



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**ANÁLISIS DE CASO CLÍNICO SOBRE:**  
**“TRASTORNO DE PERSONALIDAD LÍMITE”**

Requisito previo para optar por el Título de Psicólogo Clínico

**Autora:** Guerrero Moreira, Mayra Alejandra

**Tutora:** Mg. Díaz Martín, Yanet

Ambato – Ecuador

Octubre 2016

## **APROBACIÓN DEL TUTOR**

En mi calidad de Tutor del Trabajo de Investigación sobre el tema:

**“TRASTORNO DE PERSONALIDAD LÍMITE”** de Mayra Alejandra Guerrero Moreira estudiante de la Carrera Psicología Clínica, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometida a la evaluación del jurado examinador designado del H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, Agosto 2016

LA TUTORA

.....  
Mg. Díaz Martín, Yanet

## AUTORÍA DEL TRABAJO

Los criterios emitidos en el Trabajo de Investigación: “**TRASTORNO DE PERSONALIDAD LÍMITE**” como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuestas son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autora de este trabajo de grado.

Ambato, Agosto del 2016

LA AUTORA

.....  
Guerrero Moreira, Mayra Alejandra

## **DERECHOS DE AUTOR**

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de este proyecto de investigación o parte de él, un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación.

Cedo los derechos en línea patrimoniales de mi proyecto de investigación con fines de difusión pública; además apruebo la reproducción de este proyecto de investigación, dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autora.

Ambato, Agosto de 2016

## **LA AUTORA**

.....

Guerrero Moreira, Mayra Alejandra

## **APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR**

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Informe de Investigación, sobre el tema, “**TRASTORNO DE PERSONALIDAD LÍMITE**” de Guerrero Moreira Mayra Alejandra estudiante de la Carrera de Psicología Clínica.

Ambato, Octubre del 2016

Para constancia firman

.....  
PRESIDENTE/A

.....  
1er VOCAL

.....  
2do VOCAL

## DEDICATORIA

El presente trabajo está dedicado principalmente a Dios por demostrarme su infinito amor y por las bendiciones que día a día me brinda.

A mis padres Tito y Victoria quienes son un pilar fundamental en mi vida, brindándome sus sabios consejos cuando más lo necesite, además de enseñarme a no rendirme cuando las cosas se pongan difíciles pero sobre todo por ser mi soporte, fortaleza y ejemplo de perseverancia, sacrificio y motivación para culminar mis objetivos y metas.

A mi hermano Juan Carlos por enseñarme que cuando la vida te da limones se aprende hacer limonada, siempre alegrando mis días tristes y por ser esa persona que no me va a fallar nunca.

A mi hermano Daniel quién es mi inspiración a luchar por lo que se desea, enseñándome que el querer es poder pero sobre todo por siempre estar conmigo incondicionalmente.

A mis mejores amigos(as) Franklin García, Guísela, Joanna, Alejandra y Briguíte quienes me demostraron que una verdadera amistad no se destruye ni por el tiempo ni por la distancia, muchísimas gracias por ser parte fundamental en mi vida.

Finalmente a todas las personas que confiaron en mis capacidades para poder obtener este gran logro y seguir cumpliendo una serie de sueños y metas

Mayrita Guerrero

## AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por brindarme la fuerza necesaria para luchar día a día por mis sueños y objetivos, por demostrarme su infinito amor y por las bendiciones que me brinda. A mis padres porque son ser mi motor para continuar y no rendirme antes las adversidades, a mis hermanos Juan Carlos y Daniel por ser mi ejemplo a seguir, mis amigos y las personas con las que siempre podré contar incondicionalmente.

Quiero también agradecer a mi mejor amigo Frank García por siempre estar presente en mis triunfos y derrotas por enseñarme que una amistad verdadera no se destruye ni por el tiempo ni la distancia, también a mis amigas: Guísela por ser mi confidente, mi hermana, mi cómplice y mejor amiga, al igual que Joanna por siempre escucharme, por sus consejos y enseñanzas. Muchas gracias chicas por ser esas personas incondicionales que me comprenden, dan ánimos y siempre estar cuando más las necesité.

De igual manera a mis amigas Ale y Bri porque me demostraron que aunque no nos veamos a diario y en pocas ocasiones podemos salir siempre habrá un mensaje, una llamada o simplemente un saludo para hacernos saber que podemos contar la una con la otra, pero sobre todo gracias por convertirse en mis hermanas.

Además quiero agradecer a mi tutora Yanet Díaz por su tiempo, enseñanzas, dedicación y consejos personales y profesionales que hicieron posible la realización de mi análisis de caso.

A la docente Carolina García por siempre estar dispuesta a brindarme su ayuda, a solventar mis inquietudes y a enseñarme que aunque las cosas se pongan difíciles siempre se las puede realizar con la motivación y paciencia necesaria.

Agradezco de manera especial a mi persona favorita S.B, por formar parte de mi vida y ser un gran apoyo para mí.

Gracias infinitas a mi paciente Carla, ya que sin su colaboración no hubiera sido posible realizar el presente trabajo, muchísimas gracias por confiar en mí y por la información brindada.

Mayrita Guerrero

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
CARRERA PSICOLOGÍA CLÍNICA

**“TRASTORNO DE PERSONALIDAD LÍMITE”**

**Autora:** Guerrero Moreira, Mayra Alejandra

**Tutora:** Díaz Martín, Yanet

**Fecha:** Agosto 2016

**RESUMEN**

El presente estudio de caso se realizó a un paciente con trastorno de personalidad límite, con el objetivo de proponer un modelo de intervención basado en la psicoterapia integrativa.

Por lo que se presenta a la paciente N.N de 29 años de edad, nacida el 30 de julio de 1986 en el cantón Ambato; perteneciente a la provincia de Tungurahua, soltera, procede de un hogar desorganizado, es la segunda de entre tres hermanos, con instrucción superior (4to nivel), bilingüe.

Presenta antecedentes patológicos personales, de posibles abusos sexuales en su infancia, violencia intrafamiliar y prácticas autolesivas específicamente cutting. En los antecedentes patológicos familiares ambos padres presentan dependencia alcohólica.

Sobre la historia de la enfermedad actual, la paciente fue ingresada al área de emergencia en el Hospital Provincial Regional Ambato en el año 2015 por un intento autolítico, siendo remitida al área de psiquiatría por registrar dificultades médicas y psicológicas, ha sido diagnosticada con: Trastorno de personalidad Límite (F60.3) destacando el criterio de impulsividad en las siguientes áreas: sexo, drogas y episodios de atracones alimentarios, los cuales han sido evidenciados con los problemas de bulimia y consumo de alcohol, tabaco, cocaína. Actualmente acude una vez al mes a un Centro de Salud Público en el cual recibe atención psicofarmacológica.

**Palabras claves:** PERSONALIDAD LÍMITE\_IMPULSIVIDAD, ALCOHOL VIOLENCIA\_ INTRAFAMILIAR, BULIMIA.

TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO  
FACULTY OF HEALTH SCIENCES  
CLINICAL PSYCHOLOGY CAREER

**"PERSONALITY DISORDER LIMIT"**

**Author:** Guerrero Moreira, Mayra Alejandra

**Tutor:** Martin Díaz, Yanet

**Date:** August 2016

**ABSTRACT**

This case study was performed to a patient with borderline personality disorder, in order to propose an intervention model based on integrative psychotherapy.

As it presented to the patient N.N 29 years old, born on July 30, 1986 in canton Ambato; belonging to the province of Tungurahua, single, comes from a disorganized home, it is the second of three brothers, with higher education (4th level) bilingual.

It presents personal medical history, possible sexual abuse in childhood, domestic violence and self-harm specifically cutting practices. In family medical history both parents have alcohol dependence.

On the history of present illness, the patient was admitted to the emergency area in Ambato Regional Provincial Hospital in 2015 for attempted suicide, being sent to the area of psychiatry to record medical and psychological difficulties, it has been diagnosed with: Disorder Limit personality (F60.3) highlighting impulsivity criteria in the following areas: sex, drugs and binge eating episodes, which have been evidenced with the problems of bulimia and alcohol, snuff, cocaine.

She now goes once a month to a Public Health Center which receives psychopharmacological attention.

**Keywords:** BORDERLINE PERSONALITY\_IMPULSIVITY, ALCOHOL DOMESTIC\_VIOLENCE, BULIMIA

### III. INDÍCE

#### ÍNDICE GENERAL

APROBACIÓN DEL TUTOR.....	ii
AUTORÍA DEL TRABAJO .....	iii
APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR.....	v
DEDICATORIA .....	vi
AGRADECIMIENTO .....	vii
RESUMEN.....	viii
ABSTRACT.....	ix
III. INDÍCE .....	x
ÍNDICE GENERAL.....	x
ÍNDICE DE TABLAS.....	xii
ÍNDICE DE GRÁFICOS .....	xiii
IV. INTRODUCCIÓN .....	1
V. MARCO TEÓRICO Y ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS .....	4
Origen de la Personalidad.....	4
TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD .....	5
Antecedentes Históricos .....	5
Características Diagnósticas .....	7
Síntomas y Trastornos Asociados.....	8
Patrón Familiar .....	9
Comorbilidad y Diagnóstico Diferencial.....	9
Variaciones del TPL en DSM TR- DSM V Y CIE X.....	10
ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS .....	11
VI. OBJETIVOS .....	13
GENERAL. ....	13
ESPECÍFICOS .....	13
VII. RECOPIACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN DISPONIBLES .....	14
DATOS CLÍNICOS: .....	14
CLÍNICA DHARMA .....	14

HOSPITAL REGIONAL DOCENTE AMBATO.....	16
IDENTIFICACIÓN Y RECOPIACIÓN DE LA INFORMACIÓN NO DISPONIBLE.....	22
DATOS NO CLÍNICOS:.....	22
VIII. DESARROLLO .....	29
Descripción cronológica detallada del caso .....	29
Descripción de los factores de riesgo .....	36
Análisis de los factores relacionados con los servicios de salud.....	38
Identificación de los puntos críticos .....	40
Caracterización de las oportunidades de mejora .....	42
PROPUESTA DE TRATAMIENTO ALTERNATIVO.....	43
FASE INICIAL.....	43
FASE INTERMEDIA.....	49
FASE FINAL.....	77
XI. CONCLUSIONES .....	78
XI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	80
BIBLIOGRAFÍA.....	80
LINKOGRAFÍA.....	80
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS BASES DE DATOS UTA.....	83
XI. ANEXOS .....	84

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla N°: 1</b> Evaluación Psiquiatría Agosto .....	16
<b>Tabla N°: 2</b> Evolución Psiquiatría Sept .....	17
<b>Tabla N°: 3</b> Evolución Psicología Septiembre.....	17
<b>Tabla N°: 4</b> Evolución Psiquiatría Octubre .....	18
<b>Tabla N°: 5</b> Evolución Psicología Octubre .....	18
<b>Tabla N°: 6</b> Evaluación Psicología Noviembre .....	19
<b>Tabla N°: 7</b> Evolución Psiquiatría Noviembre .....	20
<b>Tabla N°: 8</b> Evolución Psiquiatría Dic-Ene .....	21
<b>Tabla N°: 9</b> Psicofármacos Administrados en DHARMA .....	33
<b>Tabla N°: 10</b> Psicofármacos Administrados en HPDA .....	34
<b>Tabla N°: 11</b> Fármacos Administrados en el IESS .....	35
<b>Tabla N°: 12</b> Caracterización de Oportunidades de Mejora .....	42
<b>Tabla N°: 13</b> Diagnóstico Diferencial.....	45
<b>Tabla N°: 14</b> Inicio de Tratamiento .....	47
<b>Tabla N°: 15</b> Plan de tratamiento A .Emocional.....	49
<b>Tabla N°: 16</b> Plan de tratamiento A .Cognitiva .....	56
<b>Tabla N°: 17</b> Plan de tratamiento A. Conductual .....	60
<b>Tabla N°: 18</b> Plan de Tratamiento A. Interpersonal .....	70
<b>Tabla N°: 19</b> Plan de Tratamiento A. Física .....	72

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

<b>Gráfico N°: 1</b> Funcionamiento del TPL.....	8
<b>Gráfico N°: 2</b> Clínica Dharma .....	14
<b>Gráfico N°: 3</b> Familiograma .....	22

#### **IV. INTRODUCCIÓN**

Desde el momento que una persona nace se determinan características que guardan relación entre los factores genéticos y ambientales, los cuales al actuar en un medio sociocultural integran a la personalidad. Gonzáles (2013) afirma. “La personalidad es un conjunto estructurado de características biopsicosociales que se establecen como resultado de la interacción sujeto-medio y que al manifestarse durante dicho proceso diferencian a unos seres humanos de otros en un medio sociocultural determinado” (p.131).

Morris (2001) describe la existencia de dos dimensiones biológicas y sociales de la personalidad. Tratando de entender porque cada persona es distinta, surgen dos factores que interfieren decisivamente en el desarrollo de la personalidad, siendo el primero el temperamento y el segundo el carácter.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM IV-TR American Psychiatric Association (APA, 1952) enuncia que cuando una personalidad es flexible a cambios se considera sana, pero cuando no hay flexibilidad, es decir, se presentan rasgos muy marcados, se genera así problemas para el sujeto y su entorno, dando origen a un trastorno de personalidad que va a tener su inicio en la adolescencia o en los primeros años de la vida adulta, ocasionándole malestar y perjuicios para el sujeto a lo largo de su vida.

Según la Organización Mundial de Salud OMS (2008), el número de pacientes atendidos en Hospitales Psiquiátricos en Ecuador corresponden al 1.4% de la población, quienes acuden por trastornos de personalidad y de conducta de adultos (F60-F69); mientras que el 1.7% de la población acude a consulta externa por el mismo diagnóstico, demostrando así que los trastornos de personalidad pertenece a uno de los principales problemas por los cuales los pacientes acuden a consulta.

Los trastornos de personalidad están agrupados en tres secciones: A) los sujetos extraños o excéntricos, B) los dramáticos o impulsivos, y C) los ansiosos o temerosos.

En esta ocasión se centrará el estudio en el trastorno límite de la personalidad (TLP) que se encuentra incluido en el segundo de estos grupos (dramáticos o impulsivos).

El trastorno de personalidad límite o borderline, también conocido como trastorno de inestabilidad emocional, se caracteriza por una serie de aspectos que ocasionan comportamientos y conductas presentes en la inestabilidad de las personas. Los criterios diagnósticos para los trastornos de personalidad descritos en el “Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 5ª edición” (American Psychiatric Association, 2013) son los siguientes:

Debe existir inestabilidad en las relaciones interpersonales, la forma de verse a sí mismo, dificultad para controlar impulsos, que se inicia en las primeras etapas de vida adulta y puede afectar diversas situaciones del individuo, deben estar presentes al menos cinco de características siguientes:

1. Intento desesperado para evitar el aislamiento real o imaginario (Nota: no se debe incluir la ideación tanática).
2. Relaciones interpersonales inestables y penetrantes que se caracteriza por los extremos de idealización y de desvalorización.
3. Variación en la identidad: caracterizada por desequilibrio intenso y constante de la autoimagen y del sentido del yo.
4. Impulsividad en dos o más áreas que son nocivas (sexo, drogas, atracones alimentarios, gastos y conductas imprudente). (No se debe incluir la ideación suicida).
5. Conducta, y actitud o amenaza recurrente de quitarse la vida, o comportamiento de autoflagelación.
6. Inseguridad afectiva debido a su variabilidad en el estado de ánimo (sucesos de tristeza, irritabilidad que generalmente duran unas horas y rara vez más de unos días).
7. Sentimiento de vacío.
8. Enojo inapropiado y agudo, o problemas para controlar la ira (mal genio, enfado constante, peleas físicas frecuentes).
9. Ideas perturbadas transitorias relacionadas con el estrés o síntomas disociativos graves. (APA, 2013)

En personas con TPL es característico la “estable inestabilidad”, que consiste en comportamientos impulsivos, autodestructivo y trastornos cognitivos o de percepción en determinados momentos de alta emotividad, por lo cual los intentos suicidas son la causa más frecuente de hospitalización (Mosquera, 2015).

El presente estudio de caso surge con el objetivo de analizar a la paciente N.N diagnosticada con trastorno de personalidad límite, con la finalidad de presentar un plan de tratamiento en donde se generan alternativas psicoterapéuticas que beneficien al paciente con el trastorno antes mencionado.

El caso que se expone trata de la paciente NN de 29 años de edad, soltera, de nacionalidad ecuatoriana, género femenino, procede de un hogar desorganizado, es la segunda de entre tres hermanos, instrucción superior economista; con maestría en Economía con especialización en Turismo.

Paciente que después de registrar dificultades médicas y psicológicas ha sido diagnosticada con: Trastorno de personalidad Límite (F60.3) destacando el criterio de impulsividad en las siguientes áreas: sexo, drogas y atracones alimentarios. Mismas que han sido evidenciadas con los problemas de consumo de alcohol, tabaco, cocaína y bulimia. En la actualidad mantiene consulta con Psicología y Psiquiatría por lo anteriormente mencionado.

## V. MARCO TEÓRICO Y ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS

### Origen de la Personalidad

Según Engler (1996) afirma. “El origen de la palabra personalidad proviene del latín *persona*, que se refiere a las máscaras que usaban los actores en las obras antiguas del teatro griego” (p.3). En esta obra habían más papeles que actores por lo cual ellos usaban distintas máscaras para que el público supiera que se trataba de un nuevo rol.

Con el paso del tiempo el término personalidad ha adquirido distinto significados por lo que los psicólogos definen a la personalidad como un modelo único que va a estar presente a lo largo del tiempo y cuyas situaciones van a estar relacionadas con la forma de pensar, sentir y actuar del individuo. (Morris, 2001, pp.442).

Escribano (2006) refiere que la personalidad está compuesta por dos factores importantes que son: temperamento y carácter, siendo el primero de origen biológico y el segundo de tipo social es decir, va a estar determinado por el ambiente en el que se desenvuelve el individuo. De esta perspectiva surgen cuatro postulados sobre las teorías de personalidad:

*Psicodinámicas.*- mencionan que la personalidad tiene su origen en los conflictos inconscientes que guardan relación con el aspecto sexual.

*Humanistas.*- sugieren que el moldeamiento de la personalidad está influenciada por el crecimiento personal, logrando desarrollar el potencial de cada individuo.

*Rasgos.*- hace referencia a las características que diferencian a cada persona.

*Cognoscitivo-sociales.*- señala que la génesis de la personalidad está influida por la forma de ver y actuar en el ambiente. (p.442)

Según el DSM-IV-TR, “Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales”, (APA, 2002, p.766), los rasgos de personalidad son “patrones persistentes de formas de percibir, relacionarse y pensar sobre el

entorno y sobre uno mismo que se ponen de manifiesto en una amplia gama de contextos sociales y personales”

Otro punto a considerar, es la diferenciación entre una personalidad normal y una patológica. Escribano (2006) señala que los individuos tienen una personalidad sana cuando afrontan la frustración generada por su ambiente de manera flexible, además su forma de actuar y percibir diversas situaciones esta enfocadas al desarrollo personal. Por el contrario, se habla de un patrón patológico cuando las personas reaccionan de forma inflexible ante las dificultades de la vida, generando malestar personal y reduciendo sus capacidades para crecer.

De acuerdo con el DSM-IV-TR (APA, 2002), los rasgos de personalidad pueden llegar a formar un trastorno de personalidad cuando son inflexibles y desadaptativos causando en el individuo un deterioro funcional significativo.

En el DSM-IV-TR (APA, 2002), los trastornos de personalidad están agrupados en tres secciones: A) los sujetos “extraños o excéntricos” que incluye los trastornos de personalidad paranoide, esquizoide y esquizotípico, el grupo B) los “dramáticos o impulsivos” comprende los trastornos antisocial, límite, histriónico y narcisista de la personalidad., y finalmente el grupo C) los “ansiosos o temerosos” conformado por trastornos por evitación, por dependencia y obsesivo-compulsivo de la personalidad. En esta ocasión se centrará el estudio en el trastorno límite de la personalidad (TLP) que se encuentra incluido en el segundo de estos grupos (dramáticos o impulsivos).

## **TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD**

### **Antecedentes Históricos**

Cisneros (2011) refiere que el término “límite” apareció en el año de 1930 para designar un trastorno que suponía una mezcla de síntomas entre neurosis y psicosis, que posteriormente se relacionaría con la organización de identidad y el uso de defensas primitivas.

Escribano (2006) menciona que el término límite hace referencia a la funcionalidad moderada de la personalidad por lo cual algunos autores le han dado distintas designaciones entre las cuales se destacan los siguientes: trastorno

impulsivo de la personalidad, personalidad inestable, trastorno ambivalente de la personalidad, trastorno lábil y personalidad cicloide.

El trastorno límite de la personalidad (TLP) ha sido uno de los trastornos que más importancia ha tenido en la actualidad, debido a su complejidad por lo cual los pacientes que lo presentan tienen un patrón de inestabilidad interpersonal y afectiva marcada por la impulsividad e inapropiada ira, que no forman parte de los síndromes habituales.

Linehan (1998), Millon (1981) y Young (1992) han mostrado una diversidad de perspectivas cognitivas-conductuales sobre el trastorno.

Millon (1981) otorga un papel importante a la teoría del aprendizaje social, mencionando que la falta de identidad en las personas borderline guarda relación con los factores biopsicosociales, argumentando que esta ausencia de sentimiento de identidad combinados con la falta de propósitos claros, genera como resultado la falta de logros, el bajo control de impulsos y la pobre coordinación de sus actos. Considerando que la consecuencia de los factores antes mencionados es que los pacientes se vuelvan dependientes, buscando así protección y seguridad para evitar a cualquier costo la posible separación de la fuente que le proporciona apoyo.

