

**EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA DESDE EL MODELO
COGNITIVO CONDUCTUAL EN TRASTORNO LÍMITE DE PERSONALIDAD:**

Estudio de Caso

Tesis para optar al título de Especialista en Psicología Clínica

Ps. NAYIBE BOHÓRQUEZ ORTIZ

Autora

Cód. 68246791

**UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
ESPECIALIZACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

Bucaramanga, noviembre de 2019

**EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA DESDE EL MODELO
COGNITIVO CONDUCTUAL EN TRASTORNO LÍMITE DE PERSONALIDAD:**

Estudio de Caso

Tesis para optar al título de Especialista en Psicología Clínica

Ps. NAYIBE BOHÓRQUEZ ORTIZ

Autora

Cód. 68246791

Ps. JAIRO ÁVILA LÁZARO, Esp.

Director

**UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
ESPECIALIZACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

Bucaramanga, noviembre de 2019

Agradecimientos

A la Universidad por aceptarme como estudiante; al Dr. Jairo Ávila Lázaro, a quien reconozco y resalto su compromiso y amor por la profesión, quien con profesionalismo y apoyo incondicional estuvo siempre atento y sus tutorías contribuyeron a que la culminación de este trabajo fuera un éxito.

Dedicatoria

A Dios por darme la dicha de cumplir un sueño profesional más en mi vida, a mi esposo, mis hijos y demás familiares, por su apoyo incondicional, a pesar de las adversidades vividas durante este tiempo.

Agradecimientos.....	III
Dedicatoria	IV
Introducción.....	2
Justificación y planteamiento del problema.....	4
Marco teórico.....	8
Objetivo general.....	14
Objetivos específicos.....	14
Metodología.....	15
Participante	15
Instrumentos.....	16
Requisito ético.....	15
Consentimiento informado	15
Historia clínica	15
Inventario de depresión de Beck.....	17
MACI inventario Clínico de personalidad	17
Procedimiento	18
Presentación del caso clínico	19
Identificación	19

Mapa familiar	20
Tratamientos anteriores	20
Datos médicos	21
Motivo de consulta	21
Análisis descriptivo	22
Análisis funcional	23
Técnicas de evaluación	26
Condiciones de vida y análisis ambiental	30
Análisis histórico	31
Plan de tratamiento	32
Recomendaciones	42
Discusión	44
Conclusiones	48
Recomendaciones	50
Referencia Bibliográficas	51

Lista de figuras

Figura 1

Familiograma30

Lista de tablas

Tabla 1 27
Tabla 2 27
Tabla 3 29

apéndices

Apéndice A. Consentimiento informado Proceso terapéutico	56
Apéndice B. Historia Clínica	60
Apéndice C. Auto registros	65
Apéndice D manejo de Emociones	66
Apéndice E. mensaje familiar (carta)	67
Apéndice F Auto registro, Estado de ánimo	68
Apéndice G, Inventario de depresión de Beck (BDI)	69
Apéndice H MACI prueba de personalidad de MILLON.....	76

RESUMEN GENERAL DE TRABAJO DE GRADO

TITULO: EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA DESDE EL MODELO COGNITIVO CONDUCTUAL EN TRASTORNO LÍMITE DE PERSONALIDAD: Estudio de Caso

AUTOR(ES): NAYIBE BOHÓRQUEZ ORTIZ

PROGRAMA: Esp. en Psicología Clínica

DIRECTOR(A): Jairo Ávila Lázaro

RESUMEN

En el presente estudio de caso para monografía se realizó mediante un plan de evaluación e intervención para el diagnóstico de un caso de Trastorno Límite de Personalidad (TLP) en el Hospital del Sarare, Saravena (Arauca), con una paciente de 14 años, remitida por psiquiatría al presentar intento de autolisis medicamentosa, aunque el trastorno límite de personalidad fue diagnosticado por Psiquiatría a la paciente, sin desconocer que este trastorno por lo general, comienza en la edad adulta temprana, pero se trabajó bajo este diagnóstico DSM-V por cumplir con criterios para dicho trastorno. Para la evaluación del caso se realizó un análisis pretratamiento aplicando prueba de depresión de BECK, inventario clínico Multiaxial de Millón II; seguido a la evaluación y aplicación de pruebas se plantean unos objetivos terapéuticos, de la misma manera se realizó la intervención basada en la técnica Cognitivo Conductual, Terapia Racional Emotiva (TREC), Albert Ellis; al igual se realizó intervención a sus cuidadores de forma individual y grupal.

PALABRAS CLAVE:

trastorno límite de personalidad, técnica cognitivo conductual, pruebas.

V° B° DIRECTOR DE TRABAJO DE GRADO

GENERAL SUMMARY OF WORK OF GRADE

TITLE: EVALUATION AND PSYCHOLOGICAL INTERVENTION FROM THE COGNITIVE CONDUCTUAL MODEL IN PERSONALITY LIMIT DISORDER: Case Study

AUTHOR(S): NAYIBE BOHÓRQUEZ ORTIZ

FACULTY: Esp. en Psicología Clínica

DIRECTOR: Jairo Ávila Lázaro

ABSTRACT

In the present case study for monography, it was carried out through an evaluation and intervention plan for the diagnosis of a case of Borderline Personality Disorder (BPD) at the Hospital del Sarare, Saravena (Arauca), with a 14-year-old patient, referred by psychiatry when presenting an attempt to medicate autolysis, although the borderline personality disorder was diagnosed by Psychiatry to the patient, without ignoring that this disorder usually begins in early adulthood, but it was worked under this DSM-V diagnosis to meet with criteria for said disorder. For the case evaluation, a pretreatment analysis was performed applying BECK depression test, Millia II Multiaxial clinical inventory; Following the evaluation and application of tests, therapeutic objectives are proposed, in the same way the intervention was carried out based on the Cognitive Behavioral Technique, Rational Emotional Therapy (TREC), Albert Ellis; likewise, intervention was carried out to their caregivers individually and in groups.

KEYWORDS:

borderline personality disorder, techniques cognitive behavior, tests.

V° B° DIRECTOR OF GRADUATE WORK

Introducción

Ese documento presenta de manera detallada el estudio de caso de una adolescente de 14 años, recepcionada en el hospital de Sarare, con diagnóstico de: Trastorno Límite de Personalidad, manejada por psicología desde el enfoque Cognitivo Conductual, mediante un tratamiento integrado por un conjunto de herramientas terapéuticas desde la Terapia Cognitiva Conductual (TCC), con lo cual se logra manejar las emociones de la menor.

Es importante señalar que la identificación real de la menor se hace con reserva; de la misma manera que vale la pena informar que el diagnóstico fue hecho por una profesional en el área de la salud mental (Psiquiatría), en base a esto se hace la intervención, mediante una descripción detallada del caso: se registran los datos generales de la menor, su problemática, la historia actual del problema que la trae a consulta y sus síntomas, antecedentes psiquiátrico, de la misma manera que su historia de vida e historia médica e impresión diagnóstica.

De acuerdo con Millon (2006) como se cita en Cardenali (2007), afirma que la personalidad es un modelo de características que conforma y/o construyen la persona; los trastornos de personalidad presentan conductas de pensamientos y comportamientos rígidos o inflexibles, que puede ser constante y en otros momentos estable, de experiencias internas y comportamientos, que suponen un malestar subjetivo o un deterioro de las funciones o actividades diarias para las personas que los padecen, y se presentan generalmente en la adolescencia o al inicio de la edad adulta. Específicamente, el trastorno de personalidad límite (TPL) o personalidad Borderline es un trastorno del que ha quedado una necesidad inminente de

extender las investigaciones con respecto a sus signos y síntomas, sobre todo de aspectos como la comorbilidad, el diagnóstico diferencial o la validación de instrumentos de medida (APA, 2014).

Por eso en este caso en particular, el documento se estructura en tres apartados: a) se presenta una conceptualización del trastorno límite de personalidad, las características asociadas que apoyan el diagnóstico, sintomatología, prevalencia del trastorno y el tratamiento utilizando diferentes técnicas cognitivas y conductuales; b) se muestran los objetivos, método, participante, instrumento de exploración, instrumentos de evaluación, procedimiento, análisis funcional y plan de tratamiento; c) se explica el desarrollo y resultados de cada sesión, conclusiones, recomendaciones, se listan las referencias bibliográficas, anexos de las pruebas aplicadas, consentimiento informado a la menor y su progenitora (representante legal) e historia clínica.

Justificación

En el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5 (2013), se describe como un trastorno de personalidad mental grave, al trastorno límite de personalidad que comienza en las primeras etapas de la vida adulta, vale resaltar que cada vez hay más evidencia científica que apoya el diagnóstico de Trastorno Límite de la Personalidad en adolescentes, siendo su tratamiento como es relevante en el caso clínico presentado, diagnosticado por psiquiatra, basándose en comportamientos disruptivos desde su infancia, se destacan antecedentes importantes como historia de depresión de los padres, hogar conflictivo, pautas de crianza inadecuadas y sin límites establecidos que han generado como consecuencias tales como impulsividad, dificultad para mantener la regulación emocional y uso de estrategias de afrontamiento inadecuadas.

Se conoce hoy la tendencia en los servicios de salud a des institucionalizar la atención de aquellos pacientes que presentan diferentes trastornos mentales y del comportamiento, con el fin de evitar gravedad o complicación en el cuadro clínico, y si es o no necesario el manejo intrahospitalario, buscando con esto reducir en lo más mínimo estancias hospitalarias prolongadas, siendo estas en muchas ocasiones innecesarias.

De ahí la importancia de trabajar la salud mental desde un modelo preventivo, desde los diferentes entornos, brindando atención integral para las personas que ya se encuentran diagnosticadas, realizando control ambulatorio a todo paciente canalizado desde el servicio de urgencia y consulta externa, dichas actividades sustentadas en las Rutas de Atención a los problemas y/o trastornos mentales (OMS, 2018)

De acuerdo con el informe que muestra la OMS en el boletín de enfermedades no transmisibles: la carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas, muestra los estudios más recientes con respecto a la relación que se presenta entre las enfermedades mentales más comunes en estos tiempos como: la depresión, enfermedad que se presenta en todas las edades, mostrando un alto grado de discapacidad, situación que ha llevado en los últimos tiempos a acrecentar los intentos suicidas y suicidios. Dichos eventos pueden ser en gran parte a causas o situaciones tratables, pero con preocupación vemos que siguen sin ser eficazmente atendidas debido a la estigmatización y a la falta de apoyo comunitario de la misma manera que negligencia por parte de los servicios de salud, siendo estos insuficientemente integrados. (OMS, 2018).

Se incluyen en este grupo todos los trastornos de personalidad que muestran una relación con los actos de suicidio y autoagresión, pudiendo decir con preocupación que los años de vida que se han perdido debido a la muerte en edades muy tempranas pueden ser evitables ya que se presentan como consecuencia de situaciones en su entorno familiar y social, al mismo tiempo que no se puede desconocer los factores genéticos. Los expertos y estudiosos en salud mental piensan que el desarrollo de las habilidades sociales y las capacidades de afrontamiento, conseguirán prevenir en la población adolescente, enfermedades como la depresión y ansiedad, la anorexia, la bulimia y otros trastornos alimenticios.

El tamizaje de rasgos de personalidad en población adulta colombiana realizado a través de la encuesta Nacional de Salud Mental llevado a cabo por Oviedo, Gómez-Restrepo, Rondón, Borda y Tamayo (2016) mostró en los rasgos límite de personalidad que se encuentra un 40,8%, con rasgos de personalidad limite, en similar proporción entre

varones (40,2%) y mujeres (39,5%). El 14,8% tiene 3 a 5, y el 4,6%, 6 o más rasgos, con similar distribución entre varones y mujeres, el rasgo más reportado (el 35,4% de la población) fue mostrar los sentimientos a cualquier persona; el 16,9% refiere que ceder a impulsos le causa problema; respecto a la región, la mayor prevalencia de 6 o más rasgos es del 6,0% en personas que viven en Bogotá y la menor, del 3,9% quienes están en la región Oriental. (p. 129)

El estudio de indicadores clínicos de personalidad en la adolescencia propuesto por Benítez, Sánchez & Serrano (2015) desarrollan un estudio aplicado a población adolescente con edades entre 14 y 17 años, indicando en los resultados que:

El 82,7% presenta indicadores clínicos en al menos una de las escalas de indicadores de personalidad, el 36,2% obtiene puntuaciones altas en la escala de hipomanía, las escalas de cinismo, malestar social y problemas familiares logran un 24,6% de los sujetos, en el grupo de las escalas clínicas encuentra la escala de hipomanía, con puntajes de 66 hasta 79 para el 21,7% de los adolescentes, sin embargo, los puntajes más elevados fueron registrados en las escalas de hipomanía y masculinidad-feminidad. (p. 242)

Benítez, Sánchez y Serrano (2015) señalan que el trastorno Límite de la Personalidad presenta sus primeros síntomas en la infancia y la adolescencia y persiste durante la edad adulta, pero hasta hoy el diagnóstico antes de los 18 años ha generado controversia entre profesionales de la salud mental, finalmente, desde la clínica se ha encontrado que el menor que cumpla con los criterios para dicho diagnóstico se abordará para un manejo mediante un modelo cognitivo basado en la reestructuración de pensamiento, y modificación de conducta que conseguirá beneficio y aportará a la construcción de mejores relaciones interpersonales, familiares y

sociales, logrando mediante el modelo brindar estrategias para una salud mental sana favorable y estilos de vida saludables.

Habría que decir también que un gran número de personas con el trastorno límite de la personalidad presentan problemas para controlar las emociones y los pensamientos, de igual manera presentan un comportamiento impulsivo e imprudente, llevándolos a sostener relaciones inestables con otras personas y con su misma familia.

