



**INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL EN UN CASO DE CONFUSIÓN
EMOCIONAL Y BAJO CONTROL DE LA IRA**

Obdulia Tejón López y Gema Gutiérrez Díaz
Universidad Complutense de Madrid

**COGNITIVE BEHAVIORAL INTERVENTION IN A CASE OF EMOTIONAL
CONFUSION AND ANGER UNDER CONTROL**

Obdulia Tejón López y Gema Gutiérrez Díaz
Universidad Complutense de Madrid

Dirección de contacto y envío de correspondencia:

Obdulia Tejón López
Gema Gutiérrez Díaz
Facultad de Psicología
Campus de Somosaguas, s/n.
28223. Pozuelo de Alarcón.
Madrid. España
obdulia.tejon@gmail.com
gemagdiaz@gmail.com

Intervención cognitivo conductual en un caso de confusión emocional y bajo control de la ira.

En el presente trabajo se expone el estudio de un caso clínico de un joven de 21 años que acude a consulta tras sufrir una crisis de ansiedad debido a una carencia en la capacidad de regulación y expresión emocional y, un déficit en el control de la ira. Dentro del proceso de evaluación psicológica, se analizaron los niveles de ansiedad del paciente en los sistemas de respuestas y situaciones, el control de la ira, la regulación emocional y la capacidad de afrontamiento y solución de problemas; que ayudaron en la realización del análisis funcional y planteamiento de los objetivos. Como tratamiento se utilizó una terapia de tipo cognitivo conductual para trabajar la gestión de la ira y la regulación emocional del paciente. Para finalizar, se exponen los resultados pre y post-tratamiento que evidencian la efectividad de la intervención.

Palabras clave: crisis de ansiedad, regulación emocional, control de la ira, tratamiento cognitivo conductual.

Cognitive behavioral intervention in a case of emotional confusion and anger under control

The present work presents the study of a clinical case of a 21 year old who attends inquiry after suffering an anxiety attack due to their lack of regulation and expression, emotion and a deficit in the anger management. Within the process of psychological evaluation, the levels of anxiety of the patient in systems of answers and situations, anger control, emotional regulation and coping and problem-solving capacity were analyzed, which helped in the realization of functional analysis and approach of the objectives. Type cognitive behavioral therapy was used as treatment for anger management and emotional regulation of the patient. Finally, the results pre and post-treatment that demonstrate the effectiveness of the intervention are exposed.

Key words: attack of anxiety, emotional regulation, anger management, cognitive behavioral treatment.

Intervención cognitivo conductual en un caso de confusión emocional y bajo control de la ira.

INTRODUCCIÓN.

Una emoción es un estado afectivo que experimentamos, es una reacción subjetiva al ambiente que viene acompañada de cambios orgánicos influidos por la experiencia. Todos los seres humanos nacemos con determinadas emociones básicas que cumplen una función adaptativa para el individuo, la ira, como emoción básica, se manifiesta cuando la persona se ve sometida ante situaciones que le producen frustración o que le resultan aversivas, centrando la atención y la expresión en los afectos negativos, en esquemas cognitivos de evaluación (hostil) y favoreciendo la expresión de conductas motoras que tienen como fin causar daño o destruir.

El uso de estrategias adaptativas para la regulación de la experiencia emocional de la ira (enojo) y de la tristeza se asocia congruentemente con la percepción de haber tenido éxito en el manejo de estas emociones en uno mismo (autorregulación) y en otras personas (regulación interpersonal).

La mayor parte de las investigaciones sobre regulación emocional se han centrado en el estudio de los procesos de regulación de las emociones propias (autorregulación), pero en la última década han aumentado considerablemente los trabajos enfocados al análisis de la regulación de las emociones de otras persona (regulación interpersonal), justificados por el hecho de que la regulación emocional suele producirse en contextos sociales e interpersonales (Oatley, Parrot, Smith y Watt, 2011), y que el resultado es determinante para las interacciones negativas o positivas que se producen (Little, Klumper, Nelson y Gooty, 2011; Niven, Totterdell y Holman, 2007; Rimé, 2012). Estudios como el de Rivers, Brackett, Katulak y Salovey (2006) han mostrado que una regulación eficaz de la ira es asociada a un estilo constructivo de resolución de conflictos, y una regulación eficaz de la tristeza con relaciones sociales positivas. Regular eficazmente las emociones también está relacionado con indicadores de salud mental y bienestar psicológico (Barber, Bagsby y Munz, 2010) e inteligencia emocional (Nelis, Quoidbach, Hansenne y Mikolajczak, 2011).

En el caso que expondremos a continuación el conocimiento de la inteligencia emocional y sus capacidades o habilidades son de vital importancia. Fernández-Berrocal y Ramos (2012), definen la inteligencia emocional como la habilidad de las personas para percibir, usar, comprender y manejar las emociones. Dichos autores describen las cuatro habilidades como: percepción y expresión emocional; facilitación emocional; comprensión emocional; y regulación emocional. La inteligencia emocional está presente en un gran número de áreas de la psicología: área educativa, laboral, psicología clínica, etc. (Oberst& Lizeretti, 2004) y, desde hace una década se le ha relacionado con los pensamientos rumiativos y la supresión de pensamientos (Fernández-Berrocal y Extremera, 2001). Se ha comprobado también como la inteligencia emocional está relacionada con la salud y el bienestar de las personas (Martínez, Piqueras, Ramos y Oblitas, 2009) y que a más inteligencia emocional, mayor bienestar psicológico posee la persona; y cuanto mayor es la inteligencia emocional mayor es la estabilidad emocional de esta (Bermúdez, Teva, y Sánchez, 2003).

