



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN, TURISMO Y PSICOLOGÍA
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

**ESTUDIO DE CASO CLÍNICO: INTERVENCIÓN COGNITIVO
CONDUCTUAL EN UN CASO CON RASGOS DE
PERSONALIDAD ANTISOCIAL**

**PRESENTADA POR
WENDY SHAROL ALVARADO BARRANTES**

**ASESOR
DEYVI BACA ROMERO**

TESIS

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN
PSICOLOGÍA**

LIMA – PERÚ

2022



CC BY-NC-SA

Reconocimiento - No comercial - Compartir igual

El autor permite entremezclar, ajustar y construir a partir de esta obra con fines no comerciales, siempre y cuando se reconozca la autoría y las nuevas creaciones estén bajo una licencia con los mismos términos.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN, TURISMO Y
PSICOLOGÍA
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA**

**ESTUDIO DE CASO CLÍNICO: INTERVENCIÓN COGNITIVO
CONDUCTUAL EN UN CASO CON RASGOS DE
PERSONALIDAD ANTISOCIAL**

**TESIS PARA OPTAR
EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

**PRESENTADA POR:
WENDY SHAROL ALVARADO BARRANTES**

**ASESOR:
MG. DEYVI BACA ROMERO
ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-0184-0303>**

**LIMA, PERÚ
2022**

A las personas que me apoyaron
desde el inicio de mi carrera profesional.

A mis padres, hija y hermanos,
por el calor familiar, comprensión
y apoyo incondicional.

Agradecimientos

A mis maravillosos padres, Ortencia y César
por la motivación, atención, amor y esfuerzo,
por inculcarme la perseverancia y fortaleza que he
necesitado para lograr cada uno de mis objetivos.

A mi amada hija Bayoleth, quien es mi
inspiración para ser mejor persona y motivo
para continuar con mis proyectos de vida.

A los docentes quienes contribuyeron en mi proceso de
formación y culminación de esta loable carrera, quienes
estuvieron presente cuando más necesitaba de sus conocimientos.
Además por inspirarme e inculcarme el amor por mi profesión.

Índice

Agradecimientos.....	iii
Índice.....	iv
Introducción.....	vii
Capítulo I: Marco Teórico.....	9
1.1 Trastorno de personalidad antisocial.....	10
1.2 Terapia Cognitivo Conductual (TCC).....	16
Capítulo II: Presentación de Caso.....	24
2.1 Datos de Filiación.....	24
2.2 Motivo de consulta.....	24
2.3. Procedimiento de evaluación.....	26
2.4 Historia Personal.....	26
2.5 Historia familiar.....	28
2.6 Examen mental.....	29
2.7 Informe Psicológico.....	36
2.8. Identificación del problema.....	42
Capítulo III: Programa de Intervención Terapéutica.....	45
3.1 Justificación.....	45
3.2 Objetivo general.....	45
3.3 Objetivos específicos.....	45

3.4 Metodología.....	46
3.5 Diseño del tratamiento.....	48
3.6. Aplicación del tratamiento y procedimiento.....	51
Capítulo IV: Resultados.....	56
4.1 Línea base.....	57
4.2 Intervención.....	59
4.3. Evaluación final.....	62
4.4 Seguimiento.....	63
Capítulo V: Resumen, conclusiones y recomendaciones.....	64
5.1. Resumen.....	64
5.2. Conclusiones.....	65
5.3. Recomendaciones.....	66
Referencias.....	67

Reporte de similitud

Reporte de similitud

NOMBRE DEL TRABAJO

**ESTUDIO DE CASO- SHAROL ALVARADO
.docx**

AUTOR

SHAROL ALVARADO

RECuento DE PALABRAS

14916 Words

RECuento DE CARACTERES

83344 Characters

RECuento DE PÁGINAS

76 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

1.3MB

FECHA DE ENTREGA

Jan 25, 2023 8:57 AM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Jan 25, 2023 8:59 AM GMT-5

● 11% de similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cada base

- 11% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 5% Base de datos de trabajos entregados
- 1% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Cross

● Excluir del Reporte de Similitud

- Material bibliográfico
- Coincidencia baja (menos de 8 palabras)
- Material citado



Introducción

El presente trabajo tiene como objetivo evidenciar la eficacia de la terapia Cognitivo Conductual en un paciente con rasgos de personalidad Antisocial, donde se realizó la concientización de su conducta disfuncional. Por ello, este estudio servirá como aporte a posteriores investigaciones referente al caso.

El Trastorno Antisocial de Personalidad, es un diagnóstico dado para personas que presentan rasgos como: impulsividad, intolerancia a la frustración con respuestas agresivas, falta de empatía, dificultad para sentir culpa y mantener relaciones afectivas duraderas, desinterés por cumplir las normas sociales, con facilidad para despreciar y culpar a otros de las consecuencias de sus conductas (Organización Mundial de la Salud [OMS], 1992), siendo hostiles, desconfiados, mentirosos y manipuladores, lo cual se puede dar desde la niñez o adolescencia (Asociación Americana de Psiquiatría [APA], 2013). Según criterios antiguos del DSM, mencionan que la prevalencia del TAP en Estados Unidos, es de 0.2 a 3.3%, donde es menos frecuente en mujeres que en varones (1/6), debido a una carga genética entre los familiares biológicos de primer grado o a factores socioeconómicos, socioculturales tales como: la pobreza o las emigraciones. En cuanto a los hijos adoptados también pueden desarrollar un trastorno antisocial o trastorno por consumo de sustancias y en el caso de las mujeres desarrollan un trastorno de síntomas somáticos. Por otro lado, los pacientes con TAP tienen menos conductas antisociales conforme pasen los años, teniendo mejoras en diferentes áreas como en el ámbito familiar, laboral y personal, con el fin de mantener una vida tranquila (APA, 2018).

En cuanto a las variables o carencias identificadas como problemáticas en el evaluado son la empatía, tolerancia a la frustración y cumplimiento de las normas

sociales. La empatía es la habilidad para identificar, reconocer, entender emociones o conductas y ponernos en el lugar de otros individuos, con el fin de generar apoyo (Rivero, 2019). La tolerancia a la frustración es la capacidad para soportar eventos estresantes y emociones impactantes sin desvanecerse y con resultados positivos (Ugarriza, 2001). En cuanto las normas sociales, llegan a ser las reglas morales, que condicionan la conducta de las personas para actuar sin perjudicar a los demás (Covarrubias, 2016).

Este programa de intervención se basa en la Terapia Cognitivo Conductual (TCC), que se enfoca en modificar pensamientos distorsionados que crean en el individuo estados de frustración e ira, que llevan al individuo a las agresiones. Así también, en disminuir conductas desadaptativas o disfuncionales que conservan esos rasgos característicos en antisociales, sustituyéndolos por otros comportamientos adaptativos para una mejor funcionabilidad (Ellis & Grieger, 1990), a través del condicionamiento, con el análisis funcional de la conducta donde involucran las cogniciones, emociones y pensamientos, para la obtención de resultados positivos (Rodas, 2006). Se utilizaron técnicas como psicoeducación, respiración diafragmática, relajación muscular, registro de pensamientos, tolerancia al malestar, autoaceptación incondicional, registro conductual, columnas paralelas y reestructuración cognitiva.

El presente estudio contiene 5 capítulos, organizado de la siguiente manera: el primero contempla el marco teórico del trastorno de personalidad antisocial y de la terapia Cognitivo Conductual; en el segundo capítulo hace referencia a la presentación del caso clínico; en el tercer capítulo se describe el programa de intervención terapéutica, donde incluye la justificación, objetivo general, metodología, aplicación del tratamiento y explicación del procedimiento; en el cuarto capítulo se obtienen los resultados finales de acuerdo al criterio diagnóstico clínico y psicométrico, además de la explicación de

seguimiento. Finalmente, en el quinto capítulo se encuentra el resumen, conclusiones, recomendaciones, anexos y referencias donde se utilizaron fuentes de información de revistas científicas, artículos, libros e investigaciones relacionadas al diagnóstico.

Capítulo I: Marco Teórico

1.1 Trastorno de Personalidad Antisocial

El trastorno de personalidad (TP) es un patrón constante, permanente, inflexible, rígido y desadaptativo de la conducta, lo que impide a la persona integrarse adecuadamente a la sociedad, debido a su intolerancia a situaciones conflictivas, trabajo bajo presión o estresante, generando como consecuencia círculos viciosos que mantienen e intensifican las conductas antes mencionadas (Cardenal et al., 2007).

El TP no deriva de otros trastornos mentales o lesiones cerebrales, aun cuando puede haber comorbilidades con ellos. El TP tiende a darse desde la infancia y adolescencia, prevaleciendo durante la vida adulta (OMS, 1992).

Dentro de la clasificación del TP se encuentra el Trastorno Antisocial de Personalidad (TAP), la cual se caracteriza por presentar rasgos como; ser impulsivo, irritable, irresponsable, no respeta los derechos de otras personas. Además de mantener un patrón de manipulación, engaño constante y ausencia de remordimiento o sentimiento de culpa (Llopis et al., 2017).

Según la OMS (1992), el TAP es considerado como Trastorno disocial de la personalidad, donde al menos, se debe presentar tres de las siguientes características para diagnosticar a la persona como tal; tener desacuerdos significativos entre las reglas sociales establecidas y las conductas que pueda presentar la persona, tales como: falta de empatía; irresponsabilidad, desinterés por las normas u obligaciones sociales; incapacidad para mantener relaciones afectivas duraderas; intolerancia a la frustración con respuestas agresivas como consecuencia, tanto a personas como a los animales; dificultad para sentir culpa y aprender de las punitivas; destreza para ofender, culpar y normalizar comportamientos conflictivos.

Para la APA (2018), el TAP, considerado también como sociopatía, tiene conductas determinadas que se agrupan en cuatro categorías como; maltrato hacia las personas y animales, arruinar propiedades, estafar o hurtar e incumplir o desobedecer a las normas sociales. El patrón de comportamiento antisocial (APA, 2013). se caracteriza por tener rasgos de hostilidad, desprecio, desconfianza, por dar maltratos físicos y psicológicos, infracción de las normas y derechos de los demás tales como los homicidios, mentiras constantes, impulsividad, agresividad, destrucción de propiedades. Lo cual se puede dar desde la niñez o adolescencia hasta la vida adulta. Se diagnostica como tal a las personas mayores de 18 años.

El sujeto que presenta los rasgos mencionados anteriormente tiene desprecio por las obligaciones sociales, normas, derechos y sentimientos de otros, así como también falta de empatía, hostilidad, agresión, rudeza, incapacidad o falta de voluntad para mantener una conducta asertiva, tiende a ser manipulador o explotador con personas diferentes a ellos (Figuroa, 2018).

El TAP, describe a la persona por ser no moral, por tener problemas constantes con la sociedad, quien carece e ignora los valores, normas sociales y actúa de acuerdo con su conveniencia personal, bajo sus deseos e impulsos. Asimismo, tiene dificultades para proyectarse en el futuro o de trabajar bajo presión, llegando a la frustración, culpando a otros sobre sus conductas inadecuadas (Rodríguez, 2008), menospreciando así los deseos, derechos y emociones de los demás, logrando manipular y engañar constantemente con el fin de obtener un provecho (Suarez, 2017). A la vez, pueden repetir actos que provoquen detención como la destrucción de propiedades, realizar actividades ilegales (Rodríguez, 2008), como robos o hurtos (Suarez, 2017), por ello, el TAP está

relacionado con las violaciones, sustracciones o crímenes, lo cual se ha ido dando a través de la influencia y aprendizaje social (Vidal, Acosta & Galindo, 2004).

Estas conductas después de los 30 años tienden a disminuir, sobre todo las delincuencias, discusiones y promiscuidad sexual. Permanecerán así hasta que haya eventos estresantes, cambios en el ambiente familiar o alguna experiencia inesperada, que ocasionará la reactivación de ciertos patrones conductuales (Suarez, 2017).

Patrick (2000) señala que en el TAP se presentan alteraciones del comportamiento, en forma de actos antisociales, sin deterioro emocional, por lo que mantendrán sus conductas muy independientes a lo que puedan sentir.

Sánchez (1995), menciona que el antisocial se caracteriza por presentar conductas adversarias, con carencia de autodisciplina y caótica relación interpersonal.

Desde la conceptualización de (Millon, 1981, citado por Cardenal et al., 2007) el TAP es un patrón activo-independiente, es decir una personalidad agresiva, con diferentes niveles desde un grado leve al más grave, donde se enfocan en satisfacer sus necesidades dejando de lado a los que le rodean e incluso las normas sociales, por ello se caracterizan por ser intolerantes, impulsivos, agresivos con tal de obtener lo que quieran, asimismo, son irresponsables, con problemas para mantener un trabajo estable y respetar las normas sociales (Ávila y Herrero, 1995).

Aunque no se conocen las causas de estas conductas, los factores genéticos y el maltrato infantil incrementan su desarrollo. Las personas con padres alcohólicos o antisociales, son más propensos a desarrollarlas, siendo más común en la vida carcelaria (Rodríguez, 2008). Hay indicadores biológicos que predisponen a los rasgos de personalidad antisocial, aunque no hay estudios genéticos del TAP (Rodríguez, 2008),

una respuesta agresiva se puede generar por la excitación del sistema límbico en actividad de la corteza prefrontal, donde la testosterona y noradrenalina se elevan (Llévano, 2013).

Si bien es cierto, no se nace con alteraciones de personalidad, pero sí se va formando con el entorno sociocultural, cuando hay escasas económicas, de seguridad, de valores, con grupos sociales establecidos como pandilleros, barras populares, vendedores de drogas, delincuentes, entre otros (Cifuentes y Londoño, 2011). Por tal motivo, es la familia, donde los padres son los que tienen la función principal de educar, corregir y dar amor a sus hijos desde la infancia para que sepan socializar, respetando a otros, a través de la empatía, comunicación, solidaridad, etcétera; teniendo así la capacidad de resolver problemas y llegar adecuadamente a la siguiente etapa de vida, siendo esto fundamental para prevenir rasgos que definen al TAP (Martínez, 2019).

