



UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA
SALUD**

ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA HUMANA

TÍTULO:

ESTUDIO DE TRES CASOS CLÍNICOS:

**TRASTORNO DE SOMATIZACIÓN, TRASTORNO LÍMITE
DE LA PERSONALIDAD Y DEPRESIÓN MAYOR, LIMA - 2017.**

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL
DE LICENCIADO EN PSICOLOGÍA HUMANA.**

AUTOR:

SABINO GONZALES YONATHAN JOSÉ

LIMA – PERÚ

2017

A mis padres, don Mauro Sabino Villanueva y doña Cresencia
Gonzales Jesús, por el apoyo incondicional en todo tiempo, y por
ser los arquitectos de la unión familiar.

A Dios, también le doy la gloria, por permitirme la vida y mis proyectos alineados a su soberanía.

Al Dr. Edmundo Orellana, por sus asesorías en el desarrollo de esta investigación.

A los psicólogos del área Psicología del Centro de Salud Buenos Aires de Villa, en el distrito de Chorrillos-Lima, Mg. Ricardo Mejía Zaona y Lic. Héctor Rioja Chuna, por brindarme sus instalaciones.

Al profesor Wilfredo Silva, por contribuir con su excelente conocimiento clínico y asesorías en este trabajo de investigación.

Al Médico Psiquiatra Torres, por aportar con bibliografía exclusiva y conocimientos para con los casos clínicos. Lo cual proporciona calidad de información.

Al psicoterapeuta David Pozo Huertas, del centro Especializado en psicoterapia, “Psicosaludable”.

A Evelin Acuña, por sus valiosos aportes en la redacción.

RESUMEN

El objetivo principal de este estudio fue presentar tres casos clínicos de Psicología, a la vez, describir las causas de Trastorno de Somatización (TS), un Trastorno Límite de Personalidad (TLP) y una Depresión Mayor (DM), proponiendo un plan psicoterapéutico. Se empleó la metodología cualitativa, porque no se usa datos numéricos ni estadísticos, se enfoca al estudio de cualidades y atributos de los fenómenos. Es un estudio de casos, caracterizado por examinar de manera exhaustiva los sucesos. Se empleó un nivel y tipo de investigación descriptivo explicativo, ex post facto, que significa, tomar datos después de ocurrido los hechos. Se Llegó al diagnóstico de los casos utilizando técnicas y test psicológicos. Las características principales: El (TS) presenta síntomas somáticos reiterados y diversos. Demandantes de atención médica especializada, de causas psicológicas no orgánicas. El (TLP) resalta estado de ánimo, comportamiento y relaciones inestables, con impulsividad comportamental. La (DM) presenta estado de ánimo deprimido y abandona sus actividades cotidianas, por falta de interés. Finalmente, en los tres pacientes se determinó las causas del desarrollo de su trastorno, son particularmente el factor psicosocial, familiar y experiencias infantiles traumáticas, y otros como: Proceso de apego, vulnerabilidad genética para (TLP). Distorsiones cognitivas, pérdida de refuerzo positivo y disminución de noradrenalina para (DM).

PALABRAS CLAVES

Trastorno límite de la personalidad, Trastorno de somatización y Depresión Mayor.

ABSTRACT

The main objective of this study was to present three Psychology clinical cases, at the same time, describe the causes in Somatization Symptom Disorder (SSD) Borderline Personality Disorder (BPD) and in Mayor Depression (MD) cases, proposing psychotherapy treatment. Qualitative Research Methodology has been used because it didn't use neither numeric nor statistic data. Also it is focused on the study of the phenomena qualities and attributes. This study is based on real cases, characterized by exhaustive examination of the events. A standard and type of investigation, descriptive ex post facto explanation were used; the last one, data was taken after the events took place. To obtain the diagnosis of each cases, techniques and psychologies test were used. The main characteristics are: The Somatization Symptom Disorder presents somatic symptom; repeated and different, it demands specialized medical attention, psychological care not physical explanation. The Borderline Personality Disorder emphasizes the state of mind, unstable relationship and behavior. The Mayor Depression presents depressed mood, normal activities were abandoned caused by the lack of interest. In conclusion, in the three patients were determinate which factors lead to development of each symptom, these are cause by psycho social, familiar and traumatic experiences from childhood and some others like: Attachment process, genetic vulnerability to BPD, cognitive distortions, loss of positive reinforcement and reduction of Noradrenaline in Mayor Depression.

