



Facultad de Humanidades  
Escuela de Ciencias Psicológicas  
Maestría en Enfoques Psicoterapéuticos

**Terapia Cognitivo-Conductual orientada a la reducción de manifestaciones de  
ira y conducta agresiva en jóvenes adultos**

(Artículo Científico)

Kimberly Flores Pereira

Guatemala, junio 2020

**Terapia Cognitivo-Conductual orientada a la reducción de manifestaciones de ira y conducta agresiva en jóvenes adultos.**

(Artículo Científico)

Kimberly Flores Pereira

Licda. Leticia Padilla (Asesora)

M.A. Yael Lucia Pinto (Revisora)

Guatemala, junio 2020

## **Autoridades Universidad Panamericana**

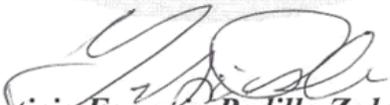
Rector	M.Th. Mynor Augusto Herrera Lemus
Vicerrectora Académica	Dra. Alba Aracely Rodríguez de González
Vicerrector Administrativo	M.A. César Augusto Custodio Cobar
Secretaria General	EMBA Adolfo Noguera

## **Autoridades Facultad Humanidades**

Decano	M.A. Elizabeth Herrera de Tan
Vice Decano	M.Sc. Ana Muñoz de Vásquez

**UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE HUMANIDADES, ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala, septiembre de 2019.**

*En virtud de que el Artículo Científico con el tema “Terapia Cognitivo-Conductual orientada a la reducción de manifestaciones de ira y conducta agresiva en jóvenes adultos”. Presentada por el (la) estudiante: Kimberly Flores Pereira, previo a optar al grado Académico de Maestría en Enfoques Psicoterapéuticos, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente dictamen favorable para que continúe con el proceso correspondiente.*



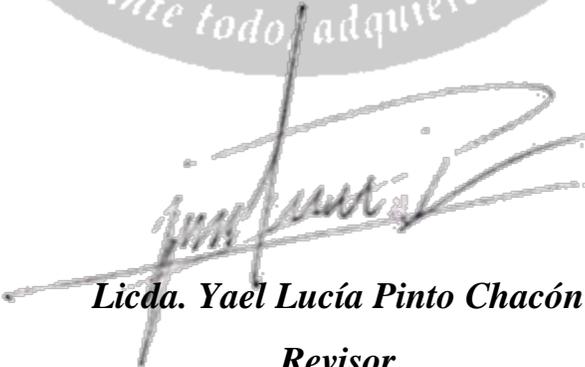
**Leticia Eugenia Padilla Zuleta**  
**Asesor**



**UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE HUMANIDADES, ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala mayo año 2020.**

En virtud de que el presente Artículo Científico con el tema: **“Terapia Cognitivo-Conductual orientada a la reducción de manifestaciones de ira y conducta agresiva en jóvenes adultos”**.

Presentada por la estudiante: **Kimberly Flores Pereira** previo a optar al grado Académico de Maestría en Enfoques Psicoterapéuticos cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente dictamen favorable para que continúe con el proceso correspondiente.



**Licda. Yael Lucía Pinto Chacón**

**Revisor**



UNIVERSIDAD  
PANAMERICANA

"Sabiduría ante todo; adquiere sabiduría"

**UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE HUMANIDADES, ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala, mayo 2020. -----**

En virtud que el presente Artículo Científico con el tema **“Terapia Cognitivo-Conductual orientada a la reducción de manifestaciones de ira y conducta agresiva en jóvenes adultos”** presentado por el (la) estudiante **Kimberly Flores Pereira**, reúne los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, esta Decanatura extiende **Dictamen de Aprobación** previo a optar grado académico de Maestría en Enfoques Psicoterapéuticos para que **el (la) estudiante proceda a la entrega oficial en Facultad.**



**M.A. Elizabeth Herrera de Tan  
Decano  
Facultad de Humanidades**

PBX: 1779  
Diagonal 34, 31-43 zona 16.  
Guatemala C.A.

**Nota:** *Para efectos legales, únicamente el sustentante es responsable del contenido del presente trabajo.*

# Contenido

<b>Resumen</b>	i
<b>Introducción</b>	ii
<b>Familia</b>	1
1.1 Definición de familia	1
1.2 Tipos de familia	2
1.3 Patrones de Crianza	4
1.4 Apego	6
1.5 Roles de familia	10
<b>Emociones</b>	13
2.1 Definición de emociones	13
2.2 Tipos de emociones	16
2.3 Emoción específica: Agresividad e Ira	18
2.3.1 Agresividad	18
2.3.2 Ira	18
2.4 Violencia y tipos de violencia	20
2.5 Abuso y tipos de abuso	22
2.6 Ciclo de violencia	24
2.6.1 Ciclo de la agresión	25
2.6.2 Ciclo de la violencia	26
2.7 Factores detonantes y de riesgo	28
2.8 Características del adulto agresivo	29
2.9 Consecuencias de la ira	30
<b>Diagnóstico</b>	32
3.1 Diagnóstico y Características	32
3.1.1 Trastornos disruptivos del control de los impulsos y de la conducta	32
3.1.2 Trastornos de la Personalidad	34

3.1.3 Otros trastornos que presentan las manifestaciones de ira y agresividad	36
---	----

<b>Terapia Cognitiva Conductual</b>	40
-------------------------------------	----

4.1 Antecedentes de la Terapia Cognitiva Conductual	40
---	----

4.2 Fundamentos	41
-----------------	----

4.3 Evaluación	42
----------------	----

4.4 Terapia y farmacología	45
----------------------------	----

4.5 Eficiencia de la terapia Cognitiva Conductual en el manejo de la ira	46
--	----

4.6 Técnicas	47
--------------	----

4.7 Plan terapéutico	48
----------------------	----

4.8 Terapia Cognitiva Conductual en la actualidad	51
---	----

Conclusiones	53
--------------	----

Referencias	54
-------------	----

**Lista de imágenes**

Imagen No. 1 Ciclo de agresión	25
--------------------------------	----

Imagen No. 2 Ciclo de violencia	28
---------------------------------	----

**Lista de tablas**

Tabla No. 1 Tipos de familias	2
-------------------------------	---

Tabla No. 2 Otros tipos de familias	4
-------------------------------------	---

Tabla No. 3 Tipos de crianza	5
------------------------------	---

Tabla No. 4 Tipos de apego	7
----------------------------	---

Tabla No. 5 Tipos de función materna	11
--------------------------------------	----

Tabla No. 6 Tipos de función paterna	12
--------------------------------------	----

Tabla No. 7 Tipos de emociones	16
--------------------------------	----

Tabla No. 8 Tipo de ira	19
-------------------------	----

Tabla No. 9 Tipo de violencia	20
-------------------------------	----

Tabla No. 10 Tipo de abuso	23
----------------------------	----

Tabla No. 11	Diagnóstico de trastornos mentales con manifestación de ira Parte I	33
Tabla No. 12	Diagnóstico de trastornos mentales con manifestación de ira Parte II	34
Tabla No. 13	Diagnóstico de trastornos mentales con manifestación de ira Parte III	36
Tabla No. 14	Técnicas e instrumentos de evaluación	43
Tabla No. 15	Técnicas de terapia cognitiva-conductual aplicables al control de ira	47
Tabla No. 16	Ejemplo de plan terapéutico parte I	48
Tabla No. 17	Ejemplo de plan terapéutico parte II	50

## **Resumen**

Como la intención de proceso de aprendizaje, se investiga la eficacia y forma de aplicación de una corriente terapéutica ante a una problemática que afecta a la población hoy en día, por lo que en el presente artículo científico se investiga y propone el uso de la Terapia Cognitiva-Conductual para la reducción de la manifestación de la ira en adultos jóvenes, ya que es una afección creciente, repercutiendo en diversos entornos.

El primer capítulo introduce el tema de la familia, definiendo que es y la importancia que ésta tiene en los esquemas futuros del adulto, al igual, se mencionan y definen los tipos de familia, crianza, apego y roles que influyen en la personalidad y carácter del adulto joven. El segundo capítulo describe y define las emociones, siendo parte de extensos estudios para poder identificar la raíz y trayectoria de éstas en los diferentes entornos de desarrollo, de igual manera, se describen las emociones específicas de ira y agresividad, cómo se presenta el ciclo de la violencia, los diferentes tipos de abuso y violencia, y cuáles son las características y consecuencias en el adulto que manifiesta ira.

La tercera parte hace referencia a la descripción de trastornos psicológicos según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, haciendo mención qué trastornos psicológicos presentan manifestaciones de ira, así como también, cuales se pudiesen desarrollar si la ira no es tratada en un tiempo pertinente. Finalmente, la cuarta y última sección se adentra en el tema de Terapia Cognitiva-Conductual, conociendo los antecedentes y fundamentos, los tipos de evaluación e instrumentos que se utilizan para identificar las manifestaciones de ira, la validez de esta corriente y las técnicas sugeridas, finalizando con un ejemplo de plan terapéutico.

## **Introducción**

Este texto trata de concientizar sobre las crecientes manifestaciones de ira en el adulto joven, en donde se identifica falta de control de impulsos que llevan a la disminución de las relaciones inter e intrapersonales saludables, manifestándose en diferentes entornos tanto personales, laborales como familiares, creando así patrones perjudiciales que pueden terminar en una acción, en ocasiones, irrevocable.

El humano es un ser biopsicosocial que está compuesto por aprendizaje previos, formas de actuar, aprendizajes de la niñez y factores influyentes, por medio de acciones y eventos de la vida, generando así evidencia empírica que crea mayor aprendizaje y crea nuevas formas de vivir y actuar. La ira puede aparecer por patrones aprendidos durante la infancia y adolescencia, acentuándose cada vez más hasta llegar a la etapa de adulto, estos brotes de ira, en ocasiones excesivos, perjudican tanto a la persona que lo presenta, como a las personas que lo rodean si no se trabaja de una forma óptima.

Por lo que, durante el proceso de terapia, se pretende conocer y desglosar los patrones y creencias que presenta la persona, haciendo énfasis en la importancia conocer la historia personal desde tempranas edades y como es que a lo largo su vida, ha solucionado situaciones y problemáticas conflictivas y de malestar, para poder así, asesorar de forma adecuada a la persona que acude al proceso.

Como terapeuta, es importante también conocer como la manifestación de ira puede llegar a afectar en los diferentes entornos, principalmente de forma psicológica y somática, ya que, si esta afección no se trabaja de forma adecuada, podría convertirse en posibles trastornos mentales. De esta manera, el presente artículo científico ofrece bases empíricas sobre el uso de Terapia Cognitiva-Conductual ante manifestaciones de ira y lo beneficioso que puede ser para poder aprender a controlar y reducir la exteriorización de dicha emoción.

## **Familia**

En este capítulo se identificará diversos temas importantes para entender las bases o aspectos que influyen en la vida de las personas que padecen de síntomas de ira o agresividad, por lo que se abordarán los diferentes tipos de familias, patrones de crianza, el apego y los diferentes tipos y roles familiares que se pueden presentar.

### **1.1 Definición de familia**

La familia es una organización social, el grupo social más importante, más antiguo y universal, y puede definirse como una unidad social fundada en el matrimonio, el cual no solo considera las relaciones entre los esposos si no también los padres de la unión y los hijos nacidos del matrimonio, al igual, se considera como familia los integrantes adoptados. Otero (2014, p. 214) refiere que por familia se entiende “a los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio (OMS, 2002)”. La familia es la primera referencia social, por lo que este título es de suma importancia a la hora de la creación de esquemas de interacción futura del niño con el medio en que se desenvolverá.

Se considera que la familia tiene una función de suma importancia en la formación de identidad del niño, por lo que la imagen que proyectan los padres tendrá gran influencia en el desarrollo y crecimiento del niño ya que se identifican parcial o en su totalidad con los padres, y es justo en estas etapas en donde el niño absorberá la mayor cantidad de enseñanzas e información que marcarán los precedentes a lo largo su propia vida que le serán de utilidad en los diferentes entornos en las que se desenvolverá.

De igual manera, Otero (2014) hace mención que la familia forma parte de una sociedad de la cual es la unidad más importante y en donde se reciben los medios necesarios para el propio desarrollo, pues básicamente esta mandada a conservar la vida tanto en la intimidad del amor y a la formación del ser humano, por lo que la pareja es la que en el matrimonio establece como el núcleo fundamental de la familia y de la sociedad.

En general, García (2007, p.3) se define la familia como “un centro cohesivo donde se genera en sus miembros un sentido de pertenencia, la forman los padres y los hijos y en algunas ocasiones otros parientes, siendo el grupo social de mayor importancia en cualquier país (Instituto de la Mujer, 1994, p. 5,6)”.

## 1.2 Tipos de familia

Para entender cómo es que se afecta el comportamiento de cada miembro de la familia, es de saber que existen fuerzas positivas y negativas que hacen que haya un buen o mal funcionamiento como una unidad, ya que la familia es un agrupamiento total de expectativas, comportamientos y sentimientos de cada individuo familiar, y al ser así, cada integrante de la familia puede desenvolverse como individuo y no tener la sensación de estar solo, así como también contar con el apoyo de los demás. (García, 2007)

Ahora bien, no se pueden definir los tipos de familia con una sola compostura, ya que existen diversos criterios para clasificarla, según el Dr. Santacruz Varela en forma general se pueden mencionar: según la integración, la familia puede clasificarse como desintegrada, integrada o semi integrada. Por las costumbres, hábitos y patrones de comportamiento, se dividen en tradicional o moderna, o como rural o urbana. Si se observa con un enfoque psicosocial puede clasificarse en funcional y disfuncional. Así como también, nuclear o extensa en función de las personas que la componen. No hay una mejor que la otra, según hace referencia García (2007), en su artículo “el rol de la familia en los patones de crianza y transmisión de valores en las nuevas generaciones”.