Caballo (2001), menciona que las personas con TAP se consideran a sí mismos por ser solitarios, con poder, autónomos y que los demás los ven como rebeldes, desafiantes, y a la vez débiles, fáciles para que puedan ser explotados, razón por la cual, ante ellos suelen presentar conductas no aceptadas ante la sociedad, como; robos, ataques, sobornos o mentiras.

El TAP, es uno de los trastornos más interesantes que llama la atención de muchos especialistas, donde ha sido mal diagnosticado como Psicopatía, lo cual caracteriza al sujeto por ser insensible, incapaz de presentar angustia o temor, quien no necesariamente tiende a desarrollar una conducta delictiva (López y Núñez, 2008), aunque en algunas ocasiones presenta comportamientos antisociales planificados sin motivo alguno, con ausencia de culpa e incapacidad para emitir afecto; así mismo, mantiene tratos interpersonales superficiales (Cleckley, 1941). En las características psicopatológicas, implica su forma de vida en cuanto a sus relaciones interpersonales,

afectividad y conducta, donde incluyen elementos biológicos y psicológicos, a diferencia de un sociópata, donde hay daño social, con malas experiencias en la niñez, de ahí es que vienen las conductas agresivas como reacción a una situación y no sin motivo alguno como lo realiza un psicópata, quien lo ejecuta solo por adquirir un objetivo en específico (Sanmartín, 2007), quien presenta rasgos como: gentileza o encanto ligero y supuesta autoestima alta que expresa valentía (Dorta, 2021).

Algunas de las carencias de un antisocial son: la empatía, tolerancia a la frustración y el cumplimiento de normas. La empatía, es la capacidad para identificar, comprender y respetar los sentimientos de los demás (Ugarriza, 2001), escuchando y entendiendo sus inconvenientes y emociones. Cuando la persona siente o experimenta el dolor ajeno es cuando despierta el deseo y acción de apoyar a otros individuos sin recibir algo a cambio. De esta manera es que podemos entender las conductas y toma de decisiones en diferentes situaciones tanto nuestras como las de otros (Rivero, 2019). La tolerancia a la frustración es la destreza para sobrellevar sucesos hostiles, estresantes e incluso percibir emociones fuertes sin colapsar ni desmayar, teniendo como resultado respuestas objetivas (Ugarriza, 2001). Asimismo, las normas sociales son reglas morales, relacionados a los comportamientos que se dan dentro de una sociedad e involucran a otros individuos. Las rupturas de estas normas pueden ocasionar castigos como las críticas o en un caso grave detención legal, lo que se da, con el objetivo de generar sentimientos de culpa (Covarrubias, 2016).

El TAP es diagnosticado como tal si es que la persona ya ha demostrado conductas intensas de Trastorno Disocial (TD), que está relacionado con un ambiente social perjudicial tanto en el área familiar como escolar. Los comportamientos presentados son; los escándalos o intimidaciones, atrocidades hacia las personas o

animales, desastre de propiedades ajenas, robos, hurtos, mentiras constantes, berrinches, escapadas del hogar, rebeldías y desafíos frecuentes (OMS, 1992).

La OMS (1992) menciona que un tipo de trastorno disocial es el trastorno disocial desafiante y oposicionista (TDDO), teniendo como rasgo principal la desobediencia, el desafío, hostilidad, rebeldía y provocación, además de exteriorizar conductas del TD.

Mientras tanto, APA (2018), detalla al trastorno negativista desafiante (TND) causante del deterioro significativo en la adaptación emocional, social, académico y laboral, en niños menores de 10 años, quienes deben presentar al menos cuatro de los siguientes síntomas, en seis meses como mínimo y en interacción con una persona que no sea su hermano, clasificándolo y caracterizándolo en tres categorías: a) irritabilidad y enfado, es decir, pierde la serenidad con facilidad, es sensible y se molesta con rapidez, manteniéndose furioso y resentido; con actitud desafiante, discute, desobedece y desafía frecuentemente con adultos o figuras de autoridad, incomoda a los demás, no asume las consecuencias de sus actos, responsabilizándolo a otros; y actitud vengativa o rencorosa. b) Genera incomodidad en la persona e impacto negativo en su entorno social, ya sea en el hogar con la familia, en la escuela con sus compañeros o docentes, laboral o grupo par. c) El TND se da independientemente a otros trastornos como: Psicosis, Consumo de sustancias, Depresión, Bipolaridad o Desregularización de estados emocionales. Asimismo, detalla los niveles de la gravedad de síntomas: leve, cuando se presentan en un solo entorno; moderado, cuando se presentan en al menos 2 entornos y grave cuando aparecen en 3 o más entornos. La prevalencia oscila entre 1 al 11%, se da más en niños (1, 4:1) y puede variar dependiendo de la edad y género.

El trastorno de conducta (TC) tiene una tasa de prevalencia que se da en aumento con inicio en la infancia hacia la adolescencia con el TND, siendo esto un peor pronóstico ya que es precedente al TAP, con tres criterios; a) Conductas constantes de no respetar los derechos de los demás, ni las reglas o normas sociales, lo cual se manifiesta con al menos 3 de los siguientes síntomas dentro de los últimos 12 meses; agresión a las personas o animales: usualmente intimida, acosa o amenaza a los demás, inicia peleas, manipula un objeto para dañar, agresivo físicamente tanto con las personas como con los animales, hurta o roba, viola sexualmente; causa daños a las propiedades, miente para obtener algo a cambio; no cumple las normas, falta a la escuela o sale de casa a pesar de las reglas establecidas. b) El TC induce un malestar grave en el área social, académico o laboral. c) Estos síntomas se dan en menores de 18 años para poder diagnosticar con posterioridad el Trastorno Antisocial de la Personalidad. En cuanto a las características asociadas al género, las adolescentes presentan abuso de sustancias psicoactivas y los varones tienen comportamientos dañinos, con agresión, violencia al grupo par, destrucción, engaños. Los individuos que presentan TC, manifiestan tener ideas e intentos suicidas, teniendo un porcentaje mayor a lo esperado en ellos para concretar el suicidio.

1.2 Terapia Cognitivo Conductual (TCC)

La TCC, se basa de dos principios; la Teoría de aprendizaje y el condicionamiento tanto clásico como operante, con el análisis funcional de la conducta, que es influyente de las emociones y pensamientos, donde las leyes de aprendizaje, detallan que las cogniciones son determinantes causales de reacciones automáticas o conductuales (Rodas, 2006). Por ello la TCC, surge como una necesidad clínica para tratar cuadros depresivos y de ansiedad, debido a que en la generación anterior se veían temas

netamente conductuales o cognitivos, es decir no estaban involucradas ambas partes (Mahoney y Arknoff, 1978, citado por Ramallo, 1981). A través de la TCC se explica cómo los procesos cognitivos se dan dentro del curso de cambio conductual, ya que busca modificar pensamientos irracionales y perturbaciones emocionales para generar conductas adaptables en la sociedad (Beck, 2000).

Según Batlle (2007), debemos tener en cuenta que el procesamiento de información del medio es sumamente importante para entender posibles trastornos que presente una persona.

La TCC se centra en la modificación de algunos comportamientos problemáticos del paciente, llegando a obtener como resultado la reducción de síntomas y pensamientos distorsionados, controlar o modular el temperamento presentado, así como incrementar la funcionalidad social (Caballo, 2001). Se pueden instaurar, modificar o suprimir conductas, a través de técnicas como el modelado, *role playing*, entrenamiento asertivo, reforzamiento, etcétera (Rodas, 2006).

1.2.1 Concepto

La TCC es una terapia de segunda generación, comprendida por la Reestructuración Cognitiva y conductual, es decir tener una respuesta adecuada frente a situaciones adversas, frustrantes o inesperadas vital (Rodas, 2006). Es utilizada en la investigación de psicoterapia para adolescentes antisociales, demostrando que esta intervención puede reducir dichas conductas, centrándose en los procesos cognitivos, autoconocimiento, manejo de conductas problemáticas o desarrollo interpersonal para la solución adecuada de problemas (Peña, 2003). a través de este enfoque, se puede adoptar una visión más activa de la cognición y como consecuencia de la conducta, los cuales son expresiones interdependientes del ciclo vital (Rodas, 2006).

1.2.2 Técnicas conductuales

El fin del uso de las técnicas conductuales, es generar cambios del comportamiento que manifiesta la persona y también comprobar las creencias o esquemas mentales que presenta el sujeto (Ruiz et al., 2012).

a. Moldeamiento. Esta técnica se utiliza para instaurar conductas simples o complicadas. Encargada de reforzar acciones que se aproximan a la conducta deseada, fortaleciendo las conductas más parecidas a la esperada y dejando de reforzar a las que menos se van pareciendo (Holland y Skinner, 1961). Debemos tener en cuenta lo siguiente: i) elegir la conducta deseada y conceptualizarla de manera concisa; ii) tener en cuenta el nivel de la actividad; iii) optar por la conducta básica a ser reforzada; iv) designar los reforzadores a utilizar y v) recompensar las acciones que se van aproximando.

b. Desensibilización sistemática. Esta técnica se utiliza para reducir la ansiedad desadaptativa y aprendida, que se van formando en fobias. Sin embargo, también se aplican a otros problemas clínicos como; depresión, trastornos obsesivos compulsivos, trastorno inestable de la personalidad. Con esta técnica se enfrentará poco a poco al estímulo ansiógeno, en un entorno seguro y a la vez debe aprender a relajarse (Wolpe,1958).

Llevando a cabo el siguiente procedimiento: i) se le enseñará la técnica de relajación para inhibir estados de ansiedad, miedo o preocupación, de esta manera se podrá tener resultados óptimo ante la presencia del estímulo temido; ii) crear una jerarquía de situaciones ansiógenas, donde el paciente pensará en una lista de posibles situaciones en las que experimente su miedo, iii) exposición progresiva, se ayudará al paciente enfrentarse a cada una de las situaciones

mencionadas anteriormente, iniciándose por la más sencilla hasta llegar a la más complicada.

En cada una de estas situaciones, la persona tiene que aplicar la técnica de relajación hasta que sea capaz de vivirla sin miedo. Cuando se haya controlado una situación de la lista, se pasará a la siguiente, repitiendo el proceso hasta que la ansiedad sea eliminada por completo.

c. Técnica de registro. La estructuración del sistema de observación permite el control de los resultados, esto se dará teniendo en cuenta el registro de conductas que se agrupan en una serie de situaciones problemas, siendo los más relevantes al caso que se estudia (Caballo, 1997).

d. Técnica de Respiración. Mediante la aplicación de la respiración se alcanzará la disminución de la reacción fisiológica y psicológica del individuo, generándole bienestar y tranquilidad. Tiene las fases de inspiración, retención y espiración (Speads, 1988).

e. Modelado. Mediante esta técnica, se puede aprender con la imitación u observación del modelo, poniendo en práctica el comportamiento esperado, si estas conductas son reforzadas, aumentará su frecuencia y generará nuevas acciones. Según Bandura (1988), para que no hayan inconvenientes en la imitación o aprendizaje vicario, debemos tener en cuenta cuatro aspectos fundamentales; atención, retención, reproducción y motivación.

f. Entrenamiento en Habilidades Sociales. Se enfoca en mejorar, incrementar y ensayar habilidades que fomenten tanto relaciones interpersonales o de comunicación, que sean adecuadas y satisfactorias en diferentes ámbitos, ya sea laboral, familiar, social, educativo, etcétera. Salter (1949) propone el *role playing*

para potenciar las emociones, exprese la forma en cómo se caracteriza la persona, defienda los puntos de vista personales y las de otros a través de la comunicación asertiva.

g. Role Play. Se elige un contexto y se lleva a la práctica, permitiendo la ventaja de obtener habilidades en las relaciones sociales, dejando fluir las emociones experimentadas. Al momento de realizar la devolución o retroalimentación, es importante empezar por los aspectos positivos y posterior a ello, las correcciones (Vila y Fernández, 2004).

1.2.3 Técnicas Cognitivas

A través de estas técnicas, se busca la modificación de las cogniciones del paciente, realizando cambios en la interpretación de la situación real, pensamientos irracionales o distorsionados, que pueden generar conductas inadaptadas, inadecuadas e incluso patológicas, teniendo en cuenta que los pensamientos influyen en las emociones y comportamientos del individuo a consecuencia de la interpretación del entorno que le rodea (Beck, 2000).

a. Psicoeducación. Consiste en la explicación en forma breve del modelo teórico de trabajo, donde se brinda al paciente, información sobre sus problemas y padecimientos. Es un factor fundamental para el éxito terapéutico, debido a que el evaluado tiene conocimiento de sus problemas y se siente comprendido, acentuando así su incitación por permanecer en terapia. Dándole observaciones sobre sus creencias, pensamientos irracionales, dejándoles actividades consecuentes de las sesiones realizadas para que lo sigan desarrollando en casa (Lemes y Ondere, 2017).

b. La terapia racional emotivo-conductual (TREC). Las técnicas para la reestructuración cognitiva están centradas en minimizar los problemas emocionales

y las conductas desadaptativas para tener una vida adecuada (Ellis y Grieger, 1990), es decir, en la identificación y cambio de las creencias irracionales, que están favoreciendo al desarrollo y sustento del trastorno que padezca la persona. Para ello se debe seguir lo siguiente (Pérez et al., 2008): i) observar y reconocer pensamientos automáticos; ii) diferenciar la conexión entre pensamientos, sentimientos y actitudes; iii) debatir los pensamientos distorsionados encontrados y refutarlos ante el evaluado; iv) cambiar los pensamientos invasivos o perturbadores por otros que sean objetivos, para que de esta manera se pueda obtener sentimientos positivos; v) así mismo, se generarán cambios conductuales a partir de la modificación de las cogniciones y emociones.

c. Entrenamiento en solución de problema. A través de esta técnica, se busca ayudar a las personas para que lleguen a una adecuada solución de problemas, donde se verá un proceso a seguir y mantener una actitud orientada a la solución del problema, a través del control de impulsos y compromiso personal, mediante la exploración de opciones de resolución (D’Zurilla y Nezu, 2010).

