

INTERVENCION PSICOLOGICA PARA UN CASO DE HABILIDADES SOCIALES EN LA  
RELACIÓN FAMILIAR Y SOCIAL DESDE EL ENFOQUE COGNITIVO CONDUCTUAL

Ps. Natalia Ardila Rincón

UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA

ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES

FACULTAD DE PSICOLOGIA

BUCARAMANGA

2015

INTERVENCION PSICOLOGICA PARA UN CASO DE HABILIDADES SOCIALES EN LA  
RELACIÓN FAMILIAR Y SOCIAL DESDE EL ENFOQUE COGNITIVO CONDUCTUAL

Natalia Ardila Rincón

Asesora

Ms. Luzmar Quintero Delgado

Psicóloga

UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA

ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES

BUCARAMANGA

2015

NOTA DE ACEPTACION: \_\_\_\_\_

PRESIDENTE DEL JURADO: \_\_\_\_\_

JURADO 1: \_\_\_\_\_

## **Dedicatoria**

La presente monografía se encuentra dedicada principalmente al paciente, quien me permitió exponer su caso como parte de mi formación en psicología clínica. Por su constancia en el proceso que facilitaron e hizo posible el presente trabajo

A mi familia quien a pesar de las dificultades me han ayudado a mantenerme fuerte y constante en mi camino. A mi asesora de prácticas, Luzmar Quintero quien estuvo pendiente de todo mi proceso, siendo el objetivo mi aprendizaje y el acercamiento a la psicología clínica y finalmente a cada una de las personas que estuvieron en este proceso, pues su apoyo y presencia incondicional fue fundamental para culminar esta etapa importante en mi vida profesional.

## Tabla de Contenido

	Página
1. Resumen	7
2. Introducción	9
3. Referente Conceptual	10
3.1 Objetivo General	25
3.2 Objetivo específico	25
4. Metodología	26
4.1 Descripción del caso	26
4.2 Datos Sociodemográficos	27
4.3 Datos Diacrónicos	27
4.4 Datos Sincrónicos	29
4.5 Instrumentos de evaluación	34
4.6 Procedimiento	36
5. Resultados	46
6. Discusión	53
7. Conclusiones	55
8. recomendaciones	56

9. Referencias	57
10. Anexos	64

### Índice de anexos

	Página
Anexo 1. Consentimiento informado IFV	64
Anexo 2. Formato historia clínica IFV	65
Anexo 3. Historia personal de la paciente	71
Anexo 4. Formato de respuestas de EHS	74
Anexo 5. Hoja de respuesta ASPA	75

## RESUMEN GENERAL DE TRABAJO DE GRADO

**TITULO:** INTERVENCION PSICOLOGICA PARA UN CASO DE HABILIDADES SOCIALES EN LA RELACION FAMILIAR Y SOCIAL DESDE EL ENFOQUE COGNITIVO CONDUCTUAL

**AUTOR(ES):** Natalia Ardila Rincón

**FACULTAD:** Esp. en Psicología Clínica

**DIRECTOR(A):** Luzmar Quintero Delgado

### RESUMEN

El presente trabajo tiene como objetivo la descripción de un estudio de caso recibido en el Instituto de Familia y Vida de Bucaramanga – Santander, donde se describe el proceso de evaluación de un individuo de 40 años de edad con problemáticas relacionadas con el control de impulsos los cuales fueron referidos por el mismo, esta evaluación se realizó bajo el enfoque cognitivo conductual utilizando como herramientas la entrevista clínica e instrumentos como la escala de Habilidades Sociales de Gismero (2002), Cuestionario de Aserción en Pareja (Carrasco, 1996) y la M.I.N.I, siendo esto la base para la conceptualización del caso y el establecimiento del plan de intervención. Se planteó como hipótesis que a partir de una dinámica conflictiva en la interacción familiar y social el paciente desde su infancia adquirió como estrategia de afrontamiento una postura agresiva en la resolución de conflictos, además el temor al abandono hace del paciente una persona dependiente. El objetivo del proceso terapéutico fue efectuar un tratamiento cognitivo conductual para el manejo de la sintomatología producto de un trastorno del control de los impulsos no especificado. Con base en esto se esbozó el proceso terapéutico del paciente, concluyendo que tanto el modelo cognitivo-conductual como las diferentes técnicas y estrategias empleadas para el diagnóstico, evaluación e intervención fueron acertadas, efectivas, confiables y coherentes con la teoría encontrada.

### PALABRAS CLAVES:

Terapia cognitivo conductual, Habilidades sociales, control de impulsos, asertividad.

## GENERAL SUMMARY OF WORK OF GRADE

**TITLE:** PSICOLOGICAL INTERVENTION FOR A CASE OF SOCIAL HABILITIES OF COGNITIVE CONDUCTUAL MODEL

**AUTHOR(S):** Natalia Ardila Rincón

**FACULTY:** Esp. en Psicología Clínica

**DIRECTOR:** Luzmar Quintero Delgado

### ABSTRACT

work has as objective the description of a case study received in the Instituto de Familia y Vida de Bucaramanga - Santander, where it is described the process of evaluation of a 40 year old individual with issues related to impulsive control in which were referred by himself. This assesment was made under the conductual cognitive model using as tools the clinical interview and the social hability scale Gismero (2002), Couple Assertion questionnaire (Carrasco, 1996) and M.I.N.I., therefore being the base for conceptualization of the case and the stablishment of the intervation planning. It was proposed a hypothesis that from a conflictive dynamic in the social and family interaction the patient acquiered as a fundament stragety afrontment in an agressive posture in problem solving, furthermore the fear of being abandoned makes the patient a dependent person. The objective of the therapeutic process was performed a cognitive conductual treatment to manage symptomatology which was the product of a impulsive control disorder non specified. Based on this was stablished the patient\'s therapeutic process, including tha as the cognitive model - conductual as diferent tecnic and strategies employed for the diagnosis and assesment were congruent and coherent with the found theory.

### KEYWORDS:

Conductual cognitive therapy, social habilities, impulsive controls, assertiveness,

## **Introducción.**

El instituto de Familia y Vida es una institución creada por la Universidad Pontificia Bolivariana, que busca brindar soluciones y prestar servicios de salud a la comunidad, dio inicio en el año 2009 y tras varios años de trabajo en el 2012 se transforman en la IPS UPB. Actualmente el Instituto de Familia y Vida se encuentra ubicado en la Carrera 19 No. 37-67 en Bucaramanga.

El Instituto de Familia y Vida (2014) refiere:

*“Ser una institución académica, que promueve la investigación, el trabajo interdisciplinario orientado al bienestar y mejoramiento de la calidad de vida, prevención de la enfermedad y promoción de la salud, encaminado sus servicios a la luz de los principios cristianos.*

*Actualmente el Instituto de Familia y Vida busca la identificación de las condiciones personales, culturales, sociales y económicas de la familia santandereana con el fin de potenciar espacios de interacción social entre los hogares, sus miembros y la comunidad, privilegiando la atención integral y apoyando el descubrimiento del sentido de vivir con alegría y de la misión de la familia, en relación con el evangelio de la vida. Interviniendo con mayor frecuencia sobre problemáticas de pareja, bajo rendimiento académico, problemas de comportamiento en el ámbito escolar, dificultades en la interacción con otros, etc”.*

Durante el tiempo de practica en el Instituto de Familia y Vida se atendieron 14 casos que asistieron por dificultades en la interacción con otros, bajo rendimiento académico, Problemas comportamentales en el ámbito escolar, duelo, dificultades en la interacción familiar, las diversas

problemáticas atendidas en el instituto aportaron al crecimiento y aprendizaje profesional del psicólogo en práctica.

Teniendo en cuenta que quienes acuden al instituto son personas de estratos socioeconómicos 1,2 y 3 la permanencia en el proceso muchas veces se vio truncada siendo interrumpida y en ocasiones abandonada por factores como distancias y necesidad de laboral. Sin embargo se buscaban diferentes alternativas para permitir a las personas continuar con su proceso como son cambios de horarios o sesiones con mayor distancia entre ellas, al final, el mayor porcentaje en la estructuración de casos se dieron sin finalizar, con vacíos en la información clínica.

Aun bajo lo expuesto anteriormente el aprendizaje logrado como Psicólogo clínico es muy significativo, ya que hubo acercamiento a diferentes problemáticas, las cuales se dialogan en un salón de clase pero no se logra dimensionar a una verdadera intervención.

Por esto para la realización de esta monografía se eligió un caso con diagnóstico de trastorno de control de impulsos en un hombre de 40 años de edad, con quien se logró un número significativo de sesiones y se dio el cumplimiento de gran parte de los objetivos propuestos para la intervención.

### ***Referente conceptual***

Según el Diccionario de la Real Academia Española (2012) la palabra terapia procede del griego *θεραπεία*, que significa lo relativo al tratamiento médico de las enfermedades. Utilizada en contexto psicológico la palabra terapia toma el sentido de tratamiento de los diversos trastornos o desórdenes mentales que pueden afligir a una persona en el curso de su vida. Así mismo la Organización Mundial de la Salud en 1946, concibe este término como un estado

integrado por bienestar físico, psicológico y social, teniendo en cuenta reseñada en Alcántara (2008), la terapia o psicoterapia debe entenderse como el esfuerzo por brindar calidad de vida, independientemente de la presencia o no de un desorden mental como tal (Campo, 2004). Llevando a la realización concreta aquél principio enunciado por Hipócrates según el cual se debía “curar, y si no es posible, aliviar, y si no se puede, acompañar” (Garcíaandía, 2008, p. 30). En los esfuerzos por llevar esto a la práctica, la psicoterapia ha venido ganando su aceptación en la sociedad.

La creencia en la eficacia del uso de la palabra y de ciertos rituales para aliviar dificultades del pensamiento, del comportamiento o emocionales, ha estado presente durante gran parte de la historia humana, y rastros claros de ello pueden ser hallados ya en los tiempos de Aristóteles y Platón; y dejando de lado la época medieval en que los desórdenes mentales fueron muchas veces abordados desde perspectivas religiosas o teológicas, es en el siglo XVIII cuando Phillipe Pinel diseña un programa de reclusión para los “alienados mentales”, persuadido de que dichos estados de desequilibrio se debían al tumulto de pasiones descontroladas y que, por tanto, desaparecerían al alcanzarse unos hábitos más saludables de conducta; al final de ese mismo periodo Anton Mesmer, de origen alemán, aportó algunas iniciativas terapéuticas desde sus particulares concepciones sobre el magnetismo; ya en el siglo XIX, nombres como los de James Braid, en Escocia, Liébault, Berheim y Charcot, en Francia, se asocian a los estudios terapéuticos de la hipnosis y la sugestión sobre diversas dolencias mentales o neurosis; pero son especialmente Freud y Breuer, a inicios del siglo XX, quienes se adentran en el estudio de la mente subconsciente como medio para aliviar lo que en esos años se denominaban histerias y neurosis; la hegemonía del abordaje psicoanalítico comenzó a ceder luego de la década del 40 cuando algunos terapeutas, abandonando la ortodoxia freudiana, propusieron otras alternativas

terapéuticas, como en el caso de Carl Rogers y sus estudios sobre la relación terapéutica, o como el caso de los modelos que más adelante, luego de la primera mitad del siglo XX, serían conocidos como conductuales, sistémicos, cognitivos o incluso cognitivo-conductuales (Benito, 2009). En términos generales, todos estos modelos psicoterapéuticos buscan en esencia lo mismo, a saber, identificar los principales dificultades de un cliente, rastrear los factores predisponentes, precipitantes y mantenedores, y la relación de todo ello con la vida concreta del paciente, con el fin de procurarle algún tipo de ayuda o alivio (Sim, Gwee & Bateman, 2005). Razón por la cual el ejercicio de la actividad psicoterapéutica exige del profesional una amplia gama de competencias, por un lado, académicas e investigativas, que lo faculten para ofrecer un acompañamiento basado en evidencia y cuya rigurosidad justifique la confianza que al paciente deposita en él; pero también personales, para facilitar el establecimiento de una relación terapéutica satisfactoria desde la cual potencializar la eficacia de las técnicas, estrategias y procedimientos como tales (Angona Del Río, Ruíz & Sánchez, 2013).

Los enfoques terapéuticos llamados cognitivo-conductuales pueden ser entendidos como un esfuerzo de aplicación clínica de la ciencia de la psicología, que busca fundamentar sus procedimientos en hallazgos que cuenten con validación empírica (Plaud, 2001); también se les puede entender como una forma de psicoterapia breve de objetivos delimitados y concretos, cuyo foco primario de interés es el cambio de los patrones mal adaptativos de procesamiento de la información y de la conducta (Chávez-León, Benitez-Camacho & Ontiveros-Uribe, 2014). En palabras de Ruíz, Díaz y Villalobos (2012) “la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) se ha convertido en las últimas tres décadas en la orientación psicoterapéutica que ha recibido mayor evidencia empírica y experimental en su eficacia y efectividad en una gran diversidad de problemas y trastornos psicológicos” (p. 24). Además el hecho de tratarse de un modelo

integrador, alejado de los reduccionismos propios de visiones más unilaterales, lo hace atractivo para los profesionales que no se sienten cómodos en modelos exclusivistas que se decantan por una sola categoría de variables a la hora de explicar los fenómenos patológicos o normales, y prefieren perspectivas de abordaje amplias que les permitan incluir diversos modelos explicativos y de intervención.

