

UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA Y TRABAJO SOCIAL



Trabajo de Suficiencia Profesional

Niveles de ira en niños con cáncer terminal que se atienden en un hospital de  
Es Salud de Lima, 2017

Para optar el Título Profesional de Licenciada en Psicología

Presentado por:

Autor: Bachiller Jáuregui Gutiérrez, Luisa

Lima-Perú

2018

## **DEDICATORIA**

La presente investigación está dedicada con mucho amor a mi familia, por ser las personas que siempre me han apoyado y me ayudan a crecer profesionalmente y personalmente.

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco a los docentes de pre grado que permitieron lograr la culminación de la carrera profesional de Psicología, a los pacientes del Servicio de oncología del Hospital Edgardo Rebagliatti Martins de Lima que han participado en la presente investigación y a todas las personas que me han brindado su apoyo permitiendo concluir el trabajo de investigación.

## PRESENTACIÓN

### Señores miembros del Jurado:

En cumplimiento a las normas de la Directiva N° 003-FPs y Ts.-2017 de la Facultad de Psicología y Trabajo Social de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, para optar el título profesional bajo la modalidad TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA Y TRABAJO SOCIAL, presento ante ustedes el trabajo titulado **“Niveles de ira en niños con cáncer terminal que se atienden en un hospital Es Salud de Lima, 2017”**, con la finalidad de conocer el nivel de ira que presentan los pacientes en un hospital de Es Salud Edgardo Rebagliatti Martins de Lima.

Esperando cumplir con los requisitos de aprobación.

Luisa, Jáuregui Gutiérrez

## ÍNDICE

	<b>Pag.</b>
Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Presentación	iv
Índice.	v
Índice de tablas	viii
Índice de figuras	ix
Resumen	x
Abstract	xi
Introducción	xii
CAPÍTULO I: Planteamiento del problema	15
1.1. Descripción de la realidad problemática	15
1.2. Formulación del problema	17
1.3. Objetivos	17
1.4. Justificación e importancia	18
CAPÍTULO II: Marco teórico conceptual	20
2.1. Antecedentes	20
2.1.1. Internacionales	20
2.1.2. Nacionales	23
2.2. Bases teóricas	26
2.2.1. Cáncer	29
2.2.2. Tipos de tratamiento para el cáncer	31
2.2.3. Quimioterapia	32
2.2.4. Teorías	33
	v

2.2.5. Dimensiones de ira	37
2.2.6. Duración de ira	38
2.2.7. Nivel de la ira	39
2.2.8. Frecuencia de la ira	42
2.2.9. Manejo de la ira	44
2.3. Definiciones conceptuales	46
2.3.1. Ira	46
2.3.2. Enojo descontrolado	47
2.3.3. Hostilidad	47
2.3.4. Agresividad	48
2.3.5. Cáncer	48
2.3.6. Radioterapia	48
CAPÍTULO III: Metodología	50
3.1. Tipo y diseño utilizado	50
3.1.1. Tipo	50
3.1.2. Nivel	50
3.1.3. Diseño de investigación	51
3.2. Población y muestra	51
3.3. Identificación de variables y su operacionalización	52
3.3.1. Operacionalización de la variable	53
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de información	54
CAPÍTULO IV: Procesamiento, presentación y análisis de los resultados	57
4.1. Procesamiento de los resultados	57

4.2. Presentación de los resultados	57
4.3. Análisis y discusión de los resultados	63
4.4. Conclusiones	66
4.5. Recomendaciones	66
CAPÍTULO V: Intervención	68
5.1. Denominación del programa	68
5.2. Justificación del problema	68
5.3. Establecimiento de objetivos	69
5.4. Sector al que se dirige	69
5.5. Establecimiento de conductas problemas/metás	70
5.6. Metodología de la intervención	70
5.7. Instrumentos/material a utilizar	70
5.8. Cronograma	72
5.9. Actividades	73
Referencias bibliográficas	80
Anexos	86
Anexo 1. Matriz de consistencia	87
Anexo 2. Cuestionario de STAXI NA	90

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Operacionalización de la variable	53
Tabla 2. Puntuaciones mínimas, máximas y medias	58
Tabla 3. Nivel de ira en pacientes	58
Tabla 4. Nivel de enojo descontrolado	60
Tabla 5. Nivel de hostilidad	61
Tabla 6. Nivel de agresión en pacientes.	62



## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Nivel de ira en pacientes	59
Figura 2. Nivel de enojo descontrolado en pacientes	60
Figura 3. Nivel de hostilidad en pacientes	61
Figura 4. Nivel de agresión en pacientes	62

## RESUMEN

El presente trabajo de investigación, aborda los niveles de ira en niños con cáncer terminal que se atienden en un hospital Es Salud de Lima, 2017. Es una investigación es aplicada, de enfoque cuantitativo, nivel descriptivo y diseño no experimental de corte transversal. La muestra de estudio estuvo conformada por 50 pacientes. Con respecto a los aspectos teóricos se hace referencia a Spielberger quien describió la ira en relación a sus tres componentes: enojo descontrolado, hostilidad y agresión y por ello se seleccionó el Inventario STAXI – NA para medir el nivel de ira. Esta prueba ha sido utilizada en una muestra peruana por Lévano (2017) el instrumento fue probado con una muestra piloto a fin de realizar los ajustes necesarios.

En resultados obtenidos se puede evidenciar en los pacientes, en términos generales que, existe un 16% que presentan un nivel de ira a nivel bajo, el 66% presenta un nivel de ira medio y un 18% de pacientes presentan un nivel de ira alto en los pacientes niños que padecen de cáncer terminal hospitalizados.

En relación a las dimensiones: En la dimensión enojo descontrolado, el 24% presenta un nivel bajo de enojo, el 44% presenta un nivel medio y el 32% presenta un nivel alto de enojo descontrolado. En la dimensión Hostilidad el 20% presenta un nivel bajo de hostilidad, el 56% presenta un nivel medio y el 24% del total, presenta un nivel alto de hostilidad. En la dimensión de agresividad 16% presenta un nivel bajo de agresión, el 60% presenta un nivel medio y el 24% presenta un nivel alto de agresión.

**Palabras Claves:** Ira, Pacientes oncológicos, quimioterapia, agresividad, enojo.

## ABSTRACT

This research work addresses the levels of anger in children with terminal cancer who are treated in a hospital Es Salud de Lima, 2017. It is a research is applied, with a quantitative approach, descriptive level and non-experimental cross-sectional design. The study sample consisted of 50 patients. Regarding the theoretical aspects refers to Spielberger who described the anger in relation to its three components: uncontrolled anger, hostility and aggression and therefore the Inventory STAXI - NA was selected to measure the level of anger. This test has been used in a Peruvian sample by Lévano (2017). The instrument was tested with a pilot sample in order to make the necessary adjustments.

In the results obtained, it can be evidenced in the patients, in general terms, that there is a 16% who have a low level of anger, 66% have a medium level of anger and 18% of patients have a high level of anger in children patients suffering from terminal cancer hospitalized.

In relation to the dimensions: In the uncontrolled anger dimension, 24% have a low level of anger, 44% have a medium level and 32% have a high level of uncontrolled anger. In the Hostility dimension, 20% have a low level of hostility, 56% have an average level and 24% of the total, have a high level of hostility. In the dimension of aggressiveness, 16% have a low level of aggression, 60% have a medium level and 24% have a high level of aggression.

**Key words:** Anger, Oncology patients, chemotherapy, aggressiveness, anger.

## INTRODUCCIÓN

El presente trabajo estudia el nivel de ira en los niños con cáncer terminal, tomando en cuenta las diferentes definiciones e interpretaciones que realizan diferentes autores, proponemos la aplicación de un instrumento para poderla medir. El trabajo se basa en la psicología cognitiva y se ha tomado como base la línea de Aarón Beck y Albert Ellis. Estos dos autores han estudiado de manera amplia y profunda el tema de las emociones, entre ellas la ira, y han sido la inspiración y el referente teórico de muchos programas de manejo de la ira.

Es importante señalar que el ser humano pueda controlar y manejar sus emociones, por ello nace nuestra inquietud de investigar los niveles de ira en niños con cáncer terminal que se atienden en un hospital Es Salud de Lima, 2017. Muchas veces el descontrol de la ira lleva no sólo a consecuencias personales en relación a su enfermedad, sino que desencadena actos violentos y agresivos contra las personas del entorno, llegando a la victimización y hostigamiento en muchos casos. Los pacientes tienen que irse adaptando paulatinamente a la enfermedad y si van a encontrar compañeros en la hospitalización o tratamiento agresivos y violentos que no saben controlar sus emociones, en particular la ira, les va a dificultar su adaptación a la hospitalización.

Beck (1999) afirma que la ira es una emoción que sentimos y que depende de nuestra interpretación y del significado que le demos. Afirma que existe una

clara relación entre nuestros pensamientos y las emociones que experimentamos es decir una relación entre el componente cognitivo y emocional y a su vez, la reacción emocional afecta nuestro comportamiento. Cuando las emociones son muy negativas o intensas, nuestra conducta se puede bloquear o volver desadaptativa y hasta generar violencia. Hay personas que muestran una tendencia mayor a actuar de esta manera, debido a sus creencias de base, que pueden ser rígidas o incorrectas, y que generalmente fueron aprendidas a través de la educación y las experiencias previas.

Todas las personas manifiestan ira en algún momento, sin embargo, aquellas personas que la manifiestan intensa y con mayor frecuencia son más propensas a expresar conductas agresivas y hostiles hacia los demás. Creemos que, conociendo el nivel de ira, podemos enseñarles a los niños a prevenir y manejar su ira de manera oportuna, para que en el futuro sean personas que puedan controlar su agresividad. Por ello, es importante conocer el nivel de ira que manifiestan los niños en la hospitalización y así después implementar un programa para el control de la ira en los niños.

La información del presente estudio se ha organizado en cinco capítulos.

En el Capítulo I, comprende el planteamiento del problema, abordando, lo que respecta a su descripción, antecedentes y la formulación en sí del problema, delimitando los objetivos a lograr, así como su justificación e importancia.

En el capítulo II, tenemos el marco teórico – conceptual, empezando por los antecedentes de la investigación, para luego, fundamentar las bases teórico – científicas sobre las cuales fundamentamos, nuestra investigación, dentro de este contexto, abarcamos también las definiciones conceptuales de la variable.

En el capítulo III, tratamos el tipo y diseño de la investigación, la población y muestra de estudio, técnicas e instrumentos de recolección de datos, procedimiento de recolección de datos, técnica de procesamiento y análisis de datos, técnico e instrumentos de medición y evaluación.

En el capítulo IV, se obtiene la presentación de los resultados de la evaluación, conclusiones y recomendaciones de la investigación.

En el capítulo V, se presenta el programa de intervención, las diferentes sesiones para disminuir los niveles de ira en los niños hospitalizados con cáncer terminal.

## CAPÍTULO I

### PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

#### 1.1. Descripción de la realidad problemática

En la actualidad es muy preocupante el incremento de la violencia, ya que es la causa de más de 1.6 millones de muertes anuales alrededor del mundo, donde los principales protagonistas son las personas cuyas edades varían entre los 15 a 44 años (Soto, 2005). Debido al impacto de la violencia en la actualidad, la Organización Mundial de la Salud (OMS) la ha considerado una amenaza para la salud pública desde 1996 y ha afirmado que pronto superará las tasas de mortalidad de las enfermedades infecciosas alrededor del mundo.

Los índices de violencia a nivel urbano en nuestro país también se han incrementado de modo alarmante. Esta violencia social tiene a la capital de nuestro país, Lima, es una de las ciudades donde se dan los mayores índices de pandillerismo juvenil. Mejía Navarrete (2005) revela que no solamente existe violencia social a nivel del pandillaje, sino que las personas que padecen de enfermedades crónicas y terminales les afecta especialmente el temperamento, el carácter, la negación ante la enfermedad que se expresan a través de conductas agresivas incluyendo la ira, especialmente en pacientes niños y adolescentes, de esta manera mediante una detección oportuna se puede detectar estos problemas y poder prevenir

al menos en parte la existencia de este problema en los niños que padecen ese tipo de enfermedad.

Frente a esta realidad, el rol del psicólogo en el sector salud es fundamental y se debe reconocer el potencial en cada paciente para ayudarlo a controlar sus emociones negativas. Es así, que en la sala de hospitalización de niños que sufren de enfermedad crónica terminal como el cáncer se ha observado una serie de conductas impulsivas; llegando en algunas ocasiones a las agresiones verbales y hasta físicas.

Estas respuestas de los pacientes niños preocupa ya que las respuestas agresivas podrían estar relacionadas con aspectos de su personalidad, con un aprendizaje social o es una reacción ante la enfermedad terminal que padecen.

Buscando alguna alternativa de solución, creemos que se tendría que aumentar los esfuerzos para implementar programas de manejo de la ira y prevención de la violencia antes que aparezcan conductas violentas. Como sabemos que todas las personas manifiestan ira en algún momento de su vida, sin embargo, aquellas personas que padecen enfermedades crónicas la manifiestan intensa y frecuentemente y están más propensas a expresar actitudes violentas y hostiles hacia los demás. En cambio, aquellas que saben controlarla y expresarla adecuadamente tienen más posibilidades de tener mejores relaciones interpersonales, de ahí la relevancia de crear y



aplicar programas de prevención de la ira no solamente en las escuelas, sino en los ambientes hospitalarios (Beane, 1999).

## **1.2. Formulación del problema**

### **1.2.1. Problema general:**

¿Cuál es el nivel de ira que presentan los niños con cáncer terminal que se atienden en un hospital de Es Salud de Lima, 2017?