Según Melogno (2002), algunos tipos de familia son los descritos en la siguiente tabla:

**Tabla No.1**  
**Tipos de familia**

Familia Sobre-trabajadora	Ambos padres trabajan constantemente, por lo que los hijos lo tienen todo, ya que los padres buscan compensar el afecto con lo material, este tipo de encuadre familiar es uno de los más comunes en la actualidad, lo cual afecta en gran medida a los hijos, ya que
---------------------------	---

	ambos padres salen todo el día y parte de la noche y los hijos son cuidados por algún pariente, empleada doméstica o se les deja solos.
Familia Invertida	Los roles parentales se dan de forma invertida, ya sea por cultura o la sociedad. Es aquí cuando se ve la madre es la que domina la situación ya sea por enfermedades que imposibiliten al padre, desempleo, o la acomodación del padre en delegar las responsabilidades ya que le es conveniente. Esto afecta a los hijos, por el hecho de no tener una figura paterna que pueda guiarles en sus problemas o aquejamientos.
Familia Monoparental	Se clasifican aquí madres solteras, viudas, separadas o divorciadas de quienes dependen sus hijos. Se presenta principalmente por abandonos y divorcios, viéndose afectados los hijos quienes no entienden el motivo por los que los padres se separan, generando inseguridad y desórdenes emocionales por la distancia repentina entre ellos y el padre.
Familia Disfuncional	Una de las figuras paternas cuenta con un problema grave que afecta a la familia, identificando como mayor problema el consumo de alcohol o drogas, golpes y discusiones constantes. Con este patrón familiar, los hijos aprenden esta conducta y en el futuro harán lo mismo.
Familia Permisiva	Los padres no ponen límites, y no se identifican reglas o normas entre padres y la conducta de los hijos, lo cual manifiesta en los hijos sufrimiento de algún trastorno emocional que el cual será propenso a manipulación, ya que los padres le permiten todo sin poner límites y reglas.
Familia Amenazante	Por medio de amenazas, gritos, se busca la corrección y mejoramiento de los hijos, sin embargo, no se tiende a cumplir las amenazas de castigo, lo cual genera desequilibrio en los hijos y da lugar a que posteriormente ignoren lo que digan sus padres, reflejándose en la indisciplina, poca atención a los mandatos parentales y falta de credibilidad hacia sus padres.

Fuente: elaboración propia con datos de Melogno (2002)

Este autor divide el tipo de familia de la siguiente forma:

**Tabla No. 2**

**Otros tipos de familias**

Por la estructura	Arquetípica	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Nuclear: el padre, la madre e hijos (familia básica).</li> <li>– Extensa: los parientes.</li> </ul>
-------------------	-------------	--

	Atípica	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Ensamblada: padre o madre, con hijos de uniones previas.</li> <li>– Monoparental simple: donde los hijos viven con uno solo de los padres.</li> <li>– Monoparental grupal: madres adoptivas.</li> <li>– Homoparental: los hijos viven con una persona homosexual.</li> </ul>
Por la función	Funcionales	Parejas que cumplen con los deberes y responsabilidades sobre los hijos, proveyendo necesidades básicas, enseñando principios éticos.
	No funcionales	Familias con entorno delictivo tal como consumidores de drogas, habiendo hostilidad y violencia, al igual que las parejas que no forman a sus hijos en valores éticos.
Por la duración	Estables	Se muestran unidos, los padres conocen cual es el rol que les corresponde y por medio del ejemplo educan a los hijos y los alientan a contar con metas y sueños. Les es fácil y agradable permanecer unidos por lo que los hijos crecen seguros, estables, y confiados, les es fácil dar y recibir afecto, y al llegar a la adultez, suelen ser personas activas y autónomas, con capacidad de expresar sus necesidades, sintiéndose felices y con grados elevados de independencia y madurez.
	Inestables	Los integrantes no logran la unidad y los padres se muestran confundidos a lo que desean que los hijos aprendan ya que no cuentan con metas comunes, por lo tanto, al estar inseguros, los hijos crecen desconfiados, inseguros y temerosos, con dificultad para dar y recibir afecto, y al llegar a la edad adulta, se tornan pasivos, dependientes, incapaces de expresar sus necesidades, llenos de culpa y frustrados con manifestaciones de rencor por la hostilidad que interiorizan y no manifiestan.

Fuente: elaboración propia con datos de Melogno (2002)

### 1.3 Patrones de crianza

Los patrones de crianza son el resultado de la forma de cuidar y educar a los hijos culturalmente, el cual está basado en normas y hábitos. La crianza se evidencia mediante tareas específicas de la vida cotidiana dentro del hogar, el manejo del espacio, hábitos y la comunicación. Son costumbres que se heredan de generación en generación al cómo los padres educan, cuidan y crían a los hijos.

Según hace mención García (2007), la forma de crianza depende de lo vivido, aprendido y de la influencia sociocultural que se practica en los diferentes contextos, por lo que cada familia utiliza diferentes patrones para la crianza, siendo unas negativas y otras positivas:

**Tabla No. 3**  
**Tipos de crianza**

Permisivo	Son padres liberales y condescendientes que dan libertad a los hijos sin establecer límites y normas, y no alientan a seguir una conducta adecuada. Se tiene el pensamiento que, si corrigen a los hijos, pueden traumatizarlos, considerando que lo más sano para el desarrollo es no limitarlos en las acciones, sin embargo, lo que se logra es hacerles sentir es que son poco importantes y se generan sentimientos de inferioridad.
Autoritario	Imponen estrictas normas de disciplina, conductas y obediencia, atribuyen metas imposibles de alcanzar, las normas dictadas son inflexibles, los cuales limitan al hijo la libertad para explorar, tomar decisiones propias, expresar ideas y muestras de afecto, Los hijos criados así, muestran ser temerosos, inseguros y débiles, sin recursos internos para afrontar dificultades tanto escolares, laborales, sociales o con la pareja.
Circular	Los padres actúan desde un extremo autoritario a otro pasivo, sin tener una forma normal de crianza, actuando así en períodos cortos de tiempo, provocando en los hijos confusión, frustración y resentimiento ya que no se muestra estabilidad ni seguridad por parte de los padres ni establecimiento de límites.
Funcional	Alternativa positiva para educar a los hijos accediendo a cambiar regañones, castigos, amenazas, gritos y golpes por el dialogo, comunicación asertiva, amor, firmeza con amor en poder tomar decisiones que afecten a los hijos, la orientación, ser ejemplo, confianza, etc., estableciendo normas apropiadas según las capacidades del hijo requiriendo muestras de responsabilidad, facilitando a los hijos la posibilidad ser quien son y de mostrarse responsables e independientes ante las propias decisiones y los aspectos que realizan.

Fuente: elaboración propia con datos de García (2007)

Se considera que la familia es el primer encuentro de aprendizaje emocional, el cual se da a través de los mandatos de los padres. Por lo tanto, la forma de criar tiene consecuencias profundas sobre la vida emocional de un hijo. Se debe tomar en cuenta que los padres modelan la violencia e indiferencia en los hijos y ellos repiten este modelo convirtiéndose en niños problemáticos que

luego crecen y forman familias violentas y multiproblemáticas como si fuera hereditario. (Goleman, 1995)

Continuando con lo ante mencionado, se considera que la falta de empatía se transmite de generación en generación, de tal modo que terminan convirtiéndose en padres que maltratan a sus hijos. Los patrones que hayan aprendido se graban en el cerebro emocional predominando en reacciones futuras, por lo que se establece un mal aprendizaje emocional que deja una impresión profunda en el cerebro.

La violencia, la falta de empatía y los maltratos por parte de los padres terminan bloqueando la tendencia natural a la empatía. La agresividad, el egoísmo y la falta de empatía son características de los que han sido víctimas de los malos tratos físicos y emocionales desde la infancia, tratando a los demás como ellos mismos han sido tratados, y la crueldad de los niños maltratados es una versión extrema de los hijos de padres críticos, amenazantes y violentos, por lo que estos niños suelen presentar problemas en el aprendizaje, ser agresivos e impopulares.

#### 1.4 Apego

La teoría de apego de John Bolwby, según menciona Delgado (2004), refiere a una vinculación afectiva y duradera que se desarrolla entre dos personas, en donde las conductas se activan cuando se presenta distancia con la figura de apego o cuando se identifican amenazas, y ante la aparición de conductas de apego se reduce el sentido de exploración del entorno. Es por eso que no se considera que el apego sea netamente una conducta instintiva que aparece ante la presencia de estímulos específicos, ya que generalmente se da una serie de conductas diversas, dependiendo de factores activantes y la intensidad, así como también de factores individuales y contextuales.

Ahora bien, este autor menciona que el cuidador también cuenta con posibles respuestas, donde se muestra sensible a las llamadas del niño y permite el acceso, que llevaría a manifestar apego seguro; puede mostrarse insensible y reprimir el acceso del niño que mostrará apego inseguro evitativo; y,

tener en cuenta y permitir el acceso del niño de forma inesperada, en algunas ocasiones, lo que generaría el apego inseguro-ambivalente.

Por lo tanto, si durante la infancia se evidencia un apego seguro con los cuidadores significativos donde se mostraron sensibles, consistentes y responsivos, el niño tendrá una actitud de confianza ante las relaciones. Por el contrario, si se ha tenido experiencias negativas con las figuras de apego, el pensamiento será negativo ante las relaciones que pueda establecer en la vida adulta. Se ha justificado la importancia del apego para establecer relaciones amorosas en la vida adulta, ya que aquellas personas que tienen una mejor historia de apego, es más probable que tengan relaciones amorosas estables y satisfactorias.

Bell y Ainsworth (1978), comentan que la relación más temprana que se establece y aporta en el aprendizaje para regular el sistema emocional es el apego con el cuidador primario, ya que es quien se encargará de responder a las reacciones emocionales, la proximidad y seguridad. Estos vínculos afectivos perduran en el tiempo haciendo sentir al niño confianza, seguridad, afecto, o de lo contrario, abandono, inseguridad y miedo, por lo tanto, se considera que la relación afectiva paterno filial es la base fundamental de los sentimientos de seguridad o inseguridad que rigen respectivamente las vinculaciones de buena y mala calidad.

También mencionan que se pueden identificar modelos representacionales internos en los niños que se presentan a partir de las primeras respuestas de los cuidadores por las necesidades de apego, donde se constituye el sistema con el cual el niño va a modelar su conducta, siendo estas: el mantenimiento de la proximidad, la base segura desde la cual explorar el mundo y, el refugio seguro en el que buscar consuelo y seguridad ante el peligro o la amenaza.

Según esta teoría, Bell y Ainsworth (1978), pueden identificar tres patrones conductuales de estilos de apego:

**Tabla No. 4**  
**Tipos de apego**

Apego seguro	<p>Modelo de funcionamiento interno que se caracteriza por la confianza en el cuidador, donde la presencia consuela. Las personas que cuentan con este tipo de apego son capaces de recurrir a los cuidadores como una base segura cuando están angustiados, contando con que los cuidadores estarán disponibles y que serán sensibles y responsivos a sus necesidades. Se considera que se debe a la percepción adecuada, interpretación correcta y una respuesta apropiada a las señales del niño que fortalecen las interacciones. Las características del cuidado materno en este caso son de calidez, disponibilidad, conexión y receptividad, cuando se desarrolla una relación de apego saludable, se satisfacen las necesidades físicas y psíquicas del niño y éste desarrolla sentimientos de seguridad.</p> <p>Promueve la resiliencia psicológica que facilita la competencia social, el bienestar emocional, la capacidad de superación frente a la adversidad y el funcionamiento cognitivo, son personas receptivas, poseen estructuras cognitivas flexibles, cuentan con capacidad de incorporar nueva información, capaces de ajustarse a los cambios del entorno, generan metas realistas y evitan creencias irracionales. Se consideran capaces, amistosos y simpáticos, no desconfían por lo que se les facilita la intimidad con otros, sin preocuparse a ser abandonado.</p>
Apego inseguro evitativo	<p>Se identifica que el niño no tiene confianza ante la disponibilidad del cuidador principal, muestra leve ansiedad durante la separación y desinterés cuando se reúnen nuevamente, el niño no llora al separarse, sin embargo, se dan cambios en el sistema nervioso acelerando el ritmo cardíaco y otras alteraciones. Este patrón se ven en niños con conflictos emocionales, el desapego era semejante a situaciones donde se experimentó separaciones dolorosas. Las características del cuidado son de hostilidad, rechazo, rigidez, y evitación del contacto. Las conductas maternas pueden ser sobre estimulantes e intrusivas. Rechazan la información que pueda crear confusión, con estructuras cognitivas rígidas. Se muestran suspicaces, retraídos y escépticos, y ven a otras personas como poco confiables o demasiado ansiosos, lo que se les dificulta confiar y depender de otros.</p>
Apego inseguro ambivalente	<p>El niño muestra ansiedad tras ser separado del cuidador, no se tranquiliza al ser reunido, exagera la emoción para asegurar atención, las respuestas emocionales se muestran como resistencia de contacto e irritación. Aquí parece que cuidador está física y emocionalmente disponible, pero solamente en ciertas ocasiones. En los niños es evidente el deseo de</p>

	<p>intimidad, sin embargo, aparece una sensación de inseguridad. Las características del cuidado materno son de inconsistencia, insensibilidad e intrusividad, no está presente, y en ocasiones, las madres se encuentran responsivas y sensibles, por lo que interactúan positivamente con el niño cuando se encuentran emocionalmente estables, sin embargo, esta actitud podría aumentar la dependencia y falta de autonomía del niño.</p> <p>Desean nueva información, sin embargo, los conflictos internos no le permiten el acercamiento a ella</p>
--	---

Fuente: elaboración propia con datos de Bell y Ainsworth (1978)

Según comenta Bowlby (1984), otros autores han planteado un cuarto tipo de apego, el desorganizado-desorientado, un tipo de apego mixto que se ha identificado en niños viviendo en situaciones de maltrato o abuso. Son niños que muestran mayor inseguridad y al ser reunidos con el cuidador principal tras la separación, manifiestan conductas confusas y contradictorias, colapsando en la estrategia conductual.

Este autor menciona que se identifica que el apego encuentra su pico entre los nueve meses y tres años, manteniéndose durante toda la vida. El apego se crea como un modelo mental interno que vincula creencias propias, de otros, del mundo social en general y juicios que afectan la formación y mantenimiento de las relaciones íntimas durante toda la vida del niño, sin embargo, se pueden sufrir modificaciones ante acontecimientos vitales o situaciones estresantes que les lleve de una infancia armoniosa a una adolescencia problemática.

Además, también comenta que el primero en identificar el rol de los diferentes estilos de apego en las manifestaciones de rabia y enfado. Refiere que las personas que cuentan con estilos de apego inseguro lo transforman en una respuesta disfuncional ya que las personas con estilos de apego ambivalente y evitativo son más propensas al enfado, presentando metas destructivas, episodios constantes de enfado y la presencia de emociones negativas.

Continuando con ante mencionado, los vínculos de apego determinados con los padres durante la infancia para el establecimiento de relaciones afectivas futuras, refiere que los niños que crearon relaciones de apego seguro con unos padres que se muestran cariñosos y sensibles a las peticiones,

estarán capacitados para formar relaciones caracterizadas por la intimidad. Se debe tomar en cuenta que una correcta relación afectiva produce en el niño efectos positivos, los cuales se traducen en la etapa adulta como muestras de mejor el rendimiento laboral, exhibiendo cualidades personales favorables al desarrollo cognitivo.

Es importante tomar en cuenta este aspecto, ya que la adolescencia es un período de cambios y de continuo ajuste de las representaciones de apego, la adolescencia es un período en el que la identidad obtiene nuevas dimensiones y se alcanza mayor autonomía por medio de la abstracción y la hipótesis sobre el mundo y propio, las relaciones de apego se hacen más estables a lo largo del desarrollo y funcionan como un técnica de adaptación que afirma la formación de identidad durante el proceso de socialización del joven.

