

## PREVENCIÓN DE LA ESCALADA DE VIOLENCIA EN UN PACIENTE CON PERSONALIDAD ANTISOCIAL

### PREVENTION OF VIOLENCE IN A CASE OF ANTISOCIAL PERSONALITY

MARÍA J. GONZÁLEZ<sup>1</sup> y ALEJANDRA FERRÁNDIZ

Servicio de psicología aplicada. Facultad de Psicología. UNED

Recibido 20-1-03

Aceptado 28-2-03

#### Resumen

El presente trabajo muestra la intervención multi-componente en un caso en el que el paciente, que acude inicialmente por problemas de pareja, presenta conductas agresivas en distintos contextos, destacando la violencia de género, por falta de control e inadecuadas habilidades sociales. El paciente había sido víctima de malos tratos en su infancia. La evaluación dio lugar a un diagnóstico de Personalidad Antisocial. Se describen las diversas técnicas de intervención utilizadas y su eficacia terapéutica, así como los resultados obtenidos, los cuales satisfacen los objetivos propuestos y se mantienen después de un seguimiento de 6 meses.

#### Abstract

This paper shows a multi-component intervention in a case of Antisocial Personality Disorder. The patient, a 23 year-old man, who first presented certain problems with his girlfriend, showed aggressive behaviours as well, not only with her but also within different contexts. These behaviours were due to lack of self-control and dysfunctional social skills. He had been battered during his childhood. The intervention techniques and their efficacy are presented, as well as the results obtained, which fulfilled the established goals in a 6 month follow up.

**Palabras clave:** Trastorno Antisocial de la Personalidad, tratamiento, violencia.

**Key words:** Antisocial Personality Disorder, treatment, violence.

---

<sup>1</sup> Correspondencia a: mariajgc@teleline.es

## Introducción

Las *personalidades* que Millon (1998) denomina fanfarronas, y la APA (1995) *antisociales*, han sido descritas por diversos autores (Shapiro, 1965; Kernberg, 1989; Beck y Freeman, 1990), que identificaron sus rasgos característicos: falta de planificación, cambios de humor, necesidad de obtener recompensas inmediatas y probar su superioridad en todos los contextos. Esto último, hace que muestren un comportamiento explotador, reflejado en abusos, envidia o devaluación de los demás. Millon (1998) destaca la impulsividad, la baja tolerancia a la frustración, la incapacidad para soportar la rutina o hacerse cargo de responsabilidades, la irritabilidad, la agresividad y la desconfianza. Echeburúa (1994) subraya también el carácter provocador y vengativo, así como la inmadurez emocional y déficit en solución de problemas.

El origen de la *conducta agresiva* característica de estos individuos se ha explicado desde diversos paradigmas (Bandura, 1976; Berkowitz 1993; Biurrún, 1992; Echeburúa; 1994), que enfatizan el papel de las frustraciones, la falta de control, la ausencia de patrones de conductas alternativas, la atribución causal externa, el modelado en la adolescencia, la transmisión intergeneracional o el estrés situacional, entre otros. Por la complejidad de esta conducta, se han propuesto tratamientos multicomponente como el de Stith et al. (1992), que tiene en cuenta el contexto, pensamientos (distorsiones/justificaciones), sentimientos (frustración, ansiedad, culpabilidad, celos, explotación, etc.) y comportamientos (impulsividad, aislamiento, dependencia, comunicación inadecuada, auto destructividad, decisiones unilaterales, etc.), presentes en las personalidades agresivas, especialmente en individuos «maltratadores». Algunos autores proponen, además, la sublimación de la agresividad a través de la programación de actividades valoradas en el plano social, incompatibles con las violentas, y el entrenamiento de HHSS, especialmente aquellas que permiten expresar emociones o frustraciones (Biurrún, 1992; Echeburúa, 1994).

Dentro de las conductas agresivas destaca la denominada *violencia de género*, que es a menudo negada y considerada una mera relación de

dominancia dentro de la pareja, donde las agresiones se interpretan como simples aspectos de una relación conflictiva o apasionada (Hirigoyen, 1999). Sin embargo, este tipo de violencia es resultado de la interacción de un conjunto complejo de factores (Stith et al., 1992), como son: el proceso de socialización, la observación de maltrato en el seno familiar, escasez de recursos educativos, poseer una personalidad caracterizada por la dependencia, un pobre autoconcepto, baja autoestima, falta de asertividad, dificultad para expresar sentimientos (Bernard y Bernard, 1983; Kalmuss, 1984), actitudes de control y celos irracionales, o la utilización de una «comunicación perversa» (Hirigoyen; 1999), caracterizada por la negación del conflicto, la descalificación y el uso de un lenguaje vago, que entrevé desprecio, genera confusión y conduce al alejamiento. Walker (1979) describe el «ciclo de violencia» en la pareja y distingue 3 fases: a) *Primera Fase*, caracterizada por una acumulación de tensión, con pequeños episodios de violencia verbal que aumentan hasta un estado de máxima tensión; b) *Segunda Fase*, caracterizada por la descarga incontrolada de las tensiones acumuladas, a través de la violencia física, seguida de un periodo de negación, justificación o minimización de los hechos; y c) *Tercera Fase*, en la cual el agresor se arrepiente e intenta reparar el daño causado, pide perdón y promete no volver a ser violento. El ciclo se repite nuevamente cuando la tensión se incrementa.