### **1.2.2. Problemas específicos:**

¿Cuál es el nivel de enojo descontrolado que presentan los niños con cáncer terminal que se atienden en un hospital de Es Salud de Lima, 2017?

¿Cuál es el nivel hostilidad que presentan los niños con cáncer terminal que se atienden en un hospital de Es Salud de Lima, 2017?

¿Cuál es el nivel de agresión que presentan los niños con cáncer terminal que se atienden en un hospital de Es Salud de Lima, 2017?

## **1.3. Objetivos**

### **1.3.1. Objetivo general:**

Determinar el nivel de ira que presentan los niños con cáncer terminal que se atienden en un hospital de Es Salud de Lima, 2017.

### **1.3.2. Objetivos específicos:**

Identificar el nivel de enojo descontrolado que presentan los niños con cáncer terminal que se atienden en un hospital de Es Salud de Lima, 2017

Identificar el nivel de hostilidad que presentan los niños con cáncer terminal que se atienden en un hospital de Es Salud de Lima, 2017

Identificar el nivel de agresión que presentan los niños con cáncer terminal que se atienden en un hospital de Es Salud de Lima, 2017

### **1.4. Justificación e importancia**

No cabe duda de que el cáncer constituye un importante problema de salud. Es la enfermedad crónica que más número de muertes causa en el siglo XXI. Su padecimiento afecta al ser humano en múltiples aspectos de la vida como en el trabajo, las relaciones interpersonales, la imagen o los hábitos diarios, ejerciendo una influencia importante en su bienestar tanto físico como psicológico. Esta enfermedad es causante de grandes desajustes psicológicos y emocionales debido a su naturaleza crónica, la incertidumbre que trae consigo respecto al pronóstico de la misma, los efectos secundarios que producen los tratamientos utilizados para su control y remisión, y el significado o representaciones sociales de la propia palabra cáncer (Alonso y Bastos, 2011). Citado en Zayas (2015)

La presente investigación es importante por su valor teórico y asistencial, ya que permitirá enriquecer de conceptos y teorías científicas sobre el tema, conocimientos que quizás eran desconocidos por el sector de la salud

psicológica, del personal de enfermería que atiende a este tipo de pacientes y de los padres de familia de los pacientes; además los instrumentos usados pueden servir para realizar posteriores investigaciones en otros escenarios.

Además, servirá para conocer los niveles de ira en los niños con cáncer terminal que se atienden en un hospital de Es Salud de Lima 2017, información que puede ser utilizada por el personal asistencial, psicólogos y padres de familia para la implementación de programas que ayude a los pacientes a controlar sus impulsos, y así estas conductas se puedan controlar desde temprana edad contribuirá a tener un estado de salud más estable.

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL**

#### **2.1. Antecedentes**

A continuación, se presentarán investigaciones que respalden este estudio y las cuales se harán uso para sustentar los resultados obtenidos. Estos trabajos se verán divididos a nivel internacional y nacional, en ese orden.

##### **2.1.1 Internacionales**

Entre los trabajos en el ámbito internacional, podemos citar el trabajo realizado por León, Meza y Reina (2017) realizaron un estudio sobre el Cáncer Testicular es relativamente raro, puesto que su importancia radica en las complicaciones que se llevan a cabo luego de padecer el Cáncer de Testículos, tales como: infertilidad, aislamiento social, depresión y enojo; estas acciones se relacionan al tipo de Personalidad C que es el que se relaciona con el comportamiento ante situaciones estresantes, de esta manera pueden llevar a la toma de acciones o decisiones personales que afecten negativamente el progreso de la enfermedad, inclusive la depresión y muerte del paciente.

El objetivo radica en analizar la influencia que existe entre el trastorno de personalidad tipo C y el cáncer de testículos, basados en otros artículos ya antes estudiados, además de conocer el factor de riesgo más frecuente

del cáncer y la relación directa entre el aumento o disminución de tiempo de vida de un paciente con cáncer de testículos. La Metodología usada en el presente ensayo se basó en revisión bibliográfica; como por ejemplo la bibliografía física y la bibliografía electrónica, tales como Google académico; plataformas virtuales como Cielo, revistas científicas como Hallazgos 21, entre otros. Dentro del Desarrollo del ensayo se podrán observar los diferentes conceptos y estudios que ya se han realizado en los cuales diferentes autores como Galeno, Greer, Dumbar y Morris nos afirman o nos comentan que aunque en las épocas pasadas se relacionada directamente al cáncer con aquellas personas que sufrían de depresión o melancolía tenían un mayor riesgo de sufrir cáncer, actualmente no existe en sí, una relación directa entre la inhibición emocional y el desarrollo o evolución del cáncer, sino que habría factores intermediarios o medidas de determinados tipos de estilos poco adaptativos.

Podemos concluir que al tipo de personalidad C lo relacionan como un aspecto indirecto en el paciente con cáncer, direccionándose hacia la depresión, aislamiento social, e inclusive muerte del mismo, pero hay que recalcar que la muerte no se da por el cáncer, sino por los factores predisponente del tipo de personalidad C. Una de las características de la personalidad tipo C, de un amplio campo relacionado con un déficit en la expresión emocional, precisamente de emociones socialmente negativas (ira, enfado, ansiedad, agresividad, hostilidad, cólera).

Kruger (2004) realizó un estudio exploratorio, el cual tuvo como propósito general conocer cómo se afecta la dinámica familiar cuando un niño miembro de la familia presenta un cáncer, desde la perspectiva del cuidador más cercano del niño. La investigación se desarrolló desde una aproximación metodológica cualitativa, empleando técnicas como, fuentes documentales y entrevistas semi-estructuradas. La muestra fue constituida por 8 cuidadores más cercanos de los niños con cáncer, 5 pertenecientes a lugares fuera de Santiago y 3 pertenecientes a la Ciudad de Santiago, donde los niños están pasando por un período de hospitalización o recibiendo tratamiento ambulatorio en el Policlínico del hospital Luis Calvo Mackenna de la Comuna de Providencia, en la Región Metropolitana. Para recoger la información, hubo una previa conversación personal para citar a las entrevistas, se visita a los cuidadores más cercanos de los niños con cáncer en el Hospital Luis Calvo Mackenna y se les hace la entrevista. En el proceso de análisis de estas entrevistas se realizaron transcripciones y codificaciones, las que posteriormente se transformaron en las segmentaciones y categorizaciones con previa triangulación. El producto de dicho análisis dio origen a catorce núcleos temáticos, los que fueron articulados al amparo de la teoría sistémica, para crear la construcción de significados subjetivos de cada entrevistado, en relación al tema planteado. Los resultados obtenidos dan cuenta que una familia al verse enfrentada a un cáncer infantil de uno de sus miembros, se ve sometida a profundos, drásticos e inevitables cambios, que alteran todo el sistema familiar, las relaciones sociales, cambiando totalmente la dinámica familiar de quien la sufre. Los resultados también dan cuenta de la importancia de incluir un

psicólogo en esta área, donde podamos formar un equipo multidisciplinario de intervención para estos casos de salud. Promoviendo una atención multidisciplinaria a favor del cuidado del paciente, de su calidad de vida y de su familia.

Valencia (2015) realizó la investigación que se propone realizar una aproximación al concepto de la culpa, iniciando por los argumentos sociológicos propuestos por Freud, la concepción totémica, la naturaleza del tabú, la génesis de la conciencia moral, con el fin de articular estas nociones con la segunda tópica freudiana y determinar los orígenes de la culpa. Por tanto, se trata el sentimiento de culpa desde Freud, ampliado por los post-freudianos, entre otros los aportes de la teoría kleiniana, tanto las hipótesis acerca del origen, como los conceptos de culpa depresiva y culpa persecutoria. Este recorrido desde la culpa nos conduce a una derivación de la misma en las denominadas manifestaciones agresivas, que se expresan en la búsqueda de castigo y de autocastigo. Finalmente, la elaboración teórica servirá para considerarla en la población de pacientes hombres y mujeres de 30-50 años, en etapa terminal de cáncer atendidos por el Hospice San Camilo de la ciudad de Quito.

### **2.1.2 Nacionales**

Entre los antecedentes nacionales, podemos mencionar la investigación de Viera (2014) quien realizó una investigación fue de tipo cualitativo; se basó en un esquema inductivo, describe el estado emocional de un grupo

de niños de 6 a 10 años de edad hospitalizados bajo el diagnóstico de leucemia. Esta investigación es de tipo cualitativo, tiene un alcance descriptivo y se basa en el método de estudio de casos. Para conseguir los objetivos de esta exploración, se hizo uso de las técnicas de entrevista y observación y se utilizaron como instrumentos cuatro pruebas proyectivas gráficas. Los resultados mostraron que estos niños se encuentran deprimidos y presentan celos fraternos; que tanto la enfermedad como la hospitalización son percibidas como eventos estresantes en la vida de cada uno de los niños; y que la comunicación del diagnóstico es un elemento importante en el estado emocional de los pacientes

Mendoza, M (2016) realizó una investigación que tuvo como objetivo establecer la diferencia en agresividad entre pacientes oncológicos y pacientes con VIH en instituciones públicas de salud de Lima en el 2016. Se utilizó un diseño no experimental, de corte transversal, tipo descriptivo comparativo, empleando el Cuestionario de agresión (AQ) de Arnold Buss y Perry adaptado en el Perú por Matalinares (2012), el cual fue aplicado en una muestra de 102 pacientes de las Instituciones Públicas de salud, de los cuales 56 presentan el diagnóstico de VIH y 46 con un diagnóstico de cáncer. Los resultados muestran que no existen diferencias entre los pacientes con VIH y los pacientes oncológicos evidenciado un ( $\text{sig} = 0.62 > 0.05$ ), de la misma manera, para las dimensiones agresividad física ( $\text{sig}=0.89 > 0.05$ ), agresividad verbal ( $\text{sig}=0.83 > 0.05$ ), ira ( $\text{sig}=0.70 > 0.05$ ) y hostilidad ( $\text{sig}=0.27 > 0.05$ )



Missiaggia (2004) realizó la presente investigación que describe la relación y contrastación entre la expresión de hostilidad y cólera con la calidad de vida en mujeres con cáncer de mama, que presentan intervención quirúrgica radical y conservadora. Para cumplir esta tarea hemos trabajado una muestra de 70 pacientes en total, del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, de las cuales la mitad fue intervenida con cirugía radical y la otra mitad con cirugía conservadora. A ambos grupos se les aplicó las pruebas IMEC y EORTC-QLQ-30, con validez y confiabilidad revisada en nuestro medio. Luego los resultados fueron correlacionados y los promedios de los componentes de la calidad de vida se contrastaron mediante la prueba t de student, encontrando correlación significativa entre el componente síntomas de la calidad de vida con la expresión de cólera en el grupo con cirugía radical; también entre el componente síntomas de la calidad de vida con la expresión de la hostilidad. Así mismo, el componente síntomas se correlaciona negativamente con el control de cólera manifiesta y el componente cognitivo de la calidad de vida está relacionado con el control de cólera contenida. De modo que, de los 8 componentes de la calidad de vida, sólo 2 de ellos, síntomas y cognitivo, están relacionados con dos componentes de la expresión de hostilidad y cólera. Respecto de la contrastación entre la expresión de hostilidad y cólera, y a la calidad de vida, hemos encontrado los siguientes resultados: en la calidad de vida hay diferencias estadísticas significativas en el componente social y económico, siendo el grupo de cirugía radical, el que presenta media aritmética más elevada que el grupo con cirugía conservadora. En lo que se refiere a las diferencias entre los

promedios de la expresión de hostilidad y cólera hemos encontrado diferencias sólo en la cólera manifiesta, siendo el grupo con cirugía radical el que presenta una media significativamente más elevada.

## **2.2. Bases teóricas**

La enfermedad es un hecho y una experiencia fundamental en la vida humana. Todas las personas estamos más o menos afectadas por la enfermedad, bien como una amenaza potencial que todos tenemos, como una realidad que nos ha tocado vivir, o bien como el sufrimiento en personas próximas a nosotros (familiares, amigos).

La enfermedad, cuando es amenazante, supone una ruptura del mundo interior de la persona, en el sentido de que provoca la experiencia de la propia limitación e interrumpe la realización del proyecto personal de la existencia humana. Enfermar, de alguna forma, conlleva enfrentarse a un mundo hasta ahora desconocido y en muchas ocasiones negado.

El cáncer es una de las enfermedades más importantes de nuestra época, tanto por su elevada incidencia como por las consecuencias del mismo, constituyendo uno de los problemas de salud más importantes de nuestro siglo. En los países occidentales, el cáncer es una de las tres causas más importantes de mortalidad junto a las enfermedades cardíacas y los accidentes de tráfico.

Ser diagnosticado de cáncer es una de las situaciones más estresante y temida en la sociedad actual. Es una de las enfermedades que más

problemas psicológicos causa en la persona que lo padece. En el cáncer se dan una serie de circunstancias que son fuente de malestar psicológico: su naturaleza crónica, la incertidumbre ante su evolución, los efectos secundarios de los tratamientos que habitualmente se utilizan para su control y el significado social de la palabra cáncer.