Dándose a través de las siguientes fases:

Fase 1. Definición y formulación del problema, obtener información adecuada, para luego evaluar la situación y posterior a ello, plantearse metas.

Fase 2. Generar soluciones alternativas, en base al problema presentado, a través de la creación de opciones adecuadas de acuerdo al problema que se presente.

Fase 3. Toma de decisión, ante las alternativas de soluciones, se debe elegir entre las mejores para crear un plan de trabajo.

Fase 4. Aplicación de la solución y comprobación de su utilidad, ejecutar la decisión tomada y mejorar su práctica.

d. Relajación progresiva. Se realiza con el fin de generar absoluta relajación muscular. Así mismo, se le instruye al evaluado acerca de la tensión muscular que puede presentar en diferentes partes de su cuerpo. A partir de ello, es que se le enseña a tensar partes de su cuerpo para luego pasar a un estado de relajación profunda (Jacobson, 1939).

Cuando la persona aprenda a relajarse por su cuenta, podrá aplicarlo como método de autocontrol ante situaciones que generen ansiedad o ira.

e. Técnica de la inoculación del estrés. El fin de esta técnica es potenciar o incrementar las capacidades o destrezas de las personas, para que se permitan disminuir o anular la tensión y la activación fisiológica que facilitan el desajuste emocional, como también en reemplazar pensamientos o interpretaciones negativas por otros que sean aptos para afrontar el estrés, presión o exigencias de su entorno o de sí mismo (Meichenbaum y Deffenbacher, 1988). Para ello se deben lo siguiente:

Fase 1. Llamada también fase educativa. Se debe identificar y conceptualizar el problema que presenta el individuo, para hacerle entender la causa y consecuencia de sus emociones y conductas

Fase 2. El paciente con ayuda del terapeuta, analiza, asimila y ensaya habilidades de afronte, como la aplicación de técnicas cognitivas mencionadas, que le permitan ejecutar situaciones estresantes que se detectó en la fase anterior.

Fase 3. Poner en prácticas las estrategias aprendidas, comprobar la validez de las habilidades adquiridas, corregir los problemas que van apareciendo en el proceso.

Se ha trabajado técnicas de la TCC en pacientes con TAP para modificar la personalidad de los individuos, lo cual se han obtenido resultados poco deseados debido a los rasgos que presentan y se han ido instaurando a lo largo de su vida (Caballo, 2001). Sin embargo, es importante que como terapeutas tengamos una buena relación con el evaluado, donde ofrezcamos un apoyo emocional al paciente, marcando una intervención estructurada, reforzando estrategias adecuadas para obtener mejoras cognitivas, además de incluir dentro del proceso de intervención a los familiares, con quienes en su mayoría de veces es cuando se presentan los problemas conductuales de los pacientes (Echeburúa, 1999). Una de las características de la TCC es que la sintomatología y las conductas desadaptadas son originados por los pensamientos, de modo que, si se genera modificación de estos pensamientos, pueden haber mejoras conductuales (Knapp y Beck, 2008).

Capítulo II: Presentación de Caso

2.1 Datos de Filiación

Nombre	: Jorge
Edad	: 55 años
Lugar y fecha de nacimiento	: Lima, 27/06/65
Procedencia	: San Juan de Lurigancho
Grado de instrucción	: Secundaria incompleta (primero)
Estado civil	: Soltero
Ocupación	: Comerciante ambulatorio
Informante	: Paciente y hermana
Responsable	: Bach. Ps. Wendy Sharol Alvarado
	Barrantes

2.2 Motivo de consulta

Paciente refiere: “Soy impulsivo, no me gustan las injusticias, cuando se presentan casos así, yo no lo soporto y por eso me he ganado pleitos, incluso con personas que no conozco, suelo provocar a la gente haciéndome el tonto, pero cuando veo que no me hacen caso, los insulto y si siguen sin hacerme caso, ya los reviento, hasta que me pidan disculpas, sino sigo pegándoles. No me gusta que abusen de los demás y si yo pego a la gente es porque se lo merece, porque son abusivos. Cuando sé que no tienen la razón, yo muero en mi ley. El abuso ha sido motivo por el cual me han llevado a la comisaría muchas veces, porque la gente se ha quejado de mí, han pensado que he estado borracho o drogado y que por eso me metía en pleitos, pero no, en realidad así es mi forma de ser cuando veo que la gente es injusta, sobretodo con las personas que no saben defenderse como una mujer, un niño o un anciano. Estando en la comisaría, los policías también

abusaban de su autoridad, yo nada más me quedaba mirándolos, para chequear quiénes eran, cuando ya me soltaban, yo los esperaba en sus salidas para decirles que ya no están con el uniforme y que ahora sí vamos a solucionar los problemas, hubieron un par de veces que hice eso, pero no me hacían caso, me decían que ya conocen mi casa y que si seguía molestándolos me irían a detener por más tiempo y lo dejaba allí nomás. También me preocupa mi futuro, mi soledad, me arrepiento de muchas cosas que hice en el pasado, he llorado sin que nadie me vea, porque ante los demás soy frío, a veces, me siento triste estando solo. Ante los demás me he sentido menos por cómo me miran. Duermo solamente 3 o 4 horas cuando me preocupo por mis nietos, sobretodo por el menor, quien está enfermo y cuando está conmigo es como si se despidiera de mí porque se muestra muy alegre, eso me hace pensar en su muerte y en cómo quedaría yo sin él, por esa razón me bajoneo y me digo que quisiera tener a alguien como compañera, quien me escuche y me atienda, pero luego recuerdo lo problemáticas que son las mujeres, que son gastos, interesadas y me enfoco en mi hija, a quien ayudo económicamente ya que trabajo como cachinero, donde soy mi propio jefe, trabajo solo por las mañanas y aseguro mi día, para estar con mis nietos, darle un ingreso a mi hija y pueda cocinar, ellos son mi mayor preocupación porque mi hija es madre soltera. Aunque a veces se porte mal, por ejemplo, cuando sale con su amigo según ella y me deja con mis nietos, a veces se ha ido hasta por días, por eso le pongo en su lugar haciéndole entender que no soy ningún chibolo para que me esté floreando, que a mí me tiene que decir las cosas como son, sin mentiras porque ella sabe que las mentiras tienen patas cortas. Este tipo de discusiones se dan una o dos veces por semana, ella sabe que yo tengo calle y no se me va a sobrepasar. Ante algunas situaciones frente al mal comportamiento de mi hija yo la ignoro, hago como si no estuviese presente y sigo mi camino, eso ya es problema de ella, que quiera hacer lo

que le venga en ganas. Pero eso me pone mal, que no se de cuenta de lo que hace y se más mujer que mamá, por mi lado, trato de estar presente para mis nietos y que no les falte nada”.

2.3. Procedimiento de evaluación

2.3.1 Entrevista y observación

Paciente acudió a consulta con puntualidad, siendo de tez trigueña, con talla y estatura promedio, contextura delgada, con inadecuado aseo y aliño personal, vistió acorde a la estación actual, aparentó edad cronológica referida. Su marcha fue rápida y erguida. Su lenguaje se caracterizó por ser sencillo, fluido, de curso y contenido coherente, con tono de voz alto. Mantuvo contacto visual fija y postura encorvada. Durante la entrevista se mostró comunicativo, partícipe, con capacidad para seguir instrucciones. Se encontró orientado en tiempo, espacio y persona.

2.4 Historia Personal

En la niñez era comunicativo, alegre, amigable, activo para realizar actividades diarias, sensible a la crítica e intolerante a la ofensa. En el colegio, su rendimiento académico era bajo, debido a que presentaba dificultades para acatar algunas normas, incurriendo a conductas inadecuadas como; ser desafiante, faltar a clases, mentir, robar, chantajear y pelear con sus pares, no obstante, respetaba a la figura de autoridad por temor al castigo.

En la adolescencia se caracterizaba por ser inseguro e inestable emocionalmente. En el área académica, se mostraba irresponsable al no cumplir con sus tareas y faltando a clases, consecuentemente abandonó sus estudios y se dedicó a participar en actividades sociales, a la vez incrementó sus relaciones amicales y trabajó en ocasiones para solventar sus gastos personales. En el hogar, había faltas de exigencias por parte de sus padres,

debido a que se dedicaban a trabajar, por ello es que el evaluado realizaba lo que mejor creía conveniente.

Así también, tenía dificultades para respetar a la figura de autoridad y a las normas sociales, concurriendo a ser desobediente, caprichoso, rebelde, mentiroso, chantajista y manipulador con personas a quienes percibía injustos y con quienes actuaba por impulso, llegando a las agresiones físicas y verbales, motivo por el cual fue encarcelado por asesinato a los 18 años. En esta etapa inició su primera relación sexual con personas del mismo sexo, no obstante, consideraba tener una orientación heterosexual.

En la juventud, se sentía frustrado e insatisfecho al no poder realizar estudios superiores. En esta etapa inició su primera relación de convivencia, siendo al inicio adecuada, donde ambos cumplen rol de pareja, sin embargo, se tornó problemática a consecuencia de los celos, agresiones y consumo de alcohol por parte del examinado, con posterior separación, causándole ánimo disminuido y sentimientos de ira. Por otro lado, mantuvo relaciones afectivas superficiales, poco duraderas y disfuncionales, siendo promiscuo sexualmente. Además, consumía drogas como la marihuana y cocaína con frecuencia. A la vez, descuidó su arreglo personal, llevando una vida desordenada, con disfrute inmediato de sus necesidades como tener problemas con las personas de la vecindad, motivo por el cual fue detenido y llevado al calabozo de las comisarías en varias ocasiones. En cuanto al área laboral, realizaba trabajos arriesgados, esporádicos y de corta duración por su estilo de vida delictiva.

Desde inicios de la adultez, frente a factores económicos, salud y edad, presentó estados de preocupación e impotencia, ya que vivía de acuerdo a sus ingresos como recolector de objetos reciclados. Por otro lado, cuando las situaciones las consideraba

injustas u ofensivas se manifestaba desafiante, irritable, impulsivo y agresivo. En cuanto a sus relaciones interpersonales, era sociable, aunque sensible a la crítica y reservado en sus asuntos personales.

Actualmente, está en un estado de reflexión por su conducta personal desordenada y problemas familiares con su hija. A pesar de todo, se muestra optimista, pensando en tener una oportunidad en la vida para alcanzar sus objetivos.

2.5 Historia familiar

El paciente proviene de una familia nuclear disfuncional, estuvo conformado por sus padres y 6 hijos, siendo él, el penúltimo.

En la niñez, había discusiones constantes entre sus padres debido a problemas económicos, por ello, ambos se dedicaban a sus actividades laborales. Los caracterizaba por ser autoritarios y exigentes. En cuanto a la convivencia, tenía mayor relación con sus hermanos, con quienes habían desacuerdos ante la percepción de injusticias frente a él y sus hermanos menores, por lo que prefería salir de casa durante el día hasta minutos antes que lleguen sus padres, para evitar mayores inconvenientes.

En la adolescencia, debido a las exigencias académicas y al no ver el apoyo y protección de sus padres, dejó de estudiar. En el hogar percibía un ambiente hostil, por lo que tenía comportamientos de rebeldía, irritabilidad e impulsividad. En cuanto a la relación con sus hermanos mayores, continuaban con las diferencias de caracteres donde llegaban hasta las agresiones físicas, incrementando así su resentimiento e ira contra ellos.

A inicios de la adultez, sostuvo una relación de convivencia con la madre de su hija, siendo esta disfuncional, a causa de la infidelidad, consumo de alcohol, agresiones físicas y verbales por parte del evaluado, por lo que llegaron a la separación y quedó al

cuidado de su hija. Ante esta situación, sus padres decidieron ayudarlo con la crianza de su niña, generando un ambiente familiar respetuoso entre sus progenitores, hermanos y el examinado.

Caracterizó a su padre por ser reservado en sus asuntos personales, trabajador, autoritario, abusivo, poco comprensible y quien imponía respeto con el uso de la fuerza física para corregir conductas inadecuadas. Asimismo, describió a la figura materna (quien falleció con diabetes cuando él tenía 30 años y generó *shock* emocional por algunos días) por ser exigente, autoritaria, trabajadora y responsable con el cuidado de sus hijos.

En la actualidad, ha mejorado la comunicación con su entorno familiar, sobre todo con su hermana, debido a que aún tiene desacuerdos con sus hermanos, pero no llegan a las agresiones.

2.6 Examen mental

2.6.1. Porte

Paciente de sexo masculino, vistió acorde a la estación actual, aparentó edad cronológica referida. Siendo de tez trigueña, ojos marrones oscuros, cabello largo y negro, con talla y estatura promedio, de contextura delgada, inadecuado aseo y aliño personal.

2.6.2 Comportamiento

Al ingresar a consulta, su marcha fue rápida y erguida. Al momento de sentarse adquiere una postura encorvada, muestra facies de rigidez y tristeza cuando expresa su historia. A la vez, en ocasiones, mantuvo contacto visual fijo, cruzó y frotó sus manos, tocó sus anillos y dientes con la mano, temblaban sus piernas, lo cual denotaban inquietud al inicio de cada sesión.

2.6.3 Actitud

Durante la entrevista se mostró comunicativo, participe, con capacidad para seguir instrucciones durante el proceso de evaluación.

2.6.4 Conciencia

El evaluado se encontró lúcido con adecuados niveles de vigilia, mostrando reacciones óptimas.

2.6.5. Orientación

Se encontró orientado en tiempo, espacio y persona, debido a que reconoce la fecha y hora aproximada, tiene conocimiento del lugar donde se encuentra y cuáles son sus datos personales.

2.6.6. Atención

El examinado presentó atención selectiva y dividida, evidenciando tener capacidad para conservar la conversación, prestando atención a las indicaciones brindadas, pudiendo cambiar de un tema a otro cuando lo requiere.

2.6.7. Memoria

El paciente mantiene conservada la memoria de corto y largo plazo, debido a que expresa las actividades realizadas recientemente y lo que experimentó durante el día. Así como también hechos personales en diferentes ámbitos, tales como el área laboral, familiar, religioso y otros temas sociales.

2.6.8. Percepción

No presenta alteración alguna, ya que responde adecuadamente a los estímulos de la evaluación y el ambiente.

