



UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

TRASTORNO DE CONDUCTA Y CONTROL DE IMPULSOS:
TRASTORNO EXPLOSIVO INTERMITENTE Y LA EFICACIA DEL
TRATAMIENTO MEDIANTE EL MODELO COGNITIVO-CONDUCTUAL

RENGEL LIENDRES KRISTELL MARCELA
PSICÓLOGA CLÍNICA

MACHALA
2019



UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

TRASTORNO DE CONDUCTA Y CONTROL DE IMPULSOS:
TRASTORNO EXPLOSIVO INTERMITENTE Y LA EFICACIA DEL
TRATAMIENTO MEDIANTE EL MODELO COGNITIVO-
CONDUCTUAL

RENGEL LIENDRES KRISTELL MARCELA
PSICÓLOGA CLÍNICA

MACHALA
2019



UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

EXAMEN COMPLEXIVO

TRASTORNO DE CONDUCTA Y CONTROL DE IMPULSOS: TRASTORNO
EXPLOSIVO INTERMITENTE Y LA EFICACIA DEL TRATAMIENTO MEDIANTE EL
MODELO COGNITIVO-CONDUCTUAL

RENGEL LIENDRES KRISTELL MARCELA
PSICÓLOGA CLÍNICA

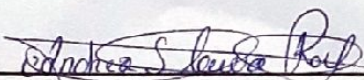
CUEVA REY ANDREA STEFFANIE

MACHALA, 27 DE AGOSTO DE 2019

MACHALA
27 de agosto de 2019

Nota de aceptación:

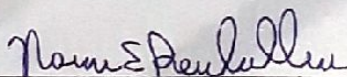
Quienes suscriben, en nuestra condición de evaluadores del trabajo de titulación denominado Trastorno de conducta y control de impulsos: Trastorno explosivo intermitente y la eficacia del tratamiento mediante el modelo cognitivo-conductual, hacemos constar que luego de haber revisado el manuscrito del precitado trabajo, consideramos que reúne las condiciones académicas para continuar con la fase de evaluación correspondiente.



CUEVA REY ANDREA STEFFANIE

0703801332

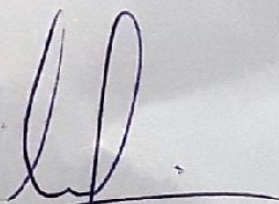
TUTOR - ESPECIALISTA 1



REBOLLEDO YANGE NAVIER ENRIQUE

0703340695

ESPECIALISTA 2



SERRANO POLO OSCAR RODOLFO

0701356552

ESPECIALISTA 3

Fecha de impresión: miércoles 28 de agosto de 2019 - 10:06

Urkund Analysis Result

Analysed Document: Trabajo de titulación Urkund.docx (D54788643)
Submitted: 8/12/2019 8:11:00 PM
Submitted By: krengel_est@utmachala.edu.ec
Significance: 4 %

Sources included in the report:

<http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/169170/>

[TFG_2017_MallenHerraiz_Victor.pdf?sequence=1](#)

<https://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-psiquiatria-379-articulo-trastorno-explosivo-intermitente-un-diagnostico-S0034745015001602>

<https://es.nurturaa.com/terapia-cognitivo-conductual-la-terapia-cognitiva-conductual-simplemente-psicologia/>

https://algoritmos.aepap.org/adjuntos/tastornos_conducta.pdf

Instances where selected sources appear:

5

CLÁUSULA DE CESIÓN DE DERECHO DE PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO DIGITAL INSTITUCIONAL

La que suscribe, RENGEL LIENDRES KRISTELL MARCELA, en calidad de autora del siguiente trabajo escrito titulado Trastorno de conducta y control de impulsos: Trastorno explosivo intermitente y la eficacia del tratamiento mediante el modelo cognitivo-conductual, otorga a la Universidad Técnica de Machala, de forma gratuita y no exclusiva, los derechos de reproducción, distribución y comunicación pública de la obra, que constituye un trabajo de autoría propia, sobre la cual tiene potestad para otorgar los derechos contenidos en esta licencia.

La autora declara que el contenido que se publicará es de carácter académico y se enmarca en las disposiciones definidas por la Universidad Técnica de Machala.

Se autoriza a transformar la obra, únicamente cuando sea necesario, y a realizar las adaptaciones pertinentes para permitir su preservación, distribución y publicación en el Repositorio Digital Institucional de la Universidad Técnica de Machala.

La autora como garante de la autoría de la obra y en relación a la misma, declara que la universidad se encuentra libre de todo tipo de responsabilidad sobre el contenido de la obra y que asume la responsabilidad frente a cualquier reclamo o demanda por parte de terceros de manera exclusiva.

