



**UNIVERSIDAD TECNICA DE MANABÌ**

**FACULTAD DE CIENCIAS HUMANÍSTICAS Y SOCIALES**

**ESCUELA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**TRABAJO DE TITULACIÓN**

**Previo a la obtención del título de:**

**PSICÓLOGO CLÍNICO**

**MODALIDAD:**

**ESTUDIO DE CASO**

**TEMA:**

**DIFICULTADES DE INTERACCIÓN SOCIAL Y COMUNICACIÓN NO  
ASERTIVA**

**AUTORA:**

**CEDEÑO SOLÓRZANO JENNIFER LISBET**

**TUTORA:**

**DRA. ALEXANDRA RODRÍGUEZ ALAVA**

**Portoviejo- Manabí- Ecuador**

**2017**

## **DEDICATORIA**

“La confianza en sí mismo es el éxito para alcanzar nuestras metas profesionales”

Con la presente dedico mi trabajo de modalidad estudio de caso a Dios por ser el único Ser fuente de fe y amor.

A mi padre José Daniel por ser modelo de inspiración y éxito.

A mis hijos Daniel y Brianny pilares de mi vida por quienes tengo que continuar en mi desempeño como profesional y ejemplo de superación

## **AGRADECIMIENTO**

“El esfuerzo, la dedicación y la constancia son el complemento para lograr una meta”

Agradezco muy especialmente a mis docentes quienes me impartieron sus conocimientos en toda la trayectoria estudiantil.

A mis padres Daniel y Azucena por mi existencia y guiarme en la vida

A mi familia por el amor y la calidez con la que se caracterizan, ejemplos de profesionales quienes aportaron humanamente permitiéndome alcanzar ideales de superación especialmente mi hermana Johanna y mi Tía Gloria, gracias por la comprensión y apoyo.

Gracias a cada uno de todos quienes formaron parte de esta experiencia profesional

La autora.

## **CERTIFICACIÓN DEL TUTOR**

Quien suscribe la presente Dra. Alexandra Rodríguez Álava, docente de la Universidad Técnica de Manabí, de la Facultad de Ciencias Humanísticas y Sociales. Escuela de Psicología clínica; en mi calidad de Tutor del trabajo de titulación “**DIFICULTADES DE INTERACCIÓN SOCIAL Y COMUNICACIÓN NO ASERTIVA**” desarrollada por la estudiante Cedeño Solórzano Jennifer Lisbet, en este contexto, tengo a bien extender la presente certificación en base a lo determinado en el Art. 8 del reglamento de titulación:

- Se verificó que el trabajo desarrollado por la estudiante cumple con el diseño metodológico y rigor científico según la modalidad de titulación aprobada.
- Presentó el informe del avance del trabajo de titulación a la Comisión de Titulación Especial de la Facultad.
- Se confirmó la originalidad del trabajo de titulación y se entregó al revisor una certificación de haber concluido el trabajo de titulación.

Cabe mencionar que durante el desarrollo del trabajo de titulación la estudiante se demostró con interés en el desarrollo de cada una de las actividades a realizar.

Particular que certifico para los fines pertinentes.

**Dra Alexandra Rodríguez Álava**

**TUTORA**

**UNIVERSIDAD TECNICA DE MANABÍ**

**FACULTAD DE CIENCIAS HUMANÍSTICAS Y SOCIALES**

**ESCUELA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**TEMA: DIFICULTADES DE INTERACCIÓN SOCIAL Y COMUNICACIÓN  
NO ASERTIVA**

**ESTUDIO DE CASO**

Sometida a consideración del tribunal de Revisión, Sustentación y legalizada  
por el Honorable Consejo Directivo como requisito previo a la obtención del  
Título de:

**PSICÓLOGO CLÍNICO**

**APROBADA**

.....  
**PROFESOR DIRECTOR DE TESIS**

.....  
**PROFESOR MIEMBRO DEL TRIBUNAL**

.....  
**PROFESOR MIEMBRO DEL TRIBUNAL**

.....  
**PROFESOR MIEMBRO DEL TRIBUNAL**

## **DECLARACIÓN SOBRE DERECHOS DE AUTOR**

**Quien firma la presente, estudiante Jennifer Lisbet Cedeño Solórzano en calidad de autor del trabajo de titulación realizado sobre “DIFICULTADES DE INTERACCIÓN SOCIAL Y COMUNICACIÓN NO ASERTIVA” DENTRO DE LA JUNTA CANTONAL DE PROTECCIÓN DE DERECHOS DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES,** permito hacer uso de todos los contenidos que me pertenecen o de parte de quien contiene este trabajo, con fines estrictamente académicos o de investigación. Los derechos que como autor me corresponde, con excepción de la presente autorización, seguirá vigente a mi favor de conformidad con lo establecido en los artículos 5,6,7,8,19, y demás pertinentes a la Ley de Propiedad Intelectual y su reglamento. Así mismo las conclusiones y recomendaciones que aparecen en este texto, son criterios netamente personales y asumidos con responsabilidad la autoría de la misma.

La Autora

## RESUMEN

Las dificultades de interacción social y comunicación no asertiva pueden presentarse como consecuencias de malestares o agentes que influyen en el desencadenamiento de dicho problema, para cual se necesita de psicoterapia para así mejorar la calidad de vida del individuo afectado.

Para llegar a dichas conclusiones se hizo una recolección de datos de un paciente con sus datos de identificación, anamnesis personal, historia clínica, evaluación psicológica y evaluación de la personalidad, datos relevantes, una vez concluida con la etapa de evaluación diagnóstica se realizó el tratamiento psicoterapéutico.

El objetivo de este proceso fue aumentar la comunicación asertiva de NN, y disminuir la dificultad de las interacciones sociales y familiares para ello se utilizaron varias técnicas psicoterapéuticas, las técnicas aplicadas según el perfil de la paciente fueron entrenamiento de asertividad, reestructuración cognitiva, entrenamiento progresivo de Jacobson.

Tomando en cuenta que los procesos psicoterapéuticos con las técnicas escogidas dieron resultados, la paciente ha evolucionado positivamente verificando así la validez de las técnicas.

Con este estudio de caso se pretende motivar a los psicólogos clínicos en formación de la Universidad Técnica de Manabí, a realizar este tipo de investigación ya que es enriquecedor para nuestro futuro ámbito profesional.

**Palabras claves:** Asertividad, Comunicación, psicoterapia, interacción social.

## SUMMARY

The difficulties of social interaction and non-assertive communication can be presented as consequences of discomforts or agents that influence the triggering of this problem, for which psychotherapy is needed to improve the quality of life of the affected individual.

In order to arrive at these conclusions a data collection of a patient with their identification data, personal anamnesis, clinical history, psychological evaluation and evaluation of the personality was made, relevant data, once concluded with the stage of diagnostic evaluation, the treatment was performed Psychotherapeutic.

The objective of this process was to increase the assertive communication of NN, and to reduce the difficulty of social and family interactions. Several psychotherapeutic techniques were used, the techniques applied according to the patient profile were assertiveness training, cognitive restructuring, progressive training by Jacobson.

Taking into account that the psychotherapeutic processes with the chosen techniques gave results, the patient has evolved positively verifying the validity of the techniques.

With this case study we intend to motivate clinical psychologists in training at the Technical University of Manabí to carry out this type of research as it is enriching for our future professional field.

**Key words:** Assertiveness, Communication, psychotherapy, social interaction.



## INDICE

1. Justificación .....	1
2. Identificación del caso .....	3
2.1. Motivo de consulta .....	3
2.2. Historia del problema .....	4
2.3. Historia familiar: .....	5
2.4. Situación familiar actual .....	6
2.4.1. Situación socio económica: .....	7
2.4.2. Situación educativa .....	7
2.5. Tipo de caso:.....	7
2.6. Datos de Identificación .....	8
2.7. Genograma .....	9
2.8. Psicogénesis .....	11
3. Diagnósticos (DX) .....	12
3.2. Diagnóstico de la personalidad .....	12
3.3. Discusión diagnóstica .....	12
4. Objetivos.....	13
4.1. Objetivo General.....	13
4.2. Objetivos Específicos.....	13
5. Metodología .....	14

5.1. Método de Intervención.....	14
5.2. Estrategias desarrolladas .....	14
7. Marco Referencial.....	23
7.1. Interacción social.....	23
7.2. Comunicación .....	25
7.2.1. Comunicación asertiva .....	25
7.2.2. Comunicación no asertiva .....	27
7.3. La intervención psicológica frente a situaciones de interacción social y comunicación no asertiva .....	29
7.4. Técnicas de intervención psicológica.....	31
7.4.1. Técnica de relajamiento progresiva de Jacobson .....	31
7.4.2. Técnica de Relajamiento de J. Berges y m. Bounes. ....	34
7.4.3. Entrenamiento asertivo .....	36
7.5. Genograma histórico familiar.....	37
7.6. Test de Millon II.....	38
8. Conclusiones y recomendaciones .....	54
8.1. Conclusiones.....	54
8.2. Recomendaciones .....	55
9. Referencias Bibliográficas .....	56
10. Anexos.....	57

## 1. Justificación

La base de la sociedad está constituida por la familia; aquel escenario donde el ser humano aprende y desarrolla las bases de su personalidad. Otro campo de vital importancia es la escuela; desde siempre se reconoce a la familia y a la escuela como los dos sistemas más influyentes en el desarrollo personal del individuo; ambas son sistemas insertos en un contexto social. (Ríos, 2009)

Para que la familia cumpla su rol educativo, es necesario que entre sus miembros exista una buena comunicación; es decir, una comunicación en doble vía, donde el respeto al otro, la empatía y el expresar las ideas no signifique estar en contra de quien escucha, de una comunicación reflexiva, que no es otra cosa que el camino hacia una comunicación interpersonal efectiva (Rodríguez, 2013).

