

**INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA DESDE EL MODELO COGNITIVO
CONDUCTUAL EN UN CASO DE TRASTORNO ESQUIZOIDE DE LA
PERSONALIDAD.**

Nilce Milena Téllez Pineda.



Universidad Pontificia Bolivariana
Facultad de Psicología
Especialización en Psicología Clínica
Bucaramanga
2020.

**INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA DESDE EL MODELO COGNITIVO-
CONDUCTUAL EN UN CASO DE TRASTORNO PERSONALIDAD ESQUIZOIDE**

Monografía presentada por:

Nilce Milena Téllez Pineda

Para optar al título de Especialista en Psicología Clínica

Asesor

Jairo Ávila Lázaro

PS. ESP. Psicología Clínica.



Universidad Pontificia Bolivariana

Facultad de Psicología

Especialización en Psicología Clínica

Bucaramanga

2020

Dedicatoria

A Dios especialmente, por darme la vida, por colocar en mi la iniciativa de dar un paso más, por cuidarme y permitirme cumplir este sueño.

A mi hija Daniela Martínez Téllez, por ser mi mayor motivación para llevar a cabo este proyecto académico.

A mi esposo Daniel Antonio Martínez, por su incondicionalidad, por su respaldo en todo el proceso de formación de pos grado

A mi madre María Teresa Pineda, por estar siempre pendiente de mí y con sus oraciones; siempre pidió a Dios su favor para conmigo.

A mis hermanas Yaneth Patricia y Ludi Marcela por su voz de aliento y de apoyo.

Agradecimiento

Agradezco a Dios especialmente por la gran bendición de darme la vida, porque suplió a cada momento cuando las necesidades apremiaban, por cuidarme a cada instante, por no dejarme desfallecer cuando circunstancias se presentaron, hoy me doy cuenta de que todo sueño logra cumplirse si se persevera y no se desvía del objetivo.

Agradezco a la Universidad Pontificia Bolivariana y al gran talento humano tan selecto que cuenta, que contribuyo grandemente y aportaron sus conocimientos en mi formación, por la motivación y atención tan especial que ofrecieron durante todo el proceso académico. En especial al Dr. Jairo Ávila Lázaro, por su incondicionalidad, dedicación, sencillez y su compromiso, por sus aportes y correcciones hacen que hoy se vea reflejado el resultado, culminando con orgullo y satisfacción donde quedan grabados en mi historia de vida.

Tabla de contenido

Resumen general Del trabajo.....	8
General summary of work of grade.....	9
Introducción.....	10
Justificación.....	12
Objetivos.....	13
1 Marco teórico.....	14
1.1 Definición de personalidad.....	14
1.2 Trastornos de personalidad.....	18
1.2.1 Trastorno de personalidad Esquizoide.....	18
1.3 Terapia cognitivo conductual	20
2 Metodología.....	23
2.1 Participante	23
2.2 Requisito Ético	23
2.3 Instrumento de exploración	24
2.4 Instrumentos de Evaluación.....	24
2.5Procedimiento.....	27
3 Análisis funcional.....	28
4 Resultados.....	31
4.1 Evaluación	36
4.2 Fase de Intervención.....	40
4.3 Fase Post evaluación.....	46
4.4 Fase seguimiento	49
5 Discusión	50
6 Conclusiones.....	51
7 Recomendaciones	53
Referencias	54
Apéndices	60

Lista de gráficas.

Gráfica 1. Genograma	29
Gráfica 2 Resultados de pruebas de Escala de Habilidades Sociales EHS	38
Gráfica 3 Resultados de Pretest de Ansiedad y depresión de Beck	39
Gráfica 4 Resultados de Pre y Pos test de Inventario de Depresión de Beck	46
Gráfica 5 Resultados de Pre y Pos test de Inventario de Ansiedad de Beck	47
Gráfica 6 resultados de Pre y Pos test de Inventario de Escala EHS	49

Lista de Apéndices.

Apéndice A formato de consentimiento informado	61
Apéndice B Formato de Historia clínica	63
Apéndice C Entrevista Semiestructurada	65
Apéndice D Hoja de Autoregistro	66
Apéndice E Cuestionario de Personalidad Millon II Adultos	67
Apéndice F Inventario de Depresión de Beck	73
Apéndice G inventario de Ansiedad de Beck	77
Apéndice H Escala de Habilidades Sociales EHS	78
Apéndice I Hoja de resultados de cuestionario de personalidad Millon I	80
Apéndice J Hoja de resultados pretes de Inventario de Ansiedad Beck	82
Apéndice K Hoja de resultados pretes de Inventario de Depresión Beck	83
Apéndice L Resultado de Pre test Escala de Habilidades Sociales	86
Apéndice LL Resultado de Pos test Inventario de Ansiedad	88
Apéndice M Resultado de Pos test Inventario de Depresión Beck	89
Apéndice N Resultado de Pos test Escala de Habilidades Sociales	92

RESUMEN GENERAL DE TRABAJO DE GRADO

TITULO: INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA DESDE EL MODELO COGNITIVO CONDUCTUAL EN UN CASO DE TRASTORNO PERSONALIDAD ESQUIZOIDE

AUTOR(ES): Nilce Milena Téllez Pineda

PROGRAMA: Esp. en Psicología Clínica

DIRECTOR(A): Jairo Ávila Lázaro

RESUMEN

El siguiente trabajo monográfico contiene el estudio de caso clínico único, de evaluación y proceso psicoterapéutico, realizado en el Hospital Del Sarare ESE del municipio de Saravena – Arauca, de un consultante joven de 22 años, quien ingresa por iniciativa propia buscando valoración psicológica, por presentar alteraciones en sus áreas de ajuste; social, familiar, personal con respecto a su proyecto de vida. El proceso terapéutico se desarrolló bajo el modelo Cognitivo Conductual, durante 14 sesiones, que incluyo etapa de evaluación a través de; entrevista, observación, pruebas psicométricas pre y pos como; inventario de Depresión y Ansiedad de Beck, prueba de personalidad de Millon II para adultos (175 ítems), escala de Habilidades Sociales, análisis funcional identificando problemas, signos y síntomas, cumpliendo criterios de diagnóstico según el DSM 5, para Trastorno de Personalidad Esquizoide al igual se proponen los objetivos terapéuticos. En la etapa de intervención; reestructuración cognitiva, psicoeducación con respecto al trastorno, entrenamiento en habilidades sociales, prevención de recaídas, control de seguimiento al mes y luego cada dos meses.

PALABRAS CLAVE:

Trastorno de personalidad esquizoide, habilidades sociales.

Vº Bº DIRECTOR DE TRABAJO DE GRADO

GENERAL SUMMARY OF WORK OF GRADE

TITLE: PSYCHOLOGICAL INTERVENTION FROM THE BEHAVIORAL COGNITIVE MODEL IN A CASE OF SCARY PERSONALITY DISORDER

AUTHOR(S): Nilce Milena Téllez Pineda

FACULTY: Esp. en Psicología Clínica

DIRECTOR: Jairo Ávila Lázaro

ABSTRACT

The following monographic work contains the single clinical case study, evaluation and psychotherapeutic process, conducted at the Sarare Hospital ESE, of the municipality of Saravena - Arauca, of a 22-year-old young consultant, who enters on his own initiative seeking psychological assessment, for presenting altered in their areas of adjustment; family, staff regarding their life project. The therapeutic process was developed under the Cognitive Behavioral model, during 14 sessions, which included evaluation stage through; interview, observation, psychometric pre- and post-like tests; Beck's Depression and Anxiety inventory, Millon personality test for adults (175 items), Social Skills scale, functional analysis identifying problems, signs and symptoms, meeting diagnostic criteria according to DSM 5, for Schizoid Personality Disorder.

KEYWORDS:

Schizoid personality disorder, social skills, cognitive, evaluation, intervention.

Vº Bº DIRECTOR OF GRADUATE WORK

Introducción.

El trastorno de personalidad es poco frecuente en la población, con bastante limitante en las interacciones sociales, no existe con exactitud el origen específico, se asume factor biológico y ambiental – tipo social, puede desarrollarse en familias con o sin antecedente de trastorno psiquiátrico (Mirapeix 2009). Existen pocos estudios e investigaciones del trastorno esquizoide, los casos han sido de población en penitenciarias, de acuerdo a las muestras de personas privadas de libertad por delitos sexuales y delitos comunes, un porcentaje significativo presentan trastorno esquizoide.

En el presente documento se presenta estudio de caso, de un consultante de 22 años, quien presenta signos y sintomatología desinterés por relaciones sociales, dificultad en las habilidades sociales, desesperanza, ideación suicida, afectividad plana, poco interés por mantener una relación de pareja estable, elige actividades solitarias, limitada expresión emocional, la sintomatología se ha mantenido desde los 16 años, lo cual ha afectado sus áreas de ajuste, según evaluación clínica del Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales DSM 5, cumple signos asociados al trastorno de personalidad Esquizoide.

Las personas con el trastorno de Personalidad Esquizoide no desean ni disfrutan de las relaciones interpersonales, ni íntimas, buscan realizar actividades solos. Para la Asociación Americana de Psiquiatría (2014, p. 645) lo considera como un patrón de distanciamiento en las interacciones sociales y una alta restricción de la expresión emocional.

El estudio de caso clínico, se presenta inicialmente la conceptualización de personalidad, definición del Trastorno de personalidad Esquizoide, los criterios de diagnóstico, signos y síntomas, el tiempo de duración de la presencia de ellos, y el modelo de intervención

cognitivo conductual. En la segunda fase se proponen los objetivos de acuerdo a los problemas identificados en el análisis funcional, los instrumentos de evaluación, el plan de tratamiento. En la tercera parte se analizan los resultados, la evolución de cada sesión de psicoterapia como también los hallazgos, las conclusiones y recomendaciones, bibliografías, anexos consentimiento informado, formato de historia clínica, pruebas o escalas aplicadas (pre y pos test)

Justificación.

Los trastornos de personalidad tienen alta incidencia en la población y es de gran responsabilidad para la Psiquiatría y la Psicología Clínica, un oportuno abordaje a través de la evaluación y la intervención (Bados, 2008). A pesar de los avances, estudios y del acercamiento a las diferentes poblaciones, la accesibilidad a la información, redes sociales, programas de televisión, artículos de internet entre otros, existe aún el estigma de la salud mental, convirtiéndose en una barrera para la búsqueda y el reconocimiento de la necesidad de atención en salud mental, (López, et al., 2008).

El estudio de caso de un consultante con trastorno esquizoide de la personalidad es importante dado a la complejidad que vive y como percibe el entorno, las conductas de aislamiento y de sensación de pérdida de interés en la sociabilidad, entre las dificultades de las personas esquizoides, es el no reconocer la necesidad de buscar ayuda profesional; son poco introspectivos de los déficits, interés en generar empatía, como en la expresión de sus emociones (Oliveros, 2015).

Es importante la salud mental de todas las personas, de ahí la necesidad de identificar casos, aunque no son tan usuales, requieren de una evaluación, con el fin de abordar y plantear un proceso de intervención psicológica que contribuya con el bienestar psicológico de cada individuo.

Se considera que va en aumento las enfermedades mentales en Colombia, se desconoce con exactitud, pero se presume que al menos un 40 % de la población entre 18 y 65 años padece o tiene alta probabilidad de padecer un trastorno mental. Existen varios factores de riesgo; dificultades psicosociales, vivencias estresoras como víctimas de conflicto armado, consumo de psicoactivos, violencia intrafamiliar entre otros (Posada, 2013). En Colombia

en el año 2015, se llevó a cabo la cuarta Encuesta Nacional De Salud Mental (ENSM 2015) se enmarco en el Sistema Nacional de Encuestas para la salud del país. El estudio observacional dirigido a nivel regional y nacional, en niños de 7 a 11 años, adolescentes de 12 a 17 años y adultos personas mayores de 18 años, total de población encuestada 15.351 hogares. La población adolescente (12-17 años) es la más vulnerable, siendo los primeros en los problemas mentales, alrededor del 12,2% con predominio en las mujeres, con comportamiento de riesgo para trastornos alimentarios del 9,1 %, y en consumo de alcohol en 5,2 %. Carlos Gómez- investigador quien participó en el informe de los resultados, expresa la necesidad de ponerle mucho más énfasis a la prevención de la salud mental, para evitar que se deriven en trastornos. Según la encuesta de salud mental entre un 36,1 % y un 51,5% de la población ha tenido algún problema de salud mental, el 43% de los adolescentes han presentado síntomas de depresión. Las estadísticas nos acercan a creer que la salud mental en Colombia está afectada.

En Colombia se han realizado pocos estudios a poblaciones para medir el índice del trastorno esquizoide. Estudiantes de la Universidad Católica de Colombia (2015), hicieron un estudio en la cárcel Modelo de Bogotá, con uso de instrumentos psicométricos aplicada a la muestra de 80 internos reincidentes por delito sexual y delincuencia común. En el resultado de la muestra de delito sexual el 77.5% son de personalidad esquizoide. En la muestra para delito común el 70% son de personalidad esquizoide (Álvarez, Arévalo y Godoy, 2015). Aunque no sea muy notorio la población con trastorno esquizoide, es necesario el estudio de cada caso, para el desarrollo de habilidades sociales y a la vez se disminuye el posible riesgo de conductas delictivas.

Objetivos.

Objetivo general

Realizar intervención terapéutica psicológica cognitiva conductual a consultante con trastorno de personalidad esquizoide.

Objetivos específicos.

Identificar signos, síntomas, conductas de riesgo, pensamientos, emociones y necesidades del consultante, a través de la evaluación, observación y pruebas psicométricas.

Implementar un plan terapéutico que permita el abordaje de sus déficits.

Utilizar técnicas cognitivo conductuales en la intervención clínica del consultante, que le permita disminuir los signos, conductas y contribuir con el desarrollo funcional en sus diferentes áreas de ajuste.

Evaluar evolución de la intervención y hacer seguimiento de control, con el fin de lograr el mantenimiento del aprendizaje de las estrategias terapéuticas.

1. Marco Teórico.

En el estudio de caso clínico de trastorno de personalidad esquizoide en un consultante, se requiere un adecuado abordaje, donde se define la conceptualización de personalidad, Trastorno de personalidad Esquizoide, los criterios de diagnóstico, el modelo de intervención cognitivo conductual; técnicas, instrumentos psicométricos, formulación de objetivos terapéuticos y el plan de tratamiento, indicado por sesiones semanales, hasta lograr la evolución satisfactoria del consultante

1.1 Definición de personalidad.

Es el conjunto de formas de comportarse, sentir, pensar y, en suma, relacionarse de un individuo concreto (Mirapeix, 2009). Son los rasgos, las características con las que cada ser humano se comporta, actúa, responde a situaciones o circunstancias, que los hace únicos. Compone las características psicológicas; la forma de pensar, aprender, actuar y expresar emociones en las interacciones con los demás. Pervin (1996) describió la personalidad como una organización de cogniciones, emociones y conductas que se manifiestan en la vida de una persona. Así como el cuerpo está integrado por varias estructuras, la personalidad también por origen biológico y el aprendizaje a través de las experiencias. Siendo elocuente en el ámbito psicológico, se considera en la autenticidad, en las diferencias de unos con otros. Asimismo, en el amplio campo práctico es necesario el estudio de la personalidad para identificar las necesidades, las formas de afrontar de acuerdo con sus propios recursos y poder lograr el descubrimiento individual, que aun el mismo individuo desconoce. Muchos seres humanos, no entienden porque actúan de determinada forma, porque le genera ciertas respuestas emocionales.

La personalidad tiene determinantes como la genética, a lo que se conoce como

temperamento; lo que se refleja en el comportamiento, en las expresiones de las emociones, que aparecen desde la infancia, así como lo expresa Cloninger Susan (2003). Otro es el constructo social

El Argentino Christian Chaler (2011) considera que la personalidad está influenciada por las experiencias personales y sociales del ser humano. El individuo desde su evolución e interacción va construyendo su personalidad, a través de las constantes experiencias positivas y negativas, van formándose rasgos, modelaje de conducta, influenciando procesos de aprendizaje y adaptación. Entendiendo así que la personalidad si puede modificarse con el desarrollo de ciertas habilidades, porque puede aprender y desaprender.

Puede decirse que la personalidad tiene dos componentes importantes el temperamento y el carácter. El temperamento cuyo origen es genético. El carácter se construye por la experiencia, la cultura que aprende durante la vida es adquirido. Eggers, K., De Nil, L. F. & Van den Bergh, B. R. H. (2010), coinciden en que el temperamento es una estructura disposicional de base biológica y se expresa en la conducta del individuo. Así mismo es genéticamente lo heredado de la personalidad, manifestadas en las respuestas emocionales automáticas de acuerdo a las situaciones que se expone el ser humano, estas características son únicas como la forma de adaptarse, la capacidad de aceptar, la intensidad de reacción y la particularidad en la interacción con los demás.

El carácter se refiere al aprendizaje social a factores psicosociales aprendidos, también se entiende grado de organización moral que posee un individuo y que se fundamenta a través de los juicios de valor y de una evaluación ética que se hace de la personalidad, depende en gran medida de la propia experiencia de cada individuo, debido a que cada persona se ve influenciada por diferentes factores que ocurren a su alrededor; por tanto como lo plantea Lluís (2002) el carácter controla, modifica, corrige y autorregula la

actividad de los individuos, a fin de poder dar respuestas satisfactorias a las exigencias del medio.

El carácter es una construcción de sentimientos, valores, a través de la interacción que se aprenden de acuerdo de la interpretación de la realidad. (Montaño, et al, 2009 p.86.)

De acuerdo a lo anteriormente relacionado con respecto a la personalidad, el temperamento y el carácter; puede decirse que hay individuos con personalidad normal y otros con anormal, a los que se describen como trastornos en la personalidad. Los Trastornos de Personalidad son afecciones o anormalidades psicológicas, que causan o bien un deterioro funcional significativo o un malestar subjetivo, con alteraciones de comportamiento que interfieren en las relaciones sociales, familiares y laborales como lo expresa Belerda Noemi (2018). Los trastornos de personalidad producen un sin número de alteraciones o perturbaciones a nivel afectivo, emocional, de la relación con otros, de acuerdo al caso. Los trastornos de personalidad marcan el comportamiento, la cognición, la respuesta y manifestación afectiva, el control de los impulsos y la actividad interpersonal; todo esto en las experiencias en las situaciones personales y sociales, estos patrones se manifiestan en la adolescencia o al principio de la edad adulta.

En el desarrollo profesional de la Psicología Clínica, donde se debe tener en cuenta la integralidad del individuo desde lo biológico, psicológico y lo social; el individuo está en constante funcionamiento e interacción, mostrando ciertas características en la forma de comportarse, de pensar, percibir, de responder, sentir de acuerdo a cada experiencia o situación, dejando así al descubierto la personalidad que lo identifica, por ende también permite mostrar las diversas necesidades psicológicas, comportamentales y emocionales, donde es necesario y fundamental que el profesional de salud mental, haga uso de instrumentos y técnicas como la observación, evaluación con pruebas psicométricas,

análisis y el uso de un método de intervención, con el fin de contribuir en la recuperación, estabilidad de la salud mental.