KEYWORDS.

Somatization Symptom Disorder, Borderline Personality Disorder and Mayor Depression.

INDICE GENERAL

A Evelin Acuña, por sus valiosos aportes en la redacción.	iii
RESUMEN	iv
ABSTRACT	v
INDICE GENERAL	vi
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I	6
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	6
1.1. Descripción de la realidad problemática.	6
1.2. Formulación del problema.	10
1.3. Objetivos de la investigación	11
1.3.1. Objetivo General:	11
1.3.2. Objetivos Específicos:	11
1.4. Justificación de la investigación.	12
1.4.1 Importancia de la Investigación.	13
1.4.2. Viabilidad de la Investigación.	14
1.5. Limitaciones del Estudio.	14
1.5.1. Limitaciones de tiempo:	14
1.5.2. Limitaciones de espacio o territorio	14
1.5.3. Limitaciones de recursos	15

CAPÍTULO II	16
MARCO TEÓRICO	16
2.1 Antecedentes de la investigación.	16
2.1.1 Antecedentes de investigaciones en Trastornos de Somatización.	16
2.1.2 Antecedentes de investigaciones en Trastorno Límite de la personalidad.	18
2.1.3 Antecedentes de investigaciones en Trastorno de Depresión.	20
2.2. Bases teóricas de los casos.	22
2.2.1. Trastorno de Somatización	22
2.2.2. Trastorno Límite de Personalidad.	29
2.2.3. Depresión Mayor.	39
2.3 Definición de términos básicos.	49
2.3.1. Definición de Términos Básicos Trastorno de Somatización.	49
2.3.2. Definición de Términos Básicos Trastorno Límite de Personalidad.	50
2.3.3. Definición de Términos Básicos de Depresión.	51
CAPÍTULO III	53
METODOLOGÍA.	53
3.1 Diseño metodológico.	53
3.2 Población y muestra:	55
3.3 Técnicas de recolección, procesamiento y presentación de la información:	56
3.4 Definición y categorización de las unidades de análisis.	56
3.4.1. Recopilación de unidad de análisis.	58
3.4.2 Extracción de las unidades de análisis.	60

3.4.3 Criterios para el diagnóstico según Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DS IV).	65
3.4.4 Interpretación y análisis de las unidades de análisis.	72
3.5 Recolección de la información – técnicas e instrumentos	72
3.5.1. Técnicas.	72
3.5.2. Instrumentos	73
3.6 Aspectos éticos.	74
CAPITULO IV	75
RESULTADOS / ANALISIS, DISCUSION Y CONSLUSION.	75
4.1.1 Resultados / análisis descriptivo del caso Trastorno de Somatización.	75
A. Aspectos cognitivos: inteligencia, memoria, razonamiento y lenguaje.	75
B. Aspecto emotivo: control de emociones, sentimientos en conflicto y principales rasgos introversión – extroversión.	76
C. Aspectos volitivos; motivaciones, expectativas.	77
D. Aspectos conativos, conductas y actuación en sus actividades.	77
E. Relaciones familiares	80
F. Relaciones conyugales y/o parejas.	80
G. Relaciones Sociales	81
H. Diagnóstico de la patología.	81
4.1.2. Resultados / análisis descriptivo del caso Trastorno Límite de la Personalidad.	82
A. Aspectos cognitivos; inteligencia, memoria, razonamiento y lenguaje.	82
B. Aspectos emotivos; personalidad, control de emociones, sentimientos en conflicto y principales rasgos introversión - extroversión.	83
C. Aspectos volitivos; motivaciones y expectativas.	84
D. Aspectos conativos; conductas y actuación en sus actividades.	85