Como su mismo nombre lo indica, la TCC se alimenta de dos fuentes principales aunque no exclusivas, las corrientes conductuales y las corrientes cognitivas, buscando una síntesis superior que incorpore los aportes de ambas en una perspectiva más amplia e inclusiva. De las dos corrientes, históricamente hablando, la primera en hacer su aparición fue la corriente conductual, que venía a hacer énfasis en la utilización integral de la metodología científica para la construcción de la teoría y práctica psicológica; esta corriente basó su propuesta en que las conductas, tanto adaptativas como mal adaptativas del individuo, eran aprendidas a lo largo de su historia de interacción con el medio, y que podían, mediante procedimientos adecuados, ser desaprendidas igualmente (Jokić-Begić, 2010). Esta corriente conductual venía de los trabajos de autores como John Watson, Burrhus F. Skinner, Joseph Wolpe y Hans Jürgen Eysenck; y fue un discípulo de Wolpe quien popularizó la expresión “terapia conductual” (Echavarría, 2011), y esta terapia entró en escena a disputar la hegemonía psicoanalítica en el terreno de la psicoterapia, focalizando sus esfuerzos en la conducta observable y dejando de lado los procesos mentales internos (Milkman & Wanberg, 2007). Este rechazo a abordar los procesos psicológicos internos tenía su razón de ser en la creencia de que, al no ser objetivamente observables y medibles, resultaban irrelevantes en el nuevo paradigma positivista de la ciencia, el cual precisamente consistía en declarar como objeto de estudio científico solamente aquellos fenómenos susceptibles de ser medidos de alguna manera en condiciones de laboratorio.

Pero a partir de la década de 1970 los mismos autores conductuales toman conciencia de la creciente insuficiencia de los esquemas conductistas para explicar el entero espectro de las manifestaciones psicopatológicas posibles, y comenzaron a dar cabida a aspectos más cognitivos (Ruiz, Díaz & Villalobos, 2012). Este deseo de incluir aspectos más cognitivos dentro de las variables explicativas de las realidades psicológicas, estuvo motivado además por el auge que en la segunda mitad del siglo XX alcanzaron las propuestas cognitivas en psicología, pues, por ejemplo, en 1974 el psicólogo Michael Mahoney publicó un libro que llamó “Cognition and behavior modification”, seguido dos años después por la creación de la revista “Cognitive Therapy and Research”; lo común de las aproximaciones cognitivas era asignar un rol preponderante a los procesos cognitivos a la hora de explicar la conducta y la vida emocional de las personas, tanto la adaptativa como la mal adaptativa (Knapp & Beck, 2008).

La psicoterapia resultante del encuentro integrador entre las dos corrientes antes mencionadas, es decir, la TCC, se estructura como una terapia breve, colaborativa y centrada en el problema evidenciado en el tiempo presente (Jokić-Begić, 2010); cuya eficacia en el tratamiento de variados tipos de desórdenes mentales ha sido validada en numerosos estudios empíricos (Clark & Beck, 2010).

Debido precisamente a haber sido exitosamente sometida a validación empírica, la TCC es considerada como un tratamiento, o más bien, familia de tratamientos (ya que la TCC no está conformada por un único modelo de intervención sino que agrupa un amplio ramillete de procedimientos, técnicas y estrategias) confiables y rigurosos en una amplia variedad de desórdenes tales como: desórdenes de ansiedad, desórdenes del estado de ánimo, dificultades en el aprendizaje, problemas sexuales, bulimia nerviosa, etc. (Butler, Chapman, Forman & Beck, 2006; Tolin, 2010); incluso, algunas investigaciones han demostrado la eficacia de la TCC en el

tratamiento de desórdenes de mayor complejidad clínica como la esquizofrenia (Turkington, Kingdon & Weiden, 2006) y el desorden bipolar (Lam, Hayward, Watkins, Wright & Sham, 2005).

Otros desórdenes y dificultades clínicas con los que la TCC ha sido relacionada positivamente incluyen: depresión (Butler, Chapman, Forman & Beck, 2006; Tolin, 2010); depresión en pacientes geriátricos (Chambless & Ollendick, 2001); trastorno de somatización (Allen et al, 2006); trastorno límite de la personalidad (Brown et al, 2004). Asimismo ha mostrado eficacia en trastornos médicos como: fatiga y deficiencias funcionales entre sobrevivientes de cáncer (Gielissen, Verhagen, Witjes & Bleijenberg, 2006); asma asociada a desorden de pánico (Ross, Davis & Macdonald, 2005); dolor por trastorno temporomandibular (Turner, MancI & Aaron, 2006); tratamiento de intentos de suicidio (Brown et al, 2005); abuso de sustancias y alcohol (Anton et al, 2005; Baker et al, 2006). El anterior listado, que no incluye todas las correlaciones exitosas de que la literatura reporta casos, muestra con claridad por qué la TCC goza actualmente de amplia aceptación como modelo de intervención psicoterapéutica.

Se puede decir que los pilares fundamentales sobre los que se asienta la TCC son los siguientes: una necesaria reestructuración de los eventos cognitivos en procura de la consolidación de modos de pensar más conducentes a estados de ánimo positivos; y un entrenamiento en habilidades sociales e interpersonales, que busquen la adquisición de conductas más adaptativas (Milkman & Wanberg, 2007).

Para resumir un poco lo dicho hasta ahora, vale la pena retomar lo que plantean Ruiz, Díaz y Villalobos (2012) como características principales de la intervención en TCC; estas autoras afirman en primer lugar que la TCC se originó en la aplicación clínica de las teorías del

aprendizaje provenientes de la corriente conductistas, con elementos tomados de las teorías clásicas del condicionamiento Pavloviano; a día de hoy se hace énfasis en el deseo de estar siempre basada en la evidencia empírica; no obstante lo anterior también acoge procedimientos y técnicas basadas también en la experiencia clínica particular; el foco de interés durante el proceso de intervención es la conducta observable y los síntomas reportados por el paciente en el motivo de consulta, pero sin dejar por ello de tomar en cuenta los procesos que subyacen a tales síntomas, procesos cognitivos y emocionales; en términos generales la conducta se conceptualiza como esencialmente aprendida, aunque sin ignorar completamente el rol de la herencia o la interacción social; la finalidad es siempre el cambio conductual, cognitivo y emocional, en procura de substitutos adaptativos; aunque se focaliza en el aquí y el ahora de los síntomas, no ignora los factores históricos; se permanece durante todo el proceso psicoterapéutico en retroalimentación continua de la eficacia del mismo, actitud coherente con su anhelo de rigurosidad científica; el proceso requiere el involucramiento del paciente en las actividades que se realicen, incluyendo la elaboración de tareas para la casa.

Estas serían las características básicas de la TCC, que permiten ver la sinergia entre la aproximación conductual y la cognitiva, y permiten ver que, lejos de oponerse, son dos enfoques que se complementan y aportan cada uno elementos valiosos que convergen en la estructuración de un modelo terapéutico amplio e incluyente, con múltiples posibilidades de acción. Convirtiéndolo en paradigma privilegiado para la atención en salud mental.

Antes de proseguir vale la pena detenerse aún en un aspecto poco estudiado de la TCC y es el del vínculo existente entre dicho proceso terapéutico y los correlatos biológicos que acaecen en el paciente durante y después de la exposición al proceso como tal.

Según Jokić-Begić (2010), los estudios de eficacia de la TCC hasta tiempos recientes, no dieron suficiente atención al análisis de dicha correlación, dejando de lado e ignorando la importancia que tienen los procesos neuropsicológicos (Beck, 2008). De manera que de la misma manera en que el auge cognitivo construyó su discurso señalando el olvido al que el modelo conductista había condenado a los procesos cognitivos, sería posible de manera análoga hoy señalar el olvido al que el abordaje de la TCC, y en general la mayoría de abordajes psicoterapéuticos, habrían relegado a los procesos neurológicos subyacentes a los procesos de intervención terapéutica.

No obstante lo anterior, recientes investigaciones pusieron de manifiesto dicha relación insoslayable entre los procesos terapéuticos y sus correlatos biológicos (Beauregard, 2007; Frewen, Dozois & Lanius, 2008), y son cada vez más abundantes las iniciativas de investigación encaminadas a esclarecer, por medio de modernas técnicas de imagenología cerebral, el soporte neurológico de procesos como: funcionamiento cognitivo, experiencias emocionales, autorregulación, fenómenos psicopatológicos, efectos de la psicoterapia, efectos placebo y otros fenómenos tradicionalmente abordados en psicología y psiquiatría (Jokić-Begić, 2010); la metodología usada en dichos estudios es no invasiva y consiste fundamentalmente en el mapeo de la actividad metabólica celular asociada a la glucosa y a la oxigenación sanguínea, con el fin de identificar diferencias entre pacientes con desórdenes psiquiátricos o psicológicos, así como diferencias entre los estados cerebrales pre y post tratamientos psicoterapéuticos (Frewen, Dozois & Lanius, 2008). Dentro de los resultados se ha llegado incluso a afirmar que las modificaciones sobre los sistemas neurales vinculados al aprendizaje y la memoria son los verdaderos responsables de consolidar los efectos de la psicoterapia sobre los sujetos que la reciben (Kandel, 1979, citado en Irigorri, Rosas, Hernández & Orozco-Cabal, 2009).

Y no es de extrañar este deseo por parte de los exponentes de la TCC de encontrar una comprobación de su eficacia también a nivel neurológico, puesto que es característica propias de la TCC, como ya se señaló, el interés por soportar el modelo sobre bases científicas y rigurosas, para asegurar la idoneidad de sus procedimientos y confirmar la veracidad de sus suposiciones.

Para cerrar este apartado se citan las palabras de Jokić-Begić que resumen el corazón de la TCC:

Tanto el comportamiento funcional como el disfuncional se aprenden. Toda conducta que se aprende se puede desaprender y reemplazar por otra conducta más funcional. La TCC ayuda a los pacientes a aprender y adoptar nuevos conocimientos y habilidades, lo que les permitirá observar y cambiar sus propios pensamientos, comportamientos y estados emocionales. Después de una terapia exitosa, los pacientes pueden esperar ser más funcionales y tener una mejor calidad de vida (2010, p. 237).

Dentro de la amplia gama de desórdenes que son susceptibles de ser tratados desde el modelo de la TCC se encuentran los desórdenes por control de los impulsos (Impulse Control Disorders, según su nomenclatura en inglés). En el Manual diagnóstico y estadístico de la Asociación Americana de Psiquiatría (1994), en su versión número IV, el desorden por el control de los impulsos se encontraba en el apartado 14, y comprendía: el desorden explosivo intermitente, la cleptomanía, la piromanía, el juego patológico, la tricotilomanía y una sexta categoría que englobaba a aquellos desórdenes del control de los impulsos que no cumplían con todas las características sintomáticas de alguno de los desórdenes señalados.

En la versión número V del Manual Diagnóstico y Estadístico (2013) se dieron algunos cambios, por ejemplo, ahora el desorden por control de los impulsos aparece en el apartado 15

bajo el título de “desórdenes disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta”; abarcando este apartado desórdenes como: desorden oposicionista desafiante, desorden explosivo intermitente, desorden de conducta, piromanía, cleptomanía, y dos categorías más, una para aquellas circunstancias en las que el clínico puede especificar las razones por las cuales el trastorno no cumple con las características de ninguno de los ya mencionados, y la última para el caso contrario.

En términos generales el DSM IV-TR señala que la característica principal de los trastornos por control de los impulsos es “el fracaso para resistir un impulso, una pulsión, o la tentación de realizar un acto que es perjudicial para la persona o para los demás” (1994, p. 609). Y aclara que dicha sintomatología no debe formar parte del cuadro clínico de alguna de las demás entidades psicopatológicas listadas en el manual y que comúnmente presentan comorbilidad con la ausencia del control de los impulsos, tales como: desórdenes relacionadas con consumo de sustancias, parafilias, desorden antisocial de la personalidad, desorden de conducta, esquizofrenia, desórdenes del estado de ánimo, etc.

En cuanto a la conceptualización de este grupo de desórdenes en el DSM-V, éste afirma que, aunque el fracaso en la regulación emocional o conductual es común a varios trastornos reseñados en el manual, lo propio de los “desórdenes disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta” es que terminan afectando los derechos de los demás, así como violando normas sociales establecidas y figuras de autoridad; asimismo el DSM-V señala que este tipo de desórdenes son más frecuentes en hombres que en mujeres.

La impulsividad en general se puede definir como “una reacción no planificada y rápida frente a estímulos tanto externos como internos, en la que no se tienen en cuenta las

consecuencias negativas de esta actuación para el propio individuo o para otras personas” (Roncero, Rodríguez-Urrutia, Grau-López & Casas, 2009, p. 205). Y según estos mismos autores, aunque las manifestaciones típicas de la impulsividad se relacionan con la agresividad o conducta violenta, se pueden dar otro tipo de conductas impulsivas que no involucran de suya agresividad. Por ejemplo, se ha vinculado positivamente la impulsividad con posteriores conductas adictivas, como el consumo de sustancias (Gutiérrez, Rubio & Rodríguez, 2013).

De acuerdo con Dell’Osso, Altamura, Allen, Marazziti y Hollander (2006), la fenomenología del actuar impulsivo tiene como componentes los siguientes tres elementos:

- 1) Una falla en resistir un determinado impulso a obrar de manera lesiva para el propio sujeto o para los otros.
- 2) Una sensación antecedente de excitación o tensión que desencadena la conducta.
- 3) Una vez ejecutada la conducta, una experiencia de gratificación, placentera o de liberación de tensión.