Por lo tanto, la inteligencia emocional puede ser entendida como un factor protector ante situaciones generadoras de estados de ánimo negativo (Extremera, Fernández-Berrocal, Ruiz-Aranda y Cabello, 2006).

Y por último, Fernández-Berrocal y Ramos (2012) dice que cuando la razón y la emoción van al unísono, la solución de los problemas parece ser más sencilla. Pero cuando nuestros pensamientos van por un lado y la emoción por otro, los problemas se complican y la solución no es tan clara.

En nuestro caso, la información comentada anteriormente se ha utilizado como ayuda para incorporar herramientas y conocimientos de la inteligencia emocional al tratamiento cognitivo conductual elegido para intervenir en un trastorno de ansiedad no especificado.

Según la American Psychiatric Association el trastorno de ansiedad no especificado, se aplica a presentaciones donde predominan los síntomas característicos de un trastorno de ansiedad que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos de ansiedad.

MÉTODO

Identificación de la paciente

Se trata de un joven de 21 años, soltero, que vive junto a su hermano en casa de sus padres. Estudiante de ingeniería en telecomunicaciones y deportista de competición a nivel nacional.

Motivo de consulta

El paciente acude a consulta tras experimentar una crisis de ansiedad mientras disputaba una competición deportiva. Comenzó a no poder respirar, sentir taquicardia y tuvo que salir corriendo del pabellón deportivo. A lo largo de la primera sesión nos comenta que el principal problema que creía haberle ocasionado dicha crisis era el no poder comunicarle a su círculo cercano, tanto familiares como amigos que es homosexual.

Historia del Problema

El paciente ha sido un chico introvertido desde la infancia, refiriendo actuar según las normas sociales “correctas”. Sus padres les han inculcado un estilo de educación basado en el cristianismo y la práctica de esta religión. En la infancia y principio de la adolescencia seguía dichas doctrinas, yendo a grupos cristianos con chicos de su misma edad hasta que empezó a cambiar de idea, debido a los estudios del colegio y a un mayor acceso a información científica, apartándose completamente de la práctica de la religión aunque no de la fe.

Tiene una buena relación con sus padres, pero existe falta de comunicación entre ellos, la cual se ha ido acentuando en los últimos años. Los problemas personales o importantes no suele compartírselos con ellos, porque desde que era niño los temas de índole sentimental no se tratan en su familia.

Posee una buena relación con su hermano, comparten gustos y aficiones pero, al igual que con sus padres, no hay comunicación en cuanto a temas personales.

Respecto al círculo de amistades cuenta que no posee un amplio grupo de amigos, aunque actualmente y gracias al deporte éste va en aumento. Considera que tiene dos círculos de amistades, el primero surgió hace 5 años aproximadamente y son las personas en las que más confía, dos de ellos fueron las primeras personas a las que les comentó su condición sexual; y el segundo, son compañeros de la universidad y del deporte que practica.

Evaluación

La evaluación se orientó hacia la comprobación y búsqueda de conductas problema que presentara el paciente en la actualidad, tras la información que nos había proporcionado en la sesión inicial. La entrevista conductual de Fernández-Ballesteros (1994) fue el primer método de evaluación utilizado en la intervención, aportándonos información para poder seleccionar la batería de cuestionarios y autorregistros a emplear.

- *Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA; Miguel Tobal y Cano Vindel, 2002)*. El ISRA mide la frecuencia de respuestas de ansiedad en el triple sistema de respuestas (cognitiva, fisiológica y motor) y en diversas áreas situacionales (situaciones de evaluación, situaciones interpersonales, situaciones fóbicas y situaciones de la vida cotidiana). Con este inventario pudimos evaluar los niveles de ansiedad que presentaba el paciente en los sistemas de respuesta y con qué frecuencia respondía con ansiedad ante las diferentes áreas situacionales que evalúa dicho instrumento. Está formado por 224 ítems, con 22 situaciones y 24 respuestas desarrolladas dentro de los tres sistemas de respuestas, y una situación abierta para que el paciente puede exponer una situación concreta.

Las puntuaciones obtenidas por el paciente se encuentran en el centil 60 en el rasgo de ansiedad. A nivel cognitivo y motor presenta un nivel de ansiedad moderado a marcado (centil 50), elevando a un centil 75 en el sistema de respuesta fisiológico. En las áreas situacionales o rasgos específicos se presentan las siguientes puntuaciones: en las áreas de ansiedad de evaluación, interpersonal y ante situaciones de la vida cotidiana presenta una ansiedad severa con un centil de 75; y en las situaciones fóbicas una ansiedad mínima con un centil de 25.

- *Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo (STAXI-2; Miguel Tobal, Casado, Cano Vindel y Spielberger, 2001)*. El cuestionario ayudó a comprobar el estado, rasgo y expresión de ira del paciente. Está formado por 49 ítems englobados por tres grandes escalas para evaluar estado, rasgo y expresión de ira. La escala Estado está formada por 10 ítems y consta de tres subescalas: Sentimiento, Expresión Física y Expresión verbal. La escala Rasgo da lugar a su vez a dos subescalas: temperamento y reacción de ira; de nuevo compuesto por 10 ítems. Y por último, la escala de Expresión de la cual se obtienen cuatro escalas: Ira interna, Ira externa, Control de ira y Expresión de ira; compuesta por 24 ítems.