2.6.9. Pensamiento

Tiene pensamiento abstracto, de curso fluido, contenido de preocupación y minusvalía, a consecuencia del miedo sobre su futuro, familia y estabilidad económica.

2.6.10. Inteligencia

El paciente aparenta tener una inteligencia por debajo del promedio.

2.6.11. Lenguaje

Su lenguaje se caracterizó por ser sencillo, fluido, con ritmo adecuado y tono de voz alto. Asimismo, mantiene un adecuado lenguaje comprensivo y expresivo, debido a que entiende lo que se le explica y se deja entender lo que expresa. Sin embargo, cuando se encuentra en una situación conflictiva, tiende a tener un lenguaje inapropiado, obsceno y despectivo ante los demás.

2.6.12. Afectividad

Tuvo estados de ánimo de tensión y tristeza, con sentimientos de minusvalía y soledad, cuando recordó su pasado y se dio cuenta que actualmente presenta carencias económicas. Ante las personas o situaciones exigentes, suele mostrarse furioso, frustrado e intranquilo, con agresiones físicas en su mayoría de veces.

2.6.13. Sueño

El examinado expresó que últimamente presenta dificultades para conciliar el sueño debido a que piensa mucho en su futuro, sus problemas económicos y sus nietos. .

2.6.14. Apetito

Con apetito dentro de los parámetros esperados.

2.6.15. Conciencia de enfermedad

Fue consciente de su enfermedad física (Diabetes) y de la presencia de rasgos de personalidad antisocial que afectan en su relación social, familiar y personal.

2.7 Semiología

2.7.1. Signos

- Sexo masculino.
- Aparenta edad cronológica.
- Tez trigueña.
- Contextura promedio.
- Mide 1.62m aproximadamente.
- Pesa 75k aproximadamente.
- Aseo personal adecuado.
- Desaliño personal.
- Marcha rápida.
- Postura erguida al caminar.
- Postura encorvada al sentarse.
- Gestos acorde a la información brindada.
- Facies de tristeza, tensión e inquietud.
- Mantiene contacto visual fija.
- Movimientos y frotaciones de manos.
- Actitud participativa.
- Orientado en tiempo, espacio y persona.
- Memoria de corto y largo plazo conservados.
- Lenguaje fluido, con ritmo adecuado, tono de voz alto.
- Pensamiento de curso fluido y contenido de preocupación y minusvalía.

2.7.2. Síntomas

- Baja autoestima
- Tristeza

- Ideas de minusvalía
- Ideas de preocupación.
- Sentimientos de soledad.
- Desconfianza de sí mismo.
- Pérdida de interés por algunas actividades.
- Dificultad para conciliar el sueño.

2.7.3. Síndromes

- Síndrome depresivo

2.7.4. Rasgos de personalidad

- Calculador y manipulador emocional
- Miente y discute frecuentemente.
- Sin sentimientos de culpa, ni remordimiento.
- Falta de empatía.
- Dificultad para el control de sus impulsos.
- Dificultad para respetar las normas sociales.
- Sentimientos de frustración e irritabilidad.
- Agresividad
- Promiscuo
- No se preocupa por las consecuencias de sus actos.
- Trabajador independiente convencional.

2.8 Procedimiento de diagnóstico

A continuación se muestra el diagnóstico nosográfico, diferencial y multiaxial

2.8.1 Diagnóstico nosográfico según CIE-10

60.2 Trastorno Antisocial de Personalidad

Cumpliendo los siguientes criterios:

- Incapacidad para mantener relaciones personales duraderas.
- Baja tolerancia a la frustración con respuestas agresivas o comportamientos violentos.
- Incapacidad para sentir culpa y aprender del castigo.
- Capacidad para culpar a los demás del comportamiento conflictivo que presenta.

2.8.2 Diagnóstico diferencial

Para establecer el diagnóstico del TAP, la persona debe ser mayor a 18 años y se descarta un trastorno psicopático dado que el paciente evaluado no se caracteriza por planificar una situación antes de realizarla, reaccionando sin motivo con el objetivo de recibir algo en específico.

Para el diagnóstico de trastornos por consumo de sustancia, si bien es cierto, hay antecedentes de consumo en la niñez o adolescencia, estas no ocurren en la actualidad.

Cuando el paciente presenta conductas antisociales a consecuencia de un diagnóstico de esquizofrenia o trastornos bipolares estos no se ajustan a un diagnóstico de TAP ya que son comportamientos a consecuencia de los trastornos mentales antes indicados.

Es importante diferenciar el TAP con el Trastorno Narcisista, si bien es cierto, ambos trastornos se caracterizan por ser superficiales, testarudos, carentes de empatía, mentirosos y aprovechados, sin embargo, el narcisista no presenta rasgos impulsivos, agresivos y carecen de antecedentes en las primeras etapas de

vida; mientras que un TAP no tiene la necesidad de llamar la atención, ni generar envidia en los demás.

Con la personalidad histriónica, presentan características similares como: impulsividad, experimentan nuevas emociones, manipuladores, seductivos y precipitados, pero se diferencia del TAP por incrementar sus emociones y no tienen comportamientos antisociales. Las personas con trastorno límite e histriónico de la personalidad manipulan a otros con el fin a conseguir seguridad y atención, mientras que un individuo con TAP trata a las personas para lograr otros bienes como poder o algo físico (APA, 2018).

2.8.3 *Diagnóstico multiaxial*

Tabla 1

Cuadro diagnóstico multiaxial

DSM V	CIE 10
Eje I: Trastorno clínico	Eje I: Diagnóstico clínico
Síndrome depresivo	Trastorno Antisocial de personalidad
Eje II: Trastorno de la personalidad	Eje II: Discapacidades en el área de funcionamiento
Trastorno Disocial de la personalidad	Ninguna
Eje III: Enfermedades médicas	Eje III: Factores ambientales y del estilo de vida
Diabetes	Problemas familiares
Eje IV: Problemas psicosociales y ambientales	
Problemas familiares y vecinales.	
Eje V: Escala de evaluación de la actividad global	
Puntaje: 60%	

Nota: Elaborado por la autora.

2.8.4 *Pronóstico:* Favorable

Su pronóstico es favorable debido a que el evaluado presenta disposición mental y conductual para su recuperación.

2.8.5. Resultados de pruebas Psicológicas

Tabla 2

Resultados de la evaluación psicológica

Área	Objetivo	Instrumento	Validez/confiabilidad	Resultados
Personalidad	Conocer los rasgos predominantes del examinado.	Test de la Figura Humana de Karen Machover Inventario Clínico Multiaxial Millon II	Validez: Externa, Concurrente y Aparente. Confiabilidad: Consistencia Interna (Alfa de Cronbach 0.72 – 0.80, dos mitades > 0.71).	Patrones clínicos de la personalidad: Antisocial.
Inteligencia intelectual	Conocer su Capacidad intelectual.	Test de matrices progresivas - Escala General de J. C. Raven	Validez: Concurrente Confiabilidad: Consistencia Interna (Test-retest de 0.90)	Categoría de término medio, posiblemente inferior al término medio
Inteligencia emocional	Identificar aptitudes emocionales de la personalidad.	Inventario de cociente emocional - ICE de Baron	Validdez: Confiabilidad: Consistencia Interna (Alfa de Cronbach entre 0.69-0.86, promedio 0.76)	Coefficiente de inteligencia emocional bajo a nivel Intrapersonal Interpersonal Adaptabilidad Manejo de presiones Ánimo general
Organicidad	Detectar la presencia de lesión cerebral.	Test de Retención Visual de Benton - Forma D	Validez: Corvergente Confiabilidad: Coeficiente de correlación de 0,97.	40% de errores. Se descarta presencia de trastorno orgánico.

Nota: Elaborado por la autora.

2.9 Informe Psicológico

2.9.1. Datos generales:

Apellidos y nombres	: Jorge
Edad	: 55 años
Lugar y fecha de nacimiento	: Lima, 27/06/65
Procedencia	: San Juan de Lurigancho
Grado de instrucción	: Secundaria incompleta (primero)
Estado civil	: Soltero
Ocupación	: Comerciante ambulatorio

Fecha de evaluación e intervención : 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11 y 16 de junio // 23 y 29 de junio; 6, 13 y 20 de julio y 3, 10, 17 y 24 de agosto, 7, 14 y 21 de setiembre, 05 de octubre y 05 de noviembre de 2021.

Informante : Paciente y hermana

Responsable : Bach. Ps. Wendy Sharol Alvarado Barrantes

2.9.2 Áreas a evaluar : Personalidad, organicidad, memoria y pensamiento

2.9.3. Técnicas Empleadas : Observación y Entrevista Psicológica

2.9.4. Pruebas Administradas

- Test de matrices progresivas - Escala General de J. C. Raven
- Test de la Figura Humana de Karen Machover
- Inventario Clínico Multiaxial Millon II
- Inventario de cociente emocional - ICE de Baron
- Test de Retención Visual de Benton – Forma D

2.9.5. Motivo de consulta

Paciente refiere: “Soy impulsivo, no me gustan las injusticias, cuando se presentan casos así, yo no lo soporto y por eso me he ganado pleitos, incluso con personas que no conozco, suelo provocar a la gente haciéndome el tonto, pero cuando veo que no me hacen caso, los insulto y si siguen sin hacerme caso, ya los reviento, hasta que me pidan disculpas, sino sigo pegándoles. No me gusta que abusen de los demás y si yo pego a la gente es porque se lo merece, porque son abusivos. Cuando sé que no tienen la razón, yo muero en mi ley. El abuso ha sido

motivo por el cual me han llevado a la comisaría muchas veces, porque la gente se ha quejado de mí, han pensado que he estado borracho o drogado y que por eso me metía en pleitos, pero no, en realidad así es mi forma de ser cuando veo que la gente es injusta, sobretodo con las personas que no saben defenderse como una mujer, un niño o un anciano. Estando en la comisaría, los policías también abusaban de su autoridad, yo nada más me quedaba mirándolos, para chequear quiénes eran, cuando ya me soltaban, yo los esperaba en sus salidas para decirles que ya no están con el uniforme y que ahora sí vamos a solucionar los problemas, hubieron un par de veces que hice eso, pero no me hacían caso, me decían que ya conocen mi casa y que si seguía molestándolos me irían a detener por más tiempo y lo dejaba allí nomás. También me preocupa mi futuro, mi soledad, me arrepiento de muchas cosas que hice en el pasado, he llorado sin que nadie me vea, porque ante los demás soy frío, a veces, me siento triste estando solo. Ante los demás me he sentido menos por cómo me miran.

Duermo solamente 3 o 4 horas cuando me preocupo por mis nietos, sobretodo por el menor, quien está enfermo y cuando está conmigo es como si se despidiera de mí porque se muestra muy alegre, eso me hace pensar en su muerte y en cómo quedaría yo sin él, por esa razón me bajoneo y me digo que quisiera tener a alguien como compañera, quien me escuche y me atienda, pero luego recuerdo lo problemáticas que son las mujeres, que son gastos, interesadas y me enfoco en mi hija, a quien ayudo económicamente ya que trabajo como cachinero, donde soy mi propio jefe, trabajo solo por las mañanas y aseguro mi día, para estar con mis nietos, darle un ingreso a mi hija y pueda cocinar, ellos son mi mayor preocupación porque mi hija es madre soltera. Aunque a veces se porte mal, por ejemplo, cuando sale con

su amigo según ella y me deja con mis nietos, a veces se ha ido hasta por días, por eso le pongo en su lugar haciéndole entender que no soy ningún chibolo para que me esté floreando, que a mí me tiene que decir las cosas como son, sin mentiras porque ella sabe que las mentiras tienen patas cortas. Este tipo de discusiones se dan una o dos veces por semana, ella sabe que yo tengo calle y no se me va a sobrepasar.

Ante algunas situaciones frente al mal comportamiento de mi hija yo la ignoro, hago como si no estuviese presente y sigo mi camino, eso ya es problema de ella, que quiera hacer lo que le venga en ganas. Pero eso me pone mal, que no se de cuenta de lo que hace y se más mujer que mamá, por mi lado, trato de estar presente para mis nietos y que no les falte nada”.

2.9.6. Observaciones generales y de la conducta

Paciente acudió a consulta con puntualidad, siendo de tez trigueña, con talla y estatura promedio, contextura delgada, con inadecuado aseo y aliño personal, vistió acorde a la estación actual, aparentó edad cronológica referida. Su marcha fue rápida y erguida. Su lenguaje se caracterizó por ser sencillo, fluido, de curso y contenido coherente, con tono de voz alto. Mantuvo contacto visual fija y postura encorvada. Durante la entrevista se mostró comunicativo, partícipe, con capacidad para seguir instrucciones. Se encontró orientado en tiempo, espacio y persona.

2.9.7. Análisis de los resultados:

2.9.7.1 Funciones intelectuales. En el área de inteligencia, obtuvo 28 puntos, ubicándolo en la categoría de término medio, posiblemente inferior al término medio, es decir, presentó dificultades para deducir relaciones, en dar sentido a un material desorganizado, siéndole confuso la captación de una figura compleja.

Por otro lado, siguió las instrucciones que se le brindó, a pesar de ello, tendió a distraerse con sus pensamientos y estímulos de su entorno. Además de presentar inconvenientes para hacer comparaciones, razonar analogías y organizar percepciones espaciales relacionado sistemáticamente. Lo cual llega a ser resultado de los problemas emocionales que presenta actualmente.

2.9.7.2. Personalidad

Personalidad con rasgos antisociales, se caracteriza por ser desconfiado, manipulador emocional, sensible a la crítica, impaciente, intolerante a la frustración, mostrándose irritable, con dificultad para el control de sus impulsos y respetar los derechos de los demás, debido a que carece de valores y principios sociales, llegando a las agresiones, sin sentimiento de culpa posterior, a la vez, tiende a infringir o evadir las normas sociales, motivo por el cual ha sido detenido en varias ocasiones. Con incapacidad para formalizar una relación afectiva duradera, manteniendo así amistades superficiales con el fin a obtener algo a cambio, con facilidad para mentir, culpar y ofender a los demás sobre sus problemas, siendo rígido emocionalmente ante eventos adversos, con problemas para el afronte de exigencias externas.