A continuación, se presenta un caso clínico de un paciente con Trastorno Antisocial de la personalidad, que llevaba a cabo conductas agresivas en distintos contextos, incluido el de pareja, donde ya se había cumplido algún «ciclo de violencia» completo, si bien las agresiones físicas no eran habituales, sino esporádicas, al iniciar la terapia.

## Método

### *Sujeto, Motivo de consulta e historia del problema*

G.I., es un varón de 23 años, soltero, que ha desempeñado diversos trabajos en los que nunca «encaja», desde que abandonó los estudios a los 16 años. Proviene de una familia en la que,

tanto él como su madre, sufrieron malos tratos reiterados por parte del padre, caracterizados por insultos, palizas y denuncias. Desde hace unos años vive con su madre y hermanos, con los cuales interacciona poco.

Acude a consulta por *problemas de pareja*, ya que no respetaba a su novia, especialmente en el ámbito sexual, era muy insistente y se enfadaba si no mantenían relaciones.

Desde pequeño presentaba problemas de impulsividad y agresividad, que se habían ido acentuado. Esto no solo le sucede en el ámbito de pareja, sino cualquier situación en la que se siente evaluado, cuando alguien con «autoridad» le pide algo, pues le recuerda a las imposiciones del padre, y cuando cree que está perdiendo su posición dentro de un grupo o que sus derechos no están siendo respetados. Esto dificulta sus relaciones sociales, especialmente con sus jefes. Él achaca éstas conductas al contexto familiar y a consejos paternos, como «no confíes en nadie, guárdatelo todo».

Así mismo, consideraba que a veces tenía que «imponerse» y no ceder. Dichos problemas se iniciaron al principio de la relación, que duraba ya cuatro años, si bien se habían acentuado en el periodo previo a la búsqueda de ayuda, produciéndose una escalada de violencia en las discusiones, pasando de simples chillidos, reproches o insultos, a algún golpe esporádico, empujones o agarrones que impedían que ella se marchara. Cuando esto sucedía, él pedía perdón y decía sentirse culpable. El origen de los malos tratos puede encontrarse en la historia de malos tratos sufridos por parte de él, y los rasgos de personalidad antisocial que presentaba. Él «se ve reflejado» en la conducta paterna, que tanto rechaza, y cree que está repitiendo todo lo observado.

## Evaluación

### *Instrumentos de evaluación*

Los instrumentos que se citan a continuación fueron utilizados en la evaluación de los problemas de pareja:

- *Pauta de entrevista para identificación de problemas de la pareja* (Carrasco y Llavona, 1984).

- *Pauta de entrevista para identificación de problemas sexuales* (Carrasco y Llavona, 1979).
- *Registros conductuales*, (indicando las conductas-problema de la pareja, cuando y por qué se producían, así como los sentimientos y conductas consecuentes).

La evaluación individual se centró en la detección de variables psicopatológicas, aspectos emocionales, como son la ansiedad y la ira, rasgos de personalidad y los constructos nucleares con los que interpretaba el mundo. Dicha evaluación se llevó a cabo, al inicio y la finalización de la intervención, a través de las siguientes pruebas:

- *Symptom Check List* (SCL-90-R; Derogatis, 2000).
- *Inventario de situaciones y respuestas de Ansiedad* (ISRA; Miguel-Tobal y Cano-Vindel, 1988).
- *Inventario de Expresión de ira Estado-Rasgo* (STAXI; Spielberger et al., 2001).
- *Inventario Clínico Multiaxial de Millon-II* (MCMI-II; Millon, 1999).
- *Técnica de la Rejilla*, mediante programa RECORD (Feixas, y Cornejo, 1996).

### *Problemas detectados*

Los problemas de pareja que fueron objeto de tratamiento, se enumeran a continuación: 1) *comunicación deficiente y discusiones* frecuentes, 2) *problemas sexuales*, caracterizados por la ausencia de contactos, 3) incapacidad para tomar decisiones y solucionar problemas conjuntamente, 4) excesiva dependencia mutua, 5) presencia de ideas irracionales y rígidas respecto al constructo «pareja», y 6) *maltrato psicológico*, e inicio de abuso físico, del paciente hacia su pareja.

En el aspecto individual, se detectaron alteraciones que pueden agruparse en diferentes niveles, como se resume a continuación:

- En el ámbito *familiar*, las relaciones con su madre y hermanos eran casi inexistentes, no se comunicaban ni expresaban afectos.
- A *nivel conductual*, presentaba impulsividad, incapacidad para planificar, irritabilidad, agresividad, falta de asertividad, irresponsabilidad y falta de remordimientos.