Ante la cronicidad la persona tiene que “aprender” a convivir con la enfermedad, modificando sus esquemas habituales de funcionamiento y poniendo en marcha sus recursos de afrontamiento. El ser una enfermedad cuya etiología y evolución se desconoce trae consigo la incertidumbre como dato de realidad y será origen de la mayoría de las alteraciones emocionales que el enfermo de cáncer va a sentir. Los tratamientos habitualmente utilizados para el control del cáncer (cirugía, radioterapia, quimioterapia, trasplante de médula ósea) tienen unos efectos secundarios que no sólo afectan físicamente a la persona, sino también, y de forma muy importante, social y psicológicamente. A todo lo anterior se añade el significado social de la palabra cáncer. Si preguntamos a cualquier persona qué significa la palabra cáncer, la mayoría nos dirán que dolor, muerte, desfiguración, miedo, desesperanza, incertidumbre, incapacidad y alteración de la vida cotidiana. Lo que está en la base de todo ello es que el cáncer es percibido como una enfermedad dolorosa, insidiosa, que puede deteriorar a la persona y conducirla a la muerte. Tiene el peso de ser un estigma social.

Todo ello hace que nos encontremos ante una persona que se halla en una situación muy difícil, dolorosa, que tiene que hacer frente a múltiples

miedos y temores y cuya calidad de vida está muy disminuida. La forma en que la persona hace frente a la enfermedad depende de la conciencia que tiene de la misma, de su historia personal, del significado que le dé, de las consecuencias que de ella se derivan y, sobre todo, de los recursos de afrontamiento que pueda poner en marcha ante la situación que le está tocando vivir (Alonso,2011).

El interés por conectar los aspectos médicos con los psicológicos ha llevado a la aparición de la Psicooncología, disciplina que estudia la relación entre los procesos psicológicos y patología neoplásica, así como la utilidad de las intervenciones psicológicas para tratar la problemática asociada al diagnóstico y tratamiento de esta enfermedad (Alonso, 2011). Su foco de interés está dirigido a estudiar los distintos modos de afrontamiento y las estrategias terapéuticas más útiles para mejorar la calidad de vida de la persona con cáncer.

En la actualidad en los países de Latinoamérica, se evidencia interés académico y profesional por entender y comprender como las enfermedades crónicas afectan a los pacientes en las diferentes esferas de su vida cotidiana, en su percepción hacia su calidad de vida, el cómo vienen afrontando la enfermedad; este interés se habría iniciado debido a la incidencia de nuevos casos y el apoyo psicológico que se debe brindar a pacientes bajo este diagnóstico.

Si nos enfocamos en Perú se evidencia poca investigación, debido a que los estudios realizados publicados y no publicados en psicología sobre agresividad e ira en pacientes oncológicos son menos insuficientes

frecuentes comparados con otras variables psicológicas y con otro tipo de muestra, por tanto, no contamos con estudios que hayan correlacionado o vinculado de forma directa todas estas variables.

De acuerdo a este reporte, se reconoce la preocupación en nuestro país por entender como la enfermedad del cáncer, no afecta únicamente a las condiciones físicas, sino que repercute en su estado emocional y en sus hábitos cotidianos, sin embargo, en la actualidad se han realizado pocas investigaciones o estudios a nivel nacional sobre la incidencia de esta variable.

**2.2.1 Cáncer.** La OMS (2017) Citado en Farfán (2017), refiere que es un término que designa un amplio grupo de enfermedades que afectan a cualquier parte del organismo; también se habla de «tumores malignos» o «neoplasias malignas». La característica definitoria del cáncer es la rápida multiplicación de células anormales y pueden propagarse a otros órganos, un proceso que se denomina «metástasis».

**La enfermedad neoplásica** El cáncer es una enfermedad que, como se ha constatado, ya existía hace miles de años, y aun hoy, en el siglo XXI, suscita temor entre la población a nivel mundial. Y es que, con el paso de los años, se ha ido posicionando como la enfermedad más frecuente de la era moderna, contando con una mortalidad muy alta (Palacios-Espinosa & Castaño-Rodríguez, 2013). Citado en Zayas (2015) Ya Hipócrates (460-370 A.C.), prestigioso símbolo de la medicina y la profesión médica en la historia, hacía referencia a enfermedades y tumores de piel, estomago, cérvix, mama y recto, siendo él quien estableció el término de “carcinoma”

y el de “metástasis” (Camps, Sánchez, & Sierra Pérez, 2006) Citado en Zayas (2015)

El término cáncer proviene de la palabra griega “Karkinos”, equivalente al término latino cáncer, cuyo significado es cangrejo. De acuerdo con Galeno, procede del parecido entre las venas hinchadas de un tumor exterior, y las patas de un cangrejo, y no como se cree a menudo porque la enfermedad metastásica se arrastre y desplace como un cangrejo de río. El cangrejo es un animal que se adhiere, caminando lentamente de un lado a otro de manera silenciosa y, aún en el siglo XXI, continúa siendo un símbolo de representaciones sociales (Camps et al., 2006; Palacios-Espinosa & Castaño Rodríguez, 2013). Citado en Zayas (2015)

Son numerosas las definiciones que han ido aportando los diferentes autores sobre el cáncer. Una de las primeras, y más acertadas, es la de Ewing (1931), Citado en Zayas (2015), quien definía un tumor como un nuevo crecimiento autónomo de tejido. Sería muy complejo y largo de enumerar las diferentes definiciones aportadas a lo largo de estos últimos años, por lo que se ha considerado acertado optar por la definición que aporta la OMS recientemente (2015), la cual define el cáncer de la siguiente manera: Cáncer: es un término genérico que designa un amplio grupo de enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del organismo; también se habla de «tumores malignos» o «neoplasias malignas». Una característica del cáncer es la multiplicación rápida de células anormales que se extienden más allá de sus límites habituales y pueden invadir. Zayas (2015)

### ***Causas del cáncer.***

El cáncer se produce por la transformación de células normales en células tumorales, el cual consta de varias etapas que suelen consistir en la progresión de una lesión precancerosa a un tumor maligno. Estas alteraciones son el resultado de factores genéticos del paciente y tres categorías de agentes externos, a saber: OMS (2017) Citado en Farfán (2017),

Carcinógenos físicos, como las radiaciones ultravioletas e ionizantes; carcinógenos químicos, como el amianto, los componentes del humo de tabaco, las aflatoxinas (contaminantes de los alimentos) y el arsénico (contaminante del agua de bebida); y carcinógenos biológicos, como determinados virus, bacterias y parásitos. OMS (2017) Citado en Farfán (2017)

### ***2.2.2 Tipos de tratamiento para el cáncer.***

De acuerdo al Instituto Nacional de cáncer de estados unidos (2015), Citado en Farfán (2017), hay muchos tipos de tratamiento para el cáncer. Los principales tipos de tratamiento son:

Cirugía. Procedimiento en el que un doctor, llamado cirujano, con capacitación especial, extirpa el cáncer de su cuerpo.

Radioterapia. Tratamiento que usa altas dosis de radiación para destruir células cancerosas y reducir tumores.

Quimioterapia. Tratamiento que usa fármacos para destruir células cancerosas.

Inmunoterapia. Tratamiento que ayuda al sistema inmunitario a combatir el cáncer.

Terapia dirigida. Tratamiento que actúa sobre los cambios que promueven el crecimiento, la división y diseminación de las células cancerosas.

Terapia hormonal. Tratamiento que hace más lento o detiene el crecimiento del cáncer que usa hormonas para crecer.

Trasplante de células madre. Procedimiento que restaura las células madre formadoras de sangre que se destruyeron por las dosis elevadas utilizadas en tratamientos del cáncer, como quimioterapia o radioterapia.

**2.2.3 Quimioterapia.** De acuerdo a la Sociedad Americana de Oncología Clínica, (ASCO, 2015), Citado en Farfán (2017), la quimioterapia es el uso de fármacos con la finalidad de destruir las células cancerosas. Actúa evitando que las células cancerosas crezcan y se dividan en más células.

#### ***Tipos de quimioterapia***

Estándar, tradicional o citotóxica: Los fármacos son fuertes, y causan daño a muchas células en crecimiento, incluso a algunas células sanas. Puede causar efectos secundarios en el paciente.

Dirigida: Son aquellos fármacos que actúan específicamente en las células cancerosas y dañan menos a las células sanas. Citado en Farfán (2017),



## 2.2.4 Teorías

### Teoría de Bosh

Bosch (2009) señala que no es necesario esforzarse mucho para encontrar ejemplos del poder destructivo de la ira, leer el periódico o ver la televisión es suficiente para observar la presencia de la ira como causante de efectos desastrosos. Sin embargo, es necesario diferenciar la ira como trastorno, como una patología impulsiva y destructiva, de la emoción de ira normal. En la primera se podría decir que las personas con ira pueden tener un mecanismo autodestructivo, por ejemplo, cuando no tienen control para dominar la ira, existe la negatividad o frustración, esto hace que el adulto o niño explote y reaccione de manera violenta, lo cual aleja a las personas del entorno. Por el contrario la emoción de ira a pesar de lo anterior es necesaria y sirve para enfrentarse aquellas amenazas reales o imaginarias, contra la integridad de la persona o la de aquellos que ama, proporciona fuerzas para reaccionar y defender el entorno, sin llegar a la violencia o al poder sobre las demás personas. En conclusión, es difícil pensar situaciones cuando se pierden los estribos, es decir, cuántas veces se ha peleado con alguien, o piense en las ocasiones en las que ha estado a punto de romper un objeto contra el suelo, hasta llegar a expresiones de violencia.

## Teorías Instintivistas

Las teorías instintivistas parten de los estudios de K. Lorenz, padre de la etología moderna, que estudió en profundidad el comportamiento natural e instintivo de los animales. Piensa que el comportamiento agresivo es instintivo e innato. No entra en valoraciones morales del mismo, sino que lo asume como una conducta natural en todo organismo, necesaria para la supervivencia y mantenimiento de la especie. Propone una hipótesis en la que sostiene que la evolución ha propiciado que sobrevivan los más crueles y agresivos. Su clásico modelo trata de explicar las conductas primarias, necesarias para la supervivencia de la especie, a través de un “modelo hidráulico” de acumulación-expulsión de energía interna (Lorenz, 1952).

Este mecanismo hidráulico funciona por medio de la acumulación de una energía interna que produce un estado de tensión a partir de determinados estímulos desencadenantes (Lorenz, 1971). Todo organismo tiene que dar salida periódicamente a la energía agresiva que acumula para no “desbordarse”; es decir, el impulso (comportamiento) agresivo es igual que la presión del agua cuando está dentro de un recipiente hermético cerrado y sometido a un intenso calor; una vez desatada esta energía agresiva es difícil de dominar.

Es conocida la tesis procedente del psicoanálisis sobre la existencia de dos pulsiones complementarias y contrapuestas, a saber, la pulsión

de vida o eros, y la pulsión de muerte o tanatos. En la teoría de las pulsiones expresada en “El malestar en la cultura”, Freud adjudica al ser humano una pulsión inherente para odiar y aniquilar (tanatos), y afirma que esta tendencia agresiva es una disposición instintiva, innata y autónoma, y constituye el mayor obstáculo con el que ha tropezado la civilización (Freud, 1998).

La teoría freudiana de los instintos se basa en la pugna entre eros y tanatos; construcción y destrucción están entrelazadas. Gracias a esta tensión tiene lugar la vida y del mismo modo que el individuo está dotado de instinto de vida, también lo está de instinto de muerte.

La agresividad puede dirigirse contra el mundo exterior o contra uno mismo. Freud (1980, 1986) señala al ello como responsable de las pulsiones. El ello es completamente amoral, todo lo que de él procede no está sujeto a control consciente. Cuando la pulsión agresiva se desencadena en individuos cuyo super-yo está desarrollado se produce un control de la agresividad hacia fuera; en este caso, el individuo dirige su agresividad hacia sí mismo. Cuando no existe control adecuado por parte del super-yo la agresividad se dirige a los demás.

La teoría de Freud también recibió el calificativo de modelo hidráulico por la misma analogía con la presión ejercida por el agua o vapor acumulados en un recipiente cerrado. Tanto la teoría de Lorenz como el psicoanálisis, conciben el organismo humano como una fuente

inagotable de agresividad, sin considerar en absoluto los estímulos externos. Cuando la emanación llega a su punto más álgido se produce una “explosión” que da lugar al comportamiento destructivo. Estos modelos han sido calificados de deterministas, y es abundante la literatura que existe en contra de un planteamiento tan rígido y mecánico, que deja poco espacio para la emisión de conductas constructivas alternativas a la agresión.

Estudios posteriores resaltan la posibilidad y capacidad que tienen los individuos para controlar este instinto agresivo. Es fácilmente verificable el control que el ser humano puede ejercer incluso sobre conductas o motivaciones con un mayor condicionamiento biológico, como puede ser el hambre (en el caso de las dietas) o el sueño (cuando se decide pasar la noche entera en estado de vigilia) (Muñoz, 2004).

### **Teorías del Aprendizaje**

Según Bandura y Walters, defensores de las teorías basadas en el aprendizaje, sostienen que los individuos aprenden mediante dos mecanismos principales, a saber, reforzamiento y modelado. Las personas tienden a comportarse según los beneficios (refuerzos) o perjuicios derivados de sus actos. Así, si los refuerzos dispensados a una conducta, ya sean materiales o sociales, son superiores a los perjuicios, tales conductas tenderán a repetirse en el futuro. Por otro lado, el modelado es la imitación del comportamiento de los otros.

Según esta teoría, la conducta violenta está determinada socialmente y surge como consecuencia de la limitación de los reforzadores sociales a un núcleo parcial de sociedad. Es decir, la violencia se produce cuando una persona se ve privada de ciertos beneficios.

### **2.2.5 Dimensiones de la ira**

Spielberger (1996) describió la ira en relación a sus tres dimensiones: emoción, actitud y conducta: presentando el modelo “Síndrome AHA” donde, Anger es el enojo descontrolado y alude a la emoción, Hostility es la hostilidad y se refiere al componente actitud, Agresion o agresión es el componente conductual.

