

**INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA DESDE EL MODELO COGNITIVO
CONDUCTUAL EN UN CASO DE TRASTORNO ERÉCTIL**



Luis Miguel Gutiérrez Albarracín

**UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA
ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES
ESPECIALIZACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA
Bucaramanga, 2018.**

*Intervención Psicológica desde el Modelo Cognitivo Conductual en un Caso De Trastorno
Eréctil*

Proyecto presentado por:

Luis Miguel Gutiérrez Albarracín

Para optar el título de especialista en psicología clínica



Director del proyecto:

ABDÓN RIBERO ARDILA

Especialista en psicología Clínica

**UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA
ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES
ESPECIALIZACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

Bucaramanga, 2018.

Dedicatoria

A mis padres que gracias a sus enseñanzas, valores y principios me he convertido en la persona y profesional que soy, además del apoyo desinteresado que me han brindado hasta el día de hoy.

A mis hermanos que siempre me han demostrado la confianza y el apoyo en cada uno de mis objetivos y logros.

A mis sobrinos, que son como mis hijos porque me motivan a continuar con mi crecimiento profesional, para que ellos continúen los pasos de su tío.

A mi tía que me brindo la mano y me dio acogida durante un año, gracias a ella por ser una persona tan desinteresada, gracias a ella muchos aspectos se facilitaron y contribuyeron para cumplir esta meta.

A mis compañeros de especialización, porque el conocer personas que aman la psicología tanto como uno, me motivo para continuar con esta bella profesión.

A mi asesor, por ser un gran profesional, que me oriento con su conocimiento en este proceso de aprendizaje.

A todas las personas que de una u otra manera estuvieron involucradas en este año lleno de experiencias.

A Dios por siempre guiarme y protegerme en este proceso.

Agradecimiento

Al profesor Abdón Ribero, que más que ser un asesor, me oriento como un colega, agradecido por brindarme y tener a disposición su conocimiento.

Al Centro de Proyección Social Su Santidad Papa Francisco, a todo su cuerpo humano, por ser tan humanizados al momento de trabajar con la comunidad y para con los profesionales en práctica.

Agradecido con aquellos profesores que dejaron huella en este proceso de aprendizaje.

Con mis compañeras de práctica profesional, Dayana Arias y Alejandra Pinto que siempre me demostraron que contaba con su apoyo en el proceso de estudio, mas que compañeras fueron grandes seres humanos.

Tabla de contenido

Dedicatoria.....	III
Agradecimiento.....	IV
Tabla de contenido.....	V
Lista de gráficas.....	VI
Introducción.....	1
Objetivos.....	12
<i>Objetivo General:</i>	12
<i>Objetivos Específicos:</i>	12
Método.....	13
Participantes.....	13
Instrumentos de exploración:.....	13
De Evaluación:.....	14
Procedimiento.....	18
Objetivos terapéuticos.....	21
Fase de intervención.....	22
Resultados.....	36
Discusión.....	44
Conclusiones.....	47
Recomendaciones.....	49
Referencias.....	50
Anexos.....	54

Lista de gráficas

Grafica 1. Resultados pre y pos tratamiento Millon II.....	36
Grafica 2. Resultados pre y pos tratamiento inventario de ansiedad de Beck.	37
Grafica 3. Resultados pre y pos tratamiento inventario depresión de Beck.....	38
Grafica 4. Resultados pre y pos tratamiento escala de ajuste marital (EAM).....	39
Grafica 5. Resultados pre y pos tratamiento IDARE	40

Lista de tablas.

Tabla 1. <i>Descripción familiar.</i>	23
---	----

RESUMEN GENERAL DE TRABAJO DE GRADO

TITULO: INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA DESDE EL MODELO COGNITIVO CONDUCTUAL EN UN CASO DE TRASTORNO ERÉCTIL

AUTOR(ES): Luis Miguel Gutiérrez Albarracín

PROGRAMA: Esp. en Psicología Clínica

DIRECTOR(A): Abdón Ribero Ardila

RESUMEN

En el presente estudio único, se evaluó e intervino un caso de trastorno eréctil de un consultante de 59 años de edad, el cual tuvo una duración de 17 sesiones, distribuidas desde el mes de abril hasta el mes de noviembre del 2017, en el municipio de Piedecuesta Santander, más exactamente en el Centro de Proyección Social de la Universidad Pontificia Bolivariana. Basado en técnicas cognitivas y conductuales. Para verificar la efectividad de dicho tratamiento se dividió el proceso en dos fases, las cuales consistieron en la aplicación de instrumentos psicométricos en pre tratamiento y la aplicación de estos mismos instrumentos en la fase pos tratamiento. Los instrumentos que se aplicaron fueron el inventario clínico Multiaxial Millon II, el inventario de ansiedad de Beck, el inventario de depresión de Beck, el inventario de ansiedad rasgo estado y la escala de ajuste marital. La comparación de las fases pre y pos tratamiento, evidenció que el consultante utilizó las herramientas generadas por la terapia, para dar solución a las problemáticas y necesidades por la que acudió a consulta.

PALABRAS CLAVE:

Cognitivo, conductual, trastorno, eréctil, terapia, consultante.

V° B° DIRECTOR DE TRABAJO DE GRADO

GENERAL SUMMARY OF WORK OF GRADE

TITLE: PSYCHOLOGICAL INTERVENTION FROM THE COGNITIVE BEHAVIORAL MODEL IN A CASE OF ERECTILE DISORDER

AUTHOR(S): Luis Miguel Gutiérrez Albarracín

FACULTY: Esp. en Psicología Clínica

DIRECTOR: Abdón Ribero Ardila

ABSTRACT

In the present single case study, a case of erectile disorder of a 59-year-old consultant was evaluated and intervened, which lasted 17 sessions, distributed from April to November of 2017, in the municipality of piedecuesta, Santander, more excatamente in the center of social projection of the Universidad Pontificia Bolivariana. The evaluation and intervention was based on the cognitive behavioral approach, and cognitive and behavioral techniques. To verify the effectiveness of said treatment, the process was divided into two phases, which consisted of the application of psychometric instruments in pretreatment and the application of these same instruments in the post-treatment phase. The instruments that were applied were the Millon II multiaxial clinical inventory, the Beck anxiety inventory, the Beck depression patient, the state trait anxiety inventory, and the marital adjustment scale. The comparison of the pre and post treatment phases, evidenced that the consultant used the tools generated by the therapy, to give solution to the problems and needs for which he attended the consultation.

KEYWORDS:

Cognitive, behavioral, erectile, disorder, therapy, consultant.

V° B° DIRECTOR OF GRADUATE WORK

Introducción

Cabe resaltar que, para generar una comprensión adecuada e idónea, en relación a la génesis de la sintomatología del consultante, es primordial realizar un recorrido histórico basado en autores que han fundamentado las bases para la comprensión de las disfunciones sexuales y así mismo de su mismo tratamiento, fundamentos que en la actualidad se encuentran vigentes y son de importancia para el nutrimiento teórico del presente estudio único de caso.

El presente estudio único de caso se enfocará en el trastorno eréctil en un consultante de 59 años de edad, dicho trastorno corresponde al grupo de disfunciones sexuales masculinas, según Nezu, Nezu, Lombardo (2006) los trastornos sexuales masculinos se generan a raíz de una dificultad en algunas de las fases de la respuesta sexual descritas por Masters y Johnson, retomadas por Kaplan (1974) en las cuales se inicia con la excitación la cual se caracteriza por sensaciones eróticas, en el hombre se caracteriza por la erección del pene, y en las mujeres por la lubricación vaginal, como consecuencia de esto se inicia la siguiente etapa que se denomina meseta, la cual se distingue por un estado avanzado de excitación, que antecede a la etapa del orgasmo, en la cual resalta lo que Master Johnson citado por Kaplan (1974) denomina la inevitabilidad eyaculatoria, y como consecuencia de ello el orgasmo propio. Se cree que esta es la fase más placentera de la respuesta sexual, como producto de esta última etapa se genera la resolución, en la cual los miembros sexuales de los individuos vuelven a su estado original, de manera paulatina sobre todo en los hombres, puesto que a mayor edad el proceso se desarrollara con mayor rapidez.

Además, para Kaplan (1974) citado por Carey (1997), se debería de añadir otra fase a la respuesta sexual, la cual denomina como deseo, que consiste en la disponibilidad cognitiva, afectiva y el interés de la persona en la actividad sexual, lo anterior permitiendo identificar como todo lo relacionado a la cognición y a la emocionalidad individual derivaran en una respuesta sexual funcional, estos dos conceptos engloban un sin fin de experiencia, percepciones, sensaciones, pensamientos, creencias. De esta manera para Carey (1997), el trastorno eréctil, se debiera de diagnosticar cuando un hombre es incapaz de obtener o mantener la erección, ya sea de manera periódica o persistente. Para Cabello (2004) citado por Navarro y Climent (2013), la disfunción eréctil se puede atribuir a causas orgánicas, que engloban lo relacionado con el

aspecto anatómico-fisiológico, causas psicógenas y de forma mixta atribuible tanto a la fisiología como a la psique del individuo.

Para Sánchez (2011) citado por Navarro y Climent (2013), la denominada impotencia sexual se divide en dos subtipos clínico, generalizada la cual se define como no poder llevar cabo la respuesta eréctil, de ninguna forma ni situación, solo en algunas circunstancias se presenta la disfunción. Lo anterior hace referencia al primer subtipo clínico, el segundo corresponde con la cronología del trastorno eréctil, se denomina primaria en la cual el individuo nunca ha logrado obtener una erección y secundario dando lugar a una disfunción adquirida puesto que el sujeto anteriormente no había presentado problemáticas relacionadas.

Ahora bien, para la Asociación Americana de Psiquiatría (APA), en su manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM V (APA, 2014), para que se presente el trastorno eréctil, se debe de experimentar los siguientes síntomas;

A. Por lo menos se tiene que experimentar uno de los tres síntomas siguientes en casi todas o todas las ocasiones (aproximadamente 75%–100%) de la actividad sexual en pareja (en situaciones y contextos concretos o, si es generalizada, en todos los contextos):

1. Dificultad marcada para conseguir una erección durante la actividad sexual.
2. Dificultad marcada para mantener la erección hasta finalizar la actividad sexual.
3. Reducción marcada de la rigidez de la erección.

B. Los síntomas del Criterio A han persistido durante unos seis meses como mínimo.

C. Los síntomas del Criterio A provocan un malestar clínicamente significativo en el individuo.

D. La disfunción sexual no se explica mejor por un trastorno mental no sexual o como consecuencia de una alteración grave de la relación u otros factores estresantes significativos y no se puede atribuir a los efectos de una sustancia/medicación o a otra afección médica. Según (APA, 2014).

Por lo tanto, ya habiendo enunciado estas generalidades, es primordial conocer acerca de algunas estadísticas como las que se mencionan a continuación:

Se estima que del 5 al 47% de la población adulta presenta o manifiesta Disfunción eréctil moderada a completa. Esta proporción aumenta en relación directa con la edad. El D.E.N.S.A. (Estudio de disfunción eréctil en el norte de Sudamérica) revelo que más de la mitad de los hombres mayores de 40 años de edad en Venezuela, Colombia y Ecuador sufre algún grado de alteración en su erección. (Ceballos, Álvarez, Silva, Uribe y Mantilla, 2015).

Estas cifras arrojadas por el D.E.N.S.A permiten observar a Colombia como uno de los tres países que presentan mayor índice de disfunción eréctil, en los países sudamericanos, además casi la mitad de la población adulta alguna vez ha experimentado alguna dificultad en su erección. Seguidamente de esto se ha encontrado que un 37% de las disfunciones sexuales se deben a causas orgánicas, un 33% se deben a causas mixtas y un 30% de etiología puramente psicógena esto según Farre y Laceras (1998) citado por Pombo (2012). Continuando, Cabello (2010) citado por Valero y Bernet (2015), refieren que hasta hace algunos años se identificaba que la disfunción eréctil de origen puramente psicógeno oscilaba entre un 75-95%, pero que, debido a los factores biológicos de mayor riesgo, se considera que actualmente las causas de la disfunción eréctil de origen orgánico equivalen a un 85%.

Para Carey (1997) al trastorno de la erección en el varón se debe que entre un 36 % y un 53% de hombres busquen ayuda profesional. Por otra parte, Prieto, Campos, Roble, Ruiz y Requena (2010) citado por Valero y Bernet (2015), refieren que la prevalencia de este trastorno aumenta en los hombres de 40 a 70 años de edad, dicha prevalencia se estima entre el 10 y el 52%. De esta forma se quiere orientar a que el trastorno eréctil, es una de las problemáticas con mayor prevalencia en la adultez, además de que también un porcentaje alto de hombres se motivan a buscar ayuda profesional, para lograr una mejoría o disminución de la sintomatología previamente descrita por el clínico.

Otro aspecto indicado para mencionar son las posibles causas de la disfunción eréctil, ya se ha tocado este tópico en apartados anteriores por Navarro y Climent (2013), mencionando que la etiología se podría deber a causas anatómico fisiológicas o psicógenas, para este estudio único de caso el interés prevalece en la causa psicógena, puesto que será la que se estudiara e intervendrá, de esta manera se tratara de mencionar los aspectos más importantes o los que son considerados como los más importantes en la etiología psicógena. Como consecuencia al

enunciado anterior, se plantea que las dificultades eréctiles con frecuencia se asocian a temor al fracaso, ansiedad sexual, ansiedad de desempeño, además de esta sintomatología se puede presentar dificultades maritales, esto según Nezu, Nezu y Lombardo (2006).

Desde esta perspectiva la etiología psicológica de la disfunción eréctil, en la mayoría de los casos presenta sintomatología ansiosa orientada a la ejecución del acto sexual, por diversas razones, como las planteadas a continuación:

La ansiedad ejecutiva esta propiciada por cuatro factores principales: temor al fracaso, obligación de resultado, altruismo excesivo y auto – observación. Otro factor a tener en cuenta es la propia relación de pareja, que podría actuar bien como una variable predisponente, precipitante o bien mantenedora de la disfunción (Abraham y Porto 1979 citado por Valero y Bernet, “tratamiento de un caso de disfunción eréctil mediante terapia de pareja y terapia sexual”. 2015).

Así mismo Kaplan (1974) plantea que principalmente para que se logre una relación sexual satisfactoria el individuo se debe abandonar exclusivamente a la experiencia erótica, orientándose a un punto bastante cercano de perder el contacto con el medio ambiente, de esta manera considera que las causas inmediatas a la disfunción es un ambiente anti erótico creado por los cónyuges conllevando a destruir la sexualidad de la pareja, añadido a estas circunstancias indispensable para lograr el disfrute de una experiencia sexual, añadido a esto refiere que en el transcurso de la terapia sexual también figuran, la evitación o el fracaso por parte de ambos miembros para establecer una conducta sexual estimulante y erótica, el temor al fracaso lo cual produce un bloqueo en la respuesta sexual, la tendencia a erigir tendencias intelectuales y sensoriales hacia el placer y por último se plantea el fracaso por parte de la pareja para comunicarse abiertamente acerca de sus deseos, respuestas y sentimientos.

En correspondencia con lo anterior, las causas psicológicas de la disfunción eréctil se podrían dividir en factores o situaciones, el cual hace referencia a los problemas actuales que presenta la pareja, y a factores personales, como temor al fracaso en las relaciones sexuales, ansiedad de ejecución, el denominado rol del espectador el cual se caracteriza por la autoobservación del acto sexual, pero para evaluarla focalizando la atención en el disfrute del otro

y estrés, eso planteado por Navarro y Climent (2013). Además, estos mismos autores plantean o enuncian el papel indispensable de las cogniciones a la hora de las respuestas sexuales, refiriéndose a creencias, ideas o pensamientos acerca de la sexualidad en general y de las expectativas de la propia sexualidad en términos de funcionamiento, además de como el individuo a interpretado las experiencias sexuales anteriores y de la influencia de la educación sexual que el sujeto haya tenido.

En concordancia con los enunciados anteriores, para el presente estudio de caso único, se inclinará hacia los pensamientos, ideas y creencias que tiene el sujeto acerca de la sexualidad en general y de su misma sexualidad, y de los diversos factores que se nombraron con anterioridad, desde esta premisa es importante referir que se intervendrá desde el modelo cognitivo conductual y por tanto es adecuado en primer paso conocer de una forma breve los principales enunciados de dicho modelo.

De tal manera se plantea que “la conducta es una reacción de la representación de la realidad conceptuada y contenida en los esquemas mentales” según Mainieri (2014), en conclusión, del modelo cognitivo conductual las conductas se deben a realidad subjetiva de cada individuo, así mismo se contempla la premisa que los trastornos se derivan de una representación errónea de la realidad y las conductas consecuentes. Para Ibáñez y Manzanera (2012) las terapias cognitivo – conductuales parten del modelo teórico de aprendizaje, basado en los principios básicos del condicionamiento clásico, operante y el aprendizaje vicario. Rosello y Bernal (2007) refiere que las “terapias cognitivas conductuales están basadas en la interrelación de los pensamientos, acciones y sentimientos”. Por otra parte, Labrador (2008) enuncia que el modelo cognitivo – conductual se centra en la presunción de que la actividad cognitiva determinara el comportamiento.

De forma general se trajo a colación algunos aspectos del modelo cognitivo conductual, en el cual los autores referidos, orientan a especificar que desde dicho modelo debe de primar las cogniciones, del individuo, sus esquemas mentales, que ha elaborado al pasar por ciertas experiencias y a la interpretación que ha realizado de ellos, de esta forma la conducta se transforma en la representación de dichos esquemas mentales ya forjados. Así mismo, para estructurar de una manera más adecuada los enunciados anteriores se citará lo siguiente:

El modelo cognitivo plantea la hipótesis de que las percepciones de los eventos influyen sobre las emociones y los comportamientos de las personas. Los sentimientos no están determinados por las situaciones mismas, sino más bien por el modo como las personas interpretan esas situaciones (Beck, 1964; Ellis, 1962) citado por (Beck, 2000, pg. 32).

Continuando con el modelo cognitivo conductual, Ellis (1996) plantea el esquema A-B-C, el cual hace referencia a la interacción del ambiente, con las creencias de la persona y las consecuencias de la interacción entre ambiente y creencias, estas pueden ser conductuales o emocionales. De esta forma plantea la premisa de la terapia racional emotiva – conductual (TREC), en la cual para que se presente una disfuncionalidad en las conductas o emociones, es el producto de una irracionalidad en el sistema de creencias del individuo, distinguido por pensamientos falsos, disfuncionales y automáticos. Otro aspecto importante de la terapia racional emotiva – conductual, Ellis (1996) es la presencia de tres absolutismos dirigidos a como se ve la persona (mí mismo), como lo ven los demás, y como se percibe al mundo.

Ahora bien, en el adentramiento de la teoría cognitiva conductual y de sus dos más importantes terapias, como lo son la terapia racional emotiva conductual de Albert Ellis y la terapia cognitiva de Aarón Beck, con esto se intenta comprender la premisa del modelo y poder plantear la problemática clínica con relación al modelo, de esta manera cabe resaltar que lo primordial del modelo cognitivo conductual, sin interesar la problemática, van a ser los pensamientos, ideas y creencias del individuo con respecto a las situaciones que se le están presentando en el aquí y en el ahora, por lo tanto el psicólogo clínico en un primer contacto intentara comprender e identificar dichos pensamientos irracionales, para con ello intervenirlos y lograr una modificación conductual.

Para hacer el párrafo anterior un poco más práctico y entendible se explicará las principales conductas cognitivas que pueden llegar a afectar al funcionamiento sexual desde la perspectiva de la TREC, para Wolfe y Walen (1990) el funcionamiento sexual se ve afectado por la percepción de la respuesta sexual y la evaluación de la misma, para esto plantearon ocho eslabones de la respuesta sexual; 1) percepción del estímulo sexual: el cual consiste en la capacidad del individuo para identificar los estímulos eróticos y la zonas erógenas del cuerpo, esto se genera según los autores por medio del modelado y el refuerzo social, 2) evaluación de un estímulo sexual: este ítem corresponde a la evaluación que hace el sujeto con relación al estímulo

erótico, si lo considera positivo la excitación procederá, en cambio si el estímulo es evaluado de forma negativa, la persona podrá sufrir un bloqueo en su respuesta sexual, 3) excitación: refieren que ante una percepción correcta del estímulo, la excitación puede llevar a nuevas sensaciones eróticas y a incrementar la conducta sexual.

4) percepción de la excitación: en este eslabón la dificultad se puede presentar en la verificación de la respuesta sexual, en su estado fisiológico, como la rigidez de la erección, 5) evaluación de la excitación; “si un individuo ha aprendido a etiquetar como mala la excitación, las consecuencias emocionales negativas de esta evaluación pueden bloquear el ciclo de excitación sexual” (Wolfe y Walen, 1990, pg.205), 6) conducta sexual abierta: aquí Wolfe y Walen plantea como los pensamientos automáticos negativos relacionados con los gustos sexuales y deseos, pueden influir en el funcionamiento de la respuesta sexual, 7) percepción de la conducta sexual: en este eslabón se puede errar en la percepción y como consecuencia iniciar a ser un espectador de la conducta sexual y no sumergirse en ellas, por último se evalúa la conducta sexual, se denomina como ese núcleo de las disfunciones sexuales, puesto que de él depende la evolución del consultante en la terapia. Por ejemplo, para Zilgerbeld (1993). Heiman y Lopiccolo (1988) citado por Carey (1997), refieren que durante años la cultura ha respaldado una sexualidad poco saludable, basada en la evaluación del desempeño.