- c) En el ámbito *cognitivo*, se detectaron numerosos *pensamientos distorsionados*, siente que no gusta e interpreta los gestos de otras personas como conversaciones sobre él. Cree que algún día estallará, lo que le lleva a experimentar indefensión, falta de control de la situación y «ataques» de ansiedad e ira de diversa intensidad. Las puntuaciones en el SCL-90-R muestran unos niveles elevados de *susceptibilidad interpersonal* (PD=1'22)
- d) En el ámbito *emocional*, el paciente presentaba un *estado de ánimo* ligeramente *bajo*, como indica la puntuación en depresión del SCL-90-R (PD=1), y niveles moderados de *ira*, tanto en su vertiente *rasgo* (PC=75), como en las dimensiones *temperamento* (PC=85) y *control exteriorizado* de la ira (PC=80), como aparece en el STAXI; La puntuación en *hostilidad* evaluada a través del SCL-90-R (PD=1'33), superaba incluso la media psiquiátrica. Así mismo, se detectaron niveles moderados de *ansiedad*, evaluados a través del SCL-90-R (PD=0'60) y del MCMI-II (TB<sup>2</sup>=70), especialmente en el sistema *cognitivo* de respuesta (PC=50), como se observa en el ISRA.
- e) En lo referente a su *personalidad*, los resultados obtenidos en el inventario MCMI-II (Millon, 1999), muestran unas tendencias *Pasivo-Agresivas* (TB=92) y rasgos *Paranoides* (TB=65), así como *dependencia*, *tendencias autodestructivas* y *abuso de sustancias*, entre otras características.

### Diagnóstico

Después del periodo de evaluación, y una vez realizado el diagnóstico diferencial, el paciente fue diagnosticado con **Trastorno Anti-social de la Personalidad** [301.7], ya que cum-

plía los criterios establecidos por la APA en el DSM-IV (1995). El paciente presentaba la característica esencial del trastorno, un patrón general de desprecio de los derechos de los demás, que comenzó ya en la adolescencia.

### Motivación y recursos

A pesar de los limitados recursos del paciente, tanto por su situación económica, como por su bajo nivel social y académico, el grado de adherencia al tratamiento fue excelente, implicándose activamente a lo largo de todo el proceso terapéutico, en consulta y en los periodos intersesiones. Esto se debió al elevado nivel de motivación existente. El paciente se daba cuenta de que estaba repitiendo patrones de conducta paternos, que tanto reprochaba, en distintas facetas de su vida, y no estaba dispuesto a arruinar su vida, como había hecho su antecesor.

### Decisión Terapéutica

#### Objetivos

Se establecieron dos tipos de intervención: de pareja e individual.

Los objetivos de la *intervención de pareja* fueron: a) incrementar la tasa de reforzamiento mutuo, b) mejorar las relaciones sexuales, c) desarrollar habilidades de comunicación adecuadas, d) adquirir métodos de resolución de problemas, e) fomentar el desarrollo de conductas independientes, f) analizar y reestructurar creencias irracionales relativas al ámbito de pareja (celos, infidelidad etc), y g) eliminar las conductas de abuso/maltrato hacia su pareja.

Los objetivos de la *intervención individual* fueron los siguientes: 1) mejorar sus relaciones en el contexto familiar, 2) mejorar su estado de ánimo, 3) reforzar la autonomía, 4) disminuir los niveles de ansiedad, 5) controlar los impul-

<sup>2</sup> TB: Puntuación de *tasa base* del MCMI-II. En todas sus escalas se fijó la puntuación TB 74, como la línea de corte por arriba, que correspondería a la «presencia» de aspectos de personalidad. Igualmente, la puntuación TB 84, línea de corte por arriba, correspondería a las características más sobresalientes del trastorno de personalidad o síndrome clínico.

sos agresivos y sustituirlos por conductas alternativas más adaptativas, 6) enseñarle a detectar y manejar situaciones problemáticas, 7) adopción de comportamientos asertivos, y 8) reestructurar las diversas ideas irracionales que presentaba, ayudándole a «reconstruir» parcialmente su visión del mundo a través de un nuevo sistema de construcción del mismo.

### *Estrategias de intervención*

En un primer momento, y puesto que constituía el motivo de consulta, la intervención se focalizó en los problemas del paciente con su novia, llevándose a cabo una *terapia de pareja*. Se decidió que empezara por ser consciente de su conducta en pareja. Luego, se intervino sobre las habilidades de comunicación y se fueron reestructurando las distorsiones que iban apareciendo, a la vez que se aumentaban las conductas positivas hacia la pareja. Una vez se fueron consiguiendo éstos, el tratamiento se centró en la solución de problemas, incluidos los de carácter sexual. Desde el principio se procuró que el paciente adquiriera mayor independencia respecto de su pareja.

A partir de la 5ª sesión, se propuso una *intervención individual*, simultánea, que fue solo para el demandante tras la ruptura de la pareja, a partir de la 12ª sesión. En un primer momento, la intervención se focalizó en aspectos emocionales, intentando mejorar el estado de ánimo y reducir los síntomas de ansiedad y las respuestas de ira. Esta etapa se llevó a cabo desde un enfoque conductual. Posteriormente, desde una perspectiva cognitiva, se trabajaron las distorsiones y se le dotó de recursos para poder solucionar los problemas que le activaban y ser capaz de actuar de manera asertiva en lugar de agresiva. Esto pretendía mejorar sus relaciones interpersonales, bastante deterioradas, y reducir la probabilidad de que se produjeran nuevas conductas agresivas. En una última etapa, y desde un enfoque constructivista, se trabajaron los pensamientos nucleares que subyacían a los comportamientos desadaptados, y se le propusieron comportamientos alternativos, que debía interpretar, y más adelante, incorporar en su repertorio de conducta.

