



UNIVERSIDAD DEL AZUAY

FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

DEPARTAMENTO DE POSTGRADOS

TEMA:

**“ESTUDIO DE CASOS EN PACIENTES CON TRASTORNO DE PERSONALIDAD
ANTISOCIAL PARA TRATAR LA IMPULSIVIDAD DESDE EL MODELO INTEGRATIVO
FOCALIZADO EN LA PERSONALIDAD.”**

**TRABAJO DE GRADUACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MAGISTER
EN PSICOTERAPIA INTEGRATIVA**

Autor: PSIC. NAVIER ENRIQUE REBOLLEDO YANGE

Director: Mst. MARIO EDUARDO MOYANO MOYANO

CUENCA, ECUADOR

2015

DEDICATORIA

A mis padres: Enrique y Yonmy,
a mis hermanas,

Al Eterno creador.

Enrique R.

AGRADECIMIENTO

A mis padres por su incondicional amor.

Al centro de Rehabilitación Social para personas privadas de libertad de Machala por su apoyo.

Al Magíster Mario Moyano por su orientación.

Contenido

RESUMEN	vii
ABSTRACT.....	viii
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO 1	3
1.1. Definición de Personalidad	3
1.2. Definición de Trastorno Antisocial de la Personalidad	3
1.3. Características clínicas	4
1.4. Criterio Diagnóstico	7
1.5. Factores etiológicos	8
1.5.1. Factores Biológicos/Genéticos.....	8
1.5.1.1. Factores Biológicos:	8
1.5.1.2. Factores Genéticos:.....	10
1.5.2. Factores Familiares/Sociales/Ambientales:.....	12
1.5.3. Factores Psicológicos	14
1.5.3.1. Factores Evolutivos:	14
1.5.3.2. Factores Cognitivos:.....	16
1.6. Curso	18
1.7. Diagnóstico diferencial:	19
1.8. Teorías psicológicas explicativas:.....	22
1.8.1. Enfoque Conductista:.....	22
1.8.2. Enfoque Cognitivo:.....	26
1.9. Impulsividad.....	29
1.9.1. Definiciones de impulsividad	30
1.10. Algunas teorías de la impulsividad.....	31
1.11. Conclusiones	33
CAPÍTULO 2	34
2.2 Definición de Psicoterapia desde la perspectiva integrativa	34
2.3 Bases filosóficas y epistemológicas del modelo focalizado en la Personalidad	35
2.4 Bases teóricas del modelo integrativo focalizado en la personalidad.....	36
2.5 Tipología de la Personalidad	37
2.5.1 Personalidades con predominio comportamental:.....	39

2.6	Bases metodológicas del modelo integrativo focalizado en la personalidad	41
2.6.1	Etapas del proceso	41
2.6.1.1	Primera etapa.....	41
2.6.1.1.1	Determinación de la demanda, expectativas y motivaciones e inicio del proceso	41
2.6.1.1.2	Expectativas y motivaciones del terapeuta	42
2.6.1.1.3	Análisis de la demanda	42
2.6.1.2	Segunda etapa.....	43
2.6.1.2.1	Investigación del problema o trastorno, la personalidad y el entorno	43
2.6.1.2.2	Estrategias de la primera entrevista y establecimiento de la relación terapéutica	43
2.6.1.3	Tercera etapa	44
2.6.1.3.1	Planificación del proceso	44
2.6.1.4	Cuarta etapa.....	45
2.6.1.4.1	Ejecución y aplicación de la técnica	45
2.6.1.5	Quinta etapa	45
2.6.1.5.1	Evaluación del diagnóstico, el proceso y los resultados	45
2.7	Los fenómenos de relación	45
2.7.1	Abordaje de los fenómenos afectivos desde una perspectiva integrativa	46
2.7.2	Rapport	47
2.7.3	Empatía	47
2.7.4	Resistencia	48
2.7.5	Transferencia	48
2.7.6	Contratransferencia	49
2.8	Técnicas De Conducción	49
2.8.1	Técnicas de comunicación	49
2.9	Conclusiones	50
CAPÍTULO 3		51
3.1	Introducción.....	51
3.2	Metodología.....	51
3.2.1	Fases del proceso terapéutico	51
3.2.1.1	Etapas de investigación.....	51
3.2.1.2	Fases de investigación.....	52
3.2.1.3	Tests psicológicos:.....	53

3.2.2	Etapas de planificación	57
3.2.2.1	Establecimiento de técnicas.....	58
3.2.2.1.1	Técnicas para incrementar el autocontrol.....	59
3.2.2.1.2	Técnicas para mejorar el manejo ante situaciones de estrés.....	60
3.2.2.1.3	Técnicas para flexibilizar el rasgo de personalidad.....	62
3.2.2.1.4	Técnicas para disminuir la ansiedad	63
3.2.2.1.5	Técnicas para reforzar las habilidades sociales	65
3.2.3	Ejecución y aplicación de técnicas	66
3.3	Evaluación del tratamiento.....	67
3.4	Conclusiones	67
CAPÍTULO 4		69
4.1	Características de la muestra.....	69
4.2	Procedimiento.....	69
4.3	Presentación de resultados.....	70
4.4	Análisis cuantitativo de resultados	70
4.5	Análisis cualitativo de resultados.....	80
"CASO NN 1"		82
"CASO NN 2"		100
"CASO NN 3".....		114
"CASO NN 4"		135
"CASO NN 5"		151
4.6	Conclusión de los casos.....	167
CONCLUSIONES.....		170
RECOMENDACIONES.....		171
BIBLIOGRAFÍA.....		172
ANEXOS		174
DATOS INFORMATIVOS.....		174

RESUMEN

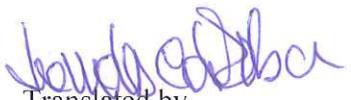
El presente trabajo tiene por objeto un estudio de casos en pacientes con Trastorno Antisocial de la Personalidad para tratar la impulsividad desde el Modelo Integrativo Focalizado en la Personalidad, debido a que este trastorno afecta a un porcentaje de la población causando gran deterioro en el área personal, social y laboral. En este trastorno uno de los principales síntomas es la impulsividad; síntoma que genera agresividad y tendencia a satisfacer sus necesidades de forma inmediata. Por tal motivo, se ha hecho un plan de tratamiento desde el Modelo Integrativo Focalizado en la Personalidad para disminuir los niveles de impulsividad. Consta de tres etapas: investigación, planificación y ejecución, aplicación de las técnicas. La aplicación de la terapia disminuyó los niveles de impulsividad contribuyendo a generar una mejoría en el paciente.

Palabras claves: Psicoterapia Integrativa, Impulsividad, Trastorno Antisocial de la Personalidad, Técnicas cognitivas-conductuales.

ABSTRACT

The objective of this paper is a case-study in patients with Antisocial Personality Disorder, aimed at treating impulsivity from the Integrative Model Focused on the Personality; since this disorder affects a percentage of the population causing great deterioration in the personal, social and work areas. One of the main symptoms of this disorder is impulsiveness; symptom that generates aggressiveness and a tendency to satisfy their needs immediately. Therefore, we have proposed a treatment plan from the Integrative Model Focused on the Personality to lower the levels of impulsivity. It consists of three phases: research, planning, and implementation and application of techniques. Through the application of therapy, impulsivity levels decreased, contributing to generate an improvement in the patient.




Translated by,
Lic. Lourdes Crespo

INTRODUCCIÓN

El trastorno antisocial de la personalidad es uno de los trastornos más investigados en psicología; esto se debe a que han existido muchas discrepancias con respecto a que momento se genera el trastorno antisocial en las personas; y por otra parte porque la psicoterapia (en comparación con otros trastornos) ha sido menos efectiva en la disminución de sus síntomas.

A partir del siglo pasado los factores biológicos y genéticos cobraron relevancia en la etiología del trastorno; sin embargo, los factores psicológicos en las últimas décadas han tomado auge explicando su etiología, desarrollo y los síntomas que se generan, especialmente el síntoma impulsividad. Demostrando mediante investigaciones que el factor psicológico es de gran relevancia en la formación de éste trastorno y sus síntomas.

A pesar de lo expuesto, desde el Modelo Integrativo Ecuatoriano no se ha aplicado el tratamiento de este trastorno con el objetivo principal de disminuir el síntoma de impulsividad y por lo tanto no existen intervenciones que demuestren la eficacia de su tratamiento.

La presente investigación tiene un marco teórico conformado por tres capítulos. En estos capítulos se destacan aspectos relacionados con la etiología del trastorno y sus factores psicológicos; tomando en cuenta también los factores genéticos, biológicos, ambientales.

También se expondrá las bases teóricas y metodológicas que sustentan la aplicación terapéutica, para finalmente elaborar un plan de tratamiento sustentado en lo anteriormente expuesto.

Por lo tanto en el presente trabajo se hará un estudio de casos, aplicando un tratamiento desde el modelo integrativo focalizado en la personalidad con el objetivo de disminuir el síntoma impulsividad en personas con trastorno antisocial de personalidad.

CAPITULO 1

“TRASTORNO DE PERSONALIDAD ANTISOCIAL”

1.1. Definición de Personalidad

A continuación citaremos algunas definiciones de connotados autores que reconocen lo compleja y dinámica que es la personalidad.

La personalidad según Cloninger:

“Personalidad puede definirse como las causas internas que subyacen al comportamiento individual y a la experiencia de la persona”. (Cloninger, 2003)

La personalidad según Allport:

“Personalidad es la organización dinámica, dentro del individuo, de aquellos sistemas psicofísicos que determinan sus ajustes únicos a su ambiente”. (Balarezo, 2010)

La personalidad desde el modelo focalizado en la personalidad:

“Una estructura dinámicamente integrada de factores biológicos, psicológicos y socioculturales que establecen en el ser humano, un modo de percibir, pensar, sentir y actuar singular e individual”. (Balarezo, 2010)

Como se puede reconocer, diría que la personalidad es producto de una serie de factores (biológicos, cognitivos, genéticos, aprendizajes sociales) que influye en su formación y desarrollo de una manera dinámica. Ésta hace que cada ser humano sea único en sus experiencias internas, formas de percibir y comportarse.

1.2. Definición de Trastorno Antisocial de la Personalidad

A continuación citaremos tres definiciones del trastorno antisocial de la personalidad.

El DSM IV lo define como:

“Es un patrón general de desprecio y violación de los derechos de los demás, que comienza en la infancia o el principio de la adolescencia y continúa en la edad adulta”. (DSM IV, 2001)

La asociación de psicología de Madrid indica que el trastorno antisocial de personalidad según Millon es:

La personalidad antisocial y su trastorno, es conocida en el modelo de Millon (1981, 1985) como el patrón activo-independiente, caracterizada como un tipo de personalidad agresiva, con diferentes grados a lo largo de un continuum sintomático, que va desde formas leves hasta formas extremadamente graves.

Por su parte Balarezo desde un modelo integrativo la define de esta manera:

“El Trastorno de Personalidad Antisocial se expresa por la activación conductual inmediata, sin reparo suficiente en los componentes cognitivos y afectivos. La acción enérgica y primaria es su característica, la misma que aprehende las relaciones interpersonales, los afectos y las cogniciones”. (Balarezo, 2010).

El Trastorno Antisocial de la Personalidad es uno de los trastornos que más se han investigado en psicología. Si bien existen ciertas discrepancias acerca de cuándo la personalidad se vuelve un trastorno, la mayoría de los investigadores coinciden en que las personas con este trastorno poseen conciencia poco desarrollada, agresividad, impulsividad.

1.3. Características clínicas

Existen ciertas características que se presentan de una manera frecuente en las personas que poseen el trastorno, estas características causan deterioro o daño en el ámbito social, laboral, familiar, personal.

Hemos escogido a dos autores que enumeran de una manera adecuada para el modelo las características del trastorno. Estos dos autores son Balarezo y Millon.

Balarezo (2010) reconoce en el trastorno de personalidad antisocial ciertos rasgos característicos:

“Pauta de conducta irresponsable.

-Mentiras, hurtos, holgazanería, vandalismo, actitudes pendencieras, fugas del hogar, absentismo escolar y crueldad física.

-Fracaso en la actividad laboral y el mantenimiento de obligaciones económicas, familiares y sociales.

-Impulsividad, irritabilidad, agresividad y violencia.

-Despreocupación por la seguridad personal o ajena.

-Falta de remordimiento respecto a sus conductas y una marcada predisposición a culpar a los demás de las mismas.

-Falta de capacidad de empatía.

-Incapacidad para mantener relaciones personales.

-Tolerancia muy baja a la frustración.

-Carencia de aprendizaje a través de la experiencia.

-Fracaso por someterse a las normas sociales.

-Impulsividad o incapacidad para planificar el futuro.

-Irritabilidad y agresividad.

-Pelears físicas repetidas o agresiones.” (Balarezo, 2010)

Por otra parte, Millon aporta con ciertas características que posee el trastorno antisocial de la personalidad. Las características se dan en varios niveles que a continuación se presenta. Para mayor comprensión se presentará cada nivel por separado.

Millon (1998) indica las siguientes características con respecto al nivel comportamental:

En el ámbito funcional:

-Expresivamente impulsivo:

Existe una baja tolerancia a la frustración, tratan de obtener placer de manera inmediata, son impulsivos y no piensan en las consecuencias que se pueden presentar luego, se aburren fácilmente, son irresponsables, son arriesgados, arrogantes y poco empáticos aunque cuando obtienen lo que quieren pueden ser agradables.

-Interpersonalmente irresponsable:

Fracasan en las relaciones interpersonales, no son responsables con sus obligaciones (ya sea económicas, familiares o laborales), sienten placer al romper las reglas, son codiciosos, se gratifican con la desgracia de gente con más poder que ellos, son desconfiados y utilizan a los demás para su propio beneficio, tratan de infundir miedo, son vengativos.

La principal característica en estas personas es no respetar las normas y la autoridad; esta característica empieza a ser notoria en la adolescencia.

Con respecto al nivel fenomenológico

En el ámbito funcional:

-Cognitivamente desviado:

Las personas con el trastorno construyen su realidad y la interpretan conforme a sus creencias, no aprueban ni los valores ni las normas, ni las reglas; siempre tienen excusas que justifican sus actos (argumentado experiencias desagradables en su vida), cuando se sienten acorralados se declaran víctimas argumentando que las personas están en contra de ellos.

Para concluir hemos creído conveniente describir las características según el DSM V.

Las características centrales del trastorno según el DSM V (2014) son: el engaño y la manipulación, historia de agresiones a la gente o animales, destrucción de propiedad, fraudes, hurtos, violación de derechos básicos o de las normas, repetición de actos que son motivos de detención como la destrucción de la propiedad, robos, tienen desprecio de los deseos o sentimientos de los demás, presentan un patrón de impulsividad, irritabilidad, despreocupación por su seguridad, irresponsabilidad, presentan pocos remordimientos por las consecuencias de sus actos.

Además, las personas con este trastorno son poco empáticos, poco sensibles y cínicos, arrogantes, poseen encanto superficial, de verbo fácil y son volubles.

De esta manera hemos reconocido las principales características de este trastorno desde varios autores que consideran tanto factores cognitivos como conductuales, coincidiendo en la existencia de impulsividad, irresponsabilidad, transgresión de reglas y distorsiones cognitivas.

1.4. Criterio Diagnóstico

El DSM V (2014) indica los siguientes criterios para el diagnóstico de Trastorno de Personalidad Antisocial:

- A) Un patrón general de desprecio y violación de los derechos de los demás que se presenta desde la edad de 15 años, como lo indican tres o más de lo siguiente:
- 1** Fracaso para adaptarse a las normas sociales en lo que respecta al comportamiento. legal, como lo indica el perpetrar repetidamente actos que son motivos de detención.
 - 2** Deshonestidad, indicada por mentir repetidamente, utilizar un alias, estafar a otros para obtener un beneficio personal o por placer.
 - 3** Impulsividad o incapacidad para planificar el futuro.
 - 4** Irritabilidad y agresividad, indicado por peleas físicas repetidas o agresiones.
 - 5** Despreocupación imprudente por su seguridad o la de los demás.
 - 6** Irresponsabilidad persistente, indicada por la incapacidad de mantener un trabajo con constancia o de hacerse cargo de obligaciones económicas.

7 Falta de remordimiento, como lo indica la indiferencia o la justificación del haber dañado, maltratado o robado a otros.

B) El sujeto tiene al menos 18 años.

C) Existen pruebas de un trastorno disocial que comienza antes de la edad de 15 años.

El comportamiento antisocial no aparece exclusivamente en el curso de una esquizofrenia o un episodio maníaco.

1.5. Factores etiológicos

Las teorías modernas concuerdan que para que se genere el trastorno antisocial de personalidad existen influencias ambientales, conductuales y de aprendizaje cognitivo; así como influencias biológicas y genéticas. Es decir son producto de factores psicológicos y de factores hereditarios y biológicos. Indicando que no existe una mayor influencia de cualquiera de ellos.

1.5.1. Factores Biológicos/Genéticos

1.5.1.1. Factores Biológicos:

Los factores biológicos han sido ampliamente estudiados en el trastorno antisocial, se ha comprobado que existe en algunos casos carencia o alteraciones biológicas que generan cierto tipo de conducta. A continuación se indicará brevemente las siguientes investigaciones y factores biológicos.

Balarezo indica los siguientes factores como causas biológicas:

Las personalidades comportamentales están más asociadas con características de extroversión, emocionalidad alta, neuroticismo y psicoticismo altos, carencia de procesos inhibitorios frontales y elementos bioquímicos y hormonales alterados con manifestaciones de hiperactividad. En las personalidades disociales prevalece el componente de psicoticismo.

Las alteraciones bioquímicas y hormonales que manifiestan hiperactividad en el caso de las personas disociales pueden evidenciarse en su impulsividad que se refleja generalmente en ataques, peleas o agresiones hacia otras personas. Los patrones de las ondas cerebrales que se observan en las personas que tienen trastorno de la personalidad disocial se parecen a aquellos que ocurren por lo regular en niños y adolescentes en lugar de aquellos de los adultos. Esta similitud sugiere que al menos un subgrupo de personas con este trastorno es probable que presenten madurez cerebral retrasada. La violencia física impulsiva y la agresión de los seres humanos, característicos propios del disocial, se relacionan con niveles muy bajos de serotonina, además de lesiones de la superficie orbitaria de los lóbulos frontales que podrían ser responsables del deterioro de los estándares éticos y morales. (Balarezo, 2010)

Stoff (2002) indica que en ciertos estudios se asocia la agresividad en estas personas con la exposición perinatal a esteroides sexuales o trastornos endocrinos.

Según el autor, en estudios realizados se ha visto que en concentraciones bajas de cortisol hay una interrelación con la conducta antisocial (básicamente agresividad) en niños y adultos.

En un estudio anterior, Virkkunen (1985) comprueba que delincuentes violentos tienen concentraciones bajas de cortisol. Luego comprueba que ciertos delincuentes tenían la adrenocorticotropina en concentraciones bajas; Así mismo sucedía con varones con antecedentes violentos.

Vanyukov y colaboradores (1993), demuestran que los niños con concentraciones bajas de cortisol tenían padres que en la infancia tuvieron trastorno de conducta y luego personalidad antisocial.

Otras investigaciones indican que “la hiposensibilidad del eje hipotalámico hipofisiario adrenal (HHA) y la conducta agresiva corresponden a la subexcitación del sistema cardiovascular y a la conducta agresiva que se observa en adolescentes y adultos”. (Stoff, 2002)

Indicando que existe un factor de riesgo de conducta antisocial cuando hay hiposensibilidad del HHA.

Podemos entonces concluir que ciertas investigaciones indican que la influencia de ciertos factores bioquímicos así como también ciertos factores endócrinos son parte de la causa del trastorno.

1.5.1.2. Factores Genéticos:

Los factores genéticos juegan un papel importante en el trastorno. Se han hecho numerosos estudios para comprobar si existen factores genéticos que generen o influyan en el trastorno antisocial. A continuación se indicará brevemente las siguientes investigaciones y factores genéticos.

Stoff (2002) indica que hay influencias de muchos alelomorfos que influyen en el trastorno, esto debido a los contextos en los cuales surgen estas conductas.

“La implicación es que el grado de heterogeneidad genética puede ser elevado en tanto que, por otra parte, sería escaso el poder predictivo de un solo gen que finalmente se identifique”. (Stoff, R, 2002, Conducta antisocial, Pág. 833)

Existen varios alelomorfos en la secuencia del ADN que se relacionan con los síntomas del trastorno antisocial. Indicándose que “estas variantes de genes difieren considerablemente en sus frecuencias en poblaciones, en la medida en que su presencia predice el comportamiento, y los mecanismos de sus efectos”. (Stoff, 2002)

En un estudio realizado a una familia holandesa se encontró a seis hombres que tenían ciertos síntomas del trastorno principalmente

impulsividad y agresividad. Se utilizó el método del enlace genético, “Brunner y colaboradores graficaron un locus para este síndrome en la región del cromosoma x, que contiene monoaminoxidasas A y B. La identificación de un locus en el cromosoma x explicó la preponderancia de los hombres afectados en esta familia. Los niveles de MAOB, la monoaminoxidasa presente tanto en el cerebro como en las plaquetas, era normal en las plaquetas; sin embargo, se descubrió una mutación por intercepción de un codón (secuencia de tres nucleótidos adyacentes), que trunca prematuramente la secuencia de los aminoácidos y vuelve inactiva la monoaminoxidasa A. La monoaminoxidasa A se encuentra en las neuronas cerebrales serotoninérgicas. En varios de estos hombres se observaron anomalías en las concentraciones del metabolito monoamínico en orina y en el líquido cefalorraquídeo, de manera que en cierto sentido el lazo causal- del gen variante a la enzima inactiva al comportamiento alterado- se encontraba cerrado”. (Stoff, 2002)

El DSM IV (2001) indica que se puede dar una repetición del trastorno entre los familiares de primer grado, es decir, podría existir una herencia genética directa del trastorno. Así mismo, el riesgo de que haya una transmisión genética del trastorno tiende a ser mayor en las mujeres que presentan el trastorno que en los hombres que lo presentan.

Aunque se conoce que los niños adoptados se parecen a sus padres biológicos, los estudios de adopción indican que los factores genéticos influyen en la formación del trastorno y los ambientales también.

Podemos concluir, según estas investigaciones que sí es influyente el factor genético, pero como se ha expuesto en estos estudios no es una causa determinante para que se genere el trastorno ya que el factor ambiental juega un rol importante.

1.5.2. Factores Familiares/Sociales/Ambientales:

Se conoce que tanto el ambiente en el que vive el individuo como las primeras etapas del ciclo vital son cruciales e influyentes en la estructuración de la personalidad, de este factor también dependerá la formación de un trastorno. A continuación se indicará brevemente algunas investigaciones y factores tanto familiares como sociales y ambientales tomando en cuenta que interactúan.

Toro (1998) indica que en una investigación realizada se encontró que hogares disfuncionales, falta de capacidad de disciplina por parte de la madre, y la falta de afecto (sobretudo materno); marcaría una tendencia de la persona al trastorno.

A pesar de que no existen estudios confiables acerca del tema, el trastorno generalmente es asociado a las personas de sectores socioeconómicos bajos sin dejar de reconocer que se presenta en todos los sectores socioeconómicos.

Los factores ambientales generan un aprendizaje de la conducta antisocial y a su vez generan su mantención. Las formas de reacción de la persona influyen recíprocamente con los efectos del aprendizaje. “Los datos son convincentes en cuanto a que el cambio en los procesos de interacción social se relaciona con modificaciones en cierta forma de conducta antisocial de los niños”. (Stoff, 2002)

La conducta tiene una utilidad funcional, y esta es variante ya que se da de acuerdo a la etapa de desarrollo y el contexto en que se desenvuelve el niño.

En la infancia se dan tácticas aversivas (como quejas, lloros, desobediencias, berrinches) tanto para pedir algo como para terminar situaciones de conflicto con sus familiares. En este sentido, estas tácticas tienen la función de que no exista una intrusión por parte de los padres. Cuando los padres fallan en la adquisición de nuevas destrezas sociales o de destrezas sociales funcionales entonces existe una desarticulación en la relación de éstos con el niño; al ocurrir este ambiente desarticulado no existe una adecuada funcionalidad de las destrezas sociales por parte del niño; siguiendo con la utilización de las tácticas aversivas como una especie de organización de su mundo familiar.

Las formas de reacción de los familiares cuando hay conflictos determina la frecuencia de las reacciones tanto sociales como de las reacciones coercitivas.

“Los padres que corren más riesgos son los irritables que no respaldan las conductas sociales en las situaciones cotidianas. En estas familias, los hermanos se limitan a seguir el ejemplo de aquéllos. El efecto es que se forma un preescolar muy coercitivo y con pocas destrezas sociales” (Stoff, 2002)

En la segunda parte de la niñez, a veces hay un refuerzo de estas conductas por parte de los compañeros.

Ya en la adolescencia, este tipo de conductas serían utilizadas para lograr pertenecer a un grupo determinado que generalmente son pares de la misma edad.

Las personas que se encuentran en ambientes con poco reforzamiento de conductas funcionales socialmente aceptadas, son vulnerables a conductas antisociales.

Si se encuentran en ambientes donde las personas presentan conductas desadaptadas puede generar en ellos un aprendizaje conductual de ese ambiente.

“Ciertas investigaciones indican aumentos notables en las conductas de estilo de vida delictivo (p. ej., consumo de alcohol o drogas, mentiras o engaños, discusiones y vagar con alborotadores) en muchachos que ya se relacionaban con un grupo de amigos antisocial.”(Stoff, 2002)

El sistema escolar que es el responsable de establecer normas y supervisar las conductas violentas, juega un rol importante en el inicio de la conducta antisocial, ya que los niños que presentan conducta antisocial tienden a mantener su conducta cuando ingresan a la escuela. Así, el contexto escolar que establezca pautas para la adquisición de normas y una conducta funcional y socialmente aceptada, afectará de una manera positiva a la conducta del niño; así como si no sucede esto, la conducta de un niño que presente tendencias antisociales se verá afectada de forma negativa.

En cuanto al niño antisocial, es fácil ver que su comportamiento produciría una cascada de experiencias que conducen a un aumento en la gravedad de la conducta antisocial. Este proceder, aunado a los fracasos académicos, estimula al rechazo de los compañeros. Los niños antisociales parecen atraerse; y la asociación entre niños con problemas puede empezar ya desde la etapa preescolar. El rechazo de los compañeros y el fracaso escolar parecen acentuar el atractivo del contexto del grupo antisocial. (Stoff, 2002)

Así, según estas investigaciones se indica que tanto los factores ambientales como familiares tendrían notable influencia en el inicio, desarrollo y la mantención del trastorno. Los aspectos de crianza, conducta de los padres y la influencia del entorno sobre las personas contribuirían y causarían una tendencia hacia cierta conducta antisocial.

1.5.3. Factores Psicológicos

1.5.3.1. Factores Evolutivos:

Los procesos evolutivos se dan de manera general en todas las personas, sin embargo, en el transcurso del proceso se dan ciertas condiciones, influencias, situaciones e inclusive factores biológicos que hacen que cada ser humano desarrolle rasgos característicos en su personalidad que pueden ser normales o pueden volverse patológicos. A continuación se indicará brevemente algunas investigaciones y factores evolutivos.

Existen hipótesis de que el trastorno puede empezar en los primeros años de vida y que existe una continuidad de las conductas a partir de esta etapa del ciclo vital. Se señala que el rasgo de personalidad de la agresividad se vuelve constante y continuo.

Los estudios tanto epidemiológicos como de desarrollo demuestran que la conducta agresiva es muy estable desde los dos años de edad, en particular entre los varones. Se ha visto que algunas formas graves de conducta

antisocial son muy resistentes al cambio en niños de edad escolar y adolescentes (Stoff, 2002)

Stoff (2002) indica que existe una hipótesis de que hay un orden cronológico en la conducta antisocial, a los dos años los niños con temperamento difícil, a los ocho son crueles con los animales y a los doce tienen historias de hurtos; luego de esto tienden a robar y a aplicar violencia para entre los veinte y treinta presenten historias de maltrato y adicciones.

La teoría de la progresión del desarrollo de Patterson, DeBaryshe y Ramsey (1989), postula que si hay escasa disciplina y supervisión de los padres durante los primeros años de vida del niño, luego se presentarán en él problemas de conducta que producirán rechazo de los compañeros y fracaso escolar, generando que forme relaciones con compañeros con comportamiento antisocial conduciéndolo hacia actos delincuenciales.

Hay una tendencia en los niños y adolescentes agresivos a interrelacionarse con otros niños que presentan el mismo comportamiento. “Estos grupos de niños y adolescentes pueden dominar su red social, sea en la escuela o en el reformatorio. Una vez establecidos, llegan a socavar la autoridad de los maestros y directores y a poner en peligro la integridad de las instituciones convencionales. Ante estas dificultades, los esfuerzos de las autoridades por separarlos, desarticular sus pandillas o reducir su poder tienen el efecto opuesto de consolidarlos”. (Stoff, 2002)

Cairns (1994) hace una propuesta acerca de la forma en que ciertos grupos de niños se vuelven en ciertas circunstancias en pandillas.

La primera propuesta es que existe una tendencia en el comportamiento en todas las etapas evolutivas, y que hay una influencia de las acciones y opiniones de los demás en la conducta de la persona. Ya en el comienzo de la adolescencia aumenta la influencia de la conducta de sus pares en la conducta del adolescente. Así, el adolescente comienza a unirse a

un grupo con conducta parecida a la de él estableciendo normas y conductas que refuerzan o compiten con otros grupos y sistemas.

La segunda propuesta es que al crearse grupos no solo sirven para la formación de una identidad personal, sino que son medios para expresar agresión. Se sabe que existen ciertas normas que se tienen que cumplir para que se genere la aceptación de una persona en un grupo, y para que se dé una uniformidad en el comportamiento de sus miembros.

Estos criterios se dan de acuerdo a la edad, la situación, las necesidades de las personas que conforman el grupo. En la niñez, se da importancia al sentido de pertenencia del género, así los grupos son conformados por personas del mismo sexo. En esta etapa los padres ejercen especial influencia en el comportamiento. Ya en la adolescencia se vuelven rígidas las conformaciones de los grupos y hay más rigurosidad en la selección para el ingreso, dándole importancia a la conducta como uno de los criterios de selección.

Ya en el caso específico de la conducta antisocial. Se forman grupos de adolescentes en las cuales todos sus miembros tienen conducta similar, esta conducta del grupo se vuelve un refuerzo para cada uno de los miembros volviéndose frecuente y acentuando su uniformidad.

Las investigaciones anteriormente enumeradas concluyen que durante el desarrollo de la persona se presentan ciertos factores en el desarrollo evolutivo que tienden a acentuar ciertos rasgos antisociales. Y que algunas tendencias conductuales que se dan desde la infancia siguen un curso estable hasta la adultez tomando en cuenta que durante este desarrollo evolutivo hay influencias sociales que la refuerzan.

1.5.3.2. Factores Cognitivos:

Algunos autores dentro de la psicología han hecho énfasis en la importancia de la actividad cognitiva en la personalidad. A continuación se indicará brevemente algunos factores cognitivos.

Ciertas teorías contemporáneas del aprendizaje cognitivo social ponen énfasis en:

La función de los factores cognitivos en algunos procesos básicos de aprendizaje social, entre ellos modelamiento, reforzamiento social y motivación social. En este modelo, las distorsiones en el procesamiento de la información predisponen al sujeto a tener problemas en los intercambios sociales. Estas distorsiones producen conductas agresivas en el niño y el subsecuente rechazo o aislamiento social. Cuando el individuo es rechazado por sus compañeros, se convierte en blanco de nuevas agresiones. Y el ciclo se repite. El resultado es que la condición social del adolescente agresivo es rechazada o puesta en duda, es impopular entre sus compañeros y poco competente en los medios sociales. (Stoff, 2002)

Cicchetti y Toth (1995) señalaron que la cognición social era un factor mediador entre la información del ambiente y la conducta. Existen sesgos cognitivos en las personas como el de la creencia de hostilidad de parte de los demás, que generan impulsividad y una conducta agresiva, demostrando el efecto que tienen ciertos esquemas cognitivos en la conducta.

Dodge (1993) confirma que cuando los padres son maltratadores en los primeros años de la infancia de los niños, estos tienden a atribuir hostilidad por parte de sus pares en determinadas situaciones. Concluyendo que el afecto negativo está relacionado con la interpretación de los estímulos. Además, sostiene que el procesamiento de la información en los niños que presentan agresividad e impulsividad es diferente que el de los que no presentan, siendo este procesamiento relativamente estable.

Por su parte Beck (1995) cita ciertas investigaciones que indican que las personas con trastorno antisocial de personalidad tienen un retraso en el desarrollo de la madurez moral y el funcionamiento cognitivo. Este desarrollo moral y cognitivo se encontraría en la etapa que Piaget denomina

operaciones concretas. Siendo para ellos la concepción del mundo personal y no interpersonal. Es decir no adoptan el punto de vista de la otra persona al mismo tiempo que el de ellos. Su forma de pensar es lineal, tratando de satisfacer primero sus deseos.

El procesamiento de la información poco adecuado, las distorsiones cognitivas, y un retraso en el funcionamiento cognitivo generarían cierta conducta antisocial. Por lo tanto según ciertas teorías como las cognitivas suponen que las cogniciones generan ciertos esquemas disfuncionales que pueden estar relacionados con problemas del desarrollo psicosocial y que se reflejan en ciertas conductas como el caso de las conductas antisociales.

1.6. Curso

Nos referimos como curso al tiempo que transcurre desde la aparición del trastorno y como va evolucionando a lo largo del tiempo.

El trastorno tiene un curso crónico, pero puede hacerse menos manifiesto o remitir a medida que el sujeto se va haciendo mayor, especialmente hacia la cuarta década de la vida. Si bien esta remisión suele ser más clara por lo que respecta a involucrarse en comportamientos delictivos, es probable que se produzca un descenso en el espectro completo de comportamientos antisociales y de consumo de sustancias. (DSM IV, 2002)

Stoff (2002) indica a autores como Shaw y Winslow que señalan que la conducta antisocial tiene un curso que comienza en el periodo preescolar y continúa intensificándose en la edad escolar. Además indica a Eron que señala que la agresividad se mantiene constante en la persona, en las diversas situaciones y a lo largo del tiempo. Habiendo una tendencia de los niños agresivos a desarrollar conducta antisocial en la adultez.

Loeber y Farrington (1982) como creadores de la hipótesis de que un inicio temprano de la conducta predice un desarrollo crónico de la misma, manifestando que los niños que tienen un temperamento difícil a los dos años, luego manifiestan síntomas como crueldad con los animales a los ocho, hurtos a los doce años, asaltos a los quince,

robo con violencia a los veinte, y luego de los veinte adicciones y maltrato hacía los demás incluyendo familiares.

Según estas investigaciones la conducta antisocial presenta estabilidad y un curso crónico; sin embargo empieza a disminuir o a hacerse poco notorio a medida que empieza a concluir la adultez tardía y a comenzar la adultez mayor.

1.7. Diagnóstico diferencial:

DSM IV (2001) refiere que el trastorno se diagnostica en personas de 18 años en adelante habiendo existido síntomas de trastorno disocial antes de los 15 años.

Si una persona presenta trastorno relacionado con sustancias, no se diagnostica trastorno antisocial a no ser que haya presentado signos del trastorno antisocial en la infancia hasta la adultez, en este caso se diagnostican los dos trastornos siempre que cumplan con los criterios diagnósticos de ambos trastornos. Vale indicar que en el criterio diagnóstico del trastorno relacionado con sustancias se incluye según el DSM IV (2001) los siguientes síntomas: un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conllevan a un malestar significativo con un período continuado de doce meses. Puede existir una necesidad cada vez mayor de consumir y el efecto puede disminuir con su consumo continuado. Debido a que presentan síntomas de abstinencia, para evitar estos síntomas, se incrementa y se hace más frecuente el consumo de la sustancia. Las personas que tienen trastornos relacionados con sustancias presentan ausencias en el hogar, trabajo, expulsiones en el ámbito académico, descuido de las obligaciones, inmiscuirse en situaciones peligrosas, problemas legales, arrestos, robos, peleas, problemas interpersonales; todo esto puede ser objeto de confusión con el trastorno antisocial de la personalidad.

Si aparece un comportamiento antisocial en una esquizofrenia o episodio maníaco no se diagnostica trastorno antisocial.

El DSM IV (2001) indica que la esquizofrenia persiste durante por lo menos seis meses y que durante por los menos un mes se presentan dos de los siguientes síntomas: ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento gravemente desorganizado o catatónico. Dentro de la esquizofrenia se pueden presentar problemas

de comportamiento como peleas y agresividad hacia los demás lo que no significa que exista un trastorno de personalidad antisocial.

Con respecto a los episodios maníacos el DSM IV indica que presenta las siguientes características: estado de ánimo anormal, elevado o irritable que tiene que durar al menos una semana. Tienen que existir tres de los siguientes síntomas: aumento de la autoestima o grandiosidad, disminución de la necesidad de dormir, lenguaje verborreico, fuga de ideas, distraibilidad, aumento de sus actividades o agitación psicomotora e implicación excesiva en actividades placenteras con un alto potencial para producir consecuencias graves, irritabilidad. También pueden ser impulsivos lo que sumado a la irritabilidad coincide con las características del trastorno antisocial de personalidad, sin embargo el episodio maníaco presenta como ya se ha nombrado otras características.

Otros trastornos de la personalidad se pueden confundir con el trastorno antisocial de la personalidad porque tienen algunas características en común. Por tanto, es importante distinguir entre estos trastornos basándose en las diferencias de sus rasgos característicos. Sin embargo, si un individuo presenta rasgos de personalidad que cumplen criterios para más de un trastorno de la personalidad además del trastorno antisocial de la personalidad, pueden diagnosticarse todos estos trastornos. (DSM IV, 2001)

Según el DSM IV (2001) tanto el trastorno antisocial como el trastorno narcisista comparten ciertas características como la tendencia a ser duros, pocos sinceros, superficiales, explotadores y poco empáticos. Sin embargo cabe indicar que el trastorno antisocial presenta impulsividad, agresión y engaño características que no presenta el trastorno narcisista, y además no presenta historias de trastorno Disocial en la infancia o de comportamiento delictivo en la edad adulta.

A continuación presentamos las siguientes características del trastorno narcisista según el DSM IV (2001): Patrón general de grandiosidad, necesidad de admiración y falta de empatía, preocupación por fantasías de éxito, poder, brillo, belleza o amor ideal ilimitados; cree ser especial y que solo tiene que relacionarse con otras personas

especiales o de elevado estatus; exige una admiración excesiva; tiene expectativas poco razonables de recibir un trato especial.

Las personas que tienen trastorno antisocial y las que tienen trastorno histriónico tienden a ser impulsivos y manipuladores, sin embargo se los puede diferenciar debido a que las personas con trastorno histriónico tienen emociones exageradas y no tienen generalmente comportamientos antisociales.