Linehan (1998) hace referencia a la terapia dialéctica conductual y menciona que el origen del trastorno borderline tiene relación con el mal funcionamiento en la regularización de emociones, teniendo probablemente como base el factor biopsicosocial que generarán reacciones desmedidas, actos impulsivos y respuestas dramáticas. Cuando una persona borderline no es capaz de controlar emociones intensas resultan crisis en donde se ven limitadas sus capacidades, de afrontamiento y de reaccionar asertivamente imposibilitándose de pedir ayudar o mostrar sus verdaderas necesidades.

Young (1992) habla sobre la Terapia Cognitiva Focal de Esquemas en la cual presenta un abordaje cognitivo comportamental, que es diferente al tratamiento cognitivo habitual porque su abordaje se centra en patrones de pensamientos seguros y permanentes que son el resultado de modelos comportamentales desadaptativos desarrollados en la infancia.

Mencionando 18 esquemas entre los cuales se señalan los siguientes: desamor, sumisión, miedo a perder el control emocional, abandono, desconfianza, culpa, dependencia etc... Asumiendo que cuando estos patrones son activados se obtiene como resultado comportamientos problemáticos y pensamientos distorsionados. Proponiendo hacer de estos esquemas el foco central de la terapia.

Beck (1990) menciona que las percepciones e interpretación de los eventos tiene relación con las presunciones que tenga el individuo acerca del mundo dando forma a respuestas emocionales distorsionadas que le generarán ansiedad y preocupación en las relaciones interpersonales.

### **Características Diagnósticas**

El DSM-IV-TR (APA, 2002) menciona que la característica principal en el trastorno límite de la personalidad es la inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la afectividad que se inicia en la edad adulta y afecta a diversos contextos. Tomando así los siguientes criterios diagnósticos:

Un esquema inestable en las relaciones interpersonales e impulsividad, como lo refiere en cinco o más de los siguientes ítems:

1. Esfuerzos desesperados por evitar un abandono real o imaginado (no debe estar presente el comportamiento suicida descrito en el criterio 5).
2. Relaciones interpersonales inestables que se caracterizan por la variabilidad entre idealización y desvalorización.
3. Se presenta inestable el sentido de sí mismo, autoimagen y la identidad se ve alterada.
4. La impulsividad se va a ser presente en dos o más de las siguientes áreas (drogas, sexo, atracones de comida, gastos y conductas temerarias).
5. Comportamiento recurrentes de amenazas suicidas, o de autolesión.
6. Variación del estado de ánimo que le ocasiona inestabilidad afectiva.
7. Sensación de vacío.
8. Problemas para la controlar la ira.
9. Estrés relacionado con la ideación paranoide.

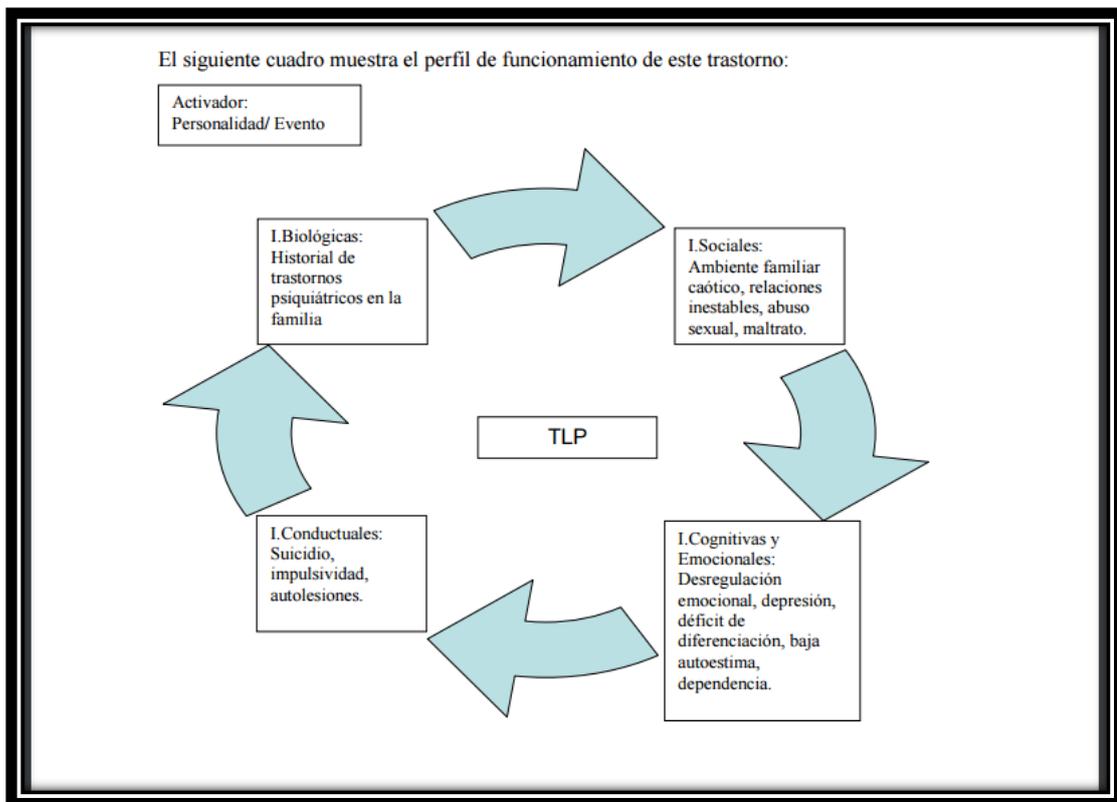
## Síntomas y Trastornos Asociados

El DSM-IV-TR (APA, 2002) refiere que las personas con trastorno límite de la personalidad presentan un esquema de desvalorización sobre ellos, que se muestra antes de lograr un objetivo (p. ej. tener regresión después de tener grandes logros en la terapia, o dejar los estudios antes de graduarse). Durante los períodos de estrés los sujetos pueden presentar síntomas psicóticos (distorsión de la imagen corporal, alucinaciones entre otras). Son frecuentes las rupturas matrimoniales, las interrupciones de los estudios y las pérdidas constantes de trabajo.

Durante el período de infancia en los individuos con TLP son frecuentes: la despreocupación en los cuidados, el maltrato físico, abuso sexual y conflictos hostiles que ocasionan la separación de sus figuras parentales.

### Gráfico N°: 1 Funcionamiento del TPL

**Nota:** Se describe el funcionamiento del TPL, fuente: Trastorno Depresivo y trastorno límite de la Personalidad, autor: Cisneros (2011)



Entre los trastornos que se presentan conjuntamente, se puede mencionar a los siguientes:

- Trastornos de la conducta alimentaria (principalmente la bulimia)
- Trastorno relacionados con sustancias
- Trastornos del estado de ánimo
- Trastorno por estrés postraumático.

Además dentro del TLP puede presentar simultáneamente otro trastorno de la personalidad.

### **Patrón Familiar**

El trastorno de personalidad límite es más común en los integrantes en la familia de primer grado, con mayor incidencia familiar incrementado para los trastornos relacionados con sustancias, trastorno del estado de ánimo y trastorno antisocial de la personalidad.

### **Comorbilidad y Diagnóstico Diferencial**

Escribano (2006) menciona que las personas con TPL frecuentemente sufren de problemas relacionados al consumo de sustancias, ansiedad, impulsividad, alteraciones del pensamiento.

Zimmerman y Mattia (1999) hallaron que en sujetos con TLP habitualmente presentaban diagnósticos de trastorno bipolar, trastorno depresivo mayor, trastorno por estrés postraumático, trastornos de la conducta alimentaria, fobia social y específica entre otros.

Escribano (2006) señala que los trastornos del Eje II pueden estar presente mencionando a los siguientes: trastorno evitativo, narcisista, paranoide, pasivo-agresivo, pero con mayor permanencia el trastorno antisocial, histriónico, dependiente y esquizotípico.

Debido a la comorbilidad presente con los trastornos del Eje I y Eje II en pacientes con TPL es necesario establecer un diagnóstico diferencial, para lo cual el clínico debe analizar las siguientes características: a) el inicio temprano del curso de los síntomas y b) el patrón de comportamiento habitual.

Los trastornos del estado de ánimo son el grupo con los que resulta inevitable el realizar un diagnóstico diferencial debido a la relación de sintomatología que se presenta con falta de control de impulsos, excitabilidad o irritabilidad en relación a la manía o hipomanía; en base a estas señales el clínico podría pensar que se encuentra frente a un trastorno bipolar y es por esto, mencionar la importancia de conocer con detalle la historia del desarrollo de la enfermedad.

Larrosa (2013) indica que se han presentado dificultades en la evaluación del TLP por lo cual muchos sujetos han recibido un promedio de hasta 8 diagnósticos antes de llegar a un trastorno de personalidad.

### **Variaciones del TPL en DSM TR- DSM V Y CIE X**

En el DSM-IV-TR (APA, 2002) el trastorno límite de la personalidad (TLP) se caracteriza por un patrón inestable en las relaciones interpersonales e impulsividad notable que va a estar presente en diversos contextos, para lo cual debe cumplir cinco o más de los nueve criterios detallados en el manual diagnóstico.

El DSM-V (APA, 2013) realiza cambios en la denominación de TLP a Trastorno de la Personalidad Límite (TPL), sin presentar variación en los criterios descritos en el DSM-IV-TR.

En la Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades CIE-10 (1992), cambia la denominación a Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad, distinguiéndose dos tipos: el *tipo impulsivo* (esta presenta la falta de control de impulsos y la inestabilidad emocional) y el *tipo límite* (va a estar presente sentimiento de vacío, relaciones interpersonales inestables, distorsiones corporales y comportamiento autodestructivo).

Para el diagnóstico del trastorno de personalidad límite debe estar presente la inestabilidad en las relaciones interpersonales y una notable impulsividad. En el DSM-V y en la CIE-10 se presente un cambio de denominación y aunque los criterios son diferentes, definen en líneas generales el mismo trastorno.

## **ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS**

Belloch (2010) señala que en el último y más amplio estudio publicado por la Organización Mundial de Salud OMS en el que participaron 12 países (Estados Unidos, España, Italia, Líbano, México, Nigeria, Bélgica, Alemania, China, Colombia, Francia y Sudáfrica) se demostró que la prevalencia de Trastornos de Personalidad es de 6,1% de la población en general, y las tasas para el TP de los tres grupos que establece el DSM-IV son del 3,6% (Grupo A), 1,5% (Grupo B) y 2,7% (Grupo C). Notando así que los trastornos del grupo B son menos prevalentes en todos los países, sin embargo la prevalencia del trastorno de personalidad límite es de 1,24% en la población, indicando así la importancia de investigar más sobre este trastorno.

García (2007) Psicóloga de la Asociación Levantina de Ayuda e Investigación en Trastornos de la Personalidad ALAI-TP señala que el 75% de los trastornos de Personalidad Límite son diagnosticados en mujeres, cuyos antecedentes personales constan de haber sufrido abusos sexuales, físicos o verbales.

La Organización Panamericana de Salud OPS (2009) realizó estudios epidemiológicos en América Latina y el Caribe, demostrando que el 25% de la población padece de uno o más trastornos mentales o del comportamiento a lo largo de la vida.

Según el DSM-IV-TR (APA, 2002), señala que la prevalencia del TLP es de un 2% de la población en general. Se diagnostica este trastorno en el 10% de los pacientes de centros ambulatorios de salud mental y aproximadamente un 20% en pacientes psiquiátricos ingresados.

El Informe Sobre el Sistema de Salud Mental en el Ecuador IESM-OMS (2008) anuncia que Ecuador cuenta con cinco hospitales Psiquiátricos entre los cuales están Julio Endara – Quito, San Lázaro – Quito, Sagrado Corazón – Quito, Lorenzo Ponce – Guayaquil y CRA – Cuenca. Además de los hospitales antes mencionados, en la ciudad de Quito funcionan dos clínicas privadas, dependientes

de comunidades religiosas, una en la ciudad de Santo Domingo de los Colorados y otra en la ciudad de Ambato.

Siendo el mayor porcentaje de diagnósticos en los cinco hospitales, el de esquizofrenia 38% seguido del trastorno del estado de ánimo con un 17% y siendo el de menor prevalencia los trastornos de personalidad con un 10%.

Señala que el 1,4% de pacientes atendidos en hospitales psiquiátricos presentan un diagnóstico de trastornos de personalidad y de conducta (F60-F69), mientras que el 1,7% de pacientes son atendidos en consulta externa en los Hospitales Psiquiátricos del Ecuador.

## **VI. OBJETIVOS**

### **GENERAL.**

- Realizar un estudio de caso sobre una paciente con trastorno de personalidad límite con la finalidad de proponer un modelo de intervención basado en la psicoterapia integrativa.

### **ESPECÍFICOS**

- Determinar los factores de riesgo que contribuyeron al desarrollo del trastorno de personalidad límite.
- Identificar los síntomas más frecuentes en el trastorno de personalidad límite.
- Proponer un plan de tratamiento basado en la psicoterapia integrativa.

## VII. RECOPIACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN DISPONIBLES

### DATOS CLÍNICOS:

#### *CLÍNICA DHARMA*

##### Gráfico N°: 2 Clínica Dharma

**Nota:** Se describe los servicios que ofrece la Clínica Dharma, fuente: Datos tomados del Servicio de Salud Mental DHARMA, autor: Guerrero (2016)



*Presta un Servicio de Salud Mental, cuyo objetivo es la resolución de conflicto de consulta y estabilización del paciente, utilizando para tal fin, todas las técnicas terapéuticas actuales. Para ello se cuenta con un equipo de excelencia compuesto por: Médicos psiquiatras, licenciados en psicología, médicos clínicos, médicos nutricionistas, licenciados en nutrición, terapeutas ocupacionales, musicoterapeutas, terapeutas corporales, enfermeros especializados y asistentes sociales.*

## ***EPICRISIS***

*Ingreso:* 28 de Abril del 2015

*Egreso:* 30 de Mayo del 2015

### *Antecedentes Psiquiátricos:*

-Tratamiento Psicológico y Psiquiátricamente de forma ambulatoria

### *Antecedentes Clínicos:*

-Apendicetomía

-Injerto por quemadura en miembro superior derecho (2007). Cirugía plástica.

***Estado Actual:*** Vigil, globalmente orientado, sin ideas de intentos suicida, sin impulsividad manifiesta, sin riesgo eminente.

### ***Plan Terapéutico***

-Psicoterapia Individual

-Control Psiquiátrico

### ***Medicación***

-Risperidona 3mg

-Clonazepan 0,5 mg

-Topiramato 50mg

-Pregabalina 150mg c/d

### ***Diagnóstico***

CIE 10: 60.3-Trastorno de personalidad Límite.

## HOSPITAL REGIONAL DOCENTE AMBATO

### EVOLUCIÓN

**Tabla N°: 1** Evaluación Psiquiatría Agosto

**Nota:** Evolución en el área de Psiquiatría correspondiente al mes de agosto, fuente: Datos tomados de la historia clínica de la paciente, elaborado por: Guerrero (2016)

FECHA	ÁREA	PRESCRIPCIÓN
<b>28 de Agosto del 2015</b>	<p><b>PSIQUIATRIA</b></p> <p>Paciente femenina de 29 años, soltera, desocupada, maestría en economía. Remitida de emergencia, diagnóstico/Trastorno de personalidad límite en Buenos Aires-Argentina. Consumidor de cocaína hace 1 año (por un año). Último consumo hace 3 semanas; con trastornos alimentarios...</p> <p>Al momento con tristeza, deseos de llorar, angustia y sentimiento de soledad.</p> <p>Refiere recuerdos de su madre que era consumidora de alcohol por 9 años. Su padrastro la maltrataba física y psicológicamente.</p> <p>No hay deseos de consumir, se acompaña de anhedonia e ideas tanáticas.</p> <p><b>DIAGNÓSTICO</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>-Trastorno Depresivo</li><li>-Trastorno de comportamiento por consumo de cocaína</li></ul>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Sertralina 100 mg 1q/d</li><li>2. Clonazepan 2mg</li><li>3. Risperidona 1mg 1/4tab</li><li>4. Exámenes: BH, T4, TSH</li><li>5. Cita 17/09/2015</li></ol>

**Tabla N°: 2** Evolución Psiquiatría Sept

**Nota:** Evolución en el área de Psiquiatría correspondiente al mes de septiembre, fuente: Datos tomados de la historia clínica de la paciente, elaborado por: Guerrero (2016)

FECHA	ÁREA	PRESCRIPCIÓN
<i>17 de Septiembre del 2015</i>	<i>PSIQUIATRIA</i> Paciente femenina de 29 años. Con deseos de ocuparse en alguna actividad básica u oficios. No deseos de consumir, sueños de estar consumiendo, deseos de fumar. Sueño regular disminuye, pesadillas. <i>DIAGNÓSTICO</i> -Trastorno Depresivo -Trastorno por consumo de cocaína	1. Sertralina 100 mg 1q/d 2. Clonazepan 2mg 3. Risperidona 1mg 1/4tab 4. Seguimiento 5. A. Psicología

**Tabla N°: 3** Evolución Psicología Septiembre

**Nota:** Evolución en el área de Psicología correspondiente al mes de septiembre, fuente: Datos tomados de la historia clínica de la paciente, elaborado por: Guerrero (2016)

FECHA	ÁREA	PRESCRIPCIÓN
<i>23 de Septiembre del 2015</i>	<i>PSICOLOGÍA CLÍNICA</i> Se re-agenda para otro profesional	Pase a Dra. Rita Reinoso

**Tabla N°: 4** Evolución Psiquiatría Octubre

**Nota:** Evolución en el área de Psiquiatría correspondiente al mes de octubre, fuente: Datos tomados de la historia clínica de la paciente, elaborado por: Guerrero (2016)

FECHA	ÁREA	PRESCRIPCIÓN
<i>15 de Octubre del 2015</i>	<p><i>PSIQUIATRIA</i></p> <p>Paciente femenina de 29 años, preocupada, angustiada porque su madre volvió a recaer en el consumo de alcohol.</p> <p><i>DIAGNÓSTICO</i></p> <p>-F32</p> <p>-F10</p>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Sertralina 100 mg 1q/d</li><li>2. Clonazepan 2mg (1/4tab y ½ tab)</li><li>3. Risperidona 1/4tab</li><li>4. I/C Psicología</li></ol>

**Tabla N°: 5** Evolución Psicología Octubre

**Nota:** Evolución en el área de Psicología correspondiente al mes de octubre, fuente: Datos tomados de la historia clínica de la paciente, elaborado por: Guerrero (2016)

FECHA	ÁREA	PRESCRIPCIÓN
<i>20 de Octubre del 2015</i>	<p><i>PSICOLOGÍA</i></p> <p>Paciente femenina con antecedentes de bulimia, abuso de alcohol, conducta irritable, agresiva. Madre alcohólica, antecedentes de consumo de cocaína, durante un año conducta disocial. Antecedentes de internamiento en centro de Rehabilitación. Presenta irritabilidad, conducta histriónica. Recae hace 8 días porque la madre le incita al consumo.</p> <p><i>DIAGNÓSTICO</i> -F10 y -F41.2</p>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Psicoterapia Cognitiva-Conductual</li><li>2. Seguimiento</li></ol>

FECHA	ÁREA	PRESCRIPCIÓN
<i>29 de Octubre del 2015</i>	<p><i>PSICOLOGÍA</i></p> <p>Paciente acude a control, refiere ideación tanática, sentimiento de culpa, baja autoestima, sintomatología depresiva, reactiva, sentimiento de descalificación porque la madre la crítica por estar sin empleo.</p> <p><i>DIAGNÓSTICO</i></p> <p>-F14</p> <p>-F41.2</p>	<p>1. Psicoterapia Cognitiva-Conductual</p> <p>2. Seguimiento</p>

**Tabla N°: 6** Evaluación Psicología Noviembre

**Nota:** Evolución en el área de Psicología correspondiente al mes de noviembre, fuente: Datos tomados de la historia clínica de la paciente, elaborado por: Guerrero (2016)

FECHA	ÁREA	PRESCRIPCIÓN
<i>06 de Noviembre del 2015</i>	<p><i>PSICOLOGÍA</i></p> <p>Paciente acude a control e indica dificultad para abandonar consumo de cigarrillos.</p> <p>Se recomienda ejercicios de R.M y ejercicios físicos recreativos.</p>	<p>1. Psicoterapia Cognitiva-Conductual</p> <p>2. Seguimiento</p>

**Tabla N°: 7** Evolución Psiquiatría Noviembre

**Nota:** Evolución en el área de Psiquiatría correspondiente al mes de noviembre, fuente: Datos tomados de la historia clínica de la paciente, elaborado por: Guerrero (2016)

FECHA	ÁREA	PRESCRIPCIÓN
<i>17de Noviembre del 2015</i>	<p><i>PSIQUIATRÍA</i></p> <p>Paciente femenina de 29 años preocupada ya que no encuentra trabajo, lo que le provoca irritabilidad, con deseos de fumar y al tener conflictos con la madre que chantajea con beber, la progenitora. Madre crítica</p> <p>Todo esta situación hace que se mantengan síntomas:</p> <p><i>DIAGNÓSTICO</i></p> <ul style="list-style-type: none"><li>-Trastorno de personalidad por secuelas de consumo de cocaína</li><li>-Tabaquismo</li><li>-Trastorno Depresivo M</li></ul>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Sertralina 100 mg 1q/d</li><li>2. Clonazepan 2mg (1/4tab am y ½ tab pm)</li><li>3. Risperidona 1mg (1/4tab q/d)</li></ol>

**Tabla N°: 8** Evolución Psiquiatría Dic-Ene

**Nota:** Evolución en el área de Psiquiatría correspondiente a los meses de diciembre y enero, fuente: Datos tomados de la historia clínica de la paciente, elaborado por: Guerrero (2016)

FECHA	ÁREA	PRESCRIPCIÓN
<i>Diciembre</i>	<p><i>PSIQUIATRÍA</i></p> <p>Paciente femenina de 29 años</p> <p><i>DIAGNÓSTICO</i></p> <p>-Trastorno de personalidad por secuelas de consumo de cocaína</p> <p>-Tabaquismo</p> <p>-Trastorno Depresivo M</p>	<p>1. Sertralina 100 mg 1 diaria</p> <p>2. Clonazepan 2mg (½ tab c/12h)</p>
FECHA	ÁREA	PRESCRIPCIÓN
<i>14 de Enero del 2016</i>	<p><i>PSIQUIATRÍA</i></p> <p>Paciente femenina de 29 años, disminuye el consumo de tabaco, vuelve a consumir alcohol. Tuvo conflicto con su madre y hermano por lo que le pidieron que se vaya de la casa.</p> <p>Está trabajando, muy predispuesta a recibir ayuda</p> <p><i>DIAGNÓSTICO</i></p> <p>-F41.2</p> <p>-Alcoholismo</p> <p>-Tabaquismo</p>	<p>1. Sertralina 100 mg 1 diaria</p> <p>2. Clonazepan 2mg (½ tab c/12h)</p> <p>3. Cita 04-02-2016</p>



Manifiesta que los recuerdos de su infancia son dolorosos debido a que su madre no le brindaba la protección necesaria; por lo cual fue víctima de un A.S a la edad de 5 años, e incluso refiere que su padrastro cuando estaba en estado etílico intento abusar de ella, siendo este no consumado. Todo esto le ocasiono sentimientos de culpa que incrementaron la baja autoestima que ya presentaba debido a su quemadura en sus primeros años de vida.