El mecanismo sostenedor de las conductas impulsivas se basa entonces en la liberación de una carga tensional, ya sea de carga positiva (como en el caso de las adicciones) y que conduce a la búsqueda de su gratificación inmediata; o negativa, relacionada con estados de estrés o ansiedad, y que empuja al sujeto en procura de su relajación (Koob, 2011). De manera que el acto impulsivo proviene o de la urgencia por buscar la gratificación de algo que se siente como necesidad o de la urgencia de encontrar reposo ante una vivencia estresante o ansiógena. En ambos casos, como señala el DSM-IV, se presenta un fracaso en resistir dichos impulsos y se acaba en la realización de actos perjudiciales para el propio sujeto o para los demás. Adicionalmente a lo anterior, Dell’Osso, Altamura, Allen, Marazziti y Hollander (2006), señalan

también que en el sujeto que actúa impulsivamente ello ocurre sin importar las consecuencias posteriores al acto como tal, es decir, sin importar cuan lesivo pueda ser para sí mismo o para otros.

Por su parte, también Grant, Odlaug y Kim (2007) enumeran las que para ellos son las 4 características fenomenológicas de todo desorden por control de los impulsos:

- 1) Un involucramiento repetitivo en cierta conducta a pesar de las consecuencias adversas.
- 2) Reducción progresiva del control personal sobre la conducta problema.
- 3) Un estado de deseo y urgencia de involucrarse en la conducta problema, previo a la conducta misma.
- 4) Una sensación placentera o gratificante una vez realizada la conducta.

Las consideraciones anteriores han llevado a algunos autores a establecer un paralelismo entre el mecanismo de acción del desorden por control de los impulsos y el de las adicciones (Schmitz, 2005), en el sentido de que, neurológicamente hablando, el mecanismo biológico de recompensa asociado a las conductas adictivas sería el mismo mecanismo presente en las conductas tipificadas como desorden del control de los impulsos. Llegando este autor a referirse a estos desórdenes como “adicciones conductuales”.

También la literatura reporta una evidente semejanza entre la fenomenología del desorden por control de los impulsos y los desórdenes compulsivos; aunque se distingue a nivel conceptual entre impulsividad, entendida como predisposición a actuar sin conciencia de las consecuencias adversas, y la compulsividad, entendida como la realización repetitiva de ciertos actos con el fin de disminuir o prevenir estados ansiógenos. No obstante se reconoce que la impulsividad y la

compulsividad pueden darse simultáneamente dentro de un mismo desorden clínico o en etapas diversas de un mismo desorden (Grant, Odlaug & Kim, 2007).

Otros desórdenes que se catalogan como del control de los impulsos, pero que no entran en ninguna de las categorías formales específicas del DSM-IV son la dermatilomanía (pellizcarse la piel causándose daño), comportamiento sexual compulsivo (prostitución, pornografía, etc), compras compulsivas, etc. (Grant, Odlaug & Kim, 2007). En general se agrupan aquí todos aquellos comportamientos en los que falla el control de los impulsos y que no son manifestación de ningún desorden ya categorizado en el manual. Para este tipo de desórdenes se ha visto la eficacia tanto de la psicoterapia como de la farmacoterapia, y se encuentran autores que hablan de la conveniencia en algunos casos de combinar ambas intervenciones para mejorar los resultados (Anton et al, 2005).

Dentro de las múltiples opciones para el tratamiento de algunos tipos de desorden por control de los impulsos, agrupadas bajo la TCC, se encuentra el entrenamiento en habilidades sociales, éstas se entienden como capacidades para:

Entender, manejar y expresar los aspectos sociales y emocionales de la propia vida, de maneras que permitan el éxito en su gestión, en aspectos como el aprendizaje, la formación de relaciones, la resolución de los problemas diarios, y la adaptación a las complejas demandas de crecimiento y desarrollo (Elias, 1997, p. 2, citado por Moreira et al, 2014, p. 634).

Si bien las habilidades sociales eran desde la década de 1930 estudiadas por la psicología social, no fue sino hasta después de 1970 que se constituyó en foco de particular interés para la psicología, normalizándose la expresión “habilidades sociales”, consolidándose sus bases

teóricas y ampliándose el cuerpo de investigaciones y de aplicaciones prácticas (Eceiza, Arrieta & Goñi, 2008).

Las habilidades sociales están presentes en diferentes niveles de desarrollo y afectan ya desde la niñez y la adolescencia (Blandon, Calkins, Grimm, Keane & O'Brian, 2010), de manera que de ellas, o mejor, de su gestión satisfactoria, depende en gran manera la adaptación de los individuos a los diversos contextos sociales en los que se desenvuelven. Puesto que el déficit en habilidades sociales tiende a generar, por ejemplo en niños y adolescentes, altos niveles de comportamientos disruptivos (Bornstein, Hahn & Haynes, 2010).

Las intervenciones encaminadas al entrenamiento en dichas habilidades sociales, deben, para ser exitosas, promover habilidades específicas y concretas, que guarden coherencia con la realidad interpersonal del sujeto, tales como comprensión, diferenciación y regulación emocional, habilidad en la toma de decisiones, asertividad, etc. (Beauchamp & Anderson, 2010). Puesto que las habilidades sociales deben corresponder al contexto real en que la persona se desarrolla, para ser verdaderamente efectivas.

Y es que una de las habilidades sociales de mayor relevancia es la gestión sana de la vida emocional de la persona, ya que ésta es mediadora de todos los procesos interactivos de los individuos, así como de las dificultades de tipo psicopatológicas (Moreira et al, 2014). Esto último lo evidencian Masten et al (2005) al resaltar 3 correlaciones entre psicopatología y gestión emocional: 1) los desórdenes psicológicos contribuyen a carencias en el desarrollo emocional; 2) viceversa, la carencia en el desarrollo emocional contribuye a la aparición de desórdenes psicológicos; y 3) desórdenes psicopatológicos y desarrollo de habilidades emocionales están influenciados por factores comunes. Por su parte Pavarini, Loureiro y Souza (2011) señalan que

las habilidades de autorregulación y diferenciación emocional llevan a un descenso en la posibilidad de manifestar reactividad agresiva; y la carencia de dicha autorregulación emocional se ha asociado a la aparición de diversos de problemas de conducta.

Dentro de las habilidades sociales se encuentra la llamada asertividad, palabra de origen latino que, proveniente del verbo “asserere”, significa afirmar o defender (Gaeta & Galvanovskis, 2009), y que ha pasado a la psicología con ese sentido de afirmación de la personalidad, autoconfianza, autoestima y comunicación segura y eficaz.

Desde la TCC, al surgir esta de una confluencia entre el modelo conductual y el cognitivo, se entiende la asertividad como resultante de ambas vertientes: desde lo conductual, con origen pavloviano, se la entiende como resultado de la historia de aprendizaje, de manera que un ambiente prevalentemente excitatorio conllevaría la consolidación de un patrón de conducta de exploración y de arrojo, con afirmación de las propias capacidades y valencias; mientras que un ambiente prevalentemente inhibitorio conllevaría el desarrollo de un patrón de conducta retraído, marcado por la desconfianza en sí mismo y de carácter pasivo; mientras que desde lo cognitivo, la asertividad se entendería como la capacidad para expresar de forma segura, tranquila, honesta y confiada los propios pensamientos, ideas, deseos, opiniones, etc. (Gaeta & Galvanovskis, 2009).

Dada la relevancia de la asertividad dentro del conjunto de las habilidades sociales, se suelen tomar indiferenciadamente los vocablos habilidad social y asertividad, aunque actualmente ambas son englobadas teóricamente dentro de la llamada competencia social (Garrido, Ortega, Escobar & García, 2010); y más que considerarla una característica de la personalidad, es vista como una conducta encaminada a mejorar los procesos comunicativos

entre las personas con el fin de llegar a acuerdos o compromisos (Naranjo, 2008). Aunque también es vista como conducta encaminada a la búsqueda de la autoafirmación, a expresar inconformidades e intentar defender los propios derechos de forma inteligente.

Lo común a todas las definiciones de la asertividad es la idea de que se trata de una habilidad comunicativa e interpersonal (Alonso, López & Álvarez, 2015). Su estudio como entidad independiente ha proliferado en los últimos años (Trianes et al, 2007) y las investigaciones realizadas demuestran su capital importancia en todo el campo del bienestar psicológico y social de las personas (Palau, Ballester, Morales & Riesco, 2006).

Finalmente la información recogida y estudios previos desde el modelo cognitivo-conductual muestran su eficacia frente a otros tratamientos en el manejo de un trastorno del control de los impulsos y, adicionalmente, parece como mínimo tan eficaz como el tratamiento farmacológico empleado para los diferente trastornos.

## **OBJETIVO GENERAL**

Efectuar un tratamiento cognitivo conductual para el manejo de la sintomatología producto de un trastorno del control de los impulsos no especificado.

### **Objetivos Específicos**

- ✓ Realizar diagnóstico a partir de una entrevista semiestructurada y de la aplicación de pruebas que permitan corroborar el motivo de consulta.
- ✓ Implementar un tratamiento con enfoque cognitivo conductual, para la búsqueda y promoción de estrategias de afrontamiento efectivas para el paciente.

- ✓ Evaluar el proceso terapéutico para determinar su efectividad con relación al objetivo general, planteado inicialmente.

### ***Metodología***

El estudio de caso único es percibido como una herramienta fundamental de aporte investigativo para la psicología clínica, la cual no permite corroborar hipótesis generales, pero si permite testear hipótesis particulares de pacientes específicos (Roussos,2007). Durante el proceso de práctica realizado se atendieron pacientes con diversas problemática: Trastornos de conducta, trastornos de personalidad, problemáticas de pareja entre otras problemáticas que hicieron de cada proceso y caso único.

Para el desarrollo de esta monografía se escogió un caso el cual se explicara con detalle en este apartado, ya que la constancia del paciente permitió el cumplimiento de objetivos y el aprendizaje como profesional en esta área.

### ***Descripción del caso***

El presente trabajo monográfico pretende evidenciar a cabalidad el proceso terapéutico realizado con un paciente cuya sintomatología se relaciona a un trastorno del control de impulsos no especificado.

El estudio de caso único es percibido como una herramienta fundamental de aporte investigativo para la psicología clínica, la cual no permite corroborar hipótesis generales, pero si permite testear hipótesis particulares de pacientes específicos (Roussos,2007).

*Datos sociodemográficos:*

Para abordar el caso se identificó al paciente con un nombre ficticio, con el objetivo de mantener en anonimato su identidad dando cumplimiento a la confidencialidad del proceso.

El consultante de nombre Enrique Meneses, es un hombre de 40 años de edad, casado, con 3 hijos, con un nivel socioeconómico estrato uno. Culmino sus estudios hasta cuarto primaria, a partir de este momento inicia su vida laboral como vendedor ambulante.

Refiere sufrir de colon irritable y ulcera gástrica por lo cual ingiere los siguiente medicamento con uso diario:

Debridat 200 mg. Para el colon

Omeprazol para la ulcera gástrica

*Datos Diacrónicos:*

*Infancia:*

Enrique (paciente) queda huérfano de madre a los 12 años de edad, quedando al cuidado del padre quien ingería con frecuencia sustancias alcohólicas generando maltrato físico y psicológico a sus hijos. El abandono y maltrato generado por el padre lleva al paciente y algunos de sus hermanos a dejar su hogar y quedar bajo la custodia de un tío.

El consultante manifiesta una buena relación con todos sus hermanos sin embargo con mayor afinidad con los mayores, refiere haber compartido hasta corta edad con ellos.

A raíz de la decisión de salir de su casa Enrique refiere que el padre toma iniciativas de acercamiento y en diferentes situaciones le manifestaba la confianza hacia él, considerándolo el mas responsable de sus hijos. La relación distante y conflictiva que mantenía se modifica generando mayor cercanía.

#### *Adolescencia:*

Durante su adolescencia el consultante refiere el inicio de sus actividades laborales como vendedor ambulante, se evidencia la ingesta de alcohol, ya no solo siendo guarapo sino otras sustancias.

El consultante refiere no haber tenido ninguna otra relación sentimental además de la actual, conoció a su actual esposa cuando él tenía 19 años de edad y ella 26 años, con la cual mantuvo una relación de noviazgo de 3 meses e iniciaron una convivencia en unión libre. Deciden casarse año y medio después, cuando su hija mayor cumple 6 meses de nacida. De acuerdo a lo anterior la pareja sentimental del paciente se posiciona como su principal contacto social desde la adolescencia hasta la actualidad.

Enrique refiere que la relación de noviazgo con su esposa fue la mejor experiencia que tuvo pues encontró en ella la madurez y estabilidad que no percibía en otras mujeres.

#### *Aduldez:*

A los 29 años de edad Enrique inicia proceso con alcohólicos anónimos, por dificultades con su pareja las cuales eran atribuidas al consumo de esta sustancia, logrando dejar el consumo de estas, sin embargo las reacciones agresivas del paciente que eran atribuidas al estado de

embriagues continúan presentándose, lo que lo ha llevado a tener conflictos con compañeros de trabajo, esposa, hijos y hermanos.

En el núcleo familiar actual se evidencia una relación conflictiva-distante entre los diferentes miembros de la familia especialmente en la relación del paciente con su hija mayor con quien manifiesta tiene mayores diferencias y con quien no comparte su forma de ser y pensar, los problemas presentados con la relación conyugal en su mayoría son en relación a los hijos y al maltrato verbal y psicológico que este da a su pareja, lo que los ha distanciado y llevado a plantearse como opción el divorcio. A raíz de esto Enrique decide buscar ayuda psicológica para lograr controlar sus impulsos y ser más asertivo en la interacción con sus hijos y esposa.

<b>Parentesco</b>	<b>Edad</b>	<b>Ocupación</b>
Esposa	47	Ama de casa
Hija	20	Vendedora ambulante y estudiante universitaria
Hijo	16	Estudiante bachiller
Hijo	14	Estudiante bachiller

*Datos Sincrónicos:*

El paciente refiere en su motivo de consulta: “gran parte de las peleas familiares son por mi mal genio y vocabulario ofensivo, me salgo de control con facilidad, insultando y ofendiendo a las personas”. Esta situación lleva a la esposa a pedirle la separación lo que impulsa al consultante a buscar ayuda profesional.