## 1.5 Roles de familia

La familia se considera como una organización que marcha en base a las destrezas que le da el rol específico, requiere de cada miembro deberes, una forma de comportamiento y privilegios. Los roles son reglas de comportamiento que se esperan de una persona en particular, según el rol es la exigencia social, trata de mantener estructuras de comportamiento predeterminados, se debe acomodar a los roles y al estatus para que la interacción familiar tenga sentido. (Viveros, 2010)

Ahora bien, este autor menciona que en la Grecia antigua se muestra cómo el padre se movía en tres lugares paralelamente: la relación amo-esclavo, como marido-esposa y el lazo padre-hijo. La herencia occidental le da al hombre un lugar representativo de Dios padre en la familia, por ende, el padre cuida, protege, provee, sostiene, gobierna, y subyuga.

El correcto desenvolvimiento de las funciones parentales resulta importante para la constitución personal, y como menciona Viveros, refiere que cuanto mayor sea la distancia entre ellas y su cumplimiento efectivo por parte de los progenitores, mayores serán los costos psíquicos y conflictos del niño.

Dicho lo anterior, se pueden identificar los diferentes estilos de roles familiares como:

La función materna: la madre cría al hijo por medio de dones de amor, expresados en caricias, arrullos, mimos, canciones de cuna, y susurros afectivos.

**Tabla No. 5**  
**Tipo de función materna**

Esposa madre tradicional	Depende económicamente del marido, presupone una actitud de gratitud, así como de correspondencia emocional de los hijos y el marido. Su principal obligación es la formación de los hijos, y la constitución del hogar, de ella se espera la presentación de los servicios domésticos, respeto a los intereses económicos del esposo y una limitación a cualquier actividad de tipo económico y cultural dentro del ambiente que se maneja.
Esposa compañera	Busca con su presencia fortalecer el papel social del marido, porque debe compartir diversiones con él, así como afirmar la personalidad de él, siendo objeto de admiración. Por lo tanto, tiene que conservarse atractiva, sin pena de no poder retener al marido, ya que este tipo de relación conyugal, el aspecto físico es importante y altamente valorado. Lleva a segundo plano las relaciones intrafamiliares, principalmente con los hijos, descuidando las funciones que deben cumplirse en la familia.
Esposa colaboradora	Conocida también como la familia igualitaria. La esposa dedica parte importante de su vida al trabajo pagado fuera del hogar, por lo que se le considera parte fundamental en el ingreso económico familiar. En este rol, la mujer tiene una mayor participación, tanto en la vida familiar, como en la vida social de la misma, el esposo ya representa un rol con características distintas, pues su responsabilidad y participación familiar es mayor.
Esposa proveedora	Condicionado por las relaciones y situaciones de la sociedad actual, con cambios en las funciones a desempeñar en el campo laboral, así como en el familiar, contando y considerando tener el pleno derecho que tienen los hombres. Una de las características principales de este rol es el ser la proveedora económica para la familia, quedando de un lado el desempeño de las funciones al interior de la familia. Este tipo de rol se puede encontrar en madres solteras, madres divorciadas o separadas, de cualquier edad, madres viudas, las cuales deben buscar sustento económico, permaneciendo la mayor parte del tiempo alejada del hogar.

Fuente: elaboración propia con datos de Viveros (2010)

También propone la función paterna: Es el que define la estructura familiar e impone el orden y las adecuadas estructuras subjetivas, imprescindibles para que el niño se incluya en el sistema social.

**Tabla No. 6**  
**Tipo de función paterna**

Esposo compañero	Ambos conyugues interactúan para poder autoafirmarse como pareja y profesionalmente, principalmente ayuda a impulsar el trabajo de la esposa o compañera para sobresalir.
Esposo colaborador	Forma parte de lo que se conoce como la familia igualitaria. Cabe mencionar que las condiciones de este rol son iguales al de la mujer, tanto en el desempeño laboral, como familiar, lo cual redundando en un mejor nivel de vida familiar, alternándose en el cuidado y desarrollo de los hijos, todas las actividades giran en torno a las decisiones de tipo democrático y con un interés común. En este rol el hombre asume su independencia con plena responsabilidad, al igual que la mujer, pudiendo ser autosuficiente aun en términos de la unión.
Esposo proveedor	Rol tradicional que se da al hombre, en donde se dedica exclusivamente a trabajar y proveer económicamente a la familia, olvidándose de algunas otras funciones dentro de la familia.

Fuente: elaboración propia con datos de Viveros (2010)

## **Emociones**

Goleman (1995) menciona que la palabra “emocional” se refiere netamente a la emoción, que es una reacción psico-fisiológica de adaptación a los cambios que presenta el ambiente o el entorno, también se refiere a lo emotivo, ósea lo que es ser sensible a las emociones. La palabra “inteligencia” hace referencia a la capacidad de elegir una solución acorde a la situación, es la capacidad de entender y utilizar la información obtenida y poderla usar de la mejor forma posible. Por lo que la combinación “inteligencia emocional” se entiende como la capacidad de utilizar de forma adecuada las emociones manifestadas en los diferentes entornos que se moviliza el ser humano.

Este autor es quien propone y acuña el concepto de inteligencia emocional, refiriendo que es la capacidad de reconocer los sentimientos propios y ajenos. Goleman menciona que la inteligencia emocional está compuesta por cinco capacidades básicas: descubrir las emociones y sentimientos propios, reconocerlos, manejarlos, crear una motivación propia y gestionar las relaciones personales.

Cuando las personas cuentan con una adecuada inteligencia emocional, logran aspectos mayormente positivos que generan bienestar, reconocen emociones negativas y logran el adecuado manejo de ellas, son personas que buscan refrescarse y renovarse, buscan alternativas para sentirse plenos, en paz y estables, son firmes y eligen sus batallas, y constantemente buscan crecimiento personal y aprendizaje, y muchos aspectos más.

### **2.1 Definición de emociones**

Las emociones se consideran impulsos que llevan a una persona a actuar. Etiológicamente la palabra emoción viene del verbo latino movere más el prefijo e-, lo cual da un significado similar a “movimiento hacia” sugiriendo que en toda emoción hay una supuesta predisposición a la acción, por ende, las emociones llevan a la acción. (Goleman, 1995)

Refiere que cada emoción lleva de diferente forma a la acción y se dirige hacia una dirección que, en el pasado, dio lugar a resolver de forma adecuada los diferentes desafíos que ha presentado el ser humano, de esta forma, el acumulo emocional tiene un gran valor para la supervivencia, por lo que ahora se confirma que las emociones se ven integradas en el sistema nervioso, identificándose como tendencias innatas y automáticas del corazón.

Goleman considera que el ser humano tiene dos mentes, una que piensa y otra que siente, y estas dos formas de conocimiento interactúan para construir la vida mental, siendo la mente racional o pensativa el que manifiesta la forma de comprensión de la que se suele ser conscientes, es pensativa, despierta y más capaz de reflexionar y ponderar. Con la mente emocional, se identifica otro tipo de conocimiento, uno que es más impulsivo y a veces ilógico.

Ahora bien, la influencia de las emociones ante las dos mentes puede llegar a jugar un rol de dominancia, ya que entre más intenso el sentimiento, más tiende a ser dominante la mente emocional, volviendo así ineficaz la mente racional. Sin embargo, se puede apreciar que la mayor parte del tiempo las dos mentes operan en colaboración, buscando enlazar distintas formas de conocimiento para poder guiar de forma correcta al humano en la vida.

Al hablar del cerebro, Goleman (1995) comenta que de aquí surgieron los centros emocionales que dieron parte al cerebro pensante, el cual se conoce como neocórtex. Entendiendo que el territorio neural agregó las emociones a la colección de respuestas del cerebro, se entiende que cuando se está atrapados por el deseo o la rabia, o cuando el amor hace perder la razón, o el miedo hace que se paralice, es que en realidad se encuentra bajo la influencia del sistema límbico. La evolución del sistema límbico puso de manifiesto dos clasificaciones importantes para el funcionamiento emocional del ser humano, siendo estas el aprendizaje y la memoria.

Menciona que, al presentarse estas manifestaciones emocionales, se establece entonces un tipo de secuestro neuronal. En estos momentos, una parte del sistema límbico se pone en alerta y busca utilizar los recursos del cerebro para poder cumplir la tarea de activación de emoción. Goleman comenta que este secuestro ocurre de forma muy rápida, desencadenando una reacción definitiva

antes de que el neocórtex (el cerebro pensante) tenga la posibilidad de reaccionar a lo que está ocurriendo, por lo que tampoco puede sopesar si es la respuesta o reacción adecuada ante la situación, por lo que cuando ya ha pasado el momento crítico, la persona no está seguro de lo que acaba de vivenciar.

Otras partes importantes en el cerebro son la amígdala y el hipocampo, ya que son dos piezas clave que dieron origen al córtex y luego al neocórtex. La principal función de la amígdala es integrar las emociones con las respuestas correspondientes a nivel fisiológico o una respuesta conductual. Al igual, coordina las áreas de expresión corporal de la emoción, enviando señales la corteza cerebral que entonces se encarga del sentimiento consciente. La amígdala es el que se encarga del control de las emociones y sentimientos en el cerebro, y actualmente se considera como una estructura límbica que influye en los procesos del aprendizaje y la memoria. (Goleman, 1995)

Continuando en esta línea, la amígdala se considera un almacén de memoria emocional y de significado, el cual también está asociado a las pasiones. Una de las funciones es examinar las percepciones buscando posibles amenazas, al igual que es la encargada de la secreción de la noradrenalina, siendo esta la hormona que aumenta la actividad de ciertas regiones cerebrales, las que estimulan los sentidos, colocando al cerebro en estado de alerta.

También menciona que las señales sensoriales tienen una trayectoria antes que el ser humano los asimile, siendo la primera estación cerebral, de donde la información proviene de los ojos o de los oídos es el tálamo y, luego hace una sola sinapsis a la amígdala. Existe otra vía originaria del tálamo que lleva la señal hasta el neocórtex, el cerebro pensante, desde ahí, se da el proceso de las impresiones sensoriales y se organizan como las llega a percibir el humano. En el neocórtex, las señales se interpretan para reconocer lo que es cada objeto y lo que significa su presencia.

El cerebro cuenta con dos sistemas de registro, uno registra los hechos ordinarios y otro los recuerdos que tienen una intensa carga emocional. Bien, para diferenciar cual es la función del hipocampo y la amígdala, se puede resumir a que el especialista en la memoria emocional es el

hipocampo, es él quien registra los hechos puros, los más reales, y la amígdala es la encargada de registrar el clima emocional que acompaña a estos hechos. (Goleman, 1995)

En por esto que, cuando se da un secuestro emocional, ocurren dos dinámicas distintas: se muestra la activación de la amígdala y se evidencia el fracaso en activar los procesos neocorticales que normalmente mantienen equilibradas las respuestas emocionales. Es en ese momento donde la mente racional se ve desbancada por la mente emocional y lo mismo sucede con el córtex prefrontal como un administrador de las emociones calculando las reacciones antes de actuar y atenuando las señales de activación enviadas por la amígdala y otros centros límbicos, al igual, una de las funciones del lóbulo prefrontal izquierdo es el de regular las emociones desagradables, por lo que, el lóbulo prefrontal derecho es el punto central de sentimientos negativos como el miedo y la agresividad.

## 2.2 Tipos de emociones

Al hablar de los tipos de emociones, se hace referencia a la forma en que cada emoción induce al cuerpo a actuar ante una diferente de respuesta. Estas son varias, ya que cada situación presente hará que se reaccione según los mandatos o experiencias pasadas vividas, según lo refiere Goleman (1995), por lo que a continuación se mencionará las consideradas básicas:

**Tabla No. 7**

### **Tipos de emociones**

Ira	También conocida como rabia, enojo, resentimiento, furia, exasperación, indignación, acritud, animosidad, irritabilidad, hostilidad y, en caso extremo, odio y violencia. Esta emoción aumenta el flujo sanguíneo a las manos, aumenta el ritmo cardiaco y la tasa de hormonas como la adrenalina que genera la cantidad de energía necesaria para cometer acciones con mucha energía.
Tristeza	Provoca reducción de energía y de entusiasmo por actividades, si se llega a profundizar, se puede caer en una depresión, y es aquí donde se enlentece de mayor manera el metabolismo

	corporal. Esta introspección brinda la oportunidad de llorar una pérdida, medir las consecuencias y planificar, ya cuando la energía regresa, se puede comenzar de nuevo.
Miedo	La sangre se drena del rostro y fluye a la musculatura esquelética larga como las piernas, ya que, si es necesario, se da con mayor facilidad la huida, al mismo tiempo, el cuerpo parece paralizarse, aunque sólo sea un instante, para así analizar si el poderse ocultar pudiera ser una acción más adecuada. Al igual las conexiones nerviosas de los centros emocionales del cerebro liberan una respuesta hormonal que pone al cuerpo en estado de alerta, activándolo a estar inquieto y preparándolo para la acción, mientras la atención se fija en la amenaza inmediata con el fin de evaluar la respuesta acorde a la situación.
Alegría	Consiste en el aumento de la actividad en un centro cerebral encargado de inhibir los sentimientos negativos y de tranquilizar los estados que generan preocupación, al mismo tiempo que aumenta la producción de energía disponible. Proporciona al cuerpo reposo, entusiasmo y una disponibilidad para afrontar cualquier tarea que se presente y ayuda a contar con una amplia perspectiva ante diferentes situaciones u objetos.
Amor	Aquí los sentimientos de ternura y la satisfacción sexual activan el sistema nervioso parasimpático. La pauta de reacción parasimpática, ligada a la respuesta de relajación, abarca un gran conjunto de reacciones que utiliza a todo el cuerpo y que dan lugar a un estado de calma y satisfacción que beneficia la convivencia.
Sorpresa	Se da arqueado de las cejas que aparece en los momentos de sorpresa lo cual aumenta el campo visual y permite que, entre más luz en la retina, brindando más información sobre el suceso imprevisto, lo cual facilita la realidad de lo ocurre, permitiendo crear el plan de acción más adecuada a la situación.
Aversión	Se entiende también por desagrado, asco o rechazo que se siente ante algo o alguien. El gesto es universal y transmite el mensaje de que algo resulta literal o metafóricamente repulsivo para el gusto, la vista, tacto, el oído o para el olfato.
Vergüenza	Perturba el estado de ánimo, se produce por una falta o por alguna acción humillante y/o deshonrada que puede ser propia o ajena. Generalmente se manifiesta físicamente por cambio de color en el rostro.

Fuente: elaboración propia con datos de Goleman (1995)

## 2.3 Emoción específica: agresividad e ira

### 2.3.1 Agresividad

La agresividad es una emoción que se puede controlar, siendo manejable para la adecuada relación con otros. Existen varios elementos que influyen en el comportamiento humano, uno de estos elementos es la variación genética que establece el transporte de la serotonina 5HT, relacionándose con comportamientos agresivos y depresión.