Los pacientes que presentan el TLP, muestran estados de ánimo muy planos, se dice que las tasas de trastornos concurrentes son altas, entre ellas la depresión y la ansiedad, llevándolos con facilidad a presentar un abuso en consumo de sustancias y a su vez trastornos del sueño y la alimentación, que en muchas ocasiones presentan auto agresión (Cutting) y comportamientos suicidas, llegando lamentablemente al suicidio.

Entre los tratamientos utilizados para el TLP se resalta la Terapia Cognitiva de Beck, logrando cuestionar los pensamientos disfuncionales en este caso particular de la menor, logrando prestar especial atención a los pensamientos distorsionados frecuentes en los individuos diagnosticados con TLP. Es por esto que Beck y Freeman (1990) como se cita en Caballo (2001), en su afán de aportar al tratamiento de dichos pacientes, planean un plan de tratamiento que ayude en la intervención psicológica, logrando una mejor adherencia al tratamiento, aumentando el control sobre las emociones, mejorando el control de los impulsos y fortaleciendo la identidad del paciente.

Marco Teórico

La personalidad se refiere a “la integración de todos los rasgos y características del individuo que determinan una forma de comportarse” (Allport, 1975 como se cita en Cerdá, 1985 p. 438), es decir, que la personalidad viene a conformarla características muy importantes desde el contexto ambiental, social de la misma manera y demás importantes factores biológicos que mantienen su comportamiento (Montaño, 2009).

Entre los signos y síntomas más destacables del TPL se encuentra también una severa discapacidad en todas sus áreas de convivencia, presentando una reducción de su habilidad o una discapacidad para llevar a cabo cierto tipo de tareas, a su vez este trastorno puede presentar mediante el uso extenso de tratamientos un empeoramiento del curso de otros trastornos depresivos que puedan también estar presente, siendo este un trastorno muy presente en los sitios de atención en salud mental (Thadani, 2018)

En la propuesta de modelo alternativo para la evaluación de trastornos de la personalidad presentado en el DSM-V, este trastorno fue uno de los seis que se incluyó (APA, 2013) debido en gran medida a la variedad en su manera de manifestarse, al reto que supone su tratamiento, y al gran deterioro que parece producir en los pacientes (American Psychiatric Association, 2013).

De lo anterior se describe uno de los trastornos mentales más comunes de la personalidad, el trastorno límite de la personalidad (TLP), sus criterios diagnósticos basados en una definición clínica del DSM-5, y desde el CIE-10, de la misma manera como las características comunes de esta patología con otros trastornos que nos presenta dicho manual, construyendo de esta manera un diagnóstico diferencial, diciendo con esto que los signos y

síntomas del TLP pueden parecerse con otras patologías de la personalidad. Millon (2006) como se cita en Cardenali (2007) afirma que la personalidad es un patrón de características que configura la constelación completa de la persona; los trastornos de personalidad presentan conductas de pensamientos y comportamientos rígidos o inflexibles, persistente y estable a lo largo del tiempo, de experiencias internas y comportamientos, que suponen un malestar subjetivo o un deterioro de funcionamiento para las personas que los padecen, y se presentan generalmente en la adolescencia o al inicio de la edad adulta. Específicamente, el trastorno de personalidad límite (TPL) o personalidad Borderline es un trastorno del que ha quedado una necesidad inminente de extender las investigaciones con respecto a sus signos y síntomas, sobre todo de aspectos como la comorbilidad, el diagnóstico diferencial o la validación de instrumentos de medida (Thadani B, 2018),

Es importante resaltar la importancia de diferenciar las alteraciones de personalidad que presenta el TLP, con relación a una afección médica, ya que éstos últimos se deben a efectos directos de una alteración médica sobre el sistema nervioso central, también se deben diferenciar de síntomas asociados a efectos secundarios al consumo persistente de sustancias o problemas de identidad propios de las fases de desarrollo (Caballo V,2014).

Vale resaltar que las conductas de autolesión y suicidio se han venido incrementando en la población infantil y adolescente, situación que preocupan en gran manera a la comunidad araucana, teniendo en cuenta que los informes estadísticos en los últimos tiempos, muestran una alta tasa de intentos suicidas y el primer lugar a nivel nacional en suicidios; las estadísticas de salud mental de la OMS (2018) reportaron que los departamentos con las tasas por 100.000 habitantes más elevadas de suicidios durante 2017 fueron, en su orden, Arauca (15,77), Vaupés

(15,59), Quindío (10,65), Norte de Santander (8,30) y Putumayo (8,28), no obstante el informe no aclara con cuántos casos específicos se obtuvieron estos porcentajes.

De acuerdo con la APA (2014), los pacientes que presentan el Trastorno Límite de Personalidad presentan un desequilibrio con respecto a su autoimagen, de igual manera en las relaciones con sus amigos y familiares, las personas que presentan este diagnóstico por regular tienden a presentar episodios graves e intensos de su estado de ánimo, a la vez que presentan impulsividad, comportamiento de riesgo y hostilidad (APA, 2014).

Sin duda alguna, la terapia Cognitiva Conductual, permite indagar sobre las causas y las consecuencias que tiene la paciente de sí misma, de su entorno, del modo como percibe y encausa la información, al mismo tiempo que se indagó sobre los esquemas subyacentes, creencias intermedias pensamientos negativos y errores en el procesamiento de la información atendiendo a lo expuesto en la teoría de Beck (2000).

Fue de esta manera como estos elementos posibilitaron concretar objetivos en el caso, permitiendo que la paciente lograra mediante este modelo reducir el malestar emocional, pudiendo formular un tratamiento adecuado basado en las investigaciones; esto con el fin de buscar soluciones completas, la conceptualización cognitiva de este caso permitió, además, vincular la teoría a la práctica mediante un enfoque Cognitivo Conductual (Beck, 2000).

Lo anterior mencionado permite considerar importante analizar y exponer este caso clínico en particular para que personas interesadas y preparadas en el área de salud mental, estudiantes y la familia logren beneficiarse de esta experiencia clínica, basándose en una investigación detallada, buscando causas y consecuencias de la oportuna intervención,

orientando a un equipo interdisciplinario en el manejo específico de dicho trastorno de personalidad.

Este caso clínico de trastorno de personalidad límite, tomado como caso único de estudio, enfocó el tratamiento en una terapia Cognitivo Conductual, de manera particular buscando modificar las conductas problemáticas que ha presentado la menor, teniendo como base que varios estudios frente al manejo de los trastornos de la personalidad desde un enfoque cognitivo-conductual, preocupándose especialmente en cambiar las conductas problemáticas, empleando técnicas que les permita descubrir y fortalecer habilidades de afrontamiento, entre las técnicas utilizadas con la paciente MA están: el entrenamiento en respiración y relajación, economía de fichas o el entrenamiento en habilidades sociales, entrenamiento en solución de problemas, de igual manera entrenamiento en el control de los impulsos: logrando psicoeducar en estrategias de distracción, técnicas que sin duda alguna han dado buenos resultados para el tratamiento de los trastornos de la personalidad (Caballo, 2001).

Al mismo tiempo reporta la literatura el bajo optimismo frente a la modificación de los patrones de comportamiento, advirtiendo que a pesar de todo este tipo de técnicas han abordado más bien síntomas concretos que comportamientos generales en trastornos de personalidad, la modificación de éstos síntomas requiere de una intervención eficaz, completa y comprometida, enfatizando una vez más en las TCC, logrando mediante éstas los objetivos propuestas en los tratamientos instaurados por el equipo de profesionales en salud mental (Caballo, 1998)

En relación con *el diagnóstico diferencial* del trastorno límite de la personalidad, los individuos con TLP comúnmente cumplen los criterios de ciertos trastornos de personalidad, ya que presentan una variedad características comunes o similares con otras patologías (APA,

2014), de la misma manera se pueden confundir en cuanto a signos y síntomas con los trastornos depresivos y bipolares ya que los síntomas son muy afines (Fernández, Guerrero 2017) ; de modo que cuando se habla de síntomas depresivos propios del TLP, en relación con los síntomas de la depresión mayor, se debe tener en cuenta la verbalización del paciente, resaltando que los síntomas de la depresión mayor se basan en la culpa y la pérdida, por el contrario los síntomas del TLP se establecen en las alteraciones de identidad y conflictos de dependencia e independencia.

Ahora bien, en cuanto al trastorno bipolar (TB), esta patología se puede confundir con los síntomas del TLP ya que el cambio del estado de ánimo y la impulsividad son frecuentes en ambos trastornos; sin embargo, en el trastorno bipolar estos síntomas se presentan como elevados maníacos y el otro estado de depresión son los dos extremos del ánimo y de forma alterna (APA, 2014).

De acuerdo con la (American Psychiatric Asociación 2014), el Trastorno Límite de Personalidad, durante los diferentes estados de ánimo están afectados por factores en las relaciones interpersonales, presentando en muchas ocasiones signos y síntomas afectivos graves, acompañados de impulsividad, siendo este un comportamiento de riesgo, presentando una duración y una intensidad de los síntomas menor que en el trastorno bipolar, si los síntomas cumplen con los criterios para ambos trastornos, se pueden diagnosticar simultáneamente.

No cabe duda que se puede trabajar en salud mental mediante una detección temprana del TLP, ya que en la atención primaria (psicoeducación de los síntomas en las instituciones educativas, talleres de padres, entre otros), se puede conseguir que las personas que presenten alta discapacidad acompañada de problemas de salud puedan padecer TPL y de esta manera ser

direccionadas o remitidas a tiempo, logrando la atención en salud con un profesional de la salud mental si fuera necesario (Thadani, 2018).

Objetivos

Objetivo general

Evaluar e intervenir desde el modelo cognitivo conductual, un caso clínico de menor que asiste a consulta con diagnóstico de Trastorno de Personalidad Limite.

Objetivos específicos

- ✓ Evaluar signos y síntomas de menor que asiste a consulta con diagnóstico de Trastorno de Personalidad Limite.
- ✓ Diseñar y aplicar una intervención psicológica desde el modelo cognitivo conductual para manejo de signos y síntomas de menor que asiste a consulta con diagnóstico de Trastorno de Personalidad Limite.
- ✓ Describir resultados de la intervención psicológica desde el modelo cognitivo conductual para manejo de signos y síntomas aplicado a menor que asiste a consulta con diagnóstico de Trastorno de Personalidad Limite para establecer su eficacia.

Metodología

En el presente trabajo se establece la metodología de investigación cualitativa desarrollada a través de un estudio de caso, ya que se estudia una condición de diagnóstico particular a una única paciente; Chetty (1996) argumenta que este tipo de estudios como a profundización de un fenómeno contemporáneo en un contexto de la vida real, ese estudio según el autor trata exitosamente una situación en la cual hay muchas más variables de interés que datos observacionales; en este caso a eficacia del tratamiento cognitivo conductual. Se llevó a cabo a través de los siguientes pasos: a) sección del caso clínico a conveniencia, b) elaboración de preguntas orientadoras (pertinencia del caso en relación con la especialización en clínica, posible eficacia del tratamiento cognitivo conductual en este tipo de diagnóstico, que motivos hay para hacer esta investigación, entre otras), c) localización de la paciente, aplicación y análisis de pruebas diagnósticas, d) diseño y aplicación de intervención psicológica desde el modelo cognitivo conductual, y e) elaboración del informe final.

Participantes

Se decide caso único por conveniencia de consultante MAVQ, menor de 14 años, remitida por psiquiatra, con diagnóstico de Trastorno Límite de Personalidad, nacida y residenciada en el municipio de Saravena, creencia religiosa cristiana, actualmente cursando noveno grado de bachillerato, con aceptable rendimiento académico, sin aparentes problemas de comportamiento en el colegio, proveniente de una familia nuclear, conformada por padre de 35 años de edad, de profesión comerciante independiente, madre de 32 de edad, de profesión comerciante independiente, refiera no tener buena relación afectiva con su progenitor, al

contrario manifiesta estrecha relación con su progenitora, es la hija mayor de este matrimonio, le sigue su hermano de 8 años de edad. Menor narra vivir una relación familiar problemática, y acude a la consulta por psicología bajo estricta prescripción médica, post hospitalización en centro de atención psiquiátrico en la ciudad de Bogotá, por intento de autolisis medicamentosa, hecho posterior a discusión y ruptura sentimental.

Instrumentos

Consentimiento informado: Dicho documento se aplica como un deber para el psicólogo, a su vez como un derecho para el usuario, pues se considera importante informar de manera clara, oportuna y muy detallada el paso que se llevara a cabo durante el proceso psicoterapéutico, de la misma manera el profesional debe asegurarse que el usuario ha entendido y aceptado dichas condiciones para la intervención, dicho documento está basado en la Ley 1090 de 2006 (estatuto del colegio colombiano de psicólogos). (Ver apéndice A).

Historia clínica: documento empleado para registrar información durante cada sesión en el proceso psicoterapéutico, como primera consulta se llena un formato de historia clínica inicial, continuando con el formato de evolución. Formatos previamente diseñados por la IPS particular que le brinda la atención interdisciplinaria (Psiquiatría, Psicología), (Ver apéndice B).

Entrevista semiestructurada: se realizó con el fin de obtener más libertad durante los encuentros terapéuticos, permitiendo mayor flexibilidad en la obtención de información de manera individual.

Entrevista grupal: se realizaron dos sesiones familiares con el propósito de analizar el comportamiento de cada miembro de la familia, en especial sus progenitores, ver cómo se razona frente al comportamiento de la menor, detectar habilidades, conflictos y actitudes.

Autorregistro: Se utilizó este instrumento como tarea para la casa, con la intención de que la menor lograra identificar las situaciones que le generan angustia, los pensamientos que la acompañan y causan malestar y las respuestas emocionales y de comportamiento que esto conlleva. (Ver Apéndice C).

Inventario de depresión de Beck (BDI): Se aplica el inventario de depresión de Beck, teniendo en cuenta que es uno de los instrumentos más utilizados a la hora de diagnosticar depresión, se aplica en este caso, ya que su madre refiere que su estado de ánimo es bajo, al mismo tiempo que se aísla del grupo familiar, y social, llora con facilidad, a su vez es remitida por medicina especializada con un diagnóstico de depresión moderada.