A pesar de todo esto siempre trataba de superar las cosas y dedicarse más a sus estudios en donde tenía mucho éxito, esto servía para que se uniera con su mamá, la cual fomentaba sus estudios. La paciente vio como una fuga de escape el estudio y empezó a ingresar a cursos de música, leer libros de economía, y a obtener buenas notas en sus estudios.

Según Vertel (2013) esto se conoce como factores protectores los cuales son ambientes en la que las personas adquieren herramientas en las que desarrollan sus capacidades en un espacio seguro y adecuado para su evolución.

Cuando ella tenía 12 años empezaron los problemas con su mamá debido a que pasaba la mayor parte del tiempo en estado etílico, para asimilar la situación en su casa, la paciente salía al colegio, con amigos y estudiaba mucho. Cuando ella tenía 14 años empieza autolesionarse a través de la práctica de cutting teniendo así ideas tanáticas mismas que no se concretaron porque su propósito no era culminar con su vida sino más bien llamar la atención de su madre; esto produjo que en más de una ocasión se generó conflictos en la familia, llegando a los golpes por los rasgos impulsivos de su madre e igual de la paciente. En este punto la paciente había perdido totalmente el respeto por su madre, optando por no dormir en su casa e infringir normas.

Cuando tenía 17 años empeoró la situación en su hogar; e inicia la bulimia generada por la constante preocupación acerca de su peso, ocasionándole ansiedad que únicamente cesaba con atracones de comida. Fue operada de una apendicitis, y durante el tiempo que estuvo hospitalizada reflexionó sobre su problema con la comida comprometiéndose a mejorar en su alimentación lo cual no le duro mucho tiempo. A esto le sumamos su primera decepción amorosa que tuvo con una persona del mismo sexo, la frustración debido a esta situación causó que los atracones aumenten 4 a 5 veces al día. Además inicia con el consumo de alcohol.

Al terminar el colegio inmediatamente ingresó a la universidad siendo una alumna promedio, que tenía mucho potencial pero distraída siempre y que llegaba tarde a clases. El ingreso a la universidad empeoró la situación con el alcohol debido a que tomaba todos los fines de semana, bebiendo hasta emborracharse, ocasionándole que se encuentre en situaciones de riesgo como despertar en lugares desconocidos con gente extraña, mantener relaciones sexuales con personas heterosexuales sin su consentimiento debido al estado en el que se encontraba, e ir con amigos que conducían en estado etílico causando más de un accidente de tránsito. Tiempo después disminuye el consumo de alcohol pero la bulimia continua, siendo esta incontrolable por lo cual al conversar con una amiga cercana, le recomienda acudir con una doctora; con la que inicia terapia psicológica (cognitivo-conductual) y esto le ayudo a reducir los atracones que era 4 -5 diarios, a disminuir a 1 semanal, después 3 veces al mes. Pero decidió abandonar la terapia, cuando tenía ansiedad tomaba, conjuntamente apareció la bulimia y comportamientos impulsivos en los cuales le daban ganas de correr, gritar, e incluso querer estar muerta etc.

Cuando termino la universidad entro en crisis por las modalidades de graduación y para tomar una decisión; la psicóloga le ayudo a concluir que modalidad sería la mejor, esta decisión le tomo un año optando por el seminario, pero hasta eso se había terminado la posibilidad para la realización del seminario, por lo cual tuvo que hacer tesis con una duración de seis meses. No dejó pasar más tiempo, y se graduó en Economía. Además en este tiempo tuvo una relación sentimental que fue de soporte y ayuda para sobrellevar la situación.

Después de graduarse decide tomar decisiones más radicales, optando así por una maestría ya que los estudios siempre fueron su fortaleza, dejando atrás tantas crisis, peleas con su madre, con sus amigos. Decidió seguir una maestría en Economía con especialización en Turismo, este nuevo cambio le ayudo a madurar, dejando de lado la ansiedad, el pánico y el alcohol lo cual tenía controlado sintiéndose estable, esto solo fue en el inicio de su estancia en el sitio donde realizaba su maestría, pero pronto las situaciones de estrés, el sentirse sola y las diferencias con las personas con las que se rodeaba hicieron que vuelva a beber alcohol (el tiempo que estuvo en su maestría fuera del país fue de tres años) para

esto reinició la terapia al egresar de la maestría , también consiguió un buen trabajo en donde le pagaban un buen servicio de salud y con eso reinició la terapia dejando totalmente la bulimia desapareciendo por casi un año. En ese entonces el trabajo fue una gran motivación para evitar el consumir alcohol, pero en el mismo empleo conoce un amigo que le empieza a invitar a salir, específicamente a comer por varias ocasiones; generando ansiedad debido a la preocupación por su peso, y en las salidas se tomaban una botella de vino regresando los sentimientos de culpa y volviendo la bulimia. A más de esto ella conoce una droga que coincidió en el estado de vulnerabilidad en la que se encontraba iniciando el consumo de cocaína en Julio del 2014 aproximadamente, iniciando una vez cada tres o cuatro meses y era gratuita debido a que su amigo le regalaba, pero después su amigo le empezó a presentar a otros amigos que vendían esta sustancia y que para enganchar a sus clientes regalaban mayor cantidad de droga, y fue así como se hizo consumidora, a partir de los seis o siete meses empezó a llamarlos para comprarles droga iniciando con 2-3gramos por el costo de cincuenta dólares, consumiendo esto una vez a la semana.

Después de esto ella empieza a preocuparse y a tomar consciencia de la situación por lo que decidió llamar al sistema de salud que poseía y ellos decidieron que estaba grave y que deberían internarla en el psiquiátrico mismo en el que estuvo un mes, este centro daba tratamiento a diversas patologías no únicamente adicciones, durante el tiempo en el que estuvo ahí se sentía más tranquila y segura. Los primeros días iniciaron con antidepresivos y luego le dieron estabilizadores del estado de ánimo, probando con diferentes medicamentos para ver cuál le haría mayor efecto, a finales de la intervención empezó a sentirse más agotada teniendo dificultades para leer, concentrarse y esto hacia que se sienta frustrada.

En una ocasión tuvo una fuerte crisis dentro del psiquiátrico, empezó a romper cosas, ventanas, camas... Los doctores y enfermeros tuvieron que romper una puerta para sacarla de la habitación. Después de esta crisis, los médicos decidieron subir más la medicación y en medio de este proceso de rehabilitación empieza a fumar, iniciando con 5-6 cigarrillos diarios, pasando los días eran 8

diarios hasta terminar fumando cajetillas completas. En dicho centro se le diagnostica con Trastorno de Personalidad Límite.

Cuando le dieron alta después de un mes y medio regreso a su empresa sintiéndose feliz con deseos de trabajar, con mucha motivación; pero al pasar una semana sintió un gran vacío, regresando los síntomas anteriores más anhedonia, esto ocasionó que se deprimiera. Los “dealers” estaban al pendiente de ella; al inicio rechazo las invitaciones a salir, después cedió debido a que apareció una chica quien se valía del coqueteo y seducción para manipular la situación y hacer que ella recaiga nuevamente, esto sucedió al pasar dos semanas, una vez que reincidió no pudo dejar la cocaína siendo una de las recaídas más fuertes porque aumento su consumo a 10 gramos (no los consumía todo). Ingresó a narcóticos anónimos en busca de ayuda, tuvo gente que le ayudo a tirar la cocaína que poseía. Su desesperación era mayor aunque el consumo era únicamente los fines de semana, entre semana pasaba en estado zombie en donde la mayor parte del tiempo estaba somnolienta por la resaca que le dejaba el consumir.

Comenzó a fallar más en el trabajo, esto le ocasionaba sentirse culpable y por esto consumía; para bajar la ansiedad producto del consumo de la droga, tomaba alcohol, si tomaba alcohol quedaba muy borracha para lo cual consumía cocaína, era un ciclo que no podía soltarlo; en la semana consumía 10 gramos, el fin de semana consumía los 3g y lo restante los tiraba ya que nunca llegó a consumirlo todo.

Su nueva “dealer” aparte de proporcionarle droga también le robaba, desde ropa hasta objetos de su casa, esto no le importaba debido al estado en que ella se encontraba, esto se veía peligroso y destructivo más sin embargo ella no podía dejarlo y cuando empezaba a recuperarse (dos semanas sin consumir), recaía con mayor intensidad. Siendo uno de los consumos más graves cuando cumplió 29 años; su mente estaba totalmente descontrolada, no sabía lo que hacía, ni las personas que ingresaban a su casa, esto ocasiono que tenga problemas en el condominio donde vivía.

Al ver todo esto analiza la situación y decidió solicitar ayuda a su familia para alejarse de la gente con la que se encontraba involucrada, es ahí donde regresa a Ecuador (aproximadamente en agosto del 2015), los cuales le brindaron la ayuda

necesaria proporcionándole actividades diarias que la mantuvieran ocupada. Al inicio la depresión, la ansiedad y la falta de medicación era insoportable debido a que al abandonar las drogas también suspendió su tratamiento hasta que pudiera sacar turno con la psiquiatra del centro de salud al que acude.

Actualmente la bulimia desapareció en su mayoría regresando una vez cada cuatro meses cuando se preocupa por su peso, sin presencia de atracones desde hace mucho tiempo atrás. Debido a las festividades presentes en los últimos días, regreso la necesidad de consumir alcohol exactamente cerveza, para esto su familia ha puesto mayor control y cuidado sobre esta situación, sin embargo ella tuvo una recaída hace dos o tres semanas aproximadamente. Ella salió de su casa pidió a un taxista que la lleve a un sitio donde le puedan vender “polvo” a \$5, pero este no tenía punto de comparación con el que consumía cuando estaba en la maestría. Esto le hizo daño y ocasionó preocupación en su familia quien le reprochó que la recuperación se había ido a la basura y esto causó que se sintiera angustiada, con sentimientos de culpa, además de generar conflictos dentro de su hogar, llegando a los golpes y haciendo que su hermano la sacará arrastrando de la casa, por lo cual se vio obligada a vivir con su hermano mayor por toda esta situación. La paciente se ha prometiendo no volver a consumir para no hacerse daño y desde este momento no ha vuelto a tener deseos, sin embargo si ha tenido sueños en donde se ve consumiendo.

### **Seguimiento (2016)**

- 24 de marzo acude a su primera consulta psiquiátrica en el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) en donde le cambian la medicación, aumentando un estabilizador del ánimo y nuevos antidepresivos. Es diagnosticada con Trastorno Bipolar.
- 27 de abril presenta una recaída con el alcohol después de asistir a una graduación. Además inicia el uso de un cigarrillo electrónico.
- 05 de mayo la psiquiatra cancela la cita y es pospuesta para el día 19 de mayo.
- 26 de mayo presenta una crisis ansiosa debido al lugar en el que se encontraba.
- 07 de junio presenta una nueva recaída con el consumo de cocaína la cual se presentó a raíz de la angustia, estrés y preocupación por el ambiente laboral en el que se desempeña.

## **VIII. DESARROLLO**

### **Descripción cronológica detallada del caso**

Paciente NN, 29 años de edad, soltera, de nacionalidad Ecuatoriana, género femenino, orientación homosexual, procede de un hogar desorganizado, es la segunda de entre tres hermanos, instrucción superior economista; con maestría en Economía con especialización en Turismo.

#### **Infancia**

En los primeros años de vida la paciente sufre una quemadura en su brazo izquierdo ocasionando baja autoestima durante su crecimiento. A la edad de 5 años sufre un A.S por una persona desconocida de sexo masculino, esto aumenta su baja autoestima, y ocasiono sentimientos de culpa, cuando la paciente tenía 9 años sus padres se separaron debido a los constantes problemas que tenía en el hogar.

#### **Adolescencia**

Cuando ella tenía 13 su madre reorganiza su hogar proporcionándole un padrastro a la paciente mismo que no fue aceptado por ella debido a que este era muy violento, ocasionándole agresiones física y psicológicas, además en una ocasión intento abusar sexualmente de ella, no consumándose el abuso. La relación que poseía su padrastro con su madre era disfuncional por las constantes peleas que culminaban en golpe debido a los altos niveles de alcohol en los que se

encontraban, mencionando que fue en esta edad en la cual su madre inicia con el consumo de alcohol.

A la edad de 14 años comienza autolesionarse a través de la práctica del cutting teniendo así, ideas tanáticas mismas que no se concretaron porque su propósito no era culminar con su vida sino más bien llamar la atención de su madre; esto produjo que en más de una ocasión se genera conflictos en la familia llegando a los golpes debido a los rasgos impulsivos de su madre y de la paciente; en este punto la paciente había perdido totalmente el respeto por su madre, optando por no dormir en su casa e infringir normas.

A la edad de 15 años presenta una operación debido a una apendicitis aguda.

A la edad de 17 años la situación caótica que mantenía con su familia propiciaron el inicio de bulimia en donde ella empieza a preocuparse por su peso y presentar episodios de atracones de comida causados por la ansiedad que le provocaban las peleas constantes con su madre, esta situación empeora por la decepción amorosa que tuvo, siendo su primera relación con una pareja del mismo sexo y ocasionó que los atracones aumenten 4 a 5 veces al día, esto estuvo ligado al consumo de alcohol.

## **JUVENTUD**

Cuando terminó el colegio continuó inmediatamente con sus estudios en la Universidad, este nuevo ámbito fue propicio para que se identificara con pares que influyeron en el consumo excesivo de alcohol, que en más de una ocasión la pusieron en situaciones de riesgo; como despertar en lugares desconocidos con gente extraña, mantener relaciones sexuales con personas heterosexuales sin su consentimiento debido al estado en el que se encontraba, e ir con amigos que conducían en estado etílico causando más de un accidente de tránsito. Debido a las situaciones expuestas empezó a disminuir el consumo de alcohol pero no podría controlar la bulimia

Por la problemática que presentaba la paciente acude con una doctora con la cual inicia, terapia psicológica (cognitivo-conductual) y esto le ayudo a reducir los atracones de comida. La paciente abandona la terapia debido a que su terapeuta no cumplía las expectativas que ella esperaba, al no tener un tratamiento

psicológico era sensible para continuar con el cuadro de ansiedad y para calmar esta, ingería alcohol al mismo tiempo que permanecía la bulimia, además en algunas ocasiones se presentaban comportamientos impulsivos.

Al terminar sus estudios decide estudiar una maestría fuera del país con una duración de tres años, al culminar su maestría consigue un trabajo que le ofrece un servicio de salud privado al cual se acoge para retomar su terapia, aproximadamente en el 2012, misma que es de vital importancia hacia el manejo de la bulimia.

En el año 2013 abandona la terapia psicológica presentando un estado de vulnerabilidad en donde comienza con el consumo de cocaína en Julio del 2014 aproximadamente, por la dificultad que le ocasiona esta nueva situación, ella decide acudir a su centro de salud en donde es internada por un período de un mes; en dicho centro probaron con diferentes medicamentos para ver cuál le haría mayor efecto, a finales de la intervención empezó a sentirse más agotada teniendo dificultades para leer, concentrarse y esto hacia que se sienta frustrada. En una ocasión tuvo una fuerte crisis dentro del psiquiátrico por lo cual los doctores deciden aumentar la medicación, durante el proceso de rehabilitación empieza a fumar, iniciando con 5-6 cigarrillos diarios, pasando los días eran 8 diarios hasta terminar fumando cajetillas completas. En dicho centro se le dio el diagnóstico de Trastorno de Personalidad Límite.

Durante este tiempo decide acudir a un centro de narcóticos anónimos en busca de ayuda, la cual fue proporcionada sin embargo, su desesperación era mayor debido a los efectos de abstinencia que presentaba, generando faltas en el trabajo y sentimientos de culpa, los cuales disminuían con el consumo de cocaína, esta adicción le ocasionaba ansiedad y para disminuirla ingería alcohol, si tomaba alcohol quedaba muy ebria para lo cual consumía cocaína, era un ciclo rutinario del cual no podía desprenderse y culmina desertando del centro.

## **ADULTEZ**

Por las situaciones suscitadas durante el tiempo que pasó fuera decide regresar a Ecuador aproximadamente en agosto del 2015 siendo un apoyo fundamental el que le proporcione su familia, en los primeros días la depresión y ansiedad era

insoponible por la falta de medicación para lo cual decide sacar un turno para las áreas de Psiquiatría y Psicología, acudiendo con la psiquiatra una vez por semana durante 7 meses siendo la primera sesión el 28 de agosto del 2015 y continúa con el tratamiento hasta febrero del presente año.

Durante este proceso de atención con la psiquiatra es diagnosticada con los siguientes trastornos: Episodio Depresivo Leve (F32), Trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de cocaína (F14), Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alcohol (F10) y Trastorno Mixto Ansioso Depresivo (F41.2) y Trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de tabaco (F17).

Mientras que en el área de psicología tuvo su primera cita el 20 de octubre del 2015, asistiendo a tres sesiones siendo la última el 06 de noviembre del 2015, siendo diagnosticada con: Trastorno Mixto Ansioso Depresivo (F41.2), Trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de cocaína (F14) y Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alcohol (F10) decidiendo desertar del tratamiento psicológico, debido a la falta de constancia en la psicoterapia y la exigencia de tener un profesional que cumpla sus expectativas

***Psicofármacos Administrados a la paciente***

**Tabla N°: 9** Psicofármacos Administrados en DHARMA

**Nota:** Se describen los psicofármacos administrados en la clínica DHARMA, fuente: Datos tomados de la historia clínica de la paciente, elaborado por: Guerrero (2016)

AÑO	PSICOFÁRMACO	DOSIS	EFECTO
<b><i>Clínica Dharma 28 de abril del 2015</i></b>	Risperidona	3mg	Actúa en la corteza pre-frontal aumentando los niveles de serotonina y dopamina, mejorando los síntomas negativos. <b>Uso:</b> Su eficacia fue demostrada en pacientes crónicos y agudos. También se obtuvieron mejorías en casos de depresiones psicóticas (disminución de ideas paranoides).
	Clonazepan	0.5 mg	Estabilizador del estado de ánimo, perteneciente al grupo de benzodiacepinas. <b>Uso:</b> para la terapia de la ansiedad, insomnio y otros estados afectivos, abstinencia alcohólica y espasmos musculares.
	Topiramato	50mg	Se encuentra en una clase de medicamentos llamados anticonvulsivos. <b>Uso:</b> reduce la exaltación anormal en el cerebro. También se usa para el manejo de la dependencia al alcohol
	Pregabalina	150mg	Pertenece a una clase de medicamentos llamados anticonvulsivos. <b>Uso:</b> Actúa disminuyendo la cantidad de señales de dolor que los nervios dañados del cuerpo envían al cerebro.

**Tabla N°: 10** Psicofármacos Administrados en HPDA

**Nota:** Se describen los psicofármacos administrados en el Hospital Provincial Docente Ambato, fuente: Datos tomados de la historia clínica de la paciente, elaborado por: Guerrero (2016)

<i>Agosto-Diciembre 2015</i>	Sertralina	100mg 1q/d	Incrementa los niveles de serotonina a través de la inhibición de su recaptura neuronal. <b>Uso:</b> Indicado para el tratamiento de la sintomatología de la depresión mayor.
	Clonazepan	2mg (1/4 tab am y 1/2 tab pm)	Estabilizador del estado de ánimo, perteneciente al grupo de benzodiacepinas. <b>Uso:</b> para la terapia de la ansiedad, insomnio y otros estados afectivos, así como las epilepsias, abstinencia alcohólica y espasmos musculares.
	Risperidona	1mg 1/4 tab.	Actúa en la corteza pre frontal aumentando los niveles de serotonina y dopamina, mejorando los síntomas negativos. <b>Uso:</b> Su eficacia fue demostrada en pacientes crónicos y agudos. También se obtuvieron mejorías en casos de depresiones psicóticas (disminución de ideas paranoides).