Para ambos autores, el enojo descontrolado es el estado emocional o sentimientos que varían en intensidad, desde la leve irritación o molestia, hasta la intensa ira, furia y rabia. La hostilidad se refiere a las actitudes que motivan las conductas agresivas, dirigidas hacia la destrucción de objetos o daño físico hacia personas. La agresión alude a las conductas destructivas dirigidas a otras personas u objetos.

Spielberger, Jacobs, Russell y Crane (1983) describen una especie de continuidad en la definición de ira, hostilidad y agresión. La ira es un concepto más simple que la hostilidad o la agresión, porque se refiere a un estado emocional, que consta de sensaciones que varían en intensidad. La hostilidad se refiere a las actitudes que motivan conductas agresivas para destrozarse objetos o a la gente y la agresión es el extremo

del continuo. Nosotros usaremos los vocablos “ira” o “enojo” cada vez que nos refiramos al vocablo inglés “anger” que consideramos es el que más exactitud presenta.

### **2.2.6 Duración de la ira**

Siegman y Smith (1993) diferenciaron en su obra la ira estado de la ira rasgo. La ira estado es limitada en el tiempo, tiene un inicio y un fin y consta de tensión, enojo, irritación o furia, junto a la activación del sistema nervioso. La ira rasgo tiene duración y consistencia que hace que el individuo presente episodios de ira más frecuentes y más intensos. En ambos casos ésta va acompañada de una expresión facial característica.

Algunos autores como Johnson, McKay y Rogers (1989) incluyen la definición de agresividad dentro del concepto de la ira mientras que Smith, Haynes, Lazarus, y Pope (1993) afirman que la ira sólo activa tendencias hacia conductas agresivas. Pérez Nieto, Camuñas, Cano-Vindel, Tobal y Iruarrizaga (2000) anuncian que no hay que confundir la ira con otros conceptos parecidos, tales como la frustración. La frustración es más el disgusto hacia el hecho mientras que la ira se dirige más hacia el/ los culpables de la situación junto con el sentimiento de disgusto hacia la misma situación (Ortony, Clore y Collins, 1988).

### **2.2.7 Nivel de ira**

En el DSM-IV-TR (2000), el enojo descontrolado aparece dentro de cuadros psicopatológicos como una característica de varios desórdenes y muy ligado a la conducta agresiva. Eckhardt y Deffenbacher (1995) propusieron una categorización específica, pero aún no se registra el cuadro como un desorden primario, tal como sí lo son la depresión y la ansiedad.

El desorden explosivo intermitente no se debe confundir con las respuestas agresivas presentes en otros cuadros como el desorden de conducta oposicionista y desafiante, desorden de personalidad antisocial, personalidad fronteriza, desorden de conducta u otros (House, 1999). Beck (2003) asevera que la ira desadaptativa también se presenta como un indicador importante de otros trastornos afectivos como la depresión.

Desde el punto de vista fisiológico, sabemos que las emociones son el resultado de la actividad del sistema límbico Calder, Keane, Lawrence, y Manes (2004). En el ser humano, el sistema límbico es el centro de la afectividad, donde se procesan diversas emociones y el hombre percibe penas, angustias y alegrías intensas. El sistema límbico, es la porción del cerebro situada inmediatamente debajo de la corteza cerebral y ahí se ubican el hipocampo y la amígdala cerebral, ambos ligados a las emociones (Mesulam, 2000). Los lóbulos prefrontales y frontales juegan

un papel especial en la asimilación neocortical de las emociones. Estos asumen dos importantes tareas: regulan las reacciones emocionales, frenando las señales del sistema límbico y desarrollan planes de acción determinados para situaciones emocionales.

La psicología cognitiva asocia la ira a distorsiones cognitivas y, cuando ésta es muy intensa, puede llegar a tal punto que puede hablarse de odio como dice Beck (2003). Este autor considera que al hablar de ira también tenemos que incluir el término de hostilidad. Para él la hostilidad es un conjunto de actitudes o pensamientos negativos sobre una persona, grupo o circunstancia, que sienta las bases para la ira. Estas predisponen a las personas a ser intolerantes con el entorno. En la confrontación hostil, las personas se ven unas a otras como rivales listos para atacar. Muchas veces el sentir ira, puede llevar a que la persona busque el origen de la misma para hacer algo al respecto con lo cual ésta se torna menos destructiva y hasta más aceptable. En otros casos, la ira lleva a una conducta hostil y agresiva.

Al hablar de agresividad, este mismo autor se refiere a la conducta motora de dañar a otra persona o destruir la propiedad. La intención es lo que delimita esta acción. Las agresiones pueden ser directas (ejemplo: pegar a la persona) o indirectas (ejemplo: romper platos). La conducta agresiva puede venir de la ira u hostilidad o puede ser planeada sin ira. Si la agresión viene de la ira, este autor la llama agresión hostil o emocional.



Ellis y Grieger (1962, 1981) hacen diferencia entre la ira sana y la no sana. La sana es moderada en intensidad y cuando es así lleva a la persona a cambiar. Cuando la ira es exagerada hablamos de ira irracional. Hay personas que tienen más tendencia a este último tipo de ira y son personas que malinterpretan las situaciones y que requieren de ayuda psicológica.

Bayer (2003) define la ira como una emoción humana básica y la considera una reacción normal cuando alguien se siente frustrado, herido o defraudado. Concuerda con Beck además que al hablar de ira el problema no es la sensación misma de la ira, sino la reacción frente a ésta y usa palabras como energía explosiva que sale hacia el exterior.

Si dejamos que la ira nos invada vamos a actuar agresivamente y vamos a perder el control. Si manejamos la ira adecuadamente podríamos obtener cosas favorables. El, como algunos de los autores ya mencionados, menciona el componente físico al hablar de ira. El componente físico incluye sensaciones de aumento de ritmo cardiaco, presión sanguínea, la cara sonrojada, temblor en las manos y piernas, entre otros. Autores como Siegman y Smith, (1993), Pérez Nieto (2000) y Scherer, Wallbott, y Summerfield (1986) coinciden con Bayer al decir que hay síntomas físicos típicos y variables que acompañan a la respuesta emocional de ira. Sudoración, temblores, aceleración del corazón, tensión muscular, dolores de cabeza y tensión en la mandíbula son algunos de los signos fisiológicos asociados a este sentimiento.

A lo largo de la historia se han identificado una serie de implicancias de la ira en problemas orgánicos, trastornos cardiovasculares, cáncer y úlceras. Kassino y Tafrate (2002) definen la ira como algo distinto a la hostilidad y agresividad. Dicen que la ira no es una forma de agresión ni tiene que llevar necesariamente a ésta. La ira sobreviene a la frustración y es un estado emocional, fisiológico y cognitivo que a veces es bueno pues nos lleva a la acción para corregir una situación. Izard (1991) refiere, por ejemplo, que la ira hasta podría prevenir una agresión, pero ésta se podría convertir en patológica según su frecuencia, intensidad y duración Wilde (1995).

### **2.2.8 Frecuencia de la Ira**

La frecuencia de la ira alude al número de veces que una persona se molesta. Mientras unas personas reportan estar molestos casi todo el tiempo, otras dicen estarlo pocas veces Kaufman (1999). Cuando se habla de intensidad, se dice que la ira puede ir de leve (enojo, molestia) hasta severa (furia o rabia). Finalmente, la duración de la ira, va desde corta hasta larga. Algunos sucesos de ira son cortos, mientras que otros son largos. En ocasiones donde la ira es de leve intensidad usualmente se usan palabras como "irritación o molestia" y para estados moderados se usan palabras como "indignación". Cuando hablamos de estados severos tenemos palabras como "furia y rabia" para describir la ira que sentimos dice Wilde (1995). Asimismo, Wilde (1995) detalla que algunos episodios de ira son cortos y efímeros. La ira aparece y la persona

explota con gran intensidad, pero, así como viene se va. En el otro extremo tenemos a aquellas personas que mantienen la ira por días, meses y hasta años. Esta es una ira resistente y problemática. La ira inicial puede ser leve, moderada o grave, pero se va consolidando en el tiempo.

La ira forma parte de la vida cotidiana y no siempre se presenta en forma descontrolada. Kassinove (2002) reconoce que la expresión de la ira está socialmente definida por representaciones conductuales desarrolladas y reforzadas dentro de la cultura. Según Wessler (1991), la influencia de la sociedad en nuestras reacciones es indiscutible. Nosotros aprendemos cómo reaccionar cuando estamos molestos y aprendemos también cuándo ponernos molestos, pero esto puede variar de cultura en cultura y de persona en persona.

En algunas culturas las razones por las cuales las personas se sienten molestas son diferentes a las de otras culturas y se pueden esperar diferencias en las respuestas de ira según sexo, nivel socio económico, etc. Kassinove y Sukhodolsky (1995) afirman que las mujeres tienden a llorar cuando están molestas, por ejemplo; mientras que los hombres tienden a ser más agresivos cuando están molestos. Parte de nuestra respuesta a la ira es innata y parte aprendida.

Al intentar definir la ira, Plutchik (2000) la asocia con la frustración y la describe como una emoción que sobreviene cuando no conseguimos

lo que queremos o cuando algo se interpone con el cumplimiento de nuestros deseos. Asimismo, vincula la ira al concepto de hostilidad y la considera como una mezcla de ira y disgusto, asociada con indignación, desprecio y resentimiento. Para Heim, Murphy y Golant (2001) la ira es un estado temporal, mientras que la hostilidad es un estado crónico de ira.

### **2.2.9 Manejo de la Ira**

Ante la ira manejada inadecuadamente debemos pensar en formas de ayudar a las personas para que ésta sea canalizada de tal forma que no ocasione mayores problemas a la persona con ira o al entorno. En las intervenciones terapéuticas y en programas de prevención hay varios elementos a trabajar. Por ejemplo, tenemos las causas. Estas pueden ser estímulos externos o internos que desencadenan este sentimiento. La causa más común se considera es la acción no deseada de otros hacia nosotros mismos, es decir el hecho negativo de alguien más (Beck, 2003). Ciertas situaciones provocan ira en algunas personas y no en otras. Esto se debe a la interpretación que dan a las mismas. Muchas veces las personas malinterpretan la situación y esto los lleva a la ira., pero lo importante es que las personas aprendan a identificar las causas o desencadenantes de su ira.

Otros factores pueden ser las reacciones y las consecuencias de éstas. Las formas en que la ira puede ser manifestada o expresada varía

entre las personas y estas reacciones tienen un impacto diferente sobre la salud mental y emocional de ellas Plutchik (2000). Algunas personas reaccionan suprimiendo la ira, o sea, la persona piensa en la provocación del enojo, susurrando insultos o maldiciones hacia sí mismo, pero no llega a expresar abiertamente su malestar. Esta reacción, identificada comúnmente con el “explotar hacia adentro” o ira interna según Johnson (1989) es muy dañina para la salud física, pues trae problemas cardiovasculares, gastrointestinales o inmunitarios.

Otra expresión del enojo puede ser explosiva, con insultos, gritos o agresiones físicas. Este tipo de expresión también se asocia con problemas de salud física pero sus consecuencias se traducen más en problemas interpersonales que dificultan el adecuado desarrollo social de la persona. La persona con un estilo explosivo de enojo se encuentra con dificultades para relacionarse con compañeros de trabajo, estudio, pareja, etc. Esta viene a ser lo que Johnson (1989) denomina ira externa y en algunas ocasiones la persona no sólo hace visible su ira sino que la desplaza hacia terceras personas, es decir hacia personas que no están involucradas con las causas de la ira.

La ira se halla marcada cognitivamente por el significado de daño e injusticia, especialmente hecho por alguien de manera intencional. Es decir, la persona enojada tenderá a presentar pensamientos automáticos que conlleven las ideas de que está siendo perjudicada injusta e intencionalmente (Beck, 2003). La reestructuración cognitiva, a través de

la discusión y reemplazo de los pensamientos automáticos por cogniciones más adaptativas, constituye la herramienta primordial para ayudar a las personas a manejar la ira patológica en terapia cognitiva Austin (1998). Al conocerse las causas que desencadenaron la ira, las personas pueden tomar acciones correctivas y solucionar el conflicto. Sin embargo, en otras ocasiones, las personas no son capaces de controlarse o desconocen las causas de ésta. Otra forma de atacar dicho problema es la prevención, sobre todo a edades tempranas para que los niños vayan incorporando las estrategias eficaces para el manejo de esta emoción

### **2.3 Definiciones conceptuales**

Se presentan las definiciones conceptuales de la variable de la presente investigación.

#### **2.3.1. Ira**

Al querer estudiar la ira, fue difícil encontrar una única definición, pues algunas definiciones revelaban ambigüedad y a veces palabras como hostilidad, enojo, rabia, etc. eran usadas como ira. Plutchik (2000) la asocia con la frustración y la define como una emoción que sobreviene cuando no conseguimos lo que queremos o cuando algo se interpone con el cumplimiento de nuestros deseos. Asimismo, vincula la ira al concepto de hostilidad y la considera como una mezcla de ira y disgusto, asociada con indignación, desprecio y resentimiento. Para Heim, Murphy y Golant (2001)

la ira es un estado temporal, mientras que la hostilidad es un estado crónico de ira.

Bayer (2003) define la ira como una emoción humana básica y la considera una reacción normal cuando alguien se siente frustrado, herido o defraudado. Concuerda con Beck además que al hablar de ira el problema no es la sensación misma de la ira, sino la reacción frente a ésta y usa palabras como energía explosiva que sale hacia el exterior.