### **Intervención**

En la **Terapia de pareja**, que se llevó a cabo a lo largo de 9 sesiones semanales, hasta la ruptura, se llevaron a cabo los siguientes pasos, siguiendo las orientaciones de Liberman et al. (1987): 1) *Fase conceptual*, caracterizada por la introducción a la terapia de pareja y la explicación de las bases del aprendizaje conductual, y 2) *Fase Experimental*, en la que se llevaron a cabo distintas técnicas, para alcanzar los objetivos terapéuticos.

La primera fase, se llevó a cabo desde un enfoque psico-educativo y se proporcionó la *biblioterapia* pertinente. En la segunda fase, para mejorar la calidad de las interacciones y fomentar la autonomía respecto de su pareja, se propuso la *reciprocidad positiva* y la *planificación actividades* de tiempo libre, realizadas juntos y por separado. Con el fin de detectar los focos de insatisfacción sexual y mejorar la calidad de las interacciones, se analizaron sus encuentros sexuales (lugar, preferencias y necesidades de cada uno). Así mismo, se utilizó el *entrenamiento en comunicación* y la *dramatización* (Role-Playing), para practicar nuevas pautas de expresión de opiniones y afectos, y obtener feedback de la pareja. Para facilitar la toma de decisiones conjuntas, se utilizó la *Solución de Problemas*, aplicada al ámbito de pareja, incluido el tema de la ruptura. Las distorsiones relacionadas con su relación de pareja y las expectativas futuras, se trabajaron a través de *Reestructuración Cognitiva*.

La **intervención individual**, se desarrolló a lo largo de 25 sesiones, incluyendo las fases de evaluación, tratamiento y seguimiento.

Para mejorar la relación con su madre y hermanos, se llevó a cabo la *reelaboración de conflictos* pasados, *aumento de actividades* familiares, *Entrenamiento Asertivo*, y un repaso del *Entrenamiento en Habilidades de Comunicación* ya aprendido. Se le pedía que, en el periodo intersesiones, iniciara conversaciones, atendiera a las necesidades de los demás, se comunicara asertivamente y *expresara sus afectos*.

Para mejorar su estado de ánimo general, mantener el tiempo libre ocupado tras la ruptura y reforzar su autonomía, se llevó a cabo la

**Tabla 1.** Cronograma de la intervención individual y de pareja

Sesión	Trabajo realizado por sesiones	Tareas intersesiones
1. <sup>a</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Evaluación:               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Historia clínica.</li> <li>• SCL-90-R (Derogatis, 2000).</li> <li>• Entrevista estructurada para identificar problemas de pareja y sexuales.</li> </ul> </li> <li>– Introducción a la terapia de pareja.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Registro de problemas de pareja.</li> </ul>
2. <sup>a</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Revisión de tareas y periodo Inter-sesiones*: Análisis de conductas-problema y distorsiones.</li> <li>– Evaluación:               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Continuación de la entrevista.</li> <li>• Cuestionarios de pareja para identificar áreas problemáticas.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Registro de problemas de pareja.</li> </ul>
3. <sup>a</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Evaluación: entrevista.</li> <li>– Plan de tratamiento: mejorar la comunicación y relaciones sexuales.</li> <li>– Reestructuración de distorsiones.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Registro de problemas de pareja.</li> </ul>
4. <sup>a</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Psico-educación: importancia del aprendizaje (modelado y contingencias).</li> <li>– Reestructuración de distorsiones.</li> <li>– Entrenamiento en comunicación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Registro de problemas de pareja.</li> <li>– Realizar listado con 10 gratificaciones que hace/dice a su pareja y 10 obtenidas de ésta.</li> </ul>
5. <sup>a</sup> y 6. <sup>a</sup> (Se inicia la intervención individual simultánea)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Role-Playing: intercambio de roles de pareja.</li> <li>– Entrenamiento en comunicación.</li> <li>– Análisis de encuentros sexuales.</li> <li>– Análisis de expectativas futuras.</li> <li>– Reestructuración cognitiva.</li> <li>– Fomentar la autonomía de ambos.</li> <li>• Evaluación individual:               <ul style="list-style-type: none"> <li>* Cuestionario MCMI-II (Millon, 1999).</li> <li>* Entrevista estructurada.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Registro de problemas de pareja.</li> <li>– Listado de gratificaciones.</li> <li>– Compromiso: no hablar de asuntos negativos del pasado (fuera de consulta).</li> <li>• Inicio de la intervención individual:               <ul style="list-style-type: none"> <li>* Aumento de interacciones familiares (iniciar conversaciones, escuchar, mostrar preocupación).</li> </ul> </li> </ul>
7. <sup>a</sup> , 8. <sup>a</sup> y 9. <sup>a</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Revisión de tareas y periodo Inter-sesiones: lectura de gratificaciones, comentar cambios observados y análisis de encuentros sexuales.</li> <li>– Entrenamiento en solución de problemas.</li> <li>– Reestructuración de distorsiones.</li> <li>– Fomentar la autonomía de ambos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Registro de problemas de pareja.</li> <li>– Listado de gratificaciones.</li> <li>– «Pille a su pareja haciendo/diciendo algo agradable».</li> <li>– Tomar una decisión sobre su futuro como pareja.</li> <li>• Intervención individual (sesión 8):               <ul style="list-style-type: none"> <li>* Aumento de interacciones familiares (iniciar conversaciones, escuchar, mostrar preocupación).</li> </ul> </li> </ul>
10. <sup>a</sup> (Intervención individual)	<ul style="list-style-type: none"> <li>–Evaluación:               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuest. STAXI (Spielberger et al., 2001)</li> <li>• Análisis de conductas agresivas.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Aumento de interacciones familiares.</li> <li>– Realizar listado de actividades que le gustaría realizar.</li> </ul>

