



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
PSICOLOGÍA CLÍNICA

DOCUMENTO PROBATORIO DEL EXAMEN COMPLEXIVO DE GRADO
PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
PSICÓLOGA CLÍNICA

PROBLEMA:
DINAMICA FAMILIAR E INCIDENCIA EN LA CONDUCTA
AGRESIVA DE UN PACIENTE DE 34 AÑOS EN LA CUIDAD DE
VENTANAS

AUTOR:

MORENO GONZALEZ MAITE ANGELICA

TUTOR:

PSIC.DENNIS MAURICIO JIMÉNEZ BONILLA, MSC

2022

RESUMEN

El presente tema “Dinámica familiar e incidencia en la conducta agresiva de un paciente de 34 años en la ciudad de Ventanas”, se desarrolló llevando a cabo una metodología cualitativa a través de las técnicas de la entrevista clínica, historia clínica y batería de test psicométricos, tales como: MCMI-III, BIS-11, Escala de agresividad de Barrat y los cuestionarios de ansiedad y depresión de Beck. El psicodiagnóstico obtenido fue, según DSM5 Trastornos explosivo intermitente 312.34 (F63.81). Entre los hallazgos destacados se encuentran el desapego emocional entre la paciente y el mayor de sus hijos provocados por su conducta agresiva en el hogar. Por lo que se ejecutaron técnicas psicoterapéuticas tales como: autorregistro (reestructuración cognitiva), role playing, entrenamiento asertivo, repetición de metas, inducción a la autocompasión, análisis de responsabilidad, hablarle de forma limitada de los sentimientos, técnica de control de estímulos.

Palabras clave: Dinámica, conducta, agresiva, incidencia, paciente

ABSTRAC

Hic locus "familia dinamica et incidentia in petulantia patientis 34 annorum in urbe Ventana", evoluit per methodologiam qualitativam perficiendo per technicas colloquii clinici, historiae clinicae et pugnae probatorum psychometricorum. , ut: MCMI-III, BIS-11, impugnatio Barrati Scala et Beck anxietas et quaestionarium deprimit. psychodiagnosis consecuta est, secundum DSM5 Intermittentes disordines explosivae 312.34 (F63.81). Inter egregias inventiones sunt motus animi separatio inter aegrum et filium eius primogenitum ex petulantia domi causatur. Ideo artes psychotherapeuticae ut: propriae adnotatio (restructura cognitiva), munus ludendi, institutio assertiva, iteratio metarum, inductio propriae misericordiae, responsabilitas analysin, loquens in stricto modo de affectibus, stimulus moderandi ars exercetur.

Keywords: Edidit, mores, pugnae, incidentia, patiente.

INDICE

RESUMEN	I
ABSTRAC	II
Keywords:	II
INDICE	III
INTRODUCCIÓN	1
DESARROLLO	2
Justificación	2
Objetivo	2
Sustento teórico	3
Dinámica familiar	3
Técnicas aplicadas para la recolección de información	11
Resultados obtenidos	13
CONCLUSIÓN	20

INTRODUCCIÓN

La gran parte de las patologías de salud mental son de origen multicausal, siendo el entorno familiar el primer contexto social por el que cruza todo ser humano, volviéndose este un punto de quiebre para que la patología aparezca, se mantenga, empeore o desaparezca, ya que el ambiente familiar puede ser un factor de riesgo o un factor de protección, por ende se toma en consideración como estudio de caso “Dinámica familiar e incidencia en la conducta agresiva de un paciente de 34 años en la ciudad de ventanas”

Siendo la línea de investigación de la carrera: Prevención, diagnóstico, evaluación y tratamiento psicoterapéutico en el ámbito clínico, acoge adecuadamente este estudio de caso, además de enmarcarse en las sublíneas; Diagnóstico psicopatológico y violencia física, sexual y psicológica.

El presente estudio busca indicar que las interacciones conflictivas o situaciones estresantes dentro del contexto familiar influye de manera negativa en los comportamientos de los miembros del sistema familiar observándose principalmente un deterioro de las habilidades de resolución de conflictos de manera asertiva.

El estudio se llevó a cabo por medio de la metodología de evaluación y diagnóstico; en el cual se utilizaron recursos como observación clínica, historia clínica y test psicométricos para la recolección de información, con la finalidad de identificar la patología existente en el caso clínico.

De allí estableciendo como aporte para la comunidad psicoterapéutica, la intervención desde el enfoque cognitivo conductual, denotando la eficacia la reestructuración cognitiva, las tareas para la casa, análisis de responsabilidad, entre otras técnicas utilizadas para el tratamiento psicoterapéutico de la paciente, a continuación, se desarrolla: justificación, objetivo, sustentos teóricos, técnicas aplicadas para la recolección de la información, resultados obtenidos, conclusiones, finalizando con referencias bibliográficas y anexos.

DESARROLLO

Justificación

Dentro de la malla curricular se incluye la asignatura de psicoterapia sistémica familiar, la cual propone que toda problemática en el contexto familiar se debe estudiar a los miembros de la familia como un sistema y no de manera individual, es decir que el malestar de uno de los miembros del sistema familiar se ve esparcido de manera circular afectando a la conducta de los demás, llegando la problemática a mantenerse por largos periodos de tiempo o incluso a empeorar. Enfermedades mentales como trastorno explosivo intermitente, manifestando características de arrebatos agresivos recurrentes no premeditados, falta de control de impulsos, irritabilidad y hostilidad, llevándonos a la siguiente pregunta ¿Cómo la dinámica familiar incide en un adulto de 34 años con trastorno explosivo intermitente? La importancia de esta problemática se hace presente en la obtención de información que involucran factores predisponentes y estrategias adaptativas frente a las crisis.

Como beneficio los resultados obtenidos del presente estudio sirven para sustento teórico de futuras investigación o intervenciones psicoterapéuticas ante problemáticas similares, cabe señalar que la principal beneficiaria de este estudio es la mujer de 34 años y los beneficiarios indirectos serán sus familiares. La factibilidad del estudio se denota gracias a la predisposición y colaboración de la paciente con trastornos explosivo intermitente, confiando en alcanzar la mejoría en sus conductas y relación con sus familiares, se pretende que este estudio trascienda a través de la naturaleza del mismo, que es brindar resultados con respecto intervención del enfoque cognitivo conductal como tratamiento para un trastorno disruptivo, del control de impulsos y de la conducta, y así como futura psicóloga clínica dejar enmarcada mi competencia como profesional de salud mental.

Objetivo

Describir la interacción consecuente entre la dinámica familiar e incidencia en la conducta agresiva de una paciente de 34 años.

Sustento teórico

Dinámica familiar

Según Demarchi et al. (2015) “En la dinámica familiar confluyen un sin número de experiencias, prácticas y vivencias que se encuentran determinadas por roles, autoridad, uso del tiempo libre, relaciones afectivas, normas, límites y comunicación” (p. 118). La primera interacción interpersonal de todo individuo se da con su familia, en el cual el individuo comienza a ubicarse dentro del sistema familiar, estableciendo comportamientos para facilitar la convivencia, ubicando su rol dentro de la misma y contribuyendo en la funcionalidad del sistema para poderse adaptarse a la dinámica familiar. “Es el clima relacional que se establece entre los integrantes de las familias, es móvil y permanece en un equilibrio inestable y complejo” (Demarchi et al., 2015, p. 118). Por consecuente a la naturaleza generacional de la familia la dinamica familiar sufrira constantes cambios que generaran malestar en el sistema familiar, pero al mismo tiempo impulsara a que se reorganice para adaptarse a las necesidades culturales, con la finalidad de que la familia persista. El objetivo de persistir de la familia se justifica según plantea Demarchi et al. (2015):

La familia es entendida como un escenario de interacción. En él se transmiten valores, normas y pautas de comportamiento que van configurando el comportamiento del individuo. Puede ser conformada por vínculos sanguíneos, jurídicos (matrimonio - adopción) o por alianzas o pactos que se tejen entre sus integrantes. (p.118)

Esto indica que la familia es semejante a una academia educativa, la primera escuela por el que cursa el individuo, llena de historia, con una misión y visión para orientar la formación del individuo.

Funcionalidad familiar

A lo largo de la historia se plantea un sin número de idealizaciones con respecto a cómo se debe convivir en familia, para así poder definir que un sistema familiar es funcional, pero ¿A que hace referencia la palabra funcional en el contexto familiar? Según Esteves et al. (2020):

Un buen funcionamiento familiar constituye un factor protector frente a los factores de riesgos particularmente en la adolescencia, antes de que se desarrollen los problemas, ya que de continuar podrían comprometer la salud, estos deterioros lograrían cambiar a través de una intervención preventiva, temprana que favorezca el desarrollo del individuo y el fortalecimiento de competencias emocionales. (p.19)

El funcionamiento familiar es el ideal que cualquier profesional de la salud desearía que forme parte del paciente, la realidad que la familia de pacientes de trastornos mentales usualmente se orienta a la disfuncionalidad, dando inicio, manteniendo o agravando la patología existentes, y el individuo viéndose negado de los privilegios que brinda la familia como factor de protección como lo es “crear un entorno que facilite el desarrollo personal de sus miembros, son familias que en general no sufren crisis ni trastornos psicológicos graves” (González et al., 2012, p. 35).

En relación a lo anterior mencionado según Acosta et al. (2017) “La funcionalidad familiar es la capacidad para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa” (p.141). Cada una de estas posturas se direccionan a una sola conclusión, la familia puede ser un gran factor de protección que ayuda en gran medida a la prevención y tratamiento de patologías psicológicas.

Ciclo vital familiar

Los miembros del sistema de familia son responsables de cumplir con ciertos roles para que esta sea funcional, a medida que pasa el tiempo estos roles varían. Según Moratto et al. (2015) “En el proceso de adaptación de las familias, éstas no son inmunes a los cambios sociales y, por tanto, no se desarrollan de manera lineal” (p. 106). La transición de un rol a otro es definido por las etapas cronológicas por el cual este pasando el sistema, también conocido como ciclo vital.

Estas etapas son; formación de la pareja, expansión, consolidación, apertura y disolución. “Las cargas y las responsabilidades aumentan en algunas etapas por las que atraviesan como el nacimiento de un hijo, la atención de familiares enfermos, una ruptura conyugal, entre otras tantas situaciones propias de la vida en grupo” (Moratto et al., 2015, p.106). al igual que nacer, crecer, reproducirse y morir, la familia se ve obligada a cumplir con su ciclo.