**Tabla N°: 11** Fármacos Administrados en el IESS

**Nota:** Se describen los psicofármacos administrados en el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, fuente: Datos tomados de la historia clínica de la paciente, elaborado por: Guerrero (2016)

<b>2016</b>	Sertralina	100 mg 1q/d	Incrementa los niveles de serotonina a través de la inhibición de su recaptura neuronal. <b>Uso:</b> Indicado para el tratamiento de la sintomatología de la depresión mayor.
	Clonazepan	2mg (1/2 tab am c/12h)	Estabilizador del estado de ánimo, perteneciente al grupo de benzodiazepinas. <b>Uso:</b> para la terapia de la ansiedad, insomnio y otros estados afectivos, así como las epilepsias, abstinencia alcohólica y espasmos musculares.
	Risperidona gotas	3am y 5pm	Actúa en la corteza pre frontal aumentando los niveles de serotonina y dopamina, mejorando los síntomas negativos. <b>Uso:</b> Su eficacia fue demostrada en pacientes crónicos y agudos. También se obtuvieron mejorías en casos de depresiones psicóticas (disminución de ideas paranoides).
	Lamotrigina	25 mm (3 veces al día)	Pertenece a medicamentos llamados anticonvulsivos. Indicado para pacientes con trastorno bipolar. <b>Uso:</b> Actúa disminuyendo la actividad eléctrica anormal del cerebro
	Dual Antidepresivo Eflexor (venlafaxina)	75mg	Venlafaxine es un antidepresivo, inhibidor selectivo de la recaptura de serotonina y norepinephrine. <b>Uso:</b> se usa en el tratamiento del trastorno depresivo agudo, ansiedad, y trastorno de pánico.

## **Descripción de los factores de riesgo**

Es de importancia mencionar los hechos fundamentalmente substanciales del Trastorno de la personalidad límite que se establecieron en la infancia temprana.

Freud (1900) menciona que el psicoanálisis concede un papel central a las experiencias traumáticas que pudieron tener las personas que padecen de un TLP.

En base a los datos obtenidos por la paciente podemos enunciar como factores de riesgos los siguientes hechos suscitados:

### **Biológicos**

La paciente menciona que los padres tienen un trastorno por consumo de alcohol, y su hermano menor un trastorno de personalidad no especificado, situación que marca una predisposición en su carga genética para desarrollar algún tipo de trastorno.

El DSM-IV-TR (APA, 2002) menciona dentro del apartado de patrón familiar que es más frecuente el TLP (trastorno límite de personalidad) en la familia de primer grado y que guardan relación con los trastorno de consumo de sustancias, trastorno del estado de ánimo y trastorno antisocial de la personalidad.

### **Ambientales**

La paciente se desarrolló en una familia disfuncional caracterizada por: escaso contacto afectivo y tiempo familiar, dificultades en la comunicación, conflictos constantes, que culminaban en golpes, siendo de esta manera víctima de maltrato físico. Al culminar su tercera infancia sus padres toman la decisión de divorciarse. La negligencia en el cuidado por parte de la madre ocasionó que sea víctima de un abuso sexual, además presentó una quemadura que generó baja autoestima.

Cierpka y Reich (2001) afirman que en personas con TLP pueden existir dos combinaciones familiares, siendo la primera entre caóticas-inestables y la segunda familias negligentes. Las familias caóticas- inestables se van a caracterizar por peleas familiares y crisis matrimoniales con escenarios impulsivos y abuso de alcohol. Mientras que el otro tipo de familia tiene como rasgo característico la

negligencia en el cuidado, la separación temprana de los padres y el desapego con los niños.

### **Estilo de vida**

Se desarrolló con un estilo de crianza rígido, con dificultades de comunicación entre los miembros de su familia, y necesidad de afecto materno, iniciando con las prácticas autolesivas (cutting) e intentos suicidas, además de la bulimia (debido a la distorsión de la imagen corporal), que después se intensificaron con el consumo de alcohol, posteriormente el consumo de cocaína y cigarrillo.

En su adolescencia se presentó dificultad para el manejo de la ira, comportamientos impulsivos y temerarios que en más de una ocasión le pusieron en riesgos como despertar en lugares desconocidos con gente extraña, mantener relaciones sexuales con personas heterosexuales sin su consentimiento debido al estado ético en el que se encontraba, e ir con amigos que conducían alcoholizados.

### **Social**

El rechazo social debido a los estereotipos, prejuicios y tabúes desarrollados en torno a la orientación sexual de la paciente ocasiono conflictos para sentirse parte de la sociedad, lo cual le genero vínculos inseguros e inestables. Además la paciente creció con un esquema de desvalorización sobre sí misma y una escasa auto-eficacia situación que la llevo a no culminar una meta, como evidenciamos cuando estaba a punto de graduarse y entro en crisis por la elección de la modalidad de graduación o las constantes recaídas durante su proceso de recuperación. Es necesario mencionar que los problemas, personales, familiares y laborales le ocasionan estrés.

## **Análisis de los factores relacionados con los servicios de salud**

Paciente NN de 29 años de edad, menciona acudir por primera vez a consulta privada del seguro médico que poseía en “Dharma”, asistiendo a Psiquiatría y Psicología en el año 2012 para tratar su problema de bulimia, acudió con la psiquiatra una vez por mes, e inició el tratamiento farmacológico de antidepresivos y ansiolítico, en cuanto a la terapia psicológica decide abandonarla en el año 2013.

A su regreso al país solicita un turno para continuar con su tratamiento, sin presentar mayor dificultad, únicamente tuvo que esperar aproximadamente un mes para obtener un cita en los servicios de Psicología y Psiquiatría en su centro de salud “Medalla Milagrosa” del cual fue remitida al Hospital Provincial Docente Ambato en donde acude con la psiquiatra una vez al mes durante 7 meses siendo la primera sesión el 28 de agosto del 2015 y continuando con el tratamiento hasta febrero del 2016. Mientras que en el área de psicología tuvo su primera cita el 20 de octubre del 2015, asistiendo a tres sesiones siendo la última el 06 de noviembre del 2015, decidiendo abandonar el tratamiento psicológico, debido a su falta de constancia en las terapias y a la exigencia que se plantea de tener un profesional que cumpla sus expectativas.

Además menciona que el servicio de salud al cual acudía era bueno; ofreciéndole un servicio de calidad, aunque en varias ocasiones tienes que esperar mucho tiempo, antes de ingresar a su cita con la psiquiatra y esto le ocasiona ansiedad, sin embargo logra manejarla y espera con paciencia su turno.

Debido al horario de trabajo y su nueva ubicación de residencia se le presento dificultades para asistir a su cita con la psiquiatra las cuales eran entre semana. Al intentar solicitar un nuevo turno la psiquiatra le informó que no se presta atención los días sábados por lo que decide abandonar el tratamiento.

La paciente solicita un nuevo turno mediante el call center e ingresa a un centro de salud en Quito y después de hacer una evaluación psicológica es remitida a Psiquiatría en el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) en la

ciudad antes mencionada, acudiendo una vez al mes desde el 24 de marzo del 2016 hasta el 19 de mayo del mismo año.

Manifiesta que en el servicio de salud actual es muy bueno y nota cambios con respecto a la medicación siendo de gran ayuda para aliviar sus síntomas en comparación al centro anterior en donde la medicación no funcionaba porque ella mantenía su sintomatología sin ver ningún cambio.

También es de importancia mencionar que la paciente no acude a consulta psicológica debido a que la psiquiatra la remitió al con la especialista en psicología al Hospital Carlos Andrade Marín y el turno que se le proporcionó fue para dentro de tres meses, denotando así la demanda de profesionales de salud en el área de psicología cuya finalidad es proporcionar atención de calidad e intervención inmediata.

## **Identificación de los puntos críticos**

En base a los datos obtenidos anteriormente se puede evidenciar que los factores que ocasionaron una recaída en el tratamiento de la paciente son el abandono de la terapia psicológica y la suspensión de tratamiento farmacológico.

Escribano (2006) menciona que además de un tratamiento farmacológico es importante la psicoterapia, porque esta tiene el objetivo de guiar a que el paciente disminuya la intensidad y prevalencia de conductas autolesivas, además de mejorar las relaciones interpersonales, así como mayor comprensión de sus conflictos. Denotando la importancia del trabajo multidisciplinario entre psiquiatra y psicólogo.

La paciente presenta como factores predisponentes la constantes dificultades en su hogar debido a la relación disfuncional que mantenía con su madre, la cual consumía alcohol, y le propiciaba sentimientos de desvalorización, además de la constante inestabilidad emocional producto de las distorsiones acerca de su imagen, o de las habilidades propias generando ansiedad, misma que cesaba con atracones de comida, ingesta de alcohol o consumo de cocaína.

Moya y Peláez (2013) afirman que la terapia familiar juega un papel muy importante en el tratamiento de personas con TPL debido a que el objetivo de esta terapia es la psicoeducación sobre el trastorno, restaurar la relación sana entre paciente-familia, mejorar la comunicación familiar y el propiciar relaciones sociales estables que eviten el aislamiento de la paciente logrando crear una red de apoyo en su familia.

Es importante mencionar que durante el proceso de rehabilitación debido al consumo de cocaína la paciente inicia con el consumo de cigarrillos, denotando la transposición de una adicción hacia otra menos fuerte.

El Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas NIDA (2013) señala que cuando una persona deja de consumir droga por primera vez, se produce el efecto de abstinencia para lo cual se pueden aplicar algunos medicamentos que ayuden a evitar el deseo de consumir la droga; produciendo un efecto calmante en el cerebro. Empleando así la terapia del reemplazo, por ejemplo en la adicción al tabaco se puede usar inhaladores, parches o chicles, entre otros.

Finalmente cabe destacar que el tiempo en el que no acude a control psicológico o psiquiátrico se encuentre más vulnerable a presentar recaídas fuertes en su tratamiento.

### Caracterización de las oportunidades de mejora

**Tabla N°: 12** Caracterización de Oportunidades de Mejora

**Nota:** Se describe la caracterización de las oportunidades de mejora, fuente: Análisis de caso Trastorno de Personalidad Límite, elaborado por: Guerrero (2016)

OPORTUNIDADES DE MEJORA:	ACCIONES DE MEJORA:
Demanda	Sintomatología impulsiva, inestable
Educación para la salud	Programa de psicoeducación impartida por la Psicóloga para los familiares de los pacientes, en donde se les informa respecto al trastorno y a la evolución.
Niveles de atención	Primaria: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Médico general</li> <li>- Enfermera</li> </ul> Especializada: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Psicóloga</li> <li>- Psiquiatra</li> <li>- Neurólogo</li> <li>- Terapeuta Ocupacional</li> </ul>
Protocolo de atención	Protocolos establecidos por el Ministerio de Salud del Ecuador.
Sistema de garantía de la calidad	El Hospital Regional Docente Ambato es un centro de atención hospitalario que brinda un servicio de asistencia, capacitación y seguimiento a los pacientes, basándose en un modelo integral cuyo propósito es proporcionar un tratamiento de calidad a las personas que se benefician de este servicio, para ello cuenta con atención en psiquiatría, psicología, neurología, terapia ocupacional y enfermería.

## **PROPUESTA DE TRATAMIENTO ALTERNATIVO**

### **FASE INICIAL**

#### ***1. EVALUACIÓN***

##### ***INFORME PSICOMÉTRICO***

A continuación se describen algunas baterías psicológicas aplicadas a la paciente NN de 29 años de edad, con la finalidad de corroborar los diagnósticos otorgados por los profesionales de salud mental con los cuales se atendió.

- Cuestionario de Evaluación IPDE Módulo DSM-IV cuyo resultado fue predominio del Trastorno Límite de personalidad.  
Corroborando así con el diagnóstico otorgado al estudio de caso.
  
- Escala de Autoestima de Rosemberg obtuvo una puntuación total de 24 puntos lo que nos indica una autoestima baja.
  
- Escala de Impulsividad de Barrat obtuvo una puntuación de 26 puntos en la impulsividad motora, 22 puntos en impulsividad cognitiva y 21 puntos en impulsividad no planificada. Demostrando así que su impulsividad implica actuar sin pensar, dejándose llevar por el ímpetu del momento que podría tener relación al consumo de drogas en el caso de la paciente NN, alcohol y cocaína.
  
- Cuestionario CAGE que se utilizó para evaluar la dependencia al consumo de alcohol, en este se obtuvo una puntuación de 4 sobre 4 demostrando así la dependencia alcohólica.
  
- Cuestionario de Funcionamiento Familiar FF-SIL obtuvo una puntuación de 38 indicando disfuncionalidad familiar.
  
- Test de Fagerstrom empleado para conocer el nivel de adicción a la nicotina en 3 escalas: poco dependiente, dependencia media y altamente

dependiente, en la cual obtuvo una puntuación de 7 indicando Dependencia alta al consumo de cigarrillo.

- Escala de Ideación Suicida obtuvo una puntuación de 9 puntos sobre 38 lo que indica ausencia de ideación suicida.
- Escala de Hamilton para Ansiedad, obtuvo una puntuación de 2.7 puntos indicando que presenta una Ansiedad Severa grave
- Escala de Hamilton para Depresión, obtuvo una puntuación de 22 puntos indicando Depresión Severa.

### **Interpretación de los resultados**

En base a las evaluaciones psicométricas aplicadas a la paciente NN se puede corroborar el diagnóstico proporcionado para el estudio de caso, es decir Trastorno de Personalidad Límite, con una marcada impulsividad motora, que va a estar presente en áreas potencialmente autolesivas para la paciente en mención debido a la alta dependencia alcohólica y al consumo de cigarrillo. Además presenta Ansiedad grave y Depresión severa considerándolos como trastornos asociados al TPL.

Mediante el test de Autoestima de Rosemberg se evidencia baja autoestima la cual fue propiciada por las críticas de su madre, cuando la paciente era pequeña, por lo cual se recomienda trabajar en elevar su autoestima y así eliminar completamente los sentimientos de minusvalía.

En cuanto a los resultados del test FF-SIL que indican disfuncionalidad familiar, se recomienda trabajar en fortalecer el vínculo madre e hija además de buscar mayor comunicación en su familia, cuya finalidad es que en un futuro madre e hija puedan coexistir en un mismo lugar sin presentar conflictos.

## 2. DIAGNÓSTICO

### Diagnóstico Presuntivo

- F.32.x Trastorno Depresivo Mayor, episodio único (296.2x)
- F10 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alcohol
- F14 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de cocaína.
- F17 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de tabaco
- F41.2 Trastorno Mixto Ansioso-Depresivo
- F60.3 Trastorno de personalidad Límite

### Diagnóstico diferencial

#### Trastorno Bipolar “TB”

El trastorno de personalidad límite (TPL) tiene síntomas similares con el trastorno bipolar como los cambios de humor extremos, por lo cual suelen confundirse; sin embargo son enfermedades totalmente distintas; como describiremos a continuación.

#### Tabla N°: 13 Diagnóstico Diferencial

**Nota:** Se realiza un diagnóstico diferencial entre el TPL y el TB, fuente: Análisis de caso Trastorno de Personalidad Límite, elaborado por: Guerrero (2016)

INICIO TEMPRANO DEL CURSO DE LOS SÍNTOMAS	
-El patrón más habitual es una inestabilidad crónica al principio de la edad adulta, con episodio de grave descontrol afectivo e impulsos. -El TPL se caracteriza por un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y una notable impulsividad.	-La edad media en la que aparece el trastorno es a los 20 años tanto en hombres como en mujeres, con presencia de un episodio maniaco único e inmediatamente antes o después un episodio depresivo. -El TB es un trastorno recidivante caracterizado por uno o más episodios maníacos, mixtos, y uno o más episodios depresivos mayores

PATRÓN DE COMPORTAMIENTO	
Los cambios de humor debido a la dificultad de regular emociones en personas con TPL duran horas	En personas con Trastorno Bipolar (TB) los cambios de humor van a durar días, semanas e incluso hasta meses.
La forma de reaccionar en personas con TPL siempre está relacionada a un agente estresor, como por ejemplo: una deuda de tipo económica, una pelea con algún familiar.	Mientras que en el trastorno bipolar se da un cambio de humor repentino sin que haya alguna situación, tanto social como emotiva que lo provoque, otorgándole como posible explicación alguna alteración cerebral.
Por lo general las personas con TPL a menudo enfrentan sentimientos de vacío, dificultades para aceptarse a sí mismo, problemas en su autoimagen y sentimientos de desamparo sea real o imaginario.	Mientras que en el TB estos sentimientos no son tan habituales, siendo más común la magnificencia y el ego que por lo general se presenta en la etapa maníaca.
Las personas con TPL presentan constante impulsividad	Mientras que en el TB la impulsividad únicamente aparece en las fases maníacas/hipomaníacas.
Oliveros (2014) señala que La psicoterapia es importante para tratar el TPL.	Mientras que en el TB no logra cambios o por lo contrario puede ocasionar un empeoramiento. (Oliveros ,2014)

### Diagnóstico definitivo

F60.3 Trastorno de personalidad Límite

Comorbilidad: Los diagnósticos que más frecuentemente aparecen asociados al TLP son los Trastornos Afectivos (Depresión), Trastornos de Ansiedad debido al consumo de sustancias y T. por Abuso de sustancias, (APA, 2002, p. 792)

### 3. INICIO DEL TRATAMIENTO

**Tabla N°: 14** Inicio de Tratamiento

**Nota:** Se describe algunas técnicas para iniciar con el abordaje terapéutico, fuente: Análisis de caso Trastorno de Personalidad Límite, elaborado por: Guerrero (2016)

Objetivo	Técnica	Descripción	Tiempo	Resultado Esperado
<b>Establecer una alianza terapéutica entre paciente-terapeuta.</b>	Encuadre	Establecer horarios y compromisos por parte de la paciente.	2 a 3 sesiones	Cooperación decidida del paciente en el proceso terapéutico.
	Escucha Activa	Consiste en demostrar a la paciente que escucha atentamente lo que esta expresa, pudiendo emplear el parafraseo.		
	Asentir	Mediante esta técnica el terapeuta utiliza frases como “aja”, “entiendo” “mover la cabeza etc... con la finalidad de que la paciente se sienta entendida.		
	Emparejamiento	Esta técnica busca que el terapeuta se sincronice con lo que la paciente diga.		

- **INTERCONSULTA**

Es necesario que la paciente asista a consulta con psiquiatría para que el tratamiento farmacológico ayude a mejorar la sintomatología del trastorno de personalidad límite además de reducir la ansiedad producida por la abstinencia al consumo de sustancias, y mejore la sintomatología depresiva que presenta.

- **PSICOEDUCACION**

En este punto se debe iniciar un proceso de psi-coeducación, para adiestrar a la paciente en reglas propias del enfoque cognitivo-conductual. Estas reglas deben trabajarse con todos los involucrados en la dinámica de la familia de la paciente. Tiempo establecido máximo 2 sesiones.

## **FASE INTERMEDIA**

**Tabla N°: 15** Plan de tratamiento A .Emocional

**Nota:** Se describe el plan de tratamiento basado en el área emocional, fuente: Análisis de caso Trastorno de Personalidad Límite, elaborado por: Guerrero (2016)

<b>ÁREA</b>	<b>SÍNTOMA</b>	<b>CONFLICTO</b>	<b>OBJETIVO</b>	<b>TÉCNICA</b>	<b>DESCRIPCIÓN</b>	<b>TAREAS</b>	<b>TIEMPO</b>	<b>RESULTADO ESPERADO</b>
<b>E</b>	Baja tolerancia a la frustración	Dificultad en las relaciones sociales, personales y familiares debido a la toma de decisiones inapropiadas.	-Mejorar el nivel de tolerancia a la frustración	- Enfriar la mente	Se enseña a la paciente a ver los problemas con cierta distancia, con el objetivo de que aprenda analizar y gestionar de mejor manera la situación que enfrenta.	Se le pide a la paciente que realice una actividad para despejar la mente por ejemplo, salir a caminar o ver una película	1 sesión	Que la paciente aprenda a manejar frustración.
<b>M</b>				<b>O</b>	<b>C</b>	<b>I</b>	<b>O</b>	
				- Mindfulness “1 minuto de atención plena”	Se pide a la paciente que enfoque toda la atención en su respiración durante un minuto. Se explica que debe dejar abiertos los ojos y respirar con el vientre en lugar de con el pecho, tratando de respirar por la nariz y que salga por la boca. Concentrándose en el sonido y el ritmo de la respiración.	Repetir el ejercicio aprendido, en casa dos veces por semana.	1 sesión (Técnica utilizada como eje transversal)	

				-Solución de problemas	La paciente aprende a generar varias soluciones en la que no incluya conductas autodestructivas, agresión a otros y hacia ella mismo	En casa se pide a la paciente que haga una lista con posibles soluciones	1 sesión	
				-Entrenamiento en asertividad (técnica llegar a acuerdos)	Se adiestra a la paciente en que exprese su malestar de manera asertiva sin ser ni agresiva ni pasiva.	En casa la paciente va a practicar asertividad con los miembros de su familia y luego en su trabajo.	1-3 sesiones	
	Baja autoestima	Problemas de autoconcepto, autoimagen y autoeficacia	Entrenamiento en ejercicios que ayuden a la paciente a elevar su autoestima	- Pensamientos Positivos	Se pide a la paciente hacer una lista con pensamientos buenos sobre ella misma con la finalidad de aumentar su estado de ánimo.	Realizar en casa una lista con cinco cosas positivas de sí mismo y cinco cosas positivas de la vida en general		Que la paciente emplee recursos que mejoren su autoestima

E M O C I O N A L				- Felicítese mentalmente a usted mismo	Por cada vez que la paciente haga alguna actividad que le propicie resultados, se felicitará u otorgará una recompensa agradable.	Práctica en casa la técnica enseñada en consulta.	3 sesiones	
				- Bote Medicinal	Se solicita a la paciente que elabore un “medicamento” contra la baja autoestima, en donde se deben guardar “pastillas” las cuales van hacer recursos que utilizará para aumentar su autoestima, por ejemplo: escuchar su canción favorita, ponerse su ropa preferida.	Diseñar un bote o caja medicinal y colocarlo en el botiquín de la casa junto a otros medicamentos.		
			Ampliar su círculo social	-Dibujar el círculo social	Se le pide a la paciente que mediante un dibujo de círculos concéntricos ubique a las personas con las que se relaciona con mayor frecuencia y las coloque según su grado de cercanía para ella, la paciente debe ubicarse en el centro.	Elaborar una Lista en la que se distinga las siguientes categorías en cada una de las personas del círculo de amistad: familia, amigos íntimos, colegas, conocidos.		