**Tabla 1.** Cronograma de la intervención individual y de pareja (continuación)

Sesión	Trabajo realizado por sesiones	Tareas intersesiones
11. <sup>a</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Relajación: Respiración.</li> <li>– Cuestionario ISRA (Tobal y Cano, 1988).</li> <li>– Psicoeducación: explicación (ansiedad e ira).</li> <li>– Reestructuración de distorsiones.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Practicar y registrar respiración.</li> <li>– Registro de conductas de ansiedad e ira [RCAI].</li> </ul>
12. <sup>a</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Técnica de la rejilla (Kelly, 1991).</li> <li>– Escribir sus cualidades positivas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Practicar y registrar respiración.</li> <li>– RCAI y sus «comeduras de coco».</li> </ul>
(13. <sup>a</sup> -18. <sup>a</sup> )	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Análisis de la ruptura (reestructuración).</li> <li>– Técnica del rol fijo: descripción en 3.<sup>a</sup> persona y creación del nuevo papel.</li> <li>– Relajación + Biofeedback (tasa cardiaca).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Practicar y registrar relajación.</li> <li>– RCAI.</li> <li>– Anotar sus «comeduras de coco».</li> <li>– Interpretar su nuevo papel.</li> </ul>
19. <sup>a</sup> y 20. <sup>a</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Técnica de la flecha + reestructuración.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Practicar y registrar relajación.</li> <li>– RCAI.</li> <li>– Interpretar su nuevo papel.</li> <li>– Buscar un nuevo trabajo.</li> </ul>
(21. <sup>a</sup> -26. <sup>a</sup> )	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Entrenamiento en asertividad.</li> <li>– Cambio hábitos de conducta. (sueño/drogas).</li> <li>– Reestructuración cognitiva.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Autoregistro conductas asertivas.</li> <li>– RCAI.</li> <li>– Aumentar actividades lúdicas.</li> <li>– Interpretar su nuevo papel.</li> <li>– Lecturas: asertividad/CNV.</li> </ul>
27. <sup>a</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Análisis del maltrato (agresiones físicas) que llevó a cabo en el pasado contra su ex-novia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Post-test: SCL-90-R, ISRA, STAXI.</li> <li>– Autoregistro conductas asertivas.</li> <li>– Aumentar actividades lúdicas.</li> </ul>
28. <sup>a</sup> y 29. <sup>a</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Análisis de logros obtenidos en terapia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Post-test: MCMI-II (Millon, 1999).</li> <li>– Lectura: el lenguaje operativo.</li> </ul>
30. <sup>a</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Se da de ALTA y Feedback de la situación actual.</li> </ul>	
31. <sup>a</sup> y 32. <sup>a</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Entrevistas de SEGUIMIENTO.</li> </ul>	

\* Aunque solo se anota la «revisión» en la 2.<sup>a</sup> sesión, se llevó a cabo al comienzo en cada sesión. Se revisaban las tareas y el periodo intersesiones, y se comentaban los cambios observados en la conducta propia y/o ajena, tanto en la intervención individual, como en la de pareja, como los referidos a encuentros sexuales o conductas asertivas.

*planificación de actividades placenteras.* Así mismo, para fomentar hábitos de conducta más adaptativos, se realizó una *programación (Planing) de la alimentación y del sueño*, y se le proporcionó *biblioterapia* sobre el consumo de sustancias.

Para controlar las respuestas de ira y ansiedad, se enseñaron *técnicas de relajación*, tanto

*respiración abdominal como relajación muscular progresiva*, realizadas y registradas diariamente, antes de las comidas o antes de acostarse, momentos en que se encontraba más nervioso y «pensaba en cosas». Estos ejercicios le servían como auto instrucciones encubiertas que frenaban los deseos de agredir a los demás. En el aprendizaje de la relajación se utilizó un aparato de *biofeedback de tasa cardiaca* para obtener

una medida objetiva de los cambios producidos. Así mismo, se utilizó un enfoque psicoeducativo en lo referente a la agresividad, aportando unas breves nociones sobre la violencia, sus posibles factores etiológicos y la posible reversibilidad de dichas conductas.

Posteriormente, se le enseñaron estrategias de *solución de problemas* ante situaciones potencialmente ansiógenas y/o generadoras de ira. G.I. aprendió a identificar situaciones problemáticas, generar alternativas, prever sus consecuencias y tomar decisiones. También se llevó a cabo *entrenamiento en asertividad*, para diferenciar entre conductas agresivas y asertivas, expresar emociones negativas y desacuerdos, aceptar críticas y no imponer sus preferencias por encima de los derechos de los demás. En ambos aprendizajes, se utilizaron diversas lecturas a modo de *biblioterapia* y se llevaron a cabo diversos ejercicios de *Role-Playing*, en consulta, y *ensayos conductuales* en el periodo intersesiones.