Martinez (2008), menciona que en algunos estudios se ha identificado que personas que tienen el genotipo relacionado a altos niveles de monoamino oxidasa (MAO A), se ven enfrentados a un menor número de problemas antisociales durante el desarrollo. Al igual, se identifica que aspectos como la disciplina severa de los padres en la infancia, el maltrato hacia los niños y jóvenes están ligados a la agresión y a conductas antisociales. Al vivenciar una conducta agresiva, se predice que tendrá el mismo tipo de futuro, presentando agresiones, ya que los padres de niños agresivos suelen alternar la indiferencia con los castigos duros y arbitrarios.

Se dice que todos los seres cuentan con agresión instintiva y tiene diferentes funciones biológicas, por ejemplo, beneficia el proceso de selección natural. El modelo impulsivo de la agresión refiere que la conducta agresiva nace del obstáculo de actividades encaminadas hacia algunos fines, como la frustración. Ambas teorías (instintivas y del impulso) confirman que la conducta agresiva está definida por factores que surgen de la persona.

### 2.3.2 Ira

La ira, siendo la máxima expresión del enojo, es considerado uno de los sentimientos más destructivos, principalmente para quién la manifiesta, actuando directamente por impulso sentimental superando a la razón, es capaz de cualquier cosa. Es una de las emociones más comunes, frecuentes y altamente perjudiciales, de todos los estados de ánimo, y cuenta con mayores consecuencias.

Generalmente se llega a sentir ira, cuando las cosas que se quieren no resultan como tal, o cuando se percibe alguna falta hacia el propio ser, se presenta al ser perjudicados, cuando la situación es valorada como injustas o que atentan contra los valores morales y la libertad personal, o ante el bloqueo de las metas. Se evidencia por personas que actúan por medio de abusos verbales o físicos.

Es importante saber que la ira es una parte instintiva del ser humano, generalmente se reacciona antes de pensar, por lo que se presenta una actitud destructiva que se ve justificada ya que la furia se activó sin pasar por el proceso de razonamiento. Sin embargo, es importante tomar en cuenta que el padecer constantemente de actos iracundos, se ve reflejado en la salud, ya que aumenta la percepción del dolor, la depresión y el riesgo de padecer enfermedades del corazón. (Muntané, 2012)

Según Fernández (2018), la ira tiene se puede clasificar en diferentes tipos:

**Tabla No. 8**

**Tipo de ira**

Ira directa	La persona no tiene problemas en hacer saber cuándo está furioso, logrando formular un enfoque racional, respetuoso y constructivo antes de reaccionar. Demuestra que se es respetuoso con las necesidades y sentimientos de los demás, pero toma en cuenta tus propias emociones.
Ira evitativa	Se actúa como si no hubiera malestar cuando realmente si lo hay, lo cual puede generar una enfermedad por no expresar la molestia, ya que al internalizar o reprimir la ira, daña la autoestima porque hace sentir debilidad e incapacidad de hacer valer las propias necesidades, lo cual puede contribuir a la depresión, provocar problemas cardíacos y problemas digestivos.
Ira pasiva agresiva	Se expresan con sentimientos negativos, ataca indirectamente a la otra persona, por medio del sabotaje o por hablar mal sobre ella, se reprime cualquier tipo de admiración, pasan gran parte del día pensando en cómo han sido tratados injustamente, lo que se evidencia en angustia emocional y física, aumento de dolor y ansiedad.
Ira reactiva	Responde inmediatamente al insulto o injusticia percibida, posiblemente gritando o incluso dando golpes. Gran parte de personas actúan de esta forma ya que tienden a obtener resultados inmediatos que les son gratificantes, viéndose que, a largo plazo, las demás personas los

	perciben como seres muy volátiles o que intimidan para conseguir lo que quieren. Las personas que reaccionan de esta manera experimentan gran cantidad de culpa, sintiéndose avergonzadas por no lograr el control propio o al darse cuenta de que han lastimado a otra persona.
--	--

Fuente: elaboración propia con datos de Fernández (2018)

## 2.4 Violencia y tipos de violencia

La Organización Mundial de la Salud [OMS] (2012-2020) define la violencia como: “El uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho, o como amenaza contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones”.

Ahora bien, es difícil clasificar la violencia en tipos o rubros, ya que dependerá de la gravedad o como la entidad o profesional desea verlo, al igual, influye el aspecto cultural, por lo que se tratará de identificar diferentes formas de clasificación.

Como menciona Funde (2017), las formas principales de violencia se pueden identificar como:

**Tabla No. 9**  
**Tipo de violencia**

Violencia física	Se caracteriza por el uso de comportamientos o conductas agresivas repetitivas, con el objetivo de causar dolor a la víctima a través de puños, golpes, patadas, etc. Es intencional, ya que lo que se busca es lastimar a la persona. Se clasifica de acuerdo al tiempo que tardan las lesiones en sanar: levísima, que engloba empujones, pellizcos, cachetadas etc.; leve, que incluye fracturas, golpes con objetos, heridas con arma blanca etc.; moderada, refiriendo las lesiones que dejan alguna cicatriz permanente y que ocasionan discapacidad temporal; la grave que ponen en peligro la vida y dejan lesiones permanentes, muchas veces en órganos internos; y finalmente la extrema que ocasionan la muerte.
Violencia psicológica	Desvalorización constante ante la persona por medio de amenazas, humillaciones y críticas nocivas. Se restringe la interacción de la víctima con amistades, generalmente combinado con la restricción de uso del dinero para cubrir las propias necesidades básicas. Existe la

	<p>presencia de comportamientos o conductas destructivas, generando que la víctima se culpabilice de la situación que está viviendo. Este tipo de violencia rompe la integridad psíquica y emocional de la persona que la vive, el victimario presenta conductas ofensivas e indiferencia ante la situación. Muchas veces la víctima no la identifica ya que no es visible, y la justifica como parte del carácter del agresor.</p>
Violencia verbal	<p>Son actitudes hostiles por medio del lenguaje verbal, ya que se utilizan amenazas, palabras vulgares, reproches, insultos, desprecios, y respuestas agresivas, se logra identificar más frecuentemente en hogares, se utilizan palabras irónicas o sarcásticas que se agregan a la situación problemática, siendo palabras altamente dañinas, en la mayoría de las ocasiones va acompañada por burlas o insultos, produciendo daño psicológico.</p>
Violencia económica	<p>Es el manejo abusivo e injusto de los recursos propios de la víctima, así como también de sus bienes materiales, esta violencia se manifiesta por medio de la negligencia, al igual que en los casos en que se deja de dar dinero.</p>
Violencia de pareja	<p>Agresiones físicas que incluyen golpear con los puños, patear, bofetadas. Maltrato psíquico que generalmente es mediante la intimidación, humillación constante y la denigración, se presentan también relaciones sexuales forzadas y otras formas de violencia sexual, se identifican comportamientos dominantes tales como vigilar sus movimientos, aislar a la víctima de la familia y amigos, y limitar información o asistencia que sea necesaria. Se clasifica según su gravedad: modalidad grave, que es considerado maltrato físico; y una forma moderada de violencia que se conoce como la violencia común de pareja.</p>
Violencia en el ámbito laboral	<p>En donde se ha identificado que muchos trabajadores son sometidos al maltrato físico, acoso sexual, amenazas, intimidación y muchas formas de violencia psíquica.</p>
Violencia sexual	<p>Acciones en que la persona es obligada, inducida o presionada a realizar o presenciar algún tipo de práctica sexual no deseada, en donde se da con o sin penetración. La violencia sexual en la familia abarca prácticas tales como obligar a la víctima a prácticas que resulten dolorosas, desagradables o que simplemente no desea como lo es el sexo oral, anal, relaciones sexuales con otro hombre o mujer, prostitución, etc., exigir o imponer la relación sexual, muchas veces viene acompañada de violencia física. Este tipo de violencia tiene graves consecuencias para la salud psíquica y emocional de las víctimas.</p>

Violencia juvenil	Este daña de sobremanera a las familias, amigos y comunidades, así como a sí mismos, inicia en personas de edades a partir de los 10 años hasta los 29 años, sin embargo, se puede extender hasta las edades de 30 a 35 años.
-------------------	---

Fuente: elaboración propia con datos de Funde (2017)

Rivera (2017) menciona que La Organización Mundial de la Salud [OMS] propone otro tipo de división para la violencia, lo cual se presenta en tres categorías generales, siendo estas divididas según las características de los que cometen el acto de violencia: la violencia auto infligida que incluye el comportamiento suicida y autolesiones, la violencia interpersonal que engloba la violencia familiar, incluyendo la violencia a menores, pareja y ancianos, al igual que la violencia entre personas sin parentesco, y la violencia colectiva que se entiende por violencia social, política y económica.

## 2.5 Abuso y tipos de abuso

Definido por la Real Academia Española (RAE, 2019): “abuso es la acción y efecto de abusar. Este verbo supone usar mal, excesiva, injusta, impropia o indebidamente algo o a alguien”. Entendiéndose como una relación desigual, el abuso hacia una persona utiliza perjuicios, y algún tipo de violencia física, sexual, psíquica, vicaria, social o económica.

La característica principal del abuso es la capacidad de generar miedo y sentimientos de indefensión que pueden llegar a facilitar la repetición. Como se describirá más adelante en el ciclo de violencia, el abuso comienza acumulando tensiones que desatan episodios de abuso específico y termina con disculpas o justificaciones, tras un tiempo determinado se olvida el daño, y se da inicio a un nuevo ciclo, vivenciando nuevamente el abuso. (Martínez, 2016)

Además, el perfil del abusador suele ser una persona que también sufrió abuso, en muchos casos, se ha evidenciado que sufre problemas psicológicos, en otros casos han crecido en familias con problemas estructurales y en entornos poco favorables. Los abusadores por lo general son personas psicológicamente inflexibles, insensibles, agresivas, intolerantes, autoritarias y crueles, sin

embargo, lo más destacable es que se muestran inicialmente agradables, se sienten ofendidas con facilidad y chantajistas.

El abuso puede brotar ante diferentes situaciones. Los tipos más generales de abuso son según Rivera (2017) son:

**Tabla No. 10**  
**Tipo de abuso**

Abuso físico	Existe violencia física, suele generar lesiones físicas, resultado de un castigo que puede variar en intensidad. Las formas más comunes de este abuso son jalar ropa o cabello, sostener a la víctima para que no pueda retirarse, morder, estrangular, patear, golpear, empujar o lanzar algún objeto a la persona.
Abuso verbal emocional o psicológico	En este abuso no existe contacto físico, sin embargo, las consecuencias suelen perdurar, se caracteriza por emplear críticas, vergüenzas públicas, insultos, manipulación, dañar propiedad personal, amenazas, impedir que hable y vea a la familia, gritos, control de la privacidad, chantaje emocional y decirle que puede usar y hacer.
Abuso infantil	Puede manifestarse de forma física o psicológica, la principal característica es que la víctima es un niño o niña. Las consecuencias pueden durar de por vida, aunque la percepción y gravedad puede variar. Generalmente se evidencia con baja autoestima y apego evitativo.
Abuso sexual	Este abuso puede evidenciarse directamente sobre la víctima o por medio de explotación sexual. Se manifiesta por medio de contacto violento, caricias y besos no deseados, palabras íntimas, etc., el impacto a lo largo de la vida puede diferir dependiendo del tipo de abuso y la personalidad propia de la víctima.
Abuso de autoridad	Lo realiza un superior ante los subordinados generalmente lo humilla y obliga a realizar tareas que no son parte de las atribuciones, o bien lo obliga a trabajar más horas de las contratadas sin remuneración.
Abuso de fuerza	Ocurre cuando se ataca violentamente a una persona que no es parte de la autoridad, aunque no haya sido provocada, ya que no habrá forma de poderse justificar el acto agresivo. Se entiende este término como abuso de superioridad.
Abuso de confianza	Ruptura que realiza alguien contra una persona en la cual se ha dado información privada o un espacio importante de su vida.

Abuso de derecho	Manifiesta un perjuicio ajeno. Se busca el aprovechar la situación de ventaja, perjudicando a las personas.
Bullying	Tanto maltrato físico y psicológico que se genera en el ámbito escolar, generalmente las personas que sufren este tipo de abuso se vuelven muy vulnerables y el dolor que manifiestan se puede tornar incontrolable, ya que la persona se ve obligada a exponerse día a día ante esta situación.
Mobbing	Ocurre en el ámbito laboral, genera problemas serios para la víctima ya que debe presentarse al trabajo y tolerar todo tipo de abusos y denigraciones que pueden dañar la autoestima. Se puede dar por envidias y problemas de competitividad.
Abuso digital o ciberbullying	Forma moderna de maltrato. Se presenta con más frecuencia en la adolescencia y se caracteriza porque se genera por medio del mundo digital y en las redes sociales. Puede manifestarse por medio de correos electrónicos negativos o insultantes, envío de imágenes indeseadas, y utilización de la cuenta de la persona abusada sin permiso haciendo publicaciones que pueden dañar la integridad de la persona.
Abuso institucional	Se presenta tanto en las áreas públicas como privadas, por medio de leyes, normas, procedimientos o acciones, se busca causar algún tipo de abuso, negligencia y malestar a personas individuales o de forma colectiva.
Abuso económico	Patrón de comportamiento empleado para ganar y mantener poder y control, por medio del control de dinero, por lo que puede producirse con cualquier individuo, mayormente con la pareja o persona mayores.

Fuente: elaboración propia con datos de Rivera (2017)

## 2.6 Ciclo de violencia

Propuesto por la doctora Leonore Walker en 1989, el ciclo de la violencia es un proceso que inicia de forma sutil y muchas veces la víctima no será consciente del peso de la situación que está viviendo. Las fases son cíclicas, por ello el nombre de círculo, ya que siempre se viven las fases y se repiten, lo cual hace difícil la ruptura de este ciclo, por lo que, en una misma relación, el ciclo puede repetirse muchas veces y la duración de sus fases puede variar.

## 2.6.1 Ciclo de la agresión

Reilly (2007) refiere que se considera que un episodio de enojo consiste en tres fases: intensificación, explosión y post explosión, los cuales forman el ciclo de agresión.

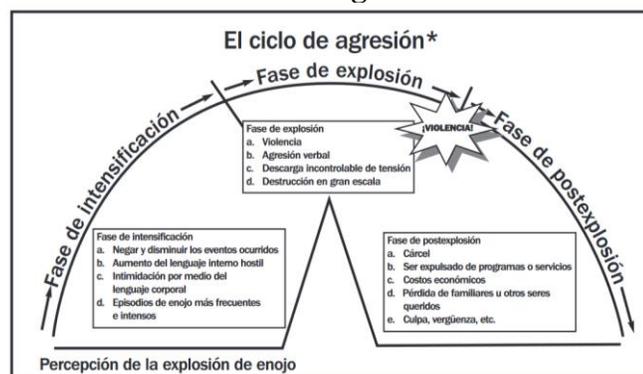
Menciona que la fase de intensificación se caracteriza por la identificación de señales que hacen saber que el enojo está iniciando, estas señales pueden ser emocionales, por pensamientos, fisiológicas o conductuales, siendo los eventos las situaciones que ocurren todos los días, estos eventos son considerados alertas de peligro, y generalmente son situaciones que son percibidas de forma única para cada persona y a las que particularmente es sensible, ya que se relacionan con eventos y actos del pasado.