Conductas agresivas

Según Gallegos (2013) “La agresividad es una conducta o una respuesta emocional adaptativa, pues activa mecanismos biológicos de defensa ante los peligros del medio ambiente” (p. 26). Como cualquier otra emoción es un estado que incentiva al individuo a actuar ante alguna provocación, el hecho que el individuo actué de manera agresiva no significa que agrede físicamente a otra persona puesto que puede ser empleada como un mecanismo de defensa. Según Bouquet et al. (2018):

Su expresión y su presencia (un nivel de reacción ante las situaciones que el individuo percibe como adversas) se reconocen en diferentes dimensiones. Incluye

características emocionales como la rabia, el enojo y la frustración; características cognoscitivas, como pensamientos acerca de la intencionalidad de las otras personas, la resolución de problemas y de las situaciones negativas; y componentes conductuales, como la expresión de la agresividad a través de insultos, gritos, golpes o burlas. (p. 125)

Es decir que detrás de cada conducta o comportamiento agresivo detrás existen un conjunto de procesos tanto cognitivos, como emocionales que incentivan y adecuan la expresión de la conducta según sus creencias y el estímulo provocatorio que genera el estado emocional.

Conductas agresivas en la familia.

Uno de las causas de desintegración familiar son las conductas agresivas en cualquier modo de expresión (sexual, física, psicológica, verbal) por parte de algún miembro de la familia, si los episodios agresivos son frecuentes esta es considerada como violencia, ya que el miembro que genera el malestar en la familia toma el rol de victimario y los demás miembros en su mayoría se vuelven víctimas. Según Cedeño (2019):

La Violencia Intrafamiliar constituye una violación de derechos humanos, es un problema de salud pública y por tanto es uno de los principales obstáculos al desarrollo de las ciudades y los países, que afecta a 7 de cada 10 mujeres, donde entre las consecuencias negativas podemos encontrar lesiones, trastornos mentales y reproductivos, enfermedades de transmisión sexual y otros problemas. (p. 194)

Uno de los efectos de estas conductas violentas en la familia, es que los demás miembros adoptan medidas de afrontamiento no saludables (quedarse callado, dejarse golpear, golpear primero, aislarse, etc...) con la finalidad de que la agresión no se prolongue

Trastorno Explosivo intermitente

En el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM5 forma parte de los trastornos disruptivos, del control de impulsos y de la conducta con la codificación de Trastorno explosivo intermitente 312.24, mientras que en la Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento se encuentra dentro de los trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto codificado como F63.8 Otros trastornos los Hábitos y del control de impulsos.

Dicho trastorno también conocido como TEI se define según Zapata y Palacio (2016) “Es un trastorno externalizante que se caracteriza por episodios recurrentes de agresividad producidos por la imposibilidad de controlar impulsos” (p.215). dichos episodios o arrebatos

agresivos son frecuentes en el trastorno y suelen aparecer como respuestas a estímulos mínimos que la persona perciba como provocatoria.

En cuanto a prevalencia del trastorno según la Association American Psychiatry (2014) manifiesta en el DSM-5 que dicho trastorno es más prevalente en personas jóvenes menores de entre 35 y 40 años. Es frecuente la aparición de la conducta agresiva-impulsiva en la infancia tardía y adolescencia, aunque a partir de los 40 años la prevalencia es baja, aun así es posible que se de por primera vez.

Las principales causas del trastorno son factores ambientales; personas que fueron víctima de violencia (física, verbal, psicológica, sexual, económica, social) en las primeras dos décadas de vida, y factores genéticos / fisiológicos, es muy probable que parientes de primer grado de una persona con TEI puedan presentar dicho trastorno, también existen estudios en gemelos que existe una presencia alta predisposición a la agresividad e impulsividad, otros estudios manifiestan una anomalía en la producción de serotonina de manera global y a nivel cerebral en pacientes con TEI.

Tabla 1

Criterios diagnósticos del TEI según el DSM-5

Criterios	Descripción según DSM-5
A	<p>Arrebatos recurrentes en el comportamiento que reflejan una falta de control de los impulso y agresividad, manifestada por una de las siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Agresión verbal (p. ej., berrinches, diatribas, disputas verbales o peleas) o agresión física contra la propiedad, los animales u otros individuos, en promedio dos veces por semana durante un periodo de tres meses. La agresión física no provoca daños ni destrucción de la propiedad, ni provoca lesiones físicas a los animales ni a otros individuos. 2. Tres arrebatos en el comportamiento que provoquen daños o destrucción de las propiedad o agresión física con lesiones a animales u otros individuos, sucedidas en los últimos doce meses.
B	<p>La magnitud de la agresividad expresada durante los arrebatos recurrentes es bastante desproporcionada con respecto a la provocación o cualquier factor estresante psicosocial desencadenante</p>

C	Los arrebatos agresivos recurrentes no son premeditados (es decir, son impulsivos o provocados por la ira) ni persiguen ningún objetivo tangible (p. ej., dinero, poder, intimidación).
D	Los arrebatos agresivos recurrentes provocan un marcado malestar en el individuo, alteran su rendimiento laboral o sus relaciones interpersonales, o tiene consecuencias económicas o legales.
E	El individuo tiene una edad cronológica de seis años por lo menos (o un grado de desarrollo equivalente).
F	Los arrebatos agresivos recurrentes no se explican mejor por otro trastorno mental (p. ej., trastorno depresivo mayor, trastorno bipolar, trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, trastorno psicótico, trastorno de la personalidad antisocial, trastorno de personalidad límite), ni se pueden atribuir a otra afección médica (p. ej., traumatismo craneoencefálico, enfermedad de Alzheimer), ni a los efectos fisiológicos de alguna sustancia (p. ej., drogadicción, medicación). En los niños de edades comprendidas entre 6 y 18 años, a un comportamiento agresivo que forme parte de un trastorno de adaptación no se le debe asignar este diagnóstico.

Nota. Criterios tomados del DSM-5 (2014).

Se recomienda que para las intervenciones en el trastorno explosivo intermitente se den por medio de psicoterapia y farmacoterapia, si bien no hay ningún medicamento específico para el tratamiento del TEI, pero existen estudios clínicos realizados que demuestran efectos favorables con la utilización de fluoxetina para el control de la irritabilidad y agresividad en adultos con TEI, aunque como mejor recomendación para el tratamiento en general del TEI es Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), en caso de presente comorbilidad con trastorno afectivo bipolar, se recomiendan anticonvulsivo como la carbamazepina.

Con respecto al Tratamiento psicoterapéutico se recomienda se recomienda trabajar entorno las creencias irracionales como prioridad, seguido de entramientos en habilidades de afrontamiento, relajación, control de impulsos, si bien la problemática central de este trastorno es el déficit del control de impulsos que tiene el individuo, no prioritario centralizar el tratamiento que gire en torno a sus creencias, ya que de estas depende de cómo el individuo percibe su realidad.

Los individuos con idealizaciones en entorno a la agresión o que promuevan esta, por lo general van a incurrir en estas, y es debido a que la emoción de la ira comienza a suplantar otras respuestas emocionales más acorde las situaciones que vive el individuo, por ejemplo, terminar una relación lo más acorde a la situación es sentirse triste, no enojado, o cuando al individuo lo apuntan con un arma, lo más normal es asustarse, no enojarse.

El clarificar que creencias entorno a la ira son racionales y cuales son irracionales, el eje principal del tratamiento a individuos de TEI debe girar en torno a la reestructuración de sus creencias irracionales, llevado de la mano con desarrollo de habilidades para afrontar estos sucesos de manera asertiva y no por medio de la agresión como medida defensa, el hecho de ser agresivo no es sinónimo de ser fuerte, que el actuar de manera impulsiva puede generar graves consecuencias a quien padece la enfermedad como a las personas de su alrededor.

El tratamiento debe ser interdisciplinario ya que desde el aspecto terapéutico debe trabajar la adherencia al medicamento propuesto por la farmacoterapia, y viceversa la modificación a nivel de sistema nervioso central ayude al paciente a la modificación de la conducta que promueve la psicoterapia, cabe hacer mención que toda efectividad de un proceso psicoterapéutico es necesario la presencia la conciencia activa del paciente (estar estable).

Con respecto a la psicoterapia; Las sesiones de terapia cognitiva son estructuradas. No importa cuál sea el diagnóstico o la etapa del tratamiento, el terapeuta cognitivo tiende a armar una estructura establecida para cada sesión. El terapeuta debe controlar el estado de ánimo de la paciente, le pide que haga una breve reseña de la semana, establece de común acuerdo con ella un plan para la sesión, le pide un comentario de la sesión anterior, controla las tareas para el hogar, dispone nuevas tareas, realiza frecuentes síntesis de lo trabajado y procura obtener algún tipo de retroalimentación al finalizar.

Esta estructura permanece constante durante toda la terapia. Cuando el paciente comienza a sentirse menos deprimida, su terapeuta la alienta para que tenga una mayor participación en los planes para las sesiones, en la preparación de tareas para el hogar y en la evaluación de sus pensamientos y las acciones que estos requieran.

Al seguir un formato fijo, la terapia resulta mejor comprendida tanto por la paciente como por el terapeuta. Además, aumenta la posibilidad de éxito, una vez concluido el tratamiento, pueda practicar la auto terapia. Este formato también ayuda a centrar la atención en lo más importante y maximizar el uso del tiempo.

Otro aspecto de enfoque cognitivo conductual, la terapia cognitiva se basa en el modelo cognitivo, que plantea la hipótesis de que las percepciones de los eventos influyen sobre las emociones y los comportamientos de las personas. Los sentimientos no están determinados por las situaciones mismas, sino más bien por el modo como las personas interpretan esas situaciones (Beck, 1964; Ellis, 1962). Imaginemos, por ejemplo, una situación en la cual varias personas están leyendo un texto básico sobre terapia cognitiva. Cada uno tendrá respuestas emocionales diferentes, según lo que pase por su mente mientras lee.

Un objetivo importante para el terapeuta cognitivo es lograr que el proceso de la terapia sea comprensible tanto para él como para el paciente. El profesional busca además que la terapia sea lo más eficaz posible. El uso de un formato estándar (tanto como enseñar al paciente las herramientas que utiliza la terapia) facilita estos objetivos.

La mayor parte de los pacientes se sienten más cómodos cuando saben qué pueden esperar de la terapia y comprenden cuáles son sus responsabilidades y las del terapeuta. También es importante que tengan una expectativa clara respecto del curso de la terapia, en cada sesión y a lo largo del tratamiento. Cuando el terapeuta explica la estructura de las sesiones y luego respeta la modalidad explicada, acrecienta la comprensión del paciente.

Aquellos terapeutas experimentados que no están acostumbrados a planificar y a estructurar las sesiones como se explica en este capítulo, pueden sentirse incómodos con esta característica fundamental de la terapia cognitiva. Muchas veces, además, asocian esta incomodidad con predicciones negativas, suponiendo que al paciente no le agrada y que se sentirá controlado. También suelen pensar que, de esta manera, se pierde material importante y que se trata de un abordaje demasiado rígido. Proponemos a los terapeutas que comprueben la veracidad de estas ideas implementando la estructura tal como se especifica y tomando nota de los resultados. Muchos terapeutas, que al comienzo se sienten incómodos en una sesión estrictamente estructurada, más tarde advierten que ese proceso se convierte gradualmente en una segunda naturaleza, en especial por los resultados que consiguen.