Ya habiendo esbozado brevemente acerca de la problemática central del estudio único de caso será conveniente conocer como se ha intervenido el trastorno eréctil desde la terapia cognitiva, para esto se tomará en mención el capítulo tratamiento cognitivo conductual de las disfunciones sexuales, elaborado por Carey (1997), en el cual plantea como tratamiento la educación en el ámbito sexual, para disminuir el desconocimiento del consultante, además primordialmente de considerar de suma importancia la inclusión de la pareja al proceso terapéutico, otra técnica utilizada es la reestructuración cognitiva dividiéndola en dos fases primero, en el planteamiento de objetivos realistas y en la disminución de las creencias desadaptativas. Bados y García (2010) enuncian lo siguiente con relación a la reestructuración cognitiva;

La RC consiste en que el cliente, con la ayuda inicial del terapeuta, identifique y cuestione sus pensamientos desadaptativos, de modo que queden sustituidos por otros

más apropiados y se reduzca o elimine así la perturbación emocional y/o conductual causada por los primeros.

También refiere el entrenamiento en el repertorio sexual de la pareja, como material audiovisual, la focalización sensorial para la disminución de la ansiedad ante la ejecución y el entrenamiento en habilidades comunicativas, para hablar de los problemas comunes. “el entrenamiento en habilidades de comunicación se centra en ayudar a las parejas a aprender a ser asertivas de forma clara y a escuchar activamente”. (Arias y House 1998 pág. 557)

Continuando para Valero y Bernet (2015), en el estudio único de caso denominado tratamiento de un caso de disfunción eréctil mediante de terapia de pareja y terapia sexual, estos autores se basaron para la terapia sexual en los aportes de Master y Johnson además de Kaplan, y en la terapia de pareja optaron por orientación sistémica, de esta manera se enunciara el tratamiento netamente cognitivo conductual, el cual se inclinó por psicoeducación sexual, todo lo referido a la respuesta sexual, factores influyentes en dicha respuesta, después de esto expusieron al consultante lo referente al egoísmo sexual, el concentrarse en mi propia experiencia sexual y no tanto en las sensaciones del otro y por ultimo ejecutaron la focalización sensorial, para centrar exclusivamente la atención en las sensaciones placenteras. Como se evidencia en el siguiente enunciado:

La focalización sensorial es un conjunto de procedimientos diseñados para ayudar a la pareja a desarrollar un mayor darse cuenta de, y focalizarse en, las sensaciones en vez hacerlo sobre la actuación. Un objetivo de este enfoque es reducir la ansiedad del paciente centrándose en algo que es alcanzable de forma inmediata (p. ej., el tacto agradable), en vez de intentar conseguir un objetivo. El tratar de lograr una erección más duradera o un orgasmo simultáneo, objetivos que puede fallar, aumenta el riesgo de “fracaso” y malestar. (Master y Johnson 1970, citado por Carey 1997, pág. 287).

En relación con lo anterior, Navarra y Climent (2013) en tratamiento cognitivo conductual de un caso de trastorno de la erección adquirido, plantearon como técnicas, educación sobre sexualidad, como enunciar la naturaleza aprendida y los posibles mantenedores, consecuentemente prosiguieron con detención del pensamiento y auto registros de dichos pensamientos, esta técnica tiene como objetivo eliminar o reducir la frecuencia y duración de los

pensamientos, imágenes o recuerdos desadaptativos y recurrentes, sin entrar a cuestionar su contenido (Salgado, Gómez y Yela 2008 pág. 549). Navarra y Climent (2013) también utilizaron en el proceso terapéutico la técnica de focalización sensorial (desensibilización in vivo) y relajación progresiva, esta última utilizada como antagonista de la ansiedad, esta técnica se orienta a que la persona identifique las señales de sus músculos cuando están en tensión, y una vez hecho esto, ponga en práctica lo aprendido para relajarlo según Labrador y Crespo (2008), Ellis (1990) denomina esta clase de técnica como de distracción cognitiva.

Como se mencionó en párrafos anteriores es de vital importancia vincular a la pareja del consultante, puesto que, para un encuentro sexual satisfactorio, debe de existir un ambiente que se preste para ello, en consecuencia un ambiente armonioso para la sexualidad conyugal, pero este ambiente no solo hace referencia a un espacio físico, si no a todas las dimensiones que llegara a manejar la pareja, dificultades paternas, conyugales, expresión afectiva, confianza conyugal, comunicación conyugal, además del ámbito financiero de los cónyuges, de esta manera se contempla lo siguiente como parte del proceso terapéutico;

En ocasiones, las parejas no están de acuerdo, son desconsiderados con el otro, y se preocupan por el trabajo, el cuidado de los hijos, o por aspectos económicos durante la relación sexual; en otras palabras, son humanos. Se deben esperar problemas normales que acompañan a todos los aspectos de una vida que se comparte. Sin embargo, cuando esos problemas ocurren durante la relación sexual, existe una mayor probabilidad de que no se hable de ello. Los roles tradicionales asignados al sexo u otras limitaciones culturales pueden impedir una discusión saludable de los problemas sexuales. Para superar esos problemas, una pareja necesita aprender a hablar en esos momentos diarios de desacuerdo. De este modo, el entrenamiento en comunicación tiene un papel esencial en la terapia sexual. (Carey 1997, pg. 292).

De esta manera se entiende que el trabajar con la pareja es indispensable, puesto que aporta nuevas perspectivas, además en este estudio de caso único se entiende que la pareja del consultante juega un papel importante que potenciaría el área sexual de los cónyuges, puesto que, por los relatos del consultante se identifican pautas de conductas evitativas relacionadas al dialogo de la problemática y de otras situaciones que puedan surgir, para Capafons y Sosa (1998) la relación de pareja mantiene una indiscutible relevancia social, una relación estable y deseada

tendrá efectos positivos a nivel de bienestar personal, de esta misma manera una relación deteriorada ya sea por constantes conflictos comunicativos, o por que no exista comunicación parental ni conyugal, puede acarrear dificultades en la dinámica familiar y en la propia salud mental de quienes la padecen, puesto que existe una relación en los problemas individuales y los problemas conyugales. Aún más en las disfunciones sexuales, que, aunque los síntomas los presente un solo individuo, las consecuencias y causas de estos repercuten en los demás integrantes de la familia, en este caso la cónyuge del consultante.

De esta manera se pudiera relacionar los comportamientos que llevan a cabo la pareja para darle solución a las diferentes problemáticas, como el dialogar, con las conductas sexuales de los cónyuges, “en este sentido, el vínculo marital y la solución adecuada a las vicisitudes que puedan presentarse dentro del matrimonio se encuentran asociadas con la satisfacción sexual de los cónyuges” (Sánchez, Morales, Carreño y Cuenca, 2007). Otra perspectiva de estos autores es que en el trastorno eréctil se asoció a una percepción por ambos cónyuges, de un matrimonio pobre, en relación a comunicación, afecto, expresión emocional.

Para culminar se refiere que el estudio único de caso de la presente monografía está basado en la valoración psicológica realizada en el Centro de Proyección Social Piedecuesta (CPS), el cual cuenta con sintomatología referenciada por el trastorno eréctil, según criterios del DSM-V, el proceso se abordó, desde un enfoque cognitivo – conductual, con seguimiento del supervisor de prácticas. El (C.P.S.), el cual se encuentra situado en Piedecuesta, (Santander), más precisamente en la Carrera 8 # 6 – 37, naciendo de la necesidad de ejecutar proyectos sociales que contribuyeran al restablecimiento del tejido social y de ayudar a poblaciones que simplemente habían sido manoseada por diferentes instituciones. De esta manera nace la misión de la institución la cual menciona la orientación y el desarrollo de procesos de intervención y acompañamiento social.

El C.P.S. ofrece una variedad de servicios a la comunidad piedecuestana entre ellos se encuentran los servicios psicológicos de atención individual y grupal, con tarifas denominadas sociales para población vulnerable y en condiciones de desplazamiento, en ese sentido juega un papel importante los practicantes de la especialización de psicología clínica de la universidad pontificia bolivariana, puesto que se genera un servicio de calidad profesional y humana, además de ser enriquecedor para los profesionales que curse dicho posgrados puesto que por la

vulneración de la población, se presentan casos desafiantes a nivel profesional, los cuales instan a la evolución y compromiso del psicólogo clínico.

Objetivos

Objetivo General:

Evaluar e intervenir desde el modelo cognitivo conductual un caso de trastorno eréctil.

Objetivos Específicos:

Generar un plan de evaluación clínico y psicométrico que identifique la sintomatología del presente caso.

Operacionalizar una estructura terapéutica de intervención en concordancia con las necesidades y problemas del consultante.

Identificar la efectividad de la intervención ejecutada a través de la evaluación de los resultados obtenidos en el proceso terapéutico.

Método

Participantes

Estudio de caso único con un consultante de 59 años de edad, de sexo masculino, con una tecnología en ventas, lleva 27 años de casado, con tres hijos, distribuidos por orden cronológico de la siguiente manera; L.A.V. de 36 años de edad de sexo femenino, M.V. de 34 años de edad de sexo femenino y D.V. de 31 años de edad de sexo masculino. Actualmente el consultante convive en el hogar con su pareja de 57 años de edad, la madre de su cónyuge y el hijo menor de 31 años, de igual manera mantiene continuo contacto con sus dos hijas. Acude a consulta, por la dificultad de obtener o mantener la erección cuando se encuentra en disposición para tener relaciones sexuales, acude de manera voluntaria, en la sesión número diez se logra vincular a la cónyuge del consultante, siendo considerada como un integrante primordial en la problemática del consultante.

Instrumentos de exploración:

Entrevista psicológica clínica.

Para la obtención de datos relevantes en la vida del consultante se aplicó una entrevista clínica abierta, la cual es definida por Sullivan (1954) y posteriormente por Pope (1979) citado por Maganto y Cruz (2003), como una conversación y/o relación entre dos o más personas, la cual está dirigida por un objetivo o finalidad, además remarca una relación asimétrica en donde uno o varios demandan o solicitan ayuda y otro que sería el experto, el cual ayuda u orienta a la solución más adaptable del o de los demandantes. Además, para Borrel (1989) citado por Maganto y Cruz (2003) menciona que no solo se recoge información precisa o en contraste con el problema, sino también la percepción del consultante acerca del acontecimiento que lo lleva a consultar.

Historia clínica.

Se utilizó el formato proporcionado por la institución prestadora del servicio de psicología, en este el CPS de la ciudad de Piedecuesta. El cual contiene apartados dirigidos a la obtención de información de importancia y la cual apunta a que el clínico cuente con

información suficiente para dar un diagnóstico acertado, sin excluir datos. Además de contribuir al seguimiento de la terapia y a la estructura de la misma. (Ver Anexo No.1).

Análisis funcional.

Se utilizó un formato de análisis funcional el cual fue puesto a disposición por parte del supervisor de la presenta monografía, el cual tiene como objetivo analizar la conducta problema de forma integral y funcional, así mismo se plantea lo siguiente acerca del análisis

El análisis funcional es la hipótesis dinámica (es decir, que puede cambiar con el tiempo) que mantiene un clínico sobre: (a) los problemas de comportamiento y los objetivos del tratamiento del cliente, (b) las relaciones funcionales entre ellos, (c) las variables que influyen en los problemas y en las metas del cliente y son influidas por ellos, (d) la fuerza y la forma de las relaciones causales y no causales relacionadas con dichos problemas y objetivos de intervención y (e) las facetas y atributos importantes de todas estas variables. (Keawe'aimoku, J., Godoy, A., O'Brien W., Haynes S., y Gavino, A. 2013).

Consentimiento informado.

Se aplicó el formato de consentimiento informado, el cual fue adjuntado por la institución donde se llevó a cabo la ejecución del ejercicio clínico, este mismo se elaboró en el primer contacto con el consultante y antes de iniciar cualquier evaluación con el sujeto, puesto que en este apartado del consentimiento informado se verbaliza al consultante sus derechos en el desarrollo de la relación terapéutica, además de las obligaciones legales que tiene el psicólogo clínico, las cuales siempre se orientaran en el bienestar del consultante y de terceros, como lo establece la ley 1090 del 2006 del ejercicio profesional de la psicología en Colombia. Para Hernández y Sánchez (2016) “uno de los pilares del consentimiento informado es el proceso dialógico, con fundamento en el respeto a la autonomía y la dignidad que debe darse entre el psicólogo y el usuario de sus servicios”. (Ver Anexo No.2).

De Evaluación:

Inventario clínico Multiaxial Millón II.

El Millón II fue diseñado para la planificación del tratamiento en una psicoterapia, así como también en consultantes con abuso de sustancias, consejería de pareja, neuropsicología,

ámbito penitenciario, ámbito forense esto según Millón et al. (2007) citado por Chacón (2013). El principal objetivo de este instrumento, es orientar y proporcionar información al trabajador clínico, en tareas de evaluación y tratamiento de personas con dificultades emocionales e interpersonales. El inventario clínico Multiaxial Millón se compone de una variedad de afirmaciones, así como se describe a continuación:

El MCMI se compone de 175 ítems con respuestas de verdadero o falso. Está formado por escalas clínicas de personalidad, escalas de personalidad de patología grave, escalas de síndromes clínicos y escalas de síndromes graves. A pesar de que recoge un número elevado de escalas, su tiempo de aplicación es relativamente breve, aproximadamente 20-30 minutos. El MCMI ha sido desarrollado para su aplicación en personas mayores de 18 años pertenecientes a la población clínica. (Chacón 2013).

Estas afirmaciones evalúan 26 escalas, cuatro de fiabilidad y validez, Validez (V), Sinceridad (X), Deseabilidad (Y) y Alteración (Z); 10 escalas básicas de la personalidad que comprenden Esquizoide (1), Fóbica (Evitativa) (2), Dependiente (3), Histriónica (4), Narcisista (5), Antisocial (6A), Agresivo/Sádica (6B), Compulsiva (Rígida) (7), Pasivo/agresiva (Negativista) (8A) y Autodestructiva (Masoquista) (8B); 3 escalas de personalidad patológica que incluye Esquizotípica (S), Límite (C) y Paranoide (P); 6 escalas de síndromes clínicos de gravedad moderada que abarca Ansiedad (A), Histeriforme/Somato forme (H), Hipomanía (N), Neurosis depresiva-distimia (D), Abuso de alcohol (B) y Abuso de drogas (T); y 3 escalas de síndromes de gravedad severa que incluye Pensamiento psicótico (SS), Depresión mayor (CC) y Delirios psicóticos (PP). (Ver Anexo No.3).

Inventario de ansiedad de Beck (BAI).

Desde su primera publicación el BAI se ha convertido en el instrumento auto aplicado para evaluar la gravedad de ansiedad más utilizado en los países donde existe una magna producción científica con respecto a la psicología según Sanz (2013), “el BAI se ha diseñado para medir la ansiedad clínica, o el estado de ansiedad prolongado, que en un entorno clínico es una información muy relevante” (Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos, 2013).

El inventario presenta 21 ítems con escala Likert de cuatro puntos sobre grado de molestia, los ítems hacen referencia a la sintomatología ansiosa que presentase en la última semana el sujeto, la interpretación del BAI se suele basar en puntuaciones de corte, que se entienden como el nivel de gravedad de la sintomatología ansiosa, estos puntos de cortes van de 0 – 7 ansiedad mínima, 8 – 15 ansiedad leve, 16 -25 ansiedad moderada, 26 – 63 ansiedad grave, lo anterior basado en Beck y Steer (1993) citado por Sanz (2013). (Ver Anexo No.4).

Inventario de depresión de Beck.

El BDI fue planteado originalmente por Beck y sus colaboradores en el año 1961, cuenta con más 500 estudios que lo avalan en sus propiedades, tanto en población clínica como en población no clínica. Además de su transculturización en el campo investigativo, esto según Beck y Steer (1984); Mukthar y Tian (2008) citado por Beltrán, Freyre y Hernández (2012). El inventario de depresión de Beck abarca seis de los nueve criterios diagnósticos que plantea el DSM III, los cuales se miden por medio de 21 ítems, en una escala de cuatro puntos, cuya suma puede variar de entre 0 y 63.

El BDI fue “desarrollado para ofrecer una evaluación cuantitativa de la intensidad de la depresión” (Beck et al 1961 citado por Sanz y García (2013), de esta manera se entiende a la depresión como síndrome y no como una entidad diagnóstica, por lo tanto, el inventario apuntara a detectar la presencia de síntomas depresivos y así mismo medir su gravedad, pero no realizar un diagnóstico según Sanz y García (2013). (Ver Anexo No.5).

Escala de ajuste marital.

Este instrumento elaborado por Locke y Wallace en 1959, contiene ítems con juicios evaluativos acerca de la calidad de la relación marital, e información tanto específica como general de los comportamientos de los cónyuges, esto según Rossier et al. (2006) citado por Domínguez (2012). “En 1959 Harvey J. Locke y Karl M. Wallace desarrollaron dos escalas de evaluación, una escala que permitiera medir en forma breve el ajuste marital y otra para evaluar la probabilidad de ajuste marital en el futuro” (Domínguez 2012), así mismo el instrumento presenta una puntuación máxima de 158, siendo el punto de corte de satisfacción percibida 100. De esta manera el instrumento se compone con un total de 15 ítems como se menciona en la siguiente cita: El SMAT es uno de los instrumentos para evaluar el ajuste marital más

utilizado en la investigación. Consta de 15 ítems, 8 de los cuales evalúan el grado general de acuerdo en los siguientes temas: finanzas familiares, recreación, demostraciones de afecto, amistades, relaciones sexuales, convencionalismos sociales, filosofía de la vida y trato con los parientes políticos. Los restantes 7 ítems cubren el grado general

De satisfacción matrimonial, preferencias de cada uno respecto del uso del tiempo libre, el grado de actividades compartidas fuera del hogar, arrepentimientos respecto a haberse casado (con el cónyuge en particular y también en general), confianza en el cónyuge y la forma típica de término de una discusión marital. (Wilson y Mejía 2002). (Ver Anexo No. 6).

Inventario de ansiedad rasgo – estado (IDARE).

El inventario de ansiedad: rasgo –estado (IDARE versión en español del STAI), se constituye por dos escalas de autoevaluación separadas que se utilizan para medir dos dimensiones distintas de la ansiedad, como lo es la ansiedad estado y la ansiedad rasgo según Spielberger y Díaz (1975). Igualmente, Rojas (2010) menciona que la ansiedad rasgo es cuando se le pide al sujeto que describa cómo se siente generalmente y la ansiedad estado es cuando los sujetos responden como se sienten en un momento determinado.

El IDARE es un inventario para evaluar dos tipos de ansiedad y consta de 40 afirmaciones: 20 evalúan la ansiedad rasgo y 20, la ansiedad estado. El consultante debe responder a una de cuatro opciones de respuestas, las cuales son; casi nunca, algunas veces, frecuentemente y casi siempre, estas para la ansiedad rasgo; y no, poco, regular y mucho para la escala de ansiedad estado. Las respuestas se califican con 1, 2,3 y 4 en los reactivos positivos (a mayor puntaje mayor ansiedad) y 4, 3,2, y 1 en los reactivos negativos (a mayor puntuación menor ansiedad). (Ver Anexo No.7).

Procedimiento

El proceso de intervención terapéutica se desarrolló en un lapso de tiempo de ocho meses, del cual su primera sesión se llevó a cabo en el mes de abril y su última sesión en el mes de noviembre del año dos mil diecisiete. Durante estos ocho meses se desarrollaron en total diecisiete sesiones, puesto que al principio se manejó lapso de ocho días entre sesión, pero luego de esto por motivos personales del consultante y del terapeuta se inició a manejar un lapso de quince días entre sesión, y se finalizó el tiempo entre sesión nuevamente con una distancia de ocho días. Las sesiones tuvieron un promedio de duración de sesenta minutos, y este tiempo se excedió en las sesiones en las cuales se logró vincular a la cónyuge del consultante, promediando los noventa minutos.

Primera etapa: Evaluación y diagnóstico.

Durante esta etapa se evaluó la problemática del consultante y se procedió a dar un diagnóstico clínico, la duración en sesiones de esta primera etapa fue de siete sesiones, en esta etapa se plantean los objetivos terapéuticos que orientaran el proceso terapéutico, estos formulado en conjunto con el consultante. En esta fase el encuentro terapéutico tuvo lugar cada ocho días. Para poder ejecutar la evaluación se procedió principalmente a realizar el consentimiento informado institucional, además de la contextualización de dicho consentimiento, en consecuencia, de ello se aplicó al consultante los debidos instrumentos de exploración ya mencionados en apartados anteriores.

Como correspondencia a lo anterior, se procedió a aplicar los instrumentos de evaluación, acordes a la información recaudada en los instrumentos exploradores, de esta manera se aplican al consultante durante esta etapa el inventario de ansiedad de Beck (BAI), el inventario clínico Multiaxial Millón II y el inventario de depresión de Beck. De esta manera se plantea el diagnóstico de acuerdo a la sintomatología y problemática del consultante y por ende su efectivo tratamiento.

Seguido a esto se procedió a socializar con el consultante los resultados de dichos instrumentos y a descartar o verificar posibles trastornos relacionados a la problemática sexual, de igual manera como consecuencia a las verbalizaciones y problemática del consultante se inclinó y profundizó la evaluación en áreas relacionada a dicha situación, desde el ámbito sexual (experiencias sexuales, experiencia extramaritales, cohesión conyugal, revisión de historia

clínica médica, pensamientos en relación con el área sexual, rituales sexuales), todo ello para lograr la planeación y ejecución de un óptimo plan terapéutico y como cierre a esta etapa se aplica al consultante la escala de ajuste marital, y el inventario de ansiedad: estado – rasgo, para con ello identificar como se ha sentido generalmente (ansiedad rasgo) en su vida con relación a la ejecución del acto sexual.

Es importante aclarar que en esta etapa no solamente se evaluó al consultante, puesto que durante la duración de estas sesiones se hizo constante retroalimentación o devolución de los hallazgos de la sesiones, además durante esta etapa se inicia el proceso de psicoeducación en relación con las creencias del consultante acerca de la sexualidad y el acto sexual como tal, y como diferentes ámbitos (primordialmente el ámbito conyugal) interfieren en el desarrollo de las relaciones sexuales, de igual manera desde la aplicación de los primeros instrumentos, el terapeuta orientó las sesiones con un estilo de debate y confrontación racional, para iniciar el proceso de reestructuración cognitiva del consultante. Por último y como cierre de esta etapa, es considerable que desde el inicio de la evolución se sugirió al consultante la vinculación de su cónyuge, argumentando que con ello la terapia sería más integral, a lo cual el consultante se negó rotundamente.