Continuando en la fase de explosión se genera una descarga descontrolada de enojo que se presenta como agresión física o verbal, el cual conlleva consecuencias negativas. La intensidad del enojo es diferente para todos, ya que, una persona puede presentar más que otra a la conducta violenta, esta fase es considerada como la pérdida de control y al uso de la agresión física o verbal.

Y finalizando con la post explosión se caracteriza por todas las consecuencias negativas que resultan de la fase de explosión. Generalmente se tienen sentimientos de culpa, vergüenza y arrepentimiento.

**Imagen No.1**

### **Ciclo de agresión**



Fuente: El manejo del enojo. (Reilly 2007)

## 2.6.2 Ciclo de la violencia

El ciclo de la violencia hace referencia a las fases que describen el proceso de la violencia y explica por qué se le dificulta a las víctimas defenderse o actuar cuando la viven, y poderse alejar del agresor, se ha identificado que la violencia es cíclica y creciente, y conforme pasa el tiempo, se agudiza. Inicialmente descrito por la doctora Leonore Walker en 1989 fue compuesto por tres fases, a los cuales se han descubierto nuevos factores. (Cuervo, 2013)

Este autor hace referencia a estas fases como:

Primera fase: acumulación de tensión, se ve compuesta por violencia psicológica, verbal y económica, y las subcategorías son:

- Incertidumbre: los pensamientos repetitivos y constantes de la víctima que giran alrededor del temor que finalice la relación afectiva, ya que el agresor ha amenazado directa e indirectamente con abandonar la relación. Estas amenazas y temor se presentan por medio de cambios verbales y afectivas constantes del agresor, por lo que la víctima no sabe qué puede suceder.
- Detonante: son los actos, palabras y conductas, que siguen a la incertidumbre, se presentan como argumentos de la pareja como la razón que provoca la violencia, son la justificación que necesita el victimario para dar lugar a la agresión.
- Actos de Tensión: actos anteriores a la violencia física, al igual forman parte del castigo, ya que generan dolor a nivel emocional.

Continúa con datos para la segunda fase: episodio de agresión, se presenta la violencia física y/o sexual. Las subcategorías son:

- **Violencia:** acto que se imparte directamente a la víctima, cualquier acto que provocan dolor físico, siendo un castigo que “merece” la víctima, y en donde el agresor se ve obligado a enseñar una lección para que no se repita.
- **Defensa:** en ocasiones, la víctima no se atribuye el rol de sumisión ante el agresor, ya que puede responder a través de alguna forma violenta al momento de ser castigada.

Y finaliza con información referente a la tercera fase: luna de miel, está compuesta por la reconciliación, la promesas por parte del agresor que no volverá a ocurrir y la esperanza que habrá cambios, y las subcategorías son:

- **Reconciliación:** el agresor se muestra arrepentido por las acciones ante la otra persona y promete no repetir las, sin embargo, el agresor no logra cumplir y esto es porque desconoce la magnitud de sus actos, por lo que no sabe que es lo que debe cambiar.
- **Justificación:** la víctima cree que el agresor cambiará el comportamiento y cree que aprendió la lección, por lo que hace caso omiso a los actos violentos que fueron ejercidos ante ella, y en ocasiones se siente responsable por lo sucedido y los actos del agresor.
- **Aceptación:** aquí la víctima acepta lo que ocurrido como algo normal y le parece aceptable la violencia, ya que la ve como una estrategia funcional de resolución de conflictos, que luego se hace parte de las dinámicas de la familia.

También hace referencia que, tras estas fases, se da inicio a un nuevo ciclo, ya que la fase de luna de miel genera una falsa idea de solución, se generan nuevas tensiones en donde surge nuevamente la irritabilidad, frustración o incomodidades y se inicia un nuevo ciclo pasando por todas las fases anteriormente mencionadas. Es importante saber que cada vez que se repite el ciclo, cada fase tienden a ser más corta y la violencia es cada vez más intensa, y cada vez que se cierra un ciclo, se pierde la confianza propia.

Dicho lo anterior, se identifica una categoría adicional, colateral al círculo de violencia, siendo la dependencia, donde no permite que se rompa el ciclo, donde el punto es no perder al otro, ya que se genera gran temor ante el pensamiento de pérdida, y es por esa razón que se sigue permitiendo la violencia y las repeticiones.

También se puede apreciar una categoría extraordinaria el cual propone la posibilidad de romper con el ciclo, esta se presenta tras la realización que el agresor no cambiara y puede permanecer así durante toda la vida. (Cuervo, 2013)

### Imagen No.2

#### Ciclo de la violencia



Fuente: Suárez (2018)

## 2.7 Factores detonantes y de riesgo

La ira es conocida como una emoción básica y universal, ya que cumple funciones para la supervivencia humana tales como la reacción ante el peligro de defensa-ataque. Al igual, es importante saber que el experimentar ira es algo normal y necesario, sin embargo, cuando se experimenta frecuentemente o es desproporcional, se llegan a generar problemas nocivos para la persona.

Fernández (2018) comenta que la ira, siendo la máxima expresión del enojo, es una emoción que se presenta al encontrarse en situaciones que generan frustración, momentos desagradables o que atenten contra los valores y tranquilidad propia. Existen ciertas categorías de situaciones detonantes que pueden llegar a producir esta emoción: ante situaciones frustrantes o el obstáculo ante una meta, ya que se genera frustración que puede llegar a ser mal manejada, sumado a esto, las experiencias vividas en la niñez y juventud, al igual que las enseñanzas proporcionadas por los cuidadores primarios, esto definirá como se manejará la situación, por lo general aparece un brote de ira tras recordar estos hechos del pasado ante el manejo de situaciones similares.

También refiere que otro factor detonante es sentir la violación ante las normas y derechos propios, ya que se considera que se aprovechan de las normas sociales, por lo tanto, vulnerando los propios derechos, incluso se puede identificar un trato injusto. Si no se cumple con lo prometido, se puede presentar la ira, ya que se actúa o cumple con lo solicitado, y esto no se ve recompensado de la forma que se acordó o se está acostumbrado. Ante situaciones aversivas, en donde se experimentan situaciones desagradables, se activa la función de defensa o huida, por lo que se tiende a actuar de forma agresiva, buscando intimidar al oponente.

## 2.8 Características del adulto agresivo

La conducta agresiva generalmente es la reacción que se presenta ante una amenaza o cuando la persona se siente intimidada, si no se cuenta con esta reacción, no se podría actuar ante la presencia de un peligro real. Tomar en cuenta que esta es una forma de respuesta ante el ambiente, existiera o no una amenaza real.

Según Ramírez (2014), el adulto agresivo se puede clasificar en varias categorías:

Con padecimiento de trastornos psicológicos tales como el trastorno de la personalidad antisocial, con ideas paranoides, trastorno de personalidad límite y narcisista. Otro rasgo característico de las personas que caen en este rubro es que suelen ser impulsivas, se les dificulta planificar y no son pacientes, por lo que no les importa el daño emocional que pueden causar hacia otras personas.

Muestran la agresividad de forma planificada, incluso predatoria ya que se preparan para ser agresivos, por lo que el acto agresivo no se manifiesta a raíz de la percepción de amenaza.

Otra categoría que menciona este autor es la que puede englobar a las personas que tiene motivaciones ulteriores, son las personas que buscan tomar poder, o algo que no es propio, sin preocuparse por las consecuencias que se presenten en ese momento, estas personas suelen ser dictadores, abusadores, autoritarias, incluso líderes religiosos extremistas, son considerados personas que les atrae hacer daño.

También refiere que se encuentra el grupo de personas que aprendieron a portarse de forma violenta, utilizan esta conducta para obtener poder. Suelen ser irritables y explotan fácilmente, son susceptibles, y buscan convertir lo que viven en episodios catastróficos, y aunque la mayoría de las veces se arrepienten por sus acciones, se les dificulta de sobremanera el autocontrol. La manifestación de la agresión es espontáneo, ligado al estado emocional. Tienen problemas con la impulsividad y la comunicación, ya que suele estar acompañado de frustración, les desagrada este comportamiento, sin embargo, desconocen otra forma de actuar.

## 2.9 Consecuencias de la ira

Siendo el cuerpo el mayor narrador de las afecciones emocionales, se identifican consecuencias a raíz de vivenciar la ira. Estas emociones impulsivas pueden generar consecuencias a corto, mediano y largo plazo, afectando de diferentes formas el cuerpo. Todas las experiencias las asimila el cuerpo, por lo que la ira causa enfermedades.

Cuando las emociones están fuera de control se desequilibra el sistema inmunológico, por lo que las enfermedades relacionadas a la ira, la frustración y conflicto emocional no resuelto suelen ser bruxismo, gastritis, gingivitis, laringitis, artritis, tendinitis, apendicitis, etc. una de las mayores afecciones tiende a ser la artritis, inflamación, rigidez y dolor muscular, ya que se relaciona a la tensión manifestada durante el episodio de enfado, y a largo plazo se relaciona con sentimientos de pena, tristeza, encierro y mal manejo de ira. (Ramírez, 2014)

Dicho lo anterior, se ha identificado que al reprimir la ira, llevando la emoción hacia adentro del cuerpo, y no expresarlo, se convierte en una enfermedad, generando cálculos, alteración de la visión, bajas en el sistema inmune, incluso cáncer, ya que al vivenciar la ira y no expresarla se genera en grandes cantidades de ácidos que son producidos por el cortisol. Al igual se presentan enfermedades cardíacas, derrames cerebrales, ataques isquémicos y arterias carótidas, ya que nuevamente el cortisol se integra al torrente sanguíneo.

Ahora bien, si la ira se expresa o se libera, llega a convertirse en violencia, ya que se puede transformar en agresiones psicológicas y físicas, generando relaciones tóxicas basadas en rechazos, odio, rencor e injusticias.

Ramírez (2014) comenta que los órganos que se ven mayormente afectados suelen ser el hígado, ya que se encarga de filtrar la sangre y producir la bilis, cuando se manifiesta la ira, se eleva la acidez en la sangre, por lo tanto, se ve afectado el hígado. Ahora bien, la vesícula biliar se encarga de almacenar la bilis, líquido encargado de digerir las grasas, y se ha identificado que la sangre y la bilis están asociados a las emociones de la ira, por lo que, si estos se ven intoxicados, influye en el malfuncionamiento de estos órganos.

## Diagnóstico

El Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, [DSM 5] (2014), de la Asociación Americana de Psiquiatría (*American Psychiatric Association*, [APA]) contiene descripciones, síntomas y otros criterios para diagnosticar trastornos mentales ya que describe a detalle las características que se deben considerar para el adecuado análisis, y así proveer un diagnóstico acorde a las afecciones que presenta la persona que acude a un proceso terapéutico.

La ira y la agresividad son características emocionales que se presentan en una variedad seleccionada de trastornos mentales. Estas se pueden presentar como uno de los criterios principales o como un criterio asociado al diagnóstico, incluso, si no se llega a manejar o estabilizar las manifestaciones de la ira o la agresividad, estas se pueden agravar, generando así, casos que pueden llegar a ser problemas de atención clínica.

### 3.1 Diagnóstico y Características

A continuación, se presentarán según el DSM 5 (2014), algunos de los diagnósticos que engloban o caracterizan las manifestaciones de ira o agresividad, ya sea con sus inicios en la infancia, adolescencia o adultez, que refieren un malestar en el funcionamiento del adulto joven.

#### 3.1.1 Trastornos disruptivos del control de los impulsos y de la conducta

En este apartado se identifican trastornos que contienen entre los criterios principales la manifestación de la ira y la agresividad, incluyendo aquí problemas en el autocontrol del comportamiento y las emociones. Mientras que otros trastornos del DSM 5 (2014) pueden tratar sobre problemas de la regulación del comportamiento y las emociones, en este apartado por lo general los individuos violan los derechos de los demás o llevan al individuo a conflictos importantes frente a las normas de la sociedad o las figuras de autoridad.

**Tabla No. 11**

**Diagnóstico de trastornos mentales con manifestación de ira, parte I**

<p>313.81 (F91.3) Trastorno Negativista Desafiante</p>	<p>Trastorno que se presenta en niños y se caracteriza por un comportamiento desafiante y desobediente ante las figuras de autoridad. La característica principal es un patrón frecuente y persistente de enfado e irritabilidad y discusiones y actitudes desafiantes o vengativas. Los síntomas del trastorno son más evidentes en las interacciones con adultos o compañeros a los que el individuo conoce bien. Los síntomas del trastorno forman parte de un patrón de interacciones problemáticas con otros, los individuos con este trastorno no suelen considerarse ellos mismos como enfadados, negativistas o desafiantes, justifican su comportamiento como respuesta a circunstancias o exigencias poco razonables. Presentan un mayor riesgo de problemas de adaptación como adultos, como conducta antisocial, problemas de control de los impulsos, abuso de sustancias, ansiedad y depresión.</p>
<p>312.34 (F63.81) Trastorno Explosivo Intermitente</p>	<p>Es la presencia de episodios repentinos y repetidos de conductas impulsivas, agresivas y violentas o arrebatos verbales agresivos en los que reacciona con demasiada exageración para la situación y la persona que lo sufre tiene dificultad para manejar adecuadamente y controlar la agresividad. Los arrebatos agresivos impulsivos presentan un inicio rápido, suelen durar menos de 30 minutos y se producen frecuentemente como respuesta a una pequeña provocación por parte de un amigo íntimo o una persona cercana. Los arrebatos agresivos son generalmente impulsivos o basados en la ira, y se asocian con un significativo malestar o deterioro en el funcionamiento psicosocial. El trastorno explosivo intermitente es más prevalente en las personas jóvenes, menores de 35-40 años.</p>
<p>Trastorno de la conducta</p>	<p>Es un trastorno del comportamiento, algunas veces diagnosticado en la infancia, que se caracteriza por comportamientos antisociales que violan los derechos de otros y los estándares y reglas sociales apropiados a la edad. La principal característica del trastorno de conducta es un patrón de comportamiento persistente y repetitivo en el que no se respetan los derechos básicos de otros, ni las normas o reglas sociales propias de la edad. Estos comportamientos se clasifican en cuatro grupos principales: conducta agresiva que causa o amenaza con daño físico a otras personas o animales; conducta no agresiva que causa daño o destrucción de la propiedad; engaño o robo, y transgresión grave de las normas. Los individuos con trastorno de</p>