El CIE 10 (2008) indica las siguientes características del trastorno histriónico: Tienen patrón general de excesiva emotividad y búsqueda de atención; expresa las emociones de manera teatral y exagerada; es fácilmente influenciable por los demás; trata de ser el centro de atención; considera sus relaciones más íntimas de lo que son en realidad.

Si bien las personas con trastorno límite son manipuladoras, estas manipulan para obtener atención, en cambio las personas con trastorno antisocial manipulan para tener poder o gratificaciones materiales. Además las personas con trastorno de personalidad antisocial suelen ser menos inestables emocionalmente y más agresivas que las que tienen trastorno límite.

El CIE 10 (2008) indica las siguientes características para el trastorno límite: Tienen esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginado; alteración de la identidad; comportamientos, intentos o amenazas suicidas de automutilación, sentimientos crónicos de vacío.

A veces aparecen comportamientos antisociales en el trastorno paranoide de la personalidad, se diferencian del trastorno antisocial ya que aparecen estos comportamientos por el deseo de venganza y no motivados por una ganancia personal como en el trastorno de la personalidad antisocial.

El CIE 10 (2008) indica las siguientes características para el trastorno paranoide: preocupación por dudas no justificadas acerca de la lealtad de los amigos, sospecha repetida e injustificada de que su cónyuge o pareja le es infiel, en las observaciones o en los hechos más inocentes vislumbran significados ocultos que son degradantes.

Vale indicar la diferencia que existe entre el trastorno antisocial en sí y el comportamiento delictivo.

El trastorno antisocial de la personalidad se ha de diferenciar de comportamiento delictivo llevado a cabo para obtener un beneficio, que no va acompañado de los rasgos característicos de este trastorno. Los rasgos de personalidad antisocial sólo constituyen un trastorno antisocial de personalidad cuando son inflexibles, inadaptativos y persistentes, y ocasionan deterioro funcional significativo o malestar subjetivo. (DSM IV, 2001)

Así, si bien el diagnóstico del trastorno puede ser objeto de confusión debido a que se repiten ciertos síntomas en personas que presentan trastorno de sustancias, esquizofrenia, trastorno bipolar, narcisista, histriónico, límite paranoide y comportamiento delictivo; las diferencias radican en que si bien existen ciertos rasgos iguales de otros trastornos con respecto al trastorno antisocial, estos son aislados no son tan arraigados y presentan otros trastornos más notorios diferentes a las características de los antisociales; es decir no constituyen un conjunto que logre clasificarlos dentro del trastorno antisocial.

1.8. Teorías psicológicas explicativas:

Las teorías conductistas y cognitivas con respecto a la terapia del trastorno han demostrado tener buenos resultados y son las que se tomarán en cuenta a continuación de una forma breve.

1.8.1. Enfoque Conductista:

El conductismo afirmaba que el ser humano era básicamente aprendizaje y todas sus conductas patológicas o no, se debían a la influencia del aprendizaje en el ambiente. Existe un aprendizaje en el medio donde la persona se desarrolla.

El trastorno antisocial de personalidad se manifiesta debido a un estilo de reacción frente a determinadas o la mayoría de las situaciones, debiéndose la reacción conductual a aprendizajes adquiridos durante su vida y afianzados por reforzamiento y modelamiento.

Será necesario entonces hablar del reforzamiento y modelamiento.

El reforzamiento corresponde a la recompensa, aunque Skinner definía el reforzamiento en términos de conducta.

Existen dos tipos de reforzamiento:

-El reforzamiento positivo que es:

Cualquier estímulo cuya presentación fortalece la conducta sobre la que se hace contingente. Algunos reforzadores, como la comida, son innatos; se les llama reforzadores primarios. Otros, como el dinero y el elogio, sólo se convierten en reforzadores efectivos después de que se aprenda su valor; a esas recompensas aprendidas se les denomina reforzadores secundarios. (Cloninger, 2003)

-El reforzamiento negativo es un estímulo que al ser quitado genera un fortalecimiento conductual.

El modelamiento es definido como:

“Aprendizaje al observar a los demás. Bandura lo define como el aprendizaje en el cual se adquieren nuevas respuestas o se modifican las características de una respuesta existente como función de observar la conducta de otros y sus consecuencias reforzantes, sin que las respuestas modeladas sean abiertamente desempeñadas por el observador durante el periodo de exposición”. (Cloninger, 2003)

Se puede decir que las personas que han vivido en ambientes donde existe alto porcentaje de violencia, robos, falta de empleo y no satisfacción de necesidades básicas tienen un alto riesgo de convertirse en delincuentes debido al modelamiento que se presenta en las personas. Según el conductismo, el aprendizaje que pueda darse en este ambiente determinaría la conducta de las personas, ya que al observar ciertas conductas en su ambiente tienden a repetir

las conductas; esto debido a la obtención de recompensas inmediatas que recibe el observador.

En la medida que existan estas recompensas se reforzará la conducta de la persona volviéndose una conducta frecuente.

Eysenck fue creando a lo largo de su vida una teoría acerca de las conductas de las personas y le dio gran importancia en su estudio a lo que hoy se conoce como trastorno antisocial de la personalidad. A pesar de que consideraba que en la personalidad tenían mucho que ver los componentes hereditarios y le daba gran importancia a la parte fisiológica, también se sabe que era un conductista y consideraba que lo aprendido y el ambiente eran muy importantes en la personalidad.

Para hablar de Eysenck se tiene primero que hablar de ciertos factores temperamentales que se encuentran presentes en todas las personas:

Extraversión-introversión:

El extravertido tiene características como la sociabilidad que se manifiesta en la adquisición de muchos amigos, compartir reuniones, generar charlas y siempre estar rodeado de personas con quien interactuar; además que tiende a ser arriesgado, impulsivo, gracioso y rápido en responder; tiende a actuar con espontaneidad, es activo, a veces se puede tornar agresivo y no controla sus sentimientos.

El introvertido tiene características como la persistencia, es rígido inclusive en sus ideas, a veces irritable y tímido; manifiesta tranquilidad e irritabilidad, es reservado con las personas y tiene pocos amigos, es poco impulsivo e indeciso, es poco agresivo y controla sus sentimientos.

Esta dimensión diferencia las personas tímidas y calmadas de las arriesgadas e incluso bulliciosas. Esta categoría también se halla en todas las personas en mayor o menor grado y su explicación fisiológica es compleja, relacionándola con el equilibrio de los procesos cerebrales de inhibición y

excitación. El extravertido presenta una buena y fuerte inhibición cuando se le enfrenta a una estimulación traumática; el introvertido tiene una pobre o débil inhibición cuando se enfrenta a un trauma. (Balarezo, 2010)

Neuroticismo:

Esta dimensión tiene que ver en las personas con la inestabilidad emocional, tienden a ser ansiosos, tímidos y con baja autoestima; tienden a tener sentimientos de culpa por lo que son propensos a la depresión. Vale indicar que en la aplicación de reactivos las personas que puntúan neuroticismo solo tienen una predisposición a los rasgos característicos de esta dimensión.

Psicoticismo:

Son personas desagradables, desadaptadas, manifiestan crueldad, poseen bajo grado de sentimientos al igual que carencia de empatía, insensibles; son egocéntricos, fríos en el trato con los demás, impulsivos y agresivos en general.

Los factores antes descritos (además del factor inteligencia en la persona) al ser evaluadas en el ser humano hacen que se reconozca cierta predisposición hacia ciertos rasgos. Estos rasgos al ser influidos en un ambiente determinado y bajo ciertas condiciones de aprendizaje desarrollarían conductas que podrían ser patológicas.

Eysenck asocia causalmente a la conducta antisocial con un alto psicoticismo, alta extraversión y alto neuroticismo; si bien las dos primeras tienen prevalencia biológica, el neuroticismo tendría que ver con el aprendizaje de ciertas conductas, estas al asociarse con los rasgos de extraversión y psicoticismo incrementarían la conducta antisocial.

Según los conductistas, las personalidades antisociales tienen la conciencia poco desarrollada. La teoría de Eysenck propone que:

Un procedimiento de aprendizaje que resulta básico para la gestación de la conciencia es el condicionamiento pavloviano: la socialización representa un

procedimiento de aprendizaje en el que la conciencia (desarrollo de conducta altruista y/o apoyo a los demás) desempeña un papel esencial, por lo que los extravertidos, que aprenden menos por condicionamiento clásico, alcanzarán un nivel bajo de socialización. (Pelechano, 2008)

Para concluir, podemos decir que si bien existe un grado biológico, el aprendizaje de la conducta que tiene el individuo en el ambiente es determinante en la adquisición de los trastornos. La conducta antisocial y el trastorno serían producto de los refuerzos y modelados que se producen en el ambiente de la persona.

1.8.2. Enfoque Cognitivo:

Las teorías cognitivas dan énfasis al pensamiento y las emociones como factores causales de los trastornos.

El ser humano al recibir información desde el exterior procesa lo que recibe con el fin de crear una estrategia con respecto al entorno que le permitirá tener determinado tipo de conducta que puede ser adaptativa o inadaptativa.

Todo trastorno de personalidad incluido el antisocial, se debe a una serie de esquemas cognitivos ligados a ciertos tipos de conducta. Estos esquemas son estructuras que tienen las personas sobre la vida, las reglas sociales, las relaciones con los otros y el auto-concepto. Los esquemas son activados en diversas situaciones generando ciertas conductas determinadas.

La formación de los esquemas generalmente inicia en la infancia, sin embargo también se pueden formar a lo largo de la vida.

Los esquemas se producen debido a las experiencias provenientes del medio externo y en ocasiones se vuelven rígidos como en el caso del trastorno antisocial.

“La manera de evaluar una situación depende por lo menos en parte de las creencias subyacentes pertinentes. Esas creencias están insertadas en estructuras más o menos estables, denominadas esquemas, que seleccionan y sintetizan los

datos que ingresan. La secuencia psicológica pasa entonces de la evaluación a la activación afectiva y motivacional, y finalmente a la selección e instrumentación de la estrategia pertinente. Consideramos que las estructuras básicas (esquemas) de las que dependen estos procesos cognitivos, afectivos y motivacionales, son las unidades fundamentales de la personalidad". (Beck, 1995)

Existen ciertos esquemas disfuncionales que influyen en la forma como la persona procesa la información, estos esquemas son los que operan en los trastornos.

En el campo de la psicopatología, el término esquema se ha aplicado a estructuras con un contenido idiosincrásico altamente personalizado, que se activan durante trastornos y se vuelven predominantes. Cuando son hipervalentes, esos esquemas idiosincrásicos desplazan y probablemente inhiben a otros que podrían ser más adaptativos o apropiados a una situación dada. En consecuencia, introducen una tendenciosidad sistemática en el procesamiento de la información. (Beck, 1995)

Beck (1995) indica que los esquemas que se presentan en los trastornos de personalidad son similares a los activados a los síndromes clínicos, aunque estos se presentan con más continuidad en el procesamiento de la información. En los trastornos de la personalidad, los esquemas son parte del procesamiento de la información de una forma cotidiana.

Existen creencias disfuncionales que se repiten constantemente al igual que ciertas estrategias que no sirven para una buena adaptación al medio, este tipo de creencias y estrategias se dan en las personas que presentan trastorno de personalidad incidiendo en su vulnerabilidad cognitiva.

Beck (1995) manifiesta que la vulnerabilidad cognitiva tiene como base en creencias que son extremas y rígidas. Las creencias disfuncionales se dan debido a una interacción entre la parte genética del individuo con la influencia de las otras personas y con hechos traumáticos específicos.

La forma de procesar los datos (tanto sobre sí mismo como de los demás) es influida por las creencias. Cuando la persona tiene un trastorno de personalidad la utilización de los datos es distorsionada y disfuncional. Tanto la distorsión de la información como la conducta que se genera son directamente influidas por las creencias disfuncionales.

Como toda teoría cognitiva aplicable a terapia, la persona con trastorno antisocial de la personalidad debe su conducta a la visión que tiene acerca de sí mismo, del mundo y del futuro. Generalmente esta visión es influida por creencias disfuncionales selectivas.

Beck (1995) estudia las creencias disfuncionales que generan el comportamiento antisocial; señala que estas personas se consideran solitarias, autónomas y fuertes. Así mismo justifican sus actos considerándose víctimas de la sociedad que es injusta y represora, teniendo así derecho a vengarse, aprovecharse o pasar por encima de los otros. Tienen la fiel creencia de tener la razón y eso hace que no cuestionen sus actos aun cuando obtengan consecuencias desagradables.

Así mismo, Beck (1995) describe ciertas creencias que generan conductas desadaptadas en estas personas:

1. Justificación: Mis acciones se justifican porque quiero algo o quiero evitar algo.
2. Todo lo que se piensa es verdad: Mis pensamientos y sentimientos son totalmente exactos, simplemente porque se me han ocurrido.
3. Infalibilidad personal: Siempre elijo bien.
4. Lo que se siente es lo real: Sé que tengo razón porque siento que está bien lo que hice.
5. Impotencia de los otros: Lo que piensen los otros no tiene por qué pesar en mis decisiones, a menos que controlen las consecuencias inmediatas para mí.

6. Consecuencias de bajo impacto: No habrá consecuencias indeseables, o no me importarán. (Beck, 1995)

Pensamientos típicos de personas con trastorno antisocial son:

1. Las normas de otros son malas.
2. Solo los tontos siguen las normas.
3. Las normas tienen que eliminarse.
4. Soy el mejor de todos.
5. Lo primero para mi es el placer.
6. Si otros sufren por mi conducta es su problema.
7. Las cosas se hacen a la hora que quiera.
8. Tengo que tener todo lo que yo quiera.
9. Soy más listo que los demás.

Las personas con trastorno antisocial de la personalidad tienen creencias y pensamientos sesgados que hacen que quieran recompensas inmediatas y minimicen las consecuencias y no tengan mucho interés de las perspectivas futuras. Los pensamientos que presentan errores en el procesamiento de la información sumado a los esquemas que presentan y que han sido anteriormente nombrados generan despreocupación, agresividad e impulsividad en las personas que presentan este trastorno.

1.9. Impulsividad

Cuando se habla de impulsividad se la puede hacer desde dos perspectivas:

“A. Perspectiva social: Hace referencia a términos como violencia, conducta de riesgo y dificultades de adaptación social.

B. Perspectiva clínica: Hace referencia a la salud mental y en esta visión se engloban el trastorno de personalidad, la hiperactividad, las adicciones, los traumatismos cerebrales, etc.

Y su estudio conceptualizado puede requerir una evaluación cuantitativa:

-Impulsividad como estado: supone una marcada falta del control en los impulsos transitoria.

-Impulsividad como rasgo: Supone una disposición temperamental al comportamiento impulsivo y arriesgado.

-Impulsividad como proceso: supone un fallo en los mecanismos inhibitorios". (Batlle, 2009)

Tanto la perspectiva social como la clínica van de la mano y los rasgos que presentan la perspectiva social generan una perspectiva clínica. La impulsividad como estado es de vital importancia en nuestro estudio y será tomada en cuenta.

1.9.1. Definiciones de impulsividad

A continuación se ha tomado las siguientes definiciones de impulsividad:

La impulsividad es la tendencia a responder de forma abrupta, precipitada o prematura ante determinado tipo de estímulos sin tomarse el tiempo para un análisis de la situación y en determinadas circunstancias hace que la persona tenga comportamientos desadaptados (Scandar, 2007)

Así, a partir de esta definición se podría decir que la impulsividad sería una respuesta que da la persona de una manera precipitada frente a determinada situación, cuando la respuesta en diversas situaciones se da de una manera desadaptada podría causar inconveniente tanto en el ámbito personal como lo social.

“Desde un punto de vista psicológico se llama impulso a una disposición vehemente hacia un modo de actuar, que puede tener la finalidad de disminuir la tensión creada por el deseo, bien a causa de la finalidad del impulso, o bien por la disminución del autocontrol.” (Batlle 2009)

Así, según la definición anterior la impulsividad tiene una influencia psicológica que se da en el ser humano como una disposición que genera cierta conducta y que puede darse porque ha disminuido su autocontrol.

1.10. Algunas teorías de la impulsividad

Al no existir una teoría de la génesis del síntoma impulsividad desde el modelo focalizado en la personalidad, tomaremos brevemente ciertas teorías que hablan acerca de la impulsividad y que el modelo valida y toma como propias. Indicando que el modelo focalizado en la personalidad reconoce que existen influencias para la aparición de los síntomas, en este caso el síntoma impulsividad, tanto en el aprendizaje, en lo biológico, y en lo conductual.

Las teorías del aprendizaje relacionan a la impulsividad con un aprendizaje medioambiental. Afirman que es el resultado de la observación y la imitación de la conducta de un modelo agresivo; esta conducta es aprendida en el entorno del sujeto. La parte cognitiva del sujeto juega un rol importante en este aprendizaje ya que determina cuales son los hechos externos que se atenderán, cómo se percibirán, cuanta importancia para la persona van a tener, y el efecto que tendrán.

Barkley (1997) concibe la impulsividad como la incapacidad para demorar reforzadores con la falta adecuada de evaluación de estímulos.

Si bien la impulsividad tiene respuestas manifiestas (componentes motores y sociales); también existe un componente cognitivo que tiene que ver con el procesamiento de la información y la resolución de problemas.

Scandar (2007) cita una definición acerca de impulsividad cognitiva:

“La impulsividad cognitiva se puede definir como una tendencia del sujeto a precipitar sus respuestas, especialmente en tareas que explícita o implícitamente conllevan incertidumbre de respuesta y a cometer más errores.” (Scandar, 2007)

Es la impulsividad social (que tiene que ver con la afectividad) que se asocia al trastorno antisocial de la personalidad; sin embargo no hay que descartar que la impulsividad cognitiva puede tener un papel importante ya que sería un estilo de

impulsividad aprendido, que tiene que ver con la forma como se procesa la información y se da de una manera individual.

Eysenck dentro de su teoría inicialmente relacionaba a la impulsividad (en conjunto con la sociabilidad) con la extraversión, luego la excluiría y la asociaría con el psicoticismo, el cual está relacionado con las conductas antisociales, ya que las personas con un alto psicoticismo pueden llegar a implicarse en conductas antisociales impulsivas debido a que tienden a tener conductas temerarias.

Para Eysenck la impulsividad está compuesta por cuatro factores que son diferenciables: 1) la impulsividad en sentido estricto o propiamente dicha, 2) la toma de riesgos, 3) la capacidad de improvisación sin planificar 4) la vitalidad.

La impulsividad en sentido estricto consiste en la actuación rápida y sin capacidad de reflexión priorizando las ganancias del momento y no las consecuencias futuras.

Estos dos factores de la impulsividad son características propias del psicoticismo.

En cambio Gray (1987) incluye a la impulsividad dentro de las características de la extroversión. Señala que hay un sistema de activación conductual que se “activa ante estímulos condicionados de recompensa y señales de seguridad e interviene en los aprendizajes de recompensa y evitación activa. El funcionamiento de este sistema depende de la interacción de factores genéticos e influencias ambientales y pueden ser más o menos activos en cada sujeto generando diferencias individuales, con cierta estabilidad, que pueden ser predecibles”. (Squillace, 2011)

Por otra parte, el neuroticismo sería la consecuencia de la reactividad general del sistema nervioso.

Squillace (2011) indica que cuando hay mayor reactividad en la persona, hay mayor sensibilidad en los sistemas de inhibición y activación conductual. Por lo tanto la impulsividad es potenciada con la reactivación conductual del sistema nervioso. Según este autor, la impulsividad esta relacionada con una motivación dirigida por la sensibilidad a las señales de recompensa o alivio.

“La impulsividad es entendida como una tendencia, en sujetos con mayor actividad del sistema de actividad conductual, a los comportamientos de aproximación conductual desencadenada ante señales discriminativas de refuerzo tanto positivo como negativo.”(Squillace, 2011)

Para Gray (1987) la impulsividad se debería a la interacción entre neuroticismo y la extroversión.

Cloninger (1987) (acorde con la propuesta de Gray), ha desarrollado una variable de personalidad y sus rasgos. Aquí indica que existe en ciertas personas una búsqueda de novedad, refiriéndose a esto como una activación de conductas ante señales de recompensa o novedad y una evitación ante señales de frustración.

Las personas que poseen una alta tendencia de esta variable tienden a tener conducta impulsivas y de desorden.

1.11. Conclusiones

Como conclusiones finales del capítulo se puede reconocer lo siguiente:

-En la formación del trastorno antisocial de la personalidad influyen varios factores de los que podemos citar los psicológicos, genéticos, biológicos, ambientales, socio-culturales.

-Al existir varios factores que influyen en la formación del trastorno, se puede inferir que este trastorno es producto de la interacción dinámica de estos.

-Existen varias teorías psicológicas que explican la formación y desarrollo del trastorno, teorías que son primordiales para poder tener un mejor entendimiento y ejecución en el proceso psicoterapéutico y para un desarrollo eficaz orientado a la cura del trastorno.

-La impulsividad puede tener un origen biológico como conductual.

-La impulsividad es uno de los principales síntomas que se presenta en el trastorno de la personalidad y es una de las características que ocasiona problemas, desadaptación y un deterioro tanto en lo personal como en lo social.

CAPÍTULO 2

“PSICOTERAPIA INTEGRATIVA FOCALIZADA EN LA PERSONALIDAD”

2.1 Introducción

La psicoterapia Integrativa focalizada en la personalidad toma como base fundamental la personalidad, sus fundamentos filosóficos son de origen humanista y los fundamentos epistemológicos provienen del constructivismo moderado. Agrupa a la personalidad por tipos, teniendo cada uno sus rasgos característicos.

2.2 Definición de Psicoterapia desde la perspectiva integrativa

Fernández Álvarez (1994) define a la psicoterapia:

La psicoterapia es un conjunto de procedimientos destinados a aliviar cierto tipo de padecimientos de los seres humanos, específicamente, aquellas formas de sufrimiento consideradas como carentes de sentido, o posibles de ser evitadas por las personas que padecen, o las que derivan de la necesidad de llevar adelante la vida de otro modo. (Fernández, 1994)

Balarezo (2010) define a la psicoterapia:

Es el método de tratamiento de enfermedades mentales, desajustes emocionales y problemas psíquicos, por medio de recursos psicológicos, sobre todo la palabra, en un marco de interacción personal positiva entre paciente y psicoterapeuta. (Balarezo, 2010)

La psicoterapia integrativa desde el modelo focalizado en la Personalidad además de integrar influencias biológicas y socioculturales, que interactúan con lo afectivo, cognitivo, conductual e interpersonal; integra también a la personalidad como base fundamental del desarrollo del individuo al igual que para el diagnóstico y tratamiento en el campo psicoterapéutico. Aceptando, asimilando e integrando las diversas teorías de las principales corrientes psicológicas.

2.3 Bases filosóficas y epistemológicas del modelo focalizado en la Personalidad

El modelo tiene como base filosófica el humanismo, debido a la naturaleza humana que tenemos y que se refleja en la vocación de ayuda y servicio que tenemos los humanos, y en el caso puntual los psicoterapeutas.

Ya en el contexto psicoterapéutico el modelo adopta lo siguiente (basándose en la filosofía humanista):

-La relación entre psicoterapeuta y paciente/cliente es simétrica y no hay un experto que dirige totalmente en el proceso para generar un cambio en el paciente/cliente, sino más bien el paciente/cliente es el que al final se autodirige y genera un cambio.

-La presencia de ansiedad e incongruencia del paciente/cliente se relaciona con la experiencia externa y su subjetividad.

-Las condiciones en que se da la psicoterapia y que generan el proceso de cambio son de: relación cálida, empática, establecimiento de rapport, incondicionalidad y comprensión. Sin embargo vale indicar que no se descarta una relativa conducción durante el proceso cuando las situaciones lo requieran.

-El psicoterapeuta utilizará técnicas de comunicación que son las que facilitarán el desarrollo del proceso.

El proceso se presenta por etapas sin descartar que existan variaciones procedimentales si la situación lo ha requerido.

Con respecto a las bases epistemológicas el modelo adopta una postura constructivista, tomando al constructivismo moderado como base fundamental.

El constructivismo afirma que el conocimiento que tenemos o nos creamos es una construcción que hacemos las personas acerca de la realidad externa.

Desde el punto de vista constructivista:

El conocimiento no es el resultado de una mera copia de la realidad pre-existente, sino efecto de un proceso dinámico e interactivo a través del cual la información externa es interpretada y re-interpretada por la mente que va construyendo progresivamente modelos explicativos cada vez más complejos y potentes. Esto significa que conocemos la realidad a través de los modelos que construimos para explicarla, y que, estos modelos siempre son susceptibles de ser mejorados o cambiados. (Balarezo, 2010)

Existen dos posiciones dentro del constructivismo: el constructivismo radical y el moderado.

El modelo toma el constructivismo moderado y justifica el haberlo tomado como base epistemológica debido a que considera que si bien hay una realidad externa, el ser humano tiene una percepción del mundo propia la cual es construida, y que está determinada por influencias biológicas y externas como el ambiente familiar y social. Tanto la realidad externa existente como la percepción propia influyen en la forma de acceder al conocimiento.

2.4 Bases teóricas del modelo integrativo focalizado en la personalidad

El modelo toma como eje fundamental a la personalidad para la comprensión del psiquismo, los trastornos y el proceso terapéutico. Considera a la personalidad el núcleo del psiquismo.

La personalidad definida como:

“Una estructura dinámicamente integrada de factores biológicos, psicológicos y socioculturales que establecen en el ser humano, un modo de percibir, pensar, sentir y actuar singular e individual.” (Balarezo, 2010)

La personalidad posee aspectos afectivos, cognitivos, comportamentales y relacionales lo cuales están integrados y son propios de cada individuo.

La personalidad desde el constructivismo moderado puede agruparse en tipos y predecirse en forma relativa, y es lo que hace el modelo focalizado en la personalidad.

Vale indicar que el modelo además de los factores psicológicos, reconoce que existen factores genéticos y biológicos que influyen en la personalidad y los trastornos, pero no olvida ni descarta que también existan factores ambientales y socioculturales que influyen en estos.

Lo cognitivo será preferentemente utilizado en el proceso terapéutico debido a que es fundamental en la estructuración de la personalidad y los trastornos.

Los principios del aprendizaje tienen importancia en la conformación de lo normal y patológico y serán utilizados en terapia para crear nuevos aprendizajes en las personas.

Los fenómenos de relación son primordiales para el buen desempeño del proceso terapéutico y éxito en el tratamiento, por este motivo los componentes afectivos que surgen durante el proceso serán tomados como primordiales para el éxito de la terapia.

Las técnicas serán utilizadas de acuerdo a los síntomas o problemas y a la personalidad del paciente/cliente sin importar la orientación terapéutica que provenga siempre que sean científicamente validadas.

2.5 Tipología de la Personalidad

Aunque se reconoce la individualidad del sujeto en su actividad psíquica reconociéndolo como ser único, el modelo cree conveniente tomar referentes de agrupación de tipos de personalidad ya que el contexto y las experiencias sociales, familiares y la cultura influyen para que determinadas personas tengan similares características. La agrupación por tipos será utilizada para fines técnicos en terapia.

La agrupación de personalidades será tomada de acuerdo a los siguientes ejes de comportamiento: afectividad, cognición, conducta y relaciones interpersonales.

El modelo reconoce que si bien puede haber predominio de ciertas características agrupadas no significa que la persona no posea características de los otros grupos.

Balarezo (2010) indica, los grupos que surgen según el modelo focalizado en la personalidad son:

Personalidades con predominio afectivo	
Histriónicas	Ciclotímicas
Alegres, seductoras, sociables, sugestionables	Emotivas, generosas, sensibles, activas

Personalidades con predominio cognitivo	
Anancásticas	Paranoides
Ordenada, normada, perfeccionista, adherente	Líder, desconfiada, suspicaz, dominante

Personalidades con predominio de déficit relacional			
Esquizoides	Dependientes	Evitativas	Trastorno esquizotípico de personalidad
Solitaria, insensible, introspectiva, privada	Obediente, evita discusiones, pasiva, busca compañía	Temerosa, vínculos seguros, reservada, recelosa	Extravagante, referencial, creencias raras.

Personalidades con predominio comportamental	
Impulsivo	Trastorno antisocial de la personalidad
Imprudente, primaria, impulsiva, enérgica	Agresiva, antisocial, no se arrepiente, irresponsable, sin normas

2.5.1 Personalidades con predominio comportamental:

Dentro de este grupo se encuentran las de tipo impulsivo y trastorno disocial de la personalidad.

“Esta tendencia se expresa por la activación conductual inmediata, sin reparo suficiente en los componentes cognitivos y afectivos. La acción enérgica y primaria es su característica, la misma que aprehende las relaciones interpersonales, los afectos y las cogniciones. En los impulsivos existe control sobre sus acciones, en tanto que en los disociales hay carencia de ley y autocontrol”. (Balarezo, 2010)

Específicamente en las personalidades con trastorno disocial de la personalidad, podemos decir que son personas que se caracterizan por ser agresivas, irresponsables, sin arrepentimientos y sin normas.

Rasgos característicos/Trastorno disocial de la personalidad

- Pautas de conducta irresponsable.
- Mentiras, hurtos, holgazanería, vandalismo, actitudes pendencieras, fugas del hogar, absentismo escolar y crueldad física.
- Fracaso en la actividad laboral y el mantenimiento de obligaciones económicas familiares y sociales.
- Impulsividad, irritabilidad, agresividad y violencia.
- Despreocupación por la seguridad personal o ajena.

- Falta de remordimiento respecto a sus conductas y una marcada predisposición a culpar a los demás de las mismas.
- Falta de capacidad de empatía.
- Incapacidad para mantener relaciones personales.
- Tolerancia muy baja a la frustración.
- Carencia de aprendizaje a través de la experiencia.
- Fracaso para someterse a las normas sociales.
- Impulsividad o incapacidad para planificar el futuro.
- Irritabilidad y agresividad.
- Peleas físicas repetidas o agresiones. (Balarezo, 2010)

Con respecto a la influencia biológica en este tipo de personalidad podemos citar:

“Las personalidades comportamentales están más asociadas con características de extroversión, emocionalidad alta, neuroticismo y psicoticismo altos, carencia de procesos inhibitorios frontales y elementos bioquímicos y hormonales alterados con manifestaciones de hiperactividad. En las personalidades disociales prevalece el componente de psicoticismo”. (Balarezo, 2010)

Producto de las alteraciones bioquímicas y hormonales el disocial o antisocial presenta tendencia a la impulsividad la cual se expresa en ataques, peleas, agresiones.

Los patrones de las ondas cerebrales que se observan en las personas que tienen trastorno de la personalidad disocial se parecen a aquellos que ocurren por lo regular en niños y adolescentes en lugar de aquellos de los adultos. Esta similitud sugiere que al menos un subgrupo de personas con este trastorno es probable que presente madurez cerebral retrasada.

A su vez Balarezo (2010) indica que en la impulsividad y agresión la serotonina en las personas con el trastorno tendría niveles bajos; además existirían lesiones de la superficie orbitaria de los lóbulos frontales, generando deterioro en los estándares éticos y morales.

Con respecto a la parte genética:

Ciertos estudios han comprobado predisposiciones para ciertos trastornos, en el caso del disocial, personas que tienen el trastorno, tienen familiares que poseen también el mismo trastorno.

Cabe indicar que el modelo no adopta la posición de que la causa sea tan solo genética o que la genética sea determinante en la formación del trastorno.

Con respecto a las influencias sociales tempranas:

En el tipo de personalidad con trastorno disocial no existen normas producto de que los modelos parentales no las han generado, existe poca conciencia de valores en el entorno donde se desarrolla, ausencia de afecto y la persona ha sido marginada en el medio donde ha vivido.

Con respecto a los procesos evolutivos tempranos:

En los trastornos disociales se mantienen desde los primeros años las anticipaciones desconfiadas, la venganza y un bajo nivel de autocontrol.

2.6 Bases metodológicas del modelo integrativo focalizado en la personalidad

Balarezo (2010) plantea que el proceso terapéutico tiene las siguientes etapas.

2.6.1 Etapas del proceso

2.6.1.1 Primera etapa

2.6.1.1.1 Determinación de la demanda, expectativas y motivaciones e inicio del proceso

Se evalúa la demanda y las expectativas tanto del paciente como del terapeuta y del entorno, debido a que estas influyen en el proceso. En

la primera entrevista ya se puede ir reconociendo la demanda que puede ser explícita o implícita.

Expectativas y motivaciones del paciente El paciente puede acudir a consulta debido a que padece un trastorno y requiere suprimir los síntomas que le causan conflicto.

Otra motivación para acudir a consulta puede ser porque desea complacer a familiares, esto debido a que puede existir alguna dificultad que cause daño a su entorno, básicamente a sus familiares.

Puede darse por remisión de otros profesionales, exigencia de estatus o por simple curiosidad.

2.6.1.1.2 Expectativas y motivaciones del terapeuta

El terapeuta básicamente hace terapia por una vocación de ayuda hacia los demás aunque también existen otras motivaciones como la adquisición de experiencias, fenómenos contra transferenciales, factores económicos, obligación institucional.

2.6.1.1.3 Análisis de la demanda

Tipos de demanda Puede haber una demanda explícita que se refiere al motivo de consulta que manifiesta el paciente en su primer relato con un trastorno o problema de ajuste.

Otro tipo de demanda es la implícita, refiriéndose esta demanda a que pueden existir motivos ocultos más profundos para acudir a terapia y que explican el verdadero motivo de consulta, las causas reales de las quejas y el origen de un trastorno.

2.6.1.2 Segunda etapa

2.6.1.2.1 Investigación del problema o trastorno, la personalidad y el entorno

Se lo hace durante la entrevista clínica utilizando como procedimiento la entrevista y la observación; y como instrumentos, los reactivos psicológicos. Este paso va orientado al diagnóstico del trastorno o problema y a reconocer características de personalidad.

En nuestro enfoque se utiliza la Ficha integrativa de evaluación psicológica como instrumento, el cuestionario de personalidad y tomamos como guía el DSM y sus criterios diagnósticos.

2.6.1.2.2 Estrategias de la primera entrevista y establecimiento de la relación terapéutica

Con respecto a la primera entrevista pueden ser de cuatro tipos:

La entrevista psicodiagnóstica que se refiere a la evaluación para colaborar en diagnósticos diferenciales, peritajes o relaciones interpersonales.

La entrevista de consulta que se da cuando se cree que no se va a iniciar un proceso terapéutico inmediato ya que puede que se consulte problemas de terceras personas; se acuda por remisión de otra persona; o se busca iniciar luego un tratamiento.

La entrevista única que se da una sola vez en caso de abuso o maltrato.

La entrevista de inicio de proceso que se da cuando se va a iniciar un proceso psicoterapéutico. En este tipo de entrevista se tiene que establecer el rapport, se da una aproximación diagnóstica y se inicia el afianzamiento de la relación terapéutica.

2.6.1.3 Tercera etapa

2.6.1.3.1 Planificación del proceso

Aquí se plantean los objetivos de la terapia y técnicas a utilizarse. Se intenta llegar a los objetivos debido al reconocimiento de ciertos factores que han influido en el trastorno o problema y en base a la estructura de la personalidad del paciente. Se toma en cuenta también condiciones ambientales, sociales y culturales.

Los componentes del plan terapéutico son:

Formulación dinámica del problema o trastorno Es la interrelación que existe entre los factores desencadenantes, determinantes, predisponentes y mantenedores del trastorno y que se orienta al reconocimiento y la comprensión de estos.

Formulación dinámica de la personalidad Aquí se reconoce y describe la personalidad y sus rasgos.

Señalamiento de objetivos Los objetivos del plan se dividen en dos niveles: el primero se orienta al trastorno y la supresión o alivio de síntomas y el segundo a la personalidad orientado a la flexibilización o modificación positiva de su estructura.

Señalamiento de técnicas Se refiere a las herramientas que se van a utilizar durante el proceso con el objetivo de solucionar o aliviar el trastorno o problema. Se las escogerá y utilizará de acuerdo a las necesidades específicas del demandante.

Las técnicas se utilizarán considerando la personalidad del paciente, su trastorno o problema, condiciones culturales y ambientales.

2.6.1.4 Cuarta etapa

2.6.1.4.1 Ejecución y aplicación de la técnica

Se aplicará las técnicas de acuerdo a cada paciente y serán específicas para cada uno de ellos no importando de qué enfoque psicológico provengan.

El proceso se somete a evaluación crítica y es factible de darse rectificaciones en la aplicación de la técnica si el proceso lo requiere.

2.6.1.5 Quinta etapa

2.6.1.5.1 Evaluación del diagnóstico, el proceso y los resultados

Se evalúa todo lo que ha ocurrido durante el proceso desde la primera entrevista. Se evalúa la mejoría del paciente acudiendo a las referencias verbales y no verbales y a la apreciación clínica del terapeuta. Los recursos que se utilizan en la evaluación son: el criterio del terapeuta como del paciente, los familiares, los reactivos psicológicos.

2.7 Los fenómenos de relación

En la psicoterapia se genera un fenómeno de interrelación particular debido a las condiciones especiales que se dan y a los objetivos de esta interrelación que es el tratamiento. Se dan contenidos racionales y contenidos irracionales.

Los contenidos racionales son elementos que se pueden reconocer y que son voluntarios, estos contenidos se refieren a los contenidos cognitivos de los relatos y la expresión afectiva que generan estos contenidos.

Los contenidos irracionales son contenidos inconscientes, estos contenidos se dan debido principalmente a las experiencias pasadas dando como resultado recuerdos subliminales que generan a veces determinado comportamiento.

2.7.1 Abordaje de los fenómenos afectivos desde una perspectiva integrativa

Balarezo (2010) indica que existen tres elementos primordiales en la relación terapéutica:

Preguntar:

El terapeuta hace preguntas para investigar acerca del paciente y de esta manera conocer la experiencia de éste con el fin de conocer el significado de su comportamiento y sus procesos intrapsíquicos. Las preguntas deben ser empáticas.

Sintonizar:

Tiene dos partes la relación empática que se tiene que dar en el proceso que es responsabilidad del terapeuta y la comunicación positiva que se da al paciente producto de la empatía generada.

Implicarse:

Este tiene el fin de disminuir los procesos defensivos y consta de los siguientes procesos:

Reconocimiento: Reconocer por parte del terapeuta afectos, necesidades y evolución del paciente.

Validación: comunicación y afirmación por parte del terapeuta hacia el cliente de sus afectos y conducta.

Normalización: Se trata de cambiar la interpretación del cliente de su experiencia interna que puede estar distorsionada.

Presencia: La respuesta sintónica del terapeuta a las expresiones del paciente sin incluir sus emociones.

2.7.2 Rapport

El rapport se refiere al establecimiento de las condiciones necesarias para un buen desempeño terapéutico, condición que se da básicamente con la colaboración y el acuerdo tanto del paciente como el terapeuta acerca de los objetivos primordiales del proceso de la terapia.

