Tema.

1.2.2 Adopción de una Perspectiva Teórica

1.2.3 Marco Conceptual

1.2.4 Hipótesis

1.2.5 Identificación y Caracterización de Variables

Capítulo II. Método

2.1 Nivel de Estudio

2.2 Modalidad de Investigación

2.3 Método

2.4 Población y Muestra

2.5 Selección de Instrumentos de Investigación

2.6 Validez y Confiabilidad de Instrumentos

2.7 Operacionalización de Variables

2.8 Procesamiento de Datos

Capítulo III. Aspectos Administrativos

3.1 Recursos Humanos

3.2 Recursos Técnicos y Materiales

3.3 Recursos Financieros

3.4 Cronograma de Trabajo

3.5 Temario o Índice Preliminar

Capítulo IV. La Ira

4.1 Conceptualización.

4.2 Papel de la Ira.

4.3 Características y Manifestaciones de la Ira

4.4 Variables Psicológicas implicadas en la Ira.

4.5 Mitos de la Ira.

4.6 Pensamientos Activadores de la Ira.

4.7 Tipos de Ira:

4.8 Ira Estado.

4.8.1 Ira Rasgo.

4.8.2 Ira Temperamento.

4.8.3 Ira Reacción.

4.9 Ira expresión.

4.9.1 Ira hacia afuera.

4.9.2 Ira hacia adentro.

4.9.3 Ira Control.

4.10 Modelo de la Ira de Beck.

4.11 Técnicas del Manejo de la Ira.

Capítulo V. El Autocontrol

5.1 Conceptualización.

5.2 Bases y Características.

5.3 Manifestaciones del Autocontrol.

5.4 Autocontrol Emocional.

5.5 Autocontrol Conductual.

5.6 Tipos de autocontrol:

5.6.1 Retroalimentación Personal.

5.6.2 Retraso De La Recompensa.

5.6.3 Autontrol Acelerativo.

5.6.4 Autocontrol Decelerativo.

5.6.5 Autocontrol Criterial.

5.6.6 Autocontrol Procesual.

5.7 El Fortalecimiento del Autocontrol.

5.8 Técnicas de Autocontrol.

Capítulo VI. Resultados

6.1 Procesamiento de datos

6.2 Resultados.

6.3 Conclusiones.

6.5 Recomendaciones.

6.5 Bibliografía.

6.6 Anexos.

Capítulo IV: La Ira

4.1 Conceptualización

En el siglo XX la ira fue estudiada en terminos de agresión;varios autores sugirieron que la frustración, la falta de satisfacción de un deseo o el impedimento de conseguir una meta dan como resultado la agresión. (Dollard et al, 1936; Miller, 1941, citado por Garrido y Álvaro,2007). Pavlov por su parte sostuvo que la ira era una respuesta ante un estímulo doloroso, más no ante una frustración. (Pavlov, 1963, citado por Cerezo, 2007).

Miller indicó que en el caso de que no se pudiera manifestar la agresión hacia la persona provocadora, podría redirigirse a otra persona u objeto distinto, esto se denomina agresión desplazada. (Miller, 1941, citado por Garrido y Álvaro, 2007). Por su parte, Freud sostuvo que cuando un impulso instintivo es bloqueado suscitará la ira, si al objeto de la ira no conviene atacarlo, la emoción será desplazada a otro sujeto (Freud, 1893, citado por Garrido y Álvaro, 2007).

Otros autores , entre ellos Maslow y Buss argumentaron que no es suficiente la frustración para que el sujeto actue de manera agresiva, sino que hace falta un ataque o una amenaza. Compartiendo está idea, Berkovitz observó que cuando una persona es sometida a una experiencia de frustración el resultado es una reacción emocional llamada ira y no necesariamente agresión (Maslow, 1941; Buss, 1961; Berkovitz, 1969, citado por Garrido y Álvaro, 2007). A partir de está observación , otros autores compartieron esta teoría, como por ejemplo Magai, quien sostuvo que la ira es una emoción resultado de la frustración y de la dificultad en adquirir una meta (Magai, 1996, citado por Perez et al, 2008). Por su parte, Averill entiende que la ira es el resultado de la frustración ocasionada por las acciones de otras personas y valorada como displacentera o aversiva para la persona enfadada. (Averill, 1982, citado por Macías 2006). Asimismo, otros autores expusieron que la ira es una respuesta psicofisiológica inducida por una situación social o por otras personas, donde el sujeto percibe una pérdida injusta de algo que le pertenecía. (Johson, Spielberger, Wonde y Jacobs, 1983, citado por Perez et al, 2008).

Para otros autores, entre ellos Lang, la ira consta de un sistema de triple respuesta, lo que significa que consta de tres elementos: lo cognitivo, lo conductual y lo fisiológico (Lang, 1968, citado por Perez et al, 2008). Adicionalmente, Lemerise y Dodge sostuvieron que la ira es una emoción adaptativa que cumple con las funciones de organizar y regular los procesos internos y sociales (Lemerise y Dodge, 1993, citado por Leibovich et al,

2001). Deffenbacher y McKay expusieron que la ira es una emoción universal, debido a que todos los sujetos la experimentan. La emoción de ira incluye la activación fisiológica y cognitiva, además de activación del mecanismo huida-lucha, es decir, que la emoción provoca cambios en donde la persona podría reaccionar alejándose o afrontando una situación amenazante (Deffenbacher y McKay, 2000, citado por Magán, 2010). A diferencia de las otras definiciones, Kassinove y Sukhodolsky se refieren a la ira como un nivel dentro de la agresividad, mientras que para ellos la agresividad es un estado emocional subjetivo aprendido, que varía en frecuencia, intensidad y duración, además que cambia según la cultura. La emoción consta de elementos cognitivos que podrían alterarla, como por ejemplo las distorsiones y déficits cognitivos; elementos conductuales, que se refieren a la conducta física y verbal y los elementos fisiológicos o biológicos, por ejemplo elevación de la presión arterial. Otros autores afirman que la agresividad contiene elementos conductuales, cognitivos, fisiológicos reforzados y contruidos socialmente (Kassinove y Mckay, 2000; Averrill, 1982, 1983; Wesler, 1991, citado por Kassinove, Chip, 2005).

4.2 Papel de la ira

Mckay y Roger (2010) sostuvieron que entre las funciones más importantes de la ira se encuentra 1. La de energizar o movilizar los recursos del cuerpo para que la persona pueda afrontar y solucionar problemas, cuando existe una amenaza, se activa el mecanismo huida-lucha que evolutivamente ayudaba con la supervivencia del sujeto 2. Comunicativa, pues permite que el sujeto exprese sentimientos negativos, afronte y resuelva conflictos, 3. Defensiva, cuando se percibe una amenaza, la ira aporta con una sensación de control, brindando energía para imponer nuestro dominio y bloquear la vulnerabilidad. Puede defendernos en situaciones innecesarias o hacernos evitar sentir otra emoción menos displacentera y/o adaptativa para la situación o el momento 4. Ayuda a establecer límites apropiados o no en las relaciones interpersonales. 5. Aporta con la defensa de nuestros derechos cuando percibimos una situación como injusta o amenazante. 6. Discriminativa, la ira informa del malestar o peligro, o es una señal de que hay algo amenazante, injusto, frustrante o irritante. (Mckay et al, 2010).

Cerezo (2007) agrega que la ira también sirve para buscar un bienestar social, que no ha podido ser adquirido con anterioridad. Así mismo, Kassinove y Chip (2005) enfocándose en la perspectiva cognitivo-social, sostuvieron que la ira es utilizada como una

manera de mantener la cohesión del grupo, cuando el líder estratégicamente la coloca en contra de individuos aislados o en contra de grupos minoritarios y entonces se la utiliza como una herramienta para conseguir algo deseado, contando con el grupo propio así cohesionado.

Así como la ira consta de funciones positivas, no hay que excluir a las funciones negativas: 1. Cuando la ira es intensa y frecuente, puede desorganizar los pensamientos y acciones, dificulta concentrarse, pensar con claridad, sentirse satisfecho y buscar alternativas saludables. 2. Puede "defendernos" excesivamente en situaciones innecesarias o permitirnos evitar sentir otra emoción. 3. Puede instigar a la agresión, los músculos se tensan, los puños se aprietan, se contrae el ceño, la persona puede actuar con impulsividad 4. En ciertos casos la ira transmite una impresión negativa errónea. La ira puede ser injusta también, cuando están en juego pensamientos erróneos o valoraciones exageradas de un acontecimiento, denominados distorsiones cognitivas. 5. La ira puede ser usada para manipular a la gente o para adquirir beneficios con intereses personales. (Mckay et al, 2010).

Adicionalmente Palmero et al. (2002) indican que la ira es negativa cuando existe dificultad en controlarla y conlleva consecuencias negativas, como enfermedades y deterioro de la salud del sujeto. Añaden también que cuando la ira es crónica, intensa y frecuente, existen mayores niveles de secreción de testosterona, epinefrina, norepinefrina y cortisol que estimulan al sistema nervioso simpático, la presión sanguínea se eleva, el corazón trabaja con mayor intensidad, la glucosa se eleva en el sistema sanguíneo, el hígado tiene mayor dificultad en purificar el colesterol de la sangre, lo que significa que esta ira es negativa y según el autor se relaciona con trastornos digestivos, hipertensión, enfermedades cardíacas, infarto de miocardio, entre otros malestares (Palmero et al, 2002, citado por Macías, 2006). Varios autores compararon la presión sanguínea existente en las emociones como el miedo, felicidad, ansiedad e ira. Concluyeron que en la ira hay mayor aumento de la presión sanguínea (Schwart, Weinberger y Singer, 1981, citado por Mckay et al, 2010).

Kassinove y Chip (2005) indicaron que la ira tiene un efecto distanciador, debido a que los pacientes con déficit en el control de ira tienen pensamientos erróneos acerca de los demás y optan por alejarse de ellos o alejarlos activamente. Además, sostuvieron que otro papel negativo de la ira es que se relaciona con problemas laborales, pues puede conducir

al descontrol, a que el sujeto confronte las políticas de su institución y que se sienta irritado a veces alegando otras y múltiples escusas.

4.3 Características y manifestaciones de la ira

Según la perspectiva fisiológica, la ira se define como una emoción, la cual se encuentra constituida por la activación del sistema símpático, incremento de la frecuencia cardíaca y la tensíon muscular (Berkowitz, 1999; Cacioppo, Berntson, Larsen, Poelhlmann et al, 2000, citado por Perez et al, 2008). Novaco (1994) agregó otros síntomas de la ira como son: rechinar los dientes, fruncir el ceño, enrojecer o palidecer, sentir escalofrios, entre otros cambios físicos, además que se enfocó en los factores cognitivos que influyen en la ira ante una adversidad (Novaco,1994, citado po Perez et al, 2008).

Para Bandura y Ross, la ira no solo tiene características fisiológicas, sino que es una emoción que se aprende dependiendo del contexto en donde se vive. En un estudio realizado, los autores comprobaron que las películas donde los personajes expresaban su ira de manera verbal o física, influían sobre la conducta de los jóvenes de 8 a 12 años de edad, sobre todo en los sujetos de género masculino. (Bandura y Ross,1963, citado por Cerezo, 2007)

Por otro lado desde la perspectiva cognitiva, para Magán (2010) la ira es una emoción normal, universal y adaptativa que consta de un estado experiencial subjetivo con valoración negativa, la ira puede variar en cuanto a intensidad , frecuencia y duración, dependiendo de la percepción de sujeto de una situación (Magán, 2010). Asimismo para Beck (2003) la ira es un estado emocional que no depende completamente de la situación en si misma, sino de la interpretación que posee sujeto sobre el suceso. En el modelo de Beck es importante tomar en cuenta que la emoción es activada por los procesos cognitivos, los cuales se dividen en tres componentes: 1. creencias o esquema nucleares que contienen los niveles más profundos de la cognición, se caracterizan por su rigidez y absolutismo, 2. las creencias intermedias, actitudes expectativas, normas y valores acerca de nosotros mismos, los demás y el mundo. 3. Pensamientos automáticos , son cogniciones instantaneas que irrumpen en nuestra mente y se relacionan con la emoción (Beck, 2003).

Por su parte, Dodge y Coie sugirieron que la propensión a sentir ira intensa y descontrolada se debe al procesamiento defectuosos de información, es decir, a valorar las acciones de los demás como hostilies y al autoocntrol insuficiente para mediar las reacciones de la ira. Está tendencia a malinterpretar las situaciones está mayormente

documentada en caso de niños y adolescentes con deficit en el control de la ira. (Dodge y Coie, 1990, citado por Cerezo, 2007).

4.4 Síndrome A.H I, agresión, hostilidad e ira

Spielberger distingue tres términos relevantes, el primero se refiere a la ira como un estado emocional básico e universal constituido por sensaciones subjetivas, activación del sistema nervioso. El mismo autor distingue la hostilidad como la valoración negativa de un sujeto hacia si mismo y hacia los demás, de igual manera la agresión es definida como una conducta destructiva. Lo que significa que la ira es una emoción que no necesariamente podría desembocar en actitudes negativas o conductas destructivas, sin embargo la agresión necesariamente tiene un guión de ira hostilidad. (Spielberger, 1988, citado por Miguel et al, 2001). Miguel-Tobal et al. (2001), comparten estás distinciones entre la ira, la hostilidad y la agresión, sosteniendo que la ira es el concepto más simple, en comparación de los anteriormente enunciados, siendo la misma una emoción, la hostilidad una actitud o pensamiento de ira y la agresión el comportamiento destructivo o punitivo. Asimismo para Berkowitz y Averill, la ira es una respuesta distinta a la agresión, para Izard la ira además de ser una emoción adaptativa, se encarga de regular los procesos psicológicos, y, adecuadamente gestionada, podría ser un factor de prevención de la agresión (Berkowitz, 1999; Averill, 1993, Izard, 1993) , citado por Macías, 2006).

Kassinove y Chip (2005) por su parte, agregan que la agresividad es un estado emocional subjetivo, que consta de tres niveles de intensidad que son los siguientes: ira, la agresividad propiamente dicha y el enfado; en cambio, la hostilidad es el conjunto de actitudes (por lo tanto: conducta cognitiva) negativas y de carácter persistente, que conducen al sujeto a la intolerancia y a interpretar como problemáticas las situaciones neutrales; la agresión es la conducta motriz, que tiene como propósito remover o eliminar el estímulo percibido como obstructor, por ejemplo: romper una puerta cerrada y/o hacer daño a otra persona. La agresión puede ser directa, referida a la conducta encaminada a hacer daño a un objetivo en específico, o indirecta que se dirige a alguien que se encuentra en cercanía al objetivo. A diferencia de Spielberger que piensa que la agresión debe seguir un guión de ira y hostilidad, otros autores sostuvieron más vías: que la agresión puede ser consecuencia de la agresividad, denominada agresión emocional, que puede ser derivada solamente de la hostilidad y también como el resultado de la cadena secuencial ira y hostilidad (Kassinove et al, 2005)

Otro autor sostuvo que las nociones de ira, agresión y hostilidad están íntimamente relacionadas, en ciertos casos podría existir dificultad en diferenciarlas entre sí. (Smith, 1992, citado por Iacovella y Troglia, 2003) Se da especialmente cuando la ira, agresión y hostilidad ocurren frecuentemente y de modo (casi) simultáneo en personas con pocas habilidades aprendidas para discriminar entre pensamiento-emoción y/o entre emoción-conducta; ej: alexitímicos, retardo generalizado en el desarrollo, falta de vocabulario emocional, etc.

Para Barefoot en el síndrome Ira, hostilidad y agresión, predomina la hostilidad, debido a que los pensamientos distorsionados del sujeto sobre las situaciones, las personas y sobre sí mismo son determinantes de la ira y las conductas agresivas. Si la hostilidad se incrementa, la ira también lo hará, sin embargo las tendencias a la acción se podrían dar si se estima como pertinente (Barefoot, 1992, citado por Iacovella y Troglia, 2003). La vieja discrepancia entre si primero ocurre lo cognitivo y luego lo afectivo o si es viceversa se ha resuelto admitiendo que ambas vías son factibles y están encuadradas en modelos explicativos más amplios que incluyen también otras cogniciones y otros afectos anteriores o posteriores a las relaciones que se muestren como evidencia del uno o del otro planteamiento de forma exclusivista

4.5 Mitos sobre la ira

Durante el tiempo se ha ido estudiando a la ira y las conductas violentas, tratando de construir distintas explicaciones a las mismas. En 1951, Lewis y colaboradores realizaron EEGs a niños y adolescentes, los cuales habían cometido crímenes violentos, se llegó a la conclusión que cerca de un 98, 6 % de los niños y adolescentes tenían una anormalidad neurológica, debido a que el EEG era extraño. Otros psicólogos pensaban que el descontrol de la ira y la agresión se relacionaban con altas dosis de insulina en el cuerpo, también llegaron a exponer la hipótesis de que las emociones negativas estaban ubicadas en el hemisferio derecho y que el daño del hemisferio izquierdo ocasionaba excesiva hostilidad, miedo y pesimismo. En 1962, Schachter y Singer creyeron que las inyecciones de adrenalina producían la ira en los sujetos, sin embargo la afirmación fue rechazada debido al hallazgo importante en uno de sus experimentos, donde en los sujetos de investigación se manifestaban cambios fisiológicos, sin la excitación por la adrenalina (Lewis et al, 1951; Schachter y Singer, 1962, citado por Pérez et al. 2008).

Se pensaba también que la ira se vinculaba a la hormona prolactina, que estimula la producción de leche materna, luego se constató que las mujeres con niveles normales de epinefrina poseían niveles de ira intensa. Otros autores concluyeron que la testosterona se correlaciona con la ira y los comportamientos agresivos. (Cerezo 2007). Al pasar del tiempo, los científicos afirmaban que la epinefrina era la hormona de la ira, porque activa el mecanismo de huida y lucha. A partir del nuevo descubrimiento, Albert F. Ax realizó un experimento a 43 participantes, entre hombres y mujeres, con un rango de edad de 21 a 55. Este iniciaba con unas enfermeras que medían la presión sanguínea, la frecuencia cardíaca, la temperatura de la cara y las manos, la conductividad de la piel y la tensión muscular de los participantes. De repente los expertos mandaban una descarga intermitente en el meñique procedente de cable conectado a él. Los médicos simulaban que del alambre se les había escapado una carga de gran voltaje, luego resolvían el problema. En realidad lo que habían hecho las enfermeras era inyectar a ciertos sujetos epinefrina artificial, que según resultados del experimento producía en cada participante miedo. Luego inyectaban epinefrina y norepinefrina, dando como resultados síntomas de ira. (Ax ,1950 citado por Cerezo, 2007). Al pasar del tiempo se dieron cuenta que eso no era suficiente para provocar la ira de los sujetos, debían indagar en otros factores, por ejemplo la evaluación cognitiva de los eventos. De igual manera otros autores demostraron en experimentos similares al de Ax que la inyección de noradrenalina es un agente causal de la ira (Harper, 1973; Cryer, 1976; Mackal, 1983, citado por Cerezo, 2007).

Otras teorías dicen que la ira y la agresión son instintos del hombre. Dart y Andrey analizaron los archivos de todas las masacres y atrocidades de la Segunda Guerra Mundial y llegaron a la conclusión de que el ser humano tiene un instinto de matar, debido a que tuvieron una gran influencia de la teoría del instinto tanático o de muerte de la escuela Freudiana, tras la primera guerra mundial, la cual indica que el sujeto tiende a dirigirse hacia un estado de tranquilidad total, sin estimulación o actividades, con un afán de dirigirse al estado inorgánico inicial, donde el sujeto no existía en el mundo o también se refiere a la tendencia destructiva innata. (Dart y Andrey, 1953 citado por Garrido y Albaro, 2007). Luego Konrad Lorenz sugiere que la agresividad es un instinto territorial universal y de supervivencia. Durkheim contradijo la teoría de la ira innata, sosteniendo que la emoción es causada por hechos sociales y no por instintos individuales. (Lorenz, s.a ; Durkheim, 1938, citado por Cerezo, 2007). En 1986, varios autores defendieron que: 1.