	<p>conducta inician un comportamiento agresivo y reaccionan violentamente ante otras personas. Pueden tener un comportamiento de acoso, amenaza o intimidación a menudo empiezan peleas, utilizan armas que pueden causar heridas graves a terceros, ejercen la crueldad física contra personas o animales, han robado enfrentándose a una víctima o han violado sexualmente a alguien. La violencia física puede tomar la forma de violación, asalto o, rara vez, homicidio.</p> <p>El inicio del trastorno de conducta puede producirse ya en los años preescolares, aunque los primeros síntomas significativos aparecen durante el período la infancia media a la adolescencia media y puede ser diagnosticado en adultos. En la mayoría de los individuos, el trastorno remite en la edad adulta. De adultos tienen riesgo de presentar trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad, trastorno de estrés postraumático, trastornos del control de los impulsos, trastornos psicóticos, trastorno de síntomas somáticos y trastornos relacionados con el consumo de sustancias.</p>
--	--

Fuente: elaboración propia con datos de American Psychiatric Association (2014)

### 3.1.2 Trastornos de la Personalidad

Otra categoría de gran peso con la manifestación de ira y agresividad son los trastornos de personalidad ya que un trastorno de la personalidad es un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto; se trata de un fenómeno generalizado y poco flexible, estable en el tiempo, que tiene su inicio en la adolescencia o en la edad adulta temprana y que da lugar a un malestar o deterioro. (American Psychiatric Association, 2014)

Con lo antes mencionado, los individuos con estos trastornos suelen mostrarse raros o excéntricos, exageradamente dramáticos, emocionales o erráticas:

**Tabla No. 12**

**Diagnóstico de trastornos mentales con manifestación de ira, parte II**

301.0 (F60.0)	Es un patrón de desconfianza y suspicacia, de manera que se interpretan las intenciones de los demás como malévolas. Los individuos con este trastorno
Trastorno de la	

<p>Personalidad Paranoide</p>	<p>constante tienen rencores y no están dispuestos a perdonar los insultos, las lesiones o los desprecios que creen haber recibido. Incluso los pequeños desprecios despiertan gran hostilidad, y los sentimientos hostiles perduran durante mucho tiempo. Debido a que están constantemente pendientes de las malas intenciones de los demás, sienten muy a menudo que se ataca su carácter o su reputación o que se les ha menospreciado de alguna manera. Son rápidos para contraatacar y reaccionan con ira a los insultos que reciben.</p> <p>Los individuos son generalmente difíciles de llevar y con frecuencia tienen problemas en sus relaciones cercanas. Su suspicacia y hostilidad excesivas se pueden expresar discutiéndolo todo abiertamente, mediante quejas recurrentes o con una actitud distante y aparentemente hostil. A pesar de que puede parecer que son objetivos, racionales y no emocionales, muestran más a menudo un espectro de afectos lábiles, en los que predominan las expresiones hostiles, obstinadas y sarcásticas. Su carácter combativo y suspicaz puede provocar una respuesta hostil en los demás.</p>
<p>301.3 (F60.2) Trastorno de la Personalidad Antisocial</p>	<p>Patrón de desprecio y violación de los derechos de los demás. La característica esencial es un patrón general de desprecio y de violación de los derechos de los demás que comienza en la infancia o en la adolescencia temprana y que continúa en la edad adulta. Tienden a ser irritables y agresivos, y pueden involucrarse en peleas o cometer actos de violencia física. Con frecuencia carecen de empatía y tienden a ser crueles, cínicos y despectivos con los sentimientos, derechos y sufrimientos de los demás. Estos individuos también pueden ser irresponsables y explotadores en sus relaciones sexuales y de pareja. Por definición, la personalidad antisocial no puede ser diagnosticada antes de los 18 años.</p>
<p>301.83 (F60.3) Trastorno de la personalidad Límite</p>	<p>Patrón de inestabilidad de las relaciones interpersonales, de la imagen de sí mismo y de los afectos, con una impulsividad marcada. Estos individuos son muy sensibles a las circunstancias ambientales, experimentan un miedo intenso al abandono e ira inapropiada incluso cuando se enfrentan con una separación real de tiempo limitado o cuando se producen cambios inevitables en los planes. El estado de ánimo disfórico habitual se ve interrumpido por períodos de ira, pánico o desesperación y rara vez se alivian con momentos de bienestar o satisfacción. Además, expresan de manera inapropiada e intensa la ira y tienen gran dificultad para controlarla. Suelen manifestarse muy sarcásticamente, con resentimientos duraderos y explosiones</p>

	<p>verbales. Sienten ira a menudo provocada cuando perciben que un cuidador o amante es negligente, distante, indiferente o que tiene intención de abandonarles. Tales expresiones de ira desembocan en sentimientos de vergüenza y culpa, que a su vez contribuyen a reforzar el pensamiento de que son malos.</p>
--	---

Fuente: elaboración propia con datos American Psychiatric Association (2014)

### 3.1.3 Otros trastornos que presentan las manifestaciones de ira y agresividad

Según DSM-5 (2014), pero en menor medida o como un apoyo al diagnóstico son:

**Tabla No. 13**

**Diagnóstico de trastornos mentales con manifestación de ira, parte III**

<p>Trastorno por Déficit de Atención Hiperactividad</p>	<p>Trastorno crónico caracterizado por la dificultad para prestar atención, hiperactividad e impulsividad. Los síntomas no son sólo una manifestación del comportamiento de oposición, desafío, hostilidad o fracaso en la comprensión de tareas o instrucciones, al igual, muestran baja tolerancia a la frustración, irritabilidad y labilidad del estado de ánimo.</p>
<p>297.1 (F22) Trastorno Delirante</p>	<p>Es un trastorno psicótico que se caracteriza por la presencia de una o más ideas delirantes sin que se produzca otra patología significativa. Las creencias delirantes pueden tener como consecuencia problemas sociales, conyugales o laborales. El enfado y el comportamiento violento pueden aparecer en los subtipos persecutorio, celotípico y erotomaníaco.</p>
<p>295.90 (F20.9) Esquizofrenia</p>	<p>Trastorno que afecta la capacidad de una persona para pensar, sentir y comportarse de manera lúcida. La hostilidad y agresión pueden asociarse a la esquizofrenia, aunque las agresiones espontáneas o inesperadas son poco comunes. La agresión es más frecuente en los varones jóvenes y en los individuos con antecedentes de violencia, falta de cumplimiento terapéutico, abuso de sustancias e impulsividad.</p>
<p>Trastorno Bipolar I</p>	<p>Es una enfermedad psiquiátrica crónica (a largo plazo) y debilitante que se caracteriza por episodios repetidos de manía y depresión, o una mezcla de ambos. Algunos pacientes pueden ponerse agresivos y expresar amenazas físicas; si están delirantes, pueden atacar físicamente a otras personas o</p>

	suicidarse. El estado de ánimo puede variar muy rápidamente hacia el enfado o hacia la depresión.
296.99 (F34.8) Trastorno de Desregulación Disruptiva del Estado de Ánimo	Hace referencia a una perturbación del estado de ánimo mostrándose manifestaciones de irritabilidad crónica y estadios de humor desproporcionados en comparación con la situación. Este se diagnostica en niños de 6 a 18 años. El rasgo central es irritabilidad crónica, grave y persistente. Esta tiene dos manifestaciones clínicas relevantes, la primera son los accesos de cólera frecuentes. Estos accesos ocurren típicamente en respuesta a la frustración y pueden ser verbales o conductuales (lo último en forma de agresividad contra objetos, uno mismo y otras personas). La segunda manifestación consiste en un estado de ánimo persistentemente irritable o de enfado crónico entre los graves accesos de cólera. Este estado de ánimo irritable o enfadado deber ser característico del niño.
625.4 (N94.3) Trastorno Disfórico Premenstrual	Es una afección en la cual una mujer tiene síntomas de depresión graves, irritabilidad y tensión antes de la menstruación. Los síntomas son más intensos que los que se observan con el síndrome premenstrual. Los síntomas manifestados son irritabilidad intensa, o enfado, o aumento de los conflictos interpersonales.
309.81 (F43.10) Trastorno de Estrés Postraumático	Se caracteriza por la imposibilidad de recuperarse después de experimentar o presenciar un evento atemorizante. Aparece un estado de ánimo persistentemente negativo (miedo, horror, ira, culpa, vergüenza) que se inicia o empeora después de la exposición al evento. Los individuos pueden estar irritables e incluso pueden emplear conductas agresivas verbales y/o físicas con poca o ninguna provocación.
308.3 (F43.0) Trastorno de Estrés Agudo	Se caracteriza por la aparición de un conjunto de síntomas de ansiedad que tienen lugar después de la exposición a un acontecimiento altamente traumático, las alteraciones duran más de dos días, hasta un máximo de cuatro semanas y aparecen el primer mes, desde que se presenta el evento traumático. Puede variar según la persona, normalmente implica una respuesta de ansiedad que incluye alguna forma de revivir el suceso traumático. En otros individuos puede haber una intensa respuesta de ira en la que la reactividad que se caracteriza por irritabilidad o por respuestas posiblemente agresivas. Estos

	individuos pueden estar irritables e incluso pueden presentar comportamientos de agresión verbal y/o física ante la más pequeña provocación.
Intoxicación por Alcohol	Trastorno del comportamiento o la función mental durante o después del consumo de alcohol. La característica esencial es la presencia de cambios de comportamiento o psicológicos problemáticos clínicamente significativos (comportamiento sexual inapropiado o agresivo, labilidad emocional, deterioro del juicio, deterioro de la actividad social o laboral) que se desarrollan durante o poco tiempo después de la ingesta de alcohol.
292.0 (F12.288) Abstinencia de Cannabis	Es la reacción que se origina en el organismo cuando un consumidor adicto a esta sustancia deja de tomarla de forma brusca. La característica esencial es la presencia de un síndrome de abstinencia que se desarrolla después del cese o la reducción considerable del consumo prolongado e intenso de cannabis. Los síntomas pueden ser: Irritabilidad, rabia o agresividad.
Trastorno por Consumo de Fenciclidina	Las características asociadas que apoyan el diagnóstico mencionan que puede precipitar comportamientos violentos, puesto que las personas intoxicadas pueden creer que están siendo atacadas.
Intoxicación por Inhalantes	Refieren comportamiento problemático o cambios psicológicos clínicamente significativos (belicosidad, agresividad, apatía, juicio alterado) que aparecen durante o poco después del consumo de inhalantes.
292.0 (F17.203) Abstinencia de Tabaco	Cese brusco o reducción de la cantidad de tabaco consumido, seguido en las 24 horas por algunos de los signos o síntomas tales como irritabilidad, frustración o rabia. Los picos se producen a los 2-3 días después de la abstinencia y tiene una duración de 2-3 semanas.
Delirium	Alteración grave de las capacidades mentales que resulta en pensamientos confusos y una consciencia reducida del entorno. El individuo puede presentar alteraciones emocionales, como ansiedad, temor, depresión, irritabilidad, enfado, euforia o apatía.
Trastorno neurocognitivo mayor o leve	Debido a la enfermedad de Alzheimer. Se produce un deterioro cognitivo progresivo. Son comunes los síntomas psicóticos, la irritabilidad, la agitación, la agresividad y la deambulación sin objetivo.

Fuente: elaboración propia con datos American Psychiatric Association (2014)

No es mandatorio que el ser humano este encasillado en uno de los antes mencionados trastornos, sin embargo, si las manifestaciones de ira y agresividad no se llegasen a controlar, esto puede desplazarse a otros ámbitos o problemas que pueden ser objeto de atención clínica, en donde se puede mencionar:

Problemas de relación (problemas relacionados con la educación familiar, otros problemas relacionados con el grupo de apoyo primario); maltrato y negligencia (maltrato infantil y problemas de negligencia, abuso sexual, negligencia infantil, maltrato psicológico infantil, maltrato del adulto y problemas de negligencia); problemas educativos y laborales (problemas educativos, problemas laborales); problemas de vivienda y económicos (problemas de vivienda, problemas económicos); otros problemas relacionados con el entorno social; problemas relacionados con delincuencia o interacción con el sistema legal; Otros encuentros con los servicios sanitarios para asesoramiento y consejo médico; problemas relacionados con otras circunstancias psicosociales, personales o ambientales; otras circunstancias de la historia personal (problemas relacionados con el acceso a la asistencia médica y otra asistencia sanitaria, incumplimiento del tratamiento médico). (American Psychiatric Association, 2014)

# Terapia Cognitiva Conductual

## 4.1 Antecedentes de la Terapia Cognitiva Conductual

La terapia cognitiva conductual tiene una vasta historia, como menciona Oblitas (2008), señala que Wundt estudió las experiencias privadas de la persona ya que fue uno de los temas más importantes de los orígenes de la psicología científica, a partir de la segunda mitad del siglo XX, se manifiesta lo que se han denominado la revolución cognitiva, con el reconocimiento de los procesos internos y la posibilidad del estudio científico.

Este autor menciona que la filosofía griega que han impulsado la terapia cognitiva conductual desde los años 60, sobre todo la socrática y epicúrea, es el conductismo mediacional con autores como Tolman (conducta positiva), Cautela (operantes encubiertas) y Bandura (aprendizaje social), los estudios de la psicología experimental y social sobre atención, memoria y percepción, los cuales mostraron cómo estos procesos psicológicos median la conducta humana, el desarrollo de la psicología clínica con la ampliación de campo de investigación, el surgimiento de nuevos problemas y la necesidad.

Dicho lo anterior, surgen en esta época tres nuevas escuelas en Estados Unidos, la escuela Gestalt, el conductismo y el funcionalismo, los cuales contaban con dos objetivos principales, eliminar las otras escuelas y aportar a la psicología americana una base científica firme. De las tres escuelas, el funcionalismo contó con mejor organización, por lo que los practicantes desisten el uso de la introspección y utilizan la observación de los contenidos de la mente activa abordando tareas del día al día.

Luego, a finales de los cincuenta, la psicología en general se ve refrescada por tres atribuciones, las cuales permitieron el apareamiento de modelos que consideraban el pensamiento como eje principal del cambio, siendo una la computadora, la segunda es la aportación de la lingüística y la tercera es ofrecida por Jean Piaget, quien investigó el desarrollo de las estructuras y los procesos de aprendizaje del ser humano.

Con respecto a lo antes mencionado, aparece la psicología cognitiva, en donde se retoman los procesos de pensamiento del individuo, dándole importancia al individuo como ser activo capaz de influir en su propia realidad. Ahora bien, el conductismo fue poco duradero ya que no logró remediar varios problemas mentales de la época, ya que dejó de lado los pensamientos, el lenguaje y las emociones.

A raíz de esto, Ellis en 1962 escribe “Razón y emoción en psicoterapia”, y Beck en 1963 escribe “*Thinking and depression*”, los cuales son los escritos más importantes en el levantamiento de la terapia cognitivo-conductual, en los años 70 se publican los primeros manuales sobre las terapias cognitivos conductuales.