Se evidencia deterioro en la relación conyugal debido a las diferentes problemáticas presentadas desde hace varios años como: consumo de alcohol, agresiones verbales, discusiones constantes etc. Lo cual se obtiene de la entrevista realizada a la pareja. Sin embargo el propone asistir a un profesional de psicología para mejorar su comportamiento como último recurso para continuar con la relación de pareja, decisión que acepta su esposa.

A nivel familiar existen conflictos en la relación conyugal, subsistema filial donde de igual forma se presentan agresiones verbales entre estos y parento filial donde la mayor parte de los conflictos son con el padre (paciente) además de evidenciarse que por su trabajo no comparten casi tiempo con su familia lo que ha generado estrés en el paciente por la carga económica que recae sobre el para el sostenimiento del hogar, su esposa se dedica a los oficios del hogar y cuidado de los hijos. La problemática familiar lleva aproximadamente 21 años aunque se evidencia situaciones generadoras de conflicto diferentes a lo largo de la relación.

Se evidencia en el consultante una serie de características que llevan a plantear como hipótesis un trastorno del control de los impulsos no especificado, pues ante las diferentes situaciones adversas el paciente refiere no lograr controlar su expresión verbal, gestual y corporal, manifestando llenarse de ira siendo incapaz de controlarla, y evocando una respuesta agresiva casi inmediata, en ocasiones refiere reconocerse a sí mismo que cometió un error, pero durante la entrevista se manifiestan expresiones de justificación a la conducta de agresividad.

DOMINIOS	DESCRIPCION
<b>EMOCIONALIDAD / AFECTIVO</b>	En la historia del paciente se evidencia figura materna ausente por fallecimiento y abandono por parte del padre, la relación entre hermanos fue distante. De esta forma el paciente crece con sensación y pensamientos de inferioridad e inseguridad que generan que en la actualidad presente temor a la soledad y el

	<p>abandono. Esto se ve reflejado en la relación con su pareja hacia quien se evidencia dependencia. A demás el paciente establece relaciones conflictivas en las diferentes esferas de su vida (siente que las personas van en contra de él y quiere afectarlo) por lo cual el paciente evita establecer relaciones interpersonales cercanas, lo cual limita su red de apoyo.</p>
<p><b>COGNOSCITIVO /VERBAL</b></p>	<p>Al verse involucrado en una situación conflictiva el paciente reacciona de forma impulsiva, gritando e imponiendo su posición frente al otro, lo que genera un cambio en su ritmo cardiaco y en ocasiones temblor. El paciente considera que su respuesta impulsiva es causada por el poco reconocimiento y respeto de los otros hacia él. Sin embargo cabe resaltar que el paciente no era consciente de su reacción agresiva y exacerbada ante situaciones de fácil manejo, finalmente se evidencia que en su infancia la dinámica de comunicación no fue asertiva, ya que el padre hacia comentarios al paciente de forma agresiva y generalmente bajo los efectos del alcohol.</p>
<p><b>INTERACCION SOCIAL</b></p>	<p>El paciente presenta dificultades para establecer relaciones sociales asertivas, pues siente con frecuencia que las personas quieren que el este mal y no le reconocen aspectos positivos en su forma de actuar. Mantiene un grupo social cercano limitado, a pasar que desempeña laboralmente en un entorno social amplio.</p>
<p><b>REPERTORIOS RELACIONADOS CON LA SALUD</b></p>	<p>El paciente refiere un diagnóstico clínico de: colon irritable y ulcera gástrica, así mismo añade que consumió alcohol desde su infancia a su adultez. El paciente consume medicamentos diariamente y en un programa de alcohólicos anónimos deja el consumo de bebidas alcohólicas, esto lleva al paciente a pensar que tiene establecidos actualmente hábitos que favorecen su salud física, sin embargo hay un acercamiento adecuado al concepto de salud ya que no se evidencia la realización de alguna actividad física, ni destina espacios que promuevan su salud emocional.</p>

<b>CONTEXTOS</b>	
<b>ACADEMICO</b>	El paciente crece en una familia cuyos intereses difieren de una preparación académica, por lo cual desde muy niño, Enrique inicia a trabajar y desempeñarse en diferentes actividades, así mismo su condición socioeconómica le obliga a buscar labores remuneradas y percibir el estudio como algo secundario.
<b>FAMILIAR</b>	El paciente nace en una familia conformada por padre, madre y hermanos. Sin embargo, a una corta edad la madre fallece y quedan bajo el cuidado del padre, quien por el consumo de alcohol expuso al paciente a diferentes situaciones de maltrato verbal y físico y posterior a ello al abandono. Actualmente Enrique vive con su esposa y tres hijos, mantienen una relación familiar disfuncional.
<b>COMPORTAMIENTO SEXUAL</b>	Durante la entrevista realizada se identifica que los comportamientos frente a esta área no han sido perturbados ni afectados.
<b>CONDICIONES AMBIENTALES</b>	El paciente se desempeña como vendedor ambulante en el terminal. Estas condiciones no son favorables, generando competencia constante, a su vez la cantidad de vendedores dificulta en ocasiones mantener un ingreso económico estable, lo que genera irritabilidad en Enrique, teniendo en cuenta que es el principal y único sustento económico de su familia.

*Evaluación Multiaxial:*

EJE I: F 63.9 Trastorno del control de los impulsos no especificado

EJE II: ningún diagnóstico

EJEIII: colon irritable y úlcera gástrica

EJEIV: problemas relativos al grupo primario de apoyo

EJEV: EEAG 74 (actual)

### *Evolución:*

El paciente refiere que los problemas en la interacción familiar inician a raíz del consumo de alcohol, ya que durante la entrevista se hace evidente el consumo con frecuencia desde la adolescencia etapa donde inicia la relación de noviazgo con su esposa hasta aproximadamente los 30 años de edad acompañados además de otras sustancias. El paciente toma la iniciativa de asistir a un grupo de alcohólicos anónimos con el apoyo de su familia y logra dejar de consumirlo, pero después de un tiempo continúan los conflictos en la relación de pareja e interacción familiar debido a su irritabilidad y poco control de impulsos y manejo de emociones situación que en varias ocasiones lleva a la pareja a plantar la idea de separación, la cual siempre quedaba en las discusiones. Actualmente después de una discusión la esposa pide al paciente la separación y a causa de esta situación toman la iniciativa de buscar ayuda profesional, aunque es evidente que el planteamiento del divorcio como opción a sus conflictos era permanente en las discusiones, la frecuencia y el tiempo que llevaban en esta forma de interacción hacen que la esposa bajo un estado emocional más estable busque al paciente y manifieste su deseo de separación, conversación que se dio después de la discusión y bajo un estado más consciente.

Algunos comportamientos y pensamientos del paciente permiten generar como hipótesis inicial un diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada, el cual se invalida con la aplicación de la M.I.N.I donde no se cumplió con los criterios necesarios para este diagnóstico.

Por otra parte, se estableció una segunda hipótesis donde se plantea que la dinámica de interacción familiar y social en el cual creció y enfrentó el paciente desde su infancia hizo que adquiriera como estrategia de afrontamiento una postura agresiva- defensiva en la resolución de

conflictos, además el temor al abandono hace del paciente una persona que genera vínculos dependientes.

Esta Hipótesis planteada se validó, durante el transcurso del proceso de evaluación e intervención, en el cual a través de la aplicación de diferentes instrumentos, entrevistas y técnicas realizadas, se logra identificar la dificultad en el establecimiento de relaciones interpersonales asertivas, donde prevalece una reacción impulsiva y agresiva como estrategia de afrontamiento ante las diferentes situaciones.

#### *Diagnóstico diferencial:*

Se realizó un diagnóstico diferencial con el trastorno de ansiedad generalizada revisando los criterios como se expuso anteriormente, donde a través de la M.I.N.I se logró evidenciar que el paciente no cumplió con los criterios necesarios para establecer y formular el caso con dicho trastorno.

#### *Instrumentos de evaluación:*

Para la realización del proceso terapéutico y dadas las condiciones éticas de la profesión de psicología, se planteó en primera instancia un formato de consentimiento informado que garantizara la confidencialidad de la información adquirida en el proceso:

- ✓ *Consentimiento informado del Instituto de Familia y Vida de la Universidad Pontificia Bolivariana:* define la confidencialidad de la información dada durante el proceso, especificando la aceptación del paciente frente a los parámetros de atención del instituto como valor de la consulta y asignación de citas y a su vez mostrando su derecho a abandonar el proceso terapéutico en el momento que lo desee. (Anexo 1).

- ✓ *Historia clínica del Instituto de Familia y Vida de la Universidad Pontificia Bolivariana:* este formato recoge información específica como aparición del problema, datos comportamentales, estructura familiar, diagnóstico diferencial, antecedentes médicos, objetivos del proceso terapéutico entre otras. Permitiendo al final un espacio para una breve descripción de lo realizado en cada consulta. (Anexo 2).
- ✓ *Historia clínica personal:* en este formato se especifican datos de interés particular relativos al grupo primario, aparición del problema, percepción de la situación problemática, descripción del desempeño del paciente en diferentes áreas y expectativas relativas al proceso terapéutico. (Anexo 3).
- ✓ *Mini:* La M.I.N.I es una entrevista diagnóstica estructurada de breve duración que explora los principales trastornos psiquiátricos del eje I del DSM-IV y el ICD- 10. Estudios de validez y de confiabilidad se han realizado comparando la M.I.N.I con el SCID-P para el DSM-III-R y el CIDI (una entrevista estructurada desarrollada por la Organización Mundial de Salud para entrevistadores no clínicos para el ICD-10). Los resultados de estos estudios demuestran que la M.I.N.I tiene un puntaje de validez y confiabilidad aceptablemente alto, pero puede ser administrado en un período de tiempo mucho más breve (promedio de 18.7 = 11.6 minutos media 15 minutos) que los instrumentos mencionados.
- ✓ *ASPA (pareja) pre y post (Carrasco, 1996)* El cuestionario de aserción en la pareja ofrece la posibilidad de evaluar de qué manera cada miembro de la pareja se enfrenta a situaciones conflictivas. Este cuestionario tiene como objetivo evaluar la frecuencia con que se utiliza las cuatro estrategias de afrontamiento: asertivas, agresivas, sumisa y agresivo-pasivo en situaciones conflictivas. ASPA maneja dos formas A y B en las cuales

se evalúa la percepción frente a la reacción propia y la percepción frente a la reacción de la pareja. Este cuestionario consta de 40 ítems en cada una de sus formas A y B y 6 opciones de respuesta: casi nunca (1), raramente (2), ocasionalmente (3), con frecuencia (4), generalmente (5), casi siempre (6). (Anexo 5).

- ✓ *Escala de Habilidades Sociales (pre y post) (Gismero, 2002)* Está compuesta por 33 ítems, de los cuales 28 están referidos para evaluar la falta de aserción o déficit en las habilidades sociales. Esta escala tiene cuatro alternativas de respuesta; “No me identifico en absoluto; la mayoría de las veces no me ocurre o no lo haría-Mas bien no tiene que ver conmigo, aunque alguna vez me ocurra- Me describe aproximadamente, aunque no siempre actúe o me sienta así-Muy de acuerdo y me sentiría o actuaría así la mayoría de los casos”. A mayor puntuación global, el sujeto expresa más habilidades sociales y capacidad de aserción en distintos contextos. Este test muestra el funcionamiento de la persona en seis factores: 1. Autoexpresión 2. Defensa de sus propios derechos 3. Expresión de enfado o inconformidad 4. Decir no 5. Hacer peticiones al sexo opuesto 6. Iniciar interacciones positivas. (Anexo 4)

#### *Procedimiento:*

Los usuarios solicitan el servicio de psicología el cual es recepcionado por estudiantes de pregrado de la universidad Pontificia Bolivariana, en el cual se registra información referente al motivo de consulta y datos de identificación, posterior a esto se le asigna el caso a una psicóloga practicante de especialización

En este apartado se realizara un recorrido por el proceso realizado con el paciente, evidenciando su evolución en relación a la problemática tratada. Seguidamente se llevará a cabo una descripción de las pruebas aplicadas en el transcurso del proceso terapéutico.