Los elementos básicos de una sesión de terapia cognitiva son una breve actualización (que incluye el control de los estados de ánimo y del cumplimiento de la toma de medicación, en caso necesario), una conexión con la sesión anterior, la formulación de un plan, la revisión de las tareas para el hogar, el abordaje de uno o varios problemas, una síntesis y retroalimentación por parte del paciente. Los terapeutas cognitivos experimentados en ocasiones pueden desviarse de esta estructura, pero es recomendable que los principiantes se ciñan a ella, ya que de esta manera suelen obtener una mayor eficacia.

Este capítulo explica e ilustra el formato de la sesión inicial, mientras que el próximo se ocupa de la estructura habitual de las sesiones siguientes.

Agresión en la familia

Desde varios puntos de vista la ser agredido es un acto aborrecible para los derechos humanos, individuos con trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta, es común que tengan dificultades en su desenvolvimiento social, así como también en el familiar, una de las causantes de rupturas matrimoniales son las agresiones dentro de la relación.

En estos casos es muy común que el agresor busque ayuda, cuando siente que ha perdido todo debido a su comportamiento, pero el sistema familiar está conformado por varios integrantes la agresión afectará a cada uno de ellos, esposas sumisas, hijos tímidos o agresivos, afecciones físicas como traumatismos que pueden ser temporales o permanentes, incluso la muerte.

Una característica común de los agresores que tiende a culpar a los miembros de familia por su respuesta agresiva, pero cabe mencionar cuando el agresor padece de TEI, hace referencia a una impulsividad al control de los impulsos, los episodios agresivos no cumplen ninguna finalidad, en ciertos casos tampoco la agresión suele terminar en hechos catastróficos, de hecho el padecer de TEI no convierte a nadie en victimario, porque los episodios agresivos no se dirigen específicamente hacia seres vivos, sino también a objetos inanimados.

Uno de las causas de desintegración familiar son las conductas agresivas en cualquier modo de expresión (sexual, física, psicológica, verbal) por parte de algún miembro de la familia, si los episodios agresivos son frecuentes esta es considerada como violencia, ya que el miembro que genera el malestar en la familia toma el rol de victimario y los demás miembros en su mayoría se vuelven víctimas. Según Cedeño (2019):

La Violencia Intrafamiliar constituye una violación de derechos humanos, es un problema de salud pública y por tanto es uno de los principales obstáculos al desarrollo de las ciudades y los países, que afecta a 7 de cada 10 mujeres, donde entre las consecuencias negativas podemos encontrar lesiones, trastornos mentales y reproductivos, enfermedades de transmisión sexual y otros problemas. (p. 194)

Uno de los efectos de estas conductas violentas en la familia, es que los demás miembros adoptan medidas de afrontamiento no saludables (quedarse callado, dejarse golpear, golpear primero, aislarse, etc...) con la finalidad de que la agresión no se prolongue

Técnicas aplicadas para la recolección de información

Las técnicas aplicadas para la intervención psicológica en el caso que se manifiesta en la presente investigación científica, se dieron por medio de entrevistas para el llenado de historia clínica, donde se realizó; observación clínica, aplicación de batería psicométrica que consta de los siguientes instrumentos: MCMI-III, BIS-11, Inventario de depresión de Beck, Inventario de ansiedad de Beck y psicoterapia.

Entrevista

Es un proceso de entre el paciente y el psicólogo donde se realiza una serie de preguntas para la evaluación de la situación del paciente, las preguntas que fueron realizadas de forma semi estructuradas basadas en los ítems de la historia clínica psicológica proporcionada por la escuela de psicología de la Universidad Técnica Babahoyo.

Observación clínica

Proceso que realiza el psicólogo por medio de la observación para identificar funciones ejecutivas, signos y síntomas de la patología presente en el paciente.

FEEDBACK

Técnica que se utiliza para devolver la información al paciente para que este, constate si el mensaje que desea transmitir a través de la comunicación se la correcta, se utilizó esta técnica constantemente para mantener atento al paciente, enfocado y centralizado en la información que en la que se está interactuando.

RETROALIMENTACION.

Se realiza una sintaxis de lo que ha comunicado el paciente para verificar que fue correcta o incorrecta la interpretación de lo que el paciente trata de comunicar, o al contrario si no lo fue, se aplicó al paciente en cada sesión con la finalidad que el paciente no pierda la atención sobre los principios importantes del proceso terapéutico.

Historia clínica

Instrumento utilizado para realizar un registro del motivo de consulta del paciente historia familiar, social, académico, legar y laboral, así como también permite la elaboración de un examen mental y la designación de un diagnostico basado en los signos y síntomas encontrados en el paciente.

MCMI-III

Inventario clínico multiaxial de millón-III, test psicométrico de personalidad clínica que evalúa 4 escalas de control, 11 escalas básicas, 3 rasgos patológicos, 7 síndromes y 3 síndromes de gravedad severa, la prueba por lo general no tiene límite de tiempo, pero el test propone que la prueba toma alrededor de 20 a 30min, la prueba solo se aplica en adultos.

BIS-11

BARRAT escala de impulsividad o BIS-11, evalúa el comportamiento de impulsividad, factores que mide impulsividad atencional, motora e impulsividad no planeada, el test se realiza de manera auto aplicada, adultos, el contexto de aplicación es de escenarios residenciales y ambulatorios.

Inventario de depresión de Beck

Inventario de Depresión de Beck (BDI-II), de administración individual y colectiva, puede durar entre 5 a 10min, a partir de 13 años en adelante, evalúa la severidad de la depresión en adolescentes y adultos, a través de la verificación de síntomas propuestos por el DSM-IV.

Inventario de ansiedad de Beck

También conocido como BAI, test screening está compuesto por 21 ítems, evalúa síntomas de trastornos de ansiedad postulados en DSM-IV, se lo realiza de manera auto aplicada solo para adultos.

Psicoterapia

Se le denomina al tratamiento psicológico, que tiene como finalidad mejorar la calidad de vida de un individuo con alguna patología, por medio de utilización de técnicas, métodos pedagógicos basados en evidencia científica.

Resultados obtenidos

Sesiones

Para la elaboración del estudio de caso se realizaron ocho sesiones, las cuales constaron de un periodo de tres sesiones para evaluar y diagnosticar a la paciente, y las cinco últimas sesiones se procedió a aplicar el esquema terapéutico direccionado a dar soluciones a los hallazgos encontrados.

En la primera sesión, se procedió a recolectar los datos personales de la paciente, se estableció el encuadre y se socializó el trabajo a realizar con el paciente, para luego culminar con acordar la confidencialidad de la sesión actual y las subsecuentes de esta, luego se inició a proceder con el motivo de consulta por el cual el paciente llegó, paciente manifiesta “tengo problemas para controlarme, soy muy agresiva con mis hijos, me hacen enojar y reacciono mal, cuando ya me doy cuenta les eh pagado, gracias a Dios los golpes no han pasado a mayor, pero me da miedo un día de estos que algo malo yo les haga a mis hijos”, Según la narrativa de la paciente la problemática lleva existente alrededor de 1 año, y la frecuencias del episodio agresivo ocurren 3 a 4 veces por semana.

La paciente presenta en su anamnesis aparentemente un desarrollo normal en el embarazo. Nació mediante cesárea, no gateó. Caminó al año, lenguaje desconoce la edad de inicio, control de esfínter alrededor de los 5 años. Funciones de autoservicio alrededor de los 5 años, no presenta ninguna enfermedad. En relación a la historia familiar de la paciente: procede una familia monoparental, siendo figura materna y cumple con los roles paternos, conviven: Hijo L, 16 años, estudiante, en los últimos 3 meses hay poca interacción entre ambos, paciente refiere que observa que L la evita, llega del colegio y va directo a su cuarto y las escasas interacciones que tienen la paciente actúa de manera agresiva.

Hijo M, 13 años, estudiante, la paciente refiere tener constantemente conflictos con M, debido a que es desordenado, manifiesta conductas agresivas y muestra desinterés académico. La situación familiar se caracteriza por relaciones cercanas y conflictivas que en consecuencia se ve la aparición de distanciamiento en el núcleo de convivencia con el mayor de los hijos de la paciente. Paciente refiere tener una relación distante y conflictiva con el padre de sus hijos, este es J, de 37 años, no se hace cargo de la manutención de los hijos pese a que hay una orden de pensión alimenticia que incumple, según refiere la paciente. Al respecto de su historia escolar: En su historia escolar se reporta que, a la edad de 5 años, manifiesta que cumplía con sus actividades escolares, buen rendimiento académico durante su escolaridad y bachillerato, no menciona a ver tenidos conflictos y se relacionaba bien con sus amistades y compañeros de clases, no manifiesta cambios escolares, en su historia

médica no refiere ninguna situación o enfermedad de mayor relevancia, no presenta alteraciones en la alimentación, Manifiesta complicaciones para conciliar el sueño, mantenerlo, y volverlo a retomar, despertares intermitentes, y horarios de descanso difusos (se acuesta tarde, se levanta muy temprano).

Segunda sesión, se le solicita a la paciente que le mencione lo que recuerda de la sesión anterior, acompañado de una retroalimentación por parte del psicoterapeuta, luego se procedió a aplicar test MCMI-III, se observa a la paciente con actitud eufórica a contestar las preguntas, alrededor de la mitad del cuestionario se nota un decaimiento en el estado ánimo, se observa somnolencia, la paciente finalizó la prueba en 37min, seguido de eso se aplica el test de ansiedad de Beck y depresión de Beck, al final de la sesión se le solicita a la paciente comente que le ha parecido la sesión, a lo que ella refiere “al comienzo me emocione porque quería saber qué tipo de personalidad tengo, pero después las preguntas me dieron sueño, me sentí bien hacer la sesión, tranquila sin enojo ni nada, creo que el problema es mi casa” con una carcajada finalizó su comentario.

Tercera sesión, se le realiza un recordatorio de lo que se realizó en la sesión anterior, luego se procedió aplica el test de agresividad de Barrat BIS-11, lo cual tuvo una duración de 26min, se observa a la paciente con una atención lucida, se observa enojada a la paciente en el inicio de la sesión y después de aplicar el test, se le pregunta a que se debe su estado de ánimo, paciente refiere que “acabo de pelear con el desgraciado ese, disculpe doctora, me molesta que no le pasa manutención a los niños y les dice cosas para que mis hijos se pongan en mi contra” cuando menciona desgraciado ese, se refiere al padre de sus hijos, se le comunica a la paciente que a partir de la siguiente sesión se iniciara a con el proceso psicoterapéutico.

Cuarta sesión, en la cuarta sesión se le realiza una introducción a la terapia cognitiva y en que consiste, se procede a explicar la estructura de la sesión, se trabaja técnica de control de estímulos para que pueda conciliar el sueño, para finalizar la sesión se le envía como tarea para la casa a realizar el auto registro durante todo el proceso terapéutico.