2.9.7.3. Organicidad. Con respecto a la memoria visual inmediata, cuando copiaba estímulos gráficos presentados con anterioridad, alcanzó un 40% de errores de tipo omisión, desplazamiento, rotación e inexactitud, los cuales no son significativos; por lo que mostraba capacidad para fijar, evocar y reproducir estímulos visuales que fueron presentados con anterioridad. Por lo que se descarta un Trastorno Orgánico Cerebral.

2.9.7.4. Área familiar. Manifestó tener un ambiente familiar estable entre sus hermanos, hija, nietos y padre, a pesar de estar en desacuerdo con ellos, debido a que evita tener discusiones. Así también, presenta ira reprimida, tristeza y resentimiento hacia su padre, a quien lo caracteriza por ser autoritario, dominante, incomprensible, agresivo y abusivo, a causa de las experiencias en su niñez y adolescencia, a quien lo culpa por ser la persona quien es ahora.

Por otro lado, teme perder a su nieto, quien tiene una enfermedad crónica, por ello, trata de apoyar económicamente a su hija, trabajando como recolector de objetos y venta posterior de estos. Siendo ellos, su motivo para continuar con sus actividades diarias, aferrándose a Dios y al poder de su voluntad.

2.9.8. Conclusiones

En el área de coeficiente intelectual se encuentra en la categoría término medio.

En el área de personalidad, el evaluado presenta rasgos de personalidad antisocial tales como; falta de empatía, despreocupación por las normas y derechos de otras personas, con facilidad para mentir, calcular y manipular situaciones, incapaz de mantener relaciones afectivas duraderas; impulsivo, con baja tolerancia a la frustración y respuestas agresivas sin sentimiento de culpa, por ello ha sido detenido en varias ocasiones. Con antecedentes en la niñez, ausencia de cuidado, protección y afecto parental. Sin embargo, últimamente se encuentra en estado de reflexión por su conducta personal desordenada, siendo optimista para el logro de sus objetivos y mejoras a nivel personal, familiar y social.

A nivel de la memoria visual, se descarta la presencia de un síndrome orgánico cerebral a estos niveles (estructural).

En el área familiar, actualmente mantiene un ambiente estable entre sus hermanos, hija, nietos y padre. A pesar de estar en desacuerdo con ellos, evita tener discusiones. También presenta ira reprimida, tristeza y resentimiento hacia su padre, a quien lo caracteriza por ser autoritario, dominante, incomprensible, agresivo y abusivo.

2.9.9. Recomendaciones

Seguir practicando las técnicas aprendidas en el proceso terapéutico para conservar conductas funcionales tanto en su vida cotidiana como en su entorno.

Mantener la comunicación asertiva para evitar un ambiente desagradable tanto en la familia como en la sociedad.

Asistir a terapia cuando presente inconvenientes emocionales o de conducta que no pueda manejar por su cuenta.

A la familia se le recomienda seguir apoyando al paciente, reforzar sus conductas adecuadas y realizar actividades familiares.

2.10. Identificación del problema

Conforme a la información y resultados obtenidos, se puede deducir que el evaluado presenta rasgos del trastorno de personalidad antisocial, tales como; falta de empatía y sentimiento de culpa; despreocupación por las normas y derechos de otras personas, con facilidad para mentir, calcular y manipular situaciones, incapaz para mantener relaciones afectivas duraderas; baja tolerancia a la frustración con respuestas agresivas como consecuencia.

Por ello, la intervención de orientación cognitiva conductual, es el más conveniente para su problema, ya que a este enfoque le antecede múltiples investigaciones y aplicaciones de la misma a pacientes con este tipo de inconvenientes (Fullana et al., 2011).

Se toma como referencia el análisis topográfico y funcional de acuerdo a Pérez y Borda (1997), con una estructura de estímulos antecedentes, variables orgásmicas o respuestas del sujeto y estímulos consecuentes. En el siguiente cuadro, se muestra el análisis funcional del presente caso clínico, la que mantiene información indispensable para saber elegir el tratamiento adecuado.

Tabla 3

Tolerancia a la frustración

ESTÍMULO ANTECEDENTE	CONDUCTA	ESTÍMULO CONSECUENTE
Externo Ante las injusticias o abusos.	Cognitivo Tengo ganas de desaparecer a los abusivos.	Externo Tengo problemas con algunas personas de la calle, a quienes no conozco. Gano problemas ajenos.
Interno Me tienen miedo.	Emocional Ira <hr/> Fisiológico Sudoración Respiración acelerada Ruborización Calentura corporal <hr/> Conductual No me controlo y golpeo al abusivo hasta que me pida perdón.	Interno Me siento respetado.

Latencia: Inmediata
Duración: 1 hora aprox.
Frecuencia: Cada vez que se presentan los estímulos.
Intensidad: 10/10

Nota: Elaborado por la autora.

Tabla 4

Empatía

ESTÍMULO ANTECEDENTE	CONDUCTA	ESTÍMULO CONSECUENTE
EXTERNO Las mujeres casadas le hablan.	COGNITIVO Si yo gusto a algunas mujeres, puedo corresponderlas, no hay inconvenientes, no me limita nada.	EXTERNO Sus parejas me buscan pleito. Me incentivan a seguir hablándolas. Salgo a escondidas con ellas.
INTERNO Tengo lo mío a pesar de ser feo, sé cómo tratar a las mujeres.	EMOCIONAL Alegría	INTERNO Me siento ganador. No me importan sus parejas.
	FISIOLÓGICO Aceleración cardíaca. Calentura corporal	Latencia: Inmediata Duración: 15 minutos aprox. Frecuencia: Cada vez que se presentan los estímulos. Intensidad: 8/10
	CONDUCTUAL Tengo relación por poco tiempo.	

Nota: Elaborado por la autora.

Tabla 5

Cumplimiento de normas sociales

ESTÍMULO ANTECEDENTE	CONDUCTA	ESTÍMULO CONSECUENTE
EXTERNO Intervención policial debido a sus rasgos faciales, expresión corporal y forma de vestir.	COGNITIVO Quisiera vestirme mejor, pero no quiero ser el centro de atención de los demás. Estos son unos abusivos.	EXTERNO Indiferencia de las personas en la calle. Agresión policial.
INTERNO Me llega lo que puedan hacer.	EMOCIONAL Ira Ansiedad	INTERNO Los voy a quemar. De mí nadie se burla. Los esperaré en su salida.
	FISIOLÓGICO Aceleración cardíaca. Calentura corporal	Latencia: Inmediata Duración: 2 horas aprox. Frecuencia: Cada vez que se presentan los estímulos. Intensidad: 9/10
	CONDUCTUAL Grita y pelea con los policías.	

Nota: Elaborado por la autora.

Capítulo III: Programa de Intervención Terapéutica

3.1 Justificación

Un paciente con TAP se caracteriza por no respetar los derechos de los demás, con dificultad para el control de sus impulsos, con destreza para ofender, culpar o normalizar conductas problemáticas (Llopis et al., 2017) además, de carecer de empatía, entre otros comportamientos (OMS, 1992). Y la TCC explica que las cogniciones son causantes de las reacciones conductuales (Rodas, 2006), por ello, se enfoca en la modificación de los pensamientos irracionales y en las emociones perturbadoras para generar conductas adaptadas a la sociedad (Beck, 2000), teniendo en cuenta que el entorno es importante para las mejoras del individuo (Batlle, 2007), siendo necesario que la familia también sea partícipe de la intervención (Echeburúa, 1999).

3.2 Objetivo general

Concientizar la conducta disfuncional a nivel emocional, cognitivo y fisiológico a través del programa de intervención, basado en la psicoterapia Cognitivo Conductual en un caso de Trastorno de Personalidad Antisocial.

3.3 Objetivos específicos

Psicoeducar al evaluado respecto al problema que presenta.

Fomentar conciencia del problema de personalidad que muestra el evaluado.

Lograr un estado de relajación y disminuir niveles de ansiedad.

Suscitar en el evaluado la identificación de sus pensamientos y plantear pensamientos alternativos y funcionales que le generen mayor tranquilidad.

Identificar y resolver los problemas actuales de su vida que son antecedentes de respuestas desadaptativas.

Crear que acepte la realidad, considerando los pros y contras de sus conductas.

Tener conocimiento de sus rasgos, descubrir gustos, trabajar en su satisfacción personal y aceptarse incondicionalmente.

Determinar déficits o excesos conductuales que presenta el evaluado con respecto a la empatía.

Influir en el reconocimiento de la relación que existe entre pensamiento, emoción y conducta.

Reestructurar pensamientos rígidos de sí mismo, del mundo y de su futuro a pensamientos funcionales.

Reestructurar pensamientos con el fin de obtener como resultados conductas asertivas.

Determinar déficits o excesos conductuales que presenta el evaluado con respecto a las normas sociales importantes en el momento.

Corroborar si el paciente está llevando a cabo lo aprendido en las sesiones y la consolidación de estas.

Evaluar el estado actual del paciente y los cambios que ha evidenciado en su vida.

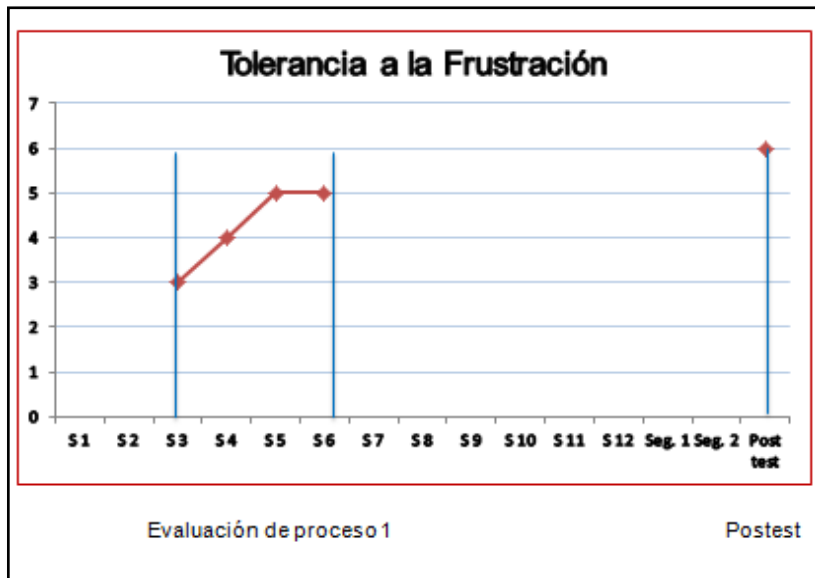
3.4 Metodología

Se utilizará el diseño de línea base múltiple (DLBM) entre conductas, donde los datos de la línea base del evaluado se recopilan para tres conductas objetivos diferentes. Una vez establecidas las líneas base, se realizará un tratamiento a cada una de ellas en momentos diferentes. En un primer momento, la primera conducta “tolerancia a la frustración” está sujeta al tratamiento, mientras las conductas como respeto por las normas sociales y empatía se mantienen en su línea base. Cuando las tasas son estables para la primera conducta el tratamiento se aplica a la segunda conducta, y así sucesivamente. La efectividad del tratamiento experimental se demuestra cuando el

cambio de conducta está asociado en cada caso al desarrollo del tratamiento (Ato y Vallejo 2015).

Figura 1

Tolerancia a la frustración



Nota. El gráfico representa el resultado esperado en las intervenciones realizadas, dadas dentro de las cuatro sesiones luego de la psicoeducación, donde se estima que el evaluado aplique lo enseñado en los días posteriores. Elaborado por la autora.

Figura 2

Empatía



Nota. El gráfico representa el resultado esperado en las tres posteriores sesiones, donde se estima que el evaluado aplique las técnicas instruidas.

Elaborado por la autora

Figura 3

Cumplimiento de normas sociales



Nota: El gráfico representa altos puntajes como resultado esperado dentro y fuera de las intervenciones aplicadas. Elaborado por la autora.

3.5 Diseño del tratamiento

Se inicia la recolección de datos, personales, familiares y patológicos asociados al TAP, llegando a la conclusión que se evidencian rasgos de este trastorno, según los criterios del manual estadístico de trastornos mentales (DSM-5) y la Clasificación Internacional de enfermedades (CIE-10).

El programa de intervención psicológica partió de una línea base, por medio de los instrumentos, tales como; Escala de inteligencia Raven para adultos (Raven, 1939), el cual mide el coeficiente intelectual; Test de la Figura Humana de Karen Machover, mide la personalidad a través de la proyección del sujeto, en cuanto a la visión que tiene de sí mismo, el entorno y relación con el mundo (Machover, 1926). Inventario Clínico

Multiaxial Millon II, mide patrones clínicos de la personalidad (Millon, 1999); Inventario de inteligencia emocional Ice de Baron, mide la inteligencia emocional a través de cinco dimensiones (Intrapersonal, interpersonal, adaptabilidad, manejo de estrés y estado de ánimo en general) (Bar – On, 2004); Test de Retención Visual de Benton, mide la memoria visual y las habilidades viso constructivas (Benton, 2002).

La intervención consta de 12 sesiones terapéuticas, más 2 sesiones de seguimiento.

3.5.1. Primera sesión

Se inicia estableciendo de una adecuada alianza terapéutica acerca de las sesiones que se llevará a cabo. Psicoeducación acerca del trastorno de personalidad antisocial, para que pueda comprender sus diversas conductas y consecuencias de estas a nivel personal, familiar, laboral. Asimismo, la importancia del tratamiento y consecuencias positivas de la intervención.

3.5.2. Segunda sesión

Continuará la alianza terapéutica, se absuelven las dudas respecto al problema que presenta, posterior a ello generar toma de conciencia respecto al trastorno identificado.

3.5.3. Tercera sesión

Posterior a ello, se realizó el procedimiento de respiración diafragmática. Así mismo, se le explicará acerca de la identificación de la tensión y relajación, así mismo encontrar la diferencia entre ambos. Se llevó a cabo la técnica de relajación progresiva de Jacobson.

