

Trastorno Límite de la Personalidad en una Paciente de 18 Años Internada en una Clínica de
Salud Mental en Cartagena: un Estudio de Caso

María Cabrales

Asesor Dr. Jeimer Ortiz Marimon

Universidad del Sinú

Especialización en Psicología Clínica de Niños y Adolescentes

17 de Marzo de 2022

Resumen

Objetivo: describir y analizar el caso en particular de la paciente L.C con el fin de generar hipótesis que serán contrastadas en relación a los fundamentos teóricos de la enfermedad, y a partir de esto, proponer un plan de intervención con el fin de abordar aquellos aspectos que se lograron identificar y que generan un malestar al paciente. Materiales y métodos: Se presentan los resultados de una evaluación cognitivo conductual llevada a cabo con una paciente de 18 años de edad que esta internada en una clínica de salud mental y padece trastorno límite de la personalidad. Para el proceso de evaluación se utilizó la entrevista y diferentes pruebas como inventario de depresión de Beck, inventario de ansiedad de Beck y cuestionario IPDE dando como resultado positivo para el trastorno, se plantea un plan de intervención y tratamiento desde el enfoque cognitivo conductual, que consta de doce sesiones utilizando técnicas como: activación conductual, psicoeducación, reestructuración cognitiva, técnicas de regulación emocional, entre otras. Resultados y discusión: Los resultados del programa, tras doce sesiones de intervención en la paciente muestran una disminución en el estado de ánimo de la paciente, así mismo como un notable mejoramiento de sus relaciones interpersonales, especialmente en el ámbito familiar.

Palabras clave: Trastorno límite de la personalidad (TLP), intervención, tratamiento psicológico, técnicas cognitivas conductuales.

Abstract

Objective: to describe and analyze the particular case of the LC patient in order to generate hypotheses that will be contrasted in relation to the theoretical foundations of the disease, and from this, propose an intervention plan in order to address those aspects that were identified and that generate discomfort to the patient. **Materials and Methods:** The results of a cognitive-behavioral assessment carried out with an 18-year-old female patient who is hospitalized in a mental health clinic and suffers from borderline personality disorder are presented. For the evaluation process, an interview and different tests such as Beck depression inventory, Beck anxiety inventory and IPDE questionnaire were used, resulting in a positive result for the disorder, an intervention and treatment plan is proposed from the cognitive behavioral approach, which consists of twelve sessions using techniques such as: behavioral activation, psychoeducation, cognitive restructuring, emotional regulation techniques, among others. **Results and discussion:** The results of the program, after twelve sessions of intervention in the patient show a decrease in the patient's mood, as well as a notable improvement in her interpersonal relationships, especially in the family environment.

Key words: Borderline personality disorder (BPD), intervention, psychological treatment, cognitive behavioral techniques.

Introducción

La adolescencia es una etapa necesaria y previa a la adultez, se encuentra entre los 10 y los 19 años y a nivel social es un período que requiere atención debido a los problemas que recurrentemente se presentan; sin embargo, aunque es un tiempo desafiante, también es especial para crear fortalezas y ampliar el aprendizaje. La adolescencia tardía inicia a los 17 años y en algunos casos llega hasta los 21 años, en donde normalmente se empiezan a sentir más cómodos con su forma corporal y buscan crear una identidad que les permita ser aceptados por la sociedad; también inician su proyección, revelada en las decisiones que configuran su futuro (UNICEF, s.f.).

Ahora bien, como ya se había mencionado, en la adolescencia empiezan cambios a nivel psicológico y la construcción de esa personalidad que va a permanecer a lo largo de su vida, lo que resulta importante definir lo que es la personalidad.

Así mismo, se requiere conocer acerca de los esquemas maladaptativos, los cuales son herramientas que facilitan el entendimiento de los casos clínicos con el fin de aportar en la construcción del perfil del paciente (Pérez y Torres, 2016).

La disfuncionalidad de las personas pueden evaluarse en forma de esquemas o patrones, que se encuentran relacionados por la función que ejercen los elementos cognitivos, los recuerdos, las situaciones emotivas o contacto corporal ya sea entre personas entre varias personas o ella misma (Young et al., 2013).

Es así que dichos patrones (Esquemas maladaptativos tempranos) que se originan en situaciones dañinas y que normalmente se desarrollan durante la niñez, son los que generan los trastornos crónicos, de carácter y severos que influyen de manera directa con la personalidad (Young, 1999).