Instrumento diseñado para medir el estado de ánimo en adultos y adolescentes a partir de los 14 años. Se aplicó este test en la adolescente, con un tiempo promedio entre 8-15 minutos, dando como resultado una puntuación de 20, lo cual significa que la menor presenta un estado de ánimo intermitente.

El Inventario de Depresión de Beck (Beck Depresión Inventory o BDI) es un instrumento que tiene un gran reconocimiento a nivel internacional, siendo empleado en muchos estudios desde su creación, en el año 1961, de la misma manera se conoce por ser una de las escalas de depresión más utilizadas en el mundo, pues ha demostrado tener alta consistencia interna y buena capacidad para diferenciar entre personas con y sin depresión. (Vega, Coronado-Molina & Mazzotti, 2014). (Ver apéndice G).

Inventario clínico para adolescentes Millón (MACI): El MACI, es un importante instrumento creado específicamente para confrontar los problemas, y situaciones que se

presentan específicamente en la adolescencia, y a su vez este instrumento identifica trastornos de personalidad y síntomas clínicos en los adolescentes.

Millon (1993) plantea en sus escritos que la adolescencia es una etapa llena de intensas vivencias, sentimientos, emociones y actitudes contradictorias en diferentes espacios de la vida, que se presentan desde la formación de la identidad, hasta la construcción y fortaleza de sus entornos familiares y sociales. Esto hace al adolescente más vulnerable a las situaciones de intolerancia a las frustraciones, de la misma manera que se le dificulte tolerar los impulsos, generando en él una desadaptación psicológica; las preocupaciones que pueda presentar en relación a estos ámbitos se evalúan en el MACI mediante ocho escalas de Preocupaciones Expresadas. Esta prueba está orientada a evaluar el comportamiento y funcionamiento psicológico de los adolescentes evaluado tres grandes e importantes criterios de comportamiento: la construcción de la personalidad auténtica, la capacidad de resolución de conflictos y posible presencia de cuadros psicopatológicos con alta presencia en la adolescencia.

Con respecto a los resultados encontrados en MA, puntúa escalas importantes de atención e intervención: F-insensibilidad social 114,6B –Rudo 108, DD-Propensión a la impulsividad 91.

Por último, es importante reconocer que los adolescentes pueden presentar ciertos problemas del comportamiento, manifestándolos mediante síntomas muy bien específicos; logrando que los cambios psicopatológicos que se presentan con frecuencia en los adolescentes fueran evaluados en el MACI a través de siete escalas de Síndromes Clínicos (Millon, 1993). (Ver apéndice H)

Procedimiento

El caso clínico se desarrolló en 12 sesiones de aproximadamente 45-60 minutos para cada intervención, realizadas en un periodo de tiempo de cuatro meses, con una periodicidad en las

primeras seis sesiones semanales, se continua de la sesión 9-11 cada 15 días por disponibilidad de tiempo de la consultante, realizando en la sesión 12 de seguimiento, recomendaciones y cierre del proceso terapéutico, se firmó consentimiento informado por parte de la paciente y su progenitora.

Presentación del caso clínico

A continuación, se presenta el caso clínico de estudio que será el marco referencial para comprender mejor la paciente, se pretende acá organizar la información de tal manera que se muestre la interacción de las variables implicadas en el caso, para fortalecer el soporte conceptual propuesto anteriormente y que sustenta la hipótesis de diagnóstico formulada.

Identificación

Menor de 14 años, identificada con las iniciales MA, con fecha de nacimiento 11/04/2014, actualmente escolarizada y cursando noveno grado en colegio público del municipio residencial, vive en zona urbana del municipio de Saravena- Arauca, creencia religiosa cristiana.

Mapa familiar: Familia nuclear conformada por padre de 35 años de edad, de profesión comerciante independiente, madre de 32 de edad, de profesión comerciante independiente, refiere no tener buena relación afectiva con su progenitor, al contrario, manifiesta estrecha relación con su progenitora, es la hija mayor de este matrimonio, le sigue su hermano de 8 años de edad con quien establece relación conflictiva, la menor narra vivir una relación familiar problemática (Ver figura 2)

Tratamientos anteriores: Ha recibido atención de medicina general en el servicio de urgencias para manejo sintomático, remitida y hospitalizada en el servicio de Psiquiatría en hospital de tercer nivel por intento de autolisis medicamentosa, hecho posterior a discusión y ruptura sentimental, posterior salida con orden de remisión al servicio de psicología para manejo terapéutico.

GENOGRAMA

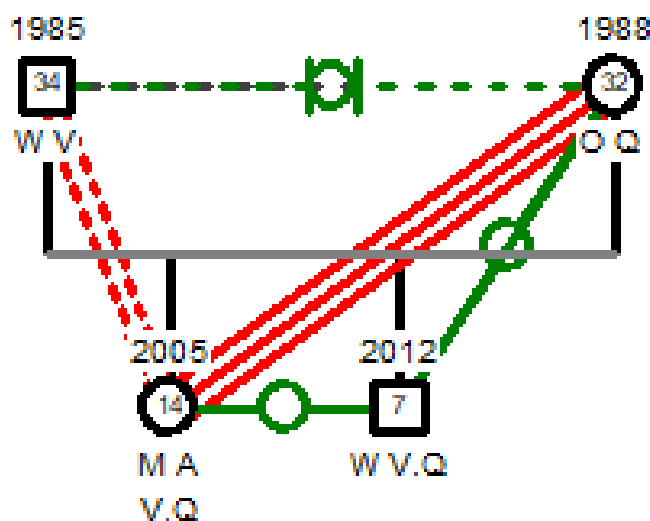


Figura 2. Mapa familiar

Familia de tipología nuclear compuesta por mamá de 32 años de edad, papa de 34 años de edad, de profesión comerciantes independientes, hermano de 7 años de edad con quien manifiesta vínculo estrecho. La paciente verbaliza tener una relación problemática con su progenitor al contrario manifiesta una buena comunicación y relación con su progenitora, compartir espacios deportivos y espirituales.

Datos médicos: Actualmente en tratamiento psiquiátrico de menor de 14 años, por intento de autolisis medicamentosa, con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad. La paciente presenta dificultades para generar adherencia al tratamiento.

Motivo de consulta

- ✓ *Origen de la remisión:* Remitida de hospital por médico psiquiatra
- ✓ *Queja puntual de la paciente:* Asiste a la consulta acompañada por la mamá quien manifiesta:

“estamos aquí porque la psiquiatra nos mandó”.

Análisis descriptivo

La crisis actual inicia en la edad de infancia posiblemente por sobreprotección de la madre, se reconoce como una situación problemática en la edad escolar, sin embargo, la mamá estuvo todo el tiempo dispuesta a continuar con la conducta de sobreprotección lo que pudo reforzar la conducta de inseguridad en la paciente.

Los síntomas tuvieron un proceso de evolución negativa ya que la mamá reforzaba la conducta de la paciente y actualmente su papá con quien establece una relación distante y conflictiva, la paciente utilizó estrategias de afrontamiento como síntomas orgánicos, presencia de llanto, conducta evitativa, dependencia hacia otras personas (pareja), conducta agresiva y la intención suicida por la cual fue remitida y hospitalizada por psiquiatría y recibe hoy el tratamiento farmacológico.

Como consecuencia de la implementación de estas estrategias de afrontamiento la paciente se ha afectado en el desempeño normal de las actividades de la vida diaria ya que ha generado dependencia de su pareja hasta llegar a la conducta de intento de autolisis medicamentosa, hecho posterior a discusión y ruptura sentimental, frente al hecho la consultante verbaliza que no hubo previa ideación ni planeación suicida, el evento conlleva a un déficit en el control de los impulsos, frente a una ruptura amorosa.

La paciente frente al problema presenta ideas irracionales trágicas como pensamientos contradictorios frente a sí misma, su auto concepto y su autoimagen, poca seguridad y poco reconocimiento de sus cualidades, dificultades para lograr su independencia afectiva, ha aumentado sus conductas manipuladoras, son evidentes sus apegos afectivos y sentimentales en

las relaciones de pareja, no controla los impulsos y no regula las emociones. Se le dificulta la adherencia al tratamiento Psiquiátrico.

Análisis funcional

A continuación, se clasifica la sintomatología de la paciente con los síntomas del trastorno límite de personalidad del DSM 5.

1. Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación
2. Desequilibrio en su estado de ánimo (por ej.: episodios de intensa tristeza, irritabilidad o ansiedad, inquietud, que suelen durar unas horas y raras veces unos días)
3. Estados de Ira intensa a su vez dificultades para controlarla (por ej.: muestras frecuentes de mal genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes) (APA, 2014.)

Respuestas

Comportamientos irritables (constante discusión con progenitora), evasión de su hogar frente a cualquier disgusto o llamado de atención, falta de normas y límites dentro del hogar. Estados de ánimo variables, generando aislamiento social, ira y llanto fácil frente a eventos estresantes, déficit en el control de los impulsos, baja tolerancia a las frustraciones a tal punto de realizar intento suicida.

Variables

Comportamientos disruptivos en la niñez, con relación a la convivencia escolar, a su vez presentó eventos autolesivos (cutting), modelado por pares negativos, dificultades en la dinámica

familiar, débil vínculo afectivo paterno filial, bajo control de los impulsos, débil redes de apoyo social y espiritual.

Descripción del Problema

Menor de 14 años, remitida por especialista (psiquiatría) con diagnóstico de trastorno Límite de Personalidad, para valoración y manejo por psicología, menor con antecedentes de hospitalización en clínica psiquiatría, por presentar intento de autolisis medicamentosa, la menor refiere que hace una semana dan egreso de centro hospitalario, frente al hecho la consultante verbaliza que no hubo previa ideación ni planeación suicida, el evento conlleva a un déficit en el control de los impulsos, frente a una ruptura amorosa.

Hipótesis de Origen

Trastorno límite de personalidad se da como resultado de una combinación genética, ambiental y social. Encontrando como factores de riesgo una comunicación deficiente en la familia, padre abandonado por sus padres, formado en un hogar disfuncional, sin figuras de autoridad, intento suicida en la adolescencia, tío materno con depresión e intento suicida, madre depresiva, comportamientos disruptivos en la niñez, presentaba atracción por el fuego y mostraba sentimientos de satisfacción después de realizar dichos comportamientos, de la misma manera se han presentados conflictos intrafamiliares por infidelidad de parte de su padre, lo que ha generado distanciamiento con su progenitor y sentimientos de rabia frente al hecho.

Hipótesis de Mantenimiento

Paciente de 14 años, se identifica a partir de la evaluación y entrevista, en la cual se mantiene un cambio constante en su estado de ánimo; consintiendo que las emociones se alteran con facilidad, además presentado un déficit en el control de los impulsos, y baja tolerancia frente

a las frustraciones, a su vez se identificó falta de normas y pautas de crianza, consideradas de gran importancia en la convivencia tanto familiar como social.

Hipótesis Diagnostica

Adolescente de 14 años, presenta diagnóstico de Trastorno Límite de Personalidad, referido de consulta y manejo por especialista (psiquiatra), se identifica irritabilidad en la menor, experiencias emocionales inestables, comportamientos disruptivos en cuanto a sus relaciones sociales en la infancia, a su vez narra autoagresiones físicas (cutting) a la edad de 12 años modelado de pares negativos, cambios en sus estados de ánimo; causando que se alteren fácilmente sus pensamientos, sentimientos y emociones frente a situaciones de su entorno, presenta dificultad para controlar la ira, al igual para controlar los impulsos, a la misma vez presenta baja tolerancia a la frustración.

Diagnóstico DSM- 5

Trastorno de Personalidad Límite 301.83 (F60.3)

Diagnóstico diferencial

Depresión Mayor

(depresión Leve, Episodio único)

296.21 (F32.0)

Objetivos terapéuticos

1. Generar estrategias para identificar, expresar y manejar emociones.
2. Promover pensamientos positivos que mejoren sus relaciones intrafamiliares y sociales
3. Brindar herramientas personales que le permitan afrontar los diferentes retos y situaciones que le surjan a lo largo de su vida.

Técnicas cognitivo-conductuales

1. Entrenamiento en técnicas de relajación progresiva y respiración diafragmática
2. Reestructuración cognitiva
3. Entrenamiento en estrategias de afrontamiento, Solución de problemas
4. Psicoeducación
5. Autoregistros

Técnicas de evaluación

Al hacer la primera aplicación del inventario de depresión de Beck, el cual se realizó en un momento muy cercano al intento de autolisis medicamentosa, registrando en su historia clínica de hospitalización por Psiquiatra, la cual considera paciente en un estado de depresión moderada, al realizar la prueba arroja como resultado una puntuación de 20 puntos, que referencia un estado de depresión intermitente, estado que permite corroborar los estados de ánimo que narra la consultante y sus cuidadores, generado por ruptura amorosa.

Con respecto a la evaluación Post, arroja un puntaje de 8 puntos, mostrando un avance positivo con respecto al proceso terapéutico llevado con la menor durante los primeros tres meses de tratamiento, los resultados que muestran los valores, corresponde a altibajos considerados normales en sus estados de ánimo, aunque manifestó no ser adherente al tratamiento, asegura fortalecer sus momentos de espiritualidad, actividades físicas hasta tres veces por semana (trotar, montar bicicleta)”, de igual manera refiere prácticas de instrumento musical, generando tranquilidad y placer en su día a día. Estos resultados se registran en las tablas 1 y 2.