Quinta sesión, se revisa la tarea enviada, así como también se evalúa su estado emocional por medio del test de ansiedad y depresión de Beck, se trabaja técnica de inducción de autocompasión para el aplanamiento emocional de la paciente y otras técnicas; análisis de responsabilidad, y hablar de forma limitada de los sentimientos para trabajar el resentimiento dirigido a su expareja.

Sexta sesión, de igual manera que en la anterior sesión se revisa el autorregistro, se evalúa el estado emocional, se continúa trabajando las técnicas para trabajar resentimiento

y aplanamiento emocional, se añade la técnica role playing y entrenamiento asertivo para modificar conductas agresivas, al igual que técnica de repetición de metas para reforzar las técnicas anteriores y que la paciente controle la impulsividad.

Séptima sesión, se observa mejoría en la paciente tanto a nivel cognitivo y emocional, durante la sesión se decide dar por terminada las técnicas exceptuando las utilizadas para la conducta agresiva y déficit de control de impulsos, así como también se mantiene la técnica de control de estímulos y el autorregistro.

Octava sesión, sesión final se realiza el procedimiento de revisión de tarea y evaluación del estado de ánimo, se continua por última vez el entrenamiento asertivo, role playing y se señala que se debe mantener la repetición de metas constantemente, se le manifiesta a la paciente que será la última sesión, paciente muestra un favorable pronóstico terapéutico.

Situaciones detectadas

La paciente llega a consumo con actitud colaboradora, se observa en la paciente exaltación para comunicar, con dificultades para controlar los impulsos, con conflictos familiares, paciente cumple con rol de jefe de hogar, cumple con funciones tanto de padre como de madre, cuando el estrés excede su capacidad, reacciona de manera agresiva con sus hijos, en la actualidad paciente observa un distanciamiento con su hijo mayor debido a la frecuencia de agresión física y verbal que le provoca la paciente.

Paciente procede una familia monoparental, siendo figura materna y cumple con los roles paternos, conviven:

Hijo: L, 16 años, estudiante, en los últimos 3 meses hay poca interacción entre ambos, paciente refiere que observa que L la evita, llega del colegio y va directo a su cuarto y las escasas interacciones que tienen la paciente actúa de manera agresiva.

Hijo: M, 13 años, estudiante, la paciente refiere tener constante conflictos con M, debido a que es desordenado, manifiesta conductas agresivas y muestra desinterés académico.

La situación familiar se caracteriza por relaciones cercanas y conflictivas que en consecuencia se ve la aparición de distanciamiento en el núcleo de convivencia con el mayor de los hijos de la paciente.

Paciente refiere tener una relación distante y conflictiva con el padre, este es J, de 37 años, no se hace cargo de la manutención de los hijos pese a que hay una orden de pensión alimenticia que incumple, según refiere la paciente

Del test MCMI-III; se señala que la paciente tiene un indicador moderado existe presencia de gran parte de rasgos de personalidad límite, que aún no se puede considerar como patológico, Indicador sugestivo personalidad narcisista, autodestructiva, negativista y trastorno de ansiedad.

BIS-11 Escala de agresividad de Barrat; se observa resultados que denotan agresividad cognitiva, motora y no planificada en el paciente, Cuestionario de depresión de Beck; puntaje 13 que refleja sintomatología leve, Cuestionario de Ansiedad de Beck; 15 que refleja sintomatología de ansiedad leve.

Se observa signos y síntomas distribuidas en 4 dimensiones; nivel cognitivo, nivel emocional, nivel conductual y nivel somático, la información específica de lo mencionado

se puede observar en la tabla 2 cuadro sindrómico, la cual se utilizó para sustentar el diagnóstico Trastorno explosivo intermitente 312.34 (F63.81)

Tabla 2

Cuadro sindrómico

Función	Signos y síntomas	Síndrome
Cognitivo:	Fatiga mental, taquipsiquia, problemas para concentrarse, pensamiento tangencial, distorsiones cognitivas “inferencia arbitraria, razonamiento emocional, leer la mente, adivinación, personalización	Trastorno explosivo intermitente 312.34 (F63.81)
Afectivo:	Agresividad Ansiedad Irritabilidad resentimiento	
Conducta social - escolar	Disputas verbales, peleas, agresión física, arrebatos agresivos recurrentes	
Somática	Cefalea, tensión muscular, fatiga e insomnio	

Nota. Información obtenida a partir de la evaluación y diagnóstico de la paciente del caso

Soluciones planteadas

Se procedió a la realización de un enfoque psicoterapéutico basado en la terapia cognitivo-conductual. Se plantea un esquema psicoterapéutico, que incluye: trabajar las distorsiones cognitivas, conductas agresivas, déficit del control de impulso, aplanamiento emocional, resentimiento por la expareja, dificultad para conciliar el sueño, este esquema terapéutico podemos observarlo en la tabla 3.

Se plantea el siguiente esquema terapéutico para darle alivio a las situaciones que generan malestar en la calidad de vida en el paciente, siempre y cuando el paciente de muestre adherencia al tratamiento psicoterapéutico, por ende es importante haber realizado la estabilización de una relación psicoterapéutica.

Tabla 3

Esquema terapéutico

Hallazgos	Meta Terapéutica	Técnica	Número de Sesiones	Fecha	Resultados Obtenidos
Distorsiones cognitivas	Modificar las creencias que producen los pensamientos automáticos	Autorregistro (reestructuración cognitiva)	5		Se observa adherencia a la actividad, paciente manifiesta en la sesión final que debate los pensamientos automáticos que identifica
Conductas agresivas	Eliminar la respuesta de agresión ante estímulos que el paciente interpreta como provocativo	Role playing Entrenamiento asertivo	3		Se observa que la frecuencia de la conducta agresiva de la paciente ha disminuido
Déficit de control de impulsos	Evitar la aparición de la conducta impulsiva	Repetición de metas	3		Paciente manifiesta que antes de actuar, piensa en si la persona que desea convertirse actuaría de esa manera.

Aplanamiento emocional	Facilitar la capacidad de exteriorizar la tristeza y el llanto y que este no sea reemplazado por emociones de ira	Inducción a la autocompasión	3	Se observa que la paciente es capaz de exteriorizar sus emociones acordes a la situación sin complicaciones
Resentimiento dirigido a la expareja	Disminuir los niveles de emociones arrolladoras	Análisis de responsabilidad Hablarle de forma limitada de los sentimientos	3	Paciente manifiesta que es menos frecuentes pensamientos de venganza dirigido a su expareja
Dificultad para conciliar el sueño	Facilitar la capacidad de conciliar el sueño	Técnica de control de estímulos	5	Paciente menciona que conciliar el sueño con mayor facilidad

Nota. Elaborado por autoría propia.

CONCLUSIÓN

El sustento teórico cumplió como base de información para la intervención en la paciente, a partir de los conceptos y teorías planteadas se pudo realizar la evaluación, diagnóstico y elaboración de esquema terapéutico, debido a la validez y confiabilidad de la evidencia científica de la información, es que se obtuvo resultados favorables a la condición de la paciente.

Los miembros del sistema de familia son responsables de cumplir con ciertos roles para que esta sea funcional, a medida que pasa el tiempo estos roles varían. Según Moratto et al. (2015) “En el proceso de adaptación de las familias, éstas no son inmunes a los cambios sociales y, por tanto, no se desarrollan de manera lineal” (p. 106). La transición de un rol a otro es definido por las etapas cronológicas por el cual este pasando el sistema, también conocido como ciclo vital.

Se concluye que existe congruencia entre el estudio de caso y el sustento de teórico investigados, esto se denota que en el caso al observarse el sistema familiar de la paciente en el cual cumplía roles, tanto de padre y madre para sus hijos, funciones como el de cuidar, generar ingresos, compartir tiempo, en consecuencia de padecer una psicopatología no solo perjudicó al paciente a nivel individual, sino que la funcionalidad de su familia se vio afectada, generando cambios en las conductas de cada integrante.

Generando la existencia de dos roles nuevos en el sistema familiar, víctima y victimario, como efecto inmediato se observó cambio en las conductas de convivencia de cada miembro, como la del hijo mayor comenzó a distanciarse, optando por una postura ante el problema de recibir la agresión y no reclamar, con la finalidad de no ser agredido, es decir desarrollo patrones de conductas para poder convivir en un ambiente hostil dentro de su sistema familiar.

Cabe destacar la efectividad del esquema terapéutico realizado para la intervención de la paciente donde se abordó la problemática desde la dimensión cognitiva, emocional y conductual, dando soluciones a cada una de estas alteraciones, también es válido señalar la predisposición de la paciente en la adherencia a la psicoterapia.

Dentro del esquema terapéutico, las técnicas que tuvieron mayor relevancia para la mejoría de la paciente fue el role playing y el entrenamiento asertivo en compañía del autorregistro, se observa que, gracias a las técnicas, la paciente adquirió habilidades de resolución de conflicto de manera asertiva.

Con gran satisfacción se menciona que se cumplió con el objetivo planteado del estudio de caso el cual es; describir la interacción consecuente entre la dinámica familiar e

incidencia en la conducta agresiva de una paciente de 34 años, la cual se vio evidenciada, en la interacción que la paciente sostenía con el hijo mayor antes de presentar el trastorno, cuando presento el trastorno y después del tratamiento, donde se observa que el mayor de sus hijos mostro un desapego a partir de la aparición del trastorno el cual no ha desaparecido aun después de la mejoría de la paciente.

Como recomendación para futuros trabajos de investigación científica basado en esta problemática, tener en cuenta datos cualitativos como el sexo, edad, conductas, antecedentes médicos, debido a que se evidencia que la mayor efectividad en tratamientos a paciente con trastorno explosivo intermitente se observa en intervenciones multidisciplinaria, acompañada de medicina, endocrinología, psiquiatría y psicología, ya que es una problemática de origen etiológico orgánico y social, otro aspecto a tomar en cuenta es la estructura familiar de donde proviene, el estilo de crianza con él fue que criada, interacciones con la madre y padre, dinámica familiar con los padres de la paciente, con el fin de saber de donde parten sus creencias en su esquema mental.

Los principales tratamientos que surgen de la evaluación de estas disciplinas son la farmacoterapia y la psicoterapia, en algunos casos solo es necesario a la psicoterapia, pero debido a que es beneficiosa el aumento de producción de serotonina en el cerebro, se suelen usarse inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), y esto ayuda a poder sobrellevar de mejor manera el tratamiento, ya que ayudara a evitar cambios bruscos emocionales en el paciente durante el proceso terapéutico.