Aceptando esta licencia, se cede a la Universidad Técnica de Machala el derecho exclusivo de archivar, reproducir, convertir, comunicar y/o distribuir la obra mundialmente en formato electrónico y digital a través de su Repositorio Digital Institucional, siempre y cuando no se lo haga para obtener beneficio económico.

Machala, 27 de agosto de 2019

RENGEL LIENDRES KRISTELL MARCELA
0706859642

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mi hija por ser mi inspiración para cada una de mis metas propuestas; a mi madre y mi padre adoptivo por ser los guías de cada acto que realizo hoy, mañana y siempre, a mi tutora la Psic. Clin. Andrea Cueva por brindarme la orientación necesaria para la realización del presente ensayo.

Kristell Marcela Rengel Liendres

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, agradezco a Dios por permitirme terminar mis estudios con éxito, a mi padre por apoyarme incondicionalmente en todos mis propósitos y objetivos que me he planteado estando conmigo enfrentando todo obstáculo y a mi hija que es mi motor principal para seguir adelante y ser una profesional.

Y finalmente a la Psic. Clin. Andrea Cueva por haberme brindado sus conocimientos, los cuales aproveche para ponerlos en práctica en la realización del presente ensayo.

Kristell Marcela Rengel Liendres

RESUMEN

Kristell Marcela Rengel Liendres

C.I: 0706859642

marcelarengel1994@gmail.com

Los trastornos de conducta son una de las razones más comunes para el tratamiento de niños, jóvenes y adultos que necesitan la ayuda profesional para superarlo. Estos trastornos involucran un patrón de conductas disruptivas en las personas que lo padecen causando problemas en la escuela, en el hogar y en situaciones sociales. Las personas en general muestran algunas de estas conductas a veces, pero los trastornos de conducta son más graves, por cuanto es un patrón que ocurre en segundas ocasiones. Uno de estos trastornos es el explosivo intermitente que se caracteriza por un comportamiento de violencia descontrolada, que se incluye dentro de los trastornos del control de impulsos, y que consiste en que la persona que lo sufre estalla ante cualquier frustración por mínima que sea, sin necesidad de que haya un estado de ánimo alterado. Afectando tanto a la persona como su entorno compuesto por familia, amistades, conocidos, y ciudadanía en general. Este estudio tiene como objetivo establecer un diagnóstico psicopatológico a partir del estudio de un caso clínico documentado para fundamentar la efectividad de un modelo terapéutico. El tipo de investigación empleada es documental, donde se utilizaron revistas científicas y libros especializados, para la recopilación de información.

Palabras claves: Trastorno de conducta, trastorno explosivo intermitente, modelo cognitivo-conductual.

ABSTRACT

Kristell Marcela Rengel Liendres
C.I: 0706859642
marcelarengel1994@gmail.com

Behavioral disorders are one of the most common reasons for the treatment of children, youth and adults who need professional help to overcome it. These disorders involve a pattern of disruptive behavior in people who suffer from it causing problems at school, at home and in social situations. People in general show some of these behaviors at times, but the behavior disorders are more serious, because it is a pattern that occurs repeatedly. One of these disorders is the intermittent explosive that is characterized by uncontrolled violence behavior, which is included within the impulse control disorders, and that is that the person who suffers it explodes before any frustration, however minimal, without need for an altered mood. Affecting both the person and his environment composed of family, friends, acquaintances, and citizenship in general. This study aims to establish a psychopathological diagnosis from the study of a documented clinical case to support the effectiveness of a therapeutic model. The type of research used is documentary, where scientific journals and specialized books were used, for the collection of information.

Keywords: Behavioral disorder, intermittent explosive disorder, cognitive behavioral model.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	6
TRASTORNOS DE CONDUCTA	8
CONCLUSIONES	17
BIBLIOGRAFÍA	18

INTRODUCCIÓN

Las personas están expuestas a un sinnúmero de situaciones en su diario vivir que inciden en su comportamiento, sin embargo, las enfrentan buscando una solución. Para Castillo (2006) las personas que tienen problemas de conducta no resisten el impulso de actuar de manera violenta que pueden desencadenar efectos nocivos para la persona como para su entorno.

Estos individuos necesitan de ayuda profesional para superar sus problemas de conducta. Arango, Romero, Hewitt y Rodríguez (2018) indican que existe una diversidad de modelos psicológicos que se adecuan al trastorno detectado, empleando técnicas y métodos para una terapia ajustada a las necesidades del paciente.