Es una equivocación pensar que el ser humano ha heredado la tendencia a matar o a planificar y ejecutar guerras. La guerra es evitable. 2. Los genes no producen sujetos violentos necesariamente. 3. En la evolución humana ha habido una selección de individuos debido a la cooperación con el grupo, mas no por comportamientos agresivos. 4. El ser humano no tiene un cerebro violento, tiene un aparato neural que en ciertas ocasiones podría hacernos actuar de manera violenta. (Garrido y Albaro, 2007).

Al pasar el tiempo varios psicólogos se percataron que la ira se relacionaba con la manera que tiene el sujeto de interpretar el mundo. Roseman concluyó que la percepción de un acontecimiento determina una respuesta emocional, lo que significa que la ira se activa dependiendo la interpretación de sujeto ante un acontecimiento (Roseman, 1985, citado por Mckay y Roger, 2010).

Otro mito sobre la ira es que es "saludable expresarla". Freud al principio consideraba importante expresar las emociones en terapia, para eso utilizaba la catarsis, una técnica donde la persona hablaba de su malestar y depositaba en terapia sus emociones, luego abandono la catarsis para aplicar el método de asociación libre, interpretación de los sueños, lapsus, actos fallidos, transferencia , atención flotantes, entre otras. Otro autor insinuó que la ira sofocada perjudica al sujeto. Murray Strauss por ejemplo, descubrió en una pareja que se gritaban, que realmente expresar la ira abruptamente, solo producía repetición de la misma conducta. (Strauss, s.a, citado por Cerezo, 2007). Otros autores compartieron la perspectiva de Strauss y realizaron un experimento con hombres que habían sido puestos fuera de servicio en un proyecto aero-espacial. Los entrevistaron con la finalidad de que expresen su ira abiertamente, el resultado fue un aumento de la hostilidad de los trabajadores hacia la empresa y menos control de la ira. Ahora se sabe que la expresión "catártica" o la agresiva, hostil y/o hasta violenta de la ira puede asociarse a corto plazo con disminuciones inmediatas e importantes de la tensión fisiológica o emocional y así operar un mecanismo de reforzamiento negativo. Pero a mediano plazo, cada vez y sin proponérselo, al resultar "premiados" tales estallidos catárticos con alivio tensional (refuerzo negativo) o con aprobación del terapeuta que emplea catarsis (refuerzo positivo) se aumenta la probabilidad de repetición y generalización de más conducta violenta, transformada entonces en conducta instrumental para el logro del alivio tensional (Cerezo, 2007).

4.6 Pensamientos activadores de la ira

Mckay, M., Roger, P (2010) agregan que los activadores cognitivos de la ira entran en dos categorías, la de los deberías y los culpabilizadores. Dentro de los deberías el sujeto juzga los comportamientos de los demás y de si mismo según reglas referidas a la manera de actuar. Esta categoría se divide en: 1. La falacia de tener derecho, en donde algunos sujetos piensan que están autorizados a adquirir lo que desean debido a que los demás deben satisfacerlos. 2. La falacia de justicia, el sujeto coloca reglas legales acerca de lo que debería ser ecuánime según su criterio. 3. La falacia de cambio, el sujeto piensa tener el poder de cambiar a otro, si se le aplica la presión suficiente y así poder llegar a sentirse contento. 4. La falacia de liberar la ira, creencia que descansa en que la gente que hiere o causa dolor debería ser castigada.

Por otro lado, en la segunda categoría, los culpabilizadores, el sujeto transfiere o atribuye la responsabilidad de los sucesos a los demás o al entorno. La misma se divide en: 1. Intención supuesta, que es la tendencia a inferir sobre el modo en que los demás sienten o piensan. 2. Etiqueta global, es una categorización negativa que se le aplica a una persona. 3. Dicotomía, es la valoración de las situaciones utilizando calificativos opuestos, como por ejemplo, justo o injusto, bueno o malo, entre otros. 4. Magnificar, es la sobregeneralización de una situación, utilizando términos extremos, como por ejemplo, todo, nunca, horrible, terrible, horroroso, etc. (Mckay y Roger, 2010).

Beck A (2003) indicó que las distorsiones cognitivas, que son pensamientos erróneos construidos en base a creencias aprendidas y aplicados en situaciones específicas, que exageran o minimizan la información, además de eliminar los pensamientos reflexivos, son comunes y no siempre adecuados en situaciones de peligro claro y real, donde es necesario activar los mecanismos de huida o lucha.

Entre las posibles distorsiones cognitivas tenemos: 1. La personalización, donde el sujeto se atribuye fenómenos externos a sí mismo., 2. La abstracción selectiva, que se basa en sesgar la información, enfocándose solo en una parte de la misma, 3. Los pensamientos dicotómicos, evaluar a la situación, a sí mismo y a las personas en categorías extremas, 4. Sobregeneralización, donde el sujeto aplica conclusiones apropiadas para un caso específico a toda una clase de experiencias, utilizando palabras como todo o ninguno. 5. Inferencia arbitraria, extraer conclusiones sin evidencia objetiva. 6. Personificación, atribuir un significado personal a situaciones y comentarios impersonales. 7. Pensamiento

causal, es querer dar una explicación errónea, a una circunstancia neutra, atribuyendo responsabilidad externa, lo que significa que la causa del suceso podría darse por culpa del entorno o responsabilidad interna, en la cual toda la responsabilidad recae sobre la persona. 8. Causas exclusivas, es buscar una sola explicación a una situación, prescindiendo de otras posibilidades. 9. Reglas tácitas, los deberías y no deberías atribuidos por el sujeto a la manera de comportarse de los demás, sus obligaciones y a su conceptualización del mundo. 10. Descalificación de lo positivo, el sujeto rechaza las experiencias positivas enfatizando las razones negativas. 11. Externalización de la propia valía, el sujeto minimiza su papel, en aquellas situaciones que debe valorarse. 12. Minimización, subestimar la relevancia de una experiencia positiva. 14. Magnificación, sobreestimar a aspectos negativos y de poca importancia. 15. Error del adivino, inferencia realizada por el sujeto acerca del futuro sin evidencia objetiva, y dándosele luego como algo inalterable (Beck, 2003).

4.7 Tipos de ira

Tabla 3

Tipos de ira

LA VARIABLE IRA	
TIPOS DE IRA	DESCRIPCIÓN
4.7.1 Ira estado	Es un tipo de ira que mide los sentimientos determinados por la situación actual. La ira estado se divide en Sentimiento, expresión verbal y expresión física.
4.7.2 Ira rasgo	Es un tipo de ira que indica la frecuencia y la velocidad de la ira a lo largo del tiempo. La ira rasgo se divide en: Temperamento de ira y reacción de ira.
4.7.3 Ira temperamento	Es parte de la ira rasgo, se basa en la disposición a sentir ira aparentemente inmotivada.
4.7.4 Reacción de ira	Es parte de la ira rasgo, consta de la frecuencia con que el sujeto experimenta la ira motivada por estímulos externos.

Nota: Adaptado de "*STAXI-2 Inventario de expresión de Ira Estado-Rasgo" por* J. Miguel, M. Casado, A. Cano, C. Spielberger, 2001, Madrid, España: Tea ediciones. Modificado 2013 por la autora.

Tabla 3

Tipos de ira (Cont.)

VARIABLE IRA	
TIPOS DE IRA	DESCRIPCIÓN
4.7.5 Sentimientos	Es parte de la ira estado, que se basa en la intensidad de la ira experimentada por una persona por la situación actual.
4.7.6 Ira expresión	Es un tipo de ira que indica la manera de manifestar la emoción sin llegar a controlarla; puede ser interna o de supresión de la manifestación de la emoción, o ira externa expresada de manera verbal y física.
4.7.7 Expresión verbal	Es parte de la ira estado, que consta de la intensidad de la ira actual que se manifiesta por medio de palabras.
4.7.8 Expresión física	Es parte de la ira estado, consta de la intensidad de la ira actual, manifestada en conductas motoras.
4.7.9 Ira control.	Es un tipo de ira que mide las acciones de la persona para disminuir la Ira interna o para resolver los problemas externos. Se divide en control interno de ira, que se refiere al control e la emoción mediante el sosiego y el control externo de ira, que se refiere al control de las manifestaciones motoras y verbales de la ira.

Nota: Adaptado de "*STAXI-2 Inventario de expresión de Ira Estado-Rasgo"* por J. Miguel, M. Casado, A. Cano, C. Spielberger, 2001, Madrid, España: Tea ediciones. Modificado 2013 por la Autora.

Tabla 3

Tipos de ira (Cont.)

VARIABLE IRA	
TIPOS DE IRA	DESCRIPCIÓN
4.7.10 Índice de Expresión de la Ira	Es el total de la experimentación de la ira. Según el Test STAXI- 2 es la sumatoria de la ira interna, la ira externa, 16 puntos, menos la ira control, que es una constante sumativa para evitar puntuaciones negativas, menos la ira control.

Nota: Adaptado de "*STAXI-2 Inventario de expresión de Ira Estado-Rasgo"* por J. Miguel, M. Casado, A. Cano, C. Spielberger, 2001, Madrid, España: Tea ediciones. Modificado 2013 por la autora.

4.8 Diferencia entre la Ira experiencia y la expresión de la ira

Es importante diferenciar la experiencia de la ira con la ira expresión, para Johnson la experiencia de la ira es una respuesta que regula el displacer, se refiere a la intensidad, frecuencia y duración de la misma. (Johnson, 1990, citado por Leibovich et al, 2001). Mientras que la ira expresión es la manera en que afrontamos la emoción. Para otros autores la ira expresión esta dividida en dos categorías: ira hacia afuera, donde el sujeto realiza una conducta verbal y/o física dirigida hacia un objeto o hacia los demás; o la ira hacia adentro, que se caracteriza por la supresión de la expresión externa de la emoción pero sin llegar a controlarla. Según los hallazgos de los autores, la ira expresión se relaciona con el aumento de la presión sanguínea de los sujetos estudiados, los resultados indicaron que el grupo que suprimía la ira tuvo una presión sanguínea tres veces más alta, comparado con el grupo que expresaba su ira hacia afuera. (Funkenstein, King y Drolette, 1954, citado por Leibovich et al, 2001).

En 1939 Franz Alexander sospechó que sus pacientes hipertensos sostenían problemas en la manera de transmitir la ira provocando una alta activación en el sistema nervioso simpático y con el tiempo hipertensión. Harburg, Gentry et al. indicaron que la alta presión sanguínea y la hipertensión se relacionan más con la interiorización de la ira que con la expresión de la misma hacia afuera. En 1979, Hamburgo y sus colaboradores preguntaron a los participantes de su investigación como afrontarían la relación con un jefe colérico, las respuestas a estás preguntas fueron: la primera que se apartarían del jefe (ira interna), la segunda que protestarían (ira externa) y la tercera , donde las personas hablarían

con el jefe una vez que se haya calmado, en los resultados de la investigación las personas que expresaron la ira hacia afuera tuvieron la presión sanguínea más elevada en comparación a los dos grupos anteriormente mencionados. (Alexander, 1939; Harburg, Gentry et al, 1973, Hamburgo et al, 1979 citado por Leibovich et al, 2001). En las investigaciones de Dimsdale y sus colaboradores encontraron que la presión sanguínea elevada se relacionaba con la ira reprimida en hipertensos. Por otro lado, Kawachi y sus colaboradores realizaron un estudio que duró 7 años, en el cual participaron 1.305 hombres y concluyeron que altos niveles de ira expresada se relacionan con enfermedades coronarias (Dimsdale et al, 1986; Kawachi et al, 1996, citado por Mckay y Roger, 2010). En los estudios de Pérez et al (2011) el grupo con alta ira interiorizada y bajo control de la ira presentó bajos niveles de salud, informaron mayor malestar emocional y físico, mayores síntomas cardiovasculares en comparación al grupo que expresa la ira. Hay que tomar en cuenta que suprimir la ira, no significa dejar de sentirla o llegar a controlarla.

En 1950, Neyer Friedman y Ray Rosenman identificaron una serie de características personales que se relacionaban con las enfermedades coronarias, llegaron a la conclusión de que personas con un patrón de conducta tipo A, que se refiere a sujetos que hacen varios trabajos a la vez, hacen todo de prisa, podrían sentir y expresar una ira intensa hacia afuera, por tanto en 1960 llevaron a cabo un estudio con un grupo de 3.500 hombres sanos. El 80% de esos hombres que habían padecido cardiopatías podían tener un patrón de conducta tipo A. Durante 8 años y medio que duró el estudio, los hombres que tenían un patrón de conducta tipo A tuvieron el doble de probabilidades de sufrir un infarto que las personas con un patrón de conducta tipo B, donde se encuentran los sujetos que no son ni pasivos ni demasiado activos (Friedman, Rosenman, 1950, citado por Mckay y Roger, 2010).

4.9 Modelo Cognitivo de Beck

Fue desarrollado por Beck Aaron desde los 60 a los 80, como consecuencia de una serie de estudios iniciados en 1956. Beck concede una gran importancia al papel de las cogniciones sobre las emociones y las situaciones que experimenta el sujeto. Además que utilizó para su estudio experimentos reales en la terapia, construyó hipótesis con la finalidad de comprobar las creencias falsas que el sujeto ha aprendido. (Beck, 1956, citado por Mendez, Rodriguez , Moreno, 2001)

Los elementos centrales del modelo son:

1. Los esquemas básicos: que son estructuras cognitivas desarrolladas en la infancia a través de la interacción con el medio físico y social, que influyen en el sujeto y en la manera de interpretar el mundo, el sí mismo y las relaciones interpersonales. Las características del esquema son: amplitud, flexibilidad y densidad. Si estás características se ven modificadas podría relacionarse con trastornos mentales y resistencia al cambio de esquema.

2. Los pensamientos automáticos: son definidos como cogniciones negativas, sin intervención de un proceso de razonamiento, son irracionales, inadecuadas e involuntarias, con altos niveles de validez subjetiva.

3. Las distorsiones cognitivas: son errores sistemáticos en el procesamiento de información que afectan la interpretación del mundo, el futuro y el sí mismo, debido a que suponen la aplicación rígida e inapropiada de esquemas, que dan como resultado respuestas desadaptativas.

4. Acontecimientos que pueden activar los esquemas disfuncionales. (Méndez et al, 2001)

4.9.1 Procedimiento del modelo de Beck

Las características principales que deben cumplirse en el proceso son las siguientes:

1. El terapeuta debe mostrar una aceptación incondicional, preocupación e interés por lo que dice el sujeto, manifestándolo en el tono de voz, gestos y palabras.

2. Ser empático, entender al paciente, el terapeuta debe proyectar comprensión, sintonizando las emociones del paciente y aceptando sus defectos, para de esta manera el rapport sea adecuado.

3. Manifestar autenticidad, franqueza y honestidad, el objetivo es fomentar la confianza del paciente permitiéndole hablar.

Fases:

1. Educativa: instruir al paciente sobre las técnicas conductuales iniciales y el modelo cognitivo

2. Entrenamiento: entrenamiento en la observación y registro de pensamientos automáticos

Aplicación: (primera fase) Aplicar la investigación científica de imágenes y de pensamientos automáticos considerados como hipótesis personales del paciente.

Aplicación (segunda fase): Detección y modificación de esquemas. (Méndez et al, 2001)

Procedimiento:

En la primera entrevista los objetivos son: Recoger información relevante sobre los síntomas, situación actual del problema, enfermedades anteriores, contactos previos con otros profesionales, la situación del paciente en relación a su salud, el área laboral, familiar, social, entre otros detalles de la vida del sujeto. El terapeuta se centrará en las ideas negativas del sujeto hacia sí mismo, hacia los demás y el mundo, este proceso ayuda a detectar conceptos erróneos para luego poder cuestionarlos en terapia. El primer acercamiento también se basa en proporcionar al paciente una introducción a los fundamentos teóricos de la terapia cognitiva, explicar el papel activo del terapeuta con la finalidad de descubrir con el paciente los pensamientos erróneos que afectarían a la interpretación de situaciones neutras y que podrían relacionarse con la activación de emociones negativas como la ira. (Méndez et al, 2001).

4.9.2 Entrenamiento en la observación y registro de pensamientos automáticos

Se explica al paciente el fundamento teórico y los objetivos de la terapia cognitiva. Se deberá seguir los siguientes pasos:

a) Definición de cognición: son pensamientos o imágenes de valoración subjetivas acerca de acontecimientos, uno mismo, el mundo y las relaciones sociales.

b) Relaciones entre cognición, afecto y conducta: Se otorga una demostración acerca de la relación existente entre pensamientos, sentimientos y conductas. El terapeuta narrará al paciente una situación de un individuo, posteriormente el terapeuta le preguntará al paciente que piensa que el individuo está sintiendo y pensando, posteriormente el terapeuta describirá lo que el sujeto del ejemplo sintió y pensó. Otro método que se usa es pedirle al paciente que imagine una situación desagradable y una agradable, el terapeuta luego le preguntará acerca de sus emociones y contenidos del pensamiento.

c) Demostrar la existencia de la cogniciones negativas: Cuando el paciente reconoce qué es una cognición y cuales son los pensamientos negativos, se le pide que realice un registro diario de estos productos cognitivos, dando un tiempo de 15 minutos cada día para anotar los acontecimientos, las cogniciones negativas y las emociones del sujeto. Esta tarea deberá ser analizada en sesiones posteriores.

b) Revisar registro del paciente y proporcionarle feedback: una vez el paciente aprende a especificar sus pensamientos erróneos, el terapeuta le enseña a analizar los contenidos del mismo y los somete a una prueba de validez. (Méndez et al, 2001)

4.10 Técnicas de manejo de ira

4.10.1 La terapia Racional-Emotiva de Ellis- TRE

Desarrollada por Albert Ellis, 1962, que sugiere que la mayor parte de problemas psicológicos se deben a la presencia de pensamientos desadaptativos. Influido por la psicología clínica y la filosofía estoica, Ellis piensa que la perturbación emocional se relaciona con la interpretación del sujeto sobre la situación y no la situación en sí misma.

La teoría del TRE, consta de 4 pasos: 1. La teoría del A-B-C, 2. La detección de ideas irracionales, 3, La discusión de cada creencia irracional, 4. El conseguir un nuevo efecto que le permita al paciente pensar de manera más objetiva para el futuro. Uno de los aspectos con mayor relevancia es el de distinguir las creencias racionales de la irracionales. Las creencias irracionales son pensamientos aprendidos absolutos, rígidos, que se expresan en forma de obligaciones o con términos imperiosos, como consecuencia interfieren en las emociones de los sujetos. Para Ellis en la cultura occidental existen 10 ideas irracionales relevantes que son las siguientes:

1. Para el ser humano es necesario ser amado y aprobado por toda persona de su comunidad.
2. El sujeto se siente valioso cuando es competente y logra realizar cualquier cosa.
3. La visión catastrófica de que las situaciones no se dan como al sujeto le gustaría.
4. El sujeto piensa que cierta clase de personas son infames, por lo tanto deben ser juzgadas y castigadas.
5. Si algo es terrible y peligroso, el sujeto debe solo pensar en aquello.
6. Existe una solución concreta para los problemas, y si esta no se encuentra sobrevienen los conflictos.
7. Las desgracias humanas se relacionan con causas externas exclusiva o fundamentalmente.
8. Es más fácil evitar ciertas dificultades de la vida que afrontarlas.
9. La historia pasada influye completa e inevitablemente en la conducta actual y la seguirá afectando así en el futuro.
10. La felicidad se logra siendo un ser humano pasivo, lo que significa que ésta llega sin necesidad de hacer algo para alcanzarla. (Ellis, 1962, citado por Méndez et al, 2001).

