

Estudio piloto sobre el efecto de un taller para el manejo efectivo del enojo basado en terapia dialéctico conductual

Pilot study on the effect of an effective anger management group based on Dialectical Behavior Therapy (DBT)

Camila Cremades¹, Micaela Melone¹, Melina Bellotti¹, Martina Boscolo²,
Andrés Luciano Rivas¹, Julián Neumann¹, Luis Lublinsky¹, Demián Rodante³

<https://doi.org/10.53680/vertex.v35i165.656>

Resumen

Introducción: El enojo es frecuente en los trastornos emocionales y se asocia a mayor severidad y peor respuesta al tratamiento. Las intervenciones realizadas desde la terapia dialéctico comportamental (DBT) pueden ser eficaces para lograr un manejo efectivo del enojo. El objetivo del trabajo fue determinar la efectividad de participar de un grupo de entrenamiento en habilidades para el manejo efectivo del enojo. **Método:** Se incluyeron 15 participantes y se evaluaron relaciones interpersonales (IIP-32), regulación emocional (DERS), estado, rasgo, expresión y control de la ira (STAXI-2), índice de calidad de vida (QLI-Sp) y autoeficacia. Las evaluaciones fueron antes y después de 12 encuentros semanales de 2 horas de duración. **Resultados:** Se observó un aumento en la percepción de autoeficacia para regular el enojo ($p < .01$), y una disminución de los niveles de desregulación emocional ($p < .01$) y de temperamento rasgo ($p < .05$). Se observaron aumentos en los niveles de expresión externa e interna del enojo ($p < .05$; $p < .01$), y en el índice de expresión de la ira ($p < .001$). No se observaron diferencias respecto a problemas interpersonales, temperamento-estado, control externo e interno del enojo, ni calidad de vida. **Conclusiones:** El taller de habilidades para el manejo efectivo del enojo demostró resultados favorables para algunas características asociadas al enojo. El aumento de otras estaría relacionado con el marco conceptual de la ira desde las diferentes herramientas psicométricas y el modelo de DBT. Este estudio muestra resultados preliminares prometedores para un grupo de entrenamiento en habilidades basado en DBT para el manejo efectivo del enojo.

Palabras clave: regulación del enojo, terapia dialéctico conductual, grupo de entrenamiento en habilidades, terapia grupal

Abstract

Introduction: Anger is frequent in emotional disorders and is associated with greater severity and worse response to treatment. Dialectical Behavioral Therapy (DBT) interventions can be effective in achieving effective anger management. The aim of this study was to determine the effectiveness of participating in an anger management skills training group. **Methods:** Fifteen participants were assessed regarding interpersonal relationships (IIP-32), emotional regulation (DERS), state, trait, expression and control of anger (STAXI-2), quality of life index (QLI-Sp) and self-efficacy were measured. They were evaluated before and after 12 weekly meetings of 2 hours duration. **Results:** An increase in perceived self-efficacy to regulate anger ($p < .01$), and a decrease in levels of emotional dysregulation ($p < .01$) and

RECIBIDO 15/11/2023 - ACEPTADO 16/2/2024

¹Licenciada/o en Psicología. Fundación Foro para la Salud Mental, Buenos Aires, Argentina.

²Licenciada en Psicología. Fundación Foro para la Salud Mental, Buenos Aires, Argentina. Universidad Torcuato Di Tella. Escuela de Negocios. Centro de Inteligencia Artificial y Neurociencia (CIAN). Laboratorio de Neurociencia. CONICET.

³Médico especialista en Psiquiatría. Coordinador Clínico de Psiquiatría y del Área de investigación de la Fundación Foro para la Salud Mental. Buenos Aires, Argentina. <https://orcid.org/0000-0002-8888-8547>

Autor correspondiente:

Demián Rodante

dr.demianrodante@gmail.com

Lugar de realización del estudio: Fundación Foro para la Salud Mental, Buenos Aires, Argentina.



trait temperament ($p < .05$) were observed. Significant increases were observed in the levels of external and internal expression of anger ($p < .05$; $p < .01$), and in the anger expression index ($p < .001$). No differences were observed with respect to interpersonal problems, temperament-state, external and internal control of anger, or quality of life. Results and conclusions: The effective anger management skills training group demonstrated favourable results for some characteristics associated with anger. The increase in others would be related to the conceptual framework of anger of the different psychometric tools and the DBT model. This study shows promising preliminary results for a DBT-based skills training group for effective anger management.