Por otro lado, resulta necesario indicar que para lograr la comunicación reflexiva, es necesario ser asertivos; una persona es asertiva cuando tiene un estilo de comunicación abierto y desenvuelto, cuando es capaz de expresar en forma directa lo que piensa y siente, cuando es capaz de defender con decisión y firmeza sus opiniones y derechos, sin atropellar los derechos de los demás” (Opazo, 2004). Una de las técnicas de entrenamiento asertivo se direcciona a la aplicación de roles y competencia de enfrentar las adversidades; aspectos que se ponen de manifiesto en el presente trabajo.

En concordancia a lo anteriormente mencionado, aquí se describe el proceso de intervención mediante un entrenamiento de asertividad y resultados obtenidos de un caso clínico con escasa habilidad para expresar de manera asertiva los sentimientos y pensamientos, con un estilo de comunicación no verbal y agresiva tanto con los miembros de su familia como con su grupo de iguales.

A través del entrenamiento la paciente, objeto de estudio, pudo adquirir gradualmente ciertas habilidades como el dominio para expresar sus ideas, sentimientos actuales e ideales, mejorando así las relaciones interpersonales en el núcleo familiar.

Las aplicaciones desarrolladas han nutrido los conocimientos como profesional en Psicología, generando experiencias directas al tener que desarrollarlas con efectividad, permitiendo estimar que la comunicación es una de las partes más importante y vinculante dentro del estudio o diálogo para una interacción de los casos terapéuticos, además de considerar que todo esto es posible con la seriedad y confiabilidad al momento de desarrollar este estudio de comunicación con la suficiente sinceridad y confianza.

El entrenamiento permitió a la paciente enfrentar las situaciones adversas, controlar sus emociones, adaptarse a sus realidades de vida, y así evitar situaciones negativas tales como ansiedad, frustración, temores,

limitaciones e incluso sentimientos de culpabilidad como reflejó al inicio del estudio. Las realidades de los casos en ocasiones suelen ser difundidas de una manera interpretativa, subjetiva; no obstante, sin conocer la realidad que presenta al final de un diagnóstico; sin embargo, con profesionalismo, trabajo en equipo, y voluntad de cambio, por parte de los afectados, se puede cambiar el rumbo de las vidas, pasar de un estado negativo a un nuevo estilo de vida personal, familiar y social

## **2. Identificación del caso**

### **2.1. Motivo de consulta**

Paciente de 25 años de edad, sexo femenino, llega a consulta por motivo de solicitar la atención psicológica y refiere: *por favor ayúdeme, no se qué hacer con mis hijos, se portan muy malcriados, no me hacen caso, en la escuela me enviaron un comunicado que me acercara y resulta que están bajos en calificaciones, además no me gusta la forma en que mi mamá me critica cuando corrijo a los niños, y manifiesta no tener paciencia, no dedicar tiempo a sus pequeños, no ser cariñosa, y cree que le falta atención a sus hijos.*

Vive con su madre y recibe el apoyo económico de un hermano que reside en la ciudad Quito; actualmente cursa el bachillerato, por lo que en su ausencia, los niños quedan bajo el cuidado de la abuela materna; a pesar de los esfuerzos, no sabe qué hacer porque no tiene buena comunicación con su madre, quien la desautoriza frente a sus hijos generando en ellos que no la respeten y tengan dificultades escolares; ni con el padre sus hijos, de quien

está separada hace meses: *me encuentro mejor ahora que cuando hablaba con él, antes estaba desesperada, ya que me dio mala vida.*

La paciente refiere malestar por las conductas de sus hijos, muestra interés por mejorar la situación, por eso busca ayuda profesional. La junta Cantonal de Protección y Derechos del GAD Municipal del Cantón Rocafuerte (JCPD GAD-R) le brinda atención psicológica a ella y a sus hijos. Tomando en cuenta la predisposición y colaboración de la paciente, se pronostica una evolución positiva del motivo de consulta: mejorar las relaciones interpersonales y la convivencia familiar.

### **Conducta observada durante la entrevista:**

En las entrevistas NN evidencia signos y síntomas de: angustia, agitación motriz, sudoración palmar, aceleración del ritmo cardiaco, llanto fácil, una conducta no asertiva con sus hijos, se pudo observar a través de un lenguaje no verbal agresiones para lograr que ellos ingresen a la sesión. Todo este cuadro nosológico como consecuencia de la situación que vive, por lo que se deduce que existen otras situaciones que ameritan atención.

## **2.2. Historia del problema**

NN indica que desde su infancia ha tenido dificultad para expresar sus emociones; cuando mantenía la relación conyugal los problemas se

generaban por que le costaba expresar verbalmente lo que sentía, en muchas ocasiones lo hacía mediante agresiones que generaban los impulsos de ese momento.

La relación con los hijos ha sido distante, de poca comunicación, y de agresiones físicas para conseguir obediencia y respeto, provocando malestares con la madre. Situación desencadenante, motivo por el cual solicita la consulta.

### **2.3. Historia familiar:**

Paciente de 25 años de edad, sexo femenino, comenta que tuvo una infancia agradable y adoraba ser niña, recuerda que jugaba con sus hermanos en una casa construida por su padre en un árbol; entre los recuerdos desagradables, expresa que su padre maltrataba físicamente a su madre, acontecimiento que le generaba angustia, por lo que ella gritaba y su padre la amenazaba; sin embargo manifiesta: *a pesar de que mi papi le pegaba a mi mami él nos amaba mucho a todos y yo lo recuerdo como mi padre.*

A los diez años de edad, queda huérfana de padre, acontecimiento que marcó su vida; después de un año, su madre adquiere un nuevo compromiso, situación que le llevó mucho tiempo en asumir: *lloraba mucho y lo único que deseaba era dormir y anhelaba que al siguiente día todo haya cambiado y mi*

*padre regresara, pero lastimosamente no era así, jamás le dije a mi mami que no me gustaba que ella tuviera pareja, nunca pude decírselo. Actualmente vive con ellos.*

NN refiere que tuvo una vida muy complicada junto a sus hermanos, por eso a muy corta edad toma la decisión de huir de la casa con su novio, padre actual de sus dos hijos y de quien luego se separa. Sus hermanos, una vez que concluyeron el bachillerato se radican en la ciudad de Quito, añade que se siente culpable de todo *si al menos le hubiera dicho a mi mami que no se case; o si mi papi no se hubiera marchado nada de esto hubiera pasado;* entre otras cosas afirma: *si pudiera escoger un deseo escogería haber tomado buenas decisiones y así poder estar mejor ahora” además creo que es por eso que no me gusta relacionarme con todo el mundo, y casi siempre callo y me encierro, aunque por dentro esté muriendo.* La paciente menciona que desea que la ayuden, quiere ser mejor persona y madre, porque ella ya no sabe cómo actuar.

#### **2.4. Situación familiar actual**

Para realizar la investigación al presente caso, junto con la trabajadora social de la JCPD se visitó el domicilio de la Sra. A (nombre ficticio) de 58 años madre de la usuaria NN donde vive actualmente con sus dos hijos de cuatro y ocho años, y el padre de crianza de 68 años.



Se mantuvo un diálogo con la Sra. NN donde mencionó: *está cansada de no poder tener voz y voto en casa, que quisiera ser escuchada, pero para ello desea poder hablar.* En el transcurso de la entrevista, la madre de NN, se refirió de la siguiente manera: *NN nunca habla solo grita o llora, siempre le digo que si no habla nadie le va a hacer caso incluidos mis nietos.*

La paciente NN presenta un conjunto de signos y síntomas que interfieren en las relaciones familiares, razón de la búsqueda de ayuda psicosocial. Necesario resaltar la predisposición que permite mejorar las relaciones intra e inter personal y social.

#### **2.4.1. Situación socio económica:**

Familia de nivel económico bajo, se sustenta con el trabajo de costura de la Sra. A. adicionalmente apoya a su hija NN para que culmine sus estudios (Bachillerato).

#### **2.4.2. Situación educativa**

NN, está terminando sus estudios de bachillerato, los hijos estudian en segundo y primer año básico. El nivel de instrucción de la abuela, es básico.