1.2 Trastornos de la Personalidad.

El DSM-5 el Manual Diagnóstico y estadístico de Trastornos Mentales, quinta edición, considera un trastorno de personalidad como un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que puede afectar: la cognición, afectividad, relación interpersonal o control de impulsos; es un fenómeno generalizado y poco flexible, su comienzo es en la adolescencia o inicio de la edad adulta; es estable en el tiempo y da malestar o deterioro significativo. (Esbec y Echeburúa, 2015).

La OMS define los trastornos a las alteraciones del pensamiento, la percepción, las emociones, la conducta y las relaciones con los demás (OMS, 2015). En Colombia de acuerdo a la Ley 1616 de 2013 define la salud mental como un estado dinámico que se expresa en la vida diaria a través del comportamiento y la interacción, permitiendo la expresión emocional, cognitiva y mental, en la cotidianidad, en el trabajo y en el establecimiento de relaciones significativas (Ley N°1616,2013).

En American Psychiatric Association (2014) Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales, (5ª edición, Editorial Médica Panamericana), Los trastornos de Personalidad están clasificados en grupos:

Grupo A: raros o excéntricos como Paranoide, Esquizoide y Esquizotípico.

Grupo B: dramáticos, emocionales Límite, Narcisista, Histriónico, Antisocial.

Grupo C: Ansioso y temeroso, Evitación, Dependiente, Obsesivo Compulsivo.

1.2.1 Trastorno de la personalidad esquizoide.

El Estudio de caso clínico único es de diagnóstico Trastorno de Personalidad

Esquizoide, consiste en “un patrón de distanciamiento de las relaciones sociales e interpersonales, con déficit en la expresión emocional” (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014). Suelen verse como autosuficientes de ahí el deseo de estar solos y realizar actividades solitarias, se da al inicio de la edad adulta, de características introvertidos con tendencia al aislamiento. (Martens, 2010, Oldham et al., 2007) .Tienen poco interés por las relaciones sexuales, tienen pocos amigos, pareciera indiferentes a las alabanzas o críticas de los demás, la afectividad es plana por lo que se consideran emocionalmente fríos en las expresiones.

El trastorno de personalidad esquizoide marca notablemente el índice de calidad de vida, interferencia en el funcionamiento e interacción familiar y social. La ausencia de interés por sostener relaciones interpersonales, afectivas, el evitar los grupos, a la vez querer estar solo, sintiéndose solo. La afectividad es plana, con dificultad para reconocer, motivar, elogiar a otros y desinterés por recibir reconocimiento (Penado & González, 2015). Entendiendo que los seres humanos por naturaleza necesitan de las relaciones interpersonales, la expresión, el participar, compartir con otros, el poder realizar un proyecto de vida, pero con la constante incomodidad al estar rodeado para los que presentan el trastorno.

Existen pocos estudios sobre el Trastorno de personalidad esquizoide, son poco común en entorno clínicos, más prevalente en poblaciones que están privados de la libertad (Mirapeix, 2009) la epidemiología de la prevalencia no está claramente establecida, pero puede afectar un 7.5% de la población general, es comórbido con el trastorno esquizotípico de personalidad.

En Medellín en el año 2015 se realizó una investigación a los estudiantes de seis universidades con el fin de establecer la prevalencia de los trastornos de personalidad; la muestra de 1907 personas en rango de edad 16 y 63 años, en estudiantes universitarios. El

trastorno con menor predominio fue el esquizoide en un 1% (0.7% mujeres y 0,3 % hombres), es de poca prevalencia en los entornos clínicos. (Botero, et, al 2015).

La National Comorbidity Survey Replication basado en una submuestra, sugiere una tasa del 4.9% de la prevalencia de trastorno de personalidad esquizoide (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014). Aunque son pocos los estudios es importante un abordaje de los casos confirmados y analizar factores sociales, familiares y personales que se relacionen entre sí. Así como no existe con exactitud el origen del trastorno puesto que se presume de origen biológico, antecedentes familiares, también se sospecha de vivencias traumáticas en la infancia y niñez. Los altos porcentajes de comorbilidad con el trastorno depresivo mayor, distimia, fobia social y agorafobia (Moreno y Medina 2010).

Para los trastornos de personalidad, la terapia cognitivo conductual ha demostrado la probabilidad de eficacia, a través de las técnicas que llevan al consultante a interpretar sus necesidades, pensamientos, emociones, conductas, como también el desarrollo de habilidades.

1.3 Terapia Cognitivo Conductual.

La Terapia Cognitivo Conductual TCC es un modelo que muestra la eficacia a corto plazo, permitiéndole al consultante la modificación de pensamientos, emociones, conductas, y el desarrollo de estrategias y habilidades para afrontar los problemas (Puerta y Padilla, 2011)

Se llama Cognitivo Conductual porque modifica la estructura de pensamiento y la percepción acerca de las cosas, el tipo de comportamiento, la emoción o el sentimiento que le genera al individuo. La terapia cognitivo-conductual (TCC) se basa en la relación entre los pensamientos, emociones, sensaciones físicas y comportamientos. Todas estas áreas están interconectadas y ejercen influencia entre ellas. La TCC interviene a nivel cognitivo

en los pensamientos, también en la conducta haciendo énfasis en las acciones del individuo, lo que se busca es cambiar la forma de pensar, transformar los pensamientos desadaptativos por unos objetivos, al lograrlo la conducta y las emociones mejoran, la percepción de la vida es otra.

En este estudio de caso único, se usa el modelo cognitivo conductual, haciendo uso de las técnicas; reestructuración cognitiva, entrenamiento en solución de problemas y asertividad, respiración y relajación, diálogo socrático, entrenamiento en habilidades sociales.

Una de las técnicas del modelo Cognitivo conductual, es la reestructuración cognitiva, permite identificar las cogniciones, a la vez el cambio de las creencias irracionales, pensamientos distorsionados, que provocan malestar, afectación emocional y al lograr sustituirlos, proporciona estabilidad emocional y bienestar psicológico en el afectado. La reestructuración cognitiva es una técnica dirigida por el terapeuta, hacia la identificación, cuestionamiento de los pensamientos desadaptativos del consultante, que generan cambios emocionales y producen una conducta como respuesta, el fin es aprender a sustituirlos por pensamientos objetivos, eliminando la afectación emocional y conductual, (Bados y García, 2010)

Así mismo, el diálogo socrático entre las técnicas que permite al consultante explorar sobre los pensamientos negativos y creencias disfuncionales, a través de preguntas orientadas a las alternativas de interpretación, consecuencias, pruebas, con el objetivo de la reflexión y al confortamiento del pensamiento (Andrés Partarrieu, 2011).

La terapia cognitivo conductual ha demostrado en diferentes estudios ser una alternativa eficaz, en algunos trastornos psicológicos, este modelo permite identificar, reconocer y transformar los aspectos desadaptativos, las creencias disfuncionales, el cambio de

pensamiento y comportamiento, como también procesar y mantener los cambios, en muchos casos logrando mejor resultado que el uso de medicamentos (Scott, et al. 2006).

El modelo cognitivo conductual para el trastorno esquizoide, previa a una evaluación psicométrica y mediante sus técnicas de tratamiento o intervención, permite al consultante la identificación de sus necesidades, el reconocimiento de sus comportamientos, pensamientos, los déficits y así mismo se orienta el proceso de intervención en mejorar las conductas problemáticas. La psicoterapia se orienta a modificar las conductas, mediante el entrenamiento en habilidades sociales, respiración y relajación, disminuir los síntomas, modificación de esquemas, pensamientos desadaptativos, reducir el deterioro en el funcionamiento social, familiar y así lograr la introspección en el consultante el beneficio de mantener el uso de las estrategias adquiridas en el proceso de intervención. De acuerdo a la sintomatología patológica como signos de ansiedad o depresión en el trastorno esquizoide requiere de un manejo integral; valoración y manejo por psiquiatría y la psicoterapia, esto contribuye a disminuir sus factores de riesgo.

Existe un limitante y es los pocos estudios del trastorno esquizoide. Algunos estudios en poblaciones carcelarias, se ven las repercusiones forenses del trastorno esquizoide, la gran mayoría son hombres, por la excentricidad, se ven involucrados en conductas violentas de hetero agresión.

Martínez, López y Díaz (2001) analizaron estudios en relación con el trastorno esquizoide, encontrando que no tenía relación con delitos sexuales, por el poco deseo sexual que presentan, lo que se vuelve contradictorio es que en otros estudios por Castro, López y Sueiro (2007) indican que existe una relación en las muestras de delincuentes por delitos sexuales en menores, son personas con trastorno esquizoide.

Algunos lo han relacionado con la esquizofrenia o el trastorno del neurodesarrollo como el

Asperger, lo que para muchos autores considerar a futuro, hacer marcadores genéticos y un estudio de la historia familiar (Mittal, Kalus, Bernstein y Siever, 2007).

2. Metodología.

La metodología en el estudio de caso único es de diseño observacional de tipo intervención terapéutica, esto contribuye en la práctica clínica y la investigación que requiere la ciencia psicológica. El trastorno esquizoide como caso único se lleva a cabo a través de la evaluación psicométrica, observación de signos, evaluación de resultados, para el ofrecimiento de intervención psicológica precisa. La clasificación de los estudios de caso se agradece a Roussos (2007) quien plantea los diseños experimentales, observacionales y presentación de caso.

2.1 Participante.

Paciente de 22 años, residente en área rural del municipio de Saravena, estudiante de arte, se encuentra cursando quinto semestre con aplazamiento del mismo, al momento de ocupación oficios varios en su hogar actividades del campo, tipología familiar recompuesta hace 6 años, conformada por progenitora y es el mayor de cuatro hermanos. Estado civil soltero.

2.2 Requisito Ético.

2.2.1 Consentimiento informado.

De acuerdo a la Ley 1090 del 2006, es un derecho del usuario y un deber del psicólogo, dar a conocer el consentimiento informado como documento, explicando el tipo de intervención, psicoeducación sobre el diagnóstico, objetivos terapéuticos, confidencialidad, el consultante autoriza de forma voluntaria y autónoma, a recibir un proceso de psicoterapia

o de intervención. (Ver apéndice A)

2.3 Instrumentos de Exploración

2.3.1 Historia clínica:

Es un instrumento médico legal, usado en el ejercicio profesional de salud, considerado documento privado de acuerdo a la resolución 1995 de 2009 donde; se registra y organiza toda la información que se obtiene, en el resultado de la entrevista con el consultante, está organizada para datos centrales específicos como; motivo de consulta, escolaridad, lugar sociodemográfico, antecedentes, tipología familiar, ocupación, intereses, signos y síntomas entre otros. El Hospital del Sarare E.S.E cuenta con software, el diligenciamiento es sistematizado. El formato permite indicar motivo de consulta, examen mental, análisis subjetivo, antecedentes – enfermedad- psicosociales, análisis objetivo, tratamiento, motivo de remisión. (Ver apéndice B)

2.3.2 Entrevista Semiestructurada.

Es un instrumento fundamental que permite la recolección de información, demográfica, escolaridad, tipología familiar, antecedentes, signos y síntomas, permite evaluar pensamiento y discurso de acuerdo a la percepción del individuo. (Ver apéndice C)

2.3.3 Auto registro.

Es una técnica para registrar la aparición de una conducta, se usa para trabajar durante la sesión y actividades para el hogar; permite el registro de información, para luego evaluar el contenido cognitivo y conductual. (Ver apéndice D)

2.4 Instrumentos de Evaluación

2.4.1 Inventario Clínico de Personalidad de Millón (MCMI-II).

El cuestionario es un auto informe, que evalúa los trastornos de personalidad, facilita la identificación de problemas clínicos y síndromes relevantes. Consta de 175 ítems (4 de

validez), con una escala de respuesta dicotómica de verdadero y falso, informando sobre 8 patrones clínicos de personalidad, (3) escalas de gravedad patológica más severa, (6) escalas síndromes clínicos de intensidad moderada y, (3) escalas de intensidad severa o grave. Evalúan 26 escalas corresponden a; 4 de fiabilidad y validez (V), sinceridad (X), deseabilidad (Y) y alteración (Z), escalas básicas de la personalidad que comprenden; Esquizoide, Fobia evitativa, Dependiente, Histriónica, Narcisista, Antisocial, Agresivo-sádico, Compulsiva regia, Pasivo- agresiva (negativita), y autodestructiva (masoquista), Escalas de personalidad patológica que incluye esquizotípica (S), Limite (C) y Paranoide (P), 6 Escalas de síndrome clínico de gravedad moderada que abarca; Ansiedad (A) Histeriforme- somatoforme (H) Hipomanía (N) Neurosis, depresiva distimia (D) Abuso de alcohol (B) y abuso de drogas (T) y 3 escalas de síndrome de gravedad severa que incluye; Pensamiento psicótico (SS) depresión mayor (CC) y delirios psicóticos (PP). (Millón, 1999b). (Ver apéndice E)

2.4.2 Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)

Cuestionario auto administrado, compuesto de 21 ítems, inicialmente propuesto por Beck, con versiones, es el quinto test más utilizado por los psicólogos españoles (Muñiz y Fernández- Hermida, 2010), permite evaluar los síntomas depresivos, desesperanza, irritabilidad, cogniciones sentimientos de culpa, síntomas físicos como; fatiga, pérdida de peso, perdida de placer. Es un instrumento para evaluar la gravedad de la depresión en adolescentes mayores de 13 años y adultos. La categoría de respuestas se codifica de 0 a 3, la suma de las respuestas a los 21 ítems va desde 0 a 63 puntos, entre más alta sea la puntuación mayor es la severidad de los síntomas depresivos, los valores sugeridos son:

00 a 13 mínima depresión

14 a 19 depresión leve

20 a 28 depresión moderada

29 a 63 depresión grave.

El inventario de Depresión de Beck de autor Aaron T Beck, Robert A Steer y Gregory K Brown, con adaptación española en el 2011. (Sanz, J, Vázquez, C. 2011) (Ver apéndice F)

2.4.3 Inventario de Ansiedad de Beck. (BAI)

Cuestionario breve auto administrado que permite evaluar en adolescentes, adultos los signos de ansiedad, consta de 21 ítems, ha demostrado ser un instrumento válido y confiable permite evaluar los signos y síntomas clínicos; emocionales, fisiológicos y cognitivos para la ansiedad. El rango de puntuación es entre 0 y 63, cada ítem puntúa de 0 a 3, siendo cero (0) en absoluto, uno (1) levemente no me molesta mucho, dos (2) moderadamente fue muy desagradable, pero podía soportarlo, tres (3) severamente casi no podía soportarlo, los puntos de corte sugeridos en la calificación del resultado son:

00 a 21 Ansiedad muy baja

22 a 35 Ansiedad Moderada

Mayor a 36 Ansiedad Severa.

La puntuación total es la suma de todos los ítems, los síntomas hacen referencia a la última semana y al momento actual. Es uno de los instrumentos más sencillos y el más utilizado.

(Sanz J, 2014) (Ver apéndice G)

2.4.4 Escala de Habilidades Sociales EHS.

Instrumento psicométrico permite medir las habilidades sociales de Gismero Elena (2010), permite evaluar la aserción y las habilidades sociales, además detectar de forma individual, cuáles son las áreas más problemáticas, actitudes, expresión de opiniones, iniciativas en determinadas situaciones. Esta escala se puede administrar individual o colectivamente, dirigida a adolescentes adultos (hombres y mujeres). La escala evalúa seis

factores;

Autoexpresión en expresiones sociales - I

Defensa de los propios derechos como consumidor - II

Expresión de enfado o disconformidad - III

Decir no y cortar interacciones IV

Hacer peticiones – V

Iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto – VI.

2.5 Procedimiento

El proceso de intervención terapéutica inicia cuando el consultante acude a atención por la consulta externa, se desarrolla durante 14 sesiones, realizadas cada ocho días, mediante las siguientes etapas o fases.

2.5.1 Fase de Evaluación.

Inició por la valoración del consultante, con el motivo de consulta que considera es la problemática, evaluación de estado mental, recolección de información, antecedentes personales y familiares, se le da a conocer el consentimiento informado, donde firma y autoriza iniciar el proceso de psicoterapia, se explica las hipótesis y los objetivos y el modelo de intervención Cognitivo conductual. La fase se desarrolló en las tres primeras sesiones; la primera inicio de recolección de información, segunda y tercera sesión evaluación de pruebas psicométricas; Inventario de personalidad de MILLON II, Inventario de Ansiedad y Depresión de Beck, Escala de Habilidades Sociales. Luego de la aplicación de pruebas el análisis de los resultados, teniendo en cuenta los signos y síntomas que expresa, se hace revisión de los criterios diagnósticos según el DSM 5, se aclaran las hipótesis y se establecen de mutuo acuerdo los objetivos terapéuticos basándose en los resultados de la evaluación.

2.5.2 Fase de intervención.

En esta fase se realizaron desde la sesión 4 hasta la 12, con una duración de 40 minutos cada 8 días, espacios de forma individual y familiar, se da la devolución y análisis de resultados se explica el diagnóstico, la psicoeducación como técnica le permitió al consultante, entender sus áreas problemáticas, el porqué de las conductas de aislamiento. Se llevan a cabo las técnicas; reestructuración cognitiva, identificación – detención y control de pensamientos negativos, confrontación de pensamientos desadaptativos, dialogo socrático, desarrollo de habilidades sociales como asertividad, expresión de emociones, la empatía, también las técnicas de respiración y relajación.

2.5.3 Fase de Post- evaluación y cierre

En la sesión 13, se aplican nuevamente los mismos instrumentos o pruebas psicométricas de que se usaron en la fase inicial, donde se permite ver la evolución, el cumplimiento de los objetivos, la disminución de la sintomatología, el auto reconocimiento de sus condiciones que le permiten el constante esfuerzo por lograr la satisfacción de sus necesidades.

2.5.4 Fase de seguimiento.

Psicoeducación al consultante sobre las posibles recaídas y el mantenimiento de las habilidades aprendidas. Se establecen compromisos ante la presencia de nuevos signos o factores de riesgo activar la ruta de salud mental atención por psicología.