Por último, y cuando el paciente estuvo preparado, se trabajaron las creencias subyacentes que le activaban fisiológicamente y le hacían comportarse de manera agresiva. Para manejar estas creencias distorsionadas se utilizó la reestructuración cognitiva junto con las técnicas de la *Rejilla* y del *Rol Fijo*, ambas constructivistas. La *reestructuración*, se aplicó ante pensamientos del tipo «he perdido toda mi vida con X», «todo me tiene que pasar a mí» o «siempre tenemos que estar igual», y ante las creencias que le hacían percibir a los demás como una amenaza, como «algo me dice que esté alerta, que me van a hacer algo». También, y debido a la ruptura con su pareja, se reestructuraron, de nuevo, las distorsiones que presentaba en relación con el ámbito de pareja, se analizaron sus expectativas y se comentaron las ventajas e inconvenientes del fin de la relación, preparándole para relaciones futuras.

Mediante la *Técnica de la Rejilla* se extrajo información sobre su autoconcepto y sus relaciones interpersonales. Se aprecia una gran similitud entre la percepción que tenía de sí mismo y cómo le gustaría ser. Sin embargo, él desearía ser más comprensivo, y no «mosquearse ni cabrearse». A partir de la información extraída con esta técnica y las diferentes sesio-

nes, la terapeuta elaboró un rol alternativo mediante la *Técnica de Rol Fijo* (Feixas y Villegas, 1993). La aplicación de esta técnica comenzó con la «auto caracterización» de G.I., obtenida a través de una descripción, que el paciente realizó de sí mismo, en 3ª persona. Posteriormente, dicha descripción fue «rescrita» por el terapeuta en forma de rol alternativo que el paciente debía interpretar, a diario y durante algunas semanas. El nuevo papel, o rol alternativo, era el de un chico de su edad que, si bien guardaba cierta relación con sus circunstancias personales y manera de sentir, era más activo, independiente, asertivo, buscaba soluciones a los conflictos que se le presentaban, no se alteraba fácilmente, era respetuoso con su pareja, etc. En sesión, y mediante ejercicios de *role-playing*, el paciente interpretaba ese nuevo papel ante situaciones hipotéticamente conflictivas, para luego llevarlo a cabo en su vida cotidiana. En el periodo intersesiones, se valoraban las experiencias y aprendizajes extraídos de sus nuevos comportamientos. Transcurridas varias semanas, el paciente debía decidir qué rol adoptar en su vida a partir de ese momento, o si quería incorporar algunos aspectos del mismo.

## Resultados

Se consiguieron, en diferente medida, todos los objetivos planteados.

En lo referente a la intervención de pareja, se produjeron cambios a partir de la 3ª sesión: realizaban actividades juntos, incluidas algunas actividades nuevas, menos rutinarias, y también por separado, pasando menos tiempo juntos, utilizan un lenguaje más operativo, respetuoso y comprensivo, para hablar de temas distintos a su relación, contaban el uno con el otro, se consolaban y ayudaban mutuamente y realizaban conductas más positivas para el otro, Apenas discutían, y cuando lo hacían, buscaban soluciones a los problemas, adoptando las decisiones pertinentes. Destaca el hecho de que él no «forzaba» encuentros sexuales y mostraba un mayor respeto por su pareja. Todo ello, especialmente esto último, propicia que se reanuden los contactos sexuales, espontáneos y deseados, y que él comience a expresar sus afectos adecuadamente. A pesar de que dichos avances fueron



progresivos, después de la 9ª sesión, y sin haber concluido la terapia de pareja, ella decide romper la relación.

En cuanto a los objetivos de la intervención individual, los logros obtenidos son destacables a todos los niveles.

Las interacciones en el ámbito familiar mejoraron desde las primeras sesiones: G.I. prestaba más atención a las necesidades familiares, pasaba más tiempo en el hogar y aprendió a expresar emociones, tanto positivas como negativas. Por ello, sus familiares respondieron con conductas similares, proporcionando feedback positivo y mejorando el estilo comunicativo y el estado de ánimo del paciente.

Se consiguieron cambios de conducta importantes: aprende a planificar y realizar un número mayor de actividades placenteras en su tiempo libre, reduce el consumo de alcohol, se acuesta pronto, se levanta más despejado para trabajar y con mejor humor. Todo ello mejoró su estado de ánimo, y le permitió adoptar conductas más adaptativas, como realizar actividades deportivas, en lugar de las de carácter agresivo.

Como se aprecia a través de las puntuaciones post-tratamiento de los diferentes cuestionarios, se redujeron las puntuaciones en todas las dimensiones psicopatológicas evaluadas, siendo este decremento especialmente notable en depresión, ansiedad, susceptibilidad inter-

personal y hostilidad, sobre todo esta última, así como en el Índice de Severidad Global. (Ver Tabla 2) Los niveles de ansiedad disminuyeron en todas las vertientes, especialmente en la cognitiva. Son notables los cambios en los distintos índices de ira, especialmente en el rasgo y el temperamento. Así mismo, disminuyeron los dos tipos de expresión de la ira, tanto interna como externa, y el índice de expresión global de la misma. En lo referente al control de la ira, la exteriorizada disminuye mientras aumenta el control interiorizado, como se deseaba. (Ver Tabla 3).

Por otro lado, las puntuaciones en la mayoría de las escalas diagnósticas del MCMI-II disminuyeron. Esta disminución fue moderada en las dimensiones autodestructiva, agresivo-sádica, antisocial, y en abuso del alcohol y otras drogas, y significativa (más de 50 puntos TB), en las escalas diagnósticas ansiedad, límite, pensamiento psicótico y depresión mayor, pasando en estas dos últimas relativas a patología grave de la personalidad, de una puntuación TB=59 a otra TB=0. (Ver Tabla 4).