Pérez y Torres (2016) mencionan algunas de las tipologías propias de los esquemas maladaptativos, entre ellas: la resistencia al cambio, reflejo de las experiencias familiares en la niñez, respuesta condicionada a una experiencia anterior, activación de barreras de protección, situaciones tóxicas en la adolescencia e interacción con circunstancias disfuncionales de su círculo de personas.

Los esquemas adaptativos como podemos evidenciar pueden surgir por diferentes factores que se vivieron a la largo de su infancia y pueden llegar al punto de desarrollar un trastorno de la personalidad.

Dicho trastorno en la persona normalmente crean una importante degeneración funcional que predetermina la relación, respuesta y apreciación de las circunstancias diarias, motivando así una reacción inflexible y obstinada de desadaptación al ambiente laboral, familiar, social o académico; estos trastornos pueden ser paranoide, esquizoide, esquizotípico, antisocial, límite, histriónico, narcisista, evasiva, dependiente y obsesivo-compulsivo (APA, 2014).

Dentro de estos trastornos, los pacientes que tienen el límite de personalidad (TLP) presentan relaciones inestables con otras personas, identidad alterada con una imagen propia continuamente inestable, comportamientos suicidas o de automutilación, afecto no estable, vacío como un sentimiento crónico, descontrol e ira, paranoia promovida por el estrés y se esfuerzan de manera frenética para impedir un real o imaginario abandono (APA, 2014).

El tratamiento clínico que se realiza como terapia para el TLP puede producir resultados no esperados, siendo este trauma uno de los desafíos más importantes en la salud mental debido a que falta conocimiento por descubrir al respecto, así como es uno de los objetivos más frecuentes de las terapias cognitivo-conductuales (Caballo y Camacho, 2000).

Aunque son pocos los estudios que han revisado la eficacia de las terapias psicosociales para el TLP, Linehan et al (1991) lograron realizar una prueba aleatoria clínica en mujeres con TLP con tendencias parasuicidas, en donde demostraron que las pacientes a las cuales se les realizó una dialéctica conductual a manera de terapia, presentaron una disminución en las tendencias parasuicidas, así como la reducción en el tiempo de cuidados psiquiátricos en el hospital.

Así mismo, Gómez (2010) considera de vital importancia la relación terapéutica para lograr el éxito en los tratamientos cognitivo-conductuales, ya que su intervención promueve la modificación, entendimiento y expresión de los aspectos disfuncionales, facilitando así un bienestar mejor.

Aunque Turkat (1990) parece ser pesimista del método del déficit de solución de problemas para el tratamiento del TLP, propone el ejercicio para consolidar conceptos y solucionar problemas, evaluación categórica y eficacia en el proceso para el aumento en la velocidad de respuesta de la formulación clínica.

Finalmente, el objetivo de este estudio de caso es describir y analizar el caso en particular de la paciente L.C con el fin de generar hipótesis que serán contrastadas en relación a los fundamentos teóricos de la enfermedad, y a partir de esto, proponer un plan de intervención con el fin de abordar aquellos aspectos que se lograron identificar y que generan un malestar al paciente.

Materiales y Métodos

Datos biográficos e historia del problema

Paciente femenina de 18 años de tés clara, ojos negros, cabello corto con dos colores, contextura delgada. La paciente es la hija menor de 4 hermanos, nacida por cesárea y desconoce complicaciones al nacer; comenta que sufrió maltrato infantil en su infancia, agresiones físicas y verbales por parte de la madre. durante la época de escolaridad recibió maltrato físico por parte de sus compañeros, no convive con su padre, su madre la dejó al cuidado de la abuela materna hasta el fallecimiento de esta. actualmente se encuentra viviendo con su madre y una hermana, se identifica sexualmente como pansexual.

Lc inició sus estudios a los 2 años de edad en un jardín cercano del lugar de residencia, a los 5 años inicio su primaria en una institución pública del sector, la paciente refiere que durante esta época de estudio sus compañeros la trataban muy mal y se reían de ella, se caracteriza por ser una niña pasiva y tranquila.

Inicia su secundaria en otra institución cercana al lugar de residencia, en esta se caracteriza por ser una joven, pasiva y de poco hablar, expresa que sufrió de bullying durante esta época escolar, en esta institución culmino sus estudios de bachillerato.