Tabla 1

Pre Y Post Inventario De Depresión De Beck

<u>Grupo</u>	<u>Pretest</u>	<u>Post test</u>
Tristeza	1	0
Pesimismo	1	0
Fracaso	2	0
Perdida de placer	1	0
Sentimientos de culpa	3	0
Sentimientos de castigo	3	1
Disconformidad con uno mismo	1	0
autocritica	1	0
Pensamiento o deseos suicidas	0	0
llanto	1	0
Agitación	1	0
Perdida de interés	2	3
Desvaloración	2	0
Perdida de energía	0	0
Cambios en los hábitos del sueño	1	0
irritabilidad	0	2
Cambios de apetito	0	0
Dificultad de concentración	0	1
Cansancio o fatiga	0	2
Cambio de interés en el sexo	0	0
Total, puntos	20	8

Tabla 2

Resultados Pre Y Post Inventario De Depresión De Beck

Grupo	Puntuación	Tipo
Pre-Test	20	Estados de depresion intermitentes
Post Test	8	Altibajos considerados normales

Con respecto a los resultados de la prueba MACI de personalidad para adolescentes MILLON, se aplica viendo la importancia desde la necesidad de corroborar trastorno de personalidad en la menor, quien ingresa a consulta con un diagnóstico de Trastorno Límite de Personalidad.

Analizando los resultados se puede encontrar que la menor presenta los siguientes resultados en la interpretación, como área problemática se encuentra: la escala de histriónico, rebelde, Discordancia familiar, predisposición a la delincuencia, se puede decir que estos comportamientos no generan mayor preocupación en la conducta de la menor teniendo en cuenta que son conductas muy dadas en todos los adolescentes, sin desconocer que la familia debe brindar todo el apoyo mediante recursos protectores entre los que podemos destacar las actividades físicas, prácticas culturales de su agrado, grupos o reuniones en el área espiritual entre otros.

En la prueba MACI el área principal de preocupación se encuentran escalas como: Rebeldía, Rudeza, Oposicionista, insensibilidad social por último propensión a la impulsividad, comportamientos que de la misma manera no llevan a diagnosticar un trastorno de personalidad en la menor, son conductas que no presentan riesgo alto de auto-heteroagresión, aunque no se puede desconocer que fue la impulsividad la que llevo a la menor a intentar quitarse la vida,

conductas que se han venido trabajando en las sesiones de psicoterapia. Los resultados se ven en la tabla 3:

Tabla 3

MACI Inventario Clínico De Personalidad Millon

. Escalas	Tb	Interpretación
1-Introvertido	32	Indicador nulo
2A-Inhibido	9	Indicador nulo
2B-pesimista	43	Indicador nulo
3-Sumiso	1	Indicador nulo
4-Histriónico	76	Área problemática
5-Egocéntrico	99	Área principal de preocupación
6A -Rebelde	80	Área problemática
6B -Rudo	108	Área principal de preocupación
7-Conformista	18	Indicador nulo
8A-Oposicionista	89	Área principal de preocupación
8B-autopunitivo	50	Indicador nulo
9-Tendencia limites	62	Tema ligeramente problemático
ESCALAS	TB	
A-Difusión de la identidad	54	Indicador nulo
B-Desvaloración de si mismo	48	Indicador nulo
C-Desagrado por propio cuerpo	41	Indicador nulo
D-Incomodidad respecto al sexo	12	Indicador nulo
E-Inseguridad con los iguales	6	Indicador nulo
F-Insensibilidad socia	114	Área principal de preocupación
G-Discordancia familiar	75	Área problemática
H-Abusos en la infancia	54	Indicador nulo
AA-Trastornos en la alimentación	40	Indicador nulo

BB-Inclinación abusos a sustancias	72	Tema ligeramente problemático
CC-Predisposición a la delincuencia	79	Área problemática
DD-Propensión a la impulsividad	91	Área principal de preocupación
EE-Sentimientos de ansiedad	4	Indicador nulo
FF-Afecto depresivo	42	Indicador nulo
GG-Tendencia al suicidio	57	Indicador nulo

Condiciones de vida y análisis ambiental

Entre los *factores predisponentes* se encuentran que es hija mayor, con una mamá sobreprotectora, lo cual se presenta de manera estable y es difícilmente modificable, además de patrones de pensamiento inadecuados. De igual manera, entre los *factores de riesgo* se encuentran su capacidad deficiente para enfrentar los problemas ya que siempre estuvo la mamá para solucionarlos y ser de sexo femenino, pues es más frecuente en mujeres que en hombres.

Entre los *factores precipitantes* que se encuentran en la paciente puede pensarse en el aumento de las demandas de responsabilidad ya que se evidencia al iniciar la vida escolar, además la falta de estrategias de afrontamiento adecuadas para resolver las dificultades propias de la etapa de ciclo evolutivo en el cual se encuentra, la interpretación de amenaza de ideación suicida que la paciente le da a este evento de la ruptura de su relación de pareja, su preocupación por la responsabilidad como estudiante de colegio, pues la paciente toma decisiones para resolver problemas de manera inadecuada.

Entre los *factores de protección* se encuentran el fortalecimiento del apoyo familiar, que si bien hay un distanciamiento en la relación con el padre y una relación conflictiva con el hermano menor, de todos modos cuenta con una familia constituida, la detección temprana del diagnóstico para el respectivo tratamiento en equipo interdisciplinario, la reducción que hace la paciente a la

exposición de los eventos que le generan malestar, el aumento de la fortaleza afectiva y emocional de los docentes y la mamá inicialmente y también de su núcleo familiar, adicional cuenta con servicios de salud que le permiten tener la valoración de equipo interdisciplinario requerido para su manejo diagnóstico.

Se puede reconocer como análisis de la disposición y motivación de la paciente que visita y comparte los fines de semana con amigas, además que sale de paseo y participa de eventos especiales como práctica de deportes y montar bicicleta.

Análisis histórico

En el relato del caso clínico se hace una reseña histórica secuencial del problema así:
“Mi papá no me deja salir, mi mamá no confía en mí, yo quiero hablar con mi amigo y no me dejan, eso me da mucha rabia, por eso me encierro y no quiero hablar con nadie, cuando me tome las pastillas yo no me quería morir, solo tenía mucha rabia porque mi pareja me traicionó, estuve en un lugar donde creo que aprendí mucho, no fueron sino 8 días, pero pude ver allí había personas con situaciones peores que las mías, sin familia, consumían drogas, acudimos a la consulta con psicólogo porque la doctora de Bogotá se lo aconsejo a mi mamá, todo en mi casa es una mentira, mi papá y mi mamá pelean mucho, papá va a la iglesia, pero yo no creo en nada, yo no creo que Dios exista”

“Buscamos la orientación de un psicólogo clínico por sugerencia de la psiquiatra, nosotros tenemos seguro, pero mamá dice que se demora mucho, y ella quiere que yo esté bien, la doctora de Bogotá me envió un remedio que me hace sentir mejor, porque a veces me dan ganas de llorar y no quiero salir ni hablar con nadie”.

Se encuentra menor con pobre introspección frente al problema de consulta, con prospección positiva frente a su proyecto de vida, “*la verdad mi mamá y mi papá exageran las cosas, no me va a pasar nada*”

Por otro lado, se conoce antecedente de depresión en madre y por línea paterna primo con ansiedad y depresión, se niega medicación y hospitalización frente al evento.

La mamá manifiesta que ha sido siempre una niña muy conflictiva, desde muy pequeña siempre me ha dado dolores de cabeza, ahora resulto dizque con novio, nosotros no lo sabíamos (papá y mamá), se comunicaba por Messenger, ¡porque ella no tiene teléfono!, vio al chinito ese con otra y salió para la droguería, ¡porque nosotros tenemos una droguería! Se tomó un poco de pastillas, menos mal el papá si la notó rara, de una salimos para el hospital, ¡porque se desmayó!! Allá nos enteramos doctora que ya tuvo relaciones sexuales con el chino ese, ha sido muy dura para nosotros, y tiene una actitud terrible, casi ni me habla, se encierra y no quiere ni que uno le hable, la verdad estoy cansada”.

Padre refiere en entrevista abierta amar a su hija y entenderla, manifiesta antecedentes de depresión, intento suicida por una decepción amorosa. Narra en tono de voz bajo, ser abandonado por sus padres y no recibir afecto de los miembros de su familia, hoy reconoce la importancia de brindar afecto y comprensión a su hija para lograr superar la crisis actual.

Plan de tratamiento

Se presenta en este apartado una descripción detallada de cada una de las sesiones que hicieron parte del proceso terapéutico de la paciente, estructuradas bajo el enfoque cognitivo conductual, la estructura de cada sesión contempló la formulación del objetivo, la revisión y

retroalimentación de tarea de sesión anterior, el desarrollo/técnica cognitivo conductual usada en la consulta, la retroalimentación/resumen de la sesión con la paciente, la asignación de tarea para la siguiente sesión y una descripción de los resultados logrados en la sesión, a continuación se detalla cada una:

Sesiones 1 -2-3

Evaluación- Aplicación de pruebas

Se realizó diligenciamiento de consentimiento informado, abordando información para registro de historia clínica inicial, realizando registro de datos sociodemográficos, antecedentes clínicos y psicológicos de la paciente, mediante entrevista semiestructurada se recolectan los datos necesarios, paciente refiere motivo de consulta “ *estoy aquí con mi hija MA, porque la psiquiatra me recomendó llevarla a un psicólogo, llegamos ayer de Bogotá, donde estuvo hospitalizada 8 días en una clínica psiquiátrica , por intentar quitarse la vida*”

Evaluación (cuidadores)

MA ha sido siempre una niña muy conflictiva, desde muy pequeña siempre me ha dado dolores de cabeza, ahora resulto dizque con novio, nosotros no lo sabíamos (papa y mama), se comunicaba por Messenger, porque ella no tiene teléfono!, vio al chinito ese con otra y salió para la droguería, ¡porque nosotros tenemos una droguería! Se tomó un poco de pastillas, menos mal el papa si la notó rara, de una salimos para el hospital, ¡porque se desmayó!! Allá nos enteramos doctora que ya tuvo relaciones sexuales con el chino ese, ha sido muy dura para nosotros, y tiene una actitud terrible, casi ni me habla, se encierra y no quiere ni que uno le hable, la verdad estoy cansada”.

El padre refiere en entrevista abierta amar a su hija y entenderla, manifiesta antecedentes de depresión, intento suicida por una decepción amorosa. Narra en tono de voz bajo, ser abandonado por sus padres y no recibir afecto de los miembros de su familia, hoy reconoce la importancia de brindar afecto y comprensión a su hija para lograr superar la crisis actual. Durante sesión se brinda espacio para ventilación de sentimientos y emociones.

Aplicación de pruebas

Se aplicó el inventario de depresión de Beck, teniendo en cuenta que es uno de los instrumentos más utilizados a la hora de diagnosticar depresión, se aplica en este caso, ya que su madre refiere que presenta un ánimo bajo, se aísla del grupo familiar, del grupo social, llora con facilidad. *“me preocupa que mi hija este sufriendo de depresión, bueno eso me dijo la psiquiatra, que debía cuidarla mucho porque podía volver a intentar quitarse la vida”*

No presenta inconvenientes al momento de responder la prueba, verbaliza comprender y lo hace de una manera tranquila, en un tiempo de 10 minutos, arrojando como resultado un puntaje de 30 puntos, indicando que la menor presenta un nivel de depresión moderada. (ver apéndice G)

De la misma manera se aplicó la prueba MACI inventario clínico para adolescentes MILLON, como es conocido este instrumento fue creado fundamentalmente para examinar detalladamente los problemas, preocupaciones y situaciones únicas y específicas que tienen que enfrentar los adolescentes, de la misma manera que identifica trastornos de personalidad y síntomas clínicos en los adolescentes. (ver apéndice H)

Se realizó sesión donde se entrenó a la paciente en las técnicas de respiración diafragmática y relajación progresiva con el fin de reducir la sintomatología física a partir de la

terapia de relajación progresiva de Jacobson, se explicó a la paciente que esta técnica le permite aprender a controlar y relajar uno a uno los músculos del cuerpo, que es importante escoger un lugar tranquilo, un ambiente sano, temperatura adecuada, es importante escoger una posición cómoda, se puede realizar en la posición de su preferencia, en un diván o en una cama con los brazos y piernas separados del cuerpo, lo importante es que le permita una posición cómoda donde todo su cuerpo este apoyado desde la cabeza hasta los pies. Se le explico que con este método de respiración y relajación aprenderá como enfrentarse al estrés y situaciones que le preocupen desde su personalidad y situaciones externas, enfatizando la importancia de realizarla en casa cuantas veces sea necesaria, explicando los beneficios ya que por medio de la relajación muscular progresiva se logran disminuir los estados de ansiedad, estrés y relajando la tensión muscular y permitiendo conciliar el sueño. (Jacobson, 1938)

Sesión 4-5

En esta fase se realizaron las sesiones con una duración de 45-60 minutos, con una periodicidad de 8 días, se realizó retroalimentación y entrega de resultados de las pruebas aplicadas, impresión diagnóstica y sintomatología, a su vez se evalúa estado de ánimo, se revisa auto registro el cual se explicó durante la sesión anterior, dejándolo como actividad para la casa, de igual manera se enfatiza con respecto a realizar actividades como; rutina de ejercicios físicos diarios, buscar grupos de apoyo espiritual, actividades lúdicas o artísticas de su agrado.

Se explicó mediante el semáforo de las emociones, como identificar y actuar de manera oportuna en caso de presentar: pérdida de apetito, pérdida de sueño, aislamiento social, ánimo bajo para realizar actividades de rutina, llanto fácil, ira, entre otros.

Sesión 6

En la sesión se enseñó mediante la narración de historietas, estrategias de afrontamiento frente a eventos estresores en el futuro e identificación y manejo de los pensamientos, sentimientos y emociones. De la misma manera se trabajó con la menor la capacidad de elegir si actuará o no en base a un impulso, para luego no tener cargos de conciencia sobre su conducta, que pueda generarle problemas de convivencia familiar y social, es por eso que se intervino en base a la auto observación, y de esta manera identificar el impulso antes de actuar, logrando que comprenda, luego se explorarán lo benéfico de lograr un control de estos impulsos para inhibir la respuesta automática.