Keywords: anger regulation, dialectical behavior therapy, skills training group, group therapy

Introducción

Diversos estudios han concluido que la regulación eficaz de las emociones es vital para la salud mental y que las dificultades en dicha función están asociadas con una variedad de conductas problemáticas y trastornos mentales que incluyen el abuso de sustancias (Kun & Demetrovics, 2010), las autolesiones (Buckholdt et al., 2009; Mikolajczak et al., 2009), la depresión (Gross & John, 2003; John & Gross, 2004), los trastornos de ansiedad (Cisler et al., 2010), el trastorno límite de la personalidad (TLP; Gratz et al., 2006) y el trastorno por estrés postraumático (Tull et al., 2007). El enojo, entendido como una emoción básica que se caracteriza por el impulso a defender los intereses propios, a menudo mediante conductas agresivas, es frecuente en los trastornos emocionales y su desregulación (dificultad para su gestión e imposibilidad de involucrarse en conductas dirigidas a metas independientemente del estado emocional) se asocia a mayor severidad y peor respuesta al tratamiento. La desregulación del enojo (DE) puede definirse como experiencias intensas de enojo, que pueden llevar a esfuerzos activos para suprimir o no permitir que la experiencia emocional se desarrolle (es decir, sobrerregulación), o por el contrario, a experiencias que se expresan externamente de manera poco efectiva debido a la falta de estrategias de regulación emocional (desregulación) (Robertson et al., 2012). La DE se ha asociado con mayores tasas de violencia (Deffenbacher et al., 1996), mayor riesgo de enfermedad coronaria (Siegman, 1993), y de condiciones de dolor (Quartana & Burns, 2007), representando costos sustanciales para la salud pública.

La DE es una característica distintiva de los pacientes con trastorno límite de la personalidad (TLP). Un programa de tratamiento que aborda sistemáticamente la intensidad de los problemas relacionados con la DE es el entrenamiento grupal de habilidades, uno de los componentes de tratamiento de la terapia

dialéctica conductual (DBT) (Linehan, 1993; Korman, 2005). La DBT fue desarrollada por Marsha Linehan para tratar personas con TLP y conductas suicidas (Linehan, 1993), combinando técnicas de la terapia cognitivo conductual (TCC) con elementos de la filosofía dialéctica y la práctica zen (Linehan, 1993). Su filosofía dialéctica radica en la necesidad de desarrollar un balance entre la aceptación y el cambio, es decir, que el cambio terapéutico solo va a ocurrir en un ambiente de aceptación y validación. Es por esta razón que se busca un balance entre aceptar la desregulación emocional y las dificultades que conlleva y al mismo tiempo trabajar para cambiar y aprender habilidades que puedan ayudar a regular las emociones para construir en tratamiento una vida que valga la pena ser vivida (Astrachan-Fletcher & Maslar, 2009; Chapman & Gratz, 2015).

La DBT estándar es una terapia ambulatoria que incluye cuatro modos de tratamiento: 1) psicoterapia individual semanal, 2) grupos de entrenamiento de habilidades semanal, 3) reuniones semanales del equipo de consultoría (para prevenir el agotamiento del terapeuta) y 4) *coaching* telefónico. En los grupos de entrenamiento en habilidades los consultantes trabajan sobre cuatro módulos: *mindfulness*, regulación emocional, efectividad interpersonal y aceptación radical (Linehan, 1993).

Aunque la DBT se desarrolló originalmente para tratar a mujeres diagnosticadas con TLP (Linehan, 1993), el enfoque de tratamiento ha crecido y se ha adaptado para una variedad de conductas problemáticas y trastornos. Su similitud con la TCC la convierte en un tratamiento prometedor para reducir la ira y el comportamiento violento. En una revisión realizada por Frazier y Vela (2014), los hallazgos sugieren que los tratamientos basados en DBT, incluso cuando se modifican para su uso con poblaciones específicas, muestran un impacto positivo en la reducción del enojo y las conductas agresivas. La mayoría de los es-

tudios encontraron que los tratamientos basados en DBT redujeron significativamente la ira y la hostilidad autoinformadas y/o los comportamientos agresivos o violentos al final del tratamiento y durante el seguimiento (Frazier & Vela, 2014).

Si bien la DBT es un tratamiento integral con varios componentes, existen estudios que muestran que el grupo de entrenamiento en habilidades por sí solo muestra una efectividad específica en la regulación del enojo (Rizvi et al., 2013; Soler et al., 2009).

Mediante un estudio piloto exploratorio de diseño longitudinal, el objetivo de este trabajo es determinar la efectividad de participar de un grupo de entrenamiento en habilidades para el manejo efectivo del enojo. Evaluando a los participantes antes y después del grupo se espera determinar el efecto de la intervención sobre aspectos como autoeficacia para regular el enojo, problemas interpersonales, calidad de vida, desregulación emocional, temperamento rasgo y estado, expresión y control externo e interno del enojo. Para ello, se analizaron las diferencias pretest y posttest de estas variables.

Materiales y métodos

Participantes

La muestra estuvo conformada por 15 consultantes que asistieron a un grupo terapéutico para regular el enojo en una clínica privada de la Ciudad de Buenos Aires. La media de edad fue de 46,40 (DE = 13,15). El 46,7% de los participantes reportó identificarse con el género femenino y el 53,3% con el género masculino. El 80% reportó estar casado/a o en concubinato, el 13,3% estar soltero/a y el 6,7% divorciado o separado. El 66,7% tenía hijos y el 86,7% estaba conviviendo con alguien. El 6,7% de los participantes contaban con secundario completo, el 13,3% con terciario o universitario incompleto y el 80% con un nivel de escolaridad terciario o universitario completo. El 13,3% reportó ser jubilado o retirado, el 6,7% ser amo/a de casa y el 80% tener un trabajo.