Le al nacer recibió todo el cariño y afecto de su madre y padre, expresa que solo una hermana era la mas amorosa y cariñosa con ella, pues eso son los recuerdos que tiene a partir de los 6 años.

Surge la separación de los padres y la paciente carece de afecto de mamá y papá, ya que el padre se va otro lugar y pierde comunicación con ella y la madre empieza a salir con otra persona y la deja al cuidado de la abuela, la cual la maltrataba física y psicológicamente.

En la actualidad la paciente cuenta con muy pocos amigos porque ella dice que todos la rechazan o se acercan a ella para lograr un objetivo y luego la abandonan.

Análisis y descripción de las conductas problemas.

A partir de los datos obtenidos durante el proceso de evaluación, dirigido a obtener información sobre diferentes áreas de relevancia clínica para el análisis del caso, se identifican los dos siguientes problemas:

Problema 1 (p1): Alteración del Estado de Ánimo de Tipo Depresivo con Ideación de Intento Suicida.

Se identifica una alteración en su estado de ánimo caracterizado por tristeza constante, llanto con facilidad, desinterés por las actividades diarias, sentimiento de culpa y de muerte, miedo de hacer daño a sí mismo, que experimenta desde hace 4 años con cinco episodios depresivos. El problema viene acompañado por sentimientos crónico de vacío esto ha conllevado que la paciente tenga relaciones inestables y poco duraderas pero al mismo tiempo intensas, se puede evidenciar que la paciente tiene una imagen de si misma inestable asociado con autoestima baja el cual se evidencia cuando expresa que no le gusta su color de piel, mi nariz es muy redonda, en ocasiones cuando se quiere ver como mujer quiere ser flaca y cuando se

quiere ver como hombre quiere estar "gordita", las conductas que acompañan estos pensamientos son: excesivo consumo de alimentos y de actividades deportivas pero también demora varios días sin ingerir ningún tipo de alimentos.

La mayoría de estos pensamientos y conductas van acompañados de emociones como tristeza y rabia las cuales no puede controlar de una manera adecuada y se acompaña con una activación fisiológica como; taquicardia y agitación motora.

Problema 2 (p2): Relacional: Problemas en las Relaciones Interpersonales.

LC presenta problemas familiares conflictivos. Se siente rechazada por su madre, ella dice que en ocasiones le lanza expresiones como "no sirves para nada" "te las pasas todo el día durmiendo, busca algo que hacer" manifiesta que las discusiones con su madre son constantes y eso la pone muy triste, con su padrastro tiene una relación distante, no se hablan en ningún momento aunque viven en la misma casa, ella expresa "ese señor no me dice nada a mí pero pasa pendiente a lo que hago para decirle a mi mamá para que yo me ponga a pelear con ella" "por eso me cae muy mal", "es como si no existiera para mí" con su padre mantiene una relación distante, habla muy poco de el lo que si refiere es que el la abandono desde que era muy pequeña y dice "el no me quiere", la relación con su hermana del medio es muy buena, dice que es la única persona que la quiere, que la entiende y confía en ella.

En cuanto a relaciones sociales, ella manifiesta que tiene muy pocos amigos, esto se puede justificar por la inestabilidad que presenta para sostener las relaciones, expresa que ha tenido varios amigos pero que siempre la abandonan, no piensan igual que ella y que al final solo la quieren para obtener algo y luego se marchan, por eso ella prefiere tener muy pocos amigos.

La paciente constantemente está manejando pensamientos automáticos como; “no me van a aceptar en ese grupo de amigos” “me van a rechazar y se van a burlar de mi”.

Se denota en las problemáticas identificadas en la paciente que se sostienen bajo una relación molar de tipo anidado entre P1 y P2. Donde la alteración del estado de ánimo depresivo de la paciente, (p1) le genera dificultades en las relaciones sociales (p2) y las dificultades en las relaciones interpersonales (p2), le genera un estado de ánimo depresivo con ideación suicida (p1)

Para el proceso de evaluación clínica de L.C se utilizó la entrevista con el fin de evaluar cada una de las áreas de funcionamiento (personal, familiar, académica, afectiva y social), acompañado de tres pruebas para validar cada una de las problemáticas presentadas y confirmar el diagnóstico, a continuación, se detallan cada una de ellas.