<b>Sesión 1.</b>	
Objetivo	Establecer rapport, y toma de datos necesarios para el planteamiento de objetivos terapéuticos.
Desarrollo	<p>Se realizó encuadre terapéutico con el paciente, se dialoga sobre las condiciones y pautas establecidas para llevar a cabo el proceso como: Honorarios, duración de las sesiones y expectativas frente al proceso terapéutico.</p> <p>Se hizo entrega del consentimiento informado, donde se aclaran y abordan áreas como: la terapia, confidencialidad, autonomía para continuar o abandonar el proceso, honorarios e información general.</p> <p>Una vez abordada esta información se inicia el proceso de Psicoeducación en cuanto al modelo cognitivo-conductual y explicación del plan a seguir durante el proceso terapeutico. Así mismo a través de una entrevista semi estructurada se indagando sobre las diferentes áreas del paciente (infancia, familia) para obtener datos relevantes para el proceso. Finalmente se pidió la percepción del paciente frente a la consulta y se asignó nueva fecha.</p>
Tarea	
Evaluación	El paciente expresa de forma abierta la situación generadora de conflictos, mostrando disposición ante la interacción dada en la sesión, sin embargo se

	evidencia dificultad en sostener un contacto visual durante el desarrollo del proceso. Se logra diligenciar los datos dados en la historia clínica evidenciando confianza por parte del consultante al expresarse sobre cada punto abarcado.
--	--

<b>Sesión 2.</b>	
Objetivo	Identificar pensamientos, situaciones y aspectos relevantes de la situación problemática.
Desarrollo	<p>Durante esta sesión se da continuidad a la recolección de información indagando a través de una entrevista semi estructurada con el fin de establecer correctamente el objetivo terapéutico. El paciente muestra un reconocimiento de las conductas y pensamientos que lo han llevado a conflictos principalmente con su familia, donde la forma de comunicación no es favorable pues se verbalizan cosas como: “Gorda, inservible” o por medio de su expresión corporal agrede al otro. Se identifica un apego de parte del paciente hacia su esposa que puede ser interpretado como dependencia o temor a ser abandonado. Por otra parte, se evidencia inconformidad por el poco reconocimiento que quisiera obtener de su familia en especial de su pareja en relación a los esfuerzos realizados por cambiar conductas que generaban conflictos tales como el consumo de alcohol.</p> <p>Finalizando la consulta se establece junto al paciente los objetivos terapéuticos:</p> <p>Establecer un Diagnóstico Acertado, que permita orientar correctamente el proceso.</p> <p>Potenciar estrategias que favorezcan la funcionalidad del paciente en los diferentes entornos.</p>

Tarea	
Evaluación	Se evidencia durante la sesión que el deseo de separación de la esposa es la razón principal que motiva al paciente a buscar ayuda profesional. Se identifican dificultades en la relación familiar durante la infancia que podrían estar relacionados con la forma de interacción verbal y corporal del paciente en la actualidad. Finalmente el paciente se muestra participativo en el establecimiento de los objetivos terapéuticos

<b>Sesión 3.</b>	
Objetivo	Evaluar e identificar, si existe, comorbilidad con algún trastorno.
Desarrollo	<p>Se realiza la aplicación de los instrumentos para establecer acertadamente un diagnóstico, dando una introducción al paciente acerca de lo que se pretende obtener y la importancia de aplicar pruebas que orienten y corroboren el proceso terapéutico.</p> <p>Para ello se aplicaron los siguientes instrumentos.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ M.I.N.I</li> <li>✓ ASPA (Carrasco, 2002)</li> <li>✓ Escala de Habilidades Sociales (pre y post) <i>Gismero (2012)</i></li> </ul>
Tarea	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Se plante al consultante llevar un registro de las situaciones de conflicto y su reacción ante esta.</li> </ul> <p>Autorregistro: situación, pensamiento, emoción, conducta</p>
Evaluación	Se cumple con la aplicación de los instrumentos propuestos.

	El paciente se muestra motivado ante la tarea asignada para el transcurso de la semana.
--	---

<b>Sesión 4.</b>	
Objetivo	Entrenar al paciente en técnicas que faciliten el afrontamiento a las diferentes situaciones.
Desarrollo	<p>En esta sesión se inicia el proceso con la socialización y explicación de los resultados obtenidos de las pruebas aplicadas que favorecen y orientan la propuesta de trabajo establecida. Se hace revisión de la tarea de autorregistro, donde el paciente refiere haber realizado la actividad durante la semana pero no hace el registro escrito de esta misma, lo cual lleva a un cambio en el desarrollo de la sesión realizando el trabajo planteado con dicha tarea de forma verbal evocando con detalle cada una de las situaciones de impulsividad del consultante, se explica la importancia del cumplimiento de actividades planteadas para desarrollar fuera de consulta. Con la actividad asignada al paciente, se evidencia el poco control sobre sus emociones y conductas ante situaciones en las que su familia le contradice o refuta algún comentario u orden dada por él. Se evidencia que gran porcentaje de los conflictos presentados son en la relación paciente- hija (mayor) reaccionando con gritos e insultos. De este modo se realiza el trabajo en técnicas que permitan un mejor manejo de sus emociones.</p> <p>Para esto anterior se hace un entrenamiento en tiempo fuera, retirándose físicamente del espacio y dirigirse a un lugar que evoque tranquilidad durante</p>

	<p>un breve espacio de tiempo.</p> <p>Finalmente se introduce al paciente en la importancia de educar en habilidades sociales ya que aunque en menor porcentaje se hace evidente que los conflictos presentados también surgen en las demás áreas de su vida. (trabajo- familia extensa).</p>
Tarea	<p>Ante situaciones de conflicto poner en práctica la técnica de tiempo fuera, Continuar con autorregistro.</p>
Evaluación	<p>El paciente muestra disposición ante el aprendizaje de la nueva técnica para el manejo de situaciones conflictivas, realizando los ejercicios dentro de la sesión, al finalizar dicha actividad se pide a este mismo el planteamiento de algunas situaciones que genera conflictos, en las cuales vea favorable emplear el “tiempo fuera”. El consultante manifiesta su satisfacción ante la actividad realizada y se logra evidenciar un entendimiento y puesta en práctica de la estrategia enseñada.</p>

<b>Sesión 5-6-7.</b>	
Objetivo	Entrenar al paciente en técnicas que faciliten el afrontamiento a las diferentes situaciones

Desarrollo	<p>Al inicio de la sesión se realiza una síntesis de la técnica trabajada y la información adquirida referente a la historia del paciente, donde se identifican esquemas de dependencia reforzados por la historia de vida del paciente que involucra a su pareja como único vínculo de confianza. Se inicia el trabajo en técnicas de respiración diafragmática.</p> <p>Durante esta sesión se realiza entrenamiento en técnicas de respiración diafragmática donde se pretende que la respiración se centre en la zona baja de los pulmones que genera un movimiento abdominal, a su vez permite mayor cantidad de aire, por lo cual genera una mejor ventilación en los pulmones y activa el sistema nervioso parasimpático, que es el encargado de la respuesta de relajación. Durante la consulta se realiza ejercicios en una silla reclinable, dando una explicación detallada de cómo realizar esta técnica</p> <p>Continuado el proceso se realizaron ejercicios donde se lleva al paciente a tener atención al detalle para lograr identificar aspectos que generan molestia fortaleciendo entrenamiento en técnicas para el control de los impulsos.</p> <p>Al finalizar dicha actividad se pide al paciente el planteamiento de algunas situaciones que genera conflictos con mayor frecuencia realizando un juego de roles donde sea necesaria la puesta en práctica de las técnicas.</p> <p>Para el trabajo en esta sesión se realiza revisión de la tarea de autorregistro, logrando identificar reacciones y pensamientos inapropiados ante situaciones cotidianas. Con base en esto se inicia entrenamiento en estrategias de autocontrol como detención del pensamiento ya que es una técnica a la cual el paciente puede recurrir antes, durante o después de la situación problema, para ello se pide al</p>
------------	--

	<p>paciente que al sentirse incomodo o alterado, preste atención al tipo de pensamiento que tiene en ese momento e identifique connotaciones negativas, logrado esto anterior, el paciente deberá decir para el mismo expresiones como “basta” y sustituir esos pensamiento de culpabilización, fracaso, ira por otros más positivos.</p> <p>Así mismo se empleó la técnica de relajación muscular. Se entrenó al paciente en esta técnica para lograr con mayor facilidad la relajación de todos sus músculos teniendo en cuenta la tensión corporal que presenta Enrique ante situaciones de conflicto o que generan ansiedad.</p> <p>En la consulta se trabaja sobre la preocupación del paciente por el inicio de la sexualidad de su hijo de 16 años lo que dice que lo desestabilizo, pero que logro tomar un poco de control con algunos de los ejercicios realizados en consulta, se hace un trabajo de entrenamiento al padre para abordar esta temática.</p> <p>Se realiza una psicoeducación en asertividad (pasivas-asertivas-agresivas) ubicando al paciente al inicio de la terapia en <i>agresiva</i> y evidenciándose una evolución donde toma una postura asertiva frente a un mayor número de situaciones, lo cual se evidencio por medio de juego de roles y dialogo terapéutico.</p>
Tarea	<p>Ante situaciones de conflicto poner en práctica las técnicas de respiración y las demás estrategias de afrontamiento abarcadas en la terapia. (inicia periodo de vacaciones del instituto de familia y vida)</p>
Evaluación	<p>El paciente muestra disposición ante el aprendizaje de las nuevas técnicas para el control de sus impulsos, realizando los ejercicios dentro de la sesión. El</p>

	consultante manifiesta su satisfacción ante la actividad realizada y se logra evidenciar en el juego de roles un entendimiento y puesta en práctica de las estrategias abordadas. Reconoce con facilidad las dificultades que ha tenido en las relaciones interpersonales debido a sus respuestas agresivas.
--	--

<b>Sesión 8.</b>	
Objetivo	Evaluar los avances en el desarrollo terapéutico.
Desarrollo	<p>Después de un mes de receso, se retoma la terapia iniciando con un entrevista donde se perciba el manejo y control de impulsos en situaciones difíciles presentadas en este lapso de tiempo, evidenciándose una disminución de situaciones que ponen fuera de control al paciente, en la revisión del autorregistro se perciben situaciones puntuales frente a las cuales se evidencio un mejor manejo y control de impulsos en situaciones puntuales como: <i>“mi hijo nos contó a mi esposa y a mí que había iniciado relaciones íntimas con su novia”</i>. Esta anterior fue una de las situaciones que genero mayor inestabilidad en el paciente debido a sus creencias religiosas y experiencia personal, sin embargo se percibe un progreso en el paciente sustentado en la técnicas abarcadas donde no hubo una retirada de parte de este hacia su hijo evitando algún tipo de reacción agresiva ante la sensación de decepción (tiempo fuera), logrando tomar control de sus impulsos y emociones para después abordar la situación de forma asertiva en familia. Además de esto anterior se logra identificar por medio del dialogo socrático el avance en la forma de manejar las situaciones conflictivas de una forma más funcional en relación a situaciones pasadas.</p>

Tarea	
Evaluación	Se percibió una disminución en la ansiedad del paciente frente al inicio de la sexualidad de su hijo (nivel de ansiedad 0-10), se evidencio mayor control ante situaciones que antes generaban malestar y respuestas agresivas y puesta en práctica las estrategias y técnicas empleadas en consulta.

<b>Sesión 9-10.</b>	
Objetivo	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Evidenciar avances y progreso en el proceso terapéutico</li> <li>-Prevención y seguimiento al proceso terapéutico.</li> </ul>
Desarrollo	<p>Se realizó una post aplicación del instrumento de EHS para evaluar el progreso del paciente.</p> <p>Se inicia realizando un recorrido por el proceso del paciente evidenciando mejorías y aspectos los cuales son necesarios seguir fortaleciendo y se informa que el proceso ya está finalizando.</p> <p>Seguido a esto se realiza una post aplicación de la escala de Habilidades sociales para evaluar la mejoría percibida de forma cuantitativa. Seguidamente se realiza un proceso de retroalimentación donde se pide al paciente que sintetice en las estrategias abarcadas y su funcionalidad, obteniendo una respuesta satisfactoria.</p> <p>Finalmente se manifiesta al paciente la posibilidad sentir emociones como la ira o el enfado no siendo esto algo negativo en la reacción emocional de un ser humano, no obstante se recalca en la adquisición de herramientas para controlar dichas emociones.</p>

Tarea	
Evaluación	El paciente muestra un reconocimiento de sus avances, y una postura positiva frente al proceso terapéutico.

*Seguimiento.*

Para corroborar que el proceso terapéutico ha sido funcional para el paciente y realizar el seguimiento del caso, se efectúan llamadas telefónicas una vez por mes, durante dos meses donde el paciente refiere continuar empleando las estrategias aportadas durante el proceso. Se realiza sugerencia de continuar con un proceso de terapia de pareja.

*Resultados*

El proceso adelantado, comprendió tres sesiones de evaluación clínica, donde se implementaron actividades adicionales a las realizadas dentro de la consulta, como son los autoregistros. Se realizó la conceptualización del caso y seguido a esto el plan de intervención.

Así pues hasta este punto pueden enunciarse los siguientes resultados en el proceso llevado a cabo.

En primera instancia, los instrumentos administrados, ofrecieron resultados de vital importancia para la evaluación del proceso del paciente. De este modo el proceso se inició con el diligenciamiento de la M.I.N.I, el cual fue fundamental para conceptualizar la problemática presentada.

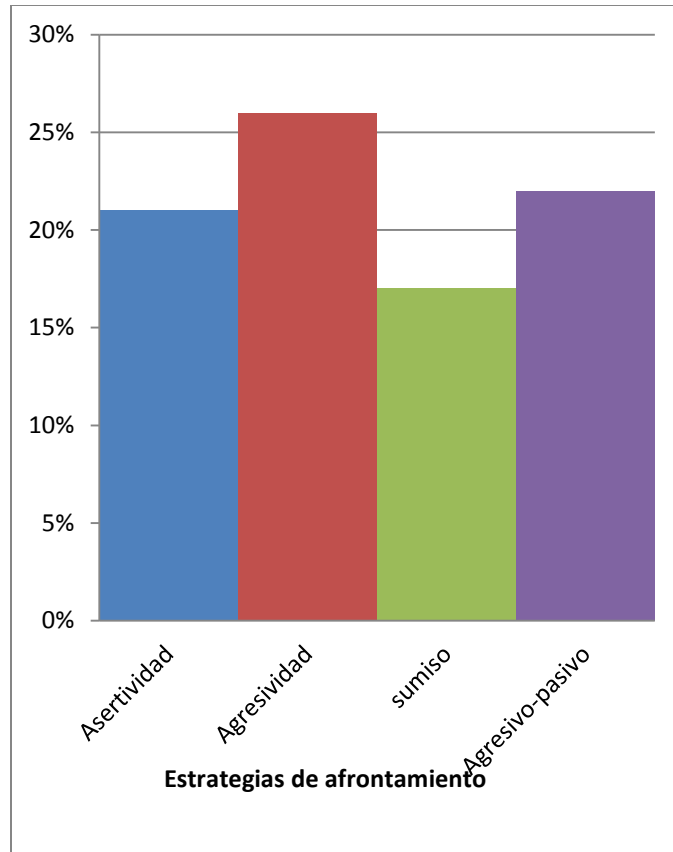
La M.I.N.I, permitió un primer acercamiento a las conductas problema presentadas por Enrique, en la cual el paciente mostro disposición y compromiso con la aplicación. Durante la aplicación se cumple con los criterios establecidos para u trastorno del control de los impulsos.