Mediciones

Cuestionario sociodemográfico ad-hoc

Para describir las características de la muestra se indagó la edad, género, estado civil, si tienen hijos, si conviven, nivel de escolaridad, situación laboral, si realizaron tratamiento psiquiátrico, si realizaron tratamiento DBT y consumo de sustancias.

Cuestionario ad-hoc sobre experiencias pasadas con el enojo

Para explorar el impacto que tuvo la falta de regulación del enojo en diferentes esferas de la vida, se diseñaron nueve preguntas. Las mismas indagaron si los participantes tuvieron problemas con figuras de autoridad en los últimos tres meses y a lo largo de su vida, si fueron denunciados por violencia en algún momento de su vida, si perdieron alguna relación significativa debido al enojo en los últimos tres meses y en algún momento de su vida, si tuvieron problemas laborales debido al enojo en los últimos 3 meses y en algún momento de su vida, y si tuvieron problemas o fueron expulsados de instituciones académicas debido al enojo en los últimos 3 meses y en algún momento de su vida.

Inventario de problemas interpersonales 32 (IIP-32)

El IPP-32 (Horowitz, 2000) evalúa las dificultades interpersonales a través de 32 ítems que presentan problemas que las personas pueden tener al interactuar con otros. El participante debe puntuar en una escala de tipo Likert de 0 (nunca) a 4 (mucho) que tan a menudo se les presentan dichos problemas. En un estudio local se observó que la escala presenta una consistencia interna adecuada con un alfa de Cronbach de .88 (Gómez-Penedo et al., 2022)

Escala de pensamientos y conductas autolesivas (EPCA)

La EPCA (Nock et al., 2007), adaptada al español por García-Nieto et al. (2013), consiste en una entrevista estructurada de 169 ítems divididos en seis módulos que evalúan la presencia, frecuencia y características de seis tipos de conductas autolesivas: a) ideación suicida; b) planes de suicidio; c) gestos suicidas; d) intentos de suicidio; e) pensamientos relacionados con las autolesiones y f) autolesiones. Al evaluar el acuerdo entre jueces se obtuvo un índice Kappa que osciló entre .9 y 1 para los diferentes ítems.

Escala de dificultades en la regulación emocional (DERS)

La escala DERS (Gratz & Roemer, 2004), adaptada a población argentina por Cremades et al. (2023), evalúa el grado en que las personas utilizan diversas estrategias de regulación emocional. La escala original cuenta con 36 ítems autoadministrados con un formato de respuesta Likert de 5 opciones (de 1 = casi nunca, a 5 = casi siempre) y una estructura de seis factores: 1) Dificultades en el control de impulsos (6 ítems), 2) Acceso limitado a estrategias de regulación emocional (8 ítems), 3) Falta de aceptación emocio-

nal (6 ítems), 4) Interferencia en conductas dirigidas a metas (5 ítems), 5) Falta de conciencia emocional (6 ítems) y 6) Falta de claridad emocional (5 ítems). La escala presenta buena consistencia interna ($\alpha = .93$), y cada subescala tiene una consistencia interna con coeficientes alfa de Cronbach mayores a .80.

Inventario de expresión de ira estado-rasgo (STAXI-2)

El inventario de expresión de ira estado-rasgo, STAXI-2, es la adaptación al español del State-Trait Anger Expression Inventory-2, STAXI-2 (Spielberger, 1999). Fue adaptado a la población argentina por De Figueroa et al. (2001). Está compuesto por 57 ítems divididos en 6 escalas que miden la intensidad de la ira como estado emocional (estado) y la disposición a experimentar sentimientos de ira como un rasgo de personalidad (rasgo). Los ítems constan de escalas de 4 puntos que evalúan la intensidad de la ira en un momento particular y la frecuencia de la experiencia, expresión y control de la ira. La consistencia interna de la escala presenta una alfa de Cronbach de .91 para enojo estado, .88 para enojo rasgo, .66 para expresión interna del enojo, .75 para expresión externa del enojo, .83 para control interno del enojo y .79 para control externo del enojo.

Índice de calidad de vida (QLI-Sp)

El QLI (Ferrans y Powers, 1985) fue adaptado en Argentina por Bulacio et al. (2004). Es un instrumento conciso para una evaluación integral, basada en la cultura y autoevaluación de la calidad de vida calificada como saludable. Está compuesto por 10 dimensiones recopiladas de la literatura internacional, incluyendo aspectos que van desde el bienestar físico hasta la realización espiritual, así como una percepción global de la calidad de vida. Presenta adecuadas propiedades psicométricas en español, con una adecuada consistencia interna ($\alpha = 0.66$).

Autoeficacia

Para evaluar la autoeficacia percibida se les preguntó qué tan capaces se creían para regular el enojo en una escala de 0 a 10. Siendo 0 nada capaz y 10 completamente capaz.