Se inicia la primera entrevista con la paciente donde se aplica examen mental, en la segunda sesión se indaga los problemas familiares, del contexto y las quejas del paciente. Se aplica también consentimiento informado.

Una sesión posterior se realiza otra entrevista para indagar más a profundidad sobre las situaciones que anteceden a las recaídas que ella había mencionado en la sesión anterior. y en una próxima sesión se aplicaron pruebas para confirmar las hipótesis diagnósticas que se tenía con la paciente las cuales más adelante se mencionaran.

Instrumentos de evaluación

Tabla 1

Instrumentos de evaluación

Instrumento	Descripción	Resultados
-------------	-------------	------------

Escala de Ansiedad de Beck	El Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) es un autoinforme de lápiz y papel compuesto por 21 ítems de tipo Likert. El inventario inicialmente propuesto por Beck y sus versiones posteriores han sido los instrumentos más utilizados para detectar y evaluar la gravedad de la depresión	Puntaje de 18 que se ubica en el rango 0-2 para un resultado de ansiedad bajo.
Escala de Depresión de Beck	cuestionario autoadministrado que consta de 21 preguntas de respuesta múltiple. Es uno de los instrumentos más comúnmente utilizados para medir la severidad de una depresión. Está compuesto por ítems relacionados con síntomas depresivos	Puntaje total: 26 lo que lo ubica en el rango 20-28 dando como resultado una depresión moderada.
Cuestionario de Evaluación IPDE	Su propósito es identificar aquellos rasgos y conductas que sean relevantes para la evaluación de los criterios de trastornos de personalidad según los sistemas de clasificación CIE-10 y DSM-IV. Criterios de evaluación	Paranoide: 6 F Esquizoide: 2 F Esquizotípico: 5 F Histriónico: 4 F Antisocial: 3F Narcisista: 4 F Límite: 8f Obsesivo-compulsivo: 4f Dependencia: 6f Evitación: 4f La paciente puntúa 8f, en trastorno límite de la personalidad, lo que indica que presenta rasgos de personalidad marcados en este trastorno.

Nota. Se describen los instrumentos de evaluación aplicados y sus respectivos resultados.

Fuente: Elaboración propia.

Tratamiento

Se presenta en la Tabla 2 una descripción de cada una de las técnicas seleccionadas para trabajar los objetivos específicos que resulto del análisis funcional de la paciente LC estructuradas bajo en el enfoque cognitivo conductual.

El tratamiento se desarrolla a lo largo de doce sesiones por una duración de nueve meses. El surgimiento de esta, nace de asesorías con docentes especializados en el área clínica donde explican detalladamente que técnicas son mas efectivas y adecuadas para diferentes trastornos, en este caso el trastorno limite de la personalidad. Se tiene como referencia el libro manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales. (Ruiz Fernández, Díaz García y Villalobos Crespo, 2013).

Tabla 2

Tratamiento sugerido

Objetivos Generales	Objetivos Específicos	Técnica	Sesión	Indicadores clínicos
Disminuir la Alteración del Estado de Ánimo	Disminuir el estado de ánimo depresivo	Activación conductual	1, 2, 3	Que la paciente ponga en práctica situaciones agradables en situaciones donde presente estado de ánimo bajo en 7 de 10 situaciones.
	Entrenar en el control emocional	Psicoeducación y técnicas de regulación emocional (terapia dialéctica conductual) y aceptación y compromiso	4,5, 6	Que la paciente ponga en práctica herramientas de control emocional en 7 de 10 situaciones que se le presenten.
	Construir un proyecto de vida ajustado a las necesidades del paciente.			Que la paciente logre cumplir con 2 de 5 objetivos en su proyecto de vida.

		Psicoeducación		
	Entrenar para la resolución de problemas cotidianos	Entrenamiento en solución de problemas	7	Que la paciente logre en 7 de 10 situaciones que se le presentes resolver problemas cotidianos de la manera más adecuadas.
Mejorar la Interacción Social Intrafamiliar	Disminuir los pensamientos irracionales	Reestructuración cognitiva (técnica de flecha descendente) auto instrucciones	8, 9, 10	Que la paciente sea capaz de disminuir pensamientos irracionales como: “solo me utiliza” “soy fea” en 6 de 10 situaciones que se le presenten
	Entrenamiento en habilidades como: participación en las actividades del hogar, seguir instrucciones, respetar opiniones, pedir disculpas y expresar los sentimientos.	Entrenamiento en habilidades sociales (modelado)	11 y 12	Que la paciente sea capaz de ejecutar los procedimientos como actividades en el hogar, seguir instrucciones etc., en 7 de 10 situaciones posibles que se le presenten.