“Es la sensación de comodidad, entendimiento mutuo, incondicionalidad e interés recíproco entre paciente y terapeuta.” (Balarezo, 2010)

Al establecerse el rapport se da una relación apropiada entre terapeuta y paciente que genera con la colaboración para alcanzar objetivos y predisposición hacia el cambio.

Se lo va a establecer desde el primer día y continuará durante todo el proceso afianzándose con actitudes cordiales, interés, confianza, cooperación, amabilidad, sinceridad por parte del terapeuta y por el control de los fenómenos de transferencia.

2.7.3 Empatía

La empatía se refiere a la capacidad que tiene el terapeuta para captar los sentimientos y lo que desea expresar el paciente. Se podría decir que siente lo que expresa o comunica el otro sin que esto signifique que sienta exactamente lo mismo que está sintiendo el paciente.

La empatía es la “sintonización afectivo-cognitivo del terapeuta durante el proceso para sentir como si fuera el paciente”. (Balarezo, 2010)

Con la empatía el paciente y el terapeuta logran conectarse ya que el paciente siente que el terapeuta comprende lo que le está sucediendo; debido a esto se logra que el proceso psicoterapéutico logre afianzarse y se generan notables avances dentro de la terapia.

2.7.4 Resistencia

La resistencia desde el psicoanálisis es la oposición que tiene el paciente para que progrese el tratamiento; se da como un mecanismo de defensa inconsciente.

Desde un punto de vista cognitivo-conductual es la conducta que se presenta en la terapia por parte del paciente y el terapeuta, la cual impide que la terapia progrese y se logre la modificación cognitiva.

Desde lo integrativo es la oposición a que progrese el tratamiento; presentándose mecanismos de defensa conscientes e inconscientes que impiden el acceso a los componentes cognitivos y afectivos del paciente, y a las recomendaciones o modificaciones que pueda dar el terapeuta.

Para tener un buen manejo de la resistencia se tiene que mantener un respeto hacia el paciente y sus condiciones socio-culturales; lograr interpretarla y en ciertas circunstancias confrontarla.

2.7.5 Transferencia

La transferencia “en el modelo focalizado en la personalidad se la describe como los sentimientos racionales e irracionales que surgen del paciente hacia el terapeuta y que pueden referirse a necesidades actuales o experiencias del pasado”. (Balarezo, 2010)

Así, la transferencia en términos generales es un conjunto de sentimientos que se genera por parte del paciente hacia el terapeuta que pueden ser de origen inconsciente o producto de una percepción errónea y que puede afectar a la relación de una manera positiva o negativa.

Cuando afecta la relación de una manera negativa, se puede afrontar el fenómeno cambiando el terapeuta su comportamiento en el caso que él sea el generador del fenómeno. Se puede aumentar o disminuir las sesiones tanto en su duración como en su frecuencia. Otra forma de afrontar el fenómeno es

discutiendo el tema con el paciente esto siempre y cuando el terapeuta lo crea conveniente.

2.7.6 Contratransferencia

La contratransferencia

“Desde lo integrativo lo conceptuamos como la expresión de afectos o sentimientos racionales e irracionales por parte del terapeuta hacia el paciente.” (Balarezo, 2010)

Al contrario de la transferencia, la contratransferencia en términos generales es un conjunto de sentimientos que se genera por parte del terapeuta hacia el paciente que pueden ser de origen inconsciente o producto de una percepción errónea y que puede afectar a la relación de una manera positiva o negativa.

Cuando afecta a la relación de una manera negativa se puede aumentar o disminuir las sesiones tanto en su duración como en su frecuencia agregando un autoanálisis por parte del terapeuta y si es necesario asistiendo a psicoterapia.

2.8 Técnicas de Conducción

Dentro de la conducción el paciente se comunica de una manera espontánea o dirigida. En el primer caso hay un relato libre por parte del paciente y en el segundo el terapeuta es quien oriente el relato. También existe la orientación centrada en el núcleo donde luego del comienzo de la comunicación por parte del paciente el psicólogo empieza a investigar y dirigir la sesión de acuerdo al tema que crea conveniente.

2.8.1 Técnicas de comunicación

Interrogación Se formula preguntas con el fin de investigar y tener un mayor conocimiento de lo que le sucede al paciente.

Interpretación Se analiza los significados de la conducta del paciente con el fin no solo de conocer lo que le sucede al paciente sino también de modificar su conducta o cogniciones.

Recapitulación Se hace una síntesis del relato tomando sus partes importantes.

Proporción de información Se da información por parte del terapeuta con el fin de aclarar conocimientos distorsionados o algo que desconoce el paciente.

Reafirmación Alienta el terapeuta al paciente manifestándole sus logros con el fin de mejorar su autoestima y disminuir la ansiedad.

Paráfrasis Se repite el contenido del mensaje del paciente pero con las propias palabras del psicoterapeuta.

Incitación general Se estimula al paciente a que continúe con el relato. La forma de estimular generalmente es mediante una comunicación breve que puede ser verbal o no verbal.

Generalización Se extiende el problema que tiene el paciente a los demás o a otros casos. Sirve para tranquilizar y estimular al paciente a que comunique su problema.

2.9 Conclusiones

Como conclusiones finales del capítulo se puede establecer lo siguiente:

-La psicoterapia integrativa tiene una base filosófica humanista y toma al constructivismo moderado como eje epistemológico. Las técnicas son utilizadas específicamente de acuerdo al objetivo psicoterapéutico y la personalidad del paciente. Estas técnicas tienen que ser científicamente validadas.

- Se centra en la personalidad como objetivo final.

- Dentro de la parte metodológica el proceso psicoterapéutico se divide en etapas en la que se analiza la demanda, se investiga el problema, se planifica el proceso, se ejecuta y aplica el proceso y se evalúa los resultados.

CAPÍTULO 3

PROPUESTA PARA TRATAR LA IMPULSIVIDAD EN PACIENTES CON TRASTORNO DE PERSONALIDAD ANTISOCIAL DESDE EL MODELO INTEGRATIVO FOCALIZADO EN LA PERSONALIDAD

3.1 Introducción

El presente capítulo tiene como objetivo realizar una propuesta de investigación, planificación, ejecución y aplicación técnica, evaluación de los resultados y conclusiones finales en pacientes con trastorno de personalidad antisocial con el fin de tratar la impulsividad. Se ejecutó el tratamiento en doce sesiones, la razón por la que se aplicó el tratamiento en este número de sesiones es debido a que se utilizó básicamente técnicas conductistas (técnicas recomendadas en el modelo para el alivio sintomático) para la disminución del síntoma impulsividad, estas técnicas han demostrado que tienen eficacia en este síntoma a partir del número de sesiones planteado.

3.2 Metodología

La metodología aplicada se dividió en fases y se adecuó a cada paciente.

3.2.1 Fases del proceso terapéutico

Las fases del proceso terapéutico se dividieron en: etapa de investigación, etapa de planificación, ejecución y aplicación técnica para el manejo de la impulsividad.

3.2.1.1 Etapas de investigación

Se reconoció la población y se estableció la muestra de los pacientes con el trastorno.

-Población: 41 individuos (número de personas que presentaron el trastorno de personalidad antisocial dentro del centro de rehabilitación social para personas privadas de libertad. Las personas han sido diagnosticadas con este trastorno por el departamento de psicología de la institución.

-Muestra: se seleccionó 5 individuos con el trastorno mediante criterios de inclusión y de exclusión.

-Criterio de inclusión:

- 1 Se aplicará el tratamiento solo a adultos varones que tengan trastorno de personalidad antisocial.
- 2 El tratamiento a adultos varones tiene que oscilar entre 18 y 50 años de edad.
- 3 El tratamiento será aplicado a adultos varones que presenten dentro del trastorno el indicador de impulsividad.
- 4 El tratamiento será aplicado a adultos varones que hayan sido sentenciados a más de cinco años y medio de prisión.
- 5 Se aplicará el tratamiento a adultos varones que les falta más de dos años y medio para concluir su condena.

-Criterios de exclusión:

- 1 El tratamiento no será aplicado a personas que tengan síntomas psicóticos.
- 2 El tratamiento no será aplicado a personas que tengan episodios maníacos.
- 3 El tratamiento no será aplicado a personas que tengan a más de trastorno de personalidad antisocial, otras patologías crónicas.
- 4 El tratamiento no será aplicado a personas que padezcan enfermedades físicas crónicas.

3.2.1.2 Fases de investigación

La fase de investigación está conformada por 3 sesiones terapéuticas con duración de una y media a dos horas, donde se utilizaron los recursos técnicos siguientes: instrumentos reactivos y entrevistas clínicas.

Los instrumentos que se aplicó durante el proceso:

-Entrevista clínica no estructurada Se aplicó entrevistas clínicas no estructuradas a los pacientes con el fin de reconocer la existencia del trastorno y sus tipos de personalidad. La entrevista se basó en el modelo integrativo.

-Ficha integrativa SEAPSI La ficha integrativa del modelo trata de reconocer tanto la historia personal como la personalidad del paciente reconociendo rasgos, patologías y tipos de personalidad. (Ver anexo 1)

-Evaluación mediante criterios diagnósticos según el DSM V Dentro de la entrevista se analizó la existencia del trastorno de acuerdo a los criterios diagnósticos para el trastorno de la personalidad antisocial del DSM V.

3.2.1.3 Tests psicológicos:

-Inventario de personalidad de Millon Se aplicó el inventario de personalidad de Millon, Creado por Theodore Millon, es un test de personalidad autoaplicado que analiza estilos y dimensiones de personalidad en personas adultas desde los 18 hasta los 65 años básicamente, reconociendo los rasgos más comunes en cada persona y la predisposición a que se vuelvan patológicos.

La aplicación y calificación puede aplicarse mediante computadora o con lápiz y papel.

La interpretación de resultados se da mediante gráficos y da una interpretación narrativa completa del perfil.

- El test está compuesto de 180 ítems con respuesta de verdadero o falso.

-Se requiere un nivel de educación correspondiente al primer año de la escuela secundaria.

- El tiempo de aplicación es de 30 minutos o menos.

-Consta de 24 escalas agrupadas en 12 pares. Cada par incluye dos escalas yuxtapuestas.

-Las escalas se van a distribuir en áreas:

Metas motivacionales:(con las siguientes tres escalas divididas en: apertura-preservación, modificación-acomodación, y por último la escala de individualismo-protección).

Modos cognitivos (con las escalas de extraversión-introversión, sensación-intuición, reflexión-afectividad, y por último la escala de sistematización-innovación).

Conductas interpersonales (con las siguientes escalas: la que refiere a retraimiento-comunicatividad, la que refiere a vacilación-firmeza, discrepancia-conformismo, la que refiere a sometimiento-control, y por último la escala insatisfacción-concordancia).

Además de los 12 pares de escala de contenido hay tres indicadores de validez: impresión positiva, impresión negativa y consistencia.

-Las escalas incluidas en el área de metas motivacionales evalúan la orientación a obtener refuerzo del medio. Así, en “el primer par se establece en qué medida la conducta del sujeto está básicamente motivada por el deseo de obtener un refuerzo positivo (apertura) o evitar una estimulación negativa (preservación) procedentes del mundo. El segundo par evalúa en qué medida sus actividades reflejan una disposición a modificar el mundo (modificación) o a acomodarse a él (acomodación). El tercer par se centra en la fuente del refuerzo, evaluando en qué medida el sujeto está motivado principalmente por metas relacionadas con él (individualismo) o relacionadas con los demás (protección).” (Millon 2011)

-Las escalas incluidas en modos cognitivos examinan los estilos de procesamiento de la información.

-Dentro de las escalas incluidas en modos cognitivos: Las escalas extraversion o introversión y sensación o intuición evalúan cuales son las estrategias que emplea la persona para recolectar la información. Las escalas de reflexión o afectividad y sistematización o innovación evalúan cuales son los estilos de procesamiento de la información.

-Las escalas incluidas en conductas interpersonales evalúan en qué medida el estilo de relacionarse con los demás tiene que ver con cada una de las cinco escalas incluidas en esta área.

El puntaje de prevalencia es medido entre 0 y 100 para cada escala; cuando es mayor de 50 en cualquiera de las escalas empieza a haber una tendencia en las características medidas, y mientras más se eleva el puntaje más fuertes son esas características. (Ver anexo 2)

-Cuestionario de personalidad SEAPSI Creado por Lucio Balarezo, el cuestionario de personalidad SEAPSI es un cuestionario de personalidad autoaplicado que logra reconocer rasgos y tipos de personalidad en las personas.

Es un instrumento de respuesta selectiva, contiene 10 tipos de personalidades, las mismas que contienen 10 frases o ítems de alternativa de selección.

Las frases referidas son expresiones afectivas, cognitivas y comportamentales de cada tipo de personalidad.

La finalidad es identificar rasgos predominantes de personalidad, los mismos que pueden agruparse en cuatro tipos:

Afectivas, cognitivas, comportamentales y déficit relacional.

En las personalidades afectivas se encuentran las personalidades histriónica y ciclotímica. En las personalidades cognitivas se encuentran las personalidades paranoide y anancástica. En las personalidades

comportamentales se encuentran las personalidades impulsivas y trastorno disocial. En las personalidades de déficit relacional se encuentran las personalidades esquizoide, dependiente, evitativa y esquizotípica.

La forma de aplicación consiste en marcar en cada categoría la o las frases con la que se siente identificada la persona.

La calificación consiste en puntajes. A partir del conteo que se realice en cada tipo de personalidad, se coloca cada resultado en un recuadro ubicado al final de cada personalidad, la respuesta oscila entre 0 y 10. En la categoría que se haya obtenido mayor puntaje existirá la tendencia a tener el tipo de personalidad de dicha categoría. (Ver anexo 3)

-El cuestionario de impulsividad de Barratt (BIS-11) Creado por E. Barrat, El cuestionario de impulsividad barratt es un instrumento autoaplicado diseñado para evaluar la impulsividad como una característica de la personalidad, que genera un comportamiento impulsivo. Fue creada en base a las perspectivas del modelo médico, psicológico, conductual y social.

Se basa en la impulsividad como un constructo multidimensional compuesto de tres factores (impulsividad cognitiva, motora y no planeada) y ha sido diseñada precisamente para medir estos tres factores o subescalas dentro del test: impulsividad cognitiva (definida como la incapacidad de mantener la atención y concentración tomando decisiones de manera rápida) que consta de 8 ítems: 4,7,10,13,16,19, 24, 27; impulsividad motora (se refiere a la propensión de actuar primero antes de pensar la situación) que consta de 10 ítems:2,6,9,12,15,18,21,23,26,29; e impulsividad no planeada (referida como la falta de visión y previsión del futuro) que consta de 12 ítems: 1,3,5,8,11,14,17,20,22,25,28,30.

Consta de 30 preguntas o ítems cuyas opciones de respuestas son: raramente o nunca (con puntuación 0), ocasionalmente (con puntuación 1), a menudo (con puntuación 3), siempre o casi siempre (con puntuación 4); Sin

embargo las siguientes preguntas o ítems tienen una puntuación inversa (4,3,1,0): 1,5,6,7,8,10,11,13,17,19,22 y 30.

Se elige una sola respuesta.

Generalmente los puntajes se dan a partir de 30 hasta 120, siendo a partir del puntaje 74 donde se puede concluir que la persona posee alta impulsividad.

La puntuación en las subescalas se obtiene cuando se suma las puntuaciones parciales obtenidas en cada uno de los ítems.

A medida que sube el puntaje final es indicador de mayor impulsividad.

La puntuación total se obtiene sumando las puntuaciones obtenidas en todos los ítems. (Ver anexo 4)

3.2.2 Etapas de planificación

El modelo integrativo focalizado en la personalidad tiene una estructura de plan de tratamiento que concierne en dos niveles: el relacionado con el trastorno y el vinculado con la personalidad. Nosotros nos ocuparemos de establecer los objetivos terapéuticos de acuerdo al nivel relacionado con el alivio sintomático, ya que trataremos de disminuir un síntoma específico (impulsividad). Para conseguir este objetivo se trabajará en el autocontrol, situaciones de estrés, rasgos de personalidad, ansiedad y habilidades sociales. Ya que vamos a trabajar sobre el síntoma, utilizaremos básicamente técnicas conductuales y cognitivas; recursos técnicos sugeridos por el modelo.

Objetivos terapéuticos

Objetivo general Aplicar el tratamiento para la disminución de la impulsividad en pacientes con trastorno de personalidad antisocial.

Objetivos específicos

-Incrementar el autocontrol en el paciente para que pueda manejar de una forma adaptada las reacciones conductuales frente a ciertas situaciones.

-Mejorar el manejo ante situaciones de estrés para disminuir la conducta impulsiva que pueda generarse.

-Flexibilizar el rasgo de personalidad que refiere a la impulsividad para que disminuya la probabilidad de inadaptación y reacciones poco adecuadas.

-Disminuir la ansiedad como síntoma que se genera frente a ciertas situaciones y que pueden provocar reacciones impulsivas.

-Reforzar las habilidades sociales, básicamente en la asertividad y resolución de problemas ya que permiten mejorar los elementos de ansiedad, estrés y sobretodo ayuda al manejo de la impulsividad.

3.2.2.1 Establecimiento de técnicas

Se establecerán y aplicarán las técnicas en base a los objetivos específicos, la adecuación de la técnica al paciente será de acuerdo a su idiosincrasia y la prioridad de la aplicación según la necesidad de la terapia; se pueden aplicar una o varias técnicas.

GUÍA 1	
Incrementar el autocontrol	
Técnicas	Autorregistro
	Autoinstrucciones
	Autoreforzamiento
	Detención pensamiento

3.2.2.1.1 Técnicas para incrementar el autocontrol:

-El autorregistro Caballo (1998), consiste en que el paciente tiene que observar y registrar su propia conducta. Se evalúa cualquier dimensión de una conducta como la frecuencia, duración, intensidad; centrándose en las consecuencias de la conducta. Se registra las consecuencias de las conductas que ha presentado proporcionándole señales para reconocer la adaptabilidad o inadaptabilidad de su conducta y sacar conclusiones.

-Autoinstrucciones Caballo (1998), son instrucciones u órdenes que el sujeto se da a sí mismo, dirigiendo así su actuación. Se necesita de un modelo (que será el terapeuta) aplicándose autoinstrucciones para que exista un aprendizaje por parte del paciente y luego la aplicación y la repetición de las autoinstrucciones en voz alta por parte del paciente.

-El autoreforzamiento Caballo (1998), el autorreforzamiento consiste en la recompensa por parte del paciente luego de una conducta deseada y el autocastigo consiste en la asignación y aplicación de tareas no deseadas luego de no haber tenido cierta conducta.

-La detención del pensamiento Caballo (1998), se inhibe la ejecución de la conducta o el inicio de una conducta desadaptada. Al interrumpir un pensamiento que puede generar una conducta desadaptada, se obtiene un gran alivio y se aumenta la probabilidad de interrumpirlo.

GUÍA 2
Mejorar el manejo ante situaciones de estrés
Lista de escala de intensidad
Experiencia simulada
Técnica de la fantasía forzada
Reconceptualización/adquisición y ensayo de habilidades

3.2.2.1.2 Técnicas para mejorar el manejo ante situaciones de estrés:

-Lista de escala de intensidad Caballo (1998), consiste en la evaluación por parte del paciente de una escala de intensidad. Se hace un cuadro en la que se escribe la situación, luego se describe cómo se siente frente a la situación dada y su grado de excitación en porcentajes. Se evalúa la situación y se reflexiona acerca de si hay coherencia entre el grado de excitación y la situación dada. Se le puede pedir que elabore una lista de ventajas y desventajas de la reacción que tuvo frente a esta situación. Tiene como objetivo reconocer por parte del paciente ciertas situaciones que le generan estrés y sus consecuencias. Así puede reconocer las desventajas de las reacciones inadecuadas y el daño que pueden generarle.

-La experiencia simulada Caballo (1998), se simula situaciones con el fin de reconocer las partes más estresantes de la situación para luego evaluar los déficits de habilidades y las consecuencias de sus conductas.

-Técnica de la fantasía forzada Caballo (1998), consiste en imaginarse una situación estresante e intentar experimentar lo que en esos instantes siente y cómo reacciona, luego generar una solución al problema. Luego se lo pone en práctica ante situaciones reales. El objetivo es que el paciente vaya logrando formas de respuestas adecuadas y vaya generando conductas adaptativas.

-Reconceptualización/ adquisición y ensayo de habilidades Caballo (1998), se trata de revisar las situaciones de estrés e identificar los estímulos ambientales que provocan estrés para poder comprender los problemas y conceptualizarlos de una manera adaptativa. Tomando en cuenta que las situaciones son diferentes y pueden darse varias respuestas y maneras de afrontarlas. Se introduce información que desconozca el paciente (funcionamiento del sistema nervioso por ejemplo) y se lo asocia con alguna situación que le ha sucedido al paciente y provocado estrés. Luego es necesario que el paciente realice actividades de relajación: se puede utilizar la relajación sin tensión, inducida por respiración, controlada por estímulos o basada en la imaginación.

GUÍA 3	
Flexibilizar rasgos de personalidad	
Técnicas	Registro diario de pensamientos distorsionados
	Sondeos cognitivos
	Empirismo cooperativo
	Abordaje de esquemas

3.2.2.1.3 Técnicas para flexibilizar el rasgo de personalidad:

-El Registro diario de pensamientos distorsionados Caballo (1998), el registro diario consiste en apuntar diariamente alguna o algunas situaciones que le han generado una conducta inadecuada con el objetivo de identificar por parte del paciente sus pensamientos distorsionados y la conducta que le genera. El registro consta de: escribir la situación- la emoción que se ha generado- el pensamiento automático- la respuesta racional- el resultado. Cabe indicar que el registro se discute en conjunto con el terapeuta para sacar conclusiones adaptativas.

-Sondeos cognitivos Caballo (1998), se identifica incidentes y se centra en los pensamientos distorsionados. Se evalúan pensamientos automáticos identificándose incidentes que esclarecen los problemas de la personalidad centrándose precisamente en esos pensamientos que provocan conductas inadecuadas. Luego se pone a prueba si esos pensamientos son acordes con la realidad, adaptativos y si generan conductas adecuadas. Al final el paciente trata de modificar ese pensamiento aplicando un razonamiento lógico.

-Empirismo cooperativo Caballo (1998), se pone a prueba las creencias que posee el paciente frente a determinadas situaciones. Consiste en identificar las creencias y tratar de comprobar si son reales y adaptativas. El terapeuta guiará al paciente básicamente mediante preguntas relacionadas con la comprobación de estas creencias y si son reales; haciendo que el paciente se dé cuenta de que no están acordes con la realidad.

-Abordaje de esquemas Caballo (1998), es el objetivo final y es la base del cambio o flexibilización de los rasgos de personalidad. Se examinan y analizan los esquemas del paciente mediante el análisis de las distorsiones cognitivas. Se identifican las reglas disfuncionales que le generan ciertas conductas con el fin de modificar su conducta hacia un funcionamiento adaptativo, se tiene que trabajar el cambio de esta

relación esquema conducta para fines de un funcionamiento adaptativo. Se puede centrar en uno o varios esquemas dependiendo del paciente, la prioridad, el tiempo de la terapia y la rapidez con que se descubre a los esquemas.

GUÍA 4	
Disminuir la ansiedad	
Técnicas	Técnica de relajamiento de Wolpe
	Técnica de la distracción
	La imaginación dirigida
	Alivio respiratorio

3.2.2.1.4 Técnicas para disminuir la ansiedad:

-Técnica de relajamiento de Wolpe Caballo (1998), la técnica se aprende en seis sesiones con prácticas de dos periodos de quince minutos al día. Se comienza con los brazos, luego la cabeza, luego la cara, el cuello y los hombros, espalda y abdomen, y finalmente piernas. Se le da instrucciones y la técnica consiste básicamente en tensionar y luego relajar las partes del cuerpo en que se está trabajando.

-Técnica de la distracción Caballo (1998), consiste en que el paciente concentre su atención en algo específico. El paciente se centra intensamente en algún objeto externo. Pero también puede ser objeto de distracción concentrarse en un ejercicio físico, hacer algún tipo de trabajo, hacer cierto tipo de aritmética simple pero de una manera prolongada

como contar de dos en dos. Esta técnica se la aplica en el momento que se presenta la ansiedad.

-La imaginación dirigida y proyectada Caballo (1998), el paciente se imagina la situación que le causa ansiedad o circunstancia que le ha causado ansiedad enfrentándola como si no le produjera ansiedad. Luego se le pide al paciente que se imagine donde le gustaría estar y como le gustaría estar en un futuro. Sirve para que el paciente pueda imaginarse en un estado más deseable volviendo luego el estado relajado en un estado real.

-Alivio respiratorio Caballo (1998), se le pide al sujeto que contenga la respiración hasta que esto se convierta en algo doloroso o insoportable. Cuando ya no pueda contener la respiración asocia la imagen de un estímulo ansioso para luego reiniciar la respiración con el objetivo de lograr inhibir la ansiedad.

GUÍA 5	
Reforzar las habilidades sociales	
Técnicas	Entrenamiento asertivo
	Ensayo de conducta
	Instrucciones/Alecciones
	Búsqueda de soluciones alternativas

3.2.2.1.5 Técnicas para reforzar las habilidades sociales:

-Entrenamiento asertivo general Caballo (1998), se modifica la comunicación de pasiva o agresiva a asertiva. El terapeuta funciona como profesor enseñando nociones básicas de asertividad, agresión y luego haciéndole desarrollar habilidades asertivas por medio de la práctica. Se enfatiza las tareas para la casa. Se le enseña formas de respuestas, maneras de reaccionar, formas de expresarse, tipos de respuestas frente a una situación determinada, etc.

-Ensayo de conducta Caballo (1998), por medio de dicho procedimiento se representan de maneras apropiadas y efectivas situaciones simuladas con adecuadas formas de afrontamiento con el objetivo de aplicarlas en la vida real en situaciones que son problemáticas para la vida del paciente. Se aprende a modificar modos de respuestas no adaptativos reemplazándolas por nuevas respuestas. El ejercicio consiste en representar una situación determinada primero por parte del terapeuta y luego del paciente y discutir las formas como en la representación se ha afrontado la situación y luego ponerla en práctica.

-Instrucciones/Alecciones Caballo (1998), intenta proporcionar al sujeto información explícita sobre la naturaleza y el grado de discrepancia que existe entre la situación y las actitudes o las formas de respuesta que ha tenido, además de dar información específica sobre lo que sería una respuesta apropiada. Se dirige la técnica hacia las necesidades del sujeto. Se utiliza como recurso principalmente la discusión del tema y literatura simple acerca del tema. Al final se pone en práctica lo que se ha enseñado.

-Búsqueda de soluciones alternativas Caballo (1998), es la investigación de otras interpretaciones frente a un problema y otras posibles soluciones a éstas. Se tiene que definir las situaciones o

circunstancias que le generan problemas, se hace una lista de los problemas primordiales y se puede elegir alguno, luego se hace una lista de las posibles soluciones por parte del paciente y se las evalúa, luego elige con el objetivo de ponerla en práctica.

3.2.3 Ejecución y aplicación de técnicas

Luego de la evaluación inicial, se ejecutó el tratamiento en doce sesiones, la razón por la que se aplicó el tratamiento en este número de sesiones es debido a que se utilizó básicamente técnicas conductistas (técnicas recomendadas en el modelo para el alivio sintomático) para la disminución del síntoma impulsividad, estas técnicas han demostrado que tienen eficacia en este síntoma a partir del número de sesiones planteado. El tratamiento se realizó dos veces a la semana, con una duración de una hora a una hora y media con cada paciente, dividiéndose en dos partes cada sesión:

1. Durante la primera parte de la entrevista se realizó la discusión y el análisis con respecto a las novedades que se han dado luego de la sesión, así como de las preocupaciones del paciente.
2. Aplicación de la técnica específica.

Al culminar las doce sesiones se hizo una evaluación final del tratamiento.

Cabe indicar que el objetivo general se basa de acuerdo al modelo integrativo focalizado en la personalidad, en el cual “la formulación de objetivos está de acuerdo a los aspectos señalados en las generalidades y los niveles en los que se pretende actuar. El terapeuta clarificará conscientemente sus limitaciones en cuanto al tratamiento impuesto” (Balarezo, 2010). Así, conociendo la complejidad del trastorno y sus distintos síntomas que toman un largo tiempo para ser disminuidos, en esta terapia se tratara exclusivamente el síntoma impulsividad el cual fue tomado debido a que es un síntoma recurrente dentro del trastorno.

Con respecto a los objetivos específicos concentran a su vez la actividad y el interés en el cumplimiento de una meta en común” (Balarezo, 2010). De esta manera los objetivos específicos en esta terapia han sido tomados exclusivamente con el fin de al final disminuir el síntoma impulsividad.

Así mismo por la brevedad de las sesiones y lo complejo del trastorno, siendo coherentes con el modelo en la terapia se ha tomado exclusivamente los objetivos sintomáticos en el cual se centró en disminuir el síntoma impulsividad y los comportamientos desadaptados.

Con respecto a las técnicas, para el tratamiento se ha centrado en elegir las técnicas sintomáticas eligiendo las técnicas de relajamiento, técnicas conductuales y técnicas cognitivas, Todas técnicas que son sugeridas en el modelo para tratar los síntomas.

Este tratamiento (como ya se indicará luego de forma detallada) se lo hizo en doce sesiones y se le aplicó el tratamiento a cinco pacientes trabajando exclusivamente el síntoma impulsividad.

3.3 Evaluación del tratamiento

Se evaluó cualitativa y cuantitativamente:

-De una manera cualitativa mediante la cual se elaboró un informe final de la aplicación del tratamiento y el estudio de casos.

-De una manera cuantitativa se aplicaron re-test a los pacientes, esto con el fin de comparar y evaluar los resultados que obtuvieron en puntajes antes y después del tratamiento.

3.4 Conclusiones

-Se eligió a cinco pacientes con el trastorno antisocial de personalidad mediante instrumentos de evaluación específicos. Para el período de evaluación se utilizaron los: Test de Millon, Test Seapsi y el Test de impulsividad de Barratt (BIS-11).

-El objetivo general fue aplicar un tratamiento para la impulsividad en los pacientes con trastorno de personalidad antisocial; para lograr este objetivo se aplicaron técnicas específicas con el fin de incrementar el autocontrol, mejorar el manejo de situaciones de estrés, flexibilizar rasgos de personalidad, disminuir la ansiedad y reforzar las habilidades sociales.

-Se evaluó resultados de una manera cuantitativa aplicando retests y cualitativa mediante estudio de casos.

CAPÍTULO 4

“ANÁLISIS DE RESULTADOS”

4.1 Características de la muestra

Como ya se ha especificado en el capítulo 3 (de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión expuestos en el capítulo), se trabajó con cinco pacientes con trastorno antisocial de Personalidad del centro de rehabilitación social para personas privadas de libertad de la ciudad de Machala.

4.2 Procedimiento

La propuesta realizada trató de la aplicación de doce sesiones de Psicoterapia integrativa focalizada en la personalidad a cinco personas privadas de libertad con Trastorno Antisocial de Personalidad. El objetivo general fue disminuir la impulsividad y se trabajó específicamente en base a este objetivo.

El proceso inició con la primera sesión de evaluación realizada a los pacientes, empezando la primera sesión psicoterapéutica luego de tres sesiones de evaluación.

La fase de evaluación finalizó en la tercera sesión en el que se valoró Personalidad e Impulsividad, tanto mediante criterios diagnósticos como mediante el uso de reactivos. Los reactivos utilizados fueron: test de personalidad SEAPSI, Test de personalidad de Millon, Test de impulsividad de Barratt.

Las sesiones psicoterapéuticas se plantearon como único objetivo general el tratamiento de la disminución de la impulsividad. Esto en base al trabajo de cinco factores: habilidades sociales, autocontrol, estrés, ansiedad y rasgos de personalidad. Se aplicaron básicamente técnicas conductuales y cognitivas.

El paciente autovaloró su mejoría calificando en porcentajes el tratamiento.

Se entrevistó al psicólogo de la institución con el fin de conocer su opinión acerca de la conducta del paciente al fin del tratamiento.

Se realizó una evaluación final aplicando los reactivos al paciente con el fin de valorar y evaluar el proceso psicoterapéutico y su eficacia.

El proceso terminó con el compromiso del paciente de seguir utilizando las estrategias adquiridas mediante el uso de las técnicas que se aplicaron en la terapia. Esto con el fin de seguir disminuyendo la impulsividad.

4.3 Presentación de resultados

El tratamiento a pacientes con trastorno antisocial de personalidad con el fin de disminuir el síntoma impulsividad, ha arrojado resultados tanto cuantitativos como cualitativos. Resultados que demuestran que si bien no se ha logrado erradicar la impulsividad, si ha habido disminución del síntoma en los pacientes que fueron tratados.

Al provocar una mejoría en los refuerzos de sus habilidades sociales, en el incremento del autocontrol, en mejorar el manejo ante situaciones de estrés, disminuir la ansiedad y reconocer sus rasgos de personalidad; se pudo disminuir la impulsividad.

4.4 Análisis cuantitativo de resultados

En cuanto a la evaluación, se aplicaron reactivos el inicio del proceso terapéutico y al final del mismo. Los test que se aplicaron tanto al principio como al final fueron los siguientes:

Test de personalidad SEAPSI (Puntuación entre 0 y 10 para cada categoría)

Test de impulsividad de Barratt. (Generalmente dándose los puntajes a partir de 30 hasta 120)

Se arrojaron los siguientes resultados:

Evaluación Inicial

A. Test de personalidad SEAPSI

-Todos los casos tuvieron Personalidad comportamental de Tipo Disocial.

B. Evaluación Final

-Todos los casos tuvieron Personalidad comportamental de Tipo Disocial.

Con lo que respecta a la impulsividad

Evaluación Inicial

En la evaluación inicial, se aplicó el test de impulsividad con el objetivo de medir los niveles de impulsividad en los pacientes para tener datos empíricos de cómo se presentaba el paciente antes del tratamiento.

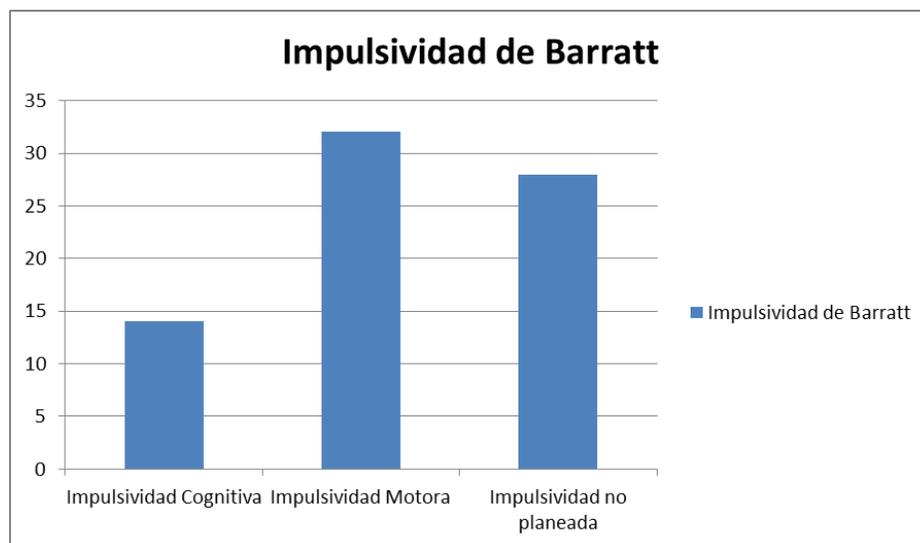
Test de impulsividad de Barratt:

Caso NN1: 74 Indicó impulsividad alta.

Con respecto a las subescalas: Impulsividad cognitiva: 14; Impulsividad motora: 32; Impulsividad no planeada: 28

Manifestando alta puntuación en impulsividad motora con respecto a las otras subescalas; lo que indica que existe una propensión de actuar antes de pensar la situación.

Gráfico 1 Resultados del test de BARRATT



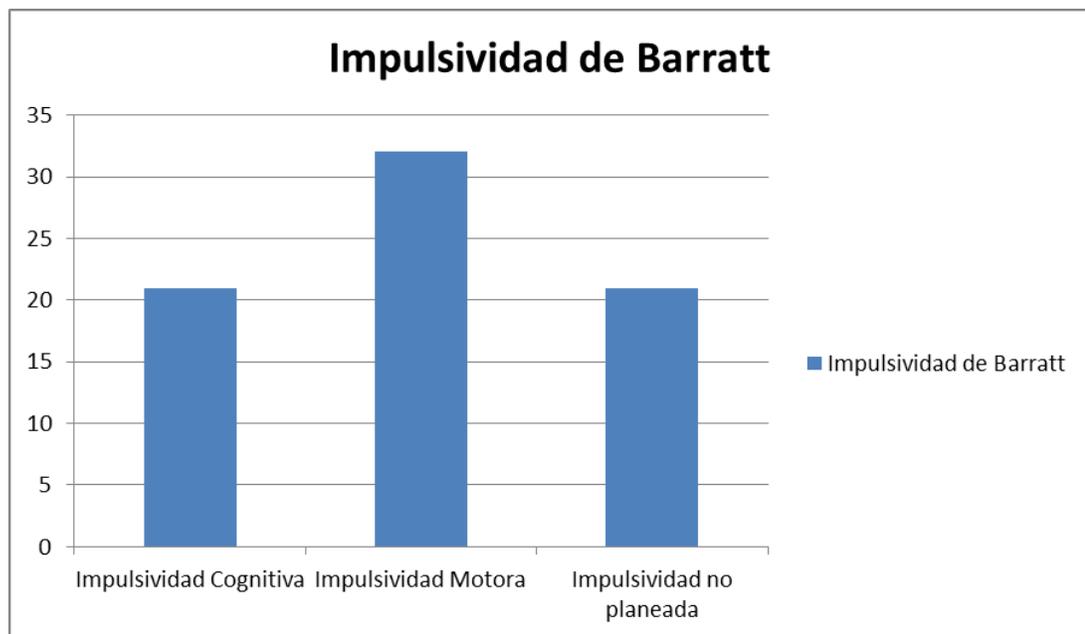
Autor: Enrique Rebolledo (E.R)

Caso NN2: 74 Indicó impulsividad alta.

Con respecto a las subescalas: Impulsividad cognitiva: 21; Impulsividad motora: 32; Impulsividad no planeada: 21

Manifestando alta puntuación en impulsividad motora con respecto a las otras subescalas, lo que indica que existe una propensión de actuar antes de pensar la situación.