Referencias

- Acosta-Zapata, E., López-Ramón, C., Martínez-Cortés, M. E., & Zapata-Vázquez, R. (2017). Funcionalidad familiar y estrategias de afrontamiento en pacientes con cáncer de mama. *Horizonte sanitario*, 16(2), 139-148. doi:10.19136/hs.v16i2.1629
- Arias Gallegos, W. L. (2013). AGRESIÓN Y VIOLENCIA EN LA ADOLESCENCIA: LA IMPORTANCIA DE LA FAMILIA. *Av.psicol*, 21(1), 23-34. Obtenido de <https://revistas.unife.edu.pe/index.php/avancesenpsicologia/article/view/303/219>
- Association American Psychiatry. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5®)* (Quinta ed.). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Bouquet Escobedo, G. S., García-Méndez, M., Díaz-Loving, R., & Rivera-Aragón, S. (2018). Conceptuación y Medición de la Agresividad: Validación de una Escala. *REVISTA COLOMBIANA DE PSICOLOGÍA*, 28(1), 115-130. doi:<https://doi.org/10.15446/rcp.v28n1.70184>
- Cedeño Floril, M. P. (2019). VIOLENCIA INTRAFAMILIAR: MEDIACIÓN CONDICIONADA AL TRATAMIENTO REMEDIAL. *Revista Científica de la Universidad de Cienfuegos*, 11(1), 193-200. Obtenido de <http://scielo.sld.cu/pdf/rus/v11n1/2218-3620-rus-11-01-193.pdf>
- Demarchi Sánchez, G., Aguirre Londoño, M., Yela Solano, N., & Viveros Chavarria, E. (2015). Sobre la dinámica familiar. Revisión documental. *Cultura Educación y Sociedad*, 6(2), 117-138. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7823294>
- Esteves Villanueva, A. R., Paredes Mamani, R. P., Calcina Condori, C. R., & Yapuchura Saico, C. R. (Junio de 2020). Habilidades Sociales en adolescentes y Funcionalidad Familiar. *Revista de Investigación en Comunicación y Desarrollo*, 11(1), 16-27. doi:<http://dx.doi.org/10.33595/2226-1478.11.1.392>
- González Sala, F., Gimeno Collado, A., Meléndez Mora, J. C., & Córdoba Iniasta, A. (2012). La percepción de la funcionalidad familiar. Confirmación de su estructura bifactorial. *Escritos de Psicología*, 5(1), 34-39. Obtenido de https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1989-38092012000100005
- Moratto Vásquez, N. S., Zapata Posada, J. J., & Messenger, T. (2015). Conceptualización de ciclo vital familiar: una mirada a la producción durante el periodo comprendido entre los años 2002 a 2015. *Revista CES Psicología*, 8(2), 103-121. Obtenido de

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2011-30802015000200006

Zapata, J. P., & Palacio, J. D. (2016). Trastorno explosivo intermitente: un diagnóstico. *rev colomb psiquiat.*, 45(3), 214-223. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v45n3/v45n3a10.pdf>

ANEXOS 1

HISTORIA CLÍNICA

HC. # _____

Fecha: ____/____/____

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombres: NN Edad: 34 años

Lugar y fecha de nacimiento: Ventanas, 1988

Género: Mujer Estado civil: Divorciada Religión: Cristiana Instrucción: Bachilleres

Ocupación: Ama de casa

Dirección: _____ Teléfono: _____

Remitente: Acude a consulta por voluntad propia

2. MOTIVO DE CONSULTA

Paciente de sexo femenino de 34 años de edad acude a consulta por tratamiento psicoterapéutico.

Paciente manifiesta que “tengo problemas para controlarme, soy muy agresiva con mis hijos, me hacen enojar y reacciono mal, cuando ya me doy cuenta les eh pagado, gracias a Dios los golpes no han pasado a mayor, pero me da miedo un día de estos que algo malo yo les haga a mis hijos”

3. HISTORIA DEL CUADRO PSICOPATOLÓGICO ACTUAL

Paciente refiere que el evento precipitante se debe a los maltrato e infidelidades con su exesposo, se observa que la problemática ha permanecido alrededor 1 año y cada episodio ocurre alrededor de 3 a 4 veces por semana. Los pensamientos automáticos surgen a raíz de la separación.

4. ANTECEDENTES FAMILIARES

- a. Genograma (Composición y dinámica familiar).
- b. Tipo de familia.
- c. Antecedentes psicopatológicos familiares.

Paciente procede una familia monoparental, siendo figura materna y cumple con los roles paternos, conviven: Hijo: L, 16 años, estudiante, en los últimos 3 meses hay poca interacción entre ambos, paciente refiere que observa que L la evita, llega del colegio y va directo a su cuarto y las escasas interacciones que tienen la paciente actúa de manera agresiva.

Hijo: M, 13 años, estudiante, la paciente refiere tener constante conflictos con M, debido a que es desordenado, manifiesta conductas agresivas y muestra desinterés académico.

La situación familiar se caracteriza por relaciones cercanas y conflictivas que en consecuencia se ve la aparición de distanciamiento en el núcleo de convivencia con el mayor de los hijos de la paciente.

Paciente refiere tener una relación distante y conflictiva con el padre, este es J, de 37 años, no se hace cargo de la manutención de los hijos pese a que hay una orden de pensión alimenticia que incumple, según refiere la paciente

5. TOPOLOGÍA HABITACIONAL

Habitan en una villa de cemento con dos dormitorios, sala comedor cocina, disponen de un

baño y servicios básicos

6. HISTORIA PERSONAL

6.1. ANAMNESIS

Embarazo, parto, lactancia, marcha, lenguaje, control de esfínteres, funciones de autonomía, enfermedades. Presenta en su anamnesis aparentemente un desarrollo normal. Nació mediante cesárea, no gateó. Caminó al año, lenguaje desconoce la edad de inicio, control de esfínter alrededor de los 5 años. Funciones de autoservicio alrededor de los 5 años, no presenta ninguna enfermedad

6.2. ESCOLARIDAD (Adaptabilidad, rendimiento, relación con pares y maestros, aprendizaje, cambios de escuela).

En su historia escolar se reporta que, a la edad de 5 años, manifiesta que cumplía con sus actividades escolares, buen rendimiento académico durante su escolaridad y bachillerato, no menciona a ver tenidos conflictos y se relacionaba bien con sus amistades y compañeros de clases, no manifiesta cambios escolares.

6.3. HISTORIA LABORAL

Paciente a lo largo de su vida no ha laborado en ninguna institución, actualmente ocupa su tiempo como ama de casa.

6.4.

ADAPTACIÓN

SOCIAL

En su carácter es impulsividad, hostilidad, irritabilidad y agresividad lo suele evitar relacionarse con otras personas, agrede físicamente a sus hijos, agrede verbalmente a su exesposo y suele tener conflictos con las personas que interactúan en su entorno social.

6.5. USO DEL TIEMPO LIBRE (ocio, diversión, deportes, intereses)

le gusta ver TV, videos

6.6. AFECTIVIDAD Y PSICOSEXUALIDAD

No mantiene una vida sexual activa, manifiesta desinterés

6.7. HÁBITOS (café, alcohol, drogas, entre otros)

No manifiesta nada que llame la atención.

6.8. ALIMENTACIÓN Y SUEÑO

Ingiere sus tres comidas diarias.

Manifiesta complicaciones para conciliar el sueño, mantenerlo, y volverlo a retomar, despertares intermitentes, y horarios de descanso difusos (se acuesta tarde, se levanta muy temprano).

6.9. HISTORIA MÉDICA

Manifiesta cefaleas la mayor parte del día, no manifiesta ningún antecedente patológico.

6.10. HISTORIA LEGAL

No aplica

6.11. PROYECTO DE VIDA

Manifiesta que desea superar estas dificultades económicas y familiares para apoyar a sus hijos a que culminen sus estudios.

7. EXPLORACION DEL ESTADO MENTAL

7.1. FENOMENOLOGÍA (Aspecto personal, lenguaje no verbal, biotipo, actitud, etnia, lenguaje)
Estatura y contextura promedio, vestimenta acorde a su sexo, peinada, actitud colaborativa, mestiza, lenguaje no verbal coherente con su lenguaje verbal.

7.2. ORIENTACIÓN

Alopsíquica y autopsíquica coherente, ubicada en tiempo, espacio y persona

7.3. ATENCIÓN

Lucida al momento de la entrevista

7.4. MEMORIA

Anterógrada y retrograda sin alteración al momento de la entrevista.

7.5. INTELIGENCIA

Aparentemente normal

7.6. PENSAMIENTO

Pensamiento tangencial, taquipsíquica

7.7. LENGUAJE

Verborrea.

7.8. PSICOMOTRICIDAD

Exaltación psicomotora, agitación psicomotora y facilitación del contacto.

7.9. SENSOPERCEPCION

No presenta alteraciones en la sensopercepción.

7.10. AFECTIVIDAD

Sentimientos de tensión, irritabilidad, agresividad

7.11. JUICIO DE REALIDAD

Acorde a su edad

7.12. CONCIENCIA DE ENFERMEDAD

Si hay conciencia

7.13. HECHOS PSICOTRAUMATICOS E IDEAS SUICIDAS

Paciente presencio a su esposo durante el acto coital con su amante

8. PRUEBAS PSICOLOGICAS APLICADAS Y RESULTADOS

- MCMI-III.- con respecto a los resultados los mas relevantes son; en indicador moderado existe presencia de gran parte de rasgos de personalidad limite, que aun no se puede considerar como patológico, Indicador sugestivo personalidad narcisista, autodestructiva, negativista y trastorno de ansiedad.
 - BIS-11 Escala de agresividad de Barrat .- se observa resultados que denotan agresividad cognitiva, motora y no planificada en el paciente.
 - Cuestionario de depresión de Beck.- puntaje 13 que refleja sintomatología leve.
 - Cuestionario de Ansiedad de Beck.- 15 que refleja sintomatología de ansiedad leve.

9. MATRIZ DEL CUADRO PSICOPATOLOGICO

Función	Signos y síntomas	Síndrome
Cognitivo:	Fatiga mental, taquipsiquia, problemas para concentrarse, pensamiento tangencial, distorsiones cognitivas “inferencia arbitraria, razonamiento emocional, leer la mente, adivinación, personalización	Trastorno explosivo intermitente
Afectivo:	Agresividad Ansiedad Irritabilidad resentimiento	
Conducta social - escolar	Disputas verbales, peleas, agresión física, arrebatos agresivos recurrentes	
Somática	Cefalea, tensión muscular, fatiga e insomnio	

9.1. Factores predisponentes: ambientales (conflictos familiares)

9.2. Evento precipitante: Paciente presencia a su esposo durante el acto coital con su amante (trauma emocional)

9.3. Tiempo de evolución: 12 meses aproximadamente.

10. DIAGNÓSTICO ESTRUCTURAL

presenta, según el DSM-5:

312.34 (F63.81) TRASTORNO EXPLOSIVO INTERMITENTE

11. PRONÓSTICO

Favorable si mantiene tratamiento

12. RECOMENDACIONES

• Psicoterapia individual. Desarrollo de inteligencia emocional, autoconcepto, entrenamiento en habilidades sociales y control de impulsos.