Uno de estos trastornos es el explosivo intermitente, diagnóstico utilizado para clasificar a las personas que participan en actos repetidos de agresión impulsiva que son desproporcionados a cualquier provocación, y no se explican mejor por los efectos de una sustancia, condición médica u otro trastorno psicológico. Para Black y Andreasen (2015) es un trastorno de agresión impulsivo en que estudios recientes han demostrado que es un trastorno común y poco diagnosticado. También está asociado con un considerable deterioro social y ocupacional que puede incluir la pérdida de trabajo, problemas de relación, dificultades legales y transmisión intergeneracional de conductas agresivas. Además, tiende a seguir un curso crónico cuando no se trata. Afectando tanto a la persona como su entorno compuesto por familia, amistades, conocidos, y ciudadanía en general.

El presente estudio hace referencia a una paciente de 25 años de edad, con un temperamento explosivo, suspendido en primero de preparatoria por utilizar un par de tijeras para atacar a un compañero, presenta dificultad para permanecer sentado durante la clase y concentrarse. En su graduación de preparatoria, su patrón de estallidos temperamentales periódicos continuó en gran medida sin cambios, fue despedido de varios empleos por peleas y dado de baja del ejército.

Este estudio tiene como objetivo establecer un diagnóstico psicopatológico a partir del estudio de un caso clínico documentado para fundamentar la efectividad del modelo cognitivo conductual. El tipo de investigación empleada es documental se utilizaron revistas científicas, libros especializados, para la recopilación de información.

TRASTORNOS DE CONDUCTA

El trastorno de conducta es un trastorno emocional y de comportamiento grave que puede ocurrir en niños y adolescentes. Según la Organización Mundial de la Salud los trastornos mentales representan el 16% de enfermedades a nivel mundial generando lesiones en personas con edades entre los 10 a 19 años. La mitad de los casos se dan a los 14 años, pero no son detectados ni tratados en la mayoría de casos. La prevención de los trastornos son clave para ayudar a las personas a tener una mejor calidad de vida (OMS, 2018).

Un niño con este trastorno puede mostrar un patrón de comportamiento perturbador y violento y tener problemas para seguir las reglas. Sabeh, Caballero y Contini (2017) indican que son actos autoagresivos o heteroagresivos que provocan secuelas negativas tanto para la persona como su entorno, requiriéndose de una intervención clínica con profesionales que puedan ejercer un tratamiento adecuado para superar estos problemas de conducta.

Es frecuente que los niños y adolescentes tengan problemas relacionados con el comportamiento en algún momento durante su desarrollo. Sin embargo, se torna un trastorno de conducta cuando es de larga duración violando los derechos de los demás, yendo en contra de las normas aceptadas de comportamiento e interrumpe la vida cotidiana del niño o la familia. Para Rosabal, Romero, Gaquín y Hernández (2015) en la adolescencia se incrementa los riesgos en la conducta cometiéndose acciones voluntarias o involuntarias que pueden tener consecuencias nocivas.

Estos cambios de conducta traen consigo problemas de personalidad, siendo en la adolescencia el momento que se busca resolver los conflictos e interacciones particulares donde se tienen vivencias, sentimientos y actitudes contrarias, incrementando su vulnerabilidad al estrés y la desadaptación psicológica (Vinet & Forns, 2006). El individuo debe de manejar las emociones que son alteraciones súbitas que experimenta la persona según su estado de ánimo siendo las más conocidas la ira, temor, placer, tristeza, sorpresa, entre otras.

Según Cano y Zea (2012) cuando la persona se deja llevar por las emociones negativas puede caer en actos de intolerancia que pueden devenir en actividades agresivas que pueden afectar a la otra persona. Por lo general las personas piensan antes de actuar sin llevar nuestro pensamiento al plano físico y real, ocurriendo en este momento el

autocontrol que es el dominio que tiene la persona sobre sí, pensando antes de actuar. Para Hervás y Moral (2017) esta falta de regulación en las emociones genera que los individuos que tienen déficit de control de emociones expresen conductas violentas sin considerar las posibles consecuencias que puedan desencadenar.

Benítez, Sánchez y Serrano (2015) indican que es importante tener un mayor conocimiento del constructo de personalidad antes de los 18 años, para establecer diagnósticos e intervenciones a tiempo para el beneficio de la ciudadanía en general, mejorar la calidad de vida de la persona que padece la problemática, y de su entorno íntimo.