Gráfico 2 Resultados del test de BARRATT



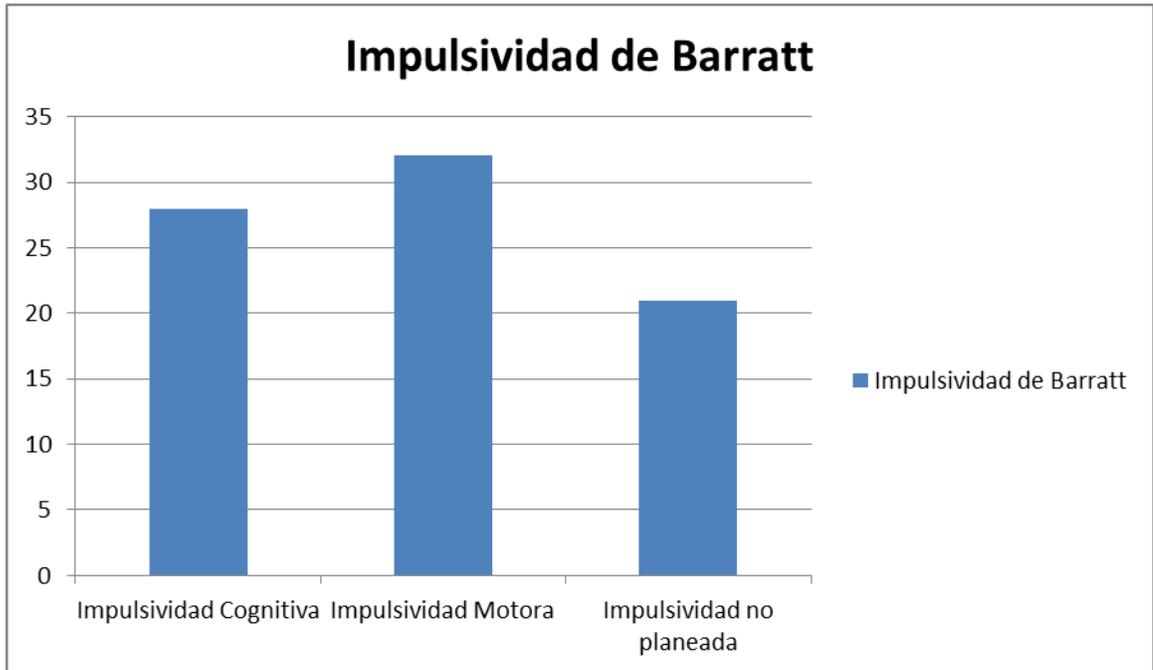
Autor: Enrique Rebolledo (E.R)

Caso NN3: 81 Indicó impulsividad alta.

Con respecto a las subescalas: Impulsividad cognitiva: 28; Impulsividad motora: 32; Impulsividad no planeada: 21

Manifestando alta puntuación en impulsividad motora con respecto a las otras subescalas, lo que indica que existe una propensión de actuar antes de pensar en la situación.

Gráfico 3 Resultados del test de BARRATT



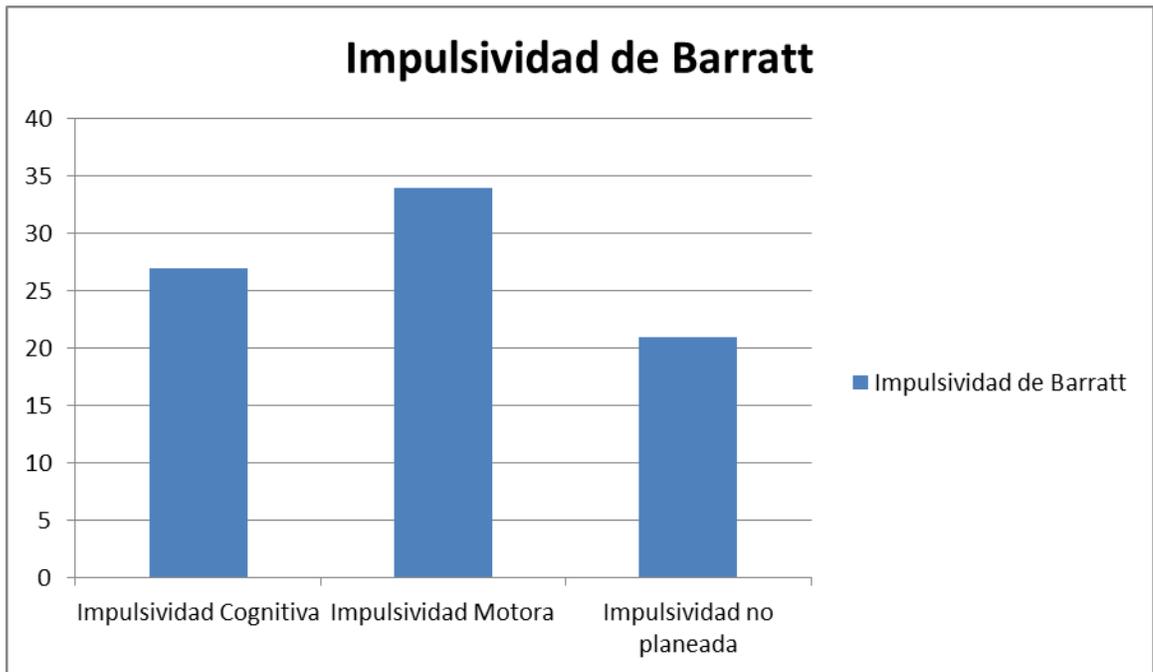
Autor: Enrique Rebolledo (E.R)

Caso NN4: 83 Indicó impulsividad alta.

Con respecto a las subescalas: Impulsividad cognitiva: 27; Impulsividad motora: 34; Impulsividad no planeada: 22

Manifestando alta puntuación en impulsividad motora con respecto a las otras subescalas, lo que indica que existe una propensión de actuar antes de pensar la situación.

Gráfico 4 Resultados del test de BARRATT



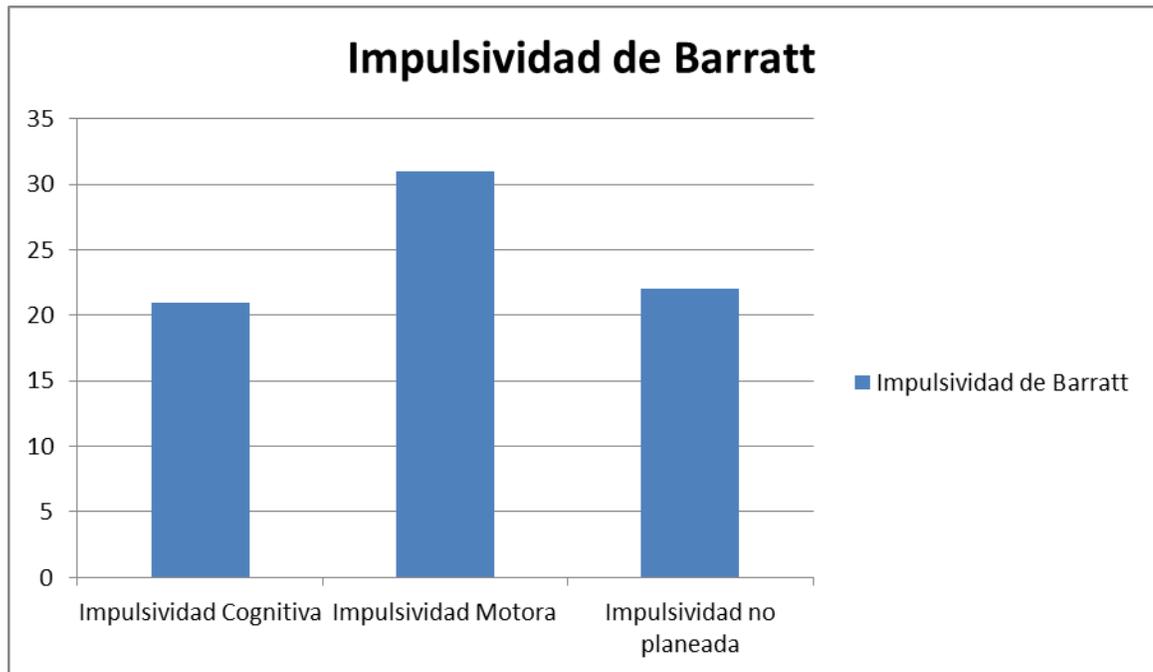
Autor: Enrique Rebolledo (E.R)

Caso NN5: 84 Indicó impulsividad alta.

Con respecto a las subescalas: Impulsividad cognitiva: 21; Impulsividad motora: 31; Impulsividad no planeada: 32

Manifestando alta puntuación en impulsividad no planeada con respecto a las otras subescalas, lo que indica que existe una propensión a una falta de visión y previsión del futuro.

Gráfico 5 Resultados del test de BARRATT



Autor: Enrique Rebolledo (E.R)

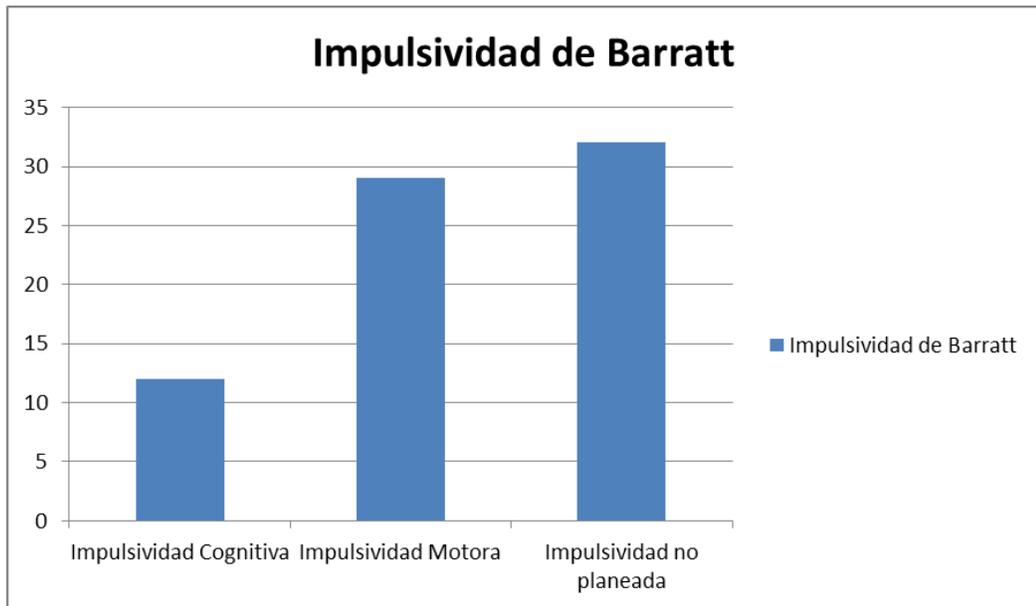
Evaluación Final (RETEST)

Test de impulsividad de Barratt:

Caso NN1: 69 Indicó impulsividad.

Con respecto a las subescalas: Impulsividad cognitiva: 12; Impulsividad motora: 29; Impulsividad no planeada: 28

Gráfico 6 Resultados del test de BARRATT

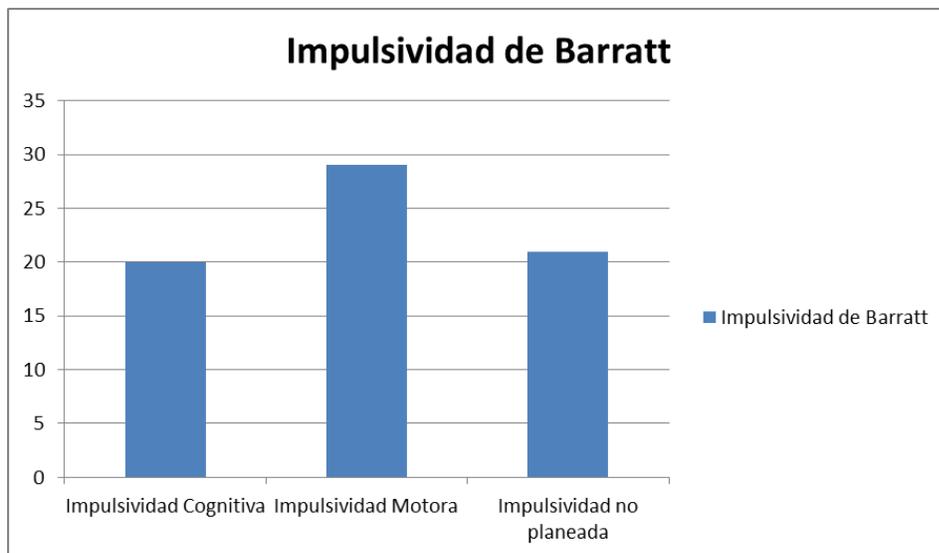


Autor: Enrique Rebolledo (E.R)

Caso NN2: 70 Indicó impulsividad.

Con respecto a las subescalas: Impulsividad cognitiva: 20; Impulsividad motora: 29; Impulsividad no planeada: 21

Gráfico 7 Resultados del test de BARRATT

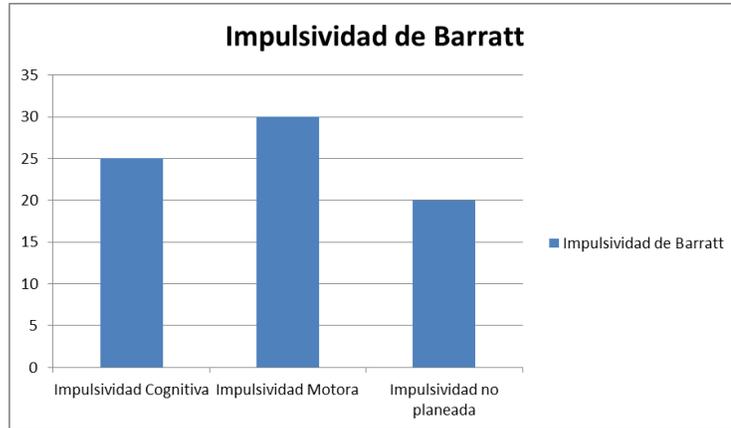


Autor: Enrique Rebolledo (E.R)

Caso NN3: 75 Indicó impulsividad alta.

Con respecto a las subescalas: Impulsividad cognitiva: 25; Impulsividad motora: 30; Impulsividad no planeada: 20

Gráfico 8 Resultados del test de BARRATT

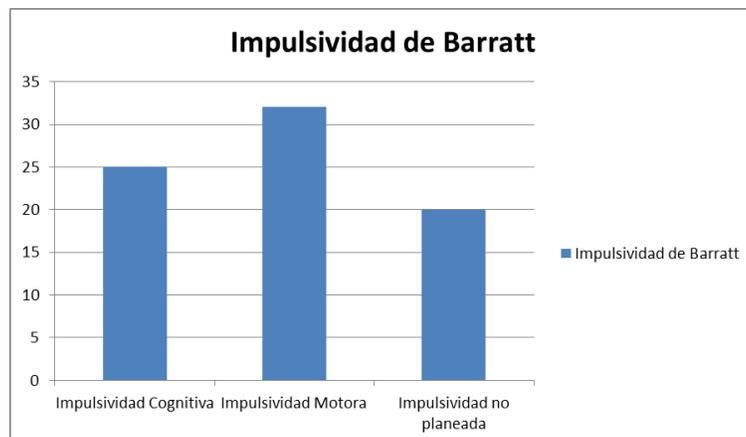


Autor: Enrique Rebolledo (E.R)

Caso NN4: 78 Indicó impulsividad alta.

Con respecto a las subescalas: Impulsividad cognitiva: 25; Impulsividad motora: 32; Impulsividad no planeada: 21

Gráfico 9 Resultados del test de BARRATT

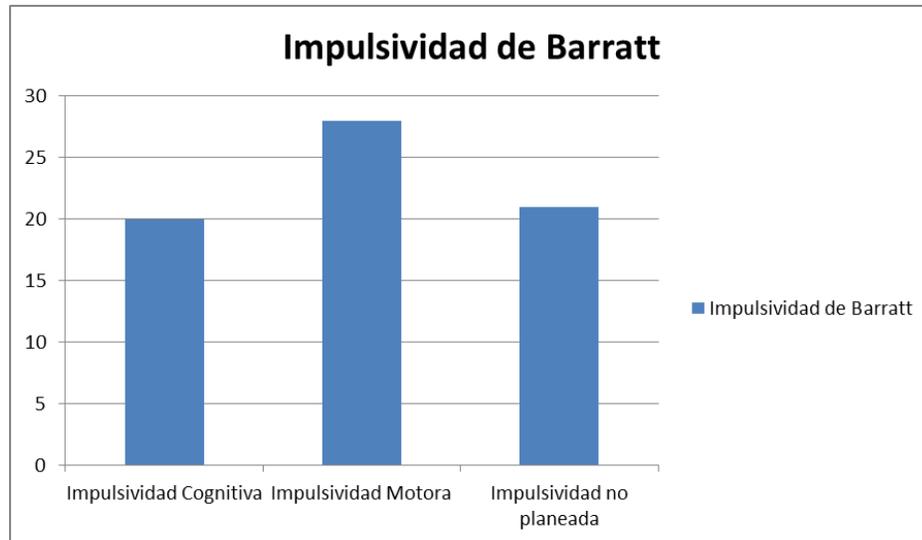


Autor: Enrique Rebolledo (E.R)

Caso NN5: 79 Indicó impulsividad alta.

Con respecto a las subescalas: Impulsividad cognitiva: 20; Impulsividad motora: 28, Impulsividad no planeada: 31

Gráfico 10 Resultados del test de BARRATT



Autor: Enrique Rebolledo (E.R)

Los resultados expuestos demuestran que los pacientes siguen teniendo el trastorno antisocial de personalidad, sin embargo existe una disminución de la impulsividad en estos pacientes luego de que se les aplicó el tratamiento psicoterapéutico.

Caso NN1: Si bien se mantiene la impulsividad, el puntaje indica que tiene una puntuación menor a 74; lo que indicaría que ya no tiene impulsividad alta. Además, ha bajado el puntaje en relación a la evaluación inicial, así de 74 puntos obtenidos en la evaluación inicial, en la evaluación final el paciente ha obtenido un puntaje de 69.

Con respecto a:

Impulsividad cognitiva: De 14 puntos obtenidos en la evaluación inicial, en la evaluación final el paciente ha obtenido 12 puntos

Impulsividad motora: De 32 puntos obtenidos en la evaluación inicial, en la evaluación final el paciente ha obtenido 29 puntos

Impulsividad no planeada: De 28 puntos obtenidos en la evaluación inicial, en la evaluación final el paciente ha obtenido 28 puntos

Se nota una disminución de puntajes tanto en la impulsividad cognitiva como motora, manteniéndose en la no planeada.

Caso NN2: si bien se mantiene la impulsividad, el puntaje indica que tiene una puntuación menor a 74; lo cual indicaría que ya no tiene impulsividad alta. Además, ha bajado el puntaje en relación a la evaluación inicial, así de 74 puntos obtenidos en la evaluación inicial, en la evaluación final el paciente ha obtenido un puntaje de 70.

Con respecto a:

Impulsividad cognitiva: De 21 puntos obtenidos en la evaluación inicial, en la evaluación final el paciente ha obtenido 20 puntos

Impulsividad motora: De 32 puntos obtenidos en la evaluación inicial, en la evaluación final el paciente ha obtenido 29 puntos

Impulsividad no planeada: De 21 puntos obtenidos en la evaluación inicial, en la evaluación final el paciente ha obtenido 21 puntos

Se nota una disminución de puntajes tanto en la impulsividad cognitiva como motora, manteniéndose en la no planeada.

Caso NN3: Si bien se mantiene la impulsividad, ha bajado el puntaje en relación a la evaluación inicial, así de 81 puntos obtenidos en la evaluación inicial, en la evaluación final el paciente ha obtenido un puntaje de 75.

Con respecto a:

Impulsividad cognitiva: De 28 puntos obtenidos en la evaluación inicial, en la evaluación final el paciente ha obtenido 25 puntos

Impulsividad motora: De 32 puntos obtenidos en la evaluación inicial, en la evaluación final el paciente ha obtenido 30 puntos

Impulsividad no planeada: De 21 puntos obtenidos en la evaluación inicial, en la evaluación final el paciente ha obtenido 20 puntos

Se nota una disminución de puntajes en la impulsividad cognitiva, motora y no planeada.

Caso NN4: Si bien se mantiene la impulsividad, ha bajado el puntaje en relación a la evaluación inicial, así de 83 puntos obtenidos en la evaluación inicial, en la evaluación final el paciente ha obtenido un puntaje de 78.

Con respecto a:

Impulsividad cognitiva: De 27 puntos obtenidos en la evaluación inicial, en la evaluación final el paciente ha obtenido 25 puntos

Impulsividad motora: De 34 puntos obtenidos en la evaluación inicial, en la evaluación final el paciente ha obtenido 32 puntos

Impulsividad no planeada: De 22 puntos obtenidos en la evaluación inicial, en la evaluación final el paciente ha obtenido 21 puntos

Se nota una disminución de puntajes en la impulsividad cognitiva, motora y no planeada.

Caso NN5, Si bien se mantiene la impulsividad, ha bajado el puntaje en relación a la evaluación inicial, así de 84 puntos obtenidos en la evaluación inicial, en la evaluación final el paciente ha obtenido un puntaje de 79.

Con respecto a:

Impulsividad cognitiva: De 21 puntos obtenidos en la evaluación inicial, en la evaluación final el paciente ha obtenido 20 puntos

Impulsividad motora: De 31 puntos obtenidos en la evaluación inicial, en la evaluación final el paciente ha obtenido 28 puntos

Impulsividad no planeada: De 32 puntos obtenidos en la evaluación inicial, en la evaluación final el paciente ha obtenido 31 puntos

Se nota una disminución de puntajes en la impulsividad cognitiva, motora y no planeada.

4.5 Análisis cualitativo de resultados:

Para el análisis cualitativo se expondrá brevemente cada uno de los casos, enfocándonos en el proceso psicoterapéutico sobre todo en las técnicas que tienen un origen conductual y cognitivo, y que demostraron ser útiles y prácticas para el tratamiento de la impulsividad.

Para la aplicación de las técnicas se tomó en cuenta la personalidad, poniendo énfasis en reforzar ciertos factores de acuerdo a la necesidad de cada paciente.

El análisis seguirá el esquema que describe las tres fases de la intervención psicoterapéutica: investigación, planificación, ejecución y aplicación técnica. Se enfatiza en el conocimiento clínico del psicólogo para determinar las estrategias psicoterapéuticas y la aplicación de las técnicas, que son únicas para cada paciente. El objetivo es reconocer aspectos significativos de cada una de las intervenciones, tratando de reconocer cómo se aplicó la terapia. Al final se llegará al cierre del proceso psicoterapéutico en la que se hizo una evaluación final del tratamiento.

Caso “NN1”

1. Contexto del caso

NN 1 de 32 años se encuentra privado de libertad en el centro de rehabilitación social para personas privadas de libertad de Machala por el delito de asalto a mano armada e intento de asesinato. Ha tenido una historia de violencia, asaltos, agresividad, desde la adolescencia; y en el comienzo de la adultez, proxenetismo; esto le ha generado problemas en el ámbito social y personal ya que tiene inconvenientes con la ley en la actualidad.

NN es diagnosticado con trastorno antisocial de personalidad (departamento de Psicología). Los síntomas principales del cuadro son: comportamientos agresivos hacia los demás, violación grave de las normas, robos, irritabilidad, agresividad, irresponsabilidad, impulsividad, fracaso para adaptarse a las normas sociales.

2. Entrevista

Se realizaron tres entrevistas iniciales de investigación de la problemática del individuo. Se desarrollaron en un ambiente adecuado, mostrándose el paciente colaborador durante el proceso de la entrevista.

En el transcurso de la primera entrevista se puede apreciar a un paciente relajado y de hablar continuo, comienza hablando del motivo por el que lo han apresado, no niega haberlo hecho. Luego habla de su vida personal desde su infancia y adolescencia. Manifiesta que en la niñez luego de la escuela pasaba con sus amigos “solo vagando” toda la tarde hasta la noche, acepta que ha sido agresivo desde su infancia. Manifiesta que en el final de la niñez y a principios de la adolescencia empezó a cometer delitos con sus amigos de barrio, sin embargo ya en la adolescencia los delitos eran más graves y violentos, además de que se metía en peleas tanto personales como de grupos. En esta misma etapa de desarrollo vital se vuelve proxeneta. A los 18 años cambia por un año ya que se vuelve evangélico. Luego de ese año volvió a ser proxeneta y a cometer asaltos. La entrevista culminó luego de una hora aproximadamente pudiéndose sacar conclusiones acerca de los síntomas que el paciente ha presentado durante el desarrollo vital. Los síntomas que se lograron reconocer al final de la entrevista son: un patrón

general de desprecio y violación de los derechos de los demás desde la adolescencia, irresponsabilidad, agresividad, impulsividad.

En la segunda entrevista el paciente continuó con su relato, relatando nuevamente las partes de su vida que contó anteriormente aunque esta vez agregó que no se arrepentía de las peleas que tuvo y de haber agredido a las personas. Este relato se da en poco más de cuarenta minutos.

Luego de que ha terminado el relato se procede a iniciar la evaluación mediante reactivos. Se aplica el test de Millon y el test de impulsividad de Barratt. La entrevista termina en casi una hora y media.

En la tercera entrevista, se comienza directamente a explorar los síntomas que presenta el paciente, se dirige la entrevista tratando de reconocer síntomas mediante la evaluación del criterio diagnóstico del DSM V. Luego de esto se aplica el test de personalidad SEAPSI. La entrevista culmina en aproximadamente cuarenta minutos.

3. Exploración psicológica (reactivos)

Los resultados obtenidos en los test tanto de personalidad así como de impulsividad, nos permiten tener una mayor apreciación sobre el trastorno del paciente sobre todo con lo que refiere a la impulsividad. A continuación se evalúa los resultados de cada test.

I TEST DE PERSONALIDAD SEAPSI

Evaluación Inicial

Personalidad comportamental: Tipo Disocial. Puntaje 7

Evaluación Final

Personalidad comportamental: Tipo Disocial. Puntaje 6

II INVENTARIO DE LA PERSONALIDAD DE MILLON

Metas motivacionales:

Presentó puntajes mayores de 50 (lo cual significa que tiene mayor tendencia a ser miembro del grupo poseedor del rasgo). Dentro de los aspectos que se destacan en esta dimensión se presentan: apertura, modificación, individualismo.

Modos cognitivos:

Presentó puntajes mayores de 50 (lo cual significa que tiene mayor tendencia a ser miembro del grupo poseedor del rasgo). Dentro de los aspectos que se destacan en esta dimensión se presentan: extraversión, sensación, reflexión, innovación.

Conductas interpersonales:

Presentó puntajes mayores de 50 (lo cual significa que tiene mayor tendencia a ser miembro del grupo poseedor del rasgo). Dentro de los aspectos que se destacan en esta dimensión se presentan: comunicatividad, firmeza, discrepancia, control, insatisfacción.

III TEST DE IMPULSIVIDAD DE BARRATT

Evaluación Inicial: Puntaje 74. Alta Impulsividad.

4. Diagnóstico

Trastorno antisocial de Personalidad

Formulación del trastorno:

El análisis de la información recogida durante el proceso de evaluación, nos permite confirmar que el paciente presenta un trastorno antisocial de personalidad, el cual le ha ocasionado deterioro y problemas en el área personal, social y laboral. Siendo una constante el desprecio y violación de los derechos de los demás desde la adolescencia. Sus principales síntomas son: comportamientos agresivos hacia los demás, violación grave de las normas, robos, irritabilidad, agresividad, irresponsabilidad, impulsividad, fracaso para adaptarse a las normas sociales

5. Planificación:

Señalamiento de objetivos

Objetivo general Aplicar el tratamiento para la disminución de la impulsividad en el paciente con trastorno de personalidad antisocial.

Objetivos específicos

-Incrementar el autocontrol en el paciente para que pueda manejar de una forma adaptada las reacciones conductuales frente a ciertas situaciones.

-Mejorar el manejo ante situaciones de estrés para disminuir la conducta impulsiva que pueda generarse.

-Flexibilizar el rasgo de personalidad que refiere a la impulsividad para que disminuya la probabilidad de inadaptación y reacciones poco adecuadas.

-Disminuir la ansiedad como síntoma que se genera frente a ciertas situaciones y que pueden provocar reacciones impulsivas.

-Reforzar las habilidades sociales, básicamente en la asertividad y resolución de problemas ya que permiten mejorar los elementos de ansiedad, estrés y sobretodo ayuda al manejo de la impulsividad.

Señalamiento técnico:

Técnica para incrementar el autocontrol:

-La detención del pensamiento.

-El Autorregistro.

Técnica para mejorar el manejo ante situaciones de estrés:

-Reconceptualización/ adquisición y ensayo de habilidades.

Técnica para flexibilizar el rasgo de personalidad:

-Empirismo cooperativo.

-Técnica para disminuir la ansiedad:

-Alivio respiratorio.

-Técnica para reforzar las habilidades sociales

-Instrucciones/Aleaciones

6. Síntesis de las sesiones de psicoterapia

Sesión 1

Objetivos a alcanzar:

- Establecer encuadre terapéutico.
- Establecer rapport y empatía.
- Disminuir la ansiedad como síntoma que se genera frente a ciertas situaciones.
- Incrementar el autocontrol en el paciente para que pueda manejar de una forma adaptada las reacciones conductuales frente a ciertas situaciones.

Técnicas aplicadas:

- Alivio respiratorio.
- Detención del pensamiento.

Se estableció en esta primera sesión el encuadre del proceso, donde se explicó al paciente los síntomas principales de su trastorno dándose especial énfasis al síntoma impulsividad, indicándole los efectos negativos que ha causado en su vida este síntoma. Luego se comentó los objetivos propuestos de la terapia; que síntoma principalmente se va a trabajar; número de sesiones, los beneficios del tratamiento, y el grado de compromiso que se necesita para cumplir el proceso.

El paciente acepta los objetivos propuestos y se compromete a entregarse al proceso.

Luego de comenzar con una conversación trivial por unos minutos se le preguntó si alguna vez ha practicado o si sabe de qué se tratan las técnicas de relajamiento, contestando que no. Entonces se le explicó qué son las técnicas de relajamiento y para qué sirven. Se le indica que se le va enseñar una técnica específica; se le comienza a enseñar y a aplicar la técnica del alivio respiratorio. Se le explicó que esta técnica es una técnica de relajamiento y que se la va a aplicar varias veces durante las sesiones y que tiene que ser practicada post sesiones.

Se le pidió al paciente que contenga la respiración por todo el tiempo que pueda. Cuando ya no pueda contener más la respiración deje de contenerla. Se dejó pasar un instante y luego se le pidió lo mismo. Se lo hizo tres veces. El objetivo fue que se vaya familiarizando con el ejercicio.

La cuarta vez se le pidió que contenga la respiración hasta que se vuelva insoportable de contener, y que esta vez asocie una situación que le produce ansiedad, para luego cuando ya no pueda más la contención, reiniciar la respiración. La situación que eligió fue las discusiones que tenía con los compañeros y que le provocan volverse agresivo. El ejercicio se lo practicó cuatro veces. El objetivo fue que con el tiempo logre inhibir la ansiedad que se le genera esa situación específica.

Al final del ejercicio se le preguntó acerca de cómo se sintió con el ejercicio, a lo que respondió que fue un poco desesperante.

A continuación se le dijo que va a practicar un ejercicio para incrementar el autocontrol. Se le dio una explicación acerca de que es el autocontrol, de cómo se llama la técnica, de qué se trata la técnica y para qué sirve. Luego de esto se procedió a aplicarla.

La técnica que se aplicó es la técnica de la detención del pensamiento.

Se le pidió al paciente que cierre los ojos y describa en voz alta un pensamiento que provoque una reacción inadecuada. El paciente dijo: “A veces tengo ganas de pegar a alguien”. Antes de que termine la frase se gritó: ¡Basta! .Se le pidió que abra los ojos y se le pregunto si detuvo el pensamiento. Dijo que no. Luego se le pidió que repita el

pensamiento en voz alta varias veces y cada vez que lo decía antes de terminar la frase se le decía: ¡Basta! Al final se le pidió al paciente que antes de terminar la frase el mismo diga: ¡Basta! Se le pidió que lo haga varias veces. Al final del ejercicio se lo instruyó para que lo haga fuera de las sesiones, indicándole que en una hora específica debía repetir y detener en voz alta cualquier pensamiento que le genere reacciones inadecuadas, haciéndolo de diez a doce veces.

Luego de practicar estos dos ejercicios. Se comenta cada uno de ellos y se le pide opinión al paciente de los ejercicios realizados. Dijo que le ha resultado novedoso cada uno de los ejercicios y que estaba dispuesto a realizarlos fuera de sesión.

Luego de esto se da por concluida la sesión.

Sesión 2

Objetivo a alcanzar:

- Disminuir la ansiedad como síntoma que se genera frente a ciertas situaciones que pueden provocar reacciones impulsivas
- Incrementar el autocontrol en el paciente para que pueda manejar de una forma adaptada las reacciones conductuales frente a ciertas situaciones.

Técnicas aplicadas:

- Alivio respiratorio.
- Detención del pensamiento.

Se comienza comentando acerca de cómo le fue en la sesión anterior, la práctica de los ejercicios realizados tanto de relajamiento como del autocontrol y cómo se ha sentido practicándolos.

Dice haber practicado los ejercicios y que cada vez los va sintiendo menos extraños.

Entonces como se le había explicado en la sesión anterior, se le dice que las técnicas se las va a aplicar varias veces para que se vaya familiarizando con el manejo

de la ansiedad y el control. Se le procede a aplicar la segunda sesión de la técnica de alivio respiratorio.

Básicamente la instrucción para la aplicación de esta técnica fue la misma que en la sesión anterior. Se le pidió al paciente que contenga la respiración por todo el tiempo que pueda y cuando ya no pueda contener más la respiración deje de contenerla. Se lo hizo tres veces.

La cuarta vez se le pidió que contenga la respiración hasta que se vuelva insoportable de contener, y que asocie la misma situación de la primera sesión (ya que es una situación que se da con frecuencia), cuando ya no pueda más contener la respiración la reinicie. Se lo hizo al ejercicio cuatro veces.

Se le preguntó acerca de cómo se sintió esta vez con el ejercicio, a lo que respondió que se sintió mejor que en la anterior sesión.

A continuación se le dice que se va a repetir la práctica del ejercicio para incrementar el autocontrol. Básicamente la instrucción para la aplicación de esta técnica fue la misma que en la sesión anterior.

Se le pidió al paciente que cierre los ojos y describa en voz alta un pensamiento que provoque una reacción inadecuada. El paciente dijo: “Me da rabia que me digan eso”. Antes de que termine la frase se gritó: ¡Basta! Se le pidió que abra los ojos y se le preguntó si detuvo el pensamiento. Dijo que sí. Luego se le pidió que repita el pensamiento en voz alta varias veces y cada vez que lo decía antes de terminar la frase se le decía: ¡Basta! Al final se le pidió al paciente que antes de terminar la frase el mismo diga: ¡Basta! Se le pidió que lo haga varias veces. Al final del ejercicio se le volvió a instruir para que lo haga fuera de las sesiones, indicándole otra vez que tenía que ser en una hora específica haciéndolo de diez a doce veces.

Luego de esto se dio por finalizada la sesión.

Sesión 3

Objetivo a alcanzar:

- Disminuir la ansiedad como síntoma que se genera frente a ciertas situaciones y que pueden provocar reacciones impulsivas.
- Incrementar el autocontrol en el paciente para que pueda manejar de una forma adaptada las reacciones conductuales frente a ciertas situaciones.

Técnicas aplicadas:

- Alivio respiratorio.
- Detención de pensamiento.

Se comienza conversando acerca de cómo le ha ido en estos días, respondiendo que aparte de las situaciones que siempre suceden en el centro de rehabilitación, está “tranquilo dentro de lo que se puede”.

Se esperó un momento para ver si continuaba con su relato de las situaciones que se generan en el centro sin embargo no dijo nada. Se prefirió no preguntarle acerca de estas situaciones ya que podría generar una reacción adversa para el proceso.

Entonces se procede a realizar la tercera sesión, diciéndole que se aplicarán las mismas técnicas que en las sesiones anteriores pero que esta será la última vez.

Básicamente la instrucción para la aplicación de esta técnica fue la misma que en la sesión anterior. Se le pidió al paciente que contenga la respiración por todo el tiempo que pueda y cuando ya no pueda contener más la respiración deje de contenerla. Se lo hizo tres veces.

La cuarta vez se le pide que contenga la respiración hasta que se vuelva insoportable de contener, y que asocie la misma situación de la primera sesión (ya que es una situación que se da con frecuencia), cuando ya no pueda más contener la respiración la reinicie. Se lo hizo al ejercicio cuatro veces.

Se le preguntó acerca de cómo se sintió a lo que respondió que se sintió bien.

A continuación se práctica el ejercicio para incrementar el autocontrol. Básicamente la instrucción para la aplicación de esta técnica fue la misma que en las sesiones anteriores.

La técnica de la detención del pensamiento se aplicó pidiéndole que repita la frase de la sesión anterior. La frase es: “no te aguanto, te quiero pegar”. Antes de que termine la frase se gritó: ¡Basta! .Se le pidió que abra los ojos y se le preguntó si detuvo el pensamiento. Dijo que si lo había detenido. Luego se le pidió que repita el pensamiento en voz alta varias veces y cada vez que lo decía antes de terminar la frase se le decía: ¡Basta! Al final se le pidió al paciente que antes de terminar la frase el mismo diga: ¡Basta! Se le pidió que lo haga varias veces. Al final del ejercicio se le explicó que aunque era la última vez que se lo practicaba en sesión, el ejercicio se lo podía practicar cuando el considere necesario, y se le pidió que practique esa frase específica ya que es un pensamiento común debido al medio donde vive.

Luego de esto la sesión concluye.

Sesión 4

Objetivo a alcanzar:

- Incrementar el autocontrol en el paciente para que pueda manejar de una forma adaptada las reacciones conductuales frente a ciertas situaciones.
- Mejorar el manejo ante situaciones de estrés para disminuir la conducta impulsiva que pueda generarse.

Técnicas aplicadas:

- Autorregistro.
- Reconceptualización/Adquisición y ensayo de habilidades.

Luego de hacerse una retroalimentación de la sesión anterior. Se comienza la sesión con la técnica del autorregistro. Se le explica para qué sirve la técnica y en que consiste.

Se le pide que registre una conducta que haya sido frecuente en él y su grado de intensidad.

Entonces escribe como su conducta más común la impulsividad que genera agresividad.

Se le pide que ponga en un porcentaje la frecuencia de esta conducta, pone 40%.

Se le pide que ponga un grado de intensidad, pone: alto.

Se le pide que registre una situación, registrando: cuando alguien lo insulta el reacciona rápidamente con agresividad.

El trabajo consistió en que registre las consecuencias que se presentaban luego de esa conducta, consecuencias que reconoció (luego de proporcionarle las señales para que reconozca la adaptabilidad o inadaptabilidad) casi siempre como negativas y no adaptadas.

Luego de sacar las conclusiones acerca de las consecuencias negativas que se generan de una conducta, se procede a trabajar con el manejo ante situaciones de estrés. Se le explica en qué consiste lo que se va a trabajar y la técnica que se va a utilizar.

