

**EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN DESDE EL MODELO COGNITIVO  
CONDUCTUAL EN UN ESTUDIO DE CASO ÚNICO DE PROBLEMAS  
ASOCIADOS AL TRASTORNO DE PERSONALIDAD LÍMITE (TPL)**

**ÁNGELA CECILIA SAAVEDRA RUIZ**



**UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA  
ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES  
ESPECIALIZACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA  
Bucaramanga, 2018.**

*Evaluación e Intervención desde el Modelo Cognitivo Conductual en un Estudio de Caso  
Único de Problemas Asociados al Trastorno de Personalidad Límite (TPL)*

*Proyecto presentado por:*  
**ÁNGELA CECILIA SAAVEDRA RUIZ**  
*Para optar al título de especialista en psicología clínica*

*Director del proyecto:*  
**ABDÓN RIBERO ARDILA**  
*Mg. Terapias Psicológicas de Tercera Generación*



**UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA**  
**ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES**  
**ESPECIALIZACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**  
**Bucaramanga, 2018.**

**Dedicatoria**

*A mi madre por ser mi mayor ejemplo de Amor y paciencia.*

*A mi padre porque de él aprendí el valor de la academia.*

*A mi esposo por su compañía, apoyo y lucha.*

*A mis hijas y mi nieto por ser mi energía vital, mi fuerza ante el cansancio,  
por recordarme que no puedo detenerme.*

*A mi hermana por creer en mí.*

*A todos y cada uno de los que han ayudado a hacer posible lo imposible.*

*A mi abuelito por recordarme que todo se lo debo a Dios.*

## **Agradecimiento**

Agradezco a Dios por darme el maravilloso tesoro de la vida, la salud y todo lo que necesito para construir mi historia.

Agradezco a la Universidad Pontificia Bolivariana y todo su equipo de colaboradores porque su compromiso con la academia y la sociedad me permitieron dar cada paso con confianza y profesionalismo.

Agradezco a mi supervisor Abdón Ribero Ardila por su dedicación, energía, calidad humana y permanente apoyo, siempre mostró incansablemente su deseo por orientarme hacia este sueño que hoy es una realidad.

## Tabla de Contenido

Dedicatoria.....	III
Agradecimiento.....	IV
Tabla de Contenido.....	V
Lista de Tablas.....	VI
Lista de Figuras.....	VI
Lista de Anexos.....	VII
Resumen General de Trabajo de Grado.....	VIII
General Summary of Work of Grade.....	IX
Introducción.....	1
Referente Conceptual.....	3
Objetivo General.....	16
Objetivos Específicos.....	16
Método.....	17
Participantes.....	17
Instrumentos de Exploración.....	17
Instrumentos de Evaluación.....	19
Procedimiento.....	22
Fase de intervención.....	25
Resultados.....	42
Discusión.....	53
Conclusiones.....	58
Recomendaciones.....	61
Referencias.....	63
Anexos.....	70

**Lista de Tablas**

Tabla 1. Descripción familiar .....	26
-------------------------------------	----

**Lista de Figuras**

Figura 1. Familiograma.....	25
Figura 2. Resultados pre y pos tratamiento del Inventario clínico Multiaxial de Millon-II. ....	48
Figura 3. Resultados pre y pos tratamiento de la Escala de Estrategias de Coping – Modificada (EEC-M). ....	51

**Lista de Anexos**

Anexo A. Recepción de Casos.....	70
Anexo B. Consentimiento Informado.....	72
Anexo C. Formato Historia Clínica para Adultos.....	74
Anexo D. Inventario Clínico Multiaxial de Millon – II (MCMI-II).....	81
Anexo E. Inventario de Depresión de Beck (BDI).....	86
Anexo F. Inventario de Ansiedad de Beck (BDI).....	92
Anexo G. Escala de Estrategias de Coping – Modificada (EEC-M).....	94
Anexo H. Desarrollo del Proceso Terapéutico por sesión.....	100
Anexo I. Resumen del tratamiento implementado según etapa y número de sesión.....	127
Anexo J. Remisión externa a psiquiatría.....	129
Anexo K. Evidencias del proceso terapéutico.....	130

**RESUMEN GENERAL DE TRABAJO DE GRADO**

**TITULO:** EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN DESDE EL MODELO COGNITIVO CONDUCTUAL EN UN ESTUDIO DE CASO ÚNICO DE PROBLEMAS ASOCIADOS AL TRASTORNO DE PERSONALIDAD LÍMITE (TPL)

**AUTOR(ES):** Angela Cecilia Saavedra Ruiz

**PROGRAMA:** Esp. en Psicología Clínica

**DIRECTOR(A):** Abdón Ribero Ardila

**RESUMEN**

El trabajo monográfico que se presenta en este documento contiene el proceso terapéutico desarrollado con una mujer de 35 años de edad, atendida en la IPS de la Universidad Pontificia Bolivariana en la ciudad de Piedecuesta, la cual llega remitida por la Comisaria de Familia a causa de violencia intrafamiliar en contra de uno de sus hijos. El proceso siguió un modelo cognitivo conductual que incluyó una etapa de evaluación y diagnóstico pre y pos a través de entrevistas, aplicación del Inventario Clínico Multiaxial de Millon – II, Escala de Estrategias de Coping – Modificada, Inventario de Depresión y Ansiedad de Beck y un análisis funcional. Seguido de la identificación de las principales problemáticas y definir los objetivos terapéuticos, se pasó a la etapa de intervención basada en la Terapia Cognitiva de Beck, Entrenamiento de Estrategias de Afrontamiento y Terapia Racional Emotiva, culminando con prevención de recaídas y seguimiento al mes de tratamiento. Los resultados mostraron que la consultante mejoró su regulación emocional, tuvo reducción significativa de actividades potencialmente auto lesivas como el abuso de alcohol, consumo de alucinógenos y de sexo impulsivo.

**PALABRAS CLAVE:**

Personalidad limite, cognitivo conductual, terapia racional emotiva, estrategias de afrontamiento.

**V° B° DIRECTOR DE TRABAJO DE GRADO**

**GENERAL SUMMARY OF WORK OF GRADE**

**TITLE:** EVALUATION AND INTERVENTION FROM THE COGNITIVE BEHAVIORAL MODEL IN A SINGLE CASE STUDY OF PROBLEMS ASSOCIATED WITH LIMIT PERSONALITY DISORDER (TPL)

**AUTHOR(S):** Angela Cecilia Saavedra Ruiz

**FACULTY:** Esp. en Psicología Clínica

**DIRECTOR:** Abdón Ribero Ardila

**ABSTRACT**

The monographic work presented in this document contains the therapeutic process developed with a 35-year-old woman, attended at the IPS of the Pontificia Bolivariana University in the city of Piedecuesta, which is sent by the Family Commissioner because of intrafamily violence against one of her children. The process followed a cognitive behavioral model that included a stage of evaluation and diagnosis pre and post through interviews, application of the Multiaxial Clinical Inventory of Millon - II, Scale of Coping - Modified Strategies, Depression Inventory and Beck Anxiety and a Functional analysis. Followed by the identification of the main problems and define the therapeutic objectives, we went to the intervention stage based on Beck Cognitive Therapy, Coping Strategies Training and Rational Emotive Therapy, culminating with relapse prevention and follow-up to the month of treatment. The results showed that the consultant improved her emotional regulation, had significant reduction of potentially self-injurious activities such as alcohol abuse, hallucinogen consumption and impulsive sex.

**KEYWORDS:**

Limit personality, cognitive behavior, rational emotive therapy, coping strategies.

**V° B° DIRECTOR OF GRADUATE WORK**

## **Introducción**

El trastorno de personalidad límite (TPL) es un trastorno mental caracterizado principalmente por inestabilidad emocional, dificultades en las relaciones interpersonales y el control de los impulsos. Las personas que lo padecen usualmente presentan comportamientos autolesivos y autodestructivos, con riesgo de suicidio, deterioro funcional significativo y persistente y comorbilidad con otros trastornos mentales (DSM - 5, 2013). El presente estudio de caso único, describe el proceso terapéutico que se implementó con la consultante Y.R.C. de 35 años de edad, en la Institución Prestadora de Salud (IPS) de la Universidad Pontificia Bolivariana, seccional Bucaramanga, la cual solicita el servicio de psicología por remisión de la Comisaria de Familia del municipio de Piedecuesta a causa de una denuncia en su contra, por maltrato intrafamiliar. La usuaria, describía problemáticas asociadas al TPL y comorbilidad con trastornos por abuso de sustancias y alcohol, tales como, violencia física y psicológica hacia sus hijos, conductas potencialmente autolesivas como sexo impulsivo, consumo de cannabis y abuso de alcohol; así como una historia de relaciones de pareja inestables y disfuncionales, pérdidas de trabajo, deseos de interrumpir sus tres embarazos, sentimientos crónicos de vacío e innumerables intentos fallidos por cambiar su realidad.

Es así, como se da lugar a un proceso terapéutico dentro del marco de las prácticas académicas para aspirar al título de Especialista de Psicología Clínica; El trabajo, que tuvo una duración de 7 meses, estuvo supervisado por un profesional y regido bajo los parámetros de la IPS y la coordinación del programa. El modelo Cognitivo Conductual fue el que determinó el camino a seguir, en cuanto la evaluación y diagnóstico, se basó en entrevista clínica, historia clínica, pruebas psicométricas estandarizadas, y la elaboración de un análisis funcional.

Seguidamente, se diseñó el plan de tratamiento, el cual utilizó diversas técnicas de la Terapia Cognitiva de Beck, Terapia Racional Emotiva Conductual de Ellis, Estrategias de Afrontamiento y se adoptó el uso del apoyo telefónico de la Terapia Dialectico Conductual propuesto por Linehan. Los objetivos terapéuticos fueron la disminución de la impulsividad agresiva, mejorar la relación con los hijos y disminuir el consumo de alcohol y alucinógenos. Los resultados mostraron que aceptar sus problemáticas, reestructurar creencias disfuncionales y aprender nuevas estrategias de afrontar las crisis, tuvieron efectividad en cuanto a que se lograron las metas, pese a que la prueba de personalidad de Millon, refiera una permanencia de la escala límite y autodestructiva en un nivel sugestivo – moderado, lo cual puede atribuirse a patrones arraigados del TPL (Linehan et al, 1991 citados por Caballo, 2004).

El abordaje permitió, por una parte, la atención del caso clínico el cual ayudó a mejorar la calidad de vida del consultante y de su familia, por otra, permitió el estudio y tratamiento de problemáticas asociadas al TPL, que cuentan con muy poca evidencia empírica y con la más alta prevalencia entre los trastornos de personalidad (GPC, 2011), y último, permitió un ejercicio de prácticas que otorgan habilidades en la formación del psicólogo clínico.

## Referente Conceptual

Este documento tiene como propósito describir, desde el modelo cognitivo conductual, el proceso de evaluación e intervención de problemas asociados al trastorno de la personalidad limite en un caso único. Para lograr una comprensión del trabajo realizado, en este apartado se hará una breve descripción acerca de la psicología clínica como posibilitadora de dicho proceso, del trastorno de la personalidad limite, en cuanto a su concepto, diagnóstico, prevalencia, etiología, comorbilidad y del tratamiento de problemáticas asociadas al mismo desde la perspectiva cognitivo conductual.

En lo que respecta a la psicología clínica, y desde el marco del modelo cognitivo conductual, es fundamental entender que su problemática, radica en cambiar el comportamiento de quienes consultan; el abordaje varía de acuerdo al contexto clínico y socio cultural, al marco conceptual que soporta cada problemática y las técnicas que se utilicen. En este orden de ideas, este campo de la psicología, intenta atender problemáticas que son consideradas como desadaptativas, disfuncionales o también denominadas anormales, por no ajustarse a los parámetros normativos en un momento del desarrollo de la persona. Es así, como el psicólogo clínico atiende problemáticas que generan malestar clínicamente significativo en su consultante o familiares, pero con un origen previo a la consulta y cuyo desarrollo está constituido por los intentos fallidos de solución a las problemáticas por las que buscan ayuda profesional. Por este motivo, toma como base los antecedentes del problema, y son un apoyo de importancia para la realización del proceso de evaluación, diagnóstico y construcción del análisis funcional, con el cual definirá objetivos terapéuticos y tratamiento centrado en lo que ocurre en el momento presente. Unido a ello, es de destacar que la psicología clínica, desarrolla actividades no solo en lo que respecta a procesos de intervención, sino además de investigación, rehabilitación, prevención y promoción

de la salud y su abordaje implica un trabajo inter y transdisciplinario con otros profesionales sobre un quehacer ético y de constante actualización. (Santacreu, J.,2011; Colegio Colombiano de Psicólogos (COLPSIC), 2014).

Los anteriores planteamientos soportan la importancia de contar con un marco conceptual claro para lo cual es necesario un despliegue de cada uno de los conceptos que forman el trastorno de la personalidad límite, en efecto es pertinente, partir del constructo de personalidad.

La personalidad es definida como un conjunto de patrones, es decir, formas persistentes de pensar, percibir, sentir, actuar que caracterizan a cada persona desde edades tempranas de la vida, a través de distintas situaciones (Caballo, Guillen y Salazar 2009) (López y Becoña, 2006).

En cuanto a los patrones de personalidad patológica, Millon, quien sentó las bases de las patologías de la personalidad, refiere que estos, tienden a imponer un modo de vida tan arraigado y automático que la persona a menudo no advierte su presencia ni sus devastadoras consecuencias (como se cita en Sánchez, 2009). El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su 5ª Edición (2013), en adelante DSM-5, los define como patrones que se apartan notablemente de las expectativas culturales del sujeto, son generalizados y poco flexibles, estables en el tiempo, inician en la adolescencia o en la edad adulta temprana y derivan en problemáticas que ocasionan un malestar o deterioro significativo en la persona (American Psychological Association (APA), 2013).

Específicamente y respecto al trastorno de personalidad límite (TPL), en 1684, Bonet, se arriesgó a agrupar en una misma categoría la impulsividad y los estados de ánimo inestables, denominándola folie maniaco – mélancolique, (locura maniaca melancólica), siendo el primer indicio de lo que después sería conocido como TPL (Caballo y Camacho, 2000). En 1938, Adolf Stern, usa el término borderline en una publicación psicoanalítica con pacientes que no estaban

en una categoría ni neurótica ni psicótica y, consecutivamente, otros autores, cambiaron el termino por esquizofrenia ambulatoria, esquizofrenia pseudoneurótica, carácter psicótico u organización borderline de la personalidad (Guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad (GPC), 2011). Otros lo denominaron personalidad cicloide, trastorno ambivalente de la personalidad, trastorno impulsivo de la personalidad, trastorno lábil de la personalidad, entre otros (Caballo y Camacho, 2000). Solo hasta 1980, se incorpora por primera vez el término “trastorno de la personalidad límite” como una enfermedad definida y diagnosticable en el DSM III (como se cita en GPC, 2011).

La Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, CIE-10 (Organización Mundial de la Salud (OMS), 1992), denomina esta patología como trastorno de la personalidad emocionalmente inestable tipo limítrofe (Cód. F60.3), que además de caracterizarse por la inestabilidad emocional y falta de control en los impulsos (tipo impulsivo), se caracteriza por perturbaciones de la autoimagen, de las aspiraciones y de las preferencias íntimas, por sentimientos crónicos de vacío, por relaciones interpersonales intensas e inestables y por una tendencia al comportamiento autodestructivo, que incluye acciones suicidas.

Por su parte, la quinta versión del DSM (APA, 2013) refiere que TPL se define como un patrón dominante de inestabilidad de las relaciones interpersonales, de la autoimagen y de los afectos, e impulsividad intensa, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos (APA, 2013). Así mismo, enumera los criterios para el diagnóstico refiriendo que TPL se manifiesta por cinco (o más) de los siguientes hechos: esfuerzos desesperados para evitar el desamparo real o imaginado (no se debe incluir el comportamiento suicida ni las conductas auto lesivas), patrón de relaciones interpersonales

inestables e intensas que se caracteriza por una alternancia entre los extremos de idealización y de devaluación, alteración de la identidad: inestabilidad intensa y persistente de la autoimagen y del sentido del yo, impulsividad en dos o más áreas que son potencialmente auto lesivas (p. ej., gastos, sexo, drogas, conducción temeraria, atracones alimentarios) (no se debe incluir el comportamiento suicida ni las conductas auto lesivas), comportamiento, actitud o amenazas recurrentes de suicidio, o conductas auto lesivas, inestabilidad afectiva debida a una reactividad notable del estado de ánimo (p. ej., episodios intensos de disforia, irritabilidad o ansiedad que generalmente duran unas horas y, rara vez, más de unos días), sensación crónica de vacío, enfado inapropiado e intenso, o dificultad para controlar la ira (p. ej., exhibición frecuente de genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes) e ideas paranoides transitorias relacionadas con el estrés o síntomas disociativos graves.

Antes de describir la prevalencia del TPL, cabe mencionar que las enfermedades mentales son la quinta causa de años de vida perdidos por discapacidad (AVAD) y, contando la carga generada por suicidio, la tercera, según Demyttenaere et al. (2004), apoyados por Murray y López, (2014), quienes además afirman, que hay una tendencia al incremento en las próximas décadas. Para lo que respecta al TPL, su prevalencia en la población en general, se estima entre 1,6% hasta 5,9%; en atención primaria, alrededor del 6%; en atención en centros de salud mental en un 10% y en pacientes psiquiátricos hospitalizados en un 20%; estas cifras suelen disminuir en grupos de mayor edad (APA, 2013). El TPL, es el más frecuente con respecto a otros trastornos de personalidad, estimando una prevalencia entre el 30% hasta 60% del total (GPC, 2011).

Dentro de ese marco, resulta relevante recoger algunas teorías sobre la etiología del TPL. De acuerdo con, la Guía Práctica Clínica (GPC) del Centro Nacional Colaborador de Salud Mental,

(NICE), (2009), la causa del TPL está determinada por diversos factores, entre los que menciona la vulnerabilidad genética, argumentando que, aunque diversos estudios con gemelos han demostrado una influencia genética del 69% para el TPL, es posible que lo que se herede sean los rasgos asociados con la agresión impulsiva y desregulación del estado del ánimo. Por ende, se considera que dicha influencia, en los trastornos de personalidad en general, se da tanto de manera individual como en asociación con factores ambientales disfuncionales.

Otro factor, es la alteración de los neurotransmisores, dado que estos influyen en la regulación de los impulsos, la agresión y el afecto, una reducción de la actividad serotoninérgica, puede inhibir la capacidad de la persona de modularlos adecuadamente. Además de la serotonina, otros neurotransmisores y neuromoduladores que afectan el TPL, son acetilcolina, la vasopresina, el colesterol, y los ácidos grasos, así como el eje hipotálamo – hipófiso - suprarrenal.

El siguiente factor es la disfunción neurobiológica, en la que un paciente con TPL, puede evidenciar un déficit estructural y funcional en la amígdala, el hipocampo y las regiones orbito frontales, las cuales son indispensables para la regulación de la afectividad, la atención, el autocontrol y funciones ejecutivas.

Así mismo, se relacionan los factores psicosociales, en los cuales se demostró que el 84% de las personas con TPL, han experimentado en el pasado malos tratos psíquicos, y negligencia por parte de ambos progenitores antes de cumplir los 18 años; la negación emocional de las experiencias por parte de sus cuidadores, puede ser un predictor del TPL, sin embargo, el maltrato no es un requisito ni genera por sí solo la aparición del TPL, sino en correlación con ambientes familiares inestables y poco favorables para el desarrollo de la personalidad (Zanarini et al. ,2000). Esta teoría, es apoyada por, la psicóloga estadounidense Marsha Linehan (2003), quien se enfocó en el estudio y tratamiento de este trastorno y basada en una teoría biosocial,

afirma, que una vulnerabilidad emocional determinada biológicamente, un ambiente invalidante y la interacción entre estos dos factores durante el desarrollo del individuo, traen como resultado el uso disfuncional de estrategias de modulación emocional, lo cual constituye la principal alteración de una persona con TPL.

Por último, está el proceso de apego inseguro y desorganizado, sobre el cual se sostiene que la persona con TPL no logra desarrollar una capacidad de mentalización adecuada. Esta teoría, apoyada por Linehan (2003), Fonagy et al (2003) y Fruzzetti et al (2005), busca demostrar una fuerte relación entre este y la etiología de TPL, dado a la presencia de un entorno familiar invalidante y traumático, se generan limitaciones de cognición social, lo que se traduce en una dificultad significativa de interpretar las emociones propias y las de los demás junto con otras problemáticas características del TPL ya descritas.

Por su parte, el DSM-5 (APA, 2013), sostiene que entre los principales antecedentes del TPL están el abuso físico y sexual, el abandono, los conflictos hostiles y la pérdida prematura de los padres. Así mismo, explica que hay factores genéticos y fisiológicos respecto a los cuales afirma que el TPL es cinco veces más frecuente entre los familiares biológicos de primer grado de las personas con el trastorno que en la población en general, así como un mayor riesgo en trastornos por consumo de sustancias, antisocial de la personalidad, depresivos o bipolares (APA, 2013).

Al respecto de la comorbilidad del TPL, es muy alta la probabilidad dada la variedad de sus síntomas. Así, Zanarini et al. (1998) afirman que la tasa del trastorno depresivo mayor oscila entre el 40% y 87%, con una tasa menor se encuentran los trastornos de ansiedad o psicóticos, en hombre se observa alta comorbilidad con consumo de alcohol y en mujeres con bulimia, especialmente. Así mismo, Ruch et al (2007), describen comorbilidad con el trastorno por estrés post traumático y Philipsen et al. (2008) y Ferrer et al (2010), con el trastorno por déficit de

atención e hiperactividad, TDAH. Según Barrachine y Pérez (2004), también es común la comorbilidad con otros trastornos de personalidad, destacándose el trastorno por dependencia con una tasa de 50%, seguido por el evitativo con 40%, paranoide con 30%, antisocial 20% – 25% principalmente en hombres y, por último, el histriónico entre 25 % y 63%. Así mismo, es frecuente la comorbilidad con otras enfermedades médicas como diabetes, problemas cardiovasculares, enfermedades infecciosas, entre otras, por lo que debe seguirse un control médico adecuado. En lo que concierne a la comorbilidad con trastornos por abuso de sustancias y de alcohol, Gunderson (2002), resalta que es altamente frecuente en personas con TPL, es de tipo impulsivo y en ocasiones episódico, siendo el consumo del alcohol el más común; sin embargo, es usual que estas personas sean politoxicómanos, es decir, que combinan diferentes sustancias, la primera que este a su alcance. El consumo de sustancias tiene una gran importancia en el tratamiento de quienes padecen TPL, ya que pueden tener mayor incidencia de conductas suicidas, auto lesivas o a lesiones por accidentes. Así mismo, repercute en otras conductas asociadas al TPL como autolesiones, sexo impulsivo, agresión, entre otras dado que disminuyen el umbral. (Como se cita en GPC, 2009).

Con referencia al tratamiento de trastornos de personalidad, es difícil que una persona consulte por tal motivo dado su carácter egosintónico (Caballo, 2009). Su diseño y desarrollo es complejo dado la gran variabilidad de criterios diagnósticos y la heterogeneidad clínica, es riesgoso por la tendencia a la autodestrucción del consultante y puede llegar a ser frustrante por las recurrentes decepciones que pueden darse durante el proceso (Caballo, 1998; Caballo y Camacho, 2000).

En virtud a la eficacia, Quiroga y Errasti (2001), elaboraron una revisión de los tratamientos para los trastornos de personalidad en general, llegando a concluir que, en la actualidad no hay

un tratamiento que tenga demostrada su eficacia ni para todos los trastornos de personalidad ni para uno en particular, la terapia dialéctica conductual y la cognitivo conductual, parecen ser las únicas con eficacia probable y solo para el TPL, el resto de los tratamientos solo pueden considerarse en fase experimental. Lo cual es apoyado por diversos autores como Davidson, Tyrer, Gumley, Tata, Norrie, Palmer (2006), Navarro – Leis y López (2013), Caballo (2009), entre otros.

Por tal motivo, se sugiere que el primer paso es determinar cuáles son las características particulares que presenta el consultante y de esta manera adaptar el mejor tratamiento posible; no es lo mismo un caso con conductas suicidas, en donde los estudios sugieren la terapia dialéctica conductual (DBT), que uno que se caracterice por actitudes dependientes con un elevado consumo de sustancias psicoactivas y con fuertes arranques de ira e impulsividad, en donde otras terapias de corte cognitivo conductual pueden ser de utilidad (Caballo, 2004).

En lo que respecta al tratamiento cognitivo conductual (TCC), en donde están incluidas diversas teorías entre las cuales, la terapia Cognitiva de Beck, terapia racional emotiva conductual de Ellis y entrenamiento en estrategias de afrontamiento (Coping), la conducta se explica como el resultado de la interpretación de la realidad y de los contenidos de los esquemas del pensamiento, es decir, como dice Fernández-Álvarez (2005), no reaccionamos a la realidad exterior, sino a la realidad subjetiva creada por los procesos cognitivos. Es obvio suponer que, dentro de esta concepción, los trastornos son vistos como una representación errónea de realidad, y las consecuentes reacciones conductuales a estas representaciones. El TCC se centra en ayudar a las personas a conectar los pensamientos, sentimientos y sus conductas de manera funcional. En principio se diseñó para sintomatología depresiva y ha tenido modificaciones para poder tratar trastornos de personalidad y TPL.

Una de las adaptaciones es que a pesar de centrar sus intervenciones en las sintomatologías del “aquí y el ahora”, para los trastornos de personalidad, especialmente, considera algunas experiencias previas que han emergido en creencias nucleares del sujeto denominados “esquemas” y que son desencadenantes de conductas. El TCC suele ser más extenso para el TPL que para otras patologías, estimando entre 9 y 36 meses, con asignación de tareas en casa y en algunos casos se requiere el contacto telefónico con el terapeuta fuera de las sesiones individuales (Davidson, 2000).