Las puntuaciones reflejaron centiles muy elevados en las escalas de expresión de ira externa, temperamento e índice de expresión de ira, con un centil de 90-95. Por el contrario,

las escalas con un centil menor fueron: expresión de ira interna (centil 5), control de ira interna (centil 20) y el control de ira externa (centil 7).

- *Inventario de Solución y Afrontamiento de Problemas* (ISAP; Miguel Tobal y Casado, 1992). Con este instrumento se pretendió evaluar si el paciente contaba con unas adecuadas estrategias de solución y afrontamiento de los problemas. El inventario está formado por 25 ítems, englobados en las escalas de Confianza en sí mismo-Inseguridad, Reflexividad-Impulsividad, Estrategias y un Índice de solución y afrontamiento de problemas. Se utilizó para analizar si el paciente contaba con adecuadas estrategias de afrontamiento de los problemas.

Las puntuaciones obtenidas en comparación con las medias poblacionales reflejaron: baja confianza en sí mismo (puntuación directa de 19), tendente a la reflexividad (puntuación directa de 20) y un nivel medio en las estrategias de solución y afrontamiento de los problemas (puntuación directa de 18).

- *TMMS-24* (Fernández-Berrocal, Extremeray Ramos, 2004). Adaptación al español del Trail Meta-Mood Scale (TMMS; Salovey & Mayer, 1995). Está formado por 24 ítems que evalúan tres componentes de la inteligencia emocional (claridad, atención y reparación).

Las puntuaciones obtenidas indican una adecuada atención emocional (puntuación directa de 30), baja claridad de sus emociones (puntuación directa de 22) y un déficit en la reparación emocional (puntuación directa de 21).

- *Escala de Habilidades Sociales* (EHS, Gismero-González, 2003). Escala formada por 33 ítems que componen seis escalas más una global. Debido a la demanda del paciente por no poder iniciar conversaciones se utilizó dicha escala para su comprobación. Cada escala hace referencia a una habilidad social, siendo éstas: I, autoexpresión en situaciones sociales; II, defensa de los propios derechos como consumidos; III, expresión de enfado o disconformidad; IV, decir no y cortar interacciones; V, hacer peticiones; y VI, iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto. Debido al caso en el que nos encontramos, los ítems englobados dentro de la escala VI se adaptaron añadiendo “o del mismo sexo” para que el paciente pudiera responder a esos ítems y los resultados fueran adecuados.

Las puntuaciones que se obtuvieron denotaron un déficit significativo de habilidades sociales en las escalas de autoexpresión en situaciones sociales (puntuación centil de 4), decir no y cortar interacciones (puntuación centil 55) y de iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto o el mismo sexo (puntuación centil 25).

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Atendiendo a la evaluación y a la información recogida, tanto en las entrevistas clínicas como en los cuestionarios administrados, se puede determinar la presencia de un diagnóstico, según criterios del DSM-V (APA, 2014), de F41.9 Trastorno de ansiedad no especificado [300.00].

Los niveles de adaptación de la persona son adecuados en las áreas de su vida (laboral, familiar, de pareja y social), por lo que hace que no se pueda determinar la presencia de ningún trastorno mental en el eje I ni el resto de los ejes de la evaluación mutiaxial.

Análisis funcional.

Con los datos recogidos mediante la entrevista y cuestionarios, se elabora el siguiente análisis funcional de caso en la tabla siguiente:

PROBLEMA	ANTECEDENTES	RESPUESTAS			CONSECUENCIAS
		Conductual	Cognitivo	Fisiológico	
Miedo a revelar su identidad sexual	Situaciones de interacción con personas de su confianza (entorno familiar, social)	Excesivo control de las cosas	Pensamientos del tipo: "Voy a ser rechazado"		Pensamientos incapacitantes: "No puedo
		Expresión interna de Ira	Estado anímico bajo		Pensamiento de reproche
			Sentimientos de soledad y desánimo		Frialdad emocional
			Pensamientos rígidos.	Aumento de la frecuencia cardiaca	
Déficit en habilidades de sociales y de comunicación	Situaciones de interacción social.	Estilo de comunicación pasivo-agresivo	Pensamientos del tipo: "Seguro que no lo sé, mejor no pregunto..."	Respiración agitada	Aislamiento social
		No cortar interacciones	Baja autoestima e inseguridad	Dolores de cabeza	Dificultad en las comunicaciones
		Autoexpresión en situaciones sociales		Opresión precordial	
		Expresión externa de Ira			
		Ineficacia en la resolución de problemas			

Tabla 1. Esquema del análisis funcional de la conducta

Las situaciones de interacción social en las cuales el paciente experimenta las conductas problema son: situaciones de interacción con personas allegadas donde quiere exponer y expresar emociones; y situaciones deportivas y sociales donde relacionarse. Ante dichas situaciones aparecen las siguientes repuestas conductuales que dañan su propio bienestar: adquiere un estilo de comunicación pasivo-agresivo, no sabe cortar interacciones, ineficacia en la autoexpresión verbal en situaciones sociales, expresión externa e interna de ira y una ineficaz resolución de los problemas. En el plano cognitivo son: pensamientos rígidos sobre sí mismo y de las cosas, estado de anímico bajo con baja autoestima e inseguridad. Y

por último, en el plano fisiológico responde con: un único ataque de ansiedad experimentado, dolores de cabeza, respiración agitada y aumento de la frecuencia cardiaca.