Segunda etapa: Intervención.

Esta etapa se llevó desde la sesión número ocho hasta la sesión quince, se continuó trabajando con el consultante la reestructuración cognitiva, por medio de Dialogo Socrático, debates basados en la racionalización, y además de técnicas enfocadas en la razón basadas en la terapia racional emotiva, tales como el role playing racional emotivo, estas técnicas fueron transversales al tratamiento.

Así mismo, se aplicó la técnica detención de pensamiento, para con ello lograr modificar pensamientos mantenedores de la situación problema, por otros que le brindaran al consultante mayor satisfacción, y con ello evitar las cogniciones que causan mantenimiento de la problemática, así mismo se ejecutó la técnica de relajación progresiva y de entrenamiento en respiración, para lograr disminuir la ansiedad de ejecución que presentaba el consultante, como consecuencia a los resultados inmediatos de estas técnicas se logró vincular en la sesión once a la cónyuge del consultante y con ello iniciar a trabajar la técnica de focalización sensorial y

entrenamiento en habilidades comunicativas. Estas técnicas se aplicaron en conjunto para potencializar los resultados, además de movilizar a los cónyuges.

Cabe destacar que a la cónyuge del consultante se le informó acerca del proceso que llevaba su esposo, además de como nueva integrante del proceso terapéutico se conoció la perspectiva de ella acerca de la problemática y seguido a esto se psicoeducar en el área sexual, para con esto iniciar a aumentar la información adecuada sobre el acto sexual, además de comenzar la reestructuración de ideas irracionales con relación a las relaciones sexuales en general. La vinculación de la cónyuge se considera como un gran logro terapéutico, puesto que además de movilizar al consultante a dialogar con ella acerca de que está asistiendo a terapia (la cónyuge desconocía este hecho), también se está desmontando la idea de que la problemática es exclusiva del consultante, esto trayendo como consecuencia que el consultante inicie a romper el ciclo de conductas de evitación (no comunicación con relación a la problemática).

Tercera etapa: Evaluación pos y cierre.

El desarrollo de esta etapa se caracterizó por la replicación de los test psicométricos aplicados en la etapa de evaluación, para con ello lograr medir cuantificablemente el impacto del proceso terapéutico, así mismo, se orientaron dos sesiones para respaldar al prevención de recaídas, en las cuales se hizo énfasis a que es de vital importancia el compartir espacios de ocios exclusivos para los cónyuges, además de tener encuentros sexuales en ambientes diferentes y que potencialicen el frenetismo sexual y los desinhiban como pareja sexual que son. Además de continuar ejecutando lo aprendido en consulta, puesto que lo primordial de la terapia es lograr continuar sin el terapeuta, y llegar a convertirse en el propio terapeuta. Otro aspecto importante de la prevención de recaídas es el continuar comunicándose de manera asertiva y expresando sus emociones, sin llegar a ofender al cónyuge.

Desde dos sesiones anteriores, se explicó al consultante que el tratamiento llegaría a su fin, puesto que los objetivos terapéuticos en su gran parte se habían logrado, esto con el fin de que las sesiones de cierre, no sea presentada de choque al consultante, y el sujeto logre adaptarse a su vida pos tratamiento sin contratiempos.

Hipótesis Explicativa:

Las creencias que presenta el consultante con relación a su área sexual, ha generado que su comportamiento sexual se vea afectado y esto le genera nuevas ideas irracionales relacionadas que contribuyen a la evitación comunicacional que presenta la pareja.

El desconocimiento por parte del consultante acerca de la respuesta sexual en hombres mayores de cincuenta años, trae como consecuencia que el consultante se plantee objetivos sexuales poco adaptables, lo cuales generan a nivel cognitivos, sesgos e ideas irracionales, que se manifiestan conductualmente en los comportamientos disfuncionales a nivel sexual

Se considera que las conductas de evitación comunicacional que presenta el consultante con respecto a su problemática, ha contribuido al mantenimiento de las conductas disfuncionales en el área sexual.

La anulación de conductas expresivas a nivel emocional, que ha mantenido la pareja por más de cinco años, ha producido en los cónyuges una demostración afectiva plana, que actualmente contribuye al mantenimiento de las conductas sexuales que causan malestar en el consultante.

Objetivos terapéuticos

- Entrenar en habilidades comunicativas al consultante y a su pareja.
- Disminuir la frecuencia de pensamientos intrusivos que contribuyan al mantenimiento de la conducta que actualmente le genera mayor malestar clínico.
- Modificar el repertorio sexual que presenta actualmente el consultante.
- Potenciar los encuentros sexuales del consultante con su cónyuge, a nivel de satisfacción sexual.

Fase de intervención

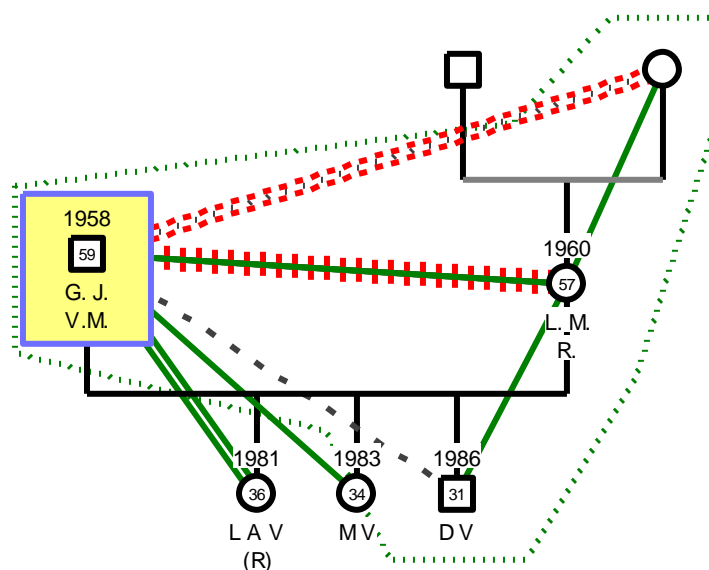
Formulación caso clínico

Nombre: G.J.V.M **Edad:** 59 años **Fecha de Nacimiento:**
Escolaridad: tecnólogo **Ciudad:** Piedecuesta **Estado Civil:** casado
Ocupación: desempleado/free lance **Hijos:** tres

Antecedentes Médicos psiquiátricos: No presenta antecedentes psiquiátricos, es un consultante que no presenta enfermedades médicas crónicas, por lo tanto, la ausencia etiología fisiológica como contribuyente a la disfunción eréctil.

Tipología: familia extensa, compuesta por los padres, el hijo menor y la abuela materna.

Familiograma



Familia extensa, compuesta por los padres, el hijo menor y la abuela materna. El paciente identificado es el cónyuge o padre, actualmente sus relaciones con los miembros del sistema son distantes con la cónyuge y su madre, con el hijo que actualmente vive en casa es distante y conflictiva, con las hijas que ya se encuentran emancipadas la relación es cercana y positiva. El subsistema conyugal, aunque no presenta conflictos, se observa distante y con escasas conductas comunicativas, rozando más las conductas de evitación ante las diferencias que se presentan en el ámbito conyugal y parental. Además de una escasa expresión de afectividad en los cónyuges,

esto se observa como una pauta recíproca, descrito de tal manera como la consecuencia de las interacciones con un contenido nulo de emocionalidad, por ambos miembros de la pareja.

Nombres y Apellidos	Parentesco	Edad	Grado de Escolaridad	Ocupación	Relación
G.J.V.M.	Cónyuge – padre	59 años	tecnólogo	Desempleado – free lance	Consultante identificado
L.M.R.	Pareja	57 años	bachiller	Ama de casa	Cercana- desconfianza
L.A.V.	Hija	36 años	Bachiller	Independiente	cercana
M.V.	Hija	34 años	Bachiller	Independiente	cercana
D.V.	Hijo	31 años	Bachiller	Conductor	Distante - apática
R.	Suegra			Ama de casa	Distante - conflictiva

Tabla 1. *Descripción familiar.*

Motivo de consulta:

El consultante refiere lo siguiente “Mi amigo me está haciendo quedar mal” (señalando con sus manos la zona pélvica).

Descripción del motivo de consulta:

Desde hace más de cuatro meses el consultante no ha logrado tener relaciones sexuales, con su esposa, debido a que no tiene la capacidad de obtener y/o mantener la erección, para realizar el coito, a raíz de lo anterior asiste a medicina general, para realizarse los exámenes pertinentes y con esto descartar alguna incapacidad fisiológica que este contribuyendo a la disfunción sexual, en los exámenes no se presenta afectación alguna que origine la causa de la impotencia sexual. Por estas razones el consultante asiste a terapia psicológica, además expresa que presenta rasgos obsesivos compulsivos, y considera que estos lo pueden estar afectando.

Problema:

El consultante presenta una ideación irracional sobre el sexo, no presenta un preámbulo en sus relaciones sexuales, existe poca comunicación con su pareja conyugal (el consultante asiste solo a terapia y se niega a la vinculación de su pareja al proceso terapéutico). Se observa un patrón evitativo que ronda la problemática de la disfunción, el tema es tocado escasamente por la pareja. Además, se identifican en el consultante pensamientos automáticos que entran en acción cuando se dispone a tener relaciones sexuales con su pareja, por otra parte, también se observan estresores ambientales como lo es el aspecto laboral del consultante y que estarían interfiriendo con el ámbito sexual del consultante.

Descripción de los problemas:

El consultante aunque lleva 27 años de matrimonio se logra observar que la comunicación de la pareja es muy distante, debido a que el consultante asiste a terapia y la esposa no tiene conocimiento de eso, esto es debido a la concepción que tiene el consultante acerca de considerar que la disfunción es una dificultad netamente de él, además al momento de tener relaciones sexuales el consultante no presenta conductas sexuales anticipatorias con su pareja, este preámbulo sexual es realizado de forma individual por parte del consultante, esta consiste en que para poder obtener la erección debe de imaginar a otra mujer más joven y más atractiva e iniciar a tocarse, hasta poder lograr el objetivo, después de esto debe de penetrar inmediatamente a su esposa, debido al temor de perder la erección, este temor ha sido construido y reforzado por el consultante, todo esto ha llevado a crear en el consultante la idea de que él no tiene la capacidad para generar en su esposa satisfacción sexual y que por esta razón le pueda estar siendo infiel.

Debido a estos pensamientos automáticos el consultante durante los actos sexuales que logra ejecutar, no percibe placer alguno, puesto que su atención se dirige a los gestos faciales de su cónyuge y a pensamientos sobre su erección, mas no en el placer que está recibiendo y que está dando a su pareja, el consultante se encuentra enfocado en la actuación del acto sexual y no en las sensaciones que este le está generando.

La pareja según remite el consultante no tienen conversaciones acerca de la sexualidad conyugal, se podría describir que este tema para la pareja es un tabú, tampoco han buscado una solución en conjunto para las conductas disfuncionales.

Historia personal:

Adulto de 59 años de edad, el cual convive con su esposa, la madre de la esposa y el hijo menor del consultante. Hace dos años fue despedido de la empresa en la que trabajaba en el área de ventas, es indemnizado puesto, sin el haber iniciado acciones legales, puesto que refiere que le pareció conveniente el monto económico que recibiría, después de este episodio el consultante inicia una nueva etapa de vida puesto que debe de iniciar a buscar nuevas ideas de ingreso o un nuevo empleo, durante ese lapso de tiempo hasta la actualidad el consultante no ha logrado una estabilidad económica. Su relación con los miembros del sistema familiar nuclear es distante, aunque no conflictiva, la comunicación es escasa, y se observa un bajo nivel de confianza en la pareja conyugal. Con relación a la disfuncionalidad sexual, siempre ha estado presente en el consultante, pero de forma esporádica tanto en la relación marital, como también en relaciones extramaritales. Esta disfunción se podría decir que se presenta en el primer contacto sexual con la pareja sexual, ejemplo de esto es en la luna de miel del consultante en la cual no logra obtener la erección, otro caso se presenta en una relación extramarital, en la cual, en el primer contacto sexual de la pareja, el consultante presenta la sintomatología disfuncional. Como soluciones intentadas el consultante ha comprado productos de origen natural, direccionado a la virilidad del hombre, las cuales no han surtido efecto, además de métodos imaginativos de forma singular, antes de la relación sexual, además de patrones de evitación ante la disfunción y minimización de dicha problemática.

Evaluación sincrónica:

Actualmente el consultante tiene cuatro meses con dificultad para obtener o mantener una erección en los respectivos encuentros sexuales, esto ha producido en el consultante ciertos pensamientos intrusivos, entorno a su cónyuge y hacia él, dichos pensamientos son el creer que su esposa le es infiel, sin tener bases establecidas de dicha conducta, además de establecer lectura de pensamiento puesto que cree que no satisface sexualmente a su pareja, hacia este pensamiento tampoco tiene algún fundamento, otro pensamiento intrusivo, es el tener que imaginar a otra mujer, para con ello poder tener la erección, después de obtener la erección, se

concentra en no perder la erección y poder concluir con el acto sexual. Por otra parte, la pareja actualmente no presenta una comunicación conyugal establecida que contribuyan a la disminución de la sintomatología disfuncional, puesto que la pareja no discute acerca de la problemática, el tema es evitado en la medida de lo posible. Además, presenta una percepción errónea acerca del sexo, puesto que la pareja no tiene un preámbulo establecido, esto guiando al consultante a concentrarse exclusivamente en obtener la erección y penetrar, por el factor comunicativo ausente que presenta la pareja, la mujer, no genera opinión alguna con respecto al tema, se percibe que la pareja conyugal ha ido desplazando la sexualidad a un segundo plano y esto ha contribuido a la disfuncionalidad actual del consultante. Otro aspecto que influye en el área sexual de la pareja es la situación laboral y económica del consultante, puesto que se encuentra laborando como free lance en ventas, pero no ha obtenido éxito en dicho empleo, esto ha generado síntomas ansiosos en el consultante, como tensión muscular, agotamiento.

Evaluación Diacrónica:

Factores de Predisposición:

La falta de educación sexual por parte de familiares acerca de la sexualidad, la escasa interacción comunicacional con sus parejas sexuales, el continuo refuerzo de pensamientos de temor acerca de la obtención y mantenimiento de la erección.

Además de los rasgos de personalidad esquizoide puntuados mediante la aplicación de la prueba millón II y la respectiva confirmación (en relación a que son rasgos) por medio de la entrevista clínica, que presenta el consultante, lo han predispuesto a la evitación de las diferentes problemáticas que le han surgido a lo largo de la vida entre ellas la disfunción sexual, por ejemplo, para el consultante no existen los amigos sino los conocidos o compañeros laborales. Esto se podría inferir como la incapacidad del consultante para generar vínculos de confianza y esto conllevando a no poder generar verbalizaciones acerca de sus problemáticas, ya sea con su pareja o amigos denominados de confianza.

Factores de Adquisición:

Los pensamientos automáticos e ideas irracionales. Tales como pensar en otra mujer para obtener la erección, el creer que su esposa le es infiel y el distanciamiento comunicacional con la pareja, le han ayudado a evitar la resolución funcional de la problemática y con ello eludir todas las implicaciones que desencadenaría dicha resolución.

Factores de Mantenimiento:

La conducta disfuncional siempre fue reforzada por las parejas sexuales, puesto que nunca se habló de dicha conducta, llevando al consultante a generar pensamientos intrusivos, que a la vez le ayudaba a evitar la situación disfuncional y con ello evitar la problemática. “Es mejor pensar en otra mujer que hablar con mi mujer acerca de lo que no está sucediendo”, pensamientos de este tipo.

Factores Protectores:

Potenciar la comunicación en la pareja que, aunque en la actualidad no es la mejor, es un posible medio para afrontar la dificultad de la pareja.

El compromiso de cambio que logra representar que el consultante allá asistido a consulta por su cuenta, además del rechazo de utilizar fármacos para la problemática.

El apoyo y sostén que significa la esposa para el consultante, y poder generar la vinculación de la esposa a la terapia.

Dominios:**Emocional afectivo:**

En cuanto al plano afectivo el consultante no presenta dificultad para expresar sus sentimientos, hacia sus seres queridos, además lleva 37 años de casado con su esposa.

Cognoscitivo verbal:

El consultante presenta un lenguaje fluido y coherente, responde a las cuestiones que se le realiza, es consciente de las problemáticas que está viviendo, aunque se observa que el tema sexual le genera tabú, puesto que al hablar de temáticas que giran en torno al acto sexual, ya sea

el mencionar que se masturba o que observa películas pornográficas, presenta un patrón de querer modificar el nombre de estos comportamientos, no llamarlos por el nombre que tienen.

Interacción:

Su patrón de interacción no presenta alteración, en la actualidad cuando tiene lugar se reúne con excompañeros de trabajo o familiares, sin ninguna dificultad.

Repertorios relacionados a salud:

El consultante no reporta antecedentes médicos de gran importancia, en los exámenes correspondiente a la disfunción eréctil, no se evidencian enfermedades médicas, ni psiquiátricas, los niveles de testosterona son los ideales para obtener una erección sin dificultad, de igual manera los niveles de azúcar en el organismo. Además, es un individuo inclinado al cuidado de la salud por medio del deporte.

Contextos:

Académico laboral:

Actualmente el consultante se encuentra trabajando como vendedor free lance de una empresa de software, pero no ha logrado obtener el éxito que quisiera, haciendo esto que el consultante se sienta ansioso en algunos días de la semana, y esto cambie su rutina, por ejemplo, cuando percibe que su día no fue el que esperaba, prefiere no realizar ejercicios al día siguiente.

Familiar:

Convive en un sistema familiar compuesto por su cónyuge, el hijo menor y su suegra, la relación con estos dos individuos es distante, aunque no presenta conflicto, la relación con sus demás hijos es cercana. La comunicación con su cónyuge es muy escasa y débil, no suelen tratar temas de interés familiar como la pareja de esposos que son.

Pareja sexual:

Actualmente su pareja sexual es su esposa, con la que lleva 37 años de casados, y en el transcurso de la historia de la pareja se han presentado múltiples episodios de disfunción sexual,

carnificándose este hecho hace cuatro meses esta dificultad, debido a la imposibilidad de obtener la erección o mantenerla durante el acto sexual. Él consultante presenta ciertas ideas irracionales con respecto a su pareja sexual, puesto que considera que le es infiel, solo por percibir que él no tiene la capacidad de satisfacerla, además el consultante durante el acto sexual ejecuta un rol de observador, debido a que solo presta atención a la expresión no verbal de la pareja sexual, de esta forma se considera que el consultante encuentra de mayor importancia evaluar la actuación personal durante el acto sexual, en lugar de considerar las sensaciones placenteras que le puede brindar el acto sexual, esta evaluación de actuación le contribuye al consultante a mantenerse en un ciclo de pensamientos automáticos, estos dirigidos a las relaciones sexuales.

Condiciones ambientales:

Las condiciones laborales invalidantes, tales como discriminación por la edad al momento de buscar empleo, el despido sin razones justificadas por parte de la última experiencia laboral del consultante, el conseguir empleos en los cuales no se le reconozca un salario estable, ha contribuido a que el consultante se perciba como un inútil laboralmente, y esto lo lleve a expandir estas creencias irracionales a otros aspectos de su vida, y lograr afectarles. De esta manera se logra observar como las condiciones ambientales del consultante están en correspondencia con el aspecto sexual del consultante, esto se infiere a raíz de las verbalizaciones del evaluado.

Estímulos discriminatorios:

El consultante responde a las problemáticas de distintas áreas de su vida, de forma evitativa, es preferible no hablar de ello y esto se solucionará solo, se percibe una inadecuada respuesta a la frustración.

Formulación de hipótesis

Problema:

Pensamientos automáticos

Reforzamiento de las conductas sexuales que causan malestar clínico

Errores perceptuales y evaluativos de la conducta sexual

Ausencia del preámbulo en las relaciones sexuales

Evitación de la comunicación conyugal en contexto con las dificultades en el ámbito sexual como en otras áreas que indirectamente afecten a esta área, tales como escasa asertividad al comunicar los intereses conyugales y parentales.

Hipótesis:

Los pensamientos automáticos del consultante se podrían deber al producto de los antecedentes evitativos que presenta el consultante hacia la solución de diferentes problemáticas, en esta ocasión dirigida al área sexual-conyugal. Además, el consultante ha contado con el refuerzo de sus parejas sexuales, puesto que ninguna de ellas logro entablar un diálogo constructivo acerca de la posible disfunción del consultante. Actualmente se evidencia como la pareja conyugal ha preferido llevar una comunicación escasa y distante acerca de la dificultad, en lugar de dialogar acerca de ello y buscar soluciones como pareja.

Con respecto a la percepción no adaptativa de las relaciones sexuales, esto podría ser el producto de educación escasa y errónea acerca de las relaciones sexuales, por parte de miembros de la familia de origen del consultante.

Análisis explicativo:

Repertorios de autocontrol:

Se puede enmarcar el hecho que durante lo que se lleva de tratamiento el consultante se ha mostrado receptivo y ha puesto en práctica las indicaciones del mismo. Como el ir

reestructurando su perspectiva acerca del acto sexual, y todo lo que dicho acto implica, además de como otros aspectos de la vida pueden llegar a afectarlo

Autoconocimiento:

En el consultante se puede observar un patrón constante de evitación, hacia diferentes problemáticas que se le presenten, en este caso competente se centra en la posible disfunción sexual. Lo anterior el consultante lo ha ido descubriendo en las sesiones con el terapeuta.

Repertorios para modificar el ambiente:

Aunque el consultante es consciente de las problemáticas maritales enfocadas al área sexual, y lo que ello implica, no ha intentado soluciones óptimas para la dificultad. Tiende a adaptarse a su ambiente, sin importar lo que este ambiente le aporte no sea constructivo para su vida personal y conyugal.