- ✓ Cuestionario de aserción en la pareja ASPA (Carrasco, 2002)

(Anexo 5)

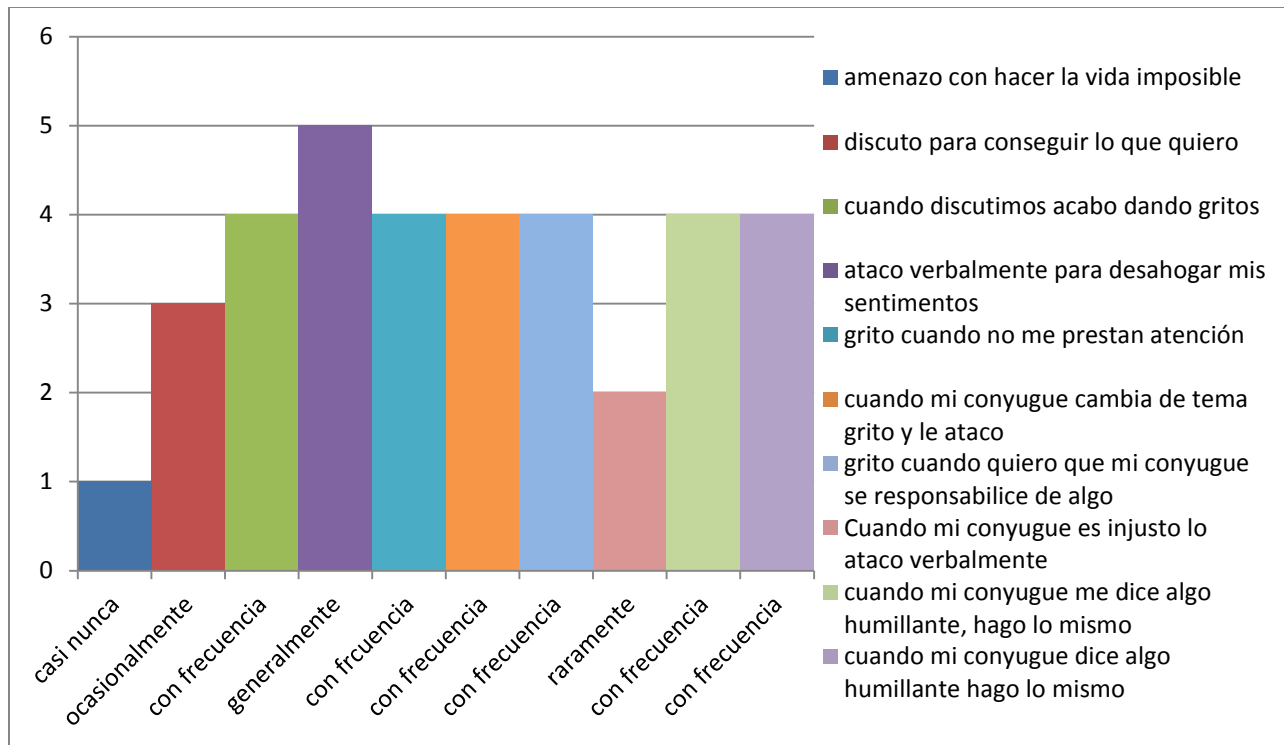
Este cuestionario se aplicó únicamente al paciente en la forma A, con el objetivo de evaluar con qué frecuencia utiliza las cuatro estrategias diferentes de afrontamiento planteadas en ASPA. De acuerdo a lo anterior se evidencio que en un 26% de las situaciones Enrique apropia una postura agresiva en la resolución de situaciones conflictivas, así mismo afronta las diferentes situaciones de una forma agresivo-pasivo con un porcentaje de 22% , seguido de un 21% con una postura asertiva y 17% sumisa.

Ahora bien, al evaluar la presencia y/o frecuencia de las diferentes estrategias de afrontamiento en una escala de 1 a 6, en donde 1 es casi nunca, 2 es raramente, 3 ocasionalmente, 4 con frecuencia, 5 generalmente y 6 casi siempre, se encontraron los resultados consignados en la figura 1:



**Figura 1. Frecuencia de estrategias de afrontamiento**

En la Figura 1. Se evidencia un nivel alto en reacciones agresivas con tendencia agresivo-pasivo en la interacción con su conyugue. Así mismo es visible que el paciente asume en menor proporción una respuesta sumisa ante la presencia de una situación de conflicto.



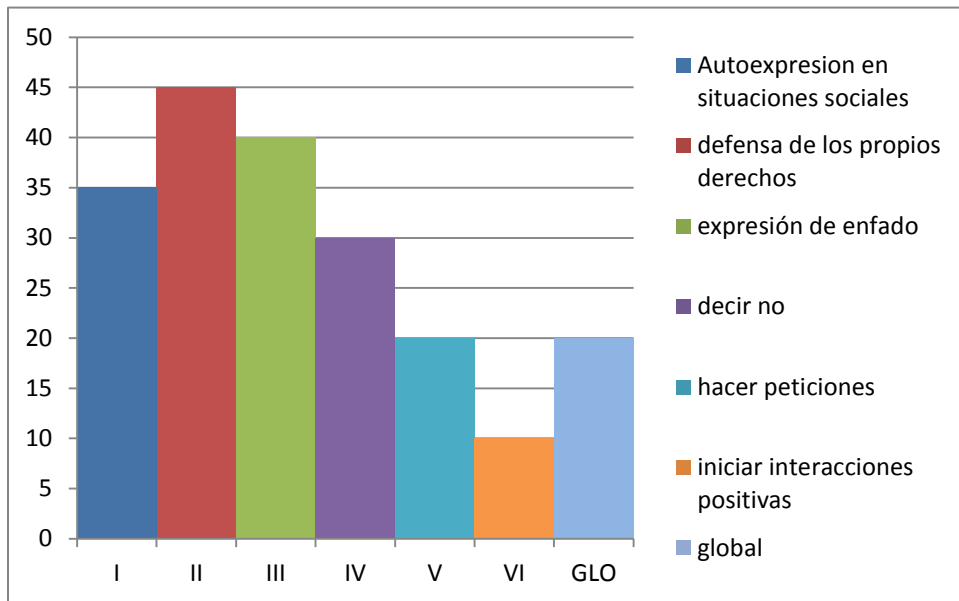
**Figura 2. Agresividad**

Teniendo en cuenta lo evidenciado en la figura 2 se percibe un nivel alto en reacciones agresivas e impulsivas ante diferentes situaciones cotidianas de la convivencia en pareja, reaccionando con mayor frecuencia con gritos y amenazas para mostrar su desacuerdo. Así mismo en un pequeño porcentaje se evidencia que el paciente no mantiene su conducta agresiva por un largo periodo de tiempo, lo que permite mostrar una reacción producto de su impulsividad.

✓ Escala de habilidades sociales (Gismero, 2002) (Anexo4).

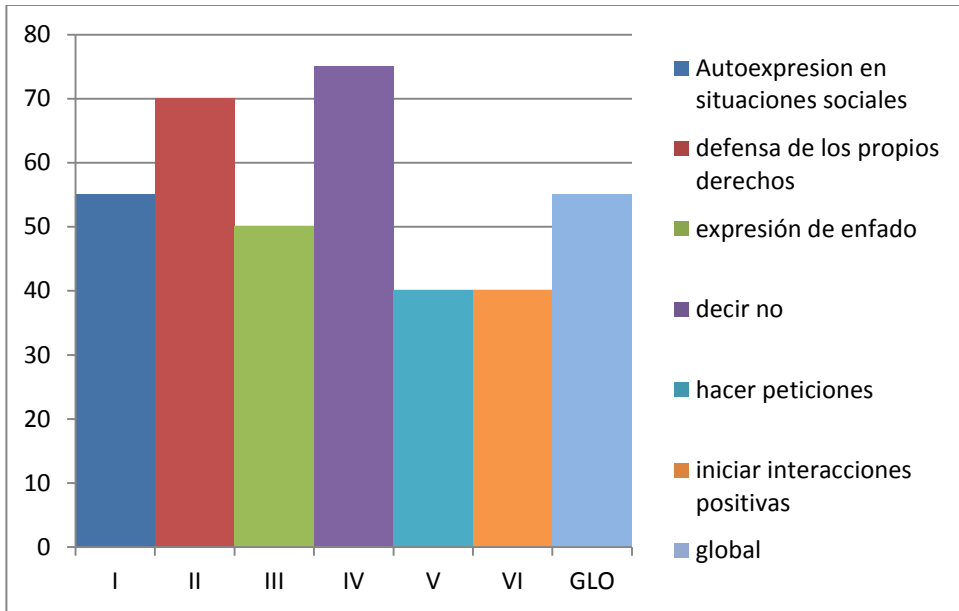
A través de este cuestionario se encuentra que de las 6 sub escalas evaluadas la puntuación más alta es en la sub escala II que refleja la habilidad para defender los propios derechos como consumidor, seguido de la sub escala III que refleja la facilidad para expresar su enfado y/o

inconformidad; estas acciones se han hecho evidentes en su interacción social, sin embargo es importante mencionar que la forma en que el paciente las lleva a cabo es poco asertiva. De igual modo, se evidencia dificultad en la sub escala VI que implica iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto. Ahora bien para evidenciar las habilidades sociales del paciente se consignó lo encontrado en la siguiente figura:



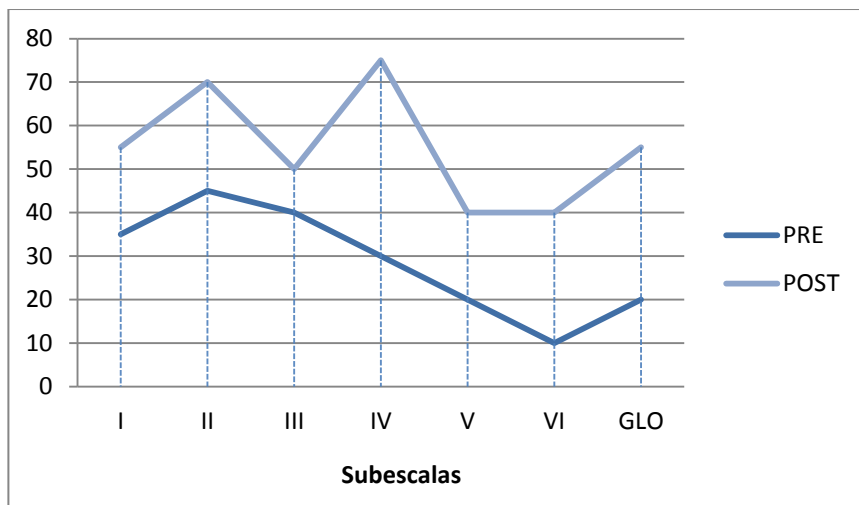
**Figura 3. Nivel de habilidades sociales por sub escalas Pre intervención**

La gráfica 3. Evidencia una puntuación global de 20 siendo la puntuación mínima y máxima 99, mostrando dificultad en la habilidad social del paciente para enfrentar situaciones de interacción con otros.



**Figura 4. Nivel de habilidades sociales por sub escalas Post intervención**

Así mismo, en la figura 4 se muestra el aumento significativo en cada una de las sub escalas en relación a la figura 3, al igual que el aumento en la puntuación global, lo que permite evidenciar un aumento en las habilidades sociales de Enrique.



**Figura 5. Resultados EHS Pre-Post tratamiento**

Los resultados obtenidos a partir de esta prueba evidencian una evolución en la adquisición de habilidades sociales asertivas del paciente previa y posterior a la implementación del tratamiento, de este modo se logra evaluar la efectividad del mismo. Paralelamente, se realizó una evaluación cualitativa de su evolución a partir del dialogo terapéutico y ejercicios dentro de este espacio, en donde se logró establecer una notoria mejoría, así como gran conformidad por parte de Enrique quien puso en práctica las estrategias empleadas en la terapia, para enfrentar las situaciones diarias en la interacción con los otros.

A partir de los resultados de las pruebas mencionadas y el autoregistro permitió identificar las situaciones que anteceden a la conducta agresiva del paciente y revisar con detalle las estrategias implementadas por Enrique para manejar la situación. Se muestra poco asertivo tomando una postura defensiva, en la que grita y no permite la comunicación de la otra parte, en ocasiones refiere uso de vocabulario fuerte para referirse en especial a su hija. Estos resultados permiten corroborar y servir de apoyo al proceso diagnóstico.

Con el cuestionario ASPA se logró evaluar aspectos ligados a la relación de pareja, como parte del proceso diagnóstico de los problemas mencionados por Enrique, ya que lo que lleva al paciente a recurrir a este proceso es la disolución de su relación si no se evidencian cambios en su interacción familiar.

Por otra parte la conceptualización del caso clínico, condujo al diseño de un plan de intervención orientado a las variables planteadas como causales, con el fin de ampliar la probabilidad de efectividad y eficacia en el proceso psicoterapéutico.

El plan de intervención fue pensado a partir del análisis e integración de los datos obtenidos durante la evaluación, los aportes teóricos e investigaciones previas.