	Sentimiento de minusvalía	Dificultad para desarrollar y demostrar sus potencialidades porque considera que es inferior al resto de las personas.	Desvalorizar las críticas recibidas	-La lista de opiniones	Se pide a la paciente que haga una lista con los adjetivos más críticos que se han empleado hacia ella, cuando termine la lista se solicita que a la derecha de cada adjetivo ponga en mayúscula la siguiente frase <i>“la opinión de los demás no es la realidad”</i>	Realizar la lista cada vez que alguien diga algo malo sobre ella.	2 Sesiones	Que la paciente aprenda a manejar la crítica de las demás personas sin que esto le afecte.
			Aprender a utilizar fortalezas	- Detectar e implementar fortalezas	Se solicita a la paciente que escriba aquellas actividades que es capaz de realizar gracias a su fortaleza y que luego analice: ¿Cómo las ha utilizado en su vida diaria? Y de qué manera le han sido útiles.	Se pide a la paciente que en casa haga una lista en la que reconozca las fortalezas que le han propiciado éxito en su vida diaria.	2 Sesiones	Que la paciente sea consciente de sus capacidades y las utilice más.
	Irritabilidad	Agresividad	Dotar a la paciente de recursos que le permitan afrontar de	- Ficha de afrontamiento para irritabilidad	Consiste en que la paciente reflexione acerca 18 estrategias de afrontamiento para que pueda evaluar la forma de emplear sus conductas. Entre estas estará: buscar	Se realiza la ficha de afrontamiento en casa y repite los pasos para detención de	4 sesiones	Que la paciente aprenda a manejar la

			manera adecuada sus emociones.		apoyo social, concentrarse en resolver el problema, esforzarse y tener éxito, preocuparse, invertir en amigos íntimos, etc... (La F.A está en anexos).	pensamiento		irritabilidad
				- Detención del pensamiento	Se enseña a la paciente a evitar pensamientos rumiativos, mediante estos paso: 1. Determinar cuáles son los pensamientos (-) que le genera ira. 2. Interrupción del pensamiento mediante una palabra “basta” o “stop” (los cuales se manifiestan con un golpe) y finalmente, 3. Sustituir el pensamiento que le genera malestar por uno más agradable.			
			Ayudar a calmar el enojo	-Respiración 7-3-7	Se indica a la paciente que va a realizar esta técnica sentada, con la espalda recta y apoyada en un respaldo. Y posterior a esto se procede a inhalar mientras se cuenta hasta el 7, se mantiene la respiración por tres segundos y se exhala en el conteo de 7.	Utilizar la técnica aprendida cada vez que se sienta molesta por alguna situación.	1 sesión	Que la paciente calme su ira mediante técnicas de respiración

	Sentimiento de culpa	Pensamientos negativos sobre sí mismo (vergüenza-remordimiento)	Reelaborar traumas con la finalidad de disminuir los sentimientos de culpa.	- La carta de la adulta a la niña	Se pide a la paciente que escriba una carta apoyando y reconfortando a la niña (ella misma) que sufrió un abuso. En la carta se debe incluir aquellos mensajes que la paciente crea que no tuvo en ese momento y le hubieran ayudado además de dejar claro que no fue su culpa.	Se indica a la paciente que para mayor utilidad podría buscar una foto de la edad en la que fue víctima de un abuso y al final se coloca la foto con la carta en un lugar especial rodeada de objetos “curativos”.	4 sesiones	Que la paciente pueda regresar atrás con la niña que no tuvo ayuda con el propósito de reelaborar el trauma
			Fortalecer el autoconcepto y la autoestima	- Yo soy	Se le explica a la paciente que va a escribir lo que una vez le paso, eligiendo un adjetivo positivo para que lo ejemplo en una frase por ejemplo: <i>Yo soy fuerte porque una vez.....</i> o <i>Yo soy alegre porque una vez...</i>	Bibliotecaria: Leer “aprender a quererse a sí mismo” de Walter Riso “Tus zonas erróneas” de Wayne Dyer.		Que la paciente elimine los sentimientos de culpa mediante una aceptación de sí misma.

			Disminuir los sentimientos y emociones negativas	- Técnica del espejo	Se indica a la paciente que en un momento del día en el que se encuentre tranquila, tome un espejo y se mire directamente a los ojos, concentrando su atención en el color, la pupila si tiene brillo etc.... Y luego se pregunta ¿qué sientes?, posterior a esto se indica que ella debe de decir mientras se mira al espejo “me quiero y me acepto” por ejemplo: <i>aunque sienta miedo me quiero y me acepto</i> Repitiendo varias veces la frase, para finalmente decirse cosas bonitas como por ejemplo: que guapa que soy o ánimo que hoy será un gran día.	Realizar la técnica del espejo en las mañanas y antes de ir a dormir leer el post-it que escribió	4 sesiones	
				- Post-it	La paciente elabora mensajes positivos sobre ella mismo y los va dejando por la casa, escribiendo sobre sus fortalezas y frases que la ayuden a recordar sus sueños, deseos y motivaciones como por ejemplo: “Me amo porque...”, “ánimo” etc...			

**Tabla N°: 16** Plan de tratamiento A .Cognitiva

**Nota:** Se describe el plan de tratamiento basado en el área cognitiva, fuente: Análisis de caso Trastorno de Personalidad Límite, elaborado por: Guerrero (2016)

ÁREA	SÍNTOMA	CONFLICTO	OBJETIVO	TÉCNICA	DESCRIPCIÓN	TAREAS	TIEMPO	RESULTADO ESPERADO
C O G N I T I V A	Distorsiones cognitivas como:  -Sentirse sola(razonamiento emocional), - culpabilidad, -preocupación irracional relacionadas con el peso corporal	Sostener, dar valor y actuar conforme a una idea errónea establecida.	Instruir a la paciente sobre la temática Pensar-Sentir -Actuar y la relación significativa entre los 3 procesos.	Psi-coeducación informativa	Se pretende empoderar a la paciente sobre la utilidad de manejar por si misma pensamientos, emociones y conductas favorables.  Realizar un relato en el que por un lado ejemplifique situaciones reales en las que la paciente piensa, siente y actúa de una manera poco saludable y por otra parte, ejemplificar las formas saludables de pensar, sentir y actuar; de la situación anteriormente descrita.	-En base a la técnica aprendida se va elaborar ejemplos de situaciones en las que piensa-siente y actúa de forma desfavorable y saludablemente.  -Biblioterapia: Lectura del libro pensar bien, sentirse bien.	3 sesiones	Reconocer la importancia de la relación existente entre el pensar-sentir-actuar y la interacción recíproca de una con la otra.
			Identificar las distorsiones cognitivas	-Auto-registro de pensamientos	Se solicita a la paciente que utilice un diario en el que se anotan los pensamientos que aparecen después de alguna situación que le genere estrés o malestar.	Elaborar un registro diario a manera de cuadro en el que conste: Fecha, Situación, Emoción y	4 sesiones	Instruir a la paciente sobre la existencia de distorsiones cognitivas

						<p>Pensamiento automático, ejemplo</p> <p>F: 31/05/2105</p> <p>S: me dejo en visto el whatsapp</p> <p>E: “me siento triste”</p> <p>P.A: no me responde porque no me quiere.</p>		
			Reconocer las distorsiones cognitivas	-Nombrar la distorsión	Consiste en enseñarle a la paciente a clasificar los tipos de pensamientos erróneos más frecuentes en el problema que presenta, con la finalidad de detectarlos y hacerle frente	En base al registro de pensamientos automáticos anteriormente elaborado, la paciente debe intentar identificar las distorsiones cognitivas que contienen.	4 sesiones	

C O G N I T I V A			Comprobar la validez de los pensamientos automáticos	-El periodista	Se explica al paciente que va actuar como un detective privado con la finalidad de buscar pruebas de las cosas que le hacen sentir mal. Se pide a la paciente que elabore un gráfico con las pruebas que apoyan y contradicen sus hipótesis. En un extremo del gráfico debe hacer una lista con las pruebas que apoyan la hipótesis, mientras que en el otro extremo, deben describir los hechos que contradicen la hipótesis. <i>Nota:</i> Esta lista solo debe incluir hechos.	Diseñar un experimento para comprobar una determinada hipótesis. Con la finalidad de que la paciente prediga un resultado y lo compruebe. Por ejemplo: preguntar a un grupo de personas si consideran que “está excesivamente gorda”.	4 sesiones	Que la paciente confronte y modifique los pensamientos automáticos
			Modificar distorsiones cognitivas	-diálogo socrático	Consiste en realizar una serie de preguntas que sirvan para confrontar a la paciente, con la	-Utilizar preguntas para descubrir errores	4 sesiones	

					finalidad descubrir errores lógicos en las interpretaciones de la paciente.	lógicos en las interpretaciones. Por ejemplo: ¿Qué pruebas tiene para creer eso? -Hacer una lista de ventajas e inconvenientes de mantener el pensamiento irracional.		
--	--	--	--	--	---	--	--	--

**Tabla N°: 17** Plan de tratamiento A. Conductual

**Nota:** Se describe el plan de tratamiento basado en el área conductual, fuente: Análisis de caso Trastorno de Personalidad Límite, elaborado por: Guerrero (2016)

ÁREA	SÍNTOMA	CONFLICTO	OBJETIVO	TÉCNICA	DESCRIPCIÓN	TAREAS	TIEMPO	RESULTADO ESPERADO
C O N D U C T U A L	Impulsividad	Dificultad para utilizar la razón antes de ejecutar una conducta en una situación determinada.	Proporcionar estrategias que permitan controlar la impulsividad .	-El volcán	Consiste en identificar la situación que viven justo antes de “explotar, mediante la visualización de todo el proceso en forma de imágenes. Se pide a la paciente que imagine que en su interior hay un “volcán” que representa toda su fuerza y energía, y que cuando se molesta el “volcán” que imaginariamente está localizado en la zona del estómago, se calienta y que si no es controlado empieza a producir lava, hasta el punto que estalla. Lastimando a las personas que están cerca.	Se pide a la paciente recrear situaciones (mediante la imaginación) en las que la impulsividad le ha ocasionado malestar. Las cuáles serán trabajadas con el terapeuta en la siguiente sesión).	3 sesiones	Control de impulso
				Entrenamiento en auto-instrucciones de Meichenbaum	Cambiar autoverbalizaciones para que se modifique el comportamiento mediante instrucciones u órdenes que se dé la paciente. Algunas autoinstrucciones que se puede	Cada vez que la paciente sienta que va a explotar se dirá internamente “basta o stop”.		

				emplear son las siguientes: Para, Stop, tranquilidad, serenidad y quietud. (Los cuales se manifiestan con un golpe), etc...				
				-Programación de actividades incompatibles	Se pide a la paciente que después de detectar conductas que le generan impulsividad elabore un calendario con varias actividades alternativas a la conducta-problema (por ejemplo realizar actividades físicas como ir al gimnasio en vez de estar colérico ante una situación).	-Elaborar un calendario con actividades agradables que puede realizar para reemplazar conductas impulsivas	2 sesiones	
				Relajación progresiva de Jacobson	Cosiste en aprender a tensar y luego relajar los distintos músculos del cuerpo, para que la paciente aprenda a discriminar cuando el músculo esta tenso o relajado con la finalidad de identificar y tratar las diferentes situaciones que nos crean tensión.	Realizar esta técnica, antes de ir a dormir, siguiendo paso a paso las instrucciones que se dieron en terapia.	3 sesiones	

C O N D U C T U A L	Comportamientos manipulatorios mediante prácticas autolesivas como la automutilación y conducta suicida	Obtención de ganancias a través del daño hacia sí mismo.	Disminuir la intensidad y prevalencia de conductas autodestructivas	-Confrontación	Consiste en confrontar los comportamientos destructivos que tiene la paciente en relación a sí mismo. (Extremando el significado de las expresiones).	Se pide a la paciente hacer una lista en las que enuncie los problemas que le ha ocasionado el actuar de forma inadecuada.	3 sesiones	Que la paciente tome consciencia de la forma inadecuada de actuar ante determinada situación.
				-Ficha de afrontamiento para riesgo suicida	Se solicita a la paciente hacer una o más de estas cosas, cuando tenga ganas de hacerse daño: 1. Hablar con un familiar o persona cercana de lo que siente 2. Escribir en su registro de pensamientos. 3. Recordarse así mismo que hacerse daño es una solución permanente a un problema temporal. 4. Preguntarse a sí mismo: ¿Qué otra cosa puede intentar? 5. Llamar al teléfono de atención en casos de crisis y hablar con ellos que siente.	Se pide a la paciente pensar en 5 personas que son de importancia para ella, pero sobre todo que sabe que la pueden ayudar cuando tenga una crisis. Luego se dibuja una estrella y se coloca el nombre y número	2 sesiones	Que la paciente disminuya las conductas autodestructivas

						telefónico de casa una de las personas que pensó anteriormente con la finalidad de crear su red de apoyo.		
				- Haga algo diferente	Se pide a la paciente que cada vez en que aparezca el problema, haga algo diferente, distinto de lo que han hecho hasta ahora.	Se indica a la paciente que piense en una alternativa novedosa que puede emplear en lugar de tener intentar hacerse daño.	2 sesiones	Que la paciente disminuya las conductas autodestructivas
				-Entrenamiento asertivo	Se adiestra a la paciente en que exprese su malestar de manera asertiva sin ser ni agresiva ni pasiva.	Escribir un plan para afrontar la conducta de forma asertiva.	3 sesiones	
				-Solución de problemas	La paciente aprende a generar varias soluciones en la que no incluya conductas autodestructivas, agresión a otros	En casa se pide a la paciente que haga una lista con	3 sesiones	

					y hacia ella mismo. Se puede emplear la siguiente pregunta: "¿Podríamos pensar en varias alternativas a ese problema, valorar cual podría ser más ventajosa, ponerla en práctica y comprobar sus resultados?"	posibles soluciones		
--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--

C O N D U C T U A L	Consumo de sustancias (alcohol, cocaína y tabaco)	Daño neuronal, físico y emocional.	-Disminuir o eliminar conductas desadaptativas generadas por el consumo de sustancias.	Psi-coeducación	Mediante información y videos explicativos se demuestra a la paciente las consecuencias y riesgos que conlleva el consumo de sustancias psicotrópicas, con la finalidad de que la paciente realice un insight de su enfermedad.	Se pide a la paciente que en casa haga una lista enumerando los efectos dañinos que ha ocasionado su adicción.	1 sesión	Que la paciente tome consciencia de los riesgos del consumo de sustancias, para que emplee estrategias que le ayuden a disminuir el consumo.
				Contrato conductual	Se pide a la paciente llegar a un acuerdo escrito en las que se especifique las conductas, recompensas y castigos necesarios que se aplicaran a una situación determinada.	Se indica a la paciente que cuando cumpla el contrato se recompensa mediante un premio.	2 sesiones	
				Entrenamiento en Asertividad	Se va a instruir a la paciente en técnicas asertivas para decir "No al consumo", para lo cual debe realizar lo siguiente: 1. Buscar el momento y el lugar apropiados. 2. Utilizar expresiones verbales correctas: expresión directa, breve y claras sin rodeos 3. Utilizar expresión no verbal, lenguaje corporal asertivo (tono de	Se pide a la paciente decir sencillamente "No" ante cualquier petición que no nos agrada, para que nadie nos manipule	3 sesiones	

					voz firme y tranquila, contacto ocular, distancia cercana al interlocutor). Se trata de decirlo de forma amable, respetuosa y positiva, sin ser autoritario.			
					<i>Disco Rayado:</i> Consiste en la repetición de las palabras que expresan nuestros deseos, pensamientos, etc., sin enojarnos ni levantar la voz y sin hacer caso de las presiones o intentos de desviación por parte de la otra persona. Ej.: No, no me interesa, No, no me interesa, No, no me interesa, No, no me interesa, etc.	Practicar el ejercicio aprendido en terapia	1 sesión	
				Reestructuración Cognitiva	Consiste en analizar las creencias inadecuadas y los pensamientos distorsionados sobre las conductas adictivas que tiene la paciente, con la finalidad de generar cambios en su vida mediante la búsqueda de objetivos que le motiven a romper el consumo de sustancias.	Se pide a la paciente elaborar metas y objetivos alcanzables, que se puedan realizar en plazos concretos (un día, una semana, dos semanas, etc.	1 sesión	

				<p>“urge surfing”</p> <p>Consiste en instruir a la paciente en la concientización para la prevención de recaída, reconociendo y aceptando las ansias, para poder superarlas o "surfearlas”</p> <p>Se pide a la paciente reconoce las ansias que sientes sobre su adicción. (Siendo consciente en cuanto a las sensaciones y pensamientos que experimenta), luego se pide calificar sus ansias del 1 al 10 (siendo 1 casi ningún ansia y 10 un ansia apremiante). Se espera 10 minutos. Se indica realizar alguna actividad, como arreglar la casa, escribir una lista o guardar la ropa lavada. Luego consulta tus ansias otra vez para evaluar su nivel. Si aún experimentas un alto nivel de ansias, continúa manteniéndote ocupado con otra actividad.</p>	<p>Se pide a la paciente que planifique cada hora de su día, desarrollando nuevas rutinas en las que no incluyan drogas, con el propósito de romper viejos hábitos y tener un plan de contingencias en caso de recaídas.</p>	<p>2 sesiones</p>	<p>Que la paciente elabore un plan de contingencias para evitar recaídas.</p>
--	--	--	--	---	--	-------------------	---

				<p>Condicionamiento aversivo encubierto</p> <p>Se refiere a un conjunto de técnicas que utilizan la imaginación, y que pretenden alterar la frecuencia de la respuesta a través de la manipulación de las consecuencias. Por ejemplo: - Suministrar un producto químico que le provoque sensaciones de náuseas o incluso vómitos cuando tome alcohol.</p> <p>- Para dejar el tabaco, la técnica aversiva consiste en fumar todo lo rápido que puedas, inhalando el humo cada 6 segundos hasta que no seas capaz de seguir, pero sin llegar a vomitar o perder la conciencia. Descansas 5 minutos, en los que tienes que fijarte en las sensaciones desagradables que te ha causado, y tras este tiempo vuelves a fumar rápidamente como al principio.</p>	<p>Se pide a la paciente conseguir un huevo en mal estado y colocarlo en un frasquito pequeño que se fácil para cargar, y cada vez que tenga el deseo de consumir alcohol, saque el frasco inhale el olor fétido del huevo en descomposición</p>	<p>1 sesión</p>	<p>Que la paciente disminuya o elimine el consumo de alcohol, cocaína y tabaco.</p>
--	--	--	--	---	--	-----------------	---

				-El amuleto	Pedimos a la paciente que elija o construya un amuleto que le recuerde la nueva persona que quiere ser. Llevará encima el amuleto como un recordatorio de sus objetivos.	Trabajar en la construcción de un amuleto.	5 sesiones	
				Desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares (EMDR)	Consiste en estimular -mediante movimientos oculares o cualquier otra estimulación bilateral- el Sistema de Procesamiento de Información Fisiológico para que la información que ha sido almacenada disfuncionalmente se reprocese, es decir, se reorganice a nivel cerebral, de manera que pueda asimilarse la experiencia y así poder recordar el evento traumático con el menor dolor posible. De esta forma, el recuerdo traumático deja de afectarnos en el presente.	Repetir las instrucciones aprendidas en terapia.	4 sesiones	Está puede ser una técnica alternativa y emplearse al final del tratamiento.