13. ESQUEMA TERAPÉUTICO

Psicoterapia individual de corte cognitivo conductual

Firma del pasante **MAITE MORENO**

Hallazgos	Meta Terapéutica	Técnica	Número de Sesiones	Fecha	Resultados Obtenidos
Distorsiones cognitivas	Modificar las creencias que producen los pensamientos automáticos	Autorregistro (reestructuración cognitiva)	5		Se observa adherencia a la actividad, paciente manifiesta en la sesión final que debate los pensamientos automáticos que identifica
Conductas agresivas	Eliminar la respuesta de agresión ante estímulos que el paciente interpreta como provocativo	Role playing Entrenamiento asertivo	3		Se observa que la frecuencia de la conducta agresiva de la paciente ha disminuido
Déficit de control de impulsos	Evitar la aparición de la conducta impulsiva	Repetición de metas	3		Paciente manifiesta que antes de actuar, piensa en si la persona que desea convertirse actuaría de esa manera.
Aplanamiento emocional	Facilitar la capacidad de exteriorizar la tristeza y el llanto y que este no sea reemplazado por emociones de ira	Inducción a la autocompasión	3		Se observa que la paciente es capaz de exteriorizar sus emociones acordes a la situación sin complicaciones
Resentimiento dirigido a la expareja	Disminuir los niveles de emociones arrolladoras	Análisis de responsabilidad Hablarle de forma limitada de los sentimientos	3		Paciente manifiesta que es menos frecuentes pensamientos de venganza dirigido a su expareja
Dificultad para conciliar el sueño	Facilitar la capacidad de conciliar el sueño	Técnica de control de estímulos	5		Paciente menciona que conciliar el sueño con mayor facilidad

ANEXOS 2



CUADERNILLO

MCMIII - III

INVENTARIO CLÍNICO MULTIAXIAL DE MILLON-III

INSTRUCCIONES

- 1 Anote todas sus contestaciones en la hoja de respuestas que se le ha facilitado. **NO ESCRIBA NADA EN ESTE CUADERNILLO.**
- 2 Para contestar en la hoja de respuestas utilice un **LÁPIZ** blando que escriba en color **NEGRO** y disponga de una goma de borrar para hacer las correcciones, cuando sea necesario.
- 3 Las páginas siguientes contienen una serie de frases usuales o expresiones que las personas suelen utilizar para describirse a sí mismas. Sirven para ayudarle a describir sus sentimientos y actitudes. **SEA LO MÁS SINCERO POSIBLE.**
- 4 No se preocupe si algunas cuestiones o frases le parecen extrañas; están incluidas para describir los diferentes problemas que puede tener la gente.
- 5 A continuación tiene dos ejemplos para que vea la forma de contestar en la hoja de respuestas. Si **ESTÁ DE ACUERDO** con una frase o piensa que describe su forma de ser, **MARQUE CON UN ASPA EL ESPACIO** correspondiente a la letra «V» (Verdadero). Si por el contrario la frase **NO REFLEJA NI CARACTERIZA** su forma de ser, **MARQUE CON UN ASPA EL ESPACIO** de la letra «F» (Falso). Así:

1	Soy un ser humano	1.	<input checked="" type="checkbox"/>	V	<input type="checkbox"/>	F
---	-------------------	----	-------------------------------------	---	--------------------------	---

Como esta frase es verdadera para Vd. se ha tachado el espacio de la letra V (Verdadero).

2	Mido más de tres metros	2.	<input type="checkbox"/>	V	<input checked="" type="checkbox"/>	F
---	-------------------------	----	--------------------------	---	-------------------------------------	---

Esta frase es falsa para Vd., por lo que se ha tachado el espacio de la letra F (Falso).

- 6 Procure responder a todas las frases aunque no esté totalmente seguro. Es mejor contestar a todas pero si no es capaz de decidirse, debe marcar el espacio de la letra F (Falso).
- 7 Si se equivoca o quiere cambiar alguna respuesta, borre primero la respuesta equivocada y luego rellene el otro espacio.
- 8 No hay límite de tiempo para contestar a todas las frases, pero lo mejor es hacerlo con rapidez.

NO ABRA ESTE CUADERNILLO HASTA QUE SE LO INDIQUEN.



Autor: Theodore Millon.

Adaptación española: Violeta Cardenal y M^a Pilar Sánchez.

Copyright © 1997 by DICANDRIEN, INC.

Copyright © 2006 by TEA Ediciones, S.A. - Edita: TEA Ediciones, S.A.; Fray Bernardino de Sahagún, 24; 28036 MADRID - Prohibida la reproducción total o parcial. Todos los derechos reservados - Printed in Spain. Impreso en España.

- 1 Últimamente parece que me quedo sin fuerzas, incluso por la mañana.
- 2 Me parece muy bien que haya normas porque son una buena guía a seguir.
- 3 Disfruto haciendo tantas cosas diferentes que no puedo decidir por cuál empezar.
- 4 Gran parte del tiempo me siento débil y cansado.
- 5 Sé que soy superior a los demás, por eso no me importa lo que piense la gente.
- 6 La gente nunca ha reconocido suficientemente las cosas que he hecho.
- 7 Si mi familia me presiona, es probable que me enfade y me resista a hacer lo que ellos quieren.
- 8 La gente se burla de mí a mis espaldas, hablando de lo que hago o parezco.
- 9 Frecuentemente critico mucho a la gente que me irrita.
- 10 Raramente exteriorizo las pocas emociones que suelo tener.
- 11 Me resulta difícil mantener el equilibrio cuando camino.
- 12 Muestro mis emociones fácil y rápidamente.
- 13 En el pasado, mis hábitos de tomar drogas me han causado problemas a menudo.
- 14 Algunas veces puedo ser bastante duro y desagradable con mi familia.
- 15 Las cosas que hoy van bien no durarán mucho tiempo.
- 16 Soy una persona muy agradable y sumisa.
- 17 Cuando era adolescente, tuve muchos problemas por mi mal comportamiento en el colegio.
- 18 Tengo miedo a acercarme mucho a otra persona porque podría acabar siendo ridiculizado o avergonzado.
- 19 Parece que elijo amigos que terminan tratándome mal.
- 20 He tenido pensamientos tristes gran parte de mi vida desde que era niño.
- 21 Me gusta coquetear con las personas del otro sexo.
- 22 Soy una persona muy variable y cambio de opiniones y sentimientos continuamente.
- 23 Beber alcohol nunca me ha causado verdaderos problemas en mi trabajo.
- 24 Hace unos años comencé a sentirme un fracasado.
- 25 Me siento culpable muy a menudo sin ninguna razón.
- 26 Los demás envidian mis capacidades.
- 27 Cuando puedo elegir, prefiero hacer las cosas solo.
- 28 Pienso que el comportamiento de mi familia debería ser estrictamente controlado.
- 29 La gente normalmente piensa que soy una persona reservada y seria.
- 30 Últimamente he comenzado a sentir deseos de destruir cosas.
- 31 Creo que soy una persona especial y merezco que los demás me presten una particular atención.
- 32 Siempre estoy buscando hacer nuevos amigos y conocer gente nueva.
- 33 Si alguien me criticase por cometer un error, rápidamente le señalaría sus propios errores.
- 34 Últimamente he perdido los nervios.
- 35 A menudo renuncio a hacer cosas porque temo no hacerlas bien.
- 36 Muchas veces me dejo llevar por mis emociones de ira y luego me siento terriblemente culpable por ello.
- 37 Muy a menudo pierdo mi capacidad para percibir sensaciones en partes de mi cuerpo.
- 38 Hago lo que quiero sin preocuparme de las consecuencias que tenga en los demás.

- 39 Tomar las llamadas "drogas ilegales" puede ser imprudente, pero reconozco que en el pasado las he necesitado.
- 40 Creo que soy una persona miedosa e inhibida.
- 41 He hecho impulsivamente muchas cosas estúpidas que han llegado a causarme grandes problemas.
- 42 Nunca perdono un insulto ni olvido una situación embarazosa que alguien me haya causado.
- 43 A menudo me siento triste o tenso, inmediatamente después de que me haya pasado algo bueno.
- 44 Ahora me siento terriblemente deprimido y triste gran parte del tiempo.
- 45 Siempre hago lo posible por complacer a los demás, incluso a quienes no me gustan.
- 46 Siempre he sentido menos interés por el sexo que la mayoría de la gente.
- 47 Siempre tiendo a culparme a mí mismo cuando las cosas salen mal.
- 48 Hace mucho tiempo decidí que lo mejor es tener poco que ver con la gente.
- 49 Desde niño, siempre he tenido que tener cuidado con la gente que intentaba engañarme.
- 50 No soporto a las personas influyentes que siempre piensan que pueden hacer las cosas mejor que yo.
- 51 Cuando las cosas son aburridas, me gusta provocar algo interesante o divertido.
- 52 Tengo un problema con el alcohol que nos ha creado dificultades a mi familia y a mí.
- 53 Los castigos nunca me han impedido hacer lo que yo quería.
- 54 Muchas veces me siento muy alegre y animado sin ninguna razón.
- 55 En las últimas semanas me he sentido agotado sin ningún motivo especial.
- 56 Últimamente me he sentido muy culpable porque ya no soy capaz de hacer nada bien.
- 57 Pienso que soy una persona muy sociable y extravertida.
- 58 Me he vuelto muy nervioso en las últimas semanas.
- 59 Controlo muy bien mi dinero para estar preparado en caso de necesidad.
- 60 Simplemente, no he tenido la suerte que otros han tenido en la vida.
- 61 Algunas ideas me dan vueltas en la cabeza una y otra vez y no desaparecen.
- 62 Desde hace uno o dos años, al pensar sobre la vida, me siento muy triste y desanimado.
- 63 Mucha gente ha estado espiando mi vida privada durante años.
- 64 No sé por qué pero, a veces, digo cosas crueles sólo para hacer sufrir a los demás.
- 65 En el último año he cruzado el Atlántico en avión 30 veces.
- 66 En el pasado, el hábito de abusar de las drogas me ha hecho faltar al trabajo.
- 67 Tengo muchas ideas que son avanzadas para los tiempos actuales.
- 68 Últimamente tengo que pensar las cosas una y otra vez sin ningún motivo.
- 69 Evito la mayoría de las situaciones sociales porque creo que la gente va a criticarme o rechazarme.
- 70 Muchas veces pienso que no merezco las cosas buenas que me pasan.
- 71 Cuando estoy solo, a menudo noto cerca de mí la fuerte presencia de alguien que no puede ser visto.
- 72 Me siento desorientado, sin objetivos, y no sé hacia dónde voy en la vida.
- 73 A menudo dejo que los demás tomen por mí decisiones importantes.