Se aplica la técnica de reconceptualización y adquisición de habilidades. Se le recordó que en la primera sesión dijo la frase: A veces tengo ganas de pegar a alguien (me da rabia que me digan eso) Se le pide que diga en qué momento se le viene esa frase, refiriendo que le sucede eso cuando está en el patio y escucha los insultos que hacen los compañeros. El trabajo consistió en identificar el estímulo ambiental que provocaba el estrés que en este caso fue los gritos e insultos. Entonces se trató de encontrar estrategias para que esa situación sea más llevable. La estrategia principal fue de reconocer los niveles de agresividad de sus compañeros y la forma de proceder tanto de ellos como de él; y sobre todo en las horas donde se escuche más gritos e insultos ponerse a hacer deporte.

Luego de esto se dio por terminada la sesión.

Sesión 5

Objetivo a alcanzar:

- Incrementar el autocontrol en el paciente para que pueda manejar en forma adaptada las reacciones conductuales frente a ciertas situaciones.
- Mejorar el manejo ante situaciones de estrés para disminuir la conducta impulsiva que pueda generarse.

Técnicas aplicadas:

- Autorregistro.
- Reconceptualización/Adquisición y ensayo de habilidades.

Luego de hacerse una retroalimentación de la sesión anterior. Se aplica la técnica del autorregistro.

Se le pide nuevamente que registre una situación específica en la que la impulsividad le genera agresividad. Registrando: Una vez en una discusión la persona me empezó a insultar, yo me puse muy molesto y reaccioné.

El trabajo consistió nuevamente en que registre las consecuencias que se presentaban luego de esa conducta, consecuencias que reconoció fueron peores para él, que para el agredido.

Se saca las conclusiones acerca de las consecuencias que se generaron de esa conducta, reconociendo que reaccionó de una manera intensa en relación a la situación.

A continuación se aplicó la técnica de reconceptualización y adquisición de habilidades. Se le recordó que en la segunda sesión dijo la frase: me da rabia que me digan eso. Se le pide que diga en qué momento se le viene esa frase, refiriendo que le sucede eso cuando alguien le discute. El trabajo consistió en identificar el estímulo ambiental que provocaba el estrés que en este caso fue la persona que le gusta contradecir lo que dice. Entonces se trató de encontrar estrategias para que esa situación sea más llevable. Lo estrategia principal fue aparte de reconocer que cada persona piensa diferente; sobre todo de identificar las personas que más discuten con los demás para

poder en el caso de que converse con ellos tenga temas de conversación triviales para que así haya menos probabilidad que se genere una discusión.

Luego de esto se da por terminada la sesión.

Sesión 6

Objetivo a alcanzar:

- Incrementar el autocontrol en el paciente para que pueda manejar de una forma adaptada las reacciones conductuales frente a ciertas situaciones.
- Reforzar las habilidades sociales.

Técnicas aplicadas:

- Autorregistro.
- Instrucciones/Aleaciones.

Luego de hacerse una retroalimentación de la sesión anterior. Se continúa con la técnica del autorregistro.

Se le pide nuevamente que registre otra situación específica en la que la impulsividad le genera agresividad. Registrando: Una vez cuando un guía se portó grosero yo le respondí también.

El trabajo consistió nuevamente en que registre las consecuencias que se presentaban luego de esa conducta, la consecuencia fue de ser reportado. Se saca las conclusiones acerca de las consecuencias que se generaron de esa conducta, reconociendo que en esas circunstancias no se puede reaccionar de igual forma que la otra persona ya que hay una alta posibilidad de ser castigado.

A continuación se empieza a trabajar con la técnica de instrucción/aleación. Se le explica en qué consiste y para qué sirve la técnica.

Se tomó la situación de la discusión con una persona que luego lo empezó a insultar. Se le explicó la naturaleza y el grado de discrepancia que existía entre la situación y la respuesta que tuvo. Se dio información de lo que sería una respuesta

apropiada. La respuesta a la que se llegó en consenso fue, decir ahora no voy a discutir contigo, cuando estés calmado hablamos, y luego retirarse. Se terminó el ejercicio con el compromiso de que en una situación similar trate de hacer eso.

Luego se dió por concluida la sesión.

Sesión 7

Objetivo a alcanzar:

- Incrementar el autocontrol en el paciente para que pueda manejar de una forma adaptada las reacciones conductuales frente a ciertas situaciones.
- Reforzar las habilidades sociales

Técnicas aplicadas:

- Autorregistro.
- Instrucciones/Alecciones.

Luego de conversar algún tema neutro. Se sigue trabajando con el autorregistro. Esta vez se registra esta conducta: Cuando hacen deporte, siempre reclama cuando no le envían la pelota. Se le pide entonces que registre las consecuencias que se presentaban luego de esa conducta, las consecuencias eran de terminar casi siempre en insultos y saliendo del juego. Se saca las conclusiones acerca de las consecuencias que se generaron de esa conducta, reconociendo que no siempre pueden pasarle la pelota, ni él es el único que juega, además que al reclamar de una manera desadaptada va a generarse respuestas desadaptadas.

A continuación se empieza a trabajar con la técnica de instrucción/alección. Se tomó la situación que acababa de contar para darle instrucciones. Se le explicó la naturaleza y el grado de discrepancia que existía entre la situación y la respuesta que tuvo. Se dio información de lo que sería una respuesta apropiada. La respuesta a la que se llegó en consenso fue, cuando empieza a alterarse, salga y observe el partido, al volver al partido trate de reclamar cada cierto tiempo en el caso de que no logre

permanecer callado. Es decir ponerse el objetivo de reclamar sin gritar y en un número de veces que sea mucho menor a lo que suele hacer.

Al final se le pide que lo ponga en práctica y concluye la sesión.

Sesión 8

Objetivo a alcanzar:

- Incrementar el autocontrol en el paciente para que pueda manejar de una forma adaptada las reacciones conductuales frente a ciertas situaciones.

Técnicas aplicadas:

- Autorregistro.

En esta sesión solo se trabaja la técnica del autorregistro.

Esta vez se registra esta conducta: Hay personas que me caen mal y las trato mal. Se le pide que registre las consecuencias que se presentaban luego de esa conducta, las consecuencias eran de terminar ser maltratado también. Se saca las conclusiones acerca de las consecuencias que se generaron de esa conducta, reconociendo que no todas las personas son iguales y cada persona tiene una forma de actuar y pensar de una manera diferente; así si alguien piensa diferente o actúa de una forma que a uno no le agrada, en ese instante pensar que no todos pueden pensar o actuar igual que uno.

Al final se le indica al paciente que esta es la última vez que se aplicó esta técnica explicándole que es una técnica que tiene que continuar practicándola. Se concluye la sesión.

Sesión 9

Objetivo a alcanzar:

- Flexibilizar rasgos de personalidad antisocial.

Técnicas aplicadas:

- Empirismo cooperativo

En esta sesión se aplicó la técnica del empirismo cooperativo. Se le explicó el objetivo de la técnica y de qué se trataba.

Se conversó acerca de las normas y reglas.

Se conversó una situación donde rompió las reglas. Como la técnica consiste en poner a prueba sus creencias mediante preguntas relacionadas con la comprobación de estas creencias, se dirigió la charla hacia ese objetivo. Se identificó la siguiente creencia en el paciente: la justificación. Al tratar de hacer algo por el simple hecho de quererlo, no le importaba romper las reglas y eso era motivo suficiente para justificar cualquier acción. El trabajo consistió en comprobar esas creencias erróneas.

Sesión 10

Objetivo a alcanzar:

- Flexibilizar rasgos de personalidad antisocial.

Técnicas aplicadas:

- Empirismo cooperativo

La sesión comenzó haciendo una retroalimentación de la sesión anterior. En esta sesión se le explicó al paciente que se le iba a aplicar la misma técnica.

Se charló situaciones donde el paciente discutía con personas debido a que le decían que estaba equivocado. Se puso a prueba sus creencias mediante preguntas relacionadas con la comprobación de estas creencias, se dirige la charla hacia ese objetivo. Se identificó la siguiente creencia en el paciente: infalibilidad personal. Al pensar que siempre elije bien, se considera infalible y que no puede estar equivocado, debido a esto no toleraba que le digan que se equivocó. El trabajo consistió en comprobar esas creencias erróneas.

Sesión 11

Objetivo a alcanzar:

- Flexibilizar rasgos de personalidad antisocial.

Técnicas aplicadas:

- Empirismo cooperativo.

Se continuó aplicando la misma técnica. La creencia de la justificación se siguió evidenciando en la conversación que se trataba del tema de los robos.

Se puso a prueba sus creencias mediante preguntas relacionadas con la comprobación de estas creencias, la charla fue dirigida hacia ese objetivo. La creencia de justificar todas sus acciones por el hecho de querer algo es bastante arraigada y se puso énfasis en la comprobación de esta creencia.

Sesión 12

Objetivo a alcanzar:

- Flexibilizar rasgos de personalidad antisocial.
- Analizar los logros alcanzados de la terapia.

Técnicas aplicadas:

- Empirismo cooperativo.

Se le comenzó recordando que está era la última sesión. La sesión tuvo el único objetivo de que el paciente logre comprobar la creencia de la justificación y en qué tipo de conducta se genera.

La creencia al estar arraigada no fue posible que se la sustituya por otra más adaptadas a la realidad, sin embargo se logró que el paciente reconozca que esta creencia puede traer consecuencias no favorables.

Al final se hizo un resumen de lo que se ha trabajado en las sesiones, evaluándose el proceso.

Se le pidió que escriba un porcentaje de cuanto había mejorado según él, así como se le aconsejó que continúe haciendo terapia.

Antes de cerrar el proceso se le aplicó nuevamente los test de impulsividad de Barratt y test Seapsi.

7. Conclusiones del caso

NN1 ha presentado desde su adolescencia hasta la actualidad, trastorno antisocial de la personalidad, donde ha sido un factor fundamental el aprendizaje, ya que se crió en un barrio en riesgo social, donde había delincuencia. Otro factor ha sido el ambiente, ya que ha vivido en una ciudad donde se ve mucho contrabando, delincuencia, lavado de dinero y corrupción, lo cual ha permitido la familiarización y aprendizaje del entorno por parte del paciente.

Estos factores han ocasionado al paciente conductas desadaptadas y luego un trastorno antisocial, ha habido un deterioro en el ámbito social, familiar y laboral.

El proceso de terapia realizado ha puesto énfasis y solo se ha enfocado en el síntoma impulsividad, uno de los principales dentro del trastorno. El motivo fundamental de la elección de este síntoma ha sido debido a que los pacientes con el trastorno producto de la impulsividad llegan a tener problemas en lo social y sobretodo con la ley. Además otro motivo, esta vez secundario fue que estos pacientes presentan violencia en muchas situaciones, la cual tiene una relación directa con la impulsividad; al disminuir la impulsividad pueden bajar los niveles de violencia.

Para tratar la impulsividad se eligieron cinco factores: la ansiedad, el estrés, el autocontrol, las habilidades sociales, los rasgos de personalidad. El motivo para la elección de estos cinco factores fue que al tratar cada uno de ellos directamente se disminuía el síntoma impulsividad; ya que hay relación directa entre estos y el síntoma.

En el paciente se puso énfasis en el incremento del autocontrol; ya que había una impulsividad motora desarrollada en el paciente, al incrementar el autocontrol, el paciente controlaba su impulsividad.

Se aplicó un test y un retest de impulsividad. Al comenzar el proceso el paciente obtuvo un puntaje de 74 lo cual significaba alta impulsividad, al finalizar el proceso el paciente obtuvo un puntaje de 69. Lo cual significa una disminución de 5 puntos.

Al final del proceso terapéutico el paciente indicó que había mejorado principalmente en las formas de reaccionar frente a ciertas situaciones.

Al final de la terapia se le preguntó al paciente en qué porcentaje piensa ha mejorado manifestando: en un cuarenta por ciento.

Finalmente se entrevistó al psicólogo del paciente que dijo haber visto pequeños cambios en el paciente sobre todo en la forma de tratar. Manifestó que no ha tenido reportes del paciente.

Caso NN2

1. Contexto del caso

NN 2 de 34 años se encuentra privado de libertad en el centro de rehabilitación social para personas privadas de libertad de Machala por el delito de prostitución a una menor de edad. Ha tenido una historia de robos, estafas; peleas, proxenetismo. Tiene una historia desde la adolescencia de violación de normas y reglas. Esto le ha generado problemas en el ámbito social y personal.

NN2 es diagnosticado con un trastorno de personalidad de tipo antisocial (departamento de psicología).

Presenta un patrón general de desprecio y violación de los derechos de los demás. Presenta comportamientos, agresivos, violación grave de las normas, robos, irritabilidad, impulsividad, fracaso para adaptarse a las normas sociales.

2. Entrevista

Se realizaron tres entrevistas iniciales de investigación de la problemática del individuo.

En el transcurso de la primera entrevista se puede apreciar a un paciente con fluidez verbal y seguridad.

Proviene de un hogar de condición sociocultural baja.

En la infancia fue desobediente y agresivo.

A los catorce años empieza a robar, a esa misma edad tiene una enamorada prostituta. De la que recibía dinero.

A partir de los diez y ocho años se va de la casa. Roba con amigos por todo el país, se metía en peleas e irrespetaba las leyes. Además siguió siendo proxeneta.

La entrevista concluyó pudiéndose sacar conclusiones acerca de los síntomas que el paciente ha presentado durante el desarrollo vital. Los síntomas que se lograron reconocer al final de la entrevista son: un patrón general de desprecio y violación de los derechos de los demás, irresponsabilidad, agresividad, impulsividad.

En la segunda entrevista, se comienza directamente a explorar los síntomas que presenta el paciente, se dirige la entrevista tratando de reconocer síntomas mediante la evaluación del criterio diagnóstico del DSM V.

En la tercera entrevista se aplicó el test de Millon, el test de impulsividad de Barratt y test de personalidad SEAPSI.

3. Exploración psicológica (reactivos)

Los resultados obtenidos en los test tanto de personalidad así como de impulsividad, nos permiten tener una mayor apreciación sobre el trastorno del paciente

sobre todo con lo que refiere a la impulsividad. A continuación se evalúa los resultados de cada test.

I TEST DE PERSONALIDAD SEAPSI

Evaluación Inicial

Personalidad comportamental: Tipo Disocial. Puntaje 6

Evaluación Final

Personalidad comportamental: Tipo Disocial. Puntaje 5

II INVENTARIO DE LA PERSONALIDAD DE MILLON

Metas motivacionales:

Presenta puntajes mayores de 50 (lo cual significa que tiene mayor tendencia a ser miembro del grupo poseedor del rasgo). Dentro de los aspectos que se destacan en esta dimensión se presentan: apertura, acomodación, individualismo.

Modos cognitivos:

Presenta puntajes mayores de 50 (lo cual significa que tiene mayor tendencia a ser miembro del grupo poseedor del rasgo). Dentro de los aspectos que se destacan en esta dimensión se presentan: sensación, reflexión, innovación.

Conductas interpersonales:

Presenta puntajes mayores de 50 (lo cual significa que tiene mayor tendencia a ser miembro del grupo poseedor del rasgo). Dentro de los aspectos que se destacan en esta dimensión se presentan: comunicatividad, firmeza, discrepancia, control, insatisfacción.

III TEST DE IMPULSIVIDAD DE BARRATT

Evaluación Inicial: Puntaje 74. Alta Impulsividad.

4. Diagnóstico

Trastorno antisocial de Personalidad

Formulación del trastorno:

El análisis de la información recogida durante el proceso de evaluación, nos permite confirmar que el paciente presenta un trastorno antisocial de personalidad, el cual le ha ocasionado deterioro y problemas en el área social. Siendo una constante el desprecio y violación de los derechos de los demás. Sus principales síntomas son:

Patrón general de desprecio y violación de los derechos de los demás, irritabilidad, agresividad, impulsividad.

5. Planificación:

Señalamiento de objetivos

Objetivo general Aplicar el tratamiento para la disminución de la impulsividad en el paciente con trastorno de personalidad antisocial.

Objetivos específicos

-Incrementar el autocontrol en el paciente para que pueda manejar de una forma adaptada las reacciones conductuales frente a ciertas situaciones.

-Mejorar el manejo ante situaciones de estrés para disminuir la conducta impulsiva que pueda generarse.

-Flexibilizar el rasgo de personalidad que refiere a la impulsividad para que disminuya la probabilidad de inadaptación y reacciones poco adecuadas.

-Disminuir la ansiedad como síntoma que se genera frente a ciertas situaciones y que pueden provocar reacciones impulsivas.

-Reforzar las habilidades sociales, básicamente en la asertividad y resolución de problemas ya que permiten mejorar los elementos de ansiedad, estrés y sobretodo ayuda al manejo de la impulsividad.

Señalamiento técnico:

Técnica para incrementar el autocontrol:

-La detención del pensamiento.

Técnica para mejorar el manejo ante situaciones de estrés:

-La experiencia simulada.

Técnica para flexibilizar el rasgo de personalidad:

-Abordaje de esquemas.

-Técnica para disminuir la ansiedad:

-Técnica de la distracción.

-Técnica para reforzar las habilidades sociales

-Ensayo de conducta.

Instrucciones/Aleaciones.

6. Síntesis de las sesiones de psicoterapia

Sesión 1

Objetivos a alcanzar:

- Establecer encuadre terapéutico
- Establecer rapport y empatía
- Incrementar el autocontrol en el paciente para que pueda manejar de una forma adaptada las reacciones conductuales frente a ciertas situaciones.

- Mejorar el manejo ante situaciones de estrés para disminuir la conducta impulsiva que pueda generarse.

Técnicas aplicadas:

- Detención del pensamiento
- Experiencia Simulada

Se estableció en esta primera sesión el encuadre del proceso, donde se explicó al paciente los síntomas principales de su trastorno, dándose especial énfasis al síntoma impulsividad, indicándole los efectos negativos que ha causado en su vida este síntoma. Luego se comentó los objetivos propuestos de la terapia; que síntoma principalmente se va a trabajar; número de sesiones, los beneficios del tratamiento, y el grado de compromiso que se necesita para cumplir el proceso.

El paciente acepta los objetivos propuestos y se compromete a entregarse al proceso.

A continuación se le aplicó la técnica de detención del pensamiento explicándole para qué sirve la técnica y de qué se trata. Se le indica las siguientes instrucciones: se le pidió al paciente que cierre los ojos y describa en voz alta un pensamiento que provoque una reacción inadecuada. El paciente dijo: “tengo mucha rabia”. Antes de que termine la frase se gritó: ¡Basta! Luego se le vuelve a pedir que abra los ojos. Después de un instante se le pidió que repita el pensamiento en voz alta varias veces y cada vez que lo decía antes de terminar la frase se le decía: ¡Basta! Al final se le pidió al paciente que antes de terminar la frase que el mismo diga: ¡Basta! Se le pidió que lo haga varias veces.

Al final del ejercicio se le dijo que tiene que hacerlo varias veces y que tiene que practicarlo fuera de sesiones; indicándole que lo haga en horas específicas haciéndolo de diez a doce veces.

A continuación se le dice que va a practicar un ejercicio para mejorar el manejo ante situaciones de estrés. Se le da una explicación de cómo es y para qué sirve esta técnica.

Se le pide que simule una experiencia en la que se sintió amenazado. Elije simular (ayudado por el terapeuta) las veces que lo interrogan los guías. Al preguntarle cuál cree que es la parte más estresante, manifiesta cuando suben el tono de voz.

Luego de una charla analizando los tonos de voz y su adecuada o no adecuada utilización se llega a la conclusión de que en esas circunstancias a veces se utilizan tonos de voz que si bien pueden generar reacciones adversas, estos son temporales y producto de las circunstancias.

Luego de esto se da por concluida la sesión.

Sesión 2

Objetivos a alcanzar:

- Incrementar el autocontrol en el paciente para que pueda manejar de una forma adaptada las reacciones conductuales frente a ciertas situaciones.

Mejorar el manejo ante situaciones de estrés para disminuir la conducta impulsiva que pueda generarse.

Técnicas aplicadas:

- Detención del pensamiento
- Experiencia Simulada

En esta sesión se le aplicó nuevamente la técnica de detención del pensamiento. Las instrucciones son las mismas: se le pidió al paciente que cierre los ojos y describa en voz alta un pensamiento que provoque una reacción inadecuada. El paciente dijo: “quiero que te calles”. Antes de que termine la frase se gritó: ¡Basta! Luego se le vuelve

a pedir que abra los ojos. Después de un instante se le pidió que repita el pensamiento en voz alta varias veces y cada vez que lo decía antes de terminar la frase se le decía: ¡Basta! Al final se le pidió al paciente que antes de terminar la frase que el mismo diga: ¡Basta! Se le pidió que lo haga varias veces.

Al final se le pidió practicarlos fuera de sesiones.

A continuación se aplicó la técnica de la experiencia simulada. Se le pide que simule otra experiencia en la que se sienta amenazado. Elije simular (ayudado por el terapeuta) los gritos y peleas entre compañeros. Al preguntarle cuál cree que es la parte más estresante, manifiesta cuando empiezan a insultarse.

Luego de una charla analizando la situación se reconoce que al suceder esto el paciente tiene deseos de hacerlos callar a todos. Se vuelve a analizar la situación y se llega a la conclusión de que él no puede intervenir en alguna situación en la que no está inmerso ni es obligación de él poner en orden a los demás.

Sesión 3

Objetivos a alcanzar:

- Incrementar el autocontrol en el paciente para que pueda manejar de una forma adaptada las reacciones conductuales frente a ciertas situaciones.

Mejorar el manejo ante situaciones de estrés para disminuir la conducta impulsiva que pueda generarse.

Técnicas aplicadas:

- Detención del pensamiento
- Experiencia Simulada

Se procede a realizar la tercera sesión, diciéndole que se aplicarán las mismas técnicas de las sesiones anteriores pero que esta será la última vez que se las utiliza, aunque es fundamental que las siga practicando fuera de sesión.

En esta sesión se le pide que detenga las dos frases que ha dicho en las dos sesiones anteriores. Se le da las instrucciones: se le pide al paciente que cierre los ojos y describa en voz alta la frase y al decirlo se gritó: ¡Basta! Luego se le volvió a pedir que abra los ojos y se le pidió que repita el pensamiento en voz alta varias veces y cada vez que lo decía antes de terminar la frase se le decía: ¡Basta! Al final se le pidió al paciente que antes de terminar la frase que el mismo diga: ¡Basta! Se le pidió que lo haga varias veces. Así mismo se le pidió que haga con la otra frase.

Al final se le recuerda que tiene que hacerlo varias veces y que tiene que practicarlo fuera de sesiones, de diez a doce veces.

Se aplicó la técnica de la experiencia simulada. Se le pide que simule las dos situaciones que ha estado simulando en las sesiones anteriores. Luego como retroalimentación se le volvió a decir las mismas conclusiones a las que se había llegado, el objetivo fue que se cree un reforzamiento mediante repetición.

Luego de esto la sesión concluye.

Sesión 4

Objetivo a alcanzar:

Disminuir la ansiedad como síntoma que se genera frente a ciertas situaciones y que pueden provocar reacciones impulsivas.

- Reforzar las habilidades sociales.

Técnicas aplicadas:

- Técnica de la distracción
- Ensayo de conducta

En esta sesión se aplica la técnica de la distracción. Se le explica al paciente cual es el objetivo y de qué se trata la técnica.

A continuación se le pide al paciente que concentre su atención en una silla y que lo haga intensamente. Se le pide que lo haga por un par de minutos y luego que vuelva.

Se le hace el ejercicio varias veces. Luego se le indica que en el momento que haya alguna situación que le genere ansiedad, concentre su atención en un punto externo específico y lo haga por un tiempo. Así la ansiedad que le genera la situación podría disminuir. Se le dice que este ejercicio tiene que practicarlo.

Con respecto al ensayo de conducta, se le explicó el objetivo de la técnica y los logros que se pueden alcanzar. Se le recuerda que en sesiones anteriores había dicho que una situación que le molestaba era cuando los guías interrogaban.

Se le pide recrear la situación con la ayuda del terapeuta. Se le enseña la forma como debería proceder ante esta situación y se le hace que la practique. El objetivo principal fue enseñarle el tipo de conducta que tiene que tomar frente a esa situación.

Luego de esto se dio por terminada la sesión.

Sesión 5

Objetivo a alcanzar:

Disminuir la ansiedad como síntoma que se genera frente a ciertas situaciones y que pueden provocar reacciones impulsivas.

- Reforzar las habilidades sociales

Técnicas aplicadas:

- Técnica de la distracción
- Ensayo de conducta

En esta sesión se aplica nuevamente la técnica de la distracción.

Se le pide al paciente que concentre su atención esta vez en un lápiz y que lo haga intensamente. Se le pide que lo haga por un par de minutos y luego que vuelva.

Se le hace el ejercicio varias veces. Se le vuelve a indicar que en el momento que haya alguna situación que le genere ansiedad, concentre su atención en un punto cualquiera, el que el elija, y lo haga por un tiempo. Así la ansiedad disminuirá.

Al aplicar la técnica del ensayo de conducta se le recuerda en qué consiste la técnica, se le enseña y luego se le pide que ensaye cómo tiene que reaccionar frente a una situación de gritos y peleas cuando se dan cerca de él. Se le hace que ensaye la conducta tres veces para que se vaya habituando al tipo de conducta que va a poner en práctica.

Sesión 6

Objetivo a alcanzar:

- Reforzar las habilidades sociales

Técnica aplicada:

- Instrucciones/aleaciones

En esta sesión se aplica sola la técnica de instrucción. El ejercicio consistió en charlar e informar el grado de discrepancia que tiene el reaccionar de una manera no adecuada frente a la situación específica de cuando los guías lo interrogan. Pidiéndole que tome en cuenta que el poner en práctica la conducta que se le ha enseñado en esa situación, sería la forma más adecuada para que se den consecuencias favorables.

Sesión 7

Objetivo a alcanzar:

- Reforzar las habilidades sociales

Técnica aplicada:

- Instrucciones/aleaciones

En esta sesión se vuelve a aplicar sola la técnica de instrucción. El ejercicio consistió esta vez en charlar e informar el grado de discrepancia que tiene el reaccionar

(a veces sin motivo) de una manera no adecuada frente a la situación específica de cuando cerca de él se dan gritos y peleas. Pidiéndole que tome en cuenta que el poner en práctica la conducta que se le ha enseñado en esa situación, sería la forma más adecuada para que se den consecuencias favorables.

Sesión 8

Objetivo a alcanzar:

- Flexibilizar rasgos de personalidad

Técnicas aplicadas:

- Abordaje de esquemas

Para empezar a conocer los esquemas, en esta sesión se comienza a conversar con el paciente acerca de la opinión que tiene acerca de las mujeres.

En esta sesión se limitó solo a escuchar y reconocer las creencias que tenía el paciente sin hacer intento de poner a prueba esas creencias. El objetivo en esta sesión fue reconocer las creencias.

Después de una serie de pensamientos por parte del paciente, se descubre y destaca estas creencias: las mujeres son inútiles, son débiles.

Sesión 9

Objetivo a alcanzar:

- Flexibilizar rasgos de Personalidad

Técnicas aplicadas:

- Abordaje de esquemas

Esta sesión también se la dedica a la identificación de las creencias.

Se le vuelve a tocar el tema al paciente de la opinión que tiene acerca de las mujeres, pero esta vez se dirige la charla pidiéndole opiniones específicas acerca de sus relaciones amorosas.

En esta sesión tampoco se hizo intento alguno de poner a prueba las creencias que se iban reconociendo. El objetivo en esta sesión fue reconocer cuales eran las creencias más recurrentes.

Al final de la sesión se vuelven a repetir las creencias: las mujeres son inútiles, son débiles, y esta vez se encuentra la creencia de que las mujeres solo sirven para el sexo, y son brutas.

Sesión 10

Objetivo a alcanzar:

- Flexibilizar rasgos de personalidad.

Técnicas aplicadas:

- Abordaje de esquemas

En esta sesión se abordaron las creencias que se habían descubierto, sin embargo para no saturar al paciente durante la sesión, se toman específicamente dos creencias para ponerlas a prueba y comprobar su disfuncionalidad. Las creencias que se tomaron fueron: las mujeres son inútiles y son débiles.

La sesión transcurre en hacerle preguntas que estimulen a la comprobación de esas creencias, además se le pidió que dé con ejemplos que esas creencias son verdaderas. Se le pidió que compruebe sus aseveraciones.

Sesión 11

Objetivo a alcanzar:

- Flexibilizar rasgos de personalidad antisocial

Técnicas aplicadas:

- Abordaje de esquemas

En esta sesión se continúa con el abordaje de las creencias que se habían descubierto, pero esta vez se toman las otras dos creencias que se habían descubierto para ponerlas a prueba y comprobar su disfuncionalidad. Las creencias fueron: las mujeres solo sirven para el sexo y son brutas.

La sesión al igual que la anterior, transcurre en hacerle preguntas que estimulen a la comprobación de esas creencias, que dé con ejemplos esas creencias que piensa que son verdaderas y se le pidió que compruebe sus aseveraciones.

Sesión 12

Objetivo a alcanzar:

- Flexibilizar rasgos de personalidad antisocial

Técnicas aplicadas:

- Abordaje de esquemas

Para finalizar la terapia, en esta sesión se tomaron las cuatro creencias y se trató de confrontarlas poniendo ejemplos que demostraban que esas creencias eran disfuncionales, se le demostró al paciente que esas creencias generaban conductas disfuncionales.

Al final se hizo un resumen de lo que se había trabajado en las sesiones, evaluándose el proceso.

Antes de cerrar el proceso se le aplicó nuevamente los test de impulsividad de Barratt y test SEAPSI.

7. Conclusiones del caso

NN2 presenta trastorno antisocial de la personalidad, la falta de sensibilidad y afectividad ha sido una de las características del paciente que a la vez ha sido factor

reforzador para la mantención de ciertos síntomas; síntomas que han ocasionado un deterioro en el ámbito social.

El proceso de terapia realizado ha puesto énfasis y solo se ha enfocado en el síntoma impulsividad, uno de los principales síntomas dentro del trastorno. El motivo fundamental de la elección de este síntoma ha sido debido a que los pacientes con el trastorno producto de la impulsividad llegan a tener problemas en lo social y sobretodo con la ley. Además, otro motivo fue que estos pacientes presentan violencia en muchas situaciones, la cual tiene una relación directa con la impulsividad; al disminuir la impulsividad pueden bajar los niveles de violencia.

Para tratar la impulsividad se eligieron cinco factores: la ansiedad, el estrés, el autocontrol, las habilidades sociales, los rasgos de personalidad. El motivo para la elección de estos cinco factores fue que al tratar cada uno de ellos directamente se disminuía el síntoma impulsividad; ya que hay relación directa entre estos y el síntoma.

En el paciente se puso énfasis en el incremento del autocontrol y el reforzamiento de habilidades sociales. El motivo por lo que se puso énfasis en los factores antes mencionados es que había una tendencia a la impulsividad. Al incrementar el autocontrol y reforzar las habilidades sociales, la impulsividad disminuiría.

Se aplicó un test y un retest de impulsividad. Al comenzar el proceso el paciente obtuvo un puntaje de 74 lo cual significaba alta impulsividad, al finalizar el proceso el paciente obtuvo un puntaje de 70. Lo cual significa una disminución de 4 puntos.

Al final del proceso terapéutico el paciente indicó que había mejoría con respecto a las habilidades sociales logrando adquirir ciertas conductas que antes no las había hecho.

Se le preguntó al paciente en qué porcentaje piensa ha mejorado manifestando: en un cincuenta por ciento.

Finalmente se entrevistó al psicólogo del paciente, este dijo haber notado en el paciente mejor trato hacia las personas y autocontrol.

Caso “NN3”

1. Contexto del caso

NN 3 de 30 años se encuentra privado de libertad en el centro de rehabilitación social para personas privadas de libertad de Machala por el delito de robo e intento de asesinato. Ha tenido una historia de asaltos y peleas desde la adolescencia aunque principalmente en la adultez temprana; esto le ha generado problemas en el ámbito social y personal ya que tiene inconvenientes con la ley (se encuentra privado de libertad) y le ha generado obtención de problemas graves con las personas, también inconvenientes en el ámbito laboral ya que ha sido botado de los trabajos.

NN 3 es diagnosticado con trastorno antisocial de personalidad (departamento de psicología). Los síntomas principales del cuadro son: fracaso para adaptarse a normas sociales, agresividad, irritabilidad, deshonestidad, irresponsabilidad, impulsividad.

2. Entrevista

Se realizaron tres entrevistas iniciales de investigación de la problemática del individuo. Se desarrollaron en un ambiente distendido y relajado, mostrándose el paciente colaborador durante el proceso de la entrevista.

En el transcurso de la primera entrevista se puede apreciar que existe un afán de colaboración por parte del paciente expresándose libremente durante la entrevista. Comienza a hablar de su vida personal desde su infancia y adolescencia durante la primera mitad de la entrevista, sin embargo cuando llega a la adultez comienza diciendo el motivo de su privación de libertad manifestando que había asaltado, pero con respecto al intento de asesinato lo han acusado injustamente ya que el “solo asaltó”. Luego continuó con el relato de su vida hasta llegar nuevamente al motivo de su privación de libertad. La entrevista culminó luego de casi una hora y media desde que inició pudiéndose sacar conclusiones acerca de los síntomas que el paciente ha presentado durante el desarrollo vital. Los síntomas que se lograron reconocer al final de la entrevista son: un patrón general de desprecio y violación de los derechos de los demás desde la adolescencia, agresividad, impulsividad, deshonestidad, irresponsabilidad.

En la segunda entrevista se deja al paciente que continúe libremente con su relato comentando aquí ciertos momentos en su vida específicos y que refieren a mentiras y a peleas a veces sin motivo alguno, todo esto producto de su impulsividad. Este relato se da en aproximadamente una hora.

Luego de que ha terminado el relato se procede a iniciar la evaluación mediante reactivos. Se inicia en esta sesión con la aplicación del test de Millon. La entrevista termina en aproximadamente más de hora y media. Se le da el test de personalidad SEAPSI para que lo llene luego de la sesión.

En la tercera entrevista (luego de una breve conversación para establecer y afianzar el rapport y la empatía), se comienza directamente a explorar los síntomas que presenta el paciente, se dirige la entrevista tratando de reconocer síntomas mediante la evaluación del criterio diagnóstico del DSM V. Luego de esto se aplica el test de impulsividad de Barratt. La entrevista culmina en aproximadamente un poco más de hora y media.

3. Exploración psicológica (reactivos)

Los resultados obtenidos en los test tanto de personalidad así como de impulsividad, nos permiten tener una mayor apreciación sobre el trastorno del paciente sobre todo en lo que refiere a la impulsividad. A continuación se evalúa los resultados de cada test.

I TEST DE PERSONALIDAD SEAPSI

Evaluación Inicial

Personalidad comportamental: Tipo Disocial. Puntaje 8

Evaluación Final

Personalidad comportamental: Tipo Disocial. Puntaje 7

II INVENTARIO DE LA PERSONALIDAD DE MILLON

Metas motivacionales:

Presenta puntajes mayores de 50 (lo cual significa que tiene mayor tendencia a ser miembro del grupo poseedor del rasgo). Dentro de los aspectos que se destacan en esta dimensión se presentan: apertura, individualismo.

Modos cognitivos:

Presenta puntajes mayores de 50 (lo cual significa que tiene mayor tendencia a ser miembro del grupo poseedor del rasgo). Dentro de los aspectos que se destacan en esta dimensión se presenta: introversión, sensación, innovación.

Conductas interpersonales:

Presenta puntajes mayores de 50 (lo cual significa que tiene mayor tendencia a ser miembro del grupo poseedor del rasgo). Dentro de los aspectos que se destaca en esta dimensión se presenta: retraimiento, firmeza, discrepancia, control, insatisfacción.

III TEST DE IMPULSIVIDAD DE BARRATT

Evaluación Inicial: Puntaje 81. Alta Impulsividad.

4. Diagnóstico

Trastorno antisocial de Personalidad

Formulación del trastorno:

El análisis de la información recogida durante el proceso de evaluación, nos permite confirmar que el paciente presenta un trastorno antisocial de personalidad, el cual le ha ocasionado deterioro y problemas en el área personal, social y laboral. Siendo una constante el desprecio y violación de los derechos de los demás desde la adolescencia. Sus principales síntomas son el fracaso para adaptarse a las normas sociales, agresividad, deshonestidad, irritabilidad, irresponsabilidad, impulsividad

5. Planificación:

Señalamiento de objetivos

Objetivo general Aplicar el tratamiento para la disminución de la impulsividad en el paciente con trastorno de personalidad antisocial.

Objetivos específicos

-Incrementar el autocontrol en el paciente para que pueda manejar de una forma adaptada las reacciones conductuales frente a ciertas situaciones.

-Mejorar el manejo ante situaciones de estrés para disminuir la conducta impulsiva que pueda generarse.

-Flexibilizar el rasgo de personalidad que refiere a la impulsividad para que disminuya la probabilidad de inadaptación y reacciones poco adecuadas.

-Disminuir la ansiedad como síntoma que se genera frente a ciertas situaciones y que pueden provocar reacciones impulsivas.

-Reforzar las habilidades sociales, básicamente en la asertividad y resolución de problemas ya que permiten mejorar los elementos de ansiedad, estrés y sobretodo ayuda al manejo de la impulsividad.

Señalamiento técnico:

Técnica para incrementar el autocontrol:

-La detención del pensamiento.

Técnica para mejorar el manejo ante situaciones de estrés:

-La experiencia simulada.

Técnica para flexibilizar el rasgo de personalidad:

-Sondeos cognitivos.

Técnica para disminuir la ansiedad:

-Técnica de relajamiento de Wolpe.

Técnica para reforzar las habilidades sociales

-Búsqueda de soluciones alternativa.

1. Síntesis de las sesiones de psicoterapia

Sesión 1

Objetivos a alcanzar:

- Establecer encuadre terapéutico
- Establecer rapport y empatía
- Mejorar el manejo ante situaciones de Estrés para disminuir la conducta impulsiva que pueda generarse.
- Disminuir la ansiedad como síntoma que se genera frente a ciertas situaciones y que pueden provocar reacciones impulsivas.

Técnicas aplicadas:

- Técnica de relajamiento de Wolpe.
- Experiencia simulada

Se estableció en esta primera sesión el encuadre del proceso, donde se explicó al paciente los síntomas principales de su trastorno dándose especial énfasis al síntoma impulsividad, indicándole los efectos negativos que ha causado en su vida este síntoma. Luego se comentó los objetivos propuestos de la terapia; qué síntoma principalmente se va a trabajar; los beneficios del tratamiento y el grado de compromiso que se necesita para cumplir el proceso.

El paciente acepta los objetivos propuestos y se compromete a entregarse al proceso.