Regulación verbal del comportamiento:

El consultante no percibe su comportamiento evitativo, ante las adversidades que lleguen a presentarse, así mismo se ha ido orientando al consultante para que por sus propios medios sea consciente de dicho patrón, y logre generar verbalización acerca de dicha conducta evitativa.

Identificación de conducta:

La posible disfunción eréctil que presenta el consultante es el producto, de la constante manifestación de conductas evitativas, dirigida como estilo de afrontamiento hacia la dificultad sexual.

Así mismo de una relación conyugal deteriorada, no tanto por la presencia de conflictos, sino más dirigida a la nulidad de conductas comunicativas con un contenido afectivo y armonioso.

Ausencia de conductas que anticipen y eroticen el desarrollo del acto sexual, la relación sexual es enfocada exclusivamente a la penetración, de esta manera el consultante se mantiene en

continuo refuerzo de pensamientos dirigidos a la relevancia de la erección y de dicha penetración.

Conducta clínicamente relevante:

Conducta en proceso de cambio Conducta clínicamente relevante dos CCR2:

En la continua reestructuración cognitiva que se ha trabajado con el consultante, se ha logrado observar verbalizaciones que apuntan a que el proceso terapéutico ha contribuido a la construcción de nuevas perspectivas un ejemplo es la reestructuración que se ha generado en la perspectiva de las relaciones sexuales, para lo cual el consultante refiere “lo más importante y primordial es que mi pareja reciba placer, más mis sensaciones no interesan”, el consultante ha iniciado a relatar que en el sexo se debe de ser algo egoísta y colocar en primer lugar mis sensaciones.

Función explicativa:

La conducta disfuncional del consultante, presenta antecedentes desde los inicios sexuales del consultante y han perdurado en la historia sexual, presentándose esporádicamente y sin ninguna repercusión para el consultante, hasta hace cuatro meses cuando en situaciones constantes se le presento la dificultad para obtener o mantener la erección en los encuentros sexuales.

Lo anterior es el resultado de conductas evitativas que presenta el consultante hacia las problemáticas, con ello evitando la frustración que le pudiera repercutir el confrontar la problemática, en este caso enfatizando el área sexual, puesto que durante años no solicito ayuda profesional, tampoco el dialogar el asunto con su pareja amorosa.

Así mismo se podría comprender que estas conductas evitativas tiene su base en la creencia “se solucionara solo, mejor lo evito”, se analiza que esta metodología de afrontamiento la utiliza para diferentes áreas de la vida. Por otra parte, la cronicidad y mantenimiento de la conducta disfuncional se entiende como señal de ausencia de la integración conyugal, puesto que la pareja no presenta la capacidad para dialogar y analizar problemáticas que les competen a ellos como pareja.

Diagnóstico:

Consultante de 59 años de edad que actualmente presenta problemáticas direccionadas al ámbito sexual, presentando sintomatología ansiosa, no llegando a cumplir criterios para trastornos relacionados con ansiedad, además de sintomatología del trastorno eréctil, como dificultad para obtener o mantener la erección, en más del 75 % de sus relaciones sexuales actuales así mismo esto logrando ejercer un malestar en el diario vivir del consultante, logrando cumplir los criterios diagnósticos del DSM-V:

A. Por lo menos se tiene que experimentar uno de los tres síntomas siguientes en casi todas o todas las ocasiones (aproximadamente 75%–100%) de la actividad sexual en pareja (en situaciones y contextos concretos o, si es generalizada, en todos los contextos):

1. Dificultad marcada para conseguir una erección durante la actividad sexual.
2. Dificultad marcada para mantener la erección hasta finalizar la actividad sexual.
3. Reducción marcada de la rigidez de la erección.

B. Los síntomas del Criterio A han persistido durante unos seis meses como mínimo.

C. Los síntomas del Criterio A provocan un malestar clínicamente significativo en el individuo.

D. La disfunción sexual no se explica mejor por un trastorno mental no sexual o como consecuencia de una alteración grave de la relación u otros factores estresantes significativos y no se puede atribuir a los efectos de una sustancia/medicación o a otra afección médica.

Por lo anterior el consultante cumple con los criterios diagnósticos según DSM V para:

302.72 (F52.21) Trastorno eréctil

Tipo de inicio de por vida

Su límite es generalizado

Gravedad actual leve

Plan de intervención:

Modificar la perspectiva del consultante con relación al sexo, para con ello lograr orientar al consultante sobre las dimensiones que conjugan el acto sexual, por otra parte, detectar los pensamientos automáticos, para lograr detener dichos pensamientos y modificarlos por pensamientos funcionales.

Así mismo educar al consultante sobre técnicas de relajación y respiración, para que comience a neutralizar y disminuir la sintomatología ansiosa, a partir de lo anterior se centrara la intervención en la elaboración de un acto pre ambular del sexo, para que con ello el consultante tenga la capacidad de llevar a cabo lo tratado en cada sesión y construya una nueva perspectiva del acto sexual. Todo esto por medio de:

Evaluación, se realizará con la aplicación de una entrevista abierta, inclinada a explorar las conductas que denoten mayor malestar al consultante, además de la historia clínica institucional del Centro de Proyección Social Su Santidad Papa Francisco(CPS) de Piedecuesta, que contribuirá a la recolección de datos de relevancia.

Reestructuración cognitiva para con ello iniciar y orientar en el consultante nuevas perspectivas y percepciones acerca de las relaciones sexuales, además de desmontar las ideas irracionales del consultante, esto basado en la racionalización que se plantea en la terapia racional emotiva de Ellis.

Detención del pensamiento para lograr emerger aquellos pensamientos e ideas irracionales que contribuyen al mantenimiento de la conducta disfuncional, estos modificarlos por pensamientos adaptativos, elaborados en sesión con orientación del terapeuta

- ejercicios de respiración
- relajación progresiva de Jacobson
- sesiones de pareja

Desensibilización sistemática, por medio de la técnica de focalización sensorial en conjunto con entrenamiento en habilidades comunicativas

Prevención de recaídas:

- Animar al consultante a que generen espacios de ocio compartido o fines de semana sin hijos, además de encuentros sexuales en ambientes diferentes al hogar.
- Sesión de seguimiento al mes del finalizar el tratamiento

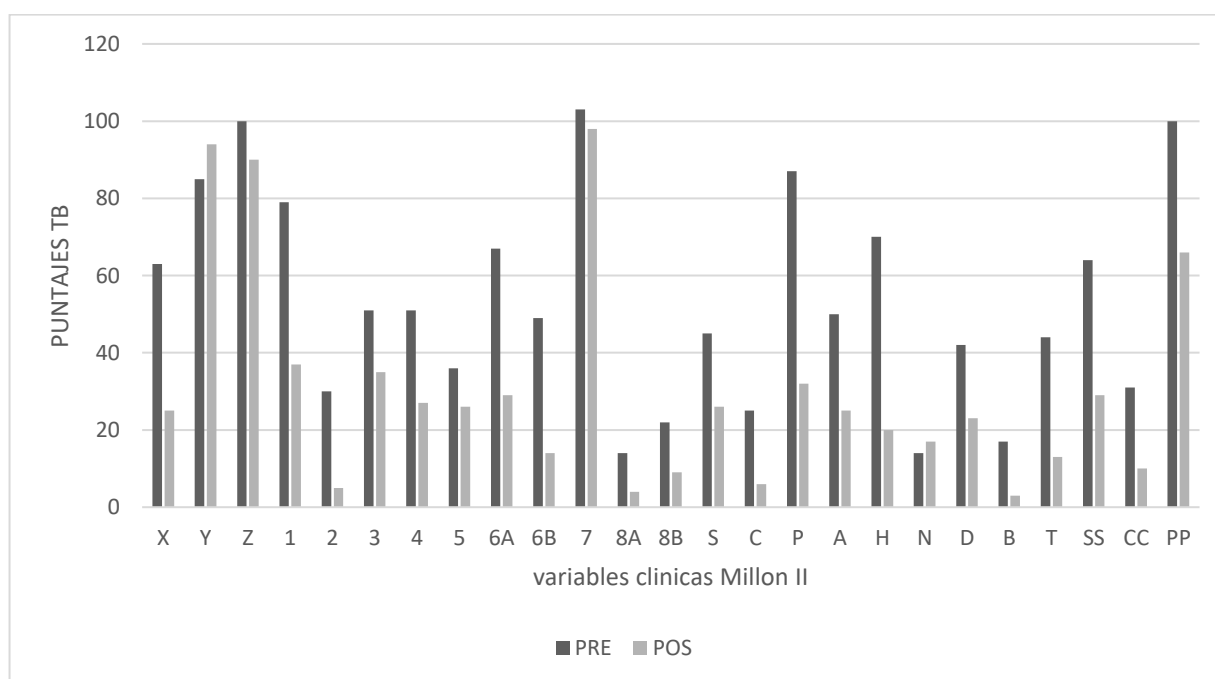
- Orientar a la pareja a continuar los repertorios aprendidos en consulta cuantas veces sean necesarias
- Se orientará a la pareja para generar espacios en donde se disminuyan los roles limitantes que presentan, además a que cada miembro defienda sus necesidades de intimidad sexual y emocional. Cuadro de sesiones (Ver Anexo No.9).

Resultados

En el presente estudio único de caso se logra cumplir el objetivo general de dicho estudio, el cual hace referencia a la evaluación e intervención desde el modelo cognitivo conductual de un caso de trastorno eréctil, y con ello realizar un plan de intervención regido por la problemática y necesidades del consultante, de igual manera que dicho plan contase con el soporte para verificar la efectividad de la intervención, esto por medio de la aplicación de evaluaciones pre tratamiento y pos tratamiento.

Resultados de la evaluación psicométrica.

Con la finalidad de corroborar la hipótesis diagnóstica y orientar el proceso terapéutico se aplicó el inventario clínico Multiaxial Millon II, acompañado del inventario de Ansiedad de Beck (BAI), además se aplica el inventario de depresión de Beck para con ello explorar posibles consecuencias en el estado anímico del consultante en relación a la problemática ya descrita. Por último se aplica el inventario de ansiedad rasgo estado (IDARE) y la escala de ajuste marital (EAM), lo anterior en consecuencia a verbalizaciones del consultante orientadas a su relación marital.

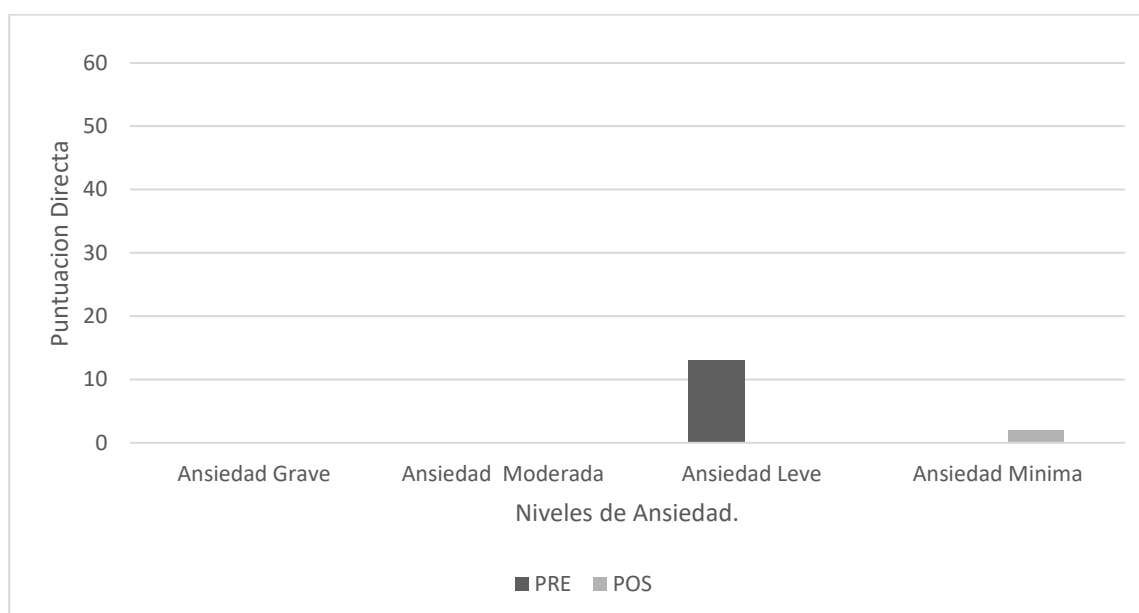


Grafica 1. Resultados pre y pos tratamiento Millon II

Inventario clínico Multiaxial Millon II.

En la ejecución del presente instrumento se observa que la validez y confiabilidad obtenidas son adecuadas para iniciar la interpretación de los resultados. Dichos resultados se logran observar en la gráfica 1, la cual muestra la interpretación de la pre evaluación y de la pos evaluación. En la pre evaluación se observa como el consultante puntúa significativamente en 4 escalas del inventario las cuáles fueron; la escala 1 (esquizoide), la escala 7 (compulsiva), la escala H (somatización) y la escala PP (delirios psicóticos). Lo anterior siendo coherente con las verbalizaciones del consultante y así mismo generar una línea base, para evaluar la intervención.

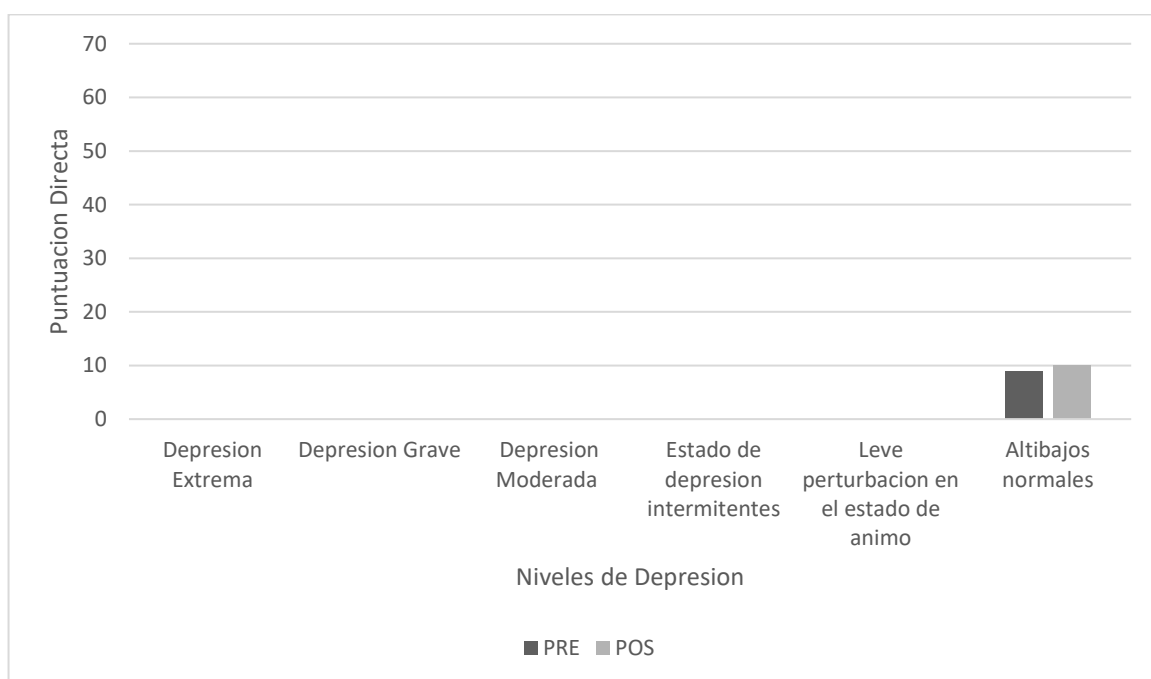
Así mismo, en la gráfica 1 se identifica la notable disminución de tres de las cuatro escalas, que puntuó significativamente el consultante. La escala 1 (esquizoide), y la escala P (paranoide) disminuyeron significativamente, evidenciando la efectividad del proceso terapéutico, por su parte la escala 7 (compulsiva), disminuyo en menor cantidad, esto entendiéndose que la escala 1 y la escala P, se encuentran según el proceso evaluativo en relación con las problemáticas y necesidades que definió como prioritarias el consultante.



Grafica 2. Resultados pre y pos tratamiento inventario de ansiedad de Beck.

Inventario de ansiedad de Beck.

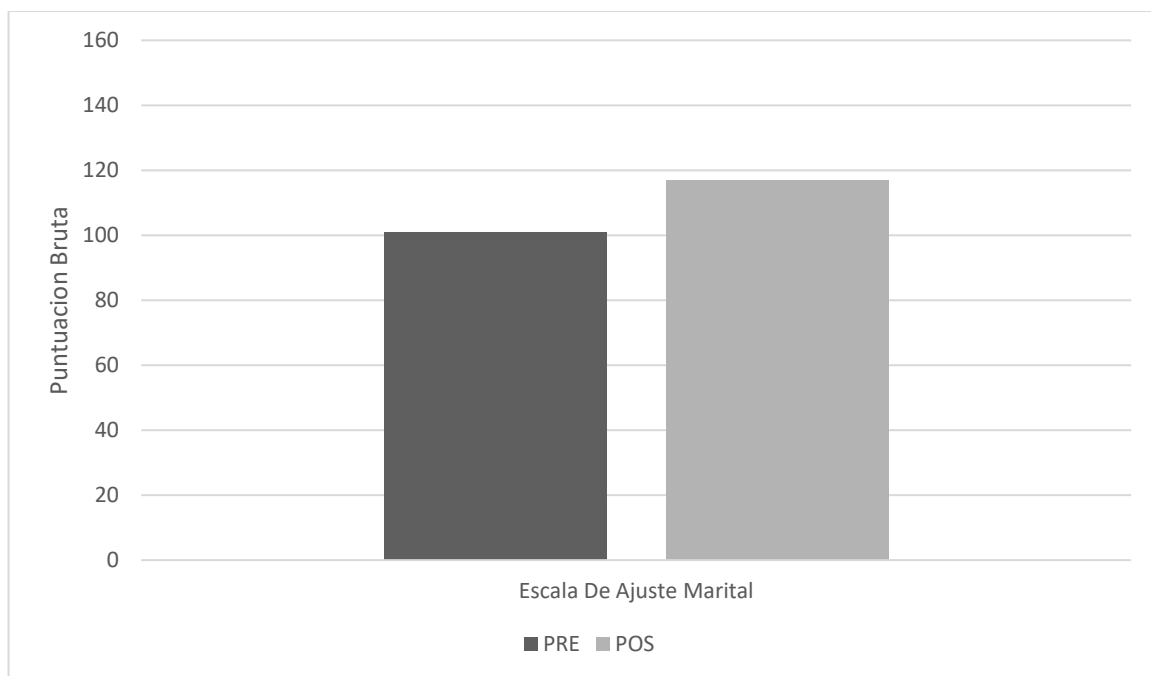
Para orientar el proceso terapéutico y generar una línea base, en relación al acompañamiento de sintomatología ansiosa que pudiera estar interfiriendo en la obtención de la erección y en el disfrute del acto sexual, se ejecutó el inventario de ansiedad de Beck (BAI). En la gráfica 2 se observa como en el proceso de evaluación previo a la intervención terapéutica, puntuó su nivel de ansiedad en leve (trece), y en la evaluación POS, obtuvo una disminución considerable, con una puntuación de dos ubicándose en ansiedad mínima. Esto se puede entender como la consecuencia de la aceptación y adaptación del proceso terapéutico por parte del consultante.



Grafica 3. Resultados pre y pos tratamiento inventario depresión de Beck.

Inventario de depresión de Beck (BDI).

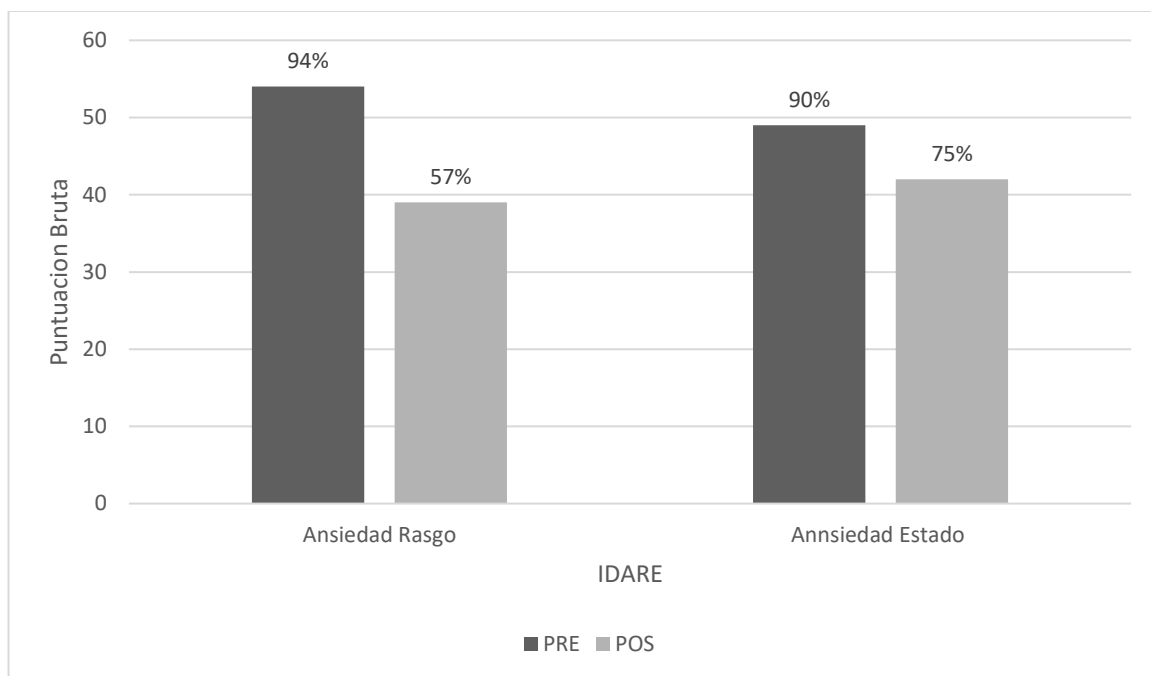
El BDI se aplica al consultante con la finalidad de explorar la presencia de sintomatología depresiva, que pudiera desarrollarse como resultados de la problemática del consultante, en ambas aplicaciones (pres y pos), los resultados no fueron de significancia clínica, pues no superaron el umbral establecido por dicho instrumento. Como se observa en la gráfica 3 el PRE puntuó nueve y en el POS obtuvo una puntuación de diez, esto considerándose altibajos normales en el estado de ánimo.