## **Discusión**

Bobes, Sáiz, Gonzales & Bousoño (1999) definen la ansiedad como un proceso de activación del sistema nervioso central producto de una estimulación externa. Esta estimulación puede incurrir en síntomas como el miedo a perder el control, despersonalización, insomnio, irritabilidad, afectación cardiovascular, respiratoria, digestiva, neuromuscular y/o neurovegetativa, entre otras. Esta sintomatología es habitual en pacientes que experimentan una reacción dañina hacia el mismo o hacia al otro como se describe en el DSM-IV el trastorno de control de impulsos no especificado.

Ahora bien, ante la necesidades del paciente por controlar y manejar asertivamente su respuesta a las diferentes situaciones, se implementó un tratamiento cognitivo-conductual que incluyo la ejecución de técnicas de respiración y relajación, entrenamiento en habilidades sociales, entrenamiento en asertividad, entrenamiento en autocontrol y psi coeducación, ya que como afirma Piper y Joyce (citado por caballo, 2001) estas técnicas muestran ser eficaces para el tratamiento de estos trastornos, cuando uno de los propósitos fundamentales es disminuir los síntomas y mejorar el funcionamiento social y laboral. La efectividad de estas técnicas en el tratamiento del trastorno del control de los impulsos ha sido documentada en la teoría por diversos autores.

A través de estrategias que implican acción, tales como las plantea Turner (1989, 1994) se logró mayor funcionalidad en relación al cuadro que presentaba el paciente ante algunas situaciones que se identificaron por medio de tareas para casa y autor registros, permitiéndole al paciente tener autocontrol e incorporar estrategias asertivas que conducen a un adecuado manejo de las situaciones, lo cual se hizo evidente durante el juego de roles dado en consulta y a su vez por medio de la post aplicación de la EHS.

Ahora bien, en el transcurso de la intervención se hizo necesaria la implementación de estrategias como lo es la representación de papeles e inversión del papel con el fin de favorecer el proceso, ya que el paciente no evidenciaba el daño generado en el otro a hacia el mismo, dejándose desbordar con facilidad. Así mismo se identificó que en situaciones problemáticas el paciente recurría con mayor frecuencia a la técnica de tiempo fuera como estrategia de afrontamiento, siendo este afrontamiento de tipo pasivo conductual, dirigido a la respuesta emocional (Fernandez, 1997). A partir de este hecho, se identificó que el paciente se exaltaba con facilidad al retomar la situación problema con el fin del dialogo. Por medio del proceso se logró establecer estrategias para la resolución de conflictos y dialogo asertivo.

Finalmente el uso en técnicas de relajación como la respiración diafragmática y técnica de relajación muscular progresiva (Jacobson citado por Chóliz, s.f) mostro su efectividad teórica en el manejo de la tensión. Por medio de estas técnicas que fueron implementadas positivamente por el paciente se logró disminuir el estado de alteración emocional y conductual, evitando la aparición de conductas que generaran la reacción impulsiva.

Desde una perspectiva personal del estudio de caso abordado, se logró identificar la reacción propia de ausencia de control de los impulsos, que generaba malestar por la sintomatología propia del diagnóstico en el consultante. Por otra parte, se identifican vivencias críticas en la historia de vida del paciente, como es la relación con su padre desde la infancia donde el maltrato físico, verbal y consumo de sustancias alcohólicas primaba en la dinámica relacional.

A partir de lo anterior, se evidencia correspondencia entre la disponibilidad teórica de tratamientos cognitivos conductuales para el control de los impulsos y su efectividad en la práctica clínica. Es importante mencionar que dicha efectividad responde a la constancia del

paciente, la realización de las tareas y el reconocimiento de las diferentes técnicas que sean más apropiadas para el mejoramiento de la calidad de vida del consultante, las cuales se identificaron por medio de una post aplicación de la Escala De Habilidades Sociales, Juego de roles y dialogo Socrático. De no implementarse estas técnicas para el manejo de las diferentes situaciones en la vida diaria, estas técnicas no hubiesen tenido el impacto favorable que logro conseguirse al finalizar el proceso terapéutico. Sin embargo es importante recalcar la importancia de dar continuidad al proceso terapéutico de Enrique, ya que aunque hubo una mejoría notable en la adquisición de habilidades sociales y estrategias de afrontamiento en el paciente, sigue siendo pertinente el trabajo en ellas. Además se recomienda iniciar una terapia de pareja, siendo los conflictos conyugales la principal motivación para iniciar este proceso.

De acuerdo a lo descrito anteriormente este trabajo aporta a la comunidad científica un estudio de caso enfocado a la eficacia de un tratamiento cognitivo conductual en pacientes con un trastorno del control de los impulsos, pues según Jokić-Begić dentro de la amplia gama de desórdenes que son susceptibles de ser tratados desde el modelo de la TCC se encuentran los desórdenes por Control de los Impulsos para los cuales ha mostrado gran eficacia. Por medio de la presente monografía se deja al descubierto el efecto en la implementación de las diferentes técnicas que desde la teoría nos plantean para el manejo de un trastorno del control de los impulsos, las cuales favorecieron la autorregulación y control de la respuesta emocional y conductual del paciente.

## **Conclusiones**

Realizando un recorrido por el proceso terapéutico del paciente se evidencia que finaliza con mejores herramientas de autocontrol y así mismo se percibe un avance en el manejo de

habilidades sociales lo cual favorecerá la dinámica establecida desde las diferentes esferas de su vida.

Los avances del paciente frente al control de los impulsos fueron significativos, sin embargo, se deben fortalecer continuando con un seguimiento y proceso terapéutico enfocado en aspectos que se perciban con alguna dificultad.

Es importante resaltar la importancia del vínculo y empatía establecida en la relación terapeuta-paciente, lo cual favoreció y facilitó el proceso terapéutico.

Así mismo se reafirma la importancia del acercamiento clínico de los profesionales en formación, para adquirir habilidades y destrezas terapéuticas que permitan adquirir un mayor conocimiento del modelo Cognitivo-conductual, el cual mostró gran eficacia en el manejo de pacientes con un diagnóstico de control de los impulsos, corroborando lo encontrado en la teoría.

El proceso realizado en el Instituto de Familia y Vida fue de vital importancia ya que permitió identificar aspectos y procesos que como profesional se requieren y deben ser fortalecidos día a día. Por otro lado, es importante mencionar que durante dicho proceso se presentaron algunas dificultades que limitaban o impedían la constancia y continuidad de los procesos terapéuticos, como lo son las características socioeconómicas de la población atendida, pues pese al compromiso del paciente del presente caso, fue necesario en algunas ocasiones el distanciamiento entre sesiones por las dificultades económicas que no le permitían obtener el dinero tanto para transporte como para el valor de la consulta, lo cual distanció en tiempo el proceso planteado.

## **Recomendaciones**

Es importante dar continuidad al proceso terapéutico del paciente, con el fin de establecer nuevos objetivos que aporten a los avances alcanzados hasta el momento, además de iniciar el abordaje de aquellos elementos o sintomatología directamente relacionada con su relación de pareja.

Se ve necesario facilitar al psicólogo en práctica mayores elementos para generar una mejor evaluación, ya que los gastos para dicho proceso son asumidos por el psicólogo en práctica lo que en ocasiones puede generar limitaciones.

Para establecer mejores procesos de intervención es importante que el trabajo del psicólogo practicante sea más acentuado y con mayor duración.

## **Lista de referencias**

- Alcántara, G. (2008). La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad Sapiens. *Revista Universitaria de Investigación*, 9(1), 93-107.
- Allen, L.A., Woolfolk, R.L., Escobar, J.I., Gara, M.A., & Hamer, R.M. (2006) Cognitive-Behavioral Therapy For Somatization Disorder. *Archives of Internal Medicine*, 166(14), 1512-1518.
- Alonso, J., López, A., & Álvarez, E. (2015). Implicación de variables sociales y educativas en la conducta asertiva adolescente. *Aula Abierta*, 43, 26–31.
- Angona Del Río, P., Ruiz, I., & Sánchez, F. (2013). Evidencias y Competencias en Psicoterapias. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 33(118), 301-322.

- Anton, R., et al. (2005). Naltrexone combined with either cognitive behavioral or motivational enhancement therapy for alcohol dependence. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 25(4), 349-57.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (Fourth Edition). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (Fifth Edition). Arlington: American Psychiatric Association.
- Baker, A., Bucci, S., Lewin, T., Kay-Lambkin, F., Constable, P., & Carr, V. (2006). Cognitive-behavioural therapy for substance use disorders in people with psychotic disorders: Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 188, 439-48.
- Beauchamp, M. H., & Anderson, V. (2010). SOCIAL: An integrative framework for the development of social skills. *Psychological Bulletin*, 136(1), 39-64.
- Beauregard, M. (2007). Mind does really matter: Evidence from neuroimaging studies of emotional self-regulation, psychotherapy, and placebo effect. *Progress in Neurobiology*, 81, 218-236.
- Beck, A.T. (2008). The evolution of the cognitive model of depression and its neurobiological correlates. *American Journal of Psychiatry*, 165, 969-977.
- Benito, E. (2009). Las psicoterapias. *Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 1(1), 1-9.
- Blandon, A. Y., Calkins, S. D., Grimm, K. J., Keane, S. P., & O'Brian, M. (2010). Testing a developmental cascade model of emotional and social competence and early peer acceptance. *Development and Psychopathology*, 22, 737-748.

- Bornstein, M. H., Hahn, C., & Haynes, O. M. (2010). Social competence, externalizing, and internalizing behavioral adjustment from early childhood through early adolescence: Developmental cascades. *Development and Psychopathology*, 22, 717-735.
- Brown, G.K., Newman, C.F., Charlesworth, S.E., Crits-Christoph, P., & Beck, A.T. (2004). An open clinical trial of cognitive therapy for borderline personality disorder. *Journal of personality disorders*, 18(3), 257-271.
- Brown, G., Have, T., Henriques, G., Xic, S., Hollander, J., & Beck, A. (2005). Cognitive Therapy for the Prevention of Suicide Attempts: A Randomized Controlled Trial. *Journal of the American Medical Association*, 294(5), 563-570.
- Butler, A.C., Chapman, J.E., Forman, E.M., & Beck, A.T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review*, 26, 17-31.
- Chambless, D., & Ollendick, T. (2001). Empirically Supported Psychological Interventions: Controversies and Evidence. *Annual Review of Psychology*, 52, 685-716.
- Chávez-León, E., Benitez-Camacho, E., & Ontiveros-Urbe, M. (2014). La terapia cognitivo conductual en el tratamiento de la depresión del trastorno bipolar tipo I. *Salud Mental*, 37, 111-117.
- Chóliz, M. (S.F). Técnicas para el control de la activación: Relajación y respiración. Universidad de Valencia: España. Recuperado de <http://www.uv.es/choliz/RelajacionRespiracion.pdf>
- Caballo, V. Tratamientos cognitivos conductuales para trastornos de personalidad. Universidad de Granada. Recuperado de

[https://www.google.com.co/search?newwindow=1&biw=1301&bih=612&q=Tratamiento  
s+cognitivos+conductuales+para+trastornos+de+personalidad&oq.pdf](https://www.google.com.co/search?newwindow=1&biw=1301&bih=612&q=Tratamiento+s+cognitivos+conductuales+para+trastornos+de+personalidad&oq.pdf)

Echavarría, M. (2011). *Corrientes de psicología contemporánea*. La Plata: Editorial UCALP.

Eceiza, M., Arrieta, M., & Goñi, A. (2008). Habilidades sociales y contextos de la conducta social. *Revista de Psicodidáctica*, 13(1), 11-26.

Fernández, E.G. (1997). *Estilos y Estrategias de Afrontamiento*. Cuaderno de prácticas de motivación y emoción. Madrid: Pirámide.

Frewen, P.A., Dozois, D.J., & Lanius, R.A. (2008). Neuroimaging studies of psychological interventions for mood and anxiety disorders: Empirical and methodological review. *Clinical Psychology Review*, 28, 228-246.

Gaeta, L., & Galvanovskis, A. (2009). Asertividad: un análisis teórico-empírico. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 14(2), 403-425.

Garciandía, J. (2008). Metafísica de la psicoterapia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 37(1), 29-52.

Garrido, E., Ortega, N., Escobar, J., & García, R. (2010). Evaluación de la asertividad en estudiantes universitarios con bajo rendimiento académico. *Revista Científica Electrónica de Psicología*, 9, 53-69.

Gielissen, M., Verhagen, S., Witjes, F., & Bleijenberg, G. (2006). Effects of Cognitive Behavior Therapy in Severely Fatigued Disease-Free Cancer Patients Compared With Patients Waiting for Cognitive Behavior Therapy: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Clinical Oncology*, 24(30), 4882-4887.