Luego de comenzar con una conversación trivial por unos minutos se le pregunta si alguna vez ha practicado técnicas de relajamiento, contestando que no. Se le explica qué son las técnicas de relajamiento y para qué sirven. Se le indica que se le va enseñar una técnica específica; entonces se le comienza a enseñar y a aplicar la técnica de

relajamiento de Wolpe. Se le explicó que es una técnica de relajamiento y que consta de seis sesiones y que tiene que ser practicada dos veces al día con un promedio de duración de quince minutos.

Se le pidió al paciente que sentado en la silla empuñe su brazo derecho, luego se empezó a ejercer presión sobre su muñeca pidiéndole que resista a la presión, se lo hizo por un corto tiempo y luego a medida que disminuía la presión ejercida, el paciente también disminuía la tensión de su brazo. Se le pidió que continúe relajando el brazo. Se hizo lo mismo con su brazo izquierdo y luego se repitió el ejercicio. Al final se le pidió que haga el ejercicio con los dos brazos.

Se le preguntó acerca de cómo se sintió con el ejercicio y además se le dijo las veces al día tenía que practicarlo.

A continuación se le dijo que iba a practicar un ejercicio para mejorar el manejo ante situaciones de estrés. Se le da una breve explicación acerca de para qué sirve esta técnica y se procede a aplicarla.

Se le pidió que simule una experiencia en la que se sintió amenazado. Elije simular (ayudado por el terapeuta) las veces que hacen redadas dentro del centro él se siente amenazado en intimidado ya que tratan mal a los privados de libertad. Al preguntarle cuál cree que es la parte más estresante, manifiesta cuando tratan mal ya que a veces lo tratan mal a él también y le da ganas de responder a los golpes.

Al finalizar el ejercicio se analiza la situación haciéndole caer en cuenta que al actuar el terapeuta de policía el cambió de rostro. Se le preguntó lo que sintió, respondió deseos de golpear.

Luego de una charla analizando las consecuencias de responder a la agresividad ante una situación adversa se llega a la conclusión de que lo más importante sería no reaccionar y sobretodo hacer caso y tratar de seguir las instrucciones que se le piden en ese instante para que haya menos riesgo de ser agredido.

Luego de esto se da por concluida la sesión.

Sesión 2

Objetivo a alcanzar:

- Disminuir la ansiedad como síntoma que se genera frente a ciertas situaciones y que pueden provocar reacciones impulsivas.
- Mejorar el manejo ante situaciones de estrés para disminuir la conducta impulsiva que pueda generarse.

Técnicas aplicadas:

- Técnica de relajamiento de Wolpe
- Experiencia simulada

Se comienza comentando acerca de cómo le fue en la sesión anterior, la práctica del ejercicio de relajamiento y que novedades ha habido en estos días. Comenta que no ha habido ninguna novedad.

Se le procede a aplicar la segunda sesión de la técnica de relajamiento de Wolpe.

Se le explicó la influencia de las emociones en el cuerpo, sobre todo en la cara. Luego se le hizo una demostración del ejercicio que se iba a realizar contrayendo y relajando los músculos de la frente cada cinco segundos. Se le indicó que tenía que realizarlo seis veces. Luego se continuó con los músculos de la nariz, arrugándolos y luego frunciendo y sonriendo. El ejercicio se lo práctico durante diez minutos.

Luego de hacer el ejercicio de relajación se hace una retroalimentación de la técnica de la experiencia simulada que se la había practicado en la sesión anterior. Se le pide que simule otra situación. Esta vez elige simular (ayudado por el terapeuta) como se pone cuando se genera una pelea entre compañeros y él está cerca. Al finalizar el ejercicio se le hace caer en cuenta que miraba al terapeuta de una manera detenida y fijamente, al preguntársele que sintió, dijo sentirse con ganas de meterse en la pelea.

Luego de analizar la desventaja y las consecuencias que tiene si se mete en la pelea, se concluye que hay que tomar distancia de lo que está aconteciendo alejándose de esa situación.

Al final se comenta acerca de cómo se sintió con los ejercicios y se da por terminada la sesión.

Sesión 3

Objetivo a alcanzar:

- Disminuir la ansiedad como síntoma que se genera frente a ciertas situaciones y que pueden provocar reacciones impulsivas.
- Incrementar el autocontrol en el paciente para que pueda manejar de una forma adaptada las reacciones conductuales frente a ciertas situaciones.

Técnicas aplicadas:

- Técnica de relajamiento de Wolpe.
- Detención de pensamiento.

Se comienza conversando acerca de cómo le fue en la sesión anterior, el paciente comenta que le va funcionando bien el ejercicio de relajamiento y que se encuentra practicándolo todos los días.

Entonces se procede a realizar la tercera sesión de la técnica de relajamiento. Se le pide al paciente que apriete los dientes y que presione la punta de la lengua contra los incisivos inferiores. Se le pide que practique ese ejercicio varias veces. Luego se le pide que intente abrir los maxilares oponiendo resistencia. Se le pide que lo haga varias veces. Se le pregunta como le fue con el ejercicio y dice que bien.

Finalmente se aplica la técnica de la detención del pensamiento. Se le explica en qué consiste la técnica y para qué sirve. Se le pidió al paciente que cierre los ojos y describa en voz alta un pensamiento que provoque una reacción inadecuada. El paciente

dijo: “no te aguanto, te quiero pegar”. Antes de que termine la frase se gritó: ¡Basta! Se le pidió que abra los ojos y se le preguntó si detuvo el pensamiento. Luego se le pidió que repita el pensamiento en voz alta varias veces y cada vez que lo decía antes de terminar la frase se le decía: ¡Basta! Al final se le pidió al paciente que antes de terminar la frase el mismo diga: ¡Basta! Se le pidió que lo haga varias veces. Al final del ejercicio se lo instruyó para que lo haga fuera de las sesiones, indicándole que en una hora específica debía repetir y detener en voz alta cualquier pensamiento que le genere reacciones inadecuadas, haciéndolo de diez a doce veces.

Luego de hacer una retroalimentación de la sesión se la dio por concluida.

Sesión 4

Objetivo a alcanzar:

- Disminuir la ansiedad como síntoma que se genera frente a ciertas situaciones y que pueden provocar reacciones impulsivas
- Incrementar el autocontrol en el paciente para que pueda manejar de una forma adaptada las reacciones conductuales frente a ciertas situaciones.

Técnicas aplicadas:

- Técnica de relajamiento de Wolpe.
- Detención de pensamiento.

Luego de iniciar la sesión con una conversación trivial con el objetivo de incrementar el rapport y la empatía, se hace una retroalimentación de la sesión anterior.

En esta cuarta sesión se continúa con el trabajo de la técnica de relajamiento de Wolpe, se trabajó el cuello y los hombros. Se sentó el paciente en una silla y se le pidió que incline su cabeza hacia atrás hasta que sienta tensión en el cuello. Luego se le pidió que gire la cabeza hacia la derecha y se dé cuenta cómo se moviliza la tensión hacia ese lado. Se le pidió que haga lo mismo hacia la izquierda. Luego se le pidió que mueva la barbilla hacia adelante y hacia abajo y presione su pecho contra ella. Luego de algunos

segundos se le pidió que vuelva la cabeza a la posición normal y que sienta cómo se relaja. Luego se le pidió que encoja sus hombros hacia arriba y se mantenga con la tensión y luego de un tiempo relaje sus hombros. Luego se le pidió que lo haga de nuevo pero que esta vez los mueva a la derecha y a la izquierda, hacia adelante y hacia atrás y sienta la tensión que se produce en los hombros y la parte superior de la espalda. Se le pide que siga así y se dé cuenta de la tensión. Luego que deje caer los hombros y se relaje. Luego de esto se conversa acerca del ejercicio que se había realizado.

A continuación se le aplicó la técnica de detención del pensamiento (luego de haber conversado acerca de cómo le fue practicando el ejercicio fuera de sesiones). Siguiendo las mismas instrucciones que la sesión anterior se le pidió al paciente que cierre los ojos y describa en voz alta un pensamiento que provoque una reacción inadecuada pero que sea diferente al que había dicho en la sesión anterior. El paciente dijo esta vez: “a mí nadie me ve la cara de pendejo”. Antes de que termine la frase se gritó: ¡Basta! Se le pidió que abra los ojos y se le preguntó si detuvo el pensamiento y dijo que sí. Luego se le pidió que repita el pensamiento en voz alta varias veces y cada vez que lo decía antes de terminar la frase se le decía: ¡Basta! Al final se le pidió al paciente que antes de terminar la frase el mismo diga: ¡Basta! Se le pidió que lo haga varias veces. Al final del ejercicio se lo dijo que nuevamente que lo haga fuera de las sesiones; indicándole que en una hora específica debía repetir y detener en voz alta esta vez el mismo pensamiento que acababa de practicar, haciéndolo de diez a doce veces. Luego se dio por terminada la sesión.

Sesión 5

Objetivo a alcanzar:

- Disminuir la ansiedad como síntoma que se genera frente a ciertas situaciones y que pueden provocar reacciones impulsivas
- Incrementar el autocontrol en el paciente para que pueda manejar de una forma adaptada las reacciones conductuales frente a ciertas situaciones.

Técnicas aplicadas:

- Técnica de relajamiento de Wolpe.
- Detención de pensamiento.

Luego de hacer un feedback de la sesión anterior se procede a aplicar la quinta lección de la técnica de relajamiento. Esta vez se trata de relajar los músculos de la espalda, abdomen y tórax. Se le pide al paciente que contraiga arqueando hacia atrás la columna vertebral al hacer eso también se contraen los músculos abdominales pidiéndole que trate de contraerlos lo más que pueda. Luego se le pide que vuelva el cuerpo al estado normal. Se le hace repetir varias veces el ejercicio. Se comenta acerca del ejercicio realizado.

A continuación se le aplicó la técnica de detención del pensamiento explicándole que será la última pero que siga practicándola. Siguiendo las mismas instrucciones que la sesión anterior se le pidió al paciente que cierre los ojos y describa en voz alta un pensamiento que provoque una reacción inadecuada pero que sea diferente a los que había dicho en las sesiones anteriores. El paciente dijo: “voy a robarme eso”. Antes de que termine la frase se gritó: ¡Basta! Como en la sesión anterior, se le vuelve a pedir que abra los ojos y se le preguntó si detuvo el pensamiento y dijo que sí. Luego se hizo lo mismo que en las sesiones anteriores, se le pidió que repita el pensamiento en voz alta varias veces y cada vez que lo decía antes de terminar la frase se le decía: ¡Basta! Al final se le pidió al paciente que antes de terminar la frase que el mismo diga: ¡Basta! Se le pidió que lo haga varias veces.

Al final del ejercicio se le dijo que puede hacerlo las veces que piense que tiene un pensamiento inadecuado, sobre todo cuando piense que le va a generar un comportamiento impulsivo y que lo practique constantemente; indicándole una vez más que lo haga en horas específicas haciéndolo de diez a doce veces.

Luego de la práctica de los ejercicios se hace un resumen de la sesión y después se la concluye.

Sesión 6

Objetivo a alcanzar:

- Disminuir la ansiedad como síntoma que se genera frente a ciertas situaciones y que pueden provocar reacciones impulsivas
- Reforzar las habilidades sociales

Técnicas aplicadas:

- Técnica de relajamiento de Wolpe.
- Búsqueda de solución de alternativas

Se comienza la sesión socializando un tema trivial con el objetivo de reforzar la empatía. Luego se le explica que se le va hacer la última sesión de relajamiento indicándole que entre más practique la técnica mejor se va a sentir.

En esta sesión se aplicará la técnica relajando las extremidades inferiores. Se comienza por los pies para ir hacia arriba.

Se le pide que doble los dedos del pie con los zapatos puestos y los mantenga así un tiempo, luego que los relaje. Luego se le pide que lo haga otra vez pero con más intensidad. Se le pide que lo haga una tercera vez con la mayor intensidad que pueda hacerlo. Luego se hace el ejercicio con la pantorrilla. Esta vez puse mis pies sobre los pies del paciente y se le pidió que trate de levantar los pies. El ejercicio se lo hace varias veces. Al final se le pide que tense primero el muslo izquierdo y luego el derecho tratando de moverlos mientras se presiona la cara interna de la rodilla. Se lo hace varias veces. Al concluir la técnica se conversa acerca de cómo se sintió luego del ejercicio.

Luego de esto, se le pregunta si ha tenido alguno tipo de inconveniente durante estos últimos días. (Se hace la pregunta con el objetivo de conocer algún déficit en las habilidades sociales en un tema específico). El paciente refiere en los últimos días no haber tenido ningún inconveniente. Se le pide entonces que cuente cual fue el último inconveniente que tuvo y cómo reaccionó.

Al comentar el suceso (que trataba de un altercado que tuvo con un guía, el cual lo acusó de estar obstruyendo el paso, en el que reaccionó verbalmente de una manera poco adecuada generándose una discusión) se le pide que frente a ese altercado que

acababa de contar encuentre dos soluciones diferentes a las que acababa de dar. Luego de tardar un tiempo, relata dos posibles respuestas que pudo haber tenido frente a esa situación, se le pide que las anote y luego de eso se analizó las dos soluciones que dio discutiendo acerca de la validez y las ventajas de esas soluciones.

Como resumen podemos decir que el altercado se manifestó con una reacción impulsiva que generó una agresión verbal por parte del paciente. Al pedirle que encuentre dos soluciones diferentes una de ellas fue en “ese instante irme de ahí y no hacerle boca”, se le pidió entonces que la próxima vez que se genere un inconveniente parecido haga eso y que una vez que ya esté calmado y si cree conveniente trate conversar acerca del tema con esa persona.

Se tomó esta solución alternativa como la primordial para el objetivo y como eje de análisis. Se analizaron las ventajas de esta solución alternativa, donde se pudo reconocer como conclusión que a veces es mejor alejarse de la situación y si cree necesario retomar un tema o situación específica luego y no hacerlo en ese instante, ya que podría resultar más beneficioso que perjudicial con la ventaja de que se encuentra más tranquilo. Además se le sugiere utilizar un tono de voz más adecuado y palabras menos ofensivas. Luego se da por concluida la sesión.

Sesión 7

Objetivo a alcanzar:

- Reforzar las habilidades sociales

Técnicas aplicadas:

- Búsqueda de solución de alternativas

Al comenzar la sesión se le indica al paciente que en esta sesión solo se va a hacer un ejercicio y que trate de hacerlo con la mayor responsabilidad posible. Luego se conversa el tema de los conflictos que se han generado en el transcurso de su vida y las reacciones que ha tenido frente a ciertas circunstancias. Se le pide que elija un evento para analizarlo.

El evento que elije es el siguiente: Estaba en el patio caminando cuando sin querer tocó a alguien que estaba parado, y esta persona lo insultó a lo que el reaccionó insultándolo de vuelta y luego se generaron agresiones físicas.

Luego de haber relatado y comentado el evento, se le pidió que genere varias soluciones alternativas, todas las que pueda. Se eligen dos soluciones para el análisis.

La primera solución fue de pedir disculpas y continuar caminando. Esta solución fue analizada y concluida por parte del paciente que hubiera sido la más simple pero la más eficaz. La segunda solución fue de responder al insulto con palabras adecuadas y no ofensivas. Se analizó esta solución sacando como conclusión que no podía prolongarse por mucho tiempo la discusión (o conversación) luego de la situación, sin embargo se está de acuerdo en que esta solución alternativa es buena y que también puede ponerse en práctica.

Luego de la aplicación y discusión de la técnica se concluye la sesión poniendo énfasis en la importancia de tener este tipo de respuestas y lo más funcionales y adaptadas que pueden ser en el caso de que se las haga. Se lo felicita por la colaboración.

Sesión 8

Objetivo a alcanzar:

- Reforzar las habilidades sociales

Técnicas aplicadas:

- Búsqueda de solución de alternativas

Comienza la sesión comentando acerca de la situación dentro del centro. El paciente cuenta lo que sucede en el centro; luego de esto se aprovecha lo que acaba de contar para pedirle que comente una situación que se repita constantemente y que le cause inconveniente. Luego de pensar un poco relata que cuando reparte la comida alguien le reclama diciendo que le pone muy poca comida, luego de eso empieza una discusión con insultos. Se le pide que escriba respuestas alternativas y elija qué respuesta sería conveniente para analizarla.

De todas las posibles respuestas la respuesta que se eligió para el análisis fue la de lanzar una broma: “pero no estás molesto verdad” y luego diciéndole de manera amable “pero no te molestes te estoy poniendo igual que a todos”. Se llega a la conclusión con el análisis que esta respuesta no solo sirve para bajar la tensión que se ha generado sino que también para hacer tomar conciencia a la otra persona lo alterada que se está poniendo, además para reconocer que la situación no se da como para llegar a niveles de agresividad. Se le indica que esta ha sido la última vez que se realiza el ejercicio pero que puede realizarlo por su cuenta de forma frecuente. Se concluye la sesión.

Sesión 9

Objetivo a alcanzar:

- Reforzar las habilidades sociales
- Flexibilizar rasgos de personalidad antisocial

Técnicas aplicadas:

- Ensayo conductual
- Sondeo cognitivo

La sesión comienza conversando lo que hasta aquí se ha trabajado. El paciente manifiesta estar poniendo en práctica los ejercicios y que le ha servido las sesiones para reflexionar acerca de su conducta. Al incentivarlo a que amplíe el relato, dice que su conducta lo ha llevado a meterse en problemas constantemente y manifiesta el deseo de meterse en problemas. Se reafirma su deseo con el objetivo de apoyar su cambio.

En esta sesión se aplicó la técnica del ensayo conductual; se le explicó el objetivo de la técnica y los logros que se pueden alcanzar. Se le recuerda que en sesiones anteriores había buscado soluciones alternativas a ciertas situaciones, entonces se le pidió que ensaye las soluciones que escogió.

Se tomó el altercado que tuvo con el guía el cual lo acusó de estar obstruyendo el paso, en el que reaccionó verbalmente de una manera poco adecuada generándose una discusión.

Se le recuerda que la solución alternativa que se eligió fue: “ese instante irme de allí y no hacerle boca”. Con la ayuda del terapeuta, se le pide que recree esta solución alternativa.

Se recrea la situación incluyendo la parte en que se deja pasar un tiempo para con más tranquilidad aclarar lo acontecido con el otro actor de los hechos. Se practica el tono de voz y las palabras que se pueden utilizar. Se ensaya dos veces la situación. Al terminar el ensayo se conversa sobre el ejercicio indicándole que se lo puede hacer en la realidad con situaciones similares.

A continuación se le aplica la técnica del sondeo cognitivo. Se le recuerda que en una sesión anterior había contado que cuando hacían redadas los policías lo trataban mal, se le preguntó que significaba tratar mal para él, cuando se trataba mal a una persona, dijo que se trataba mal a alguien “cuando se lo basurea”. Se le preguntó que significa basurear y respondió que es cuando se da a las personas órdenes, gritando e intimidando. Se le pide que explique cómo fueron esas órdenes durante las redadas. Luego del relato y discusión sobre los significados del paciente se identificó distorsiones similares a: Solo los tontos siguen las normas, las normas tienen que eliminarse, las cosas se hacen a la hora que quiera.

La discusión se basó en que reconozca las distorsiones y la conducta resultante, poniéndolas a prueba con la realidad.

Sesión 10

Objetivo a alcanzar:

- Reforzar las habilidades sociales
- Flexibilizar rasgos de personalidad antisocial

Técnicas aplicadas:

- Ensayo conductual
- Sondeo cognitivo

La sesión comenzó haciendo una retroalimentación de la sesión anterior. En esta sesión se le explicó al paciente que se le iba a aplicar la técnica del ensayo conductual con otra respuesta alternativa que el mismo dio.

Se tomó la situación en la que estaba en el patio caminando cuando sin querer tocó a alguien que estaba parado, y esta persona lo insultó, a lo que el reaccionó insultándolo de vuelta y luego se generaron agresiones físicas. Se le pidió que con la ayuda del terapeuta, ensaye las dos soluciones alternativas que había encontrado.

Entonces se ensayó la solución de pedir disculpas y continuar caminando. Se la trató de hacer lo más real posible para que exista intensidad en el ensayo. Se la repitió dos veces. El segundo ensayo fue el de responder al insulto con palabras adecuadas y no ofensivas. Se le pidió que diga tranquilízate, no te enojés, disculpa fue sin intensidad. Se hizo el ejercicio varias veces ya que se tenía varias respuestas.

Luego se continuó aplicando la técnica del sondeo cognitivo. Se le recuerda que en otra sesión anterior contó cómo se pone cuando se genera una pelea entre compañeros y él está cerca, y su deseo de meterse a pelear. Al preguntársele que exprese que piensa acerca de esa situación entre otras cosas dijo que si él se metía les iba a ganar ya que era superior en todo sentido a los que estaban peleando. Luego de la discusión acerca de la situación se reconoce que tiene distorsiones como: soy el mejor de todos, si otros sufren por mí conducta es su problema, soy más listo que los demás.

La discusión se basó igualmente en que reconozca las distorsiones y la conducta resultante, poniéndolas a prueba con la realidad.

Sesión 11

Objetivo a alcanzar:

- Reforzar las habilidades sociales

- Flexibilizar rasgos de personalidad antisocial

Técnicas aplicadas:

- Ensayo de conducta
- Sondeo cognitivo

La sesión comenzó haciendo una retroalimentación de la sesión anterior. En esta sesión se le explicó al paciente que se le iba a aplicar la técnica del ensayo conductual con otra respuesta alternativa que el mismo dio en determinada situación.

Se ensayó la situación de la comida cuando alguien le reclama diciendo que le pone muy poca comida, luego de eso empezando una discusión con insultos. Con la ayuda del terapeuta se ensaya la conducta de responder “pero no estás molesto verdad” y luego diciéndole de manera amable “pero no te molestes te estoy poniendo igual que a todos”. Se hizo el ensayo dos veces y luego se charló acerca de cómo se sintió con el ejercicio.

A continuación se aplicó la técnica del sondeo cognitivo. Se comenzó preguntándole acerca de su situación. Como resumen dijo que era injusto que esté aquí ya que a veces se dan situaciones en las que se hace ciertas cosas y que están exagerando. Durante la charla dijo frases como: “quien tiene que decirme lo que tengo que hacer, yo puedo hacer lo que me dé la gana”, “a mí no me importan los demás”, “yo necesitaba el dinero”.

Luego de la discusión acerca de la situación y las frases, se reconoce que tiene distorsiones como: las normas de otros son malas, solo los otros siguen las normas, tengo que tener lo que yo quiero.

La discusión se siguió basando en que reconozca las distorsiones y la conducta resultante, poniéndolas a prueba con la realidad. Al parecer en esta sesión empieza a reconocer alguna de sus distorsiones, específicamente: tengo que tener lo que yo quiero.

Sesión 12

Objetivo a alcanzar:

- Flexibilizar rasgos de personalidad antisocial
- Analizar los logros alcanzados de la terapia

Técnicas aplicadas:

- Sondeo cognitivo

Se le comenzó recordando que está era la última sesión y que se lo felicitaba por la colaboración. Se le hizo un resumen de las tres últimas conversaciones que se tuvo y de cómo afectaban los pensamientos en su conducta. Se le recordó los pensamientos que tuvo en las situaciones que se le habían presentado y se continuó discutiendo acerca de sus distorsiones, que eran las siguientes: las normas de otros son malas, solo los otros siguen las normas, tengo que tener lo que yo quiero, soy el mejor de todos, si otros sufren por mi conducta es su problema, soy más listo que los demás, las normas tienen que eliminarse, las cosas se hacen a la hora que quiera.

Luego del análisis de esas distorsiones se concluye que esos pensamientos muchas veces lo han llevado a tener conductas no adaptadas, a tener inconvenientes con los demás y a estar privado de libertad.

Además se concluye que sería bueno reemplazar con pensamientos como: muchas veces se tiene que seguir las normas, no siempre se tiene lo que quiere, si yo tengo una conducta desagradable voy a tener consecuencias que no son de mi agrado.

En esta última sesión se evaluó todo el proceso y se reconoció los avances que se obtuvo, se le pidió que escriba un porcentaje de cuanto había mejorado según él, así como se le aconsejó que continúe haciendo terapia.

Antes de cerrar el proceso se le aplicó nuevamente los test de impulsividad de Barratt y test SEAPSI.

2. Conclusiones del caso

NN3 ha presentado desde su adolescencia hasta la actualidad, trastorno antisocial de la personalidad, donde ha sido un factor fundamental un aprendizaje de la conducta paterna por parte del paciente. Otro factor ha sido en el sistema familiar, donde no ha existido un apoyo emocional y el padre ha sido una persona adicta a sustancias, maltratadora y con historia de asaltos. No se descarta una posible tendencia genética.

Estos factores han ocasionado al paciente conductas desadaptadas desde la adolescencia y posteriormente un trastorno antisocial, ha habido un deterioro en el ámbito social, familiar y laboral.

El proceso de terapia realizado ha puesto énfasis y solo se ha enfocado en el síntoma impulsividad, uno de los principales dentro del trastorno. El motivo fundamental de la elección de este síntoma ha sido debido a que los pacientes con el trastorno producto de la impulsividad llegan a tener problemas en lo social y sobretodo con la ley. Además otro motivo esta vez secundario fue que estos pacientes presentan violencia en muchas situaciones, la cual tiene una relación directa con la impulsividad; al disminuir la impulsividad pueden bajar los niveles de violencia.

Para tratar la impulsividad se eligieron cinco factores: la ansiedad, el estrés, el autocontrol, las habilidades sociales, los rasgos de personalidad. El motivo para la elección de estos cinco factores fue que al tratar cada uno de ellos directamente se disminuía el síntoma impulsividad; ya que hay relación directa entre estos y el síntoma.

En el paciente se puso énfasis en las habilidades sociales; ya que se consideró que el aprendizaje fue parte fundamental del desarrollo del trastorno, entonces se trató de que tenga aprendizaje social para que adquiera habilidades.

Además se aplicó un test y un retest de impulsividad. Al comenzar el proceso el paciente obtuvo un puntaje de 81 lo cual significaba alta impulsividad, al finalizar el proceso el paciente obtuvo un puntaje de 75. Lo cual significa una disminución de 6 puntos.

Al final del proceso terapéutico el paciente indicó que había mejorado principalmente en la forma cómo tratar a los demás, y en la forma cómo responder ante

ciertas situaciones. Otra parte en la que había mejorado fue en el autocontrol. Al incrementar el autocontrol y fortalecer las habilidades sociales, directamente se bajaron los niveles de impulsividad.

Al final de la terapia se le preguntó al paciente en que porcentaje piensa ha mejorado manifestando: treinta por ciento.

Finalmente se entrevistó al psicólogo del paciente que corroboró que ha existido mejoría en el paciente. Además, no ha tenido reportes sobre su conducta en la parte final de la terapia.

“CASO NN4”

1. Contexto del caso

NN 4 de 27 años se encuentra privado de libertad en el centro de rehabilitación social para personas privadas de libertad de Machala por el delito trata de personas. Ha tenido una historia de robos y estafas, además de ser una persona impulsiva y agresiva. Tiene una historia desde la infancia de violación de normas y reglas. Esto le ha ocasionado tener problemas desde su infancia ganándose enemigos y problemas con la ley.

NN4 es diagnosticado con un trastorno de personalidad de tipo antisocial (departamento de psicología).

Presenta desde su infancia un patrón general de desprecio y violación de los derechos de los demás. Presenta comportamientos agresivos, irritabilidad, irresponsabilidad, holgazanería, impulsividad, fracaso para adaptarse a las normas sociales.

2. Entrevista

Se realizaron tres entrevistas iniciales de investigación de la problemática del individuo.

Al momento de la entrevista denota fluidez verbal y denota cierta arrogancia.

Proviene de un hogar de condición sociocultural baja, es el segundo de dos hermanos.

Dice desde niño haber sido rebelde y malhumorado, además de despreocupado e indisciplinado.

En la adolescencia refiere haber hecho amigos y haber sido líder de su grupo de amigos, ya que él mandaba en el grupo. Manifiesta haberse vuelto más irresponsable, impulsivo y agresivo. En esa etapa ya empezó a relacionarse con prostitutas y proxenetas. Cada vez era más impulsivo y producto de esto frente a cualquier situación reaccionaba.

La entrevista concluyó pudiéndose sacar conclusiones acerca de los síntomas que el paciente ha presentado durante el desarrollo vital. Los síntomas que se lograron reconocer al final de la entrevista son: Irresponsabilidad, agresividad, impulsividad.

En la segunda entrevista, se comienza directamente a explorar los síntomas que presenta el paciente, se dirige la entrevista tratando de reconocer síntomas mediante la evaluación del criterio diagnóstico del DSM V.

En la tercera entrevista se aplica el test de Millon, el test de impulsividad de Barratt y test de personalidad SEAPSI.

3. Exploración psicológica (reactivos)

Los resultados obtenidos en los test tanto de personalidad así como de impulsividad, nos permiten tener una mayor apreciación sobre el trastorno del paciente sobre todo con lo que refiere a la impulsividad. A continuación se evalúa los resultados de cada test.

I TEST DE PERSONALIDAD SEAPSI

Evaluación Inicial

Personalidad comportamental: Tipo Disocial. Puntaje 6

Evaluación Final

Personalidad comportamental: Tipo Disocial. Puntaje 5

II INVENTARIO DE LA PERSONALIDAD DE MILLON

Metas motivacionales:

Presenta puntajes mayores de 50 (lo cual significa que tiene mayor tendencia a ser miembro del grupo poseedor del rasgo). Dentro de los aspectos que se destacan en esta dimensión se presentan: apertura, acomodación, individualismo.

Modos cognitivos:

Presenta puntajes mayores de 50 (lo cual significa que tiene mayor tendencia a ser miembro del grupo poseedor del rasgo). Dentro de los aspectos que se destacan en esta dimensión se presentan: intuición, reflexión, innovación.

Conductas interpersonales:

Presenta puntajes mayores de 50 (lo cual significa que tiene mayor tendencia a ser miembro del grupo poseedor del rasgo). Dentro de los aspectos que se destacan en esta dimensión se presentan: retraimiento, firmeza, discrepancia, control.

III TEST DE IMPULSIVIDAD DE BARRATT

Evaluación Inicial: Puntaje 83. Alta Impulsividad.

4. Diagnóstico

Trastorno antisocial de Personalidad

Formulación del trastorno:

El análisis de la información recogida durante el proceso de evaluación, nos permite confirmar que el paciente presenta un trastorno antisocial de personalidad, el cual le ha ocasionado deterioro y problemas en el área social. Siendo una constante el desprecio y violación de los derechos de los demás. Sus principales síntomas son:

Patrón general de desprecio y violación de los derechos de los demás, irresponsabilidad, irritabilidad, agresividad, impulsividad.

5. Planificación:

Señalamiento de objetivos

Objetivo general Aplicar el tratamiento para la disminución de la impulsividad en el paciente con trastorno de personalidad antisocial.

Objetivos específicos

-Incrementar el autocontrol en el paciente para que pueda manejar de una forma adaptada las reacciones conductuales frente a ciertas situaciones.

-Mejorar el manejo ante situaciones de estrés para disminuir la conducta impulsiva que pueda generarse.

-Flexibilizar el rasgo de personalidad que refiere a la impulsividad para que disminuya la probabilidad de inadaptación y reacciones poco adecuadas.

-Disminuir la ansiedad como síntoma que se genera frente a ciertas situaciones y que pueden provocar reacciones impulsivas.

-Reforzar las habilidades sociales, básicamente en la asertividad y resolución de problemas ya que permiten mejorar los elementos de ansiedad, estrés y sobretodo ayuda al manejo de la impulsividad.

Señalamiento técnico:

Técnica para incrementar el autocontrol:

-Autoinstrucciones.

-El autoreforzamiento.

Técnica para mejorar el manejo ante situaciones de estrés:

-Técnica de la fantasía forzada.

Técnica para flexibilizar el rasgo de personalidad:

-Registro diario de pensamientos distorsionados.

-Técnica para disminuir la ansiedad:

-Técnica de relajamiento de Wolpe.

-Técnica para reforzar las habilidades sociales:

-Ensayo de conducta.

6. Síntesis de las sesiones de psicoterapia

Sesión 1

Objetivos a alcanzar:

- Establecer encuadre terapéutico
- Establecer rapport y empatía
- Disminuir la ansiedad como síntoma que se genera frente a ciertas situaciones y que pueden provocar reacciones impulsivas
- Incrementar el autocontrol en el paciente para que pueda manejar de una forma adaptada las reacciones conductuales frente a ciertas situaciones.

Técnicas aplicadas:

- Técnica del relajamiento de Wolpe
- Autoinstrucciones

Luego de conversar un tema cotidiano se comenzó a informar acerca del proceso.

Se estableció en esta primera sesión el encuadre del proceso, donde se explicó al paciente los síntomas principales de su trastorno dándose especial énfasis al síntoma impulsividad, indicándole los efectos negativos que ha causado en su vida este síntoma. Luego se comentó los objetivos propuestos de la terapia; que síntoma principalmente se

va a trabajar; número de sesiones, los beneficios del tratamiento, y el grado de compromiso que se necesita para cumplir el proceso.

A continuación se le explica qué son las técnicas de relajamiento y para qué sirven. Se le indica que se le va enseñar la técnica de relajamiento de Wolpe. Se le explicó que es una técnica de relajamiento y que consta de seis sesiones y que tiene que ser practicada dos veces al día con un promedio de duración de quince minutos.

Se repiten las instrucciones que se han aplicado anteriormente a otro paciente. Se le pidió al paciente que sentado en la silla empuñe su brazo derecho, luego se empezó a ejercer presión sobre su muñeca pidiéndole que resista a la presión, se lo hizo por un corto tiempo y luego a medida que disminuía la presión ejercida, el paciente también disminuía la tensión de su brazo. Se le pidió que continúe relajando el brazo. Se hizo lo mismo con su brazo izquierdo y luego se repitió el ejercicio. Al final se le pidió que haga el ejercicio con los dos brazos.

Luego se aplica la técnica de la autoinstrucción. Se le explica al paciente en qué consiste la técnica y para qué sirve.

El terapeuta actúa como modelo, se da instrucciones a sí mismo dirigiendo su actuación, esto con el fin de practicar algún tipo de conducta y que el paciente se dé cuenta de cómo lo hace. Luego se le pide al paciente que se dé una autoinstrucción. La autoinstrucción es dirigida a generarse una conducta adaptada. La autoinstrucción la hizo en voz alta y se la repitió varias veces. Se practicó la forma como debería proceder al momento de recibir el almuerzo.

Luego de esto se concluyó la sesión.

Sesión 2

Objetivos a alcanzar:

- Disminuir la ansiedad como síntoma que se genera frente a ciertas situaciones y que pueden provocar reacciones impulsivas.
- Incrementar el autocontrol en el paciente para que pueda manejar de una forma adaptada las reacciones conductuales frente a ciertas situaciones

Técnicas aplicadas:

- Técnica del relajamiento de Wolpe
- Autoinstrucciones

Se le aplicó segunda sesión de la técnica de relajamiento de Wolpe.

Se le explicó la influencia de las emociones en el cuerpo, sobre todo en la cara. Luego se le hizo una demostración del ejercicio que se iba a realizar contrayendo y relajando los músculos de la frente cada cinco segundos. Se le indicó que tenía que realizarlo seis veces. Luego se continuó con los músculos de la nariz, arrugándolos y luego frunciendo y sonriendo. El ejercicio se lo práctico durante diez minutos.

Se continúa con las autoinstrucciones. Se le pide al paciente luego de haberlo hecho el terapeuta que se dé una autoinstrucción, que lo haga en voz alta y que la instrucción se dé pasa por paso. La autoinstrucción que se da en esta ocasión va relacionada con el proceder ante una situación de discusión con los guías. Se lo hace que haga la técnica varias veces.

Sesión 3

Objetivos a alcanzar:

- Disminuir la ansiedad como síntoma que se genera frente a ciertas situaciones y que pueden provocar reacciones impulsivas.
- Incrementar el autocontrol en el paciente para que pueda manejar de una forma adaptada las reacciones conductuales frente a ciertas situaciones.

Técnicas aplicadas:

- Técnica del relajamiento de Wolpe
- Autoinstrucciones

Entonces se procede a realizar la tercera sesión de la técnica de relajamiento. Se le pide al paciente que apriete los dientes y que presione la punta de la lengua contra los incisivos inferiores. Se le pide que practique ese ejercicio varias veces. Luego se le pide que intente abrir los maxilares oponiendo resistencia. Se le pide que lo haga varias veces. Se le pregunta cómo le fue con el ejercicio y dice que bien.

Se continúa con las autoinstrucciones. Ya que el paciente sabe cómo hacer las autoinstrucciones, se le pidió que elija un tipo de conducta que desearía realizar y que aquí en voz alta se dé las instrucciones de cómo realizar esa conducta. La situación que eligió es de tratar a una mujer de forma agradable. Lo practicó varias veces.

Luego de esto la sesión concluye.

Sesión 4

Objetivo a alcanzar:

- Disminuir la ansiedad como síntoma que se genera frente a ciertas situaciones y que pueden provocar reacciones impulsivas.
- Reforzar las habilidades sociales

Técnicas aplicadas:

- Técnica de relajamiento de Wolpe
- Ensayo de conducta

En esta cuarta sesión se continuó con el trabajo de la técnica de relajamiento de Wolpe, se trabajó el cuello y los hombros. Se sentó el paciente en una silla y se le pidió que incline su cabeza hacia atrás hasta que sienta tensión en el cuello. Luego se le pidió que gire la cabeza hacia la derecha y se dé cuenta como se moviliza la tensión hacia ese

lado. Se le pidió que haga lo mismo hacia la izquierda. Luego se le pidió que mueva la barbilla hacia adelante y hacia abajo y presione su pecho contra ella. Luego de algunos segundos se le pidió que vuelva la cabeza a la posición normal y que sienta como se relaja. Luego se le pidió que encoja sus hombros hacia arriba y se mantenga con la tensión y luego de un tiempo relaje sus hombros. Luego se le pidió que lo haga de nuevo pero que esta vez los mueva a la derecha y a la izquierda, hacia adelante y hacia atrás y sienta la tensión que se produce en los hombros y la parte superior de la espalda. Se le pide que siga así y se dé cuenta de la tensión. Luego que deje caer los hombros y se relaje.

Con respecto al ensayo de conducta, se le explicó el objetivo de la técnica y los logros que se pueden alcanzar.

Se le pide recrear la situación en la que existe algún inconveniente con un guía. Se le enseña la forma cómo debería proceder ante esta situación y se le hace que la practique.

El paciente ensaya la conducta que debería realizar. Se le pide que lo haga tres veces.

El objetivo principal fue enseñarle el tipo de conducta.

Luego de esto se dio por terminada la sesión.

Sesión 5

Objetivo a alcanzar:

- Disminuir la ansiedad como síntoma que se genera frente a ciertas situaciones y que pueden provocar reacciones impulsivas.
- Reforzar las habilidades sociales

Técnicas aplicadas:

- Técnica de relajamiento de Wolpe

- Ensayo de conducta

Se procede a aplicar la quinta sesión de la técnica de relajamiento.