#### **2.5. Tipo de caso:**

Caso clínico

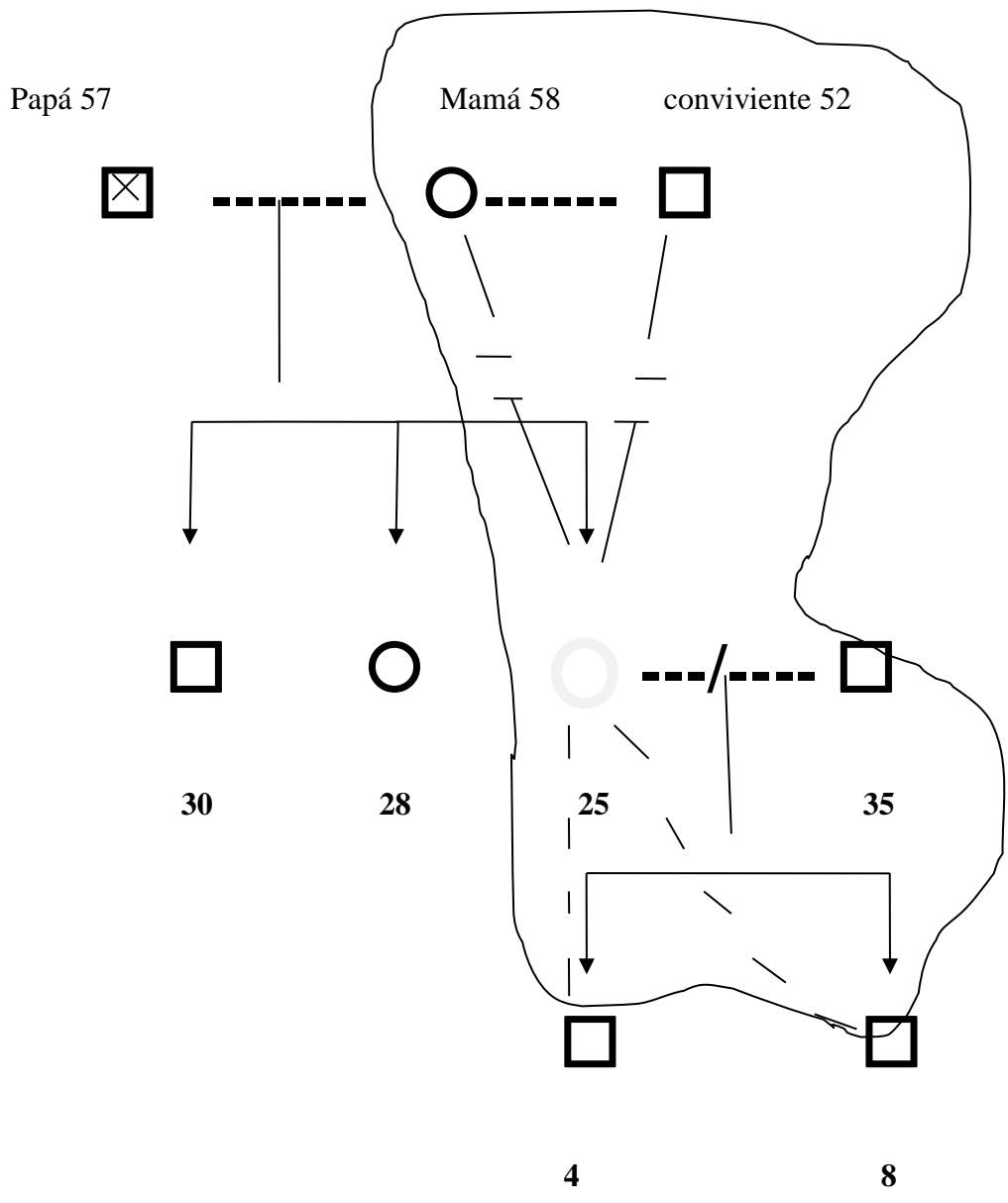
## **2.6. Datos de Identificación**

- Nombres y apellidos: NN
- Edad: 25 años
- Dirección: Avenida Sucre, vía Tosagua Chone
- Estado civil: Soltera
- Profesión: Estudiante
- Grado de escolaridad: Secundaria
- Ciudad actual: Rocafuerte
- Sexo: Femenino
- Género: Heterosexual
- Teléfonos: (se reservan por políticas del Equipo Técnico de la Junta Cantonal de Protección y derechos del Gad Municipal del Cantón Rocafuerte (JCPD GAD-R))
- Fecha de nacimiento: 25/08/91
- Ciudad de origen: Rocafuerte
- Personas con las que vive: Actualmente vive con su progenitora, hijos y padre de crianza.
- Número de hermanos: Tres (3).

## **2.7. Genograma**

La paciente identificada de 25 años sexo femenino tiene una familia conformada de la siguiente manera: es hija de la sra A y el sr. T (fallecido); quienes tuvieron 3 hijos, NN, L de 30 y Q de 28 años.

Actualmente está separada de su pareja de 35 años con el que obtuvo 2 hijos de 4 y 8 años de edad, vive con su madre la actualmente pareja de la misma T de 52 años, con quienes llevan una relación cortante e inestable y sus hijos con quien tiene una relación distante.



## **2.8. Psicogénesis**

En el estudio de las causas del comportamiento de NN se presume que todo se originó desde la pérdida del progenitor, como una situación de angustia y ansiedad ante un hecho de duelo y separación, que asociadas causan inestabilidad de emociones, pudiendo modificar pensamientos; adicional a respuestas fisiológicas evidentemente relacionados a los signos y síntomas que en el momento impedían que NN interactuara de una manera positiva y que las relaciones interpersonales sean favorables para ella y su entorno.

Es decir, que la disminución de pensamiento asertivo se reflejó, motivo por el cual se pudo evaluar e intervenir de manera directa, teniendo en cuenta los pasos a seguir y las técnicas adecuadas, entre ellas el entrenamiento asertivo, reestructuración cognitiva que generen tranquilidad y seguridad, para que en primera instancia asuma que sus acciones eran resultado de sus pensamientos y sentimientos, nada desconocido para la paciente.

Hay situaciones que marcan a un ser humano y es ahí donde el individuo queda vulnerable a la espera de algo que desencadene algún desequilibrio en la personalidad, razón por lo que NN se encontraba en el escenario real de su vida; puesto que esto representa la aceptación o negación de una realidad.

### 3. Diagnósticos (DX)

**3.1. DX:** Factores predisponentes en la infancia que desencadena en problemas de interacción social, comunicación e impulsividad, generando dificultades de interacción social y comunicación no asertiva.

#### 3.2. Diagnóstico de la personalidad

- **DX:** Estilos de personalidad evitativa e introvertida de acuerdo a los resultados del test de Millon.
- Se debe indicar que la prueba aplicada a la sra NN, presenta estilos o rasgos en referencias nosológicas en el Test de Evaluación Millon Clínica Multiaxial Inventory- II, que encuadren en la Clasificación Multiaxial del DSM- IV-TR de los EJES I y II (Trastorno Clínicos o de Personalidad).

#### 3.3. Discusión diagnóstica

- De acuerdo con el Cie 10 la paciente no cumple con los criterios para ser diagnosticada con **F43.2** trastorno de adaptación, dado el caso de la paciente, pero si fue tomado en cuenta la dificultad de interacción y el problema para comunicarse y expresar sentimientos e ideas, como la preocupación, la ansiedad o problemas para afrontar o planificar el futuro; sin embargo, NN no muestra rasgos antisociales, disociales o

manifestaciones dramáticas es por ello que no se lo consideró de tal manera.

- Según el DSM-V-TR, NN no cumple con los parámetros de diagnóstico para el trastorno de personalidad evitativa, es por ello que se diagnostica como estilos o rasgos de dicha personalidad como menciona (Sperry, 2010).

#### **4. Objetivos**

##### **4.1. Objetivo General**

- Aumentar la comunicación asertiva de NN, y disminuir la dificultad de las interacciones sociales y familiares

##### **4.2. Objetivos Específicos**

- Controlar la ansiedad generada por la idea negativa de no lograr enfrentar un nuevo cambio de conducta.
- Promover la asertividad y la comunicación para facilitar las relaciones intrafamiliares y de la sociedad.
- Fomentar la adaptación a su realidad enfrentando los desafíos

## **5. Metodología**

### **5.1. Método de Intervención**

Se utilizó el método científico de recolección de datos e información, formulación de hipótesis, contrastación de hipótesis, resultados y seguimiento. Donde se utilizaron varios recursos como la observación, entrevistas y técnicas psicoterapéuticas.

### **5.2. Estrategias desarrolladas**

Para la intervención en el caso anteriormente descrito, se plantearon objetivos concretos y para el logro de los mismos, se aplicaron varias técnicas, en los tiempos establecidos: 10 sesiones). Estrategia aplicada en relación al tiempo establecido por la investigadora; el caso lo continúa la Psicóloga de la Junta del GAD de Rocafuerte, aspecto que permitirá alcanzar no sólo la disminución sino la mejora total del cuadro clínico, apoyándose en la intervención terciaria, aprender a convivir y hacer frente de manera asertiva las situaciones que le generen conflictos.

#### **Objetivo 1:**

Disminuir los niveles de ansiedad causados por la idea de no poder enfrentarse ante los desafíos.



**Técnicas:**

Ejercicio de regulación respiratoria y entrenamiento progresivo de Jacobson.

**Recursos:**

Espacio psicológico adecuado, recursos humanos, registro de tabla.

**Objetivo 2:**

Aumentar y promover la asertividad y la comunicación para mejorar las relaciones familiares

**Técnicas:**

Entrenamiento de asertividad

**Recursos:**

Recursos humanos, hojas bond, lápiz borrador, registro semanales.

**Objetivo 3:**

Aprender a enfrentar los desafíos

**Técnicas:**

Reestructuración cognitiva

**Recursos:**

Recursos humanos, uso de la palabra

**6. Resultados de técnicas de intervención**

De manera concreta se desarrollaron tres sesiones de evaluación, 10 de tratamiento, tres de seguimiento y uno de cierre obteniendo resultados favorables en el cambio y el patrón de la comunicación de NN, aumentaron las interacciones asertivas con una disminución de frecuencia de reacciones no adecuadas de conductas agresivas, debido al estudio de su conducta relacionada en cada sesión establecida según las normativas.