- Grant, J., Odlaug, B., & Kim, S. (2007). Impulse Control Disorders: Clinical Characteristics and Pharmacological Management. *Psychiatric Times*, 24(10), 64-69.
- Gutiérrez, J., Rubio, G., & Rodríguez, F. (2013). La impulsividad: ¿antesala de las adicciones comportamentales? *Health and Addictions*, 13(2), 145-155.
- Iragorri, A., Rosas, L., Hernández, G., & Orozco-Cabal, L. (2009). Efectos neurobiológicos de la psicoterapia. *Revista Médica*, 17(1), 75-80.
- Jokić-Begić, N. (2010). Cognitive-Behavioral Therapy and Neuroscience: Towards Closer Integration. *Psychological Topics*, 19(22), 235-254.
- Knapp, P., & Beck, A.T. (2008). Cognitive therapy: foundations, conceptual models, applications and research. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30(II), 54-64.
- Koob, G. (2011). Neurobiology of Addiction. *Focus*, 9(1), 55-65.
- Lam, D.H., Hayward, P., Watkins, E.R., Wright, K., & Sham, P. (2005). Relapse prevention in patients with bipolar disorder: Cognitive therapy outcome after 2 years. *American Journal of Psychiatry*, 162, 324-329.
- Masten, A. S., Roisman, G. I., Long, J. D., Burt, K. B., Obradović, J., Riley, J. R., & Tellegen, A. (2005). Developmental cascades: Linking academic achievement and externalizing and internalizing symptoms over 20 years. *Developmental Psychology*, 41, 733-746.
- Milkman, H., & Wanberg, K. (2007). Cognitive-behavioral treatment: A Review and Discussion for Corrections Professionals. Recuperado de <http://static.nicic.gov/Library/021657.pdf>

- Moreira, P., et al. (2014). Long-Term Impact of the Promotion of Social and Emotional Skills. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 27(4), 634-641.
- Naranjo, M. L. (2008). Relaciones interpersonales adecuadas mediante una comunicación y conducta asertivas. *Revista Electrónica Actualidades Investigativas en Educación*, 8(1), 1-27.
- Palau, N., Ballester, M., Morales, M., & Riesco, N. (2006). Relación entre variables psicopatológicas y eficacia de un entrenamiento en asertividad. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 76, 66-72.
- Pavarini, G., Loureiro, C. P., & Souza, D. H. (2011). Compreensão de emoções, aceitação social e avaliação de atributos comportamentais em crianças escolares. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 24, 135-143.
- Plaud, J.J. (2001). Clinical science and human behavior. *Journal of Clinical Psychology*, 57, 1089-1102.
- Real Academia Española. (2012). Terapia. En *Diccionario de la lengua española* (22.a ed.). Recuperado de <http://lema.rae.es/drae/?val=terapia>
- Roncero, C., Rodríguez-Urrutia, A., Grau-López, L., & Casas, M. (2009). Trastornos del control de impulsos y tratamiento con antiepilépticos. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 37(4), 205-212.
- Ross, C., Davis, T., Macdonald, G. (2005). Cognitive-Behavioral Treatment Combined With Asthma Education for Adults With Asthma and Coexisting Panic Disorder. *Clinical Nursing Research*, 14(2), 131-157.

- Ruiz, M., Díaz, M., & Villalobos, A. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales*. Bilbao: Desclée De Brouwer, S.A.
- Schmitz, J. M. (2005). The interface between impulse-control disorders and addictions: Are pleasure pathway responses shared neurobiological substrates? *Sexual Addiction & Compulsivity*, *12*, 149-168.
- Sim, K., Gwee, K., & Bateman, A. (2005) Case formulation in Psychotherapy: revitalizing its usefulness as a clinical tool. *Academic Psychiatry*, *29*, 289-292.
- Trianes, M. V., Blanca, M. J., García, B., Muñoz, A., & Fernández, F. (2007). Assertive behaviour analysis in relation to adults: A relationship model between sources and components. *Infancia y Aprendizaje*, *30*(2), 163–182.
- Turkington, D., Kingdon, D., & Weiden, P.J. (2006). Cognitive behaviour therapy for schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, *163*, 365-373.
- Turner, J.A., Mancl, L., & Aaron, L.A. (2006). Short- and long-term efficacy of brief cognitive-behavioral therapy for patients with chronic temporomandibular disorder pain: A randomized, controlled trial. *Pain*, *121*(3), 181-94.
- Grych, John H., & Fincham, Frank D. (Eds.). (2001). *Interparental conflict and child development: Theory, research, and application*. New York: Cambridge University Press.
- Roussos, A. (2007). El diseño de caso único en investigación en psicología clínica. Un vínculo entre la investigación y la práctica clínica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, *16*(3), 261-270.

**Anexos.**

- ✓ Anexo 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO Instituto de Familia y Vida

INSTITUTO DE FAMILIA Y VIDA  
CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, \_\_\_\_\_ Identificado/a con Documento No.- \_\_\_\_\_  
de \_\_\_\_\_, por medio de la presente que acepto recibir el acompañamiento  
psicológico brindado por el Instituto de Familia y Vida, donde me han aclarado aspectos  
relacionados con el proceso de atención psicológica, el pago de honorarios, la asignación de  
citas, entre otros.

De igual forma, refiero que he sido informado por la Psicóloga del Instituto de Familia y Vida, de  
los objetos del proceso de atención psicológica y sé que la información entregada es  
**CONFIDENCIAL** y la Historia Clínica se maneja de acuerdo con lo estipulado en la  
normatividad vigente (Resolución No. 1995 de 1999; Ley 1090 de 2006). No obstante, sé que  
soy libre de retirarme del proceso de atención psicológica en cualquier momento.

Del mismo modo, comprendo y acepto que durante el proceso no existe ni voy a recibir ningún  
tipo de retribución económica.

En constancia se firma en \_\_\_\_\_, a los \_\_\_\_\_ días, del mes \_\_\_\_\_  
del año \_\_\_\_\_

FIRMA: \_\_\_\_\_

D.I.No. \_\_\_\_\_

FIRMA: \_\_\_\_\_

Psicóloga Instituto de Familia y Vida.













## Datos de identificación

Nombre: Enrique Meneses    Edad: 40 años    Estado civil: casado    N° hijos: 3

Ocupación: empleada Estudios: Vendedor ambulante

Familia nuclear: compuesta por padre, madre y hermanas

N° Hermanos: 5

*-Algún detalle significativo sobre los hermanos/as:* relación distante entre el consultante y sus hermanos, el paciente refiere que uno de sus hermano estuvo en la cárcel por robo.

*-Descripción de la relación con el padre:* no hay ni hubo percepción de protección del padre hacia el paciente, añadiendo que la dinámica relacional fue conflictiva, donde se dio maltrato físico y psicológico.

*-Descripción de la relación con la madre:* La madre del paciente muere cuando Enrique cumple 12 años de edad, sin embargo refiere una relación distante, donde se ejercía la voluntad del padre.

*-Castigos o disciplina impuesta por progenitores:* su padre empleaba el castigo físico y psicologicocomo estrategia para corregir la mala conducta de su hijo.

*Interferencia de terceros en relaciones sentimentales, ocupación, etc.:* Debido al abandono de padre el paciente genera apego y dependencia hacia su pareja, estableciendo una dinámica conflictiva.

*Estudios:* El paciente refiere haber cursado hasta cuarto grado, abandona sus estudios por necesidades económicas.

*Inquietudes relativas a estudio:* Actualmente una de las mayores preocupaciones del paciente son la culminación de los estudios bachilleres de sus hijos y el inicio de estudios universitarios.

*Descripción personal:* El paciente se describe como una persona de carácter fuerte, sin embargo añade ser muy trabajador.

## DESCRIPCION DE LOS PROBLEMAS PRESENTES

### *Descripción de la problemática principal.*

El paciente presenta respuestas agresivas e impulsivas ante situaciones problemáticas, que han generado discusiones constantes en su núcleo familia, creando una relación disfuncional en

donde la esposa desea buscar la forma de separación, esto anterior motiva al paciente a la búsqueda de ayuda psicológica.

#### *Inicio de la problemática.*

La problemática es evidente desde el inicio de la convivencia hasta la actualidad.

#### *Intentos para manejar el problema.*

El paciente y su familia atribuyen las conductas agresivas de Enrique al consumo de alcohol, por lo cual estuvo en proceso de alcohólicos anónimos suspendiendo totalmente esta sustancia hasta la actualidad.

#### *Percepción general de satisfacción personal.*

No se evidencia satisfacción personal a raíz de las dificultades familiares y la relación conflictiva entre sus miembros, sin embargo añade sentir que ha logrado grandes cosas a pesar de la poca posibilidad de estudio que tuvo

### EXPECTATIVAS SOBRE LA TERAPIA

El paciente espera adquirir herramientas para comprender su problemática y dar el adecuado manejo de la misma, de modo que se vea favorecida la dinámica familiar y en especial la relación de pareja, a su vez que mejore las relaciones de él con el medio.

### EVALUACIÓN POR ÁREAS

Área cognitiva: percepción de fracaso

Área afectiva: no se evidencia facilidad para el establecimiento de relaciones afectivas saludables. Actualmente, el paciente tiene una relación estable y duradera pero bajo una dinámica disfuncional.

Área somática: incremento de ritmo cardíaco, temblor y cefaleas.

Área interpersonal: escasa habilidad en el establecimiento de relaciones interpersonales. No se identifican amigos cercanos, por lo que se percibe a la familia como núcleo de interacción más cercano

## CLASIFICACIÓN DE ACUERDO AL MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES, DSM IV

EJE I: F 63.9 Trastorno del control de los impulsos no especificado

EJE II: ningún diagnóstico

EJEIII: colon irritable y úlcera gástrica

EJEIV: problemas relativos al grupo primario de apoyo

EJEV: EEAG 74 (actual)

## Anexo 4. FORMATO DE RESPUESTAS DE EHS

<b>EHS</b>		Nombre y apellidos	Edad	Sexo		
		Centro	Fecha			
<p>ANOTE SUS RESPUESTAS RODEANDO LA LETRA DE LA ALTERNATIVA QUE MEJOR SE AJUSTE A SU MODO DE SER O DE ACTUAR.            COMPRUEBE QUE RODEA LA LETRA EN LA MISMA LÍNEA DE LA FRASE QUE HA LEÍDO.</p>						
1	A veces evito hacer preguntas por miedo a parecer estúpido.	A	B	C	D	1
2	Me cuesta telefonar a tiendas, oficinas, etc.	A	B	C	D	2
3	Si al llegar a mi casa encuentro un defecto en algo que he comprado, voy a la tienda a devolverlo.	A	B	C	D	3
4	Cuando en una tienda atienden antes a alguien que entró después que yo, me callo.	A	B	C	D	4
5	Si un vendedor insiste en enseñarme un producto que no deseo en absoluto, paso un mal rato para decirle «No».	A	B	C	D	5
6	A veces me resulta difícil pedir que me devuelvan algo que dejé prestado.	A	B	C	D	6
7	Si en un restaurante no me traen la comida como la había pedido, llamo al camarero y pido que me la hagan de nuevo.	A	B	C	D	7
8	A veces no sé qué decir a personas atractivas del sexo opuesto.	A	B	C	D	8
9	Muchas veces cuando tengo que hacer un halago, no sé qué decir.	A	B	C	D	9
10	Tiendo a guardar mis opiniones para mí mismo.	A	B	C	D	10
11	A veces evito ciertas reuniones sociales por miedo a hacer o decir alguna tontería.	A	B	C	D	11
12	Si estoy en el cine y alguien me molesta con su conversación, me da mucho apuro pedirle que se calle.	A	B	C	D	12
13	Cuando algún amigo expresa una opinión con la que estoy muy en desacuerdo, prefiero callarme a manifestar abiertamente lo que yo pienso.	A	B	C	D	13
14	Cuando tengo mucha prisa y me llama una amiga por teléfono, me cuesta mucho cortarla.	A	B	C	D	14
15	Hay determinadas cosas que me disgusta prestar, pero si me las piden, no sé cómo negarme.	A	B	C	D	15
16	Si salgo de una tienda y me doy cuenta de que me han dado mal la vuelta, regreso allí a pedir el cambio correcto.	A	B	C	D	16
17	No me resulta fácil hacer un cumplido a alguien que me gusta.	A	B	C	D	17
18	Si voy en una fiesta a una persona atractiva del sexo opuesto, tomo la iniciativa y me acerco a entablar conversación con ella.	A	B	C	D	18
19	Me cuesta expresar mis sentimientos a los demás.	A	B	C	D	19
20	Si tuviera que buscar trabajo, preferiría escribir cartas a tener que pasar por entrevistas personales.	A	B	C	D	20
21	Soy incapaz de regatear o pedir descuento al comprar algo.	A	B	C	D	21
22	Cuando un familiar cercano me molesta, prefiero ocultar mis sentimientos antes que expresar mi enfado.	A	B	C	D	22
23	Nunca sé cómo «cortar» a un amigo que habla mucho.	A	B	C	D	23
24	Cuando decido que no me apetece volver a salir con una persona, me cuesta mucho comunicarle mi decisión.	A	B	C	D	24
25	Si un amigo al que he prestado cierta cantidad de dinero parece haberlo olvidado, se lo recuerdo.	A	B	C	D	25
26	Me suele costar mucho pedir a un amigo que me haga un favor.	A	B	C	D	26
27	Soy incapaz de pedir a alguien una cita.	A	B	C	D	27
28	Me siento turbado o violento cuando alguien del sexo opuesto me dice que le gusta algo de mí físico.	A	B	C	D	28
29	Me cuesta expresar mi opinión en grupos (en clase, en reuniones, etc.).	A	B	C	D	29
30	Cuando alguien se me «cuelga» en una fila, hago como si no me diera cuenta.	A	B	C	D	30
31	Me cuesta mucho expresar agresividad o enfado hacia el otro sexo aunque tenga motivos justificados.	A	B	C	D	31
32	Muchas veces prefiero ceder, callarme o «quitarle de en medio» para evitar problemas con otras personas.	A	B	C	D	32
33	Hay veces que no sé negarme a salir con alguien que no me apetece pero que me llama varias veces.	A	B	C	D	33

Autora: Elena Gómero González.  
 Copyright © 2000 by TEA Ediciones, S.A. - Todos los derechos reservados - Prohibida la reproducción total o parcial.  
 Edita: TEA Ediciones, S.A. (Madrid) - Ejemplar impreso en DOS TINTAS - Printed in Spain. Impreso en España.

**COMPRUEBE QUE HA DADO UNA CONTESTACIÓN  
A CADA UNA DE LAS FRASES**