Cuando se está bajo un estrés lo suficientemente severo, cualquier persona normalmente calmada y concentrada podría enojarse, incluso hasta el punto de violencia. Pero algunas personas que sufren de un trastorno explosivo intermitente pierden su temperamento repetidamente: la tensión aumenta hasta que se produce una descarga explosiva (Morales, 2012). Este trastorno se caracteriza por respuestas de ira desproporcionadas, lo que lleva a un daño grave a través de palabras o hechos violentos. Por definición, el comportamiento no puede explicarse por otro diagnóstico (por ejemplo, trastorno de personalidad antisocial o límite, trastorno por déficit de atención, trastorno de conducta, abuso de sustancias o demencia).

El trastorno es más común de lo que los expertos creían inicialmente, y puede ser bastante destructivo. Según Zapata y Palacio (2016) como consecuencia de estos episodios se tienen la solicitud de atención médica por accidentes, daños a propiedad ajena, disfuncionalidad familiar y laboral provocando impacto social, económico y legal requiriéndose una atención inmediata.

En la Replicación de la Encuesta Nacional de Comorbilidad, una investigación comunitaria realizada por el Instituto Nacional de Salud Mental, colocó la incidencia de por vida en el rango del 5% al 7% y la prevalencia actual del 3% al 4%, dependiendo de cómo se definió la condición. También encontró que las personas con IED a menudo eran jóvenes y que la mayoría eran hombres. En los casos más severos (al menos tres ataques de ira por año), una persona con un trastorno explosivo intermitente puede tener docenas de episodios a lo largo del tiempo, provocando lesiones que requieren atención médica o miles de dólares en daños a la propiedad (Harvard Mental Health, 2019).

De igual manera este trastorno sigue siendo controvertido, especialmente cuando se diagnostica en un individuo que se responsabiliza por acciones violentas. Los datos epidemiológicos aún son limitados, y existe una amplia coincidencia con muchos trastornos que presentan un comportamiento impulsivo y agresivo (Urra, 2003). Sigue habiendo amplias variaciones, de clínico a clínico, en la forma en que se realiza el diagnóstico. No obstante, el costo para los perpetradores y sus víctimas es tan alto que cada nuevo conocimiento de la biología de este grupo de pacientes es mucho más que un interés pasajero.

Zapata y Palacio (2016) señalan que los síntomas que presentan las personas que padecen del trastorno son la tensión interna, miedo, cefalea, náuseas, alteraciones en la conciencia, elementos a considerar en los diagnósticos diferenciales. Una característica es que durante las alteraciones de conducta no se observan ningún tipo de impulsos negativos, a no ser que tenga comorbilidad con otros trastornos.

Para el diagnóstico del trastorno los profesionales utilizan el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales que se lo conoce por sus siglas en inglés como DSM, en el que se describen de manera clara las categorías diagnósticas para tratar los diferentes problemas o trastornos existentes. La actual edición es la quinta que se la conoce como DSM – V. Según Echeburúa, Salaberría y Cruz (2014) en este manual el trastorno explosivo intermitente incluye, a parte de la agresión física, la agresión verbal, especificando los criterios para poder hacer un diagnóstico.

Los criterios diagnósticos del trastorno según el DSM-5 (2014) son:

Arrebatos en el comportamiento recurrentes que reflejan falta de control de los impulsos de agresividad manifestada por una de las siguientes: agresión verbal (como berrinches, disputas verbales o peleas) o agresión física contra la propiedad, los animales u otros individuos, en promedio dos veces por semana, durante un periodo de tres meses. La agresión física no causa daños ni destrucción de la propiedad ni produce lesiones físicas a los animales u otros individuos.

De igual manera arrebatos en el comportamiento que causen daños o destrucción de la propiedad o agresión física con lesiones a animales u otros individuos, sucedidos en los últimos doce meses; la magnitud de la agresividad expresada durante los arrebatos

recurrentes es bastante desproporcionada respecto a la provocación o el factor desencadenante.

Estos arrebatos agresivos recurrentes no son premeditados (es decir, son impulsivos o provocados por la ira) ni persiguen ningún objetivo tangible (como dinero, poder o intimidación). Los arrebatos agresivos recurrentes inducen un marcado malestar en el individuo, alteran su rendimiento laboral o sus relaciones interpersonales y tienen consecuencias económicas o legales, el individuo tiene una edad cronológica de por lo menos seis años

Los arrebatos agresivos recurrentes no se explican mejor por otro trastorno mental (p. ej., trastorno depresivo mayor, trastorno bipolar, trastorno de desregulación perturbador del estado de ánimo, trastorno psicótico, trastorno de la personalidad antisocial, trastorno de personalidad límite), ni se pueden atribuir a otra afección médica (p. ej., traumatismo craneoencefálico, enfermedad de Alzheimer) ni a los efectos fisiológicos de alguna sustancia (p. ej., drogadicción, medicación). En los niños de edades comprendidas entre 6 y 18 años, a un comportamiento agresivo que forme parte de un trastorno de adaptación no se le debe asignar este diagnóstico (DSM-5, 2014).