Dentro de este marco y para la intervención de problemáticas asociadas al TPL, la terapia cognitiva de Aarón Beck, refiere que la persona con este trastorno, se rige sobre supuestos como “el mundo es peligroso y malévolo”, “soy débil y vulnerable” y “soy inaceptable en esencia”; la terapia está dirigida a los problemas del TPL asociados con dichos déficits cognitivos y la desregulación emocional (Caballo, 2004). El plan de tratamiento, incluye estrategias para favorecer la alianza terapéutica y la adhesión al mismo, minimizar el pensamiento dicotómico, aumentar la regulación emocional y mejorar los problemas asociados con la identidad (Beck y Freeman 1990; J. Beck, 1995).

Por su parte, la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC), propuesta por el psicólogo neoyorkino Albert Ellis, sustenta que el acontecimiento (A: Activating Event) no es el que determina los estados emocionales (C: por Consequence), sino más bien el significado que se le otorga a dicho acontecimiento y las creencias sobre el mismo (B: Belief System), a lo que ha denominado modelo ABC. Esta terapia tiene como meta, ayudar a la persona con TPL, en la identificación de sus “pensamientos irracionales” y guiarlo para que los reemplace por otros más “racionales” o eficientes, que le permitan lograr con más eficacia metas de tipo personal como el ser feliz, el poder establecer relaciones con otras personas, en otras (Ellis y Becker, 1982). Así

mismo, incluye entre sus objetivos terapéuticos, minimizar los disturbios emocionales y las conductas auto derrotistas, capacitándoles para vivir una existencia más plena y placentera. (Ellis y Bernard, 1994).

Con referencia a las estrategias de afrontamiento, Cassaretto (2009), refiere que, en los últimos años, la comunidad científica ha despertado gran interés en su estudio, dado que representa un conjunto de habilidades de adaptación y pueden ser determinantes en la salud mental de las personas. Se describen diferentes tipos de estrategias de afrontamiento: las estrategias de resolución de problemas, las cuales están dirigidas a controlar el problema que está causando el malestar; las estrategias de regulación emocional, las cuales buscan regular la respuesta emocional ante el problema como tal; y las que intentan modificar la evaluación inicial de la situación (Lazarus & Folkman, 1986; Fernández – Abascal & Palmero, 1999). Cada persona tiene un estilo o tendencia relativamente estable para afrontar las situaciones de estrés y las dificultades; este se determina por la tendencia a usar unos u otro tipo de estrategias de manera activa, pasiva o evitativa. (Fernández - Abascal & Palmero, 1999).

En cuanto a los estudios realizados, se encuentra la Escala de Estrategias Coping – Modificada (EEC-M) elaborada y adaptada a una población adulta colombiana, por Londoño et al (2006), en la que describe doce estrategias de afrontamiento al estrés de tipo cognitivo y comportamental: solución de problemas, apoyo social, espera, religión, evitación emocional, apoyo profesional, reacción agresiva, evitación cognitiva, reevaluación positiva, expresión de la dificultad de afrontamiento, negación y autonomía.

En Otros estudios, Contreras, Caballero, Palacio & Pérez, (2008), se establece la relación entre el afrontamiento a exámenes y al fracaso académico, estilos de afrontamiento y enfermedades crónicas de Contreras et al. (2007) o en estados terminales elaborado por Acosta,

Chaparro & Rey (2008), estrategias de afrontamiento en crisis familiares, por Padilla, González, Morales & Prieto (2007). Sierra (2012), realizó otro estudio de la relación entre estilos de personalidad y estrategias de afrontamiento (citados por Barrios, Sánchez. & Salamanca, 2013).

En lo que tiene que ver con estudios que relacionen las estrategias de afrontamiento con personalidades patológicas, hay poca evidencia, no obstante Fernández y Díaz (2001), describen unos estudios en los que argumentan que, para estos casos, la personalidad determina el estilo de afrontamiento en el que pueden usarse estrategias positivas en forma reducida y otras negativas en mayor medida. En el caso de una persona con TPL, el uso funcional de las estrategias de afrontamiento se afecta significativamente, por lo que la persona no tiene la capacidad de afrontar de manera adaptativa las situaciones que interpreta como estresantes (Vázquez, et al., 2000).

Unido a las terapias mencionadas, está La Terapia Dialéctica Conductual (TDC), la cual se encuentra enmarcada dentro de las terapias del modelo cognitivo conductual de tercera generación; este tratamiento fue diseñado específicamente para personas con intentos suicidas recurrentes y diagnosticadas con TPL por Marsha M. Linehan, quien parte de la idea de que las personas con este trastorno tuvieron una crianza invalidante por lo que sus esfuerzos se concentran en lograr un clima entre terapeuta y paciente de aceptación incondicional y confianza (Linehan, M., 2003).

La creadora de la TDC, se basa en la teoría dialéctica, que postula que la realidad está compuesta por fuerzas opuestas que están en tensión y la teoría biosocial del TPL, que explica su desarrollo por una vulnerabilidad biológica a la disregulación emocional combinada con una crianza en un ambiente invalidante. Quien aplique este tratamiento deberá poseer un amplio conocimiento sobre técnicas de habilidades de autorregulaciones emocionales tradicionales, y

además otras basadas en la meditación de origen oriental budista como el mindfulness. Consta de sesiones individuales y grupales orientadas por más de un terapeuta, además del uso de la asistencia telefónica como apoyo terapéutico para anticipar la emergencia; los objetivos de la terapia están centrados en el aquí y el ahora buscando un aumento de la regulación emocional, la motivación tanto de quien consulta como del terapeuta, las conductas funcionales, generalizar las habilidades y estructurar el ambiente (Linehan, M., 2001).

Linehan y su equipo de investigadores, pusieron a prueba la TDC, a través de un estudio realizado con mujeres que presentaban intentos suicidas recurrentes y diagnosticadas con TPL; después de un año de tratamiento, los resultados dieron cuenta de una reducción en el riesgo de comportamientos suicidas frente al grupo de mujeres que no habían recibido la TDC (1,5 frente a 9 intentos de suicidio por año), seguidamente, se evidenció adherencia al tratamiento (solo 4 de 24 abandonaron el tratamiento) y por hubo menos días de hospitalización para el grupo intervenido (8,46 frente 38,86 días por año). Sin embargo, estos efectos se obtuvieron a pesar de no hubo una mejoría diferencial en pacientes con depresión, desesperanza, ideas suicidas, entre otros; por lo que se postula que los resultados se atribuyen al estilo de la terapia, a las sesiones estructuradas de manera individual y grupal y a la forma en que se definían los objetivos y el apoyo terapéutico (Caballo, 2004) Volviendo la mirada hacia la alta prevalencia de personas con TPL en Colombia, con respecto a otros trastornos de personalidad, las proyecciones de aumento de la tasa del mismo y la poca evidencia empírica de estudios que demuestren la efectividad para su tratamiento, es de destacar el papel que desempeña la IPS de la Universidad Pontificia Bolivariana Seccional Bucaramanga, lugar donde se desarrolló el presente estudio. Ya que brinda acompañamiento psicológico gratuito a la población de desplazamiento y vulnerabilidad de estratos uno, dos y tres y cuya misión es orientar y desarrollar procesos de intervención social a

la comunidad de Piedecuesta y sus alrededores, con la fiel convicción de prestar un servicio óptimo para el bienestar de la sociedad (Soto, 2017).

El presente estudio de caso, es el resultado del ejercicio de las prácticas clínicas supervisadas, que permitían la interacción directa con usuarios de la comunidad, así como desarrollar las competencias necesarias para ejercer como psicólogo clínico. En este ejercicio, innumerables personas de bajos recursos pueden ser asistidas en problemáticas asociadas a trastornos mentales en general y específicamente al TPL; ello, aumenta las posibilidades de contar con más estudios científicos y disminuye la brecha entre la academia y la realidad social.

## **Objetivos**

### **Objetivo General**

Diseñar e implementar un tratamiento de intervención psicológica en un caso con diagnóstico de trastorno de personalidad límite, desde el modelo cognitivo conductual.

### **Objetivos Específicos**

Evaluar sintomatología presente del consultante, con el fin de elaborar un diagnóstico clínico.

Definir los objetivos terapéuticos a partir del diagnóstico establecido.

Diseñar un plan de intervención de acuerdo a los objetivos terapéuticos definidos con la consultante.

Describir y analizar los resultados obtenidos a través de autoregistros, proceso terapéutico y aplicación de pruebas pos test.

## **Método**

### **Participantes**

Estudio de caso único con un consultante de 35 años de edad, de sexo femenino, con escolaridad técnico estilista, labora como estilista particular y en venta de productos comestibles, separada y madre de tres hijos, la mayor de 11 años, seguida por un niño de 8 años y el menor de 4 años de edad, con quienes convive en el municipio de Piedecuesta. Acude a la IPS de la Universidad Pontificia Bolivariana, Seccional Bucaramanga, por remisión de la comisaria de familia del municipio, quien refiere que sea valorada y atendida de manera urgente por psicología, por problemática de violencia intrafamiliar hacia su hija mayor, ya que su estado emocional actual representa riesgos para su integridad física y emocional y la de su grupo familiar.

### **Instrumentos de Exploración**

#### **Entrevista abierta.**

Se implementó una entrevista abierta con una estructura básica en la que dio inicio con el encuadre, explicando el objetivo y metodología de la misma; seguido por un momento de diálogo e indagación con respecto al motivo de consulta, evolución, implicaciones y delimitación de las problemáticas de la consultante, temores y expectativas sobre el proceso. Por último, se realiza un cierre con las conclusiones y retroalimentación de la información compartida. (Ver anexo I, sesión 1).

#### **Historia clínica.**

Se utilizó el formato de historia clínica para adultos, código: PS-FO-081, versión 02, proporcionado por la institución de práctica, la IPS de la Universidad Pontificia Bolivariana, seccional Bucaramanga (ver anexo C). La implementación se realizó de forma simultánea a la

entrevista abierta durante las dos primeras sesiones del proceso, de tal forma que se pudiera profundizar en cada área acorde a como se fuese dando el desarrollo de la sesión. Las áreas de abordaje del formato inician con los datos demográficos del usuario y datos del acudiente, seguido por situación actual del usuario, entre lo que se incluye el motivo de consulta, historial de la situación, intentos previos para solucionarlo, percepción de la situación desde el consultante y sus redes de apoyo. Posteriormente, se abordan los aspectos familiares, en donde se describe el familiograma y observaciones generales del ambiente familiar. Así mismo, se indaga sobre el área personal, área académica, área social, relacional y de pareja, área ocupacional, antecedentes personales y familiares, conductas de riesgo, observaciones generales del usuario donde se describe el examen mental, impresión diagnóstica según los criterios del DSM V, se describe el plan de tratamiento y por último están las plantillas para registrar el seguimiento terapéutico sesión a sesión.

### **Análisis funcional**

Una vez realizada la entrevista y la historia clínica, se planteó el análisis funcional para explicar el comportamiento y, en base a esta explicación, establecer los objetivos de tratamiento adecuados para la consultante, así como las técnicas de intervención pertinentes para lograrlos. Por lo tanto, el análisis funcional orienta la evaluación e intervención, representa el puente necesario entre ambas y puede ser revisado siempre que se necesite (Zenón et al., 2016). El análisis funcional elaborado incluyó los siguientes aspectos: datos básicos del consultante, motivo de consulta, descripción del motivo de consulta, problema, descripción de los problemas, historia personal, evaluación sincrónica, evaluación diacrónica (factores de predisposición, adquisición, mantenimiento y protectores), dominios (emocional afectivo, cognoscitivo verbal, interacción y repertorios relacionados a salud), contextos (académico laboral, familiar, pareja

sexual, condiciones ambientales y estímulos discriminatorios), formulación de hipótesis (problema e hipótesis), análisis explicativo (repertorios de autocontrol, autoconocimiento, repertorios para modificar el ambiente, regulación verbal del comportamiento, identificación de conducta, conducta clínicamente relevante y función explicativa), diagnóstico diferencial, diagnóstico y plan de intervención.

### **Consentimiento informado**

Se implementó el formato de Consentimiento Informado para Mayores de Edad, Código: PS-FO-154, versión 1, de la IPS de la Universidad de Piedecuesta de la Universidad Pontificia Bolivariana, seccional Bucaramanga (Ver anexo B). Está basado en lo propuesto en el documento validación lista de chequeo para la elaboración del consentimiento informado en el ejercicio profesional de la psicología en Colombia, publicado en 2015 por el Colegio Colombiano de Psicólogos. Fue diligenciado por parte de la consultante, psicólogo en formación y psicólogo asesor en la primera sesión, posterior a la presentación y el encuadre del proceso terapéutico.

### **Instrumentos de Evaluación**

#### **Inventario clínico Multiaxial de Millon II (MCMI-II).**

Es un cuestionario que pretende evaluar la personalidad y la presencia de trastornos de personalidad, de manera que contribuya al proceso de toma de decisiones en el curso terapéutico. El inventario está constituido por 175 ítems con un formato de respuesta dicotómico de Verdadero o Falso, que evalúan 26 escalas, 4 de fiabilidad y validez que abarcan Validez (V), Sinceridad (X), Deseabilidad (Y) y Alteración (Z); 10 escalas básicas de la personalidad que comprenden Esquizoide (1), Fóbica (Evitativa) (2), Dependiente (3), Histriónica (4), Narcisista (5), Antisocial (6A), Agresivo/Sádica (6B), Compulsiva (Rígida) (7), Pasivo/agresiva

(Negativista) (8A) y Autodestructiva (Masoquista) (8B); 3 escalas de personalidad patológica que incluye Esquizotípica (S), Límite (C) y Paranoide (P); 6 escalas de síndromes clínicos 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 síndromes de gravedad severa que incluye Pensamiento psicótico (SS), Depresión mayor (CC) y Delirios psicóticos (PP). Este inventario está dirigido a población adulta, mayor de 18 años, con una duración de desarrollo de 25 a 40 minutos. La interpretación del cuestionario permite definir la validez de la prueba e identificar las escalas que presentan una puntuación significativa o la posible presencia de algún tipo de personalidad patológica o síndrome clínico (Millon, 1999). (Ver anexo D).

#### **Inventario de Depresión de Beck (BDI).**

Es un cuestionario auto administrado; fue desarrollado originalmente por Aarón Beck y sus colaboradores en 1961 y cuenta con más de 500 estudios publicados que avalan sus propiedades psicométricas en población clínica y no clínica, así como su uso transcultural en investigación. Este instrumento es uno de los más comúnmente utilizados para medir la severidad de una depresión. Está compuesto por 21 ítems de respuesta múltiple relacionados con síntomas depresivos, valora fundamentalmente los síntomas clínicos de melancolía y los pensamientos intrusivos presentes en la depresión. Es la que mayor porcentaje de síntomas cognitivos presenta, como culpa o sentimientos como estar siendo castigado, destacando además la ausencia de síntomas motores y de ansiedad; así como síntomas físicos relacionados con la depresión (por ejemplo, fatiga, pérdida de peso y de apetito sexual) (Beck, Steer y Garbin, 1988; Piotrowski, 1996; Sanz, Navarro y Vázquez, 2003). (Ver anexo E).

### **Inventario de Ansiedad de Beck (BAI).**

Su autor es Aarón Beck y Robert Steer, su última revisión en versión española fue en el 2011; está compuesta por 21 ítems que mide de manera auto informada los síntomas de la ansiedad menos compartidos con los de la depresión. Los pacientes responden a cada una de las cuestiones en una escala que va de “nada en absoluto” a “gravemente, “casi no podía soportarlo”. El BAI discrimina adecuadamente entre grupos de pacientes con y sin trastorno de ansiedad en diferentes poblaciones clínicas. Es uno de los cuestionarios con mayor trayectoria en el ámbito clínico e investigativo en lo relativo a la evaluación de la ansiedad, específicamente de la gravedad percibida respecto a los síntomas presentes, por lo cual posee una gran confiabilidad, no solo a nivel estadístico sino a nivel práctico. El cuestionario consta de 21 ítems tipo Likert, que evalúan la dimensión general de ansiedad a partir de dos factores, el somático y el de síntomas afectivo-cognitivos, presenta un Alpha de Cronbach de .93, y se maneja un punto de corte de 13 puntos para indicar presencia de sintomatología que precisa atención clínica (Sanz, 2014). (Ver anexo F).

### **Escala de Estrategias de Coping – Modificada (EEC-M).**

Esta escala auto administrada contiene 69 ítems, con opciones de respuesta tipo Likert, en un rango de frecuencia de 1 a 6 desde “Nunca” hasta “Siempre”. Se adaptó consistentemente en una población adulta colombiana en el año 2006 por Londoño y colaboradores. Está construida con doce 12 factores que representan la información sobre la manera como la población adulta emplea el conjunto de recursos y esfuerzos tanto cognitivos como comportamentales orientados a resolver el problema, a reducir o eliminar la respuesta emocional o a modificar la evaluación inicial de la situación. (Lazarus & Folkman, 1987; Fernández – Abascal & Palmero, 1999). (Ver anexo G).

## **Procedimiento**

El proceso de intervención terapéutica se desarrolló en 18 sesiones, distribuidas en 7 meses y en dos momentos; uno de 3 meses y otro de 4 meses que se llevó a cabo tras el cierre intersemestral. La descripción completa y detallada del proceso terapéutico puede consultarse en el anexo H, en el cuadro de sesiones, o de manera resumida en el anexo I, resumen del proceso del tratamiento implementado según etapa y número de sesión. El proceso terapéutico se ejecutó en tres etapas, que se describen de la siguiente manera:

### **Primera etapa: Evaluación y diagnóstico.**

En la primera etapa, que abarcó las primeras 4 sesiones, con duración de 60 a 90 minutos cada una, con una frecuencia semanal, se llevó a cabo la evaluación del consultante a través de diversos métodos que permitieron una evaluación integral.

En esta etapa se dio inicio al rapport y se hizo la valoración del caso, a través de la recopilación, interpretación y análisis de la información obtenida de la entrevista abierta, historia clínica, análisis funcional y los instrumentos de evaluación psicométrica, como fueron el inventario clínico Multiaxial de Millon II (MCMI-II), el inventario de Depresión (DBI), Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) y la Escala de Estrategias de Coping – Modificada (EEC-M), así como la validación de los criterios diagnósticos del DSM-5. Esta etapa finalizó con la devolución de los resultados de la evaluación, explicación y psicoeducación del diagnóstico referido y junto a la consultante se delimitaron las problemáticas y se plantearon los objetivos terapéuticos a tratar, a saber, fortalecer la relación con sus hijos, reducción de conductas potencialmente autolesivas como el abuso de alcohol y consumo de alucinógenos y un aumento en estrategias de afrontamiento enfocadas principalmente a la regulación emocional.

### **Segunda etapa: Intervención.**

Las sesiones realizadas en esta etapa, de la 5 a la 15, tuvieron una duración de 90 a 120 minutos aproximadamente, la duración fue acorde a la complejidad de cada sesión. Esta etapa estuvo subdividida en tres momentos, seguidos de la devolución de resultados y de una psicoeducación sobre el tratamiento cognitivo conductual. El primero momento se desarrolló durante las sesiones 5,6 y 7 que estuvieron enmarcadas en la Terapia Cognitiva de Beck, bajo la cual las intervenciones implicaron técnicas de reestructuración cognitiva, cuyo objetivo era la identificación y consciencia de distorsiones cognitivas y aprendizaje de pensamientos adaptativos; así mismo, se utilizó la flecha descendente, discusiones cognitivas y diálogos socráticos.

Un segundo momento, estuvo constituido por las sesiones de la 8 a la 13, cuyo plan fue la implementación de un Entrenamiento en Estrategias de Afrontamiento (Coping). El objetivo de esta fase, era que la consultante tuviera la oportunidad de fortalecer y desarrollar estrategias de tipo cognitivo, emocional y conductual como la solución de problemas, apoyo social y profesional para que la consultante disminuyera la el uso disfuncional de la reacción agresión y la evitación emocional como estrategias para afrontar el estrés y las dificultades. Para ello, se utilizaron técnicas de psicoeducación, juego de roles, exposición interoceptiva, relajación muscular progresiva, auto instrucciones e imaginería. En la sesión 9, se realizó un re encuadre de los objetivos terapéuticos por motivo del regreso del receso académico que duró casi 3 meses.

Por último, se implementó la Terapia Racional Emotiva Conductual en las sesiones 14 y 15. Esta fase se realizó con el propósito de fortalecer el proceso luego de la presencia de una recaída de gravedad por parte de la consultante y del potencial riesgo a recurrir a conductas potencialmente auto lesivas características del TPL. Por ende, desde el modelo ABC, ayudó a

que la consultante aprendiera nuevas creencias racionales, que modificaran la interpretación (B) de la tratante frente a eventos (A) asociados con conductas disruptivas de sus hijos y en lugar de mostrar reacciones agresivas fuera de control, lograra responder (C) de manera funcional.

Luego del proceso de intervención descrito es necesario corroborar los posibles avances de la consultante por medio de la evaluación post tratamiento, descrito a continuación.

### **Tercera etapa: Evaluación pos y cierre.**

Al finalizar la etapa de intervención, se realizó una evaluación pos tratamiento entre las sesiones 16 y 18 que facilitó la identificación de mejoría en el paciente, manifestada por el cumplimiento de los objetivos terapéuticos. En la sesión 16 se trabajó sobre la prevención de recaídas; a través de psicoeducación se explicó a la consultante que una recaída no debería ser un problema y en ocasiones pueden solaparse con nuevas formas. Así mismo, se retomaron las estrategias de afrontamiento y las técnicas para reemplazar creencias irracionales por otras racionales, con el fin de que las utilice para afrontarlas en caso que ocurran.

En la sesión 17, se realizó la evaluación clínica mediante entrevistas clínicas con consultante e hijos y evaluación psicométrica, en la cual se aplicaron los mismos instrumentos de medición descritos en la etapa de evaluación, con un intervalo de siete meses entre la primera y la segunda aplicación. Por último, en la sesión 18, se realizó el cierre del proceso que incluyó nuevamente prevención de recaídas y la devolución de los resultados obtenidos en la evaluación post, resaltando los cambios positivos y comparando los resultados de la evaluación psicométrica con lo trabajado sesión a sesión. Igualmente se generan compromisos por parte del consultante con respecto a las estrategias a implementar para mantener los cambios positivos y procurar la evitación de las crisis. Se da por terminado el proceso tras las recomendaciones y agradecimientos pertinentes.

## Fase de intervención

### Formulación del caso clínico

**Nombre:** Y. R. C.      **Edad:** 35 años      **Fecha de nacimiento:** 19/06/1982

**Escolaridad:** Técnico      **Ciudad:** Piedecuesta      **Estado civil:** Separada

**Religión:** No definida      **Ocupación:** Estilista y vendedora independiente

**Hijos:** Tres. Pre adolescente mujer de 11 años, dos varones de 8 y 4 años.

**Antecedentes Psiquiátricos:** Presentó abuso de alcohol y de sustancias psicoactivas desde su adolescencia hasta la actualidad con una frecuencia no definida y determinada por su estado de ánimo.

### Familiograma:

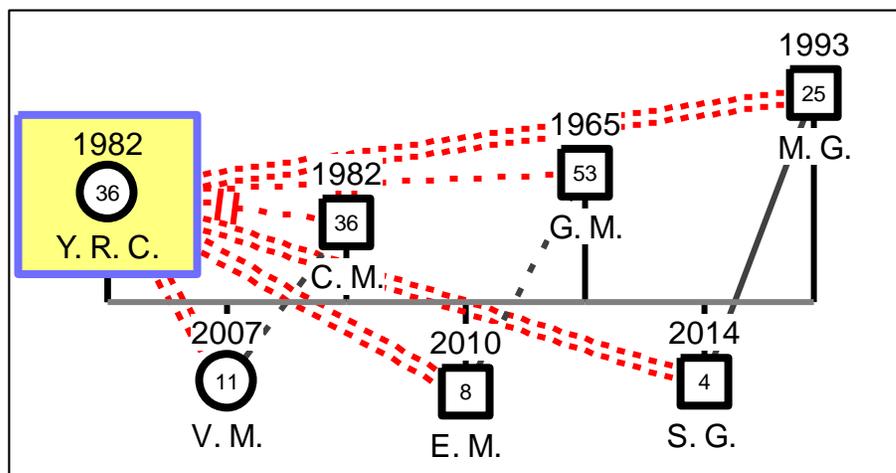


Figura 1. *Familiograma*

### Tipología: Familia de padres separados

Familia de padres separados conformada por madre e hijos cada uno con un padre que no convive con la madre y con el cual mantienen una relación distante. El consultante identificado es la madre, quien posee una relación cercana con sus hijos, pero generalmente de tipo

conflictivo, está enmarcada por la violencia psicológica y física, con asignación de deberes no coherentes con su edad cronológica. La relación de la madre (consultante) con los padres de su hija y su hijo de 11 años es distante y conflictiva, con el padre del hijo menor, es cercana pero inestable y la cual aprovecha para beneficio económico y personal.

Tabla 1.

*Descripción familiar*

<b>Nombres y Apellidos</b>	<b>Parentesco</b>	<b>Edad*</b>	<b>Grado de Escolaridad**</b>	<b>Ocupación</b>	<b>Relación</b>
<b>Y. R. C.</b>	Madre	35 años	Técnico	Estilista	Consultante
<b>V. M.</b>	Hija	11 años	Cuarto	Estudiante	Conflictiva
<b>E. M.</b>	Hijo	8 años	Segundo	Estudiante	Conflictiva
<b>S. G.</b>	Hijo	4 años	Pre Jardín	Estudiante	Conflictiva

*Nota:* \*Las edades de los usuarios corresponden a la edad que tenían al momento de la primera atención. Para hacer cálculos de la edad actual se recomienda acudir a la fecha de nacimiento registrada en el familiograma. \*\*El grado de escolaridad en el que se encuentran los hijos corresponde al momento de la primera atención, para el final del proceso terapéutico todos los hijos habían ascendido de grado.