La organización de las 10 sesiones psicoterapéuticas se basó de la siguiente manera:

- De acuerdo al primer objetivo específico establecido en la primera sesión de tratamiento se inició por disminuir el síntoma ocasionado por la manifestación del problema, es decir se efectuó explicando el proceso de la técnica de relajación y aplicación de las mismas, dado así, se envió como tarea en casa seguir con el entrenamiento progresivo, y aplicar la técnica de respiración cuando se presente una situación desencadenante.

- En la segunda sesión se realizó una retroalimentación de lo aplicado en la primera sesión, para así continuar con la siguiente técnica con la cual se logró que la paciente interiorizara lo que es y cómo funciona la asertividad, así mismo los estilos de respuestas para evitar malestares o síntomas provocados por no poder enfrentar las situaciones presentadas.
- De acuerdo al segundo objetivo entre la tercera y cuarta sesión se continuó con el entrenamiento de la técnica de relajación y a continuación entrenamientos para la habilidad de recibir críticas de forma asertiva, recordando sus impulsivos agresivos, expresar críticas y la fomentación de comunicación asertiva utilizando las técnicas de Psicoeducación y reestructuración cognitiva. ABC de las emociones )
- En la quinta sesión se continuó con el entrenamiento para disminuir la activación fisiológica, cabe aclarar que la técnica es progresiva por la cual se envió de tarea continuar en casa con la práctica de la técnica de relajación de visualización hasta lograr lo propuesto. En la sexta sesión se repasó los entrenamientos de habilidades asertivas, y se evaluaron los auto registros llevados por NN.
- Para cumplir con en el último objetivo, en la séptima sesión se continuó con el entrenamiento para manejar conflictos. La octava sesión se repasó las estrategias y habilidades aprendidas y comprobar la obtención de los logros y lograr disminuir el miedo a los desafíos de la

vida misma utilizando las técnicas role playing y reestructuración cognitiva.

- En la novena y décima sesión, se continuó con los repasos, las evaluaciones de los auto registros en presencia de la psicóloga de la JPD quien actuó como coterapeuta y se hizo un reconocimiento a NN por sus aprendizajes obtenidos, se hizo una retroalimentación y se verificó el cumplimiento de los objetivos planteados y la eficacia de las técnicas escogidas. NN ahora puede decir NO, dice lo siente sin miedo y puede controlar los impulsos agresivos con sus hijos y la sociedad, además de haber logrado una etapa de relajación y tranquilidad de la paciente, muestra en su facies y en sus palabras de agradecimiento la evolución significativa obtenida durante el proceso terapéutico.

En la siguiente tabla se detalla lo realizado, adjuntando las tareas para casa que se le designó a NN, así como los criterios de cada técnica utilizada y la apreciación de los resultados obtenidos:

<b>Sesiones</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Técnicas</b>	<b>Tarea en casa entre sesiones</b>	<b>Criterio sobre la técnica</b>	<b>Resultados obtenidos</b>
<b>1</b>	Disminuir activación fisiológica	Entrenamiento progresivo de Jacobson	Continuar con el entrenamiento en casa cuando aparece el estímulo	Favorece una relajación profunda sin apenas esfuerzo, permitiendo establecer un control voluntario de la tensión	Experimenta una sensación de relajación profunda
<b>2</b>	Interiorizar que es y cómo funciona la asertividad así como los estilos de respuesta.	Psicoeducación y reestructuración cognitiva.	Realizar una lista de los pensamientos que no ha podido expresar y como es su conducta según el pensamiento.	Busca encontrar la autoaceptación y tolerancia a la frustración	Se considera un aumento gradual de las respuestas asertivas
<b>3</b>	Instruir sobre los derechos y las responsabilidades	Psicoeducación y reestructuración		Busca encontrar la auto	Es capaz de aceptar comentarios

	asertivas.	cognitiva		aceptación y tolerancia a la frustración	os y responder asertivamente
3	Entrenar en la habilidad de recibir críticas de forma asertiva	Role playing		Permite trabajar con la empatía y la comprensión con los demás	En un mayor porcentaje recibe críticas de forma asertiva
4	Entrenar en la habilidad de expresar críticas de forma asertiva.	Role playing		Permite trabajar con la empatía y la comprensión con los demás	Expresa críticas e ideas de forma asertiva.
6	Repasar las habilidades asertivas entrenadas (hacer y recibir críticas).	Role playing	Crear un listado de autoinstrucciones positivas y lectura diaria del mismo.	Permite trabajar con la empatía y la comprensión con los demás	Tiene presente las autoinstrucciones y las aplica en su momento

adecuado.

<b>7</b>	Entrenar en la habilidad de expresar emociones positivas. Entrenar en la habilidad de manejar conflictos.	Role playing	Lectura diaria del listado de autoinstrucciones positivas creado	Permite trabajar con la empatía y la comprensión con los demás	Esta pendiente de expresar sus emociones y ha mejorado en su forma de enfrentar conflictos
<b>8</b>	Repasar estrategias y habilidades aprendidas comprobar la obtención de los logros. Disminuir el miedo a los desafíos	Entrevista abierta. Reestructuración cognitiva	Ejecutar lo entrenado seguir con los entrenamientos de relajación con visualizaciones	Busca y encontrar la auto aceptación y tolerancia a la frustración	Enfrenta los desafíos de la vida diaria.
<b>9</b>	Continuar con los repasos, de los entrenamientos	Role playing	Examinar los autorregistros en casa y continuar	Permite trabajar con la empatía y	Realiza los entrenami

	antes mencionados		con los entrenamientos progresivos	la comprensión con los demás	entos en casa
<b>10</b>	Retroalimentación del proceso terapéutico.	Entrevista abierta	Se incentiva a continuar aplicando las técnicas.	Se desarrolla una vez terminada las tareas.	Maneja los entrenami entos

---



## **7. Marco Referencial**

### **7.1. Interacción social**

La interacción social a lo largo del tiempo ha sido tema de interés para algunas áreas de investigación, como sabemos la interacción social estará presente en todo encuentro interpersonal rodeado entre normas y reglas de una sociedad.

Entendida como el lazo o vínculo que se crea entre las personas, que permite el funcionamiento de los grupos, estas no se limitan al ámbito familiar ni de parentesco, se extiende a las relaciones laborales, políticas, estudios, amigos, entre otros. Todos los sistemas sociales a gran escala, dependen de la interacción social.

De acuerdo a la literatura consultada, varios autores exponen sobre este aspecto definiciones, desde diferentes perspectivas, así, para (Ramirez, 2002) existe relación social que no se inscribe en un cierto contexto institucional, esta consiste en una matriz que aporta a la relación, un código, representaciones, normas de roles y rituales que permiten la relación y le dan sus características significativas. Por su parte, (Bellack, 1979) indica que se trata de un fenómeno en el que la totalidad de la sociedad y sus instituciones está implicada y en el que interactúan muchas dimensiones, psicológicas, sociales y culturales.

La etapa de la infancia, es fundamental para el desarrollo de la interacción

social; los niños interactúan con otros niños, actuando esta interacción entre iguales como un importante contexto de desarrollo para la adquisición de habilidades, actitudes y experiencias que, sin duda, influirán en su adaptación futura.

Tanto el entorno familiar como el escolar, la relación entre iguales es un poderoso agente de socialización, ayuda a la adaptación social, emocional y cognitiva de las personas. Por lo que para que una interacción social resulte satisfactoria debe existir como base los valores, siendo el respeto uno de los primordiales, personas que con sus actitudes hagan sentir bien a los demás, por esta razón quienes poseen estas habilidades son llamadas personas asertivas, mientras que aquellas que tiene problemas de comunicación o relación con los demás son consideradas personas con falta de asertividad. (Castanyer, 2010), lo que evidencia que ser asertivos es cuestión de actitud, pero sobre todo de respeto hacia uno mismo y hacia los demás.

La sociedad es una compleja red de interacción social, para llevarla a la práctica es necesario el desarrollo de ciertas habilidades sociales e interpersonales, definidas como “La expresión adecuada, dirigida hacia otra persona, de cualquier emoción que no sea la respuesta de ansiedad” (Wolpe, 1958) ; es decir, se da entre las personas que se encuentran en mutua interdependencia y se relacionan entre sí de varios modos,

## **7.2. Comunicación**

### **7.2.1. Comunicación asertiva**

La comunicación entendida como uno de los pilares esenciales en una relación feliz. , la comunicación es un medio de conexión o de unión que tenemos las personas para transmitir o intercambiar mensaje. la comunicación es *"la transmisión verbal o no verbal de información entre alguien que quiere expresar una idea y quien espera captarla o se espera que la capte"* (Staton, Etzel, & Walker, 2007, pág. 511)

Para (Fonseca, 2000, pág. 4) comunicar es llegar a compartir algo de nosotros mismos. Es una cualidad racional y emocional específica del hombre que surge de la necesidad de ponerse en contacto con los demás, intercambiando ideas que adquieren sentido o significación de acuerdo con experiencias previas comunes.

Para lograr que la comunicación cumpla con su misión, es necesaria una conducta asertiva. de acuerdo con (Janda, 1998) la palabra asertivo, de aserto, proviene del Latín asertus y significa afirmación de la certeza de una cosa, por lo que se deduce que una persona asertiva es aquella que afirma con certeza.