Para el tratamiento de las conductas agresivas, existen numerosas investigaciones con diferentes bases teóricas. Coie, Lochman, Ferry, Hyman (1992) en sus trabajos han establecido que las conductas agresivas en menores de edad que cursan la educación básica es un predictor de que la agresividad se incrementará llevando a la persona a tener conductas delincuenciales, intensificándose los casos cuando de por medio ha habido un rechazo de los padres.

González y Carrasco (2006) comentan una serie de teorías para el tratamiento de las conductas agresivas, entre las que se encuentran la psicodinámica que aplica estrategias de asociación libre con la intención de que la persona comprenda los motivos que lo llevan a ser agresivo, entendiéndose por agresividad la liberación de impulsos destructivos.

La teoría psicodinámica actúa para organizar y fundamentar algunos de estos conceptos psicoanalíticos en el contexto del trabajo con violencia en entornos de salud mental. Para Montaña, Palacios y Gantiva (2009) el marco implica la consideración de varias construcciones superpuestas. Estos incluyen: el entorno en el que se administra a la persona, en el que los temas de contención, riesgo, límites y divulgación de información

son primordiales; evaluación de riesgo y tratabilidad; involucrar al paciente en un proceso terapéutico; intervenciones terapéuticas específicas; y el reconocimiento y análisis de las poderosas reacciones de contratransferencia que los individuos violentos provocan en aquellos involucrados en su cuidado.

De esta manera comprender cómo la persona utiliza mecanismos de defensa que afectan a los equipos e instituciones que los cuidan y pueden utilizarse para refinar las intervenciones terapéuticas y la evaluación y gestión del riesgo, este marco psicodinámico puede ser útil para organizar las diversas facetas de la gestión y el cuidado de las personas violentas, sea cual sea la disciplina del profesional y su modelo predominante de comprensión (Montaño, Palacios, & Gantiva, 2009).

El modelo socio-cognitivo, según Cupani, Azpilicueta y Sialle (2017), consideran que la conducta agresiva es generada por problemas interpersonales del individuo, quien tiende a malinterpretar las conductas sociales pensando que son amenazas o provocaciones en situaciones que no existen. Esta teoría comenzó como la teoría del aprendizaje social (SLT) en la década de 1960 por Albert Bandura la cual se convirtió en la SCT en 1986 y postula que el aprendizaje ocurre en un contexto social con una interacción dinámica y recíproca de la persona, el entorno y el comportamiento.

La característica única de SCT es el énfasis en la influencia social y su énfasis en el refuerzo social externo e interno. SCT considera la forma única en que los individuos adquieren y mantienen el comportamiento, al tiempo que considera el entorno social en el que los individuos realizan el comportamiento. La teoría tiene en cuenta las experiencias pasadas de una persona, lo que determina si se producirá una acción conductual. Estas experiencias pasadas influyen en los refuerzos, expectativas y expectativas (Naranjo, 2011).

La teoría conductual trata que el individuo deje atrás la conducta agresiva, aprendiendo o desarrollando el uso de conductas no agresivas a través de estrategias de reforzamiento primario y secundario, aplicar castigo, combina la contingencia y castigo para que la persona cambie su agresividad (Pérez, 2012).

El conductismo se la considera como la gran teoría del desarrollo humano que estudia el comportamiento observable donde describe las leyes y procesos por los cuales se aprende el comportamiento; es un punto de vista teórico que enfatiza el estudio de los

comportamientos observables, especialmente en lo que respecta al proceso de aprendizaje. Insiste en que solo el comportamiento observable debe formar el objeto de estudio, ya que esto se puede observar, describir y medir en términos objetivos (Chaux, 2013).

La teoría cognitiva es otra de las grandes teorías del desarrollo humano que se centra en los cambios en la forma en que las personas piensan con el tiempo; este modelo es desarrollado por Beck, citado por González, Barreto y Salamanca (2017), quien considera que la agresividad expresada en la conducta del individuo se manifiesta por el sistema personal de constructos y las ideas irracionales, en donde se focaliza en la ira, agresividad las cuales se centrarán las estrategias para su tratamiento.