3. Análisis Funcional - Formulación de caso clínico.

3.1 Motivo de consulta

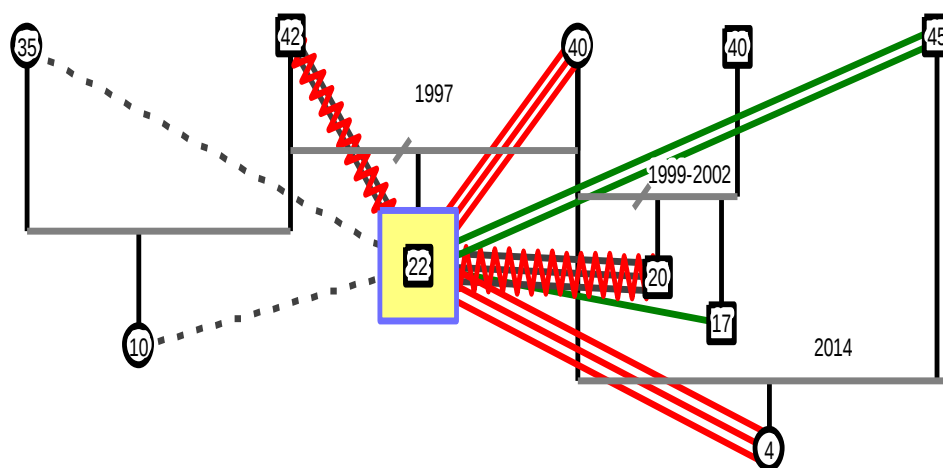
Consultante refiere “No sé qué hacer con mi vida”

3.2 Descripción del motivo de consulta.

Asiste paciente de 22 años, de sexo masculino residente en área rural del municipio de Saravena, porte desaliñado, actitud colaboradora, consciente orientado en tiempo espacio, persona, facie y afecto plano, no establece contacto visual, con un discurso pobre de tono bajo, lenguaje es comprensible, niega alucinaciones no alteración de sensopercepción, niega al momento ideación suicida y conducta de auto y hetero agresión, pero si refiere antecedentes “ en ocasiones he pensado en matarme, pero haría sufrir a mi mamá” , memoria presente. De ocupación Estudiante de Arte 5 semestre, con aplazamiento del semestre. Se ofrece espacio de ventilación de sentimientos y emociones, con tipología familiar recompuesta hace 6 años, conformada por progenitora, padrastro y cuatro hermanos siendo el mayor de ellos, ausencia de rol paterno en la infancia y la niñez. Antecedentes a nivel académico con fracaso en el proceso de formación bachiller (6°, 7° y 8° grado) grado noveno formación tradicional 10 y 11 validación. Inicio de formación profesional Arte, con cambio de su entorno (de zona rural a una ciudad), con inicio de consumo de sustancia psicoactivas (marihuana- cannabis) desde que empezó a vivir solo, consumo activo por dos años, con abandono de consumo por iniciativa propia en el mes de enero, último episodio hace un mes (abril solo una vez). Motivo por el cual decide suspender o aplazar el semestre “ me iba mal en el estudio, me pregunto si esa es la carrera, a veces no me fluye, no disfruto como mis compañeros, mi mamá hace un esfuerzo grande por ayudarme, me siento solo, cuando le dije a mi mamá que quería suspender ella me entendió, porque dice que me ve mal, siempre que llegaba a vacaciones venía muy delgado,

poco me alimentaba, vivir en ese cuarto solo me hacía consumir marihuana, desde que llegue a la casa no he consumido, me siento diferente a mis hermanos, ellos salen son amigueros, tienen novia y siempre me preguntan que cual es mi novia ”. A nivel social de poca interacción " me considero tímido, no frecuento a nadie, en el colegio tenía dos amigos", pocas habilidades sociales no relación de pareja hace 6 años, a nivel personal no practica actividades lúdicas, no realiza deporte, con labilidad emocional “no vivo feliz, pero creo estoy bien, aunque hay días que me siento desanimado, como triste, la verdad no sé qué me pasa”, en las conductas de riesgo en la última semana no presenta ideación suicida o de auto agresión. Asiste por iniciativa propia sin familiar. Se ofrecen estrategias de afrontamiento, a nivel afectivo y cognitivo, se orienta en control y manejo de emociones y de iniciar proceso de psicoterapia ambulatorio

3.2.1 Genograma.



Grafica 1. Genograma

Tipología familiar del consultante recompuesta hace 6 años, conformada actualmente por; padrastro, progenitora, hermanos de 20, 17 y hermana de 4 años, relación cercana estrecha con progenitora, con el progenitor distante y conflictiva. Creció con progenitora con ausencia de rol paterno, ya que la progenitora lo concibió en relación de noviazgo sin

convivencia, luego progenitora sostuvo otra relación de la que nacen dos hijos, con ruptura de la relación, durante la infancia y niñez del consultante, compartió con progenitor periodos vacacionales y un año escolar donde él no logra adaptarse al nuevo núcleo familiar y desde entonces sostiene relación distante con progenitor. Progenitor estableció relación de pareja y de esa unión hay una hija de 10 años, con quien el consultante sostiene relación distante, viven en ciudades diferentes. Vinculo filial entre hermanos descrito en conflictiva con hermano de 20 años, relación cercana con hermano de 17 años, relación estrecha y cercana con hermana de 4 años, relación distante con hermana de 10 años. Consultante con historia personal de consumo de psicoactivos.

3.3 Respuestas

De la valoración psicológica se evidencian signos y conductas de; aislamiento social, poca afectividad, desinterés por establecer relaciones interpersonales, desapego social, poca expresión emocional timidez, solitario, no disfruta de las relaciones sociales, desinterés por establecer relación de pareja y relaciones sexuales, dificultad para continuar un proyecto, introversión, déficit con habilidades sociales (empatía, asertividad, capacidad de comunicar emociones y sentimientos, capacidad de establecer interacción con otros),

3.4 Variables

Pensamientos desadaptativos y creencias irracionales, (nada me sale bien, creo que soy un fracaso, me siento estancado, los demás avanzan y yo no sé qué esperar, me siento vacío, no encuentro sentido a la vida), ideación de auto agresión (a veces creo que es mejor morir), dificultad para expresar los sentimientos y emociones.

3.5 Hipótesis

3.5.1 Hipótesis de origen

Consultante con ausencia de rol paterno en la infancia y la niñez, conductas de evitación

social desde la adolescencia, fracasos escolares, pérdida de responsabilidades e interés por sus actividades, distorsiones cognitivas, desesperanza, aislamiento social, poca manifestaciones afectivas con dificultad en la expresión emocional, Comportamiento desde la adolescencia que fue aceptado por su entorno familiar lo que se normalizó y se mantuvo, desde los 16 años con pérdida de interés por sostener relaciones de pareja, con dificultad en establecer relaciones entre pares, déficit en la sociabilidad, cuestionamiento de su personalidad “ no entiendo porque soy así”.

3.5.2 Hipótesis de mantenimiento

Los pensamientos desadaptativos, el desinterés por mantener interacciones sociales y las escasas o nulas habilidades sociales, refuerzan el aislamiento y el mantenimiento de las conductas.

3.5.3 Hipótesis diagnóstica

Consultante de 22 años en el cual se identifica, ciclo evolutivo con inseguridad en su proyecto de vida aplazamiento de formación profesional, signos de estado de ánimo bajo, conductas de aislamiento, desapego por las relaciones sociales, sin interés por establecer relaciones sentimentales, preferencia por actividades solitarias, inseguridades, introversión, dificultad en la expresión emocional, con antecedentes de ideación de auto agresión y pensamiento de auto agresión, cumple criterios de diagnóstico de episodio depresivo moderado y trastorno de personalidad esquizoide; desapego por las relaciones sociales, no tiene interés por relaciones íntimas, antecedente de consumo de sustancias psicoactivos, preferencia por actividades solitarias, inseguridad en proyecto de vida, pensamiento de auto agresión, poca afectividad, introversión, inseguridades, baja autoestima.

3.6 Diagnóstico DSM 5 y CIE 10

De acuerdo a la valoración interdisciplinar con medicina especializada Psiquiatría y

Psicología, teniendo en cuenta la clasificación del DSM 5 (Manual Diagnostico y Estadístico De Trastornos Mentales, Quinta Edición) y CIE-10, Consultante cumple con los criterios, signos y síntomas asociados a:

- Episodio Depresivo Moderado F32.1
- Trastorno de Personalidad Esquizoide. F 60.1

3.6.1 Episodio Depresivo Moderado

- a) La disminución de la atención y concentración.
- b) La pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad.
- c) Las ideas de culpa y de ser inútil.
- d) Una perspectiva sombría del futuro.
- e) Los pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones.
- f) Los trastornos del sueño.
- g) La pérdida del apetito.

3.6.2 Trastorno de Personalidad Esquizoide A. Patrón dominante de desapego en las relaciones sociales y poca variedad de expresión de las emociones en contextos interpersonales, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos, y que se manifiesta por cuatro (o más) de los hechos siguientes:

1. No desea ni disfruta las relaciones íntimas, incluido el formar parte de una familia. (no me interesa buscar amigos)
2. Casi siempre elige actividades solitarias. (Me acostumbre a estar solo)
3. Muestra poco o ningún interés en tener experiencias sexuales con otra persona. (Relación de pareja hace 6 años, desinterés por establecer nueva relación afectiva)
4. Disfruta con pocas o con ninguna actividad. (No practica deporte, abandono de carrera)
5. No tiene amigos íntimos ni confidentes aparte de sus familiares de primer grado. (No

tengo amigos, mi mamá es la única persona que me conoce bien)

6. Se muestra indiferente a las alabanzas o a las críticas de los demás.

7. Se muestra emocionalmente frío, con desapego o con afectividad plana. (pocas veces he llorado, y no celebro como mis hermanos, a mí las cosas me parecen normal)

Consultante cumple los criterios del trastorno esquizoide, teniendo en cuenta los antecedentes referidos inicio de signos desde la adolescencia.

Trastorno de la personalidad esquizoide 301.20 (F60.1)

3.7 Diagnóstico diferencial

Otros trastornos mentales con síntomas psicóticos.

Trastorno del Espectro Autista,

Cambio de personalidad debido a otra afección médica.

Trastorno de consumo de sustancias

Otros trastornos de personalidad y rasgos de personalidad.

3.8 Objetivos terapéuticos

Identificar y modificar las creencias irracionales o disfuncionales, que permita la detención oportuna de pensamientos, confrontación y disminución de sentimiento de minusvalía.

Entrenar y mejorar las habilidades sociales y filiales; fomentar la libre expresión emocional.

Psicoeducar sobre el diagnóstico o trastorno de acuerdo a los criterios signos y síntomas según el DSM 5.

3.9 Técnicas cognitivo-conductuales

3.9.1 Reestructuración cognitiva.

Esta técnica usada para identificar, corregir y disminuir los pensamientos negativos, cambio

de cogniciones y creencias, mediante ejercicios que orientan al consultante a entender cómo se interpretan las experiencias, los pensamientos que surgen de forma automática, generando la respuesta emocional y conductual. La reestructuración enseña a interpretar todo lo que vive de una forma racional, de acuerdo con Ruiz, Díaz & Villalobos (2012) Según Beck los trastornos emocionales y conductuales son el resultado de la disfuncionalidad del pensamiento, que llevan a procesar un tipo de información sesgada.

3.9.2 Entrenamiento en habilidades sociales.

Estas técnicas aumentan la expresión asertiva de las personas; manifestaciones verbales, corporales de las emociones. Las habilidades sociales son comportamientos y actuaciones adquiridas, aprendidas por lo tanto pueden modificarse, potencializarse cuando se carecen de ellas en las relaciones interpersonales. Una de las formas es el ensayo conductual y la exposición gradual en el entorno. Una de las habilidades es la empatía es intentar entender la necesidad el otro.

3.9.4. Ejercicios de respiración y relajación.

Esta técnica lleva a desarrollar el control físico, mediante la respiración profunda y la relajación muscular, que llevan a controlar las emociones; tristeza, ira, y los signos de ansiedad. La respiración controlada disminuye los niveles de activación de ansiedad.

3.10 Plan de tratamiento

La fase de evaluación se realizó en las tres primeras sesiones, la formulación de intervención en un total de 14 sesiones de psicoterapia con el fin de reestructurar los pensamientos negativos y el desarrollo de habilidades sociales, valoración por medicina especializada Psiquiatría de forma ambulatoria, al terminar el proceso de psicoterapia requiere seguimiento ambulatorio cada mes, para evaluar el mantenimiento del cambio y control de seguimiento con Psiquiatría de acuerdo a criterio del manejo

farmacológico (Sertralina 50mg en las horas de la mañana y Olanzapina 2.5 mg en la noche).

4. Resultados.

4.1 Fase de Evaluación

4.1.1 Sesión 1

4.1.1.1 Objetivo: identificar motivo de la consulta, el tipo de pensamientos, sentimientos y emociones, y plantear hipótesis.

4.1.1.2 Actividad: diligenciamiento de consentimiento informado e historia clínica.

4.1.1.3 Técnica: Observación, entrevista abierta.

4.1.1.4 Desarrollo: Ingresa consultante por sus propios medios, de edad 22 años, residente en área rural del municipio de Saravena, con motivo de consulta “no sé qué hacer con mi vida”. Se inicia valoración de estado mental; orientado en tiempo, espacio y persona, no establece contacto visual, lenguaje claro, discurso pobre de tono bajo, facie y afecto plano, porte encorvada, ideación de auto agresión en sus antecedentes, niega intentos de conducta suicida, sin alteración de sensopercepción (no alucinaciones), con alteración de patrón de sueño (insomnio ocasionales), sin alteración de alimentación, memoria presente, juicio conservado. De ocupación desempleado, estudiante de 5 semestre de artes con aplazamiento de semestre, tipología recompuesta conformada por progenitora, padrastro, hermanos de 20, 17 y 4 años de edad, con dinámica familiar favorable. A nivel personal; hijo mayor de tres hermanos, creció con ausencia de rol paterno, al inicio de la niñez vivencias estresoras; cambio de localidad, dificultades psicosociales madre soltera decide

dejarlo al cuidado del progenitor por un año (a los 6 años) con quien no establecía anteriormente contacto, con poca interacción entre pares en la niñez, en la adolescencia fracaso académico, a nivel social nulas relaciones entre pares desde la adolescencia, manifestación de desinterés por tener amigos, ultima relación sentimental hace 6 años, refiere “mantengo triste, no le encuentro sentido a la vida”, a la edad de 20 años inicio de formación profesional estudiante de arte inicia consumo de psicoactivos por dos años, ultimo consumo hace dos meses, cuestionamiento personal de estilo de vida, motivo por el cual aplaza estudios, refiere “ no soy como mis hermanos, no me siento feliz y no quiero seguir así, muchas veces he pensado en hacerme daño”. Evaluación de antecedentes familiares niega trastornos mentales aunque manifiesta “desconozco mucho de la familia de mi papá, no sé qué enfermedades han tenido”.

Durante la entrevista semiestructurada se usaron algunas preguntas como: ¿Desde cuándo se siente así? ¿Podría contar como era su vida antes? ¿Cómo concibe su nivel de satisfacción personal, familiar y social?

Se indica orden de psicoterapia para evaluar signos y síntomas a través de evaluación psicométrica, se explica proceso y ruta de atención en salud mental, refiere entender y aceptar, con hipótesis diagnóstica; sospecha de episodio depresivo u trastorno de personalidad.

4.1.2 Sesión 2

4.1.2.1 Objetivo: Continuar recolección de información de posibles signos y síntomas de estado de ánimo, situaciones que requieran intervención psicológica.

Evaluar posible trastorno de personalidad a través de aplicación de pruebas psicométricas

4.1.2.2 Actividad: Aplicación de prueba de personalidad MILLON II (MCMI-II) 175 ítems.

4.1.2.3 Técnica: Evaluación psicométrica y observación.

4.1.2.4 Desarrollo: durante la sesión se explica al paciente, expresión de antecedentes, historia de vida; vivencias estresantes desde la infancia, ausencia de rol paterno, *por decisión de la progenitora envía al cuidado del progenitor a los 5 años cambio de ciudad y entorno desconocido, donde interactúa con abuela paterna con exigencias y comentarios negativos; “no sabe comer, mastique bien, siéntese derecho” recuerdos de llorar todos los días, hace referencia solo a circunstancias tristes y el gran deseo de volver con la mamá.* Paciente poco expresivo, no establece contacto visual. Se explica prueba psicométrica, sigue indicaciones, se torna tranquilo durante la sesión.

4.1.2.5 Resultados: de prueba personalidad MILLON II (ítems 175), - Escalas básicas de personalidad Esquizoide 117 pts., Fóbica evitativa 92 y dependiente 94 pts.

-Personalidad patológica S- Esquizotimia 113 pts.

-Síndromes Clínicos Neurosis depresiva 107 pts.

- Síndrome severos; Pensamiento psicótico 102 pts. Se evalúa resultados de prueba de personalidad cumple criterios para trastorno de personalidad esquizoide (se confirma información con paciente revisión de literatura DSM 5)

4.1.3 Sesión 3

4.1.3.1 Objetivo: Identificar signos de síntomas de estado de ánimo y nivel de ansiedad. Establecer normas durante la sesión de psicoterapia; mantener contacto visual.

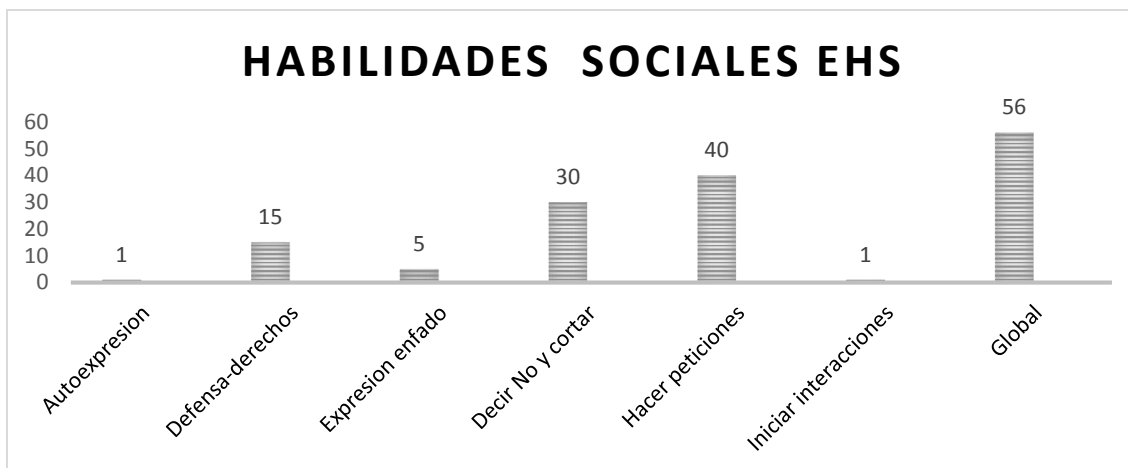
4.1.3.2 Actividad: Aplicación de prueba Inventario de Depresión y Ansiedad de Beck y prueba Escala de Habilidades Sociales EHS de 33 ítems, PD puntuación directa, PC percentil, PG puntuación global (es la suma de todas las puntuaciones directas).

4.1.3.3 Técnica: psicoeducación en trastorno de personalidad.

- Autoregistro; lista de situaciones, pensamientos y emociones.

4.1.3.4 Desarrollo: paciente que en las sesiones anteriores no establece contacto visual, por lo que se acuerda durante el espacio terapéutico, establecer contacto visual mientras haya comunicación verbal, paciente acepta. Responde de forma tranquilo las pruebas psicométricas inventario de Ansiedad y Depresión de Beck y de Escala EHS.