Se brindó psicoeducación con respecto al diagnóstico clínico, teniendo en cuenta su edad y nivel académico, a su vez que se brindan estrategias para identificar las conductas-objetivo de la menor y activar factores distractores como un mecanismo protector, disminuyendo el riesgo en cambiantes estados de ánimo que puedan genera un peligro en la menor y en su grupo familiar.

Utilizando la narración mediante cuentos y /o metáforas a modo de diálogo socrático en temas relacionados con el manejo de las emociones, bajo control de los impulsos, baja tolerancia a la frustración, cuentos como: Sofía la vaca que amaba la música, la metáfora de los dos escaladores, la metáfora de la casa y los muebles, mediante estas narraciones se pretendido que la menor se viera reflejada en estas historietas de manera que entienda lo que está ocurriendo en su vida y así mismo se motive a realizar un cambio terapéutico que es necesario y definitivo.

Dichas historietas o metáforas confrontan en la menor pensamientos negativos frente a su proyecto de vida, a la incapacidad de recuperar su estado de ánimo y mejorar la relación afectiva con su familia.

Como actividad para realizar en casa, previamente identificada las emociones y las alternativas de distracción y relajación frente a ellas, se brinda educación en el auto registro de actividades o eventos que causan diferentes emociones como: miedo, tristeza, rabia. Aburrimiento, inseguridad, nervios, angustia, alegría, felicidad, satisfacción, seguridad entre otros, al mismo tiempo que las personas involucradas en los hechos.

Sesión 7-8

Durante la sesión se dan indicaciones con respecto al entrenamiento en el control de los impulsos, manejo frente a las frustraciones, comportamientos frente a conductas de autoagresión y los cambios bruscos emocionales a través de habilidades asertivas, a su vez se logra conseguir en la menor habilidades de control e identificación de las emociones como: enseñarle a razonar las propias emociones que siente, reducir los momentos o estados de ánimo negativos, incrementar mediante estrategias desde su entorno, esas emociones positivas, dejar pasar o aprender a vivir las emociones dolorosas, encontrando para cada vivencia negativa el recurso protector que le dará la salida al momento, entre otras.; además, explicarle los mitos acerca de las emociones y presentarle una teoría acerca de las mismas ; trabajar éstas habilidades utilizando las fichas que propone la terapia dialéctica conductual.

Habilidades de tolerancia al malestar como: Técnicas que le ofrezcan mecanismos de distracción, del mismo modo que se orienta a sus cuidadores a facilitar o brindar estímulos

positivos, tratar de mejorar el momento que se esté viviendo, pensando que siempre habrá un pro y un contra y que aprendiendo a tolerarlos nos lleva a salir de la crisis sin auto agresiones, ni llevar a cabo conductas impulsivas.

De la misma manera se explicó a la menor y su acompañante la importancia de realizar actividad física durante media hora como mínimo diario, unos tres días durante la semana, si no se cuanta con el tiempo para realizarlo todos los días, practicar un deporte de elección y/o preferencia, se hace énfasis en la importancia de la toma del medicamento en los horarios y tiempos sugeridos por la especialista (psiquiatra), con el fin de conseguir de manera conjunta el éxito en el tratamiento, se sugiere su participación en reuniones grupales de contexto espiritual, enfatizando en su importancia en la psicoterapia.

Sesión 9

Ingresó paciente al servicio en compañía de su mamá, la paciente se muestra atenta, receptiva, facie alegre, manifiesta sentirse tranquila, “ esta semana vi a mi exnovio con una chica, estoy muy tranquila , no niego que sentí mucha rabia, llore pero entendí que ese chico no me conviene y no volvería a cometer un locura, me da hasta pena recordarlo” se revisa actividad enviada para la casa, auto registros con respecto a sensaciones que presenta frente a diferentes situaciones vividas durante la semana, de manera que si siente alguna de las siguientes sensaciones registradas a continuación, valorando su intensidad y cantidad se debe comenzar a trabajar sobre ella; *ansioso*: siente palpitaciones, su transpiración se hace más fuerte, siente temblor, se torna pálido y tembloroso.

Triste: me enojo con facilidad, siento ganas de llorar, me pongo molesto con facilidad, sin fuerzas. Enojada: músculos más tensos, el corazón late más rápido, siento calor, me falta el aire.

Reconoce sus fortalezas frente a eventos estresantes vividos durante la semana, de manera que no causaron en ella más que un malestar normal, de tristeza, rabia, haciendo uso de los recursos distractores y protectores que tiene a su lado.

Se fortalecen temas que brinden en ella más confianza en el día a día, como tolerar las frustraciones, recordando que los problemas y las limitaciones se presentaran a lo largo de la vida y aunque nos causen incomodidad debemos tener una buena actitud y utilizar los recursos que estén a nuestro alcance. (Familia, lectura, amigos, deporte entre otros).

Por último, se hacen recomendaciones a su acompañante (mamá), ya que es muy importante la actitud positiva de ellos en el momento que la menor deba afrontar una situación desfavorable, ya que el apoyo y actitud de ellos es el mejor ejemplo de aprendizaje que los hijos puedan tener para solucionar sus problemas.

Sesión 10

Paciente acude a sesión y manifiesta conflictos con padres, al respecto refiere, “ *no me soporto a mis papas, por eso me fui a vivir con mi abuela, allá estoy más tranquila, nadie me molesta*” se brinda orientación en control de los impulsos, toma de decisiones , comunicación asertiva ofreciendo mediante este recurso psicoterapéutico la importancia de aprender a controlar los impulsos en la situaciones cotidianas de la vida, puesto que ello le llevara a tener buenos o malos resultado en las acciones que realice en su vida, reconociendo que la dependencia de los progenitores no es solo económica, es sujeción, obediencia, tolerancia, respeto al igual que se

enfatisa en la necesidad y obligación de cumplir normas dentro del hogar, por lo tanto es importante que reconozca la paciencia y la tolerancia como habilidades indispensables para manejar situaciones de estrés y lograr tomar buenas decisiones en la vida.

Con respecto a la comunicación asertiva se enfatiza en la importancia de dialogar con las personas involucradas en la discusión para llegar a un acuerdo y una acertada decisión que no perjudique ni deje consecuencias que lamentar, buscando siempre la manera de negociar.

Del mismo modo se informa a la menor la importancia de tener claros los valores y normas del hogar, es por ello que se cita para la próxima sesión a sus padres, ante el riesgo inminente por evasión del hogar y el cuidado a cargo de una adulta mayor, teniendo en cuenta que la menor requiere ser medicada bajo la supervisión de un adulto responsable.

Se aplica prueba de post test de depresión de Beck, teniendo como resultado

Una disminución marcada de los síntomas y la encontrando una evolución favorable en la consultante. Respuesta anteriormente mencionada y relacionada en la tabla 1.

Sesión 11

Acuden al llamado los padres de la menor, cumpliendo con lo acordado en la sesión anterior, donde la menor refiere que se ha evadido de su hogar al sentir que la relación con sus progenitores se ha tornado difícil, (discusiones permanentes, pérdida de confianza en la menor), durante la sesión y mediante un juego de roles se logra identificar que los roles de autoridad en el hogar no están definidos, de la misma manera podemos notar al alto grado de permisividad y/o falta de autoridad y cumplimientos de normas dentro del hogar.

Es por eso que mediante el juego de roles comprendieron de manera dinámica los roles que cumple cada uno en el hogar, a su vez la menor logra entender que a su edad depende del

cuidado y autoridad de sus padres para continuar con éxito el tratamiento y superar cada problema o prueba que se le presente durante su vida. Se informa a los cuidadores de la menor la importancia de fortalecer estrategias de mantenimiento de las conductas hasta hoy modificadas,

Seguidamente se informa que se llevara a cabo en esta sesión el cierre del tratamiento, habiendo cumplido los objetivos terapéuticos propuestos, se enfatiza en fortalecer vínculos afectivos de misma manera se cita dentro de un mes para hacer seguimiento a su estado de ánimo, brindando psi coeducación a la paciente y su familia con respecto al riesgo de caída y cómo afrontarlas de manera positiva.

Sesión 12

Durante la entrevista de seguimiento, se encuentra a la consultante alerta, facie alegre, manifiesta con buen tono de voz estar realizando actividades de entretenimiento, (taller de música, canto), actividades físicas tres veces por semana, de igual manera refiere buenas relaciones con sus progenitores, asistencia fines de semana a encuentros espirituales.

Narra en buen tono *“terminé con mi novio y no se me dio nada, bueno ...lloré, pero salí a montar en bicicleta con mi mamá y muy rápido lo pude olvidar, hice lo que usted me dijo, Salí a distraerme”*

Al mismo tiempo que se indaga sobre aspectos relacionados con la sintomatología, problemas familiares, nueva relación sentimental, aspectos de cotidianidad del adolescente, (salir en grupos de amigos, espacios de redes sociales entre otros), se fortalece hábitos de vida saludable, al igual alertando prevención de recaídas. Importancia de continuar adherencia al tratamiento y controles con psiquiatra, cuando lo requiera.

Finalmente se logró mediante técnicas cognitivo conductuales un entrenamiento en el control de los impulsos, manejo frente a las frustraciones, comportamientos frente a conductas de autoagresión y los cambios bruscos emocionales a través de habilidades asertivas, (momentos de encuentro familiar, expresiones de cariño, espacios de sano esparcimiento), a su vez se logra conseguir en la menor habilidades de control e identificación de las emociones como: enseñarle a razonar las propias emociones que siente, reducir los momentos o estados de ánimo negativos, incrementar mediante estrategias desde su entorno, esas emociones positivas, dejar pasar o aprender a vivir las emociones dolorosas, encontrando para cada vivencia negativa el recurso protector que le dará la salida al momento, entre otras.; además, explicarle los mitos acerca de las emociones y presentarle una teoría acerca de las mismas ; trabajar éstas habilidades utilizando las fichas que propone la terapia dialéctica conductual. Habilidades de tolerancia al malestar como: Técnicas que le ofrezcan mecanismos de distracción, del mismo modo que se orienta a sus cuidadores a facilitar o brindar estímulos positivos.

Recomendaciones al paciente.

Se orienta frente a fortalecer las afectivos y demostraciones de amor a su hija, esto con el fin de fortalecer sus sentimientos, proporcionando tranquilidad, confianza en el manejo de sus emociones.

Establecer normas y pautas en el hogar, con respecto a horarios de salida y llegada de casa, asignar tareas del hogar, al mismo tiempo compartir momentos de sano esparcimiento, ubicar grupos de deporte, didácticos, culturales y espirituales para ocupar el tiempo libre. Se recomienda compartir espacios saludables en familia, que fortalezcan vínculos filiales.

De la misma manera se recomienda a la menor la importancia de continuar con la práctica de la terapia de relajación progresiva de Jacobson, enfatizando que esta técnica le permite aprender a controlar y relajar uno a uno los músculos del cuerpo aprendiendo de esta manera a enfrentarse al estrés y situaciones que le preocupen desde su personalidad y situaciones externas, por último se resalta la importancia de realizarla en casa cuantas veces sea necesaria, explicando los beneficios ya que por medio de la relajación muscular progresiva se logran disminuir los estados de ansiedad por situaciones cotidianas.

Para concluir se hicieron observaciones y recomendaciones frente a la importancia de continuar con los controles por psiquiatría, ser adherente al tratamiento para garantiza el mantenimiento de los estados de ánimo.

Discusión

Mediante la ayuda bibliográfica que se abordó para la investigación e intervención de este caso clínico, encontramos que el trastorno de personalidad límite según la APA (2014), destaca unos criterios importantes de comportamiento e inestabilidad emocional, a su vez una impulsividad intensa, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta, de ahí la importancia de resaltar dicho diagnóstico fue dado a una menor de 14 años por medicina especializada/psiquiatría).

Desde la primera intervención, se tuvo en cuenta importante información con respecto a comportamientos disruptivos en la niñez y antecedentes familiares.

Al respecto conviene decir que lo anterior permite en este caso clínico, comprender analizar, explicar y describir el caso desde el Modelo Cognitivo Conductual, reforzar el entrenamiento en habilidades de manera individual y familiar, siendo este un instrumento terapéutico fundamental ya que a través de éste la menor adquirió formas más eficaces de expresar sus sentimientos y emociones, de igual manera expresar sus necesidades, supliendo poco a poco las conductas impulsivas y emociones disfuncionales por respuestas, conductuales y emocionales más adaptativas.

Cabe señalar que para pacientes diagnosticados con TLP, ha resultado eficaz el uso de Técnicas como el entrenamiento en relajación, metáforas, el modelado, la economía de fichas o el entrenamiento en habilidades sociales (empatía, resolución de conflictos, autocontrol, comunicación entre otros)

El entrenamiento en habilidades sociales, es la técnica que se trabaja muy habitualmente en psicoterapia, para diferentes trastornos y/o problemáticas de comportamiento, formando un vínculo fuerte entre el individuo y su ambiente, ayudando de esta manera a resolver sus conflictos, es muy importante resaltar la influencia de diferentes actores como la edad, sexo, cultura, educación entre otros, que intervienen en el comportamiento de los individuos y pueden lograr un éxito en su proyecto de vida, como también constantes fracasos, llevando al individuo de un problema cotidiano a un trastorno de personalidad.

Entonces resulta que no hay una manera correcta de resolver las diferentes situaciones que se presentan en la vida, ya que cada situación y cada persona las enfrente y resuelve como sea posible, de acuerdo a las habilidades aprendidas (Caballo, 2007).

No cabe duda que, mediante estudios basados en teorías de casos de Trastornos Límite de la Personalidad, se ha logrado conocer que los síntomas que presentan estos pacientes, se consideran según los autores, patologías graves, pero con un buen pronóstico de manejo interdisciplinario se consiguen excelentes resultados,

Y por eso continuando con el manejo desde el modelo cognitivo conductual, logrando conseguir una regulación de síntomas, permitiendo retomar y mejorar su convivencia familiar, social y laboral, se explicó a la consultante y su familiar que con el método de respiración y relajación aprenderá como enfrentarse al estrés y situaciones que le preocupen desde su personalidad y situaciones externas, enfatizando la importancia de realizarla en casa cuantas veces sea necesaria, explicando los beneficios ya que por medio de la relajación muscular progresiva se logran disminuir los estados de ansiedad. (Rodríguez T, 2005).