Tres nociones básicas que engloban las creencias anteriores:

1. Tengo que actuar bien y ganar aprobación por lo que hago.

2. Los demás deben actuar de manera justa y considerada conmigo.
3. Debo conseguir todo lo que quiero, porque la vida debe ser buena y fácil para mí. (Ellis, 1962, citado por Méndez et al, 2001).

4.10.2 Modelo A-B-C

El modelo de la terapia Racional Emotiva, donde A representa a los acontecimientos que se le presentan al sujeto, B (Believes) son las creencias o pensamientos del sujeto, que influyen sobre el suceso, C representa las consecuencias emocionales o conductuales del sujeto. El A-B-C se completa con el tratamiento o reestructuración cognitiva (D) y el resultado que se adquiere sería que el paciente haya adquirido nuevas creencias racionales adaptativas que surgieron del cuestionamiento de las creencias irracionales y formaron un pensamiento más Efectivo (E), y que tenga nuevas emociones y conductas (feelings) (F). (Méndez et al, 2001).

4.10.3 Detección de ideas irracionales

Tanto el terapeuta como el paciente deben encontrar los pensamientos irracionales, tomando en cuenta las cuatro formas principales de irracionalidad según Ellis (1977):

1.- El pensar que algo debería ser o debe ser distinto a lo que es. 2. Calificar a una situación como una catástrofe, 3. Pensar que no se puede soportar a cierta persona, situación y afirmar que no debía haber acaecido. 4. Ante los errores cometidos, calificar negativamente a quien los comete. (Ellis, 1977, citado por Mendez et al, 2001)

Debate, discusión:

El terapeuta persuadirá al paciente sobre sus ideas irracionales, uno de los objetivos es distinguir y hallar diferencias claras entre ideas racionales e irracionales y que el sujeto pueda darse cuanta de las mismas.

Consecuencia de un nuevo efecto: Está fase es la última del proceso, ya que debido a las consecuencias de la nuevas ideas instauradas, el sujeto llega a desarrollar un efecto conductual y emocional adaptativo, racional y nuevo. (Méndez et al, 2001)

4.10.4 La Relajación Progresiva

Desarrollada por Jacobson en 1929, se enseña al sujeto ejercicios de tensión y relajación muscular, que varían según las características de cada paciente. El objetivo de está técnica es reducir la tensión muscular. (Jacobson, 1929, citado por Mendez, Rodriguez, Quiles, 2001).

Antes de iniciar la técnica es importante tener en cuenta los siguientes requisitos:

1. Para realizar la relajación se necesita una habitación silenciosa, en penumbra y con una temperatura agradable.
2. El sujeto debe usar ropa cómoda.
3. Se necesita un sillón reclinado y acolchado.
4. 4. Se debe evitar interrupciones.

El procedimiento de la relajación progresiva es el siguiente:

Enseñanza: Se explica al sujeto en que consiste aprender a tensar y relajar los músculos. El terapeuta da las instrucciones y procede a realizar los ejercicios de tensión y distensión en 16 grupos musculares, entre los cuales se encuentra: 1. La mano y el antebrazo dominantes, 2. Brazo dominante, 3. Mano y antebrazo no dominante, 4. Brazo no dominante, 5. Frente, 6. Ojos y nariz, 7. Boca, 8. Cuello, 9. Hombros, pecho y espalda, 10. Estomago, 11. Muslo dominante, 12. Pierna dominante, 13. Pie dominante, 14. Muslo no dominante, 15. Pierna no dominante, 16. Pie no dominante. (Méndez et al, 2001)

Es recomendable que el volumen de voz del terapeuta se reduzca progresivamente. Al finalizar el terapeuta preguntará al sujeto acerca de la sesión y si hubo algún posible problema mientras se realizaba el ejercicio, concediendo posibles soluciones. El número de sesiones es alrededor de 4 a 6, de 15 a 30 minutos de duración, sin embargo el proceso puede varíar dependiendo del sujeto. (Méndez et al, 2001)

4.10.5 Entrenamiento Autógeno

Su mayor exponente es Schultz, 1987, la técnica consiste en que el sujeto pueda llegar a estados de relajación mediante sugestiones sobre sensaciones de calor, peso, frescor, etc. de un lugar corporal, que especificará el terapeuta. Para ejecutar la técnica es importante disponer de un ambiente tranquilo, sin interrupciones, ruidos y con una temperatura agradable, el paciente debe vestir ropa cómoda, se pide al sujeto que cierre los ojos y se concentre en la frase que propone el terapeuta. (Schultz, 1987, citado por Méndez et al, 2001)

El entrenamiento autógeno de grado inferior consta de:

1. Sensación de pesadez: El sujeto repite la frase mi brazo derecho o izquierdo (pierna izquierda o derecho) pesa mucho, alternando el estoy completamente tranquilo.

2. Sensación de calor: El sujeto repite y se concentra en la frase: mi brazo derecho o izquierdo (pierna izquierda o derecha) está caliente.

3. Regulación cardíaca: El sujeto pone la mano sobre su corazón y repite: mi corazón late fuerte y tranquilo, mi corazón late tranquilo y con regularidad.

4. Control de respiración: Sujeto repite la frase: Respiro tranquilo, mientras observa internamente como el cuerpo respira por sí solo.

5. Regulación de los órganos abdominales: Sujeto se enfoca en el plexo solar, que se encuentra en el punto medio entre el ombligo y el extremo inferior del esternón. El sujeto se repite varias veces las frases: El plexo solar está caliente, mi abdomen está caliente, del abdomen fluye calor, alternándolas con frases anteriores como: Tranquilidad, peso y calor.

6.- Regulación de la región cefálica: Se repite las frases anteriores, agregando la frase: La frente está agradablemente fresca. (Méndez et al, 2001)

4.10.6 Técnica de solución de problemas de D'Zurrilla y Goldfried

D'Zurilla y Golfried en 1971 propusieron un modelo de resolución de conflictos que hace que el paciente piense en varías alternativas para enfrentar una situación y aumenta la probabilidad de escoger la alternativa más eficaz. (D' Zurrilla y Golfried, 1971; Mendez, Rodriguez, Abásolo, 2001)

Está técnica consta de 5 fases:

1. Orientación general hacia el problema:
2. El terapeuta procura que el sujeto acepte que las situaciones problemáticas son parte de la vida diaria y que son sucesos posibles de ser superados, que reconozca situaciones problema cuando se presenten y que procure no responder de manera impulsiva.
3. Formulación y definición del problema: Si definimos bien el problema, lo podremos resolver con facilidad. En está fase se pretende enseñar a obtener información relevante sobre el problema, clarificarlo, identificar variables relevantes, identificar las causas que favorecen y mantiene el problema y establecer metas de solución del problema.
4. Generación de alternativas: en está fase se enseña al sujeto los principios básicos de Osborne que son:

Principio de cantidad: que consiste en cuantas más soluciones se produzcan se encontrará mejores soluciones.

Principio del aplazamiento del juicio: El sujeto construye mejores soluciones si no inhibe la imaginación.

Principio de variedad: cuando mayor es el rango de ideas, la calidad de las mismas serán descubiertas. (Osborne, 1963, citado por Mendez, Rodriguez, Abásolo, 2001)

5. Toma de decisiones: El objetivo de está fase es evaluar las alternativas disponibles y seleccionar la más apropiada. El sujeto deberá puntuar en una escala del 0 al 10 las alternativas, según las ventajas y desventajas de cada alternativa de solución.
6. Puesta en práctica y verificación de soluciones: Consiste en poner en práctica las alternativas que se han escogido y verificar la efectividad sobre el problema. Esta fase consta de 4 sub-componentes: 1. La ejecución: el sujeto debe darse cuenta de la posibilidad de ejecutar la decisión, tomando en cuenta factores como el tiempo, las habilidades, entre otros. 2. Autoobservación: el sujeto debe observar su conducta durante la ejecución. 3. Autoevaluación: El sujeto debe comparar los resultados de su conducta con los resultados esperados. Si se ha adquirido resultados satisfactorios el sujeto podrá valorar su esfuerzo, de lo contrario deberá encontrar una solución eficaz. 4. Auto-refuerzo: luego de haber solucionado el problema, el sujeto deberá auto-administrarse un refuerzo que puede ser verbal o material.
7. Ejecución: Se refiere a la implementación de la solución seleccionada, el sujeto debe pensar en el tiempo, medios y habilidades para realizar la solución, en el caso de dificultad irresoluble debe escoger otra alternativa. (Mendez, Rodriguez, Abásolo, 2001)

4.10.7 Entrenamiento en Autoinstrucciones

Meichenbaum y Cameron realizaron varias investigaciones acerca de las verbalizaciones absurdas e incoherentes de sus pacientes y pensaron sustituirlas por otras racionales y adaptativas. Se dieron cuenta que cuando los pacientes querían aprender las instrucciones otorgadas por el terapeuta y les resultaban difíciles, tendían a reproducirlas en voz alta, de igual manera cuando percibían una dificultad en realizar una acción se daban instrucciones en voz alta. (Meichenbaum, 1969; Meichenbaum y Cameron, 1973, citado en Carrasco, 2010)

El procedimiento es el siguiente:

Se debe modificar el diálogo interno, que podría estar interfiriendo en la realización de una tarea, para ello es necesario:

a) Definir el problema: el sujeto debe buscar conocer las dificultades que siente al realizar cierta actividad.

b) Aproximación al problema: el sujeto debe pensar en las posibilidades de distintos pasos y elementos necesarios para realizar la actividad.

c) Focalización de atención: Concentrarse en lo que está haciendo en ese momento.

d) Autorrefuerzo: felicitarse cuando esté realizando bien las instrucciones de una tarea.

e) Verbalización para hacer frente a los errores: El sujeto debe pensar que cualquiera puede equivocarse, sin embargo hay la posibilidad de solucionar los errores cometidos.

Autoevaluación: El sujeto debe fijarse en lo que está haciendo.

Autorrefuerzo: El sujeto debe felicitarse por haber finalizado la actividad.

Proceso en Autoinstrucción:

1. El terapeuta realiza una actividad, dándose en voz alta instrucciones concretas para realizar la tarea.
2. El paciente realiza la misma actividad, mientras el terapeuta repite las instrucciones en voz alta.
3. El sujeto realiza la tarea dándose a si mismo instrucciones concretas en voz alta.
4. Luego el sujeto realiza la tarea dándose instrucciones concretas en voz baja.

Finalmente, el sujeto realiza la actividad dándose instrucciones concretas sin verbalizarlas. (Carrasco, 2010)

En el entrenamiento en auto instrucciones se pretende no solo instaurar auto-verbalizaciones concretas para guiar la conducta del sujeto, sino también eliminar, incrementar o adaptar la autoverbalización automática, es posible que el diálogo interno este interfiriendo en la realización de un paso o varios pasos para realizar una tarea. Posteriormente otros autores combinaron este entrenamiento con las técnicas de solución de conflictos, logrando reducir la ira intensa y aumentar el autocontrol en niños de 11 años de edad, durante un período de 7 meses. (Lochman, Burch, Curry, Lampron, 1984, citado por Mcguire, 2001)

Snyder y White aplicaron las mismas técnicas en adolescentes con conductas impulsivas logrando reducir la conducta y aumentar el autocontrol en retardo de gratificación. (Snyder, White,1979, citado por Mcguire, 2001)

4.10.8 Entrenamiento en habilidades sociales

La importancia de las habilidades sociales se enfatiza ya en los años de 1930. Las habilidades sociales comprenden un grupo de capacidades aprendidas que se manifiestan en las interacciones sociales, son determinadas por el contexto cultural. Son consideradas en

distintos niveles: nivel molar, (la habilidad de auto afirmación, enfrentar a un público hostil, entre otras), nivel intermedio (decir no, defender nuestros derechos y criterios), habilidades moleculares (establecer contacto ocular, iniciar o terminar una conversación). Otros autores utilizaron este entrenamiento en adolescentes agresivos que exhibían trastornos severos de conducta, el 90% de sujetos a partir de un continuo seguimiento fue absuelto de la correccional. (Feindler, Ecton, Kingsley, Dubey ,1986, citado por Mcguire, 2001)

Procedimiento del entrenamiento en Habilidades Sociales:

1. Instrucciones: consiste en explicaciones de instrucciones claras en cada sesión, con el objetivo de guiar al sujeto en el empleo de respuestas específicas. El primer paso tiene que identificar u observar al modelo, luego escuchar las instrucciones del terapeuta para que el sujeto pueda ejecutar o ensayar lo realizado por el modelo, luego el terapeuta evalúa la conducta realizada para recomendar la modificación de ciertos pasos y al final el sujeto deberá practicar la actividad en la vida diaria.
2. Modelado: Se basa en la observación de la conducta de un modelo para luego imitarla. El modelo puede ser real, presente físicamente, o simbólico, utilizando grabaciones.
3. Ensayo conductual: Se pretende que el sujeto practique en terapia las conductas apropiadas, cuantas veces sea necesario. El ensayo puede ser real, el sujeto realiza la conducta frente al terapeuta o encubierto, el sujeto imagina que realiza la conducta.
4. Retroalimentación: Consiste en proporcionar información al sujeto acerca de los ensayos conductuales anteriores, para al final poder moldear la conducta hasta conseguir la adecuada. En esta fase se puede utilizar videos o filmaciones, para que el sujeto pueda mirar su conducta. O simplemente el terapeuta pueda comentar o recomendar ciertas conductas.
5. Refuerzo: Esta técnica se la utiliza con la finalidad de mantener el moldeamiento. Se le puede procurar al sujeto un refuerzo social de tipo verbal (reconocimiento, aprobación, alabanza) o en ciertos casos refuerzos materiales. Finalmente, se establece tareas en casa, primero se selecciona conductas que el sujeto pueda realizar sin mayor dificultad, progresivamente va aumentando en nivel de dificultad en las tareas.

6. Estrategias de generalización: se manifiesta la conducta aprendida en terapia, luego se la aplicará en situaciones interpersonales y en situaciones distintas a la entrenada. (Mcguire, 2001)

4.10.9 Evaluaciones de la ira- Escala para medir la ira

Se debe aprender a observar las manifestaciones de la ira. Para poder valorarla en una escala del 1 al 10, siendo el 1 la representación de la ausencia de ira y el 10, que representa la perdida de control, con consecuencias negativas. Es prudente personalizar la escala de ira dependiendo la interpretación de cada sujeto (Reilly y Shopshise, 2007).

4.10.10 Time out

Consiste en abandonar el ambiente que produce ira o detener la conversación que está provocándola. Luego, el sujeto deberá retirarse del medio reforzarte y encontrar un lugar sin reforzadores. Está técnica se utiliza cuando no se puede retirar refuerzos que dependen de terceras o cuartas personas. No es recomendable cuando el sujeto acostumbra a huir del problema. (Kassinove y Chip, 2005).

4.10. 11 Desarrollar la meta-cognición asociada a conductas de ira

Para aquello se necesita que el sujeto atienda a las respuestas fisiológicas, conductuales y cognitivas de la ira. Para esto se le puede pedir que anote lo que ha podido percibir. Además es necesario identificar las estrategias específicas que el sujeto ejecuta para controlar su ira. (Reilly y Shopshise, 2007).

4.10.12 Evitación

Consiste en controlar la presencia de desencadenantes generadores de ira, se le llama también a está técnica control de estímulos. El sujeto debe percatarse en que lugar se da la respuesta de ira de manera repetitiva para de esta manera poder evitar transitoriamente el lugar y así poder desarrollar otras estrategias de afrontamiento. Tiene algunas variantes: Evitación planificada: el sujeto identifica la situación que le conduzca a la ira y la evita por medio de una estrategia previa. Evitación mediante plazos de tiempo: solicitar un plazo de tiempo antes de responder a una conducta. De está manera el sujeto se permite recuperar la compostura y expresar lo que piensa tranquilamente. Estas técnicas se utilizan a corto plazo, en las primeras etapas de tratamiento para la ira, no es recomendable usar está técnica cuando el paciente acostumbra a huir del problema. (Kassinove y Chip, 2005).

4.10.13 La distracción

Consiste en que el paciente realice una actividad que no tenga relación alguna con la ira. La finalidad de está técnica, es romper el círculo vicioso de la rumiación, haciendo que el sujeto piense y realice otras actividades que lo alejen de los desencadenantes de ira. (Kassinove y Chip, 2005).

4.10.14 Control de ira de Novaco (1975)

Novaco propuso al sujeto enfocarse en una tarea antes que hacia las provocaciones, esto ayudará a disminuir el Arousal. Luego, el sujeto al estar calmado puede pensar en resolver el problema. Agregó también la importancia de tener una autoestima actualizada en respuesta a una provocación personal. Por tanto es recomendable entrenar en autovaloraciones positivas, el sujeto puede realizar una lista de los aspectos positivos que observa en sí mismo. En su modelo pretende promover las autoinstrucciones, que la persona tenga la habilidad de identificar provocaciones en distintas situaciones y pueda aplicar el entrenamiento en autoinstrucción. Según Novaco (1975) el sujeto incrementará el número de conductas adecuadas para el afrontamiento de provocaciones cuanto más haya reducido la experiencia de ira. (Novaco, 1975, citado por Perez et al, 2008).

4.10.15 Control de Deffenbacher (1994)

Para el autor es de alta relevancia que el sujeto con altos niveles de ira sea conciente de su problema para poder reducir o controlar la ira. Para intervenir en el control de la ira se podría utilizar videos con situaciones de enfado o discusiones para que el sujeto pueda identificar las señales de ira. El autor recomienda interrumpir el desarrollo de respuestas de ira, lo que consiste en que el paciente construya estrategias con las que pueda cortar el proceso de ira, para esto se lo puede entrenar en autointrucciones, enseñando al paciente a apartarse de los provocadores o intentar demorar la respuesta emocional, está técnica se la puede utilizar junto a pensamientos distractores, como la visualización de imágenes agradables o el realizar actividades placenteras y saludables. Reestructuración cognitiva para de está manera modificar los pensamientos distorsionados que intervienen en la ira. Las técnicas de solución de problemas y autointrucciones, las cuales ayudan a desarrollar pasos de la estrategia de solución de problemas orientados hacia el tema de la ira (Deffenbacher, 1994, citado por Perez et al, 2008).

4.10.16 El entrenamiento en manejo de ira (Lochman y Wells, 1996)

Impedir los reforzamientos de la expresión de la ira, los cuales son estímulos placenteros materiales o verbales que podrían incrementar las conductas inadecuadas.

Incrementar el reconocimiento de señales fisiológicas, cognitivas y conductuales.

Identificar los estímulos discriminativos o la conducta que al realizarse ayuda a obtener el refuerzo, facilitando la realización de la conducta agresiva. El autor recomienda el entrenamiento en autoinstrucciones, entrenamiento en habilidades sociales para promover conductas adaptativas y aplicar técnicas de solución de conflictos para que el sujeto identifique el problema, desarrolle alternativas basándose en consecuencias previas y así poder ejecutar la solución o soluciones seleccionadas. (Lochman y Wells, 1996, citado por Perez et al, 2008).