4.1.3.5 Resultados: La Escala de Habilidades Sociales EHS de 33 ítems.



Grafica 2. . Resultados de pretest de Escalas de habilidades sociales.

De acuerdo al resultado de la escala de Habilidades Sociales EHS, se sumaron las puntuaciones directas, se compara con la tabla de baremos de adultos y se clasifican, encontrando déficits en toma de decisiones, auto expresiones, expresión de emociones, solicitar sus derechos e iniciar interacciones con el sexo opuesto:

Autoexpresión de situaciones sociales déficit (PC 1)

Defensa de los propios derechos como consumidor (PC 15)

Expresión de enfado o disconformidad (PC 5)

Decir no y cortar interacciones (PC 30)

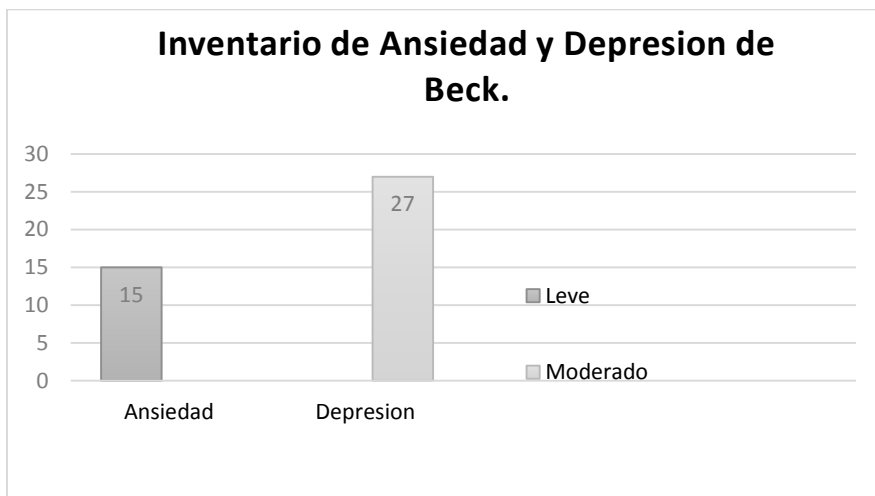
Hacer peticiones (PC 40)

Iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto (PC 1)

Para un total de puntuación global de 56.

Resultados pruebas de Inventario de Ansiedad (15) clasifica para ansiedad leve.

Resultado de Inventario de Depresión (27) Depresión Moderada, dado a sus antecedentes se asocia y es congruente con lo que manifiesta el consultante “siempre me siento triste, como vacío, no entiendo lo que me pasa”.



Grafica 3. Resultado de Pretes de Ansiedad y Depresión de Beck

4.1.3.6 Remitido a: Se indica remisión valoración y manejo por medicina especializada psiquiatría; se orienta en manejo integral dada a su sintomatología.

4.2 Fase de Intervención

4.2.1 Sesión 4

4.2.1.1 Objetivo: Promover la libre expresión emocional.

Permitir y fomentar la liberación de las emociones.

4.2.1.2 Actividad: llenar auto registro de situaciones y pensamientos automáticos

4.2.1.3 Técnica: manejo y control de emociones

4.2.1.4 Desarrollo: Se inicia sesión con evaluación de examen mental; facie y afecto aplanado, poco contacto visual, lenguaje claro, discurso coherente, sin alteraciones de sensopercepción, al momento sin ideación y conducta de auto agresión, con alteración de sueño descrita en insomnio “no estoy durmiendo bien, me despierto en la madrugada y no

concilio sueño”, sin alteración de sus funciones cognitivas; memoria, juicio conservado. Evaluación durante la última semana; continua sin consumo de SPA, residiendo con núcleo familiar materno, en sus áreas de ajuste a nivel laboral u ocupación realiza actividades del campo, lo que no le genera desagrado “ayudo en las cosas de la finca, no me molesta”, refiere cambios emocionales - labilidad emocional, “me he sentido mal, con tristeza, no le encuentro sentido a la vida”, durante su discurso se identifican pensamientos desadaptativos o distorsiones cognitivas como; “creo que mi vida no tiene sentido, me siento estancado, los demás avanzan y yo no sé qué esperar, me siento vacío, no sé si mi vida cambie”. Se permite la expresión exacerbada emocional, despliegue emocional (expresión de llanto) como aceptación de dolor psicológico, se estabilizó sintomatología, se orienta en Auto verbalizaciones negativas, con uso de técnica conductual a través de la reestructuración cognitiva; identificación de pensamientos automáticos negativos y la respuesta de emociones, se confrontan pensamientos con el fin de movilizar nuevos pensamientos y percepciones. Se orienta en la importancia de liberar las emociones, expresarlas, no reprimir e ignorarlas, la ventilación emocional genera bienestar. Se explicó técnica de autoregistro, se indica actividad para el hogar, se entrega hoja de auto registro relación de situaciones, pensamientos, emociones, conducta y alternativa. Se sugiere próxima sesión venir en compañía de progenitora.

Resultado: expresión exacerbada, con llanto fácil, tristeza, se permitió el despliegue y se estabilizó sintomatología.

4.2.2 Sesión 5

4.2.2.1 Objetivo: Identificar creencias irracionales, pensamientos disfuncionales.

- Psicoeducar a familia en el diagnóstico y tratamiento, para el acompañamiento del entorno familiar.

- Confrontar pensamientos negativos automáticos y disminuir las ideas irracionales.

4.2.2.2 Actividad: se da instrucción de llevar autoregistro de situaciones y colocar alternativas de pensamiento, Psicoeducación a nivel familiar del diagnóstico y la importancia de participación de acompañamiento en el proceso de intervención. Familiar aprenda a identificar signos de riesgo.

4.2.2.3 Técnica: Restructuración cognitiva, confrontación de pensamientos automáticos, diálogo socrático discusión de creencias.

Autorregistro de situaciones, pensamientos, emociones y alternativas de interpretación.

4.2.2.4 Desarrollo: Asiste paciente en compañía de progenitora, del examen mental se encuentra persistencia a alteración de sueño (insomnio ocasional). Se ofrece espacio de forma individual a familiar progenitora quien expresa historia de vida del consultante; “fui madre soltera, no recibimos el apoyo del padre de él, el de niño fue muy tímido, era buen estudiante, pero cuando llego la adolescencia el cambio mucho, perdió varios años, él iba al colegio pero no trabaja en clase, mantenía distraído, termino el bachiller validando, le conocí dos amigos, en la casa es igual callado, él me dijo que quería estudiar lo apoye y después me entere que él estaba consumiendo marihuana, cuando me aviso que no quería seguir estudiando le dije que tranquilo que se viniera, el no sale de la casa, pero no sé qué le pasa a él, los hermanos de él salen a fiestas lo invitan, tienen novia, a él si no le conozco novia, tampoco sale a tomar, es muy reservado en sus cosas, poco cuenta lo que le pasa”. Se da psicoeducación con respecto al diagnóstico depresivo y trastornos de personalidad, se explica criterios del trastorno esquizoide, se orienta en fortalecimiento afectivo, motivación y acompañamiento del proceso terapéutico, se explican signos de riesgo (conductas agresivas, manifestaciones de auto agresión, pérdida de sueño entre otros) activar ruta de salud mental servicio de urgencias. Se orienta en importancia de asistir y acompañarlo a

cita con médico especialista Psiquiatría, como también el fortalecimiento de lazos afectivos intrafamiliar, evitar hacer comentarios comparativos. Se da espacio individual al consultante se realizan ejercicios de identificación de pensamientos en situaciones determinantes, se confrontan pensamientos. Paciente con pensamientos automáticos “a los demás le salen las cosas bien”, Se confrontan pensamientos negativos mediante alternativas, se ofrecen estrategias de afrontamiento cognitivas y se refuerza continuar con proceso terapéutico.

4.2.3 Sesión 6 -7- 8

4.2.3.1 Objetivo: aumentar en el consultante la capacidad de identificar y modificar pensamientos y creencias disfuncionales.

Disminuir el malestar emocional, psicológico generado por las creencias.

4.2.3.2 Actividad: Análisis de autoregistro de experiencias y las respuestas a ellas.

4.2.3.3 Técnica: Reestructuración cognitiva

4.2.3.4 Desarrollo: Inicio con resumen de sesión anterior, se solucionan dudas con respecto al diagnóstico. Paciente refiere recibió control con medicina especializada Psiquiatría Diagnóstico: Episodio Depresivo Moderado, Trastorno Esquizoide de la personalidad, con indicación farmacológica Sertralina 50mg, Olanzapina 5 mg en las noches y cita de control en 2 meses. De acuerdo al autoregistro (actividad del hogar) se logran identificar los pensamientos y creencias disfuncionales, la relación de las experiencias – situaciones, con los pensamientos que se producen y la respuesta emocional y de conducta. Se realiza ejercicio en sesión registro de una situación la visita de un familiar; respuesta de pensamientos No tengo nada de qué hablar con ella, creo que ni le interesa lo que pueda decirle, no entiendo porque todos quieren estar cerca y parecen ser felices” las emociones experimentada; tristeza, la conducta respuesta es; evitativa y

desinteresada. Se construye alternativas de la situación se confronta mediante diálogo socrático; la falta de veracidad de los pensamientos automáticos, la alternativa de remplazar por opciones positivas y experimentar diferente respuesta emocional y el replanteamiento a través de la imaginación ¿Qué pasaría si se acerca a saludar, que es lo peor que podría pasarle? ¿Qué tal si la persona quiere escucharlo y se agrada de su compañía? Persisten Pensamientos desadaptativos como “creo que soy un fracaso, a las demás personas les salen las cosas bien”, “sino logro las cosas no quiero ser carga para mi mamá”. Se deja nuevamente registro para el hogar para continuar el reforzamiento del cambio de pensamiento en las situaciones a diarias.

En la sesión 8 consultante manifiesta actividad familiar; realizan celebración de cumpleaños, donde se vinculó con los primos, “ya no estuve apartado, me cuesta mucho expresarles lo que pienso, pero me mantuve ahí aunque me venía el deseo de apartarme y de algunas cosas logre reírme, solo los miraba y escuchaba hablaban de muchas cosas de la familia que no sabía. También se usa la metáfora del autobús- pensamientos negativos. Durante la sesión se torna colaborador, receptivo, se esfuerza por establecer y mantener contacto visual.

4.2.4 Sesión 9- 10

4.2.4.1 Objetivo: Entrenar en habilidades sociales; atención social a través de la escucha y la observación.

- Interpretar la información; mensaje, sentimientos y emociones.

4.2.4.2 Actividad: dialogo y ejercicios de interacción y toma de iniciativas.

4.2.4.3 Técnica: Entrenamiento en estrategias de habilidades sociales; psicoeducación en habilidades sociales.

4.2.4.4 Desarrollo: recuento del proceso de intervención, con adherencia al tratamiento

integral (farmacológico y psicoterapia). Examen mental, no se identifican signos de riesgo (ideación de auto y hetero agresión), y estado emocional con aparente estabilidad.

Entrenamiento en fijar atención social, a través de escuchar y observar, la forma de comunicarse de los demás, contestar de acuerdo a la necesidad. Iniciar el desarrollo de asertividad en la comunicación, tomar la iniciativa en conversaciones, en saludar. Mediante dialogo socrático, se permite la reconstrucción de varios ejemplos en las interacciones y habilidades, alcanzando el análisis de la forma que lo ha hecho, lo que ha faltado, lo que necesita desarrollar.

Se realiza pregunta movilizadora ¿Qué es lo peor que puede pasar si toma la iniciativa de hablar con un vecino, o una persona conocida?

Respuesta Pensamientos negativos “quizás no les interese hablar conmigo, o puedo decir algo fuera de contexto, se burlen de mí”, se confrontan pensamientos con alternativos Que tal si les gusta que los saludes, si fluye la conversación, si lo ha logrado en el consultorio ¿Por qué creer que no puede con otras personas?, ¿Qué pruebas tienes en que no se interesarían en hablarle?, ¿puede haber otra forma de interpretar o pensarlo? Las preguntas lo hacen reconsiderar, se refuerza la influencia o la interpretación que se hace de las situaciones no siempre es la verdad. Se fomenta la toma de iniciativa, intentar acercamiento con familiares y personas cercanas. Consultante colaborador en el proceso de psicoterapia, sigue indicaciones, con mejoría en la expresión afectiva, sostiene conversaciones, con respuesta asertiva, interés y motivación por interiorizar un cambio en sus habilidades sociales.

4.2.5 Sesión 11 - 12

4.2.5.1 Objetivo: Entrenar en ejercicios de respiración y relajación que faciliten el afrontamiento y manejo en las diferentes situaciones.

4.2.5.2 Actividad: Ejercicios de respiración, desarrollo de autocontrol.

4.2.5.3 Técnica: Técnica de respiración y relajación

Ejercicios de respiración y relajación – autocontrol emocional.

4.2.5.4 Desarrollo: Examen mental sin alteraciones, se realiza síntesis de sesiones anteriores, donde se identifica uso de estrategias aprendidas al momento. Se han fortalecido en el consultante las habilidades; el tomar iniciativas en las interacciones, expresión de emociones. El consultante sabe identificar y confrontar los pensamientos negativos y así mejoró la percepción de las situaciones, lo que detiene las respuestas emocionales y conductas. La relación con el núcleo familiar ha mejorado la relación con hermano, sostiene comunicación vía telefónica con progenitor. Se evidencia notoriamente la expresión emocional, en desarrollo de la empatía. Se inicia entrenamiento de técnica de respiración diafragmática – control de la respiración en los momentos de tensión, alteración emocional o sensación de malestar, esta técnica contribuye a la disminución de pensamientos negativos que le desencadenan malestar. La introspección de su condición, de las dificultades lo que requiere de esfuerzo y compromiso en mejorar y mantener las estrategias aprendidas

4.3 Fase de Post evaluación.

4.3.1 Sesión 13

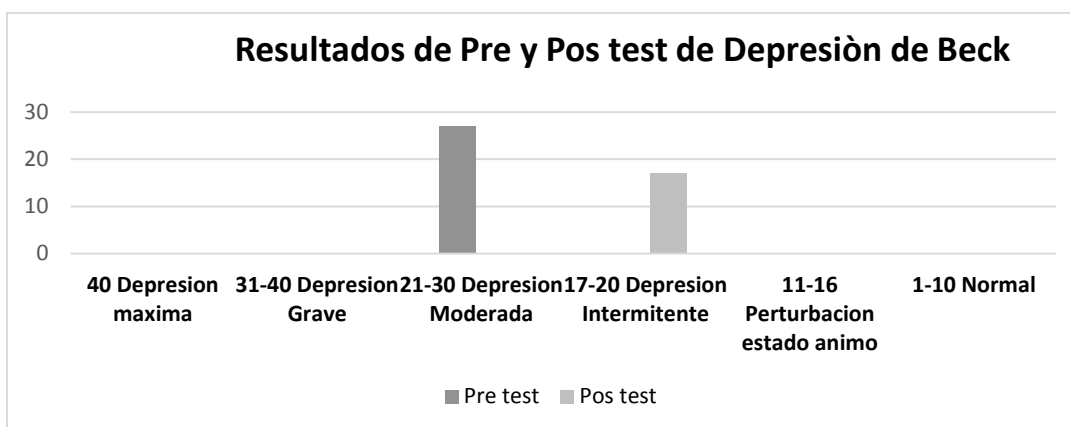
4.3.1.1 Objetivo: evaluar pos test de pruebas psicométricas; Inventario de Ansiedad y Depresión de Beck, Escala de Habilidades Sociales EHS.

Identificar cambios y efectividad de la intervención

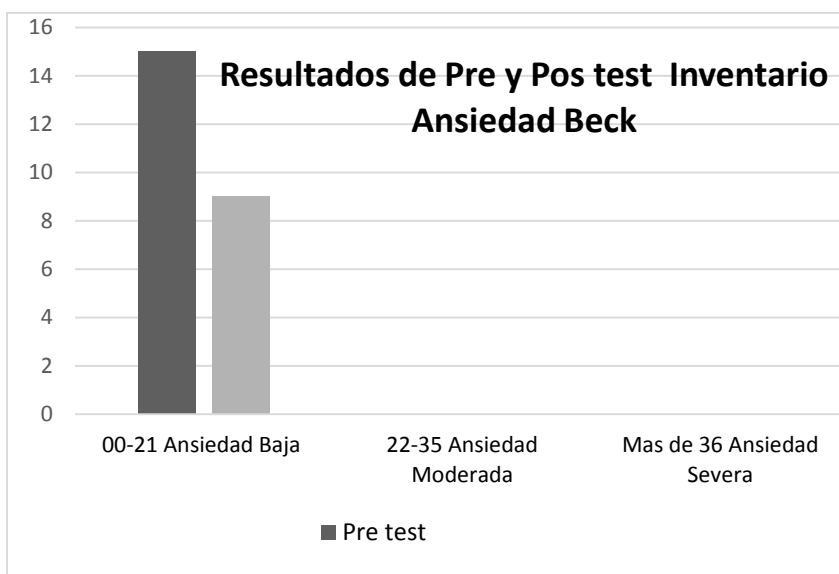
4.3.1.2 Actividad: Síntesis de proceso de intervención- psicoterapia. Aplicación de pruebas psicométricas.

Técnica: Evaluación psicométrica.

4.3.1.3 Desarrollo: Se permite la libre expresión y evaluación al consultante desde el inicio del proceso de intervención psicológica, logra identificar Trastorno esquizoide “antes no entendía porque era así”. Se realiza evaluación psicométrica de seguimiento al proceso de intervención; escala de habilidades sociales, inventario de ansiedad y depresión. En la escala de habilidades los resultados aumentaron en autoexpresión, expresión de enfado (capacidad de manifestar malestar emocional), decir no; autonomía en permitir o no estar de acuerdo, en iniciar interacciones con el sexo opuesto; ha tomado la iniciativa en generar espacios con las mujeres. De acuerdo a déficit en habilidades sociales, se considera disminución significativa de la conducta de aislamiento; genera acercamientos entre pares, toma de iniciativa en iniciar conversaciones, sostiene contacto visual, tiene en cuenta los pensamientos, emociones de los demás (escucha a hermanos y comparte tiempo con ellos), expresa opinión a la familia, interioriza la importancia de las relaciones interpersonales y las habilidades sociales así como la expresión de emociones y la afectividad por familiares. Se orienta en mantener los cambios y las estrategias aprendidas contribuyen en las áreas de ajuste familiar, social, personal. En la evaluación de estado emocional; depresivo u ansioso, los resultados en el inventario de ansiedad disminución a 9 puntos lo que lo clasifica en ansiedad baja. Los resultados de la escala de depresión con reporte de 17 puntos, con disminución de estado depresivo, al comparar los resultados se evidencia disminución de sintomatología y conductas de riesgo como la ideación suicida, las interacciones sociales, lo que motiva a continuar el constante uso de estrategias para lograr el mejoramiento de las habilidades sociales lo que va a contribuir en el bienestar físico y psicológico.