## 4.2 Fundamentos

Se considera que la terapia cognitivo-conductual se basan en siete elementos según Oblitas (2008):

1. Las personas responden a las representaciones cognitivas de eventos ambientales más que los eventos como tal.
2. El aprendizaje está mediado cognitivamente.
3. La cognición media la disfunción emocional y conductual.
4. Algunas formas de cognición pueden ser monitorizadas.
5. Algunas formas de cognición pueden ser alteradas.
6. Alterando la cognición se pueden cambiar patrones disfuncionales, emocionales y conductuales.
7. Ambos métodos de cambio terapéutico, cognitivo y conductual son deseables y deben ser integrados en la intervención.

Continuando con los factores anteriores, ciertas características son las variables cognitivas ya que son importantes mecanismos causales, fundamentales en la constelación de los procesos que provocan el comienzo y curso de un trastorno. Alguno de los métodos y técnicas de la intervención

se dirigen en forma específica a objetivos cognitivos. Se realiza un análisis de las variables del trastorno, en particular de las cognitivas.

Dicho lo anterior, la unión cognitivo-conductual emplean tácticas terapéuticas tanto cognitivas como conductuales. Se hace énfasis en la verificación empírica, por medio de la investigación diseñada para definir la eficacia de los procedimientos terapéuticos, y dentro de la actual terapia utilizando la evaluación objetiva para identificar el progreso terapéutico. Las terapias son de tiempo limitado. El paciente y el terapeuta crean una alianza de trabajo para sanar el pensamiento y conducta disfuncional. Los terapeutas cognitivo-conductuales son activos y directivos. La terapia cognitivo-conductual es educacional.

El enfoque cognitivo-conductual plantea que la realidad que vive la persona es a partir de la propia individualidad, el alcance o deseo de percepción de estímulos y toda la información que está mediada por patrones desarrollados a lo largo de la vida, siendo independientes de las situaciones exteriores, las cuales pueden influir, pero no definir la respuesta final.

La propuesta psicopatológica menciona que la forma en cómo se percibe o interpreta el medio, puede ser el creador de la mala adaptación o del estrés, el cual puede llevar a formar malestares o empeorar síntomas ya existentes, por lo que se utiliza la cognición como herramienta para modificar conductas, pensamientos y emociones que no están permitiendo resolver los problemas presentados. Por esta razón, se desarrollan las terapias cognitivo-conductuales, las cuales la conforman distintas propuestas que tiene reglas en común, principalmente el interés de cómo las personas organizan la forma de pensar y como se determinará la emoción, conducta y otros pensamientos.

### 4.3 Evaluación

La selección apropiada y específica para la evaluación del adulto joven es difícil ya que la existencia de instrumentos específicos para la evaluación de la ira no ha crecido, por lo que en la mayoría de las ocasiones se eligen instrumentos diseñados para otro fin. Al igual, la elección de

instrumentos que evalúen la ira debe ir acompañado de una entrevista adecuadas, información precisa tal como la edad, nivel cultural, nivel académico y el contexto específico en el que se manifiesta la ira.

Carroasco (2006) menciona que para la evaluación de la ira, se recomienda el uso de varias técnicas e instrumentos:

**Tabla No. 14**

**Técnicas e instrumentos de evaluación**

Archivos y fichas	Esta información está libre de sesgos, a diferencia de la evaluación directa, no es una medida diseñada con el propósito de evaluar la ira, por lo que la información extraída le suele faltar precisión ante este tema.
Técnicas de observación	<p>Permite una evaluación directa de la conducta en situaciones naturales. Algunas escalas de observación son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Inventario de Agitación de Cohen Mansfield (CMAI; Cohen-Mansfield, Marx y Rosenthal, 1989) consta de 29 conductas agrupadas en tres dimensiones: conductas agresivas, no agresivas físicamente y conductas verbales agitadas.</li> <li>• La Escala Modificada de Agresión para Pacientes Ambulatorios (OAS-M; Coccaro et al., 1991) evalúa la frecuencia y severidad de conductas agresivas, referidos a tres dimensiones: agresividad, irritabilidad y suicidio.</li> <li>• Sistema de Observación SOC-III de Interacciones familiares (Cerezo, Keesler, Dunn y Wahler, 1991). Es un sistema de observación directa que mide problemas de relación y agresión en niños de 3 a 12 años.</li> </ul>
Informes verbales	Puede ser proporcionada por el paciente o por otras personas cercanas tales como familiares, compañeros, conocidos, etc. Permiten conocer contenido íntimo, en especial emocionales y cognitivos. Un inconveniente es la posible manipulación de la respuesta.
Entrevistas	<p>Las entrevistas pueden ser estructuradas y no estructuradas, algunos funcionales para identificar la ira en adultos, sin embargo, no son diseñadas específicamente para la evaluación de la ira son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Entrevista Clínica Estructurada para el DSM-IV (SCID-IV; First, Spitzer, Gibbon y Williams, 1997).</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entrevista Clínica Estructurada para los trastornos del Eje I del DSM-IV (SCID-I; First, Spitzer, Gibbon y Williams, 1997).</li> <li>• Entrevista de Diagnóstico Internacional Compuesta (CIDI; Organización Mundial de la Salud, 1993).</li> <li>• Historia Vital de Agresión (LHA; Life History of Aggression, Coccaro, Berman y Kavoussi, 1997), evalúan cuatro dimensiones: Agresión, consecuencias sociales de la agresión, conducta antisocial y agresión autodirigida.</li> </ul>
<p>Autoinformes y cuestionarios específicos</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inventario de Expresión de Ira Estado Rasgo (STAXI; Spielberger, 1999) para evaluar la ira en adolescentes y adultos. Evalúa: ira estado (sentimiento, expresión verbal y expresión física); ira rasgo (temperamento de ira y reacción de ira); y afrontamiento (expresión interna, expresión externa, control externo y control interno). Además, proporciona un índice de expresión global de la ira.</li> <li>• Batería de Socialización (BAS; Silva y Martorell, 1987). Evalúa diferentes conductas antisociales relativas a la transgresión de normas, vandalismo y otros comportamientos sociales que se agrupan en diferentes dimensiones.</li> <li>• Test Evaluativo Multifactorial de Adaptación Infantil (TAMAI; Hernández, 1990). Diseñado para evaluar la inadaptación personal, social, escolar y familia, así como las actitudes educadoras de los padres desde los 8 hasta los 18 años.</li> <li>• Cuestionario de Agresión (AQ; Buss y Perry, 1992). diseñado para adultos (18-20 años), evalúa cuatro escalas: agresión física, agresión verbal, ira y hostilidad.</li> <li>• Escala de Actitudes Criminales hacia la Violencia (CAVS; Polaschek, Collie y Walkey, 2004). Predice del comportamiento futuro violento, herramienta para identificar actitudes y creencias susceptibles de ser modificadas en una intervención.</li> <li>• Escala de Tácticas de Conflicto (CTS-II; Straus, Hamby, Boney-McCoy y Sugarman, 1996). Evalúa la violencia intrafamiliar, conflictos interpersonales violentos y no violentos entre los miembros de la pareja.</li> </ul>
<p>Test de personalidad</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inventario de Personalidad Multifásico de Minesota (MMPI-II; Hathaway y Mckinley, 1999), contiene diferentes escalas relacionadas con la conducta agresiva: una escala clínica básica, Desviación psicopática (Pd), una suplementaria, escala O-H de Hostilidad excesivamente controlada, y dos escalas de contenido, la escala ANG de Hostilidad (problemas con el control de la ira) y la escala de conductas antisociales.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El Inventario de Personalidad de Millon (MCMI-II; Millon, 1987), estas escalas, se relacionan con la conducta agresiva específicamente, los desórdenes de personalidad Antisocial, Agresivo-sádico, Pasivoagresivo y la personalidad Narcisista y la Autodestructiva/Masoquista.</li> <li>• Escala de Psicoticismo de Eysenck, mide la dimensión de psicoticismo evaluando si es una predisposición o tendencia a ésta.</li> <li>• Listado de Características de la Psicopatía de Hare (PCL-R; 1991, 2003), mide la psicopatía, es una escala heteroaplicada, cuyo contenido refiere a tres facetas de la psicopatía: interpersonal, afectiva y estilo de vida.</li> </ul>
Listados de conducta	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Para adultos, el listado el Listado de síntomas SCL-90-R (Derogatis, 1983. Adaptado al castellano por González de Rivera et cols., 2002) Cuestionario multidimensional, autoaplicado, existe una escala de Hostilidad, vinculada a la conducta agresiva.</li> </ul>
Técnicas Proyectivas	<p>Estas técnicas requieren una formación específica para la interpretación y contienen un grado subjetividad.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Test de la familia (Corman, 1967), la Figura Humana (Machover, 1949; Koppitz, 1991), Test del árbol (Koch, 1962) o Test de la Casa árbol y persona (HTP, Buck, 1948), identifican posibles manifestaciones agresivas: ojos bizcos, dientes, brazos largos, manos grandes, figura desnuda o aparición de genitales, especial énfasis en el rostro, ojos grandes, cuellos cortos, agujeros en la nariz, dedos alargados y en forma de punta, más de cinco dedos.</li> <li>• Test de Rorschach (Rorschach, 1921), los indicadores se encuentran en las respuestas de WS y las respuestas S de espacio en blanco, que implican la existencia de cierta carga de agresividad o de energía de la tensión agresiva.</li> <li>• Test de Apercepción Temática (TAT, Murray, 1973, 1996), las láminas que identifican agresividad son, 8BM, 12M, 13MF, 15, 18BM, 18GF. Los motivos, tendencias y sentimientos agresivos del protagonista pueden evaluarse, mediante las láminas 14, 8 y 4. Las presiones agresivas del ambiente o las fuerzas del ambiente del protagonista, relacionadas con la agresión, láminas 10, 11, 12 y 2.</li> </ul>

Fuente: elaboración propia con datos de Carroasco (2006)

#### 4.4 Terapia y farmacología

La *American Academy of Pediatrics* (2016) comenta que muchos problemas psicológicos se tratan comúnmente con medicamentos y cuando las manifestaciones de ira son severas, se puede combinar la terapia con el uso de fármacos ya que las explosiones de ira pueden causar daño severo a la persona que lo manifiesta, y a terceros. Algunos de los fármacos que pueden ser recetados por un médico certificado son:

- Agentes antipsicóticos atípicos: risperidona (Risperdal), aripiprazolea (Abilify), olanzapina (Zyprexa), quetiapina (Seroquel), ziprasidona (Geodon)
- Agonistas de alfa 2: clonidina (Catapres, Kapvay), guanfacina (Tenex, Intuniv)
- Estabilizadores de humor y antiespasmódicos: valproico ácido (Depakene, Depakote), levetiracetam (Keppra), topiramato (Topamax)
- ISRS (inhibidor selectivo de la recaptación de la serotonina): fluoxetina (Prozac), fluvoxamina (Luvox), citalopram (Celexa), escitalopram (Lexapro), paroxetina (Paxil), sertralina (Zoloft)
- Betabloqueadores: propranolol (Inderal), nadolol (Corgard), metoprolol (Lopressor), pindolol (Visken).

#### 4.5 Eficiencia de la terapia Cognitiva Conductual en el manejo de la ira

El comité de la División 12 de la *American Psychiatric Association* (1993) creó una lista de tratamientos psicológicos. Esta lista incluía 67 tratamientos para 33 trastornos distintos, y el 85% de dichos tratamientos pertenecían a la perspectiva cognitivo-conductual.

Hecha esta salvedad, esta corriente trabaja en varios planos del funcionamiento humano, por medio de técnicas de repetición, educación, estructura y debate, se logra una apertura genuina del paciente ante los problemas de ira que presenta, logrando un cambio de visión y actitud, así logrando la disminución del estrés en general y mejorando las relaciones interpersonales. Lastimosamente no se cuenta con estadísticas específicas para identificar los porcentajes de

mejoramiento y tiempo en que se logró este cambio, ya que depende del funcionamiento, apertura y aceptación de la persona que acude a un proceso de terapia.

A pesar de lo antes mencionado, se puede identificar que en la mayoría de las ocasiones, tras un proceso de terapia cognitiva conductual, los pacientes han muestran niveles reducidos de manifestaciones de ira y elevación de habilidades englobadas como positivas y de bienestar.

#### 4.6 Técnicas

La terapia cognitiva-conductual cuenta con una amplia gama de técnicas aplicables a diferentes afecciones psicológicas ya que su aplicación se considera de gran eficacia y valor para el bienestar del paciente ya que son de gran utilidad para combatir pensamientos nocivos y dañinos. Según estudios realizados, se pueden mencionar los siguientes, Ruiz (2013):

**Tabla No. 15**

**Técnicas de terapia Cognitiva-Conductual aplicables al control de Ira**

Técnicas de discusión: análisis y evaluación lógica, reducción al absurdo, análisis y evaluación empírica, contradicción con el valor apreciado, apelar a consecuencias negativas, apelar a consecuencias positivas.	Técnicas basadas en imaginación: parada de imágenes, repetición continuada, proyección temporal, imaginar metáforas, parada de imagen catastrófica, imaginación inducida, repetición de metas, imaginación positiva, imaginación como estrategia de <i>coping</i> .
Distracción cognitiva.	Inversión en el rol racional.
Ensayo de conducta.	Ejercicio de ataques de vergüenza.
Inducción de colera.	Autorregistros.
Refuerzo y castigo.	Proselitismo racional.
Entrenamiento en habilidades sociales.	Debatir grabaciones.
Entrenamiento en solución de problemas.	Entrenamiento en auto instrucción.

Imaginación Racional Emotiva.	Técnicas de control de estímulos: relajación, exposición graduada, control de respiración, entrenamiento asertivo.
Detectar temas comunes en los pensamientos automáticos.	Entrenamiento en inoculación de estrés.
Análisis de ventajas e inconvenientes del cambio de esquema.	Entrenamiento en auto instrucciones.
Técnicas de conceptualización alternativa.	Búsqueda de reglas de inferencia “si...entonces”.
Plantear situaciones hipotéticas.	Perspectiva histórica.
Reconocimiento de un continuo.	Registro de datos positivos.
Establecer criterios de cambio.	Promover una nueva imagen.
Solicitar apoyo social y consenso.	Confrontar con el pasado.
Detectar los debería y tendría.	Técnicas de retribución.
Hablar de los sentimientos.	Análisis de responsabilidad.
La flecha descendiente.	Técnicas emotivas.

Fuente: elaboración propia con datos de Ruiz (2013)

#### 4.7 Plan terapéutico

Nezu (2006) menciona que al trabajar con pacientes que tiene problemas de ira se busca la reducción de la frecuencia e intensidad de los episodios de ira e incrementar habilidades de afrontamiento, por lo que se sugiere:

- La disminución de la activación fisiológica elevada.
- Reducción de distorsiones cognitivas.
- Mejorar las habilidades interpersonales.