**Motivo de consulta.**

La consultante refiere *“La comisaria me aconsejó y me ordenó pedir ayuda psicológica clínica porque me denunciaron por maltratar abruptamente a mi hija”*

**Descripción del motivo de consulta.**

La consultante presenta síntomas de llanto, fluidez verbal con un ritmo excesivamente rápido y desordenado, inestabilidad emocional manifestada en angustia, expresa sentimientos de vacío y de frustración por no poder consolidar una pareja y por tener el trabajo que tiene. Así mismo, refiere que hay ocasiones en las que siente explotar en ira sin poder controlarlo, consume alucinógenos y abusa del alcohol, así como la búsqueda de sexo excesivo y sin protección con diferentes parejas.

## **Problemas**

- Dificultad para afrontar las situaciones estresantes y control de la ira, manifestada principalmente en el maltrato físico y psicológico a sus hijos.
- Inestabilidad afectivo-emocional persistente con afectación significativa en las relaciones de pareja y área social.
- Consumo de alcohol y alucinógenos.

## **Descripción del problema**

- Dificultad para afrontar las situaciones estresantes y control de la ira:

La consultante refiere que se irrita fácilmente y presenta recurrentes ataques de ira hacia sus hijos, lo cual le genera sentimientos de frustración, culpa y rechazo. Evita enfrentar algunas situaciones que la confrontan a través del consumo de alcohol, alucinógenos y prácticas de relaciones sexuales con diferentes parejas sin medidas de protección. Como consecuencia de esta problemática, llega por denuncia de la Comisaría de Familia por maltrato físico hacia su hija de 11 años: la consultante es consciente que golpeó a su hija con una pieza de madera sobre los hombros. A partir de esta situación se presentan ideas de estar siendo vigilada en su casa y el barrio, y refiere que a veces cierra todas las ventanas para que no la puedan mirar. A pesar de las consecuencias legales, la consultante, continúa corrigiendo a sus hijos con agresión física.

- Inestabilidad afectivo-emocional persistente con afectación significativa en las relaciones de pareja y área social:

La consultante refiere múltiples parejas afectivas con las que ha vivido intensas experiencias, las cuales, terminan con rupturas de tipo conflictivo en lo que se incluye una relación con maltrato físico hacia la consultante. Ante esta situación la consultante posee sentimientos de culpa, desvalorización, desesperanza aprendida, pero dice hacer lo que sea necesario por

conservar su pareja, como aceptar que su pareja actual consuma drogas. Tiene ideas delirantes de tipo celotípico y persecutorio y accede a tener sexo cuando se siente abatida sin importar el sujeto.

- Consumo de alcohol y alucinógenos:

La consultante develó que consume alucinógenos y alcohol cada vez que se siente alterada emocionalmente, que discute con su pareja actual o cuando esta se lo pide. Refiere sentir que no le hace daño, sino la relaja. Reconoce que sus hijos la han visto consumir alcohol ya que en ocasiones lo hace en su propia casa como una actividad social sin medir las posibles consecuencias que un posible abuso del consumo puede acarrear.

### **Historia personal.**

La consultante (Y.) es la mayor de 6 hijos, de los cuales ella es la única hija de su padre y madre, los cinco hermanos son de la madre y una pareja posterior. En este orden de ideas, Y. es hija de padres separados, cuyo padre no conoció hasta la edad adulta en una ocasión accidental, el rol de padre lo tuvo el padrastro con el que tuvo una relación distante. La relación con su madre ha sido conflictiva y estuvo enmarcada dentro de situaciones de violencia física y psicológica, Y. refiere que desde su infancia experimentó el rechazo de su madre y trato hostil con respecto a sus hermanos, poco apoyo y afecto.

A sus 24 años de edad tiene su primera hija, con la que intentó interrumpir el embarazo sin éxito, la relación con el padre quien tenía 24 años, no logró consolidarse y llegó a la ruptura; actualmente la relación con la niña es cercana conflictiva, ha sido denunciada en comisaría de familia por maltrato físico hacia ella. A los 27 años de edad tiene su segundo hijo con una nueva pareja (39 años de edad) de la que fue víctima de maltrato físico, una de las razones por las que terminaron su relación, refiere que a este embarazo también intento interrumpirlo sin éxito.

Refiere que le “fastidia” la voz del niño y tienen constantes conflictos entre sí, percibe que su llegada le causó la interrupción de su ocupación como estilista; el niño ha presentado supuestas conductas disruptivas referidas por la consultante tales como robos. A los 31 años tuvo su tercer hijo con una nueva pareja (25 años de edad) con la que tampoco convive por sus recurrentes conflictos interpersonales. La relación con el niño es cercana y sin embargo también es de tipo conflictivo.

Iniciando el tratamiento, sostenía una relación afectiva (de aproximadamente 6 meses), con un hombre de 33 años de edad, quien trabajaba como tecnólogo en redes eléctricas en la ciudad Cali, refiere que lo acepta a pesar que conoce que es consumidor de sustancias psicoactivas y tiene conductas celotípicas al igual que ella, dice que puede ayudarlo y que le brinda momentos de intensidad y placer; refiere conductas poco responsables como irse de viaje una semana a otra ciudad con distancias considerables con el propósito de consumir sustancias alucinógenas y vivir una aventura. Esta relación termina a principios de diciembre a causa de celos y constantes discusiones.

Seguidamente retoma una relación con el padre de su segundo hijo, del que fue víctima de violencia intrafamiliar; el asume deberes económicos de la casa de Y., le ayudó a montar el salón de belleza que ella deseaba en su casa y manifiesta que por estas razones lo acepta. Refiere no sentir afecto por él, que lo considera inferior, desaseado y constantemente tiene sentimientos de desconfianza hacia él relacionadas con celos, al igual que con sus parejas anteriores.

### **Evaluación sincrónica.**

La consultante describe una situación económica enmarcada por los reducidos aportes que le hacen los padres de sus hijos en especie o en dinero y la búsqueda del día a día de ingresos a través de venta ambulante de productos comestibles y de los servicios como estilista, lo que le

genera situaciones estresantes de forma recurrente ya sea porque no recibe los aportes esperados o por la constante preocupación de no perder los productos de comida al no venderlos. Con respecto a sus exparejas, se presentan permanentes conflictos, lo que afecta no solo la estabilidad emocional de la consultante, sino la relación de parentalidad de estos con cada uno de sus hijos. De esta forma, se suma la dificultad en la crianza de los tres niños, que al carecer de figura paterna presente y cercana, la consultante tiene bajo su directa responsabilidad la mayor parte de la formación y cuidados. Esto es otro factor estresor que se suma a la percepción desvalorizada que tiene de sus propios hijos, de su rol de madre y aumenta sus sentimientos de rechazo, de culpa y de sentir que “siempre” ha sido víctima.

El no tener una pareja con una relación afectiva estable, relación conflictiva con sus ex cónyuges y la búsqueda diaria de ingresos para sostener los gastos, acentúan sus dificultades de afrontamiento, no solo usando la ira como recurso, sino la evitación a través del consumo de sustancias alucinógenas y alcohol y la búsqueda de sexo sin premeditación. La consultante busca ayuda psicológica por recomendación de la Comisaria de Familia, tras la denuncia de la agresión hacia su hija.

### **Evaluación Diacrónica.**

#### ***Factores de Predisposición:***

*Predisponentes:* antecedentes familiares de agresión física y psicológica. Ausencia de figura paterna. Condiciones socio-económicas.

*Precipitantes:* condición económica, madre soltera de tres hijos. Relación de pareja inestable.

#### ***Factores de Adquisición:***

*Circunstanciales:* pautas de crianza enmarcada en figuras de autoridad violentas y con carencia de apoyo y afecto.

***Factores de Mantenimiento:***

Vinculación afectiva con hombres que describen conductas de consumo de sustancias y abuso de alcohol.

El entorno social donde ha vivido prevalece el consumo de alcohol, alucinógenos y la violencia como estilo de vida.

***Factores Protectores:***

Búsqueda de apoyo de amigos o profesionales de la salud.

Adherencia al proceso terapéutico, el que percibe como una forma de autoayuda.

**Dominios.*****Emocional afectivo:***

Presenta constantes cambios emocionales, asociados a su dificultad de afrontar situaciones que percibe como estresantes.

***Cognoscitivo verbal:***

Aunque presenta una dislalia selectiva con la pronunciación de la (R), se evidencia un desarrollo cognitivo y del lenguaje adecuado para su edad, nivel educativo y cultural; con pensamiento y lenguaje fluido y coherente, aunque con tendencia a la manipulación.

***Interacción:***

Se evidencia aparente interacción adaptativa con la mayor parte de personas externas, sin embargo, son relaciones de corta duración debido a su emocionalidad lábil; con las personas significativas presenta conflictos recurrentes.

***Repertorios relacionados a salud:***

Se evidencia interés por el arreglo personal y refiere preocuparse por su autocuidado a pesar de tener sexo sin protección con diferentes parejas. Y del consumo de sustancias alucinógenas y

alcohol, lo que pone en evidencia que, aunque reconoce las conductas que son potencialmente autos lesivos, no las considera un riesgo para su vida e integridad, sino una forma de sentirse “mejor”.

### **Contextos.**

#### ***Académico laboral:***

El nivel de escolaridad de la consultante es técnico estilista en lo que se ocupa media jornada en su mismo lugar de residencia donde adecuó un espacio para prestar el servicio o a domicilio. Así mismo, prepara y comercializa alimentos comestibles.

#### ***Familiar:***

Convive con sus tres hijos con los que tiene una relación cercana pero conflictiva. El único familiar cercano que refiere la consultante, es la madre con quien mantiene una relación distante y conflictiva.

#### ***Pareja sexual:***

Su pareja sexual suele ser su pareja sentimental y diferentes hombres ocasionales, conocidos y desconocidos.

#### ***Condiciones ambientales:***

El contexto social es de estrato socioeconómico nivel 1, ubicado en medio cultural de baja escolaridad, consumo de alucinógenos y alcohol y donde la violencia es parte de la vida diaria.

#### ***Estímulos discriminativos:***

La percepción de la consultante de merecer ser querida y admirada y dejar de ser abandonada y maltratada. La percepción de la consultante de ser desafiada e irrespetada por sus hijos y sus parejas. La percepción de la consultante acerca de la infidelidad de su pareja. La percepción de la

consultante de ser una constante víctima. La percepción idealizada o desvalorizada de la consultante hacia sus parejas.

### **Formulación de hipótesis.**

#### ***Problema.***

La consultante acude al servicio de atención terapéutico como consecuencia de una denuncia en su contra en la Comisaria de Familia por maltrato intrafamiliar hacia su hija de 11 años de edad. Se presenta con manifestaciones de angustia asociadas al hecho de violencia ante lo cual se justifica con reportes de maltrato intrafamiliar desde su infancia por parte de su madre y de una de sus parejas sentimentales. Así mismo, se evidencia un discurso centrado en la incapacidad de establecer relaciones de pareja estables por lo que se muestra alterada y con baja autoestima. También, refiere sintomatología delirante de corta duración de tipo celotípicas y persecutoria, lo que conlleva a frecuentes discusiones con sus parejas. Estas problemáticas desencadenan la búsqueda de relaciones sexuales sin protección con diferentes parejas por las que no siente ningún afecto pero que utiliza como una descarga emocional al igual que el consumo de diferentes tipos de bebidas alcohólicas y el consumo de sustancias psicoactivas como cannabis y cocaína.

#### ***Hipótesis.***

Las creencias y pensamientos disfuncionales de la consultante respecto a la manera de establecer relaciones interpersonales y de afrontar las crisis, asociado con la vulnerabilidad emocional y un entorno invalidante, genera miedo al abandono, dificultad de afrontar situaciones estresantes, labilidad emocional y conductas potencialmente auto lesivas. Lo que puede desencadenarse en recurrentes pérdidas de trabajo, afectación de la custodia de sus hijos y conductas suicidas.

## **Análisis explicativo**

### ***Repertorios de autocontrol.***

Presenta dificultad para regular la reacción agresiva, siendo la estrategia de afrontamiento que usa de manera más desadaptativa. Se evidencia que la consultante ha intentado implementar la evitación cognitiva como medida de regulación.

Dificultad para establecer relaciones de pareja estables, ante lo cual la consultante busca adaptarse a las costumbres del otro, vivir experiencias intensas e idealizarlo. Busca evitar el abandono, sin embargo, antes que esto ocurra, ella suele dejarlo.

### ***Autoconocimiento.***

La consultante logra reconocer que la agresión es una conducta disfuncional, sin embargo, sus creencias le llevan a pensamientos automáticos distorsionados acerca del consumo de alcohol, de drogas y de las relaciones sexuales riesgosas. A su vez, no logra establecer una relación entre sus rupturas amorosas con las características de su propia personalidad, manifestando sentimientos de constante maltrato real o imaginado.

### ***Repertorios para modificar el ambiente.***

Acude a espacios guiados de fortalecimiento espiritual con el fin de mejorar sus ideas acerca de la vida y de sí misma. Acude a los padres de sus hijos o algún familiar para que los lleve por temporadas de vacaciones y así disminuir la responsabilidad que tiene como madre soltera de tres hijos. Organiza reuniones sociales en su hogar como una manera de bajar el estrés y sentirse aliviada. Ofrece servicios de peluquería en su casa para generar ingresos económicos, siendo esta una actividad que le hace sentirse bien consigo misma sin necesidad de acudir a conductas potencialmente auto lesivas.

***Regulación verbal del comportamiento.***

La consultante utiliza verbalizaciones relacionadas con la forma en que cree que debe ser el comportamiento de sus hijos y el de ella cuando no le corresponden, ejemplo: “*si me hace caso no le pego*”, “*no me hiciste sentir brava, sino decepcionada*”, “*el amor no es darle lo que pida sino corregirlo*”.

***Identificación de conducta.***

A: Llama a su pareja por celular, quien no le contesta sino horas después explicándole haber estado ocupado trabajando.

B: Ella reacciona de manera agresiva y descontrolada afirmando que no le respondía porque estaba con otra mujer, con la que la engaña desde hace tiempo. Se enfoca en pensamientos delirantes de celotipia, sentimientos de abandono, de ira.

C: Conductas impulsivas para llamar la atención, tales como manifestación de malestar emocional.

D: Manifestaciones de estrés a causa de que planea un gran número de actividades nocturnas para ella y sus hijos, tales como deberes del hogar y tareas escolares.

***Conducta clínicamente relevante.***

CCR2: Ante la explicación del terapeuta sobre la tendencia a actuar con agresión y evitar los problemas a través del consumo de alcohol, drogas y sexo con diferentes hombres, la consultante logra reconocer que son conductas disfuncionales estaban perjudicando su estabilidad emocional, mental y social

***Función explicativa.***

Las reacciones cognitivas y conductuales de la consultante tienen como función reafirmar sus sentimientos de estar sobrecogida y maltratada, le permite tener atención permanente y vivir

experiencias intensas a nivel emocional. La ira tiene la función de ayudarlo a sentirse fuerte y reafirmar su grandiosidad de la que cree ser merecedora porque se le ha negado desde niña. El sexo riesgoso y el consumo de drogas y alcohol, tiene la función de evadir la solución de sus problemas de los que percibe como insostenibles e irremediables.

### **Diagnóstico diferencial.**

El TPL puede ser similar y con frecuencia se suele solapar con los trastornos depresivos y bipolares, por ello se debe tener en cuenta que en TPL el patrón de comportamiento tuvo un inicio temprano y un curso de larga evolución, los síntomas depresivos propios de TPL evidencian alteraciones de identidad y conflictos de independencia – dependencia, mientras en los trastornos de depresión, se refieren sentimientos de culpa y pérdida (APA, 2014) (Tunner, 1996, citado por Caballo y Camacho ,2000). En cuanto a los trastornos bipolares y en el TPL se presenta la labilidad emocional e impulsividad. Sin embargo, en TPL, la intensidad y duración de estos criterios es menor y están determinados por las relaciones interpersonales (APA, 2014). El TPL, también puede ser confundido con otros trastornos de personalidad (TP), por ejemplo, TP histriónica también se caracteriza por la búsqueda de atención, la conducta manipuladora y el cambio rápido de las emociones, sin embargo, el TPL se distingue por la auto destructividad, los arrebatos coléricos en las relaciones íntimas y los sentimientos crónicos de profundo vacío y soledad; también, puede haber ideas o ilusiones paranoides tanto en el TPL como en el Esquizotípico, pero estos síntomas en el TPL son más transitorios, reactivos interpersonalmente y se modifican ante la estructuración externa; aunque los TP paranoide también se caracterizan por una airada reacción a los estímulos de menor importancia, la relativa estabilidad de la propia imagen, así como la falta de autodestrucción, la impulsividad y las preocupaciones de abandono las distinguen del TPL; el TP antisocial y el TPL se caracterizan por una conducta manipuladora,

pero las personas con TP antisocial manipulan para obtener beneficios, mientras que el objetivo del TPL se dirige más a captar el interés de los cuidadores; tanto el TP dependiente como el TPL se caracterizan por el miedo al abandono; sin embargo, la persona con TPL reacciona al abandono con sentimientos de vacío emocional, rabia, y exigencias, mientras que el individuo con TP dependiente reacciona con un aumento del apaciguamiento y la sumisión, y busca con urgencia una sustitución. El trastorno explosivo intermitente y el TPL comparten conductas agresivas impulsivas, problemáticas y recurrentes, sin embargo, el nivel de agresividad impulsiva en el primer caso, es mayor que los del TPL. Los cambios de la personalidad debido a otra afección médica se caracterizan porque los rasgos que emergen son atribuibles a los efectos directos de una afección médica sobre el sistema nervioso central y no aun TPL. Y, por último, el TPL se debe distinguir de un problema de identidad, en que este último se focaliza en las preocupaciones de identidad relacionadas con una fase del desarrollo. (APA, 2014).

### **Diagnóstico**

301.83 (F60.3) Trastorno de la personalidad límite.

303.90 (F10.20) Trastorno por consumo de alcohol

Gravedad Actual: Moderado

304.30 (F12.20) Trastorno por consumo de cannabis

Gravedad Actual: Moderado

### **301.83 (F60.3) Trastorno de la personalidad límite.**

Patrón dominante de inestabilidad de las relaciones interpersonales, de la autoimagen y de los afectos, e impulsividad intensa, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos, y que se manifiesta por cinco (o más) hechos descritos en el DSM - 5. La consultante presenta siete criterios del TPL:

- Esfuerzos desesperados para evitar el desamparo real o imaginado.
- Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas que se caracteriza por una alternancia entre los extremos de idealización y de devaluación.
- Impulsividad en dos o más áreas que son potencialmente auto lesivo (sexo y drogas).
- Inestabilidad afectiva debida a una reactividad notable del estado de ánimo (p. ej., episodios intensos de disforia, irritabilidad o ansiedad que generalmente duran unas horas y, rara vez, más de unos días).
- Sensación crónica de vacío.
- Enfado inapropiado e intenso, o dificultad para controlar la ira.
- Ideas paranoides transitorias relacionadas con el estrés o síntomas disociativos graves.

***Presenta comorbilidad con:***

**303.90 (F10.20) Trastorno por consumo de alcohol**

**Gravedad Actual: Moderado**

A. Patrón problemático de consumo de alcohol que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y que se manifiesta al menos por dos de los hechos siguientes en un plazo de 12 meses:

- Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir alcohol.
- Consumo recurrente de alcohol que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar.
- Consumo continuado de alcohol a pesar de sufrir problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes, provocados o exacerbados por los efectos del alcohol.
- Tolerancia, definida por alguno de los siguientes hechos:

B. Un efecto notablemente reducido tras el consumo continuado de la misma cantidad de alcohol.

- Abstinencia, manifestada por alguno de los siguientes hechos:
  - a. Presencia del síndrome de abstinencia característico del alcohol

### **304.30 (F12.20) Trastorno por consumo de cannabis**

#### **Gravedad Actual: Moderado**

A. Un modelo problemático de consumo de alucinógenos (distintos de la feniciclidina) que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y que se manifiesta al menos por dos de los hechos siguientes en un plazo de 12 meses:

- Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir un alucinógeno.
- Consumo recurrente de un alucinógeno que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar (p. ej., ausencias repetidas del trabajo o bajo rendimiento escolar relacionados con el consumo del alucinógeno; ausencias, suspensiones o expulsiones de la escuela relacionadas con el alucinógeno; desatención de los niños o del hogar).
- Consumo continuado de algún alucinógeno a pesar de sufrir problemas persistentes o recurrentes de tipo social o interpersonal, provocados o agravados por sus efectos (p. ej., discusiones con un cónyuge sobre las consecuencias de la intoxicación, enfrentamientos físicos).
- Consumo recurrente de alucinógenos en situaciones en las que es físicamente peligroso (p. ej., cuando se conduce un automóvil o se maneja maquinaria estando incapacitado por el consumo de un alucinógeno).
- Tolerancia, definida por alguno de los hechos siguientes:

B. Un efecto notablemente reducido tras el consumo continuado de la misma cantidad de alucinógeno.

### **Plan de intervención**

#### **Aplicación de técnicas cognitivo conductuales (Ver anexo I)**

##### ***Psicoeducación.***

Explicación detallada y adaptada la consultante sobre el modelo terapéutico, emociones y estrategias de afrontamiento, cómo se manifiestan y en que consiste su perfil de personalidad. Seguidamente, se encuadran las problemáticas y objetivos terapéuticos en el modelo cognitivo conductual enfatizando el papel que juega el pensamiento en distorsiones cognitivas y como estas se vuelven reforzadores que forman un círculo de pensamientos y conductas desadaptativas.

##### ***Terapia Cognitiva de Beck.***

Las intervenciones implicaron técnicas de reestructuración cognitiva, cuyo objetivo era la identificación y consciencia de distorsiones cognitivas y aprendizaje de pensamientos adaptativos; así mismo, se utilizó la flecha descendente, discusiones cognitivas y diálogos socráticos.

##### ***Entrenamiento en habilidades de afrontamiento.***

Enfocado a la Reacción Agresiva, dependencia al alcohol y sustancias alucinógenas, en Pautas de Crianza, Solución de problemas, Búsqueda de Apoyo Social y Profesional. Este entrenamiento son métodos para para planificar la exposición a las situaciones estresantes y motivar conductas adaptativas, a través de psicoeducación, juego de roles y exposición interoceptiva; una vez que la consultante comprende la importancia de realizar una interpretación adaptativa de sus pensamientos y conductas de acuerdo a su personalidad, a través de las técnicas

anteriores, se realizan exposiciones controladas en sesión para aumentar la sensación de autocontrol en situaciones como la confrontación con sus hijos o pareja.

### ***Terapia Racional Emotiva Conductual***

A través del modelo ABC, que sustenta que la interpretación (B) que se hace de un evento (A), genera una reacción (C) de tipo cognitivo, emocional o conductual, se busca el aprendizaje de una base de conocimiento racional que permita refutar creencias irracionales.

Psicoeducación y Relajación muscular progresiva (RMP): la habilidad de relajación se aplica ante ítems de una jerarquía de situaciones disparadoras para la consultante. Se entrena en ejercicios de tensión – relajación para reducir los niveles de activación fisiológica. Se puede combinar con ejercicios de respiración. En casa: Autoregistros, proselitismo racional, auto instrucciones racionales. Aprendizaje de creencias racionales: Se pretende alcanzar dos objetivos: 1) instaurar creencias racionales, 2) fortalecer el hábito de detectar, debatir y refutar creencias irracionales como las exigencias absolutistas, catastróficas, etc... Se abordaron las creencias relacionadas con sexo seguro, regulación emocional, pautas de crianza y abuso del alcohol y consumo de sustancias psicoactivas. Se utilizan técnicas como juego de roles e imaginación.

### **Prevención de recaídas**

Estas sesiones se dedican a consolidar los logros obtenidos y prevenir posibles recaídas. Se resumen los aspectos abordados en la psicoeducación, así como las variables que afectaron al inicio, desarrollo, evolución del problema, y las estrategias y habilidades adquiridas durante la terapia. Se acuerda, la importancia de continuar practicando lo aprendido y el modo de actuar frente a posibles recaídas. Se realiza pruebas pos test para verificar la posible evolución.

-Seguimiento, se recomienda al mes, 3 meses y a los 6 meses de culminado el tratamiento.

## Resultados

Tras dieciocho sesiones de evaluación y tratamiento que incluyeron la implementación de diversas técnicas cognitivo conductuales enfocadas a la intervención de las problemáticas de la consultante y a preservar la alianza terapéutica, se evidencia el logro de los resultados que se describirán a continuación:

### **Resultados de la evaluación clínica pre-tratamiento (PRE).**

Los resultados de esta fase se obtienen luego de tomar a consideración la sintomatología referida, el tiempo, frecuencia de evolución, antecedentes y el análisis funcional; al finalizar la evaluación clínica pre tratamiento se postula como diagnóstico el *301.83 (F60.3)* trastorno de personalidad límite comórbido con *303.90 (F10.20)* trastorno por consumo de alcohol, moderado y *304.50 (F16.20)* trastorno por consumo de cannabis, moderado. Así como también se definen las problemáticas asociadas a los trastornos, a saber, dificultad para afrontar las situaciones estresantes y control de la ira, manifestada principalmente en el maltrato físico y psicológico a sus hijos; inestabilidad afectivo-emocional persistente con afectación significativa en las relaciones de pareja y área social.

Desde el proceso de evaluación clínica pre tratamiento tuvo prevalencia el papel activo de la consultante, de tal forma que tuviera la oportunidad de construir un espacio, sin juicios o presiones, donde experimentara tranquilidad para expresarse y ser tal cual era; esto permitió sentar desde el inicio las bases de un rapport que diera lugar a la aceptación y empatía entre el terapeuta y la consultante y como consecuencia se estableciera una alianza terapéutica consistente durante las fases posteriores.