Según esta teoría, nuestros pensamientos dan forma a nuestras actitudes, creencias y comportamientos; se enfoca en los procesos mentales involucrados en el aprendizaje y el conocimiento, y en cómo la mente organiza activamente las experiencias. Se destaca la importancia del aprendizaje observacional, los procesos cognitivos conscientes, las experiencias sociales, las creencias de "autoeficacia" y el "determinismo recíproco". Bandura citado por Naranjo (2011) propone que hay cinco factores cognitivos principales que median el control del comportamiento agresivo:

Atención: una persona / niño debe atender al agresor. Por lo tanto, un niño debe prestar atención a un acto de agresión realizado por un modelo a seguir; por ejemplo, cuando un niño se involucra en un juego de computadora o ve una película violenta, está asistiendo a la agresión.

Retención: para modelar el comportamiento, debe colocarse en LTM, lo que permite recuperar el comportamiento. Un niño necesita recordar la agresión que ha presenciado.

Producción: el individuo necesita poder reproducir el comportamiento, es decir, tener las capacidades físicas. Así, por ejemplo, es menos probable que se imite la agresión que muestran los superhéroes si el niño no posee las capacidades físicas para llevar a cabo el comportamiento.

Motivación: un individuo debe esperar recibir un refuerzo positivo para el comportamiento modelado. Un niño debe esperar que obtendrá algún tipo de recompensa

por llevar a cabo la agresión. Esto no tiene que ser materialista, pero podría estar relacionado con obtener un estatus más alto a los ojos de sus compañeros.

Autoeficacia: las personas deben creer que su comportamiento alcanzará una meta; deben tener confianza en su propia capacidad para llevar a cabo la acción y que serán recompensados por esa acción. La autoeficacia se relaciona con el factor de la autoconfianza en las propias acciones. Si un niño decide que la agresión será una acción apropiada, debe estar seguro de que puede llevar a cabo el comportamiento y que terminará en un resultado positivo.

Del modelo cognitivo y conductual, aparece la unión de éstos, desarrollándose el cognitivo-conductual, empleándose estrategias para modificar la ira y la agresividad a través del empleo de contingencias y castigo, modificando los pensamientos que llevan al empleo de las conductas agresivas. Foa y Meadows citado por Hernández (2018) indican que este modelo es el que tiene mayor respaldo empírico para el tratamiento de conductas agresivas. Para Sales, Pardo, Mayordomo, Satorres, Meléndez (2015) la combinación de los métodos trae beneficios al unificarlo en una sola terapia, donde su efectividad ha sido demostrada en varios estudios aplicados a diferentes tipos de trastornos.

Para Chávez, Benítez y Ontiveros (2014), tiende a reconocer los problemas de conducta para poder cambiar los patrones que lo generan, siendo compatible con teorías y terapias biológicas, teniendo buenos resultados sin la necesidad de administrar solamente medicinas. (Díaz, Soto, & Ortega, 2016) el modelo basa en la idea de que cómo se piensa (cognición), cómo se siente (emoción) y cómo se actúa (comportamiento) interactúan todos juntos. Específicamente, nuestros pensamientos determinan nuestros sentimientos y nuestro comportamiento.

Díaz, Soto y Ortega (2016) indican que los enfoques de la terapia cognitivo-conductual se basan en el principio fundamental de que las cogniciones de un individuo desempeñan un papel importante y primario en el desarrollo y mantenimiento de respuestas emocionales y conductuales a situaciones de la vida. En este modelo, los procesos cognitivos, en forma de significados, juicios, valoraciones y suposiciones asociadas con eventos de la vida específicos, son los determinantes principales de los sentimientos y acciones de uno en respuesta a los eventos de la vida y, por lo tanto, facilitan o dificultan

el proceso de adaptación. La TCC incluye una variedad de enfoques que han demostrado ser eficaces en el tratamiento de diferentes trastornos.

Zapata y Palacio (2016) señalan que para la psicoterapia uno de los tratamientos con mayor muestras de eficacia es el modelo cognitivo-conductual (TCC) en las que subyace el pobre control de impulsos y de la ira que tienen los pacientes. Para Botella, Baños y Períñá citado por Acevedo y Yañez (2014) la técnica cognitivo conductual es un tratamiento psicológico, que en su parte conductual realiza tratamientos al paciente como terapias de relajación, técnicas de exposición, solución de conflictos, técnicas para afrontar problemas. En lo relacionado a lo cognitivo se realizan procesos emocionales, reestructuración cognitiva, identificación de pensamiento. Osma, Crespo y Castellano (2016) comenta que la terapia cognitivo conductual para el trastorno explosivo intermitente ha tenido resultados eficientes, tanto en su aplicación grupal como individual.