3.5.4. Cuarta sesión

Se le entrena al paciente en lo que respecta al registro de pensamientos, para que pueda identificarlos por su propia cuenta y formular pensamientos alternativos y funcionales que le provoquen mayor tranquilidad

3.5.5. Quinta sesión

Se entrena al paciente en la solución de problemas, para que pueda identificar la respuesta adecuada sin perjudicar a los demás y al mismo tiempo, enseñarle habilidades generales como la comunicación asertiva que le permitirán manejar con más eficacia, muy independientemente a futuros problemas.

3.5.6. Sexta sesión

Entrenarlo en habilidades blandas como la comunicación asertiva y solución de problemas para fomentar la tolerancia a la frustración.

3.5.7. Séptima sesión

A través de la técnica de la autoaceptación incondicional de Ellis y Grieger (1990), inicialmente mejorar la autoestima del evaluado y luego fomentar la aceptación de diferencias en cuanto a pensamientos y conductas de los demás.

3.5.8. Octava sesión

Se realizará el registro de déficits o excesos conductuales que presenta el evaluado con respecto a la empatía.

3.5.9. Novena sesión

Generar que el paciente pueda reconocer la relación existente entre pensamiento, emoción y conducta, mediante la técnica de columnas paralelas y de esta manera poder identificar y aceptar a los demás.

3.5.10. Décima sesión

Fomentar el reconocimiento, cuestionamiento y modificación de sus pensamientos irracionales por otros más adaptativos o funcionales, mediante la técnica de reestructuración cognitiva.

3.5.11. Décima primera sesión

Seguir trabajando modificación de creencias, emociones y conductas a través de la reestructuración cognitiva.

3.5.12. Décimo segunda sesión

Determinar déficits o excesos conductuales que presenta el evaluado con respecto a las normas sociales importantes en el momento.

3.5.13. Décimo tercera sesión

Será el seguimiento 1 que buscará corroborar si el paciente está llevando a cabo lo aprendido en las sesiones y la consolidación de las mismas, a través de la retroalimentación y prevención de recaídas.

3.5.14. Décimo cuarta sesión

Será el seguimiento 2 que evaluará el estado actual del paciente y los cambios que ha evidenciado en su vida.

3.6. Aplicación del tratamiento y procedimiento

Este programa tiene una orientación cognitiva conductual, siendo un trabajo totalmente confidencial, con fines académicos, por lo tanto, no será remunerado. A la vez cuento con el consentimiento informado del examinado. Por lo que el evaluado tendrá una asistencia de una vez por semana por una hora durante 14 sesiones, que a continuación se detallará.

3.6.1. Primera sesión

3.6.1.1. Objetivos. Establecer la alianza terapéutica y Psicoeducar al paciente acerca del trastorno antisocial de la personalidad que presenta.

3.6.1.2. Técnicas. Psicoeducación y diálogo expositivo.

3.6.1.3. Descripción. Se realizará la presentación acerca de lo que se llevará a cabo en la sesión, después de ello se establecerá la alianza terapéutica con el paciente. Así mismo, se brindará información acerca del trastorno de la personalidad antisocial.

3.6.2. Segunda sesión

3.6.2.1. Objetivos. Establecer la alianza terapéutica y Psicoeducar al paciente acerca del trastorno Antisocial de la personalidad que presenta.

3.6.2.2. Técnicas. Psicoeducación y dialogo expositivo.

3.6.2.3. Descripción. Se continuará con la alianza terapéutica, psicoeducación y toma de conciencia acerca del trastorno de la personalidad antisocial.

3.6.3. Tercera sesión

3.6.3.1. Objetivos. Lograr un estado de relajación y disminuir niveles de ansiedad e impulsividad.

3.6.3.2. Técnicas. Respiración Diafragmática, relajación muscular y tarea para casa.

3.6.3.3. Descripción. Se iniciará la sesión con la aplicación de la respiración diafragmática y relajación muscular. Después de ello se le indicará al paciente que debe realizar la técnica en casa de forma consecutiva para obtener un mayor control de sus emociones negativas.

3.6.4. Cuarta sesión

3.6.4.1. Objetivos. Identificar pensamientos negativos, plantear pensamientos alternativos y funcionales que le generen mayor tranquilidad.

3.6.4.2. Técnicas. Registro de pensamiento y Tarea para casa.

3.6.4.3. Descripción. Se iniciará sesión con la técnica de registro de pensamientos, donde se identificarán pensamientos negativos a través de lo que expone el evaluado y luego plantear otros pensamientos funcionales, a través de las mismas respuestas que brinde. Se le indica que lo aplique en casa.

3.6.5. Quinta sesión

3.6.5.1. Objetivos. Identificar los problemas inesperados y enseñar proceso de respuestas adaptativas.

3.6.5.2. Técnicas. Entrenamiento en resolución de problemas y tarea para casa.

3.6.5.3. Descripción. La iniciará la sesión con la identificación de situaciones problemas para luego enseñarle proceso de alternativas que busquen soluciones adecuadas. Se le indica que lo aplique en casa.

3.6.6. Sexta sesión

3.6.6.1. Objetivos. Lograr aceptación de la realidad, considerando los pros y contras de sus conductas.

3.6.6.2. Técnicas. Tolerancia al malestar y tarea para casa.

3.6.6.3. Descripción. Se iniciará la sesión con la premisa sobre las diferencias de aspectos positivos y negativos para tolerar el malestar, consecuente a ello tener el control de las situaciones. Se le indica que lo aplique en casa.

3.6.7. Séptima sesión

3.6.7.1. Objetivos. Lograr Tener conocimiento de sus rasgos y aceptarse incondicionalmente.

3.6.7.2. Técnicas. Autoaceptación incondicional y tarea para casa.

3.6.7.3 Descripción. La iniciará la sesión con la señalización de sus rasgos, descubrir gustos, habilidades o capacidades en diferentes actividades, para llegar a la satisfacción personal y aceptación incondicional a partir de su respuesta. Se le indica que lo aplique en casa.

3.6.8. Octava sesión

3.6.8.1. Objetivos. Determinar déficits o excesos conductuales que presenta el evaluado con respecto a la empatía.

3.6.8.2. Técnicas. Registro conductual y tarea para casa.

3.6.8.3. Descripción. En esta sesión, luego de haber adquirido información consistente en la entrevista, se le realizará una evaluación conductual para corroborar modificación en su conducta.

3.6.9. Novena sesión

3.6.9.1. Objetivos. Reconocer la relación que existe entre pensamiento, emoción y conducta.

3.6.9.2. Técnicas. Columnas paralelas y tarea para casa.

3.6.9.3. Descripción. En esta sesión, que el paciente pueda reconocer la relación que existente entre pensamiento, emoción y conducta, mediante la técnica de columnas paralelas.

3.6.10. Décima sesión

3.6.10.1. Objetivos. Reestructurar pensamientos rígidos de sí mismo, del mundo y de su futuro a pensamientos funcionales.

3.6.10.2 Técnicas. Reestructuración cognitiva.

3.6.10.3. Descripción. En esta sesión, luego de haber adquirido información consistente en la entrevista, se le realizarán preguntas acerca de sus pensamientos y creencias instauradas en el evaluado.

3.6.11. Décima primera sesión

3.6.11.1. Objetivos. Reestructurar pensamientos rígidos de sí mismo, del mundo y de su futuro a pensamientos funcionales.

3.6.11.2. Técnicas. Reestructuración cognitiva

3.6.11.3. Descripción. Se le realizarán preguntas acerca de sus pensamientos y creencias instauradas en el evaluado para generar pensamientos adaptativos de acuerdo con la realidad.

3.6.12. Décima segunda sesión

3.6.12.1. Objetivos. Determinar déficits o excesos conductuales que presenta el evaluado con respecto a la empatía.

3.6.12.2. Técnicas. Registro conductual y tarea para casa.

3.6.12.3. Descripción. En esta sesión, luego de haber adquirido información consistente en la entrevista, se le realizó una evaluación conductual para corroborar modificación en su conducta sobre las normas sociales.

3.6.13. Décima tercera sesión

3.6.13.1. Objetivos. Corroborar si el paciente llevó a cabo lo aprendido en Las sesiones y la consolidación de las mismas.

3.6.13.2. Técnicas. Tarea para casa.

3.6.13.3. Descripción. Se inició la sesión preguntando al paciente en cómo le ha ido en estas semanas en la cual no hubo sesiones de terapia, se aplicó el post test para verificar en cómo ha mejorado desde la primera sesión hasta la sesión doce.

Así mismo se le programará al paciente la próxima sesión de seguimiento, que se llevará a cabo en 4 semanas.

3.6.14. Décima cuarta sesión

3.6.14.1. Objetivos. Evaluar el estado actual del paciente y los cambios que ha evidenciado en su vida.

3.6.14.2. Técnicas. Tarea para casa.

3.6.14.3. Descripción. Se inició la sesión preguntando al paciente en cómo le ha ido durante estas cuatro semanas en la cual no hubo terapia, después de ello se realizó la retroalimentación de todas las sesiones que se llevaron a cabo.

Al finalizar se le programará las próximas sesiones de seguimiento.

Capítulo IV. Resultados

Se evidencia la efectividad del tratamiento según los resultados alcanzados, en consecuencia, a las pruebas aplicadas durante el plan de intervención, los cuales se realizaron al inicio (pre-test) y al finalizar (post-test) el tratamiento.

4.1 Línea base

Tolerancia a la frustración. Se inició la aplicación del Ice de Baron para evaluar la problemática que fue una sub-dimensión de manejo de la tensión; además, de preguntas realizadas por la evaluadora.

Tabla 6

Línea base: Evaluación de tolerancia a la frustración

Evaluación	Intensidad / respuesta
Inventario de inteligencia emocional Ice de Baron	60/140 (Bajo)
Pre test (tolerancia a la frustración).	“Cuando yo me molesto no pienso, solo actúo en base a lo que pasa en el momento”. “Si alguien no se disculpa por lo que hizo y sabe que está mal, yo le pongo la cruz y no le hablo nunca más, solo le miro mal para que se vuelva loco”. “Tengo un mal carácter y me molesto rápido con la gente que abusa de los demás”. “Yo me gano el pleito de la gente, si veo que abusan de otros, me fastidia, me molesta ver eso, saco el pecho por las víctimas y discuto con el agresor, y si este no se calma le provoco hasta llegar a las manos, finalmente ellos se lo buscan y yo solo les doy su merecido. Así también me gano el respeto de ellos”.

Fuente: Creación de la autora

Empatía. Fue recogida con el instrumento Ice de Baron a través de la sub-dimensión empatía dentro de interpersonal; además, de preguntas realizadas por la evaluadora.

Tabla 7

Línea base: Empatía

Evaluación	Intensidad / Respuesta
Inventario de inteligencia emocional Ice de Baron.	60/140 (bajo)
Pre test (empatía).	“Soy de las personas que aprovechan el momento, si es que se me presenta una oportunidad, lo tomo. Lo mismo pasa con las mujeres que se muestran interesadas en mí, aun teniendo parejas, me coquetean y yo he correspondido a sus provocaciones, no considero que esté mal porque no lo estoy forzando, así que todo bien de ese lado”

Fuente: Creación de la autora

Cumplimiento de normas. Fue analizada por medio de preguntas realizadas por la evaluadora.

Tabla 8

Línea base: Cumplimiento de normas

Evaluación	Respuestas
Pre test (Cumplimiento de normas)	“Yo respeto a quien me respeta, mientras no se metan con los míos, ni conmigo, todo bien, aun cuando policías, yo me hago valer mis derechos”.

Fuente: Creación de la autora

4.2 Intervención

Se realizaron 12 sesiones, donde las dos primeras fueron para establecer la alianza terapéutica, psicoeducación y concientización del problema. En las cuatro siguientes sesiones, se abordó el problema de intolerancia a la frustración, realizando el apunte de la autoevaluación referente a la intensidad del control de impulsos.

Tabla 9

Intervención: Autoevaluación de tolerancia a la frustración

Número de sesiones	S3	S4	S5	S6
Intensidad	3/10 Inicialmente tenía dificultades para controlarse ante los problemas que veía en los demás, sobretodo en el ambiente familiar.	4/10 Posteriormente ha podido evadir o evitar situaciones conflictivas.	3/10 Ante las diferencias y provocaciones de su hermano, se sintió incómodo y fue agresivo verbalmente.	6/10 Tomó en cuenta todo lo señalado en sesión y buscó respuestas reales a la situación que se presentaba.

Fuente: Creación de la autora.

Además de poner en práctica lo hablado entre sesiones, donde se podía notar un gran avance por parte del evaluado, ya que refería experiencias como lo siguiente:

“Hubo un problema con una señora, como soy ambulante y me ubico en un lugar establecido de la calle para vender mis productos, así como otros vendedores. Un día mi hija tubo una discusión con una señora en el trabajo. La señora se puso altanera diciendo a mi hija que se ubique en otro sitio porque ocupaba mucho espacio, de pronto llego al lugar y la señora me dice: ‘tú no te metas, que crees, que porque eres maleante y piraña ¿te voy a tener miedo? Conmigo te equivocas, para mí eres un payaso’ en ese momento me molesté porque lo dijo gritando y los sapos estaban escuchando, pero me acordé de lo que hablamos y me dijiste, me controlé y solo atiné en decir a mi hija que nos vayamos a otro lado, donde estemos más tranquilos, que la señora no va a parar y no nos va a

malograr el día. Ante lo dicho, mi hija se sorprendió y me dijo que por qué no le mandé al diablo y le manifesté que no ganábamos nada peleando, al contrario, íbamos a perder más tiempo y tener menos ventas. Hasta yo mismo me sorprendí y me asusté porque fue una respuesta rápida y acertada porque en otro lugar tuvimos más ventas que otros días”.

En las tres siguientes sesiones, se efectuó el apunte de la autoevaluación del evaluado respecto a la empatía.

Tabla 10

Intervención: Autoevaluación de la empatía

Número de sesiones	S7	S8	S9
	4/10	6/10	8/10
Intensidad	Al inicio él pensaba ser empático por querer ayudar pero no lo realizaba, mencionando que no tenía las condiciones.	Posterior a ello, observaba más a entorno familiar y vecinal y participaba en colectas, actividades para apoyar a los demás.	Logró comprender que la infidelidad es incorrecta, que por más que no tenga pareja, debe respetar y no involucrarse con mujeres comprometidas.