Capítulo V: Autocontrol

5.1 Conceptualización

El interés del autocontrol estuvo presente ya en los años 50 a partir de Skinner quien indicó que el autocontrol es un comportamiento que modifica los factores ambientales que controlan una conducta que se debe inhibir o reducir. Dentro de su teoría distingue dos términos relevantes: la conducta controladora y la controlada; la conducta controladora, se refiere a la respuesta que modifica las probabilidades de que se realice la conducta controlada o conflictiva, mientras que la conducta controlada es la conducta que podría impedirse realizar por medio de la conducta controladora que la retiene. Ejemplo: evitar una discusión (conducta controladora), para no ofender a la otra persona (conducta controlada). Para Skinner si la persona puede controlar su conducta, podrá hacerlo de la misma manera con las demás personas. Cautela compartió la definición de Skinner, alegando que el autocontrol es un conjunto de conductas autoimpuestas que disminuyen la frecuencia de una respuesta (Skinner, 1953; Cautela, 1969, citado por Rodríguez, Méndez, Barrancos, 2001).

Posteriormente fueron desarrollándose los precedentes empíricos: en los años 60 y 70, dentro de esté periodo varios autores estudiaron y realizaron programas para implementar el autocontrol. Modificaron la definición del autocontrol como sinónimo de restricción o de no actuar, debido a que las estrategias de autocontrol suponen el realizar una conducta que reduzca o límite otra respuesta, ésta última desadaptativa. (Cautela, 1967; Goldiamond, 1965; Fester, Ruremberg, Levitt, 1962, citado por Carrasco, 2010)

Según Kanfer indicó, el autocontrol es un conjunto de estrategias que incrementan la probabilidad de la ejecución de una respuesta controladora para reducir una conducta inicialmente conflictiva. El sujeto actúa por su lado, generando conductas que podrían ser desadaptativas, por otra parte el sujeto puede actuar, observar, evaluarse y modificar sus respuestas conflictivas, mediante conductas controladoras que finalmente se aprende a poner en marcha sin ninguna instigación. (Kanfer, 1970, 1971, citado por Rodríguez, Mendéz, Barrancos, 2001).

Los trabajos de Mischel y Staub se centraron en el autocontrol como el conjunto de habilidades de los seres humanos para manipular los estímulos y de posponer gratificaciones eligiendo consecuencias favorables a largo plazo. Goméz y Luciano están de acuerdo con la definición de Mischel y Staub, aportando que el autocontrol conlleva la

realización de conductas que pueden ser desagradables a corto plazo pero que están a la vez a favor de consecuencias positivas a largo plazo, donde las consecuencias inmediatas no son sino subjetivamente relevantes. (Mischel y Staub, 1965; Goméz, Luciano, 2000, citado por Rodríguez, Mendéz, Barrancos, 2001).

Peñas (2004) dice que el autocontrol es una manera de predecir la actividad de un sujeto u organismo. Así como se puede controlar la conducta de una persona externa, también es factible controlar la tasa (frecuencia sobre tiempo) de una conducta personal, mediante la auto-calibración de reforzamientos o castigos provocados hacia sí mismo. (Peñas, 2004, citado por Montgomery, 2008).

5.2 Bases del autocontrol experimental

Las teorías de autocontrol fueron tomando mayor relevancia a mediados del siglo XX. Varios investigadores fueron contrayendo las teorías, utilizando diseños experimentales y comparando el autocontrol animal, con el de los seres humanos. Jackson y Hackenberg utilizaron palomas, y Green y Estle (2003) ratas para comparar el autocontrol de los seres humanos, planteando experimentalmente a las 3 especies dos opciones ante la aparición de un reforzamiento: elegir el reforzamiento débil pero inmediato o con menor retraso; o el demorado, con mayor refuerzo y retraso. (Jackson y Hackenberg, 1996, Green y Estle, 2003, citado por Montgomery ,2008)

Otro estudio trascendental, que aportó con mayor información fue el de Walter Mischel y sus colegas en 1960 , quien investigó el autocontrol de la impulsividad en niños de 4 años, a los cuales les propuso que podían tomar un malvavisco inmediatamente o esperar un poco de tiempo más antes de consumirlo, para poder obtener dos malvaviscos. Los niños más impulsivos tomaron el malvavisco sin espera, mientras que otros niños esperaban unos pocos minutos para adquirir mayor cantidad de malvaviscos. Este experimento tuvo un diseño longitudinal debido a que los investigadores observaron durante 14 años la conducta de los mismos niños durante una serie de períodos. Los hallazgos a largo plazo fueron que los jóvenes considerados anteriormente como impulsivos tenían baja autoestima y poca tolerancia a la frustración, mientras que el grupo de los que esperaron el malvavisco mostraron mayores niveles en la competencia social y éxito académico. Actualmente, se a dejado de separar los conceptos de autocontrol e impulsividad , debido a que el ser humano debe tener la capacidad de ser impulsivo o

controlado de acuerdo a la función más adaptable ante situaciones de distinta índole.(Michel et al, 1960, citado por Montgomery, 2008)

Según Montgomery (2008), el autocontrol es distinto en cada sujeto. De hecho cambia según las referencias culturales entre distintos países, etnias y regiones, lo que significaría que el desarrollo del autocontrol es influido por los diferentes ambientes experimentados por el sujeto, que le permiten adquirir ciertos tipos de autocontrol. Como por ejemplo en las sociedades orientales el autocontrol que impera es el colectivo, mientras que en las sociedades norteamericana y oeste-europea el autocontrol es más individualista o enfocado en los intereses personales.

5.3 Características y manifestaciones

Thoresen y Mahoney indicaron que el sujeto desarrolla el autocontrol cuando tiene la habilidad de modificar el medio externo e interno, para de esta manera cambiar su conducta (Thoresen y Mahoney, 1974, citado por Carrasco, 2010). Para los autores el autocontrol es una habilidad aprendida la cual puede entrenarse, se manifiesta por el conocimiento del sujeto hacia sí mismo y sus comportamientos. Así mismo, Goldiamond defendió al autocontrol como una manipulación ejecutada por el sujeto, debido al conocimiento de las condiciones que puede controlar. (Goldiamond, 1965, citado por Carrasco, 2010)

Otro aporte es el de Rotter que sostuvo que el autocontrol se relaciona con las expectativas que el sujeto va construyendo a partir de su historia de aprendizaje sobre el control que posee sobre una conducta específica. Esta expectativa de control según Rotter se denomina locus de control, el cual se divide en: locus de control interno, donde el sujeto piensa que controla una situación externa por si mismo, y el locus de control externo, donde el sujeto piensa que el control de la situación depende de sucesos sociales, externos al mismo (Rotter, 1954, citado por Rodríguez, Mendéz, Barrancos, 2001). Ulteriormente, Albert Bandura relacionó el autocontrol con otra variable llamada autoeficacia, que es la valoración del sujeto sobre su capacidad de ejecutar una conducta, independiente al resultado de la misma. Está capacidad que hace a la persona productora de sus propios comportamientos y determina la selección de los mismos, se construye a partir de cuatro tipos de experiencia: 1) aprendizajes directos o logros alcanzados en la ejecución, 2) con experiencias vicarias o la experiencia proporcionada por modelos sociales, 3) la persuasión verbal de que se puede lograr cierta acción debido a éxitos previos en áreas relacionadas o

no relacionadas con el asunto en cuestión, 4) los estados fisiológicos y afectivos, los cuales son fuente de información acerca de las capacidades personales para lograr una conducta. (Bandura, 1977, citado por Carrasco, 2010; Garrido y Álvaro, 2007).

Según Gottfredson (2006) el autocontrol se desarrolla por medio del aprendizaje, donde la familia tiene un rol decisivo. Los bajos niveles de autocontrol se relacionan con conductas problemáticas, y la falta de un seguimiento de la familia ante los comportamientos del niño. (Gottfredson, 2006, citado por Carrasco, 2010). Por su parte Serrano (2009) agregó que los sujetos con niveles bajos de autocontrol se caracterizan por poseer un déficit en la percepción de consecuencias futuras o a largo plazo de sus actos, son impulsivos, además, según otros autores, el escaso autocontrol se relaciona con casos de consumo de alcohol, drogas y aumento de probabilidades de sufrir accidentes. (Serrano, 2009; Braithwaite, 1989, Gottfredson y Hirchi,1990; Gomés y Fernandéz 1978, citado por Carrasco, 2010)

Peña propuso estudiar la variable denominada necesidad de control, que evidencia que todos los sujetos requieren percibir cierto control en sus conductas diarias y sobre su ambiente. De lo contrario el sujeto experimentaría efectos negativos o conductas desadaptadas, como manera de manejar situaciones percibidas como incontrolables. Generalmente, las personas buscan restaurar el control desestabilizado mediante recursos, uno de los cuales, puede ser la búsqueda de poder que permite influir en las decisiones y conductas ajenas, al igual que en los comportamientos personales en conductas asertivas, competitivas o agresivas que buscan beneficiar al sujeto. (Peña, 2004, citado por Montgomery, 2008). Otros medios de recuperar la percepción de control o de satisfacer la necesidad de control son las conductas ya francamente patológicas como por ejemplo: el auto-control férreo de su ingesta y de su peso por parte de la paciente anoréxica quien no puede controlar la agresión o abuso de otros sobre ella; o el control de la simetría, el aseo, etc. por parte del paciente obsesivo-compulsivo, quien no puede controlar como él quisiera el contenido y la frecuencia de ciertos pensamientos propios que le molestan, o, la hipervigilancia del paciente paranoide quien no puede controlar sus temores de ser atacado, etc.

5.4. Modelos de autocontrol

5.4.1 El modelo de Thoresen y Mahoney

Las claves significativas del autocontrol son:

a) Dos o más respuestas alternativas.
b) Consecuencias diferentes relacionadas con las alternativas.
c) El mantenimiento de conductas que aplazan los beneficios, con la finalidad de adquirir consecuencias positivas a largo plazo.

La persona según estos autores ejerce el autocontrol mediante dos estrategias: La planificación Ambiental, que se encarga de reordenar las conductas controladoras para facilitar e incrementar su aparición en ambientes tentadores, y la segunda estrategia es la de programación de la conducta que implica la autoaplicación de consecuencias, posterior a la ejecución de una conducta. (Thoresen y Mahoney, s.n, citado por Carrasco, 2010)

5.4.2 El modelo de Bandura

Para Bandura (1977) el autocontrol es un conjunto de habilidades en permanente construcción que regulan los comportamientos humanos, con el objetivo de conseguir beneficios o evitar problemas a largo plazo, estás habilidades cambian de acuerdo al contexto en donde se desenvuelve el sujeto. Según el autor, una de las variables que se encuentra altamente relacionada con el autocontrol es la autoeficacia o la percepción del sujeto acerca de sus capacidades de realizar una conducta. (Bandura, 1977, citado por Carrasco, 2010). Explicada sencillamente, la auto-eficacia es la noción que cada quien tiene acerca de si se es o no capaz de realizar alguna conducta, así un: “bah, eso es demasiado sencillo para mí” o un “huy, eso no lo podría yo hacer jamás” si son cogniciones honestamente creídas por el sujeto, predicen la no realización de la conducta, por anticiparse aburrimiento o falta de adquisición de admiración social, o, por asociársele con graves consecuencias en términos de daños, desprestigio social o fracaso, respectivamente.

5.4.3 El modelo de Kanfer (1970 y 1977)

Su propuesta explica que el proceso de autocontrol está constituido por 3 fases: La autoobservación, la autoevaluación y el autorreforzamiento. Siendo la autoobservación el proceso en el cual el sujeto se enfoca en su propio comportamiento, en lo que siente y piensa, sin excluir al contexto que lo influye. La segunda fase es la comparación del sujeto entre la manera en que actúa y la expectativa que tiene sobre su comportamiento. La tercera fase es el autorreforzamiento, que se define como el proceso donde la persona se auto-administra reforzadores encubiertos, que son estímulos internos que producen bienestar por medio de la imaginación, o externos, que son estímulos que se los adquiere a partir del contexto. (Kanfer, 1970, 1977, citado por Carrasco, 2010).

5.4.4 El modelo de Skinner

Skinner por su parte aporta con mayor información acerca de la categorización de las clases de autocontrol:

1. Restricción o ayuda física para realizar una conducta, por ejemplo: una chica quiere rasguñar a una de sus compañeras de clases, sin embargo se toma a sí misma la mano para evitar problemas.
2. El autocontrol que restringe o incentiva un comportamiento mediante el uso de refuerzos o castigos auto-infligidos. El sujeto podría autorreforzar una conducta positiva o auto extinguir una conducta indeseable. Por ejemplo: un señor siente ganas de gritar a su familia cuando está enfadado, cuando logra controlarse se dice a sí mismo, lo hiciste bien, pudiste controlarte. Otro ejemplo, un señor grita cuando siente ira, luego se arrepiente de haberlo hecho y deja de ver su programa favorito.
3. El autocontrol emocional, el cual manipula las manifestaciones de la emoción, sin llegar a suprimirla, promoviendo la aparición de conductas saludables, el manejo de nuevas maneras de expresión de emociones y solución de problemas. Por ejemplo, una señora que suele expresar su ira gritando a la gente, empieza a respirar profunda y lentamente, con el objetivo de calmarse.
4. El sujeto puede utilizar estímulos aversivos para realizar una conducta funcional con consecuencias positivas a largo plazo, como por ejemplo: cuando un niño se enfada, mira el rostro de sufrimientos de su madre, como una señal para hacer silencio y dejar de hacer berrinche.
5. El uso de agentes químicos para poder controlar una dolencia. Por ejemplo: una chica se toma una infusión de valeriana para calmar su ira por haber sacado una mala nota en el examen.
6. Contrarrestar una respuesta desadaptativa, utilizando respuestas incompatibles o que no se pueden realizar al mismo tiempo que la conducta indeseable, por ejemplo: un señor siente iras hacia su pareja, así que opta por darse la vuelta a la manzana, en vez de subir al cuarto a gritar a su esposa. (Skinner, s.a, citado por Montgomery, 2008)

5.5 Autocontrol emocional

Es la capacidad de dirigir y manejar emociones o impulsos en situaciones percibidas como amenazantes. También se refiere al reconocimiento de emociones y su concordancia

o relación con las situaciones experimentadas, sin obstaculizar el razonamiento, la ejecución de soluciones según la normativa social. (Rodríguez, Russián y Moreno, 2009)

Gross y John describen cinco puntos de autocontrol emocional: 1. Seleccionando la situación, se basa en la aproximación o alejamiento de determinadas situaciones, personas u objetos que influyen sobre la conducta o la emoción del sujeto. 2. Modificación de la situación, que significa adaptarse a un cambio de situación que al principio pudo haber producido anteriormente un impacto emocional. 3. Cambio cognitivo o adquirir nuevas formas de percibir y valorar las situaciones. 4. Modulación de la respuesta, que es el control en la ejecución de una conducta. (Gross, John, 2002, citado por Rodríguez et al, 2009)

Según Rodriguez et al (2009) el autocontrol emocional consta de 2 dimensiones: 1. Control ante situaciones externas adversas: es la capacidad del sujeto de manejar y regular su comportamiento en situaciones problemáticas, eligiendo unas resoluciones eficaces ante nuevas experiencias .2. Control de los impulsos: habilidad para posponer una conducta.

5.6 Tipos de Autocontrol

Tabla 4

Tipos de autocontrol

VARIABLE AUTOCONTROL	
TIPOS DE IRA	DEFINICIÓN
5.6.1 Autocontrol por retraso de recompensa	Es un tipo de autocontrol que nos permite mantenernos en una actividad sin necesidad de estímulos inmediatos. Este se subdivide en: Autocontrol Acelerativo y Autocontrol Decelerativo.
5.6.2 Autocontrol Acelerativo	Es un tipo de autocontrol por retraso de recompensa, que consiste en realizar una conducta aversiva inmediata, con consecuencias positivas a largo plazo.

Nota: Adaptado de "*Retardo de Gratificación y Autocontrol en jóvenes antisociales: características asociadas al género*" por C. Lopez, J. Lopez, M. Freixinos, 2003, *Psicopatología Clínica, Legal y forense*, 3(3). Modificado 2013 por la autora.

Tabla 4

Tipos de autocontrol (Cont.)

VARIABLE AUTOCONTROL	
TIPOS DE IRA	DEFINICIÓN
5.6.3Autocontrol Decelerativo	Es un tipo de autocontrol por retraso de recompensa, que consiste en inhibir cierta conducta que a corto plazo tendría consecuencia apetitiva, dado que se sabe que a mediano o largo plazo tendrá consecuencias negativas.
5.6.4 Autocontrol Retroalimentación Personal	Es un tipo de autocontrol que indica la capacidad para darse cuenta de la consecuencia de los actos propios y averiguar la razón o motivo de un comportamiento
5.6.5 Autocontrol Procesual	Es un tipo de autocontrol en el cual altas puntuaciones indican desasosiego sobre la autocrítica e hiperfocalización en el cumplimiento de normas sociales. Puntajes muy bajos en cambio indican desorganización de los procesos de autocontrol en el autorrefuerzo y el auto-castigo, además de ausencia de interés en las reglas.
5.6.6 Autocontrol Criterial	Es un tipo de autocontrol que mide la capacidad de la persona para soportar situaciones estresantes y amenazantes.

Nota: Adaptado de "*Retardo de Gratificación y Autocontrol en jóvenes antisociales: características asociadas al género*" por C. Lopez, J. Lopez, M. Freixinos, 2003, *Psicopatología Clínica, Legal y forense*, 3(3).Modificado 2013 por la autora.

5.7 Técnicas del autocontrol

Las fases del entrenamiento de autocontrol son:

1. Fase educativa: Se debe informar a la persona que el autocontrol es un conjunto de habilidades que se desarrollan en el aprendizaje diario que permite comportarnos de distintas maneras ante variables situacionales. El entrenamiento en autocontrol consiste en reducir o eliminar conductas conflictivas por medio del desarrollo de conductas adaptativas.
2. Fase de entrenamiento: 1.Consiste en observar y registrar los comportamientos problemáticos que se desean modificar y especificarlos. 2. Definir objetivos concretos realistas. 3. Elegir métodos de autocontrol para alcanzar los objetivos anteriormente fijados. 4. Seleccionar y programar la auto-aplicación de refuerzos.
3. Fase de aplicación del entrenamiento, una vez se ha llevado el entonamiento en la consulta, se lo aplica en la vida diaria. (Rodriguez, Mendéz, Barrancos, 2001).

Las Técnicas de autocontrol se dividen en dos grupos: técnicas de control estimular y técnicas de programación conductual.

5.7.1 Control Estimular

Consiste en planificar el medio social y físico (estímulos externos) y estímulos internos, en los que se desenvuelve el sujeto, modificando ciertas situaciones y pensamientos que podrían alterar la conducta controlada. Eliminar o disminuir los desencadenantes de la conducta y sustituirla por otras respuestas más adaptativas. Para ello se necesita intervenir en la aparición de ciertos estímulos que aumenten la probabilidad de realizar conductas problemáticas, por ello se utilizan las siguientes estrategias:

1. Restricción física: Previene la respuesta problemática, utilizando conductas que detengan la conducta problemática, como por ejemplo: darse un time out, cuando se siente enojado en vez de explotar, o colocarse guantes cuando quiere morderse las uñas.
2. Eliminación de estímulos: Se trata de hacer desaparecer los estímulos discriminativos o los estímulos que facilitan la realización de la conducta, como por ejemplo: si está haciendo una dieta sería preferible que no comprara los chocolates que tanto le gustan.