## **Resultados del proceso de intervención**

Partiendo de las problemáticas identificadas e intervenidas para el presente estudio de caso único, se puede afirmar que el tratamiento se adaptó favorablemente y fue efectivo en cuanto a los resultados logrados.

A través de la psicoeducación y las técnicas propuestas por la terapia cognitiva de Beck, tales como flechas descendentes, discusiones cognitivas y autoregistros, la consultante logró hacer consciencia de distorsiones cognitivas y aprendizaje de pensamientos adaptativos; identificó pensamientos disfuncionales asociados a su inestabilidad emocional y conductas potencialmente auto lesivas, que inicialmente percibía como normales y parte de su estilo de vida, tales como el tipo de correctivos que aplicaba a sus hijos derivados de la manera en que consideraba que debía educarlos, pero sobre todo su relación y trato hacia los niños, estaba asociado con la creencia de que representaban un obstáculo para su vida y de que sus conductas tenían una intención de agredirla y elevar su malestar. Sumado a ello, consideraba que el consumo del alcohol y sustancias alucinógenas eran conductas “aliviadoras” que no le causaban ningún daño, a las que accedía cada vez que experimentaba sentimientos crónicos de vacío, conflictos con su pareja, entre otras situaciones. Con base en ello, esta fase del tratamiento estuvo enfatizada en la reestructuración de dichas distorsiones, logrando una aceptación de las consecuencias negativas y el malestar significativo que causaban las conductas de consumo para su salud mental, física y el bienestar de su familia.

Es de destacar que los autoregistros fuera de sesión, fueron llevados en su mayoría a través de correos electrónicos y por vía telefónica, como una estrategia tomada de la terapia dialéctica conductual de Linehan, que para el caso fue útil para afrontar la dificultad de la consultante en

desarrollar tareas en casa y como medida de contingencia para atender las crisis emocionales que se presentaron durante el proceso.

Con el entrenamiento en estrategias de afrontamiento, a través de técnicas como la imaginación, relajación muscular progresiva, auto instrucciones y los juegos de roles, se consiguió que la consultante mejorara la relación con sus hijos, partiendo de la premisa que el reemplazo de pensamientos disfuncionales por otros de carácter adaptativo, puede representar trato y comunicación positiva, a pesar de conocer que su labilidad emocional es parte de la caracterización de su personalidad; logró ser consciente que antes, sus relaciones se determinaban por la forma en que los demás cumplían sus deseos y que cuando esto no sucedía, los desvalorizaba y alteraba la relación negativamente.

Como resultado de este entrenamiento, logró considerar y emplear de manera funcional estrategias de afrontamiento como la búsqueda de apoyo social y profesional, la espiritualidad y la regulación emocional, reemplazando el abuso de sustancias y el sexo impulsivo como recursos de evitación; en efecto, las conductas auto lesivas dejan de ser su primera estrategia de afrontamiento. Esto significa que ha aprendido a identificar en mayor medida, las situaciones en las que puede perder el control de la ira, en las que puede verse envuelta en un conflicto emocional, en las que puede estar reaccionando de forma impulsiva, en lugar de estar respondiendo de manera consciente.

Lo anterior se demuestra en la notable disminución del maltrato físico y psicológico hacia sus hijos según las referencias de ellos mismos y de la disminución de la búsqueda de sexo impulsivo, abuso de alcohol y alucinógenos referido por la consultante y los resultados de las pruebas psicométricas.

Otro resultado referido por la consultante, tras los juegos de roles, fue el de lograr modificar el concepto hacia su madre, ya que anteriormente la confundía el hecho de haber sido tratada de manera negativa y diferente con respecto a sus hermanos, ahora piensa que, la aceptación es más favorable para su salud mental.

Los resultados también describen una recaída, después de la décima sesión, en donde se presenta agresión física hacia uno de sus hijos; a raíz de este evento, se incorpora la terapia racional emotivo conductual avalada por Ellis, la cual fue efectiva en cuanto que a través del debate de creencias y de la comprensión de la conducta como resultado de la forma en que se interpreta las experiencias, tras el modelo del ABC, la consultante reconoce las necesidades particulares de cada uno de sus hijos de acuerdo a su edad cronológica y psicológica, comprendiendo que deben vivir y entender el mundo como niños y consiguiendo aumentar la tolerancia frente a sus conductas disruptivas. A su vez, identificó que las noches era el momento del día donde se presentaban mayores situaciones de estrés y por lo tanto se desencadenaban episodios de agresión e impulsividad; ahora refiere ser consciente de que este estrés es precipitado por un exceso de deberes, asignados por ella misma, para ejecutar en horas nocturnas y en las que incluía a los tres hijos. El no considerar su propio agotamiento físico y mental, sumando al de los niños que estudian en horas de la tarde, para imponer una serie de actividades como lavar ropa, hacer las tareas del colegio, preparar alimentos, lavar la cocina, asear la casa, precipitaba sucesos traumáticos de violencia y mayores cambios en el estado de ánimo. Para apoyar este propósito, se elaboró entre la madre y los niños un programador de actividades acordes con el momento del día y las características particulares de la persona que los ejecuta. (Ver anexo K). El reporte de los niños, da cuenta de una relación más afectiva, mayores actividades en familia, y mejor organización del tiempo.

### **Resultados de la evaluación clínica pos-tratamiento (POS).**

Durante el proceso de terapia se analizaban permanentemente los cambios de conducta de la consultante a través de los autoregistros y las discusiones cognitivas que daban cuenta de su evolución; una vez se finaliza el proceso de intervención, se realiza una evaluación clínica post tratamiento en la que se tiene en cuenta su percepción acerca del mismo, la descripción de su estado emocional, los posibles cambios en su estilo de vida y el progreso en sus problemáticas. Las percepciones de los hijos de la consultante, con los que se tuvo contacto durante y post tratamiento también fueron un insumo de información importante para corroborar el fortalecimiento del vínculo afectivo y sobre todo la disminución de la agresión física como estrategia de afrontamiento.

En efecto, la evaluación clínica pos tratamiento da cuenta de que la consultante mejoró su dificultad para afrontar las situaciones estresantes y periodos de irritabilidad en la que sus hijos eran su principal víctima; para ello, utiliza nuevas pautas de crianza aprendidas durante el tratamiento, tales como el dialogo, la motivación, asignación de deberes acordes a la edad y al momento del día, planeación de actividades en familia, refuerzo positivo, reconocimiento de talentos y logros y cambiar las palabras cargadas de violencia por explicaciones afectivas y contundentes. Así, como estrategias de regulación emocional evidenciadas en la forma en que expresa sus estados de alteración en exposiciones interoceptivas en sesión. La búsqueda de apoyo social y profesional es parte de estas estrategias, así como el de fortalecer su dimensión espiritual y la de su hogar. Es importante destacar que después de la décima sesión, la consultante sufrió, una recaída en la se comprueba una nueva agresión física hacia su hijo de ocho años; consciente de que es una conducta posible para una persona que padezca un TPL, se reevalúan las creencias irracionales que dan lugar a reacciones agresivas disfuncionales, a través

de la terapia racional emotiva conductual, dando lugar al aprendizaje de nuevas creencias racionales que mitiguen el riesgo a reacciones de tipo destructivo.

Otro resultado evidenciado tiene que ver con la problemática de inestabilidad afectivo-emocional persistente con afectación significativa en las relaciones de pareja y área social; la labilidad emocional es el patrón más persistente y arraigado a su tipo de personalidad y las relaciones de pareja estables siguen siendo una dificultad para la consultante; durante los primeros meses del proceso, tuvo cuatro parejas sexuales y llegó a convivir con dos de ellas. Pese a ello, los resultados pos tratamiento demuestran que la consultante logró disminuir el deseo impulsivo de tener sexo con diferentes parejas y sin protección; esta conducta, junto con el abuso de alcohol y de alucinógenos hacia parte su búsqueda permanente de evitar afrontar su propia incapacidad de mantenerse emocionalmente estable, ella refería sentir “alivio”, una vez accedía a estas experiencias. En lo que respecta a sus redes de apoyo social, las únicas instituciones a la que estaba vinculada y que se podría relacionar como red de apoyo era la Comisaria de Familia de Piedecuesta, que era la remitente del caso y servía de vigilante a la conducta de violencia y la iglesia a la que asistía con cierta regularidad. Pese a ello, al finalizar el proceso se evidenció que la consultante había fortalecido lazos sociales con personas de su comunidad y había tenido acercamientos con su madre, que antes no había tenido el interés de suscitar.

El trabajo con la terapia cognitiva de Beck, iniciando el tratamiento, y el refuerzo con la terapia racional emotiva conductual de Ellis en las últimas sesiones, conllevó a la reestructuración cognitiva de los pensamientos disfuncionales y las creencias irracionales de la consultante, logrando aceptar las actividades “aliviadoras” como potencialmente auto lesivas y desencadenantes de otras problemáticas de orden legal y económico; consigue reemplazarlas por otras de connotación positiva y funcional, tales como, la atención del salón de belleza que

emprende desde su propia casa, el ejercicio físico, el cuidado funcional a sus hijos, la asistencia a espacios de guía espiritual y por supuesto la asistencia a la terapia misma.

### Resultados de la evaluación psicométrica.

Para corroborar la hipótesis diagnóstica se aplican el Inventario clínico Multiaxial de Millon II, (MCMI-II), el Inventario de Depresión de Beck (BDI), el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) y la Escala de Estrategias de Coping – Modificada (ECC-M). Los resultados obtenidos en la evaluación PRE y POS en cada uno de los instrumentos se describen a continuación:

#### *Inventario clínico Multiaxial de Millon II (MCMI-II).*

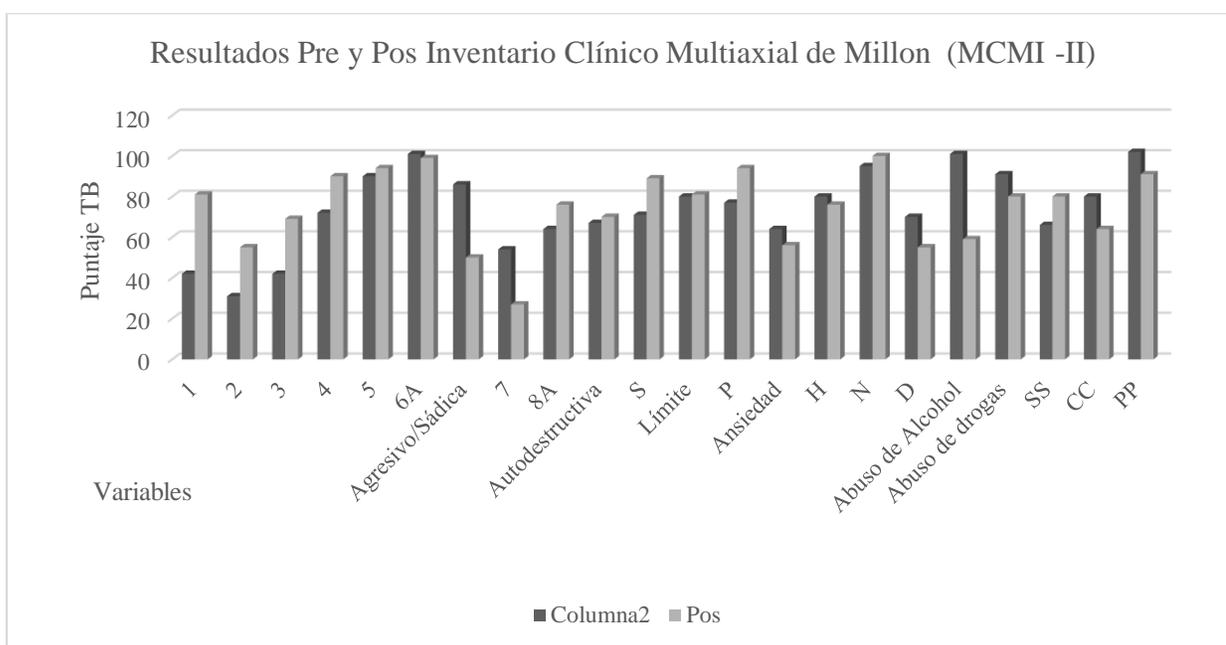


Figura 2. Resultados pre y pos tratamiento del Inventario clínico Multiaxial de Millon-II.

El siguiente análisis de resultados se hace con el fin de comparar los cambios significativos del pre test aplicado a la consultante el día 18 de septiembre de 2017 y el pos test aplicado el pasado 13 de marzo de 2018, con casi siete meses de intervalo. Como puede observarse en la figura 2, el pre test, describió alteraciones de gravedad en el tipo de personalidad narcisista, antisocial, agresivo /sádico, limite, histeriforme / somato forme, hipomanía, abuso de alcohol y

de drogas, depresión mayor y delirios psicóticos; las escalas que presentaron un cambio significativo en el pos test fueron: la agresivo /sádico con un TB descompensado de 86, pasó a un TB bajo de 50, este indicador es positivo en cuanto que representaba uno de los problemas más significativos para la consultante quien llega remitida por violencia intrafamiliar a sus hijos; el trastorno de ansiedad mostró una disminución pasando de un TB 64 lo que corresponde a un nivel sugestivo a TB 56 ubicándolo en nivel bajo; en la escala de abuso de alcohol puntuó en el pre test un TB de 101 y bajó a 59; el abuso de drogas paso de un TB de 91 a 80, que aunque sigue siendo moderadamente grave, dejó de ser descompensado; la depresión mayor marcó en el pre test un TB de 80 y bajó a 64; también se destaca un cambio positivo en la escala de la neurosis depresiva – Distimia que aunque no puntuaba un indicador de gravedad, sino sugestivo, con un TB de 70 pasó a un nivel bajo de 55. La escala, autodestructiva y límite, se mantienen en el mismo nivel, sugestivo y moderado, respectivamente, su permanencia puede atribuirse a que están asociados a patrones del mismo TPL, poco flexibles y permanentes en el tiempo, a la intensidad de las conductas disfuncionales y a la comorbilidad con trastornos por abuso de alcohol y cannabis, los cuales bajaron su intensidad, sin embargo, tuvieron inicios en edades tempranas de la consultante. En un estudio de Linehan y otros investigadores, donde se puso a prueba un tratamiento específico para el TPL, (TDC), se evidenció que a pesar de que se lograron los objetivos terapéuticos, tras la implementación de la terapia, a saber, la disminución de conductas suicidas, adherencia al tratamiento y disminución en la hospitalización, se mantenía sintomatología depresiva, ideas suicidas y desesperanza. (Linehan et al, 1991 citados por Caballo, 2004).

### ***Inventario de Depresión de Beck (BDI).***

Con el fin de descartar posibles síntomas o trastorno depresivo, se interpretan los resultados del BDI, conforme al cual los resultados de la aplicación pre y pos la consultante no presentó sintomatología asociada a la depresión ya que el puntaje en el inventario estuvo por debajo del corte de 13 para ser significativo, aportando a la confirmación de la hipótesis y corroborando la ausencia de patologías depresivas comórbido.

### ***Inventario de Ansiedad de Beck (BAI).***

Con el fin de descartar posibles síntomas o trastorno de ansiedad, se interpretan los resultados del BAI, conforme al cual los resultados de la aplicación pre y pos la consultante no presentó sintomatología ansiosa pues el puntaje en el inventario estuvo por debajo del corte de 13 para ser significativo, aportando a la confirmación de la hipótesis y corroborando la ausencia de patologías ansiosas comórbido.

### ***Escala de Estrategias de Coping (EEC-M).***

El propósito del siguiente análisis es integrar y comparar los resultados de las pruebas pre test aplicada el día 18 de septiembre y pos test aplicada el 13 de marzo de 2018 de la Escala de Estrategias de Coping –Modificada (EEC-M) y determinar la evolución de la consultante en siete meses de intervalo entre la primera y la segunda.

Según los resultados de cada aplicación se observa una evolución significativa en el uso de estrategias de afrontamiento como solución de problema, espera, religión, búsqueda de apoyo profesional, evitación cognitiva, reevaluación positiva y negación. Así como una notable disminución del uso de la estrategia de reacción agresiva. La evitación emocional y la autonomía se mantienen en el mismo nivel de poca frecuencia de uso en los dos test.

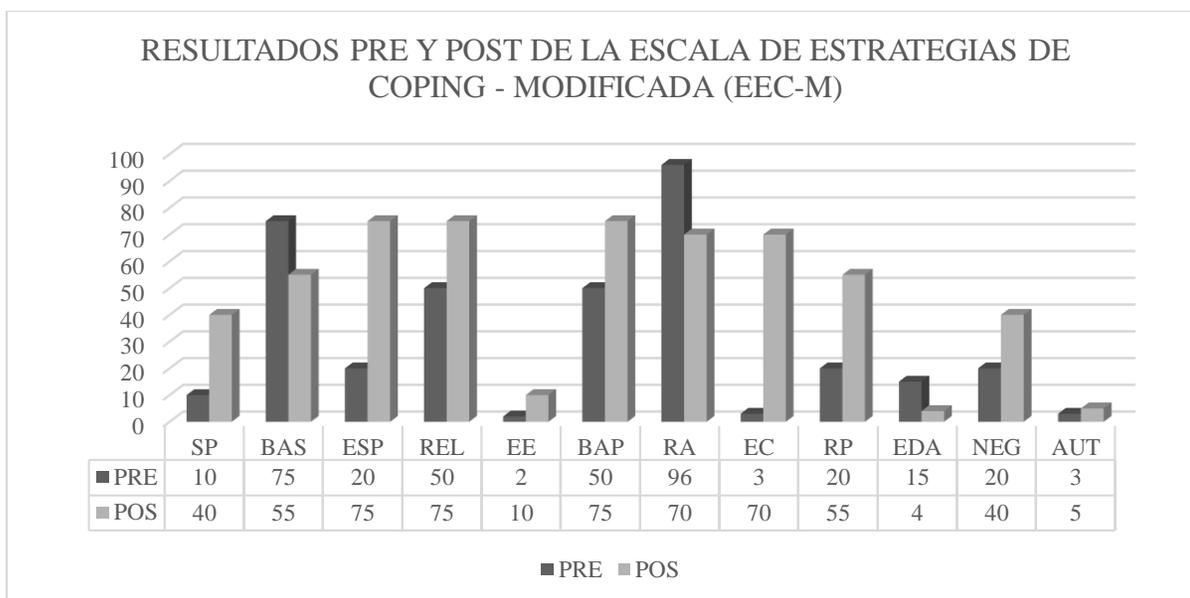


Figura 3. Resultados pre y pos tratamiento de la Escala de Estrategias de Coping – Modificada (EEC-M).

El dato más significativo se evidencia en el factor de reacción agresiva el cual, apuntaba en el pre test por fuera del rango de la media poblacional con 96 y en el post test bajó a 70 puntos, entrando en el rango de la curva de normalidad, lo que representa una evolución positiva en el proceso de la consultante tratándose de que su mayor problemática estaba asociada con el uso de la violencia e impulsividad hacia sus hijos. Así mismo se observa que la consultante ahora utiliza la evitación cognitiva, como estrategia para disminuir sus pensamientos de las situaciones que le generan estrés y dentro de un rango de normalidad y la espera como una forma para disminuir la impulsividad que también se asocia con su anterior tendencia a reaccionar agresivamente.

La evitación emocional se mantiene por debajo de la curva de normalidad, lo que representa que la consultante tiende a no inhibir las reacciones que considera que son negativas por su carga emocional.

Las anteriores evidencias, dan cuenta, como la adherencia al tratamiento, el seguimiento oportuno y la relación lograda entre la participante y el terapeuta, conllevó a que la consultante finalice un proceso terapéutico con la percepción de sentirse más conforme consigo misma y su

familia, con nuevos aprendizajes sobre sus propias creencias y conductas, así como de técnicas para reestructurar nuevas creencias irracionales; logró aceptar que sus reacciones agresivas y conductas potencialmente autodestructivas eran disfuncionales y consiguió reemplazarlas por otras estrategias de afrontamiento que disminuyó la impulsividad, la violencia y la comorbilidad con los trastornos de abuso de sustancias. A pesar que los patrones asociadas al TPL se mantienen, una vez finalizado el tratamiento, mejoró la percepción del estado de salud psicológico por parte de la consultante y sus hijos, generando el emprendimiento de una nueva etapa a nivel personal, familiar y social.

## Discusión

A partir de los resultados del presente estudio se puede postular que el tratamiento desde el modelo cognitivo conductual es favorable para ayudar a minimizar problemáticas asociadas al trastorno de personalidad límite, quedando demostrado que la implementación de técnicas enfocadas a la reestructuración cognitiva y el aprendizaje de creencias racionales tiene un efecto directo en la experiencia emocional y conductual del consultante, pese a sus patrones de personalidad patológica.

En lo que concierne al tratamiento para el trastorno de personalidad límite, no son muchos los estudios que pueden avalar estos hallazgos, sin embargo, la literatura científica y académica afirma que, aunque falta mayor evidencia empírica y por lo tanto existe una dificultad a la hora de determinar la eficacia de los tratamientos para los trastornos de personalidad (Navarro-Leis y López, 2013), el tratamiento cognitivo conductual (TCC), es el que ha logrado demostrar mejores hallazgos para abordar este tipo de trastornos, además de la terapia dialéctica conductual, cuya eficacia ha sido demostrada especialmente para reducir sintomatología suicida de pacientes con TPL (Quiroga y Errasti, 2001), (Davidson, 2000). Investigaciones realizadas por Caballo (2014) apoyan estas afirmaciones y agregan que, ante la falta de acuerdos sobre la efectividad de los tratamientos, el plan de intervención más adecuado, se selecciona determinando las características particulares que presenta el consultante y de esta manera adaptarlo de la mejor manera posible.

Así pues, el presente estudio escogió un plan de tratamiento cognitivo conductual para la consultante Y.R.C., basado en técnicas de reestructuración cognitiva, entrenamiento en estrategias de afrontamiento y terapia racional emotiva conductual, en las que se incluyen, los diálogos

socráticos, la flecha descendente, juego de roles, exposición interoceptiva, relajación muscular progresiva, auto instrucciones, psicoeducación, imaginería, debate de creencias y autoregistros.

Este proceso de intervención tuvo una duración de siete meses y luego de la comparación de pruebas pre y pos, el estudio de caso, logró demostrar la corroboración de la hipótesis en cuanto que un cambio en las creencias irracionales de la consultante específicas del TPL, derivó en una reducción significativa de sintomatología impulsiva y agresiva asociada con el patrón de labilidad emocional, así como un fortalecimiento en el vínculo con sus hijos. Por otra parte, se puede evidenciar que el tratamiento ayudó a reducir la sintomatología comórbido que presentaba con trastorno de consumo de alcohol y alucinógenos.

Para confirmar la efectividad de las técnicas del enfoque cognitivo conductual utilizadas en el presente caso, se puede hacer referencia al estudio realizado por Davidson et al. (2006), en el que se reclutó una muestra de 106 pacientes con diagnóstico de TPL, el 82% eran mujeres y con una media de edad de 32 años. En este estudio se buscaba poner a prueba al TCC frente a otro tipo de tratamiento habitual (TAU). Al igual que el caso en discusión, el tratamiento se centró en las creencias y conductas que resultaban disfuncionales en el contexto de cada participante. Los resultados demostraron que el grupo que recibió el TCC presentó una reducción significativa de intentos de suicidio, si bien no se observaron diferencias ni en el número de ingresos de los participantes ni en la frecuencia en el uso de los dispositivos sanitarios de emergencias (salud mental); si se evidenció, que este grupo tuvo un menor número de síntomas psicopatológicos y una disminución de las creencias disfuncionales características en el TPL. Además, transcurrido un año de seguimiento desde la finalización de las intervenciones, en el grupo TCC también disminuyó, significativamente, la variable ansiedad situacional y la cantidad de actos suicidas a los dos años de seguimiento.

Otros factores que se tuvieron en cuenta para la implementación del plan de tratamiento seleccionado, fueron los factores psicosociales y socioeconómicos de la tratante. Apoyados por los hallazgos de Linehan (2003), el presente estudio demostró que la interacción de un ambiente invalidante con una vulnerabilidad emocional conlleva al uso disfuncional de estrategias de modulación emocional, por ende, un TPL. Otros estudios que confirman esta evidencia, son de Zanarini et al (2000), quienes demostraron que el 84% de las personas con TPL, han experimentado en el pasado malos tratos psíquicos, y negligencia por parte de ambos progenitores antes de cumplir los 18 años, tal como se describe en la historia clínica de la persona tratante. Y aunque, el maltrato no es un requisito ni genera por sí solo la aparición del TPL, si puede serlo si esta correlacionado con el ambiente familiar inestable y poco favorable para el desarrollo de la personalidad.

Sumando a estas evidencias, Salavera, Puyuelo, Tricás, & Lucha (2009) han demostrado tras diversos estudios que los pacientes de estratos socioeconómicos más bajos suelen presentar síntomas de mayor complejidad, por ello el plan de tratamiento implementado, demuestra eficacia en cuanto a que logra contrarrestar las condiciones de violencia y el consumo de estupefacientes que caracteriza el entorno de la consultante; el maltrato físico a sus hijos, el consumo de alcohol y alucinógenos y el sexo impulsivo, se solapan entre lo que estaba normalizado en su comunidad, por lo que la intervención, implica un proceso de aceptación de la disfuncionalidad en cuanto que afecta su vida significativamente. Esto, también es apoyado por Linehan (2003), cuando afirma que aprender nuevas habilidades sociales, es especialmente difícil si el ambiente inmediato de una persona o su cultura no apoyan el aprendizaje. Por lo tanto, el individuo debe aprender no sólo habilidades de autogestión, sino también a capacitarse para influir en su medio ambiente. Por ejemplo, en lo que tiene que ver con el uso de

autoregistros en el presente estudio, se corrobora la necesidad y la dificultad de aprender a auto gestionarse. A pesar de la psicoeducación implementada, de los ejercicios en consulta y de la reestructuración cognitiva lograda, la consultante no acoge el desarrollo de tareas entre sesiones, para contrarrestar esta situación, se adoptó la estrategia de la misma autora (Linehan ,1993), en la que típicamente, los tratantes tienen la posibilidad de mantener un contacto telefónico con el terapeuta para el afrontamiento de situaciones de crisis. En la actualidad prácticamente cada persona cuenta con un dispositivo móvil (Banco Mundial, 2014), lo que facilita la implementación de dicha alternativa. Es así, como previo acuerdo con la consultante del presente estudio, esta podía comunicarse a través de vía telefónica o correo electrónico para que ya fuera de manera verbal o escrita, se pudiesen registrar sus pensamientos, sentimientos y conductas cada vez que se presentara una situación que alterara significativamente su estado de ánimo.