Se considera que la asertividad es una conducta y no una característica de la personalidad, por lo que se habla de asertividad como una habilidad en el

campo de las habilidades sociales. De ahí que es posible realizar un entrenamiento de la autoafirmación, que permita mejorar las habilidades sociales de las personas. (Naranjo, 2008)

La comunicación asertiva se basa en una actitud personal positiva en el momento de relacionarse con el otro, influye en las relaciones de amistad, pareja, familia y, por supuesto, también en el contexto profesional, consiste en expresar opiniones y valoraciones evitando reproches, adjetivos ofensivos, descargas emocionales; es decir, es la actitud que tiene una persona al expresar su punto de vista de un modo claro y de una forma totalmente respetuosa ante el interlocutor.

Ser asertivos es buscar un camino hacia la realización, hacia la capacidad de relacionarse con las demás personas de una manera equitativa, es decir, de igual a igual, ni estando por encima ni por debajo del otro sin importar los rangos sociales. Sólo quien posee una alta autoestima, quien se aprecia, confía y valora a sí mismo, podrá respetar, mantener una relación empática y relacionarse con los demás en el mismo plano, reconociendo a los que son mejores en alguna habilidad, pero no sintiéndose inferior ni superior a otros, conocen sus propios derechos y los defienden, respetando a los demás llegando a acuerdos.

(Riso, 2002) explica que una persona es asertiva cuando tiene la capacidad de ejercer o defender sus derechos personales; por ejemplo, decir “no”,

expresar opiniones contrarias o desacuerdos y manifestar sentimiento negativos sin permitir que la manipulen, como lo hace la persona sumisa, ni violar los derechos de otras personas, como lo hace la agresiva.

De acuerdo a lo analizado, para ser una persona asertiva se debe plantear varias técnicas, las cuales son: Sabe decir “no” o mostrar su postura hacia algo, Sabe pedir favores, reaccionar ante un ataque y saber expresar sentimientos. La asertividad es una estrategia de comunicación que nos permite defender nuestros derechos y expresar nuestra opinión, gustos e intereses, de manera libre y clara, sin agredir a otros y sin permitir que nos agredan (García, 2017).

### **7.2.2. Comunicación no asertiva**

Las personas frecuentes a la agresividad defienden en exceso los derechos e intereses personales sin tener en cuenta los de los demás. Suelen caracterizarse por un volumen de voz elevado, habla tajante, interrupciones, contacto ocular retador, postura que invade el espacio del otro, sensación de falta de control y excesiva honestidad emocional. Son ejemplos típicos de este tipo de conducta la pelea, la acusación y la amenaza. La ventaja de esta clase de conductas es que los demás, en muchas ocasiones, no humillan ni desprecian a la persona agresiva; la desventaja es, entre otras, el rechazo a largo plazo. (Davis, 2007)

Por su parte, las personas inhibidas (sumisas, pasivas) no defienden sus propios derechos ni intereses; es más, anteponen los de los demás a los personales. Suelen tener un tono de voz bajo y usan muletillas en sus discursos; acostumbran a huir del contacto ocular y a exhibir movimientos que comunican tensión o duda. Estas personas sienten con frecuencia impotencia, culpabilidad y frustración. La ventaja de las personas que tienden a la pasividad es que raramente reciben rechazo directo por parte de los demás; la desventaja es que los demás “se aprovechan” y ellos acaban por acumular una pesada carga de resentimiento e irritación (Davis, 2007).

Ni el patrón de comunicación inhibido ni el agresivo suelen ser efectivos para lograr los objetivos que se proponen. Más bien, ocurre lo contrario: suelen generar conflictos interpersonales, aumentan la probabilidad de desarrollar una baja autoestima y, en definitiva, favorecen una dificultad de comunicación. Partiendo de que el estilo de comunicación agresivo, al igual que el inhibido, tiene consecuencias negativas (personales, sociales, laborales, académicas) y dadas las ventajas de la asertividad, se hace especialmente relevante sustituir los estilos de interacción desadaptativos por el adaptativo.

Para lograr un afrontamiento eficaz, la alternativa es la conducta asertiva caracterizada por la defensa de los propios intereses, la expresión de las opiniones personales y el respeto de los derechos de los demás.

(Bellack, 1979) Indica elementos comunes a la mayoría de las definiciones propuestas a lo largo de la historia:

- La ejecución adecuada de las situaciones interpersonales depende de componentes de respuesta verbales y no verbales,
- La conducta asertiva es específicamente situacional,
- Los elementos que comprenden la conducta social adecuada son habilidades de respuesta aprendida, y
- Cuando se pueden identificar déficit en conductas sociales específicas, pueden ser puestos como objetivos y mejorados por el entrenamiento.

### **7.3. La intervención psicológica frente a situaciones de interacción social y comunicación no asertiva**

Hay que dar a la hora mayor énfasis de afrontar el problema, normalmente, será por este factor principal por el que se comience a entrenar la asertividad. Existen pues, tres tipos de técnicas (o paquetes de técnicas) para cada uno de los niveles de funcionamiento: Técnicas de Reestructuración Cognitiva, Entrenamiento en Habilidades Sociales, Técnicas de Reducción de Ansiedad Frecuentemente, como complemento a las técnicas que se utilicen, se añaden otro tipo de técnicas: Técnicas de Resolución de Problemas que necesitan, para poder ser llevadas a cabo, de un dominio de las cognitivas, conductuales y de reducción de ansiedad.

La ansiedad en ciertos estudios de caso incluyendo este trabajo, es uno de los factores que más se presentan afectando directamente a la persona

vulnerable conduciéndola a la falta de asertividad, por lo cual se pueden desarrollar dos técnicas terapéuticas para contrarrestarla, siendo estas de forma física, mismas que están complementadas entre sí: la relajación y la respiración.

Aunque pueda parecer muy sencillo, la técnica de la relajación requiere mucha práctica e insistencia hasta tenerla completamente dominada (Balarezo, 2003). En cuanto a la relajación, mencionamos básicamente dos tipos:

1. La relajación progresiva (muscular) de Jacobson, que se basa en que relajando diversos grupos musculares se logra relajar también la mente.
2. Técnica de Relajamiento de J. Berges y m. Bounes.

El entrenamiento asertivo es eficaz en la ansiedad, depresión y resentimiento derivado de las relaciones interpersonales. A medida que somos más asertivos nos encontraremos más cómodos en las relaciones con los otros y seremos capaces de dedicar tiempo para nosotros. , especialmente si los síntomas han sido provocados por situaciones injustas. (García, 2017)

Estas estrategias son básicamente generales y se pueden aplicar a todo tipo de situación, adaptándolas a la situación concreta, en ocasiones es



necesario reforzar las habilidades aprendidas con técnicas más específicas como la de entrenamiento en habilidades sociales:

Este tipo de entrenamiento está enfocado a desarrollar exclusivamente los déficits conductuales del sujeto, es decir, todo lo referido al comportamiento externo que exhiba la persona con problemas de asertividad. Rara vez se requerirá sólo este tipo de entrenamiento: la mayoría de las veces, por no decir todas, hay que realizar primeramente una intervención en el terreno cognitivo, para luego pasar a enseñar estas habilidades conductuales (Caballo, 1993) Pero también es cierto que, casi siempre, la persona que muestra unos pensamientos racionalmente erróneos se comporta de forma inadecuada, ya sea “pecando” por exceso o por déficit de respuesta asertiva.

#### **7.4. Técnicas de intervención psicológica**

##### **7.4.1. Técnica de relajamiento progresiva de Jacobson**

Edmund Jacobson define a su método como “Una reducción progresiva y voluntaria de contracción, tono y actividad de los músculos y del sistema nervioso motor correspondiente.

En términos generales para todas las técnicas de relajamiento muscular se siguen las mismas indicaciones en cuanto a las condiciones ambientales y de posición del sujeto.

El tratamiento se inició proporcionando al paciente una explicación previa acerca del concepto de relajación y el procedimiento de la misma.

El procedimiento de la primera sesión para lograr sensación muscular es la siguiente:

Estando sentado cómodamente el paciente en un ambiente tranquilo, se le hace flexionar su brazo derecho debiéndonos indicar si nota sensación de contracción de su bíceps. Cuando la sensación es claramente percibida, se le dice al sujeto: Ud está contrayendo un músculo; lo que debe hacer ahora es lo contrario, es decir, no contraer: esto es la relajación.

Toda la primera sesión puede dedicarse al bíceps, o pueden agregarse uno o más de los 3 grupos siguientes. Después del bíceps derecho se entrenarán los restantes músculos del cuerpo en el siguiente orden:

- Bíceps izquierdo
- Tríceps izquierdo
- Flexores de la mano izquierda
- Extensores de la mano izquierda
- Tríceps de derecho
- Flexores de la mano derecha
- Extensores de la mano de derecha
- Flexores del pie izquierdo
- Extensores del pie izquierdo

- Flexores de la pierna izquierda
- Extensores de la pierna izquierda
- Flexores del muslo izquierdo
- Extensores del muslo izquierdo
- Flexores del pie derecho
- Extensores del pie derecho
- Flexores de la pierna derecha
- Extensores de la pierna derecha
- Flexores del muslo derecho
- Extensores del muslo derecho
- Músculos abdominales
- Músculos respiratorios
- Erectores del tronco
- Grupo pectoral izquierdo
- Grupo interescapular izquierdo
- Grupo pectoral derecho
- Grupo interescapular derecho
- Elevador de los hombros
- Músculos de la inclinación de la cabeza hacia los lados, atrás y adelante
- Arrugar la frente
- Fruncir las cejas
- Cerrar los párpados firmemente
- Mirar hacia los lados, arriba y abajo

- Sonreír
- Cerrar mandíbulas y abrirlas
- Tragar

La relajación progresiva es un procedimiento que requiere un entrenamiento paciente. “La repetición es la nota saliente de todo el método, pero evidentemente no es una repetición simple sino una verdadera educación, larga y sistemática.