- 74 No puedo dormir, y me levanto tan cansado como al acostarme.
- 75 Últimamente sudo mucho y me siento muy tenso.
- 76 Tengo una y otra vez pensamientos extraños de los que desearía poder librarme.
- 77 Tengo muchos problemas para controlar el impulso de beber en exceso.
- 78 Aunque esté despierto, parece que no me doy cuenta de la gente que está cerca de mí.
- 79 Con frecuencia estoy irritado y de mal humor.
- 80 Para mí es muy fácil hacer muchos amigos.
- 81 Me avergüenzo de algunos de los abusos que sufrí cuando era joven.
- 82 Siempre me aseguro de que mi trabajo esté bien planeado y organizado.
- 83 Mis estados de ánimo cambian mucho de un día para otro.
- 84 Me falta confianza en mí mismo para arriesgarme a probar algo nuevo.
- 85 No culpo a quien se aprovecha de alguien que se lo permite.
- 86 Desde hace algún tiempo me siento triste y deprimido y no consigo animarme.
- 87 A menudo me enfado con la gente que hace las cosas lentamente.
- 88 Cuando estoy en una fiesta nunca me aíso de los demás.
- 89 Observo a mi familia de cerca para saber en quién se puede confiar y en quién no.
- 90 Algunas veces me siento confuso y molesto cuando la gente es amable conmigo.
- 91 El consumo de "drogas ilegales" me ha causado discusiones con mi familia.
- 92 Estoy solo la mayoría del tiempo y lo prefiero así.
- 93 Algunos miembros de mi familia dicen que soy egoísta y que sólo pienso en mí mismo.
- 94 La gente puede hacerme cambiar de ideas fácilmente, incluso cuando pienso que ya había tomado una decisión.
- 95 A menudo irrito a la gente cuando les doy órdenes.
- 96 En el pasado la gente decía que yo estaba muy interesado y apasionado por demasiadas cosas.
- 97 Estoy de acuerdo con el refrán: "Al que madruga Dios le ayuda".
- 98 Mis sentimientos hacia las personas importantes en mi vida muchas veces oscilan entre el amor y el odio.
- 99 Cuando estoy en una reunión social, en grupo, casi siempre me siento tenso y cohibido.
- 100 Supongo que no soy diferente de mis padres ya que, hasta cierto punto, me he convertido en un alcohólico.
- 101 Creo que no me tomo muchas de las responsabilidades familiares tan seriamente como debería.
- 102 Desde que era niño he ido perdiendo contacto con la realidad.
- 103 Gente mezquina intenta con frecuencia aprovecharse de lo que he realizado o ideado.
- 104 No puedo experimentar mucho placer porque no creo merecerlo.
- 105 Tengo pocos deseos de hacer amigos íntimos.
- 106 He tenido muchos periodos en mi vida en los que he estado tan animado y he consumido tanta energía que luego me he sentido muy bajo de ánimo.
- 107 He perdido completamente mi apetito y la mayoría de las noches tengo problemas para dormir.
- 108 Me preocupa mucho que me dejen solo y tenga que cuidar de mí mismo.

- 109 El recuerdo de una experiencia muy perturbadora de mi pasado sigue apareciendo en mis pensamientos.
- 110 El año pasado aparecí en la portada de varias revistas.
- 111 Parece que he perdido el interés en la mayoría de las cosas que solía encontrar placenteras, como el sexo.
- 112 He estado abatido y triste mucho tiempo en mi vida desde que era bastante joven.
- 113 Me he metido en problemas con la ley un par de veces.
- 114 Una buena manera de evitar los errores es tener una rutina para hacer las cosas.
- 115 A menudo otras personas me culpan de cosas que no he hecho.
- 116 He tenido que ser realmente duro con algunas personas para mantenerlas a raya.
- 117 La gente piensa que, a veces, hablo sobre cosas extrañas o diferentes a las de ellos.
- 118 Ha habido veces en las que no he podido pasar el día sin tomar drogas.
- 119 La gente está intentando hacerme creer que estoy loco.
- 120 Haría algo desesperado para impedir que me abandonase una persona que quiero.
- 121 Sigo dándome atracones de comida un par de veces a la semana.
- 122 Parece que echo a perder las buenas oportunidades que se cruzan en mi camino.
- 123 Siempre me ha resultado difícil dejar de sentirme deprimido y triste.
- 124 Cuando estoy solo y lejos de casa, a menudo comienzo a sentirme tenso y lleno de pánico.
- 125 A veces las personas se molestan conmigo porque dicen que hablo mucho o demasiado deprisa para ellas.
- 126 Hoy, la mayoría de la gente de éxito ha sido afortunada o deshonesto.
- 127 No me involucro con otras personas a no ser que esté seguro de que les voy a gustar.
- 128 Me siento profundamente deprimido sin ninguna razón que se me ocurra.
- 129 Años después, todavía tengo pesadillas acerca de un acontecimiento que supuso una amenaza real para mi vida.
- 130 Ya no tengo energía para concentrarme en mis responsabilidades diarias.
- 131 Beber alcohol me ayuda cuando me siento deprimido.
- 132 Odio pensar en algunas de las formas en las que se abusó de mí cuando era un niño.
- 133 Incluso en los buenos tiempos, siempre he tenido miedo de que las cosas pronto fuesen mal.
- 134 Algunas veces, cuando las cosas empiezan a torcerse en mi vida, me siento como si estuviera loco o fuera de la realidad.
- 135 Estar solo, sin la ayuda de alguien cercano de quien depender, realmente me asusta.
- 136 Sé que he gastado más dinero del que debiera comprando "drogas ilegales".
- 137 Siempre compruebo que he terminado mi trabajo antes de tomarme un descanso para actividades de ocio.
- 138 Noto que la gente está hablando de mí cuando paso a su lado.
- 139 Se me da muy bien inventar excusas cuando me meto en problemas.
- 140 Creo que hay una conspiración contra mí.
- 141 Siento que la mayoría de la gente tiene una mala opinión de mí.
- 142 Frecuentemente siento que no hay nada dentro de mí, como si estuviera vacío y hueco.
- 143 Algunas veces me obligo a vomitar después de comer.
- 144 Creo que me esfuerzo mucho por conseguir que los demás admiren las cosas que hago o digo.

- 145 Me paso la vida preocupándome por una cosa u otra.
- 146 Siempre me pregunto cuál es la razón real de que alguien sea especialmente agradable conmigo.
- 147 Ciertos pensamientos vuelven una y otra vez a mi mente.
- 148 Pocas cosas en la vida me dan placer.
- 149 Me siento tembloroso y tengo dificultades para conciliar el sueño debido a dolorosos recuerdos de un hecho pasado que pasan por mi cabeza repetidamente.
- 150 Pensar en el futuro al comienzo de cada día me hace sentir terriblemente deprimido.
- 151 Nunca he sido capaz de librarme de sentir que no valgo nada para los demás.
- 152 Tengo un problema con la bebida que he tratado de solucionar sin éxito.
- 153 Alguien ha estado intentando controlar mi mente.
- 154 He intentado suicidarme.
- 155 Estoy dispuesto a pasar hambre para estar aún más delgado de lo que estoy.
- 156 No entiendo por qué algunas personas me sonrían.
- 157 No he visto un coche en los últimos diez años.
- 158 Me pongo muy tenso con las personas que no conozco bien, porque pueden querer hacerme daño.
- 159 Alguien tendría que ser bastante excepcional para entender mis habilidades especiales.
- 160 Mi vida actual se ve todavía afectada por 'imágenes mentales' de algo terrible que me pasó.
- 161 Parece que creo situaciones con los demás en las que acabo herido o me siento rechazado.
- 162 A menudo me pierdo en mis pensamientos y me olvido de lo que está pasando a mi alrededor.
- 163 La gente dice que soy una persona delgada, pero creo que mis muslos y mi trasero son demasiado grandes.
- 164 Hay terribles hechos de mi pasado que vuelven repetidamente para perseguirme en mis pensamientos y sueños.
- 165 No tengo amigos íntimos al margen de mi familia
- 166 Casi siempre actúo rápidamente y no pienso las cosas tanto como debiera.
- 167 Tengo mucho cuidado en mantener mi vida como algo privado, de manera que nadie pueda aprovecharse de mí.
- 168 Con mucha frecuencia oigo las cosas con tanta claridad que me molesta.
- 169 Siempre estoy dispuesto a ceder en una riña o desacuerdo porque temo el enfado o rechazo de los demás.
- 170 Repito ciertos comportamientos una y otra vez, algunas veces para reducir mi ansiedad y otras para evitar que pase algo malo.
- 171 Recientemente he pensado muy en serio en quitarme de en medio.
- 172 La gente me dice que soy una persona muy formal y moral.
- 173 Todavía me aterrorizo cuando pienso en una experiencia traumática que tuve hace años.
- 174 Aunque me da miedo hacer amistades, me gustaría tener más de las que tengo.
- 175 A algunas personas que se supone que son mis amigos les gustaría hacerme daño.

FIN DE LA PRUEBA.

COMPRUEBE, POR FAVOR,
QUE NO HA DEJADO NINGUNA
FRASE SIN CONTESTAR.

Inventario Clínico Multiaxial de MCMI - III
Hoja de Respuestas

Nombre

MM

Edad

Fecha de Aplicación

1	V	F
2	V	F
3	V	F
4	V	F
5	V	F

26	V	F
27	V	F
28	V	F
29	V	F
30	V	F

51	V	F
52	V	F
53	V	F
54	V	F
55	V	F

76	V	F
77	V	F
78	V	F
79	V	F
80	V	F

101	V	F
102	V	F
103	V	F
104	V	F
105	V	F

126	V	F
127	V	F
128	V	F
129	V	F
130	V	F

151	V	F
152	V	F
153	V	F
154	V	F
155	V	F

6	V	F
7	V	F
8	V	F
9	V	F
10	V	F

31	V	F
32	V	F
33	V	F
34	V	F
35	V	F

58	V	F
57	V	F
58	V	F
59	V	F
60	V	F

81	V	F
82	V	F
83	V	F
84	V	F
85	V	F

106	V	F
107	V	F
108	V	F
109	V	F
110	V	F

131	V	F
132	V	F
133	V	F
134	V	F
135	V	F

156	V	F
157	V	F
158	V	F
159	V	F
160	V	F

11	V	F
12	V	F
13	V	F
14	V	F
15	V	F

36	V	F
37	V	F
38	V	F
39	V	F
40	V	F

61	V	F
62	V	F
63	V	F
64	V	F
65	V	F

86	V	F
87	V	F
88	V	F
89	V	F
90	V	F

111	V	F
112	V	F
113	V	F
114	V	F
115	V	F

136	V	F
137	V	F
138	V	F
139	V	F
140	V	F

161	V	F
162	V	F
163	V	F
164	V	F
165	V	F

16	V	F
17	V	F
18	V	F
19	V	F
20	V	F

41	V	F
42	V	F
43	V	F
44	V	F
45	V	F

66	V	F
67	V	F
68	V	F
69	V	F
70	V	F

91	V	F
92	V	F
93	V	F
94	V	F
95	V	F

116	V	F
117	V	F
118	V	F
119	V	F
120	V	F

141	V	F
142	V	F
143	V	F
144	V	F
145	V	F

166	V	F
167	V	F
168	V	F
169	V	F
170	V	F

21	V	F
22	V	F
23	V	F
24	V	F
25	V	F

46	V	F
47	V	F
48	V	F
49	V	F
50	V	F

71	V	F
72	V	F
73	V	F
74	V	F
75	V	F

96	V	F
97	V	F
98	V	F
99	V	F
100	V	F

121	V	F
122	V	F
123	V	F
124	V	F
125	V	F

146	V	F
147	V	F
148	V	F
149	V	F
150	V	F

171	V	F
172	V	F
173	V	F
174	V	F
175	V	F

ANEXO 3

**CUESTIONARIO MODIFICADO DE AGRESIVIDAD
BUSS-DURKEE
INSTRUCCIONES**

En las siguientes páginas se le presenta una serie de frases sobre el modo como Ud. se comporta como Ud. se y sienta. Después de leer cada frase, debe decidir con un "CIERTO" o con un "FALSO" si aquella que represente su modo de actuar o sentir usualmente.