TRATAMIENTO

Objetivos del tratamiento

Como objetivo general se planteó conjuntamente mejorar su gestión emocional e incrementar su expresión emocional, para poder expresar sus sentimientos y emociones a su círculo familiar y social; y aumentar el control sobre la ira. Este objetivo fue dividido en los siguientes objetivos específicos para llegar a lograrlo:

1. Identificación de la ansiedad y sus causas para producir una disminución de los niveles.
2. Aumentar la autoestima y seguridad en sí mismo.
3. Disminuir su excesivo control sobre las cosas.
4. Gestionar sus emociones y tener una mejor claridad de ellas.
5. Dotar de estrategias de solución ante los problemas.
6. Aumento de la expresión emocional y comunicación con los demás.
7. Adquirir un estilo de comunicación asertivo y dotar de habilidades sociales.

El paciente tras entender el análisis funcional y modelo explicativo del caso comprendió desde el principio cuáles eran los objetivos del tratamiento, siendo su implicación excelente desde el principio.

Aplicación del tratamiento

A continuación se exponen las sesiones con los objetivos trabajados (ver Tabla 2) y las técnicas utilizadas.

Las principales técnicas de tratamiento de corte cognitivo conductual empleadas en la intervención fueron:

1. **Psicoeducación:** esta técnica de tratamiento estuvo presente a lo largo de todo el proceso terapéutico. Su función principal es que el paciente entienda el funcionamiento de las técnicas o los procesos cognitivos de nuestra mente. En el caso de la ansiedad se realizó una explicación de su función, su manifestación en el triple sistema de respuesta, etc. Para que el paciente entendiera mejor la función del estrés y su manifestación por medio de la ansiedad se reprodujo el video de “El triángulo de la Salud, El Estrés.Webm”.
2. **Técnicas de Desactivación:** como técnica de desactivación se empleó “La respiración completa o profunda”. El paciente al ser deportista y estar trabajando el entrenamiento mental dentro del deporte con un especialista en el área, dominaba el entrenamiento en relajación muscular progresiva de Jacobson y la respiración diafragmática aunque sólo lo aplicaba en las situaciones de competición, por lo que se le sugirió que lo entrenase en las demás áreas de su vida. Gracias a ese dominio, resultó muy útil y eficaz entrenar la respiración completa para provocar una mayor desactivación en el paciente.

SESIONES	OBJETIVOS	TÉCNICAS
1-4	Recogida de información y planteamiento de objetivos	Evaluación, Devolución de información
5-9	Identificación de la ansiedad y sus causas para producir una disminución de los niveles	Psicoeducación Entrenamiento en respiración completa Reestructuración cognitiva Parada de pensamiento y autoinstrucciones positivas
9-11	Disminuir el excesivo control de las cosas	Psicoeducación Reestructuración cognitiva Parada de pensamiento y autoinstrucciones positivas
11-14	Gestionar sus emociones y tener una mejor claridad de ellas.	Psicoeducación Reestructuración cognitiva Diario de emociones Detección de pensamientos calientes Parada de pensamiento y autoinstrucciones positivas
14-16	Dotar de estrategias de solución ante los problemas	Psicoeducación Técnica de solución de problemas
16-17	Adquirir un estilo de comunicación asertivo y mejora de habilidades sociales	Psicoeducación Habilidades de comunicación Asertividad
18-19	Aumentar su autoestima y seguridad en sí mismo	Psicoeducación Aspectos positivos y negativos de sí mismo Listado de fortaleza Psicología positiva
20	Prevención de recaídas y evaluación post-tratamiento	Estrategias utilizadas anteriormente
21	Devolución de información y cita para futuros seguimientos	

Tabla 2. Sesiones, objetivos y técnicas de tratamiento

3. Reestructuración cognitiva: dentro de la reestructuración se van a utilizar principalmente las siguientes técnicas: la terapia racional emotiva conductual de Ellis, detección del pensamiento y entrenamiento en autoinstrucciones.

La terapia racional emotiva conductual de Ellis se centra en la modificación de nuestras creencias irracionales hacia unas más racionales o realistas con la situación y poder provocar un cambio a nivel emocional y conductual (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012). Por lo tanto, el primer paso que se dio con el paciente para que comprendiera como los pensamientos influyen en nuestras emociones y/o conductas y en la interpretación que hacemos de las situaciones, fue enseñarle la siguiente tabla (3), que no sirvió de autorregistro para las siguientes sesiones.

Acontecimiento activador o situación A	Creencia irracional o pensamiento B	Consecuencia emocional y/o conductual C
Estar en el coche con mi padre hacia el entrenamiento	“No soy capaz de decírselo” “No puedo hacerlo”	Ansiedad Tristeza
Estar en el vestuario cambiándome tras entrenar	“Y si se lo digo y me rechazan”	Ansiedad Miedo

Tabla 3. Autorregistro ABC

Se le explicó como las creencias irracionales en términos de “Debería de...”, “Tengo que...” afectaban a su excesivo control y que la consecuencia de ello era experimentar emociones negativas al no llegar al cumplimiento de esas exigencias. Muy útil resultó la discusión y el debate de las creencias irracionales mediante la búsqueda de argumentación que refute o reafirme dicha idea.

Tras comprender como nos afectan los pensamientos se entrenó en parada de pensamiento junto con autoinstrucciones. La parada de pensamiento consistió en la elección de una palabra que le ayudara a detener los pensamientos (STOP) más un estimulación física (colación de una goma del pelo en la muñeca que tras estirla producía un pequeño pellizco en la piel). Pero la parada de pensamiento tiene que ir seguida de una autoinstrucción con connotación positiva o que nos dirija a la realización de una determinada tarea para producir el cambio atencional deseado.