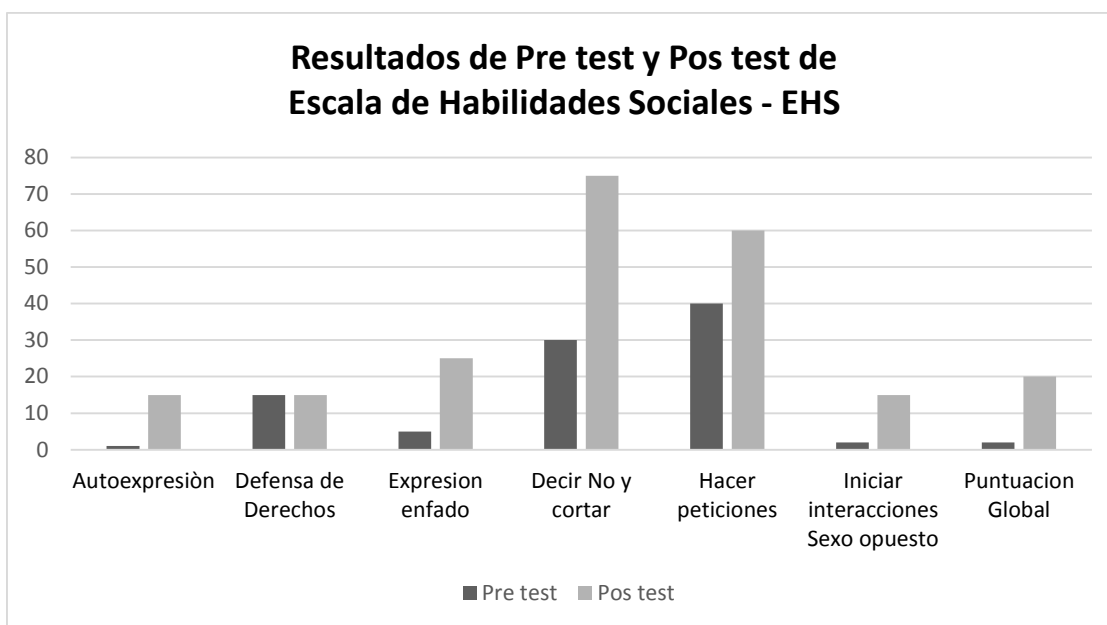


Grafica 4 Resultados de Pre y Pos test de Inventario de Depresión de Beck.
El resultado de Inventario de Depresión de Beck, Pretest de 27 puntos para Depresión moderada, en el Postest 17 puntos para Depresión intermitente.



Grafica 5 de Resultados de pre y Pos test de inventario de Ansiedad de Beck

El resultado de Inventario de Ansiedad de Beck, Pretest de 15 puntos para ansiedad baja, en el Postest 9 puntos para Ansiedad baja.



Gráfica 6 Resultados de Pre y Pos test de Escala de Habilidades Sociales EHS

4.4 Fase de seguimiento

4.4.1 Sesión 14

4.4.1.1 Objetivo: realizar cierre del caso, dando indicaciones para la prevención de recaídas.

Fomentar el mantenimiento de las estrategias aprendidas usándolas en la vida diaria.

4.4.1.2 Actividad: Ejercicios de técnicas aprendidas (identificación de pensamientos, reestructuración cognitiva, ejercicios de respiración- autocontrol, estrategias en habilidades sociales).

4.4.1.3 Técnica: Retroalimentación de proceso de intervención, alcances y cambios conductuales.

4.4.1.4 Desarrollo: Durante la sesión se realizan ejercicios de las técnicas aprendidas, retroalimentación, orientación para prevenir recaídas ante posibles situaciones estresantes que puedan presentarse. Se evidencia introspección de su estado actual, reconoce beneficios del proceso de intervención, se movilizan recursos internos para conservar las estrategias

adquiridas. Recomendaciones se indica seguimiento ambulatorio cada mes para evaluar mantenimiento de los cambios, interiorización en las habilidades, reestructuración cognitiva, a la vez asistir a controles con medicina especializada psiquiatría

5 Discusión.

Los trastornos de personalidad no desaparecen, si pueden disminuir los rasgos, los déficits, los síntomas, por medio de la psicoterapia cognitivo conductual a través de lograr la identificación de los signos y conductas de riesgo, alcanzar la introspección en el consultante respecto al diagnóstico con la psicoeducación en el trastorno, así mismo el uso de técnicas que permitan al consultante confrontar los pensamientos negativos, el desarrollo y fortalecimiento de habilidades sociales. El trastorno esquizoide del caso clínico muestra evolución favorable al proceso de intervención, por la participación y red de apoyo primaria, el interés del consultante por buscar ayuda, el cuestionamiento de su forma de ser, la adherencia al tratamiento y manejo integral, no logra una funcionalidad al cien por ciento pero si notable en sus habilidades e intereses sociales

Los resultados que se obtuvieron en la intervención psicológica, con el modelo cognitivo conductual de un consultante con episodio depresivo y trastorno de personalidad esquizoide, se reduce la sintomatología depresiva como el factor agudo, a la vez se aborda el trastorno que define unas características, conductas particulares que son las dificultades a diario en sus diferentes áreas de funcionalidad, que fácilmente podrían generarle recaídas en su estado de ánimo depresivo, por su falta de empatía para con los demás. En contraste con lo que muchos creen que la intervención cognitivo conductual a los consultantes con trastornos de personalidad en especial el esquizoide, muestran poca mejoría, se puede demostrar la importancia de no minimizar, excluirlos, si se usan las técnicas de psicoeducación con el diagnóstico, identificación de signos, adherencia al tratamiento, desarrollo de habilidades sociales, se alcanza a evidenciar mejoría significativa, lo que contribuye a la calidad de vida del consultante.

El modelo cognitivo conductual en los casos de trastorno de personalidad ha mostrado la eficacia en la modificación de conductas problemáticas, pensamientos desadaptativos, y el desarrollo de habilidades sociales, la intervención terapéutica, más el manejo de medicina especializada e indicación de medicamentos, mejoraron los signos de estado de ánimo.

Las personas con trastorno esquizoide presentan poca motivación e interés en el cambio, sumándole la poca expresividad afectiva, se convierte en barreras en la intervención psicoterapéutica, así lo considera Caballo Vicente (2001).

En el caso de trastorno esquizoide hay pocos estudios de intervención psicológica por lo que no se puede tomar una referencia de los logros, teniendo en cuenta las manifestaciones de algunos profesionales en lograr los cambios en este tipo de personas, este caso específico evidencia el cambio de la sintomatología con el reconocimiento de sus déficit y la importancia de la atención psicológica, con las técnicas de reestructuración cognitiva, entrenamiento e habilidades sociales y los ejercicios de respiración, es así como se puede comprobar la eficiencia del modelo cognitivo en la intervención de los trastornos de personalidad según consideración de (Quiroga y Errasti, 2001)

La prevalencia del trastorno esquizoide de personalidad en la población es incierta, de acuerdo los estudios que realizaron en personas privadas de la libertad se encuentra este trastorno como lo manifiesta (Penado, Gonzales, 2015), según la muestra del estudio la presencia es minoritaria, pero si se considera discriminatoria la investigación. Por lo que es necesario el inicio de investigaciones e intervenciones de salud mental.

6 Conclusiones.

Los resultados de la intervención, mediante el modelo cognitivo conductual en el Trastorno Esquizoide de personalidad, permitió la mejoría de las conductas de aislamiento, modificación de pensamientos y creencias disfuncionales y la disminución del deterioro social; a través del desarrollo de habilidades sociales. Entendiendo que los trastornos de personalidad del grupo A, son complejos para la intervención, dado a las diferentes barreras; el poco interés por mejorar las interacciones, el aislamiento.

El trastorno de personalidad Esquizoide tiene pocas investigaciones a nivel nacional y mundial, la población que lo presenta, muy pocas veces acuden a atención de salud mental, actualmente se desconoce el origen del trastorno, se presume origen orgánico y sospecha de posibles vivencias negativas desde la infancia y la niñez tales como familia disfuncional, poca afectividad por sus cuidadores entre otras, esto requiere el abordaje de los casos y la investigación en cada uno de ellos.

En el proceso de evaluación e intervención, se propusieron los objetivos terapéuticos, se evidencia la efectividad del modelo cognitivo conductual por las diferentes técnicas, que llevan al consultante a identificarse, a la transformación del pensamiento. Los resultados de las pruebas psicométricas muestran una disminución de la conducta problemática, y la sintomatología depresiva.

7 Recomendaciones.

Se sugiere a consultante continuar con la ruta de atención en salud mental; controles con medicina especializada, seguir indicaciones médicas, continuar con los seguimientos de psicología ambulatoria.

Se dan indicaciones referentes a la adherencia al tratamiento farmacológico con prescripción del médico psiquiatra, con el fin de fortalecer la introspección de su estado de salud y mejorar la calidad de vida.

Se orientó a nivel individual en activar atención de psicología si presenta signos de riesgo (ideación y conducta de autoagresión, alteración de patrón de sueño entre otros).

A nivel familiar se orienta en acompañamiento al consultante, fortalecer lazos afectivos, contribuir con el ambiente familiar que favorezca la interacción y la expresión emocional

Referencias.

- American Psychiatric Association APA (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM 5* (5ª ed) Bogotá: Panamericana.
- Álvarez, M, Arévalo, N, Godoy, E. (2015). Características de personalidad en internos reincidentes (Tesis de pregrado Psicología). Universidad Católica de Colombia, Bogotá. Recuperado de:
<https://repository.libertadores.edu.co/bitstream/handle/11371/152/AlvarezAngaritaManuelYesid.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
- Bados A, García E. (2010) Departamento Personalidad, evaluación y tratamiento psicológico. Facultad de Psicología. Universidad de Barcelona. Recuperado de:
<http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/12302/1/Reestructuración.pdf>
- Beck, A., Steer, R., & Brown, G. (2006). Inventario de depresión de Beck – II. Buenos Aires: Paidós.
- Beck, A., y Freeman, A. (1992/1995). Terapia cognitiva de los trastornos de la personalidad. Barcelona: Paidós.
- Belerda, N. (2018) Trastornos de personalidad. Health, Brain & Neuriscience. Recuperado de: <https://blog.cognifit.com/es/trastornos-personalidad/>
- Botero A, Londoño NH, Álvarez Gloria, Luz Arango L, Nevardo Calle H, Cataño C, Jaramillo H, Orrego C, Vallejo L, Villamizar R, Bustamante E, Bustamante M, , Mejía O, Trujillo N, Peláez IC. (2015). Prevalencia de los trastornos de la personalidad en estudiantes universitarios de la ciudad de Medellín. Revista de Psicología Universidad de Antioquia, 7(1), pp 73-96

Caballo, V. E. (1998). Tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos de personalidad.

V. E. Caballo (dir.), Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos, vol. 2 (pp. 509-549). Madrid: Siglo XXI.

Caballo, V, (2015) Facultad de Psicología, Universidad de Granada España, Trastornos Cognitivo Conductuales para los trastornos de la personalidad.

Caballo V, Guillen JL, Salazar IC. (2009) Estilos, rasgos y trastornos de la personalidad: interrelaciones y diferencias asociadas al sexo. *PSYCO* 40, 319–27.

Chaler, C. (2011) Origen de los Trastornos de personalidad. Red de Autores Buenos Aires recuperado de: <http://www.reddeautores.com/psicologia-psiquiatria/origen-de-los-trastornos-de-personalidad/>

Cloninger, S. (2003) Teorías de la personalidad. Pearson Educación, 3.

Castro, M. López, A. Sueiro, E. (2007). Estilos y trastornos de personalidad en delincuentes sexuales. IX Congreso internacional galego-portugués de psicopedagogía. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3121309>

Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10, Decima revisión (1)

Díaz, M, Ruiz M, Villalobos, A. (2012) Manual de Técnicas y Terapia Cognitivo. Uned. Biblioteca de Psicología; 66-85-

Eggers, K., De Nil, L. F. & Van den Bergh, B. R. H. (2010). Temperament dimensions in stuttering and typically developing children. *Journal of Fluency Disorders*, 35: 355-372.

Encuesta Nacional de Salud Mental ENSM (2015), Ministerio de Salud y Protección Social, Colciencias. (1) Bogotá

Esbec, E. Echeburúa E (2015) El modelo híbrido de clasificación de los trastornos de

- personalidad en el DMS-5: un análisis crítico. *Actas Españolas de Psiquiatría*. 43 (5):177-86.
- Gabalda, I C. (2013). El estudio de la personalidad en el modelo cognitivo de Beck. *Reflexiones críticas, Revista Dialnet*. 109, 19-50.
- Gismero, E. (2010). *Manual de la Escala de Habilidades Sociales* (3ª ed). Madrid: TEA, Ediciones, S.A.
- González, O., Pérez, N. & Redondo, M. (2007). Procesos básicos en una aproximación cognitivo-conductual a los trastornos de personalidad. *Clínica y salud*. 18 (3); 401-423.
- Jiménez, A, Franco M. (2012). La comorbilidad en los trastornos de la personalidad. *Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*, 2 (3):1-6.
- Ley N° 1616 (2013). Congreso de Colombia, Bogotá.
- López, J, Molins, F, Litvan L. (2013) *Revista De la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 33(119): 497-510.
- López Pell, A. F., Cid Colom, J., Obst Camerini, J., Rondón, J. M., Alfano, S. M., & Cellerino, C. (2011). Guías esquematizadas de tratamiento de los trastornos de la personalidad para profesionales, desde el modelo de Young, Klosko y Wheishar (2003). *Ciencias psicológicas*, 5(1), 83-115.
- López M, Laviana M, Fernández L, López A, Rodríguez A, Aparicio A. (2008) La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* Vol 28 (1). Madrid
- López Pell, A. F., Rondón, J. M., Cellerino, C., & Alfano, S. M. (2010). Guías esquematizadas de tratamiento de los Trastornos de la personalidad para

- profesionales, desde el modelo de Beck, Freeman, Davis y otros (2005). *Ciencias Psicológicas*, 4(1), 97-124.
- Lluís, J. (2002). Personalidad: esbozo de una teoría integradora. *Psicothema*: 14, 4, 693-701
- Marín J, Fernández, M. (2007) Tratamiento farmacológico de los trastornos de personalidad. *Clínica y Salud*, 18 (3).
- Martens, W. (2010). Schizoid personality disorder linked to unbearable and inescapable loneliness. *European Journal of Psychiatry*, 24, 38–45. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.4321/S0213-61632010000100005>.
- Martínez Díaz, T. López Blanco, F y Díaz Fernández, M. (2001). Los trastornos de la personalidad en el derecho penal: estudio de casos del Tribunal Supremo. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 1 (1); 87-101.
- Millon, T. (1999b). *Inventario clínico multiaxial de Millon-II [MCMI-II]*. Manual. Madrid: TEA Publicaciones de Psicología Aplicada.
- Ministerio de Salud (2015) Encuesta Nacional de Salud Mental 2015 Tomo I. Bogotá, Colombia. Javegraf. Tomado de: http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/CO031102015-salud_mental_tomoI.pdf
- Mirapeix, 2009; Oldham, Skodol y Bender, 2007
- Mirapeix, C. (2009). Trastornos de la personalidad. In T. Palomo y M. A. Jiménez Arriero, *Manual de Psiquiatría*; 425–447.
- Mittal, V, Kalus, O., Bernstein, D, Siever, L,(2007). Schizoid Personality Disorder. Toward the DSM-V (pp. 63-79)
- Montaño, M. R, Palacios C.J, Gantiva, C. (2009) Teorías de la Personalidad. *Revista Psychologia Avances de la disciplina*. Universidad de San Buenaventura Bogotá, 3

(2):81-107.

Muñiz J, Fernández J, (2010) La opinión de los psicólogos españoles sobre el uso de los Test. Universidad de Oviedo. Papeles del Psicólogo, 31 (1),108-121.

Oliveros S, (2015) El trastorno esquizoide de personalidad esos “raros” invisibles. Psiquiatra. Madrid España

Organización Mundial de la Salud. OMS (2015). Salud y Derechos Humanos.

Oviedo, G, Restrepo C, Rondón M, Borda, J, Tamayo N. (2016) Tamizaje de rasgos de personalidad en población adulta colombiana. Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. Revista Colombiana de Psiquiatría,45 (1):127-134.

Partarrieu, A. (2011) Dialogo socrático en Psicoterapia Cognitiva. III Congreso Internacional de Investigación y Practica profesional en Psicología. Buenos Aires.

Penado M, González D. (2015) El trastorno esquizoide de la Personalidad en la jurisprudencia penal del Tribunal Supremo español. Anuario de Psicología Jurídica. 25 (1):81-85.

Peris, L, Balaguer A. (2010) Patología Dual, Protocolos de intervención, trastornos de personalidad.

Penado, M, González, D. (2015). El trastorno esquizoide de la personalidad en la jurisprudencia penal del Tribunal Supremo español.

Pervin, L & John, O. (1998). Personalidad: teoría e investigación. México: Manual Moderno.

Posada, J, (2013) La salud Mental en Colombia. Revista Biomédica, 33 (4)

Puerta, J, Padilla, D, (2011) Terapia Cognitiva Conductual (TCC) Como tratamiento para la depresión: Una revisión del estado del arte. Revista de facultad de Ciencias de la salud; 8 (2); 250-255.

- Roussos, A. (2007) El diseño único en investigación en psicología clínica un vínculo entre la investigación y la práctica clínica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 16 (3);261-270.
- Ruiz M, Díaz M & Villalobos A, (2012) Manual de Técnicas de intervención Cognitivo Conductuales. Madrid.
- Quiroga, E, Errasti, José. (2001) Tratamientos psicológicos eficaces para los trastornos de personalidad. Universidad de Oviedo Oviedo, España *Psicothema*, 13 (3); 393-406.
- Sanz, J, Vázquez, C. (2011) Departamento de I+D de Pearson Clinical and Talent Assessment España: Frédérique Vallar, Elena de la Guía y Ana Hernández. Adaptación española del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI).
- Sanz, J, (2014) Recomendaciones de la adaptación española del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) en la práctica clínica. *Scielo, Clínica y Salud*, 25.
- Salavera, C, Puyuelo M, Tricàs J, Lucha, O. (2009). Comorbilidad de trastornos de personalidad. *Universitas Psychologia*, 9(2). Recuperado de: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-92672009000200013.
- Sarah Mae Sincero (2012). Las Teorías Cognitivo-Sociales de la Personalidad. Recuperado de: <https://explorable.com/es/las-teorias-cognitivo-sociales-de-la-personalidad>.
- Scott, J., Paykel, E., Morris, R., Bentall, R., Kinderman, P., Johnson, T., Abbott, R., & Hayhurst, H. (2006). Cognitive-behavioral therapy for severe and recurrent bipolar disorders: randomized controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 188(4), 313-320.

Apéndices.