Nota. Se describen las técnicas empleadas, sus objetivos y los indicadores clínicos en las 12 sesiones realizadas. Fuente: Elaboración propia.

Sesión 1, 2 y 3.

Se inicia esta técnica con la programación de actividades placenteras para la paciente, se intenta transmitir a la paciente que la única manera de cambiar como se siente en ocasiones es cambiar lo que se hace a menudo, se trabara con un listado de actividades que ella crea que le pueden gustar, la actividad debe ser sencilla, si es muy complicada se va a dividir en pasos para que ella la pueda llevar a cabo, se va a concretar la frecuencia con que la va a realizar, la duración, los días y las horas en la que se trabajara, también nos vamos a poner

unas metas pequeñas y específicas para que esto aumente las probabilidades de llevarla a cabo.

En el próximo encuentro vamos a trabajar en mantener estas actividades por mediante refuerzo positivo: si ella logra realizar la actividad como se le indico puede ir al centro comercial y comerse un helado, puede ir sola o en compañía de la hermana.

Sesión 4 y 5.

Se le ensañara una serie de herramientas para que aprenda a aceptar la realidad cuando esta es difícil de aceptar o ella presentan fuerte impulso en quitarse la vida, se maneja por medio de la estrategia stop (parar, dar un paso atrás, observar y proceder) mediante un ejercicio guiado.

En esta misma sesión trabajaremos aceptación y compromiso por medio de un ejercicio denominados las cartas: las cartas serán pensamientos que le llegan a la paciente y ella decide si dejarlas cuando caen o quitarlas.

Sesión 6.

En esta sesión se propone establecer un ajuste centrado en la Psicoeducación para trabajar en la construcción de un proyecto de vida con la paciente, atendiendo a los recursos propios y del contexto y que soporte la confrontación de la identidad de la paciente que conlleve la fijación de metas, en relación con criterios y sustentado en valores personales. Podemos trabajar en las fortalezas, amenazas etc por medio de la plantilla DOFA entre otras herramientas que ayuden para cumplir con el objetivo.

Sesión 7.

En esta sesión se va a trabajar en el entrenamiento de resolución de problemas por medio de situaciones que se le plantearan a la paciente y que ella tiene que resolver, esto lo vamos a lograr por medio de la técnica de modelado.

Sesión 8, 9 y 10.

En estas sesiones se va a realizar una reestructuración cognitiva se va a explorar los significados de los pensamientos más superficiales de la paciente hasta llegar a las más profundas para tratar de modificarlas mediante un razonamiento realista y lógico.

Se adopta la sugerencia de Beck (2005), en donde se propone modificar los esquemas identificados, a través de la recolección de información con el fin de ajustar las desadaptaciones para que sean más funcionales.

Sesión 11 y 12.

En estas sesiones se va a entrenar a la paciente en habilidades sociales por medio de situaciones que se le mostraran y posteriormente la paciente las va a ir adquiriendo mediante el modelado simbólico.

Resultados

Con la aplicación de este tratamiento se espera que la paciente disminuya la alteración del estado de ánimo, cuando esto suceda ella va a tener herramientas diferentes a la que está utilizando en estos momentos para intentar solucionar su “problema”, así mismo se espera que mejore en las relaciones interpersonales trabajando sobre esas áreas que se han identificado que están debilitadas.

Discusión

Lc fue al centro de rehabilitación acompañada de su madre, ya que esta tuvo un episodio de crisis donde intento quitarse la vida. Su estadía en el centro de rehabilitación fue de 4 meses. Al ingresar le fue diagnosticado el trastorno limite de personalidad de tipo depresivo.

Seguidamente, el centro de rehabilitación inicia un proceso de intervención y tratamiento con un equipo multidisciplinar: psiquiatría, psicología, medicina general, enfermería, terapeutas ocupacionales y consejería religiosas.

Entre psicología y psiquiatría se llevan a cabo terapias de manera individual y grupal todos los días de la semana y una terapia ocupacional a la semana.