**Tabla No. 16**

**Ejemplo de plan terapéutico parte I**

Disminución de la activación fisiológica elevada	
Se utilizan intervenciones diseñadas para abordar la problemática y entrenar al paciente para reducir la activación emocional al mismo tiempo que aumenta la sensación de calma y control fisiológico cuando se presentan los detonantes.	
Entrenamiento de relajación	Enfoque que abarca estrategias de manejo de estrés dirigido a la reducción de los síntomas fisiológicos elevados del paciente. Al igual, busca sustituir con una nueva respuesta condicionada, la respuesta condicionada detonante. Una de las técnicas más efectivas es la relajación progresiva muscular, entrenamiento autogénico y la visualización.
Exposición	Busca extinguir una respuesta condicionada del ánimo a estímulos relevantes. Esta técnica es eficaz ya que activa desviaciones automáticas durante un periodo extenso y así producir efecto de habituación y reduce el vínculo automático entre un estímulo determinado y la percepción de amenaza.
Meditación de ampliación de conciencia	Fomenta la identificación y comprensión de la presencia de respuesta internas de la ira. Afinan la capacidad de autosupervisión de los detonantes, manteniendo la atención en el tiempo presente.
Reducción de distorsiones cognitivas	
La ira opera en las cogniciones y distorsiones disfuncionales que buscan culpar a los demás, al igual aparecen sentimientos de injusticia y suspicacia. Cuando existen estas ideas, el cambio de cognición sirve para aumentar la motivación y reducir la ira.	
Reestructuración cognitiva	Busca ayudar a la identificación de pensamientos desadaptativos y que luego se modifiquen. Se pide que reconozca patrones negativos automáticos con relación a detonantes situacionales, luego se enseña al paciente a evaluar qué tan verídicos son las ideas o pensamientos al identificar el empleo de varios errores cognitivos, finalizando con la sustitución de las cogniciones desadaptativas con otras adaptativas.
Terapia de resolución de problemas	Impulsa la capacidad de afrontamiento general al encontrarse en situaciones estresantes. Implica cambiar los factores cognitivos que afectan de forma negativa la orientación del problema o la visión general de los problemas y la autoevaluación de las propias capacidades para resolver los problemas.

Habilidad para perdonar	Importante para la reducción de la ira ya que los pensamientos de ira generalmente se centran en ofensas que le infligieron, aunque las personas experimenten dificultad para perdonar debido a creencias en mitos comunes. Varios estudios apoyan la importancia de incorporar el perdón para la reducción de la ira.
Humor	Suelen utilizarse una serie de historias, lemas, parábolas, chistes, poemas y aforismos.

Fuente: elaboración propia con datos de Nezu (2006)

**Tabla No. 17**

**Ejemplo de plan terapéutico parte II**

Mejorar las habilidades interpersonales	
Los pacientes con problemas de ira no cuentan con habilidades interpersonales adecuadas para resolver los problemas con eficiencia, por lo que se les debe educar y proveer herramientas para el adecuado manejo de la manifestación de la ira.	
<i>Role play</i>	Practica de conductas y establecimiento de debates con el terapeuta que permiten incrementar la competencia y habilidad para abordar una situación.
Habilidades de comunicación	Incorpora la empatía, escucha con atención, contacto visual y aprender a expresarse con claridad las necesidades y peticiones.
Habilidades de asertividad	Se busca enseñar a identificar deficiencias conductuales específicas, ensayar comportamientos asertivos adecuados y a aplicarlos a situaciones de la vida diaria.
Terapia de resolución de problemas	Busca mejorar la forma de cómo se resuelven los problemas diarios. Define el problema con claridad y precisión, idea diferentes soluciones para los problemas, tomar decisiones de forma eficaz, y disminuye las respuestas evasivas o impulsivas.
Habilidades de manejo de conflicto	Se aprende un proceso de negociación, intercambio o compromiso, en donde cada parte obtenga una ganancia parcial respecto a la meta. Al igual, se enseñan contratos conductuales para que aprenda a asumir responsabilidad por sus comportamientos y a seguir un plan de acción ya negociado.
Habilidades sociales	Enseña habilidades para manejar la ira de forma eficaz en situaciones sociales. Abarca identificar las situaciones estresantes u detonantes de la ira, ofrece psicoeducación con respecto a la reacción de ira individual, ofrece formas eficaces

	de responder a los detonantes, ofrece retroalimentación positiva por los cambios conductuales.
Inoculación de ira	Diseñado para proveer un ensayo estructurado de nuevos pensamientos de afrontamiento para reemplazar la mentalidad de la ira de forma sistemática. Se le pide al paciente q jerarquice los escenarios que provocan ira desde leve hasta severo, se representan los escenarios y se vinculan a una respuesta de relajación y a autodeclaraciones, se avanza poco a poco en la lista de jerarquías hasta alcanzar un estado de calma.
Actitud positiva	Se centra de forma específica en la adopción de atributos como paciencia, aceptación, tolerancia y perdón.
Terapia de grupo	Técnica que ha resultado eficaz para el tratamiento de la ira y agresión, es benéfico para algunos pacientes ya que aprenden habilidades interpersonales. Permite la oportunidad de obtener retroalimentación social, modelado y compañerismo.

Fuente: elaboración propia con datos de Nezu (2006)

#### 4.8 Terapia Cognitiva Conductual en la actualidad

Oblitas (2008) refiere que en las últimas décadas, la terapia cognitivo-conductual ha mostrado ser la corriente psicoterapéutica de mayor efectividad, no sólo en el tratamiento de una gran variedad de problemas y trastornos psicológicos, también en el desarrollo y mejora de las habilidades de las personas, optimizando el potencial y aumentando la calidad de vida. Como toda corriente psicoterapéutica, la terapia cognitiva-conductual ha ido evolucionando a través del tiempo, ya que las terapias de primera generación aparecen como otra opción a las terapias psicoanalíticas, por la falta de evidencia científica, ya que se basan en el análisis observable de la conducta. Las terapias de segunda generación marcan la importancia de las creencias, pensamientos y expectativas, los procesos cognitivos. Y con las terapias de tercera generación se ve una actualización y nacen nuevos enfoques complementarios a los anteriores.

Además comenta que las terapias de tercera generación hacen énfasis la toma en cuenta del contexto, ambiente y características de la persona para identificar cómo se ha mantenido el síntoma y la función tiene dentro de la vida de la persona y de quien le rodea, ya que uno de los

planteamientos es no juzgar el síntoma, sino aceptarlo sin prejuicio, logrando que el paciente acepte el mismo como parte de su vida, se busca el cambio de la actitud analítica y la crítica hacia el síntoma, por un pensamiento abierto y flexible sobre el trastorno.

Ahora bien, referente a lo anterior, estas se originan de lo tradicional de la terapia cognitiva y del comportamiento, sin embargo, las nuevas terapias cuentan con diferencias de las primeras generaciones de terapias de conducta en que dejan a un lado la exclusividad de utilizar cambios directos, incorporan aspectos contextuales, utilizan estrategias de cambio de cómo forma experimental por la persona sin utilizar estrategias de cambio directos, y se busca ampliar y modificar de forma considerable el objetivo a tratar o aspecto que se desea cambiar.

Este autor menciona algunas de la terapias de tercera generación tales como la Psicoterapia Analítico Funcional: FAP (Kohlenberg y Tsai, 1991), Psicoterapia Funcional Analítica, la Terapia de Activación Conductual: BA (Martell, Addis y Jacobson, 2001), Terapia de Aceptación y Compromiso: ACT2 (Hayes, Strosahl y Wilson, 1999), la Terapia Conductual Dialéctica: DBT (Linehan, 1993), la Atención Plena o Mindfulness (Kabat- Zinn, 1990; Segal, Williams y Teasdale, 2002) y otras variantes de la terapia cognitivo-conductual (Hernández, 2013), la Terapia de Aceptación y Compromiso, la Terapia Dialéctica Conductual, la Terapia Integral de Pareja: IBCT (Jacobson y Christensen, 1996).

Estas nuevas terapias se centran en la modificación de la función psicológica del suceso a través de la modificar los argumentos verbales en los cuales los sucesos cognitivos resultan problemáticos, ya que la base por las que se rigen estas terapias tienden a ser contextualistas, se centran en ver a la persona como un todo, se sensibilizan al contexto para una mejor comprensión y análisis del origen y la función de determinado suceso, etc.

## Conclusiones

El humano es un ser biopsicosocial, por lo que es incuestionable el papel fundamental que juega la familia durante las primeras etapas de la vida para el sano desarrollo de la esfera social, permitiendo el aprendizaje y el control adecuado de las emociones y acciones a través de la convivencia familiar.

Es de gran importancia el conocer e identificar las emociones que se manifiestan en el ser humano pues determinan su comportamiento y el resultado de este, el autoconocimiento de las emociones permite determinar el momento en el que se inician conductas agresivas a causa de la ira, permitiendo manejar de forma adecuada la expresión de esta, evitando así generar un círculo de violencia y agresividad.

Se considera importante contar con la capacidad para identificar cuáles son los factores que detonan la manifestación de ira y cuáles son las características vivenciales que presenta el adulto, pues, debe aprender el adecuado manejo de dichas manifestaciones, ya que, si esto no se logra, puede generar problemáticas significativas de forma interpersonal e intrapersonal.

La ira manifestada de forma inadecuada se encuentra presente en diversos trastornos mentales y otros problemas de atención clínica, si bien no es la piedra angular de estos, es sin duda una gran influencia del estado anímico y control del comportamiento, por lo que es necesario revisar de forma constante en clínica y trabajar con herramientas para el control y adecuada expresión de la ira.

La Terapia Cognitiva Conductual es un recurso adecuado para el tratamiento sobre conductas agresivas y manifestaciones de ira, pues permite modificar el comportamiento a través de la identificación y origen de las creencias en la persona que generan el malestar; permitiendo su modificación por medio de las herramientas como la reeducación, reestructuración y creación de nuevas perspectivas ante eventos y vivencias diarias que con anterioridad tenían por resultado conductas agresivas o relacionadas con la ira.

## Referencias

- Alonso, S. (9 de abril de 2018). *Guía tu cuerpo hacia una vida larga, feliz y saludable*. Obtenido de <http://www.guiatucuerpo.com/tipos-de-ira/>
- American Academy of Pediatrics. (15 de abril de 2016). *Medicamentos comunes para los trastornos psiquiátricos*. Obtenido de Healthy Children: <https://www.healthychildren.org/Spanish/health-issues/conditions/treatments/Paginas/common-medications-for-psychiatric-disorders.aspx>
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM 5*. Arlington, VA: Editorial Médica Panamericana.
- Bell, M.D. Ainsworth y S.M. (1978). *Apego, exploración y separación, ilustrados a través de la conducta de niños de un año en una situación extraña*. Madrid: Alianza.
- Bowlby, J. (1984). *La pérdida afectiva. Tristeza y depresión*. Buenos Aires: Paídos.
- Bowlby, J. (1986). *Vínculos afectivos, formación, desarrollo y pérdida*. Madrid: Morata, S.A.
- Caballo, V. (2007). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*. España: Siglo.
- Carroasco, M. (2006). Evaluación de la conducta agresiva. *Revista de Acción Psicológica*, 67-81.

- Cuervo, M. (2013). *Descripción y caracterización del ciclo de violencia que surge en la relación de pareja*. Bogotá.
- Delgado, A. O. (2004). Estado actual de la teoría del apego. *Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente*, 65-77.
- Feldman, R. (2010). *Psicología con aplicaciones en países de habla hispana*. México: McGraw-Hill.
- Fernandez, V. (20 de junio de 2018). *Webconsultas, revista de salud y bienestar*. Obtenido de <https://www.webconsultas.com/mente-y-emociones/emociones-y-autoayuda/la-expresion-de-la-ira-y-sus-consecuencias-8433>
- Funde. (s.d. de Enero de 2017). *Módulo II Tipología de la Violencia*. San Salvador, El Salvador.
- García, O. (2007). *El rol de la familia en los patrones de crianza y la transmisión de valores en las nuevas generaciones*. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Escuela de Trabajo Social.
- Goleman, D. (1995). *Inteligencia Emocional*. Barcelona: Kairos.
- Hernández, N. (2013). Revisión de la situación actual de la Terapia Cognitivo Conductual. *Revista Psicología*, 17:5.
- Luna, D. A. (2004). *Roles familiares y de grupo*. México: UNAM.

- Ma Ángeles Ruiz, Marta Diaz, Arabella Villalobos. (2013). *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales*. Bilbao: Descleé De Brouwer, S.A.
- Martínez, A. (2016). *La violencia, conceptualización y elementos para su estudio*. México: Política y Cultura.
- Martinez, J. (2008). *El comportamiento agresivo y algunas características a modificar en los niños y niñas*. Pereira, Colombia: Investigaciones Andina.
- Melogno, C. (2002). *Familia y Sociedad*. Obtenido de <https://www.smu.org.uy/elsmu/comisiones/reencuentro/familia-y-sociedad.pdf>
- Milmaniene, D. J. (2002). *Los roles en la familia*. Buenos Aires: Biblos.
- Muntané, M. (2012). *La mate porque era mía, psicobiología de la ira, de la violencia y la agresividad, y de la sexualidad*. España: Díaz de Santos.
- Nezu, A. (2006). *Formulación de casos y diseño de tratamientos cognitivo-conductuales*. México: Manual Moderno.
- Oblitas, L. (2008). *Psicoterapias Contemporaneas*. Santa Fe, México: Cengage Learning Editores, S.A.
- Organizacion Mundial de la Salud. (2012-2020). *Organizacion Mundial de la Salud*. Obtenido de <https://www.who.int/topics/violence/es/>

Otero-García L, M. C. (17 de abril de 2014). *El impacto de la crisis en las familias y en la infancia*.  
Obtenido de Scielo: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-91112014000100023&script=sci\\_arttext&tlng=enandothers](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-91112014000100023&script=sci_arttext&tlng=enandothers)

Ramírez, P. (4 de enero de 2014). *Huffpost*. Obtenido de [https://www.huffingtonpost.es/patricia-ramirez/personas-violentas-y-agresivas\\_b\\_4207286.html](https://www.huffingtonpost.es/patricia-ramirez/personas-violentas-y-agresivas_b_4207286.html)

Reilly, P. (2007). *Programa para el Manejo del Enojo en clientes con problemas de abuso de sustancias y trastornos de salud mental*. Rockville: DHHS Publicación.

Rivera, A. (2017). *Tipología de a Violencia*. San Salvador: funde.

Ruiz, M. A. (2013). *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales*. Bilbao: Descleé de Brouwer.

Sánchez, D. (s.f.). *Terapia familiar, modelos y técnicas*. México: Manual Moderno.

Suárez, R. (9 de Octubre de 2018). *Rubén Suárez Psicólogo*. Obtenido de <https://www.rubensuarezpsicologo.com/el-ciclo-de-la-violencia-de-genero/>

Viveros, E. (2010). Roles, patriarcado y dinámica interna familiar: reflexiones útiles para Latinoamérica. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, 388-406.