Se procede a aplicar la quinta lección de la técnica de relajamiento. Esta vez se trata de relajar los músculos de la espalda, abdomen y tórax. Se le pide al paciente que contraiga arqueando hacia atrás la columna vertebral al hacer eso también se contraen los músculos abdominales pidiéndole que trate de contraerlos lo más que pueda. Luego se le pide que vuelva el cuerpo al estado normal. Se lo hace repetir varias veces al ejercicio.

Al aplicar la técnica del ensayo de conducta se le pide que ensaye la conducta de lograr portarse amable con las mujeres. Se le pide que lo haga paso por paso y el terapeuta ayuda formando parte del ensayo y dirigiendo.

Luego se concluye la sesión.

Sesión 6

Objetivo a alcanzar:

- Disminuir la ansiedad como síntoma que se genera frente a ciertas situaciones y que pueden provocar reacciones impulsivas.
- Incrementar el autocontrol en el paciente para que pueda manejar de una forma adaptada las reacciones conductuales frente a ciertas situaciones.

Técnica aplicada:

- Técnica de relajamiento de Wolpe
- Alivio respiratorio.

En esta sesión se aplicará la técnica relajando las extremidades inferiores. Se comienza por los pies para ir hacia arriba.

Se le pide que doble los dedos del pie con los zapatos puestos y los mantenga así un tiempo, luego que los relaja. Luego se le pide que lo otra vez pero que lo haga con

más intensidad. Se le pide que lo haga una tercera vez con la mayor intensidad que pueda hacerlo. Luego se hace el ejercicio con la pantorrilla. Esta vez puse mis pies sobre los pies del paciente y se le pidió que trate de levantar los pies. El ejercicio se lo hace varias veces. Al final se le pide que tense primero el muslo izquierdo y luego el derecho tratando de moverlos mientras se presiona la cara interna de la rodilla. Se lo hace varias veces. Al final se da por concluida la técnica diciéndole que entre más practique la técnica la ansiedad ante alguna situación disminuirá.

Luego se aplica la técnica del alivio respiratorio. Se le explica al paciente de que trata y para qué sirve.

Se le pidió al paciente que contenga la respiración por todo el tiempo que pueda y cuando ya no pueda contener más la respiración entonces saque todo el aire. Se le pidió que repita el ejercicio varias veces.

Después de varias veces que practicó ese ejercicio se le pide que contenga la respiración hasta que se vuelva insoportable de contener, y que asocie la imagen de una situación que le genere ansiedad, se le pidió que lo haga hasta cuando ya no pueda más contener la respiración. Se lo hizo al ejercicio varias veces.

Se le preguntó acerca de cómo se sintió esta vez con el ejercicio, a lo que respondió que se sintió mejor que en la anterior sesión.

Sesión 7

Objetivo a alcanzar:

- Disminuir la ansiedad como síntoma que se genera frente a ciertas situaciones y que pueden provocar reacciones impulsivas.
- Incrementar el autocontrol en el paciente para que pueda manejar de una forma adaptada las reacciones conductuales frente a ciertas situaciones

Técnica aplicada:

- Alivio respiratorio

- Autoreforzamiento

En esta sesión se continuó con el trabajo de disminuir la ansiedad mediante la técnica del alivio respiratorio.

El procedimiento se repite: se le pide al sujeto que contenga la respiración hasta que ya no pueda y cuando ya no pueda vuelva a respirar. Luego se le pide que una vez que ya no pueda contener asocie la imagen con un estímulo o situación que le produzca ansiedad para luego volver a respirar. Se hizo varias veces el ejercicio.

Luego se continúa con el autoreforzamiento. Se le explica al paciente de qué se trata la técnica y para qué sirve. Se le pide entonces que cada vez que cumpla con la conducta que ha ensayado (la conducta que se practicó mediante la técnica del ensayo conductual) cuando suceda algún inconveniente con algún guía. La recompensa que se impone es de si cumple con la conducta se permita comprar alguna comida en la tiendita que hay, y si no cumple con la conducta no vaya en toda la semana a comprar nada.

Al final se hace una retroalimentación de la sesión.

Sesión 8

Objetivo a alcanzar:

- Disminuir la ansiedad como síntoma que se genera frente a ciertas situaciones y que pueden provocar reacciones impulsivas.
- Incrementar el autocontrol en el paciente para que pueda manejar de una forma adaptada las reacciones conductuales frente a ciertas situaciones

Técnicas aplicadas:

- Alivio Respiratorio
- Autoreforzamiento

En esta sesión se continuó aplicando la técnica del alivio respiratorio. Se le explica que es la última vez que lo realiza.

Se le pide al sujeto que contenga la respiración hasta que ya no pueda y cuando ya no pueda vuelva a respirar. Se lo hace varias veces.

Luego se le pide que una vez que ya no pueda contener la respiración asocie la imagen con una situación que le produzca ansiedad para luego volver a respirar. Se hizo varias veces el ejercicio.

Luego se continúa con el autoreforzamiento. Se le pide entonces que esta vez lo haga con cualquier situación que piense pueda terminar en insultos, gritos o agresiones.

Cada vez que cumpla con alguna conducta adaptada, la recompensa que se impone hacer por más tiempo deporte, y si no cumple que no lo haga durante ese día.

Luego se concluye la sesión.

Sesión 9

Objetivo a alcanzar:

- Mejorar el manejo ante situaciones de estrés para disminuir la conducta impulsiva que pueda generarse.

Técnicas aplicadas:

- Técnica de la fantasía forzada

En esta sesión solo se trabaja una sola técnica, la técnica de la fantasía forzada.

Se le pide entonces al paciente que imagine una situación estresante. Da la situación específica de cuando cruza hacia su pabellón y le gritan apodos. Se le pide que experimente lo que siente en ese instante y cómo reacciona.

Luego de haber practicado el ejercicio, se plantea una discusión acerca de encontrar una solución al problema, solución que fue de reírse a lo que le gritan y lanzar una frase asertiva; solución que fue adaptativa.

Luego de esto se concluye la sesión

Sesión 10

Objetivo a alcanzar:

- Mejorar el manejo ante situaciones de estrés para disminuir la conducta impulsiva que pueda generarse.

Técnicas aplicadas:

- Técnica de la fantasía forzada

En esta sesión solo se trabaja nuevamente solo la técnica de la fantasía forzada.

Entonces al igual que en la sesión anterior. Se le pide al paciente que imagine la misma situación estresante. La situación específica de cuando cruza hacia su pabellón y le gritan apodos. Se le pide que nuevamente experimente lo que siente en ese instante y cómo reacciona. Se le pregunta si sintió lo mismo que la vez pasada y dijo que sí, que tenía rabia y un impulso de agredir.

Luego de haber practicado el ejercicio, se plantea una discusión acerca de encontrar una solución al problema diferente al de la sesión anterior; esta vez la solución que fue de saludar a la persona utilizando la palabra tranquilo. Solución que fue adaptativa porque al utilizar esa frase se pone en un estado más relajado tanto el que la dice como la otra persona.

Luego de esto se concluye la sesión

Sesión 11

Objetivo a alcanzar:

- Flexibilizar rasgos de personalidad antisocial

Técnicas aplicadas:

- Registro de pensamientos distorsionados

En esta sesión se trata de abordar las distorsiones que tiene el paciente. Se le explica de qué se trata la técnica y para qué sirve.

Se le pide al paciente que apunte una situación específica de agresión hacia una mujer.

Se le pide que registre la situación, emoción, pensamiento y la conducta.

Al final del ejercicio al hacer el análisis en conjunto con el paciente, se sacó como conclusión que la desesperación e impaciencia sumada a la creencia de inutilidad de esa mujer genera una conducta en el paciente poco adaptada para la situación.

Luego de este análisis se concluyó la sesión.

Sesión 12

Objetivo a alcanzar:

- Flexibilizar rasgos de personalidad antisocial

Técnicas aplicadas:

- Registro de pensamientos distorsionados

En esta sesión se continúa abordando las distorsiones que tiene el paciente.

Se le pide al paciente nuevamente que apunte una situación específica de agresión hacia una mujer.

Se le pide que registre la situación, emoción, pensamiento y la conducta.

Al final del ejercicio al hacer el análisis en conjunto con el paciente, se sacó como conclusión que los insultos hacia alguien son producto de ciertas distorsiones que tiene la persona, en este caso el pensar que todas las mujeres andan buscando siempre relaciones sentimentales genera que el paciente tenga una conducta poco adaptada.

Luego de este análisis se concluyó la sesión.

Al final se hizo un resumen de lo que se había trabajado en las sesiones, evaluándose el proceso.

Antes de cerrar el proceso se le aplicó nuevamente los test de impulsividad de Barratt y test SEAPSI.

7. Conclusiones del caso

NN4 ha presentado trastorno antisocial de la personalidad, el narcisismo, el sentirse superior, y la impulsividad ha sido una de las características del paciente.

El proceso de terapia realizado ha puesto énfasis y solo se ha enfocado en el síntoma impulsividad, uno de los principales síntomas dentro del trastorno. El motivo fundamental de la elección de este síntoma ha sido debido a que los pacientes con el trastorno producto de la impulsividad llegan a tener problemas en lo social y sobretodo con la ley. Además, otro motivo fue que estos pacientes presentan violencia en muchas situaciones, la cual tiene una relación directa con la impulsividad; al disminuir la impulsividad pueden bajar los niveles de violencia.

Para tratar la impulsividad se eligieron cinco factores: la ansiedad, el estrés, el autocontrol, las habilidades sociales, los rasgos de personalidad. El motivo para la elección de estos cinco factores fue que al tratar cada uno de ellos directamente se disminuía el síntoma impulsividad; ya que hay relación directa entre estos y el síntoma.

En el paciente se puso énfasis en el incremento del autocontrol y sobretodo en la disminución de la ansiedad. El motivo por lo que se puso énfasis en los factores antes mencionados es que había una tendencia a la impulsividad cognitiva. Al incrementar el autocontrol y disminuir la ansiedad se generaba una mayor predisposición a mantener la atención y concentración, así se podría tomar decisiones de una manera más calmada.

Además se aplicó un test y un retest de impulsividad. Al comenzar el proceso el paciente obtuvo un puntaje de 83 lo cual significaba alta impulsividad, al finalizar el proceso el paciente obtuvo un puntaje de 78. Lo cual significa una disminución de 5 puntos.

Al final del proceso terapéutico el paciente indicó que había mejoría con respecto a la ansiedad, ya que se controlaba un poco más frente a ciertas situaciones.

Se le preguntó al paciente en que porcentaje piensa ha mejorado manifestando: en un veinticinco por ciento.

Finalmente se entrevistó al psicólogo del paciente, este dijo haber notado en el paciente cambios sobre todo en la forma de relacionarse con los demás.

CASO “NN5”

1. Contexto del caso

NN 5 de 23 años se encuentra privado de libertad en el centro de rehabilitación social para personas privadas de libertad de Machala por el delito de asalto a mano armada y asesinato. Ha tenido una historia de asaltos, desde su adolescencia; ahora en la adultez, ha cometido asesinato. Tiene una historia de violencia extrema, estafas y violación de normas y reglas. Esto le ha generado problemas en el ámbito social y personal.

NN5 es diagnosticado con un trastorno de personalidad de tipo antisocial (departamento de psicología).

Presenta desde su infancia un patrón general de desprecio y violación de los derechos de los demás. Además ha presentado a lo largo de su vida pero sobre todo a partir de su adolescencia comportamientos agresivos hacia los demás, violación grave de las normas, robos, irritabilidad, la agresividad ha sido verbal y física (asesinato), irresponsabilidad, insensibilidad, impulsividad, fracaso para adaptarse a las normas sociales.

2. Entrevista

Se realizaron tres entrevistas iniciales de investigación de la problemática del individuo.

En el transcurso de la primera entrevista se puede apreciar a un paciente calculador y de hablar elevado.

Proviene de un hogar de condición sociocultural baja.

Acercas de la infancia dice haber sido un niño resabiado, y malcriado; en la escuela hacía lo mismo y peleaba.

Durante su adolescencia se empieza a juntar cada vez más con sus amigos del barrio que eran algunos mayores que él y empiezan a andar más en las calles. Sale con sus amigos a fiestas, empieza a robar en las calles, esto generalmente los fines de semana.

El final de la adolescencia tiene una disputa a muerte con una persona de otra pandilla en la que lo hiere. Se huye a Loja a casa de sus abuelos. Dice que allí paso tranquilo.

Regresa a la casa casi al año. Comienza a asaltar en las casas. Para esa edad conocía gente y se juntaban para ir a robar a las casas.

Cae preso por estar robando en una casa, asesinando a una persona que estaba dentro de la casa.

La entrevista concluyó pudiéndose sacar conclusiones acerca de los síntomas que el paciente ha presentado durante el desarrollo vital. Los síntomas que se lograron reconocer al final de la entrevista son: un patrón general de desprecio y violación de los derechos de los demás desde la adolescencia, agresividad, impulsividad, violencia extrema.

En la segunda entrevista se aplica el test de Millon y el test de impulsividad de Barratt y test de personalidad SEAPSI.

En la tercera entrevista, se comienza directamente a explorar los síntomas que presenta el paciente, se dirige la entrevista tratando de reconocer síntomas mediante la evaluación del criterio diagnóstico del DSM V.

3. Exploración psicológica (reactivos)

Los resultados obtenidos en los test tanto de personalidad así como de impulsividad, nos permiten tener una mayor apreciación sobre el trastorno del paciente sobre todo con lo que refiere a la impulsividad. A continuación se evalúa los resultados de cada test.

I TEST DE PERSONALIDAD SEAPSI

Evaluación Inicial

Personalidad comportamental: Tipo Disocial. Puntaje 7

Evaluación Final

Personalidad comportamental: Tipo Disocial. Puntaje 7

II INVENTARIO DE LA PERSONALIDAD DE MILLON

Metas motivacionales:

Presenta puntajes mayores de 50 (lo cual significa que tiene mayor tendencia a ser miembro del grupo poseedor del rasgo). Dentro de los aspectos que se destacan en esta dimensión se presentan: apertura, modificación, individualismo.

Modos cognitivos:

Presenta puntajes mayores de 50 (lo cual significa que tiene mayor tendencia a ser miembro del grupo poseedor del rasgo). Dentro de los aspectos que se destacan en esta dimensión se presentan: extraversión, sensación, reflexión, innovación.

Conductas interpersonales:

Presenta puntajes mayores de 50 (lo cual significa que tiene mayor tendencia a ser miembro del grupo poseedor del rasgo). Dentro de los aspectos que se destacan en esta dimensión se presentan: comunicatividad, firmeza, discrepancia, control.

III TEST DE IMPULSIVIDAD DE BARRATT

Evaluación Inicial: Puntaje 84. Alta Impulsividad.

4. Diagnóstico

Trastorno antisocial de Personalidad

Formulación del trastorno:

El análisis de la información recogida durante el proceso de evaluación, nos permite confirmar que el paciente presenta un trastorno antisocial de personalidad, el cual le ha ocasionado deterioro y problemas en el área personal, social y laboral. Siendo una constante el desprecio y violación de los derechos de los demás desde la adolescencia. Sus principales síntomas son:

Patrón general de desprecio y violación de los derechos de los demás desde la adolescencia, agresividad, impulsividad, violencia extrema.

5. Planificación:

Señalamiento de objetivos

Objetivo general Aplicar el tratamiento para la disminución de la impulsividad en el paciente con trastorno de personalidad antisocial.

Objetivos específicos

-Incrementar el autocontrol en el paciente para que pueda manejar de una forma adaptada las reacciones conductuales frente a ciertas situaciones.

-Mejorar el manejo ante situaciones de estrés para disminuir la conducta impulsiva que pueda generarse.

-Flexibilizar el rasgo de personalidad que refiere a la impulsividad para que disminuya la probabilidad de inadaptación y reacciones poco adecuadas.

-Disminuir la ansiedad como síntoma que se genera frente a ciertas situaciones y que pueden provocar reacciones impulsivas.

-Reforzar las habilidades sociales, básicamente en la asertividad y resolución de problemas ya que permiten mejorar los elementos de ansiedad, estrés y sobretodo ayuda al manejo de la impulsividad.

Señalamiento técnico:

Técnica para incrementar el autocontrol:

-Autoinstrucciones.

-El autoreforzamiento.

Técnica para mejorar el manejo ante situaciones de estrés:

-Técnica de la fantasía forzada.

Técnica para flexibilizar el rasgo de personalidad:

-Empirismo cooperativo.

-Técnica para disminuir la ansiedad:

-Técnica de relajamiento de Wolpe.

-Técnica para reforzar las habilidades sociales:

-Entrenamiento asertivo general.

6. Síntesis de las sesiones de psicoterapia

Sesión 1

Objetivos a alcanzar:

- Establecer encuadre terapéutico.
- Establecer rapport y empatía.
- Disminuir la ansiedad como síntoma que se genera frente a ciertas situaciones y que pueden provocar reacciones impulsivas.

- Reforzar las habilidades sociales.

Técnicas aplicadas:

- Técnica de relajamiento de Wolpe
- Entrenamiento Asertivo

Se estableció en esta primera sesión el encuadre del proceso, donde se explicó al paciente los síntomas principales de su trastorno dándose especial énfasis al síntoma impulsividad, indicándole los efectos negativos que ha causado en su vida este síntoma. Luego se comentó los objetivos propuestos de la terapia; que síntoma principalmente se va a trabajar; número de sesiones, los beneficios del tratamiento, y el grado de compromiso que se necesita para cumplir el proceso.

El paciente acepta los objetivos propuestos y se compromete a entregarse al proceso.

Luego de esto, se le dice que se va a practicar técnicas de relajamiento, contestando que no. Se le explica qué son las técnicas de relajamiento, para qué sirven y el número de sesiones. Se le indica que se le va enseñar y a aplicar la técnica de relajamiento de Wolpe y que tiene que practicarlo fuera de sesión dos veces durante quince minutos.

El procedimiento es el mismo aplicado a otros pacientes. Se le pide al paciente que sentado en una silla empuñe su brazo derecho, luego se empezó a ejercer presión sobre su muñeca pidiéndole que resista a la presión, se lo hizo por un corto tiempo y luego a medida que disminuía la presión ejercida, el paciente también disminuía la tensión de su brazo. Se le pidió que continúe relajando el brazo. Se hizo lo mismo con su brazo izquierdo y luego se repitió el ejercicio. Al final se le pidió que haga el ejercicio con los dos brazos.

A continuación se comienza a aplicar el entrenamiento asertivo. Se le explica en que consiste la técnica y para qué sirve.

En esta sesión se trabaja específicamente el tono de voz, para que discrimine entre un tono de medio y uno elevado, enseñándosele que de acuerdo a la situación uno tiene un tono de voz y no siempre va a estar gritando por ejemplo, porque puede ocasionar una reacción adversa en la otra persona. También se trabaja el uso de las palabras, se le enseña a utilizar palabras consideradas comunes en vez de utilizar palabras que puedan considerarse ofensivas.

Luego de practicar estos dos ejercicios se da por concluida la sesión.

Sesión 2

Objetivos a alcanzar:

- Disminuir la ansiedad como síntoma que se genera frente a ciertas situaciones y que pueden provocar reacciones impulsivas.
- Reforzar las habilidades sociales.

Técnicas aplicadas:

- Técnica de relajamiento de Wolpe
- Entrenamiento Asertivo

Se le procede a aplicar la segunda sesión de la técnica de relajamiento de Wolpe.

Como es parte de la técnica en esta sesión se le explica la influencia de las emociones en el cuerpo, sobre todo en la cara. Luego se le hizo una demostración del ejercicio que se iba a realizar contrayendo y relajando los músculos de la frente cada cinco segundos. Se le indicó que tenía que realizarlo seis veces. Luego se continuó con los músculos de la nariz, arrugándolos y luego frunciendo y sonriendo. El ejercicio se lo práctico durante diez minutos.

Luego se le aplica el entrenamiento asertivo. Se le dice que tiene que poner en práctica lo que se le ha enseñado.

En esta sesión se trabaja las formas de contestar, ya que estos pacientes contestan de una manera agresiva frente a ciertas situaciones se le enseña a que aparte del tono de

voz existen palabras y respuestas que resultan nada ofensivas sin perder el significado de lo que se quiere expresar. El paciente se presentó colaborador en esta sesión.

Luego de practicar estos dos ejercicios se da por concluida la sesión.

Sesión 3

Objetivo a alcanzar:

- Disminuir la ansiedad como síntoma que se genera frente a ciertas situaciones y que pueden provocar reacciones impulsivas.
- Incrementar el autocontrol en el paciente para que pueda manejar de una forma adaptada las reacciones conductuales frente a ciertas situaciones.

Técnicas aplicadas:

- Técnica de relajamiento de Wolpe
- Autoinstrucciones

Se procede a realizar la tercera sesión, diciéndole que se aplicará la misma técnica de relajamiento.

Se realiza la tercera sesión de la técnica de relajamiento. Se le pide al paciente que apriete los dientes y que presione la punta de la lengua contra los incisivos inferiores. Se le pide que practique ese ejercicio varias veces. Luego se le pide que intente abrir los maxilares oponiendo resistencia. Se le pide que lo haga varias veces.

A continuación se practicó la técnica de la autoinstrucción que es ejercicio para incrementar el autocontrol. Se le explica al paciente en qué consiste la técnica y para qué sirve.

Entonces el terapeuta hace de modelo dándose autoinstrucciones de una conducta que quiere realizar, el objetivo fue que el paciente se vaya familiarizando con la técnica y aprenda a darse autoinstrucciones.

Luego de que lo hizo el terapeuta, se le pide al paciente que se dé una autoinstrucción. El paciente lo hace, la autoinstrucción se trata de hacer un tipo de conducta específica en una situación de discusión con sus compañeros. La conducta practicada era adaptada y asertiva. Se le pidió que lo haga varias veces y que se dé la autoinstrucción en voz alta. Se le pide que practique la técnica.

Luego de esto la sesión concluye.

Sesión 4

Objetivo a alcanzar:

- Disminuir la ansiedad como síntoma que se genera frente a ciertas situaciones y que pueden provocar reacciones impulsivas.
- Incrementar el autocontrol en el paciente para que pueda manejar de una forma adaptada las reacciones conductuales frente a ciertas situaciones.

Técnicas aplicadas:

- Técnica de relajamiento de Wolpe
- Autoinstrucciones

Se comienza trabajando con la cuarta sesión de la técnica de relajamiento de Wolpe. Esta vez se trabajó el cuello y los hombros. Se sentó el paciente en una silla y se le pidió que incline su cabeza hacia atrás hasta que sienta tensión en el cuello. Luego se le pidió que gire la cabeza hacia la derecha y se de cuenta como se moviliza la tensión hacia ese lado. Se le pidió que haga lo mismo hacia la izquierda. Luego se le pidió que mueva la barbilla hacia adelante y hacia abajo y presione su pecho contra ella. Luego de algunos segundos se le pidió que vuelva la cabeza a la posición normal y que sienta como se relaja. Luego se le pidió que encoja sus hombros hacia arriba y se mantenga con la tensión y luego de un tiempo relaje sus hombros. Luego se le pidió que lo haga de nuevo pero que esta vez los mueva a la derecha y a la izquierda, hacia adelante y hacia atrás y sienta la tensión que se produce en los hombros y la parte superior de la espalda.

Se le pide que siga así y se de cuenta de la tensión. Luego que deje caer los hombros y se relaje. Con esto se termina la cuarta sesión de relajamiento.

A continuación se aplica la técnica de la autoinstrucción. Se vuelve a hacer el mismo procedimiento que la sesión anterior. El terapeuta se da autoinstrucciones frente a una situación específica y luego pide que el sujeto lo haga. La autoinstrucción fue proceder de una manera asertiva y adaptada frente a una situación de conflicto por acusaciones de los compañeros. Se le pide que se autoinstruya en voz alta y varias veces. Repitiéndole que tenía que practicarla.

Luego de esto se dio por terminada la sesión.

Sesión 5

Objetivo a alcanzar:

- Disminuir la ansiedad como síntoma que se genera frente a ciertas situaciones y que pueden provocar reacciones impulsivas.
- Incrementar el autocontrol en el paciente para que pueda manejar de una forma adaptada las reacciones conductuales frente a ciertas situaciones. .

Técnicas aplicadas:

- Técnica del relajamiento de Wolpe
- Autoinstrucciones

En esta sesión se procede a realizar la quinta sesión de relajamiento. Esta vez se trata de relajar los músculos de la espalda, abdomen y tórax. Se le pide al paciente que contraiga arqueando hacia atrás la columna vertebral al hacer eso también se contraen los músculos abdominales pidiéndole que trate de contraerlos lo más que pueda. Luego se le pide que vuelva el cuerpo al estado normal. Se lo hace repetir varias veces al ejercicio.

A continuación se practica la técnica de la autoinstrucción. Esta vez se le pide al paciente practicar los dos ejercicios de autoinstrucción que se practicaron la vez pasada. El objetivo fue reforzar esas dos conductas mediante la práctica. El terapeuta volvió a hacer de modelo dándose él mismo autoinstrucciones de la forma como debía proceder frente a esas dos situaciones.

Luego de que lo hizo el terapeuta, el paciente practica esas dos autoinstrucciones. Es decir la forma como tiene que proceder frente a esas dos situaciones. Se le pidió que lo haga varias veces y que se dé las autoinstrucciones en voz alta. Se le pide que practique la técnica ya que esta era la última vez que se lo hacía en las sesiones.

Sesión 6

Objetivo a alcanzar:

- Disminuir la ansiedad como síntoma que se genera frente a ciertas situaciones y que pueden provocar reacciones impulsivas
- Incrementar el autocontrol en el paciente para que pueda manejar de una forma adaptada las reacciones conductuales frente a ciertas situaciones.

Técnicas aplicadas:

- Técnica de relajamiento de Wolpe
- autoreforzamiento

Se le dice que se aplicará la última sesión de la técnica de relajamiento. En esta sesión se aplicará la técnica relajando las extremidades inferiores. Se comienza por los pies para ir hacia arriba.

Se le pide que doble los dedos del pie con los zapatos puestos y los mantenga así un tiempo, luego que los relaja. Luego se le pide que lo haga otra vez pero con más intensidad. Se le pide que lo haga una tercera vez con la mayor intensidad que pueda hacerlo. Luego se hace el ejercicio con la pantorrilla. Esta vez puse mis pies sobre los pies del paciente y se le pidió que trate de levantar los pies. El ejercicio se lo hace varias veces. Al final se le pide que tense primero el muslo izquierdo y luego el derecho

tratando de moverlos mientras se presiona la cara interna de la rodilla. Se lo hace varias veces. Se le pide practicar el ejercicio y sus sesiones ya que entre más lo hace estará más habituado al relajamiento.

Se continúa con la técnica del autoreforzamiento. Se le explica en qué consiste la técnica, y para qué sirve.

La técnica es sencilla y consiste en una aplicación de recompensa o castigo frente al cumplimiento o no de cierta conducta.

Entonces se le pide que al hacer todo lo que se practicó en la autoinstrucción de la sesión cuatro en el caso que se dé una situación de discusión con compañeros y/o una situación similar, se recompense con algo o una actividad que le guste realizar. Luego de un consenso de cuál sería la recompensa y cual el castigo, se elige para recompensa prolongar el trabajo de manualidades que le gusta realizar, y como autocastigo al otro día de no haber cumplido con la autoinstrucción no realizar el trabajo de manualidades. El paciente se compromete a realizar lo que se ha conversado

Luego se da por concluida la sesión.

Sesión 7

Objetivo a alcanzar:

- Incrementar el autocontrol en el paciente para que pueda manejar de una forma adaptada las reacciones conductuales frente a ciertas situaciones.

Técnicas aplicadas:

- Autoreforzamiento

En esta sesión solo se realiza una técnica, la técnica del autoreforzamiento

Se le preguntó acerca de si en los días que no ha estado en terapia ha sucedido alguna situación de discusión con los compañeros; el paciente refirió que no.

Entonces se procede a darle una charla acerca de para qué sirve el autoreforzamiento y los beneficios de esta técnica. El objetivo de la charla fue que el paciente tome conciencia acerca de la importancia de la técnica y que la realice. Vale indicar que siempre se generan discusiones entre compañeros y hay la probabilidad de que haya discutido, y sin embargo que no haya realizado la autoinstrucción.

Luego de esto, se le pide esta vez que en la situación de acusaciones de compañeros en la que se practicó una autoinstrucción, logre el autoreforzamiento que se había propuesto, y esta vez si lo hacía iba a haber un refuerzo de parte del terapeuta.

Luego de esto se concluye la sesión.

Sesión 8

Objetivo a alcanzar:

- Incrementar el autocontrol en el paciente para que pueda manejar de una forma adaptada las reacciones conductuales frente a ciertas situaciones.
- Mejorar el manejo ante situaciones de estrés para disminuir la conducta impulsiva que pueda generarse.

Técnicas aplicadas:

- Autoreforzamiento
- Técnica de la fantasía forzada

Se comienza preguntándole al paciente si es que ha existido alguna de las situaciones que se han conversado en la anterior sesión.

Dice que se han dado dos discusiones con compañeros que trató de cumplir las autoinstrucciones pero que sin embargo solo consiguió cumplir una. Se le preguntó si cumplió con los autoreforzamientos y dijo que cumplió con el de recompensa pero el autocastigo no lo cumplió. Se sacó como conclusión que la técnica no se cumplió del

todo, sin embargo logró un avance en el paciente ya que realizó en un cincuenta por ciento.

A continuación se aplica la técnica de la fantasía forzada. Como en todo inicio de una técnica se le explica en qué consiste y para qué sirve.

Al conocer que la técnica del autoreforzamiento no funcionó del todo, sobre todo cuando se trata de autoaplicarse castigos, se toma la situación de discusión, que es generadora de estrés y se aplica la técnica de la fantasía forzada.

Se le pide que imagine esa situación y experimente lo que en esos instantes siente y cómo reacciona. Siendo el objetivo que el paciente reconozca su reacción negativa, se le indica que puede revertir esa forma de reaccionar cumpliendo con las tareas de autoinstrucción y autoreforzamiento.

Sesión 9

Objetivo a alcanzar:

- Flexibilizar rasgos de Personalidad

Técnicas aplicadas:

- Empirismo cooperativo

En esta sesión se le aplicó la técnica del empirismo cooperativo. Se le explicó el objetivo de la técnica y de qué se trata.

Se conversa acerca de situaciones de rompimiento de normas y reglas, se pone a prueba sus creencias mediante preguntas relacionadas con la comprobación de estas creencias, se dirige la charla hacia ese objetivo. Se identificó la siguiente creencia en el paciente: infalibilidad. Cree siempre elegir bien y todas las decisiones que toma son buenas, los que están mal son los otros. El trabajo consistió en comprobar esas creencias erróneas, vale indicar que hasta al final de la sesión manifestó que estaba en lo correcto.

Sesión 10

Objetivo a alcanzar:

- Flexibilizar rasgos de personalidad.

Técnicas aplicadas:

- Empirismo cooperativo

La sesión comenzó haciendo una retroalimentación de la sesión anterior, y precisamente se retomó el tema del rompimiento de normas y reglas. Se siguió argumentando y preguntando con el objetivo de que se compruebe su creencia Vale indicar que durante toda la sesión y hasta su término el paciente argumentó su infalibilidad.

Sesión 11

Objetivo a alcanzar:

- Flexibilizar rasgos de personalidad antisocial

Técnicas aplicadas:

- Empirismo cooperativo

En esta sesión como tenía una creencia muy arraigada, se retoma el tema de la infalibilidad.

Esta vez se pone ejemplos de que no existe infalibilidad en las personas y a veces ciertas creencias no son las más adecuadas en las personas. Esto se dio durante toda la sesión.

Durante toda la sesión se pidió que el paciente que también manifieste su creencia acerca de los ejemplos que se ponía y que argumente su creencia.

Sesión 12

Objetivo a alcanzar:

- Flexibilizar rasgos de personalidad antisocial

Técnicas aplicadas:

- Empirismo cooperativo

Se le comenta al paciente que está era la última sesión.

La sesión continuó basándose en la comprobación de creencias.

Esta vez se hace un recuento a manera de resumen de lo que se ha conversado en las sesiones anteriores. Se centra la sesión en argumentar y comprobar acerca de las consecuencias de esas creencias y su funcionalidad. Tratando de comprobarse si la creencia era correcta o disfuncional.

Al final se hizo un resumen de lo que se ha trabajado en las sesiones, evaluándose el proceso.

Antes de cerrar el proceso se le aplicó nuevamente los test de impulsividad de Barratt y test SEAPSI.

7. Conclusiones del caso

NN5 ha presentado trastorno antisocial de la personalidad, donde ha sido un factor fundamental el aprendizaje, ya que se crió en medio de un barrio donde desde pequeños las personas rompían normas y reglas.

Este factor, sumado a la vulnerabilidad y la poca relación afectiva con la familia, han ocasionado en el paciente conductas desadaptadas y luego un trastorno antisocial, en la cual ha habido un deterioro en el ámbito social, familiar y laboral.

El proceso de terapia realizado ha puesto énfasis y solo se ha enfocado en el síntoma impulsividad, uno de los principales dentro del trastorno. El motivo fundamental de la elección de este síntoma ha sido debido a que los pacientes con el trastorno producto de la impulsividad llegan a tener problemas en lo social y sobretodo con la ley. Además otro motivo, fue que estos pacientes presentan violencia en muchas situaciones, la cual tiene una relación directa con la impulsividad; al disminuir la impulsividad pueden bajar los niveles de violencia.

Para tratar la impulsividad se eligieron cinco factores: la ansiedad, el estrés, el autocontrol, las habilidades sociales, los rasgos de personalidad. El motivo para la elección de estos cinco factores fue que al tratar cada uno de ellos directamente se disminuía el síntoma impulsividad; ya que hay relación directa entre estos y el síntoma.

En el paciente se puso énfasis en el incremento del autocontrol y la disminución de la ansiedad; ya que había una impulsividad motora desarrollada en el paciente, y además frente a ciertas situaciones se mostraba con ansiedad y esta ansiedad le causaba una reacción impulsiva. Al incrementar el autocontrol, y disminuir los niveles de ansiedad, el paciente controlaba su impulsividad.

Además se aplicó un test y un retest. Al comenzar el proceso el paciente obtuvo un puntaje de 84 lo cual significaba alta impulsividad, al finalizar el proceso el paciente obtuvo un puntaje de 79. Lo cual significa una disminución de 5 puntos.

Al final del proceso terapéutico el paciente indicó que había mejoría con respecto a la ansiedad y además logró controlarse en algunas situaciones, sin embargo manifestó que seguía siendo impulsivo.

Se le preguntó al paciente en que porcentaje piensa ha mejorado manifestando: en un treinta por ciento.

Finalmente se entrevistó al psicólogo del paciente, dijo haber visto muy pocos cambios en el paciente pero que lo notaba un poco más tranquilo y controlado cuando conversaba con él.

4.6 Conclusión de los casos

La presentación de los resultados tanto cuantitativa como cualitativa permite reconocer un avance en la disminución en el síntoma de la impulsividad, entendiéndose como eficaz el tratamiento. A nivel cuantitativo se observó una disminución del síntoma en los pacientes, al comparar las variables predictivas que se realizaron al inicio y al final del proceso terapéutico.

Con lo que respecta al test de personalidad SEAPSI; si bien todos los pacientes tuvieron el trastorno antisocial tanto al inicio como al final de la evaluación, cuatro de

los cinco pacientes tuvieron un punto menos en la evaluación final con respecto a la evaluación inicial. Tomando en cuenta que el test mide rasgos que son generadores de síntomas.

Con respecto al test de impulsividad de Barratt, en todos los casos hubo disminución en la puntuación en la evaluación final con respecto a la inicial. Así, para el caso NN1 de 74 puntos presentados en la evaluación inicial, se obtuvo 69 puntos en la evaluación final. En el caso NN2 de 74 puntos presentados en la evaluación inicial, se obtuvo 70 puntos en la evaluación final. En el caso NN3 de 81 puntos presentados en la evaluación inicial, se obtuvo 75 puntos en la evaluación final. En el caso NN4 de 83 puntos presentados en la evaluación inicial, se obtuvo 78 puntos en la evaluación final. En el caso NN5 de 84 puntos presentados en la evaluación inicial, se obtuvo 79 puntos en la evaluación final.

El abordaje realizado mediante terapia integrativa orientado a aplicar técnica de acuerdo a la personalidad del paciente y sus necesidades (técnicas que fueron básicamente conductuales y cognitivas), permitió que se genere un refuerzo en las habilidades sociales, el autocontrol, disminución de la ansiedad, mejorar el manejo ante situaciones de estrés y flexibilizar rasgos. Al mejorar o reforzar los factores anteriormente nombrados se vió una disminución de la impulsividad en estos pacientes, objetivo principal de la terapia.

La terapia se planteó de acuerdo al Modelo Integrativo Focalizado en la Personalidad, aplicándose básicamente técnicas conductuales y cognitivas a los pacientes. Técnicas que han demostrado eficacia en el tratamiento de este síntoma.

La planificación y ejecución de la terapia se la hizo y adaptó de acuerdo a cada paciente, dándose prioridades a unos factores más que a otros dependiendo del paciente, aunque siempre con el mismo objetivo principal. Además hubo una adaptación con lo que respecta a las necesidades de la institución y del paciente, habiendo pequeñas modificaciones con lo que respecta a las frecuencias semanales y duración de las sesiones, a veces se reducían, a veces prolongaban.

Además, en la mayoría de las sesiones se trató de escuchar al paciente siendo no directivo en el inicio de cada sesión, el objetivo fue generar rapport y empatía en los primeros minutos de la sesiones; considerando fundamental la utilización de esta estrategia en los primeros minutos ya que fue la base para la colaboración del paciente en el momento de orientar la terapia hacía la aplicación de las técnicas.

CONCLUSIONES GENERALES:

A partir del tratamiento para la disminución de la impulsividad a pacientes con trastorno antisocial de la personalidad, y sustentado en los objetivos propuestos, se puede concluir:

La investigación y aplicación psicoterapéutica del tratamiento de la impulsividad, permitió reconocer que en la formación del trastorno antisocial de la personalidad influyen varios factores de los que podemos citar los psicológicos, genéticos, biológicos, ambientales, socio-culturales.

-La psicoterapia integrativa focalizada en la personalidad obtiene una ventaja para el tratamiento de este síntoma, debido a que toma en cuenta la personalidad del paciente y los factores que se necesitan reforzar, incrementar o disminuir. Al tomar en cuenta ésto, se puede obtener una mejor planificación de cada terapia, haciéndola exclusiva para cada paciente y pudiendo aplicar las técnicas que uno crea conveniente sin importar la escuela psicológica de donde provengan. Las técnicas son utilizadas de acuerdo al objetivo terapéutico.

-Los resultados del test de impulsividad de Barratt evidenciaron que la impulsividad en los pacientes disminuyó luego del tratamiento terapéutico.