Apéndice A: Formato de consentimiento informado.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA ATENCION PSICOLOGICA

DATOS DEL USUARIO

día / mes / año / Fecha	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: interconsulta 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 Formato Historia clínica

 HOSPITAL DEL SARARE Empresa Social del Estado <i>Evolucionamos pensando en usted</i>			
HISTORIA CLINICA PSICOLOGICA			
DATOS PERSONALES			
Nombre Paciente:			Identificación:
Fecha Nacimiento:	Edad Actual:	\ 0 Meses Días	Sexo:
Dirección:			Estado Civil:
Procedencia:			Teléfono:
			Ocupación:
DATOS DE AFILIACIÓN			
Entidad:			Régimen:
Plan Beneficios:			Regimen_Simplificado
			Nivel - Estrato:
Municipio			
DATOS DEL INGRESO			
Responsable:			Teléfono Resp:
Dirección Resp:			Nº Ingreso:
			Fecha:
Finalidad Consulta:			p.m.
			Causa Externa:

HISTORIA CLINICA PSICOLOGIA INICIAL

SERVICIO:
URGENCIAS
CONSULTA EXTERNA

NOMBRE Y APELLIDOS:
PARENTESCO:

DATOS DE LA CONSULTA
MOTIVO DE CONSULTA.
Examen Mental y Observaciones Generales del Paciente:
ASPECTOS RELACIONADOS AL MOTIVO DE CONSULTA.

Intentos para solucionarlo:
Redes de apoyo del/la consultante
Aspectos familiares (tipología familiar)
Historia Académica o laboral
Antecedentes Médicos / psicosociales
IMPRESIÓN DIAGNOSTICA.
PLAN Y TRATAMIENTO.
REMITIDO A:
MOTIVO DE LA REMISION

DIAGNOSTICOS
Código:

Apéndice C Entrevista Semiestructurada.

Entrevista Semiestructurada.

1. Delimitación del problema.

¿Cuál es el motivo de consulta o cual es el problema por el que viene a consulta?

¿Explíqueme que ocurre?

2. Implicaciones del problema

¿hasta qué punto le afecta su vida; a nivel personal, familiar, laboral, social?

3. Análisis de secuencias

¿desde cuándo se siente así?

¿En qué momentos o situaciones se siente así?

¿ha pensado en la última semana en hacerse daño – autolesionarse, agredirse?

4. Evolución del problema

¿Cuándo fue la primera vez que se sintió así?

¿ha mejorado?

¿Ha empeorado?

5. Expectativas.

¿Cómo piensa que sería al solucionarlo?

¿qué solución ha intentado?

6. Compromiso.

¿Está de acuerdo en iniciar un proceso de psicoterapia?

Apéndice D Hoja de Auto registro

Autoregistro

Nombre: _____

Día y Hora	Situación (A)	Pensamiento Irracional (B)	Consecuencias emocionales y de conducta (C.)

Apéndice E Cuestionario de Personalidad Millón.

CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD DE MILLON (MCMI-II)

1. Actúo siempre según mis propias ideas en vez de hacer lo que otros esperan que haga.
2. He encontrado siempre más cómodo hacer las cosas solo, tranquilamente, que hacerlas con otros.
3. Hablar con la gente ha sido casi siempre difícil y desagradable para mí.
4. Creo que tengo que ser enérgico y decidido en todo lo que hago.
5. Desde hace algunas semanas me pongo a llorar incluso cuando la menor cosa me sale mal.
6. Algunas personas piensan que soy vanidoso o egocéntrico.
7. Cuando era adolescente tuve muchos problemas por mi mal comportamiento en el colegio.
8. Tengo siempre la impresión de no ser aceptado en un grupo.
9. Frecuentemente critico a la gente que me molesta.
10. Me encuentro más a gusto siguiendo a los demás.
11. Me gusta hacer tantas cosas diferentes que no sé por dónde empezar.
12. Algunas veces puedo ser bastante duro o mezquino con mi familia.
13. Tengo poco interés en hacer amigos.
14. Me considero una persona muy sociable o extravertida.
15. Sé que soy una persona superior a los demás y por eso no me preocupa lo que piensen.
16. La gente nunca ha apreciado suficientemente las cosas que he hecho.
17. Tengo problemas con la bebida que he intentado solucionar sin éxito.
18. Últimamente siento un nudo en el estómago y me invade un sudor frío.
19. Siempre he querido permanecer en segundo plano en las actividades sociales.
20. A menudo hago cosas sin ninguna razón, sólo porque pueden ser divertidas.
21. Me molesta mucho la gente que no es capaz de hacer las cosas bien.
22. Si mi familia me obliga o presiona, es probable que me enfade y me resista a hacer lo que ellos quieren.
23. Muchas veces pienso que me deberían de castigar por lo que he hecho.
24. La gente se ríe de mí a mis espaldas, hablando de lo que hago o parezco.
25. Los demás parecen más seguros que yo sobre lo que son y lo que quieren.
26. Soy propenso a tener explosiones de llanto o cólera sin tener motivo.
27. Desde hace uno o dos años he comenzado a sentirme solo y vacío.
28. Tengo habilidad para "dramatizar" las cosas.
29. Me resulta difícil mantener el equilibrio cuando camino.
30. Disfruto en situaciones de intensa competitividad.
31. Cuando entro en crisis busco enseguida alguien que me ayude.
32. Me protejo de los problemas no dejando que la gente sepa mucho sobre mí.
33. Casi siempre me siento débil y cansado.
34. Otras personas se enfadan mucho más que yo por las cosas molestas.
35. A menudo, mi adicción a las drogas me ha causado en el pasado bastantes problemas.
36. Últimamente me encuentro llorando sin ningún motivo.
37. Creo que soy una persona especial, que necesita que los demás me presten una atención especial.
38. Nunca me dejo engañar por gente que dice necesitar ayuda.
39. Una buena forma de conseguir un mundo en paz es fomentar los valores morales de la gente.
40. En el pasado he mantenido relaciones sexuales con muchas personas que no significaban nada especial para mí.

POR FAVOR, NO SE DETENGA. CONTINUE EN LA PÁGINA SIGUIENTE

CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD DE MILLON (MCMI-II)

41. Me resulta difícil simpatizar con la gente que se siente siempre insegura con todo.
42. Soy una persona muy agradable y dócil.
43. La principal causa de mis problemas ha sido mi "mal carácter".
44. No tengo inconveniente en forzar a los demás a hacer lo que yo quiero.
45. En los últimos años, incluso las cosas sin importancia parecen deprimirme.
46. Mi deseo de hacer las cosas lo más perfectamente posible muchas veces enlentece mi trabajo.
47. Soy tan callado y retraído que la mayoría de la gente no sabe ni que existo.
48. Me gusta coquetear con las personas del otro sexo.
49. Soy una persona tranquila y temerosa.
50. Soy muy variable y cambio de opiniones y sentimientos continuamente.
51. Me pongo muy nervioso cuando pienso en los acontecimientos del día.
52. Beber alcohol nunca me ha causado verdaderos problemas en mi trabajo.
53. Últimamente me siento sin fuerzas, incluso por la mañana.
54. Hace algunos años que he comenzado a sentirme un fracasado.
55. No soporto a las personas "sabihondas", que lo saben todo y piensan que pueden hacer cualquier cosa mejor que yo.
56. He tenido siempre miedo a perder el afecto de las personas que más necesito.
57. Parece que me aparto de mis objetivos dejando que otros me adelanten.
58. Últimamente he comenzado a sentir deseos de tirar y romper cosas.
59. Recientemente he pensado muy en serio en quitarme de en medio.
60. Siempre estoy buscando hacer nuevos amigos y conocer gente nueva.
61. Controlo muy bien mi dinero para estar preparado en caso de necesidad.
62. El año pasado aparecí en la portada de varias revistas.
63. Le gusto a muy poca gente.
64. Si alguien me criticase por cometer un error, rápidamente le reprocharía sus propios errores.
65. Algunas personas dicen que disfruto sufriendo.
66. Muchas veces expreso mi rabia y mal humor, y luego me siento terriblemente culpable por ello.
67. Últimamente me siento nervioso y bajo una terrible tensión sin saber por qué.
68. Muy a menudo pierdo mi capacidad para percibir sensaciones en partes de mi cuerpo.
69. Creo que hay personas que utilizan la telepatía para influir en mi vida.
70. Tomar la llamadas drogas "ilegales" puede ser indeseable o nocivo, pero reconozco que en el pasado las he necesitado.
71. Me siento continuamente muy cansado.
72. No puedo dormirme, y me levanto tan cansado como al acostarme.
73. He hecho impulsivamente muchas cosas estúpidas que han llegado a causarme grandes problemas.
74. Nunca perdono un insulto ni olvido una situación molesta que alguien me haya provocado.
75. Debemos respetar a nuestros mayores y no creer que sabemos más que ellos.
76. Me siento muy triste y deprimido la mayor parte del tiempo.
77. Soy la típica persona de la que otros se aprovechan.
78. Siempre hago lo posible por complacer a los demás, incluso si ellos no me gustan.
79. Durante muchos años he pensado seriamente en suicidarme.
80. Me doy cuenta enseguida cuando la gente intenta crearme problemas.

POR FAVOR, NO SE DETENGA. CONTINUE EN LA PÁGINA SIGUIENTE

CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD DE MILLON (MCMI-II)

81. Siempre he tenido menos interés en el sexo que la mayoría de la gente.
82. No comprendo por qué, pero parece que disfruto haciendo sufrir a los que quiero.
83. Hace mucho tiempo decidí que lo mejor es tener poco que ver con la gente.
84. Estoy dispuesto a luchar hasta el final antes de que nadie obstruya mis intereses y objetivos.
85. Desde niño siempre he tenido que tener cuidado con la gente que intentaba engañarme.
86. Cuando las cosas son aburridas me gusta provocar algo interesante.
87. Tengo un problema con el alcohol que nos ha creado dificultades a mí y mi familia.
88. Si alguien necesita hacer algo que requiera mucha paciencia, debería contar conmigo.
89. Probablemente tengo las ideas más creativas de entre la gente que conozco.
90. No he visto ningún coche en los últimos diez años.
91. No veo nada incorrecto en utilizar a la gente para conseguir lo que quiero.
92. El que me castiguen nunca me ha frenado de hacer lo que he querido.
93. Muchas veces me siento muy alegre y animado, sin ningún motivo.
94. Siendo adolescente, me fugué de casa por lo menos una vez.
95. Muy a menudo digo cosas sin pensarlas y luego me arrepiento de haberlas dicho.
96. En las últimas semanas me he sentido exhausto, agotado, sin un motivo especial.
97. Últimamente me he sentido muy culpable porque ya no soy capaz de hacer nada bien.
98. Algunas ideas me dan vueltas en la cabeza una y otra vez, y no consigo olvidarlas.
99. En los dos últimos años me he vuelto muy desanimado y triste sobre la vida.
100. Mucha gente ha estado espiando mi vida privada durante años.
101. No sé por qué, pero a veces digo cosas crueles para hacer sufrir a los demás.
102. Odio o tengo miedo de la mayor parte de la gente.
103. Expreso mi opinión sobre las cosas sin que me importe lo que otros puedan pensar.
104. Cuando alguien con autoridad insiste en que haga algo, es probable que lo eluda o bien que lo haga mal.
105. En el pasado el hábito de abusar de las drogas me ha hecho no acudir al trabajo.
106. Estoy siempre dispuesto a ceder ante los otros para evitar disputas.
107. Con frecuencia estoy irritable y de mal humor.
108. Últimamente ya no tengo fuerzas para luchar ni para defenderme.
109. Últimamente tengo que pensar las cosas una y otra vez sin ningún motivo.
110. Muchas veces pienso que no merezco las cosas buenas que me suceden.
111. Utilizo mi atractivo para conseguir la atención de los demás.
112. Cuando estoy solo, a menudo noto la fuerte presencia de alguien cercano que no puede ser visto.
113. Me siento desorientado, sin objetivos, y no sé hacia dónde voy a ir en la vida.
114. Últimamente he sudado mucho y me he sentido muy tenso.
115. A veces siento como si necesitase hacer algo para hacerme daño a mí mismo o a otros.
116. La ley me ha castigado injustamente por delitos que nunca he cometido.
117. Me he vuelto muy sobresaltado y nervioso en las últimas semanas.
118. Sigo teniendo extraños pensamientos de los que desearía poder librarme.
119. Tengo muchas dificultades para controlar el impulso de beber en exceso.
120. Mucha gente piensa que no sirvo para nada.

POR FAVOR, NO SE DETENGA. CONTINUE EN LA PÁGINA SIGUIENTE

CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD DE MILLON (MCMI-II)

121. Puedo llegar a estar muy excitado sexualmente cuando discuto o peleo con alguien a quien amo.
122. Durante años he conseguido mantener en el mínimo mi consumo de alcohol.
123. Siempre pongo a prueba a la gente para saber hasta dónde son de confianza.
124. Incluso cuando estoy despierto parece que no me doy cuenta de la gente que está cerca de mí.
125. Me resulta fácil hacer muchos amigos.
126. Me aseguro siempre de que mi trabajo esté bien planeado y organizado.
127. Con mucha frecuencia oigo cosas con tanta claridad que me molesta.
128. Mis estados de ánimo parecen cambiar de un día para otro.
129. No culpo a quien se aprovecha de alguien que se lo permite.
130. He cambiado de trabajo por lo menos más de tres veces en los últimos dos años.
131. Tengo muchas ideas muy avanzadas para los tiempos actuales.
132. Me siento muy triste y melancólico últimamente y parece que no puedo superarlo.
133. Creo que siempre es mejor buscar ayuda para lo que hago.
134. Muchas veces me enfado con la gente que hace las cosas lentamente.
135. Realmente me molesta la gente que espera que haga lo que yo no quiero hacer.
136. En estos últimos años me he sentido tan culpable que puedo hacer algo terrible contra mí.
137. Cuando estoy en una fiesta o reunión nunca me quedo al margen.
138. La gente me dice que soy una persona muy íntegra y moral.
139. Algunas veces me siento confuso y preocupado cuando la gente es amable conmigo.
140. El problema de usar drogas "ilegales" me ha causado discusiones con mi familia.
141. Me siento muy incómodo con personas del otro sexo.
142. Algunos miembros de mi familia dicen que soy egoísta y que sólo pienso en mí mismo.
143. No me importa que la gente no se interese por mí.
144. Francamente, miento con mucha frecuencia para salir de dificultades o problemas.
145. La gente puede hacerme cambiar de ideas fácilmente, incluso cuando pienso que ya había tomado una decisión.
146. Algunos han tratado de dominarme, pero he tenido fuerza de voluntad para superarlo.
147. Mis padres me decían con frecuencia que no era bueno.
148. A menudo la gente se irrita conmigo cuando les doy órdenes.
149. Tengo mucho respeto por los que tienen autoridad sobre mí.
150. No tengo casi ningún lazo íntimo con los demás.
151. En el pasado la gente decía que yo estaba muy interesado y que me apasionaba por demasiadas cosas.
152. En el último año he cruzado el Atlántico más de treinta veces.
153. Estoy de acuerdo con el refrán: "Al que madruga Dios le ayuda".
154. Me merezco el sufrimiento que he padecido a lo largo de mi vida.
155. Mis sentimientos hacia las personas importantes de mi vida, muchas veces han oscilado entre amarlas y odiarlas.
156. Mis padres nunca se ponían de acuerdo entre ellos.
157. En alguna ocasión he bebido diez copas o más sin llegar a emborracharme.
158. Cuando estoy en una reunión social, en grupo, casi siempre me siento tenso y controlado.
159. Tengo en alta estima las normas y reglas porque son una buena guía a seguir.
160. Desde que era niño he ido perdiendo contacto con la realidad.

POR FAVOR, NO SE DETENGA. CONTINUE EN LA PÁGINA SIGUIENTE

CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD DE MILLON (MCMI-II)

- 161. Rara vez me emociono mucho con algo.
- 162. Habitualmente he sido un andariego inquieto, vagando de un sitio a otro sin tener idea de dónde terminaría.
- 163. No soporto a las personas que llegan tarde a las citas.
- 164. Gente sin escrúpulos intenta con frecuencia aprovecharse de lo que yo he realizado o ideado.
- 165. Me irrita mucho que alguien me pida que haga las cosas a su modo en vez de al mío.
- 166. Tengo habilidad para tener éxito en casi todo lo que hago.
- 167. Últimamente me siento completamente destrozado.
- 168. A la gente que quiero, parece que la animo a que me hiera.
- 169. Nunca he tenido pelo, ni en mi cabeza ni en mi cuerpo.
- 170. Cuando estoy con otras personas me gusta ser el centro de atención.
- 171. Personas que en un principio he admirado grandemente, más tarde me han defraudado al conocer la realidad.
- 172. Soy el tipo de persona que puede abordar a cualquiera y echarle una bronca.
- 173. Prefiero estar con gente que me protegerá.
- 174. He tenido muchos períodos en mi vida que he estado tan animado y con energía que luego he estado bajo de ánimo.
- 175. En el pasado he tenido dificultades para abandonar el abuso de drogas y alcohol.

FIN DE LA PRUEBA

**COMPRUEBE QUE NO HA DEJADO SIN CONTESTAR
ALGUNA FRASE.
GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.**

TEST DE MILLON - (MCMI-II)

Nombre y apellidos: _____

Edad: _____ Fecha: _____

	V	F
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		
26		
27		
28		
29		
30		
31		
32		
33		
34		
35		
36		
37		
38		
39		
40		
41		
42		
43		
44		
45		
46		
47		
48		
49		
50		

	V	F
51		
52		
53		
54		
55		
56		
57		
58		
59		
60		
61		
62		
63		
64		
65		
66		
67		
68		
69		
70		
71		
72		
73		
74		
75		
76		
77		
78		
79		
80		
81		
82		
83		
84		
85		
86		
87		
88		
89		
90		
91		
92		
93		
94		
95		
96		
97		
98		
99		
100		

	V	F
101		
102		
103		
104		
105		
106		
107		
108		
109		
110		
111		
112		
113		
114		
115		
116		
117		
118		
119		
120		
121		
122		
123		
124		
125		
126		
127		
128		
129		
130		
131		
132		
133		
134		
135		
136		
137		
138		
139		
140		
141		
142		
143		
144		
145		
146		
147		
148		
149		
150		

	V	F
151		
152		
153		
154		
155		
156		
157		
158		
159		
160		
161		
162		
163		
164		
165		
166		
167		
168		
169		
170		
171		
172		
173		
174		
175		

Apéndice F. Inventario De Depresión Beck

Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)

Nombre:.....Estado Civil.....Edad:.....Sexo.....
 OcupaciónEducación:.....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)

1. 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.

2. 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.

3. 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.

4. 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.

5. 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.

6. 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.

7. Disconformidad con uno mismo.

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

8. 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
- 3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

9. 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.

10. 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.

11. 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.

12. 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.

13. 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.

14. 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.

15. 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.