E. Relaciones familiares.	86
F. Relaciones conyugales y de pareja.	88
G. Relaciones sociales.	89
H. Diagnóstico de la patología	89
4.1.3. Análisis descriptivo del caso Depresión Mayor	90
A. Aspectos cognitivos; inteligencia, memoria, razonamiento y lenguaje.	90
B. Aspectos emotivos; personalidad, control de emociones, sentimientos en conflicto, principales rasgos introversión –extroversión.	90
C. Aspectos volitivos; motivaciones y expectativas.	91
D. Aspectos conativos, conductas y actuación en sus actividades.	92
E. Relaciones familiares.	92
F. Relaciones conyugales y/o de pareja.	93
G. Relaciones sociales.	93
H. Diagnóstico de la patología.	94
4.1.4 Propuesta de plan terapéutico, para cada caso clínico de psicología.	94
A. Propuesta del Plan psicoterapéutico, Terapia Familiar Breve (TFB) para el caso clínico de psicología, Trastorno Somatomorfo.	94
B. Propuesta del plan psicoterapéutico, Terapia Dialéctica Conductual para el caso clínico de psicología, Trastorno Límite de la Personalidad.	102
C. Propuesta del plan psicoterapéutico, Terapia Dialéctica Conductual (TDC) para el caso clínico de la Depresión Mayor.	111
4.2. DISCUSIÓN.	115
4.2.1 Trastorno somatomorfo, discusión.	117
4.2.2 Trastorno límite de la personalidad, discusión.	121
4.2.3 Trastorno depresivo mayor, recidivante, moderado, sin síntomas psicóticos, discusión.	124
4.3 CONCLUSIONES.	128

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. 29
Tabla 2. 39
Tabla 3. 115

INDICE DE ANEXOS

Anexo A...... 143
Anexo B...... 150
Anexo C...... 151
Anexo D...... 152
Anexo E...... 153
Anexo F...... 154
Anexo G...... 155
Anexo H...... 157
Anexo I...... 158
Anexo J...... 160
Anexo K...... 167
Anexo L...... 168
Anexo M...... 169
Anexo N...... 170
Anexo O...... 171

Апехо Р.	172
Апехо Q.	174
Апехо R.	175
Апехо S.	177
Апехо T.	184
Апехо U.	185
Апехо V.	186
Апехо W.	187
Апехо X.	188
Апехо Y.	190
Апехо Z.	191

INTRODUCCIÓN

La familia es el núcleo de la sociedad, el término hace referencia a un grupo de personas emparentadas entre sí, se practica acciones como: cuidar, proteger, cohesión, unidad, amor, tolerancia, alimentación y seguridad. Son complementos que formara al individuo, capaz de desarrollarse en la sociedad, ser útil, que forme su propia familia y/o descendencia. (Real Academia Española RAE, octubre 2014). Cabe aquí la oportunidad de hacernos las siguientes preguntas:

¿Qué sucede cuando uno de los integrantes no cumple su rol, de padre, madre o hijo, y manifiesta características de familia disfuncional?

Los genes son esenciales para la preservación de la especie, ¿qué sucede cuando transmiten trastornos o factores predisponentes al desarrollo de enfermedades?

¿Qué ocurriría si neurotransmisores, factores psicológicos o sociales; sufren alteraciones?

Mencionadas preguntas parecen ser obvias, mas son básicas, puesto que contextualiza nuestra realidad problemática.

Estudios epidemiológicos, descritos en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DMS IV 2005, resaltan la aparición constante de los trastornos psicológicos presentados

en esta investigación de casos clínicos de psicología; son: un Trastorno de Somatización, un Trastorno Límite de la Personalidad y una Depresión Mayor.

Trastorno de somatización, su prevalencia es mayoritariamente en mujeres, en relación al varón, las causas están asociados a genes; pero también psicosociales, familiares, acontecimientos traumáticos infantiles y biológicos (DMS IV 2005). Es característico la presencia de síntomas o dolores que no tienen evidencias orgánicas, por ende no detectado en la consulta médica; por tanto, la paciente insistirá en buscar otras especialidades médicas para aliviar sus dolencias, que no son explicadas en su totalidad por alguna enfermedad.

Entre los trastornos de la personalidad que se dan con mayor frecuencia está el trastorno límite de personalidad (DMS IV 2005). Las causas son: Vulnerabilidad genética, alteración de neurotransmisores (sustancias químicas intervienen en el proceso de sinapsis neuronal), disfunción neurobiológica, factores psicosociales y proceso de apego. Los pacientes con este trastorno registran síntomas específicos de inestabilidad emocional, inestabilidad en sus relaciones interpersonales, comportamiento impulsivo y baja capacidad de planificación.