Grafica 4. Resultados pre y pos tratamiento escala de ajuste marital (EAM).

Escala de ajuste marital (EAM).

La EAM se aplica debido a las verbalizaciones del consultante en referencia a su relación sexual marital, y la constante negativa de vincular a la cónyuge al proceso terapéutico, en la gráfica 4 se logra observar los resultados de las aplicaciones del instrumento (PRE Y POS), cabe resaltar que para el ínstate de la aplicación PRE el consultante no era consciente de la relevancia de la relación marital con su problemática sexual, y para el momento del POS ya se había generado esa conciencia tanto en el consultante como en su pareja. Para el EAM el máximo puntaje a obtener es 158 y su punto de corte es de 100, el consultante en la evolución PRE obtuvo una puntuación de 101, y en el pos un leve aumento a 117, aunque la ascendencia es leve, es de gran significancia este resultado para el proceso terapéutico, y desde una vista global de la pareja, puesto que se entiende como el soporte tangible de la toma de conciencia del consultante, que potenciarían su relación marital y así mismo su área sexual.



Grafica 5. Resultados pre y pos tratamiento IDARE

Inventario de ansiedad rasgo – estado (IDARE).

El IDARE se aplica con la finalidad de explorar en el consultante sintomatología ansiosa presenta a lo largo de la vida del consultante, para con ello contemplar métodos de afrontamiento ante situaciones de dificultad que se le hayan presentado en el diario vivir, además de una elevada recurrencia en las verbalizaciones del consultante relacionadas con síntomas ansiosos, sesiones después de la aplicación del BAI. De tal manera como se observa en la gráfica 5 el consultante en contraste con la fase de evaluación pre tratamiento presenta una disminución tanto en ansiedad rasgo como en ansiedad estado, al momento de aplicársele el instrumento pos tratamiento, esto pudiéndose entender en como el consultante inicio a implementar estrategias que le ayudasen a enfrentar diferentes problemáticas, sin llegar a sentirse avasallado por dichas situaciones. De igual manera se entiende que el consultante ha tenido la capacidad y el proceso terapéutico ha sido adaptable a dichas capacidad, para que con ello lograrse ejecutar lo practicado en sesión.

Resultados del proceso terapéutico.

Es de gran importancia resaltar que aunque la necesidad del consultante era la de lograr obtener la erección, sin presentar ninguna dificultad, en el proceso de evaluación, planteamiento de objetivos terapéuticos, y proceso de intervención, se planteó al consultante la importancia de no enfocar exclusivamente el tratamiento al área sexual, sino trascender a otras áreas que pudieran estar relacionadas directamente con la conducta de difusión, como el área conyugal, puesto que la continua negativa del consultante para vincular a su pareja, acompañadas de las verbalización de una escasa comunicación con dicha pareja, nutrieron la hipótesis de una dificultad en la relación de pareja.

De esta manera y ante la negativa del consultante para vincular a su cónyuge, la primera fase del tratamiento se debió realizar en exclusiva con el consultante, en dicha fase se trabajó todo lo relacionado a la cognición del consultante, como lo son técnicas primordiales como la reestructuración cognitiva, las técnicas de información que orientan al consultante en todo lo relacionado con la respuesta sexual en las diferentes edades, la técnica de detención del pensamiento, que ayudan al consultante a bloquear aquellos pensamientos que no le permiten explorar en su totalidad la sexualidad y así mismo cohiben el disfrute sexual con la pareja. Después de estas técnicas se procede a ejecutar la relajación progresiva de Jacobson, con la finalidad, que por medios fisiológicos, el consultante logre disminuir ciertos síntomas ansiosos, y con ello logre de igual manera reestructurar su pensamiento, en relación a las situaciones que para el representan dificultad.

Como consecuencia de los resultados obtenidos a corto plazo de la aplicación de estas técnicas, se logró que el consultante vinculara a su cónyuge, y con ello explorar la otra mitad de la problemática, conocer la otra versión y nutrir el proceso terapéutico, a raíz de esto se inicia la aplicación de técnicas como la focalización sensorial, para con ello lograr potencializar el encuentro sexual de la pareja, y en conjunto se aplica la técnica de entrenamiento en habilidades comunicativas. Aunque en esta fase de tratamiento fue complicado iniciar la aplicación de dichas técnicas, por cuestiones de viajes del consultante, de esta manera se optó por intensificar el trabajo en sesión y con ello movilizar al consultante y su pareja, a entablar nuevamente comunicación marital y sexual, puesto que la comunicación giraba en torno a lo parental.

Como resultado de esto se logra evidenciar una movilización primordial por parte del consultante, para compartir espacios maritales con su pareja, y con ello establecer encuentros sexuales fundados en las sensaciones y no en el rendimiento, además del fortalecimiento de la comunicación conyugal y expresión de emociones, esto referido por la cónyuge del consultante. Para el proceso terapéutico es un logro de importancia, puesto que como los resultados lo refieren el consultante presentaba al inicio de la terapia una gran puntuación en la escala esquizoide en el Millon II. Para culminar se trabajaron dos sesiones para prevenir recaídas, las cuales se enfocaron en elevar y concientizar los logros obtenidos en la terapia, así como en la orientación para perseverar y ejecutar las herramientas apreñadas en terapia.

Es incluyente rescatar, el contraste que se identificó en la pareja, debido a que para el proceso terapéutico fue significativo, dado que inicialmente el consultante, refiere su problemática sexual como una situación que era exclusivamente de él. Y avanzando las sesiones y la aplicación de la reestructuración cognitiva, por medio de diferentes métodos, como el Dialogo Socrático, la silla racional emotiva, el role playing racional emotivo, contribuyeron a que el consultante modificara paulatinamente la perspectiva de la problemática y con ello vinculara a su pareja. Desde ese instante que se vincula a la cónyuge, se reafirma la hipótesis, que el factor conyugal es un determinante de la conducta sexual desadaptativa, aclarando que, aunque para la sesión en que es vinculada la esposa del consultante, las dificultades para obtener la erección en el consultante, habían disminuido notablemente, esto como consecuencia de técnicas aplicadas en sesión como lo fueron la detención de pensamientos intrusivos, y la relajación progresiva de Jacobson.

Continuando, es preciso mencionar que aunque se presentaban erecciones, el consultante continuaba refiriendo, como escaso de placer el encuentro sexual, esto se confirmó con las verbalizaciones de la esposa del consultante, que al momento de la primera sesión a la cual asistía, refiere que el consultante ya no presenta dificultades para la erección, pero el acto sexual es escaso de emocionalidad y pasión. Así mismo refiere que la comunicación conyugal no existe en la pareja, las conversaciones se inclinan a finanzas de la familia y parentalidad, no comparten espacios de ocios orientados exclusivamente para ellos. Por consiguiente, se observan dificultades en la pareja que, aunque los mismos miembros la identifican, no tienen la motivación para iniciar a contemplar un cambio. Ante esta situación la cónyuge del consultante

se observa como una pareja pasiva, que se le ha hecho cotidiano esta carencia de emocionalidad en la comunicación y en el área sexual, generando como consecuencia que esto sea considerado como un aspecto aceptable y aprobado en la relación.

En el desarrollo de las últimas sesiones, se identifican mejoría en los aspectos mencionados en el párrafo anterior, esto se identifica de las verbalizaciones de la pareja, verbalizaciones que se orientan a la concientización, de las problemáticas que se presentan en el área marital y conyugal, y al compromiso que decidieron establecer para continuar fortaleciendo la comunicación y el área sexual. Lo anterior debido a la aplicación de la técnica de entrenamiento en comunicación, que se ejecutó en sesiones de pareja y se trabajó en vivo en el consultorio, estimulando y promoviendo así la comunicación conyugal y la expresión de emociones, además de muestra de afecto. Esto resaltando se fue observando de forma lenta, teniendo en cuenta las características personalológicas del consultante, orientadas al distanciamiento de las relaciones sociales y restricción de la expresión de emociones, así que cada muestra de afecto, se consideró como un gran avance en el proceso terapéutico.

Para culminar, es relevante agregar la comparación que describe la propia pareja con respecto a su evolución en el proceso terapéutico, refiriéndose al momento de la última sesión, como comprometidos con la relación, y con una postura enfocada exclusivamente a los aspectos que los involucra a los cónyuges. De igual manera el consultante refiere que su perspectiva sexual ha sufrido cambios positivos, que van desde erradicar el foco de atención a la obtención de la erección e involucrarse sensorialmente en el encuentro sexual. Aunque, continúa presentando la dificultad de expresión de emociones y de muestras de afecto, es consiente que es un aspecto que está involucrado en el área sexual y que cuenta con la capacidad para continuar con el fortalecimiento del aspecto comunicacional y emocional.

Discusión

Los resultados logrados y descritos en el apartado anterior, van en correspondencia con lo investigado y estudiado, de los diferentes tratamientos psicológicos basados en el enfoque cognitivo conductual, siendo este enfoque uno de los más eficaces al momento de intervenir las disfunciones sexuales como lo menciona Carey (1997), el mismo Carey (1997) refiere que la gran importancia de estos tratamientos son las técnicas de información, puesto que muchas parejas desconocen ciertas características de la respuesta sexual y como esta varía según avanza la edad, y que con dicho desconocimiento, se generan una serie de conductas que pudieran llegar a ser desadaptativas.

De tal manera el presente estudio único de caso se basó en la aplicación de técnicas informativas y de reestructuración cognitiva, siendo esta de vital importancia para iniciar en el consultante, el establecimiento de otra perspectiva para analizar las vivencias del diario vivir, además de generar en el consultante la importancia de vincular a su pareja, para con ello lograr fortalecer la comunicación, que juega un factor importante en el área sexual de la pareja, de la misma manera señalan que;

Las tasas de eficacia en trabajos con un control metodológico adecuado oscilan entre el 53% para un tratamiento basado en la comunicación y con contacto mínimo con el terapeuta. Hasta el 90% en un tratamiento que incluía educación, entrenamiento en comunicación y habilidades sociales. (Labrador y Crespo 2001).

De lo anterior, se puede analizar que entre más integro sea el planteamiento del tratamiento más adaptables llegaran a ser los resultados de dicho proceso, esto puede evidenciarse en el presente estudio de caso, puesto que en las gráficas de 1 a 4 se observan una adaptabilidad notoria, en la relación al proceso terapéutico, así mismo como las verbalizaciones del consultante y de su pareja, describiendo un cambio en su repertorio sexual y una movilización por incrementar la comunicación marital.

Es de resaltar que aunque en el presente estudio de caso se elaboraron dos sesiones para prevención de recaídas y así mismo se llevaron a cabo, por motivos de tiempo no se logró establecer una sesión para darle seguimiento al consultante, siendo esto importante para corroborar el mantenimiento del tratamiento en el tiempo y no solo en la duración de la terapia,

dado que, como lo afirman Labrador y Crespo (2001) en “tratamientos psicológicos eficaces para las disfunciones sexuales”, refiriendo que las recaídas son elevadamente altas, con excepción en aquellos casos en los que se establecen estrategias que ayuden a superar dichas recaídas, dicha información ausente, hubiera servido para nutrir los resultados del presente escrito y potencializar el uso de tratamientos cognitivos conductuales en disfunciones sexuales.

Ahora bien, en el estudio de Navarra y Climent (2013), que lleva por nombre tratamiento cognitivo – conductual de un caso de trastorno de la erección adquirido, en dicho estudio se aplicaron técnicas similares a las aplicadas en el presente estudio de caso, tales como la reestructuración cognitiva, detención de pensamiento, relajación progresiva de Jacobson, focalización sensorial y psicoeducación, pero se debe resaltar que en el estudio de Navarra y Climent (2013), la pareja se encontraba con mayor ajuste marital, que la del presente estudio. Además la focalización sensorial fue más dirigida por parte del terapeuta, en la aplicación de la focalización sensorial en el presente estudio de caso, no fue tan dirigida y rígida como el caso usado de contraste, puesto que se valoraron las características personológicas del consultante y su pareja, el tópicos edad también influyo en las aplicaciones y desarrollo de la técnica, puesto que en el presente estudio de caso el consultante y su cónyuge, presentaban una edad que oscilaban los 60 años, y esto influye en el periodo refractario del hombre, así que si hizo la invitación para no penetrar a su pareja, pero esta nunca se contempló como una obligación, ni fue tenida en cuenta como recaída en terapia.

Por lo tanto, se logra entender que aunque las características personológicas de las personas varíen, como debiera de ser, y como se observan en el contraste de los dos estudios de caso, ambos estudios obtuvieron resultados positivos, tanto en la comunicación de la pareja, como en la disminución o erradicación de los pensamientos intrusivos y de esta manera en la disminución de la dificultad para obtener la erección, de igual manera la escasa frecuencia de los síntomas asociados a la ansiedad por ejecución, puesto que en otro aspecto que coinciden los estudios es la relevancia que le daban los consultantes a los gestos de su pareja al momento del acto sexual, de esta manera se identifica la efectividad de los tratamientos cognitivos conductuales en la disfunciones sexuales.

Otro aspecto que se considera primordial, como ya se ha nombrado anteriormente es el trabajo en conjunto con la pareja del consultante, para alguno autores, en las disfunciones

sexuales la presencia de la pareja cobra gran relevancia en el tratamiento, puesto que la mayoría de terapeutas sexuales consideran que el progreso es más eficaz y duradero cuando se trabaja con ambos miembros las sesiones, según Carey (1997). De igual manera Valero y Bernet (2015) refieren que la mayoría de tratamientos implican siempre una intervención a ambos miembros de la pareja.

En el estudio de caso de Valero y Bernet (2015), se trabajó como se recomienda con la pareja, pero estos autores se basaron en la terapia sistémica, para intervenir lo relacionado a las dificultades conyugales, los autores le apuntan a una intervención multimodal, desde esta perspectiva se apunta a las problemáticas del consultante desde varios enfoques. En el presente estudio de caso se atendieron las necesidades y problemática del consultante, pero siempre desde la perspectiva cognitiva conductual, se trataron problemáticas de pareja que influían en la disfunción sexual, desde técnicas conductuales, que estimularan la comunicación de los miembros de la pareja, y se lograron conseguir resultados similares al estudio de Valero y Bernet (2015), aplicando exclusivamente el enfoque cognitivo conductual, tanto para la disfunción sexual, como para las problemáticas maritales, con este párrafo queda evidenciado que en casos con disfunción sexual, es primordial la vinculación de la pareja así lo mencionan Palla, Levine, Althof y Risen (2000) citado por Valero y Bernet (2015) esta necesidad se hace patente en los trabajos de donde la mejora de las erecciones no correlacionó con la satisfacción sexual debido a la falta de colaboración de la pareja.

Por último se entiende que la gran importancia en la clínica práctica y siendo transversal a cualquier enfoque teórico, lo que prima es la necesidad del consultante, y en cómo se evaluara adecuadamente, para plantear un tratamiento que sea adaptable al consultante, puesto que como se observan en algunos casos de disfunción sexual, se han iniciado a aplicar tratamientos multimodales, pero como lo menciona Labrado y Crespo (2001), estos tratamientos no permiten diferenciar la efectividad de sus diferentes componentes. En comparación con el presente estudio de caso, que se observa con claridad que la efectividad del tratamiento tiene sus raíces en el enfoque cognitivo conductual, y técnicas tanto cognitivas como conductuales.

Conclusiones

Se lograron cumplir los objetivos terapéuticos planteados de manera conjunta con el consultante, como se evidencia en el apartado de resultados y en las gráficas descritas.

Se logró evaluar y plantear un proceso terapéutico acorde a las problemáticas y necesidades referidas por el consultante.

El proceso terapéutico fue adaptable a las necesidades del consultante y a su contexto social, y con ello lograr que el consultante ejecutara de manera adecuada las técnicas de la terapia.

Con la vinculación de la pareja se potencio el mantenimiento de las estrategias aprendidas por el consultante durante el tratamiento, y con ello se nutrió el proceso terapéutico.

Además la vinculación de la pareja, genero un logro terapéutico primordial en la terapia, puesto que también significa, la modificación de pensamientos y la movilización del consultante para lograr resultados que perduren en el tiempo.

Se psicoeduco al consultante y a su pareja con relación a la respuesta sexual en los diferentes ciclos vitales y los posibles pensamientos intrusivos que contribuían a la conducta disfuncional.

El consultante y su pareja, han iniciado a compartir espacios exclusivos como pareja conyugal y entablar comunicaciones con carga emocional positiva.

Como consecuencia del trabajo conjunto entre el terapeuta y los miembros de la pareja, el consultante logro disminuir significativamente algunos tópicos que eran de consideración clínica, como la escala esquizoide del inventario Multiaxial Millon II.

Así mismo, el consultante logro disminuir la sintomatología ansiosa que acompañaba la disfuncionalidad sexual, logrando con ello un encuentro sexual con mayor sensación de satisfacción y placer.

El ajuste marital entre los miembros de la pareja, se ha iniciado a fortalecer y esto contribuirá con el desenlace positivo de los encuentros sexuales.

El tratamiento cognitivo conductual ejecutado en este estudio de caso, según los resultados obtenidos de las pruebas aplicadas en sus dos momentos (PRE y POS), ha sido eficaz y adaptable para el consultante.

Recomendaciones

Se recomienda al consultante y a su pareja continuar implementando las estrategias aprendidas en el tratamiento.

A los miembros de la pareja se orienta acerca de la posible presencia de recaídas, y que se de abordar con normalidad e iniciar a aplicar lo practicado en terapia.

Se invita a la pareja a continuar compartiendo tiempo de ocio, como pareja conyugal, y paulatinamente ir fortaleciendo este tópico, además de comunicarse los problemas así los consideren mínimo o sin importancia.

Se orienta e invita al consultante que ante cualquier situación que considere necesite ayuda profesional, acuda a un profesional especializado para tratar su problemática.

Se recomienda a la pareja del consultante estimular y continuar fortaleciendo la comunicación con su cónyuge, y no disminuir las muestras de afecto hacia su pareja.

Se orienta al consultante a la importancia de no concentrar sus pensamientos a la obtención de la erección, puesto que esto podría ser contraproducente.

A la pareja se le invita a practicar una sexualidad libre de tabúes, para que esto les permita continuar explorando la sexualidad de una manera íntegra.

Se recomienda a que en la comunicaciones cotidianas personales, se incluyan temáticas relacionadas con los deseos y gustos sexuales de cada miembro de la pareja.

Referencias.

- Arias, I; House, A; (1998). Tratamiento cognitivo conductual de los problemas de pareja. Manual para el tratamiento cognitivo conductual de los trastornos psicológicos. Vol.2 formulación clínica, medicina conductual y trastornos de relación. España. Siglo XXI
- Asociación Americana de Psiquiatría, *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM -5). Guía de consulta de los criterios diagnósticos. 5ª Ed. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2014.
- Bados López, A; García Greu, E; (2010). La técnica de la reestructuración cognitiva. Universidad de Barcelona. Recuperado de <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/12302/1/Reestructuraci%C3%B3n.pdf>
- Beck, J, (2000). Terapia cognitiva conceptos básicos y profundización. España. Gedisa.
- Beltrán, M, Freyre, M, & Hernández, L. (2012). El Inventario de Depresión de Beck: Su validez en población adolescente. *Terapia psicológica*, 30(1), 5-13. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082012000100001>
- Capafons, J; Sosa, D; (1998). Un programa estructurado para el tratamiento de los problemas de pareja. Manual para el tratamiento cognitivo conductual de los trastornos psicológicos. Vol.2 formulación clínica, medicina conductual y trastornos de relación. España. Siglo XXI
- Carey, M; (1997). Tratamiento cognitivo conductual de las disfunciones sexuales. Manual para el tratamiento cognitivo conductual de los trastornos psicológicos. Vol.1 trastornos de la ansiedad, sexuales, afectivos y psicóticos. España. Siglo XXI
- Ceballos, M d P; Álvarez Villarraga, J D; Silva Herrera, J M; Uribe, J F; Mantilla, D; (2015). Guía de disfunción eréctil. Sociedad Colombiana de Urología. *Revista Urología Colombiana*, XXIV() 185.e2-185.e22. Recuperado de <http://4www.redalyc.org/articulo.oa?id=149143142010>

- Chacón, E. (2013). Validez diagnóstica de las escalas de los trastornos depresivos del inventario clínico Multiaxial Millón. Universidad Complutense de Madrid. Facultad de psicología. Recuperado de <http://eprints.ucm.es/23539/>
- Consejo general de colegios oficiales de psicólogos, (2013). Evaluación del inventario BAI. Madrid – España. Recuperado de <https://www.cop.es/uploads/PDF/2013/BAI.pdf>
- Domínguez, E. (2012). Estudio sobre satisfacción marital y variables asociadas en parejas españolas. Universidad de Salamanca. Recuperado de https://gredos.usal.es/jspui/bitstream/10366/121029/1/TFM_DominguezJoveE_Marital.pdf
- Ellis, A; (1990). La terapia racional – emotiva y la terapia cognitivo-conductual: similitudes y diferencias. Manual de terapia racional emotiva. España. Desclee de brouwer, s. a.
- Ellis, A; (1996). Una terapia breve más profunda y duradera. Enfoque teórico de la terapia racional emotivo – conductual. España. Paidós.
- Hernández, G., Sánchez, M., (2016). Validación de lista de chequeo para la elaboración del consentimiento informado en el ejercicio profesional de la psicología en Colombia. Colegio colombiano de psicólogos. Recuperado de http://www.colpsic.org.co/aym_image/files/EntregaFinal_Validaci%C3%B3ndelaListadeChequeo_DC_vs_3.pdf
- Kaplan, H; (1974). La nueva terapia sexual 1. Tratamiento activo de las disfunciones sexuales.
- Keawe'aimoku, J., Godoy, A., O'Brien, W., Haynes, S., Gavino, A. (2013). Análisis funcional en evaluación conductual y formulación de casos clínicos. Clínica y salud. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/clinsa/v24n2/original7.pdf>
- Labrador, F., Crespo, M; (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para las disfunciones sexuales. Universidad Complutense de Madrid. Psicothema. Recuperado de <http://www.psicothema.com/pdf/465.pdf>
- Labrador, F; (2008). Introducción a las técnicas de modificación de conducta. Técnicas de modificación de conducta. Psicología pirámide.