#### **7.4.2. Técnica de Relajamiento de J. Berges y m. Bounes.**

- La técnica:

Comienza el proceso con una **explicación inicial** y general sobre relajación y las condiciones específicas del tratamiento. Estas son, el que efectúen un ejercicio por semana en el consultorio y la práctica respectiva en la casa de los ejercicios aprendidos en el consultorio. Las fases de la sesión son:

- Concentración de la imagen en reposo
- Relajación muscular
- Retorno de la actividad

Se inicia por el brazo de mayor uso del sujeto.

1.- Fase de concentración y representación.- cerrar los ojos tranquilamente y pensar en su interior imaginando un recuerdo, una pintura, una escena o cualquier cosa que le sugiera calma y tranquilidad. Esta imagen constituye la ilustración de la frase “estoy tranquilo, estoy calmado”, por tal razón, la

concentración en la imagen de reposo debe provocar la mayor tranquilidad posible. El terapeuta repite varias veces las palabras calma, tranquilo, imagen, representación, mire en su interior.

## 2.- Fase de relajación neuromuscular del brazo derecho.

Se caracteriza por la denominación y palpación simultánea de los segmentos del brazo siguiendo un orden topográfico. Se hace presión en el en el hombro, brazo codo, antebrazo, muñeca y mano para que el sujeto perciba una sensación neta en estos sectores. Paralelamente a esta operación somatognósica, se induce la idea de relajación, la lasticidad y ligereza junto con una representación de dichas cualidades empleando la siguiente formulación:

“El hombro, el brazo, el codo, el antebrazo, la muñeca y la mano están en reposo, en calma, ligeros como un tejido suave”

“El brazo no esta alerta, no está activo, no está contraído”.

Las siguientes sesiones se repiten lo anterior, se refuerza y se continúa con el procedimiento.

## 3.- Fase de regreso.

La proposición es la siguiente:

“Ahora usted va a realizar el regreso, es decir, que su brazo derecho vuelva a estar como siempre”

Se lo efectúa con los siguientes ejercicios:

- Dejar vagar libremente su imaginación
- Contraer los músculos de forma fuerte a través de movimientos que

comprometan el puño, el antebrazo y el brazo.

- Respirar profundamente tres veces y abrir los ojos.

Terminada la sesión se pueden contestar inquietudes y se le recuerda que debe seguir entrenando en casa con:

- Los dos brazos
- Pierna derecha
- Glúteos
- Espalda hombros y cuello
- Mandíbula.

#### **7.4.3. Entrenamiento asertivo**

El Roleplaying es una técnica que busca una recreación de los roles y de las relaciones del paciente a través de las palabras en conjunto con un contenido emocional, donde éste puede asumir el papel de otro tomando su perspectiva, reflexionando sobre ésta y la situación vivida por él. (María Gabriela Sepúlveda, 2015).

Esta técnica se basa en que cada individuo puede elegir eventos relacionados con sus experiencias internas y externas, de manera que espontáneamente pueden entrar en la actuación de manera natural y con flexibilidad cambiar los escenarios y roles de manera rápida según las dificultades que presente. Por lo tanto, el Role-Play puede transformarse en

experiencias vividas como reales, favoreciendo un nuevo enfrentamiento al mundo.

### **7.5. Genograma histórico familiar**

El genograma es un formato para dibujar un árbol familiar que registra información sobre los miembros de una familia y sus relaciones durante por lo menos 3 generaciones.

La información de un genograma se entiende mejor desde una perspectiva sistemática. La entrevista del genograma debe ser considerada como parte de una evaluación comprensiva (Monica Mc Goldrick, 1996).

Los genogramas pueden ayudar a los miembros de una familia a verse a sí mismos de una manera distinta; por consiguiente, son una manera importante para unir a las familias en las terapias.

## 7.6. Test de Millon II

### INVENTARIO CLINICO MULTIAXIAL DE MILLON II

(MCMII –II)

Por Emir Valencia Romero

#### FICHA TECNICA

Autor: Theodore Millon

Número de Items: 175

Tipo de Respuesta: Responder verdadero o falso

Escalas de Validez: Validez

Sinceridad

Deseabilidad

Autodescalificación

Escalas de Personalidad: 22 Escalas

Población: Sujetos de 18 años a más

No aplicarse a sujetos no clínicos.

Aplicación : Individual o colectiva (grupos pequeños de 10 personas)

Tiempo: No hay tiempo límite, aproximadamente 45 o 60 minutos.

Materiales: Cuadernillo de Preguntas

Hoja de respuestas



25 plantillas de corrección manual

Disquete de plantillas informáticas

Hoja de corrección manual y perfil

Se trata de un instrumento diagnóstico consonante con un formato nosológico y una terminología conceptual de un sistema oficial. Cada una de las escalas ha sido construida como medida operacional de un síndrome derivado de una teoría de personalidad y psicopatología. La prueba mide estas variables directamente y de modo cuantificable.

Hay tres aspectos que orientaron el desarrollo de la teoría del MCMI-II:

1. La categoría debe diferenciarse según la gravedad. El MCMI-II diferencia 10 escalas básicas de trastornos de personalidad (Eje II, según el DSM III-R), que describen niveles de gravedad; 3 escalas de personalidad patológica más severa que reflejan niveles moderados o marcados de deterioro; ó escalas de síndromes clínicos (Eje I, según el DSM III-R) que identifican trastornos de gravedad moderada y 3 escalas que miden trastornos de marcada gravedad.
2. Las categorías deben organizarse para reflejar el hecho de que el cuadro clínico presentado se compone de varios rasgos y síntomas que se interrelacionan.
3. Todos los síndromes clínicos del eje I se muestran como desorganizaciones en los patrones básicos de personalidad de los pacientes (Eje II) que surgen bajo tensión.

Los síndromes no son concebidos como diagnósticos distintos sino como elementos integrales de un complejo mayó de aspectos clínicos.

## TEORIA DE MILLON

La teoría está basada en las derivaciones de una combinación de variables o constructos. Postula 10 estilos básicos de funcionamiento de la personalidad que pueden formarse de una matriz de 5 X 2, de dos dimensiones básicas:

La Primera Dimensión: constituye la fuente primaria de la que los pacientes obtienen comodidad y satisfacción (refuerzos positivos) o intentan evitar angustia emocional y dolor (refuerzos negativos); así tenemos:

Patrón Activo; personas despiertas, atentas, participativos y manipuladores de los sucesos de la vida para lograr gratificación y evitar muestras de malestar.

Patrón Pasivo; apáticos, reservados, rendidos, resignados o aparentemente satisfechos, que permiten que los sucesos tomen su propio curso sin control o sin intervenir en ellos.

Combinando las 5 fuentes de refuerzo primario junto con los dos patrones instrumentales o de afrontamiento se obtiene 10 estilos básicos de personalidad:

Activo y Pasivo Discordante

Activo y Pasivo

Independiente

Activo y Pasivo Retraído

Activo y Pasivo Ambivalente

Activo y Pasivo Dependiente

Los estilos de personalidad reflejan características permanentes del funcionamiento del paciente. Estas características tienden a perpetuarse y agravar las dificultades cotidianas ya que los pacientes están automatizados con este modo de vida y con frecuencia son conscientes de las consecuencias destructivas de su naturaleza y personalidad. Bajo condiciones de persistente adversidad el estilo de funcionamiento desadaptado de los pacientes podría comenzar a descompensarse, adquiriendo aspectos que justifican la denominación de moderado o marcada gravedad. Las etapas avanzadas de la patología reflejan un deterioro de la estructura personal.

TEORIA BASADA EN LA ESTRUCTURA DE LA PERSONALIDAD  
PATOLÓGICA

AMBITO DE LA PATOLOGÍA	DOLOR-PLACER		SI MISMO – OTROS		
	D↔ P	D+/- P+	SM- O+	SM+ O-	SM↔ O
Patrón Interpersonal  Estilo de Afrontamiento Instrumental	Discordante	Retraída	Dependiente	Independiente	Ambivalente
Variable Activa	Fracasada (Masoquista)	Esquizoide	Dependiente	Narcisista	Compulsiva
Variable Activa	Agresiva (Sádica)	Evitativa	Histriónica	Antisocial	Pasivo- Agresiva
Variable Disfuncional	Limite o Paranoide	Esquizotípica	Limite	Paranoide	Limite o Paranoide

## DESCRIPCIÓN DE CADA ESCALA DEL MCMI-II

### Patología Moderada de la Personalidad:

Escala 1: Esquizoide, Orientación pasiva-retraída. Carencia de deseo incapacidad para experimentar en profundidad placer o dolor. Tienden a ser apáticos, indiferentes, distantes y asóciales. Las necesidades afectivas y los sentimientos emocionales son mínimos y el individuo funciona como un observador pasivo ajeno a las gratificaciones y afectos de las relaciones sociales, así como a sus demandas.