4. Técnica de solución de problemas: debido a que el paciente experimentaba una elevada ansiedad ante situaciones de la vida cotidiana, se planteó trabajar en el afrontamiento y resolución de los problemas, para que identifique soluciones más eficaces ante los problemas que se le puedan plantear. Las fases que se desarrollaron fueron: orientarnos a los problemas de una manera más positiva, definir adecuadamente el problema en el cual nos encontramos, plantearse variedad de soluciones plausibles para resolverlo, tomar una decisión y la verificación de los resultados obtenidos.

Uno de los problemas que el paciente consideraba importante y que en ese momento estaban afectando a su bienestar era el no poder comunicar a sus padres y personas más cercanas su condición sexual.

Un ejemplo de cómo se realizó lo podemos observar en la tabla 4:

1. Orientación al problema	¿Poseo un grado de control y capacidad para resolver el problema? <i>Sí</i>
2. Definición y formulación del problema	“No soy capaz de hablar con mis padres sobre mi condición sexual” <u>Definición y reformulación:</u> 1. <i>No sé cómo iniciar una conversación sobre mi condición sexual con mis padres</i>
3. Generación de soluciones alternativas	1. Puedo no decirles nada 2. Puedo darles una segunda nota 3. Puedo beber un poco y desinhibirme para poder hablar 4. Prepararme la conversación delante del espejo para aumentar mi seguridad ... (se generaron numerosas soluciones)
4. Toma de decisiones <i>Elección: Escribir que quiero decirle a mis padres y hablarlo con ellos cuando estemos los tres solos en casa.</i>	<ul style="list-style-type: none"> ○ ¿Tiene viabilidad? <i>Sí</i> ○ ¿Qué consecuencias tiene la alternativa? Costes: Tiempo dedicado a ensayar delante del espejo Beneficios: Aumentar la comunicación con mis padres, mejorar mis habilidades de comunicación ○ ¿Están presentes mis valores personales? <i>Sí</i> ○ ¿Otras veces los he podido hacer? <i>Sí</i> ○ ¿Tanteos? <i>Practicar la conversación en frente del espejo.</i>

Tabla 4. Ejemplo de Solución de Problemas.

5. Entrenamiento en habilidades sociales: con el entrenamiento en habilidades sociales se aumentó su autoexpresión en situaciones sociales e incremento su habilidad para decir no a otras personas y cortar interacciones que no deseaba mantener en el tiempo.

Las sesiones de tratamiento pueden englobarse dentro de tres bloques: A) Disminuir los síntomas de ansiedad y Reestructuración Cognitiva; B) Regulación emocional; C) Solución de problemas, Habilidades sociales y Autoestima.

A) *Disminuir los síntomas de ansiedad y Reestructuración Cognitiva (5-11). Alguno de los ejercicios empleados a lo largo de las sesiones de tratamiento son:*

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

B) *Regulación emocional(11-14):*

- i. ¿Qué hago cuando me enfado?, ejercicio diseñado para descubrir que siente y hace la persona ante una situación en la que experimente miedo, tristeza e ira. (Fernández-Berrocal y Ramos, 2012). La técnica consiste en los siguientes apartados
 - a. Cuando me irrito es frecuente que: Qué pienso y qué hago
 - b. Cuando tengo miedo trato de: Pensar en y qué hago
 - c. Cuando estoy triste suelo : Pensar en y qué hago

- ii. Descubrir las falacias sobre cómo enfrentarnos a la ira (Ellis & Trafate, 2013).
- iii. Diario emocional. Escribir a lo largo del día las emociones que has experimentado (positivas y negativas) y en qué situación se han experimentado.

C) *Solución de problemas, Habilidades sociales y Autoestima (15-19):*

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

RESULTADOS

En las sesiones 17 y 18 se volvieron a administrar al paciente los cuestionarios utilizados en la evaluación inicial para obtener medidas post-tratamiento. A continuación exponemos cinco figuras donde se representan las puntuaciones pre y post-tratamiento de la batería de test suministrada.

Como se puede ver en la figura 1 los cambios en la mayor parte de las escalas son importantes. Los sistemas de respuestas cognitivo y fisiológico, y el total de respuestas o rasgo de ansiedad, han experimentado una bajada significativa del 80% con respecto a las puntuaciones obtenidas en la pre-evaluación, aunque el sistema de respuesta motora no ha experimentado cambios. En las áreas situacionales también se ha producido un descenso en las puntuaciones, en especial en las situaciones de evaluación e interpersonales.