16. Cambios en los Hábitos de Sueño

- 0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
- 1ª. Duermo un poco más que lo habitual.
- 1b. Duermo un poco menos que lo habitual.
- 2a. Duermo mucho más que lo habitual.
- 2b. Duermo mucho menos que lo habitual
- 3ª. Duermo la mayor parte del día
- 3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

17. 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.

18. Cambios en el Apetito

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- 1ª. 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
- 3ª. No tengo apetito en absoluto.
- 3b. Quiero comer todo el día.

19. 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.

20. 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.
- 3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

21. 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.

Puntaje Total:

Guía para la interpretación del inventario de la depresión de Beck:

Puntuación Nivel de depresión*

1-10.....Estos altibajos son considerados normales.

11-16.....Leve perturbación del estado de ánimo.

17-20.....Estados de depresión intermitentes.

21-30.....Depresión moderada.

31-40.....Depresión grave.

+ 40.....Depresión extrema.

* Una puntuación persistente de 17 o más indica que puede necesitar ayuda profesional.

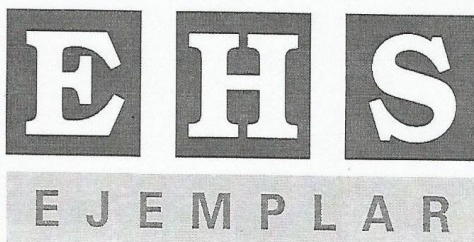
Apéndice G: Inventario de Ansiedad de Beck

En el cuestionario hay una lista de síntomas comunes de la ansiedad. Lea cada uno de los ítems atentamente, e indique cuanto le ha afectado en la última semana incluyendo hoy:				
Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)				
	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
1 Torpe o entumecido.	☐	☐	☐	☐
2 Acalorado.	☐	☐	☐	☐
3 Con temblor en las piernas.	☐	☐	☐	☐
4 Incapaz de relajarse	☐	☐	☐	☐
5 Con temor a que ocurra lo peor.	☐	☐	☐	☐
6 Mareado, o que se le va la cabeza.	☐	☐	☐	☐
7 Con latidos del corazón fuertes y acelerados.	☐	☐	☐	☐
8 Inestable.	☐	☐	☐	☐
9 Atemorizado o asustado.	☐	☐	☐	☐
10 Nervioso.	☐	☐	☐	☐
	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
11 Con sensación de bloqueo.	☐	☐	☐	☐
12 Con temblores en las manos.	☐	☐	☐	☐
13 Inquieto, inseguro.	☐	☐	☐	☐
14 Con miedo a perder el control.	☐	☐	☐	☐
15 Con sensación de ahogo.	☐	☐	☐	☐
16 Con temor a morir.	☐	☐	☐	☐
17 Con miedo.	☐	☐	☐	☐
18 Con problemas digestivos.	☐	☐	☐	☐
19 Con desvanecimientos.	☐	☐	☐	☐
20 Con rubor facial.	☐	☐	☐	☐
	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
21 Con sudores, fríos o calientes.	☐	☐	☐	☐

0 a 63 puntos. Una puntuación total entre 0 y 7 se interpreta como un nivel mínimo de ansiedad, de 8 a 15 como leve, de 16 a 25 como moderado y de 26 a 63 como grave.

Apéndice H. Escala de Habilidades Sociales EHS

Nº 268



INSTRUCCIONES

Al dorso aparecen frases que describen diversas situaciones; se trata de que las lea muy atentamente y responda en qué medida se identifica con cada una de ellas o no; si le describen bien o no. No hay respuestas correctas ni incorrectas, lo importante es que responda con la máxima sinceridad.

Para responder utilice la siguiente clave:

- A** No me identifico en absoluto; la mayoría de las veces no me ocurre o no lo haría.
- B** Más bien no tiene que ver conmigo, aunque alguna vez me ocurra.
- C** Me describe aproximadamente, aunque no siempre actúe o me sienta así.
- D** Muy de acuerdo y me sentiría o actuaría así en la mayoría de los casos.

Rodee la letra correspondiente a la opción elegida a la derecha, en la misma línea donde está la frase que está contestando.

**ESPERE. NO DÉ LA VUELTA A ESTE IMPRESO
HASTA QUE SE LE INDIQUE**



Autora: Elena Gismero González.

Copyright © 2000 by TEA Ediciones, S.A.U. - Todos los derechos reservados - Prohibida la reproducción total o parcial.

Edita: TEA Ediciones, S.A.U. (Madrid) - Este ejemplar está impreso en DOS TINTAS, si le presentan otro en tinta negra es una reproducción ilegal. En beneficio de la profesión y en el suyo propio, NO LA UTILICE - Printed in Spain. Impreso en España.



Nombre y apellidos		Edad	Sexo
Centro		Fecha	

ANOTE SUS RESPUESTAS RODEANDO LA LETRA DE LA ALTERNATIVA QUE MEJOR SE AJUSTE A SU MODO DE SER O DE ACTUAR.
 COMPRUEBE QUE RODEA LA LETRA EN LA MISMA LINEA DE LA FRASE QUE HA LEÍDO.

- A** No me identifico en absoluto; la mayoría de las veces no me ocurre o no lo haría.
B Más bien no tiene que ver conmigo, aunque alguna vez me ocurra.
C Me describe aproximadamente, aunque no siempre actúa o me siento así.
D Muy de acuerdo y me sentiría o actuaría así en la mayoría de los casos.

- 1 A veces evito hacer preguntas por miedo a parecer estúpido. A B C D
- 2 Me cuesta telefonar a tiendas, oficinas, etc. A B C D
- 3 Si al llegar a mi casa encuentro un defecto en algo que he comprado, voy a la tienda a devolverlo. A B C D
- 4 Cuando en una tienda atienden antes a alguien que entró después que yo, me callo. A B C D
- 5 Si un vendedor insiste en enseñarme un producto que no deseo en absoluto, paso un mal rato para decirle «No». A B C D
- 6 A veces me resulta difícil pedir que me devuelvan algo que dejé prestado. A B C D
- 7 Si en un restaurante no me traen la comida como la había pedido, llamo al camarero y pido que me la hagan de nuevo. A B C D
- 8 A veces no sé qué decir a personas atractivas del sexo opuesto. A B C D
- 9 Muchas veces cuando tengo que hacer un halago, no sé qué decir. A B C D
- 10 Tiendo a guardar mis opiniones para mí mismo. A B C D
- 11 A veces evito ciertas reuniones sociales por miedo a hacer o decir alguna tontería. A B C D
- 12 Si estoy en el cine y alguien me molesta con su conversación, me da mucho apuro pedirle que se calle. A B C D
- 13 Cuando algún amigo expresa una opinión con la que estoy muy en desacuerdo, prefiero callarme a manifestar abiertamente lo que yo pienso. A B C D
- 14 Cuando tengo mucha prisa y me llama una amiga por teléfono, me cuesta mucho cortarla. A B C D
- 15 Hay determinadas cosas que me disgusta prestar, pero si me las piden, no sé cómo negarme. A B C D
- 16 Si salgo de una tienda y me doy cuenta de que me han dado mal la vuelta, regreso allí a pedir el cambio correcto. A B C D
- 17 No me resulta fácil hacer un cumplido a alguien que me gusta. A B C D
- 18 Si veo en una fiesta a una persona atractiva del sexo opuesto, tomo la iniciativa y me acerco a entablar conversación con ella. A B C D
- 19 Me cuesta expresar mis sentimientos a los demás. A B C D
- 20 Si tuviera que buscar trabajo, preferiría escribir cartas a tener que pasar por entrevistas personales. A B C D
- 21 Soy incapaz de regatear o pedir descuento al comprar algo. A B C D
- 22 Cuando un familiar cercano me molesta, prefiero ocultar mis sentimientos antes que expresar mi enfado. A B C D
- 23 Nunca sé cómo «cortar» a un amigo que habla mucho. A B C D
- 24 Cuando decido que no me apetece volver a salir con una persona, me cuesta mucho comunicarle mi decisión. A B C D
- 25 Si un amigo al que he prestado cierta cantidad de dinero parece haberlo olvidado, se lo recuerdo. A B C D
- 26 Me suele costar mucho pedir a un amigo que me haga un favor. A B C D
- 27 Soy incapaz de pedir a alguien una cita. A B C D
- 28 Me siento turbado o violento cuando alguien del sexo opuesto me dice que le gusta algo de mi físico. A B C D
- 29 Me cuesta expresar mi opinión en grupos (en clase, en reuniones, etc.). A B C D
- 30 Cuando alguien se me «cuelan» en una fila, hago como si no me diera cuenta. A B C D
- 31 Me cuesta mucho expresar agresividad o enfado hacia el otro sexo aunque tenga motivos justificados. A B C D
- 32 Muchas veces prefiero ceder, callarme o «quitarme de en medio» para evitar problemas con otras personas. A B C D
- 33 Hay veces que no sé negarme a salir con alguien que no me apetece pero que me llama varias veces. A B C D



Autora: Elena Gismiero González
 Copyright © 2000 by TEA Ediciones, S.A.U. - Todos los derechos reservados - Prohibida la reproducción total o parcial.
 Edita: TEA Ediciones, S.A.U. (Madrid) - Ejemplar impreso en DOS TINTAS - Printed in Spain. Impreso en España.

COMPRUEBE QUE HA DADO UNA CONTESTACIÓN
 A CADA UNA DE LAS FRASES

Apéndice I. Hoja de resultados de Prueba de Personalidad Millón II

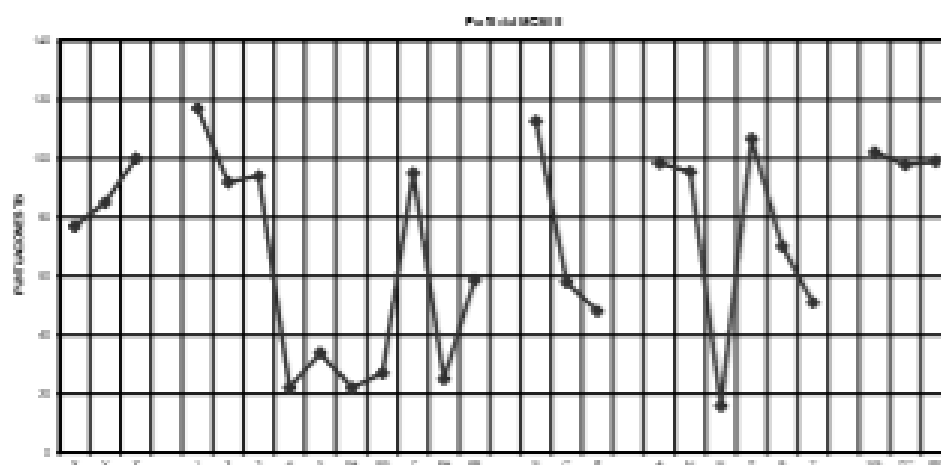
Edad: 22
Fecha: 14/06/2018
Evaluador: NILCE MILENA TELLEZ PINEDA

Variable	P.D.	Total T.B.
V-Validez	2	Test inválido en V-No interprete
X-Sinceridad	425	77 Test Válido en X
Y-Deseabilidad	16	86
Z-Alteración	66	100
1-Esquizoide	44	117
2-Fóbica (Evitativa)	41	82
3-Dependiente	38	84
4-Histriónica	22	22
5-Narcisista	30	34
6A-Antisocial	21	22
6B-Agresivo/Sádica	24	27
7-Compulsiva (Rígida)	41	86
8A-Pasivo/agresiva (Negativista)	23	26
8B-Autodestructiva (Masoquista)	28	68
S-Esquizotípica	42	113
C-Límite	39	68
P-Paranoide	26	48
A-Ansiedad	25	88
H-Histeriforme/Somatoforme	25	88
N-Hipomanía	15	18
D-Neurosis depresiva-distimia	42	107
B-Abuso de alcohol	25	70
T-Abuso de drogas	31	61
SS-Pensamiento psicótico	31	102
CC-Depresión mayor	34	88
PP-Delirios psicóticos	21	88

Nota:

Interprete cuando lea Test Válido en V y en X.

TEST DE MILLON (MCMI - II)



Apéndice J. Hoja de resultados de Pre test Inventario de Ansiedad de Beck

Lea cada uno de los ítems atentamente, e indique cuanto le ha afectado en la última semana incluyendo hoy: *Mayo 2015*

	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
1 Torpe o entumecido.	☐	☐	☒	☐
2 Acalorado.	☒	☐	☐	☐
3 Con temblor en las piernas.	☒	☐	☐	☐
4 Incapaz de relajarse	☐	☐	☒	☐
5 Con temor a que ocurra lo peor.	☐	☐	☒	☐
6 Mareado, o que se le va la cabeza.	☒	☐	☐	☐
7 Con latidos del corazón fuertes y acelerados.	☒	☐	☐	☐
8 Inestable.	☐	☐	☐	☒
9 Atemorizado o asustado.	☐	☒	☐	☐
10 Nervioso.	☐	☒	☐	☐
	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
11 Con sensación de bloqueo.	☐	☒	☐	☐
12 Con temblores en las manos.	☒	☐	☐	☐
13 Inquieto, inseguro.	☐	☐	☒	☐
14 Con miedo a perder el control.	☐	☒	☐	☐
15 Con sensación de ahogo.	☒	☐	☐	☐
16 Con temor a morir.	☒	☐	☐	☐
17 Con miedo.	☒	☐	☐	☐
18 Con problemas digestivos.	☒	☐	☐	☐
19 Con desvanecimientos.	☒	☐	☐	☐
20 Con rubor facial.	☒	☐	☐	☐
	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
21 Con sudores, fríos o calientes.	☒	☐	☐	☐

00-21 - Ansiedad muy baja ✓
 22-35 - Ansiedad moderada
 más de 36 - Ansiedad severa

15 pts

Apéndice K Resultado de Pre test de Inventario depresivo de Beck

INVENTARIO DEPRESIVO DE BECK

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una.

A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido durante esta última semana, incluido en el día de hoy. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márquela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección, (se puntuará 0-1-2-3).

1. ☐ No me siento triste
☐ Me siento triste.
 (2) ☒ Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
☐ Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.

2. ☐ No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.
☐ Me siento desanimado respecto al futuro.
 (2) ☒ Siento que no tengo que esperar nada.
☐ Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán

3. ☐ No me siento fracasado.
 (1) ☒ Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.
☐ Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.
☐ Me siento una persona totalmente fracasada.

4. ☐ Las cosas me satisfacen tanto como antes.
☐ No disfruto de las cosas tanto como antes.
 (1) ☒ Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.
☐ Estoy insatisfecho o aburrido de todo.

5. ☐ No me siento especialmente culpable.
☐ Me siento culpable en bastantes ocasiones.
 (1) ☒ Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
☐ Me siento culpable constantemente

6. ☐ No creo que esté siendo castigado.
 (1) ☒ Me siento como si fuese a ser castigado.
☐ Espero ser castigado.
☐ Siento que estoy siendo castigado.

7. ☐ No estoy decepcionado de mí mismo.
 (1) ☒ Estoy decepcionado de mí mismo.
☐ Me da vergüenza de mí mismo.
☐ Me detesto.

(11)

Pre test

- ☐ Continualmente me culpo por mis faltas.
- ☐ Me culpo por todo lo malo que sucede.

9. ☐ No tengo ningún pensamiento de suicidio.

3 ☒ A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.

☐ Desearía suicidarme.

☐ Me suicidaría si tuviese la oportunidad.

10. ☐ No lloro más de lo que solía llorar.

☐ Ahora lloro más que antes.

☐ Lloro continuamente.

3 ☒ Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.

11. ☐ No estoy más irritado de lo normal en mí.

1 ☒ Me molesto o irrito más fácilmente que antes.

☐ Me siento irritado continuamente.

☐ No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.

12. ☐ No he perdido el interés por los demás.

☐ Estoy menos interesado en los demás que antes.

2 ☒ He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.

☐ He perdido todo el interés por los demás.

13. ☐ Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.

☐ Evito tomar decisiones más que antes.

2 ☒ Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.

☐ Ya me es imposible tomar decisiones.

14. ☐ No creo tener peor aspecto que antes.

3 ☒ Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo.

☐ Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo.

☐ Creo que tengo un aspecto horrible.

15. ☐ Trabajo igual que antes.

1 ☒ Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.

☐ Tengo que obligarme mucho para hacer algo.

☐ No puedo hacer nada en absoluto.

16. ☐ Duermo tan bien como siempre.

☐ No duermo tan bien como antes.

☐ Me despierto una o dos veces antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.

19

12

17. ☐ No me siento más cansado de lo normal.
☒ Me canso más fácilmente que antes.
☐ Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
☐ Estoy demasiado cansado para hacer nada.
18. ☒ Mi apetito no ha disminuido.
☐ No tengo tan buen apetito como antes.
☐ Ahora tengo mucho menos apetito.
☐ He perdido completamente el apetito.
19. ☒ Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.
☐ He perdido más de 2 kilos y medio.
☐ He perdido más de 4 kilos.
☐ He perdido más de 7 kilos.
☐ Estoy a dieta para adelgazar SI/NO.
20. ☒ No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.
☐ Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.
☐ Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar algo más.
☐ Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.
21. ☐ No he observado ningún cambio reciente en mi interés.
☐ Estoy menos interesado por el sexo que antes.
☐ Estoy mucho menos interesado por el sexo.
☒ He perdido totalmente mi interés por el sexo.

(A)

Guía para la interpretación del inventario de la depresión de Beck:
Puntuación Nivel de depresión*

1-10.....Estos altibajos son considerados normales.

11-16.....Leve perturbación del estado de ánimo.

17-20.....Estados de depresión intermitentes.

21-30.....Depresión moderada.

31-40.....Depresión grave.

+ 40.....Depresión extrema.