Escala 2: Fóbica (evitativa), Orientación Activa-retraída. Experimentan pocos refuerzos positivos, tanto de sí mismos como de los otros, son vigilantes, permanentemente en guardia y se distancias siempre de la anticipación ansiosa de los aspectos dolosos de la vida o el reforzamiento de experiencias negativas. Sus estrategias adaptativas reflejan el temor y la desconfianza de los demás. Mantiene una actitud de vigilancia constantes por miedo a sus impulsos y el anhelo de afecto provoca una repetición del dolor y la agonía que anteriormente habían experimentado con otros. A pesar de los deseos de relación han aprendido que es mejor negar estos sentimientos y guardar en buena medida la distancia interpersonal.

Escala 3: Dependiente (sumisa). Orientación pasivo-dependiente. Han aprendido no solamente a volverse hacia otros como fuente de protección y

seguridad, sino que esperan pasivamente que su liderazgo les proteja. Se caracterizan por una búsqueda de relaciones en la se puedan apoyar en otros para conseguir afecto, seguridad y consejo . La carencia de esta personalidad tanto de iniciativa como de autonomía es frecuentemente una consecuencia de la sobre-protección parental. Han aprendido la comodidad de adoptar un papel pasivo en las relaciones interpersonales, sometiéndose a los deseos de otros a fin de mantener su afecto.

Escala 4: Histriónica: Orientación activa-dependiente. Se vuelven a otros mediante una superficial y emprendedora manipulación de sucesos de tal manera que aumentan al máximo la cantidad de atención y favores que reciben así como también evitan el desinterés o la desaprobación de los demás. Muestran una búsqueda de estimulación y afecto insaciable, e incluso indiscriminada. Sus comportamientos sociales les dan la apariencia de autoconfianza y serenidad. Sin embargo, bajo esta apariencia se encuentra una autoconfianza engañosa y afecto deben ser constantemente renovados y los buscan encada fuente interpersonal y en cada contexto social.

Escala 5: Narcisista. Orientación pasivo-independiente. Se hacen notar por sus actitudes egoístas, experimentando placer simplemente por permanecer pasivos o centrados en sí mismos. Sobreestiman su propio valor, presumen de que los demás reconocerán sus particularidades. Mantienen un aire de autoconfianza arrogante; explotan a los demás aún sin intención o propósitos

conscientes. Confianza en que las cosas saldrán bien lo cual les proporciona pocos incentivos para comprometerse.

Escala 6 A: Antisocial, Orientación activa-independiente. Actúan para contrarrestar las expectativas de dolor y depreciación de otros; esto se hace mediante comportamientos ilegales dirigidos a manipular el entorno a favor de uno mismo. Deseo de autonomía, venganza y recompensa ya que sienten haber sido maltratados en el pasado. Son irresponsables e impulsivos.

Escala 6 B: Agresivo-sádica. Orientación activo-discordante. Son hostiles acentuadamente belicosos y aparecen indiferentes o incluso muestran agrado por las consecuencias destructivas de sus comportamientos que pueden ser abusivos y brutales. Muestran conductas dominantes, antagónicas y con frecuencia persecutorias.

Escala 7: Compulsiva. Orientación pasiva-ambivalente. Han sido amedrentados y forzados a aceptar las condiciones que les imponen los demás. Su conducta prudente, controlada y perfeccionista deriva de un conflicto entre la hostilidad hacia los demás y el temor a la desaprobación social. Resuelven esta ambivalencia no sólo suprimiendo el resentimiento sino también sobreaceptándose y estableciendo elevadas exigencias sobre sí mismos y los demás. Autorrestricciones disciplinarias derivan de una pasividad manifiesta y pareciendo socialmente condescendientes. A esto

subyace un enfado intenso y sentimientos opositoristas que ocasionalmente emergen si fallan los controles.

Escala 8 A: Pasivo-agresiva. Orientación activa-ambivalente. Pugnan entre seguir los esfuerzos ofrecidos por los demás y los deseados por sí mismos. Los conflictos permanecen cerca de la conciencia e invaden la vida cotidiana. Se meten en discusiones y riñas interminables ya que vacilan entre la deferencia y la obediencia y el desafío y negativismo agresivo. Su comportamiento muestra un patrón de terquedad o enfado explosivo entremezclado con periodos de culpabilidad y vergüenza.

Escala 8 B: Autodestructiva (masoquista). Orientación pasivo – discordante. Se relaciona con los demás de una manera autosacrificada, permiten y pueden fomentar que los demás les exploten o se aprovechen de ellos. Afirman que merecen ser avergonzados y humillados. Para integrar sus dolor y angustia estados que experimentan como reconfortantes, recuerdan activa y repetidamente resultados potencialmente más problemáticos. Actúan de manera modesta e intentan pasar desapercibidos, intensifican su déficit y se sitúan en un plano inferior o posición despreciable.

#### Patología Severa de la Personalidad:

Escala S: Esquizotípica. Prefieren el aislamiento social con mismas obligaciones y apegos personales. Inclinedos a ser casi autistas o



cognitivamente confusos, piensan de forma tangencial y con frecuencia aparecen ensimismados y reflexivos. Las excentricidades del comportamiento son notables y son percibidos como extraños y diferentes. Dependiendo de si son activos o pasivos muestran una cautela ansiosa e hipersensible o de un desconcierto emocional y falta de afecto.

Escala C: Limite (Bordeline). Experimentan intensos estados de ánimo endógenos, con periodos recurrentes de abatimiento y apatía, entremezclados con periodos de enfado, inquietud o euforia. Inestabilidad y labilidad de su estado de ánimo. Muchos dan a conocer pensamientos recurrentes de suicidio y automutilación, para mantener un claro sentimiento de identidad y muestran una evidente ambivalencia cognitivo-afectiva con sentimientos simultáneos de rabia, amor y culpabilidad hacia los otros.

Escala P: Paranoide. Muestran desconfianza vigilante respecto de los demás y una áspera irritabilidad y una tendencia a la exasperación precipitada y colérica con los demás. Frecuentemente expresan un temor a la pérdida de independencia lo que los conduce a resistirse al control y a las influencias externas. Hay inmutabilidad de sus sentimientos y rigidez de sus pensamientos.

### Síndromes Clínicos:

Escala A: Ansiedad: Informan de sentimientos aprensivos o específicamente fóbicos, son tensos, indecisos e inquietos y tienen a quejarse de una variedad de malestares físicos, como tensión, excesiva sudoración, dolores musculares indefinidos, náuseas. Muestran estado generalizado de tensión manifestado por una incapacidad de relajación, movimientos nerviosos y rapidez para reaccionar y sorprenderse fácilmente. Se muestran notablemente excitados y tienen un sentido aprensivo de la inminencia de problemas, una hipersensibilidad a cualquier ambiente, inquietud y susceptibilidad generalizada.

Escala H: Histeriforme (tipo somatoforme). Dificultades psicológicas expresadas a través de canales somáticos, períodos persistentes de agotamiento y abatimiento preocupación por la pérdida de la salud y una variedad dramática de dolores en regiones diferentes. Normalmente las quejas somáticas pretenden llamar la atención.

Escala D: neurosis depresiva (Distimia) alegría superficial, elevada. Las puntuaciones altas implican aunque no parezcan en la vida cotidiana del paciente se ha visto afectado por un periodo de dos o mas años con sentimientos de desánimo o culpabilidad, una carencia de iniciativa y apatía en el comportamiento, baja autoestima y con frecuencia expresiones de inutilidad y comentarios autodesvalorativos. Durante los periodos de

depresión, puede haber llantos, ideas suicidas, sentimientos pesimistas hacia el futuro, alejamiento social, apetito escaso o excesivas ganas de comer, agotamiento crónico, pobre concentración, pérdida marcada de interés por actividades lúdicas y una disminución de la eficacia en cumplir tareas ordinarias y rutinarias de la vida.

Escala B: Abuso de alcohol: Las puntuaciones altas probablemente indican una historia de alcoholismo, con esfuerzo por superarlo pero con mínimo éxito y como consecuencia experimenta un malestar considerable tanto en la familia como en el entorno laboral.

Escala T: Abuso de drogas: Tienden a tener dificultad a reprimir los impulsos o mantenerlos dentro de límites sociales convencionales y muestran una incapacidad para manejar las consecuencias personales de estos comportamientos.

#### Síndromes Clínicos Severos:

Escala SS: Pensamiento sicótico. Se clasifican como esquizofrénicos, psicosis reactiva breve o esquizofreniformes dependiendo de la extensión y curso del problema. Pueden mostrar periódicamente un comportamiento incongruente, desorganizado o regresivo, apareciendo con frecuencia confusos y desorientados y ocasionalmente mostrando efectos inapropiados, alucinaciones dispersas y delirios no sistemáticos. El pensamiento puede ser

fragmentado o extraño. Los sentimientos pueden embotarse y existir una sensación profunda de estar aislados e incomprendidos por los demás. Pueden ser retraídos y estar apartados o mostrarse con un comportamiento vigilante.

Escala CC: Depresión mayor. Habitualmente incapaces de funcionar en un ambiente normal se deprimen gravemente y expresan temor hacia el futuro, ideas suicidas y un sentimiento de resignación. Marcado enlentecimiento motor, otros muestran una cualidad agitada paseando continuamente y lamentando su estado triste. Disminución de apetito, agotamiento, ganancia o pérdida de peso, insomnio, o despertar precoz. Problemas de concentración, sentimientos de inutilidad o culpabilidad; ideas obsesivas.

Escala PP: Trastorno delirante. Considerados paranoides agudos pueden llegar a experimentar delirios irracionales para interconectados, de naturaleza celotípica, persecutoria o de grandeza. El estado de ánimo es habitualmente hostil y expresan sentimientos de estar sobrecogidos y maltratados.