3. Cambiar los estímulos Discriminativos: el objetivo es que el sujeto sienta control sobre la conducta que está bajo la influencia de ciertos estímulos discriminativos, por ejemplo fumar solo en determinadas ocasiones o lugares.
4. Cambiar el medio social: Introducir una persona en el contexto donde se realiza la conducta problemática, para que esta nueva presencia impida la ejecución de la conducta.
5. Modificar las propias condiciones físicas o fisiológicas: se refiere al cambio en el interior del sujeto para reducir la probabilidad de ciertas respuestas. Por ejemplo usar relajación antes de un encuentro difícil con alguien.
6. Contratos contingentes: Son acuerdos entre el paciente y otras personas, que detallan las conductas que se debe realizar y las consecuencias de su cumplimiento, para ello primeramente se debe especificar en términos claros los beneficios que se obtendrán con la nueva conducta, la conducta a realizar debe especificarse en verbos y cantidades, enunciar los acuerdos en términos positivos, señalar específicamente las sanciones por el incumplimiento de conducta, fijar la vigencia del contrato y llevar un registro de reforzamiento de intercambio. (Rodriguez, Mendéz, Barrancos, 2001; Carrasco, 2010).

5.7.2 Técnicas de programación conductual

Cuando la nueva conducta se ha llevado a cabo, se debe planificar las consecuencias. Dentro de este grupo existen varias estrategias:

1. Auto-reforzamiento: el individuo se aplica los reforzantes según las consecuencias de sus actos, para cumplir con esta estrategia, el individuo debe realizar la conducta aprendida , adaptativa libremente sin ser manipulado por agentes externos y luego debe suministrarse un estímulo reforzador que puede ser material como dinero, una prenda de vestir entre otras, o actividades gratificantes, reforzamientos simbólicos como expresiones positivas o retirada de estímulos aversivos o también llamado reforzamiento negativo, en el cual el sujeto se quita un estímulo desagradable, cuando se realiza una conducta.
2. Autocastigo: se centran en la administración de consecuencias aversivas para eliminar la conducta, muchos pacientes se infligen autocríticas negativas cuando realizan una conducta inadecuada. (Rodríguez, Mendéz, Barrancos, 2001).

3. Métodos encubiertos: Es una propuesta de Cautela (1969), se caracteriza por utilizar la imaginación para la representación de estímulos, consecuencias o respuestas reforzantes o aversivas, el sujeto debe ser capaz de imaginar vívidamente una situación, de lo contrario es preferible no aplicarla. (Cautela, 1969, citado por Rodríguez, Mendéz, Barrancos, 2001).
4. Sensibilización encubierta: el sujeto se imagina realizando una conducta que pretende reducir en frecuencia e imagina alguna consecuencia negativa de largo plazo. Otra manera de realizar esta técnica, es partiendo de una conducta real e imaginando las consecuencias aversivas que acarreará la conducta.
5. Auto-reforzamiento encubierto: se centra en la imaginación de la conducta adaptativa y la autoadministración de consecuencias reforzantes o gratificantes.
6. Modelado encubierto: el sujeto se imagina tal como actúa actualmente, el terapeuta debe guiar al sujeto hacia la realización de conductas que se acercan cada vez más a la conducta meta por medio de la imaginación.
7. Coste de respuesta: consiste en la retirada de un privilegio o reforzador al realizar la conducta problemática. (Rodríguez, Mendéz, Barrancos, 2001)

5.7.3 Técnicas que facilitan el cambio de conducta

Autoobservación: El sujeto aprende a detectar su conducta problemática, permitiendo al sujeto relacionar conductas concretas con situaciones específicas, resultados que la producen y normas personales y sociales. El terapeuta deberá enseñarle al sujeto a registrar sus conductas de manera clara y específica.

Autorregistro: Se utiliza en muchas casos lápiz y papel y consiste en anotar la conducta y analizarla por parámetros, por ejemplo según la duración empleando cronómetro, según la frecuencia en que se realiza la conducta, entre otros parámetros. Los datos de la autoobservación trasladados al registro permiten la retroalimentación.

Las tareas terapéuticas entre sesiones: Tiene como objetivo contribuir a potenciar la terapia, fomentar la participación del individuo, ofrece la probabilidad de ensayar lo aprendido con el terapeuta para luego poder darse cuenta de las dificultades que posee el sujeto. (Rodríguez, Mendéz, Barrancos, 2001)

5.7.4 Otras Técnicas

5.7.4.1 Contratos conductuales

Consiste en realizar acuerdos con papel y lápiz con el terapeuta y el sujeto, o con el terapeuta, el paciente y terceras personas, describiendo la conducta que se debe realizar en ciertas situaciones, hay que clarificar los reforzadores que se auto administrará el sujeto al cumplir con el contrato y las sanciones al incumplirlo, está técnica sirve para fortalecer los programas de autocontrol (Carrasco, 2010).

5.8 Entrenamiento en la respuesta alternativa

Consisten en, una vez identificados los distintos comportamientos desadaptativos, entrenar a la persona para que ponga en marcha conductas que impiden la aparición de otras, alternado la cadena de pautas o hábitos antiguos. Ejemplo: en vez de apretar la mandíbula, se realiza ejercicios de relajación para mantener los dientes separados. (Carrasco, 2010)

5.8.1 Entrenamiento en Autoinstrucciones

Esta técnica fue formulada por Meichenbaum en 1969, a partir de trabajo de Vigotski y Luria con niños que manifestaban problemas en la ejecución de tareas específicas o que presentaban dificultades para abordar una situación. Los objetivos del entrenamiento son: 1. Incrementar las habilidades de autocontrol. 2. Favorecer la confianza sobre la propia capacidad del sujeto para realizar ciertas conductas. 3. Facilitar el acceso a habilidades específicas para poder solucionar conflictos, entre ellas tenemos:

- El aprendizaje y la memoria: que se basa en aprender y recordar lo aprendido.
- Pensamiento: aprender a pensar de manera distinta.
- Atención: enfocarse en una situación o en una acción en específico.
- Flexibilidad cognitiva: aprender a cambiar de estrategia dependiendo de la situación y el contexto. (Meichenbaum en 1969; Vigotski,1962; Luria, 1961, citado por Ruíz, Díaz, Villalobos, 2012)

Las funciones que desempeñan las autoinstrucciones en el control del comportamiento, son las siguientes:

1. Preparar al individuo para utilizar aquellas autoinstrucciones específicas según la situación adecuada.
2. Focalizar la atención en la tarea que se va a realizar.

3. Guiar la conducta hacia un objetivo.
4. Proporcionar refuerzo y retroalimentación sobre la ejecución de la autoinstrucción.
5. Evaluar los resultados de la acción
6. Reducir la ansiedad. (Ruíz, Díaz, Villalobos, 2012)

5.8.2 Programa de autocontrol de Kanfer (1980)

Trata de potenciar el auto control, incrementando los recursos para manejar de moras de reforzamientos o soportar estímulos aversivos para conseguir beneficios a largo plazo. Este programa usa el proceso de moldeado, fija los niveles de partida de la persona y los objetivos que se irán alcanzar, además se diseña pasos sucesivos para que faciliten la realización de las conductas hacia los objetivos específicos. El terapeuta tendrá que guiar a la persona durante el proceso, para finalmente dejara a la persona ejecutar lo aprendido de manera autónoma.

Los pasos son los siguientes:

a) Favorecer el comportamiento al cambio: se necesita favorecer a la motivación y el compromiso, para poder establecer nuevas pautas de funcionamiento y nuevas destrezas, informando al sujeto acerca de las pérdidas que se realizaran al no ejecutar la conducta antigua y los beneficios obtenido al instaurar nuevas conductas. En esta fase se procede a anotar las nuevas conductas y practicarlas.

   Las estrategias utilizadas para aumentar el compromiso son:

   1. Focalizar la atención en los beneficios, revisar ventajas y desventajas de los hábitos antiguos y las conductas sustitutas.

   2. Potenciar las expectativas de autoeficacia, es conveniente facilitar la adquisición de logros, graduando los niveles de exigencia, para que la persona perciba que puede realizar las actividades. Se debe valorar los progresos colocando sub-metas centrándose en lo alcanzado por el sujeto y no en los fracasos, otro factor importante es controlar los pensamientos negativos apoyándose en las nuevas experiencias y no en las experiencias de fracaso previo.

   3. Comunicar a personas cercanas la tarea que se emprende, esto permite que la persona colabore durante el proceso, afianza el compromiso y la motivación.

Especificar y evaluar el problema: Para controlar la manera en que funcionan nuestras conductas, se realiza la tarea de autoobservación y registro, que permite a la personas describir de manera clara y especifica cómo actúan. El segundo paso es la toma de

conciencia de las situaciones específicas, identificando los antecedentes y consecuentes de la conducta, para esto se debe indagar en la función, en la topografía, en parámetro como la intensidad, la frecuencia, la taza, la duración, el producto permanente, la latencia, entre otras para poder abordar el conocimiento de la conducta. Este análisis es necesario para evaluar las circunstancias que siguen a la conducta. (Kanfer, 1980, citado por Carraco, 2010).

b) Planificar los objetivos de cambio: Se establecen objetivos concretos y definidos, según Mager se recomienda seguir los siguientes pasos:
    1. Poner por escrito la meta, se debe especificarla y narrar los medios para poder alcanzarla.
    2. Identificar detalladamente los comportamientos que deberán estar presentes o ausentes para alcanzar el objetivo.
    3. Precisar los contextos y situaciones donde se llevaran a cabo las nuevas pautas de conducta.
c) Diseñar y aplicar las estrategias de cambio: Está fase se divide en tres grupos
    1. Técnicas para facilitar el cambio de conducta para potenciar la participación y realización del programa.
    2. Técnicas de planificación ambiental, que modifican factores externos e internos de la conducta.
    3. Técnicas para la programación conductual, focalizadas en la programación de consecuencias ante distintos comportamientos.

    El procedimiento se realizará tareas para la casa y seguimientos sistemáticos a través de la autoobservación y el registro para evaluar las conductas. (Mager, 1972, citado por Carrasco, 2012)
d) Potenciar el mantenimiento y prevenir las recaídas:

    Se refiere a los pasos a seguir para mantener el cambio de un comportamiento, Según Malatt se debería seguir los siguientes pasos:
    1. Ser eficaz par mantener el cambio durante periodos de tiempo.
    2. Promover el cumplimiento y seguimiento del programa.
    3. Combinar procedimientos de intervención tanto cognitivos, conductuales y fisiológicos.

4. Incrementan el desarrollo nuevas habilidades en motivación y toma de decisiones.
5. Instalar nuevos hábitos y habilidades, para sustituir hábitos desadaptativos.
6. Capacitar a la persona para afrontar nuevos problemas. (Malatt (1985), citado por Carrasco, 2010)

Anterior al proceso se debe identificar las situaciones de alto riesgo y establecer estrategias para afrontarlas en el caso de que sean inevitables. (Carrasco, 2010)

Capítulo VI. Resultados

6.1 Procesamiento de datos

Para cumplir con el objetivo (señalado en la página 12), de determinar la frecuencia de los tipos de ira por medio de la aplicación de test psicométricos a la muestra de investigación, en el presente capítulo se transforma las puntuaciones directas que aportan los tests en puntuaciones porcentuales (con referencia a puntajes máximos posibles por variable) y luego se comparan las variables en sus medias porcentuales en la muestra.

Se estableció entonces la siguiente tabla y gráfica

Tabla 5

Puntuaciones porcentuales y medias en factores 1 a 6 del Staxi.

Participante	Ira Estado	Sentimiento	Expresión Física	Expresión Verbal	Ira rasgo	Temperamento de ira
1	66,67	70	60	70	60	45
2	25	25	25	25	40	20
3	25	25	25	25	35	25
4	31,67	35	25	35	45	15
5	45	55	30	50	57,5	50
6	25	25	25	20	47,5	22,5
7	28,33	30	25	30	65	40
8	31,67	40	30	25	40	15
9	56,67	50	65	55	70	75
10	25	25	25	25	25	12,5
11	45	50	40	45	75	75
12	33,33	40	25	35	45	20
13	25	25	25	25	42,5	45
14	63,33	85	65	40	77,5	40
15	25	25	25	25	52,5	30
16	31,67	30	30	35	70	25
17	68,33	100	60	45	70	60
18	41,67	25	55	45	47,5	25
19	50	50	50	50	60	40
20	26,67	25	25	30	45	20
21	28,33	30	25	30	67,5	50

Nota: Adaptado de "*STAXI-2 Inventario de expresión de Ira Estado-Rasgo" por* J. Miguel, M. Casado, A. Cano, C. Spielberger, 2001, Madrid, España: Tea ediciones. Elaborado 2013 por la Autora.

Tabla 5

Puntuaciones porcentuales y medias en factores 1 a 6 Staxi (Cont.)

Participante	Ira Estado	Sentimiento	Expresión Física	Expresión Verbal	Ira rasgo	Temperamento de ira
22	71,67	85	75	55	85	50
23	86,67	90	80	90	90	90
24	45	60	40	35	47,5	22,5
25	33,33	30	35	35	42,5	30
26	26,67	25	25	30	37,5	15
27	25,00	25	25	25	30	35
28	26,67	30	25	25	35	12,5
29	35	50	25	30	35	30
30	26,67	20	35	25	50	32,5
31	31,67	35	45	25	60	40
32	31,67	25	25	25	65	25
33	25	25	55	30	55	35
34	36,67	25	30	30	27,5	12,5
35	31,67	35	60	35	55	45
36	40	25	25	25	37,5	20
37	25	25	60	30	45	45
38	40	30	25	30	35	15
39	26,67	25	40	45	47,5	35
40	40	35	35	45	47,5	17,5
41	55	75	45	45	75	55
42	30	25	35	30	47,5	15
43	26,67	25	30	25	50	35
44	51,67	60	45	50	37,5	15
45	35	30	35	40	62,5	60
46	41,67	50	35	40	45	25
47	45	45	45	45	55	55
48	41,67	35	50	40	40	22,5
49	26,67	25	30	25	45	40
Media	37,89	39,49	38,27	36,22	51,48	34,29

Nota: Adaptado de "*STAXI-2 Inventario de expresión de Ira Estado-Rasgo" por* J. Miguel, M. Casado, A. Cano, C. Spielberger, 2001, Madrid, España: Tea ediciones. Elaborado 2013 por la Autora.

Tabla 5

Puntuaciones porcentuales y medias en factores 7 a 12 del Staxi.

Participante	Reacción de Ira	Ira expresión externa	Ira expresión interna	Control de ira externa	Control de ira interna	Indicé de ira expresión	Total de Control de ira
1	75	27,08	54,17	62,5	62,5	44,44	62,5
2	30	25	50	54,17	50	4,8	52,08
3	45	37,5	66,67	70,83	75	48,61	72,92
4	60	14,58	25	54,17	58,33	3,02	56,25
5	65	27,08	54,17	45,83	37,5	58,33	41,67
6	50	22,92	45,83	70,83	58,33	3,7	64,58
7	90	18,75	45,83	58,33	79,17	31,94	68,75
8	50	18,75	66,67	100	50	3,43	75
9	65	29,17	41,67	29,17	29,17	63,89	29,17
10	25	14,58	33,33	87,5	87,5	1,23	87,5
11	75	20,83	62,5	45,83	45,83	54,17	45,83
12	50	18,75	45,83	87,5	83,33	2,06	85,42
13	40	16,67	62,5	37,5	70,83	45,83	54,17
14	75	41,67	91,67	87,5	83,33	5,08	85,42
15	75	16,67	54,17	95,83	91,67	16,67	93,75
16	90	33,33	66,67	54,17	58,33	5,62	56,25
17	80	20,83	83,33	79,17	62,5	44,44	70,83
18	45	25	66,67	70,83	87,5	3,57	79,17
19	80	31,25	83,33	58,33	79,17	52,78	68,75
20	50	22,92	37,5	83,33	70,83	2,61	77,08
21	85	25	58,33	45,83	83,33	43,06	64,58
22	70	41,67	91,67	29,17	37,5	8,5	33,33
23	90	39,58	91,67	54,17	25	80,56	39,58
24	50	31,25	87,5	79,17	54,17	5,49	66,67
25	55	18,75	41,67	50	70,83	36,11	60,42
26	45	14,58	54,17	75	100	1,92	87,5
27	25	18,75	70,83	100	62,5	31,94	81,25
28	45	22,92	41,67	87,5	50	3,29	68,75
29	40	18,75	50	70,83	70,83	31,94	70,83
30	35	18,75	25	58,33	45,83	3,57	52,08
31	80	25	50	50	50	50	50

Nota: Adaptado de "*STAXI-2 Inventario de expresión de Ira Estado-Rasgo" por* J. Miguel, M. Casado, A. Cano, C. Spielberger, 2001, Madrid, España: Tea ediciones. Elaborado 2013 por la Autora.

Tabla 5

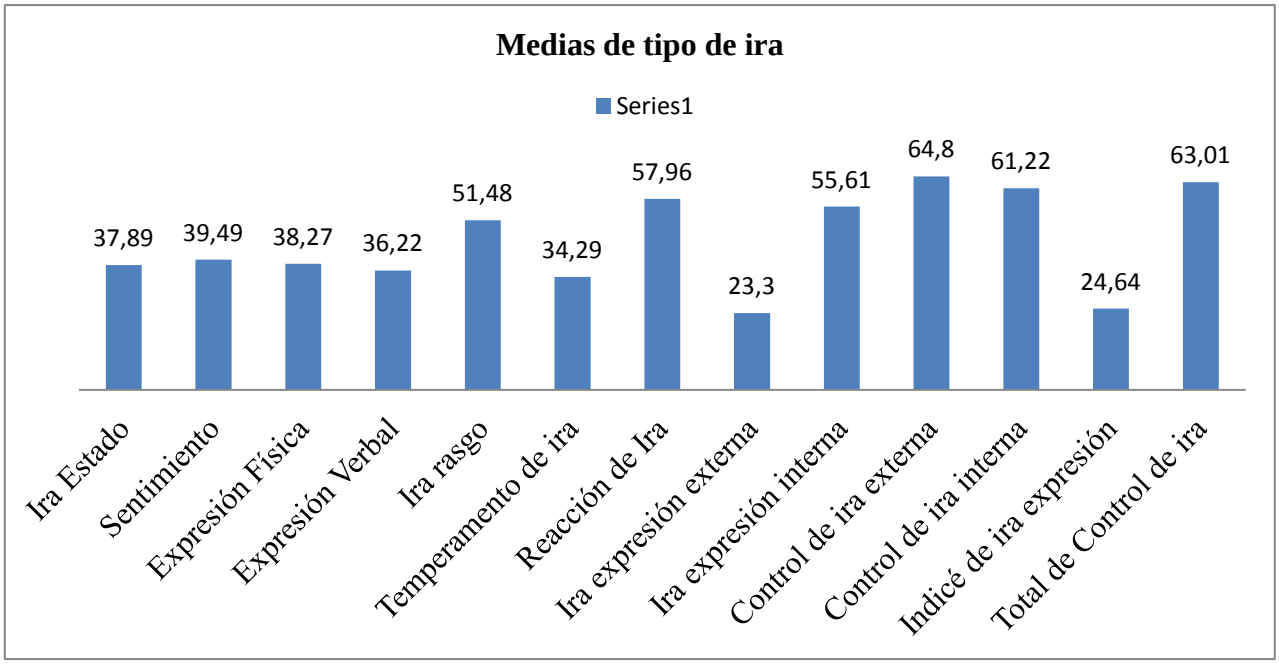
Puntuaciones porcentuales y medias en factores 7 a 12 del Staxi (Cont.)