Fuente: Creación de la autora.

En este caso el evaluado refirió: “Antes yo pensaba que la gente hablaba sus problemas para dar pena y recibir dinero fácil, pero luego entendí que a veces las personas necesitamos realmente de alguien para poder mejorar, me enseñaste a que podemos ayudar sin recibir nada a cambio, a respetar a las personas que piensan o actúan diferente a uno mismo, que, aunque quisiéramos que las cosas sean a favor de uno, no será así. Por ejemplo, una vecina falleció y vi el dolor de la familia, me acordé de lo que sentí cuando mi mamá falleció y ofrecí mi ayuda para poner sillas, llamar al padre para que brinde una oración, entre otras cosas. Me sentí muy bien después de mucho tiempo”.

“También tengo una vecina que me molesta mucho, se me insinúa, antes le seguía el juego porque su esposo trabaja en el día, para mí era normal, pensaba: con tal que a mí no me pongan los cachos, todo bien, pero ahora ya no lo veo así, actualmente le saludo con respeto, serio, sin fin a coquetearle, le dije a la señora que deje de hablarme así y que respete a su esposo, ella se sorprendió y quedó avergonzada, no pensó que le iría habla de esa manera y eso fue todo, incluso ya no paso por su casa, me voy por otra calle. No me gustaría que me hagan lo mismo, esas cosas de chibolos ya no van conmigo”.

En las 3 últimas sesiones, se ejecutó la toma de nota sobre la autoevaluación sobre el cumplimiento de las normas sociales. Teniendo como resultado, comprensión y concientización de esta problemática que se venía suscitando desde años pasados.

Tabla 11

Intervención: Autoevaluación del cumplimiento de las normas sociales.

Número de sesiones	S10	S11	S12
Intensidad	5/10	6/10	7/10
	Respetar a la autoridad, las leyes y a las personas porque tiene en mente que ante cualquier error puede denunciarlo.	Entiende que lo malo se evita haciendo las cosas correctamente, respetando al otro, sin un fin de venganza por lo que él mismo pensaba.	Toma de la mejor manera el trabajo de la PNP y el cumplimiento de las normas sociales.

Fuente: Creación de la autora.

El evaluado refiere: “sé que mientras no me meta en problemas, respete a los demás a pesar de que actúen o piensen diferente a mí, sé que debo mantenerme al margen, que no debo ganarme pleitos porque no gano nada sino al contrario puedo hasta ser detenido otra vez. También trato a la gente como me gustaría que me traten o mejor dicho como me están tratando; mis vecinas, los demás ambulantes ven que me arreglo, me afeito, me corto el cabello, me cambio de ropa, uso hasta perfume, he mejorado mi

aspecto y he notado que la gente ya no me trata de manera distante o desconfiada, eso me hace sentir bien, incluso me hablan sin que yo inicie la conversación, es algo que se dio y todo porque he dejado de pensar que me quieren atacar, no me aceptan por como soy, he mejorado y cambiado en muchos aspectos, incluso ahora entiendo que los policías solo cumplen su trabajo y cuidan de nosotros, no les tengo rencor”.

Tabla 12

Evaluación intermedia: Tolerancia a la frustración, empatía y cumplimiento de normas sociales.

Tolerancia a la frustración		S3- S6
Intensidad	Al finalizar las sesiones, se realizaron preguntas correspondientes a esta variable donde se puso corroborar que el evaluado pudo comprender la importancia del control de sus emociones y búsqueda de solución.	
Empatía		S7 – S9
Intensidad	En la ejecución del post test se evidencia un incremento de esta capacidad, debido a que el examinado puso en práctica las actividades realizadas en las sesiones.	
Cumplimiento de normas sociales		S10 – S12
Intensidad	En la evaluación del pos-test de esta problemática, se logró observar que hubo toma de conciencia y cambios en cuanto a sus pensamientos negativos.	

Fuente: Creación de la autor

Según los resultados esperados en la evaluación intermedia, se pudo continuar con el programa de intervención.

4.3. Evaluación final

Para comprobar los progresos del paciente se realizaron preguntas para evidenciar la evolución respecto a las problemáticas halladas, además se aplicó el Ice-Barón en referencia a la evaluación inicial de tolerancia a la frustración y empatía, hallándose un puntaje promedio del cociente emocional.

Tabla 13*Resultados*

Evaluación	Intensidad / respuesta
Inventario de inteligencia emocional Ice de Baron - Tolerancia a la frustración.	90/140 (Normal)
Post test	Como evaluación final, se realizó también el post test, teniendo como resultado el incremento de respuestas positiva.
Inventario de inteligencia emocional Ice de Baron - Empatía	90/140 (Normal)
Post test	Como evaluación final, se ejecutó también un post test, teniendo como resultado mejoras sobre esta conducta problema.
Post test – Cumplimiento de normas sociales.	Se cumplió con la evaluación final del post test, teniendo como resultado, respuestas positivas y correctas frente a esta problemática.

Fuente: Creación de la autora.

4.4 Seguimiento

En las sesiones de seguimiento se ejecutó la retroalimentación de lo llevado en las sesiones, así como el reforzamiento de algunas técnicas como relajación, autocontrol, registro de pensamientos y resolución de problemas; recalcando al evaluado que, pese a su mejora en comparación al inicio de la intervención, pueden haber recaídas, en efecto es donde debe aplicar las técnicas aprendidas y buscar ayuda profesional en caso persistan.

Tabla 14*Sesiones de seguimiento*

Sesión	Sesión 13
Seguimiento 1	En la primera sesión de seguimiento se hizo la retroalimentación respectiva hacia aquellas conductas que le hacían falta mejorar, tales como tolerancia a la frustración, empatía y cumplimiento de

normas sociales. Se le recalca aplicar lo aprendido, recordando y poniendo práctica alguna de ellas.

Sesión	Sesión 14
Seguimiento 2	En la segunda sesión de seguimiento se lleva a cabo las recomendaciones respecto a los pensamientos irracionales que se puedan presentar en algún momento del día a día.

Fuente: Creación de la autora.

Capítulo V: Resumen, conclusiones y recomendaciones

5.1. Resumen

Paciente de sexo masculino con 55 años, acude a consulta debido a que se frustra con facilidad, con dificultad para controlar sus impulsos, llegando a las agresiones e incluso a romper las normas sociales si así lo amerita la situación, así mismo, presenta inconvenientes para pensar en las consecuencias negativas de sus actos, por ello ha tenido complicaciones en el área familiar, laboral y personal. Además, se le entrevistó también a la hermana del examinado, donde la información recopilada es congruente a la del paciente.

Por esa razón, se realizó el proceso de evaluación psicológica, donde se utilizaron técnicas como la observación y entrevista, seguido de la aplicación de pruebas psicológicas con la finalidad de corroborar la problemática del evaluado. Donde sus rasgos conductuales son compatibles con el diagnóstico Trastorno de Personalidad Antisocial. Posterior a ello se efectuó el proceso psicoterapéutico, basado en el modelo Cognitivo Conductual, con 12 sesiones de 45 minutos, 1 vez por semana, iniciándose con la explicación del problema hallado, luego se le enseñó técnicas de respiración y relajación muscular para que pueda asimilar y controlar estados de frustración. Por consiguiente, se le instruyó sobre el registro de pensamientos para que plantee otros que sean alternativos y funcionales y le brinden mayor tranquilidad, también se le brindó la técnica de solución de problemas con el objetivo a que pudiera encontrar recursos adecuados para resolver sus inconvenientes cotidianos sin llegar a estados de frustración ni a la agresividad, luego se trató la tolerancia al malestar con el fin a lograr aceptación de la realidad, considerando sus buenas y malas conductas, luego se habló de la autoaceptación incondicional para llegar a la satisfacción personal a partir de reconocer

sus habilidades y gustos, posterior a ello, se realizó el registro conductual para determinar los déficits o excesos conductuales en relación a la empatía. Relacionado a ello, se hizo columnas paralelas para reconocer la correlación existente entre pensamiento, emoción y conducta, luego se hizo la reestructuración cognitiva, con la finalidad de identificar, cuestionar y modificar sus creencias irracionales por otras que sean adaptativas, haciéndose el registro de conductas en base al cumplimiento de normas sociales. Y por último se realizaron 2 sesiones de seguimiento para conocer el desarrollo del paciente, quien se mostró dedicado con su participación continua y cumpliendo con las actividades que se le dejó para casa.

Actualmente el paciente presenta un mayor nivel de funcionabilidad en los diversos ámbitos de su vida, reconociendo desenvolverse de manera eficaz dentro de su entorno, buscándole respuestas reales a los problemas inesperados, logrando ser tolerante a la frustración, empático con su entorno, respetando así las conductas de los demás y en consecuencia a las normas sociales.

5.2. Conclusiones

De acuerdo a los resultados obtenidos en el proceso de intervención terapéutica, se logró los siguientes objetivos:

1. Con la psicoeducación, se consiguió concientización y responsabilidad de las conductas que realizaba el paciente.
2. El evaluado aprendió a tolerar su frustración en base al registro de pensamientos, entrenamiento en habilidades blandas como la comunicación asertiva y solución de problemas.

3. Se evidencia un aumento significativo en referencia a la empatía del paciente, a partir de la tolerancia al malestar, autoaceptación incondicional y registro conductual.
4. Mediante la Terapia Racional Emotiva Conductual, el paciente comprendió que sus creencias irracionales influyen en sus emociones y conductas.
5. Aprendió a reconocer, cuestionar y modificar sus pensamientos irracionales por otros que sean funcionales o reales, en relación al cumplimiento de las normas sociales y respeto a las figuras de autoridad.

5.3. Recomendaciones

- Seguir practicando las técnicas aprendidas en el proceso terapéutico, para mantener conductas funcionales tanto en su vida cotidiana como en su entorno.
- Asistir a psicoterapia cuando presente inconvenientes emocionales o de conducta que no pueda manejar por su cuenta.
- A la familia, se le recomienda seguir apoyando al paciente, reforzar sus conductas adecuadas y realizar actividades familiares.
- Así mismo, mantener comunicación asertiva para evitar un ambiente desagradable.

Referencias

- Asociación Americana de Psiquiatría (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5*. Asociación Americana de Psiquiatría. <https://bit.ly/3up5UP6>
- Asociación Americana de Psiquiatría (2018). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM5)*. 5ª Ed. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría.
- Ato, M., & Vallejo, G. (2015). *Diseños de investigación en Psicología*. Ediciones Pirámide (Grupo Anaya, S. A.).
- Ávila, A. & Herrero, J. (1995). La personalidad y sus trastornos: aproximación a la obra de Theodore Millon. *Clínica y Salud*, 6(2), 131-159. <https://bit.ly/3rq1jN5>
- Bandura, A. (1988). *Pensamiento y acción*. Barcelona: Martínez Roca.
- Battle, S. (2007). *Clasificación en paidopsiquiatría. Conceptos y Enfoques: Enfoque Cognitivo Conductual*. <https://bit.ly/3v4Zp5r>
- Beck, J. (2000). *Terapia Cognitiva. Conceptos básicos y profundización*. Editorial Gedisa. <https://bit.ly/3v18yMg>
- Caballo, V. (1997). *Manual para el tratamiento cognitivo conductual de los trastornos psicológicos*. Vol. 1. Madrid, Siglo XXI.
- Caballo, V. (2001). Tratamientos cognitivo-conductuales para los trastornos de la personalidad. *Psicología Conductual*, 9(3), 579-605. <https://bit.ly/3v9ajY5>
- Cardenas, V., Sánchez, P. & Ortiz, M. (2007). Los trastornos de personalidad según el modelo de Millon: una propuesta integradora. *Clínica y salud*, 18(3), 305-324. <https://bit.ly/3v7xxh8>

- Cifuentes, J. & Lodoño, N. (2011). Perfil Cognitivo y Psicopatológico Asociados a la Conducta Antisocial. *En International Journal of Psychological Research*, 4(1), 58-69. <https://bit.ly/3KtlEru>
- Cleckley, E. (1941). *The Mask of Sanity: An Attempt to Reinterpret the So-Called Psychopathic Personality*. <https://bit.ly/2ZNBXNp>
- Covarrubias, A. (2016). Normas sociales y dinámicas de poder en el hogar: movilidad y trabajo extra-doméstico de las mujeres en San Felipe del Progreso. *Iberoamericana de las Ciencias Sociales y Humanísticas*, 5(10), 5-6. <https://bit.ly/3G2xbLF>
- Dorta, E. (2021). *Validación del cuestionario Short Dark Triad (SD3) en la población española* [Tesis de Doctorado, Universidad de Salamanca]. Repositorio de la facultad de Psicología. <https://bit.ly/3DcVNiW>
- D'Zurilla, T. & Nezu, A. (2010). Problem-solving therapy. In K. S. Dobson (Ed.), *Handbook of cognitive-behavioral therapies* (pp. 197–225). Guilford Press.
- Echeburrua, E. (1999). Avances en el tratamiento Cognitivo - Conductual de los trastornos de Personalidad. *Análisis y modificación de conducta*, 25(102), 586-611. <https://bit.ly/3b07n97>
- Ellis, E. & Grieger, R. (1990). *Manual de Terapia Racional Emotiva*. Desclee de Brouwer S. A. <https://bit.ly/3o5L0mt>
- Figueroa, G. (2018). Una nueva propuesta de clasificación de los trastornos de personalidad: la clasificación internacional de enfermedades CIE-11. *Chilena De Neuro-Psiquiatría*, 56(4), 717-726. <https://bit.ly/3nzZR90>