## INDICACIONES PARA LA CALIFICACIÓN E INTERPRETACIÓN

1. Después de calificación manual o con el programa computarizado se obtiene la HOJA DE RESULTADOS.
2. Se analizan las Escalas de validez:

V: Validez; items de apariencia extraña o altamente improbables:

Puntaje: >1 RESULTADOS INVALIDOS	Detener la calificación
1 VALIDEZ CUESTIONABLE	Puede continuar la calificación
0 VALIDOS	Continuar la calificación

X: Sinceridad; si el paciente se inclina a ser franco y sincero o por el contrario reticente y reservado:

"X" entre 145 y 590	Continuar con la Calificación
"X" >145 ó >590	Detener la Calificación

Y: Deseabilidad Social; identifica el grado con que los resultados pueden encontrarse afectados por la inclinación de los pacientes a mostrarse socialmente atractivos, moralmente virtuosos o emocionalmente ajustados.

>75 Tendencia del sujeto a presentarse de forma favorable o con personalidad atrayente

Mientras mas alto Sujeto trata de disimular sus aspectos psicológicos o dificultades personales

Z: Autodescalificación;

>75 Inclinationes a despreciarse o desvalorizarse intentando mostrar mas trastornos emocionales y dificultades personales

Mientras más alto Un examen mas cuidadoso “petición de ayuda o llamada de atención”

3. Se analizan las escalas teniendo como base, los siguientes indicadores:

Indicador Elevado	>85
Indicador Moderado	75 - 84
Indicador Sugestivo	60 - 74

Indicador Bajo	35 - 59
Indicador Nulo	0 – 34

4. Se correlacionan las Escalas que han obtenido un Indicador Elevado y Moderado, según el caso individual.

## **8. Conclusiones y recomendaciones**

### **8.1. Conclusiones**

1. La interacción social es un factor importante en la vida de las personas; en muchas ocasiones se ve afectada desde los primeros años de vida, como es el caso de NN, quien por la no superación del duelo, sumado a los patrones formativos no favorables de la progenitora, permitió que en ella se desarrollara estilo de personalidad evitativo, evidenciado en su dificultad de relacionarse con los demás.
2. De acuerdo con las necesidades detectadas en el presente caso, se aplicaron técnicas de Reestructuración Cognitiva, Entrenamiento en Habilidades Sociales, Técnicas de Reducción de Ansiedad Frecuentemente, las que permitieron disminuir el cuadro sindrómico de NN, determinándose la efectividad de las mismas.
3. El trabajo en equipo, la actitud positiva de la paciente, las condiciones ofrecidas por el GAD de Rocafuerte, permitieron desarrollar un proceso terapéutico satisfactorio y obtener los resultados previstos dentro de esta investigación. Convirtiéndose en factores influyentes en la intervención psicológica de cualquier caso clínico de similares condiciones



## **8.2. Recomendaciones**

- Para el logro de metas comunes, es necesario el trabajo en equipo de varios profesionales, como es el caso de los psicólogos en formación y de quienes se encuentran en ejercicio, de trabajadores sociales, abogado, psicólogo educativo y facilitador comunitario; por lo que se recomienda a la Facultad de Ciencias Humanísticas y Sociales, promover este tipo de acciones que permita el fortalecimiento de los futuros profesionales.

## Referencias Bibliográficas

- Balarezo, L. (2003). *PSICOTERAPIA*. Cuenca, Ecuador: Centro de Publicaciones.
- Bellack, A. (1979). *Evaluación conductual de las habilidades sociales*. Estados Unidos: Plenum Press.
- Caballo, V. (1993). *Manual de evaluación y entrenamiento de habilidades sociales*. Madrid: Siglo Veintiuno.
- Castanyer, O. (2010). *La asertividad, expresión de una sana autoestima*. España: EDITORIAL DESCLÉE DE BROUWER, S. A., 2004.
- Davis, M. y. (2007). *Técnicas de autocontrol emocional (6ta ed.)*. Madrid, España: Biblioteca de Psicología y Psiquiatría .
- Fonseca, M. (2000). *Comunicación oral, fundamentos y prácticas estratégicas*. México: Paerson Educación.
- García, R. (2017). *Saber Psicología*. Ecuador: Blog.
- Janda, L. (1998). *Los test de autonocimiento y superación*. Barcelona: Robbookin.
- María Gabriela Sepúlveda, C. A. (2015). *La técnica terapéutica del Role-playing*. santiago de chile.
- Monica Mc Goldrick, R. G. (1996). *Genogramas en la evaluación familiar*. Barcelona, España: Editorial Gedisa, S.A.
- Naranjo, M. (2008). Relaciones interpersonales adecuadas mediante una comunicación y conducta asertiva. *Actualidades Investigativas en Educación* , 1-27.
- Opazo, R. (2004). *Biblioterapia para el desarrollo asertivo, Psicoterapia Integrativa*. Santiago- Chile: Edic. ICPSI.

- Peñalver, C. (2010). *Consejo general de colegios oficiales de psicólogos*. Madrid España: TEA Ediciones, S.A.
- Ramirez, V. V. (2002). *Reseña de "La interacción social*. España: VIII Junio.
- Rios, J. A. (2009). *Personalidad, madurez humana y contexto familiar*. Madrid: CCS.
- Riso, W. (2002). *Cuestión de dignidad. aprenda a decir no y gane autoestima siendo asertivo*. Bogotá: Norma.
- Rodríguez, A. (2013). La relación escuela - familia y las competencias docentes. *Sinapsis* , 1-14.
- Sperry, L. (2010). *Disturbo Di Personalità*. Italia.
- Staton, W., Etzel, M., & Walker, B. (2007). *Fundamentos de marketing*. McGraw.Hill Interamericana.
- Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by Reciprocal Inhibition* . California: Universite Press.

# ANEXOS

## Resultados del test aplicado.

- **CLASIFICACIÓN DE EVALUACIÓN MILLON MULTIAXIAL INVENTORY- II**

La corrección de esta prueba es mecanizada y para la interpretación de las **ESCALAS DE VALIDEZ** tendremos en cuenta lo siguiente:

Con relación a los resultados aplicados, tenemos **validez de la prueba aplicada** por cuanto el resultado se dio en parámetros  $V=0$  que significa válido.

X (SINCERIDAD)  $<145 \ 0> \ 590$  invalida la prueba. Con relación a los resultados aplicados, tenemos SINCERIDAD DE LA PRUEBA por cuanto el resultado se dio un puntaje de 281.

Y (DESEABILIDAD SOCIAL) Se encuentra en Rango de 75 que nos indica tendencia del sujeto a presentar de forma favorable o con personalidad atrayente.

Z (AUTODESCALIFICACIÓN) Tenemos un puntaje de 48 que nos indica.

## NORMALIDADES EMOCIONALES Y PERSONALIDAD

### TABLA BAREMO PARA CALIFICACIÓN DE RESULTADOS

INDICADOR ELEVADO	$\geq 85$
INDICADOR MODERADO	75 – 84
INDICADOR SUGESTIVO	60 – 74
INDICADOR BAJO	35 – 59
INDICADOR NULO	0 – 34

**PATRONES CLINICOS DE PERSONALIDAD** en los rasgos de estudios como son Esquizoide, Evitativo, Dependiente, Histriónicos, Narcisista, Antisocial, Agresivo – Sádico, Compulsivo, Pasivo - Agresivo, Autoderrotista; en la prueba aplicada hay la coexistencia de INDICADORES SUGESTIVO Y MODERADO, que nos indica que NO hay existencia de trastorno o patrones clínicos de personalidad pero Si, presenta un estilo de personalidad evitativo.

**PATOLOGÍAS SEVERAS DE PERSONALIDAD** como son: Esquizotípico, Bordeline y Paranoide, en la prueba aplicada hay la coexistencia de INDICADORES BAJO, que nos indica que NO hay existencia de Psicologías Severas de Personalidad.

**SINDROMES CLÍNICOS** como son: ansiedad, somatoformo, bipolaridad, distimia, dependencia de alcohol y drogas; en la prueba aplicada hay la coexistencia de: INDICADORES SUJESTIVOS Y MODERADOS, que nos indica que NO hay existencia de sindromes severos, pero SI la existencia rasgos compatibles de un cuadro clínico.

### **CONCLUSIÓN DEL TEST APLICADO DE EVALUACIÓN**

Se debe indicar que la prueba aplicada a la sra NN, presenta estilos o rasgos en referencias nosológicas en el Test de Evaluación Millon Clínica Multiaxial Inventory- II, que encuadren en la Clasificación Multiaxial del DSM-IV-TR de los EJES I y II (Trastorno Clínicos o de Personalidad).

### **CONCLUSIONES**

### **PAUTAS PARA EL DIANÓSTICO DEL TRASTORNO DE PERSONALIDAD**

**SEGÚN EL DSM-IV-TR** El DSM IV define los rasgos de personalidad como

“patrones persistentes de forma de percibir, relacionarse, y pensar sobre el entorno y sobre uno mismo, que se pone de manifiesto en una amplia gama de contextos sociales y personales”. El trastorno de personalidad se dan cuando estos rasgos que son egosintónicos (es decir, la persona se siente bien como es, o en todo caso percibe su sufrimiento emocional como algo inevitable, sin relación alguna consigo mismo, con su manera de ser y comportarse), se hacen inflexibles y desadaptativos (hacia al final de la adolescencia se consolidan de forma permanente y estables), y cuando causan un deterioro personal significativo o un malestar subjetivo.