Trate de responder rápidamente y no emplee mucho tiempo en cada frase; queremos su primera reacción, no un proceso de pensamiento prolongado.

ASEGURESE DE NO OMITIR ALGUNA FRASE.

Ahora trabaje rápidamente y recuerde de contestar todas las frases **NO HAY CONTESTACIONES "CORRECTAS" O "INCORRECTAS"**, sino simplemente una medida de la forma como Ud. se comporta.

	C	F
1 Pierdo la paciencia fácilmente, pero la recobro fácilmente	X	
2 Cuando desapruuebo la conducta de mis amigos (as) se los hago saber	X	
3 A veces hablo mal de las personas que no me agradan.	X	
4 De vez en cuando no puedo controlar mi necesidad de golpear a otros	X	
5 Siento que no consigo lo que merezco.	X	X
6 Sé de personas que hablan de mí a mis espaldas.	X	
7 Siempre soy paciente con los demás.	X	
8 A menudo me encuentro en desacuerdo con los demás.	X	
9 Nunca me molesto tanto como para tirar las cosas.	X	
10 No tengo ninguna buena razón para golpear a los otros	X	X
11 Otra gente parece que lo obtiene todo.	X	
12 Me mantengo en guardia con gente que de alguna manera es más amigable de lo que esperaba.	X	
13 Soy más irritable de lo que la gente cree.	X	
14 No puedo evitar entrar en discusiones cuando la gente no está de acuerdo conmigo.	X	
15 Cuando me molesto, a veces tiro las puertas. Si alguien me golpea primero, le respondo de igual manera y de inmediato	X	
16 Cuando recuerdo mi pasado y todo lo que me ha sucedido, no puedo evitar sentirme resentido (a).	X	
18 Creo que le desagrado a mucha gente.	X	
19 Me "hierve" la sangre cada ve que la gente se burla de mí.	X	
20 Yo exijo que la gente respete mis derechos.	X	X
21 Nunca hago bromas pesadas.	X	
22 Quien sea que insulte a mi familia o a mí, está buscando pelea.	X	
23 Casi todas las semanas encuentro a alguien que me desagrada.	X	
24 Hay mucha gente que me tiene envidia	X	
25 Si alguien no me trata bien, no permito que eso me moleste.	X	
26 Aún cuando estoy enfurecido no hablo lisuras.	X	

27	A veces hago mal las cosas cuando estoy enojado (a).	X	
28	Quien continuamente me molesta, está buscando un puñete en la nariz	X	
29	Aunque no lo demuestre, a veces siento envidia	X	
30	A veces tengo la sospecha de que se rien de mi	X	
31	A veces me molesta la sola presencia de la gente	X	
32	Si alguien me molesta estoy dispuesto (a) a decirle lo que pienso	X	
33	A veces dejo de hacer las cosas cuando no consigo lo que quiero	X	
34	Pocas veces contesto, aunque me golpeen primero	X	
35	No sé de alguien a quien odie completamente	X	
36	Mi lema es "nunca confiar en extraños"	X	
37	A menudo me siento como "pólvora a punto de estallar"	X	
38	Cuando la gente me grita, les grito también	X	
39	Desde los 10 años no he tenido una rabieta	X	
40	Cuando verdaderamente pierdo la calma, soy capaz de cachetear a alguien	X	
41	Si permito que los demás me vean como soy, seré considerado difícil de llevar	X	
42	Comúnmente pienso, que razón oculta tendrán para hacer algo bueno por mi	X	
43	A veces me siento "acalorado" (a) y de mal genio	X	
44	Cuando me molesto digo cosas desagradables	X	
45	Recuerdo que estuve tan amargo que cogí lo primero que encontré a mano y lo rompí	X	
46	Peleo tanto como las demás personas	X	
47	A veces siento que la vida me ha tratado mal	X	
48	Solía pensar que la mayoría de la gente decía la verdad, pero ahora sé que estoy equivocado (a)	X	
49	No puedo evitar ser rudo (a) con la gente que no me agrada	X	
50	No puedo poner a alguien en su lugar, aún si fuese necesario	X	
51	A veces demuestro mi enojo golpeando la mesa	X	
52	Si tengo que recurrir a la violencia física para defender mis derechos, lo hago	X	
53	Aunque no lo demuestre, me siento insatisfecho (a) conmigo mismo (a)	X	X
54	No tengo enemigos que realmente quieran hacerme daño	X	
55	No permito que muchas cosas sin importancia me irriten	X	
56	A menudo hago amenazas que no cumplo	X	
57	Cada vez que estoy molesto (a) dejo de hacer las tareas de mi casa	X	
58	Sé de personas que por molestarme, me han obligado a usar la violencia	X	
59	Hay personas a quienes les guardo mucho rencor	X	
60	Raramente siento que la gente trata de amargarme o insultarme	X	
61	Ultimamente he estado algo malhumorado	X	
62	Cuando discuto tiendo a elevar la voz	X	
63	Me desquito una ofensa negándome a realizar las tareas	X	
64	Quienes me insultan sin motivo, encontrarán un buen golpe	X	
65	No puedo evitar ser tosco con quienes trato	X	

ANEXO 4

Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)

Nombre: NN Estado Civil: — Edad: — Sexo: —
Ocupación: — Educación: — Fecha: —

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido **las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy**. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito).

1. Tristeza

- 0 No me siento triste.
- 1 Me siento triste gran parte del tiempo.
- 2 Me siento triste todo el tiempo.
- 3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

- 0 No estoy desalentado respecto de mi futuro.
- 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
- 2 No espero que las cosas funcionen para mí.
- 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

3. Fracaso

- 0 No me siento como un fracasado.
- 1 He fracasado más de lo que hubiera debido.
- 2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
- 3 Siento que como persona soy un fracaso total.

4. Pérdida de Placer

- 0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
- 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
- 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5. Sentimientos de Culpa

- 0 No me siento particularmente culpable.
- 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.

- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- 3 Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimientos de Castigo

- 0 No siento que este siendo castigado
- 1 Siento que tal vez pueda ser castigado.
- 2 Espero ser castigado.
- 3 Siento que estoy siendo castigado.

7. Disconformidad con uno mismo.

- 0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.
- 1 He perdido la confianza en mí mismo.
- 2 Estoy decepcionado conmigo mismo.
- 3 No me gusta a mí mismo.

8. Auto crítica

- 0 No me critico ni me culpo más de lo habitual
- 1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo
- 2 Me critico a mí mismo por todos mis errores
- 3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

9. Pensamientos o Deseos Suicidas

- 0 No tengo ningún pensamiento de matarme.
- 1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría
- 2 Querría matarme
- 3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10. Llanto

- 0 No lloro más de lo que solía hacerlo.
- 1 Lloro más de lo que solía hacerlo
- 2 Lloro por cualquier pequeñez.
- 3 Siento ganas de llorar pero no puedo.

11. Agitación

- 0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
- 1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
- 2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto
- 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

12. Pérdida de Interés

- 0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.
- 1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
- 2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
- 3 Me es difícil interesarme por algo.

13. Indecisión

- 0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.
- 1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones.
- 2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
- 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Desvalorización

- 0 No siento que yo no sea valioso
- 1 No me considero a mi mismo tan valioso y útil como solía considerarme
- 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
- 3 Siento que no valgo nada.

15. Pérdida de Energía

- 0 Tengo tanta energía como siempre.
- 1 Tengo menos energía que la que solía tener.
- 2 No tengo suficiente energía para hacer demasiado
- 3. No tengo energía suficiente para hacer nada.

16. Cambios en los Hábitos de Sueño

- 0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
- 1*. Duermo un poco más que lo habitual.
- 1b. Duermo un poco menos que lo habitual.
- 2a. Duermo mucho más que lo habitual.
- 2b. Duermo mucho menos que lo habitual
- 3*. Duermo la mayor parte del día
- 3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

17. Irritabilidad

- 0 No estoy tan irritable que lo habitual.
- 1 Estoy más irritable que lo habitual.
- 2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.
- 3 Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios en el Apetito

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- 1*. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
- 1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
- 2a. Mi apetito es mucho menor que antes.
- 2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual
- 3*. No tengo apetito en absoluto.
- 3b. Quiero comer todo el día.

19. Dificultad de Concentración

- 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.
- 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente
- 2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
- 3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o Fatiga

- 0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.
1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.
2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.
3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

21. Pérdida de Interés en el Sexo

- 0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.
2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.
3 He perdido completamente el interés en el sexo.

Puntaje Total: 13

ANEXOS 5

Inventario de ansiedad de Beck (BAI)

Indicaciones: En el cuestionario hay una lista de síntomas comunes de la ansiedad. Lea cada uno de los ítems atentamente, e indique cuánto lo ha afectado en la última semana incluyendo hoy.

	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
1. Típe o entumecido	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Acelerado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Con temblor en las piernas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Incapaz de relajarse	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Con temor a que ocurra lo peor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Mareado. O que se le va la cabeza.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Con latidos del corazón fuertes y acelerados.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Inestable.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Atemorizado o asustado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Nervioso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Con sensación de bloqueo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Con temblores en las manos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Inquieto, inseguro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Con miedo a perder el control	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Con sensación de ahogo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Con temor de morir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Con miedo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Con problemas digestivos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Con desvanecimientos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Con rubor facial	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
21. Con audíofos fríos o calientes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

Cada ítem se puntúa de 0 a 3, correspondiendo la puntuación. La puntuación total es la suma de las de todos los ítems (si en alguna ocasión se eligieron 7 respuestas se considerará sólo la de mayor puntuación). Las anotaciones hacen referencia a la última semana y al momento actual.

0 a "en absoluto"
 1 a "Levemente, no me molesta mucho".
 2 a "moderadamente, fue muy desagradable pero podía soportarlo"
 3 a "severamente, casi no podía soportarlo".

0-21= ansiedad muy baja
 22-25= ansiedad moderada
 26 o más= ansiedad severa

Resultado 15