**Tabla N°: 18** Plan de Tratamiento A. Interpersonal

**Nota:** Se describe el plan de tratamiento basado en el área interpersonal, fuente: Análisis de caso Trastorno de Personalidad Límite, elaborado por: Guerrero (2016)

ÁREA	SÍNTOMA	CONFLICTO	OBJETIVO	TÉCNICA	DESCRIPCIÓN	TAREAS	TIEMPO	RESULTADO ESPERADO
I N T E R P E R S O N A L	Aislamiento	Dificultad en establecer y mantener en relaciones interpersonales	Generar estrategias y habilidades sociales para relacionarse interpersonalmente.	Rol-Play	Consiste en recrear una situación que se le presenta en la vida diaria, adoptando el papel de un personaje en concreto, con el objetivo de imaginar la forma de actuar y tomar decisiones que tomaría ese personaje.	Se pide a la paciente pensar y practicar cuando la inviten a salir.	2 sesiones	Que la paciente mejore sus relaciones interpersonales.
				Modelamiento	Consiste en el aprendizaje por observación imitando conductas. Se pide a la paciente que piense en un modelo a seguir e imite las conductas del mismo, es decir como actuaría “Ana” ante esa situación...	Se solicita a la paciente observar a una persona que tenga facilidad de interactuar con las demás.	1 sesión	
				Auto-reforzamiento	Consiste en proporcionar consecuencias positivas a la paciente cuando está haya realizado una conducta adecuada mediante un	Practicar el auto-reforzamiento en casa.	1-3 sesiones	

					reforzamiento verbal o material.			
Relación conflictiva con la madre	Comunicación deficiente, críticas destructivas por parte de la figura materna hacia la paciente, escaso contacto afectivo y dificultad en la convivencia.	Mejorar las relaciones interfamiliares aumentando estilos de comunicación asertiva.	Entrenamiento asertivo	Se enseña al paciente a manejar con más éxito sus conflictos interpersonales y a que logre expresar de modo no ofensivo ni inhibido, sus derechos, sentimientos y deseos.	Tener diálogos asertivos con su madre	1 sesión	Que la paciente mejore la relación madre-hija.	
			Silla vacía	Se coloca físicamente frente a la paciente una silla y se le pide imaginar a su madre para que pueda mediante un diálogo expresar los sentimientos que le generan malestar hacia ella con el objetivo de expresar y liberar profundas tensiones internas.	Hacer una carta dirigida a su madre en el que exprese sus sentimientos.	2 sesiones		
			-El mural familiar	Se pide a la paciente elaborar un mural grande, que represente el sentimiento que tiene hacia su familia, donde recoja los sueños y aspiraciones de la misma.	Conseguir fotos familiares	1 sesión		

**Tabla N°: 19** Plan de Tratamiento A. Física

**Nota:** Se describe el plan de tratamiento basado en el área física, fuente: Análisis de caso Trastorno de Personalidad Límite, elaborado por: Guerrero (2016)

ÁREA	SÍNTOMA	CONFLICTO	OBJETIVO	TÉCNICA	DESCRIPCIÓN	TAREAS	TIEMPO	RESULTADO ESPERADO
FÍSICAS	Ansiedad Somática	-Dificultad para conciliar y mantener el sueño, inquietud psicomotora, hiperhidrosis e hiperventilación.	Disminuir la sintomatología ansiogéna	- La carta de despedida	Se pide a la paciente escribir una carta de despedida hacia su problema de ansiedad, en la que, tras agradecer los servicios prestados, detalle las razones por las que quiere prescindir de él.	Elaborar una lista en la que mencione las ventajas de tener una vida sin ansiedad.	1 sesión	Que la paciente disminuya su ansiedad
				-Inoculación De Estrés	Consiste en enseñarle a la paciente como afrontar y relajarse ante factores estresantes. La paciente aprende a relajarse utilizando la respiración profunda y relajación muscular, con la finalidad de que cada vez que experimente ansiedad, pueda relajar su tensión.	Elaborar una lista personal de situaciones estresantes y ordenar desde los ítems menos estresantes hasta los más estresantes. Para que después afronte cada situación mediante relajación.	3 sesión	
				-Entrenamiento autógeno de	Se enseña al paciente en que se ubique en el aquí y el ahora, se	Repetir el ejercicio en casa cuando	4 sesiones	

				Schultz	relaje y mentalmente eleve el nivel de atención a cada una de sus extremidades y su plexo solar (pesado, no tan pesado, calor no tanto calor)	sienta ansiedad, y para relajarse antes de dormir o dedicarse a tareas importantes.		
Ansiedad ocasionada por el Craving	Adicción al consumo de sustancias psicotrópicas.	Proporcionar estrategias que le permitan a la paciente a manejar el Craving	-Detención de pensamiento	Se procede a discutir con el paciente los pensamientos relacionados con el Craving que son necesarios eliminar. Por ejemplo: Me siento horrible, me voy a morir si no uso droga, etc." Mientras el paciente procede, el terapeuta interrumpe diciendo "¡Alto!" Después de esto el terapeuta "hace ver al paciente cómo se detuvieron aquellos pensamientos". Al terminar la detención del pensamiento, existe la adición de sustitución posterior del pensamiento negativo por uno incompatible o distractorio. Por ejemplo, en vez de "me voy a morir si no uso drogas", se sustituye por "estoy bien"	Se pide al paciente que repita el ejercicio varias veces, gritando ALTO cuando aparezcan los pensamientos negativos.	1 sesión	Que la paciente reduzca la ansiedad ocasionada por el Craving.	

F Í S I C A				-Técnica de distracción	<p>Consiste en distraer a la paciente ante pensamientos y sentimientos relacionados con el Craving. Para esto se realizan acuerdos de actividades agradables para la paciente como por ejemplo:</p> <p>1 centrar su atención en los elementos del ambiente verbalizándolos, siendo lo más detallista posible.</p> <p>2 evitar el ambiente por ejemplo alejarse de los bares y remplazar eso por visitar a un familiar.</p> <p>3 Iniciar conversación con un amigo</p> <p>4 realizar actividades domésticas</p> <p>5 Jugar un videojuego, juego de mesa o rompecabezas.</p>	Repetir las técnicas de distracción en casa	1 sesión	
				-Control y programación de actividades	<p>Se pide a la paciente que elabore un registro línea- base de las conductas relacionadas con el consumo que ella tiene. Posterior a esto se buscará establecer las actividades que fueron o que son de disfrute para la paciente de</p>	Elaborar una tabla con actividades agradables para la paciente.	1 sesión	Que la paciente reduzca la ansiedad ocasionada por el craving.

					modo que pueda programar sus actividades, que no estén relacionadas con la droga.			
				-Imaginación	Son técnicas en las cuales el paciente modifica sus pensamientos utilizando la imaginación por ejemplo: Recordar la última vez que consumió y sustituimos esto por una imagen acerca de las consecuencias negativas que tiene el consumo (p. e., el recuerdo de una hospitalización debida al consumo o los dolores físicos de la abstinencia) para evitar la conducta de uso.	Repetir la técnica en casa.	2 sesiones	Que la paciente reduzca la ansiedad ocasionada por el Craving.
				Auto instrucciones	Se refiere a la verbalización de palabras que sugieren al paciente qué es lo que debe hacer o sentir, realizadas por el mismo sujeto. Por ejemplo, "Me siento bien, el craving va a pasar", "No necesito drogas para ser feliz", "¡Vas Bien!", "Recuerda que con lo que te ahorras en droga, ahora puedes	Se pide a la paciente escribir frases de afrontamiento al craving escritas en tarjetas de cartulina de un tamaño que pueda ser llevado a	1 sesión	

					comprarte la ropa que te gusta".	donde vaya. Estas frases pueden ser: "me siento más sana cuando no tomo drogas"; "Vete de aquí inmediatamente" o sigue así		
				-Relajación progresiva de Jacobson	Cosiste en aprender a tensar y luego relajar los distintos músculos del cuerpo, para que la paciente aprenda a discriminar cuando el músculo esta tenso o relajado con la finalidad de identificar y tratar las diferentes situaciones que nos crean tensión.	Realizar esta técnica, antes de ir a dormir, siguiendo paso a paso las instrucciones que se dieron en terapia.	3 sesiones	

Además de la asistencia al área de psiquiatría y consulta individual en psicología (cuya finalidad es poner en práctica el plan de tratamiento psicoterapéutico anteriormente expuesto), se propone que la paciente acuda a terapia grupal y terapia familiar para complementar la atención individual.

-Dentro de la **terapia grupal** se recomiendan reuniones de dos horas por semana durante al menos un año, en dicha terapia se abarcarían temáticas como: motivación por cambiar, fomentar redes de apoyo, generar habilidades asertivas; específicas a la vida de la paciente principalmente en las conductas que interfieren en la terapia. Y en compartir síntomas del trastorno de personalidad límite para que los integrantes se sientan identificados y puedan ser apoyo el uno del otro, con el objetivo de lograr cambios.

Además se recomendaría trabajar en terapia grupal para evitar el consumo de sustancias.

-En **terapia Familiar** es necesario trabajar en disfuncionalidad familiar, mejorando las interacciones familiares, reestructuración de roles y constelaciones familiares cuya finalidad es explicar las causas del comportamiento de los miembros de la familia, además de darse cuenta de los duelos no elaborados, y reorganizar estructuras familiares que están fragmentadas.

### **FASE FINAL**

Esta fase consiste en dar seguimiento a la paciente teniendo en cuenta los cambios logrados en base a la fase intermedia, además de conocer las recaídas que a menudo sufren las personas con TPL.

El objetivo principal de esta fase es fortalecer el aprendizaje realizado con la utilización y prácticas de lo que asimiló la paciente durante la fase de intervención, para esto es de importancia llegar a un acuerdo en base al tiempo en el que se volverá a ver a la paciente, pudiendo ser una vez cada tres o seis meses con la finalidad evaluar los resultados obtenidos durante las sesiones anteriores y poder resolver dificultades que puedan aparecer durante la terapia.

## XI. CONCLUSIONES

En base al análisis de caso se concluye, que los factores de riesgo que contribuyeron al desarrollo del trastorno de personalidad límite son los siguiente:

**Biológicos:** la paciente menciona que los padres tienen un trastorno por consumo de alcohol, y su hermano menor un trastorno de personalidad no especificado, situación que marca una predisposición en su carga genética para desarrollar algún tipo de trastorno.

**Ambientales:** la paciente se desarrolló en una familia disfuncional caracterizada por: escaso contacto afectivo y tiempo familiar, dificultades en la comunicación, conflictos constantes, que culminaban en golpes, siendo víctima de maltrato físico. Al culminar su tercera infancia sus padres toman la decisión de divorciarse. Fue víctima de un abuso sexual, además sufrió de una quemadura que generó baja autoestima.

**Estilo de vida:** se desarrolló con un estilo de crianza rígido, con dificultades de comunicación entre los miembros de su familia, y necesidad de afecto materno, iniciando con las prácticas autolesivas (cutting) e intentos suicidas, además de la bulimia (debido a la distorsión de la imagen corporal), que después se intensificaron con el consumo de alcohol, posteriormente el consumo de cocaína y cigarrillo. En su adolescencia se presentó dificultad para el manejo de la ira, comportamientos impulsivos y temerarios que en más de una ocasión pusieron su vida en riesgo, como despertar en lugares desconocidos con gente extraña, mantener relaciones sexuales con personas heterosexuales sin su consentimiento debido al estado etílico en el que se encontraba, y movilizarse con amigos que conducían alcoholizados.

**Social:** el rechazo social debido a los estereotipos, prejuicios y tabúes desarrollados en torno a la orientación sexual de la paciente ocasiono conflictos en relación a la sociedad, lo cual le genero vínculos inseguros e inestables.

Además la paciente creció con un esquema de desvalorización sobre sí misma y una escasa auto-eficacia situación que la llevo a no culminar una meta determinada. Es necesario mencionar que los problemas, personales, familiares y laborales le ocasionan estrés.

Se identificaron como síntomas más frecuentes en el estudio de caso realizado:  
La dificultad para manejar emociones que afecta al área personal, familiar y social.

Irritabilidad y cambios de humor que afecta principalmente en sus relaciones interpersonales.

Baja tolerancia a la frustración (deterioro en las relaciones sociales, personales y familiares debido a la toma de decisiones inapropiadas)

Marcada impulsividad que se evidencia en conductas potencialmente autolesivas, en relación al sexo (mantener relaciones sexuales en estado etílico con personas desconocidas), drogas (consumo de cocaína, alcohol y cigarrillo), y atracones alimentarios (episodios de bulimia).

Comportamientos manipulatorios mediante prácticas autolesivas como la automutilación y conducta suicida.

Aislamiento (dificultad para establecer y mantener relaciones interpersonales).

Relación conflictiva con la madre (comunicación deficiente, críticas destructivas por parte de la figura materna hacia la paciente, escaso contacto afectivo y dificultad en la convivencia).

Ansiedad psíquica - somática y ansiedad debido a los efectos de abstinencia al uso de sustancias psicotrópicas (Craving)

Los sentimientos de minusvalía que le ocasionan dificultad para desarrollar y demostrar sus potencialidades porque considera que es inferior al resto de las personas generando de esta manera baja autoestima.

Sentimiento de culpa que crean pensamientos negativos sobre sí misma (vergüenza-remordimiento),

Distorsiones cognitivas acerca de su imagen, (como el creer que su peso es excesivo) produciendo de esta manera bulimia.

Finalmente se espera que la paciente, con el plan terapéutico de tratamiento ya descrito anteriormente basado en la terapia integrativa; reduzca la sintomatología del Trastorno de Personalidad Límite y pueda llevar una vida completamente funcional.

## XI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

### BIBLIOGRAFÍA

American Psychiatric Association (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5*. Barcelona: Masson.

Belloch, A., y Fernández, H. (2010). *Tratado de los Trastornos de la Personalidad*. Madrid, España: Síntesis S.A

Engler, B. (1996). *Teorías de la personalidad*. México: Editorial: McGraw

González R. (2003). *Clínica Psiquiátrica Básica Actual*. La Habana, Cuba: Editorial Félix Varela

Moizeszowicz, J. (1998). *Psicofarmacología Psicodinámica IV*. España: Editorial Paidós

Morris, Ch., y Maisto, A. (2001). *Psicología*. Naucalpan de Juárez, México: Editorial Mexicana

### LINKOGRAFÍA

Cisneros, M. (2011). *Trastorno depresivo y trastorno límite de la personalidad: Aproximación terapéutica desde una perspectiva humanista*. Recuperado de <http://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/680/1/99766.pdf>

Escribano, T. (2006). *Trastorno límite de la personalidad estudio y tratamiento*. Recuperado de <https://www.trastornolimito.com/images/stories/pdf/TLP-estudio-y-tratamiento-por-tania-escribano-nieto.pdf>

Ferrari, R. (2015). *Trastorno límite o trastorno bipolar*. Recuperado de <https://rferrari.wordpress.com/2015/01/20/trastorno-limite-o-trastorno-bipolar-cual-es-la-diferencia/>

Gonzales, S. (2009). *Estrategias Cognitivas Conductuales para el manejo del Craving*. Recuperado de <http://www.cat-barcelona.com/pdfret/ret57-2.pdf>

Informe sobre el Sistema de Salud Mental en el Ecuador (2008). Recuperado de [http://www.who.int/mental\\_health/ecuador\\_who\\_aims\\_report.pdf](http://www.who.int/mental_health/ecuador_who_aims_report.pdf)

Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas (2013). *Enfoques para el tratamiento de adicción*. Recuperado de <https://www.drugabuse.gov/es>

Krummer, V. (2016). *Modelos explicativos del trastorno límite de personalidad*. Recuperado de <https://www.trastornolimite.com/tlp/modelos-explicativos-del-trastorno-limite-de-la-personalidad>

Larrosa, R (2013). *Trastorno límite de la personalidad (borderline)*. Recuperado de <https://www.trastornolimite.com/tlp/trastorno-limite-personalidad>

MedlinePlus en español [Internet]. Bethesda (MD): Biblioteca Nacional de Medicina (EE. UU.) [Actualizado 24 may. 2016]. Topiramato; [revisado 14 ene 2015; consulta 16 jun 2016]; [aprox. 2 p.]. Disponible en: <https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/druginfo/meds/a697012-es.html>

MedlinePlus en español [Internet]. Bethesda (MD): Biblioteca Nacional de Medicina (EE. UU.) [Actualizado 24 may. 2016]. Pregabalina; [revisado 15 jul 2011; consulta 16 jun 2016]; [aprox. 2 p.]. Disponible en: <https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/druginfo/meds/a605045-es.html>

MedlinePlus en español [Internet]. Bethesda (MD): Biblioteca Nacional de Medicina (EE. UU.) [Actualizado 11 Jul. 2016]. Lamotrigina; [revisado 15 sep. 2015; consulta 18 jul 2016]; [aprox. 2 p.]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/druginfo/meds/a695007-es.html>

Moreno, R. (2007). *Sertralina*. Recuperado de [http://www.facmed.unam.mx/bmnd/gi\\_2k8/prods/PRODS/Sertralina.htm](http://www.facmed.unam.mx/bmnd/gi_2k8/prods/PRODS/Sertralina.htm)

Mosquera, A. (2015). *Características del trastorno límite de la personalidad*. Recuperado de <https://www.trastornolimitado.com/tlp/caracteristicas-comunes-de-la-persona-con-tlp>

Oliveros, S. (2014). *Trastorno Bipolar y Trastorno Límite una confusión evitable*. Recuperado de <http://www.grupodoctoroliveros.com/trastorno-bipolar-y-tlp-una-confusion-evitable>

Rodríguez, J., y Kohn, R. (2009). *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe*. Recuperado de <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/740/9789275316320.pdf?sequence>

Rodríguez, L y Peláez, J. (2013). *Terapia familiar en los trastornos de personalidad*. Recuperado de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1578-908X2013000100008](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1578-908X2013000100008)

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS BASES DE DATOS UTA

EBRARY. García, E. (2013). Personalidad límite y su relación en actos delictivos en las personas privadas de la libertad del centro de rehabilitación social de varones de quito # 2. Recuperado el 25 de 5 de 2016, de Repositorio Universidad Nacional de Loja: <http://dspace.unl.edu.ec/jspui/handle/123456789/4027>.

EBRARY. Cisneros, M. (2011). Trastorno Depresivo y Trastorno Límite de la personalidad: Aproximación terapéutica desde una perspectiva humanista. Recuperado el 5 de 5 de 2016, de Universidad San Francisco de Quito: <http://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/680/1/99766.pdf>.

EBRARY. Pasquel, E. (2013). Estudio de la relación entre Trastorno de Personalidad y recaída en pacientes Drogodependientes que han formado parte del proceso de internamiento en la Unidad de C.I.T.A.B.M (Centro Integral de Tratamiento de Adicciones Benito Menni) perteneciente al Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón. Recuperado el 11 de 05 de 2016, de Universidad Politécnica Salesiana: <http://dspace.ups.edu.ec/bitstream/123456789/6757/1/UPS-QT04581.pdf>

## XI. ANEXOS

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, \_\_\_\_\_ con Cédula de Identidad \_\_\_\_\_ autorizo al Sr/Srta/Sra \_\_\_\_\_ hacer uso de la información que yo pueda proporcionarle para la realización de su proyecto de investigación que tiene por tema “ \_\_\_\_\_ ” de la Universidad Técnica de Ambato, Facultad de Ciencias de la Salud, Carrera Psicología Clínica, la misma que se llevará a cabo en \_\_\_\_\_.

El objetivo de este documento es darle a conocer que:

La participación en esta investigación es definitivamente de forma voluntaria. Esto quiere decir que si usted lo desea puede negarse a participar o abandonar el estudio en el momento que quiera sin tener que rendir cuentas.

Es probable que usted no reciba ningún beneficio directo del estudio realizado, pues los datos proporcionados tienen como finalidad producir conocimientos que podrían ser usados para elaborar estrategias de entrenamiento cognitivo en cuanto a la memoria, en complemento con tratamiento psicoterapéutico.

Finalmente cabe recalcar que el estudio no produce ningún daño o riesgo y que se garantiza total discreción y confidencialidad en la información obtenida.

Con el fin de agilizar la investigación se procederá a hacer un acompañamiento donde se emitirá una explicación previa, antes de que conteste las baterías de evaluación, para un mejor desenvolvimiento.