### **2.3.2. Enojo descontrolado**

El enojo no es más que una de los miles de sensaciones que una persona puede sentir a lo largo de su vida a partir de la sucesión de eventos, situaciones, fenómenos o hechos que modifican su estado de ánimo.

El enojo es provocado generalmente por una combinación de situaciones o hechos que perturban la calma anímica de un individuo de manera negativa. Cuestiones como la frustración, la desesperanza, el cansancio, el stress, los nervios, la ansiedad y la inseguridad son algunas de las que pueden ser causantes de estados de enojo en los que la persona en cuestión siente ira y desagrado.

### **2.3.3 Hostilidad**

Barefoot en Kassinove (2002) presenta una definición de hostilidad basada en las teorías sobre ira y agresión. También abarca los componentes

cognitivo, afectivo y conductual. El componente cognitivo de hostilidad son los sentimientos negativos hacia otros. El componente afectivo incluye varios estados emocionales como ira, enojo, resentimiento, disgusto y desprecio. Agresión es un aspecto del componente conductual de hostilidad. Este autor sostiene que a veces los tres componentes se pueden dar a la vez.

#### **2.3.4 Agresividad**

La agresividad, para Winnicott (1981), constituye una fuerza vital, un potencial que trae el niño al nacer y que podrá expresarse si el entorno lo facilita, sosteniéndolo adecuadamente. Cuando esto no sucede el niño reaccionará con sumisión, teniendo dificultad para defenderse, o con una agresividad destructiva y antisocial.

#### **2.3.5 Cáncer**

**Según** la OMS; el cáncer es un proceso de crecimiento y diseminación incontrolados de células. Puede aparecer prácticamente en cualquier lugar del cuerpo. El tumor suele invadir el tejido circundante y puede provocar metástasis en puntos distantes del organismo.

**2.3.6 Radioterapia:** Se administra asociada a cirugía o como tratamiento único, de forma externa o interna (administración de materiales radioactivos, isótopos).



**2.3.7 Quimioterapia:** administración de distintos tipos de fármacos que impiden la reproducción de las células malignas. Suele ser una combinación de los mismos porque al tener distintos mecanismos de actuación y distinta toxicidad, su efectividad es mayor.

## **CAPÍTULO III**

### **METODOLOGÍA**

#### **3.1. Tipo y diseño utilizado**

##### **3.1.1. Tipo**

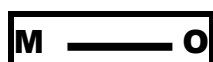
El tipo de investigación es aplicada, este tipo de investigación tiene como finalidad la resolución de problemas prácticos. Landeau (2007) sostiene que “el propósito de realizar aportaciones al conocimiento teórico es secundario”. Por otro lado, asume un enfoque cuantitativo. Hernández, Fernández y Baptista. (2006) mencionan que “el investigador recolecta datos numéricos de los objetos, fenómenos o participantes, que estudia y analiza mediante procedimientos estadísticos”

##### **3.1.2. Nivel**

El nivel de investigación es descriptivo, pues tiene como objetivo central la descripción de un fenómeno. Según Hernández, R., Fernández (2010), sostiene que “la investigación descriptiva busca especificar propiedades, características y rasgos importantes de cualquier fenómeno que se analice. Describe tendencias de un grupo o población”.

### 3.1.3. Diseño de la investigación

La presente investigación es de diseño no experimental de corte transeccional descriptivo; Hernández, Fernández y Baptista (2006) nos dicen que “recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado”. El esquema del diseño es el siguiente



Donde

M: Muestra con quienes vamos a realizar el estudio

O: Nivel de ira en los pacientes que padecen de cáncer

### 3.2. Población y muestra

Población:

La población de estudio, está conformada por 100 niños que padecen de cáncer terminal y que se atienden en un hospital de Es Salud de Lima, 2017

Muestra

El muestreo será no-probabilístico, de tipo intencional, debido a las facilidades de acceso a dicha institución. La muestra conformada por 50

niños entre 10 y 11 años, que padecen de cáncer terminal y que se atienden en un hospital de Es Salud de Lima, 2017

Para la presente investigación se ha tenido en cuenta los siguientes criterios:

a) Criterio de Inclusión

- Padecer de enfermedad oncológica terminal y que se encuentran hospitalizados el año 2017.
- Haber observado en los pacientes niños conductas agresivas y manifestaciones constantes de ira.
- Haber tenido atención psicológica por algún problema de conducta.

b) Criterio de Exclusión

- Pacientes niños que padezcan otras enfermedades o pacientes ambulatorios.
- Pacientes niños que no muestran conductas asociadas a la ira o agresividad.

### **3.3 Identificación de variables y su operacionalización.**

La variable usada en el presente trabajo es la ira; Beck (1999) define la ira como la percepción de una amenaza o pérdida injusta por culpa de otras personas lo que nos lleva a sentir ansias de venganza o agresión y atribuir malicia en aquellas personas que ocasionaron la situación.

### 3.3.1. Operacionalización de la variable

**Tabla 1.**  
***Operacionalización de la variable***

<b>Variable</b>	<b>Dimensiones</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Items</b>	<b>Definición operacional</b>
<b>Nivel de Ira</b>	Enojo descontrolado	Control de emociones	1, 2, 3, 4, 5, 6 y 7	El inventario STAXI permite evaluar la experiencia y expresión de enojo usando escalas con ítems tipo Likert.  Casi nunca ..... (1) Algunas veces ... (2) A menudo ..... (3) Casi siempre ..... (4)  Categorías: Nivel Alto, medio y bajo.
	Hostilidad	Actitudes hostiles	8, 9, 10, 11, 12, 13 y 14	
	Agresión	Conductas agresivas	15, 16, 17, 18, 19, 20 y 21	

### **3.4. Técnicas e instrumentos de evaluación y diagnóstico**

#### **3.4.1. Instrumentos de recolección de información**

Para la medición de la variable Nivel de ira en los niños, se usará la prueba STAXI NA inventario de expresión de ira estado rasgo, el cual permitirá evaluar el nivel de ira que presentan los pacientes niños. La aplicación fue grupal y se le proporcionó una prueba a cada paciente, para la calificación se utilizó el proceso de estadística descriptiva, la cual estudia los procesos para ordenar la información, se fundamenta en la aplicación de cuadros y tablas, nos da las herramientas para ordenar, tabular y presentar esa información.

#### **Ficha técnica.**

**Nombre:** Inventario de expresión de enojo (STAXI)

**Autor:** Charles Spielberger

**Adaptación:** Al tratarse de una prueba norteamericana, fue necesario traducir los ítems y opciones de respuestas para establecer la equivalencia lingüística (Marín, 1986). Esta prueba ha sido traducida y validada lingüísticamente a través del método de doble traducción (inglés-español; español-inglés). Asimismo, se realizó una adaptación del contenido semántico de los ítems asegurando de esta manera la equivalencia conceptual (Marín, op.cit.). Por las mismas razones, fue necesario adaptar la consigna.

**Número de ítems:** 21 ítems.

**Administración:** cuestionario individual

**Duración:** Aproximadamente 15 minutos

**Aplicación:** Para alumnos del quinto y sexto grado de primaria.

**Confiabilidad y validez:** El autor de la prueba refiere que los coeficientes “alpha” de Cronbach para las escalas estado y rasgo de enojo, AX/in, AX/out y AX/con mostraron una alta consistencia interna (entre 0.73 y 0.93).

Respecto de la experiencia de enojo, la escala estado ha mostrado el mayor coeficiente “alpha” (0.93), y respecto de la expresión de enojo, la escala con un mayor coeficiente ha sido AX/con (0.85).

La alta correlación interna de las escalas demuestra una adecuada homogeneidad entre los ítems seleccionados para evaluar cada constructo. También se ha mostrado la estabilidad de los puntajes a través del tiempo (excepto para la escala estado de enojo), realizando una segunda administración (test-retest).

Para evaluar la validez convergente, la escala de rasgo fue administrada a 280 estudiantes del “college” y 270 soldados de la Marina. Estas dos muestras completaron los siguientes cuestionarios:

- Buss-Durkee Hostility inventory (BDH 1957)

- MMPI Hostility (Ho;Cook and Medley,1954)
- Minnesota Multifasic Personality Inventory (Hv)

Los resultados indican correlaciones significativas entre rasgo de enojo y las tres medidas de hostilidad, lo cual apoya la validez concurrente de la escala de rasgo de enojo como una medida de dicha emoción. Por otra parte, se correlacionaron las escalas de estado-rasgo de la prueba STAXI, con las escalas del Cuestionario de Personalidad de Eysenck, con las de estado-rasgo de ansiedad (STAI; Spielberger, 1983), así como con las escalas estado-rasgo de curiosidad. La correlación moderada entre rasgo de enojo y rasgo de ansiedad, y el EPQ de Eysenck es consistente con las observaciones clínicas y teorías que sostienen que los individuos con alto neuroticismo y alto rasgo de ansiedad, sienten frecuentemente sensaciones de enojo que no pueden expresar. El análisis factorial (FA) realizado por el autor, apoya la diferenciación estado – rasgo y la diferenciación enojo hacia fuera – enojo hacia adentro.



## CAPÍTULO IV

### PRESENTACIÓN, PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

#### 4.1. Procesamiento de los resultados

Al concluir la investigación los datos fueron procesados mediante el paquete estadístico SPSS 24, con el que se realizaron los siguientes procedimientos estadísticos de análisis:

- a) Obtención de medias con su respectivas puntuaciones máxima y mínima, con sus indicadores correspondientes.
- b) Se presentaron los resultados en tablas de frecuencia con su respectiva representación gráfica.
- c) Elaborar una Base de datos donde se expresen las respuestas de cada paciente mediante el puntaje por cada ítem mediante el programa de Microsoft Excel 2016, se realizó el análisis de frecuencias con respecto a las variables

$$\bar{X} = \frac{\sum_{i=1}^n x_i}{n}$$

#### 4.2. Presentación de los resultados

Para iniciar la presentación de los resultados primero expondremos el análisis de datos obtenido en el instrumento mediante.

Tabla 2  
*Puntuaciones Mínimo, máximo y media.*

Total	
N	50
Media	35.49
Mínimo	30
Máximo	46

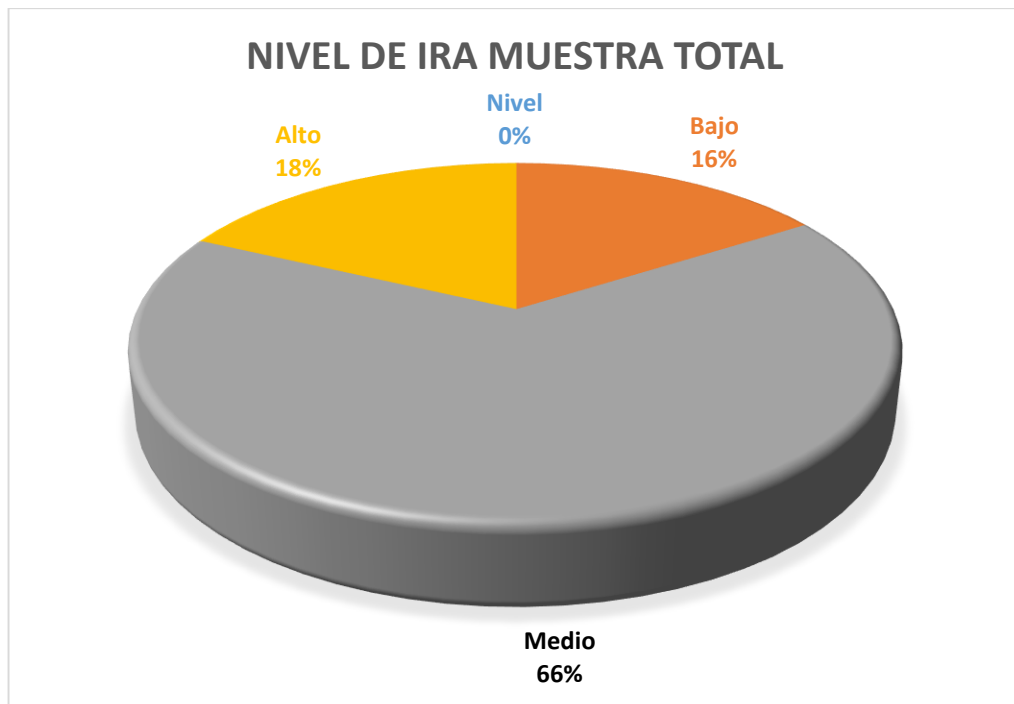
Se puede observar que el nivel de ira de los pacientes niños mantiene una media de 35.49 lo cual ubica en nivel alto de ira. Además, podemos observar que el valor mínimo captado es de 30, lo que muestra que al menos un paciente puntuó un nivel medio de ira. Por el contrario, el valor máximo obtenido fue de 46, que muestra que por lo menos uno ha obtenido un nivel alto de ira.

**Objetivo General:**

Tabla 3.

Cálculo del promedio del Nivel de **ira** en los pacientes

Nivel	Frecuencia	%
Bajo	8	16%
Medio	33	66%
Alto	9	18%
Total	50	100%



*Figura 1.* Distribución Porcentual del Nivel de ira en los pacientes. Podemos ver que tanto en la tabla 3 como en la figura 1 se expresa el nivel de ira de los pacientes, donde 8 pacientes que representan el 16% del total, presenta un nivel bajo de ira, 33 pacientes que representa el 66% del total, presenta un nivel medio de ira y 9 pacientes que representa el 18% del total, presenta un nivel alto de ira.

**Objetivos Específicos:**

Tabla 4. Cálculo del promedio del Nivel de **Enojo Descontrolado** en los pacientes.