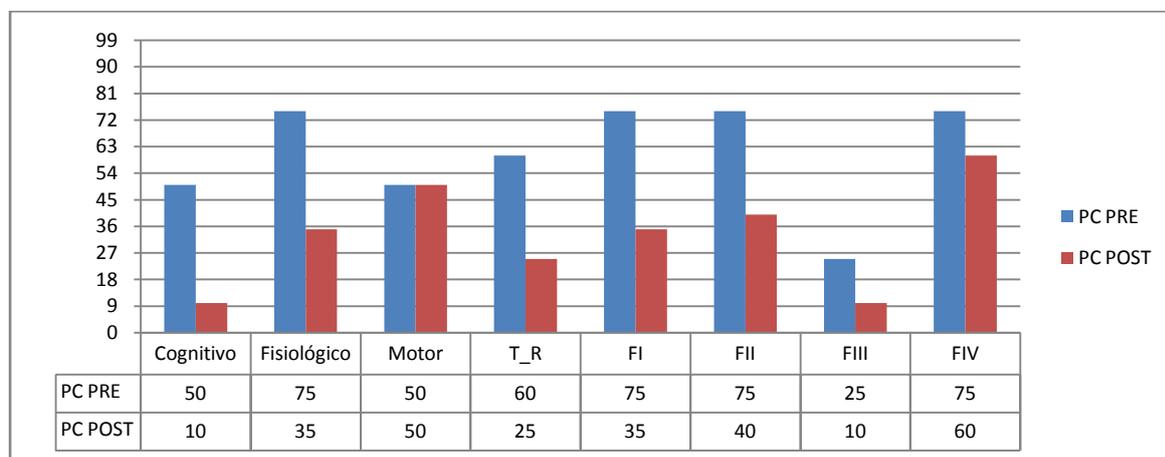


Figura 1: Resultados en puntuación centil pre y post-tratamiento del ISRA. (PC: puntuación centil)
 * T_R: Total de Respuestas/Rasgo; FI: Situaciones de evaluación; FII: Situaciones interpersonales; FIII: Situaciones fóbicas; FIV: Situaciones de la vida cotidiana.

También se ha producido un cambio importante en todas las escalas del STAXI-2. Los aumentos significativos que benefician al paciente lo encontramos en el control interno de la ira. Los descensos más destacables los vemos en el índice de expresión de ira y en el temperamento.

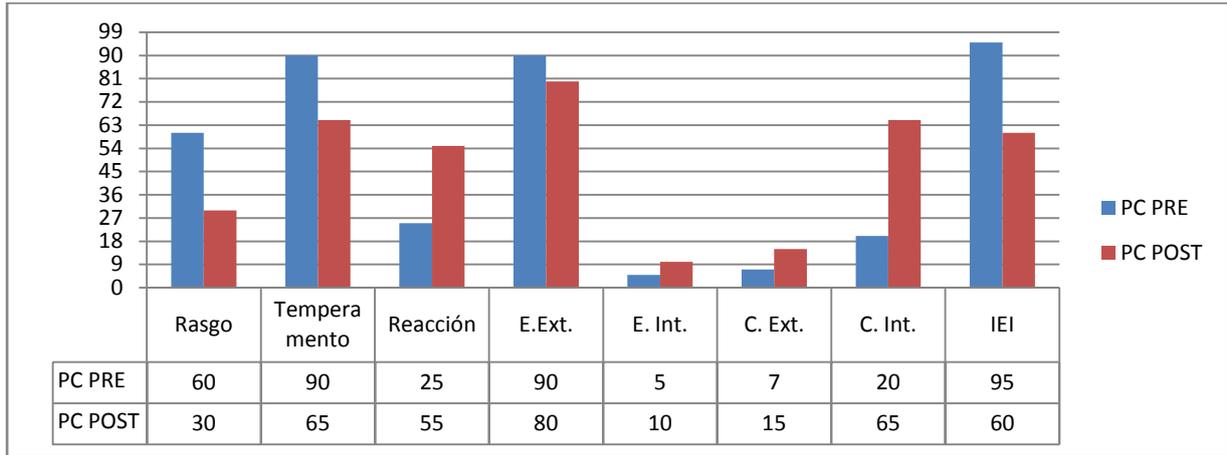


Figura 2: Resultados en puntuación centil pre y post-tratamiento del STAXI-2. (PC: puntuación centil)
 * E. Ext: Expresión externa de Ira; E.Int: Expresión interna de Ira; C.Ext: Control externo de Ira; C.Int: Control interno de ira; y IEI: Índice de Expresión de Ira.

Para medir si el tratamiento realizado para mejorar la gestión emocional del paciente había cumplido el objetivo propuesto, se compararon ambas puntuaciones como podemos observar en la figura 3.

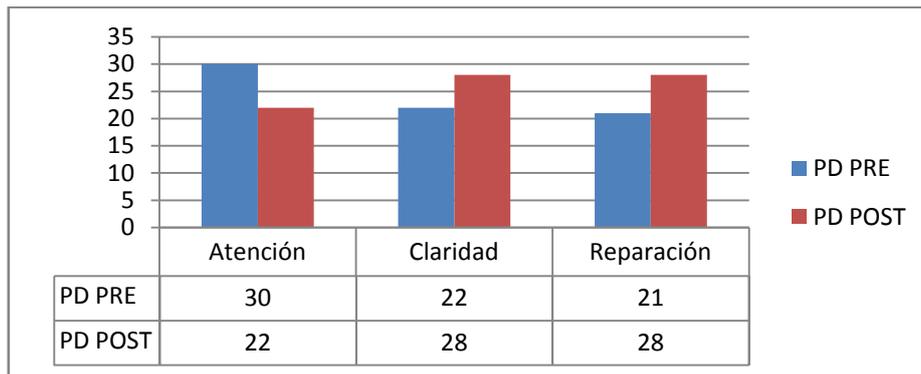


Figura 3: Resultados en puntuación directa pre y post-tratamiento del TMMS-24

Como refleja la figura 4, la confianza en sí mismo y el índice de solución y afrontamiento de problemas también se han incrementado de manera positiva.