Participante	Reacción de Ira	Ira expresión externa	Ira expresión interna	Control de ira externa	Control de ira interna	Indicé de ira expresión	Total de Control de ira
32	80	22,92	41,67	50	45,83	4,66	47,92
33	75	35,42	58,33	75	70,83	44,44	72,92
34	30	29,17	54,17	54,17	37,5	5,62	45,83
35	65	27,08	58,33	41,67	45,83	58,33	43,75
36	35	16,67	58,33	50	70,83	3,98	60,42
37	45	16,67	37,5	91,67	58,33	23,61	75
38	40	22,92	45,83	58,33	45,83	4,53	52,08
39	60	18,75	66,67	87,5	75	30,56	81,25
40	60	18,75	66,67	87,5	75	3,02	81,25
41	95	16,67	91,67	50	45,83	59,72	47,92
42	65	14,58	25	54,17	79,17	2,33	66,67
43	65	16,67	58,33	75	83,33	27,78	79,17
44	45	27,08	33,33	83,33	58,33	3,16	70,83
45	65	20,83	54,17	50	37,5	52,78	43,75
46	40	22,92	45,83	54,17	50	4,53	52,08
47	55	14,58	45,83	66,67	58,33	33,33	62,5
48	35	20,83	29,17	62,5	41,67	3,84	52,08
49	50	20,83	54,17	50	50	48,61	50
Media	57,96	23,3	55,61	64,8	61,22	24,64	63,01

Nota: Adaptado de "*STAXI-2 Inventario de expresión de Ira Estado-Rasgo" por* J. Miguel, M. Casado, A. Cano, C. Spielberger, 2001, Madrid, España: Tea ediciones. Elaborado 2013 por la Autora.

Grafica 1

Medias de puntuaciones porcentuales en los tipos de ira evaluados en la muestra con el test Staxi



Nota: Medias de puntuaciones porcentuales de cada tipo de ira de los 49 participantes de la muestra. Adaptado de "*STAXI-2 Inventario de expresión de Ira Estado-Rasgo" por* J. Miguel, M. Casado, A. Cano, C. Spielberger, 2001, Madrid, España: Tea ediciones. Elaborado 2013 por la Autora.

En las tablas y la gráfica precedentes se aprecian entonces los siguientes resultados: los tipos más frecuentes de ira en la muestra estudiada son: primeramente el control de ira externa con una media de 64,8 puntos, seguido por el control de ira total con una media de 63,01 y la escala de control de ira interna con un media de 61,22.

Para cumplir con el objetivo (señalado en la página 12) de determinar cuáles déficits de tipos de autocontrol son más frecuentes en la muestra estudiada, se realiza el siguiente procedimiento estadístico: transformar las puntuaciones directas, aportadas por el test de CACIA, en puntuaciones porcentuales referidas como el céntuplo de la razón (división) de la puntuación directa obtenida por cada participante para el máximo total posible, variable a variable, y, se compara entonces las medias porcentuales. Se establecen así las siguientes tabla y gráfica.

Tabla 6
Puntajes porcentuales en la muestra de los tipos de autocontrol medidos con el test Cacia.

Participante	Retroalimentación personal	Autocontrol procesual	Retraso de recompensa	Autocontrol criterial	Escala de Sinceridad
1	38,96	42,44	69,54	61,41	31,74
2	49,83	38,08	38,01	41,41	40,07
3	63,01	33,41	25,56	71,55	61,7
4	33,06	28,73	49,27	33,52	26,77
5	73,99	10,66	25,3	82,25	72,87
6	59,77	3,37	47,28	91,55	70,21
7	34,91	8,05	43,97	52,39	47,34
8	46,36	10,88	37,09	69,3	56,38
9	48,32	27,09	12,19	89,3	53,72
10	71,91	18,61	76,29	88,45	32,98
11	17,8	22,74	24,5	28,17	55,67
12	67,75	12,3	39,07	81,97	53,72
13	46,59	8,49	40,4	100	32,27
14	49,83	7,07	77,35	69,3	39,72
15	72,14	0	62,25	100	27,13
16	70,64	7,4	65,83	78,87	74,47
17	43,35	25,14	52,05	69,86	40,43
18	76,88	17,74	12,85	89,3	61,7
19	24,39	29,6	60,26	41,13	49,47
20	72,72	0	44,37	80,85	67,02
21	33,87	10,99	29,8	50,7	83,33
22	23,01	17,19	6,49	41,13	68,09
23	47,63	35,8	9,27	32,96	88,48
24	44,51	19,26	21,46	82,82	70,04
25	62,66	14,69	62,65	58,31	61,52
26	72,25	35,15	41,72	28,73	24,11
27	52,6	0	29,8	82,25	61,17
28	46,71	40,04	59,21	80,56	59,04
29	64,28	15,67	60,13	82,25	43,26
30	53,64	49,4	25,3	59,15	55,5
31	67,75	22,74	56,95	61,69	63,65
32	54,57	24,16	36,69	60,28	80,5
33	28,21	16,43	55,89	50,99	54,61
34	57,34	16,43	17,88	50,42	47,34

Nota: Adaptado de "*CACIA Cuestionario de Autocontrol infantil y adolescente* " por A. Capafóns, F. Silva,1985, Madrid, España: Tea ediciones. Elaborado 2013 por la Autora.

Tabla 6

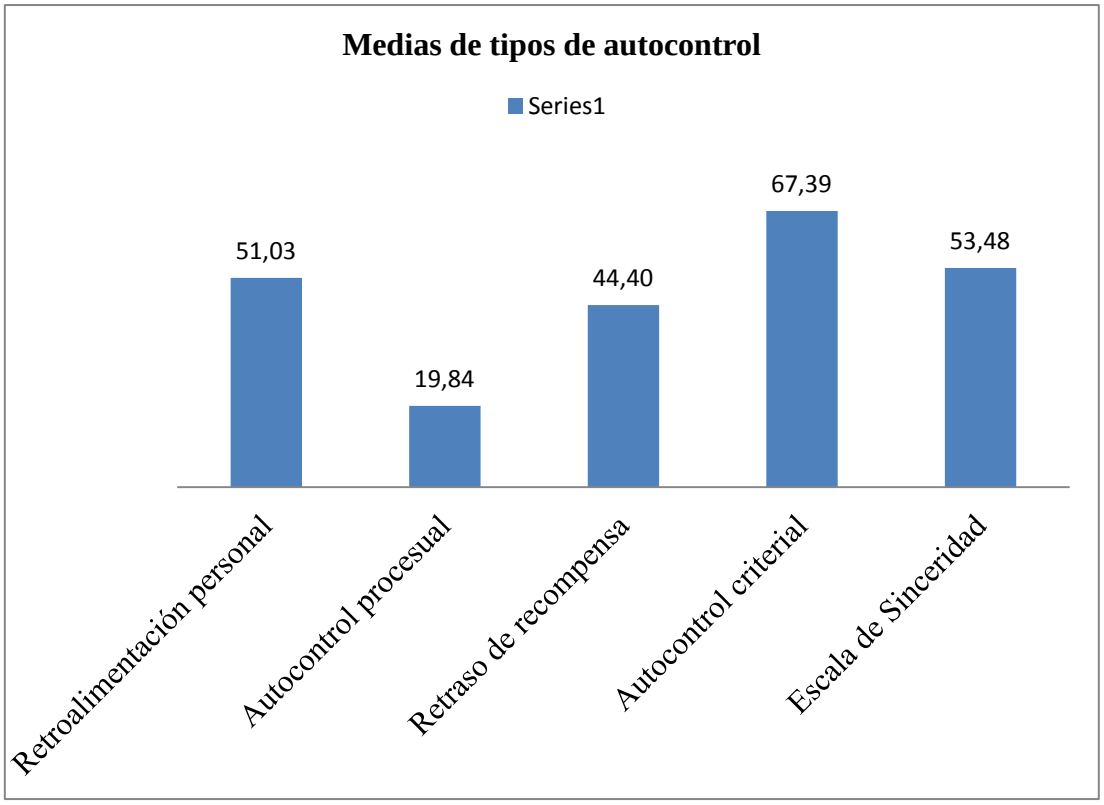
Puntajes porcentuales de los tipos de autocontrol Cacia (Cont.)

Participante	Retroalimentación personal	Autocontrol procesual	Retraso de recompensa	Autocontrol criterial	Escala de Sinceridad
35	70,06	45,81	55,36	79,72	32,27
36	41,97	11,53	58,28	60	70,21
37	47,75	6,96	30,46	89,3	80,85
38	43,47	26,01	41,72	89,3	42,91
39	60	40,26	28,48	62,82	46,45
40	63,82	15,78	35,23	80,56	62,59
41	44,51	16,97	44,24	69,01	25,18
42	17,57	11,1	56,56	59,72	33,16
43	48,9	11,64	64,37	73,24	62,23
44	71,1	72,03	42,25	70,14	57,98
45	59,54	7,4	71,79	73,52	53,9
46	22,54	0	60,53	52,11	42,2
47	35,61	3,37	35,23	72,11	61,17
48	47,63	11,53	66,36	78,87	38,65
49	54,68	22,09	67,95	49,01	54,61
Media	51,03	19,84	44,4	67,39	53,48

Nota: Adaptado de "*CACIA Cuestionario de Autocontrol infantil y adolescente* " por A. Capafóns, F. Silva,1985, Madrid, España: Tea ediciones. Elaborado 2013 por la Autora.

Gráfica 2

Puntuaciones porcentuales medias de tipos de autocontrol medidos en la muestra con el test Cacia.



Nota: Medias de puntuaciones porcentuales de cada tipo de autocontrol de los 49 participantes de la muestra. Adaptado de "*CACIA Cuestionario de Autocontrol infantil y adolescente* " por A. Capafóns, F. Silva,1985, Madrid, España: Tea ediciones. Elaborado 2013 por la Autora.

De la tabla 6 y la gráfica 2 precedentes se desprenden los siguientes resultados: los déficit más frecuente en los tipos de autocontrol son: en primer lugar el autocontrol procesual con una media de 19,84 puntos porcentuales , en segundo lugar el retraso de recompensa con una media de 44, 40, en tercer lugar la retroalimentación personal con una media de 51,03.

Para cumplir con el objetivo 1.2.4.4 planteado en este trabajo en la página 12, es decir para describir qué tipos de ira se asocian más significativamente con los tipos de déficit de autocontrol, se construirá a continuación una matriz de correlaciones donde un eje de la matriz representa a los tipos de ira y el otro eje a los tipos de autocontrol, luego se procede al cálculo de la prueba producto-momento de Pearson entre las puntuaciones de la muestra en las respectivas variables que se intersecan en cada celda de la matriz; finalmente

se procederá a encontrar por inspección las correlaciones lineales más altas considerándolas en sus valores absolutos.

Tabla 7

Matriz de correlaciones lineales entre los factores de ira (medida con el test Staxi) y el autocontrol (medido con el test Cacia) para la muestra en estudio.

	Retroalimentación personal	Autocontrol procesual	Retraso de recompensa	Autocontrol criterial	Escala de sinceridad
Ira Estado	-0,27	0,2	-0,21	-0,22	0,07
Sentimiento	-0,27	0,15	-0,11	-0,18	-0,02
Expresión Física	-0,23	0,23	-0,2	-0,14	0,09
Expresión Verbal	-0,17	0,29	-0,28	-0,25	0,1
Ira rasgo	-0,32	-0,03	-0,17	-0,3	0,23
Temperamento de ira	-0,3	-0,03	-0,35*	-0,22	0,28
Reacción de Ira	-0,24	-0,03	0,05	-0,26	0,13
Ira expresión externa	-0,07	0,19	-0,24	-0,18	0,34*
Ira expresión interna	-0,12	-0,08	-0,22	-0,09	0,13
Control de ira externa	0,31	-0,09	0,15	0,35*	-0,03
Control de ira interna	0,17	-0,19	0,31	0,12	-0,25
Indicé de ira expresión	-0,27	0,14	-0,35*	-0,3	0,27
Total de Control de ira	0,28	-0,16	0,27	0,27	-0,16

Nota: Las intercorrelaciones para los 49 participantes de la muestra estudiada. Para todas las escalas, los puntajes más altos indican una respuesta más extrema. Adaptado de "*STAXI-2 Inventario de expresión de Ira Estado-Rasgo" por* J. Miguel, M. Casado, A. Cano, C. Spielberger, 2001, Madrid, España: Tea ediciones; "*CACIA Cuestionario de Autocontrol infantil y adolescente* " por A. Capafóns, F. Silva,1985, Madrid, España: Tea ediciones. Elaborado 2013 por la Autora.

P> 0,33

P<0,33

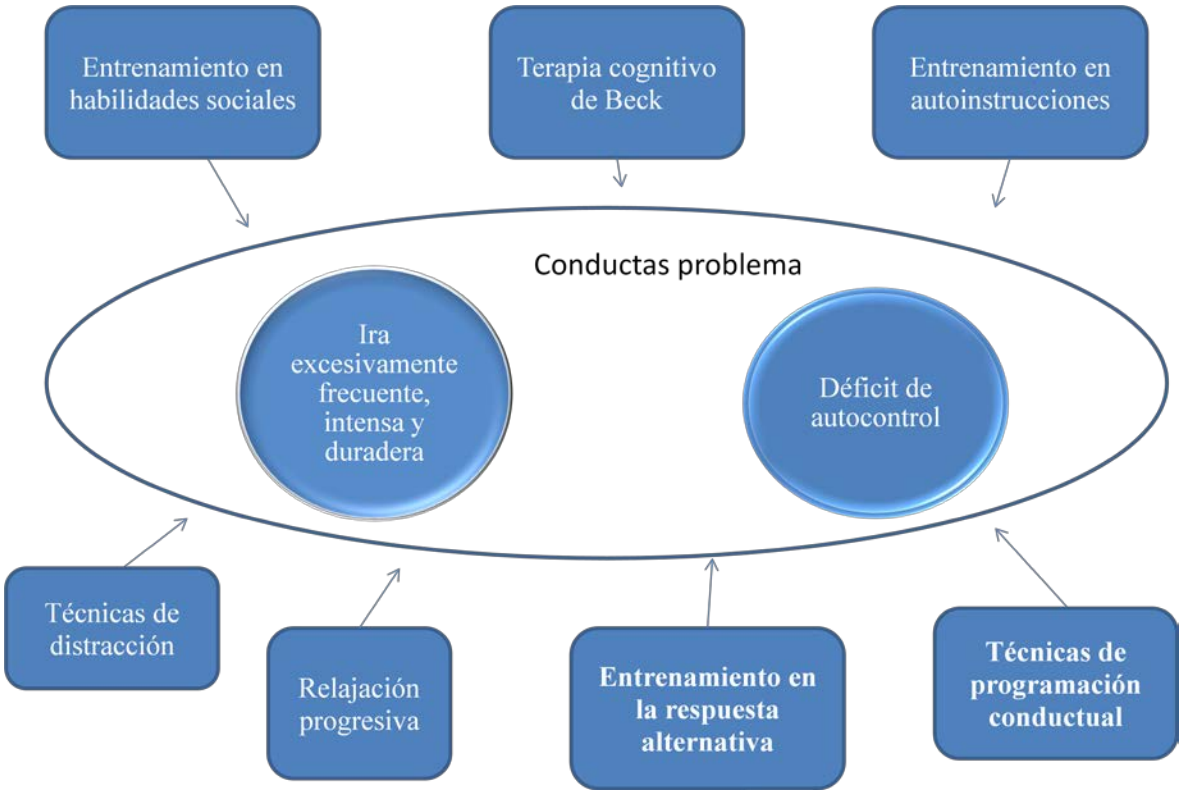
Según los resultados las correlaciones en valores absolutos más altas, son las que se obtuvieron entre las variables: índice de ira expresión y el autocontrol de tipo retraso de recompensa (r= - 0,35), seguidas por las variables temperamento de ira y autocontrol de tipo retraso de recompensa (r= -0,35), es decir que a valores altos de una de las variables, se corresponde con valores bajos en la otra variable y viceversa.

Las correlaciones positivas más altas se obtuvieron entre las variables control externo de ira y el autocontrol Criterial (r=0,35), en segundo lugar se encuentra la correlación entre la escala de sinceridad y la escala de ira expresión externa (r=0, 34), es decir que a valores altos de una de las variables, se corresponde con casos con valores altos en la otra variable.

Para cumplir el objetivo de proponer un programa terapéutico adaptado a la realidad local. Se diseña la siguiente grafica donde constan las técnicas terapéuticas que a criterio de la autora tienen más aplicabilidad al medio local, una vez efectuada las investigaciones bibliográfica (sobre las características de las técnicas) y de campo (sobre las características cualitativas del medio)

Grafico 3

Programa terapéutico adaptado a la realidad local



Nota: Diagrama de flechas y cajas. Adaptado de "*Técnicas de modificación de conducta"* por F. Labrador, 2011, Madrid: Ediciones Pirámide; "*Técnicas de Modificación de conducta" por* F. Mendez, J. Rodriguez, M. Quiles, (2001), Madrid: Editorial biblioteca nueva. Elaborado 2013 por la Autora

6.2 Prueba de Hipótesis

A continuación en este capítulo el lector encontrará para las hipótesis que la autora se planteó en este estudio, la tabulación de los resultados, las correlaciones de las variables consideradas con su respectiva recta de regresión.

H1: A mayor nivel de expresión externa de ira, mayor autocontrol procesual

Tabla 8

Hipótesis 1, calificaciones z y correlación entre los factores expresión externa de ira (medida con el test Staxi) y autocontrol procesual (medido con el test Cacia)

	Calificaciones z		
Sujetos	Expresión externa de ira	Autocontrol procesual	Coeficiente de correlación
1	0,52	1,52	0,19
2	0,23	1,22	
3	1,96	0,91	
4	-1,2	0,6	
5	0,52	-0,62	
6	-0,05	-1,11	
7	-0,63	-0,79	
8	-0,63	-0,6	
9	0,81	0,49	
10	-1,2	-0,08	
11	-0,34	0,19	
12	-0,63	-0,51	
13	-0,92	-0,76	
14	2,54	-0,86	
15	-0,92	-1,33	
16	1,39	-0,84	
17	-0,34	0,36	
18	0,23	-0,14	
19	1,1	0,65	
20	-0,05	-1,33	

Nota: Correlación entre expresión externa de ira y autocontrol procesual. Adaptado de "*STAXI-2 Inventario de expresión de Ira Estado-Rasgo" por* J. Miguel, M. Casado, A. Cano, C. Spielberger, 2001, Madrid, España: Tea ediciones; "*CACIA Cuestionario de Autocontrol infantil y adolescente* " por A. Capafóns, F. Silva,1985, Madrid, España: Tea ediciones. Elaborado 2013 por la Autora.

Tabla 8

Hipótesis 1, calificaciones z y correlación entre los factores expresión externa de ira (medida con el test Staxi) y autocontrol procesual (medido con el test Cacia) (Cont.)