Nivel	Frecuencia	%
Bajo	12	24%
Medio	22	44%
Alto	16	32%
Total	50	100%

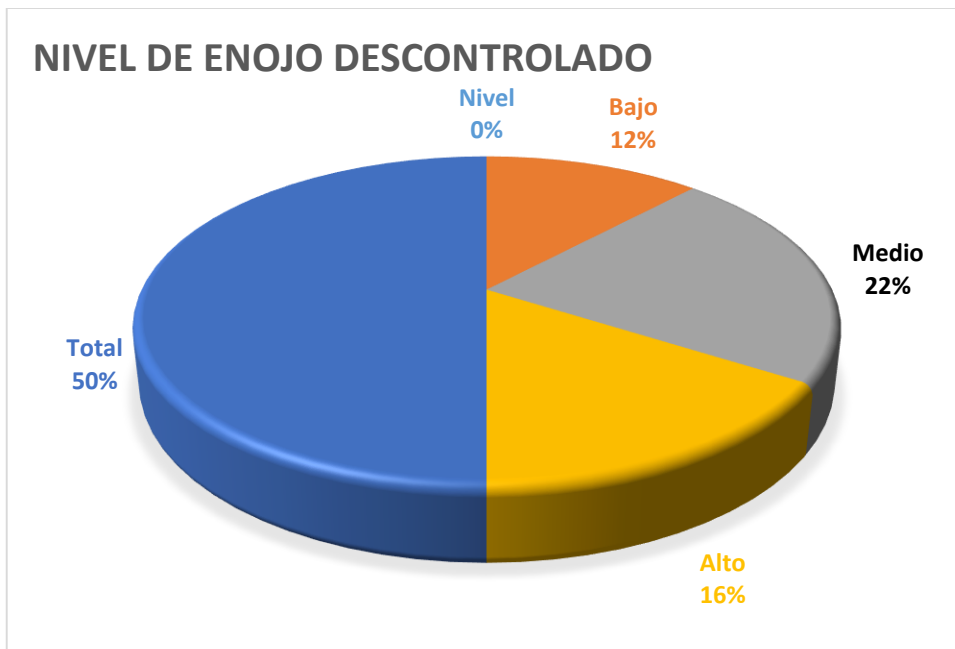


Figura 2. Distribución Porcentual del Nivel de enojo descontrolado

Podemos ver que tanto en la tabla N° 4 como en la figura N° 2 se expresa el nivel de enojo descontrolado en los pacientes, donde 12 de ellos que representa el 24% del total, presenta un nivel bajo de enojo, 22 pacientes que representa el 44% del total, presenta un nivel medio y 16 estudiantes que representa el 32% del total, presenta un nivel alto de enojo descontrolado.

Tabla 5. Cálculo del promedio del Nivel de **hostilidad** en los pacientes

Nivel	Frecuencia	%
Bajo	10	20%
Medio	28	56%
Alto	12	24%
Total	50	100%

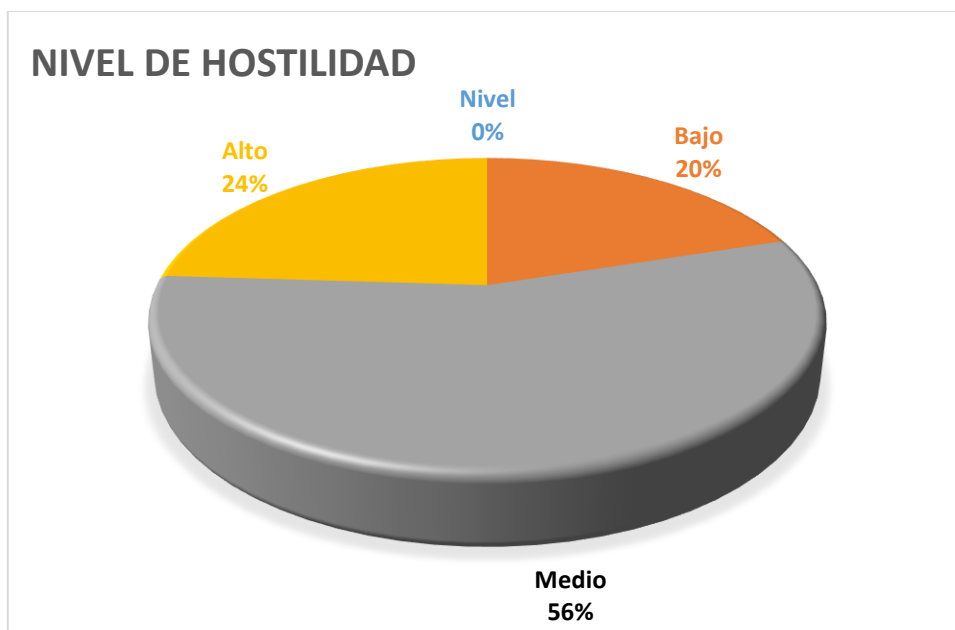


Figura 3. Distribución Porcentual del Nivel de hostilidad en los pacientes

Podemos ver que tanto en la tabla 5 como en la figura 3 se expresa el nivel de hostilidad en los pacientes, donde 10 de ellos que representa el 20% del total, presenta un nivel bajo de hostilidad, 28 pacientes que representa el 56% del total, presenta un nivel medio y 12 pacientes que representa el 24% del total, presenta un nivel alto de hostilidad.

Tabla 6.

Cálculo del promedio del Nivel de **agresión** en los pacientes.

Nivel	Frecuencia	%
Bajo	8	16%
Medio	30	60%
Alto	12	24%
Total	50	100%

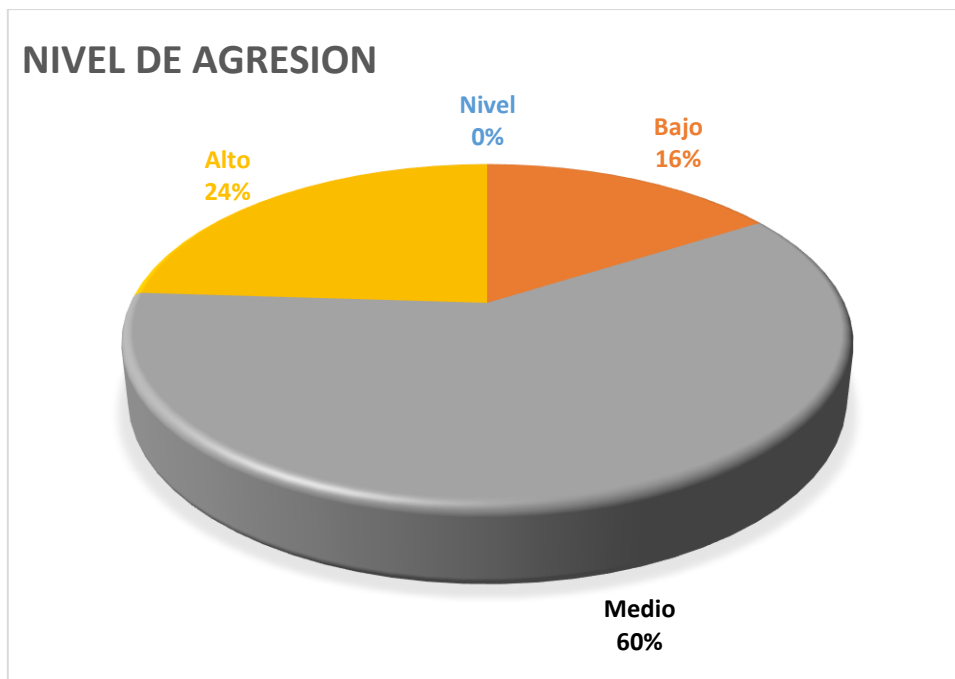


Figura 4. Distribución Porcentual del Nivel de agresión en los pacientes.

Podemos ver que tanto en la tabla 6 como en la figura 4 se expresa el nivel de agresión en los pacientes, donde 8 de ellos que representa el 16% del total, presenta un nivel bajo de agresión, 30 pacientes que representa el 60% del total, presenta un nivel medio y 12 pacientes que representa el 24% del total, presenta un nivel alto de agresión.

### **4.3. Análisis y discusión de los resultados**

La presente investigación tuvo como objetivo primordial determinar los niveles de ira que presentan los pacientes niños que padecen de cáncer terminal hospitalizados en un hospital de Es Salud de Lima, 2017.

De acuerdo con las características de la presente investigación y el instrumento utilizado, los niveles de ira de la población de pacientes niños analizada estarán en función de las dimensiones de la ira que analicemos. Exponemos a continuación las conclusiones y la discusión de los resultados.

Se puede evidenciar que, en términos generales que, existe un 16% que presentan un nivel de ira a nivel bajo, el 66% presenta un nivel de ira medio y un 18% de pacientes presentan un nivel de ira alto en los pacientes niños que padecen de cáncer terminal hospitalizados en un hospital de Es Salud de Lima, 2017 (figura 1), estas cifras contrastan con lo encontrado por León, Meza y Reina (2017) realizaron un estudio sobre el Cáncer Testicular es relativamente raro, puesto que su importancia radica en las complicaciones que se llevan a cabo luego de padecer el Cáncer de Testículos, tales como: infertilidad, aislamiento social, depresión y enojo; estas acciones se relacionan al tipo de Personalidad C que es el que se relaciona con el comportamiento ante situaciones estresantes, de esta manera pueden llevar a la toma de acciones o decisiones personales que afecten negativamente el progreso de la enfermedad, inclusive la depresión y muerte del paciente, pero hay que recalcar que la muerte no se da por el cáncer, sino por los factores predisponente del tipo de personalidad C. Una

de las características de la personalidad tipo C, de un amplio campo relacionado con un déficit en la expresión emocional, precisamente de emociones socialmente negativas (ira, enfado, ansiedad, agresividad, hostilidad, cólera).

Por ello se puede afirmar que existe una relación directa entre la ira y la personalidad de los niños, factor que también podría ser considerado como una de las causas de la ira que presentan los niños de nuestra muestra de estudio teniendo en cuenta que estos niños padecen de una enfermedad terminal.

En nuestra población de estudio, los resultados reflejan que existe un nivel de ira considerable, a nivel de las dimensiones: En el enojo descontrolado, el 24% presenta un nivel bajo de enojo, el 44% presenta un nivel medio y el 32% del total, presenta un nivel alto de enojo descontrolado. En la dimensión de Hostilidad el 20% presenta un nivel bajo de hostilidad, el 56% presenta un nivel medio y el 24% del total, presenta un nivel alto de hostilidad. En la dimensión de agresividad 16% presenta un nivel bajo de agresión, el 60% presenta un nivel medio y el 24% presenta un nivel alto de agresión. Estas expresiones de ira y sus componentes son expresados en algunos casos por agresiones entre los niños hospitalizados y que en ocasiones por efecto de la medicación se incrementa la impulsividad.

Estos resultados se relacionan con los hallados por Mendoza, M (2016) realizo una investigación que tuvo como objetivo establecer la diferencia en



agresividad entre pacientes oncológicos y pacientes con VIH en instituciones públicas de salud de Lima en el 2016. Cuyos resultados muestran que no existen diferencias entre los pacientes con VIH y los pacientes oncológicos evidenciado de una forma significativa la presencia de agresividad física, agresividad verbal, ira y hostilidad.

Frente a ello, Freud (1998) señala que esta tendencia agresiva es el mayor obstáculo con el que ha tropezado la civilización; desde luego si logramos que los pacientes desde edades tempranas aprendan a controlar sus impulsos tendremos más tarde sociedades más tolerantes. Para ello, es indispensable investigar las posibles causas que puedan originar estas conductas, quizás estrés, violencia familiar, maltrato infantil, televisión, la enfermedad que padecen etc. Según la teoría de Bosh (2009) cuando no se tiene control para dominar la ira, existe la negatividad o frustración, esto hace que el paciente niño explote y reaccione de manera violenta, lo que conlleva a que los niños de su entorno se alejen, generando su aislamiento que lo puede llevar años más tarde a razón del padecimiento de una enfermedad terminal genere mayores niveles de ira y agresividad.

La falta de programas que enseñen a controlar la ira desde niños, sea quizás la principal causa de los resultados obtenidos en nuestra investigación, que desde luego son cifras preocupantes. El entorno violento y programas de televisión con contenidos violentos, sean tal vez causas secundarias, que en un posterior estudio se podrían confirmar o descartar.

#### **4.4. Conclusiones**

Se puede evidenciar que, en términos generales que, existe un 16% que presentan un nivel de ira a nivel bajo, el 66% presenta un nivel de ira medio y un 18% de pacientes presentan un nivel de ira alto en los pacientes niños que padecen de cáncer terminal hospitalizados en un hospital de Es Salud de Lima, 2017.

En relación a las dimensiones: En la dimensión enojo descontrolado, el 24% presenta un nivel bajo de enojo, el 44% presenta un nivel medio y el 32% presenta un nivel alto de enojo descontrolado. En la dimensión Hostilidad el 20% presenta un nivel bajo de hostilidad, el 56% presenta un nivel medio y el 24% del total, presenta un nivel alto de hostilidad. En la dimensión de agresividad 16% presenta un nivel bajo de agresión, el 60% presenta un nivel medio y el 24% presenta un nivel alto de agresión.

#### **4.5. Recomendaciones**

- Coordinar con el departamento de salud mental de la institución para designar a un profesional psicólogo para la atención de los niños que padecen de cáncer a fin de prestar la ayuda especializada.

- Elaborar un programa de intervención psicológica tomando en cuenta los resultados obtenidos donde se observa que a través de las dimensiones de

Enojo Descontrolado, hostilidad y agresión afecta a un porcentaje significativo de los pacientes.