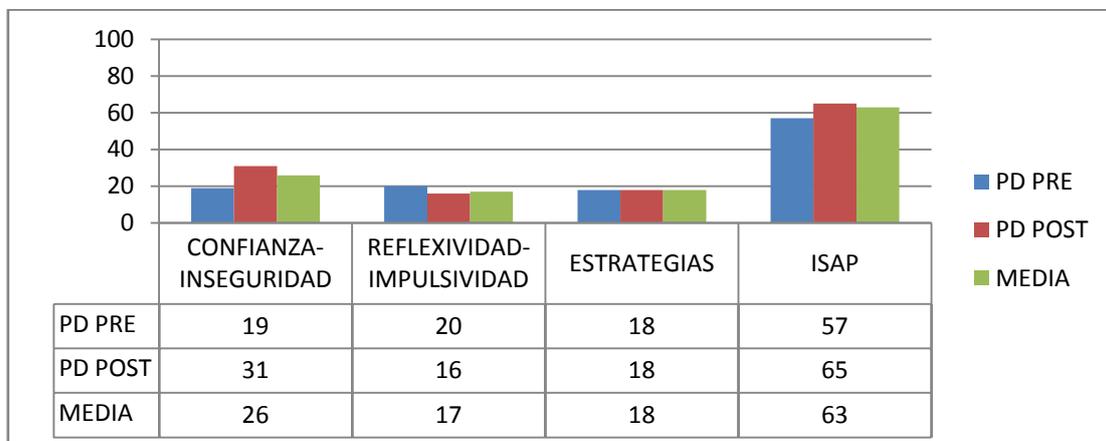


Figura 4: Resultados en puntuación directa pre y post-tratamiento del ISAP

Al analizar los resultados de la escala de habilidades sociales observamos un incremento significativo en la autoexpresión en situaciones sociales, decir no y cortar interacciones y el sumatorio del total de las escalas. Cada escala hace referencia a una habilidad social, siendo éstas: I, autoexpresión en situaciones sociales; II, defensa de los propios derechos como consumidos; III, expresión de enfado o disconformidad; IV, decir no y cortar interacciones; V, hacer peticiones; y VI, iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto. Debido al caso en el que nos encontramos, los ítems englobados dentro de la escala VI se adaptaron añadiendo “o del mismo sexo” para que el paciente pudiera responder a esos ítems y los resultados fueran adecuados.

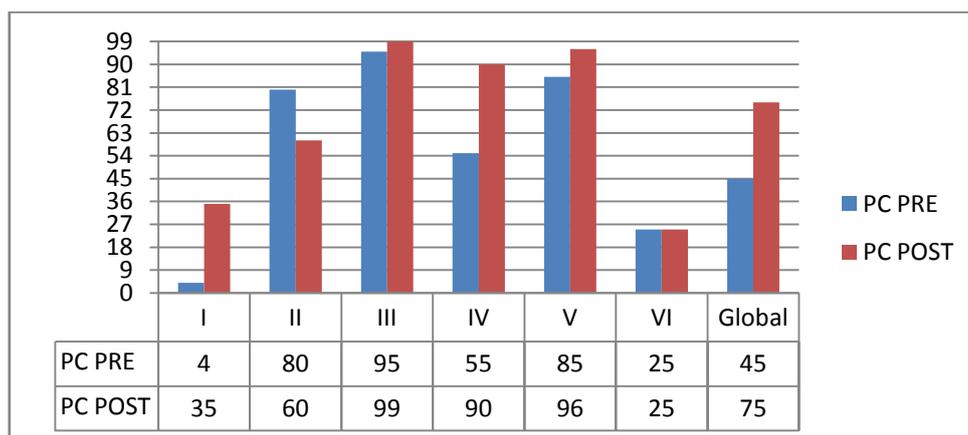


Figura 5: Resultado en puntuación centil pre y post tratamiento del EHS. (PC: puntuación centil)

*I: Autoexpresión en situaciones sociales; II: Defensa de los propios derechos como consumidos; III: Expresión de enfado o disconformidad; IV: Decir no y cortar interacciones; V: Hacer peticiones; y VI: Iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto o mismo sexo.

CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

Tras las 21 sesiones de tratamiento que se han empleado en este caso clínico, se señala la efectividad de una intervención cognitivo conductual en un caso de confusión emocional.

Los objetivos generales y específicos planteados en la intervención se han conseguido de manera satisfactoria. La regulación emocional ha aumentado y se han incrementado las expresiones emocionales y el control interno de la ira.

Desde el punto de vista cualitativo, el paciente argumenta que se encuentra mucho más seguro y relajado. Han aumentado las expresiones emocionales con familiares y amigos como, por ejemplo, hablar con sus familiares en persona sobre su condición sexual, el inicio de una relación sentimental, viajes a otra provincia para ver a su pareja, etc. Estos datos fueron claves para comprobar que el paciente estaba consiguiendo una mayor seguridad y un aumento de la expresión verbal y emocional en situaciones familiares y sociales.

Otro dato importante a destacar es que las técnicas de reestructuración cognitiva han sido claves para que el paciente pudiera eliminar el excesivo control de las cosas, eliminando pensamientos automáticos y distorsiones cognitivas orientados a cómo debían ser las cosas. A la par, dichas técnicas han ayudado a que el paciente afronte de manera más adecuada los problemas.

En el área emocional, el paciente ha adquirido mayor capacidad en las cuatro habilidades de la inteligencia emocional, provocando un aumento en la regulación y claridad desus emociones.

En el tratamiento se introdujeron además técnicas cognitivas adicionales como la parada de pensamiento y entrenamiento en autoinstrucciones, para reducir pensamientos automáticos negativos ya que éstos correlacionan de manera positiva con las tres dimensiones de la inteligencia emocional evaluado con el TMMS-24 (Extremera, Fernández-Berrocal, Ruiz-Aranda y Cabello, 2006) y comprobando su posible eficacia en el aumento de la claridad y reparación emocional.