Labrador, F; Crespo, M; (2008). Desensibilización sistemática. Técnicas de modificación de conducta. Psicología pirámide.

Maganto, C., Cruz, S., (2003). La entrevista psicológica. Ejercicios prácticos de evaluación psicológica. Fundación Dialnet. Recuperado de http://www.sc.ehu.es/ptwmamac/Capi_libro/36c.pdf

Mainieri, R; (2014). El modelo de terapia cognitivo conductual. Recuperado de <https://es.scribd.com/doc/96059874/Modelo-TCC-Por-Roberto-Mainieri>

Navarra, Y; Climent, A; (2013). Tratamiento cognitivo conductual de un caso de trastorno de la erección adquirido. Revista iberoamericana de psicología. Recuperado de [file:///C:/Users/PSICOLOGIA/Downloads/Dialnet-APropositoDeUnCaso-4394154%20\(6\).pdf](file:///C:/Users/PSICOLOGIA/Downloads/Dialnet-APropositoDeUnCaso-4394154%20(6).pdf)

Nezu, A; Nezu, CH; Lombardo, E; (2006). Formulación de casos y diseño de tratamientos cognitivo conductuales, un enfoque basado en problemas.

Pombo, R; (2012). Disfunción eréctil de causa psicológica. Plenus centro médico sexológico. Recuperado de http://www.plenus.com.uy/docs/hombre/etiologia_psicologica_DE_2012.pdf

Rojas, K. (2010). Validación del inventario de ansiedad Rasgo – Estado en padres con un hijo en terapia intensiva. Aportaciones originales. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2010/im105e.pdf>

Rosselló, J; Bernal, G; (2007). Manual de tratamiento para la terapia cognitiva – conductual. Manual para terapeutas. Recuperado de http://ipsi.uprrp.edu/pdf/manuales_tara/grupal_participantes_esp.pdf


Salgado, A; Gómez, M; Yela, R; (2008). Detención de pensamiento e intención paradójica. Técnicas de modificación de conducta. Psicología pirámide.

Sánchez, C., Morales, F., Carreño, J., Cuenca, J. (2007). Disfunciones Sexuales Masculinas: su Asociación con el Malestar Psicológico y los Problemas Conyugales en una Población de

- la Ciudad de México. *Psicología Iberoamericana*, 15 (1), 60-67. Recuperado de <http://www.redalyc.org/html/1339/133915928008/>
- Sanz, J, & García, M. (2013). Diagnostic performance and factorial structure of the Beck Depression Inventory-Second Edition (BDI-II). *Anales de Psicología*, 29(1), 66-75. <https://dx.doi.org/10.6018/analesps.29.1.130532>
- Sanz, J. (2013). Recomendaciones para la utilización de la adaptación española del inventario de ansiedad de Beck (BAI) en la práctica clínica. *Clínica y Salud*. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742014000100004
- Spielberger, Ch., Díaz, R. (1975). IDARE inventario de ansiedad: Rasgo – Estado. Editorial el manual moderno.
- Valero, L., Bernet, J. (2015). Tratamiento de un caso de disfunción eréctil mediante terapia de pareja y terapia sexual. Universidad de Málaga. España. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1989-38092015000300007
- Wilson, J., y Mejía, J. (2002). Ajuste Marital y Emociones Específicas Sentidas y Percibidas por los Cónyuges Durante una Conversación. *Revista de Psicología*. XI (1): 129-138, 2002. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=26411109>
- Wolfe, J; Walen, S, (1990). Factores cognitivos en la conducta sexual. Manual de terapia racional emotiva. España. Desclee de brouwer.

Anexos

Anexo 1: Historia clínica para adultos (CPS).

 Universidad Pontificia Bolivariana		HISTORIA CLÍNICA PSICOLÓGICA PARA ADULTOS						
Fecha recepción	Día		Mes		Año		No. historia	
1. DATOS DEMOGRÁFICOS								
Datos del paciente								
Nombres y apellidos			Edad	Sexo		Documento de identidad		
Lugar y fecha de nacimiento				Dirección de residencia				
Estrato	No. Teléfono residencia			No. Teléfono celular				
Nivel de escolaridad	Ocupación			Institución educativa				
Remitido por			Entidad (EPS/ARS)			Tipo de afiliación		
2. DATOS DEL ACUDIENTE- contacto de emergencia								

Aspectos relacionados con el motivo de consulta
Historial de la situación

Intentos previos para solucionarlo
Percepción de la situación desde el/la paciente

Redes de apoyo del/la paciente

ASPECTOS FAMILIARES

Familiograma

Observaciones generales del ambiente familiar					
4. ÁREA PERSONAL					
5. HISTORIA ACADÉMICA					

6. ÁREA SOCIAL**7. HISTORIAL LABORAL**

8. ANTECEDENTES PERSONALES**9. RELACIONES DE PAREJA**

10. CONDUCTAS DE RIESGO

11. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA (DSM V Y CIE-10)**12. PLAN DE TRATAMIENTO**

Anexo 2: Consentimiento informado para adultos (CPS).



Universidad Pontificia Bolivariana Bucaramanga
Centro de Proyección Social Su Santidad Papa Francisco
Consentimiento informado para adultos (18 años o más)

Datos generales		
Nombre usuario:		
C.C. No. y ciudad de expedición	Edad:	Estado civil
Lugar y fecha de nacimiento:	Escolaridad:	
Dirección	Barrio	Ciudad
Teléfono fijo	Teléfono fijo celular	
Ocupación:	Empresa:	Cargo:
Lugar de intervención	Fecha:	Solicitante (cuando sea requerida por un tercero):
Nombre del estudiante practicante de pregrado o postgrado	Nivel de formación	
Nombre del psicólogo asesor		

Certifico que he recibido y comprendido que la información que reciban el psicólogo practicante de pregrado o postgrado y el psicólogo asesor, es de carácter confidencial y que la podrán revelar si durante la evaluación o el tratamiento, se detecta de manera clara que hay un evidente daño para mí o para terceros; con el fin de que se puedan tomar las medidas preventivas o correctivas según sea el caso.

También sé que la información, que suministro en el proceso de consulta, podrá ser utilizada para procesos académicos o investigativos; siempre y cuando se resguarde mi identidad. Se me indicó que el procedimiento a seguir es en primera instancia un periodo de evaluación en la que se incluirán la entrevista, la aplicación de pruebas psicológicas y otras formas de evaluación que se consideren pertinentes para valorar mi estado psicológico actual. Posteriormente recibiré un diagnóstico sobre las problemáticas o condiciones psicológicas en las que me encuentro, y se me dará información sobre las opciones de intervención por parte del psicólogo y otros profesionales; como también sobre el tiempo probable de tratamiento. También se me indicó yo puedo revocar el consentimiento o dar por terminada en cualquier momento la relación entre el psicólogo y yo, cuando lo considere pertinente, sin que ello implique ningún tipo de consecuencia para mí.

Comprendo que el psicólogo practicante de pregrado o postgrado y el psicólogo asesor se comprometen a utilizar sus conocimientos y competencias en pro de mi bienestar y evitando de esta manera causarme un daño físico o moral. Sé que en los casos en que pudiera experimentar efectos negativos, como consecuencia de la evaluación o intervención, recibiré información que me permitirá tomar la decisión que a mi criterio me parezca más conveniente.

También estoy enterado que el psicólogo puede interrumpir la prestación del servicio en los siguientes casos:

- a) Cuando la problemática expuesta no corresponda a su campo de conocimiento o competencia;
- b) Cuando en mi calidad de consultante rehúse la intervención del psicólogo;

c) Cuando en mi calidad de consultante, no acepte los costos que implica la intervención del profesional;

d) Por enfermedad o imposibilidad física del psicólogo para prestar el servicio.

Una vez leído y comprendido el procedimiento que se seguirá, se firma el presente consentimiento el día _____ del mes _____ del año _____, en la ciudad de _____.

Firma del usuario	C.C. No.
Firma del psicólogo asesor	C.C. No.
Tarjeta profesional No.	

Nota: *el presente consentimiento informado, está basado en lo propuesto en el documento validación lista de chequeo para la elaboración del consentimiento informado en el ejercicio profesional de la psicología en Colombia, publicado en 2015 por el Colegio Colombiano de Psicólogos y que tiene como investigadores principales al psicólogo Gerardo Augusto Hernández Medina, abogado Magíster en Derecho Penal y Criminología y la Psicóloga Maritza Sánchez Ramírez, especialista en Educación Médica y Magister en Psicología.*

Anexo 3: Cuestionario inventario clínico multiaxial Millon II.

CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD DE MILLON (MCMI-II)

1. Actúo siempre según mis propias ideas en vez de hacer lo que otros esperan que haga.
2. He encontrado siempre más cómodo hacer las cosas solo, tranquilamente, que hacerlas con otros.
3. Hablar con la gente ha sido casi siempre difícil y desagradable para mí.
4. Creo que tengo que ser enérgico y decidido en todo lo que hago.
5. Desde hace algunas semanas me pongo a llorar incluso cuando la menor cosa me sale mal.
6. Algunas personas piensan que soy vanidoso o egocéntrico.
7. Cuando era adolescente tuve muchos problemas por mi mal comportamiento en el colegio.
8. Tengo siempre la impresión de no ser aceptado en un grupo.
9. Frecuentemente critico a la gente que me molesta.
10. Me encuentro más a gusto siguiendo a los demás.
11. Me gusta hacer tantas cosas diferentes que no sé por dónde empezar.
12. Algunas veces puedo ser bastante duro o mezquino con mi familia.
13. Tengo poco interés en hacer amigos.
14. Me considero una persona muy sociable o extravertida.
15. Sé que soy una persona superior a los demás y por eso no me preocupa lo que piensen.
16. La gente nunca ha apreciado suficientemente las cosas que he hecho.
17. Tengo problemas con la bebida que he intentado solucionar sin éxito.
18. Últimamente siento un nudo en el estómago y me invade un sudor frío.
19. Siempre he querido permanecer en segundo plano en las actividades sociales.
20. A menudo hago cosas sin ninguna razón, sólo porque pueden ser divertidas.
21. Me molesta mucho la gente que no es capaz de hacer las cosas bien.
22. Si mi familia me obliga o presiona, es probable que me enfade y me resista a hacer lo que ellos quieren.

23. Muchas veces pienso que me deberían de castigar por lo que he hecho.
24. La gente se ríe de mí a mis espaldas, hablando de lo que hago o parezco.
25. Los demás parecen más seguros que yo sobre lo que son y lo que quieren.
26. Soy propenso a tener explosiones de llanto o cólera sin tener motivo.
27. Desde hace uno o dos años he comenzado a sentirme solo y vacío.
28. Tengo habilidad para "dramatizar" las cosas.
29. Me resulta difícil mantener el equilibrio cuando camino.
30. Disfruto en situaciones de intensa competitividad.
31. Cuando entro en crisis busco enseguida alguien que me ayude.
32. Me protejo de los problemas no dejando que la gente sepa mucho sobre mí.
33. Casi siempre me siento débil y cansado.
34. Otras personas se enfadan mucho más que yo por las cosas molestas.
35. A menudo, mi adicción a las drogas me ha causado en el pasado bastantes problemas.
36. Últimamente me encuentro llorando sin ningún motivo.
37. Creo que soy una persona especial, que necesita que los demás me presten una atención especial.
38. Nunca me dejo engañar por gente que dice necesitar ayuda.
39. Una buena forma de conseguir un mundo en paz es fomentar los valores morales de la gente.
40. En el pasado he mantenido relaciones sexuales con muchas personas que no significaban nada especial para mí.
41. Me resulta difícil simpatizar con la gente que se siente siempre insegura con todo.
42. Soy una persona muy agradable y dócil.
43. La principal causa de mis problemas ha sido mi "mal carácter".
44. No tengo inconveniente en forzar a los demás a hacer lo que yo quiero.
45. En los últimos años, incluso las cosas sin importancia parecen deprimirme.

46. Mi deseo de hacer las cosas lo más perfectamente posible muchas veces enlentece mi trabajo.
47. Soy tan callado y retraído que la mayoría de la gente no sabe ni que existo.
48. Me gusta coquetear con las personas del otro sexo.
49. Soy una persona tranquila y temerosa.
50. Soy muy variable y cambio de opiniones y sentimientos continuamente.
51. Me pongo muy nervioso cuando pienso en los acontecimientos del día.
52. Beber alcohol nunca me ha causado verdaderos problemas en mi trabajo.
53. Últimamente me siento sin fuerzas, incluso por la mañana.
54. Hace algunos años que he comenzado a sentirme un fracasado.
55. No soporto a las personas "sabihondas", que lo saben todo y piensan que pueden hacer cualquier cosa mejor que yo.
56. He tenido siempre miedo a perder el afecto de las personas que más necesito.
57. Parece que me aparto de mis objetivos dejando que otros me adelanten.
58. Últimamente he comenzado a sentir deseos de tirar y romper cosas.
59. Recientemente he pensado muy en serio en quitarme de en medio.
60. Siempre estoy buscando hacer nuevos amigos y conocer gente nueva.
61. Controlo muy bien mi dinero para estar preparado en caso de necesidad.
62. El año pasado aparecí en la portada de varias revistas.
63. Le gusto a muy poca gente.
64. Si alguien me criticase por cometer un error, rápidamente le reprocharía sus propios errores.
65. Algunas personas dicen que disfruto sufriendo.
66. Muchas veces expreso mi rabia y mal humor, y luego me siento terriblemente culpable por ello.
67. Últimamente me siento nervioso y bajo una terrible tensión sin saber por qué.
68. Muy a menudo pierdo mi capacidad para percibir sensaciones en partes de mi cuerpo.
69. Creo que hay personas que utilizan la telepatía para influir en mi vida.
70. Tomar las llamadas drogas "ilegales" puede ser indeseable o nocivo, pero reconozco que en el pasado las he

necesitado.

71. Me siento continuamente muy cansado.
72. No puedo dormirme, y me levanto tan cansado como al acostarme.
73. He hecho impulsivamente muchas cosas estúpidas que han llegado a causarme grandes problemas.
74. Nunca perdono un insulto ni olvido una situación molesta que alguien me haya provocado.
75. Debemos respetar a nuestros mayores y no creer que sabemos más que ellos.
76. Me siento muy triste y deprimido la mayor parte del tiempo.
77. Soy la típica persona de la que otros se aprovechan.
78. Siempre hago lo posible por complacer a los demás, incluso si ellos no me gustan.
79. Durante muchos años he pensado seriamente en suicidarme.
80. Me doy cuenta enseguida cuando la gente intenta crearme problemas.

81. Siempre he tenido menos interés en el sexo que la mayoría de la gente.
82. No comprendo por qué, pero parece que disfruto haciendo sufrir a los que quiero.
83. Hace mucho tiempo decidí que lo mejor es tener poco que ver con la gente.
84. Estoy dispuesto a luchar hasta el final antes de que nadie obstruya mis intereses y objetivos.
85. Desde niño siempre he tenido que tener cuidado con la gente que intentaba engañarme.
86. Cuando las cosas son aburridas me gusta provocar algo interesante.
87. Tengo un problema con el alcohol que nos ha creado dificultades a mí y mi familia.
88. Si alguien necesita hacer algo que requiera mucha paciencia, debería contar conmigo.
89. Probablemente tengo las ideas más creativas de entre la gente que conozco.
90. No he visto ningún coche en los últimos diez años.
91. No veo nada incorrecto en utilizar a la gente para conseguir lo que quiero.
92. El que me castiguen nunca me ha frenado de hacer lo que he querido.
93. Muchas veces me siento muy alegre y animado, sin ningún motivo.

94. Siendo adolescente, me fugué de casa por lo menos una vez.
95. Muy a menudo digo cosas sin pensarlas y luego me arrepiento de haberlas dicho.
96. En las últimas semanas me he sentido exhausto, agotado, sin un motivo especial.
97. Últimamente me he sentido muy culpable porque ya no soy capaz de hacer nada bien.
98. Algunas ideas me dan vueltas en la cabeza una y otra vez, y no consigo olvidarlas.
99. En los dos últimos años me he vuelto muy desanimado y triste sobre la vida.
100. Mucha gente ha estado espiando mi vida privada durante años.
101. No sé por qué, pero a veces digo cosas crueles para hacer sufrir a los demás.
102. Odio o tengo miedo de la mayor parte de la gente.
103. Expreso mi opinión sobre las cosas sin que me importe lo que otros puedan pensar.
104. Cuando alguien con autoridad insiste en que haga algo, es probable que lo eluda o bien que lo haga mal.
105. En el pasado el hábito de abusar de las drogas me ha hecho no acudir al trabajo.
106. Estoy siempre dispuesto a ceder ante los otros para evitar disputas.
107. Con frecuencia estoy irritable y de mal humor.
108. Últimamente ya no tengo fuerzas para luchar ni para defenderme.
109. Últimamente tengo que pensar las cosas una y otra vez sin ningún motivo.
110. Muchas veces pienso que no merezco las cosas buenas que me suceden.
111. Utilizo mi atractivo para conseguir la atención de los demás.
112. Cuando estoy solo, a menudo noto la fuerte presencia de alguien cercano que no puede ser visto.
113. Me siento desorientado, sin objetivos, y no sé hacia dónde voy a ir en la vida.
114. Últimamente he sudado mucho y me he sentido muy tenso.
115. A veces siento como si necesitase hacer algo para hacerme daño a mí mismo o a otros.
116. La ley me ha castigado injustamente por delitos que nunca he cometido.
117. Me he vuelto muy sobresaltado y nervioso en las últimas semanas.
118. Sigo teniendo extraños pensamientos de los que desearía poder librarme.

119. Tengo muchas dificultades para controlar el impulso de beber en exceso.
120. Mucha gente piensa que no sirvo para nada
121. Puedo llegar a estar muy excitado sexualmente cuando discuto o peleo con alguien a quien amo.
122. Durante años he conseguido mantener en el mínimo mi consumo de alcohol.
123. Siempre pongo a prueba a la gente para saber hasta dónde son de confianza.
124. Incluso cuando estoy despierto parece que no me doy cuenta de la gente que está cerca de mí.
125. Me resulta fácil hacer muchos amigos.
126. Me aseguro siempre de que mi trabajo esté bien planeado y organizado.
127. Con mucha frecuencia oigo cosas con tanta claridad que me molesta.
128. Mis estados de ánimo parecen cambiar de un día para otro.
129. No culpo a quien se aprovecha de alguien que se lo permite.
130. He cambiado de trabajo por lo menos más de tres veces en los últimos dos años.
131. Tengo muchas ideas muy avanzadas para los tiempos actuales.
132. Me siento muy triste y melancólico últimamente y parece que no puedo superarlo.
133. Creo que siempre es mejor buscar ayuda para lo que hago.
134. Muchas veces me enfado con la gente que hace las cosas lentamente.
135. Realmente me molesta la gente que espera que haga lo que yo no quiero hacer.
136. En estos últimos años me he sentido tan culpable que puedo hacer algo terrible contra mí.
137. Cuando estoy en una fiesta o reunión nunca me quedo al margen.
138. La gente me dice que soy una persona muy íntegra y moral.
139. Algunas veces me siento confuso y preocupado cuando la gente es amable conmigo.
140. El problema de usar drogas "ilegales" me ha causado discusiones con mi familia.
141. Me siento muy incómodo con personas del otro sexo.
142. Algunos miembros de mi familia dicen que soy egoísta y que sólo pienso en mí mismo.
143. No me importa que la gente no se interese por mí.

144. Francamente, miento con mucha frecuencia para salir de dificultades o problemas.
145. La gente puede hacerme cambiar de ideas fácilmente, incluso cuando pienso que ya había tomado una decisión.
146. Algunos han tratado de dominarme, pero he tenido fuerza de voluntad para superarlo.
147. Mis padres me decían con frecuencia que no era bueno.
148. A menudo la gente se irrita conmigo cuando les doy órdenes.
149. Tengo mucho respeto por los que tienen autoridad sobre mí.
150. No tengo casi ningún lazo íntimo con los demás.
151. En el pasado la gente decía que yo estaba muy interesado y que me apasionaba por demasiadas cosas.
152. En el último año he cruzado el Atlántico más de treinta veces.
153. Estoy de acuerdo con el refrán: "Al que madruga Dios le ayuda".
154. Me merezco el sufrimiento que he padecido a lo largo de mi vida.
155. Mis sentimientos hacia las personas importantes de mi vida, muchas veces han oscilado entre amarlas y odiarlas.
156. Mis padres nunca se ponían de acuerdo entre ellos.
157. En alguna ocasión he bebido diez copas o más sin llegar a emborracharme.
158. Cuando estoy en una reunión social, en grupo, casi siempre me siento tenso y controlado.
159. Tengo en alta estima las normas y reglas porque son una buena guía a seguir.
160. Desde que era niño he ido perdiendo contacto con la realidad.
161. Rara vez me emociono mucho con algo.
162. Habitualmente he sido un andariego inquieto, vagando de un sitio a otro sin tener idea de dónde terminaría.
163. No soporto a las personas que llegan tarde a las citas.
164. Gente sin escrúpulos intenta con frecuencia aprovecharse de lo que yo he realizado o ideado.
165. Me irrita mucho que alguien me pida que haga las cosas a su modo en vez de al mío.
166. Tengo habilidad para tener éxito en casi todo lo que hago.
167. Últimamente me siento completamente destrozado.