Cabe señalar que con esta terapia de respiración y relajación el individuo frente a estos momentos de estrés generados por las situaciones cotidianas de la vida, lograba reducir la tensión muscular y los niveles de ansiedad y el estrés disminuiría notablemente, brindando un estado de tranquilidad a nivel físico y emocional.

Por eso encontramos que la técnica de relajación y respiración solo es una manera de disminuir la tensión y el estrés, ya que se ha comprobado mediante trabajo de campo que la eficacia de esta técnica es inferior a la de otras, a su vez se evidencia que el éxito de esta terapia resulta mediante la respuesta de interés, disposición y voluntad, al mismo tiempo adquirir una rutina diaria de ejercicios, con sesiones mínimo día por medio, en lugares cómodos, un ambiente tranquilo, donde no sea interrumpido (Rosemary, 2002).

No cabe duda que mediante la reestructuración cognitiva se logra constantes cambios de estado de ánimo, utilizando herramientas como la metáfora.

En diferentes sesiones, frente a situaciones narradas por la consultante y observando una pobre prospección e introspección frente al evento perturbador que la llevo a cometer el intento de autolisis, se utilizan metáforas que logren mejorar y movilizar sus pensamientos. Dichas historietas o metáforas confrontan en la menor pensamientos negativos frente a su proyecto de vida, a la incapacidad de recuperar su estado de ánimo y mejorar la relación afectiva con su familia.

Por otra parte y muy importante el trabajo con la familia, fortaleciendo pautas de crianza, de igual manera las habilidades sociales antes mencionadas, juegan un papel importante en el mantenimiento del comportamiento y estado de ánimo de la menor, logrando fortalecer vínculos afectivos, donde se ha podido comprobar que las relaciones afectivas con la red primaria son un

recurso invaluable para evitar las recaídas y/o actos que afecten la buena convivencia a nivel familiar, social poniendo en riesgo la vida de la consultante.

En los últimos tiempos se ha venido demostrando la importancia de vincular a los padres en los tratamientos de sus hijos, ya que esto proporciona no solo un importante cambio de comportamiento en sus hijos, si no que los padres también presentar altos niveles de estrés y ansiedad permitiendo de alguna manera generar o mantener los trastornos en sus hijos (Caballo y Simón. 2001)

Conclusiones

Dado que el diagnóstico de trastorno límite de la personalidad en este caso específico, fue dado a una menor de edad previamente en consulta y hospitalización por intento autolisis medicamentosa, se tuvo en cuenta durante la entrevista inicial importante información con respecto a comportamientos disruptivos en la niñez y antecedentes familiares.

El entrenamiento en habilidades de manera individual y familiar fue un instrumento terapéutico fundamental ya que a través de éste la menor adquirió formas más eficaces de expresar sus sentimientos y emociones, de igual manera expresar sus necesidades, supliendo poco a poco las conductas impulsivas y emociones disfuncionales por respuestas, conductuales y emocionales más adaptativas.

La práctica diaria de la relajación progresiva y en particular la respiración diafragmática de Jacobson, permitieron el manejo de las emociones negativas y control de la ansiedad.

Por otra parte, la menor adquirió herramientas para identificar y manejar las emociones, a su vez dar un mejor manejo a las situaciones difíciles que se le puedan presentar a lo largo de su vida, de la misma manera que se pudo evidenciar una mejor comunicación con sus padres.

En resumidas cuentas podemos decir que se cumplieron los objetivos planteados en el estudio de caso, teniendo en cuenta que se evaluó la sintomatología del trastorno a partir de historia clínica, pruebas psicológicas como el inventario de personalidad de Millón II y el inventario de depresión de Beck, permitiendo de esta manera la identificación de un diagnóstico oportuno frente a los síntomas de la menor y la formulación de un plan de tratamiento, en aras de estabilizar su estado emocional y sus relaciones interpersonales y familiares.

Por último, se puede decir que el tratamiento psicológico y la terapia cognitivo conductual, es una herramienta eficaz para toda aquella persona que esté pasando o viviendo una situación estresante y carecen de la capacidad de afrontamiento frente a estos eventos; de igual y de manera positiva se evidenció la modificación de esquemas cognitivos y de comportamiento en la menor.

Recomendaciones

Es importante que la familia se comprometa en mantener adherencia al tratamiento farmacológico en las cantidades, horarios y tiempos establecidos por la especialista (Psiquiatra), de la misma manera que continúe realizando las actividades físicas, culturales y espirituales como recurso protector.

Acudir inmediatamente a la consulta en caso de presentar signos de alarma como, pérdida sueño, pérdida del apetito, llanto fácil, estados de ánimo bajo, aislamiento social, implementando el semáforo de emociones visto en la terapia como estrategia protectora frente a emociones negativas.

Mantener reglas y pautas en el hogar, cumpliendo con tareas domésticas, aumentando el valor de la responsabilidad y el respeto, mejorando así las relaciones intrafamiliares, por ende los sentimiento y las emociones.

Referencias Bibliográficas

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th. Ed.). Washington, DC: APA
- American Psychiatric Association APA (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM 5* (5ª ed). Bogotá: Panamericana
- Aragón, N., Bragado, M. C., y Carrasco, I. (2000). *Fiabilidad y estructura factorial del Inventario breve de Síntomas (BSI) en adultos*. *Psicología Conductual*, (pp. 8, 77-83).
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (2006). *BDI-II. Inventario de Depresión de Beck*. Buenos Aires, Argentina: Paidós
- Beck, J.S. (2000). *Terapia cognitiva: Conceptos básicos y profundización*. Madrid: Gedisa. (Original de 1995.).
- Beck, A.T., Freeman, A., Davis, D.D. (2005). *Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad*. Buenos Aires: Paidós Ibérica.
- Beck T., A., Clark A., D., & Alford. (1999). *Scientific foundations of cognitive theory and therapy of depression*. Nueva York: Wiley.
- Beck T., A., Rush, J., Shaw, B., & Emery, G. (2010). *Terapia Cognitiva de la depresión* (Vol. 19 edición). España: Desclée de brower, S.A.
- Bernstein. & Borkovec. (1973). *Relajación y sensibilidad a la ansiedad*. *Revista de psicopatología y psicología clínica*. 9 (2), PP 123-138
- Benítez M, Sánchez Evelyn;S Marley (2015). *Indicadores clínicos de personalidad en la adolescencia*. 32 (2). pp 235-253

- Brody, N. y Ehrlichman, H. (2000). *Psicología de la personalidad*. Madrid: Prentice-Hall
- Caballo, V.E. (1991). *Manual de técnica y modificación de conducta*. Madrid: Siglo XXVI
- Caballo, V. (2001). *Psicología Conductual. Tratamientos cognitivo-conductuales para los trastornos de la personalidad* 9, (3), pp. 579-605. Caballo, V, (2014). *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos*. Madrid. España. Ediciones Pirámide
- Caballo, V. E. (1998). *Tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos de personalidad*, pp. 509-549). Madrid: Siglo XXI.
- Caballo, V. (2015). *Manual de evaluación y entrenamiento en habilidades sociales*. Madrid, España: España editores.
- Caballo, V y Simón, M. (2001). *manual de psicología clínica infantil y del adolescente (trastornos generales – trastornos específicos)*. Madrid, España: Editorial Pirámide.
- Caballo (2007), *Manual de evaluación y habilidades sociales*. Madrid, España: Editores, S.A
- Carrasco, I. (1995). *Terapias racionales y de reestructuración cognitiva*. En F.J. Labrador, J.A.
- Cardenali V, Sánchez M.^a P, Ortiz M. (2007). *Los trastornos de personalidad según el modelo de Millón: una propuesta integradora*. 18 (3). Pp 305-324.
- Chetty S. (1996). *El método de estudio de caso para la investigación en pequeñas y mediana empresas*. 2(5) pp. 165-193
- Cruzado y M. Muñoz (Eds.), *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta* (2ª ed., pp. 667-709). Madrid: Pirámide.
- Eysenck, H. J. (1982). *Fundamentos biológicos de la personalidad*. Barcelona: Fontanella
- Fernández G, Palacios V. (2017), *El trastorno límite de personalidad en la producción científica publicada en revistas editadas en España*. *Clínica y Salud*, 28 (3) pp.147-153.

- Fernández, Guerrero. (2017), *Clínica y Salud*, 28 (3 2017, pp. 147-153 Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid Madrid, España
- Gómez C, Hernández G. (2002). *Fundamentos de Psiquiatría Clínica: Niños, adolescentes y Adultos*. Bogotá: Centro Editorial Javeriano, Ceja.
- Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad. Fórum de Salud Mental y AIAQS, coordinadores. (2011). *Guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad* (1ª edición ed.). Barcelona, Catalunya
- Jacobson, E. (1938). *Progressive relaxation* (2nd Ed.). Chicago: University of Chicago Press.
- Ley 1090, congreso de la Republica, Bogotá D. C. 6 de septiembre de 2006.
- Millon, T. (1993). *Manual of Millon Adolescent Clinical Inventory*. Minneapolis: National Computer System.
- Millon. (2006). *Los trastornos de personalidad según el modelo de Millon: una propuesta integradora*. Universidad Complutense de Madrid.
- Montaño M, Palacios J & Gantiva C (2009). *Teorías de la personalidad. Un análisis histórico del concepto y su medición*. Universidad de San Buenaventura, Sede Bogotá.
- Muñiz, J. y Fernández-Hermida, J. R. (2010). La opinión de los psicólogos españoles sobre el uso de los test. *Papeles del Psicólogo*, pp. 31, 108-121.
- Olivares, J. y Mendez, X. (2008) *Técnicas de Modificación de Conducta*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Oviedo, Gabriel. Restrepo, C. Rondón, Martin, Borda JP & Tamayo N. (2016). Revista colombiana de psiquiatría: *Tamizaje de rasgos de personalidad en población adulta colombiana*.45(S1), pp. 127–134

Observatorio Mundial de Salud Mental. (enero de 2017). *Enfermedades no transmisibles. Grupo funcional: Función integrada para la salud mental*. Recuperado de:

<https://www.minsalud.gov.co>

Organización Mundial de la Salud (2018). *La carga de los trastornos mentales en la región de las américas, 2018*. Washington, D.C. Recuperada de: <http://iris.paho.org>.

Organización Mundial de la Salud (2018) *análisis de salud mental por territorios. Enfermedades no transmisibles*. Bogotá D.C., Colombia, abril de 2018. Recuperado de:

<https://www.minsalud.gov.co/>

Organización Mundial de la Salud (julio de 2017). *Conducta suicida Subdirección de*

Enfermedades No Transmisibles, Bogotá D.C. Colombia. Recuperado de:

<https://www.minsalud.gov.co>

Organización Mundial de la Salud (2013). *Plan de acción sobre salud mental 2013-2020*. Ginevra. Suiza.

Piper, W. E. y Joyce, A. S. (2001). Psychosocial treatment outcome. En W. J. Livesley (dir.), *Handbook of personality disorders* (pp. 323-343). Nueva York: Guilford.

Ruiz, M.A. (1993). Técnicas cognitivas y terapias cognitivo-conductuales. En M.A. Vallejo y M.A. Ruiz (Eds.), *Manual práctico de modificación de conducta 2* (pp. 429-530). Madrid: Fundación Universidad-Empresa.

Rodríguez R. García R, Y Cruz P.(2005). *Técnicas de relajación y autocontrol emocional*. 3(3), pp 55-70.

Rosemary A. (2002). *Guía práctica; técnicas de relajación*. 3 edición.

Thadani B, Perez A (2018). *Calidad de vida en personas diagnosticadas con trastorno de personalidad límite: Papel mediador de la satisfacción vital*. 23 (2), pp. 89-90.

Vega, J., Coronado, O., & Mazzotti, G. (2014). Validez de una versión en español del Inventario de Depresión de Beck en pacientes hospitalizados de medicina general. *Revista Neuropsiquiatría* 77 (2), pp. 1-9.

Apéndices

Apéndice A. Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA ATENCION PSICOLOGICA

DATOS DEL USUARIO

Fecha dia / mes / año / Nombre y apellidos / Documento de Identidad
 Edad / F M / Sexo / Contributivo Subsidiado Vinculado Particular / Regimen de Salud / Empresa
 Dirección / Barrio / Ciudad / Departamento / Teléfono

CARACTERISTICAS DEL TRATAMIENTO PSICOTERAPEUTICO

Se realizará tratamiento psicológico, el cual se orientará a la atención de los motivos de consulta expuestos.

El abordaje terapéutico será el adecuado a cada situación clínica y se inscribe dentro del marco de la psicología basada en evidencia.

Por la presente dejo constancia que he sido informado de las características técnicas del enfoque a aplicar y me han sido respondidas todas las dudas pertinentes.

Se garantiza la confidencialidad respecto a la información entregada por el menor o representante legal, cuyo límite solo podrá sufrir excepciones con causa justa de acuerdo a lo establecido en la ley 1090 del 2006 del código deontológico y bioético para el ejercicio de la profesión de psicología. Capítulo III. Deberes del psicólogo con las personas objeto de su ejercicio profesional, en el que se estipula que el psicólogo está obligado a revelar ante las instancias oportunas información confidencial en aquellas situaciones que pudieran representar un riesgo grave para el consultante, terceras personas o bien porque así lo fuera ordenado judicialmente. En el supuesto de que la autoridad judicial exija la revelación de alguna información, el/la psicólogo (a) estará obligado (a) a proporcionar solo aquella que sea relevante para el asunto en cuestión manteniendo la confidencialidad de cualquier otra información.