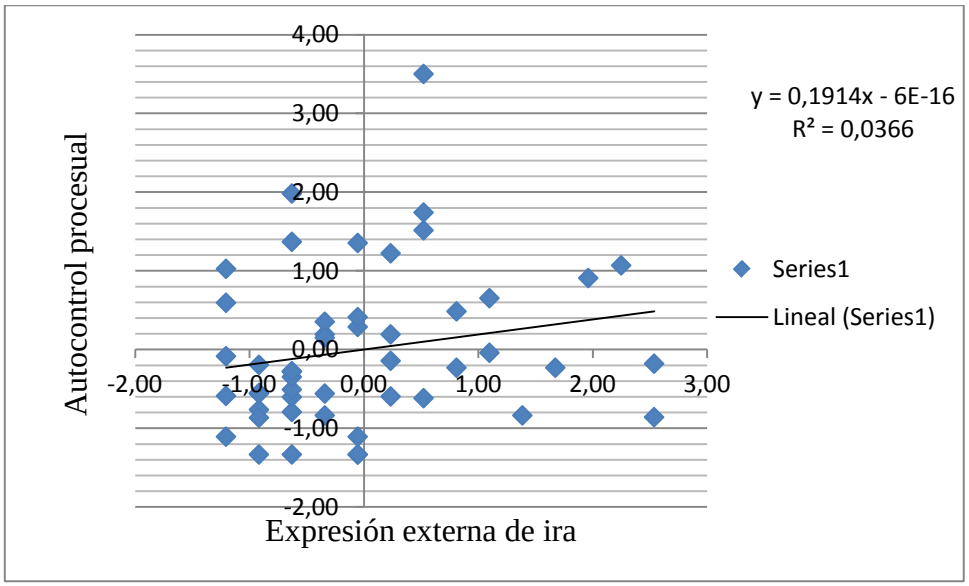
	Calificaciones z	
Sujetos	Expresión externa de ira	Autocontrol procesual
21	0,23	-0,59
22	2,54	-0,18
23	2,25	1,07
24	1,1	-0,04
25	-0,63	-0,35
26	-1,2	1,03
27	-0,63	-1,33
28	-0,05	1,36
29	-0,63	-0,28
30	-0,63	1,98
31	0,23	0,19
32	-0,05	0,29
33	1,67	-0,23
34	0,81	-0,23
35	0,52	1,74
36	-0,92	-0,56
37	-0,92	-0,86
38	-0,05	0,41
39	-0,63	1,37
40	-0,63	-0,27
41	-0,92	-0,19
42	-1,2	-0,59
43	-0,92	-0,55
44	0,52	3,5
45	-0,34	-0,84
46	-0,05	-1,33
47	-1,2	-1,11
48	-0,34	-0,56
49	-0,34	0,15
Media	11,18	182,35
Desviación Estandar	3,47	136,94

Nota: Correlación entre expresión externa de ira y autocontrol procesual. Adaptado de "*STAXI-2 Inventario de expresión de Ira Estado-Rasgo" por* J. Miguel, M. Casado, A. Cano, C. Spielberger, 2001, Madrid,

España: Tea ediciones; "*CACIA Cuestionario de Autocontrol infantil y adolescente* " por A. Capafóns, F. Silva,1985, Madrid, España: Tea ediciones. Elaborado 2013 por la Autora.

Grafico 4

Línea de regresión de la hipótesis 1, que correlaciona los factores expresión externa de ira (medida con el test Staxi) y autocontrol procesual (medido con el test Cacia) para la muestra en estudio



Nota: Grafica de la línea de regresión entre expresión externa de ira y autocontrol procesual. Adaptado de "*STAXI-2 Inventario de expresión de Ira Estado-Rasgo" por* J. Miguel, M. Casado, A. Cano, C. Spielberger, 2001, Madrid, España: Tea ediciones; "*CACIA Cuestionario de Autocontrol infantil y adolescente* " por A. Capafóns, F. Silva,1985, Madrid, España: Tea ediciones. Elaborado 2013 por la Autora.

La relación entre las variables expresión externa de ira y autocontrol procesual en este estudio muestra un resultado con la prueba producto momento de Pearson negativo y débil (r= 0,19), es decir a valores altos de una de las variables, se corresponde un pequeño número de casos con valores altos en la otra variable. Por lo tanto no se encuentra evidencia de apoyo a la hipótesis planteada.

H2: A mayor nivel de control de ira, mayor autocontrol del tipo retraso de la recompensa.

Tabla 9

Hipótesis 2, calificaciones z y correlación entre los factores control de ira (medida con el test Staxi) y autocontrol por retraso de recompensa (medido con el test Cacia) para la muestra en estudio

	Calificación z		
Sujetos	Control de ira	Autocontrol por Retraso de recompensas	Coeficiente de Correlación
1	-0,03	1,36	0,27
2	-0,7	-0,34	
3	0,64	-1,01	
4	-0,43	0,26	
5	-1,37	-1,03	
6	0,1	0,16	
7	0,37	-0,02	
8	0,77	-0,39	
9	-2,18	-1,74	
10	1,58	1,72	
11	-1,1	-1,07	
12	1,44	-0,31	
13	-0,57	-0,22	
14	1,44	1,78	
15	1,98	0,96	
16	-0,43	1,16	
17	0,5	0,41	
18	1,04	-1,7	
19	0,37	0,86	
20	0,91	0	
21	0,1	-0,79	
22	-1,91	-2,04	
23	-1,51	-1,89	
24	0,24	-1,24	
25	-0,17	0,98	

Nota: Correlación entre control de ira y autocontrol por retraso de recompensa, Media y desviación estándar. Adaptado de "*STAXI-2 Inventario de expresión de Ira Estado-Rasgo" por* J. Miguel, M. Casado, A. Cano, C. Spielberger, 2001, Madrid, España: Tea ediciones; "*CACIA Cuestionario de Autocontrol infantil y adolescente* " por A. Capafóns, F. Silva,1985, Madrid, España: Tea ediciones. Elaborado 2013 por la Autora.

Tabla 9

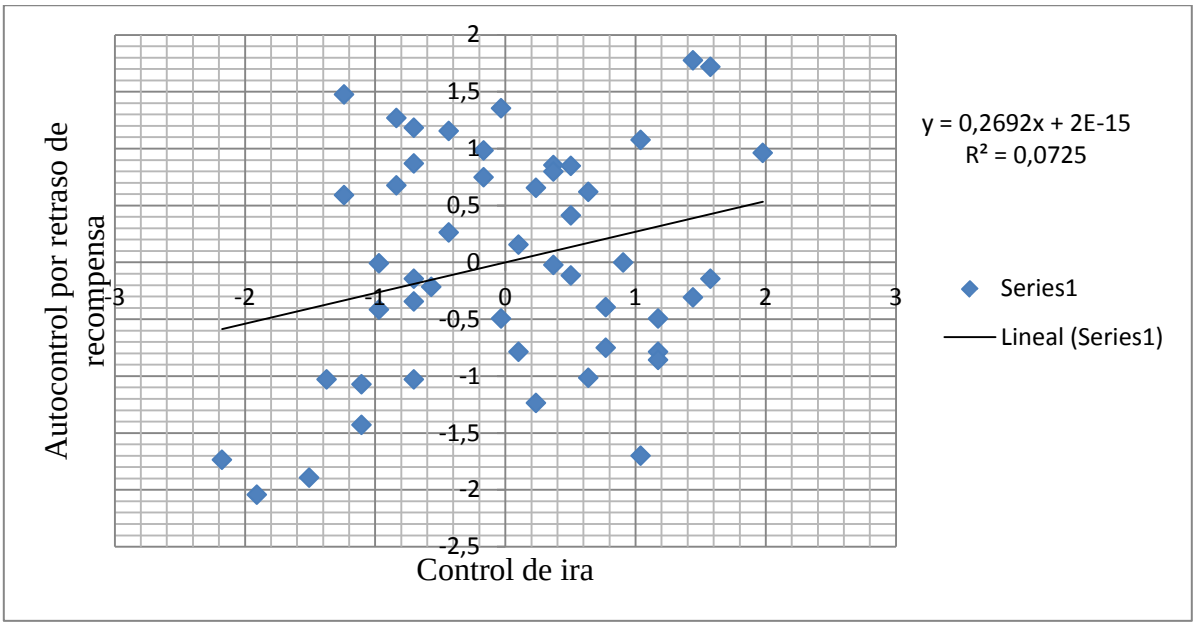
Hipótesis 2, calificaciones z y correlación entre los factores control de ira (medida con el test Staxi) y autocontrol por retraso de recompensa (medido con el test Cacia) para la muestra en estudio (Cont.)

	Calificación z	
Sujetos	Control de ira	Autocontrol de tipo Retraso de recompensas
26	1,58	-0,14
27	1,17	-0,79
28	0,37	0,8
29	0,5	0,85
30	-0,7	-1,03
31	-0,84	0,68
32	-0,97	-0,41
33	0,64	0,62
34	-1,1	-1,43
35	-1,24	0,59
36	-0,17	0,75
37	0,77	-0,75
38	-0,7	-0,14
39	1,17	-0,86
40	1,17	-0,49
41	-0,97	-0,01
42	0,24	0,66
43	1,04	1,08
44	0,5	-0,12
45	-1,24	1,48
46	-0,7	0,87
47	-0,03	-0,49
48	-0,7	1,18
49	-0,84	1,27
Media	30,24	335,14
Desviación estándar	7,46	140,1

Nota: Correlación entre control de ira y autocontrol por retraso de recompensa, Media y desviación estándar. Adaptado de "*STAXI-2 Inventario de expresión de Ira Estado-Rasgo" por* J. Miguel, M. Casado, A. Cano, C. Spielberger, 2001, Madrid, España: Tea ediciones; "*CACIA Cuestionario de Autocontrol infantil y adolescente* " por A. Capafóns, F. Silva,1985, Madrid, España: Tea ediciones. Elaborado 2013 por la Autora.

Grafico 5

Línea de regresión hipótesis 2 que correlaciona los factores control de ira (medida con el test Staxi) y autocontrol por retraso de recompensa (medido con el test Cacia) para la muestra en estudio



Nota: Grafica de la línea de regresión entre control de ira y autocontrol por retraso de recompensa. Adaptado de *"STAXI-2 Inventario de expresión de Ira Estado-Rasgo" por* J. Miguel, M. Casado, A. Cano, C. Spielberger, 2001, Madrid, España: Tea ediciones; "*CACIA Cuestionario de Autocontrol infantil y adolescente* " por A. Capafóns, F. Silva,1985, Madrid, España: Tea ediciones. Elaborado 2013 por la Autora.

La relación entre las variables control de ira y autocontrol de tipo retraso de recompensa muestra un resultado con la prueba producto momento de Pearson positivo y débil(r= 0,27), es decir a valores altos de una de las variables, se corresponde un pequeño número de casos con valores altos en la otra variable y viceversa. Lo que significa que se encuentra evidencia de apoyo a la hipótesis planteada.

H3: A mayor nivel de expresión interna de ira, menor autocontrol criterial.

Tabla 10

Hipótesis 3, calificaciones z y correlación entre los factores expresión interna de ira (medida con el test Staxi) y autocontrol criterial (medido con el test Cacia)

	Calificaciones z		
Sujetos	Expresión interna de ira	Autocontrol criterial	Coeficiente Correlacional
1	-0,08	-0,32	-0,089
2	-0,31	-1,25	
3	0,62	0,14	
4	-1,71	-1,61	
5	-0,08	0,64	
6	-0,54	1,07	
7	-0,54	-0,74	
8	0,62	0,04	
9	-0,78	0,96	
10	-1,24	0,92	
11	0,38	-1,86	
12	-0,54	0,62	
13	0,38	3,8	
14	2,01	0,04	
15	-0,08	1,46	
16	0,62	0,48	
17	1,54	0,07	
18	0,62	0,96	
19	1,54	-1,26	
20	-1,01	0,57	
21	0,15	-0,82	
22	2,01	-1,26	
23	2,01	-1,64	
24	1,78	0,66	
25	-0,78	-0,47	
26	-0,08	-1,83	
27	0,85	0,64	
28	-0,78	0,56	

Nota: Correlación entre expresión interna de ira y autocontrol criterial. Adaptado de "*STAXI-2 Inventario de expresión de Ira Estado-Rasgo" por* J. Miguel, M. Casado, A. Cano, C. Spielberger, 2001, Madrid, España: Tea ediciones; "*CACIA Cuestionario de Autocontrol infantil y adolescente* " por A. Capafóns, F. Silva,1985, Madrid, España: Tea ediciones. Elaborado 2013 por la Autora.

Tabla 10

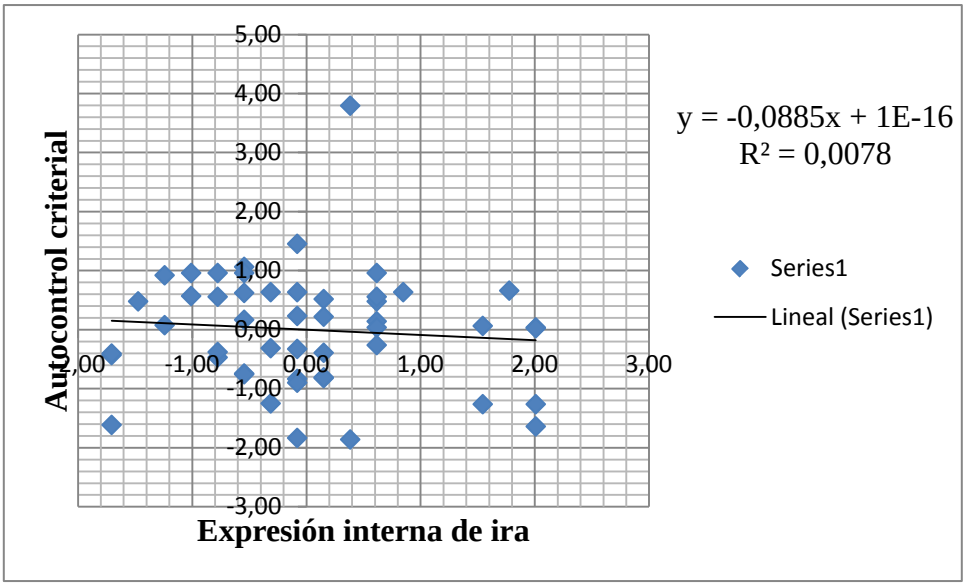
Hipótesis 3, calificaciones z y correlación entre los factores expresión interna de ira (medida con el test Staxi) y autocontrol criterial (medido con el test Cacia) para la muestra en estudio (Cont.)

	Calificaciones z	
Sujetos	Expresión interna de ira	Autocontrol criterial
29	-0,31	0,64
30	-1,71	-0,43
31	-0,31	-0,31
32	-0,78	-0,38
33	0,15	-0,8
34	-0,08	-0,83
35	0,15	0,52
36	0,15	-0,39
37	-1,01	0,96
38	-0,54	0,96
39	0,62	-0,26
40	0,62	0,56
41	2,01	0,03
42	-1,71	-0,4
43	0,15	0,22
44	-1,24	0,08
45	-0,08	0,24
46	-0,54	-0,75
47	-0,54	0,17
48	-1,47	0,48
49	-0,08	-0,9
Media	13,35	242,92
Desviación Estándar	4,31	76,94

Nota: Correlación entre expresión interna de ira y autocontrol criterial, media y desviación estándar. Adaptado de "*STAXI-2 Inventario de expresión de Ira Estado-Rasgo" por* J. Miguel, M. Casado, A. Cano, C. Spielberger, 2001, Madrid, España: Tea ediciones; "*CACIA Cuestionario de Autocontrol infantil y adolescente* " por A. Capafóns, F. Silva,1985, Madrid, España: Tea ediciones. Elaborado 2013 por la Autora.

Grafico 6

Línea de regresión hipótesis 3 entre los factores expresión interna de ira (medida con el test Staxi) y autocontrol criterial (medido con el test Cacia) para la muestra en estudio.



Nota: Grafica de la línea de regresión entre expresión interna de ira y autocontrol criterial. Adaptado de "*STAXI-2 Inventario de expresión de Ira Estado-Rasgo" por* J. Miguel, M. Casado, A. Cano, C. Spielberger, 2001, Madrid, España: Tea ediciones; "*CACIA Cuestionario de Autocontrol infantil y adolescente* " por A. Capafóns, F. Silva,1985, Madrid, España: Tea ediciones. Elaborado 2013 por la Autora.

La relación encontrada entre las variables expresión interna de ira y autocontrol criterial mediante la prueba producto momento de Pearson es (r= -0.0089) negativa y tan débil que se aproxima al valor nulo. Por lo tanto se concluye que no existe relación lineal entre estas variables.

6.3 Resultados

La correlación entre los puntajes de la escala de expresión externa de ira con la de autocontrol procesual es moderadamente positiva r= 0,19. Lo que significa que en un pequeño número de casos las altas manifestaciones de la ira tanto de manera verbal como física se relacionan moderadamente con altos puntajes en el autocontrol procesual, que indica desasosiego a la autocrítica e hiperfocalización en el cumplimiento de reglas.de lo contrario, bajan puntuaciones en las manifestaciones de la ira en conductas verbales, como físicas se correlacionan con bajos puntajes en el autocontrol procesual, que indica desorganización de los procesos de autocontrol, autorrefuerzo, el autocastigo caótico e inadecuado y dificultad en seguir normas sociales. El análisis de la línea de regresión

presenta una tendencia negativa moderada y muestra que las dos variables se relacionan inversamente.

En los resultados se observa que la escala de control de ira y autocontrol de tipo retraso de recompensa se correlacionan de manera moderadamente positiva. Lo que indica que en pocos casos los altos puntajes en el control de ira se correlacionan con altos puntajes en el autocontrol de tipo retraso de recompensa y viceversa. Siendo el control de la ira las acciones del adolescente para disminuir la ira interna o para resolver los problemas externos, sin suprimir la emoción, y en autocontrol de tipo retraso de recompensa el gobierno de respuestas impulsivas y en el retraso de reforzamientos inmediatos con la finalidad de adquirir consecuencias positivas a largo plazo. En el análisis de la línea de regresión se presenta una tendencia positiva, lo que significa que existe una relación directa moderada entre las dos variables.

La correlación entre los puntajes de la escala de expresión interna de ira con la de autocontrol criterial se observa una correlación negativa muy pequeña (casi nula). No mostrando por tanto aporte a la idea de que cuando los niveles de expresión interna de ira aumentan, disminuyen los niveles en el autocontrol Criterial y viceversa. Siendo la expresión de la ira la supresión de la emoción sin llegar a controlarla y el autocontrol Criterial el conjunto de habilidades para soportar y manejar situaciones adversas. Según la línea de regresión las dos variables tienen una tenue correlación inversa, mostrada por la pendiente casi nula de la recta.

Relación de resultados con Marco teórico

Lo planteado en los resultados de los tipos más frecuentes de ira, donde en primer lugar se encuentra el control de ira externa, seguido por el total de ira control y finalmente control de ira interna, están acorde con lo que informó Musalem (2012) en la pp. 1 afirmando que la adolescencia es una etapa de desarrollo de habilidades que aportan con la madurez emocional, como por ejemplo, manejar la ira e incrementar las conducta de autocontrol. Aun cuando se oponen Menéndez (2006) en la pp.1 quien definió a la adolescencia como una etapa de crisis, donde existen altas cifras de violencia. De igual manera Lopez et al. (2003) en el marco teórico en la pp. 16 observaron que la adolescencia es una etapa en donde los jóvenes pueden manifestar conductas impulsivas y agresivas correlacionadas con niveles bajos en varios de tipos de autocontrol.

En cuanto a los resultados de los déficits en los tipos de autocontrol más frecuentes, referidos al autocontrol procesual que indica hiperfocalización en el logro de objetivos y cumplimiento de reglas sociales y al autocontrol de tipo retraso de recompensa, que se basa en las conductas de aplazamiento de lo que es urgente, se encuentran acordes con Lopez et al. (2003) en el marco teórico página 16 del actual trabajo, los cuales observaron en su investigación que en varios casos adolescentes con conductas impulsivas y violentas obtuvieron bajos niveles en el autocontrol de tipo retraso de recompensa. Al igual que con Sisto et al. (2010) en la página 16 quienes consideraron el autocontrol de reglas y conductas sociales de suma importancia para los adolescentes, por lo cual están pendientes de seguir las normas sociales y conseguir objetivos predeterminados. Por el contrario Navarro (2003) en el marco teórico página 17 indicó que los jóvenes muestran altos puntajes en el retraso de recompensa, obtuvieron bajos puntajes en el autocontrol procesual, que indica dificultad para seguir normas, desorganización en los procesos de autocontrol, autorrefuerzo y autocastigo.

En los resultados de las hipótesis planteadas y las correlaciones realizadas entre los tipos de ira con los tipos de autocontrol pudimos percatarnos que en adolescentes con un rango de edad de 16 a 18 años, la correlación es moderada. Lo que podría significar que en está edad muchos de los adolescentes llegarían a desarrollar habilidades de autocontrol y madurez emocional, que les permitirían contar con herramientas y estrategias para manejar la ira. Musalem (2012) en la página 1 aporta con mayor información acerca de la anterior afirmación, sosteniendo que en la adolescencia tardía el sujeto desarrolla su identidad, la independencia, la madurez emocional e intelectual. Igualmente González (2001) en la página 2 compartió lo mencionado por Musalem, indicando que si el adolescente logra desarrollar madurez emocional, entre otras metas psico-evolutivas, no tendría ninguna dificultad en autocontrolar las emociones, entre ellas la ira.