Lencioni y Gagliesi (2008) refieren algunos de los aportes de la asistencia telefónica con personas que sufren trastornos de personalidad, especialmente TPL, (Linehan, 1991. Meares, 2005), también basan su utilidad en adicciones al alcohol (McKay, Lynch, Shepard, Ratichek, 2004; Kaminer, Napolitano, 2004), depresión (Mohr, Hart, Julina, Catledge 2005. Wong, Samuel, 2004), suicidio (Bongar, 1991. Rhee, Merbaum, Strube, Michael, 2005), en la adherencia a los tratamientos (Simón, Lundman 2005), programas de afrontamiento en diversos trastornos de ansiedad (Hecker, Losee Roberson-Nay, 2004. Katon, Roy-Byrne, Russo Cowley 2002) duelo (Medina, del Alamo Jiménez, Criando; 2003), cesación del fumar, trastornos alimentarios (Linehan, 1999), trastorno obsesivo compulsivo (Greist, Marks, Baer, Kobak, 2002. Nakagawa, Marks, Park; 2000), insomnio (Currie, Clark 2004. Bastien, Morin, Ouellet Balis, 2004), entre otras patologías o conductas sintomáticas que pueden presentarse independientes o comórbidos al TPL.

De esta manera, se puede concluir que el tratamiento cognitivo conductual, es eficaz para aumentar las estrategias de afrontamiento, disminuir las creencias irracionales y por ende las conductas disfuncionales características de las problemáticas asociadas al TPL comórbido con el trastorno por consumo de alcohol y cannabis moderados. Haciendo la salvedad, de que una manera de contrarrestar la falta de evidencia empírica sobre su efectividad, es definir el plan de tratamiento con base en las características particulares de cada tratante. Unido a ello, las problemáticas asociadas al TPL que describen factores psicosociales invalidantes y condiciones socioeconómicas de pobreza son determinantes en la aplicación del tratamiento dado que podrían estar relacionados con solapamientos sintomáticos y resistencia al mismo.

## Conclusiones

Se logró cumplir con los objetivos, general y específicos del estudio de caso único, en cuanto se realizó una evaluación clínica y psicométrica que permitió la identificación de un diagnóstico acorde a la sintomatología presentada, a partir del cual se planteó un plan de intervención desde el modelo cognitivo conductual que, según la evaluación pos-tratamiento, resultó efectivo para la satisfacción de las problemáticas de la consultante.

Al respecto de los objetivos terapéuticos se lograron cumplir favorablemente a través de la aplicación de distintas técnicas derivadas de la terapia cognitiva de Beck, la terapia racional emotiva de Ellis y el entrenamiento en estrategias de afrontamiento. De esta forma, la consultante y sus hijos lograron una relación más cercana y afectiva, resaltando la disminución del uso de la agresión física como medio correctivo. Así mismo, se evidenció una reducción de la reacción agresiva, mayor uso de búsqueda de apoyo social y profesional y por lo tanto una disminución significativa de conductas potencialmente auto lesivas como el consumo de alcohol y sustancias psicoactivas.

En lo concerniente con la selección del plan de tratamiento más adaptable y eficaz para intervenir problemáticas asociadas al TPL, y ante la reducida evidencia empírica, es clave que se realice dicha selección con base en las características particulares del tratante y sus problemáticas.

Los factores psicosociales y socioeconómicos representan determinantes en el tratamiento de personas con TPL, ya que comprender la correlación de antecedentes de invalidación emocional, familias disfuncionales y contextos de pobreza, permite una intervención efectiva en cuanto que se considera la necesidad de establecer como objetivo terapéutico que el consultante consiga auto gestionarse y contrarrestar su propio medio.

Unido a lo anterior, es fundamental el entrenamiento en estrategias de afrontamiento, dado que brindan a la persona con TPL, un conjunto de recursos de carácter cognitivo conductual orientados a resolver el problema, disminuir o eliminar la respuesta emocional o a modificar la evaluación inicial de la situación, el fin es el aprendizaje de estrategias para afrontar las dificultades y las situaciones que le generan niveles de estrés.

Ante la resistencia del consultante con TPL a llevar autoregistros, resulta efectivo implementar la asistencia telefónica y el uso de correos electrónicos, haciendo la salvedad de que se trate de una persona que tenga fácil acceso y dominio de estas herramientas y de que se requiere establecer acuerdos claros respecto al uso de estos medios. Este recurso, además permite reunir los pensamientos disfuncionales, emociones, sentimientos y conductas reactivas del tratante, ayuda a la adherencia al tratamiento ya que el consultante percibe un apoyo permanente y aprende a buscar ayuda cuando la necesite.

La presencia de una recaída aun cuando se observa progreso en las problemáticas es completamente probable durante el proceso de intervención de problemáticas asociadas al TPL, por tal motivo, el terapeuta debe estar preparado para contrarrestar esta situación y aplicar las medidas necesarias, tales como, la incorporación al plan de tratamiento de otra terapia cognitivo conductual que se enfoque en el aprendizaje de creencias racionales tal como la terapia racional emotiva conductual; así mismo, la remisión externa a psiquiatría que apoye de forma farmacológica el tratamiento y en caso de ser necesario autorice la hospitalización.

Los trastornos de personalidad tienen una alta prevalencia en Colombia, siendo el TPL el más frecuente, por tal motivo, se debe prestar atención especial al fortalecimiento y diseño de programas de salud pública en donde se propenda por la prevención y/o atención de factores psicosociales determinantes de TPL y trastornos de personalidad en general, especialmente en

poblaciones en condiciones de pobreza. Así como la necesidad de realizar nuevos estudios de tratamientos para abordar el TPL que permitan generalizar recomendaciones para futuros casos.

## **Recomendaciones**

Se recomienda a la consultante atención de seguimiento al mes, a los tres y a los seis meses después de terminado el tratamiento para ayudar a mantener los logros alcanzados a largo plazo.

Es importante que la consultante asista a consulta de psiquiatría, tal como se acordó en el proceso terapéutico para recibir apoyo de tipo interdisciplinario dada la complejidad de su cuadro clínico, al igual que vincular a sus hijos a un proceso de atención psicológica.

Es imprescindible que la consultante continúe con la práctica y la implementación de las estrategias de afrontamiento aprendidas para asegurar el mantenimiento de los cambios, donde se incluye la programación y desarrollo de rutinas trabajadas en sesión, que no detonen situaciones de estrés.

Se invita a la consultante a que acuda a atención psicológica siempre que sienta que sus capacidades de control se están desbordando o que se siente desorientado frente a la forma de afrontar asertivamente una situación, de manera que recuerde alguna de las estrategias trabajadas o aprenda nuevas estrategias de afrontamiento, evitando así llegar a conductas agresivas o autolesivas.

Por último, se recomienda a la consultante que continúe participando de espacios de tipo religioso, con el fin de fortalecer sus redes de apoyo social y a su vez cultivar la dimensión espiritual dado que representó un recurso positivo para afrontar la inestabilidad emocional y el deseo de acudir a actividades potencialmente autodestructivas como medidas de evitación cognitiva y emocionales.

Como recomendación general para futuras intervenciones de problemáticas asociadas al TPL, se recomienda implementar un plan de intervención donde el consultante pueda desempeñar un rol activo desde la fase inicial y durante todo el proceso, su diseño se realice con base en las

características propias del mismo, se tengan en cuenta factores del contexto tales como las condiciones socioeconómicas y factores psicosociales, las técnicas se enfoquen en el aprendizaje de creencias racionales para la prevención de recaídas y se realice seguimiento hasta dos años después de finalizada la intervención para verificar la efectividad del mismo en el tiempo.

## Referencias

- Allport, G. (1963). *La Personalidad: Su Configuración y Desarrollo*. Barcelona: Herder.
- American Psychiatric Association (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5. 5ª Edición*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders 3ª Edition*. Washington, DC (US): American Psychiatric Association.
- Ávila-Espada, A. y Jiménez, F. (1998): *Manual MCMI-II: Inventario Clínico Multiaxial de Millon-II*. Madrid: Tea Ediciones.
- Ávila-Espada, A. y Jiménez, F. (1999): *Adaptación y baremación al español del Inventario Clínico Multiaxial de Millon-II (MCMI-II)*. Madrid: Tea Ediciones.
- Barrios, N., Sánchez, L. & Salamanca, Y. (2013). *Patrones de personalidad patológica y estrategias de afrontamiento en estudiantes de psicología*. *Psychologia: avances de la disciplina*, 7(2), 45-53.
- Banco Mundial. (2014). *Indicadores Mundiales de Desarrollo*. (En línea). Recuperado el 25 de Mayo de 2018 de: <https://datos.bancomundial.org/indicador>.
- Beck, A.T., Steer, R.A. y Garbin, M.C. (1988). *Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation*. *Clinical Psychology Review*, 8, 77-100.
- Beck, A. y Freeman, A. (1990). *Cognitive Therapy of Personality Disorders*. Nueva York: Guilford.
- Beck, J. (1995). *Cognitive Therapy: Basics and beyond*. New York, N.Y: Guilford Press.
- Caballo, V. (1998). *Teoría, evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Valencia: Pro-molibro.

- Caballo, V., Camacho, S. (2000) *El Trastorno Límite de la Personalidad: Controversias Actuales*. Psicología desde el Caribe. (En Línea). Recuperado el 26 de mayo de 2018. En: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21300503> ISSN 0123-417X
- Caballo, V. (2004). *Manual de Trastornos de la Personalidad: descripción, evaluación y tratamiento*. España. Editorial: Síntesis, S. A.
- Caballo, V. (2009). *Manual de Trastornos de la Personalidad: descripción, evaluación y tratamiento*. 2ª Edición. Madrid: Síntesis.
- Caballo, V., Guillén, J. & Salazar, I. (2009). *Estilos, rasgos y trastornos de la personalidad: interrelaciones y diferencias asociadas al sexo*. Psico. 40(3), 319-327.
- Caballo, V. (2013). *Los trastornos de la personalidad en el dsm-5: una oportunidad perdida para el progreso del campo*. Behavioral Psychology / Psicología Conductual, Vol. 21, Nº 1, 2013, pp. 213-218 (En línea). Recuperado el 30 de mayo de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4204037>
- Colegio Colombiano de Psicólogos – COLPSIC. (2014). *Perfil y competencias del psicólogo en Colombia, en el contexto de la salud*. (En línea). Recuperado el 25 de Julio de: <https://bit.ly/2uRaata>.
- Culter D, Tatum E, Shore J. *A comparison of schizophrenic patients in different community support teaching approaches*. Community Mental Health J 1987; 23:103-113.
- Davidson KM. (2000). *Cognitive therapy for personality disorders: a guide for therapists*. Oxford (United Kingdom): Butterworth Heinemann
- Davidson K, Tyrer P, Gumley A, Tata P, Norrie J, Palmer S, et al. (2006). *A randomized controlled trial of cognitive behavior therapy for borderline personality disorder: rationale for trial, method, and description of sample*. J Pers Disord; 20(5):431-49.

- Ellis, A. y Becker, I. (1982). *A guide to personal happiness*. North Hollywood. Ca: Wilkshire.
- Ellis, A. (1992). *First-Order and Second-Order change in Rational-Emotive Therapy: A reply to Lyddon*. *Journal of Counseling & Development*, 70, 449 - 451.
- Ellis, A. y Bernad, M. (1994). *Reason and Emotion in Psychotherapy: Revised and updated*. New York: Birch Lane.
- Fernández – Abascal E. & Palmero F. (1999). *Emociones y Salud*. Barcelona: Ariel Psicología.
- Fernández Álvarez, H. (2005). *Herramientas de Psicología Positiva en la Clínica*. 30° Congreso Interamericano de Psicología: “Hacia una Psicología Sin Fronteras”. Buenos Aires (Argentina), 26 al 30 de junio de 2005. Mimeo.
- Fonagy P, Target M, Gergely G, et al. (2003). *The developmental roots of borderline personality disorder in early attachment relationships: a theory and some evidence*. *Psychoanalytic Inquiry*.
- Fruzzetti AE., Shenk C., Hoffman PD. (2005). *Family interaction and the development of borderline personality disorder: a transactional model*. *Dev. Psychopathol.*
- Grupo de trabajo de la guía práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad. Fórum de Salud Mental y AIAQS, coordinadores. (2011). *Guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad, GPC*. Barcelona. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya.
- Kapla, H, Sadock, B. y Grebb, J. (1994). *Kaplan y Sadock's synopsis of psychiatry*. Baltimore. Ed: Williams and Wilkins.
- Lencioni G., Gagliesi P. (2008). *Asistencia telefónica: una aproximación desde la terapia dialéctico-conductual en pacientes con trastornos límites*. *Rev. Colombiana de*

- Psiquiatría. Vol. 37, Suplemento No. 1. (En línea). Recuperado el 22 de mayo de 2008 de: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v37s1/v37s1a18.pdf>.
- Linehan M. (1993). *Cognitive-Behavioural Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York, NY (US): Guilford.
- Linehan, M., Cochran, B., Kehrer, C. (2001). Dialectical Behavior Therapy for Borderline Personality Disorder. Capítulo 11 de *Clinical Handbook of Psychological Disorders*. The Guilford Press. New York. Linehan M. (2003). *Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite*. Barcelona. Ed: Paidós Ibérica.
- Lodoño, N. H., Henao, G. C., Puerta, I.C., Posada, S.L., Arango, D. y Aguirre – Acebedo, D.C. (2006). *Propiedades psicométricas y validación estructural de la escala de estrategias de coping modificada EEC-C en una muestra colombiana*. *Universitas Psychological*, 5(2), 327-349.
- López, A. & Becoña, E. (2006). *Patrones y trastornos de personalidad en personas con dependencia de la cocaína en tratamiento*. *Psicothema*, 18(3), 578- 583.
- Ministerio de Salud de Colombia, Colciencias (2015). *Encuesta Nacional de Salud Mental*, Javegraf Bogotá; (En línea) Recuperado el 20 de mayo de 2018 de: [http://www.visiondiweb.com/insight/lecturas/Encuesta\\_Nacional\\_de\\_Salud\\_Mental\\_Tomo\\_I.pdf](http://www.visiondiweb.com/insight/lecturas/Encuesta_Nacional_de_Salud_Mental_Tomo_I.pdf)
- Millon, T. (1999). *MCMI – II. Inventario Clínico Multiaxial de Millon – II*. Madrid: Tea Ediciones.
- Morrison, J. (2014). *DSM-5. The Clinician's Guide to Diagnosis*. Nueva York. Editorial: The Guilford Press.

- Morrison, J. (2015). *DSM-5. Guía para el Diagnóstico Clínico*. México. Editorial: El Manual Moderno.
- Navarro-Leis, M., & López, M. (2013). *Terapias Cognitivo Conductuales para el Tratamiento de los Trastornos de Personalidad*. *Acción Psicológica*, 10(1), 33-44.
- National Collaborating Centre for Mental Health. (2009). *Borderline Personality Disorder: treatment and management*. London (United Kingdom): National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE).
- Nehls, N. (1999). *Borderline Personality Disorder: The Voice of Patients*. University of Wisconsin. *Research in Nursing & Health*. 22:285–293 Issue 4.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2003). *Encuesta Mundial de Salud Mental-Colombia*. Universidad de Harvard. Ejecutada y editada por Ministerio de la Protección Social y la Fundación FES Social, 2005.
- Posada-Villa, José A., Aguilar-Gaxiola, Sergio A, Magaña, Cristina G, & Gómez, Luis Carlos. (2004). *Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados preliminares del Estudio nacional de salud mental*. Colombia, 2003. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 33(3), 241-262. Recuperado el 27 de mayo de 2018, de: <https://bit.ly/2v1L6PZ>
- Paris, J. (1993). *The Treatment of Borderline Personality Disorder in Light of the Research on its Long – Term Outcome*. Canadian. Ed: *Journal of Psychiatry*, p. 38
- Piotrowsky, C. (1996). *Use of the Beck Depression Inventory in clinical practice*. *Psychological Reports*, 79, 873-874.
- Quiroga, E. & Errasti, J. M. (2001). *Tratamientos psicológicos eficaces para los trastornos de personalidad*. *Psicothema*, 13 393 – 406. (En línea). Recuperado el 30 de Mayo de 2018 de: <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=462>

Santacreu, J. (2011). *Protocolo general de intervención clínica en Psicología*. (En línea).

Recuperado el 25 de Julio de: <https://bit.ly/2AeaYgP>.

Sánchez, R. (2003). *Theodore Millon, Una Teoría de la Personalidad y su Patología*.

Recuperado el 15 de Abril de 2018, de <http://www.scielo.br/pdf/pusf/v8n2/v8n2a08>

SOTO, N. J., nini.soto@upb.edu.co, “Centro De Proyección Social – UPB” [Correo electrónico].

17 octubre 2017.

Stone, AA, Helder, L., Schneider MS. (1998). *Coping with stressful events. Coping dimensions and issues*. En: Cohen LH. Ed: Lifeevents and psychological functioning: Theoretical and Methodological Issues. Newbury Parck: Sage.

Tyrer P, Thompson S, Schmidt U, Jones V, Knapp M, Davidson K et al. (2003). *Randomized controlled trial of brief cognitive behaviour therapy versus treatment as usual in recurrent deliberate selfharm: the POPMACT study*. *Psychological Medicine*, 33, 969-976.

Vázquez, C; Crespo, M; Ring JM. (2000). *Medición Clínica en Psiquiatría Y Psicología*. Ed. Masson. Barcelona. Pág. 425 – 435

World Health Organization, WHO. (2001). *The World Health Report – Mental Health: new understanding, new hope*. (En línea). Recuperado el 13 de abril de 2018, de: [www.who.int/whr/2001/en/](http://www.who.int/whr/2001/en/)

Zanarini MC, Frankenburg FR, Reich DB, Marino MF, Lewis RE, Williams AA, et al. (2000). *Biparental failure in the childhood experiences of borderline patients*. *J Pers Disord*.

Zanón, O. Zanón Orgaz, I., Matías Lago, T., Luque González, A., Moreno-Agostino, D., Aranda Rubio, E., Morales Pillado, C., García Tabuyo, M. y Márquez-González, M. (2016). *Guía para la Elaboración de un Análisis Funcional del Comportamiento Humano*. Facultad de

psicología. Universidad Autónoma de Madrid. (En línea). Recuperado el 15 de septiembre de 2017 de: <https://bit.ly/2Aj0wV4>.

Sanz, J., Navarro, M.E. y Vázquez, C. (2003). *Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck—II (BDI-II): 1. Propiedades psicométricas en estudiantes universitarios. Análisis y notificación de conducta*, 29, 239, 288.

Sanz, J. (2014). *Recomendaciones para la utilización de la adaptación española del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) en la práctica clínica. Clínica y Salud*, 25, 39-48. Recuperado de la base de datos Scienedirect.

## Anexos

## Anexo A. Recepción de Casos

		<b>RECEPCION DE CASOS</b> Código: PS-FO-152 Versión: 01						
Ciudad:	Piedecuesta	Fecha	Día:	30	Mes:	Agosto	Año:	2017
<b>1. DATOS DEMOGRAFICOS</b>								
<b>DATOS DE LA PERSONA A SER ATENDIDA</b>								
Nombre y Apellidos						Edad	35	
Dirección de Residencia						Estrato	1	
No. Telefónico			No. Celular			3103915115		
Escolaridad		Técnico		Ocupación Estilista				
Remitido por		Comisaria		Entidad (EPS) Asmesalud				
<b>DATOS DEL CONTACTO</b>								
Nombre y Apellidos						Edad	40	
Parentesco		Amiga						
Dirección de Residencia						Estrato	1	
No. Telefónico			-			No. Celular		
<b>2. DESCRIPCIÓN DE LA NECESIDAD EXPUESTA</b>								
Inició un proceso en la comisaría por violencia intrafamiliar, debido a que maltrató a su hija de 11 años, la paciente que la comisaría tiene a la niña y los otros dos niños están con un familiar, debe iniciar asesorías psicológicas.								
<b>3. DESCRIPCIÓN DE LA PROBLEMÁTICA</b>								
SUBSISTEMA IMPLICADO				DIFICULTAD IDENTIFICADA				
Individuo		Académica		Violencia Intrafamiliar	Violencia conyugal	Conductas de riesgo	Adicciones	
Pareja		De aprendizaje			Maltrato Infantil		Embarazo adolescente	
Parental		Comportamental			Abuso sexual		Pandillismo	
Fraternal		Mental			Otra dificultad		Bullying	
Familiar	X	De relación		¿Cuál?		¿Cuál?	Otra conducta de riesgo	
Comunitario		Social						

4. ASIGNACIÓN DE CITA	
Nombre del Psicólogo/a en formación asignado (a)	Angela Cecilia Saavedra Ruiz-
Fecha	11-Sep-2017
Hora	11:00 am -
INFORMACIÓN SOBRE EL PROCESO	
Personas que deben asistir a la primera cita	
ORIENTACIÓN SOBRE LA PRIMERA CONSULTA	
Condiciones iniciales de la atención: presentarse 10 minutos antes de la consulta, traer la documentación requerida (fotocopia del documento de identidad del menor de edad y del acudiente, recibo de servicios públicos, si es remitido de alguna institución traer el formato de remisión), cancelación de citas.	
5. ANOTACIONES RELEVANTES PARA EL MANEJO DEL CASO	
6. FIRMA	
Nombre completo de quien hace la recepción	
Firma:	

## Anexo B. Consentimiento Informado

 <p>Universidad Bolivariana VICERRECTORÍA DE EDUCACIÓN</p>	<p><b>CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA MAYORES DE EDAD</b> Código: PS-FO-154 Versión: 01</p>
---	---

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo \_\_\_\_\_, certifico que he recibido y comprendido que la información que obtengan el psicólogo en formación y el psicólogo asesor, es de carácter confidencial y que la podrán revelar si durante la evaluación o el tratamiento, se detecta de manera clara que hay un evidente daño para mí o para terceros; con el fin de que se puedan tomar las medidas preventivas o correctivas según sea el caso.

También sé que la información que suministro en el proceso de consulta, podrá ser utilizada para procesos académicos o investigativos; siempre y cuando se resguarde mi identidad. Se me indicó que el procedimiento a seguir es en primera instancia un periodo de evaluación en la que se incluirán la entrevista, la aplicación de pruebas psicológicas y otras formas de evaluación que se consideren pertinentes para valorar mi estado psicológico actual. Posteriormente recibiré un diagnóstico sobre las problemáticas o condiciones psicológicas en las que me encuentro, y se me dará información sobre las opciones de intervención por parte del psicólogo en formación y otros profesionales; como también sobre el tiempo probable de tratamiento. También se me indicó yo puedo revocar el consentimiento o dar por terminada en cualquier momento la relación entre el psicólogo en formación y yo, cuando lo considere pertinente, sin que ello implique ningún tipo de consecuencia para mí.

Comprendo que el psicólogo en formación y el psicólogo asesor se comprometen a utilizar sus conocimientos y competencias en pro de mi bienestar y evitando de esta manera causarme un daño físico o moral. Sé que en los casos en que pudiera experimentar efectos negativos, como consecuencia de la evaluación o intervención, recibiré información que me permitirá tomar la decisión que a mi criterio me parezca más conveniente.

También estoy enterado que el psicólogo en formación puede interrumpir la prestación del servicio en los siguientes casos:

- Quando la problemática expuesta no corresponda a su campo de conocimiento o competencia;
- Quando en mi calidad de consultante rehúse la intervención del psicólogo en formación;
- Por enfermedad o imposibilidad física del psicólogo en formación para prestar el servicio.

Una vez leído y comprendido el procedimiento que se seguirá, se firma el presente consentimiento el día 11 del mes Sept. del año 2017, en la ciudad de Heredia.

Nombre del Usuario:	
Firma del usuario:	C.C. No.
Nombre del Psicólogo (a) en formación	
Firma del Psicólogo (a) en formación	C.C. No.
Nombre del Psicólogo (a) Asesor (a)	C.C. No.

Firma del Psicólogo (a) Asesor (a) 	C.C. No. <u>91.109 65*</u> No. T.P. <u>110074</u>
---	--

**Nota:** El presente consentimiento informado, está basado en lo propuesto en el documento validación lista de chequeo para la elaboración del consentimiento informado en el ejercicio profesional de la psicología en Colombia, publicado en 2015 por el Colegio Colombiano de Psicólogos y que tiene como investigadores principales al psicólogo Gerardo Augusto Hernández Medina, abogado Magister en Derecho Penal y Criminología y la Psicóloga Maritza Sánchez Ramírez, especialista en Educación Médica y Magister en Psicología.







FORMATO HISTORIA CLÍNICA PARA ADULTOS  
Código: PS-FO-081  
Versión: 02

#### 4. ASPECTOS FAMILIARES

##### 4.1 Familiograma

Blank space for drawing the family diagram.

Nombres y Apellidos	Parentesco	Edad	Ocupación	Escolaridad	Relación del menor con esta persona

##### 4.2 Observaciones generales del ambiente familiar

Blank space for general observations of the family environment, with horizontal lines for writing.

Folio No.