Procedimientos

Los participantes fueron evaluados mediante una entrevista clínica una semana previa al inicio del tratamiento por tres psicólogos entrenados en DBT. Los criterios de inclusión fueron: a) presentar dificultades en el manejo del enojo, siendo la principal dificultad la falta de inhibición en la expresión de la ira, b) ser mayor de 18 años, c) estar en tratamiento psicoterapéutico o psiquiátrico

individual, y d) firmar un consentimiento informado. Basándonos en la idea de que la desregulación emocional es un concepto que aplica de forma transdiagnóstica, es decir, independiente del diagnóstico psiquiátrico o psicológico, concepto extensamente aceptado en la comunidad científica (Faustino, 2021; Cludius et al., 2020), la elegibilidad de los participantes no contó con la realización de un diagnóstico específico.

Como criterios de exclusión se consideraron: a) estar involucrado en conductas delictivas, y b) estar involucrado en conductas que representen un riesgo para sí o para terceros.

Intervención

Los encuentros se realizaron de forma virtual sincrónica con una frecuencia semanal y una duración de dos horas por encuentro. Cada encuentro fue coordinado por tres terapeutas entrenados en DBT (JN, LL, ALR) y estuvieron conformados por 3 a 16 participantes. La estructura del taller fue circular, es decir, una vez finalizados los módulos el taller vuelve a comenzar. Esto permite a los participantes ingresar en diferentes momentos y ajustar el número de encuentros necesarios a los criterios clínicos de cada consultante. La permanencia de los participantes en el taller es de aproximadamente tres meses (el promedio de sesiones de taller en este estudio fue de 12.9).

El objetivo general del entrenamiento consiste en aprender habilidades que le permitan a los participantes regular el enojo de manera efectiva y así actuar en función de sus metas y valores. Utilizando investigaciones sobre la aplicación de DBT para el manejo efectivo del enojo (e.g. Donahue et al., 2017; Neacsu et al., 2018; Peters et al., 2014), se diseñó un manual para aplicar en formato grupal. El mismo consta de cinco temas principales: 1) Orientación y compromiso, 2) Conocer nuestra experiencia del enojo, 3) Contar con un plan ante las crisis, 4) Abordar los problemas en forma efectiva y 5) Reducir vulnerabilidades.

En las sesiones destinadas a la orientación y compromiso se comienza trabajando con los participantes en psicoeducación sobre el enojo como emoción. Se los ayuda a tomar conciencia de cómo el enojo interfiere en sus diferentes áreas vitales, y se trabaja en la identificación de factores que sostienen el enojo y los reforzadores de las conductas agresivas. Por último, se busca una forma para compartir el compromiso con otros y anticipar dificultades.

El módulo de conocer nuestra experiencia del enojo se centra en que cada participante pueda identificar

sus propios patrones de enojo. Para eso, se los entrena en registrar los episodios específicos que disparan su enojo, se los ayuda a identificar vulnerabilidades, eventos desencadenantes, malestar asociado, lo importante del problema, pensamientos e interpretaciones, sensaciones físicas, impulso de acción, acciones y consecuencias a corto y largo plazo.

El módulo destinado a crear un plan frente a las crisis se enfoca en tres habilidades principales: (1) cambiar las sensaciones físicas, (2) conciencia plena y (3) habilidad de acción opuesta. La primera busca la disminución del malestar emocional a través de habilidades de cambio de la activación fisiológica. La segunda, busca que el consultante aprenda a tomar conciencia de los diferentes componentes de la emoción para poder tomar distancia y no necesariamente reaccionar en consecuencia. Por último, la habilidad de la acción opuesta tiene como objetivo identificar e involucrarse en conductas más efectivas ante el enojo.

En las sesiones destinadas a abordar los problemas en forma efectiva se trabajan tres habilidades principales: 1) identificar el problema, 2) tolerar el malestar y 3) actuar en forma efectiva. Primero se trabaja para que los consultantes puedan identificar problemas concretos y objetivos a alcanzar en una situación que tiende a generar enojo. Para la tolerancia al malestar se busca que puedan identificar el malestar emocional y exponerse a situaciones que generen esas sensaciones sin tratar de cambiar la experiencia. Para actuar de forma efectiva, se busca aumentar el compromiso con lo que es importante para uno, formas de expresar el enojo que estén alineados con sus valores y objetivos, tener un plan alternativo y el desarrollo de la aceptación.

Finalmente, para reducir la vulnerabilidad se busca prevenir situaciones difíciles que tienden a generar intenso malestar emocional, así como también se refuerza el uso de acción opuesta ante otras emociones asociadas al enojo, como lo es la vergüenza, y se utilizan habilidades de tolerancia al malestar como autocalmarse con los 5 sentidos.