168. A la gente que quiero, parece que la animo a que me hiera.
169. Nunca he tenido pelo, ni en mi cabeza ni en mi cuerpo.
170. Cuando estoy con otras personas me gusta ser el centro de atención.
171. Personas que en un principio he admirado grandemente, más tarde me han defraudado al conocer la realidad.
172. Soy el tipo de persona que puede abordar a cualquiera y echarle una bronca.
173. Prefiero estar con gente que me protegerá.
174. He tenido muchos períodos en mi vida que he estado tan animado y con energía que luego he estado bajo de ánimo.
175. En el pasado he tenido dificultades para abandonar el abuso de drogas y alcohol.

ALGUNA FRASE.

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.

Anexo 4: Inventario ansiedad de Beck

En el cuestionario hay una lista de síntomas comunes de la ansiedad. Lea cada uno de los ítems atentamente, e indique cuanto le ha afectado en la última semana incluyendo hoy:				
Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)				
	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
1 Torpe o entumecido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 Acalorado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 Con temblor en las piernas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4 Incapaz de relajarse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5 Con temor a que ocurra lo peor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6 Mareado, o que se le va la cabeza.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7 Con latidos del corazón fuertes y acelerados.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8 Inestable.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9 Atemorizado o asustado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10 Nervioso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
11 Con sensación de bloqueo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12 Con temblores en las manos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13 Inquieto, inseguro.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14 Con miedo a perder el control.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15 Con sensación de ahogo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16 Con temor a morir.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17 Con miedo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18 Con problemas digestivos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19 Con desvanecimientos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20 Con rubor facial.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
21 Con sudores, fríos o calientes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Anexo 5: Inventario de depresión de Beck

Inventario de Depresión de Beck.

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido durante esta última semana, incluido en el día de hoy. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márquela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección, (se puntuará 0-1-2-3).

1) .

- No me siento triste
- Me siento triste.
- Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
- Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.

2) .

- No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.
- Me siento desanimado respecto al futuro.
- Siento que no tengo que esperar nada.
- Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

3) .

- No me siento fracasado.
- Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.
- Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.
- Me siento una persona totalmente fracasada.

4) .

- Las cosas me satisfacen tanto como antes.
- No disfruto de las cosas tanto como antes.
- Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.
- Estoy insatisfecho o aburrido de todo.

5) .

- No me siento especialmente culpable.
- Me siento culpable en bastantes ocasiones.
- Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
- Me siento culpable constantemente.

6) .

- No creo que esté siendo castigado.
- Me siento como si fuese a ser castigado.
- Espero ser castigado.
- Siento que estoy siendo castigado.

7) .

- No estoy decepcionado de mí mismo.
- Estoy decepcionado de mí mismo.
- Me da vergüenza de mí mismo.
- Me detesto.

8) .

- No me considero peor que cualquier otro.
- Me autocrítico por mis debilidades o por mis errores.
- Continuamente me culpo por mis faltas.
- Me culpo por todo lo malo que sucede.

- 9) .
- No tengo ningún pensamiento de suicidio.
 - A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.
 - Desearía suicidarme.
 - Me suicidaría si tuviese la oportunidad.
- 10).
- No lloro más de lo que solía llorar.
 - Ahora lloro más que antes.
 - Lloro continuamente.
 - Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.
- 11).
- No estoy más irritado de lo normal en mí.
 - Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
 - Me siento irritado continuamente.
 - No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.
- 12).
- No he perdido el interés por los demás.
 - Estoy menos interesado en los demás que antes.
 - He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.
 - He perdido todo el interés por los demás.
- 13).
- Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.
 - Evito tomar decisiones más que antes.
 - Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
 - Ya me es imposible tomar decisiones.

14).

- No creo tener peor aspecto que antes.
- Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo.
- Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo.
- Creo que tengo un aspecto horrible.

15).

- Trabajo igual que antes.
- Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.
- Tengo que obligarme mucho para hacer algo.
- No puedo hacer nada en absoluto.

16).

- Duermo tan bien como siempre.
- No duermo tan bien como antes.
- Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.
- Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.

17).

- No me siento más cansado de lo normal.
- Me canso más fácilmente que antes.
- Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
- Estoy demasiado cansado para hacer nada.

18).

- Mi apetito no ha disminuido.
- No tengo tan buen apetito como antes.
- Ahora tengo mucho menos apetito.
- He perdido completamente el apetito.

19).

- Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.
- He perdido más de 2 kilos y medio.
- He perdido más de 4 kilos.
- He perdido más de 7 kilos.
- Estoy a dieta para adelgazar SI/NO.

20).

- No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.
- Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.
- Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar algo más.
- Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.

21).

- No he observado ningún cambio reciente en mi interés.
- Estoy menos interesado por el sexo que antes.
- Estoy mucho menos interesado por el sexo.
- He perdido totalmente mi interés por el sexo.

2

Plaza de España, 15 bajo
 (Corazón de Jesús)
 Tfno: 965432487
 03201- Elche
 www.psicologamaragabarron.com

10. cuando existen desacuerdos, éstos se resuelven normalmente:

Cediendo el marido	-	0
Cediendo la esposa	-	2
Negociando de mutuo acuerdo	-	10

11. ¿Tienen y disfrutan usted y su pareja de intereses o actividades comunes fuera de las profesionales?

Todas en común	-	10
Algunas de ellas	-	8
Muy pocas de ellas	-	3
Ninguna de ellas	-	
En común	-	0

12. Durante el tiempo de ocio ¿qué prefieren usted y su pareja normalmente: salir o quedarse en casa?

Ambos preferimos		
quedarnos en casa	-	10
A ambos nos gusta salir	-	3
Discrepamos en este punto		
	-	2

13. ¿Con qué frecuencia le asalta la idea de que ojalá no se hubiera casado?

Frecuentemente	-	0
De vez en cuando	-	3
Raramente	-	8
Nunca	-	15

14. Si pudiera volver atrás en el tiempo y pudiera decidir de nuevo, creo que:

Me casaría con la misma persona	-	15
Me casaría con una persona diferente	-	0
No me casaría en absoluto	-	1

15. ¿Confía en su pareja?

Casi en ningún caso	-	0
Raramente	-	2
En la mayoría de las cosas	-	10
En todas las cosas	-	10

Anexo 7: Inventario de ansiedad Rasgo – Estado



Actividad de aprendizaje 4. Manual IDARE

IDARE

Inventario de Autoevaluación
por

C.D. Spielberg, A. Martínez-Urrutía, F. González-Reigosa, L. Natalicio y R. Díaz-Guerrero

SXE

Nombre: _____ Fecha: _____

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo numerado que indique cómo se *siente ahora mismo*, o sea, en *este momento*. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos *ahora*.

	NO EN LO ABSOLUTO	UN POCO	BASTANTE	MUCHO
1. Me siento calmado(a)	1	2	3	4
2. Me siento seguro(a)	1	2	3	4
3. Estoy tenso(a)	1	2	3	4
4. Estoy contrariado(a)	1	2	3	4
5. Estoy a gusto	1	2	3	4
6. Me siento alterado(a)	1	2	3	4
7. Estoy preocupado(a) actualmente por algún posible contratiempo	1	2	3	4
8. Me siento descansado(a)	1	2	3	4
9. Me siento ansioso(a)	1	2	3	4
10. Me siento cómodo(a)	1	2	3	4
11. Me siento con confianza en mí mismo(a)	1	2	3	4
12. Me siento nervioso(a)	1	2	3	4
13. Me siento agitado(a)	1	2	3	4
14. Me siento "a punto de explotar"	1	2	3	4
15. Me siento reposado(a)	1	2	3	4
16. Me siento satisfecho(a)	1	2	3	4
17. Estoy preocupado(a)	1	2	3	4
18. Me siento muy agitado(a) y aturdido(a)	1	2	3	4
19. Me siento alegre	1	2	3	4
20. Me siento bien	1	2	3	4

D.R. © 1980 por
EDITORIAL EL MANUAL MODERNO, S.A. DE C.V.
Miembro de la Cámara Nacional
de la Industria Editorial Mexicana, Reg. núm. 34

Impreso en verde y negro. NO LO ACEPTE SI ES DE UN SOLO COLOR.

0181

IDARE

Inventario de Autoevaluación

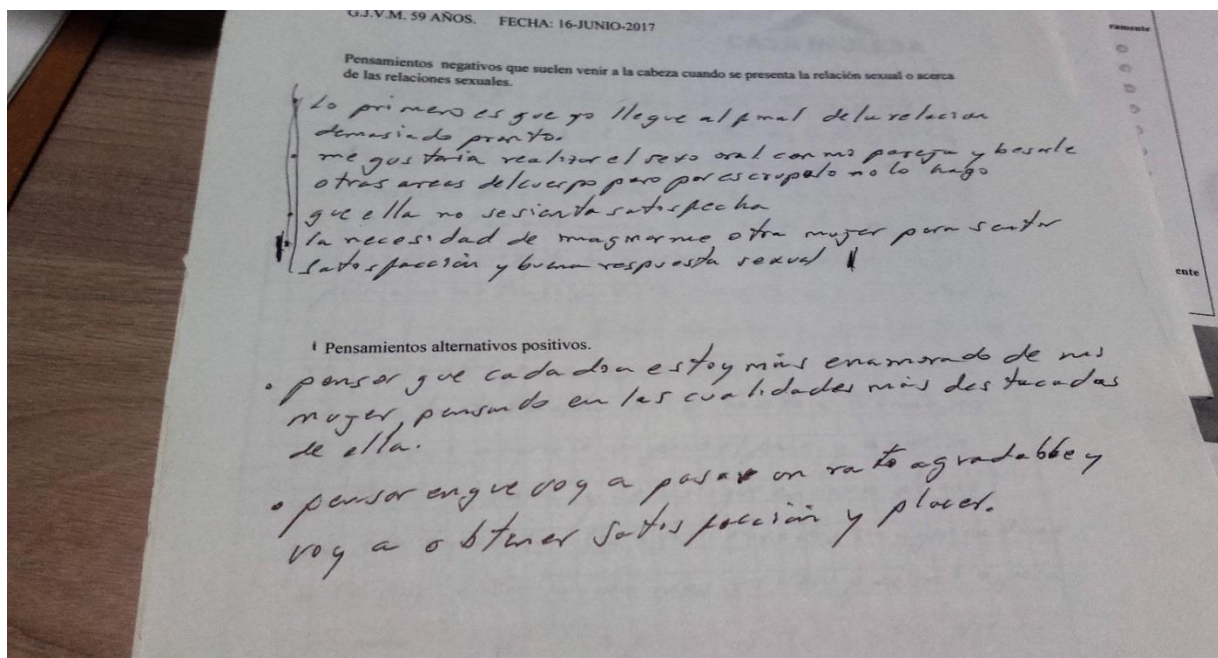
SXR

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo numerado que indique cómo se siente *generalmente*. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa cómo se siente *generalmente*.

	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE
21. Me siento bien	①	②	③	④
22. Me canso rápidamente	①	②	③	④
23. Siento ganas de llorar	①	②	③	④
24. Quisiera ser tan feliz como otros parecen serlo	①	②	③	④
25. Pierdo oportunidades por no poder decidirme rápidamente	①	②	③	④
26. Me siento descansado(a)	①	②	③	④
27. Soy una persona "tranquila, serena y sosegada"	①	②	③	④
28. Siento que las dificultades se me amontonan al punto de no poder su- perarlas	①	②	③	④
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	①	②	③	④
30. Soy feliz	①	②	③	④
31. Tomo las cosas muy a pecho	①	②	③	④
32. Me falta confianza en mí mismo(a)	①	②	③	④
33. Me siento seguro(a)	①	②	③	④
34. Procuro evitar enfrentarme a las crisis y dificultades	①	②	③	④
35. Me siento melancólico(a)	①	②	③	④
36. Me siento satisfecho(a)	①	②	③	④
37. Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente y me molestan	①	②	③	④
38. Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza	①	②	③	④
39. Soy una persona estable	①	②	③	④
40. Cuando pienso en mis preocupaciones actuales me pongo tenso(a) y alterado(a)	①	②	③	④

EDIPROMIAE

Anexo 8: Registro fotográfico.



AUTOREGISTRO DE TENCIÓN DE PENSAMIENTO

G.J.V.M. 59 años

PENSAMIENTO NEGATIVO	PENSAMIENTO ALTERNATIVO POSITIVO UTILIZADO.	SENSACIONES EXPERIMENTADAS	FECHA
Tengo pensamientos de cosas con mi mujer o creo que ella ha pensado en tener un hijo o en tener a alguien más	No tengo ninguna prueba, ni tiempo ni ninguna evidencia, o sea que todo está en mi imaginación	Tengo sensación de más tranquilidad	
pienso que ella no se siente satisfecha en la cama conmigo	pienso en mi propia satisfacción y también busco alternativas para por eso que ella se sienta mejor	Siento que no debo preocuparme tanto	
En el momento de la intimidad sigo recurriendo a imaginarme otras mujeres para excitarme	Trato de desechar ese pensamiento y me concentro en el momento presente sintiendo el roce de nuestros cuerpos para excitarme	Logro obtener excitación y se pudo lograr un encuentro con éxito en la relación	
muchas veces me apresuro en la penetración y no en el preámbulo	Trato de controlarme un poco para lograr que mi mujer se excite más antes de la relación	fue un encuentro exitoso pero creo que a ella le faltó más preámbulo para la excitación	

Anexo 8: Registro fotográfico



Autoregistro relajación progresiva
G.J.V.M. 59 años

Pensamientos antes de:	Pensamientos después de:	Sensaciones corporales antes de:	Sensaciones corporales después de:
Sensación de stress preocupación Dolor de cuello pensamientos Negativos	Disminuyó la preocup- -pación pensamientos más positivos	Dolor de cuello Dolor de Espalda	Desaparecieron los dolores

Anexo 8: Registro fotográfico

Fotoregistro

Día Mes Año G. J. V. M. 59 años

CASA INGLESA

Que pienso

Empiezo a recordar una vecinita que me gusta y me imagino con ella en la habitación despojandola de su ropa acariciando su pie / la languita acariciandola de presa a cabeza por su cuerpo (en este momento me encuentro con los cerrados acostado en la cama al lado de mi mujer pero aun no tengo contacto con ella solo me da a la imaginacion luego empiezo a manipular mis miembros para lograr una ereccion y en un momento de tenerla ahí si mueto a mi mujer a que me acaricie un poco el pene y que se quite la pijama y se cologie encima de mi yo continuo con los ojos cerrados imaginando a la vecinita mucho más joven que mi esposa de pronto empiezo a pensar que si sera que ella no me gusta o no me atrae lo que si hay algunas cosas que no me gustan de ella

es para

Anexo 9: Cuadro de sesiones.

Consultante	Motivo de consulta	Número de sesión	Objetivo terapéutico	Técnica utilizada	Actividades desarrolladas en la sesión	Resultados	Observaciones
G.J.V.M (hombre) Edad 59 años, ocupación técnico en mercadeo (actualmente se encuentra desempleado)	Consultante “mi amigo me está haciendo quedar mal” El consultante asiste a terapia por dificultades en el área sexual, específicamente conductas de disfunción sexual.	1	Conocer la posible problemática que causa malestar en el consultante	Entrevista	Recogida de información relevante.	Se considera como posible hipótesis, dificultades en la relación sexual, además de rasgos obsesivos-compulsivos. Lo anterior es el resultado del discurso que rodeo al consultante durante la sesión. En dicho relato se menciona que la conducta disfuncional en el área sexual, se presentó en el pasado ocasionalmente, y en los últimos 3 meses se ha cronificado dicha conducta y esto lleva al consultante a asistir a apoyo profesional. Además, en relación con los rasgos obsesivo-compulsivos, el consultante relata que come con un cubierto de uso exclusivo, además de ideas repulsivas hacia su suegra.	Desde hace seis meses el consultante viene presentando frecuentemente la sintomatología de disfunción sexual. Actualmente convive con su esposa, su suegra y su hijo menor el cual tiene 31 años. El consultante lleva 37 años de casado. Durante la sesión no mantiene contacto visual, su lenguaje verbal es fluido y coherente.

<p>G.J.V.M (hombre) Edad 59 años, ocupación técnico en mercadeo (actualmente se encuentra desempleado)</p>	<p>Consultante “mi amigo me está haciendo quedar mal” El consultante asiste a terapia por dificultades en el área sexual, específicamente conductas de disfunción sexual.</p>	<p>2</p>	<p>Identificar los posibles pensamientos y sensaciones que rodean la problemática</p>	<p>Entrevista psicoeducación</p>	<p>Valoración de diferentes pensamientos</p>	<p>Se podría analizar que el consultante tiende a evitar las dificultades, con la creencia de que se solucionarían solos, además de influencia negativa de las películas pornográficas, generándole diferentes parámetros irreales al estar en una relación sexual</p>	<p>El consultante presenta diferentes aspectos obsesivo- compulsivos, que lo llevan a cohibirse en el desenlace de la relación sexual. El consultante ha intentado consumir extractos naturales para evitar que suceda la problemática.</p>
<p>G.J.V.M (hombre) Edad 59 años, ocupación técnico en mercadeo (actualmente se encuentra desempleado)</p>	<p>Consultante “mi amigo me está haciendo quedar mal” El consultante asiste a terapia por dificultades en el área sexual, específicamente conductas de disfunción sexual.</p>	<p>3</p>	<p>Aplicar instrumentos psicométricos enfocados a la indagación de diferentes aspectos de la personalidad del consultante.</p>	<p>Entrevista Test de millón Inventario de depresión de Beck Inventario de ansiedad de Beck</p>	<p>Aplicación de instrumentos psicométricos</p>	<p>El test de millón arroja diferentes aspectos de la personalidad del consultante, como que es una persona retraída socialmente, con aspectos obsesivos compulsivos, y una variable que es de suma importancia descartar o verificar como es una sospecha de psicosis, estas variables se nombran como las más relevantes de la ejecución del test. Los anteriores aspectos son necesarios verificar si son rasgos de personalidad o un trastorno mental como tal. El inventario de depresión de Beck arroja una puntuación de 9, indicando que</p>	

						presenta altibajos que se consideran normales. El inventario de ansiedad de Beck arrojó una puntuación de 11 indicando que presenta un nivel de ansiedad leve.	
G.J.V.M (hombre) Edad 59 años, ocupación técnico en mercadeo (actualmente se encuentra desempleado)	Consultante “mi amigo me está haciendo quedar mal” El consultante asiste a terapia por dificultades en el área sexual, específicamente conductas de disfunción sexual.	4	Socializar resultados de los instrumentos psicométricos Descartar diferentes trastornos mentales que pudiera presentar el consultante	Entrevista semiestructurada Psicoeducación	Preguntas dirigidas a la exploración de posibles trastornos mentales. Orientación acerca de la problemática sexual que presenta el consultante	Durante la sesión se logró verificar que el consultante presenta rasgos de personalidad, obsesivos compulsivos, esquizoides, paranoides, pero ninguno de ellos llega a cumplir los criterios diagnósticos.	En esta sesión el consultante se mostró colaborador, y se observó comprensivo con los resultados de los test
G.J.V.M (hombre) Edad 59 años, ocupación técnica en mercadeo (actualmente trabaja como vendedor free lance)	Consultante “mi amigo me está haciendo quedar mal” El consultante asiste a terapia por dificultades en el área sexual, específicamente conductas de disfunción sexual.	5	Identificar problemáticas actuales que contribuyen a cronicidad de la conducta disfuncional	Entrevista Contención emocional Dialogo socrático	Narrativa de las problemáticas actuales del consultante	Se logra identificar como problemáticas, económicas, laborales y familiares están contribuyendo a la mantención de la conducta no deseada. Como que el consultante actualmente trabaja pero como free lance y su ganancia es por venta, esto ha producido en el tensión y ello ha conseguido que el consultante esté ausente de deseo	El consultante se encuentra y observa afectado por las problemáticas actuales, esto ha generado cambio en su rutina diaria, puesto que es una persona saludable y realizar ejercicio físico. Cuando se siente tensionado prefiere no salir a realizar sus labores físicas.