**FORMATO HISTORIA CLÍNICA PARA ADULTOS**

Código: PS-FO-081

Versión: 02

**8. ÁREA LABORAL / OCUPACIONAL**

Empresa	Cargo	Tiempo de vinculación	Relaciones interpersonales en el ámbito laboral

Observaciones generales de la historia laboral


**9. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES**


**10. CONDUCTAS DE RIESGO**

Conducta	Edad De Inicio			Dificultades Presentadas A Causa De Esta Situación	Alternativas Para Manejar La Problemática
Actividad Sexual					
Uso de Alcohol	Edad de Inicio	Frecuencia de uso	Tipo de sustancia	Dificultades presentadas a causa de esta situación	Alternativas para manejar la problemática

Folio No.

--



**FORMATO HISTORIA CLÍNICA PARA ADULTOS**  
 Código: PS-FO-081  
 Versión: 02

Uso de Drogas					
Otras Situaciones de riesgo					
<b>11.OBSERVACIÓN GENERAL DEL USUARIO (Examen mental)</b>					
<b>12. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA (DSM V)</b>					
<b>13. PLAN DE TRATAMIENTO</b>					

Folio No.



## Anexo D. Inventario Clínico Multiaxial de Millon – II (MCMI-II)

### 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.
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.
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.
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.
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.

Hoja de respuestas de pre test

TEST DE MILLON - (MCMII-II)

Nombre y apellidos:

Edad: 35 años

Fecha: 18 Sep 2017

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

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

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

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

## Hoja de respuestas de pos test

## TEST DE MILLON - (MCMII)

Nombre y apellidos:

Edad: 35 años

Fecha: 13 Aho / 18

	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	✓	

## Anexo E. Inventario de Depresión de Beck (BDI)

### Cuestionario Pre test

11

**ifr** Institut Ferran de Reumatologia

**CUESTIONARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (Beck Depression Inventory)**

Nombre. \_\_\_\_\_ Fecha 14 Nov. 2012

*Elija de cada uno de estos 21 planteamientos, el que mejor refleje su opinión.*

1. a.  No me siento triste.  
b.  Me siento triste.  
c.  Me siento siempre triste y no puedo salir de mi tristeza.  
d.  Estoy tan triste y infeliz que no puedo soportarlo.
2. *Ninguno*  
a.  No me siento especialmente desanimado ante el futuro.  
b.  Me siento desanimado con respecto al futuro.  
c.  Siento que no tengo nada que esperar.  
d.  Siento que en el futuro no hay esperanza y que las cosas no pueden mejorar.
3. a.  No creo que sea un fracaso.  
b.  Creo que he fracasado más que cualquier persona normal.  
c.  Al recordar mi vida pasada, todo lo que puedo ver es un monton de fracasos.  
d.  Creo que soy un fracaso absoluto como persona.
4. a.  Obtengo tanta satisfaccion de las cosas como la que solia obtener antes.  
b.  No disfruto de las cosas de la manera en que solia hacerlo.  
c.  Ya no tengo verdadero satisfaccion de nada.  
d.  Estoy insatisfecho o oaburrido de todo.
5. a.  No me siento especialmente culpable.  
b.  No me siento culpable una buena parte del tiempo.  
c.  Me siento culpable casi siempre.  
d.  Me siento culpable siempre.
6. a.  No creo que este siendo castigado.  
b.  Creo que puedo ser castigado.  
c.  Espero ser castigado.  
d.  Creo que estoy siendo castigado.
7. a.  No me siento decepcionado de mi mismo.  
b.  Me he decepcionado a mi mismo.  
c.  Estoy disgustado conmigo mismo.  
d.  Me odio.
8. a.  No creo ser peor que los demás.  
b.  Me critico por mis debilidades o errores.  
c.  Me culpo siempre por mis errores.  
d.  Me culpo de todo lo malo que sucede.

**CIMA**

Centro Internacional de Medicina Avanzada - Servicio de Reumatología  
Manuel Girona, 33 08034-BARCELONA Tf. 935 522 700  
Sabino de Arana, 12 08028-BARCELONA Tf. 93 330 51 40  
www.institutferran.org www.cimacrlie.com

9. a.  No pienso en matarme.  
 b.  Pienso en matarme, pero no lo haría.  
 c.  Me gustaría matarme.  
 d.  Me mataría si tuviera la oportunidad.
10. a.  No lloro más de lo de costumbre.  
 b.  Ahora lloro más de lo que lo solía hacer.  
 c.  Ahora lloro todo el tiempo.  
 d.  Solía poder llorar, pero ahora no puedo llorar aunque quiera.
11. a.  Las cosas no me irritan más que de costumbre.  
 b.  Las cosas me irritan más que de costumbre.  
 c.  Estoy bastante irritado o enfadado una buena parte del tiempo.  
 d.  Ahora me siento irritado todo el tiempo.
12. a.  No he perdido el interés por otras cosas.  
 b.  Estoy menos interesado en otras personas que de costumbre.  
 c.  He perdido casi todo el interés por otras personas.  
 d.  He perdido todo mi interés por otras personas.
13. a.  Tomo decisiones casi siempre.  
 b.  Postergo la adopción de decisiones más que de costumbre.  
 c.  Tengo más dificultad para tomar decisiones que antes.  
 d.  Ya no puedo tomar decisiones.
14. a.  No creo que mi aspecto sea peor que de costumbre.  
 b.  Me preocupa el hecho de parecer viejo sin atractivos.  
 c.  Tengo que obligarme seriamente con mi aspecto, y parezco poco atractivo.  
 d.  Creo que me veo feo.
15. a.  Puedo trabajar tan bien como antes.  
 b.  Me cuesta más esfuerzo empezar a hacer algo.  
 c.  Tengo que obligarme seriamente para hacer cualquier cosa.  
 d.  No puedo trabajar en absoluto.
16. a.  Puedo dormir tan bien como antes.  
 b.  No puedo dormir tan bien como solía.  
 c.  Me despierto una o dos horas más temprano que de costumbre y me cuesta mucho volver a dormir.  
 d.  Me despierto varias horas antes de lo que solía y no puedo volver a dormir.
17. a.  No me canso más que de costumbre.  
 b.  Me canso más fácilmente que de costumbre.  
 c.  Me canso sin hacer nada.  
 d.  Estoy demasiado cansado como para hacer algo.

18. a. ✓ Mi apetito no es peor que de costumbre.  
b. Mi apetito no es tan bueno como solia ser.  
c. Mi apetito esta mucho peor ahora.  
d. Ya no tengo apetito.
19. a. ✓ No he perdido mucho peso, si es que he perdido algo, ultimamente.  
b. He rebajado más de dos kilos y medio.  
c. He rebajado más de cinco kilos.  
d. He rebajado más de siete kilos y medio.
20. a. ✓ No me preocupo por mi salud más que de costumbre.  
b. Estoy preocupado por problemás físicos como, por ejemplo, dolores, molestias estomacales o estreñimiento.  
c. Estoy preocupado por mis problemás físico y me resulta difícil pensar en otra cosa.  
d. Estoy tan preocupado por mis problemás físicos que no puedo pensar en ninguna otra cosa.
21. a. ✓ No he notado cambio alguno reciente en mi interes por el sexo.  
b. Estoy menos interesado en el sexo de lo que solia estar.  
c. Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo.  
d. He perdido por completo el interes en el sexo.

**Muchas gracias.**

*Ausencia de depresión. / leve alteración del estado de ánimo  
nulo*



## Cuestionario Post Test



**CUESTIONARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (Beck Depression Inventory)**

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha 13 Abril - 2018

*Elija de cada uno de estos 21 planteamientos, el que mejor refleje su opinión.*

1.  a.  No me siento triste.  
 b. Me siento triste.  
 c. Me siento siempre triste y no puedo salir de mi tristeza.  
 d. Estoy tan triste y infeliz que no puedo soportarlo.
2.  a.  No me siento especialmente desanimado ante el futuro.  
 b. Me siento desanimado con respecto al futuro.  
 c. Siento que no tengo nada que esperar.  
 d. Siento que en el futuro no hay esperanza y que las cosas no pueden mejorar.
3.  a.  No creo que sea un fracaso.  
 b. Creo que he fracasado más que cualquier persona normal.  
 c. Al recordar mi vida pasada, todo lo que puedo ver es un monton de fracasos.  
 d. Creo que soy un fracaso absoluto como persona.
4.  a.  Obtengo tanta satisfaccion de las cosas como la que solia obtener antes.  
 b. No disfruto de las cosas de la manera en que solia hacerlo.  
 c. Ya no tengo verdadero satisfaccion de nada.  
 d. Estoy insatisfecho o oaburrido de todo.
5.  a.  No me siento especialmente culpable.  
 b. No me siento culpable una buena parte del tiempo.  
 c. Me siento culpable casi siempre.  
 d. Me siento culpable siempre.
6.  a.  No creo que este siendo castigado.  
 b. Creo que puedo ser castigado.  
 c. Espero ser castigado.  
 d. Creo que estoy siendo castigado.
7.  a.  No me siento decepcionado de mi mismo.  
 b. Me he decepcionado a mi mismo.  
 c. Estoy disgustado conmigo mismo.  
 d. Me odio.
8.  a.  No creo ser peor que los demás.  
 b. Me critico por mis debilidades o errores.  
 c. Me culpo siempre por mis errores.  
 d. Me culpo de todo lo malo que sucede.



Centro Internacional de Medicina Avanzada – Servicio de Reumatología  
 Manuel Girona, 33 08034-BARCELONA Tf. 935 522 700  
 Sabino de Arana, 12 08028-BARCELONA Tf. 93 330 51 40  
 www.institutferran.org www.cimaclinic.com

9.  a. ✓ No pienso en matarme.  
 b. Pienso en matarme, pero no lo haría.  
 c. Me gustaría matarme.  
 d. Me mataría si tuviera la oportunidad.
10.  a. ✓ No lloro más de lo de costumbre.  
 b. Ahora lloro más de lo que lo solía hacer.  
 c. Ahora lloro todo el tiempo.  
 d. Solía poder llorar, pero ahora no puedo llorar aunque quiera.
11.  a. ✓ Las cosas no me irritan más que de costumbre.  
 b. Las cosas me irritan más que de costumbre.  
 c. Estoy bastante irritado o enfadado una buena parte del tiempo.  
 d. Ahora me siento irritado todo el tiempo.
12.  a. ✓ No he perdido el interés por otras cosas.  
 b. Estoy menos interesado en otras personas que de costumbre.  
 c. He perdido casi todo el interés por otras personas.  
 d. He perdido todo mi interés por otras personas.
13.  a. ✓ Tomo decisiones casi siempre.  
 b. Postergo la adopción de decisiones más que de costumbre.  
 c. Tengo más dificultad para tomar decisiones que antes.  
 d. Ya no puedo tomar decisiones.
14.  a. ✓ No creo que mi aspecto sea peor que de costumbre.  
 b. Me preocupa el hecho de parecer viejo sin atractivos.  
 c. Tengo que obligarme seriamente con mi aspecto, y parezco poco atractivo.  
 d. Creo que me veo feo.
15.  a. ✓ Puedo trabajar tan bien como antes.  
 b. Me cuesta más esfuerzo empezar a hacer algo.  
 c. Tengo que obligarme seriamente para hacer cualquier cosa.  
 d. No puedo trabajar en absoluto.
16. a. Puedo dormir tan bien como antes.  
 b. No puedo dormir tan bien como solía.  
 2 c. ✓ Me despierto una o dos horas más temprano que de costumbre y me cuesta mucho volver a dormir.  
 d. Me despierto varias horas antes de lo que solía y no puedo volver a dormir.
17. a. No me canso más que de costumbre.  
 1 b. ✓ Me canso más fácilmente que de costumbre.  
 c. Me canso sin hacer nada.  
 d. Estoy demasiado cansado como para hacer algo.

18.  a.  Mi apetito no es peor que de costumbre.  
b. Mi apetito no es tan bueno como solía ser.  
c. Mi apetito está mucho peor ahora.  
d. Ya no tengo apetito.
19.  a.  No he perdido mucho peso, si es que he perdido algo, ultimamente.  
b. He rebajado más de dos kilos y medio.  
c. He rebajado más de cinco kilos.  
d. He rebajado más de siete kilos y medio.
20.  a.  No me preocupo por mi salud más que de costumbre.  
b. Estoy preocupado por problemas físicos como, por ejemplo, dolores, molestias estomacales o estreñimiento.  
c. Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar en otra cosa.  
d. Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en ninguna otra cosa.
21. a. No he notado cambio alguno reciente en mi interés por el sexo.  
b. Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estar.  
2 c.  Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo.  
d. He perdido por completo el interés en el sexo.

**Muchas gracias.**

*T. 5. Normal. / No describe nivel de depresión.*



## Anexo F. Inventario de Ansiedad de Beck (BDI)

### Cuestionario Pre Test

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:

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

Resultados: Ansiedad Muy baja.

## Cuestionario Pos Test

35 años      13 Abr<sup>o</sup>/2018.

En el cuestionario hay una lista de síntomas comunes de la ansiedad. Lea cada uno de los items atentamente, e indique cuanto le ha afectado en la última semana incluyendo hoy:

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

*Ansiedad muy baja.*

## Anexo G. Escala de Estrategias de Coping – Modificada (EEC-M)

### Cuestionario Pre Test

PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS Y VALIDACIÓN DE EEC-M

347

#### Apéndice 2. Escala de estrategias de Coping – modificada (EEC-M)

Londoño N. H., Henao G. C., Puerta L. C., Posada S. L., Arango D.,  
Aguirre, D. C.

Grupo de Investigación Estudios Clínicos y Sociales en Psicología  
Universidad de San Buenaventura, Medellín, Colombia

#### Instrucciones:

A continuación se plantean diferentes formas que emplean las personas para afrontar los problemas o situaciones estresantes que se les presentan en la vida. Las formas de afrontamiento aquí descritas no son ni buenas ni malas, ni mejores o peores. Simplemente ciertas personas utilizan unas formas más que otras, dependiendo de la situación problema. Trate de recordar las diferentes situaciones o problemas más estresantes vividos durante los últimos años, y responda señalando con una X en la columna que le señala la flecha (↓), el número que mejor indique qué tan habitual ha sido esta forma de comportamiento ante las situaciones estresantes.

	1 Nunca	2 Casi nunca	3 A veces	4 Frecuentemente	5 Casi siempre	6 Siempre
				1	2	3
1. Trato de comportarme como si nada hubiera pasado			↓			
2. Me alejo del problema temporalmente (tomando unas vacaciones, descansando, etc.)			X			3
3. Procuro no pensar en el problema			1			2
4. Descargo mi mal humor con los demás			1			3
5. Intento ver los aspectos positivos del problema			√			1
6. Le cuento a familiares o amigos cómo me siento			1	2		
7. Procuro conocer mejor el problema con la ayuda de un profesional			1		2	
8. Asisto a la iglesia			1		2	
9. Espero que la solución llegue sola			X	1		
10. Trato de solucionar el problema siguiendo unos pasos concretos bien pensados			1			
11. Procuro guardar para mí los sentimientos			X		1	
12. Me comporto de forma hostil con los demás			1			3
13. Intento sacar algo positivo del problema			1			3
14. Pido consejo u orientación a algún pariente o amigo para poder afrontar mejor el problema			1	2		
15. Busco ayuda profesional para que me guíen y orienten			1		2	
16. Tengo fe en que puede ocurrir algún milagro			1		3	
17. Espero el momento oportuno para resolver el problema			1	2		

		1						2						3						4						5						6																		
		Nunca						Casi nunca						A veces						Frecuentemente						Casi siempre						Siempre																		
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
ESP	18.																																																	
SP	19.																																																	
	20.																																																	
	21.																																																	
	22.																																																	
BAS	23.																																																	
BAS	24.																																																	
	25.																																																	
SP	26.																																																	
ESP	27.																																																	
SP	28.																																																	
ESP	29.																																																	
	30.																																																	
	31.																																																	
	32.																																																	
	33.																																																	
BAS	34.																																																	
	35.																																																	
	36.																																																	
SP	37.																																																	
ESP	38.																																																	
SP	39.																																																	
ESP	40.																																																	
	41.																																																	
	42.																																																	
	43.																																																	
	44.																																																	
	45.																																																	
	46.																																																	
BAS	47.																																																	
	48.																																																	

REDES ATENCIONALES Y SISTEMA VISUAL SELECTIVO

349

		1 Nunca	2 Casi nunca	3 A veces	4 Frecuentemente	5 Casi siempre	6 Siempre								
	49.														
	Acudo a la iglesia para poner velas o rezar														
ESP	50.														
	Considero que las cosas por sí solas se solucionan														
SP	51.														
	Analizo lo positivo y negativo de las diferentes alternativas														
	52.														
	Me es difícil relajarme														
	53.														
	Hago todo lo posible para ocultar mis sentimientos a los otros														
	54.														
	Me ocupo de muchas actividades para no pensar en el problema														
	55.														
	Así lo quiera, no soy capaz de llorar														
	56.														
	Tengo muy presente el dicho "al mal tiempo buena cara"														
BAS	57.														
	Procuro que algún familiar o amigo me escuche cuando necesito manifestar mis sentimientos														
	58.														
	Intento conseguir más información sobre el problema acudiendo a profesionales														
	59.														
	Dejo todo en manos de Dios														
ESP	60.														
	Espero que las cosas se vayan dando														
	61.														
	Me es difícil pensar en posibles soluciones a mis problemas														
	62.														
	Trato de evitar mis emociones														
	63.														
	Dejo a un lado los problemas y pienso en otras cosas														
	64.														
	Trato de identificar las ventajas del problema														
	65.														
	Considero que mis problemas los puedo solucionar sin la ayuda de los demás														
	66.														
	Pienso que no necesito la ayuda de nadie y menos de un profesional														
	67.														
	Busco tranquilizarme a través de la oración														
SP	68.														
	Frente a un problema, espero conocer bien la situación antes de actuar														
ESP	69.														
	Dejo que pase el tiempo														

24 29 16 21 11 10 23 7 14 9 8 2

F1 GP = 24      FB = EC = 7  
 F2 BAS = 29      F9 = RP = 14  
 F3 ESP = 16      F10 = EDA = 9  
 F4 REL = 21      F11 = NEG = 6  
 F5 EE = 11      F12 = AUT = 2  
 F6 BAP = 10  
 F7 RA = 23

**Cuestionario Pos Test**

35 Años  
13 Abril / 2018

PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS Y VALIDACIÓN DE EEC-M

347

**Apéndice 2. Escala de estrategias de Coping – modificada (EEC-M)**

Londoño N. H., Henao G. C., Puerta I. C., Posada S. I., Arango D.,  
Aguirre, D. C.  
Grupo de Investigación Estudios Clínicos y Sociales en Psicología  
Universidad de San Buenaventura, Medellín, Colombia

**Instrucciones:**

A continuación se plantean diferentes formas que emplean las personas para afrontar los problemas o situaciones estresantes que se les presentan en la vida. Las formas de afrontamiento aquí descritas no son ni buenas ni malas, ni mejores o peores. Simplemente ciertas personas utilizan unas formas más que otras, dependiendo de la situación problema. Trate de recordar las diferentes situaciones o problemas más estresantes vividos durante los últimos años, y responda señalando con una X en la columna que le señala la flecha (↓), el número que mejor indique qué tan habitual ha sido esta forma de comportamiento ante las situaciones estresantes.

	1 Nunca	2 Casi nunca	3 A veces	4 Frecuentemente	5 Casi siempre	6 Siempre							
				↓									
1. Trato de comportarme como si nada hubiera pasado			1 2 3 4 5 6										3
2. Me alejo del problema temporalmente (tomando unas vacaciones, descansando, etc.)			1 2 3 4 5 6										2
3. Procuro no pensar en el problema			1 2 3 4 5 6										3
4. Descargo mi mal humor con los demás			1 2 3 4 5 6					2					
5. Intento ver los aspectos positivos del problema			1 2 3 4 5 6									4	
6. Le cuento a familiares o amigos cómo me siento			1 2 3 4 5 6		5								
7. Procuro conocer mejor el problema con la ayuda de un profesional			1 2 3 4 5 6						3				
8. Asisto a la iglesia			1 2 3 4 5 6					4					
9. Espero que la solución llegue sola			1 2 3 4 5 6					3					
10. Trato de solucionar el problema siguiendo unos pasos concretos bien pensados			1 2 3 4 5 6		3								
11. Procuro guardar para mí los sentimientos			1 2 3 4 5 6						1				
12. Me comporto de forma hostil con los demás			1 2 3 4 5 6							2			
13. Intento sacar algo positivo del problema			1 2 3 4 5 6									4	
14. Pido consejo u orientación a algún pariente o amigo para poder afrontar mejor el problema			1 2 3 4 5 6			3							
15. Busco ayuda profesional para que me guíen y orienten			1 2 3 4 5 6							3			
16. Tengo fe en que puede ocurrir algún milagro			1 2 3 4 5 6					5					
17. Espero el momento oportuno para resolver el problema			1 2 3 4 5 6		4								
													3 3 3 4 1 6 4 2 2 2 2 2

		Escala de Coping														
		1 Nunca	2 Casi nunca	3 A veces	4 Frecuentemente			5 Casi siempre			6 Siempre					
					1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
18.	Pienso que con el paso del tiempo el problema se soluciona	1 2 3 4 5 6					4									
19.	Establezco un plan de actuación y procuro llevarlo a cabo	1 2 3 4 5 6		3												
20.	Procuro que los otros no se den cuenta de lo que siento	1 2 3 4 5 6							3							
21.	Evado las conversaciones o temas que tienen que ver con el problema	1 2 3 4 5 6							2							
22.	Expreso mi rabia sin calcular las consecuencias	1 2 3 4 5 6								3						
23.	Pido a pacientes o amigos que me ayuden a pensar acerca del problema	1 2 3 4 5 6				3										
24.	Procuro hablar con personas responsables para encontrar una solución al problema	1 2 3 4 5 6				3										
25.	Tengo fe en que Dios remedie la situación	1 2 3 4 5 6						4								
26.	Pienso que hay un momento oportuno para analizar la situación	1 2 3 4 5 6			2											
27.	No hago nada porque el tiempo todo lo dice	1 2 3 4 5 6					3									
28.	Hago frente al problema poniendo en marcha varias soluciones	1 2 3 4 5 6				5										
29.	Dejo que las cosas sigan su curso	1 2 3 4 5 6						1								
30.	Trato de ocultar mi malestar	1 2 3 4 5 6							3							
31.	Salgo al cine, a dar una vuelta, etc., para olvidarme del problema	1 2 3 4 5 6											5			
32.	Evito pensar en el problema	1 2 3 4 5 6											5			
33.	Me dejo llevar por mi mal humor	1 2 3 4 5 6									4					
34.	Hablo con amigos o familiares para que me animen o tranquilicen cuando me encuentro mal	1 2 3 4 5 6				3										
35.	Busco la ayuda de algún profesional para reducir mi ansiedad o malestar	1 2 3 4 5 6								2						
36.	Rezo	1 2 3 4 5 6						4								
37.	Hasta que no tenga claridad frente a la situación, no puedo darle la mejor solución a los problemas	1 2 3 4 5 6				4										
38.	Pienso que lo mejor es esperar a ver qué puede pasar	1 2 3 4 5 6					3									
39.	Pienso detenidamente los pasos a seguir para enfrentarme al problema	1 2 3 4 5 6				3										
40.	Me resigno y dejo que las cosas pasen	1 2 3 4 5 6						1								
41.	Inhíbo mis propias emociones	1 2 3 4 5 6							1							
42.	Busco actividades que me distraigan	1 2 3 4 5 6								2		3				
43.	Niego que tengo problemas	1 2 3 4 5 6									4					
44.	Me salgo de cavillas	1 2 3 4 5 6										4				
45.	Por más que quiera no soy capaz de expresar abiertamente lo que siento	1 2 3 4 5 6												1		
46.	A pesar de la magnitud de la situación tiendo a sacar algo positivo	1 2 3 4 5 6											3			
47.	Pido a algún amigo o familiar que me indique cuál sería el mejor camino a seguir	1 2 3 4 5 6					4									
48.	Pido ayuda a algún médico o psicólogo para aliviar mi tensión	1 2 3 4 5 6								3						

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

REDES ATENCIONALES Y SISTEMA VISUAL SELECTIVO

349

	1 Nunca	2 Casi nunca	3 A veces	4 Frecuentemente	5 Casi siempre	6 Siempre								
49. Ayudo a la iglesia para poner velas o rezar	1	2	3	4	5	6								
50. Considero que las cosas por sí solas se solucionan	1	2	3	4	5	6								
51. Analizo lo positivo y negativo de las diferentes alternativas	1	2	3	4	5	6								
52. Me es difícil relajarme	1	2	3	4	5	6								
53. Hago todo lo posible para ocultar mis sentimientos a los otros	1	2	3	4	5	6								
54. Me ocupo de muchas actividades para no pensar en el problema	1	2	3	4	5	6								
55. Así lo quiera, no soy capaz de llorar	1	2	3	4	5	6								
56. Tengo muy presente el dicho "al mal tiempo buena cara"	1	2	3	4	5	6								
57. Procuro que algún familiar o amigo me escuche cuando necesito manifestar mis sentimientos	1	2	3	4	5	6								
58. Intento conseguir más información sobre el problema acudiendo a profesionales	1	2	3	4	5	6								
59. Dejo todo en manos de Dios	1	2	3	4	5	6								
60. Espero que las cosas se vayan dando	1	2	3	4	5	6								
61. Me es difícil pensar en posibles soluciones a mis problemas	1	2	3	4	5	6								
62. Trato de evitar mis emociones	1	2	3	4	5	6								
63. Dejo a un lado los problemas y pienso en otras cosas	1	2	3	4	5	6								
64. Trato de identificar las ventajas del problema	1	2	3	4	5	6								
65. Considero que mis problemas los puedo solucionar sin la ayuda de los demás	1	2	3	4	5	6								
66. Pienso que no necesito la ayuda de nadie y menos de un profesional	1	2	3	4	5	6								
67. Busco tranquilizarme a través de la oración	1	2	3	4	5	6								
68. Frente a un problema, espero conocer bien la situación antes de actuar	1	2	3	4	5	6								
69. Dejo que pase el tiempo	1	2	3	4	5	6								

① 3 ② 12 ③ 10 ④ 4 ⑤ 10 ⑥ 8 ⑦ 5 ⑧ 0 ⑨ 2

1=31 → 40 SP  
 2=24 → 55 BAS  
 3=27 → 75 ESP  
 4=27 → 75 REL  
 5=16 → 10 EE  
 6=15 → 75 BAP  
 7=15 → 70 RA

8=18 → 70 EC  
 9=19 → 55 RP  
 10=6 → 4 EDA  
 11=8 → 40.50 NEG  
 12=2 → 5 AUT.