Evaluación

La recolección de datos se realizó en dos momentos diferentes. La primera (pretest) se realizó posterior a la entrevista de admisión al taller y previo al inicio del mismo. Se le envió a los participantes un formulario de Google en el que completaron ocho escalas: cuestionario sociodemográfico *ad-hoc*, cuestionario *ad-hoc* sobre experiencias pasadas con el enojo, IIP-32, EPCA, DERS, STAXI-2, QLI-Sp y preguntas *ad-hoc* de autoeficacia. Al finalizar el tratamiento (medida

postest) se les envió otro link con los mismos cuestionarios, a excepción del sociodemográfico y el de experiencias pasadas.

Implicaciones éticas

Todos los participantes aceptaron y firmaron el consentimiento informado, enmarcado en los principios de la Declaración de Helsinki, con sus respectivas modificaciones, y la Ley 26529 de Derechos del Paciente, Historia Clínica y Consentimiento informado.

Análisis estadísticos

Los datos sociodemográficos fueron analizados con estadísticos descriptivos (media, desvío estándar y frecuencia). Para las preguntas en las que se indagó sobre la experiencia pasada con el enojo se calcularon frecuencias para las variables medidas en nivel nominal y medias y desvíos para las variables cuantitativas. Para evaluar una diferencia en las puntuaciones de las escalas entre el pretest y el postest, se realizaron pruebas de t de Student para muestras pareadas. En los casos donde no se cumplían los supuestos de normalidad se realizó su equivalente no paramétrico (test de Wilcoxon). Todos los análisis fueron realizados con programa para análisis de datos RStudio, versión 4.2.3.

Resultados

Experiencias previas con el enojo

Antes de iniciar el tratamiento se evaluaron las experiencias negativas que habían tenido los participantes como consecuencia de su forma de relacionarse con el enojo. El 13,3% había tenido problemas con figuras de autoridad en algún momento de su vida, pero ninguno de esos episodios habían sucedido en los tres meses previos a la evaluación. En esta línea, el 6,7% había recibido por lo menos una denuncia de violencia a lo largo de su vida.

Al considerar las relaciones interpersonales, el 40% había perdido una relación significativa debido a no poder manejar el enojo. El 6,7% de los mismos había atravesado esa situación en los últimos 3 meses.

Finalmente, al evaluar la esfera laboral y educacional, se observó que el 20% había tenido problemas en el trabajo debido al enojo, de los cuales el 6,7% de los casos había sucedido en los últimos 3 meses. Por otro lado, ninguno había tenido problemas o expulsiones de instituciones académicas.

Efectos de la intervención

Al finalizar el tratamiento se observó que los pacientes percibían una mayor autoeficacia para regular el enojo

($t(14) = -3.78$; $p < .01$). Por otro lado, no se observó una diferencia significativa en los problemas interpersonales ($p = .17$) ni en la calidad de vida ($p = .55$).

En relación a indicadores clínicos, se observó una disminución estadísticamente significativa en los niveles de desregulación emocional ($t(14) = 3.47$; $p < .01$). A su vez, los participantes presentaron una disminución significativa en los niveles de temperamento rasgo ($t(14) = 2.34$; $p < .05$). Por otro lado, no se observó una diferencia significativa en los niveles de temperamento estado ($p = .13$).

Finalmente, al explorar la relación con el enojo se observó un aumento significativo en los niveles de expresión externa del enojo ($W = 12.5$; $p < .05$) y de expresión interna del enojo ($t(14) = -3.12$; $p < .01$). Por otro lado, no se observaron diferencias en el control externo del enojo ($p = .19$) ni de control interno del enojo ($p = .16$).

Los resultados de la comparación de las variables incluidas en el estudio en los dos tiempos de evaluación se muestran en la *Tabla 1*.

Discusión

Este estudio piloto se llevó a cabo para analizar la efectividad de una intervención, que consistió en un grupo de entrenamiento en habilidades para el manejo efectivo del enojo basado en DBT. Se evaluaron las variables de relaciones interpersonales, regulación emocional, estado, rasgo, expresión y control de la ira, calidad de vida y autoeficacia, antes y después de 12 semanas de recibir la intervención. Se encontraron resultados favorables en cuanto a la percepción de au-

toeficacia para regular el enojo, y menores niveles de desregulación emocional y de temperamento rasgo. Por otro lado, se observó que luego de la intervención hubo mayor expresión externa e interna del enojo y en la expresión de la ira, pero no se vieron efectos en problemas interpersonales, temperamento-estado, control externo e interno del enojo, ni en la calidad de vida.

En primer lugar, es necesario destacar por qué resulta relevante y necesario llevar a cabo este tipo de investigaciones. La desregulación emocional está asociada a diversas problemáticas en salud mental (e.g. Buckholdt et al., 2009; Cisler et al., 2010; Gratz et al., 2006; Gross & John, 2003; John & Gross, 2004; Kun & Demetrovics, 2010; Mikolajczak et al., 2009; Tull et al., 2007). En este estudio nos enfocamos en la desregulación del enojo, cuyas consecuencias negativas también han sido reportadas (Deffenbacher et al., 1996; Quartana & Burns, 2007; Siegman, 1993). Por lo tanto, el desarrollo de intervenciones para aumentar habilidades para la regulación del enojo es esencial para el campo de la psicoterapia.