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

*Entrevista realizada a la profesional de salud de la paciente N.N.  
quien está a cargo del área de Psiquiatría*

**Fecha:**

1. **¿Cuál es el tiempo que la paciente está siendo atendida por usted?**

---

---

2. **¿Cuál es el diagnóstico que usted le ha dado a la paciente?**

---

---

3. **¿Qué medicación está recibiendo la paciente?**

---

---

4. **¿Cómo considera usted la evolución de la paciente?**

---

---

5. **¿Cuál cree usted que es el pronóstico de la paciente?**

---

---

*Entrevista realizada al hermano de la paciente N.N*

**Datos Informativos:**

**Fecha:**

1. **¿Cuál es el tiempo en el que vive con la paciente?**  
\_\_\_\_\_
2. **¿Cómo considera usted la relación con su hermana?**  
\_\_\_\_\_  
—
3. **¿Ha tenido problemas con su hermana? Especifique a qué se debe...**  
\_\_\_\_\_
4. **¿Cuáles considera usted que son los factores que se mantienen en el comportamiento de su hermana?**  
\_\_\_\_\_
5. **¿Cree que existe el apoyo de toda su familia para la recuperación satisfactoria de su hermana?**  
\_\_\_\_\_
6. **¿Cuál es la principal dificultad que ha presentado su hermana en las últimas semanas?**  
\_\_\_\_\_
7. **¿Considera usted que su hermana tiene relaciones interpersonales inestables?**  
\_\_\_\_\_
8. **¿Cómo aporta usted en la recuperación del estado actual de su hermana?**  
\_\_\_\_\_
9. **¿Ha notado cambios favorables en su hermana en las últimas semanas?**  
\_\_\_\_\_

## Escalas de Afrontamiento

**Autor:** E. Frydenberg y R. Lewis

**Aplicación:** Individual y colectiva.

**Tiempo:** 10 minutos aproximadamente.

Las estrategias de afrontamiento son:

1. *Buscar diversiones relajantes (Dr.):* describe situaciones de ocio, y relajantes tales como la lectura, la pintura o divertirse.
2. *Esforzarse y tener éxito (Es):* describe compromiso, ambición y dedicación, se refiere a conductas de trabajo, laboriosidad e implicación personal.
3. *Distracción física (Fi):* se refiere a la dedicación al deporte, al esfuerzo físico y a mantenerse en forma.
4. *Fijarse en lo positivo (Po):* indica una visión optimista y positiva de la situación presente y una tendencia a ver el lado bueno de las cosas y a sentirse afortunado.
5. *Concentrarse en resolver el problema (Rp):* se dirige a abordar el problema sistemáticamente, pensar en él y tener en cuenta los diferentes puntos de vista u opciones de solución.
6. *Buscar apoyo espiritual (Ae):* consiste en una tendencia a rezar, y a creer en la ayuda de Dios o de un líder espiritual.
7. *Invertir en amigos íntimos (Ai):* se refiere a la búsqueda de relaciones personales íntimas, al esfuerzo por comprometerse en alguna relación personal de tipo íntimo y hacer nuevas amistades.
8. *Buscar ayuda profesional (Ap):* denota una tendencia a recurrir al uso de consejeros profesionales, como maestros o psicólogos.
9. *Buscar apoyo social (As):* consiste en una inclinación a compartir los problemas con los demás y conseguir ayuda y apoyo para enfrentarlos.
10. *Buscar pertenencia (Pe):* indica una preocupación o interés por las relaciones con los demás en general y, más concretamente, preocupación por lo que los otros piensan de él.

11. *Acción social (So)*: consiste en dejar que otros conozcan cuál es su preocupación y tratar de conseguir ayuda escribiendo peticiones u organizando actividades como reuniones o grupos.
12. *Autoinculparse (Cu)*: indica que se percibe como culpable o responsable de sus problemas o dificultades.
13. *Hacerse ilusiones (Hi)*: se refiere a la esperanza y a la expectativa de que todo tendrá un final feliz.
14. *Ignorar el problema (Ip)*: denota un esfuerzo consciente por negar el problema o desentenderse de él.
15. *Falta de afrontamiento o no afrontamiento (Na)*: se refiere a la incapacidad personal para resolver el problema, a no hacer nada y su tendencia a sentirse enfermo y a desarrollar síntomas psicósomáticos.
16. *Preocuparse (Pr)*: indica temor por el futuro en términos generales o, más en concreto, preocupación por la felicidad futura.
17. *Reservarlo para sí (Re)*: indica que el sujeto tiende a aislarse de los demás y a impedir que conozcan sus preocupaciones.
18. *Reducción de la tensión (Rt)*: se refiere al intento de sentirse mejor y relajar la tensión, mediante acciones como: llorar, gritar, evadirse, fumar, comer o beber.

**Nombres y Apellidos:** \_\_\_\_\_

**Fecha:**

\_\_\_\_\_

## **CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN IPDE**

### **Módulo DSM-IV**

#### **Directrices**

- El propósito de este cuestionario es conocer qué tipo de persona ha sido usted en los últimos 5 años.
- Por favor, no omitir ningún ítem. Si no está seguro de una respuesta, señalar la respuesta (Verdadero o Falso) que te parezca más correcta. No hay límite de tiempo pero no pierda mucho tiempo pensando cuál es la respuesta correcta a un ítem determinado.
- Cuando la respuesta sea VERDADERO, señalar con un círculo la letra V, cuando la respuesta sea FALSO, señalar con un círculo la letra F.

1. Normalmente me divierto y disfruto de la vida.....V F
2. Confió en gente que conozco..... V F
3. No soy minucioso con los detalles pequeños.....V F
4. No puedo decidir qué tipo de persona quiero ser..... V F
5. Muestro mis sentimientos a todo el mundo..... V F
6. Dejo que los demás tomen decisiones importantes por mí. V F
7. Me preocupo si oigo malas noticias sobre alguien que conozco ...  
.....V F
8. Ceder a algunos de mis impulsos me causa problemas  
.....V F

9. Mucha gente que conozco me olvida  
..... V F
10. Doy mi opinión general sobre las cosas y no me preocupó por los  
detalles..... V F
11. Nunca me han  
detenido..... V F
12. La gente cree que soy frío y  
distante..... V F
13. Me en relaciones muy intensas pero poco  
duraderas..... V F
14. La mayoría de la gente es justa y honesta  
..... V F
15. La gente tiene una gran opinión sobre  
mí..... V F
16. Me siento molesto o fuera de lugar en situaciones  
sociales..... V F
17. Me siento fácilmente influido por lo que me rodea.  
..... V F
18. Normalmente me siento mal cuando hago daño o molesto a alguien  
.....V F
19. Me resulta muy difícil tirar las  
cosas.....V F
20. A veces he rechazado un trabajo, incluso aunque estuviera  
esperándolo.....V F
21. Cuando me alaban o critican manifiesto mi reacción a los  
demás..... .V F
22. Uso a la gente para lograr o que quiero  
..... V F
23. Paso demasiado tiempo tratando de hacer las cosas  
perfectamente..... V F
24. A menudo, la gente se ríe de mí, a mis  
espaldas..... V F

25. Nunca he amenazado con suicidarme, ni me he autolesionado a propósito..... V F
26. Mis sentimientos son como el tiempo, siempre están cambiando..... V F
27. Para evitar críticas prefiero estar solo..... V F
28. Me gusta vestirme para destacar entre la gente..... V F
29. Mentiría o haría trampas para lograr mis propósitos..... V F
30. Soy más supersticioso que la mayoría de la gente..... V F
31. Tengo poco o ningún deseo de mantener relaciones sexuales..... V F
32. La gente cree que soy demasiado estricto con las reglas y normas..... V F
33. Generalmente me siento incómodo o desvalido si estoy solo..... V F
34. No me gusta relacionarme con gente hasta que no estoy seguro de que le gusto ..... V F
35. Ni me gusta ser el centro de atención..... V F
36. Creo que mi conyugue (amante) me puede ser infiel..... V F
37. La gente piensa que tengo muy alto concepto de mí mismo..... V F
38. Cuido mucho lo que les digo a los demás sobre mí..... V F
39. Me preocupa mucho no gustar a la gente..... V F

40. A menudo me siento vacío por dentro..... V F
41. Trabajo tanto que no tengo tiempo para nada más..... V F
42. Me da miedo que me dejen solo y tener que cuidarme a mí mismo..... V F
43. Tengo ataques de ira o enfado..... V F
44. Tengo fama de que me gusta “filtrar”..... V F
45. Me siento muy unido a gente que acabo de conocer..... V F
46. Prefiero las actividades que pueda hacer por mí mismo..... V F
47. Pierdo los estribos y me meto en peleas..... V F
48. La gente piensa que soy tacaño con mi dinero..... V F
49. Con frecuencia busco consejos o recomendaciones sobre decisiones de la vida cotidiana..... V F
50. Para caer bien a la gente me ofrezco a realizar tareas desagradables..... V F
51. Tengo miedo de ponerme en ridículo ante gente conocida..... V F
52. A menudo confundo objetos o sombras con gente..... V F
53. Soy muy emocional y caprichosa..... V F
54. Me resulta difícil acostumbrarme a hacer cosas nuevas..... V F

55. Sueño con ser famoso..... V F
56. Me arriesgo y hago cosas temerarias..... V F
57. Todo el mundo necesita uno o dos amigos para ser feliz..... V F
58. Descubro amenazas ocultas en lo que me dicen algunas personas..... V F
59. Normalmente trato de que la gente haga las cosas a mi manera..... V F
60. Cuando estoy estresado las cosas que me rodean no parecen reales..... V F
61. Me enfado cuando la gente no quiere hacer lo que le pido..... V F
62. Cuando finaliza una relación, tengo que empezar otro rápidamente..... V F
63. Evito las actividades que no me resulten familiares para no sentirme molesto tratando de hacerlas..... V F
64. A la gente le resulta difícil saber claramente que estoy diciendo..... V F
65. Prefiero asociarme con gente de talento..... V F
66. Ha sido víctima de ataques injustos sobre mi carácter o mi reputación..... V F
67. No suelo mostrar emoción..... V F
68. Hago cosas para que la gente me admire..... V F
69. Suelo ser capaz de iniciar mis propios proyectos..... V F
70. La gente piensa que soy extraño o excéntrico..... V F

- 71.** Me siento cómodo en situaciones  
sociales..... V F
- 72.** Mantengo rencores contra la gente durante  
años..... V F
- 73.** Me resulta difícil no estar de acuerdo con las personas de las que  
dependo..... V F
- 74.** Me resulta difícil no meterme en  
líos..... V F
- 75.** Llego al extremo para evitar que la gente me  
deje..... V F
- 76.** Cuando conozco a alguien no hablo  
mucho..... V F
- 77.** Tengo amigos íntimos..... V F

**RESUMEN DE LA PUNTUACIÓN DEL CUESTIONARIO DE  
EVALUACIÓN IPDE MÓDULO DSM.IV**

1. Poner un círculo en los ítems que no estén seguidos de F, si la respuesta es VERDADERO.
2. Poner un círculo en el resto de los ítems (aquellos seguidos por F), si la respuesta es FALSO.
3. Si tres o más ítems de un trastorno han sido señalados con un círculo, el sujeto ha dado positiva la evaluación para ese trastorno, y debe ser entrevistado. Los clínicos e investigadores pueden adoptar estándares de referencia mayores o menores, dependiendo de las características de la muestra, y de la importancia relativa que tengan para ellos los errores de sensibilidad (falsos negativos) o de especificidad (falsos positivos). Este cuestionario no debe ser usado para hacer diagnósticos o calcular puntuaciones dimensionales de los trastornos de personalidad.

301.0 PARANOIDE	2F	14F	36	38	58	66	72
301.20 ESQUIZOIDE	1F	12	21F	31	46	57F	77F
301.22 ESQUIZOTIPICO	2F	24	30	52	64	67	70 71F 77F
301.50 HISTRIONICO	5	10	17	26	28	35F	44 45
301.7 ANTISOCIAL	11F	18F	20	29	47	56	74
301.81 NARCICISTA	7F	9	15	22	37	55	61 65 68
301.83 LÍMITE	4	8	13	25F	40	43	53 60
301.4 OBSESIVO-COMPULSIVO	3F	19	23	32	41	48	54 59
301.6 DEPENDENCIA	6	33	42	49	50	62	69F 73
301.82 EVITACIÓN	16	27	34	38	39	51	63 76

## ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSEMBERG

**Indicación:** Cuestionario para explorar la autoestima personal entendida como los sentimientos de valía personal y de respeto a sí mismo.

**Codificación proceso:** 1.1.1.2.1.1.4. Autoestima (CIPE- $\alpha$ ).

**Administración:** La escala consta de 10 ítems, frases de las que cinco están enunciadas de forma positiva y cinco de forma negativa para controlar el efecto de la aquiescencia Autoadministrada.

### Interpretación:

De los ítems 1 al 5, las respuestas A a D se puntúan de 4 a 1. De los ítems del 6 al 10, las respuestas A a D se puntúan de 1 a 4.

**De 30 a 40 puntos:** Autoestima elevada. Considerada como autoestima normal.

**De 26 a 29 puntos:** Autoestima media. No presenta problemas de autoestima graves, pero es conveniente mejorarla.

**Menos de 25 puntos:** Autoestima baja. Existen problemas significativos de autoestima.

**Propiedades psicométricas** La escala ha sido traducida y validada en castellano. La consistencia interna de la escalas se encuentra entre 0,76 y 0,87. La fiabilidad es de 0,80

## ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSEMBERG

Este test tiene por objeto evaluar el sentimiento de satisfacción que la persona tiene de sí misma. Por favor, conteste las siguientes frases con la respuesta que considere más apropiada.

- A. Muy de acuerdo
- B. De acuerdo
- C. En desacuerdo
- D. Muy en desacuerdo

	A	B	C	D
1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.				
2. Estoy convencido de que tengo cualidades buenas.				
3. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.				
4. Tengo una actitud positiva hacia mi mismo/a.				
5. En general estoy satisfecho/a de mi mismo/a.				
6. Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso/a.				
7. En general, me inclino a pensar que soy un fracasado/a.				
8. Me gustaría poder sentir más respeto por mi mismo.				
9. Hay veces que realmente pienso que soy un inútil.				
10. A veces creo que no soy buena persona.				

**Escala de Impulsividad de Barratt  
(Barratt Impulsiveness Scale, BIS-11)**

*Instrucciones:* Las personas son diferentes en cuanto a la forma en que se comportan y piensan en distintas situaciones. Ésta es una prueba para medir algunas de las formas en que usted actúa y piensa. No se detenga demasiado tiempo en ninguna de las oraciones. Responda rápida y honestamente. (Entrevistador: Lea cada oración al respondiente y marque la contestación. Si la persona no entiende la pregunta, plantéela de la forma que está entre paréntesis).

	<i>Raramente o nunca (0)</i>	<i>Ocasionalmente (1)</i>	<i>A menudo (3)</i>	<i>Siempre o casi siempre (4)</i>
1. Planifico mis tareas con cuidado				
2. Hago las cosas sin pensarlas				
3. Casi nunca me tomo las cosas a pecho  (no me perturbo con facilidad)				
4. Mis pensamientos pueden tener gran velocidad				
5. Planifico mis viajes con antelación				
6. Soy una persona con autocontrol				
7. Me concentro con facilidad (se me hace				
8. Ahorro con regularidad				
9. Se me hace difícil estar quieto/a por largos períodos de tiempo				
10. Pienso las cosas cuidadosamente				
11. Planifico para tener un trabajo fijo (me esfuerzo por asegurar que tendré dinero para pagar por mis gastos)				
12. Digo las cosas sin pensarlas				
13. Me gusta pensar sobre problemas complicados  (me gusta pensar sobre problemas complejos)				
14. Cambio de trabajo frecuentemente (no me quedo en el mismo trabajo por largos períodos de tiempo)				
15. Actúo impulsivamente				
16. Me aburro con facilidad tratando de resolver problemas en mi mente				

17. Visito al médico y al dentista con	
18. Hago las cosas en el momento que se me	
19. Soy una persona que piensa sin distraerse (puedo enfocar mi mente en una sola cosa por mucho tiempo)	
20. Cambio de vivienda a menudo (me mudo con frecuencia o no me gusta vivir en el mismo sitio por mucho tiempo)	
21. Compro cosas impulsivamente	
22. Yo termino lo que empiezo	
23. Camino y me muevo con rapidez	
24. Resuelvo los problemas experimentando (resuelvo los problemas tratando una posible solución y viendo si funciona)	
25. Gasto efectivo o en crédito más de lo que gano (gasto más de lo que gano)	
26. Hablo rápido	
27. Tengo pensamientos extraños cuando estoy pensando	
28. Me interesa más el presente que el futuro	
29. Me siento inquieto/a en clases o charlas (me siento inquieto/a si tengo que oír a alguien hablar por un largo período de tiempo)	
30. Planifico para el futuro (me interesa más el futuro que el presente)	

**Autor** E. S. Barratt.

**Referencia** *Impulsiveness and aggression. Violence and mental disorder. Development in risk assessment.*

En: Monahan J, Steadman HJ, eds. Chicago: The University of Chicago Press, 1995; 61-79.

**Evalúa** Impulsividad.

**N. ° de ítems** 30.

**Administración** Autoaplicada.

## **DESCRIPCIÓN**

- \_ La BIS-11 es un instrumento diseñado para evaluar impulsividad.
- \_ Consta de 30 ítems que se agrupan en 3 subescalas de impulsividad:
  - \_ Cognitiva (8 ítems: 4, 7, 10, 13, 16, 19, 24 y 27).
  - \_ Motora (10 ítems: 2, 6, 9, 12, 15, 18, 21, 23, 26 y 29).
  - \_ Impulsividad no planeada (12 ítems: 1, 3, 5, 8, 11, 14, 17, 20, 22, 25, 28 y 30).
- \_ Cada ítem consta de 4 opciones de respuesta (0, raramente o nunca; 1, ocasionalmente; 3, a menudo; 4, siempre o casi siempre).
- \_ Es un instrumento autoaplicado.

## **CORRECCIÓN E INTERPRETACIÓN**

- \_ Desde el punto de vista clínico, posee mayor relevancia el valor cuantitativo de la puntuación total.
- \_ Cada ítem tiene 4 opciones de respuesta que puntuarían 0, 1, 3 y 4. Los siguientes ítems tienen una puntuación inversa (es decir, 4, 3, 1 y 0): 1, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 13, 17, 19, 22 y 30.
- \_ La puntuación en cada subescala se obtiene sumando las puntuaciones parciales obtenidas en cada uno de sus ítems.
- \_ La puntuación total se obtiene sumando las puntuaciones obtenidas en todos los ítems.
- \_ No existe punto de corte propuesto. En varios estudios se sugiere utilizar como punto de corte la mediana de la distribución.

## **REFERENCIAS COMPLEMENTARIAS**

- Oquendo MA, Baca-Garcia E, Graver R, Morales M, Montalban V, Mann JJ. Spanish adaptation of the Barratt Impulsiveness Scale (BIS). Eur J Psychiatry 2001; 15: 147-155.

## Cuestionario CAGE

	<i>Sí</i>	<i>No</i>
1. ¿Ha tenido usted alguna vez la impresión de que debería beber menos?		
2. ¿Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?		
3. ¿Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?		
4. ¿Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para librarse de una resaca?		

**Autor** J. A. Ewing

**Referencia** *Detecting alcoholism, the CAGE questionnaire.* J Am Med Assoc 1984; 252: 1905-1907.

**Evalúa** Diagnóstico precoz de problemas relacionados con el alcohol.

**N.º de ítems** 4.

**Administración** Heteroaplicada.

### DESCRIPCIÓN

- \_ El CAGE consta de sólo 4 ítems; 3 de ellos exploran los aspectos subjetivos de la persona en relación con el consumo del alcohol, y el último explora aspectos relacionados con la abstinencia alcohólica.
- \_ Los 4 ítems son de respuesta dicotómica sí/no.
- \_ Es un cuestionario heteroaplicado que puede ser administrado por personal auxiliar previamente entrenado en su uso.

### CORRECCIÓN E INTERPRETACIÓN

- \_ Proporciona una puntuación total que se obtiene sumando las puntuaciones en los 4 ítems.
- \_ En cada ítem, la respuesta afirmativa vale 1 punto y la negativa 0.
- \_ Los autores recomiendan utilizar los siguientes puntos de corte:
- \_ 0: no hay problemas relacionados con el alcohol.
- \_ 1: indicio de problemas relacionados con el alcohol.
- \_ 2-4: dependencia alcohólica.

### REFERENCIAS COMPLEMENTARIAS

Rodríguez-Martos A, Navarro R, Vecino C, Pérez R. Validación de los cuestionarios KFA (CBA) y CAGE para diagnóstico del alcoholismo. *Drogalcohol* 1986; 11: 132-139.

## TEST DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR (FF-SIL)

A continuación les presentamos una serie de situaciones que pueden ocurrir o no en su familia. Necesitamos que Ud. clasifique y marque con una **X** su respuesta según la frecuencia en que ocurre la situación.

Situaciones	Casi Nunca	Pocas Veces	A veces	Muchas Veces	Casi Siempre
Se toman decisiones entre todos para cosas importantes de la familia					
En mi casa predomina la armonía					
En mi familia cada uno cumple sus responsabilidades					
Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana					
No expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa					
Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos					
Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones diferentes					
Cuando alguien en la familia tiene un problema los demás ayudan					
Se distribuyen las tareas de forma que nadie está sobrecargado					
Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones					
Podemos conversar diversos temas sin temor					
Ante una situación familiar difícil somos capaces de buscar ayuda entre otras personas					
Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar					
Nos demostramos el cariño que nos tenemos					

## CALIFICACIÓN E INTERPRETACIÓN

La puntuación final de la prueba se obtiene de la suma de los puntos por ítems, lo que permite llegar al diagnóstico de funcionamiento familiar; este se muestra en el siguiente cuadro:

Casi siempre	5
Muchas veces	4
A veces	3
Pocas veces	2
Casi nunca	1

Diagnóstico del funcionamiento familiar según puntuación total de la prueba FF-SIL	
Funcional	De 70 a 57 puntos
Moderadamente funcional	De 56 a 43 puntos
Disfuncional	De 42 a 28 puntos
Severamente disfuncional	De 27 a 14 puntos

## Test de Fagerström

	<i>Puntos</i>
1. ¿Cuántos cigarrillos fuma al día?	
< 15	0
16-25	1
> 26	2
2. ¿Qué cantidad de nicotina contienen sus cigarrillos?	
Baja (< 0,5 mg)	0
Media (0,6 a 1,1 mg)	1
Alta (> 1,2 mg)	2
3. ¿Inhala el humo?	
Nunca	0
A veces (de vez en cuando)	1
Siempre	2
4. ¿Fuma más frecuentemente por la mañana que por la tarde?	
Sí	0
No	1
5. Tiempo transcurrido desde que se levanta hasta que fuma el primer cigarrillo: Al despertar (menos de 30 minutos)	0
Después de desayunar (más de 30 minutos)	1
6. ¿Qué cigarrillo le produce mayor satisfacción o le costaría más suprimir?	
El primero del día	0
Cualquier otro	1
7. ¿Fuma cuando está enfermo?	
Sí	0
No	1
8. ¿Fuma en lugares prohibidos (hospitales, cine, metro)?	
Sí	0

**Autor** K.O. Fagerström.

**Referencia** *Measuring degrees of physical dependence to tobacco smoking with reference to individualization of treatment.* Addict Behav 1978; 3: 235-241.