### Anexo H. Desarrollo del Proceso Terapéutico por sesión

Consultante	Motivo de consulta	Número de sesión	Objetivo terapéutico	Técnica utilizada	Actividades desarrolladas en la sesión	Resultados	Observaciones
<b>Y.R.C.</b> Edad 35 años, género femenino, ocupación: medio tiempo en preparación y venta de productos comestibles (flautas) y otro tiempo como estilista	<b>Consultante:</b> “ La comisaria me aconsejó y me ordenó de pedir ayuda psicológica clínica porque me denunciaron por maltratar abruptamente a mi hija”	1	-Indagar a cerca de la dinámica familiar y del estado psicológico de la consultante. -Lograr Rapport terapéutico	Entrevista abierta Historia Clínica	1. Explicación y firma del consentimiento informado. 2 Apertura de la historia clínica 3. Rapport 4. Recepción de la remisión hecha por la comisaria de familia de Piedecuesta. 5. Registro de información dada por el consultante y de datos relevantes de su conducta no verbal. 6. Lectura de relatos escritos de la consultante y de uno de sus hijos, los cuales se anexaron a la H.C. con su consentimiento.	- Se logró establecer un espacio de confianza con el consultante que permitió apertura emocional y verbal. - La consultante describió síntomas como tristeza, impulsividad, carencia afectiva y baja autoestima, a través de expresiones como: “yo quiero que alguien me quiera de verdad, “siempre que me hablan de matrimonio, todo se daña”, “yo doy todo por mi pareja y siempre terminan tratándome mal”; presenta sentimientos de frustración y abandono e ideas negativas acerca de su vida afectiva, ante lo cual también develó que ha tenido múltiples parejas sentimentales y una historia de vida familiar traumática enmarcada por violencia. -Existe una relación disfuncional respecto al trato con sus hijos, dada por violencia física y psicológica (fue denunciada por maltrato física hacia su hija de 11 años), además de la imposición de actividades no aptas para la edad (11, 8 y 4 años) tales como cocinar, asear la vivienda y permanecer solos	-La consultante refiere tener la expectativa de mejorar su autoconcepto y mejorar la relación con sus hijos, lo cual es un potencial porque a pesar de las dificultades económicas y emocionales, desea mejorar su rol como madre y como mujer. Además, de ser una persona receptiva y con disposición positiva frente a proceso terapéutico. -Descartar trastorno de ansiedad, evaluar Estrategias de afrontamiento y rasgos de personalidad, a través de las pruebas psicotécnicas pertinentes. -Tener en cuenta que la consultante ha sido víctima de violencia intrafamiliar desde la infancia por parte de su madre y por uno de los cónyuges. No convivió

						en la misma mientras ella trabaja.	con su padre biológico.
		2	Evaluar posibles trastornos, estrategias de afrontamiento y rasgos de personalidad.	Pruebas psicotécnicas Historia Clínica	Aplicación de Inventario de Ansiedad (BAI) y de Depresión de Beck (BDI), Escala de Afrontamiento de Coping y Test de Personalidad de Millon (MCMI-II)	<p>-La prueba de ansiedad, arrojó nivel de ansiedad muy baja. Según la Escala de Afrontamiento de Coping:</p> <p>-La consultante presenta una tendencia marcada a reaccionar agresivamente ante los problemas y las situaciones estresantes, se le dificulta gestionar las emociones y pensamientos que le generan malestar y prefiere dejar a otras personas y al tiempo la solución de sus problemas.</p> <p>-La violencia intrafamiliar de la que ha sido víctima y victimaria, están directamente relacionados con sus estrategias de afrontamiento, siendo la reacción agresiva su mayor tendencia de conducta ante las dificultades y estrés.</p> <p>-La consultante utiliza el apoyo social como otra estrategia para resolver sus problemas, lo cual es un potencial a tenerse en cuenta en el proceso de intervención.</p> <p>El Test de Millon mostró:</p> <p>-Los patrones básicos de personalidad clínica son el <i>narcisista</i> descrito como <i>grandiosidad</i>, necesidad de admiración y falta de empatía; <i>antisocial</i> que es un patrón general de desprecio y violación de los derechos de los demás; y</p>	<p>-Corroborar con el consultante el posible abuso de sustancias alucinógenas y de alcohol arrojados en la prueba de personalidad.</p> <p>-Los resultados de las pruebas se relacionan directamente con la alteración de conducta que refiere el consultante hacia el trato a sus hijos, relaciones de pareja e historia familiar. Es importante ampliar los datos acerca de sus antecedentes personales para corroborar la información dada por las pruebas aplicadas y definir el diagnóstico clínico.</p> <p>-Se le pidió a la consultante realizar un registro de los acontecimientos relevantes para ella de la semana y así identificar pensamientos automáticos que desencadenen los estados de agresión y distorsiones cognitivas.</p>

						<p><i>agresiva/sádica</i> que es patrón hostil, agresivo, abusador y destructivo.</p> <p>- Los patrones de personalidad grave fueron el trastorno Límite (Bordeline) y Paranoide en nivel moderado.</p> <p>-Los síndromes clínicos moderados que se identifican son trastorno severo del abuso de alcohol, abuso de drogas y la hipomanía (bipolar), seguido de la somatización.</p> <p>-Trastornos graves: Trastornos psicóticos delirantes en nivel elevado y trastorno depresivo mayor en nivel moderado.</p> <p>-En la prueba de Depresión no arrojó depresión, solo una leve alteración del estado de ánimo.</p>	
		<b>3</b>	Indagar y psicoeducar sobre posible abuso de sustancias alucinógenas y de alcohol arrojados en la prueba de personalidad, así como profundizar en los antecedentes personales	Psicoeducación Discusiones cognitivas	<p>-Dialogo con el consultante sobre los acontecimientos relevantes de la semana anterior para identificar las situaciones que le están generando malestar significativo.</p> <p>- Psicoeducación sobre consumo de alcohol y drogas y otros antecedentes.</p>	<p>-A través del relato de lo acontecido en la semana anterior, lo cual registró a través de un esquema, se develó el consumo de drogas (cannabis y cocaína) y alcohol (aguardiente y cerveza), lo que corrobora los resultados del test de Millon.</p> <p>-Así mismo, se observa en la descripción de su registro que sus intereses se encuentran enfocados en el estado de su relación de pareja, ya que en esto se centra su relato; esto la afecta emocionalmente debido a que no es una relación estable en tanto que se enmarca en constantes discusiones a pesar que la pareja se encuentra en otra ciudad trabajando.</p>	<p>-Se solicita reporte de la Comisaría de Familia donde se estipule que el cuidado de los hijos de la consultante está bajo su responsabilidad, ya que en el informe inicial de la Comisaría se describe que quedaban bajo el cuidado de familiares por el caso de maltrato por lo que fue denunciada ante dicho estamento.</p> <p>-La consultante ha manifestado estados emocionales diferentes durante la misma</p>

							<p>sesión y en cada una de las mismas, mostrando estados de euforia, tristeza, alegría, frustración y así mismo, cambia sus ideas acerca de las mismas cosas según sea su estado emocional, lo que se pone en manifiesto en sesión</p> <p>-Se sugiere considerar la posibilidad de vincularse en un grupo de Alcohólicos Anónimos para reforzar el apoyo terapéutico.</p>
		4	Realizar devolución de resultados.	Psicoeducación	<p>-Psicoeducación sobre los resultados, problemáticas y proceso terapéutico (Devolución de resultados)</p> <p>-Análisis de síntomas presentados en la última semana y del estado emocional observable en la sesión</p>	<p>-Posible 301.83 (F60.3) trastorno de la personalidad límite, la consultante presenta síntomas que explican un patrón de inestabilidad de las relaciones inter-personales, de la imagen de sí mismo y de los afectos, con una impulsividad marcada. La consultante presenta siete criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Esfuerzos desesperados para evitar el desamparo real o imaginado.</li> <li>• Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas que se caracteriza por una alternancia entre los extremos de idealización y de devaluación.</li> <li>• Impulsividad en dos o</li> </ul>	<p>-No se hace necesario repetir la prueba de ansiedad mencionada en observación de la sesión 2</p> <p>- No se ha vinculado a grupo de Alcohólicos Anónimos, hizo la averiguación pertinente, pero dice sentirse algo avergonzada de asistir.</p> <p>-Se recibe reporte de la Comisaria de Familia solicitado donde se estipula que la consultante está a cargo de sus hijos.</p> <p>-La consultante pide que no se deleve el consumo de drogas y</p>

						<p>más áreas que son potencialmente auto lesivo (sexo y drogas).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Inestabilidad afectiva debida a una reactividad notable del estado de ánimo (p. ej., episodios intensos de disforia, irritabilidad o ansiedad que generalmente duran unas horas y, rara vez, más de unos días).</li> <li>• Sensación crónica de vacío.</li> <li>• Enfado inapropiado e intenso, o dificultad para controlar la ira.</li> <li>• Ideas paranoides transitorias relacionadas con el estrés o síntomas disociativos graves.</li> </ul> <p><b>Presenta comorbilidad con:</b>  <b>303.90 (F10.20) Trastorno por consumo de alcohol, moderado</b></p> <p>A. Patrón problemático de consumo de alcohol que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y que se manifiesta al menos por dos de los hechos siguientes en un plazo de 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir alcohol.</li> <li>• Consumo recurrente de alcohol que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar.</li> <li>• Consumo continuado de alcohol a pesar de sufrir</li> </ul>	alcohol a la Comisaria de Familia.
--	--	--	--	--	--	---	------------------------------------

						<p>problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes, provocados o exacerbados por los efectos del alcohol.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tolerancia, definida por alguno de los siguientes hechos: B. Un efecto notablemente reducido tras el consumo continuado de la misma cantidad de alcohol.</li> <li>• Abstinencia, manifestada por alguno de los siguientes hechos: a. Presencia del síndrome de abstinencia característico del alcohol (véanse los Criterios A y B de la abstinencia de alcohol, págs. 499-500).</li> </ul> <p><b>304.50 (F16.20) Trastorno por consumo de cannabis, moderado.</b></p> <p>A. Un modelo problemático de consumo de alucinógenos (distintos de la feniciclidina) que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y que se manifiesta al menos por dos de los hechos siguientes en un plazo de 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir un alucinógeno.</li> <li>• Consumo recurrente de un alucinógeno que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar (p. ej., ausencias repetidas del trabajo o</li> </ul>	
--	--	--	--	--	--	--	--

						<p>bajo rendimiento escolar relacionados con el consumo del alucinógeno; ausencias, suspensiones o expulsiones de la escuela relacionadas con el alucinógeno; desatención de los niños o del hogar).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consumo continuado de algún alucinógeno a pesar de sufrir problemas persistentes o recurrentes de tipo social o interpersonal, provocados o agravados por sus efectos (p. ej., discusiones con un cónyuge sobre las consecuencias de la intoxicación, enfrentamientos físicos).</li> <li>• Consumo recurrente de alucinógenos en situaciones en las que es físicamente peligroso (p. ej., cuando se conduce un automóvil o se maneja maquinaria estando incapacitado por el consumo de un alucinógeno).</li> <li>• Tolerancia, definida por alguno de los hechos siguientes: B. Un efecto notablemente reducido tras el consumo continuado de la misma cantidad de alucinógeno.</li> </ul>	
		5	Identificar las distorsiones cognitivas con el fin de disminuir las conductas de irritabilidad y	Terapia cognitiva de Beck:  Reestructuración cognitiva Discusiones	-Análisis de conductas presentados en la última semana, del estado emocional y de ideas recurrentes asociadas con posibles episodios violentos.  -Consciencia de las distorsiones	-La consultante reconoce que ha recurrido a la agresión física para corregir a sus hijos, refiere sentirse “desafiada” por los niños y que es la única forma de castigarlos para que no lo hagan. -Ha intentado disminuir los	-Es importante psicoeducar a la consultante en las características propias del desarrollo de cada uno de sus hijos con el fin de que ella tenga

			potencialmente auto lesivas como el sexo con distintas parejas, consumo de drogas y alcohol.	cognitivas	cognitivas: objetivación, intensidad de las emociones	conflictos con los niños cediendo a los horarios que tiene establecidos para acostarse y levantarse. -Devela haber tenido ideas acerca de renunciar a la custodia del niño menor (4 años) y dejar que su padre biológico se haga cargo de él, ya que acepta rechazarlo a causa de que lo relaciona con la renuncia a su ocupación de estilista cuando nació y de los conflictos que tiene con el papá del mismo en la actualidad quien, según refiere la consultante, insiste en retomar una relación afectiva con ella.	conocimiento de que puede exigir, esperar y debe brindarles a los mismos según su edad cronológica. (sesión 6) - A través de la terapia de reestructuración cognitiva se va a trabajar la negación y la minimización, mejorar la empatía, cambiar las creencias y actitudes distorsionadas, modificar las fantasías inapropiadas y desarrollar un plan de prevención de las recaídas.
		6	Identificar las distorsiones cognitivas para aumentar el control de la ira.	Reestructuración cognitiva: Dialogo socrático Discusiones cognitivas Psicoeducación	-Seguimiento de la semana anterior. -Psicoeducación sobre regulación emocional	- En esta sesión, la consultante llega con estado de ánimo alterado manifestado en llanto y expresiones de rechazo hacia su pareja por supuestas ofensas e infidelidad. A raíz de esta situación se realizó discusiones cognitivas y psicoeducación sobre la relación de este evento con la naturaleza de su sintomatología y las características de personalidad y conducta de la pareja como posibles activadores de conflictos y conductas impulsivas. -La relajación le ayudo a regular el estado de ánimo	- Tener en cuenta que la pareja actual de la consultante es un hombre separado por supuesta infidelidad, tiene un hijo y consume alucinógenos. Trabaja en otra ciudad y responde económicamente por su madre, hijo y le aporta dinero a la consultante. Así mismo, se presumen posibles conductas celotípicas descritas por la consultante.
		7	Aumentar el control de la ira.	Reestructuración cognitiva Autoregistros	-Seguimiento de la semana anterior. -Discusiones cognitivas sobre	-La consultante reconoce que sigue utilizando la agresión física y psicológica para corregir a sus	- Tras realizar un ejercicio de autoregistros en sesión

				Discusiones cognitivas	estados de ira con sus hijos. -Instrucción sobre el diligenciamiento del autoregistros para identificar pensamientos distorsionados y creencias irracionales.	hijos. -Como aspecto favorable, describe que decidió pedir ayuda al tío del niño de 8 años como apoyo externo y mediador en los conflictos entre ella y el mismo relacionados con conductas disruptivas como supuestos robos. -Se realiza un dialogo socrático con la consultante sobre las posibles causas que llevan a su hijo a realizar tales conductas, tales como, las múltiples problemáticas de tipo familiar que rodean al niño (ausencia de figura paterna, personalidad disruptiva de la madre, autoridad confusa, pautas de crianza poco claras, conflictos intrafamiliares, entre otros).	y explicar el propósito de autobservación y cambio de pensamientos distorsionados a través del mismo, se acordó diligenciarlo en casa entre sesiones y se discutirían sus contenidos en consulta. -Se evidencia a través de sus ideas que aún tiene un elevado nivel de dificultad para el manejo de su ira, acompañado de sentimientos de culpa y desvalorización hacia las personas cercanas como sus hijos y pareja.
		<b>8</b>	Incorporar nuevas estrategias de afrontamiento	Reestructuración cognitiva  Entrenamiento en habilidades de afrontamiento: reacción agresiva  Relajación muscular progresiva  Autoregistros entre sesiones por correo electrónico	-Seguimiento de la semana anterior y de los autoregistros. -Realización de ejercicios de respiración y relajación progresiva con el fin de que lo aplique fuera de sesión para bajar la tensión muscular que se presenta en las situaciones estresantes y que usualmente se desencadenan en elevada irritabilidad y consumo de alcohol o drogas como medida de evitación. -Inicio de entrenamiento en estrategias de afrontamiento con el uso de las auto instrucciones.	-Refiere que la semana anterior se presentaron nuevos conflictos con la pareja asociados a nuevas ideas de infidelidad por parte de los dos. -La consultante logró aplicar los ejercicios de respiración y relajación en la sesión ante lo cual estuvo de acuerdo en el propósito de implementarlo cada vez que se viera ante una situación activadora de estrés y vincular a los hijos. - Se dialogó con la consultante sobre el uso de las <i>auto instrucciones</i> como ayuda para planificar la exposición a las situaciones estresantes y	-La consultante ha mostrado adherencia al tratamiento ya que no ha faltado a ninguna de las 8 sesiones citadas semanalmente y expresa tener presente lo aprendido cuando no está en consulta. -Se realizó un resumen de lo más relevante durante el proceso terapéutico hasta la fecha ya que se realizará una pausa por casi tres meses debido a la terminación de semestre académico.

				Autoinstrucciones		<p>motivación de sus conductas de forma positiva, ejemplos: “Voy a llamar a mis hijos a comer, aprovecharé para conversar con ellos”, tengo estrategias para conseguirlo lo haré bien.</p> <p>-Se entrena a la consultante sobre el uso de discusiones cognitivas fuera de sesión, en base a criterios objetivos cuando aparezcan las ideas distorsionadas durante las situaciones de estrés.</p>	<p>-Se le indicó que podía realizar una llamada telefónica a la semana si lo considera necesario como medida de apoyo.</p> <p>-Se acordó continuar con el autoregistros.</p>
--	--	--	--	-------------------	--	---	--

		9	<p>Re encuadrar con la consultante el proceso terapéutico posterior al receso académico.</p> <p>Evaluar el estado emocional de la consultante</p>	Dialogo socrático	<p>-Valoración del estado emocional y de posibles conductas disfuncionales de la consultante con el fin de poder dar continuidad al proceso terapéutico.</p> <p>-Re encuadre sobre los objetivos terapéuticos que se definieron al inicio del</p>	<p>-La consultante manifiesta que, durante el receso terapéutico, en el cual transcurrieron casi tres meses, (del 14 de noviembre al 16 de febrero) acontecieron diferentes situaciones en cada una de las dimensiones de su vida, las cuales se abordaron de la siguiente manera:</p> <p>*Socio - afectiva:</p>	<p>-Se observa que la consultante mantiene la tendencia a reaccionar de forma violenta, a pesar de tener conocimiento de las consecuencias de sus actos, se evidencia problema significativo para enfrentar las situaciones de estrés asociadas con sus hijos.</p> <p>-Se mantiene el patrón de relaciones</p>
--	--	---	---	-------------------	---	--	--

					<p>tratamiento.</p> <p>Ruptura definitiva con su pareja de casi siete (7) meses, a mediados de noviembre, y desde entonces, (casi tres meses), retomó una relación afectiva con el padre de su hijo mejor. Ella de vela que no está segura de sus sentimientos hacia él, pero le apoya económicamente. Reconoce sentir vergüenza por el poco tiempo transcurrido entre una relación y otra, sobre todo porque ya están conviviendo; esta persona tiene antecedentes de consumo de alucinógenos, su ocupación es montañista.</p> <p>Por otra parte, indica que presentó estados de tristeza durante el mes de diciembre relacionados con su situación económica.</p> <p>-De vela que decidió dar terminada su relación laboral y de amistad con la persona que le ayudaba en el negocio debido a desacuerdos.</p> <p>-Afirma que no ha consumido alucinógenos ni ha abusado del consumo del alcohol.</p> <p>*Familiar: refiere que la relación con sus hijos</p>	<p>interpersonales inestables, al igual que en su estado de ánimo.</p> <p>-Según la consultante, no ha abusado del consumo de alcohol, ni ha consumido sustancias alucinógenas.</p> <p>-Se acuerda con la consultante que entre los días lunes y jueves de la siguiente semana, hacer autoregistros de episodios de irritabilidad, la situación que lo desencadena y la conducta para manejarlos.</p> <p>- En la siguiente sesión se realizaría: *Discusión cognitiva de los autoregistros realizados.</p>
--	--	--	--	--	---	--

						<p>sigue siendo conflictiva, ya que percibe que no la respetan y que a menos que sea con un correctivo físico, no le obedecen.</p> <p>*Ocupacional: continúa con el negocio de flautas, sin embargo, lo maneja a manera de encargo, ya no prepara de forma diaria para venta ambulante, pues dice no querer salir a vender a manos que tenga que hacerlo por fuerza mayor. Continúa con el servicio de peluquería para lo cual adecuó una parte de su casa.</p>	
		<b>10</b>	<p>Disminuir las conductas disruptivas asociadas a episodios de irritabilidad e inestabilidad emocional.</p>	<p>Reestructuración cognitiva</p> <p>Entrenamiento en Estrategias de Coping: Reacción Agresiva.</p> <p>Psicoeducación pautas de crianza.</p>	<p>-Discusión cognitiva sobre las conductas impulsivas de la consultante durante la semana.</p>	<p>Se abordaron las ideas irracionales que mantiene la consultante y sobre cómo estas afectan la crianza de sus hijos y su estabilidad emocional con su pareja; dichas ideas son: “le pego a mis hijos porque ellos no me respetan”, “me toca estar con el papa de mi hijo, para que me de plata”, “si solo tuviera dos hijos y no tres, sería mejor”. Se desarrolló un ejercicio de flecha descendente con el fin de que ella logre identificar que sus conductas derivan de la forma en que percibe la realidad y se brindaron pautas para reestructurar</p>	<p>- Se hace preciso vincular a los dos hijos mayores de la consultante para abordar e intervenir sobre su vínculo afectivo.</p> <p>-En la próxima sesión se realizaría un dialogo con los hijos de la consultante sobre la relación familiar para identificar su percepción a cerca de las conductas disruptivas de la consultante y corroborar los posibles avances del manejo de correctivos físicos.</p>

						<p>las ideas irracionales, tales como pensamientos positivos acerca de sí misma, de la relación con la madre y con sus hijos. Se resaltaron sus habilidades sociales y creatividad para buscar alternativas y como estos recursos, pueden ser encausados para regular sus emociones.</p>	
		<b>11</b>	<p>Valorar el vínculo afectivo de la consultante con sus hijos.</p>	<p>Técnica de juego de roles.</p> <p>Técnica de exposición por imagería.</p>	<p>-Intervención con la consultante y sus hijos mayores.</p>	<p>-Se presenta la consultante con sus hijos y, tal como se había acordado. La actitud es de resistencia y con poco contacto visual.</p> <p>- La consultante devela que agredió con un puño a días antes, como correctivo a un acto de desobediencia; el niño se muestra afectado y con llanto, refiere que teme que metan a la mamá a la cárcel porque no quiere que su hermana le toque asumir los deberes de la casa o lo separen de él. La madre intenta calmarlo, pero el niño, se comporta de forma desafiante, hostil y refiere que la odia, que ella no lo quiere, que pasa más tiempo con el novio, que no entiende por qué regresó con el papá del hermano menor después de que éste le pegó.</p> <p>La niña, se muestra</p>	<p>-Se evidencia que el vínculo familiar es conflictivo, aunque la consultante muestra deseos de mejoría, debe trabajar en su relación con los niños.</p> <p>-Se realiza remisión a psiquiatría con el fin de que reciba apoyo médico para el control de la impulsividad, se le explica a la consultante la importancia de que reciba el tratamiento farmacológico para evitar aumentar los riesgos de violencia.</p> <p>-Se acuerda dos consultas en la semana siguiente con el fin de reforzar el entrenamiento en habilidades de afrontamiento.</p>

						<p>distante, interviene muy poco en la sesión, sin embargo, dice que la mamá ha mejorado en los últimos meses, pero que le gustaría que los tratara mejor y no se desquitara con ellos cada vez que peleara con el novio.</p> <p>La consultante se mantiene tranquila, no niega ninguna referencia de los niños, dice que está haciendo todo lo posible para mejorar su conducta.</p>	
		<b>12</b>	<p>Promover la revaloración positiva de la consultante como una de las estrategias de afrontamiento para disminuir los pensamientos disfuncionales.</p>	<p>Reestructuración cognitiva: Autoregistros</p> <p>Entrenamiento en habilidades de Coping; promover la revaloración positiva, Solución de problemas, Apoyo Social y Profesional.</p>	<p>-Entrenamiento en habilidades de afrontamiento: reevaluación positiva, (basado en la conceptualización de la Escala de Estrategias de Coping – Modificada (EEC-M)) -Desarrollo de autoregistros</p>	<p>-La consultante refiere el proceso llevado a cabo para la consulta de psiquiatría, lo cual fue un logro, pues no había querido aceptar dicha alternativa por temor a los efectos secundarios de los posibles fármacos y las creencias asociadas a dicho especialista, tales como la atención de pacientes en estados mentales de locura, dependencia física por los medicamentos y aislamiento familiar y social por hospitalización.</p> <p>- A través de autoregistros en sesión se retomaron las situaciones e ideas disfuncionales detonantes de la desregulación emocional, logrando promover un estilo de</p>	<p>-Se anexa a la historia clínica, copia de la autorización a psiquiatría gestionada por la consultante, tras la remisión realizada el pasado 02 de marzo. Queda pendiente fecha de la consulta.</p> <p>-La consultante accede a vincular a sus hijos a valoración psicológica por parte de la IPS, tras recomendación dada en el proceso terapéutico. Se anexa copia de las órdenes a la historia clínica para hacer seguimiento al proceso.</p>