- Holland, J. y Skinner, B. (1961). *The Analysis of behavior: A program for self-instruction*. NY. McGraw-Hill.
- Jacobson, E. (1939). *Relajación progresiva*. University of Chicago Press.
- Knapp, P. & Beck, A. (2008). Cognitive therapy: foundations, conceptual models, applications and research. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 30(2), 54-64. <https://bit.ly/3tKbfQK>
- Lemes, C. & Ondere, N. (2017). Aplicaciones de la psicoeducación en el contexto de la salud. *Pepsic*, 25(1),17-28. <https://bit.ly/3IV633P>
- Llévano, D. (2013). Neurobiología de la agresión: aportes para la Psicología. *Vanguardia Psicológica*, 4(1), 69-85. <https://bit.ly/3u9Cg1v>
- Llopis, C., Hernández, I. & Rodríguez, M. (2017). Rasgos de personalidad desadaptativos y trastornos de la personalidad en mujeres que denuncian a sus parejas. A propósito de un caso. *Cuadernos de Medicina Forense*, 23(3-4), 92-99. <https://bit.ly/3nFkQarzza>.
- López, M., & Núñez, M. (2009). Psicopatía versus trastorno antisocial de la personalidad. *Española de Investigación Criminológica*, 1(7), 1696-9219. <https://bit.ly/39W76Qt>
- Martínez, J. (2019). El Trastorno de Personalidad Antisocial: una retrospectiva a la carencia de amor en la adolescencia como su causa. *BInvestigación*. 1(1), 50-54. <https://bit.ly/39azv4W>
- Meichenbaum, D. & Deffenbacher, J. (1988). Stress Inoculation Training. *Counseling Psychologist*, 16(8), 69-90. <https://bit.ly/3IV633P>
- Organización Mundial de Salud (1992). *Trastornos mentales del comportamiento*. Meditor. <https://bit.ly/3hHmcxI>

- Patrick, C. (2000). *Emociones y psicopatía*. En A. Raine y J. Sanmartín, *Violencia y psicopatía* (pp. 1-8). <https://bit.ly/2XYi9pD>
- Peña, F. (2003). *Tratamiento multisistémico en adolescentes con trastorno disocial*. <https://bit.ly/3Eso6f9>
- Pérez, A. & Borda, A. (1997). Análisis topográfico y funcional en el marco de la terapia de conducta. *Psiquis*, 18(6), 259-270. <https://idus.us.es/handle/11441/54586>
- Pérez, A., Rodríguez, A. & Vargas, C. (2008). Albert Ellis (1913-2007): Pionero de los modelos mediacionales de intervención. *Behavioral Psychology*, 16(2), 341-348. <https://bit.ly/2Y64o8d>
- Ramallo, B. (1981). Las terapias cognitivo-conductuales: Una revisión. *Dialnet*, 1(7), 91-113. <https://bit.ly/3z8Mthr>
- Rivero, M. (2019). *Empatía, el arte de entender a los demás*. Dicyt. <https://bit.ly/3pftA6r>
- Rodas, R. (2006). Michael J. Mahoney (1942-2006). *Latinoamericana de Psicología*, 38(3), 627-629. <https://bit.ly/3kn0jpf>
- Rodríguez, A. (2008). La personalidad Antisocial. *Cultura*, 22, 463-472. <https://bit.ly/2VNbk9N>
- Ruiz, M., Díaz, M. & Villalobos, A. (2012). *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales*. Descleé de Brouwer. <https://bit.ly/3zbt0JO>
- Salter, A. (1949). *Conditioned reflex therapy*. Nueva York Farrar, Strauss y Giroux.
- Sánchez, M. (1995). Los trastornos de personalidad y el modelo de los cinco factores: relaciones empíricas. *Clínica y Salud*, 6 (2), 175-188. <https://bit.ly/3G2fQCB>
- Sanmartin, J. (2007). ¿Qué es violencia? Una aproximación al concepto y a la clasificación de la violencia. *Filosofía*, 42(6), 9-21. <https://bit.ly/3I2SvCN>

- Speads, C. (1988). *ABC de la respiración*. Edaf.
- Suarez, N. (2017). *Trastorno de personalidad antisocial, su incidencia en el consumo de drogas en un paciente*. [Tesis de Licenciatura, Universidad Técnica de Babahoyo]. Repositorio de la facultad de Ciencias Jurídicas, Sociales y de la Educación. <https://bit.ly/3Aho33t>
- Ugarriza, N. (2001). La evaluación de la inteligencia emocional a través del inventario de BarOn (I-CE) en una muestra de Lima Metropolitana. *Persona*, 4(2001), 129-160. <https://bit.ly/3lriPg3>
- Vidal, L., Acosta, M. y Galindo, M. (2004). Trastornos de personalidad y su relación con la violencia. *Hospital Psiquiátrico de la Habana* 2004(1), 2-3. <https://bit.ly/3jeArKy>
- Vila, J. & Fernández, M. (2004). *Tratamientos psicológicos. La perspectiva experimental*. Madrid. Pirámide
- Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford: University Press.

ANEXO A

ICE DE BARON - ADULTOS

Nombre: JORGE

1. Rara vez o nunca
2. Pocas veces
3. Algunas veces
4. Muchas veces
5. Muy frecuentemente o siempre

1	2	Para superar las dificultades que se me presentan, actuo paso a paso
2	3	Me resulta difícil disfrutar de la vida
3	3	Prefiero un tipo de trabajo en el cual me indiquen casi todo lo que debo de hacer
4	3	Sé como manejar los problemas más desagradables
5	3	Me agradan las personas que conozco
6	2	Trato de valorar y darle sentido a mi vida
7	3	Me resulta relativamente fácil expresar mis sentimientos
8	4	Trato de ser realista, no me gusta fantasear ni sonar despierto (a)
9	3	Entro fácilmente en contacto con mis emociones
10	3	Soy incapaz de demostrar afecto
11	2	Me siento seguro (a) de mi mismo (a) en la mayoría de las situaciones
12	3	Tengo la sensación que algo no esta bien en mi cabeza
13	3	Tengo problemas para controlarme cuando me enoja
14	3	Me resulta difícil comenzar cosas nuevas
15	4	Frente a una situación problemática obtengo la mayor cantidad de información posible para comprender mejor lo que está pasando
16	2	Me gusta ayudar a la gente
17	3	Me es difícil sonreír
18	3	Soy incapaz de comprender cómo se sienten los demás
19	3	Cuando trabajo con otras personas, tiendo a confiar más en las ideas de los demás que en las mías propias.
20	3	Creo que tengo la capacidad para poder controlar las situaciones difíciles
21	2	No puedo identificar mis cualidades, no sé realmente para qué cosas soy bueno (a).
22	3	No soy capaz de expresar mis sentimientos
23	2	Me es difícil compartir mis sentimientos más íntimos
24	3	No tengo confianza en mismo (a)
25	2	Creo que he perdido la cabeza
26	3	Casi todo lo que hago, lo hago con optimismo
27	3	Cuando comienzo a hablar me resulta difícil detenerme.
28	3	En general, me resulta difícil adaptarme a los cambios
29	3	Antes de intentar solucionar un problema me gusta obtener un panorama general del mismo.
30	2	No me molesta aprovecharme de los demás, especialmente si se lo merecen
31	2	Soy una persona bastante alegre y optimista.
32	3	Prefiero que los otros tomen las decisiones por mí
33	3	Puedo manejar situaciones de estrés sin ponerme demasiado nervioso (a)
34	2	Tengo pensamientos positivos para con los demás

35	2	Me es difícil entender como me siento
36	2	He logrado muy poco en los últimos años
37	3	Cuando estoy enojado (a) con alguien se lo puedo decir
38	4	He tenido experiencias extrañas que son inexplicables
39	4	me resulta fácil hacer amigos (as)
40	3	Me tengo mucho respeto
41	3	Hago cosas muy raras
42	3	Soy impulsivo (a) y esto me trae problemas
43	3	Me resulta difícil cambiar de opinión
44	2	Tengo la capacidad para comprender los sentimientos ajenos
45	3	Lo primero que hago cuando tengo un problema es detenerme a pensar
46	3	A la gente le resulta difícil confiar en mí
47	3	Estoy contento (a) con mi vida
48	2	Me resulta difícil tomar decisiones por mí mismo (a)
49	2	No resisto al estrés
50	2	En mi vida no hago nada malo
51	3	No disfruto lo que hago
52	2	Me resulta difícil expresar mis sentimientos más íntimos
53	2	La gente no comprende mi manera de pensar
54	3	En general espero que suceda lo mejor
55	3	Mis amistades me confían sus intimidades
56	3	No me siento bien conmigo mismo
57	1	Percibo cosas extrañas que los demás o ven
58	2	La gente me dice que baje el too de voz cuando discuto
59	3	Me resulta fácil adaptarme a situaciones nuevas.
60	2	Frente a una situación problemática, analizo todas las opciones y luego opto por la que considero mejor.
61	4	Si veo a un niño llorando me detengo a ayudarlo, aunque en ese momento tenga otro compromiso.
62	2	Soy una persona divertida
63	3	Soy consciente de como me siento
64	3	Siento que me resulta difícil controlar mi ansiedad
65	3	Nada me perturba
66	4	No me entusiasman mucho mis intereses
67	3	Cuando no estoy de acuerdo con alguien siento que se lo puedo decir
68	1	Tengo una tendencia a perder contacto con la realidad y a fantasear.
69	3	Me es difícil relacionarme con los demás
70	3	Me resulta difícil aceptarme tal como soy
71	1	Me siento como si estuviera separado (a) de mi cuerpo
72	3	Me importa lo que puede sucederle a los demás
73	3	Soy impaciente
74	3	Puedo cambiar mis viejas costumbres
75	3	Me resulta difícil escoger la mejor solución cuando tengo que resolver un problema
76	2	Si pudiera violar la ley sin pagar las consecuencias, lo haría en determinadas situaciones
77	2	Me deprimó
78	3	Se cómo mantener la calma en situaciones difíciles
79	2	Nunca he mentado

80	2	En general, me siento motivado (a) para seguir adelante, incluso cuando las cosas se ponen difíciles
81	3	Trato de seguir adelante con las cosas que me gustan
82	3	Me resulta difícil decir "no" aunque tenga el deseo de hacerlo
83	1	Me dejo llevar por mi imaginación y mis fantasías
84	4	Mis relaciones más cercanas significan mucho, tanto para mí como para mis amigos
85	3	Me siento feliz conmigo mismo (a)
86	3	Tengo reacciones fuertes, intensas que son difíciles de controlar
87	3	En general, me resulta difícil realizar cambios en mi vida cotidiana
88	3	Soy consciente de lo que me está pasando, aun cuando estoy alterado (a)
89	2	Para poder resolver una situación que se presenta, analizo todas las posibilidades existentes
90	3	Soy respetuoso (a) con los demás
91	3	No estoy muy contento (a) con mi vida
92	3	Prefiero seguir a otros, a ser líder
93	2	Me resulta difícil enfrentar las cosas desagradables de la vida
94	4	Nunca he violado la ley
95	4	Disfruto de las cosas que me interesan
96	3	Me resulta relativamente fácil decirle a la gente lo que pienso
97	2	Tengo tendencia a exagerar
98	2	Soy sensible a los sentimientos de las otras personas
99	3	Mantengo buenas relaciones con la gente
100	2	Estoy contento (a) con mi cuerpo
101	2	Soy una persona muy extraña
102	3	Soy impulsivo (a)
103	3	Me resulta difícil cambiar mis costumbres
104	3	Considero que es importante ser un (a) ciudadano (a) que respeta la ley.
105	2	Disfruto las vacaciones y los fines de semana.
106	2	En general, tengo una actitud positiva para todo, aún cuando surjan inconvenientes
107	2	Tengo tendencia a apegarme demasiado a la gente
108	3	Creo en mi capacidad para manejar los problemas más difíciles.
109	5	No me siento avergonzado (a) por nada de lo que he hecho hasta ahora
110	2	Trato de aprovechar al máximo las cosas que me gustan
111	3	Los demás piensan que no me hago valer, que me falta firmeza
112	1	Soy capaz de dejar de fantasear para inmediatamente ponerme a tono con la realidad
113	4	Los demás opinan que soy una persona sociable
114	4	Estoy contento (a) con la forma en que me veo
115	1	Tengo pensamientos extraños que los demás no logran entender
116	2	Me es difícil describir lo que siento
117	3	Tengo mal carácter
118	1	Por lo general, me trabo cuando analizo diferentes opciones para resolver un problema
119	2	Me es difícil ver sufrir a la gente
120	3	Me gusta divertirme
121	2	Me parece que necesito de los demás, más de lo que ellos me necesitan
122	3	Me pongo ansioso
123	3	Nunca tengo un mal día
124	3	Intento no herir los sentimientos de los demás
125	1	No tengo idea de lo que quiero hacer en mi vida

126	1	Me es difícil hacer valer mis derechos
127	1	Me es difícil ser realista
128	2	No mantengo relación con mis amistades
129	2	Mis cualidades superan a mis defectos y éstos me permiten estar contento (a) conmigo mismo (a)
130	3	Tengo una tendencia a explotar de rabia fácilmente
131	3	Si me viera obligado (a) a dejar mi casa actual, me sería difícil adaptarme nuevamente.
132	2	En general, cuando comienzo algo nuevo tengo la sensación que voy a fracasar.
133	5	He respondido sincera y honestamente a las frases anteriores.

ANEXO B

Consentimiento informado

El presente proyecto de estudio de caso, tiene como objetivo concientizar la conducta disfuncional a nivel emocional, cognitivo y fisiológico a través del programa de intervención, basado en la psicoterapia Cognitivo Conductual en un caso de Trastorno de Personalidad Antisocial. Por ello, se considera importante su participación.

Asimismo, indicarle que la información que me brinde durante este proceso se conservará en el anonimato, sin ocasionar algún tipo de consecuencia negativa. Además aclarar que la actividad es voluntaria y sin algún tipo de beneficio monetario por ser parte de este proyecto.

En caso de cualquier interrogante ponerse en contacto con Sharol Alvarado Barrantes, por medio del siguiente correo electrónico: sharito_oyc@hotmail.com. Donde será atendido gustosamente.

Muchas gracias por su atención y colaboración.

Consentimiento:

He leído el Consentimiento informado y acepto participar en este proyecto de estudio de caso. Teniendo en cuenta que puedo dejar de ser parte de esta actividad cuando lo desee sin tener algún tipo de problema. Además, tengo en claro que no recibiré ningún beneficio monetario.

Firma: _____



Fecha: _____

26/06/21