DURACION Y MODALIDAD DEL TRATAMIENTO PSICOTERAPEUTICO

El tratamiento se llevará a cabo con una determinada periodicidad indicada por el profesional tratante. Las consultas tienen una duración promedio de 30 minutos, sin embargo, pueden existir variaciones según lo que acontezca en su transcurso, o de acuerdo a las características del caso.

El plazo del tratamiento psicológico será el que el profesional considere necesario de acuerdo a la problemática que ha generado la consulta. De igual manera, en el transcurso del proceso el plazo puede ser modificado (extendido o acortado) mediante un nuevo acuerdo, en función del grado de avance en el cumplimiento de los objetivos terapéuticos establecidos.

La ausencia a dos sesiones seguidas sin que medie aviso efectivo por parte del consultante, será interpretada como abandono al tratamiento y podría disponerse del horario pautado, dándose por finalizado el tratamiento.

CUESTIONES RELATIVAS A LA EVOLUCION DEL TRATAMIENTO PSICOTERAPEUTICO

El tratamiento psicológico podrá ser interrumpido en forma unilateral por el consultante en el momento en que lo considere oportuno, informando de esta decisión al profesional tratante, quien evaluará si esta interrupción puede ser perjudicial para el mismo o para terceros. Reservándose el derecho de notificar a quien considere pertinente.

El consultante o representante legal, se responsabiliza a seguir indicaciones terapéuticas que el profesional tratante le imparta: inter consulta con profesionales médicos y no médicos y eventual derivación institucional.

En el caso de los menores de edad, se informará a los padres o representantes legales, aspectos relacionados con el proceso terapéutico y su evolución, manteniendo confidenciales los datos que así se hayan acordado previamente entre el consultante, representantes y terapeuta. Teniendo en cuenta que a partir de los 12 años se habrá que considerar la opinión del menor que será tanto más determinante cuanto mayor sea su edad y su capacidad de discernimiento.

DECLARACION DE CONSENTIMIENTO

Acepto las condiciones que se me presentan en este contrato, dado en _____, el día del mes de _____, del año _____.

Nombres y apellidos del consultante	Firma
N° Identificación:	
Nombres y apellidos del responsable del consultante	Firma
N° Identificación:	
Nombres y apellidos del Psicólogo (a)	Firma
C.C	
Tarjeta Profesional N°	

¹El consentimiento, datos y firma del representante legal serán solicitados para los casos en los que el consultante sea menor de edad, o presente alguna dificultad cognitiva, en el que requiere del acompañamiento y supervisión de su tutor o representante legal.

Apéndice B. Historia Clínica

VALORACION PSICOLOGICA

Fecha de Valoración	Día / 23	Mes /
----------------------------	-----------------	--------------

DATOS DEL CONSULTANTE			
Nombres y Apellidos	Edad	Género	Documento de Identidad
Lugar y Fecha de nacimiento	Dirección de Residencia		
Profesión	Área en la que Labora	No. Teléfono Celular	

DATOS DE CONSULTA

Motivo de Consulta

[Empty rectangular box for notes]

Examen Mental y Observaciones Generales del consultante

[Empty rectangular box for notes]

ASPECTOS RELACIONADOS AL MOTIVO DE CONSULTA

Historial de la Situación

[Empty rectangular box for notes]

--

Intentos Previos para Solucionarlo

--

REDES DE APOYO DEL CONSULTANTE

--

ASPECTOS FAMILIARES / TIPOLOGIA FAMILIAR/ OBSERVACIONES

--

ANTECEDENTES MEDICOS Y/O PSICOSOCIALES**IMPRESIÓN DIAGNOSTICA****PLAN Y TRATAMIENTO**

--

RECOMENDACIONES

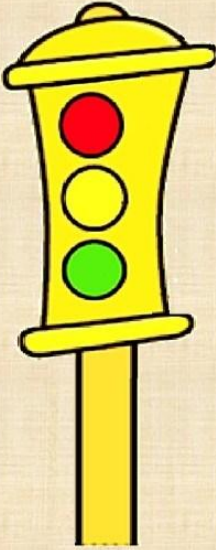
REMITIDO A:

Nombre y Apellidos del Psicólogo (a)

Tarjeta profesional _____

Apéndice. C Auto registros Semáforo de emociones

Semáforo emocional



ROJO: PARARSE. Cuando no podemos controlar una emoción (sentimos mucha rabia, queremos agredir a alguien, nos ponemos muy nerviosos...) tenemos que pararnos como cuando un coche se encuentra con la luz roja del semáforo.

AMARILLO: PENSAR. Después de detenerse es el momento de pensar y darse cuenta del problema que se está planteando y de lo que se está sintiendo.







VERDE: SOLUCIONARLO. Si uno se da tiempo de pensar pueden surgir alternativas o soluciones al conflicto o problema. Es la hora de elegir la mejor solución.

felicidad: Mis amigos, mi familia, estudiar, comer, dormir y bailar

Tristeza: Perder una evaluación o actividad, no estar con la persona que quiero, que mis papas ~~se~~ desconfíen de mí, que no me dejen hacer nada.

Rabia: No poder hacer lo que me proponga.

Apéndice D. Ejercicio manejo de emociones

Situación	Pensamiento	Emoción	Conducta	Respuesta Fisiológica
Mi hermano no me quiere prestar la computadora	SIEMPRE ME HACE LO MISMO. LO ODIÓ	BRONCA 	Me encierro en mi cuarto	Músculos tensos, calor
Reprobé matemática	SOY UN DESASTRE	tristeza 	Me quedo solo en el recreo	Fatiga, falta de energía
Escucho un ruido desconocido por la noche	¿SERÁ UN LADRÓN?	MIEDO, TERROR 	Me tapo con las sábanas	Palpitaciones tensas.
Mis padres me retaron	NO me quieren	IRA, FURIA 	Le pego a una puerta	Palpitaciones, respiro más rápido
Mis amigos fueron al cine y no me invitaron	No les importa	TRISTE 	Me quedo en un sillón sin hacer nada	Pesadez, cansancio
Estoy en una fiesta donde todos bailan	No se bailar	NERVIOS, VERGUENZA 	Me oculto en un rincón	Paralizado, tenso

Apéndice E, Carta familiar

Ficha: mensajes familiares



Esta oveja gris se siente distinta a las demás y encima se lo dicen claramente. A veces las personas que más queremos nos dicen cosas por el estilo y nos sentimos terriblemente mal, tristes o deprimidos.

¿Te animás a escribirle una carta a la ovejita gris para ayudarla a sentirse mejor?. Si alguna vez te pasó algo parecido, ayudarla a ella te va a ayudar a vos.

Querida ovejita,



yo me he sentido muchas veces como usted ahora, que lo que no más que se hizo me aparta de mi familia pero si cambiamos y nos portamos bien, estoy segura que llegaremos a la felicidad en nuestras vidas. Solo le puedo decir que nos podemos equivocar, pero lo importante es no quedarnos ahí llorando, ánimo lo vamos a lograr.

Hasta la próxima,

Maria Angel

Apéndice F, Autoregistros estado de ánimo (termómetro)

Cada vez que estamos tristes, hacer algo que nos gusta nos ayuda a sentirnos mejor. La super detective Clara "Vetodoclarísimo" te ayuda a investigar qué cosas mejoran tu estado de ánimo. Anotá en la planilla a continuación que actividades realizaste en el día y debajo ponelos un puntaje de acuerdo a cómo te sentiste haciéndolas (1= muy triste, 10 = super contenta).

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
 Cosas que hice	Montar Bici	Ir a clase de canto con una amiga.	salir con una amiga de Inglés.	Ir a clase de Inglés.	Montar Bici con mamá	Dormir hasta tarde	Ir a la iglesia
 Cómo	9	8.	9	7.	9	10.	7.

Apéndice G, Inventario de Depresión de Beck

Nombre Estado Civil..... Edad:..... Sexo..... Ocupación
..... Educación..... Fecha.....

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

Tristeza

0 No me siento triste.

1 Me siento triste gran parte del tiempo

2 Me siento triste todo el tiempo.

3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

Pesimismo

0 No estoy desalentado respecto del mi futuro.

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

Fracaso

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

Pérdida de Placer

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

Sentimientos de Culpa

- 0 No me siento particularmente culpable.
- 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.
- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- 3 Me siento culpable todo el tiempo

Sentimientos de Castigo

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

Disconformidad con uno mismo.

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

Autocrítica

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

Pensamientos o Deseos Suicidas

- 0 No tengo ningún pensamiento de matarme.
- 1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría
- 2 Querría matarme

3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

Llanto

0 No lloro más de lo que solía hacerlo.

1 Lloro más de lo que solía hacerlo

2 Lloro por cualquier pequeñez.

3 Siento ganas de llorar, pero no puedo.

Agitación

0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.

1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.

2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto

3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

Pérdida de Interés

0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.

1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.

2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.

3. Me es difícil interesarme por algo.

Indecisión

0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.

- 1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones
- 2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
- 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

Desvalorización

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

Pérdida de Energía

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

Cambios en los Hábitos de Sueño

- 0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
- 1^a. Duermo un poco más que lo habitual.
- 1^b. Duermo un poco menos que lo habitual.
- 2^a Duermo mucho más que lo habitual.
- 2^b. Duermo mucho menos que lo habitual

3^a. Duermo la mayor parte del día

3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

Irritabilidad

0 No estoy tan irritable que lo habitual.

1 Estoy más irritable que lo habitual.

2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.

3 Estoy irritable todo el tiempo.

Cambios en el Apetito

0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.

1^a. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.

1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.

2a. Mi apetito es mucho menor que antes.

2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual

3^a . No tengo apetito en absoluto.

3b. Quiero comer todo el día.

Dificultad de Concentración

0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.

1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente

2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.

3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

Cansancio o Fatiga

0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.

1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.

2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer. hacer.

3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía

Pérdida de Interés en el Sexo

0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.

1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.

2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.

3 He perdido completamente el interés en el sexo.

TOTAL, PUNTAJE

Apéndice H. MACI Prueba de personalidad de MILLON adolescentes



M A C I

T H E O D O R E M I L L O N

• C U A D E R N I L L O •

INSTRUCCIONES

Esta prueba consiste en una lista de frases que la gente joven usa para describirse a sí misma. Se presentan aquí para ayudarte a describir tus sentimientos y actitudes. Cuando contestes trata de hacerlo tan honesta y seriamente como puedas, ya que los resultados serán utilizados para ayudarte a conocerte y poder ayudarte a planear tu futuro. No te preocupes si algunas de las frases no te parecen muy corrientes; se han incluido para ayudar a adolescentes con muchos tipos de problemas.

Junto con este cuadernillo se te ha suministrado una hoja de respuestas en la que se explica cómo debes utilizarla para responder al Inventario.

Trata de responder a todas las frases aun cuando no estés seguro de tu decisión.

No hay límite de tiempo para completar el inventario, aunque es mejor trabajar a un ritmo rápido pero cómodo.

No hagas ninguna marca en este cuadernillo.

LOS RESULTADOS DE ESTA PRUEBA SON CONFIDENCIALES

NO ABRAS ESTE CUADERNILLO HASTA QUE TE LO INDIQUEN



Copyright © 1993 by DICANDRIEN, INC. Publicado por National Computer Systems, Inc, Minneapolis, EEUU.
Copyright de la edición española © 2004 by TEA Ediciones, S.A., Madrid, España - Todos los derechos reservados - Prohibida la reproducción total o parcial - Este ejemplar está impreso en **DOS TINTAS**. Si le presentan un ejemplar en negro es una reproducción ilegal. En beneficio de la profesión y en el suyo propio **NO LA UTILICE** - Printed in Spain. Impreso en España.

1 Yo prefiero mucho más seguir a otro en vez de mandar.

2 Estoy bastante seguro de que sé quién soy y de lo que quiero en la vida.

3 Yo no necesito tener amistades íntimas como los otros jóvenes.

4 A menudo me fastidia hacer las cosas que los otros quieren que haga.

5 Me esfuerzo al máximo para no herir los sentimientos de otras personas.

6 Puedo confiar en que mis padres serán comprensivos conmigo.

7 Algunas personas piensan de mí que soy un poco creído.

8 Nunca tomaría drogas, pasase lo que pasase.

9 Siempre trato de hacer lo que es adecuado.

10 Me gusta mi aspecto.

11 Aunque a veces me descontrolo comiendo, odio cuando aumento de peso.

12 Parece que nada de lo que pasa me hace sentir ni triste ni feliz.

13 Parece que tengo problemas para llevarme bien con otros adolescentes de mi edad.

14 Me da mucha vergüenza contarle a otras personas cómo abusaron de mí.

15 Nunca he hecho nada por lo que hubiera podido ser arrestado.

16 Pienso que todos estarían mejor si yo estuviera muerto.

17 A veces, cuando estoy lejos de mi casa, empiezo a sentirme tenso y con miedo.

18 Generalmente actúo de forma rápida, sin pensar.

19 Supongo que soy un quejica que espera que pase lo peor.

20 No es raro sentirse solo y no deseado.

21 El castigo nunca me ha frenado para hacer lo que yo quería.

22 Parece ser que la bebida ha sido un problema para varios miembros de mi familia.

23 Me gusta seguir instrucciones y hacer lo que otros esperan de mí.

24 Me parece que encajo enseguida en cualquier grupo de chicos o chicas.

25 Muy poco de lo que he hecho ha sido apreciado por los demás.

26 Odio no tener ni el aspecto ni la inteligencia que quisiera tener.

27 Me gusta mi hogar.

28 Algunas veces meto miedo a otros chicos o chicas para que hagan lo que yo quiero.

29 Aunque la gente me dice que estoy delgado o delgada, yo sigo creyendo que peso demasiado.

30 Cuando tomo unas copas me siento más seguro de mí mismo.

31 La mayoría de la gente es más atractiva que yo.

32 Cuando estoy en medio de una multitud, a menudo siento que me va a dar un ataque de pánico o que me voy a desmayar.

33 A veces me provocho el vómito después de comer mucho.



NO TE DETENGAS, CONTINÚA
EN LA PÁGINA SIGUIENTE.