						<p>afrontamiento dirigido a la revaloración positiva; este proceso tuvo dos efectos principales, por un lado, motivar a la consultante, ya que, debido a su inestabilidad emocional, tiende a debilitarse en esta dimensión, manifestado hipersensibilidad ante las situaciones difíciles, las cuales enfrenta con impulsividad. Y por otro lado, el efecto de reestructurar la tendencia a valorar las situaciones difíciles como negativas, para lo cual se retomó el recurso de la búsqueda de alternativas, para que lo utilice en beneficio propio.</p>	
		<b>13</b>	<p>Desarrollar habilidades de afrontamiento enfocadas al manejo adecuado del estrés.</p>	<p>Entrenamiento en habilidades de afrontamiento: Revaloración positiva y Solución de problemas, regulación emocional:  Juego de roles  Exposición interoceptiva  Imaginería</p>	<p>-Se realiza un juego de roles con la consultante donde el terapeuta representa su pareja sentimental (factor de riesgo) y se enfrentan en una situación conflictiva. Como paso previo se le pide a la consultante realizar una descripción detallada de su pareja y se le explica que el propósito es evidenciar la forma en que se relacionan y como esta se convierte</p>	<p>-La consultante refiere que el juego de roles le permitió identificar la dinámica con su pareja y sus hijos en la cotidianidad, donde el clima emocional generalmente tensionante, debido a la forma del trato mutuo, de los correctivos utilizados, de la tendencia a observar la carencia de las situaciones y las personas, de la dificultad que le genera tener en cuenta las necesidades de los otros enfocándose solo en las propias.</p>	<p>-Se acuerda con la consultante la puesta en práctica de las estrategias de afrontamiento aprendidas y llevar registros de la aplicación.  -Se entrega material impreso con técnicas para soluciones de problemas y revaloración positiva.</p>

					<p>en un factor de riesgo para ella.</p> <p>-Entrenamiento en estrategias de afrontamiento:</p> <p>revaloración positiva, solución de problemas y regulación emocional. Para este paso se realiza una actividad de reconocimiento y regulación emocional, utilizando imágenes que también puede enseñar a sus hijos (cuya relación conflictiva representan otro factor de riesgo). También se utiliza la imagería y exposición interoceptiva basada en la conceptualización de la Escala de Estrategias de Coping.</p>	<p>-Reconoció verbalmente que hay diversas posibilidades y recursos para afrontar cada situación cotidiana y mantener mayor regulación emocional.</p> <p>-Se recuerda que el proceso requiere ser expuesto a la realidad en otras ocasiones y que la dificultad no dejará de estar presente porque hace parte de la vida, pero aplicando nuevas formas de afrontarla se pueden tener experiencias más adaptativas y satisfactorias.</p>	
		<b>14</b>	<p>Desarrollar habilidades de afrontamiento enfocadas al manejo adecuado del estrés.</p>	<p>Terapia Racional Emotiva Conductual – TREC:</p> <p>Técnica Debate de Creencias.</p> <p>Flecha Descendente.</p> <p>Juego de roles.</p> <p>Autoregistros.</p>	<p>-Reforzar las estrategias trabajadas en la sesión anterior.</p> <p>-Ejecución de la Terapia Racional Emotiva con la consultante, a través de debate de creencias, autoregistros y flechas descendentes de situaciones cotidianas se realiza una</p>	<p>La consultante identifica y expresa los siguientes logros como resultado del proceso terapéutico y de la aplicación de la Terapia Racional Emotiva:</p> <p>1. Logró identificar que los momentos donde se presentan mayores situaciones de estrés y por lo tanto se desencadenan episodios de agresión e impulsividad es en las</p>	<p>-Se propone que la consultante, los hijos y su pareja acuerden actividades nocturnas y motivadoras que reemplacen otras que son de carácter tensionante, tales como aseo del hogar, lavar ropa, tareas escolares o cocinar.</p> <p>-Se pide a la consultante las copias de las órdenes</p>

				Entrenamiento en habilidades de afrontamiento	valoración de los recursos de la consultante para la solución de problemas y la valoración positiva de las situaciones.	noches; Ahora es consciente que en este momento del día es donde han sucedido la mayor parte de sucesos traumáticos de violencia o donde suele experimentar cambios en el estado de ánimo y a nivel emocional. Por lo tanto, se propuso el desarrollo de actividades que resignifiquen la rutina nocturna de acuerdo a los intereses de los hijos y la consultante, se propuso plasmarlo en una sencilla cartelera para tenerlo en cuenta y cumplirlo. El objetivo es que se disminuya el estrés del que ahora se es consciente y se aumente el dominio emocional, fortalezca el vínculo familiar y se modifiquen los correctivos hacia los hijos. 2. Logró un nivel de apertura cognitiva que le permite visualizar recursos que antes no percibía y aplicarlos a su propio bienestar, tales como, hacer una sola cosa a la vez, fortalecer el amor a Dios en su hogar, continuar mejorando como estilista ya que es el oficio donde se siente “realizada” como ella	a psicología de los hijos para adjuntar a la historia clínica.
--	--	--	--	---	---	--	--

						<p>misma lo expresa y ha disminuido la preocupación por aspectos del orden que antes le generaban altos niveles de estrés, enfocándose más por aprovechar el tiempo con su familia.</p> <p>3. Está teniendo en cuenta que cada uno de sus hijos tiene necesidades particulares de acuerdo a su edad y deben vivir como niños y no con responsabilidades de adultos.</p> <p>4. Logró identificar que su relación con la pareja y sus hijos puede ser más estable en cuanto su trato sea más positivo; ahora es consciente que antes sus relaciones se determinaban por la forma en que los demás cumplían sus deseos y cuando esto no sucedía, los desvalorizaba y alteraba la relación negativamente; ahora tiene en cuenta en mayor medida al otro, sus propias necesidades y deseos.</p> <p>5. Ha logrado modificar el concepto hacia su madre, anteriormente la confundía el hecho de haber sido tratada de manera negativa y</p>	
--	--	--	--	--	--	--	--

						diferente con respecto a sus hermanos, ahora piensa que, la aceptación es más favorable para su salud mental.	
		<b>15</b>	Desarrollar habilidades de afrontamiento enfocadas al manejo adecuado del estrés.	Terapia Racional Emotiva Conductual – TREC:  Técnica Debate de Creencias.  Autoregistros.	- Se reestructuran otras pautas de crianza asociadas con creencias irracionales de la consultante, a través de la terapia racional emotiva.  - Se plasman en una cartelera las actividades diarias, con el objetivo de evaluar si están acordes con el propósito de disminuir las situaciones de estrés y aumentar los recursos de afrontamiento.	-Se identificó que en la noche existe un alto nivel de actividad con respecto al día, y esto puede estar generando las situaciones de conflicto, ya que se suma el cansancio físico y se reducen las horas de sueño.  - Se acordó redefinir las actividades nocturnas, buscando que los niños logren acostarse más temprano, la consultante pueda disminuir el nivel de responsabilidades en la noche y en su lugar se desarrollen actividades de ocio, de relajación, de reflexión y de integración familiar.	-Esta sesión se trabajó de dos horas por la necesidad de reforzar las técnicas  -Se dan recomendaciones en vista de tener 15 días entre esta y la próxima sesión por el receso de Semana Santa, lo que se utiliza como una oportunidad para que la consultante aplique lo aprendido.
		<b>16</b>	Prevenir las recaídas de la consultante.	Psicoeducación	-Se resumen los conceptos claves trabajados durante el tratamiento: creencias irracionales, pensamientos, emociones, estrategias de afrontamiento, regulación emocional, relajación.  Para la prevención de recaídas se tienen en cuenta los siguientes	-La consultante manifiesta que se siente con más herramientas para afrontar las situaciones que le generan tensión y estrés. Que el proceso le ha servido para reconocer que ha tenido hábitos que debe cambiar porque le afectan su vida.  -Devela que siguiendo el cronograma de las noches ha disminuido las situaciones estresantes y	-Se acordó que la próxima sesión se realizaran las pruebas post test.  -El próximo jueves 12 de abril será la consulta con psiquiatría; se espera reporte verbal a cerca de los resultados.

				<p>aspectos fundamentales:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Tener herramientas para afrontarlas si ocurren.</li> <li>-No son un problema</li> <li>-Se pueden presentar con nuevas formas.</li> </ul>	<p>ha fortalecido los vínculos con sus hijos.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Dice sentir que el haber creído en sus capacidades, en lugar de hacer juicios sobre sus conductas, le ha ayudado a mejorar la autoestima, la cual tenía muy afectada al inicio del proceso.</li> <li>-Refiere que la experiencia de psicología la visualiza como la mano que le ayudó a aprender a dar sus primeros pasos y que ahora entiende que debe seguir caminando. Ahora reconoce que tiene diversos recursos y que el cambio que desee para su vida debe enfocarlo en ella, principalmente en los siguientes aspectos:</li> </ul> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Disminuir los factores de riesgo, tales como el mantenimiento de relaciones tóxicas y disfuncionales. Tener muchas responsabilidades y no pedir la ayuda necesaria.</li> <li>2. Estar atenta a las situaciones de alarma para prevenir recaídas.</li> <li>3. Ser consciente de su condición emocional y para ello recibir la ayuda del psiquiatra; con ello evitar acudir a situaciones perjudiciales para su</li> </ol>	
--	--	--	--	---	--	--

						estabilidad y salud general. 4. La importancia de cuidar de sí misma a nivel emocional y físico para brindarle a sus hijos afecto y educación adecuada.	
		17	Evaluar el estado de la consultante post tratamiento	Evaluación pos tratamiento	Evaluación clínica mediante entrevistas clínicas con consultante e hijos. Aplicación de los instrumentos: Inventario clínico Multiaxial de Millon II (MCMI-II). Inventario de Ansiedad de Beck (BAI). Cuestionario de Depresión de Beck (BDI). Escala Estrategias de Coping (EEC-M).	La integración de los resultados de las pruebas pre y post test describen los siguientes resultados:  -El Cuestionario de depresión de Beck (BDI) y el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) arrojaron un nivel bajo en los dos momentos de aplicación.  - El propósito del siguiente análisis es integrar y comparar los resultados de las pruebas pre test aplicada el día 18 de septiembre y post test aplicada el 13 de marzo de 2018 de la Escala de Estrategias de Coping – Modificada (EEC-M) y determinar la evolución de la consultante en 7 meses de intervalo entre la primera y la segunda. Según los resultados de cada aplicación se observa una evolución significativa en el uso de estrategias de afrontamiento como	-Se acordó cita de seguimiento dentro de un mes: mayo 11 a las 8:30 am  -Se dieron como recomendaciones acudir a la cita de psiquiatría a la cual fue remitida desde tiempo atrás para contar con el apoyo médico ante una recaída, la cual fue aplazada para el 5 de mayo a las 11:00 am, según refiere la consultante.  - Continuar asistiendo y fortaleciendo su área espiritual ya que se evidencia como factor protector.  -Continuar con el proceso de terapia psicológica iniciado para los hijos a través de la entidad prestadora de salud.  -Acudir a servicio de terapia nuevamente cuando sienta que pierde

					<p>solución de problema, espera, religión, (la religión es una estrategia de afrontamiento evaluada en la Escala de Coping aplicada), búsqueda de apoyo profesional, evitación cognitiva, reevaluación positiva y negación. Así como una notable disminución del uso de estrategias como búsqueda de apoyo social, reacción agresiva y la expresión de la dificultad de afrontamiento. La evitación emocional y la autonomía se mantienen en el mismo nivel de poca frecuencia de uso en los dos test.</p> <p>El dato más significativo se evidencia en el factor de reacción agresiva el cual, puntuaba en el pre test por fuera del rango de la media poblacional con 96 y en el post test bajó a 70 puntos, entrando en el rango de la curva de normalidad, lo que representa una evolución positiva en el proceso de la consultante tratándose de que su mayor problemática estaba asociada con el uso de la violencia e impulsividad hacia sus hijos. Así mismo se observa que la</p>	<p>el control de las situaciones difíciles.</p> <p>-Se cierra el proceso terapéutico, tras la devolución de resultados, prevención de recaídas y diligenciamiento del formato de cierre de caso respectivo.</p>
--	--	--	--	--	--	---

					<p>consultante ahora utiliza la evitación cognitiva, como estrategia para distraer sus pensamientos de las situaciones que le generan estrés y dentro de un rango de normalidad y la espera como una forma para disminuir la impulsividad que también se asocia con su anterior tendencia a reaccionar agresivamente.</p> <p>La evitación emocional se mantiene por debajo de la curva de normalidad, lo que representa que la consultante tiende a no inhibir las reacciones que considera que son negativas por su carga emocional.</p> <p>-En el Inventario Clínico Multiaxial de Millon II el pre test, describió alteraciones de gravedad en el tipo de personalidad narcisista, antisocial, agresivo /sádico, límite, histeriforme / somatoforme, hipomanía, abuso de alcohol y de drogas, depresión mayor y delirios psicóticos; las escalas que presentaron un cambio significativo fueron: la agresivo /sádico con un TB descompensado de 86,</p>	
--	--	--	--	--	--	--

					<p>pasó a un TB bajo de 50, este indicador es positivo en cuanto que representaba uno de los problemas más significativos para la consultante quien llega remitida por violencia intrafamiliar a sus hijos; la escala compulsiva bajó de un nivel sugestivo (54) al nulo (27); el trastorno de ansiedad mostró una disminución pasando de un TB 64 lo que corresponde a un nivel sugestivo a TB 56 ubicándolo en nivel bajo; en la escala de abuso de alcohol puntuó en el pre test un TB de 101 y bajó a 59; el abuso de drogas paso de un TB de 91 a 80, que aunque sigue siendo moderadamente grave, dejó de ser descompensado; la depresión mayor marcó en el pre test un TB de 80 y bajó a 64; también se destaca un cambio positivo en la escala de la neurosis depresiva – Distimia que aunque no puntuaba un indicador de gravedad, sino sugestivo, con un TB de 70 pasó a un nivel bajo de 55.</p> <p>Por otra parte, la escala de patrón esquizoide describe</p>	
--	--	--	--	--	--	--

					<p>un aumento significativo ya que de un TB de 42 pasó a uno de 81, el cual tiene correlación con el patrón de personalidad patológica de trastorno esquizotípico el cual también tuvo un aumento entre el pre test con un TB de 71 a 89, pasando a un nivel descompensado; también se presentó un aumento en el patrón histriónico, en el que había puntuado en un nivel sugestivo de 72 y pasó a un TB elevado de 90. La escala de pasivo / agresiva (negativista) paso de un TB 64 a 76, ubicándose en un nivel moderado de alteración; también se observa un cambio en el trastorno paranoide donde pasa de un TB de 77 a un nivel elevado de 94 y los pensamientos psicóticos aumentaron de un nivel sugestivo (66) a moderado (80).</p> <p>Por último, se observa que se mantienen en el mismo nivel, las escalas: narcisista (elevado); antisocial (elevado); autodestructiva (sugestivo); limite (moderado); histeriforme / somatoforme (moderado)</p>	
--	--	--	--	--	--	--

					<p>e hipomanía (elevado). Con lo anterior se puede observar que la consultante mantiene algunos patrones básicos de su personalidad a través del tiempo que son comórbidos con los trastornos Esquizotípica, límite y paranoide que también describe. En los síndromes clínicos de gravedad moderada se observa que se mantiene el histeriforme / somatoforme, la hipomanía y aunque en menor nivel el abuso de drogas. En lo que respecta a los síndromes clínicos de gravedad severa se describen los pensamientos y delirios psicóticos. Según la prueba post test, parece haber existido una evolución significativa en los patrones básicos de personalidad agresiva / sádica y compulsiva, así como en los síndromes de gravedad moderada, en los que respecta a la ansiedad, neurosis depresiva – Distimia, abuso de alcohol y de gravedad severa, la depresión mayor, ya no puntúa de forma significativa a diferencia del pre test.</p>	
--	--	--	--	--	--	--

		<b>18</b>	Devolución de resultados post test	<p>Prevenición de recaídas.</p> <p>Devolución de resultados.</p> <p>Generación de compromisos.</p> <p>Retroalimentación y cierre.</p>	<p>-Se realizó una segunda y última sesión de prevención de recaídas a través de la devolución de los resultados pos test y psicoeducación.</p>	<p>-Se realizó devolución de resultados a la consultante enfatizando en los recursos que desarrolló en el proceso terapéutico para prevenir recaídas, tales como, disminución del uso de reacciones agresivas ante las situaciones estresantes, así como expresión de las emociones, búsqueda de apoyo social y profesional.</p> <p>-Se brindó refuerzo psicoeducativo en la importancia de recibir atención psiquiátrica como medida de prevención y control de la sintomatología disfuncional relacionada con sus patrones de personalidad, tales como la inestabilidad emocional y despersonalización.</p>	<p>-Pendiente cita de seguimiento en un mes y la evidencia de la consulta con psiquiatría.</p>
--	--	-----------	------------------------------------	---	---	---	--

## Anexo I. Resumen del tratamiento implementado según etapa y número de sesión

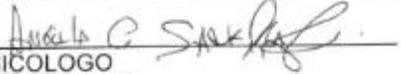
Etapa	No. de sesión	Procedimientos realizados
<b>Primera etapa: Evaluación y diagnóstico</b>	1 - 2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recepción de caso.</li> <li>• Consentimiento informado.</li> <li>• Entrevista con consultante.</li> <li>• Indagación de historia clínica.</li> <li>• Aplicación de los instrumentos:               <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Inventario clínico Multiaxial de Millon II (MCMI-II).</li> <li>▪ Inventario de Ansiedad de Beck (BAI).</li> <li>▪ Cuestionario de Depresión de Beck (BDI).</li> <li>▪ Escala Estrategias de Coping (EEC-M).</li> </ul> </li> </ul>
	3-4	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Análisis funcional.</li> <li>• Devolución de resultados.</li> <li>• Psicoeducación.</li> </ul>
<b>Segunda etapa: Intervención</b>	5 -7	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Terapia Cognitiva de Beck: Reestructuración Cognitiva.               <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Técnica Flecha descendente.</li> <li>▪ Técnica Discusiones cognitivas.</li> <li>▪ Técnica Diálogo socrático.</li> <li>▪ Autoregistros: en sesión y por medio de correos electrónicos y teléfono entre sesiones.</li> </ul> </li> </ul>
	8 -13	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reestructuración cognitiva.</li> <li>• Entrenamiento en Estrategias de Coping: Reacción Agresiva.               <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Relajación Muscular Progresiva.</li> <li>▪ Auto instrucciones.</li> </ul> </li> </ul>
	9	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Re encuadre terapéutico luego de receso académico.</li> </ul>
	10 -11	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entrenamiento en Estrategias de Coping: Reacción Agresiva.               <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Psicoeducación pautas de crianza.</li> <li>▪ Técnica de juego de roles.</li> <li>▪ Técnica de exposición por imaginiería.</li> </ul> </li> </ul>
	12-13	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reestructuración cognitiva.</li> <li>• Entrenamiento en Estrategias de Coping: Solución de problemas, Apoyo Social y Profesional.               <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Exposición Interoceptiva.</li> </ul> </li> <li>• Técnica de juego de roles.</li> </ul>
	14- 15	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Terapia Racional Emotiva Conductual –TREC.               <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Técnica Debate de Creencias.</li> <li>▪ Flecha Descendente.</li> <li>▪ Técnica de juego de roles.</li> <li>▪ Autoregistros.</li> </ul> </li> </ul>
	16	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prevención de recaídas.</li> </ul>
	17	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluación post:               <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Evaluación clínica mediante entrevistas clínicas con consultante e hijos.</li> </ul> </li> </ul>

- 
- Aplicación de los instrumentos:
    - Inventario clínico Multiaxial de Millon II (MCMI-II).
    - Inventario de Ansiedad de Beck (BAI).
    - Cuestionario de Depresión de Beck (BDI).
    - Escala Estrategias de Coping (EEC-M).
- 

18

- Prevención de recaídas.
  - Devolución de resultados.
  - Generación de compromisos.
  - Retroalimentación y cierre.
-

## Anexo J. Remisión externa a psiquiatría

 <b>Universidad Pontificia Bolivariana</b> Vigilada Mineducación		<b>CENTRO DE PROYECCIÓN SOCIAL</b> <b>UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA</b> <b>PIEDECUESTA</b>	
<b>FORMATO DE REMISIÓN</b>			
<b>NOMBRE</b>			
<b>FECHA</b>	Marzo 02 de 2018		
<b>EDAD</b>	35 años		
<b>REMITIDO A:</b> Psiquiatría			
<b>ANTECEDENTES:</b>			
<p>Por medio del presente oficio me permito remitir a la señora identificada con la C.C. expedida en Bucaramanga (Santander) de 35 años de edad debido a posible 301.83 (F60.3) Trastorno de Personalidad Limite, cumpliendo cinco (5) criterios, diagnósticos según el DSM V: <i>esfuerzos desesperados para evitar el desamparo real o imaginado, patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas que se caracteriza por una alternancia entre los extremos de idealización y de devaluación, impulsividad en dos o más áreas que son potencialmente autolesivas, inestabilidad afectiva debida a una reactividad notable del estado de ánimo (p. ej., episodios intensos de disforia, irritabilidad o ansiedad que generalmente duran unas horas y, rara vez, más de unos días), enfado inapropiado e intenso, o dificultad para controlar la ira.</i> Dicha sintomatología, ha provocado, entre otras problemáticas, episodios de violencia intrafamiliar de tipo psicológica y física, ocurriendo el último episodio hacia uno de sus hijos hace menos de una semana. Lo anterior se identificó en consulta realizada en el proceso de acompañamiento psicológico en la IPS Centro de Proyección Social de la Universidad Pontificia Bolivariana (CPS), tras el desarrollo de entrevista clínica, aplicación de pruebas de personalidad (Millon II), de depresión (BDI), de ansiedad (BAI), y de escala de estrategias de afrontamiento – modificada (EEC-M), así como la descripción de la remisión hecha por la Comisaría de Familia de Piedecuesta, en la cual refieren problemáticas de violencia intrafamiliar y declaran que su estado emocional representa riesgos para su integridad física y emocional y la de su grupo familiar</p>			
<b>IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:</b>			
301.83 (F60.3) Trastorno de Personalidad Limite 314.01 (F90.1).			
 PSICÓLOGO T.P No. 116789			
2/ marzo/ 18 2:40 pm			

## Anexo K. Evidencias del proceso terapéutico

### Evidencia 1. Actividad practica en sesión



### Evidencia 2. Programador de actividades



## Evidencia 3. Autoregistros

Situación.	Pensamiento	Emoción	Conducta.
6 Marzo / 2018 9:30 am. a la 4:pm Vila Casa Desordenada. 5 Marzo 10:pm.	Seles hizo tarde.	Comprensión.	Respire y Trabaje en el Salón de Belleza. como había alguien observandome a dille.
Samuel No se va a dormir. Luego de 3 horas de acostarse y levantarse y de tirar cosas al Suelo. 5 Marzo 11:00pm.	Por q no me hace caso	Frustración + Ira (3)	Quimine hasta el le tome le bajé la piyuma y le di dos nalgadas y le dije se vaya! para la cama. al rato se quedó dormido.
Emanuel hacia Monedas	Parece q no es normal.	Preocupación y Ira (3)	Comence a decirle: an un tono de voz q iton medio. Comportate tedie hijo te felicitó x tu buena conducta ayu en los aerobicos y ahora llegar y saltar y girar como un loco y q pena me haces sentir. Jajente dice: ahí va Emanuel el loco y no es así tu eres un niño tranquilo normal comportate. no me hagas pasar vergüenza Ni Taylor q es un niño Espacial hace esas cosas. de girar y saltar en la calle como un loquito. Mira es tarde de la noche y los niños en la calle son ustedes. yales habra acompañado les permití jugar ya entrese pero no se sale a hacer el Show. (ya Emanuel se le Monoclaron los) ojos al suelo en la calle.)

## Evidencia 4. Algunos Correos Electrónicos

<input type="checkbox"/> ☆ yo	Saludo - Hola Y [redacted], Continuate indispueta de salud? Me cuentas...	16 mar.
<input type="checkbox"/> ☆ yo, y [redacted] (7)	Recibidos Saludo - gmail.com> escribió: > Como estas? >> El mar. 15, 2018 4:45 PM, "y [redacted] Ri [redacted] com> escribió	15 mar.
<input type="checkbox"/> ☆ yo, y [redacted] (5)	Recibidos Saludo y firma de asistencia - gmail.com> escribió: > Hola Y [redacted] ... >> Ya cuadre para que el viernes podamos tener ci	13 mar.
<input type="checkbox"/> ☆ yo, y [redacted] (3)	Recibidos Saludo - gmail.com> escribió: > Hola Y [redacted] >> Quería saber cómo te encuentras y enviarte un gran abrazo. Ademas	8 mar.
<input type="checkbox"/> ☆ y [redacted] R [redacted]	Recibidos Hola - Aquí estoy en ARS esperando para sacar cita.... y las de los niños el 12 de marzo dan las	5 mar.
<input type="checkbox"/> ☆ yo, y [redacted] (7)	Recibidos Saludo - gmail.com> escribió: >> Hola Y [redacted] >> Entonces pasemos la cita de nosotras para el martes de 8:00 am	4 mar.
<input type="checkbox"/> ☆ yo, y [redacted] (2)	Recibidos Seguimiento tratamiento - gmail.com> escribió: > Buen día, Y [redacted] >> Me permito saludarte para saber cómo te ha ido	23 feb.
<input type="checkbox"/> ☆ yo, y [redacted] (2)	Recibidos Estrategias de afrontamiento - gmail.com> escribió: > Hola Y [redacted] te envío dos documentos sobre el tema de estrategias	9/11/17

**Evidencia 5. Tiempo con sus hijos**



**Evidencia 6. Peluquería adecuada en casa y venta de alimentos**