**Evalúa** La dependencia de nicotina.

**N.º de ítems** 8.

**Administración** Autoevaluada.

### **DESCRIPCIÓN**

\_ El test de Fagerström es un instrumento autoaplicado que consta de 8 ítems que exploran el consumo de cigarrillos y, por tanto, la dependencia de nicotina.

Las puntuaciones oscilan de 0 a 2 en los tres primeros ítems y 0 o 1 en los restantes.

\_ Existe, actualmente, una versión con los 6 primeros ítems.

### **CORRECCIÓN E INTERPRETACIÓN**

\_ Proporciona una puntuación total que se obtiene sumando las puntuaciones de los 8 ítems.

\_ A mayor puntuación, mayor intensidad del consumo-dependencia.

\_ Las puntuaciones obtenidas indican:

\_ 0 a 2: dependencia muy baja.

\_ 3 a 4: dependencia baja.

\_ 5: dependencia media.

\_ 6 a 7: dependencia alta.

\_ 8 a 10: dependencia muy alta.

### **REFERENCIAS COMPLEMENTARIAS**

Fagerström KO, Schneider NG. Measuring nicotine dependence: A review of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *J Behav Med* 1989; 12: 159-182.

Fagerström KO, Heatherton TF, Kozlowski LT. Nicotine addiction and its assessment. *Ear Nose Throat J* 1990; 69: 763-765

Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerström KO. The Fagerström Test for Nicotine Dependence:

A revisión of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *Br J Addict* 1991; 86: 1119-1127.

Kozlowski LT, Porter CQ, Orleans CT, Pope MA, Heatherton T. Predicting smoking cessation

with self-reported measures of nicotine dependence: FTQ, FTD, and HSI. *Drug Alcohol Depend* 1994; 34: 211-216

## Escala de Ideación Suicida (Scale for Suicide Ideation, SSI)

<p style="text-align: center;"><b>1. Deseo de vivir</b></p> <p>0. Moderado a fuerte</p> <p>1. Débil</p> <p>2. Ninguno</p>
<p style="text-align: center;"><b>2. Deseo de morir</b></p> <p>0. Ninguno</p> <p>1. Débil</p> <p>2. Moderado a fuerte</p>
<p style="text-align: center;"><b>3. Razones para vivir/morir</b></p> <p>0. Porque seguir viviendo vale más que morir</p> <p>1. Aproximadamente iguales</p> <p>2. Porque la muerte vale más que seguir viviendo</p>
<p style="text-align: center;"><b>4. Deseo de intentar activamente el suicidio</b></p> <p>0. Ninguno</p> <p>1. Débil</p> <p>2. Moderado a fuerte</p>
<p style="text-align: center;"><b>5. Deseos pasivos de suicidio</b></p> <p>0. Puede tomar precauciones para salvaguardar la vida</p> <p>1. Puede dejar de vivir/morir por casualidad</p> <p>2. Puede evitar las etapas necesarias para seguir con vida</p>
<p style="text-align: center;"><b>6. Dimensión temporal (duración de la ideación/deseo suicida)</b></p> <p>0. Breve, períodos pasajeros</p> <p>1. Por amplios períodos de tiempo</p> <p>2. Continuo (crónico) o casi continuo</p>

<b>7. Dimensión temporal (frecuencia del suicidio)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>0. Raro, ocasional</li> <li>1. Intermitente</li> <li>2. Persistente o continuo</li> </ul>
<b>8. Actitud hacia la ideación/deseo</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>0. Rechazo</li> <li>1. Ambivalente, indiferente</li> <li>2. Aceptación</li> </ul>
<b>9. Control sobre la actividad suicida/deseos de acting out</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>0. Tiene sentido del control</li> <li>1. Inseguro</li> <li>2. No tiene sentido del control</li> </ul>
<b>10. Disuasivos para un intento activo (familia, religión, irreversibilidad)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>0. Puede no intentarlo a causa de un disuasivo</li> <li>1. Alguna preocupación sobre los medios pueden disuadirlo</li> <li>2. Mínima o ninguna preocupación o interés por ellos</li> </ul>
<b>11. Razones para el intento contemplado</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>0. Manipular el entorno, llamar la atención, vengarse</li> <li>1. Combinación de 0 y 2</li> <li>2. Escapar, solucionar los problemas, finalizar de forma absoluta</li> </ul>
<b>12. Método (especificidad/planificación del intento contemplado)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>0. No considerado</li> <li>1. Considerado, pero detalles no calculados</li> <li>2. Detalles calculados/bien formulados</li> </ul>

<p style="text-align: center;"><b>13. Método (accesibilidad/oportunidad para el intento contemplado)</b></p> <p>0. Método no disponible, inaccesible. No hay oportunidad</p> <p>1. El método puede tomar tiempo o esfuerzo. Oportunidad escasa</p> <p>2. Método y oportunidad accesibles</p> <p>2. Futura oportunidad o accesibilidad del método previsto</p>
<p style="text-align: center;"><b>14. Sentido de «capacidad» para llevar adelante el intento</b></p> <p>0. No tiene valor, demasiado débil, miedoso, incompetente</p> <p>1. Inseguridad sobre su valor</p> <p>2. Seguros de su valor, capacidad</p>
<p style="text-align: center;"><b>15. Expectativas/espera del intento actual</b></p> <p>0. No</p> <p>1. Incierto</p> <p>2. Sí</p>
<p style="text-align: center;"><b>16. Preparación actual para el intento contemplado</b></p> <p>0. Ninguna</p> <p>1. Parcial (p. ej., empieza a almacenar pastillas, etc.)</p> <p>2. Completa (p. ej., tiene las pastillas, pistola cargada, etc.)</p>
<p style="text-align: center;"><b>17. Nota suicida</b></p> <p>0. Ninguna</p> <p>1. Piensa sobre ella o comenzada y no terminada</p> <p>2. Nota terminada</p>
<p style="text-align: center;"><b>18. Actos finales en anticipación de la muerte (p. ej., testamento, póliza de seguros, etc.)</b></p> <p>0. Ninguno</p> <p>1. Piensa sobre ello o hace algunos arreglos</p> <p>2. Hace planes definitivos o terminó los arreglos finales</p>

### **19. Engaño/encubrimiento del intento contemplado**

0. Reveló las ideas abiertamente
1. Frenó lo que estaba expresando
2. Intentó engañar, ocultar, mentir

**Autores** A. T. Beck, D. Schuyler, I.Herman.

**Referencia** *Development of suicidal intent scales*. En: Beck AT, Resnick HLP, Lettieri DJ, eds.

The prediction of suicide. Bowie: Charles Press, 1974; 45-56.

**Evalúa** Características de la tentativa suicida.

**N. ° de ítems** 20.

**Administración** Heteroaplicada.

#### **DESCRIPCIÓN**

La SIS es una escala diseñada para evaluar las características de la tentativa suicida: circunstancias en las que se llevó a cabo (aislamiento, precauciones, etc.), actitud hacia la vida y la muerte, pensamientos y conductas antes, durante y después de la tentativa de suicidio, consumo de alcohol u otras sustancias relacionado con la tentativa.

- \_ Se trata de una escala semiestructurada que consta de 20 ítems, que se valoran en una escala de 3 puntos (de 0 a 2 puntos).
- \_ Se recomienda su utilización en personas que han realizado una tentativa de suicidio.
- \_ Consta de tres partes bien diferenciadas:
  - \_ Parte objetiva (circunstancias objetivas relacionadas con la tentativa de suicidio) (ítems 1 a 8).
  - \_ Parte subjetiva: expectativas durante la tentativa de suicidio (ítems 9 a 15).
  - \_ Otros aspectos (ítems 16 a 20).
- \_ Es un instrumento heteroaplicado.

#### **CORRECCIÓN E INTERPRETACIÓN**

- \_ Proporciona una cuantificación de la gravedad de la ideación suicida.
- \_ La puntuación total se obtiene sumando todos los ítems. Esta puntuación puede oscilar entre 0 y 38.
- \_ No existen puntos de corte propuestos. A mayor puntuación, mayor gravedad.

**Escala de Hamilton para la Ansiedad  
(Hamilton Anxiety Rating Scale, HARS)**

<i>Definición operativa de los ítems</i>	<i>P</i>		
1. <i>Humor ansioso</i> (inquietud, espera de lo peor, aprensión [anticipación temerosa], irritabilidad)	0 3	1 4	2
2. <i>Tensión</i> (sensación de tensión, fatigabilidad, imposibilidad de relajarse, llanto fácil, temblor, sensación de no poder quedarse en un lugar)	0	1	2
3. <i>Miedos</i> (a la oscuridad, a la gente desconocida, a quedarse solo, a los animales grandes, a las multitudes, etc.)	0	1	2
4. <i>Insomnio</i> (dificultad para conciliar el sueño, sueño interrumpido, sueño no satisfactorio con cansancio al despertar, malos sueños, pesadillas, terrores nocturnos)	0 3	1 4	2
5. <i>Funciones intelectuales</i> (dificultad de concentración, mala memoria)	0 3	1 4	2
6. <i>Humor deprimido</i> (falta de interés, no disfruta con sus pasatiempos, depresión, despertar precoz, variaciones del humor a lo largo del día)	0 3	1 4	2
7. <i>Síntomas somáticos generales (musculares)</i> (dolores y molestias musculares, rigidez muscular, sacudidas clónicas, rechinar de dientes, voz poco firme o insegura)	0 3	1 4	2
8. <i>Síntomas somáticos generales (sensoriales)</i> (zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos o escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo)	0 3	1 4	2
9. <i>Síntomas cardiovasculares</i> (taquicardia, palpitaciones, dolores en el pecho, latidos vasculares, extrasístoles)	0	1	2
10. <i>Síntomas respiratorios</i> (peso en el pecho o sensación de opresión torácica, sensación de ahogo, suspiros, falta de aire)	0	1	2
11. <i>Síntomas gastrointestinales</i> (dificultad para tragar, meteorismo, dispepsia, dolor antes  o después de comer, sensación de ardor, distensión abdominal, pirosis, náuseas, vómitos, sensación de estómago vacío, cólicos abdominales, borborigmos, diarrea, estreñimiento)	0 3	1 4	2

12. <i>Síntomas genitourinarios</i> (amenorrea, metrorragia, micciones frecuentes, urgencia de la micción, desarrollo de frigidez, eyaculación precoz, impotencia)	0 3	1 4	2
13. <i>Síntomas del sistema nervioso autónomo</i> (sequedad de boca, enrojecimiento, palidez, sudoración excesiva, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección)	0 3	1 4	2
14. <i>Comportamiento durante la entrevista</i>			
– General: el sujeto se muestra tenso, incómodo, agitación nerviosa de las manos, se frota los dedos, aprieta los puños, inestabilidad, postura cambiante, temblor de manos,  ceño fruncido, facies tensa, aumento del tono muscular, respiración jadeante, palidez facial	0 3	1 4	2
– Fisiológico: traga saliva, eructa, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria superior a 20 resp./min, reflejos tendinosos vivos, temblor, dilatación pupilar, exoftalmía, mioclonías palpebrales			

**Autor** M.Hamilton.

**Referencia:** *The assessment of anxiety states by rating*. Br J Med Psychol 1959; 32: 50-55.

**Evalúa** Intensidad de la ansiedad.

**N. ° de ítems** 14.

**Administración** Heteroaplicada.

## DESCRIPCIÓN

\_ La HARS es una escala de estado cuyo objetivo es valorar la intensidad de la ansiedad.

\_ Consta de un total de 14 ítems que evalúan los aspectos psíquicos, físicos y conductuales de la ansiedad. Además un ítem evalúa específicamente el ánimo deprimido.

\_ Los ítems son manifestaciones inespecíficas de ansiedad, sin haber demostrado su utilidad para la evaluación de un trastorno de ansiedad en concreto.

\_ En el caso del trastorno de ansiedad generalizada, diversos autores prefieren utilizar como criterio de respuesta el cambio en las puntuaciones en los 2 primeros ítems (humor ansioso y tensión) que la puntuación total, ya que los 12 ítems restantes no representan adecuadamente al trastorno de ansiedad generalizada.

\_ El marco de referencia temporal son los últimos días (al menos los 3 últimos) en todos los ítems, excepto el último, en el que se valora la conducta del sujeto durante la entrevista.

\_ Es una escala heteroaplicada. Ballenger y Lewis han creado unas sencillas instrucciones para asignar las puntuaciones más adecuadas en cada paciente, con el objeto de aumentar la fiabilidad interevaluadores. A continuación se describen brevemente (son válidas para los 13 primeros ítems):

1. Identifique de entre todos los síntomas posibles para cada ítem el más problemático en los últimos días, y que sea debido ciertamente a ansiedad.

2. Determine para ese síntoma estos 3 aspectos: su gravedad, su frecuencia de presentación y la incapacidad o disfunción que produce.

a) Gravedad: 1, leve, de poca importancia; 2, gravedad moderada y alteraciones; 3, alteraciones graves derivadas de los síntomas, muy molesto; 4, el peor síntoma que haya padecido nunca.

b) Tiempo/frecuencia: 1, ocurre con poca frecuencia durante cortos períodos de tiempo; 2, ocurre parte del día o menos de la mitad de los días (menos de una tercera parte del tiempo de vigilia); 3, ocurre gran parte del día, durante la mayoría de los días (más de una tercera parte del tiempo de vigilia); 4, ocurre casi todo el tiempo.

C) Incapacidad/disfunción: 1, conciencia de los síntomas, pero sin interferir en las actividades normales; 2, los síntomas interfieren en alguna actividad o empeoran debido a las alteraciones; 3, los síntomas causan incapacidad para llevar a cabo (o interfieren gravemente) las actividades sociales, familiares o laborales; 4, los síntomas causan incapacidad para realizar (o llevan a evitar) actividades en 2 o más de las áreas anteriores.

3. Haga la media entre las puntuaciones de gravedad y de tiempo/frecuencia y redondee la media en función de la puntuación de incapacidad.

### **CORRECCIÓN E INTERPRETACIÓN**

Proporciona una medida global de ansiedad, que se obtiene sumando la puntuación obtenida en cada uno de los ítems.

\_ Los puntos de corte recomendados son:

\_ 0-5: no ansiedad.

\_ 6-14: ansiedad leve.

\_ 15: ansiedad moderada/grave.

## ESCALA DE HAMILTON

### Hamilton Depression Rating Scale (HDRS)

**M.J. Purriños**

*Servizo de Epidemioloxía. Dirección Xeral de Saúde Pública. Servicio Galego de Saúde*

- La escala de valoración de Hamilton para la evaluación de la depresión (Hamilton depression rating scale (HDRS)) es una escala, heteroaplicada, diseñada para ser utilizada en pacientes diagnosticados previamente de depresión, con el objetivo de evaluar cuantitativamente la gravedad de los síntomas y valorar los cambios del paciente deprimido. Se valora de acuerdo con la información obtenida en la entrevista clínica y acepta información complementaria de otras fuentes secundarias.
- Si bien su versión original constaba de 21 ítems [1], posteriormente se realizó una versión reducida con 17 ítems [2], que es la recomendada por el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos. La validación de la versión castellana de esta escala se realizó en 1986 por Ramos-Brieva [3]. Diferentes evaluaciones han permitido comprobar la validez discriminante, la fiabilidad y la sensibilidad al cambio, tanto en poblaciones hospitalizadas [3, 4] como ambulatorios [5].
- Cada cuestión tiene entre tres y cinco posibles respuestas, con una puntuación de 0-2 ó de 0-4 respectivamente. La puntuación total va de 0 a 52. Pueden usarse diferentes puntos de corte a la hora de clasificar el cuadro depresivo.

No deprimido: 0-7

Depresión ligera/menor: 8-13

Depresión moderada: 14-18

Depresión severa: 19-22

Depresión muy severa: >23

<b>Hamilton Depression Rating Scale (HDRS)</b>	
<p><b>Humor depresivo (tristeza, desesperanza, desamparo, sentimientos de inutilidad)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Ausente</li> <li>-Esta sensación las expresa solamente si le preguntan cómo se siente</li> <li>-Estas sensaciones las relata espontáneamente</li> <li>-Sensaciones no comunicadas verbalmente (expresión facial, postura, voz, tendencia al llanto)</li> <li>-Manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal en forma espontánea.</li> </ul>	<p>0 1 2 3 4</p>
<p style="text-align: center;"><b>Sentimiento de culpa</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Ausente</li> <li>-Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente</li> <li>-Tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones</li> <li>-Siente que la enfermedad actual es un castigo</li> <li>-Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales de amenaza.</li> </ul>	<p>0 1 2 3 4</p>
<p style="text-align: center;"><b>Suicidio</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Ausente</li> <li>-Le parece que la vida no vale la pena ser vivida</li> <li>-Desearía estar muerto o no tiene pensamientos sobre la posibilidad de morir</li> <li>-Ideas de suicidio o amenazas</li> <li>-Intento de suicidio (cualquier intento serio)</li> </ul>	<p>0 1 2 3 4</p>
<p style="text-align: center;"><b>Insomnio precoz</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-No tiene dificultad</li> <li>-Dificultad ocasional para dormir, por ej. Más de media hora el conciliar el sueño</li> <li>-Dificultad para dormir cada noche</li> </ul>	<p>0 1 2</p>
<p style="text-align: center;"><b>Insomnio intermedio</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-No hay dificultad</li> <li>-Esta desvelado e inquieto o se despierta varias veces durante la noche</li> <li>-Está despierto durante la noche, cualquier ocasión de levantarse de la cama se clasifica en 2 (excepto por motivos de evacuar)</li> </ul>	<p>0 1 2</p>
<p style="text-align: center;"><b>Insomnio tardío</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-No hay dificultad</li> <li>-Se despierta a primeras horas, de la madrugada, pero se vuelve a dormir.</li> <li>-No puede volver a dormirse si se levanta de la cama.</li> </ul>	<p>0 1 2</p>

<b>Trabajo y actividades</b>	
-No hay dificultad	0
-Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad (trabajos, pasatiempos)	1 2
-Pérdida de interés en su actividad (disminución de la atención, indecisión y vacilación)	3
-Disminución del tiempo actual dedicado a actividades o disminución de la productividad. Dejó de trabajar por la presente enfermedad. Solo se compromete en las pequeñas tareas, o no puede realizar estas sin ayuda.	4
<b>Inhibición psicomotora (lentitud de pensamientos y lenguaje, facultad de concentración disminuida, disminución de la actividad motora)</b>	
-Palabra y pensamiento normales	0
-Ligero retraso en el habla	1
-Evidente retraso en el habla	2
-Dificultad para expresarse	3
-Incapacidad para expresarse	4
<b>Agitación psicomotora</b>	
-Ninguna	0
-Juega con sus dedos	1
-Juega con sus manos, cabello, etc.	2
No puede quedarse quieto ni permanece sentado.	3
-Retuerce las manos, se muerde las uñas, se tira de los cabellos, se muerde los labios,	4
<b>Ansiedad psíquica</b>	
-No hay dificultad	0
-Tensión subjetiva e irritabilidad	1
-Preocupación por pequeñas cosas	2
-Actitud aprensiva en la expresión o en el habla.	3
-Expresa sus temores sin que le pregunten	4
<b>Ansiedad somática (signos físicos de ansiedad; gastrointestinales: sequedad de la boca, diarrea, eructos, indigestión, etc.; cardiovasculares: palpitaciones, cefaleas; respiratorios: hiperventilación, suspiros, frecuencia de micción incrementada; transpiración)</b>	
-Ausente	0
-Ligera	1
-moderada	2
-Severa	3
-Incapacitante	4
<b>Síntomas somáticos gastrointestinales</b>	
-Ninguno	0
-Pérdida del apetito pero come sin necesidad de que lo estimulen.	1
Sensación de pesadez en el abdomen.	2

Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales.	3 4
<b>Síntomas somáticos generales</b>	
-Ninguno	0
-Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias. Cefaleas, algias musculares	1 2
-Pérdida de energía y fatigabilidad. Cualquier síntoma bien definido se clasifica en 2	
<b>Síntomas genitales (tales como: disminución de la libido y trastornos menstruales)</b>	
-Ausente	0 1
-Débil	2
-Grave	
<b>Hipocondría</b>	
-Ausente	0
-Preocupado de sí mismo (corporalmente)	1
-Preocupado por su salud	2
-Se lamenta constantemente, solicita ayuda.	3
<b>Pérdida de peso</b>	
-Pérdida de peso inferior a 500gr. En una semana	0
-Pérdida de más de 500gr. En una semana	1
-Pérdida de más de 1kg. En una semana	2
<b>Introspección (insight)</b>	
-Se da cuenta está deprimido y enfermo.	0
-Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, necesidad de descanso, etc.	1 2
-No se da cuenta que está enfermo.	3

## BIBLIOGRAFÍA

1. Hamilton, M., A rating scale for depression. J Neurol Neurosurg Psychiatry 1960(23):p. 56.
2. Hamilton, M., Development of a rating scale for primary depressive illness. Br J Soc Clin Psychol 1967(6): p. 278-296.
3. Ramos-Brieva, J.C, A, Validación de la versión castellana de la escala de Hamilton para la depresión. Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr 1986(14): p.32