						sexual, por pensamientos invasivos sobre la finanza familiar.	
G.J.V.M (hombre) Edad 59 años, ocupación técnica en mercadeo (actualmente trabaja como vendedor free lance)	Consultante “mi amigo me está haciendo quedar mal” El consultante asiste a terapia por dificultades en el área sexual, específicamente conductas de disfunción sexual.	6	Explorar los antecedentes sexuales del consultante y determinar si estos antecedentes pudieran estar contribuyendo actualmente con la problemática	Entrevista Reestructuración cognitiva por medio del Dialogo socrático	Recogida de datos Indagación sobre los antecedentes sexuales del consultante	Se logra conocer que el consultante a lo largo de su experiencia sexual en la infancia tuvo dos encuentros con pares del mismo sexo, aunque uno de esto fue a los 10 años y el otro fue un abuso sexual, por parte de miembro de la familiar (esposo de la hermana), el consultante refiere que a raíz de este abuso, durante esa época se aisló socialmente y bajo su rendimiento académico, pero el actualmente verbaliza que ya lo ha superado, continuando con los encuentros sexuales, se halla que el consultante en la adultez también lleva acabo dos encuentros homosexuales en los cuales solo ocurrió sexo oral. Para el consultante estos encuentros se presumen son significativos, puesto que se llega a esta información	

						preguntando por el primer encuentro sexual que tuvo, y él se refiere a estos encuentros, además los considera y analiza desde una perspectiva negativa, puesto que para él han puesto en duda su sexualidad. Todo lo anterior y otros encuentros sexuales heterosexuales en los cuales se han presentado la conducta disfuncional, se presumen estén contribuyendo a la mantención de la disfunción.	
G.J.V.M (hombre) Edad 59 años, ocupación técnica en mercadeo (actualmente trabaja como vendedor free lance)	Consultante “mi amigo me está haciendo quedar mal” El consultante asiste a terapia por dificultades en el área sexual, específicamente conductas de disfunción sexual.	7	Explorar la orientación sexual del consultante, para determinar objetivos terapéuticos Vincular a la pareja del consultante al proceso terapéutico Aplicar test de ansiedad y de pareja Confrontar las ideas erróneas	Entrevista Inventario IDARE Escala de ajuste marital Reestructuración cognitiva	Aplicación del IDARE y la escala de ajuste marital Dialogo orientado a erradicación de ideas erróneas sobre la sexualidad Dialogo reflexivo acerca de la importancia de la vinculación de la pareja al proceso terapéutico	Los resultados del IDARE arrojaron que el consultante presenta un 90% más ansiedad en estado y en rasgo que la población control, permitiendo esto observar que las sumas de las problemáticas actuales están contribuyendo a estos resultados. En la escala de ajuste marital la máxima puntuación de la prueba se sitúa en 158 el consultante obtuvo una puntuación de 101, esto evidenciando el escaso vinculo relacional que	

			que presente el consultante acerca de la sexualidad			<p>actualmente presenta la pareja, considerándose esto también como un factor mantenedor.</p> <p>Con respecto a la orientación sexual el consultante refiere que se siente atraído exclusivamente por mujeres, al responder no vacila en responder que no siente gusto por los hombres.</p> <p>Se cuestiona al consultante acerca que desde su perspectiva de una relación sexual, menciona que es dar y recibir placer, se insta a que analice que lo que esta mencionando no lo lleva a la realidad, puesto que para él es más importante dar placer, se le menciona las razones por las que se menciona esta afirmación, además se le explica como la metodología de preámbulo individualizada a ha estado manteniendo la problemática disfuncional. Se le percibe oponente al mencionarle que necesaria la vinculación de la mujer, porque es</p>
--	--	--	---	--	--	---

						necesario comenzar a erradicar la creencia que el problema que el percibe es solo de él.	
G.J.V.M (hombre) Edad 59 años, ocupación técnico en mercadeo (actualmente se encuentra desempleado)	Consultante “mi amigo me está haciendo quedar mal” El consultante asiste a terapia por dificultades en el área sexual, específicamente conductas de disfunción sexual.	8	Identificar pensamientos intrusivos que se presentan en el acto sexual Generar pensamientos alternos para modificarlos por los intrusivos Ejecutar la técnica de detención de pensamiento	Técnica detención de pensamiento Dialogo socrático	Verbalización y escritura tanto de pensamientos intrusivos como de alternativos. Explicación de la detención de pensamiento (ejemplificación en sesión), entrega de autoregistro	En primera medida se explica la técnica de la parada de pensamiento, y su relevancia para el tratamiento, así mismo se invita al consultante para que describa los pensamientos intrusivos que presenta al momento de tener relaciones sexuales; como pensamientos intrusivos el consultante identifico, que lo primero que piensa es en eyacular muy rápido, no estar satisfaciendo a su pareja y sentir la necesidad de imaginar a otra mujer, para obtener la respuesta sexual. Como pensamientos alternativos se describieron los siguientes, el pensar en las cualidades de su mujer, además de enfocarse en el recibir placer y en la satisfacción que le brindara el acto sexual. Se orienta al consultante acerca de la importancia de no	La terapia se retoma después de un tiempo de receso, por viajes del consultante y del terapeuta. Se retroalimenta lo acontecido durante este tiempo en la vida del consultante. Refiere que hasta el momento la relación sexual sigue igual, que presenta dificultad para obtener o mantener la erección. Se observa que el consultante capta adecuadamente el objetivo de la técnica. Se le invita a vincular a su esposa, menciona que lo va a pensar.

						concentrarse en obtener la erección, ni en mantenerla. Solo de tener la capacidad de integrarse en la relación sexual tanto física como mentalmente.	
G.J.V.M (hombre) Edad 59 años, ocupación técnico en mercadeo (actualmente se encuentra desempleado)	Consultante “mi amigo me está haciendo quedar mal” El consultante asiste a terapia por dificultades en el área sexual, específicamente conductas de disfunción sexual.	9	Ejecutar técnica relajación progresiva de Jacobson Entrenar en técnica de respiración Continuar debatiendo la perspectiva del consultante acerca de la sexualidad	Técnica relajación progresiva Entrenamiento en respiración profunda Dialogo socrático	Cuestionamiento de las perspectivas de la sexualidad Encuadre de las técnicas a ejecutar Retroalimentación del tiempo de receso (un mes)	Se evidencia la constante tendencia del consultante por conductas de evitación en relación a las problemáticas, sobre todo en el área sexual, puesto que refiere que le cuesta dejar de pensar en otra mujer, por el temor que genera no obtener la erección, se le cuestiona acerca de esta conducta de evitación, para llevarlo a afrontar las dificultades, enfrentarse a lo temido. Por otra parte, se encuadra en las técnicas de la sesión y su relevancia en el tratamiento. Se aplica la técnica de relajación progresiva, observando en el consultante un notable cambio en el momento de iniciar y al momento de finalizar. También se aplica el	Se retoma el proceso terapéutico un mes después, por cuestiones personales del consultante, en donde refiere que en el mes sostuvo cuatro encuentros sexuales con su pareja. Las refiere como satisfactoria, pero enuncia que su mujer adopta conductas muy pasivas al momento del acto sexual. La pareja no presenta preámbulo sexual, tampoco se ha abordado en esa área, por la dificultad que representa la no presencia de la pareja en la sesión, se insiste ante esto con el consultante y refiere que lo va a pensar.

						entrenamiento en respiración profunda. Y se entregan autoregistros para las técnicas.	
G.J.V.M (hombre) Edad 59 años, ocupación técnico en mercadeo (actualmente se encuentra desempleado)	Consultante “mi amigo me está haciendo quedar mal” El consultante asiste a terapia por dificultades en el área sexual, específicamente conductas de disfunción sexual.	10	Explorar la aplicación de las técnicas ejecutadas en sesiones anteriores Concretar la vinculación de la pareja para potencializar la aplicación de la técnica de focalización sensorial y el entrenamiento en comunicación	Reestructuración cognitiva Entrevista clínica	Dialogo socrático dirigido a la cuestión de vincular a la pareja Descripción de las consecuencias y las ventajas de vincular a la pareja al proceso terapéutico Revisión de auto registros de las técnicas aplicadas	Se observa que el consultante ha adoptado las técnicas y que estas le han contribuido al desarrollo de la relación sexual. Debido a que el consultante ha logrado evidenciar los resultados a corto plazo de las técnicas, por medio de esto se logra que el consultante acceda a vincular a su pareja, puesto que las ventajas que conlleva la adición al tratamiento superan las consecuencias que aporta el consultante, de esta manera se pacta que la pareja asistirá a consulta en el próximo encuentro terapéutico.	Se considera que la vinculación de la pareja contribuirá de manera significativa al progreso del tratamiento, puesto que el consultante, durante las sesiones podrá enfrentarse a las verbalizaciones de su pareja, aspecto que evita constantemente.
G.J.V.M (hombre) Edad 59 años, ocupación técnico en mercadeo (actualmente se encuentra desempleado)	Consultante “mi amigo me está haciendo quedar mal” El consultante asiste a terapia por dificultades en el área sexual, específicamente	11	Explorar la perspectiva de la pareja del consultante con relación a la problemática Identificar las conductas	Entrevista clínica	Escucha activa a las verbalizaciones de la conyuge del consultante Educación sexual en referencia a la respuesta sexual	Como resultados se identifica que la perspectiva de la conyuge del consultante con respecto al aspecto sexual, es de igual manera negativo, puesto que refiere que su esposo, no le	Después de 10 sesiones se logra la vinculación de la conyuge al proceso terapéutico. La perspectiva de la conyuge acerca de la problemática es negativa, aunque se

	conductas de disfunción sexual.		comunicativas de la pareja.		Contextualización a la conyuge con referencia a lo trabajado con su esposo	<p>expresa sentimientos, que a nivel sexual tiene conductas rígidas, puesto que no tiene un preámbulo al momento de las relaciones sexuales, además menciona que la comunicación basada en la pareja es muy escasa, solo dialogan en referencia a dificultades parentales, pero no conyugales.</p> <p>Se observa que al consultante se le dificulta el mantener conductas expresivas dirigidas a su esposa.</p> <p>Se observa que ambos miembros han adoptado una postura poco flexible para el mejoramiento de la comunicación conyugal, puesto que se basan en los comportamientos del otro para actuar.</p> <p>A nivel conyugal no se observa motivación para el cambio, se observa es una adaptación a las conductas disfuncionales a nivel sexual, no existe conciencia por parte de</p>	<p>observa una adaptación a ella.</p> <p>Se podría decir que es una persona que, así como su esposo prefiere adaptarse a las circunstancias así este en desacuerdo, en lugar de confrontarlas</p> <p>La sesión se concentró en escuchar y analizar la perspectiva de la conyuge del consultante</p> <p>Es importante iniciar entrenamiento en comunicación y expresión de sentimientos, debido que para la conyuge este aspecto lo considera necesario para un adecuado encuentro sexual.</p>
--	---------------------------------	--	-----------------------------	--	--	---	---

						la conyuge que sea una problemática. Puesto que se evita la comunicación relacionada a esta temática.	
G.J.V.M (hombre) Edad 59 años, ocupación técnico en mercadeo (actualmente se encuentra desempleado)	Consultante “mi amigo me está haciendo quedar mal” El consultante asiste a terapia por dificultades en el área sexual, específicamente conductas de disfunción sexual.	12	Explicar y encuadrar la técnica de focalización sensorial Retroalimentar lo sucedido durante los días antes de sesión. Describir la técnica de entrenamiento en comunicación	Técnica focalización sensorial Dialogo socrático Técnica de entrenamiento en comunicación	Encuadre de la sesión Entrevista clínica Encuadre y explicación de la técnica focalización sensorial Encuadre de la técnica de entrenamiento en comunicación	Durante esta sesión no se pudo contar con la presencia de la conyuge, por motivos personales, de igual manera se retroalimentó con el consultante las técnicas ya mencionadas explicando la importancia de estas en el tratamiento, puesto que la focalización sensorial además de contribuir en la creación de un nuevo preámbulo, contribuir a que el foco de atención del consultante no sea su erección, ni su eyaculación, sino sea las sensaciones que le genera el acto sexual. Así mismo, se identifica que al consultante le pareció interesante y terapéutico el poder escuchar la versión de su pareja de la problemática, puesto que era a lo que más le temía, y evitaba constantemente. Se	La perspectiva del consultante con relación a la importancia de su pareja en el tratamiento ha sido reestructurada, puesto que actualmente la considera primordial para la resolución del tratamiento. Se le indica que es importante que a las demás sesiones asista la conyuge.

						trabaja en sesión la expresión de emociones para con su conyuge, realizando un role play, donde el terapeuta hizo las veces de conyuge, se observa que el consultante se adapta a la no expresión de sentimientos, puesto que se le dificulta (en el pasado según su esposa lo realizaba seguidamente). Se le invita a que en la semana coloque en práctica lo realizado en sesión y lo transmita con su conyuge.	
--	--	--	--	--	--	---	--

G.J.V.M (hombre) Edad 59 años, ocupación técnico en mercadeo (actualmente se encuentra desempleado)	Consultante “mi amigo me está haciendo quedar mal” El consultante asiste a terapia por dificultades en el área sexual, específicamente conductas de disfunción sexual.	13	Explorar la aplicación de la técnica focalización sensorial y retroalimentación de la misma Practicar la comunicación conyugal y la expresión de sentimientos	Técnica focalización sensorial Reestructuración cognitiva Entrenamiento en comunicación y expresión de sentimientos	Exploración de la técnica de focalización sensorial Observación in vivo de la comunicación de la pareja Instrucciones de la técnica el hablante y el escucha.	Se identifica una negativa por parte de la conyuge del consultante para la realización de la técnica de focalización sensorial, puesto que refiere que esas conductas son para jóvenes y no para personas de su edad, de tal manera se dialoga y debate con la consultante acerca de esas creencias, y se le realizan cuestiones que la movilicen a explorar e integrarse en lo referido en las relaciones sexuales. Además, se identifican, conductas de inhibición de expresión de sentimientos por	La conyuge del consultante después de finalizar la sesión se muestra comprensiva y dispuesta para poner en marcha las técnicas, además que se logra observar motivada al cambio y comprometida con el proceso terapéutico. Por su parte el consultante de igual manera se
---	---	-----------	--	---	---	--	---

						<p>parte de la conyuge, puesto que refiere que la frustra el hecho de ella referir sus sentimientos y que el consultante no sea reciproco con esas conductas. Además, refiere que las pérdidas de erección no se han vuelto a presentar y que en ese aspecto ha existido una mejoría, aunque refiere que muy poca.</p> <p>A nivel de expresión de sentimientos, la conyuge refiere que a su pareja se le sigue dificultando expresar las emociones y conductas afectivas para con ello. Durante sesión se les orienta para que practiquen en sesión, el resultado que se evidencia es a una pareja que se ha adaptado a no expresarse los sentimientos y a evitar las discusiones, por otra parte, al consultante se le dificulta el iniciar la conversación y más aún enfocar la comunicación exclusivamente a nivel conyugal, aspecto que genera discordia en la conyuge.</p>	<p>observa motivado, y aunque no ha logrado expresar fluidamente sus sentimientos, actualmente es consciente que la expresión de sentimiento es de vital importancia en las relaciones sexuales.</p>
<p>G.J.V.M (hombre) Edad 59 años, ocupación técnico en mercadeo</p>	<p>Consultante “mi amigo me está haciendo quedar mal”</p>	<p>14</p>	<p>Explorar la adaptación de las técnicas aplicadas en la vivencia del consultante</p>	<p>Focalización sensorial Entrenamiento en comunicación y expresión de sentimientos</p>	<p>Encuadre días de ausencia Revisión aplicación técnica focalización sensorial</p>	<p>El consultante refiere que se ha llevado a cabo la aplicación de la técnica de focalización sensorial, pero que le cuesta abstenerse de penetrar a su conyuge (esto no siendo</p>	

<p>(actualmente se encuentra desempleado)</p>	<p>El consultante asiste a terapia por dificultades en el área sexual, específicamente conductas de disfunción sexual.</p>		<p>Retroalimentar lo ocurrido en el mes de ausencia</p> <p>Indagar acerca de conductas de posible mejoría en el aspecto sexual y comunicacional</p>	<p>Dialogo socrático</p>	<p>Encuadre del día de la pareja y 10 minutos con mi pareja</p>	<p>indispensable en la técnica), además advierte que los encuentros sexuales se ha tornado satisfactoria, en primera medida porque el preámbulo ha ido aumentando, aunque todavía se considera corto, ya existen conductas pre-sexuales en los conyuges, por otra parte se le sigue dificultando las conductas afectivas con su pareja, puesto que refiere que esas conductas las ha abandonado, por el tiempo que llevan de casados y que su pareja con solo ese hecho debe de inferir los sentimientos, se orienta parte de la sesión a encuadrar esa perspectiva y motivarlo a avanzar en la expresión de sentimientos, como consecuencia se realiza un rol play, en donde el terapeuta hizo las veces de conyuge y el consultante tuviera la oportunidad de operacionalizar sus sentimientos en palabras, en este sentido se observa aun rígido en sus conductas expresivas.</p>	
<p>G.J.V.M (hombre) Edad 59 años, ocupación técnico en mercadeo (actualmente se encuentra desempleado)</p>	<p>Consultante “mi amigo me está haciendo quedar mal”</p> <p>El consultante asiste a terapia por dificultades en el área</p>	<p>15</p>	<p>Explorar aplicación y adaptación de las técnicas encuadradas en sesiones anteriores</p>	<p>Focalización sensorial Entrenamiento en comunicación Debate racional emotivo</p>	<p>Retroalimentación de eventos sucedidos en la semana. Encuadre de última fase de focalización sensorial Rol play</p>	<p>Según las verbalizaciones del consultante el acto sexual se ha tornado satisfactorio para él, ya su foco de atención no es su erección ni la duración de la misma. Por otra parte refiere</p>	<p>En esta sesión nuevamente la conyuge se ausenta por motivos personales. Se orienta la sesión a entrenar y practicar el entrenamiento en comunicación, así como la elaboración por parte del consultante exclusivamente de él, de un lugar idóneo</p>

	<p>sexual, específicamente conductas de disfunción sexual.</p>		<p>Movilizar al consultante a la expresión de sentimientos y al establecimiento de espacios de ocios con su conyuge</p>		<p>que le sigue costando expresarle los sentimiento a su conyuge, se le pide al consultante que elabore un escrito donde pueda expresar los sentimientos, y que al finalizar la sesión se lo entregué a su conyuge, el paciente no ha dispuesto de tiempo para compartir con su conyuge, se le cuestiona acerca de esto para lograr direccionar la técnica, se trabaja un rol play en sesión en donde el consultante tomo la posición de terapeuta y viceversa, esto con el objetivo de profundizar la racionalización de las verbalizaciones expuestas por el consultante en sesión, a cada razón que emitía el consultante en postura de terapeuta, el terapeuta en rol de terapeuta le respondía con cuestiones irracionales, relacionadas con los tiempos de ocio y expresión de emociones, para con ello llegar a que el</p>	<p>para compartir privadamente con su conyuge, y fortalecer las conductas afectivas, sexuales y comunicacionales del consultante. Y el mismo consultante orientado por el terapeuta se asigna su propia tarea de la semana, compartir espacios de ocio con su conyuge, dialogar de aspectos conyugales y la última fase de la técnica de focalización sensorial.</p>
--	--	--	---	--	---	--

						consultante profundice en su racionalización.	
G.J.V.M (hombre) Edad 59 años, ocupación técnico en mercadeo (actualmente se encuentra desempleado)	Consultante “mi amigo me está haciendo quedar mal” El consultante asiste a terapia por dificultades en el área sexual, específicamente conductas de disfunción sexual.	16	Aplicar instrumentos pos evaluación Prevenir posibles recaídas de las problemáticas abordadas	Técnicas de información Entrenamiento en comunicación	Educación sexual Debates basados en la racionalidad Clarificación hacia posibles recaídas Motivación a compartir espacios de ocio Inventario de ansiedad de Beck y escala de ajuste marital	Esta sesión se orientó en la verificación de las tareas asignadas, se identifica que el consultante durante la semana tomo la iniciativa y logro invitar a su esposa a compartir un momento o situación diferente a lo acostumbrado en la semana, aunque no tuvo una resolución adecuada, se resalta la movilización del consultante, además su conyuge refiere que aunque le cuesta expresarle sus sentimiento ha comenzado a ejecutar estas conductas, resaltando que no de manera fluida, se motiva a la pareja para que continúen implementando estas conductas, a la conyuge se le logra observar asertiva y receptiva a las propuestas de la sesión, se toman 10 minutos de sesión	La pareja del consultante asiste a sesión, aportando su perspectiva de la evolución del consultante, ella refiere que se ha visto un cambio, le denomina como leve, pero es consciente que las conductas de su esposo han progresado. En la evaluación pre tratamiento la puntuación del BAI fue de 13 puntos y en la evaluación pos fue de 2. Por su parte en la evaluación pre la EAM fue de 101 y en la evaluación pos fue de 117. Esto indica que existe una movilización en el consultante. Por último la pareja plantea que después de sesión compartirán tiempo de ocio exclusivamente para ellos, esto surge de la pareja.

						para continuar ejercitando la expresión de sentimientos. Por último se aplica el inventario de ansiedad de Beck y la escala de ajuste marital, arrojando como resultados respectivamente una puntuación de 2 en el BAI, y en la EAM una puntuación de 117, se identifica una disminución notable en los síntomas ansiosos, que predominan en el inventario, y un leve aumento en el ajuste marital.	
G.J.V.M (hombre) Edad 59 años, ocupación técnico en mercadeo (actualmente se encuentra desempleado)	Consultante “mi amigo me está haciendo quedar mal” El consultante asiste a terapia por dificultades en el área sexual, específicamente conductas de disfunción sexual.	17	Aplicar instrumentos pos evaluación Prevenir posibles recaídas de las problemáticas abordadas Finalizar proceso terapéutico	Entrevista clínica Dialogo socrático	Inventario clínico Multiaxial Millón II Inventario de depresión de Beck Inventario de ansiedad rasgo estado Exploración por medio de las verbalizaciones de la pareja del consultante y del mismo consultante acerca de conductas de cambio	Como resultado cuantitativo se resalta la disminución de las puntuaciones del IDARE, tanto en estado obteniendo un percentil de 75 y de igual manera en rasgo obteniendo un percentil de 57, de esta manera es reciproco los resultados con la disminución de síntomas ansiosos expresada por el	La pareja ha iniciado a compartir espacios de ocio como conyuges, espacios que solo los involucren a ellos, se observa en la pareja nuevas conductas de acercamiento, como constantes conductas de humor, y continuas risas en la sesión. La pareja del conyuge se observa

					<p>consultante. Por otra parte, los resultados en el BDI se mantuvieron estable con una puntuación de 10, y en el Millon II se resalta la disminución de la escala esquizoide, pasando de una puntuación significativa de 73, puntuar 37 en la evaluación pos, además de la disminución de la escala de pensamientos evidenciando el avanza de la restructuración cognitiva y la aplicación de las técnicas ejecutadas. El consultante ha optado por avanzar y afrontar las problemáticas, en lugar de adoptar conductas de evasión. Además de estos resultados cuantitativos el consultante ha avanzado en la expresión de sentimientos y en el</p>	<p>comprensible a las conductas de su esposo.</p> <p>Se observa que la pareja que tiene como objetivo propio, continuar con la reconstrucción de la relación, además la conyuge del consultante ha adoptado una postura de compromiso, ella refiere que la terapia la ha orientado a generar nuevas perspectivas con referencia a su relación conyugal, que dicha terapia la ha movilizado. Contrapone el antes de la terapia y refiere que ya existía una adaptación a ese estilo de relación conyugal (pasiva).</p> <p>Así mismo, la pareja ya tiene planes de viaje, en donde el objetivo es continuar con esa evolución conyugal.</p>
--	--	--	--	--	--	---

						establecimiento de espacios de ocio.	
--	--	--	--	--	--	--------------------------------------	--