- Realizar un seguimiento y evolución a través de las técnicas psicológicas a fin de disminuir los niveles de ira en los pacientes niños.

- Involucrar en los programas de intervención a los padres y familia a fin de contribuir a la mejora del clima familiar que fortalezca sus emociones.

## **CAPÍTULO V**

### **PROGRAMA DE INTERVENCIÓN**

#### **5.1. Denominación del programa**

“Manejando mis emociones”

#### **5.2. Justificación del problema**

El presente programa de intervención se estructura a partir de los resultados significativos presentan los niños hospitalizados que padecen de cáncer en el hospital de Es Salud Edgardo Rebagliatti Martins en el año 2017.

Se puede evidenciar que, en términos generales que, existe un 16% que presentan un nivel de ira a nivel bajo, el 66% presenta un nivel de ira medio y un 18% de pacientes presentan un nivel de ira alto en los pacientes niños que padecen de cáncer terminal hospitalizados en un hospital de Es Salud de Lima, 2017.

En relación a las dimensiones: En la dimensión enojo descontrolado, el 24% presenta un nivel bajo de enojo, el 44% presenta un nivel medio y el 32% presenta un nivel alto de enojo descontrolado. En la dimensión Hostilidad el 20% presenta un nivel bajo de hostilidad, el 56% presenta un nivel medio y el 24% del total, presenta un nivel alto de hostilidad. En la dimensión de agresividad 16% presenta un nivel bajo de agresión, el

60% presenta un nivel medio y el 24% presenta un nivel alto de agresión.

De acuerdo a estos resultados podemos concluir que los niños hospitalizados poseen un nivel medio y alto de ira. Siendo importante generar estrategias psicológicas para poder manejarla, como una manera de prevenir situaciones problemáticas más difíciles en la adaptación a la hospitalización y tratamiento oncológico y de esta manera, poder tener una adecuada interacción con el personal asistencial y otros niños hospitalizados donde comparten el mismo ambiente.

### **5.3. Establecimiento de objetivos**

#### 5.3.1. Objetivo general:

Disminuir el nivel de ira en los niños hospitalizados que padecen de cáncer en el hospital de Es Salud Edgardo Rebagliatti Martins.

#### 5.3.2. Objetivos específicos:

Enseñar a los pacientes niños a controlar su nivel de Ira.

Enseñar a los pacientes niños a controlar su enojo descontrolado.

Enseñar a los pacientes niños a manejar su hostilidad

Enseñar a los pacientes niños a controlar su agresividad

### **5.4. Sector al que se dirige**

El programa de intervención está dirigido al Sector Salud, específicamente a los niños hospitalizados que padecen de cáncer en el hospital de Es Salud Edgardo Rebagliatti Martins., quienes son los que presentan niveles medios y altos de ira, lo que genera preocupación en el personal asistencial que interactúa diariamente con los niños pacientes.

#### **5.5. Establecimiento de conductas problemas/metás**

Las conductas metas, en el programa de intervención es la siguiente:

Disminuir el nivel de ira en los niños hospitalizados que padecen de cáncer en el hospital de Es Salud Edgardo Rebagliatti Martins.,

#### **5.6. Metodología de la intervención**

**Se utilizará estrategias y técnicas participativas como:**

- Dinámicas Grupales
- Juego de Roles
- Títeres
- Relatos
- Medios Audiovisuales
- Métodos Expositivos
- Cuentos Infantiles.

#### **5.7. Instrumentos/material a utilizar**

Computadora

Usb

Proyector Multimedia

Equipo de sonido

Cuentos

Plumones

Masking tape

Fichas

Mesa

Sillas

Colores

## 5.8. Cronograma

Tabla 10. CRONOGRAMA DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN: NIÑOS HOSPITALIZADOS CON CANCER

SEMANA/ ACTIVIDAD	Diciembre				Enero			
	1	2	3	4	1	2	3	4
SEMANA 1- ACTIVIDAD 1 <b>TEMA 1:</b> ¿Qué es la Ira?	15-12-2017							
SEMANA 2 ACTIVIDAD 2 <b>TEMA 2:</b> Problemas que causa la ira		20-12-2017						
SEMANA 3 ACTIVIDAD 3 <b>TEMA 3:</b> “Control de la ira”			23-12-2017					
SEMANA 4 ACTIVIDAD 4 <b>TEMA 4:</b> “Que son las emociones negativas”				30-12-2017				
SEMANA 5 ACTIVIDAD 5 <b>TEMA 5:</b> “Causas de las emociones negativas”					10-01-2018			
SEMANA 6 ACTIVIDAD 6 <b>TEMA 6:</b> “Que es el enojo”						15-01-2018		
SEMANA 7 ACTIVIDAD 7: <b>TEMA 7:</b> “Controlando el Enojo”							20-01-2018	
SEMANA 8 ACTIVIDAD 8 <b>TEMA 8:</b> “Reconociendo y controlando la agresividad								30-01-2018



## **5.9. Actividades**

### **PRIMERA SESIÓN DE INTERVENCIÓN**

#### **TEMA 1: ¿QUÉ ES LA IRA?**

**Objetivo:** Enseñar a los pacientes sobre la ira.

**Estrategia:** Cuento infantil sobre la Ira

**Materiales:** Cuentos

**Tiempo:** 30 minutos

#### **Desarrollo: ¿QUÉ ES LA IRA?**

Se iniciará con el Cuento infantil de dos personajes: “La Ira y el Orgullo”

Se lee el cuento y posteriormente se realizarán preguntas a través de un dialogo participativo con los pacientes.

Se evaluará los niveles de comprensión del contenido del cuento.

**Objetivo:** Que los pacientes reconozcan los síntomas de su ira.

**Estrategia:** Relato

**Materiales:** Diapositivas, computadora, proyector multimedia, equipo de sonido.

**Tiempo:** 30 minutos

#### **Desarrollo: Dinámica Grupal “Registrando mis emociones”**

Los pacientes se ubican en un medio circulo.

Se resalta la importancia de las buenas relaciones sociales entre los pacientes.

Se presentan imágenes de niños o niñas que expresan diferentes emociones.

Debe coger una de ellas y pegarlas en una pizarra y se solicita que la observen en silencio por unos minutos.

Se les solicita que manifiesten sus observaciones libremente. De ser necesario, los podemos orientar con algunas preguntas: Describiendo la escena que observan y que emociones han experimentado.

Finalmente se evaluará la comprensión del problema de la ira y sus causas.

## **TEMA 2: ¿Problemas que causa la IRA?**

**Objetivo:** Enseñar a los pacientes sobre la ira.

**Estrategia:** Cuento infantil sobre la Ira

**Materiales:** Cuentos

**Tiempo:** 30 minutos

**Desarrollo:** ¿QUÉ ES LA IRA?

Se iniciará con el Cuento infantil de dos personajes los problemas que causa la ira. Se lee el cuento y posteriormente se realizarán preguntas a través de un dialogo participativo con los pacientes.

Se evaluará los niveles de comprensión del contenido del cuento.

**Objetivo:** Que los pacientes reconozcan los problemas que causa la ira.

**Estrategia:** Relato

**Materiales:** Diapositivas, computadora, proyector multimedia, equipo de sonido.

**Tiempo:** 30 minutos

**Desarrollo:** Dinámica Grupal “Reconocer las causas de la ira”

Los pacientes se ubican en un medio circulo.

Se resalta la importancia de las buenas relaciones sociales entre los pacientes.

Se presentan imágenes de niños o niñas que expresan diferentes emociones. Debe coger una de ellas y pegarlas en una pizarra y se solicita que la observen en silencio por unos minutos.

Se les solicita que manifiesten sus observaciones libremente. De ser necesario, los podemos orientar con algunas preguntas: Describiendo la escena que observan y cuáles son las causas que la generan.

Finalmente se evaluará la comprensión del problema de la ira y sus causas.

### **TERCERA SESIÓN DE INTERVENCIÓN**

**TEMA 3 :** “Control de la ira”

**Objetivo:** Conocer las ventajas del control de la ira

**Estrategia:** Exposición dialogada

**Materiales:** Diapositivas, computadora, proyector multimedia.

**Tiempo:** 30 minutos

**Desarrollo:**

El psicólogo expone las ventajas de controlar la ira, desde todo punto de vista psicológico y posteriormente realizara pregunta a los niños pacientes.

Se explica la manera de cómo se controla la ira, se mostrará y se practica escenas de relajación y ejercicios respiratorios

Posteriormente cuando estés relajado debes pensar de manera positiva, ideas positivas para generar buena comunicación con tus compañeros en la sala de hospitalización.

Posteriormente se evalúa la manera de reconocer y controlar la ira.

## **CUARTA SESIÓN DE INTERVENCIÓN**

**TEMA 4 :** “Cómo Identificar las emociones negativas”

**Objetivo:** Reconocer las emociones negativas.

**Estrategia:** Dinámica Grupal

**Materiales:** Papelografos y colores.

**Tiempo:** 30 minutos

**Desarrollo:** Los niños pacientes participan en parejas donde uno es el observador y el otro asume una postura estática como estatua, el niño debe adivinar que expresión emocional expresa una emoción negativa, y debe comentar como debería cambiar hacia una emoción negativa.

Al final de la dinámica los pacientes niños identificarán las expresiones emocionales negativas.

## **QUINTA SESIÓN DE INTERVENCIÓN**

**TEMA 5 :** “Causas de la emociones negativas”

**Objetivo:** Reconocer las emociones negativas

**Estrategia:** Dinámica de Grupo

**Materiales:** Hojas, colores, plumones, cinta adhesiva, ficha

**Tiempo:** 30 minutos

**Desarrollo:** Los niños participantes que se les darán cuatro frases incompletas, para completar, una a la vez, y que tendrán que escribir lo primero que le venga a la mente.

Me enojo cuando no puedo.....

Siento que mi enojo.....

Cuando siento que los demás me expresan enojo, me siento.....

Siento que la ira de los demás es.....

Se evaluará los contenidos de sus respuestas de los pacientes

## **SEXTA SESIÓN DE INTERVENCIÓN**

**TEMA 6 :** “Que es el enojo”

**Objetivo:** Que los pacientes reconozcan las consecuencias del enojo.

**Estrategia:** Dinámica Grupal

**Materiales:** Computadora, rotafolio, papel bonb.

**Tiempo:** 30 minutos

**Desarrollo: Dinámica “EL ENOJO”**

Se solicita a los pacientes que verbalicen que es el enojo y las situaciones que las provoca. Se genera un debate para discriminar, las expresiones que manifiestan cada uno de ellos.

Cada participante, hace un estimado de las ocasiones que genera cuando llega a sentirse enojado, molesto o irritado (por semana o por día).

Finalmente, los niños pacientes serán capaces de identificar en que consiste el enojo y sus diversas causas.

## **SÉTIMA SESIÓN DE INTERVENCIÓN**

**TEMA 7:** “Controlando el Enojo”

**Objetivo:** Que los pacientes reconozcan que el descontrol del Enojo es un problema.

**Estrategia:** Escenificación teatral.

**Materiales:** Tires, equipo de sonido

**Tiempo:** 30 minutos

**Desarrollo: Controlando el Enojo**

Se inicia presentando escenas de enojo, (alegría, ira, agresividad, cólera) para después generar las estrategias para lograr su autocontrol

Posteriormente se socializan las respuestas y arriban a establecer pautas de control del enojo.

## **OCTAVA SESIÓN DE INTERVENCIÓN**

**TEMA 8 :** “Reconociendo y controlando la agresividad”

**Objetivo:** Desarrollar la capacidad colectiva para resolver situaciones conflictivas. Desarrollar la confianza del grupo.

**Estrategia:** Dialogo, Dinámica de Grupo

**Materiales:** Papelotes, plumones, mesas, sillas, micrófono, equipo de sonido.

**Tiempo:** 30 minutos

**Desarrollo: Dinámica de Grupo “La relajación”**

Se expone y se dialoga sobre la agresividad, como se manifiesta y cómo afecta a las personas. Posteriormente se va a enseñar al grupo acerca de las técnicas

de relajación. Los pacientes deben practicar las técnicas de respiración y relajación muscular.

Al final de la sesión se comprobará sobre las manifestaciones corporales que percibe los pacientes en estado de tensión y relajación logrando el bienestar físico.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alonso, C y Bastos, A (2011). Repercusión psicológica de la enfermedad en el paciente oncológico. En V. Valentín, C Copyright 2011 by the Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid ISSN: 1989-9912 - Clínica Contemporánea Vol. 2, n.º 2, 2011 - Págs. 187-207. En

<http://dx.doi.org/10.5093/cc2011v2n2a6>

[https://www.academia.edu/7526314/Intervenci%C3%B3n\\_Psicol%C3%B3gica\\_en\\_Personas\\_con\\_C%C3%A1ncer\\_Psychological\\_Intervention\\_in\\_Cancer\\_Patients](https://www.academia.edu/7526314/Intervenci%C3%B3n_Psicol%C3%B3gica_en_Personas_con_C%C3%A1ncer_Psychological_Intervention_in_Cancer_Patients)

Anger Management Cognitive Behavioral Therapy Manual Spanish version.pdf

Averill, J. (1982). Anger and aggression: An essay on emotion. New York: Springer- Verlag.

Averill, J. (1983). Studies on anger and aggression: implications for theories of emotion. American Psychologist, 38, 1145-1160.

Beck, A. (1999) Prisioneros del odio: Las bases de la ira, la hostilidad y la violencia. Barcelona: Paidós.

Beck, A. (1976). Cognitive therapy and the emotional disorders. New York: International University Press.