Así mismo, se siente orgulloso de las conductas asertivas que realiza con frecuencia, y de ser capaz de evitar y/o solucionar conflictos. Aprende a autoreforzarse por ellos, e incluso a dar feedback asertivo a los demás sobre las conductas negativas de éstos hacia él. Cuando se revisan los logros obtenidos y la razón por la que cree que se han producido,

**Tabla 2.** Resultados pre-test y post-test obtenidos en la prueba de screening psicopatológico SCL-90-R (Derogatis, 2000)

	Media población	Media psiquiátrica	Pre-test paciente	Post-test paciente
Depresión	0,72	1,61	1	0,15
Somatización	0,55	1,42	0,75	0,17
Obses-compuls	0,60	1,42	0,50	0,46
Suscept. Inter.	0,45	1,89	1,22	0,22
Ansiedad	0,52	1,64	0,60	0
Hostilidad	0,45	1,18	1,33	0
Ansied. Fóbica	0,25	1,04	0	0
Ideac. Paranoide	0,47	1,33	0,40	0
Psicoticismo	0,21	1,03	0,50	0,30
Sever. Global	0,51	1,49	0,60	0,14

**Tabla 3.** Resultados pre-test y post-test obtenidos en los instrumentos de ansiedad ISRA (Tobal y Cano, 1988) e ira, STAXI (Spielberger et al., 2001)

	Pre-test paciente (PC)	Post-test paciente (PC)
Ansiedad cognitiva	22	<5
Ansiedad fisiológica	8,5	<5
Ansiedad motora	15	<5
Ansiedad rasgo	45,5	<5
Ira rasgo	15	15
Ira temperamental	5	15
Reacción de ira	8	10
Exp. externa de ira	6	<5
Exp. interna de ira	8	10
Control interioriz.	14	60
Control exterioriz.	15	50
Índice de expresión de ira	26	25

Nota: Se presentan las puntuaciones centiles (PC) obtenidas por el sujeto.

comenta que se ha esforzado mucho por conseguir los cambios.

Tras experimentar con el nuevo rol propuesto, alternando éste con su rol habitual, caracterizado por la agresividad y la impulsividad, pudo observar cómo respondían los demás ante cada conjunto de conductas, así como sus propias emociones, por lo que decidió adoptar la mayoría de las características, conductuales y de personalidad, del rol propuesto, como parte de su «nueva» personalidad. Esta nueva manera de ser, le hacía ver lo que le rodeaba, trabajo, amistades, familia, etc., desde otra perspectiva, más adaptativa. Esta decisión se observa a través de comentarios como: «antes no podía hablar con la gente como ahora», «ya no me comparo con otros», «me apetece reírme», «me da lo mismo lo que haga mi novia», «puedo hacer cosas solo», «he cambiado: soy más simpático, más agradable y sincero», «intento frenarme, no chillar», «me gritan y no me altero», «he cambiado en el trabajo, digo las cosas normal, sin alterarme», «ahora no dudo», «voy con pie firme y pienso lo que debo y no hacer».

Se realizaron sesiones presenciales de **seguimiento** en dos ocasiones, tres y seis meses después de finalizar la intervención terapéutica, al cabo de los cuales se mantienen los logros adquiridos: se considera más independiente y relajado, no discute apenas ni se «come la cabe-

za» y no necesita realizar los ejercicios de relajación, porque antes de activarse intenta buscar soluciones a los problemas que van surgiendo. Con su familia, las relaciones son fluidas, tiene novia, con la que no discute ni existen conflictos, y sale con un grupo nuevo de amigos. Así mismo, tiene un trabajo, en el que está muy satisfecho.

## Discusión

A pesar de las dificultades que presenta la intervención con un paciente agresivo, que abusa de los demás, unido a un bajo nivel cultural y una elevada suspicacia, el resultado del proceso terapéutico fue satisfactorio. La utilización de una intervención multicomponente, en el tratamiento de la personalidad antisocial y el comportamiento agresivo, ha sido beneficiosa, como repetidamente muestra la literatura. No obstante, y aunque todos los procedimientos utilizados parecen haber colaborado en la mejora del paciente, fueron especialmente eficaces la técnica del rol fijo y el aprendizaje en la solución de problemas, ya que ambas permitieron a G.I. explorar comportamientos alternativos para prevenir o paliar las situaciones conflictivas, y descubrir que no estaba «predestinado» para emitir conductas agresivas, aumentando así su percepción de auto eficacia y autocontrol. Esto hizo que se sintiera más seguro, especial-