Otro aspecto esencial de este estudio radica en la necesidad de evaluar la eficacia de las intervenciones en salud mental. Sin mediciones efectivas de las variables que puedan verse afectadas por la participación del grupo de habilidades, no es posible conocer si efectivamente se observa un cambio después de la intervención.

Los resultados aquí obtenidos no coinciden del todo con la literatura. Por ejemplo, en una revisión de la literatura sobre intervenciones basadas en DBT para la regulación del enojo encontraron que muchos de los estudios reportaron una reducción en la ira y hostilidad autoinformadas, así como una disminución en compor-

Tabla 1. Medias, desviaciones estándar y comparación

VARIABLE	Pre y post comparación		Z / W	P
	M(SD)	M(SD)		
Autoeficacia	4.87(1.68)	6.47(1.3)	-3.78	<.01
Problemas interpersonales	45.2(18.96)	40.07(16.18)	1.43	.17
Calidad de vida	68.6(10.84)	66.93(14.43)	0.61	.55
Desregulación emocional	92.6(23.41)	74.8(18.17)	3.47	<.01
Temperamento				
Rasgo	26.67(6.3)	22.93(5.9)	2.34	<.05
Estado	22.6(12.88)	17.73(5.42)	1.62	.13
Enojo				
Expresión externa	13.07(2.76)	14.93(3.13)	12.5	<.05
Expresión interna	13.07(2.49)	15.33(2.5)	-3.12	<.01
Control externo	13.6(2.26)	14.67(2.64)	-1.38	.19
Control interno	12.93(3.33)	11.8(3.51)	1.48	.16

tamientos agresivos o violentos (Frazier & Vela, 2014). Además, Ciesinski et al. (2022) realizaron una revisión y metanálisis sobre tratamientos basados en DBT para enojo y conductas agresivas, y encontraron reducciones significativas en el enojo pero no en la agresión.

En el presente estudio se obtuvieron resultados positivos en la percepción de autoeficacia para regular el enojo e incluso en la frecuencia con la que el participante experimenta sentimientos de ira a lo largo del tiempo (temperamento rasgo). Por otro lado, se reportaron aumentos de expresión externa e interna del enojo luego de la intervención, así como ausencia de cambios en cuanto a problemas interpersonales y control externo e interno del enojo. Si bien existen coincidencias entre los resultados aquí presentados y la literatura, también encontramos discrepancias.

Una hipótesis explicativa del aumento de algunas variables del enojo (expresión externa e interna) podría relacionarse con el contenido del instrumento que evalúa la expresión externa e interna del enojo (STAXI-2). En primer lugar, pudimos observar que la expresión del enojo “hacia afuera” (externalizado) aumentó. No consideramos que este efecto pueda ser adjudicado a la intervención necesariamente, ya que no contamos con un grupo control para compararlo o pudiendo incluso tratarse de una fluctuación natural de dicha característica, sin embargo el resto de los hallazgos podrían merecer la misma interpretación. Llamativamente, un reciente metaanálisis ha reportado la efectividad de DBT en reducir la desregulación del enojo, sin embargo no ha encontrado efectos sobre la conducta agresiva (Ciesinski y col. 2022), concepto que coincide con el de expresión externa del enojo de la STAXI-2. Este hallazgo coincide con lo reportado en este trabajo, pudiendo concluir que las intervenciones basadas en DBT podría ser efectivas en la desregulación emocional del enojo, pero sean insuficientes para reducir la expresión externa de esa emoción. En esta línea, la percepción de expresión externa del enojo puede estar sesgada por la historia comportamental de los participantes. A su vez, vale la pena considerar que la intervención puede no producir un efecto en todos los aspectos del manejo del enojo. Ahora bien, si consideramos que hubo una reducción de la frecuencia en que los participantes experimentaron enojo (rasgo), el aumento la frecuencia con la que el enojo se externaliza o expresa puede estar condicionada por la menor cantidad de veces que se experimenta enojo, pudiendo el taller no tener suficiente potencia para reducir algunos episodios de externalización del

enojo. En segundo lugar, respecto al aumento de sentir enojo “para adentro” (internalizado), dejar de experimentar la emoción “enojo” no es un objetivo de la intervención, sino que se continúe sintiendo enojo pero se exprese de forma asertiva. Es decir, se deben interpretar estos resultados en relación a los objetivos que se plantean desde la DBT y a la forma de conceptualizar el enojo: no busca que el individuo tenga menores niveles de forma interna, sino que pueda experimentar la emoción y cuente con mejores herramientas para regularla/ expresarla asertivamente. Sin embargo, replicar estos resultados con una muestra de mayor tamaño podría contribuir a la clarificación de los resultados.

Un aspecto a destacar es que en este estudio se midieron variables que no suelen incluirse en otros, y sobre las que, por lo tanto, no se han estudiado los efectos de este tipo de intervenciones. Por ejemplo, las variables de temperamento rasgo y estado, problemas interpersonales y calidad de vida.