Las técnicas utilizadas para gestionar la ira de nuestro paciente (reestructuración cognitiva, habilidades sociales y relajación) se identificaron como eficaces para el abordaje de la misma. En esta línea, López, Rodríguez, Vázquez y Alcázar (2012) llevaron a cabo un estudio con pacientes con ira leve y moderada, desarrollando un programa de intervención cognitivo conductual similar al expuesto donde se evidencia una reducción importante en las reacciones de ira y en la prevención de futuras manifestaciones.

Es importante ser prudentes en las conclusiones derivadas de este trabajo, ya que uno de los problemas más importantes en los estudios de caso único, es la imposibilidad de generalización de los resultados a poblaciones más amplias debido a las limitaciones inferenciales inherentes a los mismos.

Por último, animar a los profesionales del área a incrementar la difusión de estudios de casos clínicos en general y sobre el tratamiento de ciertos procesos de confusión emocional y de la gestión adaptativa de la emoción de ira en particular, con el fin de conocer las dificultades y las características idiosincrásicas en el abordaje de las diferentes manifestaciones psicopatológicas.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (2014). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text revision). Washington, DC: Author.
- Barber, L.L.K., Bagnall, P.G. y Munz, D.C. (2010). Affect regulation strategies for promoting (or preventing) flourishing emotional health. *Personality and Individual Differences*, 49, 663-666.
- Bermúdez, M.P., Teva, I. y Sánchez, A. (2003). Análisis de la relación entre inteligencia emocional, estabilidad emocional y bienestar psicológico. *Universitas Psychologica*, 2(1), 27-32.
- Ellis, A. & Trafate, R.C. (2013). *Controle su ira antes de que ella le controle a usted*. Barcelona: Paidós.
- Extremera, N., Fernández Berrocal, P., Ruiz Aranda, D., y Cabello, R. (2006). Inteligencia emocional, estilos de respuesta y depresión. *Ansiedad y Estrés*, 12(2-3), 191-205.
- Fernández Ballesteros, R. (2014). *Entrevista conductual*. [Archivo en pdf]. Recuperado de: http://www.uhu.es/susana_paino/EP/anexo1.pdf.
- Fernández Berrocal, P., Extremera, N. y Ramos, N. (2004). Validity and reliability of the Spanish modified version on the Trait Meta-Mood Scale. *Psychological Reports*, 94, 751-755.

- Fernández Berrocal, P., Ramos, N. y Extremera, N. (2001). Inteligencia emocional, supresión crónica de pensamientos y ajuste psicológico. *Boletín de Psicología*, 70, 79-95.
- Fernández Berrocal, P. y Ramos, N. (2012). *Desarrolla tu inteligencia emocional*. Barcelona: Editorial Kairós.
- Gismero-González, E. (2003). *Escala de Habilidades Sociales (EHS): Manual*. Madrid: TEA
- Little, L.M., Kluemper, D., Nelson, D.L. y Gooty, J. (2011). Development and validation of the Interpersonal Emotion Management Scale. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 85, 407-420. DOI: 10.1111/j.2044-8325.2011.02042.x
- López, B., Rodríguez, E., Vázquez, F. y Alcázar, R. J. (2012). Intervención cognitivo conductual para el manejo de la ira. *Revista Mexicana de Psicología*, 29(1), 97-103.
- Martínez, A.E., Piqueras, J.A., Ramos, V. y Oblitas, L.A. (2009). Implicaciones de la inteligencia emocional en la salud y el bienestar emocional. *Av. Psicol.*, 17(1), 101-115.
- Miguel Tobal, J.J. y Cano Vindel, A. (2002). *Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA): Manual*. Madrid: TEA.
- Miguel-Tobal, J.J. y Casado, M.I. (1992). Solución de problemas personales: elaboración y desarrollo del "Inventario de Solución y Afrontamiento de Problemas - ISAP-". *Investigaciones Psicológicas*, 11, 137-152.
- Miguel Tobal, J.J., Casado, M.I., Cano, A., & Spielberger, C.D. (2001). *Inventario de Expresión de Ira Estado - Rasgo (STAXI-2)*. Madrid: TEA.
- Nelis, D., Quoidbach, J., Hansenne, M. y Mikolajczak, M. (2011). Measuring individual differences in emotion regulation. *Psychologica Belgica*, 51, 49-91.
- Niven, K., Totterdell, P. y Holman, D. (2007). Changing moods and influencing people: the use and effects of emotional influence behaviors at HMP Grendon. *Prison Service Journal*, 172, 39-45.
- Oatley, K., Parrott, G., Smith, C. y Watts, F. (2011). Cognition and emotion over twenty-five years. *Cognition and Emotion*, 25, 1341-1348.
- Oberst, U. & Lizeretti, N. P. (2004). Inteligencia emocional en psicología clínica y en psicoterapia. *Revista de Psicoterapia*, 60 (4), 5-22.
- Rimé, B. (2012). *La compartición social de las emociones*. Bilbao: Desclee de Brouwer.
- Rivers, S.E., Brackett, M.A., Katulak, N.A. y Salovey, P. (2007). Regulating anger and sadness: an exploration of discrete emotions in emotion regulation. *Journal of Happiness Studies*, 8, 397-427.
- Roca, E. (2003). *Cómo mejorar tus habilidades sociales, programa de asertividad, autoestima e inteligencia emocional*. Valencia: ACDE
- Ruiz, M.A., Díaz, M.I. y Villalobos, A. (2012). *Manual de técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales*. Bilbao: Desclee de Brouwer
- Vázquez, C. (2008). *Técnicas cognitivas de intervención clínica*. Madrid: Editorial Síntesis.