**Tabla 4.** Resultados pre-test y post-test obtenidos en el instrumento de personalidad MCMI-II (Millon, 1999)

<b>Escalas diagnóstica (patrones clínicos de la personalidad)</b>	<b>Puntuación (TB) Pre-test</b>	<b>Puntuación (TB) Post-test</b>
Esquizoide	30	0
Fóbica	3	5
Dependiente	76	85
Histriónica	74	70
Narcisista	52	51
Antisocial	57	37
Agresivo-sádica	53	44
Compulsiva	58	60
Pasivo-agresiva	92	36
Autodestructiva	65	55
<b>Escalas diagnósticas (síndromes clínicos)</b>	<b>Puntuación (TB) Pre-test</b>	<b>Puntuación (TB) Post-test</b>
Ansiedad	70	4
Histeriforme	65	21
Hipomanía	65	61
Neurosis depresiva	8	4
Abuso de alcohol	69	60
Abuso de drogas	61	39
<b>Escalas diagnósticas (patología grave de la personalidad)</b>	<b>Puntuación (TB) Pre-test</b>	<b>Puntuación (TB) Post-test</b>
Esquizotípica	48	41
Límite	59	4
Paranoide	65	62
<b>Escalas diagnóstica (patrones clínicos de la personalidad)</b>	<b>Puntuación (TB) Pre-test</b>	<b>Puntuación (TB) Post-test</b>
Pensamiento psicótico	59	0
Depresión mayor	59	0
Delirios psicóticos	59	63

mente en el ámbito laboral. Los ejercicios de relajación también resultaron fundamentales en los primeros momentos, en los que se encontraba muy activado, aumentando de nuevo la sensación de autocontrol.

En el presente caso, la sensación de abandono y la falta de feedback positivo en los distintos ámbitos de su vida, eran una constante en la vida del paciente, y una clave para entender sus características. Por ello, pudiera ser que los buenos resultados obtenidos se hayan debido, además de a las distintas técnicas utilizadas, a

dos factores: a) tener a alguien que le escuchara y orientara, con cuya ayuda podía contar de manera incondicional, sin juzgarle, en un ambiente seguro y agradable, en el que el humor estuvo siempre presente, todo lo cual favoreció el desarrollo de una excelente relación terapéutica, y b) los comentarios positivos de sus amigos, familiares y compañeros, que le hacían saber el cambio notable que se estaba produciendo en su conducta, hacían que G.I. se sintiera satisfecho y quisiera seguir siendo reforzado por sus nuevos comportamientos.

## Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- Bandura, A. (1976). Social learning analysis of aggression. En E. Ribes y A. Bandura (eds.): *Analysis of delinquency and aggression*. Hillsdale: Erlbaum.
- Beck A.T. y Freeman, A. (1990). *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: Guilford.
- Berkowitz, L. (1993). *Aggression: its causes, consequences, and control*. New York: Ed. MacGraw-Hill.
- Bernard, M. y Bernard, J. (1983). Violent intimacy: the family as a model of love relationships. *Family Relations*, 32, 283-286.
- Biurrun, J.M. (1992). *Norma y patología en el discurso de la agresividad*. Madrid. Ed. Libertarias.
- Carrasco, M.J., Llavona, L., y Carrasco, I. (1979). *Pauta de entrevista para identificación de problemas sexuales en la pareja*. Madrid, IAMCO.
- Carrasco, M.J., Llavona, L., y Carrasco, I. (1984). *Una guía de entrevista conductual: pauta de entrevista para identificación de problemas de la pareja*. I Congreso de Evaluación Psicológica, Madrid.
- Derogatis, (2000). *SCL-90-R*. Adaptación española por J.L. González y cols (1988), Madrid, TEA edic.
- Echeburúa, E. (1994). *Personalidades violentas*. Madrid. Ed. Pirámide.
- Feixas, G. y Villegas, M. (1993). *Constructivismo y Psicoterapia*. Barcelona: Promociones y Publicaciones Universitarias.
- Feixas, G. y Cornejo, J.M. (1996). *Manual de la Técnica de la Rejilla mediante el programa RECORD v. 2.0*. Barcelona: Paidós.
- Hirigoyen, M.F (1999). *El acoso moral*. Barcelona. Ed. Paidós Ibérica.
- Kalmuss, D. (1984). The intergenerational transmission of marital aggression. *Journal of marriage and the family*, 46 (1), 11-19.
- Kernberg, O.F. (1989). The narcissistic personality disorder and the differential diagnosis of antisocial behavior. En O.F. Kernberg (Ed.), *Narcissitic Personality disorder. Psychiatric Clinics of North America*, vol. 12.
- Liberman, R.P., Wheeler, E.G., De Visser, L.A., Kuehnel, J. y Kuehnel, N. (1987). *Manual de Terapia de pareja: un enfoque positivo para ayudar a las relaciones con problemas*. Ed. Desclée de Brouwer, S.A.
- Millon, T. (1999). *Inventario Clínico Multiaxial de Millon-II*, Madrid, Tea Ediciones.
- Millon, T. Y Davis, R. (1998). *Trastornos de la Personalidad. Más allá del DSM-IV*. Madrid. Masson.
- Shapiro, D. (1965). *Neurotic Styles*. New York. Basic Books.
- Spielberger, C.D., Miguel-Tobal, J.J., Casado, M.I. y Cano-Vindel, A. (2001). *Inventario de Expresión de ira Estado-Rasgo*. Madrid, Tea Ediciones.
- Stith, S., Williams, M. y Rosen, K. (1992). *Psicosociología de la violencia en el hogar*. Bilbao: Ed. Desclée de Brouwer, S.A.
- Miguel-Tobal, J.J. y Cano-Vindel, A. (1988). *Inventario de situaciones y respuestas de Ansiedad*. Madrid, Tea Ediciones.
- Walker, L. (1979). *The battered woman*. New York: Harper and Row.