Se trae a colación lo anterior porque se puede considerar que los tratamientos aplicados en la clinica son netamente conductuales para disminuir la conducta con la que la paciente ingreso al centro de rehabilitación, la sugerencia es que se podría equilibrar un tratamiento entre lo cognitivo y conductual aplicando técnicas que sean efectivas para la parte cognitiva de la paciente (pensamientos, emociones). Que es lo que finalmente impulsa a la paciente a presentar las crisis que ha venido teniendo a lo largo de los años.

Concretamente en este caso técnicas de activación conductual, reestructuración cognitiva, psicoeducación, terapia dialéctica conductual, así como las técnicas de entrenamiento de resolución de problemas y el entrenamiento en habilidades sociales (modelado). Se puede subrayar desde una perspectiva de apreciación clínica es el

importante papel de las habilidades de resolución de problemas y la activación conductual, tal como lo menciona Linehan et al (1991) en su investigación donde realizó una prueba aleatoria clínica en mujeres con TLP con tendencias parasuicidas y lograron demostrar que las pacientes a las cuales se les realizó una dialéctica conductual a manera de terapia, presentaron una disminución en las tendencias parasuicidas, así como la reducción en el tiempo de cuidados psiquiátricos en el hospital.

Así mismo, Gómez (2010) considera de vital importancia la relación terapéutica para lograr el éxito en los tratamientos cognitivo-conductuales, ya que su intervención promueve la modificación, entendimiento y expresión de los aspectos disfuncionales, facilitando así un bienestar mejor.

A nivel de tratamiento una dificultad que se observa en la paciente fue la constante mención de que la profesional que estaba llevando su caso en algún momento la iba a abandonar al igual que muchas personas en su vida, este pensamiento es característico de las personas que sufren este trastorno y se ha mencionado a lo largo del artículo.

Referencias

- American Psychiatric Association. (2014). *Guía de Consulta de los Criterios diagnósticos del DSM-5*. (Vol. 5 Edición). Versión española: Panamericana.
- Beck, A.T. (1997). The past and future of cognitive therapy. *Journal of Psychotherapy Practice & Research*, 6, 276-284.
- Beck, A.T. (1999). Cognitive aspects of personality disorders and their relation to syndromal disorders: A psychoevolutionary approach. gEn C.R. Cloninger (comp.), *Personality and psychopathology* (pp. 411-430). Washington: American Psychiatric Press.
- Beck, A.T., Freeman, A., Davis, D.D. y otros (2005). *Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad*. Buenos Aires: Paidós Ibérica.
- Caballo, V. y Camacho, S. (2000). El trastorno límite de la personalidad: controversias actuales. *Psicología desde el Caribe* 2000 (5), 31-55.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21300503>
- Gómez, B. (2010). La relación Terapéutica en Terapia Cognitiva. *Revista de la Asociación de Psicoterapia de la República de Argentina*, 3 (1), 1-21. <https://apra.org.ar/wp-content/uploads/2020/10/La-relacion-terapeutica-en-Terapia-Cognitiva.pdf>
- Lineham, M., Armstrong, H., Suárez, A., Allmon, D. & Oído, H. (1991). Cognitive-Behavioral Treatment of Chronically Parasuicidal Borderline Patients. *Psiquiatría Arch Gen.* 48 (12), 1060-1064.
<https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/article-abstract/495579>

Pérez, L. y Torres, A. (2016). Desarrollo de los esquemas maladaptativos tempranos en madres de una CAR. *Avances en psicología*, 24 (2), 167-174.

<https://doi.org/10.33539/avpsicol.2016.v24n2.152>

Ruiz Fernández, M., Díaz García, M. y Villalobos Crespo, A., 2013. *Manual de técnicas de intervención cognitiva conductuales*.

Turkat, I. D. (1990). *The personality disorders: A psychological approach to clinical management*. Nueva York: Pergamon.

UNICEF. (s.f.) ¿Qué es la adolescencia?. <https://www.unicef.org/uruguay/que-es-la-adolescencia>

Young, J., Klosko, J., & Weishaar, M. (2013). *Terapias de Esquemas: guía práctica de Guide*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

<https://www.edesclée.com/img/cms/pdfs/9788433026521.pdf>

Young, J (1999). *Cognitive Therapy for personality disorders: A schema-focused approach*. Florida: Professional Resource Press.