Beck, A. en Centro de Psicología Araron Beck. Consultado: Enero 2008 de <http://www.cpaaronbeck.com/psicologos-granada/aaron-t-beck.html>



- Dirección de Familia y Participación Ciudadana de la Policía Nacional del Perú (2004). Diagnóstico situacional de la violencia juvenil en Lima y Callao. Lima: DIRFAPACI en <http://www.paho.org/spanish/ad/fch/ca/cadiplomadoGTZ>. OPS.pdf
- Ellis, A. & Grieger, R, (1981), Manual de Terapia Racional Emotiva, Madrid: Marañón.
- Ellis, A. (1977). Anger: How to Live With and Without It. New Jersey: Secaucus, Citadel Press.
- Ellis, A. (1962). Reason and emotion in psychotherapy New York: Carol Publishing. Feindler,
- Farfán, F (2017). Niveles de depresión en pacientes oncológicos con tratamiento de quimioterapia en un hospital público de Lima UIGV
- Forero, R., McLellan, L., Rissel, C., & Bauman, A. (1999). Bullying behavior and psychological health among school students in New South Wales, Australia: cross sectional survey. *British Medical Journal*, 319, 344-348. *Journal of Humanistic Education and Development*.
- Guttman, M., Mowder, B. & Yasik, A. (2006). The ACT Against Violence Training Program: A preliminary investigation of knowledge gained by early childhood Professionals. *Professional Psychology: Research and Practice*. Dec. Vol.
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (1991). Metodología de la investigación. México: McGraw-Hill.

Honig, A., & Wittmer, D. (1992). Prosocial development in children: caring sharing, and cooperation. New York: Garland.

House, A. (1999). DSM-IV Diagnosis in the schools. New York: Guilford Press.,

Kassinove, H. & Tafrate R. (2002). Anger management. The complete treatment Guidebook for Practitioners. New York: Impact publishers, Inc.

Kendall, P. & Braswell, L. (1993). Cognitive-behavioral therapy for impulsive children. New York: Guilford Press.

Kruger, T (2005) Implicancias del cáncer infantil en la dinámica familiar: un estudio cualitativo exploratorio acerca de las implicancias del cáncer infantil en la dinámica familiar. Universidad Academia de Humanismo Cristiano carrera de Psicología. Santiago de Chile.

<http://bibliotecadigital.academia.cl/bitstream/handle/123456789/2543/tpsico146.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

León, G. Meza, A. y Reina, K (2017) Influencia de la personalidad en la aparición del cáncer de testículo. Universidad Estatal de Milagro Facultad Ciencias de la Salud. Ecuador.

[repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/3680/1/INFLUENCIA-DE-LA-PERSONALIDAD-EN-LA-APARICION-DEL-CANCER-DE-TESTICULO%2c%20MEZA%20Y%20REINA.pdf](http://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/3680/1/INFLUENCIA-DE-LA-PERSONALIDAD-EN-LA-APARICION-DEL-CANCER-DE-TESTICULO%2c%20MEZA%20Y%20REINA.pdf)

Lévano, Elita (2017) Niveles de ira en los estudiantes de 5to y 6to grado del nivel primaria de una institución educativa publica de la provincia de Chíncha 2017. Universidad Inca Garcilaso de la Vega.

repositorio.uigv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.11818/1540/TRAB.SUF.  
PROF.%20LÉVANO%20DE%20PEÑA%20ELITA%20DEL%20PILAR.pdf?  
sequence=2&isAllowed=y

Mendoza, M (2016) Agresividad en pacientes oncológicos y pacientes con VIH en instituciones públicas de salud, Lima. Universidad Cesar Vallejo Facultad de humanidades escuela académico profesional de psicología.

[http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/4094/Mendoza\\_GMV.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/4094/Mendoza_GMV.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Mejía Navarrete, J. (2005). Medios de comunicación y violencia. Los jóvenes pandilleros de Lima. En Espacio Abierto: Cuaderno Venezolano de Sociología. Vol. 14, No. 3.

Missiaggia, E (2004) Calidad de vida y hostilidad/cólera en pacientes con cáncer de mama con quirúrgica radical y de conservación. Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

[http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/2731/1/Missiaggia\\_e.pdf](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/2731/1/Missiaggia_e.pdf)

Montaña, C. (2002). Estudio descriptivo correlacional entre ira y personalidad a la luz de la teoría de Hans Eysenck. Revista Colombiana de Psicología. Colombia.

Nugent, W., Champlin, D. & Wiinimaki, L. (1997). The Effects of Anger Control Training on Adolescent Antisocial Behavior. Research on Social Work Practice, Vol. 7, No. 4, 446-462.

Organización Mundial de la Salud OMS (2002). Informe mundial sobre la violencia y la salud. Ginebra, p. 2-4: OMS Organización Panamericana de Salud OPS (2006). Políticas públicas, legislación y prevención de la violencia en jóvenes. El Caso del Perú. Washington, D.C.

Organización Mundial de la Salud OMS (2002). Estudio de la OMS sobre violencia contra los niños y Guía para prevenirla. En <http://argijokin.blogcindario.com/2006/12/05678-estudio-de-la-oms-sobreviolencia- contra-los-ninos-y-guia-para-prevenirla.html>

Pérez Nieto, M., Camuñas, N., Cano-Vindel, A., Miguel-Tobal, J. & Iruarrizaga, I. (2000). Anger and anger coping: A study of attributional styles *Studia Psychologica*, 42, 289-302.

Pérez Nieto, M., Redondo, M. & León, L. (1997). Aproximaciones a la emoción de ira: de la conceptualización a la intervención psicológica. *Revista electrónica de motivación y emoción*. Volumen: XI, Número: 28.

Quispe, V. (2010). Violencia familiar y agresividad en niños del 2° grado de educación primaria en la I. E. Abraham Valdelomar Ugel 06 del distrito de Sana Anita durante el 2010. Universidad Nacional de Educación. Lima, Perú.

Rodríguez, L. (2008). Manejo de la ira en un grupo de niños de segundo grado de un colegio de Lima. Pontificia Universidad Católica del Perú. Perú.

Rosales, J. (2014). Nivel de ira en niños que presentan maltrato infantil. Universidad Rafael Landívar. Guatemala.

Soto, L. (2005). El Control de las Emociones: Un método de prevención de la violencia en el trabajo. Departamento de maestría en administración. Ciudad Juárez: Universidad Autónoma de Ciudad Juárez. En

[http://www.uacj.mx/ICSA/Programas/Ciencias\\_admitivas/CA/LuisSoto.pdf](http://www.uacj.mx/ICSA/Programas/Ciencias_admitivas/CA/LuisSoto.pdf)

Spielberger, C. (1996). Reacciones Emocionales del Estrés: Ansiedad y Cólera. En Avances en Psicología Clínica Latinoamericana Vol. 14.

Valencia, M (2014) La culpa manifestada en conductas agresivas en la etapa terminal de la vida, análisis desde la perspectiva psicoanalítica. Pontificia Universidad Católica del Ecuador Facultad de Psicología.

<http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/10462/TEISIS-PUCEValencia%20Cepeda%20Mar%C3%ADa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Viera, J (2014) Estado emocional de niños hospitalizados bajo el diagnóstico de leucemia: estudio de caso. Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas. Recuperado de:

<http://repositorioacademico.upc.edu.pe/upc/bitstream/10757/346128/1/Tesis+Final+%28Nov+2014%29+Viera.pdf>

Villalobos, H. (2006). Pandilleros fueron responsables de una docena de muertes. El Comercio, p. A2.

Zayas, A (2015) Factores psicoemocionales y ajuste psicológico asociados al cáncer de mama. Departamento de personalidad, evaluación y tratamiento psicológicos universidad de Sevilla.

<https://idus.us.es/xmlui/bitstream/handle/11441/39459/Tesis%20para%20Repositorio%20Abierto.pdf?sequence=4>

## **ANEXOS**

**Anexo 1. Matriz de consistencia**

DEFINICIÓN DEL PROBLEMA	OBJETIVO	DEFINICIÓN DE LA VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	METODOLOGÍA
<p><b>Problema general:</b></p> <p>¿Cuál es el nivel de ira que presentan los niños con cáncer terminal que se atienden en un hospital de Es Salud de Lima, 2017?</p> <p><b>Problemas específicos:</b></p> <p>¿Cuál es el nivel</p>	<p><b>Objetivo general:</b></p> <p>Determinar el nivel de ira que presentan los niños con cáncer terminal que se atienden en un hospital de Es Salud de Lima, 2017.</p> <p><b>Objetivos específicos:</b></p> <p>Identificar el</p>	<p><b>Variable: Ira</b></p> <p>Beck (1999) define la ira como la percepción de una amenaza o pérdida injusta por culpa de otras personas lo que nos lleva a sentir ansias de venganza o agresión y atribuir malicia en aquellas personas que ocasionaron la situación.</p>	<p>Variable: Nivel de ira</p> <p>Dimensión I: Enojo descontrolado.</p> <p>-Control de emociones.</p> <p>Dimensión II: Hostilidad.</p> <p>- Actitudes hostiles.</p> <p>Dimensión III: Agresión.</p> <p>-Conductas agresivas.</p>	<p><b>Tipo de Investigación:</b></p> <p>La investigación es de tipo aplicada de nivel descriptivo.</p> <p><b>Diseño:</b></p> <p>La investigación es de diseño no experimental.</p> <p><b>Población:</b></p> <p>La población está conformada por 100 pacientes</p> <p><b>Muestra:</b></p> <p>La muestra está conformada por 50 pacientes.</p> <p><b>Técnica:</b> Directa e indirecta</p> <p><b>Instrumento:</b> Inventario STAXI – NA</p> <p>El instrumento consta de 21 ítems, los cuales puntúan en una escala</p>

<p>de enojo descontrolado que presentan los niños con cáncer terminal que se atienden en un hospital de Es Salud de Lima, 2017?</p> <p>¿Cuál es el nivel de hostilidad que presentan los niños con cáncer terminal que se atienden en un hospital de Es Salud de Lima, 2017?</p>	<p>nivel de enojo descontrolado que presentan los niños con cáncer terminal que se atienden en un hospital de Es Salud de Lima, 2017</p> <p>Identificar el nivel de hostilidad que presentan los niños con cáncer terminal que se atienden en un hospital de Es Salud de Lima, 2017</p>			<p>tipo Likert de 4 puntos, donde 1 es casi nunca y 4 es casi siempre. El rango de puntaje oscila entre 21 y 84 puntos.</p> <p><b>Autor:</b> Charles Spielberger</p> <p><b>Adaptación:</b> Al tratarse de una prueba norteamericana, fue necesario traducir los ítems y opciones de respuestas para establecer la equivalencia lingüística (Marín, 1986). Esta prueba ha sido traducida y validada lingüísticamente a través del método de doble traducción (inglés-español; español-inglés). Antes de llevar a cabo la administración general, el instrumento fue probado con una muestra piloto a fin de realizar los ajustes necesarios.</p> <p><b>Aplicación:</b> Individual.</p> <p><b>Duración:</b> 15 minutos</p>
--	---	--	--	--



<p>¿Cuál es el nivel de agresión que presentan los niños con cáncer terminal que se atienden en un hospital de Es Salud de Lima, 2017?</p>	<p>Identificar el nivel de agresión que presentan los niños con cáncer terminal que se atienden en un hospital de Es Salud de Lima, 2017</p>			<p>aproximadamente.  <b>Objetivo del instrumento:</b>  Establecer el nivel de ira.</p>
--	--	--	--	--

## Anexo 2. Instrumento de recolección de datos

### CUESTIONARIO DE STAXI NA

Apellidos y Nombres:.....

Edad:.....Sexo: M.....F.....

Grado:.....Sección:.....

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

1. **CASI NUNCA**
2. **ALGUNAS VECES**
3. **A MENUDO**
4. **CASI SIEMPRE**

1	Me enojo fácilmente ante alguna broma sobre mi físico.	1	2	3	4
2	Pierdo la paciencia cuando las cosas no se hacen como yo quiero.	1	2	3	4
3	Me irrito fácilmente cuando agarran mis cosas sin permiso.	1	2	3	4
4	Cambio de humor de un momento para otro.	1	2	3	4
5	Me molesto fácilmente cuando desapruébo un examen.	1	2	3	4
6	Pierdo el control fácilmente.	1	2	3	4
7	Termino llorando cuando las cosas no me salen como quiero.	1	2	3	4
8	Insulto a mis compañeros cuando me hacen alguna broma.	1	2	3	4
9	Grito a mis compañeros cuando me enojo.	1	2	3	4
10	Respondo de mala manera a mi profesor(a).	1	2	3	4
11	Hago comentarios irónicos de los demás.	1	2	3	4
12	Discuto con mis compañeros por cualquier cosa.	1	2	3	4
13	Cuestiono el comportamiento de mis compañeros.	1	2	3	4
14	Me burlo de los defectos físicos de mis compañeros.	1	2	3	4
15	Cuando me enojo hago cosas como patear la puerta o romper algún objeto.	1	2	3	4
16	Destruyo la hoja de mi cuaderno cuando me equivoco en copiar la clase o al resolver una tarea.	1	2	3	4
17	Cuando juego con mis compañeros y pierdo, suelo pegarles.	1	2	3	4
18	Cuando algún compañero me insulta suelo pegarle.	1	2	3	4
19	Golpeo a mi compañero cuando esconden mis cosas.	1	2	3	4
20	Digo lisuras cuando me molesto.	1	2	3	4
21	Tiendo a hacerme daño físico cuando tengo ira.	1	2	3	4

**Inventario de expresión del Enojo, versión original de Charles Spilberger**  
**Cuestionario utilizado solo para fines académicos**