6.4 Conclusiones

1. En la muestra estudiada las correlaciones negativas más altas son en valores absolutos las obtenidas entre el índice de ira expresión y el autocontrol de tipo retraso de recompensa, seguidas por el temperamento de ira y al autocontrol de tipo retraso de recompensa. Mientras que las correlaciones positivas más altas se obtuvieron entre las variables control externo de ira y el autocontrol Criterial, seguidas por las variables escala de sinceridad y la escala de ira expresión externa. Se concluye que sería importante incrementar el autocontrol de tipo retraso de recompensa.

2. En la muestra los tipos más frecuentes de ira son: primeramente el control de ira externa, seguido por el total de control de ira y el control de ira interna. Lo que podría significar, que los adolescentes presentan habilidades para disminuir la ira y resolver los problemas externos. Por lo que se concluye que sería oportuno utilizar la propuesta expuesta con la finalidad de reforzar las conductas saludables.

3. En la muestra los déficits más frecuentes en los tipos de autocontrol son: el autocontrol procesual referido a la hiperfocalización en el logro de objetivos, cumplimiento de normas, y en segundo lugar, el retraso de recompensa, el cual se refiere a conductas impulsivas y a aplazar lo que es más urgente. Sería favorable emprender un programa de intervención para incrementar el autocontrol procesual y el de tipo retraso de recompensa.

4. De los resultados obtenidos se puede concluir que se tuvieron correlación moderada en comparación con las hipótesis planteadas. No se observó correlación linear lo que podría deberse a varios factores entre ellos el rango de edad de los adolescentes, la muestra pequeña basada en criterios de inclusión y exclusión y la etapa de la adolescencia tardía de la muestra estudiada. Sería relevante continuar con la investigación, para conocer si la relación entre las variables es de tipo no lineal.

5. Los instrumentos aplicados a los adolescentes son ajustables a nuestra realidad local, constan de un nivel de validez alta, además que se verificó que han sido utilizados en varias investigaciones y artículos de distintos países. Sin embargo, sería relevante cambiar ciertas expresiones no utilizadas en el país, para ampliar la facilidad de comprensión de los tests.

6. En cuanto al marco teórico se podría decir que en la adolescencia que es una etapa que presenta una amplia gama de cambios; la cual en algunos casos podría acarrear

consecuencias saludables, que aportarían con el desarrollo del sujeto, hay consistencia de las conductas de control y expresión de la ira, como las de habilidades en el autocontrol.

6.5 Recomendaciones

1. Se sugiere a la institución educativa trabajara sobre el autocontrol de tipo retraso de recompensa incrementándolo por ejemplo, utilizando la propuesta expuesta, o las técnicas mencionadas en el actual trabajo. De esta manera se podría palear o eliminar los déficits detectados.

2. Debido a que los tipos de ira más frecuentes, se refieren al control de ira, se recomienda que se siga reforzando estás conductas saludables, utilizando técnicas que aporten con el incremento de conductas adaptativas y/o se podría realizar un programa de tipo talleres participativos, acerca de la definición, manifestaciones, ventajas, desventajas y gestión de la ira.

3. Se sugiere a los lectores que deseen continuar con la línea de investigación planteada, probar matemáticamente si existe relación no linear o curvilínea, mediante cálculos diferenciales e integrales. Se recomienda investigar con un rango de edad de mayor amplitud para poder conocer la relación entre los tipos de ira con los tipos de autocontrol en todas las tres etapas que constituyen la adolescencia.

4. Se sugiere que la universidad estimule la construcción de tests psicométricos de aplicación local o nacional, generando espacios para asignaturas que aporten con el desarrollo de dichas herramientas, con la finalidad de incrementar las investigaciones futuras y la objetividad en la obtención de resultados.

5. Se recomienda que en una próxima investigación se estudie experimentalmente la eficacia de la propuesta terapéutica expuesta y sus efectos en los jóvenes del medio local, tomando en cuenta que la adolescencia aparte de ser una etapa de construcción de conductas saludables, es una etapa de incrementados riesgos de adquisición de psicopatologías y de problemas conductuales.

6.6 Anexos

Anexo 1

Entrevista a la institución educativa

¿Cuando se fundo la institución?

Dr. Villamarín: la fundación del colegio fue el 29 de Agosto de 1985.

¿Cuales fueron los motivos para construir un instituto educativo?

Dr. Villamarín: los motivos de la construcción del proyecto fueron el de generar una institución de calidad, conformada por una educación integral con metodología activas.

¿Cual es la visión y la misión del instituto educativo?

La visión: ser liderados en la innovación pedagógica e ira a la vanguardia en la aplicación de los avances tecnológicos como herramientas del proceso de aprendizaje para fortalecer el crecimiento y desarrollo personal permanente.

La Misión: formar líderes sustentados en una pedagogía de construcción social basada en lo conceptual procedimental y axiológico, para contribuir al desarrollo socio económico y cultural del país.

¿Cuantos estudiantes conforman la institución educativa?

La institución esta conformada por 286 estudiantes.

¿Cual es el número del personal lectivo?

El número es de 45 personas.

¿Cuales son las políticas institucionales que se aplican?

Trabajo en equipo con responsabilidad en diferentes aspectos que conlleva el diseño curricular.

Elaborar y ejecutar nuevos instrumentos de aprendizaje y evaluación.

Proporcionar todas las facilidades de apoyo académico y logístico.

Optimizar los recursos disponibles proponiendo a la autogestión de extensión institucional a la comunidad.

Evaluación institucional internas y externas.

Anexo 2

STAXI-2

Edad……..Sexo…….Grado/Curso…….
Fecha……

Anexo 3

CACIA

Cuestionario de auto-Control Infantil y Adolescente

Edad……..Sexo…….Grado/Curso…….
Fecha……

Anexo 4

Anexo 5

Anexo 6

Anexo 7

Anexo 8

LICEO LA ALBORADA

UNIDAD EDUCATIVA EXPERIMENTAL MIXTA BILINGUE

Quito, D.M. 24 de Julio de 2013

Yo, en mi calidad de Rector de la Unidad Educativa Liceo "La Alborada", autorizo y apoyo a la estudiante Rosa Estefanía Navas Espinosa, en la realización de su estudio investigativo " la Relación e la ira y el autocontrol" , con el objetivo general de Describiendo las relaciones entre la ira y el autocontrol en adolescentes para entender las relaciones entre estas variables y proponer modos de intervención adaptados a la realidad nacional.

Permito aplicar los test Staxi 2, sobre la variable ira, Cacia sobre la variable autocontrol en el mes de Junio del presente año. Debido a que la investigación beneficiaría a varios conjuntos amplios de personas, entre ellos, a los adolescentes sobre quienes se realice la investigación, que podrían conocerse mejor a sí mismos, además de adquirir información acerca de los niveles de tipos de ira y los niveles de tipos de autocontrol, que prevalecen en el colegio; los padres y madres de familia podrían conocer como se encuentra la realidad de estás variables en el lugar donde estudian sus hijos; el Colegio podría utilizar está información para trabajar en la construcción de programas de intervención en el manejo de la ira y el déficit del autocontrol emocional. Asimismo, información recopilada en este estudio podría profundizar el tema, para aportar con recomendaciones acerca del fortalecimiento de la prevención de la ira y el déficit de autocontrol emocional.

Por otra parte, este estudio podría ser utilizado como un punto de partida para continuar con la investigación y la construcción de nuevas propuestas sobre esta misma línea, por ejemplo: la relación de las variables ahora propuestas para estudio con problemas como el bajo rendimiento académico, el ausentismo escolar, el bullying, el burnout o el ingreso a las adicciones, entre otras.

Atentamente,

Av. Real Audiencia N7528 Casilla 17-03-337-A Telefax: 2470769 - Telfs: 2470577 - 2482454
E-mail : Tucolegio@liceolaalborada.edu.ec

Referencias

Bailey, S (2011). Capítulo 3: los antescedentes delincuenciales jueveniles violentos. En V. Varma (1 edición.) ,*La violencia en niños y adolescentes: Guía para estudiantes, psiquiatras, psicólogos, orientadores y educadores* (pp. 53-84). México DF: Editorial Trillas.

Beck, A.(2003).Capítulo 5: el pensamiento primario, distosiones y errores cognitivos. En A. Beck (2 edición.), *Prisioneros del odio: Las bases de la ira, la hostilidad y la violencia* (pp. 126-148). Barcelona: Editorial Paidos.

Brace. (2008). Capítulo 9: Recolección de datos cuantitativos. En R. Hernandéz, C. Fernández, P. Baptista (5 edición.), *Metodología de Investigación* (pp. 217-219). México, DF: Mc Graw Hill.

Boswell, G.(2011). Capítulo 2: los antescedentes delincuenciales jueveniles violentos En V. Varma (1 edición.) , *La violencia en niños y adolescentes: Guía para estudiantes, psiquiatras, psicólogos, orientadores y educadores* (pp. 37- 52). México DF: Editorial Trillas.

Capafóns,A., Silva, F. (1985). *CACIA Cuestionario de Autocontrol infantil y adolescente*. Madrid, España: Tea ediciones.

Carrasco, M. (2011).Capítulo 15: Técnicas de autocontrol. En F. Labrador (4 edición) *Técnicas de modificación de conducta* (pp. 36-51). Madrid: Ediciones Pirámide.

Cerezo, F. (2007). *Conductas agresivas en la edad escolar: Aproximación teórica y metodológica*, propuestas de intervención. Madrid: Ediciones pirámide.

Eron., Huesma. (1993). En F. Justicia, J. Benítez, M. Pichardo, E. Fernández, T. García, M. Fernandez (2006). Aproximación de un nuevo modelo explicativo del comportamiento

antisocial. *Revista Electrónica de Investigación Psicoeducativa*, 2 (4). Recuperado de http://www.investigacion-psicopedagogica.org/revista/articulos/9/espannol/Art_9_117.pdf

García, E., y Perez, M. (2005).La ira y la ansiedad en la abstinencia de alcohólicos rehabilitados. *EduPsykhé,* 4(2). Recuperado de http://scholar.googleusercontent.com/scholar?q=cache:pKGBvNRewDYJ:scholar.google.com/&hl=es&as_sdt=0,5

Garrido,A., Álvaro,J. (2007). *Psicología social: Perspectivas psicológicas y sociológicas*.Madrid:Mc Graw Hill.

González, J. (2001). *Psicopatología de la adolescencia*. México: Editorial el Manual moderno.

Goméz, I., Liciano, M. (2000). Autocontrol a través de reglas que alterna la función. Psicothema, 12(3). Recuperado de http://www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=2&ved=0CDIQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.unioviedo.es%2Freunido%2Findex.php%2FPST%2Farticle%2Fdownload%2F7612%2F7476&ei=rxDfUa-rNoSVyAH2ooDwBw&usg=AFQjCNFDRCa7c4fvOiF8NnSZiCnL79fECw

Hernandéz, R., Fernández, C., Baptista, P. (2010). *Metodología de Investigación*. México, DF: Mc Graw Hill.

Iacovella, J., Troglia,M. (junio, 2003). La hostilidad y su relación con los trastornos cardiovasculares. *Psico-USF,* 8(1). Recuperado de http://www.scielo.br/pdf/pusf/v8n1/v8n1a08.pdf

Justicia, F., Benítez, J., Pichardo, M., Fernández, E., García, T., Fernandez, M. (2006). Aproximación de un nuevo modelo explicativo del comportamiento antisocial. *Revista Electrónica de Investigación Psicoeducativa*, 2 (4). Recuperado de http://www.investigacion-psicopedagogica.org/revista/articulos/9/espannol/Art_9_117.pdf

Kassinove, H., Chip, R. (2005). *El manejo de la Agresividad: Manual de tratamiento completo para profesionales*.Bilbao: Desclée De Brouwer.

Labrador, F. (2011). Capítulo primero: Introducción y marco conceptual. En F. Labrador (4 edición) *Técnicas de modificación de conducta* (pp. 36-51). Madrid: Ediciones Pirámide.

Leibovich, N., Schmidt, V., & Gol, S. (2001). El Inventario de Expresión de Enojo Estado-Rasgo (STAXI). *RIDEP* , 1(1). Recuperado de http://www.aidep.org/03_ridep/R11/R113.pdf.

Lopez,C., Lopez, J.,Freixinos, M. (2003). Retardo de Gratificación y Autocontrol en jóvenes antisociales: características asociadas al género. *Psicopatología Clínica, Legal y forense*, 3(3). Recuperado de http://www.masterforense.com/pdf/2003/2003art13.pdf

López, F., Peralta, I., Muñoz, M., Godoy, J. (2003). Autocontrol y Consumo de drogas. *ADICCIONES*, 15(2). Recuperado de http://www.adicciones.es/files/03-Autocontrol%20y%20consumo.pdf.

Magán, I. (2010). Factores cognitivos relacionados con la ira y la hostilidad en hipertensión arterial esencial. Tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España. Disponible en http://eprints.ucm.es/11842/1/T32428.pdf.

Macías, Y. (2006). Ansiedad, ira y tristeza-depresión en la enfermedad de Parkinson. Emoción de ira (pp. 126-140). Recuperado de http://biblioteca.ucm.es/tesis/psi/ucm-t29262.pdf

Maturana, A. (2012). Capítulo 13: Impacto de la agresividad y violencia en el desarrollo. En C. Almonte, M. Montt, M (2 edición.), *Psicopatología infantil y de la adolescencia* (pp.135-149). Santiago de Chile: Editorial Mediterráneo.

McGuire, J. (2011). Capìtulo 5: Enfoques psicosociales para comprender y reducir la violencia en los jovenes .En V. Varma (1 edición.), *La violencia en niños y adolescentes: Guía para*

estudiantes, psiquiatras, psicólogos, orientadores y educadores. (pp. 85-135)México: Editorial Trillas.

Mckay, M., Roger, P. (2010). *Guía práctica para controlar tu ira: técnicas sencillas para mejorar tus relaciones con los demás*. Madrid, España: Paidos.

Miguel, J., Casado, M., Cano, A., Spielberger, C. (2001). *STAXI-2 Inventario de expresión de Ira Estado-Rasgo*. Madrid, España: Tea ediciones.

Musalem, R. (2012). Capítulo 5: El desarrollo adolescente y sus trastornos. En C. Almonte, M. Montt (1 edición.), *Psicopatología infantil y dela adolescencia* (pp. 49-68). Santiago de Chile: Editorial Mediterráneo.

Menendez, I.(2006). Adolescencia o voilencia ¿crisis o patología?. *Clínica de Psicología*, 8 (3). Recuperado de http://www.acosomoral.org/pdf/adolescencia_y_violencia.PDF.

Mendez, F., Rodriguez, J., Quiles, M. (2001). *Técnicas de Modificación de conducta*.Madrid: Editorial biblioteca nueva.

Miguel, J., Casado, M., Cano, A., Spielberger, C. (2001). *STAXI-2 Inventario de expresión de Ira Estado-Rasgo*. Madrid, España: Tea ediciones.

Moffitt. (1993). En F. Justicia, J. Benítez, M. Pichardo, E. Fernández, T. García, M. Fernandez (2006). Aproximación de un nuevo modelo explicativo del comportamiento antisocial. *Revista Electrónica de Investigación Psicoeducativa*, 2 (4). Recuperado de http://www.investigacion-psicopedagogica.org/revista/articulos/9/espannol/Art_9_117.pdf

Montgomery, W (diciembre, 2008). Teoría, investigación y aplicaciones clínicas del autocontrol. *Revista IIPSI Facultad de Psicología*, 11(2). Recuperado de http://revistas.concytec.gob.pe/pdf/rip/v11n2/a13v11n2.pdf

Moreno, G., Rodríguez, J., Rodríguez, L. (1994). Un estudio sobre la relación entre Autocontrol y Miedos en niños. *Psicología conductual*, 2(2). Recuperado de

http://www.behavioralpsycho.com/PDFespanol/1994/Un%20estudio%20sobre%20la%20relacion.pdf.

Navarro, E. (septiembre, 2003). Factores asociados al rendimiento académico. *Revista Iberoamericana de Educación*. ISSN: 1681-5653. Recuperado de http://www.rieoei.org/investigacion/512Edel.PDF

Ochoa, A., Herrera, C., Lemos, M., Arango, J., Rogers, H. (julio-diciembre, 2010). Análisis de la ira en pacientes con cardiopatía isquémica de la ciudad de Medellín (Colombia). *Psicología desde el Caribe*, 26. Recuperado de http://www.scielo.org.co/pdf/psdc/n26/n26a05.pdf.

Pérez, A., Sanjuán, P., Rueda, B., & Ruiz, M. (marzo, 2011). Salud Cardiovascular en la mujer: el papel de la ira y su expresión. *Psicothema* , 23(4). Recuperado de http://www.psicothema.com/pdf/3927.pdf.

Reilly, P., Shopshire, M. (2007). Programa para el manejo del enojo en clientes con problemas de abuso de sustancias y trastornos de salud mental: un manual de psicoterapia cognitivo-conductual. Washington DC, Estados Unidos: Departamento de salud y servicios humanos en los estados Unidos. Recuperado de http://www.taadas.org/publications/prodimages/Anger%20Management%20Cognitive%20Behavioral%20Therapy%20Manual%20Spanish%20version.pdf

Rincón, G. (2011). *Bullying: Acoso escolar*. México DF: Editorial Trillas.

Remor, E., Amorós, M., & Carrobles, J. (junio, 2006). El Optimismo y la experiencia de Ira en relación con el Malestar Físico. *Anales de psicología,* 22(1). Recuperado de http://www.um.es/analesps/v22/v22_1/05-22_1.pdf.

Rodriguez, J., Mendez, F.,Barrancos, M. (2001). Técnicas resolución de problemas. En J. Rodriguez, F. Mendez (3 edición.), *Técnicas de Modificación de conducta* (pp.496-519).Madrid: Editorial biblioteca nueva.

Rodríguez, M., Russián, G., Moreno, J. (2009). Autorregulación emocional y actitudes ante situaciones de agravio. *Revista de Psicología,* 5(10). Recuperado de http://bibliotecadigital.uca.edu.ar/repositorio/revistas/autorregulacion-emocional-actitudes.pdf.

Rodríguez, J. (diciembre-enero, 2010). Bajo autocontrol y conducta antisocial: en perspectiva de género. *Revista Cenipec.* ISSN: 0798-9202. Recuperado de http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/32363/1/articulo8.pdf

Ruíz, M., Díaz, M., Villalobos A. (2012). *Manual de Técnicas de intervención Cognitivo Conductuales* (pp. 32-88). España: Desclée de Brouwer.

Sanz, Y., González, O. (abril-junio, 2006). Expresión de la ira en adolescentes holguineros: Repercusión psicológica y diferencias de género. *Ciencias Holguin*, 12(2). Recuperado de http://cienciahlg.idict.cu/index.php/cienciasholguin/article/view/400/402

Sisto, F., Marín, F., Urquijo, S. (octubre, 2010). Relación entre los constructos Autocontrol Y Autoconcepto en niños y jóvenes. *LIBERABIT*, 16(2). Recuperado de http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve

Velázquez, M., Arrelanez, J., Martinez, A. (junio, 2012). Asertividad y consumo de drogas en estudiantes mexicanos. *Acta Colombiana de Psicología* ,15 (1). Recuperado de http://www.scielo.org.co/pdf/acp/v15n1/v15n1a13.pdf