- 34 Con frecuencia me siento como si no tuviera rumbo, como perdido en la vida.
- 35 Parece que no les caigo bien a la mayoría de los jóvenes.
- 36 Cuando puedo elegir, prefiero hacer las cosas solo o sola.
- 37 Implicarse en los problemas de otros es una pérdida de tiempo.
- 38 Muchas veces siento que otros no quieren ser amistosos conmigo.
- 39 No me importa mucho lo que otros jóvenes piensan de mí.
- 40 Solía «colocarme» tanto (con alcohol o drogas) que no sabía lo que estaba haciendo.
- 41 No me importa decirle a la gente cosas que no le gusta oír.
- 42 Me veo a mí mismo muy lejos de lo que en realidad me gustaría ser.
- 43 Las cosas en mi vida van de mal en peor.
- 44 Tan pronto como tengo el impulso de hacer algo, lo hago.
- 45 A mí nunca me han llamado «delincuente juvenil».
- 46 Con frecuencia yo soy mi peor enemigo.
- 47 Muy pocas cosas o actividades parecen darme placer.
- 48 Siempre pienso en ponerme a dieta, aun cuando la gente me dice que estoy demasiado delgado o delgada.
- 49 Es muy difícil, para mí, sentir lástima por las personas que siempre están preocupadas por alguna cosa.
- 50 Es bueno tener una rutina para hacer la mayoría de las cosas.
- 51 No creo tener tanto interés por el sexo como la gente de mi edad.
- 52 No veo nada malo en utilizar a otros para conseguir lo que quiero.
- 53 Preferiría estar en cualquier lugar en vez de en casa.
- 54 A veces me siento tan desbordado que querría dañarme gravemente.
- 55 No creo haber sido abusado sexualmente.
- 56 Soy un tipo de persona teatral a quien le gusta llamar la atención.
- 57 Puedo beber más cerveza o licor que la mayoría de mis amigos.
- 58 Los padres y maestros son demasiado duros con los jóvenes que no siguen las reglas.
- 59 Me gusta mucho coquetear (ligar).
- 60 No me molesta ver a alguien sufriendo.
- 61 Al parecer no tengo muchos sentimientos por los demás.
- 62 Disfruto pensando en el sexo.
- 63 Me preocupa mucho pensar en que me dejen solo y abandonado.
- 64 Con frecuencia estoy triste y siento que nadie me quiere.
- 65 Se supone que debo ser delgado o delgada, pero siento que mis muslos y mi trasero son demasiado grandes.
- 66 Con frecuencia me lo merezco cuando los otros me critican.
- 67 La gente me presiona para que haga más de lo que es justo.
- 68 Creo que tengo un buen cuerpo.



NO TE DETENGAS, CONTINÚA
EN LA PÁGINA SIGUIENTE.



69 Socialmente, siento que me dejan de lado.

70 Hago amigos y amigas fácilmente.

71 Soy una persona un tanto asustadiza y ansiosa.

72 Odio recordar algunas de las formas en que abusaron de mí.

73 No soy diferente a muchos jóvenes que roban cosas de vez en cuando.

74 Prefiero actuar primero y pensarlo después.

75 He pasado por periodos en los que he fumado «canutos» varias veces a la semana.

76 Hay tantas normas en mi camino, que es difícil hacer lo que quiero.

77 Cuando las cosas se ponen aburridas, me gusta crear un poco de emoción.

78 A veces yo haría algo cruel para hacer infeliz a alguien.

79 Paso mucho tiempo preocupándome acerca de mi futuro.

80 Con frecuencia siento que no me merezco las cosas buenas que hay en mi vida.

81 Me da un poco de tristeza cuando veo a alguien que se siente solo.

82 Como poco delante de otros, pero después me atiborro cuando estoy solo o sola.

83 Mi familia siempre está gritando y peleándose.

84 A veces me siento muy infeliz de ser quien soy.

85 Al parecer yo no disfruto estando con gente.

86 Tengo ciertas capacidades que otros jóvenes quisieran tener.

87 Me siento muy incómodo con la gente, a menos que esté seguro de que realmente les gusto.

88 Matarme sería la manera más fácil de resolver mis problemas.

89 A veces me confunde o me turba que la gente sea amable conmigo.

90 La bebida parece que me ayuda mucho cuando me siento deprimido.

91 Casi nunca espero algún acontecimiento con placer o emoción.

92 Soy muy bueno inventando excusas para salir de los problemas.

93 Es muy importante que los niños aprendan a obedecer a los mayores.

94 El sexo es algo placentero.

95 A nadie le importa realmente si yo vivo o si me muero.

96 Deberíamos respetar a nuestros mayores y no pensar que nosotros sabemos más.

97 A veces siento placer lastimando a alguien físicamente.

98 A veces me siento mal después de que me haya pasado algo bueno.

99 No creo que la gente me vea como una persona atractiva.

100 Socialmente soy solitario, pero no me importa.

101 Casi todo lo que intento me resulta fácil.

102 Hay veces en las que siento que soy mucho más joven de lo que realmente soy.



NO TE DETENGAS, CONTINÚA
EN LA PÁGINA SIGUIENTE.



136 Muchos otros jóvenes consiguen oportunidades que yo no consigo.

137 Hubo personas que hicieron cosas sexuales conmigo cuando yo, todavía, no podía entender.

138 Con frecuencia sigo comiendo hasta que me siento enfermo o enferma.

139 En un grupo, yo me burlaría de alguien sólo para humillarle.

140 No me gusta ser la persona en la que me he convertido.

141 Al parecer siempre echo a perder las cosas buenas que me pasan.

142 Aunque quiero tener amigos, no tengo casi ninguno.

143 Me agrada que ahora los sentimientos acerca del sexo se hayan convertido en una parte de mi vida.

144 Soy capaz de pasar mucha hambre con tal de ser más delgado o delgada de lo que soy.

145 Soy muy maduro para mi edad y sé lo que quiero hacer en la vida.

146 En muchas cosas me siento muy superior a la mayoría de la gente.

147 Mi futuro me parece sin esperanza.

148 A mis padres les ha costado mucho mantenerme en el camino recto.

149 Cuando no me salgo con la mía, me descontrolo fácilmente.

150 A veces me divierte hacer ciertas cosas que son ilegales.

151 Supongo que dependo demasiado de otros para que me ayuden.

152 Mis amigos y yo podemos acabar muy borrachos cuando lo estamos pasando bien.

153 La mayor parte del tiempo me siento solo y vacío.

154 Me siento totalmente sin objetivos y sin saber adónde voy.

155 Decir mentiras es una cosa muy normal.

156 He estado pensando en cómo y cuándo suicidarme.

157 Me gusta provocar peleas.

158 Hay veces en las que parece que no le importo a nadie en mi casa.

159 Es bueno tener una forma regular de hacer las cosas para no cometer errores.

160 Probablemente me merezco muchos de los problemas que tengo.



**FIN DE LA PRUEBA.
POR FAVOR, COMPRUEBA
QUE NO HAS DEJADO
NINGUNA FRASE SIN
CONTESTAR.**



Lee las frases del Cuadernillo que te han entregado y decide si, aplicadas a ti, son verdaderas (V) o falsas (F). Marca con un aspa (X) el hueco debajo de la letra V en el caso de que la frase sea verdadera o el espacio debajo de la letra F si fuese falsa.

Lee y contesta a los dos ejemplos siguientes:

	V	F
1 Soy un ser humano	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Mido más de tres metros	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Procura contestar con orden; comprueba la numeración de la frase en el Cuadernillo y de la respuesta en esta Hoja. Anota sólo una respuesta para cada frase e intenta no dejar frases sin contestar, aunque no estés totalmente seguro de tu respuesta. Si no eres capaz de decidirte por V o F, debes marcar el espacio de la letra F (Falso).

	V	F		V	F		V	F		V	F		V	F		V	F		V	F										
1	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		21	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		41	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		61	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		81	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		101	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		121	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		141	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		22	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		42	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		62	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		82	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		102	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		122	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		142	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
3	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		23	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		43	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		63	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		83	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		103	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		123	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		143	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
4	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		24	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		44	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		64	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		84	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		104	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		124	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		144	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
5	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		25	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		45	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		65	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		85	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		105	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		125	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		145	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
6	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		26	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		46	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		66	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		86	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		106	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		126	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		146	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
7	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		27	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		47	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		67	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		87	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		107	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		127	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		147	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
8	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		28	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		48	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		68	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		88	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		108	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		128	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		148	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
9	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		29	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		49	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		69	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		89	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		109	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		129	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		149	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
10	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		30	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		50	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		70	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		90	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		110	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		130	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		150	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
11	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		31	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		51	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		71	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		91	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		111	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		131	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		151	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
12	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		32	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		52	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		72	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		92	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		112	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		132	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		152	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
13	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		33	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		53	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		73	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		93	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		113	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		133	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		153	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
14	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		34	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		54	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		74	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		94	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		114	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		134	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		154	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
15	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		35	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		55	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		75	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		95	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		115	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		135	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		155	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
16	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		36	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		56	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		76	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		96	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		116	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		136	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		156	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
17	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		37	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		57	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		77	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		97	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		117	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		137	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		157	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
18	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		38	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		58	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		78	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		98	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		118	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		138	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		158	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
19	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		39	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		59	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		79	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		99	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		119	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		139	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		159	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
20	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		40	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		60	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		80	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		100	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		120	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		140	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		160	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>



Copyright © 1993 by DICANDRIEN, INC. Publicado por National Computer Systems, Inc, Minneapolis, EEUU.
 Copyright de la edición española © 2004 by TEA Ediciones, S.A., Madrid, España - Todos los derechos reservados - Prohibida la reproducción total o parcial - Este ejemplar está Impreso en DOS TINTAS. Si le presentan un ejemplar en negro es una reproducción ilegal. En beneficio de la profesión y en el suyo propio NO LA UTILICE - Printed in Spain. Impreso en España.

INVENTARIO CLÍNICO DE MILLON PARA ADOLESCENTES

MACI

Nombre:	MA
Apellidos:	VQ
Sexo:	FEMENINO
Edad:	14
Institución:	Escuela
Evaluador:	NAYIBE BOHORQUEZ
Fecha:	##

N°	R	N°	R	N°	R	N°	R	N°	R	N°	R	N°	R
1	F	26	V	51	F	76	F	101	F	126	F	151	V
2	V	27	V	52	F	77	V	102	F	127	F	152	V
3	F	28	V	53	F	78	V	103	V	128	V	153	F
4	V	29	F	54	F	79	F	104	V	129	V	154	F
5	F	30	F	55	V	80	V	105	F	130	F	155	F
6	F	31	V	56	V	81	V	106	F	131	V	156	F
7	V	32	F	57	F	82	F	107	F	132	F	157	V
8	V	33	F	58	V	83	F	108	F	133	F	158	V

COLOCA "V" ó "F"
 SEGÚN LAS
 RESPUESTAS DEL
 EXAMINADO

9	F	34	V	59	F	84	V	109	V	134	F	159	V
10	V	35	F	60	V	85	F	110	V	135	V	160	V
11	V	36	F	61	F	86	V	111	F	136	V		
12	F	37	V	62	F	87	F	112	V	137	F		
13	F	38	F	63	F	88	F	113	F	138	F		
14	F	39	V	64	V	89	F	114	F	139	V		
15	V	40	F	65	F	90	F	115	V	140	F		
16	F	41	V	66	F	91	F	116	F	141	V		
17	F	42	F	67	F	92	F	117	V	142	F		
18	V	43	V	68	V	93	V	118	V	143	V		
19	V	44	V	69	F	94	F	119	F	144	F		
20	F	45	V	70	V	95	F	120	F	145	F		
21	F	46	V	71	F	96	V	121	F	146	V		
22	F	47	V	72	F	97	V	122	F	147	F		
23	F	48	F	73	F	98	F	123	V	148	V		
24	V	49	V	74	F	99	F	124	F	149	V		
25	V	50	F	75	F	100	F	125	F	150	F		

INVENTARIO CLÍNICO DE MILLON PARA ADOLESCENTES MACI

Nombre: MA	Sexo: FEMENINO
Apellidos: VQ	Edad: 14
Evaluador: NAYIBE BOHORQUEZ	Institución: Escuela
Fecha:	43435

ESCALAS	TB	INTERPRETACIÓN
1-Introvertido	32	Indicador nulo
2A-Inhibido	9	Indicador nulo
2B-Pesimista	43	Indicador nulo
3-Sumiso	1	Indicador nulo
4-Histriónico	76	Área problemática
5-Egocéntrico	99	Área principal de preocupación
6A-Rebelde	80	Área problemática
6B-Rudo	108	Área principal de preocupación
7-Conformista	18	Indicador nulo
8A-Oposicionista	89	Área principal de preocupación
8B-Autopunitivo	50	Indicador nulo
9-Tendencia Límite	62	Tema ligeramente problemático
ESCALAS	TB	
A-Difusión de la Identidad	54	Indicador nulo
B-Desvalorización de sí mismo.	48	Indicador nulo
C-Desagrado por propio cuerpo	41	Indicador nulo
D-Incomodidad respecto al sexo	12	Indicador nulo
E-Inseguridad con los iguales	6	Indicador nulo
F-Insensibilidad social	114	Área principal de preocupación
G-Discordancia Familiar	75	Área problemática
H-Abusos en la infancia	54	Indicador nulo
AA-Trastornos de la Alimentación	40	Indicador nulo
BB-Inclinación abuso sustancias	72	Tema ligeramente problemático
CC-Predisposición a la delincuencia	79	Área problemática
DD-Propensión a la impulsividad	91	Área principal de preocupación
EE-Sentimientos de ansiedad	4	Indicador nulo
FF-Afecto depresivo	42	Indicador nulo
GG-Tendencia al suicidio	57	Indicador nulo