Cerdá (2013) propone los siguientes componentes para el tratamiento de conductas agresivas, que pueden ser adaptadas para el trastorno explosivo intermitente: psicoeducación, control de la ira, autoestima, técnicas de respiración, técnicas cognitivas, enfrentamiento a problemas, desarrollo de habilidades sociales, técnicas para enfrentar recaídas. Para un mejor entendimiento.

Tejón y Gutiérrez (2015) hacen una descripción de las técnicas de corte cognitivo-conductual:

La Psicoeducación que tiene como finalidad que el individuo que está recibiendo tratamiento conozca sobre cómo funciona las técnicas cognitivas en la mente; las técnicas de desactivación que da a conocer al paciente la forma de respirar de manera completa y profunda para controlar las emociones; una reestructuración cognitiva para poder modificar las creencias irracionales hacia unas realistas cambiando el nivel emocional y de conducta del paciente; la solución de problemas en que se identifican soluciones más idóneas ante situaciones problemáticas que se presenten y las habilidades sociales en que se enseña al paciente cortar interacciones que no desea y más bien buscar otras que lo motiven de manera positiva (Tejón & Gutiérrez, 2015).

Zapata y Palacio (2016) indican que las técnicas con mayor evidencia para el tratamiento del TEI son las psicoterapias con el modelo cognitivo-conductual para tratar el bajo

control sobre los impulsos e ira que padecen estas personas. Los autores indican que se aplicó un estudio piloto en 45 personas donde los resultados son halagadores por la reducción significativa en sus conductas en que la ira, agresividad y hostilidad. En los niños se aplicó una terapia de juego, y psicoterapia emplazada a la introspección en las personas adultas.

CONCLUSIONES

El trastorno explosivo intermitente es generado por el bajo autocontrol que tienen las personas para hacer frente a situaciones problemáticas que se les presentan, emociones que son reflejadas en impulsos violentos sin considerar las consecuencias, provocando arrepentimiento por su comportamiento erróneo.

El trastorno explosivo intermitente hace su aparición en el DSM-V dentro de los trastornos destructivos del control de los impulsos y la conducta, en que se realizan los criterios para su diagnóstico.

El modelo que mejor se ajusta para el tratamiento del trastorno explosivo intermitente es el cognitivo-conductual ayudando a las personas a darse cuenta de cuando hacen interpretaciones negativas y de los patrones de comportamiento que refuerzan el pensamiento distorsionado. La terapia cognitiva-conductual ayuda a las personas a desarrollar formas alternativas de pensar y comportarse con el objetivo de reducir su angustia psicológica.

Tiene un gran atractivo porque se centra en el pensamiento y comportamiento del individuo. Las habilidades cognitivas y conductuales humanas han sido responsables de los muchos logros, por lo que también pueden ser responsables de los problemas, necesitándose del apoyo de profesionales en psicología para desarrollar un tratamiento para las personas que padecen del trastorno explosivo intermitente.

Existen técnicas de corte del modelo cognitivo-conductual para tratar estos trastornos donde la psicoeducación, técnicas de desactivación, reestructuración cognitiva, solución de problemas, habilidades sociales, son los mecanismos para que el paciente pueda tener una mejor calidad de vida.