No obstante, es importante tener en cuenta las limitaciones que presenta este estudio piloto. En primer lugar, el tamaño muestral pequeño, y la heterogeneidad de la muestra no hace posible su generalización a otros contextos, pudiendo constituir un punto de partida para investigaciones posteriores al respecto. En segundo lugar, si bien se trataron de consultantes en tratamiento, no fue criterio de exclusión que realicen tratamiento DBT específicamente, el impacto del tipo de psicoterapia individual, la cantidad de sesiones semanales o *coaching* telefónico recibido por cada participante no fue reportado. Por las características de la intervención, tampoco se ha realizado un diagnóstico psiquiátrico específico ni ha sido criterio elegibilidad para participar del mismo; como grupos de investigación, creemos que los grupos de habilidades transdiagnósticos facilitan el reclutamiento y adherencia a los tratamientos, así como y disminuyen la dispersión de recursos en entornos de salud mental (Durpoix et al., 2023). En tercer lugar, el tamaño de la muestra no hace viable realizar análisis de subgrupos lo que imposibilitó analizar el impacto de variables como el momento en el que los participantes ingresan al taller, cantidad de participantes al momento de realizar el taller y impacto específico de la intervención en determinados diagnósticos. Otra limitación podría ser la modalidad virtual en la que se administraron los instrumentos y se realizaron los encuentros del taller, desconociéndose el impacto que podría haber tenido en los participantes y su resultados, si los mismos hubiesen sido presenciales. Por otro lado, la duración

del tratamiento podría delimitar el estudio si se toma como referencia a Ciesinski y col. (2022) que reportaron que una mayor duración del tratamiento obtenía mejores resultados. Futuras investigaciones podrán hacer foco en el análisis de todas las variables con un mayor número de participantes.

Conclusión

La importancia de este trabajo subyace en que, de acuerdo al avance del presente estudio y en sintonía con otras investigaciones, al finalizar el tratamiento se observó que los pacientes percibían una mayor autoeficacia para regular el enojo y una disminución significativa en los niveles de desregulación emocional. Es esencial para el campo de la psicoterapia el desarrollo y evaluación de este tipo intervenciones y que se continúen llevando a cabo investigaciones en esta área, ya que, como se mencionó anteriormente, la desregulación emocional está asociada a diversas problemáticas en salud mental.

Declaración de conflictos de intereses: los autores declaran no tener conflictos de intereses.

Referencias bibliográficas

Astrachan-Fletcher, E., & Maslar, M. (2009). The dialectical behavior therapy skills workbook for bulimia: Using DBT to break the cycle and regain control of your life. *New Harbinger Publications*.

Buckholdt, K. E., Parra, G. R., & Jobe Shields, L. (2009). Emotion regulation as a mediator of the relation between emotion socialization and deliberate self harm. *American Journal of Orthopsychiatry*, 79(4), 482-490. <https://doi.org/10.1037/a0016735>

Bulacio, J. M., Vieyra, M. C., Alvarez Daneri, C., Benatui, D., & Mongiello, E. (2004). Índice de Calidad de Vida: Validación de una muestra Argentina. *Alceón*, 11(4), 333-336. <http://doi.org/10.15569/acmeon.v11n4.142>

Chapman, A. L., & Gratz, K. L. (2015). The dialectical behavior therapy skills workbook for anger: Using DBT mindfulness and emotion regulation skills to manage anger. *New Harbinger Publications*.

Ciesinski, N. K., Sorgi-Wilson, K. M., Cheung, J. C., Chen, E. Y., & McCloskey, M. S. (2022). The effect of dialectical behavior therapy on anger and aggressive behavior: A systematic review with meta-analysis. *Behaviour research and therapy*, 154, 104122. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2022.104122>

Cludius, B., Mennin, D., Ehring, T. (2020). Emotion regulation as a transdiagnostic process. *Emotion*. 20(1):37-42. [doi:10.1037/emo0000646](https://doi.org/10.1037/emo0000646). PMID: 31961175.

Cremades, C., Garay, C. J., Etchevers, M. J., Muiños, R., Peker, G. M., & Gómez Penedo, J. M. (2023). Adaptación y validación de la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional en adultos del Área Metropolitana de Buenos Aires. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 41(3), 118. <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/apl/a.11523>

Deffenbacher, J. L., Oetting, E. R., Lynch, R. S., & Morris, C. D. (1996). The expression of anger and its consequences. *Behaviour Research and Therapy*, 34(7), 575-590. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(96\)00018-6](https://doi.org/10.1016/0005-7967(96)00018-6)

De Figueroa, N. L., Schmidt, V., & Gol, S. (2001). El Inventario de Expresión de Enojo Estado-Rasgo (STAXI) y su uso en diferentes poblaciones. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 1(11), 55-74

Donahue, J. J., Santanello, A., Marsiglio, M. C., & Van Male, L. M. (2017). Acceptance and Commitment Therapy for Anger Dysregulation with Military Veterans: A Pilot Study. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 47(4), 233-241. <https://doi.org/10.1007/s10879-017-9361-z>

Durpoix, A., Lachaux, E., Weiner, L., Weibel, S. (2023). Transdiagnostic skills training group of dialectical behavior therapy: a long-term naturalistic study. *Borderline Personal Disord Emot Dysregul*. 10(1):37. [doi: 10.1186/s40479-023-00243-y](https://doi.org/10.1186/s40479-023-00243-y).