-La psicoterapia realizada ha alcanzado un grado de efectividad aceptable ya que de acuerdo al análisis tanto cuantitativo como cualitativo, los pacientes tuvieron mejoría disminuyendo su impulsividad y sus niveles de agresividad, así como aprendieron a ser un poco más asertivos.

RECOMENDACIONES:

-Se recomienda seguir con el tratamiento psicoterapéutico, ya que si bien ha habido un avance en la disminución de la impulsividad, existen otros síntomas dentro del trastorno que tienen que ser tratados.

-Se tiene que tomar en cuenta que el síntoma impulsividad no es el único síntoma que presentan los pacientes con trastorno antisocial de personalidad, y que para que exista una mejoría significativa del trastorno, tiene que prolongarse la terapia por lo menos un año debido a la dificultad del trastorno.

-Las condiciones en las que viven las personas privadas de libertad son un factor no solo limitante para la mejoría sino que mantenedor del trastorno para las personas que lo tienen; recomendándose mejorar las condiciones de vida de estas personas dentro del centro de rehabilitación.

-El factor aprendizaje y refuerzo es primordial. Al juntarse en el centro de rehabilitación a personas que padecen el trastorno, se genera un refuerzo en la conducta de ellos, pudiendo resultar negativo para el objetivo de disminuir los síntomas del trastorno. Se recomienda que se distribuya a las personas que padecen este trastorno a pabellones donde la violencia es mínima, para que estos pacientes empiecen a darse cuenta y aprendan por observación que no hay un solo tipo de comportamiento ni que todas las personas son impulsivas.

BIBLIOGRAFÍA GENERAL

BALAREZO, L. (1995). PSICOTERAPIA. QUITO: EDICIONES DE LA PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DEL ECUADOR.

BALAREZO, L. (2010). PSICOTERAPIA INTEGRATIVA FOCALIZADA EN LA PERSONALIDAD. QUITO: UNIGRAF.

BECK, A. (1995). TERAPIA COGNITIVA DE LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD. BARCELONA: PAIDOS.

BECK, J. (1995). TERAPIA COGNITIVA. BARCELONA: GEDISA.

BUTCHER, J. (2007). PSICOLOGIA CLINICA. MADRID: PEARSON.

CABALLO, V. (1998). MANUAL DE TECNICAS DE TERAPIA Y MODIFICACION DE CONDUCTA. MADRID: SIGLO XXI.

CARO, I. (2003). PSICOTERAPIAS COGNITIVAS. BARCELONA: PAIDOS.

CLONINGER, S. (2003). TEORIAS DE LA PERSONALIDAD. MEXICO: PEARSON.

CULLARI, S.(2001). FUNDAMENTOS DE PSICOLOGIA CLINICA. MEXICO: PEARSON.

ELLIS, A. (1990). MANUEL DE TERAPIA RACIONAL-EMOTIVA. BILBAO: DESCLÉE DE BROWUER.

FADIMAN, J. (2001). TEORIAS DE LA PERSONALIDAD. MEXICO: OXFORD.

FERNANDEZ ÁLVAREZ, H. (1992). FUNDAMENTOS DE UN MODELO INTEGRATIVO EN PSICOTERAPIA. BUENOS AIRES: PAIDOS.

FERNANDEZ ÁLVAREZ, H. (1994). PSICOTERAPIA INTEGRATIVA DE BASE COGNITIVO CONSTRUCTIVISTA. BUENOS AIRES: HOLOS.

FERNANDEZ ÁLVAREZ, H., OPAZO, R. (2004). LA INTEGRACION EN PSICOTERAPIA. BARCELONA: PAIDOS.

FERNANDEZ LIRIA, A. (2008). HABILIDADES DE ENTREVISTA PARA PSICOTERAPEUTAS. BILBAO: DESCLÉE DE BROWUER.

HAMPSON, S. (1986). LA CONSTRUCCION DE LA PERSONALIDAD. BUENOS AIRES: PAIDOS.

LIPCHIK, E. (2004). TERAPIA CENTRADA EN LA SOLUCIÓN. BUENOS AIRES: AMORRORTU.

LÓPEZ, S. (2007). LECTURAS DE TERAPIA CONDUCTUAL. GUAYAQUIL: EDICIONES UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL.

MAHONEY, M. (1998). CONSTRUCTIVISMO EN PSICOTERAPIA. BARCELONA: PAIDOS.

MILLON, T. (2011). INVENTARIO MILLON DE ESTILO DE PERSONALIDAD. BUENOS AIRES: PAIDOS.

OBLITAS, L. (2008). PSICOTERAPIAS CONTEMPORÁNEAS. MEXICO: CENGAGE LEARNING EDITORES.

OPAZO, R. (1992). INTEGRACION EN PSICOTERAPIA. SANTIAGO: CECIDEP.

PICHOT, P. (2001). DSM IV. BARCELONA: MASSON.

ROA, A. (1995). EVALUACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA Y DE LA SALUD. MADRID: CEPE.

STOFF, R. (2002). CONDUCTA ANTISOCIAL. LONDRES: OXFORD UNIVERSITY PRESS.

TORO, R. (1998). FUNDAMENTOS DE MEDICINA. BOGOTA: EDICIONES ROJO.

TRULL, T. (2003). PSICOLOGIA CLINICA. MEXICO: THOMSON.

YANKURA, J. (1999). TERAPIA CONDUCTUAL RACIONAL-EMOTIVA. BILBAO: DESCLÉE DE BROWUER.

ANEXOS

Anexo 1

GUÍAS DEL PROCESO PSICOTERAPÉUTICO

GUÍA No. 1

FICHA INTEGRATIVA DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

Fecha:

Elaborada por:

DATOS INFORMATIVOS

Nombre:			
Edad	Estado Civil:	#de hijos	Religión:
Lugar y fecha de nacimiento:			
Residencia:	Dirección:	Telf:	
Instrucción:		Ocupación:	
Informante:		Parentesco	

Tipo de consulta

Ambulatorio	Acogida	
Hospitalizado	Consulta Privada	
Otros:		

DEMANDA

ORIGEN		
Paciente	Familiar (s)	
Profesional	Otros	

EXPLÍCITA

IMPLÍCITA

ANTECEDENTES DISFUNCIONALES

BIOGRAFÍA PSICOLÓGICA PERSONAL Y FAMILIAR (GENOGRAMA)

RESULTADOS DE PRUEBAS PSICOLÓGICAS

DESCRIPCIÓN DIAGNÓSTICA

DIAGNÓSTICO DESCRIPTIVO DEL TRASTORNO

DIAGNÓSTICO DESCRIPTIVO DE LA PERSONALIDAD

CRITERIOS PRONÓSTICOS

RECOMENDACIONES

FICHA DE PAREJA Y FAMILIAR

CARACTERÍSTICAS DE PERSONALIDAD
INTERACCIÓN FAMILIAR
Observaciones

GUÍA No. 2

ANÁLISIS DE DEMANDA, EXPECTATIVAS Y MOTIVACIONES PREVIAS AL INICIO DEL PROCESO

DEMANDA PSICOLÓGICA

ORIGEN		DEMANDA	
Paciente		Explícita (manifiesta)	
Familiar		Implícita (latente)	
Profesional		TIPO DE DEMANDA	
Otros		Asesoramiento	
		Psicoterapia	

EXPECTATIVAS Y MOTIVACIONES

PACIENTE	1	2	3	4	5
Búsqueda de ayuda o supresión de síntomas					
Complacencia a familiares y allegados					
Remisión de otros profesionales					
Exigencia de status					
Curiosidad					
Otras					

TERAPEUTA	1	2	3	4	5
Vocación de ayuda					
Adquisición de experiencia					
Fenómenos contra-transferenciales					
Factores económicos					
Obligación institucional					
Otros					

FAMILIARES, AMIGOS E INSTITUCIONES	1	2	3	4	5
Afán de ayuda de familiares					
Sentimientos de ayuda de amigos					
Experiencias previas de familiares					
Exigencias familiares					
Engaño de familiares					
Exigencias institucionales					
Intereses institucionales					
Otros					

Muy alta= 5

Alta = 4

Media = 3

Baja = 2

Muy baja = 1

GUÍA No. 3

TIPOS DE PRIMERA ENTREVISTA

Entrevista de psicodiagnóstico	
Entrevista de consulta	
Entrevista única	
Inicio de proceso terapéutico	

INTERROGANTES AL FINALIZAR LA PRIMERA ENTREVISTA

	SI	NO	¿POR QUÈ?
¿Logré que el paciente hable con libertad sobre su problema?			
¿Tengo claridad en la concepción del trastorno y las posibilidades de tratamiento?			
¿He llegado a conclusiones diagnósticas de personalidad apropiadas?			
¿He identificado las facilidades y dificultades en el			

tratamiento?			
¿Percibí su problema desde su propio punto de vista?			
¿Se sintió comprendido en su problema?			
¿Se produjo desinhibición emocional?			
¿Terminó convencido sobre las posibilidades y objetivos de la psicoterapia?			
¿Tiene confianza el paciente en mí como terapeuta y en la psicoterapia como forma de tratamiento?			
¿Se identificaron componentes de resistencia?			
¿Se identificaron componentes de transferencia?			
¿Se identificaron componentes de contratransferencia?			

GUÍA No.4

SÍNTESIS VALORATIVA Y DIAGNÓSTICA DE COMPONENTES BIOLÓGICOS, PSICOLÓGICOS Y SOCIALES

DIAGNÓSTICO FORMAL	
TRASTORNO	
Factores biológicos influyentes en el trastorno	
Factores sociales y familiares influyentes en el trastorno	
Atribución psicológica del trastorno- Locus	

DIAGNÓSTICO INFORMAL	
PERSONALIDAD	
Características de personalidad del paciente	
Estilos cognitivos según la personalidad	
Rasgos potenciadores y limitantes	

DECISIONES SOBRE EL TRATAMIENTO PSICOTERAPÉUTICO

Paciente susceptible de tratamiento psicoterapéutico	1	2	3	4	5
Requiere tratamiento mixto (psicoterapia, biológico, social) Especifique.....farmacológico.....	Si (X)			No ()	
Requiere intervención	Individual				
	De pareja				
	Familiar				
	Grupal				
	Institucional				
¿Qué dificultades se van a presentar en el proceso?					

Excelente = 5 Muy bueno= 4 Bueno= 3 Regular= 2 Insuficiente = 1

GUÍA No. 5

PLANIFICACIÓN DEL PROCESO

1. Formulación Dinámica del Trastorno o Problema

2. Formulación Dinámica de la Personalidad

3. Señalamiento de Objetivos

3.1 Con relación a la problemática:

3.2 Con relación a la sintomatología o trastorno:

3.3 Con relación al conocimiento de su personalidad y generación de cambios:

4. Señalamiento de Técnicas

4.1 Con relación a la problemática:

4.2 Con relación a la sintomatología o trastorno:

4.3 Con relación al conocimiento de su personalidad y generación de cambios:

GUÍA No. 6

EVOLUCIÓN

EJECUCIÓN Y APLICACIÓN TÉCNICA

Fecha	Evolución	Actividad

GUÍA No. 7

FENÓMENOS DE LA RELACIÓN TERAPÉUTICA

CONDICIONES AMBIENTALES EXTERNAS

Características del consultorio	PRIVACIDAD				TRANQUILIDAD			
	SI		NO		SI		NO	
Elementos accesorios	DESCRIBIR				EFECTO			
Grabación de las sesiones	SI		NO		EFECTO			
	Tipo de grabación							
Posición entre paciente y terapeuta	DESCRIBIR				EFECTO			
	Vis a vis							
	Diván							
	Choisse Lone							
	Diagonal							
	Sin escritorio							
	Otro							

CARACTERÍSTICAS DEL TERAPEUTA O ASESOR

ASPECTOS COGNITIVOS					
	1	2	3	4	5
Función ejecutiva					
Pensamiento teórico-abstracto					
Potencialidad analítico-sintética					
Creatividad					
Intuición					
Perspiciacia					
Flexibilidad					
Fluidez verbal					

ASPECTOS NO COGNITIVOS					
	1	2	3	4	5
Adecuación de sus rasgos de personalidad al cliente					
Valores de solidaridad					
Equilibrio psíquico					
Capacidad de comunicación y relación interpersonal					
Capacidad empática					
Integridad ética					
Motivación a brindar ayuda					
Autoestima apropiada					
Resiliencia apropiada					
Proactividad					

CAPACIDADES GRUPALES					
	1	2	3	4	5
Aptitud para el trabajo en equipo					
Capacidad para tomar decisiones en consenso					
Disciplina grupal e individual					
Capacidad de liderazgo					

CARACTERÍSTICAS DEL PACIENTE O CLIENTE	1	2	3	4	5
Motivación al tratamiento					
Factores cognitivos					
Nivel de integración de la personalidad					
Capacidad de respuesta emocional					
Flexibilidad					
Locus de control interno					

Excelente = 5 Muy bueno= 4 Bueno= 3 Regular= 2 Insuficiente = 1

FENÓMENOS AFECTIVOS DURANTE EL PROCESO

RAPPORT	SI	NO
Demostre inicialmente cordialidad y ausencia de conductas inapropiadas		
Inicie la sesión con temas neutros o sucesos conocidos por ambos		
Demostre una actitud amistosa, atenta e interesada con el cliente		
Controlé los fenómenos transferenciales y contratransferenciales		
Sentí agrado, confianza, cooperación, sinceridad e interés del paciente		

EMPATÍA	SI	NO
Tuve sintonización con los afectos del paciente		
Demostre comprensión de los afectos		
Controlé la distancia emocional		

RESISTENCIAS		
Mecanismos de defensa o pensamientos distorsionados predominantes		
Estrategias de respeto	SI	NO
Iniciales para facilitar el rapport		
Respetando sus valores y creencias personales		
Evitando riesgos en el proceso		
Estrategias de manejo	SI	NO
Interpretación y confrontación para acceder a omisiones y contradicciones		
Sustitución de estructuras defensivas por resoluciones objetivas de los problemas y conflictos		
Reforzamiento de mecanismos de defensa por tratarse de un proceso breve de terapia		

INDICADORES DE TRANSFERENCIA		
NO VERBALES	SI	NO
Llegadas anticipadas o tardías a la consulta		
Demostraciones excesivas de puntualidad		
Arreglo personal especial		
Compostura insinuante durante la entrevista		
Posiciones corporales		
Gesticulaciones socialmente aceptables en flirteo		
Manifestaciones vegetativas		
Gestos autodirigidos		
OTROS Cuáles.....		
VERBALES	SI	NO
Expresiones verbales sobre la ansiedad y tranquilidad que le suscitan las consultas		
Reiteraciones sobre temas superfluos		
Insinuaciones de acercamiento en la distancia social		
Verbalizaciones directas de las emociones		
Referencia sobre sueños relacionados con el terapeuta		
Expresiones verbales seductoras		
OTROS Cuáles.....		

MANEJO DE LA TRANSFERENCIA	SI	NO
Análisis del terapeuta		
Manejo sin discusión ni interpretación de la transferencia		
Frecuencia de sesiones		
Duración de sesiones		
Modificación de los temas de discusión		
Manejo con discusión e interpretación de la transferencia		
Estrategia utilizada		
Derivación del paciente a otro terapeuta		

CONTRATRANSFERENCIA		
EXPRESIONES DE CONTRATRANSFERENCIA	SI	NO
Afectos positivos y negativos		
Disgusto irrazonable		
Incapacidad para simpatizar		
Reacción emocional ante la hostilidad del cliente		
Actitudes defensivas ante la crítica del paciente		
Excesiva atracción		
Insinuaciones verbales y no verbales		
Incomodidad o temor a la entrevista		
Preocupación desmedida por las necesidades del paciente		
Dificultades para brindarle atención		
Falta de puntualidad o prolongación de las sesiones		
Acercamientos afectivos y corporales		

MANEJO DE LA CONTRATRANSFERENCIA	SI	NO
Auto-observación para identificarla		
Necesidad de resolver conflictos personales del terapeuta		
Consulta profesional con otro colega		
Derivación del paciente a otro terapeuta		

GUÍA No. 8
LOS GRUPOS

CARACTERÍSTICAS DEL GRUPO	Abiertos	Cerrados	Homogéneos	Heterogéneos
MAYOR ACEPTACIÓN AL TRABAJO GRUPAL	Niños	Adolescentes	Adultos	Adultos mayores
GRADO DE INSTRUCCIÓN	Influye		No influye	
NIVEL DE LOCUS DE CONTROL	Interno		Externo	

GUÍA No. 9

EVALUACION FINAL DEL PROCESO PSICOTERAPÉUTICO

PROCESO			
Asesoramiento		Psicoterapia	
OBJETIVOS ESTABLECIDOS			
Asesoramiento		Sintomáticos	De personalidad
CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS			
Nivel de satisfacción (escala subjetiva de 1 a 10)			
Paciente		Observaciones	
Familiares		Observaciones	
Terapeuta		Observaciones	

TÉCNICAS EMPLEADAS Y GRADO DE EFICACIA (1-5)		
Asesoramiento		
Sintomáticas		
De personalidad		

Excelente = 5 Muy bueno=4 Bueno= 3 Regular= 2 Insuficiente = 1

INTERROGANTES AL FINALIZAR EL PROCESO

		SI	NO	¿POR QUÉ?
Finalización del proceso				
Cumplimiento de expectativas	Paciente			
	Familiares			
	Instituciones			
	Otros			
	Terapeuta			
Tratamiento mixto				
Derivación del paciente a otro profesional				
Deserción del paciente				

Anexo 2

TEST MILLON

Nombre:

		V	F
01	Soy una persona y colaboradora.		
02	Siempre hice lo que quise y asumí las consecuencias.		
03	Me gusta hacerme cargo de una tarea		
04	Tengo una manera habitual de hacer las cosas		
05	Contesto las cartas el mismo día que las recibo.		
06	A veces me las arreglo para arruinar las cosas buenas que me pasan.		
07	Ya no me entusiasman muchas cosas como antes		
08	Preferiría ser un seguidor más que un líder.		
09	Me esfuerzo por tratar de ser popular.		
10	Siempre he tenido talento para lograr éxito en lo que hago		
11	Con frecuencia me doy cuenta de que he sido tratado injustamente.		
12	Me siento incomodo cuando me tratan con bondad.		
13	Con frecuencia me siento tenso en situaciones sociales		
14	Creo que la policía abusa del poder que tiene.		
15	Algunas veces he tenido que ser algo rudo con la gente.		
16	Los niños deben obedecer siempre las indicaciones de sus mayores.		
17	A menudo estoy disgustado por la forma que se hacen las cosas.		
18	A menudo espero que me pase lo peor.		
19	Me preocuparía poco no tener muchos amigos.		
20	Soy tímido e inhibido en situaciones sociales.		
21	Aunque esté en desacuerdo, por lo general dejo que la gente haga lo que quiere.		
22	Es imposible pretender que las personas siempre digan las verdad.		

23	Puedo hacer comentarios desagradables si considero que la persona se lo merece.		
24	Me gusta cumplir con lo establecido y hacer lo que se espera de mí.		
25	Muy poco de lo que hago es valorado por los demás.		
26	Casi todo lo que intento me resulta fácil.		
27	En los últimos tiempos me he convertido en una persona más encerrada en sí misma.		
28	Tiendo a dramatizar lo que me pasa.		
29	Siempre trato de hacer lo correcto.		
30	Dependo poco de la amistad de los demás.		
31	Nunca he estado estacionado por más tiempo del que un parquímetro establecía como límite.		
32	Los castigos nunca me impidieron hacer lo que quiero.		
33	Me gusta acomodar todas las cosas hasta en sus mínimos detalles.		
34	A menudo los demás logran molestarme.		
35	Jamás he desobedecido las indicaciones de mis padres.		
36	Siempre logro conseguir lo que quiero, aunque tenga que presionar a los demás.		
37	Nada es más importante que proteger la reputación personal.		
38	Creo que los demás tienen mejores oportunidades que yo.		
39	Ya no expreso lo que realmente siento.		
40	Es improbable que lo que tengo que decir interese a los demás.		
41	Me esfuerzo por conocer gente interesante y tener aventuras.		
42	Me tomo con poca seriedad las responsabilidades que tengo.		
43	Soy una persona dura, poco sentimental.		
44	Pocas cosas en la vida pueden conmoverme.		
45	Me tensiona mucho el tener que conocer y conversar con gente nueva.		
46	Soy una persona cooperativa que se subordina a los demás.		

47	Actúo en función del momento, de las circunstancias.		
48	En general, primero planifico y luego sigo activamente el plan trazado.		
49	Con frecuencia me he sentido inquieto, con ganas de dirigirme hacia cualquier a otro lado.		
50	Creo que lo mejor es controlar nuestras emociones.		
51	Desearía que la gente no me culpara a mi cuando algo sale mal.		
52	Creo que soy mi peor enemigo.		
53	Tengo pocos lazos afectivos fuertes con otras personas.		
54	Me pongo ansioso si estoy con personas que no conozco bien.		
55	Es correcto tratar de burlar la ley sin dejar de cumplirla.		
56	Hago mucho por los demás, pero hacen poco por mí.		
57	Siempre he sentido que las personas no tienen una buena opinión de mí.		
58	Me tengo mucha confianza.		
59	Sistemáticamente ordeno mis papeles y materiales de trabajo.		
60	Mi experiencia me ha enseñado que las cosas buenas duran poco.		
61	Algunos dicen que me gusta hacerme la víctima.		
62	Me siento mejor cuando estoy solo.		
63	Me pongo más tenso que los demás frente a situaciones nuevas.		
64	Generalmente trato de evitar las discusiones, por más que este convencido de tener razón.		
65	Busco situaciones novedosas y excitantes para mí.		
66	Hubo épocas en que mis padres tuvieron problemas por micomportamiento.		
67	Siempre termino mi trabajo antes de descansar.		
68	Otros consiguen cosas que yo no logro.		
69	A veces siento que merezco ser infeliz.		
70	Espero que las cosas tomen su curso antes de decidir qué hacer.		

71	Me preocupo más de los otros que de mí mismo.		
72	A menudo creo que mi vida va de mal en peor.		
73	El solo estar con las personas me hace sentir inspirado.		
74	Cuando manejo siempre controlo las señales sobre los límites de velocidad y cuido de no excederme.		
75	Uso mi cabeza y no mi corazón para tomar decisiones.		
76	Me guio por mis intuiciones más que por la información que tengo sobre algo.		
77	Jamás envidio los logros de los otros.		
78	En la escuela me gustaron más las materias prácticas que las teóricas.		
79	Planifico las cosas con anticipación y actúo enérgicamente para que mis planes se cumplan.		
80	Mi corazón maneja mi cerebro.		
81	Siempre puedo ver el lado positive de la vida.		
82	A menudo espero que alguien solucione mis problemas.		
83	Hago lo que quiero, sin pensar cómo va a afectar a otros.		
84	Reacciono con rapidez ante cualquier situación que pueda llegar a ser un problema para mí.		
85	Sólo me siento una buena persona cuando ayudo a los demás.		
86	Si algo sale mal aunque no sea muy importante, se me arruina el día		
87	Disfruto más de mis fantasías que de la realidad.		
88	Me siento satisfecho con dejar que las cosas ocurran sin interferir.		
89	Trato de ser más lógico que emocional.		
90	Prefiero las cosas que se pueden ver y tocar antes que las que solo se imaginan.		
91	Me resulta difícil ponerme a conversar con alguien que acabo de conocer.		
92	Ser afectuoso es más importante que ser frio y calculador.		
93	Las predicciones sobre el futuro son más interesantes para mí que los hechos del pasado.		
94	Me resulta fácil disfrutar de las cosas.		

95	Me siento incapaz de influir sobre el mundo que me rodea.		
96	Vivo en términos de mis propias necesidades, no basado en lo de los demás.		
97	No espero que las cosas pasen, hago que sucedan como yo quiero.		
98	Evito contestar mal aun cuando estoy muy enojado.		
99	La necesidad de ayudar a otros guía mi vida.		
100	A menudo me siento muy tenso, a la espera de que algo salga mal		
101	Aun cuando era muy joven, jamás intenté copiarme en un examen.		
102	Siempre soy frío y objetivo al tratar con la gente.		
103	Prefiero aprender a manejar un aparato antes que especular sobre por qué funciona de ese modo.		
104	Soy una persona difícil de conocer bien.		
105	Paso mucho tiempo pensando en los misterios de la vida.		
106	Manejo con facilidad mi cambio en los estados de ánimo		
107	Soy algo pasivo y lento en temas relacionados con la organización de mi vida.		
108	Hago lo que quiero sin importarme el complacer a otros.		
109	Jamás haré algo malo, por más fuerte que sea la tentación de hacerlo.		
110	Mis amigos y familiares recurren a mí para encontrar afecto y apoyo.		
111	Aun cuando todo está bien, generalmente pienso que va a empeorar.		
112	Planifico con cuidado mi trabajo antes de empezar a hacerlo.		
113	Soy impersonal y objetivo al tratar de resolver un problema.		
114	Soy una persona realista a la que no le gustan las especulaciones.		
115	Algunos de mis mejores amigos desconocen realmente lo que siento.		
116	La gente piensa que soy una persona más racional que afectiva.		
117	Mi sentido de realidad es mejor que mi imaginación.		
118	Primero me preocupo por mi y luego por los demás		

119	Dedico mucho esfuerzo a que las cosas me salgan bien.		
120	Siempre mantengo mi compostura, sin importar lo que este pasando.		
121	Demuestro mucho afecto hacia mis amigos.		
122	Pocas cosas me han salido bien.		
123	Me gusta conocer gente nueva y saber cosas sobre sus vidas		
124	Soy capaz de ignorar aspectos emocionales y afectivos en mi trabajo.		
125	Prefiero ocuparme de realidades más que de posibilidades.		
126	Necesito mucho tiempo para poder estar a solas con mis pensamientos.		
127	Los afectos del corazón son más importantes que la lógica de la mente.		
128	Me gustan más los soñadores que los realistas.		
129	Soy más capaz que los demás de reírme de los problemas		
130	Creo que es poco lo que puedo hacer yo, así que prefiero a ver qué pasa.		
131	Nunca me pongo a discutir, aunque este muy enojado.		
132	Expreso lo que pienso de manera franca y abierta.		
133	Me preocupa por el trabajo que hay que realizar y no por lo que siente la gente que participa de su realización.		
134	Trabajar con ideas creativas sería lo ideal para mí.		
135	Soy el tipo de persona que no se toma la vida		
136	Me desagrada depender de alguien en mi trabajo.		
137	Trato de asegurar que las cosas salgan como yo quiero.		
138	Disfruto más de las realidades concretas que de las fantasías.		
139	Montones de hechos pequeños me ponen de mal humor		
140	Aprendo mejor observando y hablando con la gente		
141	No me satisface dejar que las cosas sucedan y simplemente complementarlas.		
142	No me atrae conocer gente nueva		

143	Pocas veces se cómo mantener una conversación.		
144	Siempre tengo en cuenta los sentimientos de las otras personas.		
145	Confío más en mis intuiciones que en mis observaciones.		
146	Trato de no actuar hasta saber qué van hacer los demás.		
147	Me gusta tomar mis propias decisiones, evitando los consejos de otros.		
148	Muchas veces me siento muy mal sin saber por qué.		
149	Me gusta ser muy popular, participar en muchas actividades sociales.		
150	Raramente cuento a otros lo que pienso.		
151	Me entusiasman casi todas las actividades que realice.		
152	En mí es una práctica constante depender de mí mismo y no de otros.		
153	La mayor parte del tiempo le dedico a organizar los acontecimientos de mi vida.		
154	No hay nada mejor que el afecto que se siente estando en medio del grupo familiar.		
155	Algunas veces estoy tenso o deprimido sin saber por qué.		
156	Disfruto conversando sobre temas o sucesos míticos.		
157	Dedico cuales son las cosas prioritarias y luego actúo firmemente para poder lograrlas		
158	No dudo en orientar a las personas hacia lo que creo que es mejor para ellas.		
159	Me enorgullece ser eficiente y organizado.		
160	Me desagrada las personas que se convierten en líderes sin razones que lo justifiquen.		
161	Soy ambicioso.		
162	Sé cómo seducir a la gente.		
163	La gente puede confiar que voy a hacer bien mi trabajo.		
164	Los demás me consideran una persona más afectiva que racional.		
165	Estaría dispuesto a trabajar mucho tiempo para poder llegar a ser alguien importante.		
166	Me gustaría mucho poder vender nuevas ideas o productos a la gente.		

167	Generalmente logro persuadir a los demás para que hagan lo que yo quiero que hagan.		
168	Me gustan los trabajos en los que hay que prestar mucha atención a los detalles.		
169	Soy muy introspectivo, siempre trato de entender mis pensamientos y emociones.		
170	Confío mucho en mis habilidades sociales.		
171	Generalmente puedo evaluar las situaciones rápidamente, y actuar para que las cosas salgan bien como yo quiero.		
172	En una discusión soy capaz de persuadir a casi todos para que apoyen mi posición.		
173	Soy capaz de llevar a cabo cualquier trabajo, pese a los obstáculos que puedan presentarse.		
174	Como si fuera un buen vendedor, puedo influir sobre los demás exitosamente, con modales agradables.		
175	Conocer gente nueva es un objetivo para mí.		
176	Al tomar decisiones creo que lo más importante es pensar en el bienestar de la gente involucrada.		
177	Tengo paciencia para realizar trabajos que requieren mucha presión.		
178	Mi capacidad para fantasear es superior a mi sentido de realidad.		
179	Estoy motivado para llegar a ser uno de los mejores en mi campo de trabajo.		
180	Tengo una forma de ser que logra que la gente enseguida guste de mí.		

MAESTRÍA EN PSICOTERAPIA INTEGRATIVA



CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD SEAPSI

Nombre _____ Fecha _____

Señale las frases con las que más se identifique

a	Al realizar alguna actividad o tarea me gusta que las cosas salgan perfectas	
	Programo mis actividades y salirme del esquema me genera ansiedad	
	Me resulta difícil expresar mis emociones y sentimientos a los demás	
	Soy rígido en temas vinculados con la moral y los valores	
	Me preocupa la posibilidad de tener alguna falla cuando realizo una actividad	
	Me siento preocupado cuando escucho críticas en mi contra	
	Cuando realizo alguna actividad me agrada que las personas se adapten a mi forma de hacer las cosas	
	En mis actividades soy muy organizado y me preocupo de todos los detalles	
	En las tareas laborales o domésticas, busco que todo tenga un orden ideal	
	Tengo ideas o pensamientos que no logro quitarlos fácilmente	
p	Cuando veo a un grupo de amigos reunidos tengo la sospecha de que pueden estar hablando de mí	
	Para que yo confíe en los demás deben demostrarme lealtad	
	Me molesta cuando me interrumpen el trabajo que estoy realizando	
	Al ver a mi pareja en compañía de otra persona siento ira	
	Soy una persona que denota una cierta autoridad natural	
	Prefiero conocer los antecedentes de una situación a la que me voy a enfrentar para no ser sorprendido	
	Generalmente impongo mi punto de vista	
	En mis labores me gusta generalmente superar a las demás personas	
	Prefiero mantener mi vida privada en reserva	
	Cuando las personas en las que confío me fallan me resulta difícil perdonar	
c	Mi estado de ánimo es muy variable	
	Hay días en que me siento muy alegre y otros en los que sin causa estoy triste	
	A veces miro el futuro con gran optimismo y en ocasiones lo veo negro	
	Cuando estoy en buen estado emocional me torno excesivamente generoso	
	Por las mañanas me siento triste y parecería que todo me saldrá mal	
	Me impresiono fácilmente ante las situaciones de sufrimiento humano	
	Soy sensible ante las circunstancias de malestar ajeno	
	En mi vida diaria repentinamente aparecen períodos de tristeza sin motivo	
	Sobredimensiono las expresiones de amistad y afecto	
	Soy bromista, agradable y expresivo con las personas que conozco	
h	En la mayoría de ocasiones me gusta salirme con la mía	
	Me gusta ayudar a la gente sin importar el grado de cercanía que tenga con ella	
	Reacciono con gran emotividad ante las circunstancias que ocurren a mi alrededor	
	Para salir de casa mi aspecto físico debe ser impecable	
	Cuando me propongo conseguir algo a veces exagero y dramatizo	
	Mi vida social es muy amplia, tengo facilidad para conseguir amigos	
	En una reunión social soy muy alegre y extrovertido me convierto en el alma de la fiesta	
	Creo fácilmente lo que me dicen o lo que leo, llegando a sugerirarme	
	Me gusta ser reconocido por lo que hago	
	Me agrada que los demás me vean atractivo	
v	Prefiero evitar actividades que involucren contacto con los demás	
	Me preocupa la crítica, desaprobación o rechazo de las personas que conozco	
	En una reunión social prefiero estar alejado del griterío	
	Para poder relacionarme debo estar seguro de agradar a los demás	
	Me cuesta simpatizar con los demás porque tengo miedo a ser ridiculizado o avergonzado	
	Mi vida social es reducida	
	Cuando conozco a gente nueva temo no poder iniciar una conversación	
	Me gustaría mejorar mis relaciones interpersonales	
	Tengo dificultades para hablar de mí mismo ante los demás	
	Me siento ofendido si alguien se muestra crítico frente a mí durante una conversación.	

MAESTRÍA EN PSICOTERAPIA INTEGRATIVA



d	Cuando encuentro dificultades en el camino me resigno a no llegar al objetivo planteado	
	Cuando he terminado una relación afectiva busco que alguien me proporcione cuidado y apoyo	
	Cuando tengo problemas busco a otras personas para que me aconsejen	
	Me cuesta expresar mi desacuerdo a las demás personas	
	Prefiero acoger ideas y pensamientos cuando ya han sido aprobados	
	Soy obediente ante mis superiores y jefes	
	Generalmente intento evitar las discusiones con otros	
	Cuando observo dificultades tiendo a mantener una actitud pasiva y distante	
	Me siento incómodo y desamparado cuando estoy solo	
	En situaciones difíciles es mejor que los otros tomen decisiones	
e	Me resulta difícil disfrutar de las relaciones familiares y sociales	
	Prefiero hacer las cosas solo	
	Disfruto más realizando pocas actividades que demasiadas	
	Tengo pocos amigos íntimos o de confianza	
	Siempre me ha costado enamorarme profundamente	
	Soy insensible ante los hechos o circunstancias adversas que sucedan	
	No experimento intensamente emociones como la ira y la alegría	
	Prefiero las actividades abstractas o misteriosas	
	Soy indiferente ante los halagos o críticas de los demás	
	En las reuniones sociales prefiero mantenerme distanciado de las personas que me rodean	
ez	Me agradan las cosas excéntricas y fuera de lo común	
	Tengo un poder especial para saber qué es lo que sucederá en el futuro	
	Mi apariencia es peculiar y rara para los demás	
	No confío mucho en mis amigos íntimos o de confianza	
	Me agradan las supersticiones y los fenómenos paranormales	
	Con los demás soy inflexible, me cuesta ceder a sus peticiones	
	Siento que soy diferente y que no encajo con los demás	
	Me siento muy ansioso ante personas desconocidas	
	Temo que los demás quieran hacerme daño	
	Creo ver, oír o sentir algo que no es real	
ds	Reniego de las normas sociales y legales	
	A veces hago trampa para obtener beneficios personales	
	Si encuentro una solución que es favorable para mí, avanzo, sin fijarme si las consecuencias son negativas para otras personas	
	En la niñez solía causar daños a los animales	
	Suelo ser impulsivo al planificar el futuro	
	Soy incapaz de mantener relaciones personales duraderas	
	Cuando estoy con ira expreso mi agresividad sin importarme las consecuencias	
	No me preocupa mi seguridad ni la de las demás personas	
	Soy inestable en mis trabajos aún cuando tenga obligaciones económicas	
	No tengo remordimientos cuando ofendo a los demás	
i	Me cuesta esfuerzos controlar mi ira	
	Soy impulsivo en la realización de mis actividades	
	Mis relaciones interpersonales son muy inestables e intensas	
	Me gusta engañar a las personas para que estén conmigo	
	Generalmente no mido las consecuencias de mis actos, aunque luego reacciono con arrepentimiento	
	Elaboro imágenes idealizadas de las personas que están conmigo	
	La rutina me molesta por eso siempre busco algo diferente que hacer	
	A pesar de tener un carácter fuerte temo ser abandonado	
	Me gasto el dinero de manera imprudente por ejemplo en apuestas, en compras innecesarias	
	Cambio bruscamente de opinión con respecto al futuro, las amistades o las ocupaciones	
APRECIACIÓN		

Anexo 4

9.4. Escala de Impulsividad de Barratt
(Barratt Impulsiveness Scale, BIS-11)

Instrucciones: Las personas son diferentes en cuanto a la forma en que se comportan y piensan en distintas situaciones. Ésta es una prueba para medir algunas de las formas en que usted actúa y piensa. No se detenga demasiado tiempo en ninguna de las oraciones. Responda rápida y honestamente. (Entrevistador: Lea cada oración al respondiente y marque la contestación. Si la persona no entiende la pregunta, plantéela de la forma que está entre paréntesis).

	Raramente o nunca (0)	Ocasionalmente (1)	A menudo (3)	Siempre o casi siempre (4)
1. Planifico mis tareas con cuidado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Hago las cosas sin pensarlas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Casi nunca me tomo las cosas a pecho (no me perturbo con facilidad)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Mis pensamientos pueden tener gran velocidad (tengo pensamientos que van muy rápido en mi mente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Planifico mis viajes con antelación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Soy una persona con autocontrol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Me concentro con facilidad (se me hace fácil concentrarme)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ahorro con regularidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Se me hace difícil estar quieto/a por largos periodos de tiempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Pienso las cosas cuidadosamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Planifico para tener un trabajo fijo (me esfuerzo por asegurar que tendré dinero para pagar por mis gastos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Digo las cosas sin pensarlas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Me gusta pensar sobre problemas complicados (me gusta pensar sobre problemas complejos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Cambio de trabajo frecuentemente (no me quedo en el mismo trabajo por largos periodos de tiempo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Actúo impulsivamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Me aburro con facilidad tratando de resolver problemas en mi mente (me aburre pensar en algo por demasiado tiempo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Visito al médico y al dentista con regularidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Hago las cosas en el momento que se me ocurren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Soy una persona que piensa sin distraerse (puedo enfocar mi mente en una sola cosa por mucho tiempo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Cambio de vivienda a menudo (me mudo con frecuencia o no me gusta vivir en el mismo sitio por mucho tiempo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Compró cosas impulsivamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Yo termino lo que empiezo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Camino y me muevo con rapidez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Resuelvo los problemas experimentando (resuelvo los problemas tratando una posible solución y viendo si funciona)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Gasto efectivo o en crédito más de lo que gano (gasto más de lo que gano)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Hablo rápido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Tengo pensamientos extraños cuando estoy pensando (a veces tengo pensamientos irrelevantes cuando pienso)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Me interesa más el presente que el futuro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Me siento inquieto/a en clases o charlas (me siento inquieto/a si tengo que oír a alguien hablar por un largo período de tiempo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Planifico para el futuro (me interesa más el futuro que el presente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>