BIBLIOGRAFÍA

- Acevedo, A., & Yañez, C. (2014). Propuesta de intervención clínica cognitivo-conductual para personas que enfrentan problemas psicosociales. *Revista Tesis Psicológica*, 9(1), 156-171.
- Arango, J., Romero, I., Hewitt, N., & Rodríguez, W. (2018). *Trastornos psicológicos y neuropsicológicos en la infancia y la adolescencia*. México: El Manual Moderno.
- Benítez, M., Sánchez, E., & Serrano, M. (2015). Indicadores clínicos de personalidad en la adolescencia. *Picología desde el caribe*, 32(2), 236-253.
- Black, D. W., & Andreasen, N. C. (2015). *Texto introductorio de psiquiatría*. México: Editorial El Manual Moderno.
- Cano, S., & Zea, M. (2012). Manejar las emociones, factor importante en el mejoramiento de la calidad de vida. *Revista Logos, Ciencia & Tecnología*, 4(1), 58-67.
- Castillo, M. (2006). El comportamiento agresivo y sus diferentes enfoques. *Psicogente*, 9(15), 166-170.
- Cerdá, J. M. (2013). Caso clínico: tratamiento cognitivoconductual en conductas de agresividad extrema en el aula. *Información Psicológica*(103), 87-98.
- Chaux, E. (2013). Agresión reactiva, agresión instrumental y el ciclo de la violencia. *Revista de Estudios Sociales*, 15, 47-58.
- Chávez, E., Benitez, E., & Ontiveros, M. (2014). La terapia cognitivo conductual en el tratamiento de la depresión del trastorno bipolar tipo I. *Salud Mental*, 37, 111-117.
- Coie, J. D., Lochman, J. E., Terry, R., & Hyman, C. (1992). Predicción del trastorno adolescente temprano a partir de la agresión infantil y la expulsión de pares. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 783-792.
- Cupani, M., Azpilicueta, A. E., & Sialle, V. (2017). Evaluación de un modelo social - cognitivo de la elección de la carrera desde la tipología de holland en estudiantes de la escuela secundaria. *Revista Española de Orientación y Psicopedagogía*, 28(3), 8-24.
- Díaz, N., Soto, H., & Ortega, G. (2016). Terapias Cognitivas y Psicología Basada en la Evidencia. Su especificidad en el mundo infantil. *Revista Wimblu*, 11(1), 19-38.
- DSM-5. (2014). *Guía de consulta de los criterios de diagnóstico del DSM-5*. Washington, DC: Asociación Americana de Psiquiatría.
- Echeburúa, E., Salaberría, K., & Cruz, M. (2014). Aportaciones y limitaciones del DSM-5 desde la Psicología Clínica. *Terapia Psicológica*, 32(1), 65-74.
- González, D., Barreto, A., & Salamanca, Y. (2017). Terapia cognitiva: antecedentes, teoría y metodología. *Revista Iberoamericana de Psicología*, 10(2), 199-207.
- González, M. P., & Carrasco, M. Á. (2006). Intervención psicológica en agresión: técnicas, programas y prevención. *Acción Psicológica*, 4(2), 83-105.

- Harvard Mental Health. (2019). *Tratamiento del trastorno explosivo intermitente*. Obtenido de <https://www.health.harvard.edu/mind-and-mood/treating-intermittent-explosive-disorder>
- Hernández, A. (2018). Aplicación de la terapia cognitivo-conductual con componentes de clarificación de valores y activación conductual en un caso de trastorno de estrés postraumático. *Análisis y Modificación de Conducta*, 44(169), 11-35.
- Hervás, G., & Moral, G. (2017). Regulación emocional aplicada al campo clínico. *FOCAD*, 3-27.
- Montaño, M., Palacios, J., & Gantiva, C. (2009). Teorías de la personalidad. Un análisis histórico del concepto y su medición. *Psychologia*, 3(2), 81-107.
- Morales, A. M. (2012). *Los programas de intervención con hombres que ejercen violencia contra su pareja mujer*. Santiago: Fundación Paz Ciudadana.
- Naranjo, M. L. (2011). *Enfoques Conductistas, Cognitivos y Racional Emotivos*. San José: Editorial Universidad de Costa Rica.
- OMS. (2018). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
- Osma, J., Crespo, E., & Castellano, C. (2016). Terapia Cognitivo-Conductual multicomponente para el tratamiento del Trastorno Explosivo Intermitente por videoconferencia: un estudio de caso. *Anales de psicología*, 32(2), 424-432.
- Pérez, R. (2012). El análisis conductista del pensamiento humano. *Revista Latina de Análisis de Comportamiento*, 20, 49-68.
- Rosabal, E., Romero, N., Gaquín, K., & Hernández, R. (2015). Conductas de riesgo en los adolescentes. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 44(2), 218-229.
- Sabeh, E., Caballero, V., & Contini, N. (2017). Comportamiento agresivo en niños y adolescentes: Una perspectiva desde el ciclo vital. *Cuadernos Universitarios*(10), 77-95.
- Sales, A., Pardo, A., Mayordomo, T., Satorres, E., & Meléndez, J. (2015). Efectos de la terapia cognitivo-conductual sobre la depresión en personas mayores institucionalizadas. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 20, 165-172.
- Tejón, O., & Gutiérrez, G. (2015). Intervención cognitivo conductual en un caso de confusión emocional y bajo control de la ira. *Revista de Casos Clínicos en Salud Mental*, 1, 101-116.
- Urra, J. (2003). Adolescencia y violencia. Tópicos y realidades. *Revista de Estudios de Juventud*, 62, 11-20.
- Vinet, E., & Forns, M. (2006). El inventario clínico de adolescentes de Millon (MACI) y su capacidad para discriminar entre población general y clínica. *Revista Psykhe*, 15(2), 69-80.
- Zapata, J. P., & Palacio, J. D. (2016). Trastorno explosivo intermitente: un diagnóstico controversial. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 45(3), 214-223.