* Una puntuación persistente de 17 o más indica que puede necesitar ayuda profesional

27 P45

Apéndice L. Resultado de pre test de Escala de habilidades Sociales EHS

Nombre y apellidos		Edad	Sexo
Hanner		22	M
Centro		Fecha	
Hospital Del Surco		Mayo 17/2019	

ANOTE SUS RESPUESTAS SELECCIONANDO LA LETRA DE LA ALTERNATIVA QUE MEJOR SE AJUSTE A SU MODO DE SER O DE ACTUAR.
 COMPRUEBE QUE HICIERA LA LETRA EN LA MISMA LINEA DE LA FRASE QUE HA LEÍDO.

as evito hacer preguntas por miedo a parecer estúpido.	A B C D
iesta telefonar a tiendas, oficinas, etc.	A B C D
legar a mi casa encuentro un defecto en algo que he comprado, voy a la tienda a devolverlo.	A B C D
lo en una tienda atienden antes a alguien que entró después que yo, me callo.	A B C D
vendedor insiste en enseñarme un producto que no deseo en absoluto, paso un mal rato para decirle «No».	A B C D
as me resulta difícil pedir que me devuelvan algo que dejé prestado.	A B C D
un restaurante no me traen la comida como la había pedido, llamo al camarero y pido que me la hagan de nuevo.	A B C D
as no sé qué decir a personas atractivas del sexo opuesto.	A B C D
as veces cuando tengo que hacer un halago, no sé qué decir.	A B C D
ta a guardar mis opiniones para mí mismo.	A B C D
as evito ciertas reuniones sociales por miedo a hacer o decir alguna tontería.	A B C D
yo en el cine y alguien me molesta con su conversación, me da mucho apuro pedirle que se calle.	A B C D
o algún amigo expresa una opinión con la que estoy muy en desacuerdo, prefiero callarme a manifestar abiertamente lo que yo pienso.	A B C D
o tengo mucha prisa y me llama una amiga por teléfono, me cuesta mucho cortarla.	A B C D
terminadas cosas que me disgusta prestar, pero si me las piden, no sé cómo negarme.	A B C D
io de una tienda y me doy cuenta de que me han dado mal la vuelta, regreso allí a pedir el cambio correcto.	A B C D
resulta fácil hacer un cumplido a alguien que me gusta.	A B C D
en una fiesta a una persona atractiva del sexo opuesto, tomo la iniciativa y me acerco a entablar conversación con ella.	A B C D
asta expresar mis sentimientos a los demás.	A B C D
era que buscar trabajo, preferiría escribir cartas a tener que pasar por entrevistas personales.	A B C D
apaz de regatear o pedir descuento al comprar algo.	A B C D
o un familiar cercano me molesta, prefiero ocultar mis sentimientos antes que expresar mi enfado.	A B C D
sé cómo «cortar» a un amigo que habla mucho.	A B C D
o decidido que no me apetece volver a salir con una persona, me cuesta mucho comunicarle mi decisión.	A B C D
o amigo al que he prestado cierta cantidad de dinero parece haberlo olvidado, se lo recuerdo.	A B C D
le costar mucho pedir a un amigo que me haga un favor.	A B C D
apaz de pedir a alguien una cita.	A B C D
rito turbado o violento cuando alguien del sexo opuesto me dice que le gusta algo de mi físico.	A B C D
asta expresar mi opinión en grupos (en clase, en reuniones, etc.).	A B C D
o alguien se me «cuelga» en una fila, hago como si no me diera cuenta.	A B C D
asta mucho expresar agresividad o enfado hacia el otro sexo aunque tenga motivos justificados.	A B C D
s veces prefiero ceder, callarme o «quitarme de en medio» para evitar problemas con otras personas.	A B C D
des que no sé negarme a salir con alguien que no me apetece pero que me llama varias veces.	A B C D

COMPRUEBE QUE HA DADO UNA CONTESTACIÓN
 A CADA UNA DE LAS FRASES

Nombre y apellido	Edad	Sexo
Flanner	22	M
Centro	Fecha	
Hospital Del Sere	Mayo 13/2015	

PERFIL

Centil	I	II	III	IV	V	VI	Glo	Centil
99	0	0	0	0	0	0	0	99
95	0	0	0	0	0	0	0	95
90	0	0	0	0	0	0	0	90
85	0	0	0	0	0	0	0	85
80	0	0	0	0	0	0	0	80
75	0	0	0	0	0	0	0	75
70	0	0	0	0	0	0	0	70
65	0	0	0	0	0	0	0	65
60	0	0	0	0	0	0	0	60
55	0	0	0	0	0	0	0	55
50	0	0	0	0	0	0	0	50
45	0	0	0	0	0	0	0	45
40	0	0	0	0	0	0	0	40
35	0	0	0	0	0	0	0	35
30	0	0	0	0	0	0	0	30
25	0	0	0	0	0	0	0	25
20	0	0	0	0	0	0	0	20
15	0	0	0	0	0	0	0	15
10	0	0	0	0	0	0	0	10
5	0	0	0	0	0	0	0	5
1	0	0	0	0	0	0	0	1
Centil	1	15	5	30	40	2	2	

Consulte los baremos del Manual para interpretar las puntuaciones (PD) de la derecha y te aquí arriba las puntuaciones centiles que ha obtenido; finalmente, elabore el perfil en tiles para disponer de una visión general de las habilidades sociales del sujeto.

SUME LAS PUNTUACIONES DE CADA COLUMNA PARA OBTENER LA PUNTUACIÓN DE CADA ESCALA.
LUEGO SE SUMARÁN LAS PUNTUACIONES DE TODAS LAS ESCALAS PARA OBTENER LA PUNTUACIÓN GLOBAL.

	I	II	III	IV	V	VI
1	4 3 2 ①					
2	4 3 2 ①					
3		1 2 ③ 4				
4		4 3 2 ①				
5				4 3 ② 1		
6					4 ③ 2 1	
7					1 ② 3 4	
8						4 3 2 ①
9						4 3 2 ①
10	4 3 2 ①					
11	4 3 2 ①	4 ③ 2 1				
12			4 3 2 ①			
13			4 ③ 2 1			
14			4 3 ② 1			
15					1 2 ③ 4	
16						4 3 2 ①
17						① 2 3 4
18	4 3 2 ①					
19	4 3 2 ①					
20		4 3 ② 1				
21			4 3 2 ①			
22				4 3 ② 1		
23				4 3 ② 1		
24					1 2 ③ 4	
25					4 3 ② 1	
26						4 3 2 ①
27						
28						
29	4 3 2 ①					
30	4 3 2 ①	4 3 ② 1				
31			4 3 2 ①			
32			4 3 2 ①			
33				4 3 ② 1		
PD	9	11	5	13	13	5
PD Global	56					

Apéndice LL. Resultado de Pos test Inventario de Ansiedad

NOMBRE: _____		EDAD: <u>22</u>	SEXO: <u>M</u>	FECHA: <u>09/08/2019</u>
Lea cada uno de los ítems atentamente, e indique cuanto le ha afectado en la última semana incluyendo hoy:				
Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)				
	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
1 Torpe o entumecido.	☐	☒	☐	☐
2 Acalorado.	☒	☐	☐	☐
3 Con temblor en las piernas.	☒	☐	☐	☐
4 Incapaz de relajarse	☐	☒	☐	☐
5 Con temor a que ocurra lo peor.	☐	☒	☐	☐
6 Mareado, o que se le va la cabeza.	☒	☐	☐	☐
7 Con latidos del corazón fuertes y acelerados.	☒	☐	☐	☐
8 Inestable.	☐	☐	☒	☐
9 Atemorizado o asustado.	☐	☒	☐	☐
10 Nervioso.	☒	☐	☐	☐
	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
11 Con sensación de bloqueo.	☐	☒	☐	☐
12 Con temblores en las manos.	☒	☐	☐	☐
13 Inquieto, inseguro.	☐	☒	☐	☐
14 Con miedo a perder el control.	☐	☒	☐	☐
15 Con sensación de ahogo.	☒	☐	☐	☐
16 Con temor a morir.	☒	☐	☐	☐
17 Con miedo.	☒	☐	☐	☐
18 Con problemas digestivos.	☒	☐	☐	☐
19 Con desvanecimientos.	☒	☐	☐	☐
20 Con rubor facial.	☒	☐	☐	☐
	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
21 Con sudores, fríos o calientes.	☒	☐	☐	☐

00-21 - Ansiedad muy baja
 22-35 - Ansiedad moderada
 más de 36 - Ansiedad severa

9 pts

Apéndice M. Resultado de Pos test Inventario depresivo de Beck

INVENTARIO DEPRESIVO DE BECK

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una.

A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido durante esta última semana, incluido en el día de hoy. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márquela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección, (se puntuará 0-1-2-3).

1. ☐ No me siento triste
☒ Me siento triste.
☐ Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
☐ Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.

2. ☐ No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.
☒ Me siento desanimado respecto al futuro.
☐ Siento que no tengo que esperar nada.
☐ Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán

3. ☐ No me siento fracasado.
☒ Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.
☐ Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.
☐ Me siento una persona totalmente fracasada.

4. ☐ Las cosas me satisfacen tanto como antes.
☒ No disfruto de las cosas tanto como antes.
☐ Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.
☐ Estoy insatisfecho o aburrido de todo.

5. ☐ No me siento especialmente culpable.
☒ Me siento culpable en bastantes ocasiones.
☐ Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
☐ Me siento culpable constantemente

6. ☒ No creo que esté siendo castigado.
☐ Me siento como si fuese a ser castigado.
☐ Espero ser castigado.
☐ Siento que estoy siendo castigado.

7. ☐ No estoy decepcionado de mí mismo.
☒ Estoy decepcionado de mí mismo.
☐ Me da vergüenza de mí mismo.
☐ Me detesto.

Post-test

#7

8. ☐ No me considero peor que cualquier otro.
☒ Me autocrítico por mis debilidades o por mis errores.
☐ Continuamente me culpo por mis faltas.
☐ Me culpo por todo lo malo que sucede.
9. ☐ No tengo ningún pensamiento de suicidio.
☒ A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.
☐ Desearía suicidarme.
☐ Me suicidaría si tuviese la oportunidad.
10. ☒ No lloro más de lo que solía llorar.
☐ Ahora lloro más que antes.
☐ Lloro continuamente.
☐ Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.
11. ☐ No estoy más irritado de lo normal en mí.
☒ Me molesto o irritado más fácilmente que antes.
☐ Me siento irritado continuamente.
☐ No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.
12. ☐ No he perdido el interés por los demás.
☒ Estoy menos interesado en los demás que antes.
☐ He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.
☐ He perdido todo el interés por los demás.
13. ☐ Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.
☒ Evito tomar decisiones más que antes.
☐ Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
☐ Ya me es imposible tomar decisiones.
14. ☒ No creo tener peor aspecto que antes.
☐ Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo.
☐ Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo.
☐ Creo que tengo un aspecto horrible.
15. ☐ Trabajo igual que antes.
☒ Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.
☐ Tengo que obligarme mucho para hacer algo.
☐ No puedo hacer nada en absoluto.
16. ☒ Duermo tan bien como siempre.
☐ No duermo tan bien como antes.
☐ Me despierto una o dos veces antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.
- 

☐ Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.

17. ☐ No me siento más cansado de lo normal.

☒ Me canso más fácilmente que antes.

☐ Me canso en cuanto hago cualquier cosa.

☐ Estoy demasiado cansado para hacer nada.

18. ☒ Mi apetito no ha disminuido.

☐ No tengo tan buen apetito como antes.

☐ Ahora tengo mucho menos apetito.

☐ He perdido completamente el apetito.

19. ☒ Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.

☐ He perdido más de 2 kilos y medio.

☐ He perdido más de 4 kilos.

☐ He perdido más de 7 kilos.

☐ Estoy a dieta para adelgazar SI/NO.

20. ☒ No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.

☐ Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.

☐ Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar algo más.

☐ Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.

21. ☐ No he observado ningún cambio reciente en mi interés.

☐ Estoy menos interesado por el sexo que antes.

☒ Estoy mucho menos interesado por el sexo.

☐ He perdido totalmente mi interés por el sexo.

Guía para la interpretación del inventario de la depresión de Beck:

Puntuación Nivel de depresión*

1-10.....Estos altibajos son considerados normales.

11-16.....Leve perturbación del estado de ánimo.

17-20.....Estados de depresión intermitentes. ✓

21-30.....Depresión moderada.

31-40.....Depresión grave.

+ 40.....Depresión extrema.

* Una puntuación persistente de 17 o más indica que puede necesitar ayuda profesional

17 pts

Apéndice N Resultados de Pos test de Escala de Habilidades Sociales EHS

Nombre y apellidos		Edad	Sexo
Hospital Del Sane		22	M
Centro		Fecha	
		Agosto 11	

ANOTE SUS RESPUESTAS RODEANDO LA LETRA DE LA ALTERNATIVA QUE MEJOR SE AJUSTE A SU MODO DE SER O DE ACTUAR.
COMPRUEBE QUE RODEA LA LETRA EN LA MISMA LINEA DE LA FRASE QUE HA LEÍDO.

1	A veces evito hacer preguntas por miedo a parecer estúpido.	A B C D
2	Me cuesta telefonar a tiendas, oficinas, etc.	A B C D
3	Si al llegar a mi casa encuentro un defecto en algo que he comprado, voy a la tienda a devolverlo.	A B C D
4	Cuando en una tienda atienden antes a alguien que entré después que yo, me callo.	A B C D
5	Si un vendedor insiste en enseñarme un producto que no deseo en absoluto, paso un mal rato para decirle «No».	A B C D
6	A veces me resulta difícil pedir que me devuelvan algo que dejé prestado.	A B C D
7	Si en un restaurante no me traen la comida como la había pedido, llamo al camarero y pido que me la hagan de nuevo.	A B C D
8	A veces no sé qué decir a personas atractivas del sexo opuesto.	A B C D
9	Muchas veces cuando tengo que hacer un halago, no sé qué decir.	A B C D
10	Tiendo a guardar mis opiniones para mí mismo.	A B C D
11	A veces evito ciertas reuniones sociales por miedo a hacer o decir alguna tontería.	A B C D
12	Si estoy en el cine y alguien me molesta con su conversación, me da mucho apuro pedirle que se calle.	A B C D
13	Cuando algún amigo expresa una opinión con la que estoy muy en desacuerdo, prefiero llamarle a manifestar abiertamente lo que yo pienso.	A B C D
14	Cuando tengo mucha prisa y me llama una amiga por teléfono, me cuesta mucho cortarla.	A B C D
15	Hay determinadas cosas que me disgusta prestar, pero si me las piden, no sé cómo negarme.	A B C D
16	Si salgo de una tienda y me doy cuenta de que me han dado mal la vuelta, regreso allí a pedir el cambio correcto.	A B C D
17	No me resulta fácil hacer un cumplido a alguien que me gusta.	A B C D
18	Si veo en una fiesta a una persona atractiva del sexo opuesto, tomo la iniciativa y me acerco a entablar conversación con ella.	A B C D
19	Me cuesta expresar mis sentimientos a los demás.	A B C D
20	Si tuviera que buscar trabajo, preferiría escribir cartas a tener que pasar por entrevistas personales.	A B C D
21	Soy incapaz de regatear o pedir descuento al comprar algo.	A B C D
22	Cuando un familiar cercano me molesta, prefiero ocultar mis sentimientos antes que expresar mi enfado.	A B C D
23	Nunca sé cómo «cortar» a un amigo que habla mucho.	A B C D
24	Cuando decido que no me apetece volver a salir con una persona, me cuesta mucho comunicarle mi decisión.	A B C D
25	Si un amigo al que he prestado cierta cantidad de dinero parece haberlo olvidado, se lo recuerdo.	A B C D
26	Me suele costar mucho pedir a un amigo que me haga un favor.	A B C D
27	Soy incapaz de pedir a alguien una cita.	A B C D
28	Me siento turbado o violento cuando alguien del sexo opuesto me dice que le gusta algo de mi físico.	A B C D
29	Me cuesta expresar mi opinión en grupos (en clase, en reuniones, etc.).	A B C D
30	Cuando alguien se me «cuela» en una fila, hago como si no me diera cuenta.	A B C D
31	Me cuesta mucho expresar agresividad o enfado hacia el otro sexo aunque tenga motivos justificados.	A B C D
32	Muchas veces prefiero ceder, callarme o «quitarme de en medio» para evitar problemas con otras personas.	A B C D
33	Hay veces que no sé negarme a salir con alguien que no me apetece pero que me llama varias veces.	A B C D

COMPRUEBE QUE HA DADO UNA CONTESTACIÓN
A CADA UNA DE LAS FRASES

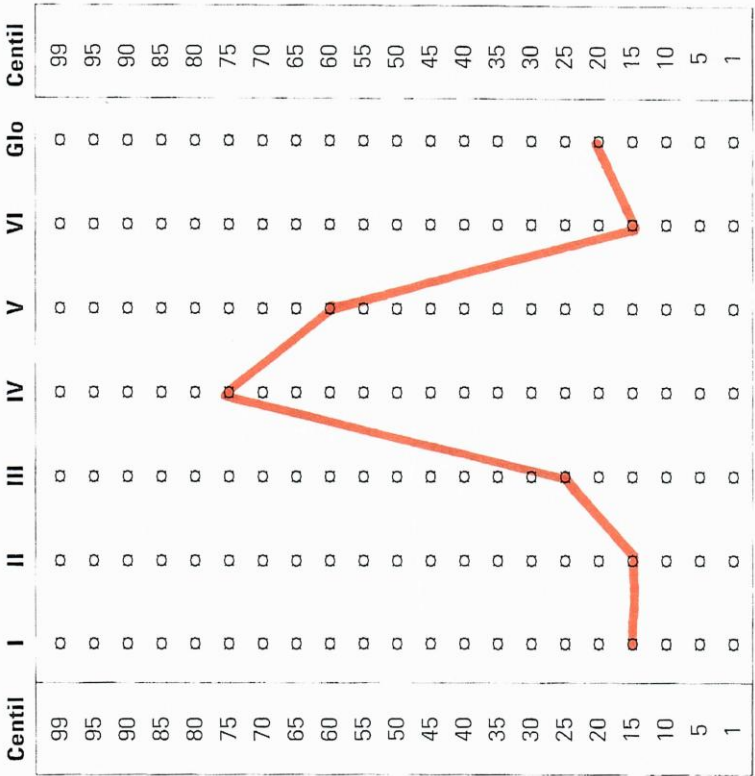


Autora: Elena Gismero González
Copyright © 2000 by TEA Ediciones, S.A.U. - Todos los derechos reservados - Prohibida la reproducción total o parcial.
Edita: TEA Ediciones, S.A.U. (Madrid) - *Imprimir, imprimir en DGS, imprimir en España.*



Nombre y apellidos: Hanner Edad: 22 Sexo: Sup
 Centro: Hospital Del Sonora Fecha: Mayo 19

PERFIL



Centil 15 15 25 35 60 15 20
 I II III IV V VI Glo

Consulte los baremos del Manual para interpretar las puntuaciones (PD) de la derecha y anote aquí arriba las puntuaciones centiles que ha obtenido; finalmente, elabore el perfil en centiles para disponer de una visión general de las habilidades sociales del sujeto.

Sume las puntuaciones de cada columna para obtener la puntuación de cada escala.
 Luego se sumarán las puntuaciones de todas las escalas para obtener la puntuación global.

I	II	III	IV	V	VI
4 3 ② 1					1
4 3 ② 1	1 ② 3 4				2
	4 3 ② 1				3
		4 3 ② 1			4
			4 3 ② 1		5
				4 3 ② 1	6
				1 ② 3 4	7
					8
4 3 ② 1					9
4 3 ② 1					10
	4 3 ② 1	4 3 ② 1			11
			④ 3 2 1		12
			4 ③ 2 1		13
					14
				1 2 3 ④	15
					16
				4 3 ② 1	17
				1 ② 3 4	18
					19
4 3 ② 1					20
4 3 2 ①					21
	4 3 ② 1	4 3 ② 1			22
			④ ③ 2 1		23
			4 3 ② 1		24
				1 2 3 ④	25
				4 3 ② 1	26
					27
				4 3 ② 1	28
					29
					30
4 ③ 2 1		4 3 ② 1			31
4 3 ② 1	4 3 ② 1	4 3 ② 1			32
			④ ③ 2 1		33