Faustino, B. (2021). Transdiagnostic perspective on psychological inflexibility and emotional dysregulation. *Behav Cogn Psychother*. 49(2):233-246. [doi: 10.1017/S1352465820000600](https://doi.org/10.1017/S1352465820000600).

Ferrans, C. E., & Powers, M. J. (1985). *The quality of life index: A user's manual*. Research Triangle Institute.

Frazier, S. N., & Vela, J. (2014). Dialectical behavior therapy for the treatment of anger and aggressive behavior: A review. *Aggression and Violent Behavior*, 19(2), 156-163. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2014.02.001>

García-Nieto, R., Blasco-Fontecilla, H., Yepes, M. P., & Baca-García, E. (2013). Translation and validation of the "Self-Injurious Thoughts and Behaviours Interview" in a Spanish population with suicidal behaviour. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental (English Edition)*, 6(3), 101-108. <https://doi.org/10.1016/j.rpsmen.2012.07.004>

Gómez-Penedo, J. M., Fernández-Álvarez, J., Maristany, M., & Freiberg-Hoffmann, A. (2022). Inventario de Problemas Interpersonales-32 (IIP-32): Propiedades psicométricas y datos normativos en una muestra clínica de Argentina. *Revista Evaluar*, 22(2), 64-75. <https://doi.org/10.35670/1667-4545.v22.n2.38688>

Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, 26, 41-54. <https://doi.org/10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94>

Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of personality and social psychology*, 85(2), 348. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.85.2.348>

Horowitz, L. M., Alden, L. E., Wiggins, J. S., & Pincus, A. L. (2000). *IIP, Inventory of Interpersonal Problems Manual*. San Antonio: The Psychological Corporation. Recuperado de <https://fetzer.org>

John, O. P., & Gross, J. J. (2004). Healthy and unhealthy emotion regulation: Personality processes, individual differences, and life span development. *Journal of personality*, 72(6), 1301-1334. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2004.00298.x>

Korman, L. M. (2005). *Treating anger and addictions concurrently*. En W. J. Skinner (Ed.), *Treating concurrent disorders: A guide for counselors* (pp. 215-234). Toronto: Centre for Addiction and Mental Health

Kun, B., & Demetrovics, Z. (2010). Emotional intelligence and addictions: a systematic review. *Substance use & misuse*, 45(7-8), 1131-1160. <https://doi.org/10.3109/10826080903567855>

Linehan, M. M. (1993a). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.

Neacsiu, A. D., Rompogren, J., Eberle, J. W., & McMahon, K. (2018). Changes in Problematic Anger, Shame, and Disgust in Anxious and Depressed Adults Undergoing Treatment for Emotion Dysregulation. *Behavior Therapy*, 49(3), 344-359. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2017.10.004>

Nock, M. K., Holmberg, E. B., Photos, V. I., & Michel, B. D. (2007). Self-Injurious Thoughts and Behaviors Interview: development, reliability, and validity in an adolescent sample. *Psychological Assessment* 19(3), 309-317. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.19.3.309>

Mikolajczak, M., Petrides, K. V., & Hurry, J. (2009). Adolescents choosing self-harm as an emotion regulation strategy: The protective role of trait emotional intelligence. *British Journal of Clinical Psychology*, 48(2), 181-193. <https://doi.org/10.1348/014466508X386027>

Peters, J. R., Geiger, P. J., Smart, L. M., & Baer, R. A. (2014). Shame and borderline personality features: The potential mediating role of anger and anger rumination. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 5(1), 1–9. <https://doi.org/10.1037/per0000022>

Robertson, T., Daffern, M., & Bucks, R. S. (2012). Emotion regulation and aggression. *Aggression and violent behavior*, 17(1), 72-82. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2011.09.006>

Quartana, P. J., & Burns, J. W. (2007). Painful consequences of anger suppression. *Emotion*, 7(2), 400. <https://doi.org/10.1037/1528-3542.7.2.400>

Siegman, A. W. (1993). Cardiovascular consequences of expressing, experiencing, and repressing anger. *Journal of Behavioral Medicine*, 16(6), 539-569.

Spielberger, C. D., Sydeman, S. J., Owen, A. E., & Marsh, B. J. (1999). Measuring anxiety and anger with the State-Trait Anxiety Inventory (STAI) and the State-Trait Anger Expression Inventory (STAXI). Lawrence Erlbaum Associates Publishers.

Tull, M. T., Barrett, H. M., McMillan, E. S., & Roemer, L. (2007). A preliminary investigation of the relationship between emotion regulation difficulties and posttraumatic stress symptoms. *Behavior therapy*, 38(3), 303-313. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2006.10.001>

volver al índice