La Depresión Mayor es un trastorno mental frecuente hoy en día, causante del gran porcentaje suicidios en el mundo como medida inapropiada a la solución de su sufrimiento emocional. Las causas de esta enfermedad están relacionado con deficiencia de sustancias químicas cerebrales (neurotransmisores), genético, familiar y factor psicológico. La característica principal es la presencia de tristeza, pérdida de interés por las cosas que hacía antes con normalidad, deficiencia en el sueño, disminución del apetito por la comida, baja autoestima y poca concentración.

El objetivo principal de esta investigación es presentar tres casos clínicos de psicología y describir las causas de un trastorno de somatización, un trastorno límite de personalidad y una depresión mayor, proponiendo un plan psicoterapéutico.

Se emplea metodología cualitativa porque proporciona descripción de características sintomatológicas, historia de vida familiar y social; también revela las causas del trastorno, de tal manera que proporciona al público en general, en especial los profesionales de salud mental, conocimientos sobre un caso en particular e información detallada de sucesos relacionados; haciendo posible el diagnóstico. De la misma manera, es útil puesto que contrasta con teorías y estudios sobre los mismo temas, generando así debate académico.

La metodología cualitativa se caracteriza por otorgar amplia información basada en el análisis a profundidad de los atributos y cualidades. Hernández, Fernández y Baptista (2014) sostienen:

La investigación cualitativa se enfoca en comprender los fenómenos, explorándolos desde la perspectiva de los participantes en un ambiente natural y en relación con su contexto. Se usa para ello herramientas psicológicas que aportan confiabilidad de los datos presentados. (p.358)

El nivel de investigación es descriptivo explicativo, estudio de casos, de tipo ex post facto; es decir, después que ocurrieron los hechos.

Consta de cinco capítulos.

El primer capítulo contiene el planteamiento del problema, aquí se realiza una descripción general de la problemática en torno a los casos clínicos de psicología; también incluye, la formulación del problema; misma que gira en torno a una pregunta; por último, incluyen los objetivos, justificación y limitaciones del estudio.

El segundo capítulo expone el marco teórico, está compuesto de antecedentes de la investigación útil para fortalecer el estudio de casos clínicos de psicología, los que son usados en la comparación con nuestros resultados; también se hallan las bases teóricas, que son necesarias para ampliar conocimientos, reconociendo causas y características de los trastornos; por último, se incorpora la definición de términos básicos.

El tercer capítulo presenta: Diseño metodológico, población, muestra, técnicas de análisis de la información, definición y categorización de unidades de análisis. En relación a esta última, se describe cómo se recopilaron a través del uso de técnicas e instrumentos psicológicos; por último, se detalla el procesamiento y análisis de la información de cada caso clínico de psicología.

El cuarto capítulo es referido a los resultados/análisis, contiene información descriptiva dando a conocer el perfil psicológico de los pacientes de cada caso clínico de psicología; también ofrece un comentario crítico o discusión. Aquí se contrasta los resultados hallados con otras investigaciones, usadas como referencias en nuestra bibliografía; de esta forma se da validez o se

contradice mencionadas investigaciones. Por tanto, es posible generas conocimientos y da proyección al surgimiento de futuras investigaciones.

Por último, se propone un plan terapéutico para cada caso clínico de psicología. Trastorno de somatización, Terapia Familiar Breve (TFB), y para Trastorno Límite de Personalidad y Depresión Mayor, la Terapia Dialéctica Conductual (TDC).

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la realidad problemática.

El mundo globalizado permite tener conexión directa a los avances científicos a través de internet. Todas las ciencias están en constante búsqueda de nuevas teorías o técnicas, y éste también es el caso de la Psicología, dichos avances permiten estudiar la conducta del ser humano y observar cambios o trastornos en su personalidad, que son patrones consecutivos de comportamientos iniciando en la adolescencia; las causas son genética, biológica, familiar y social.

Cuevas, et al. (2000) Menciona:

Los cambios sociales, el desarrollo de la tecnología, las exigencias del trabajo, las variaciones en las relaciones familiares, los cambios en los estilos de vida y en los tipos de alimentación, afectan el comportamiento humano, los mismos que vienen generando la aparición de trastornos en las actitudes y la conducta de las personas.

Por ejemplo las estimaciones de estudios epidemiológicos en varios países encuentra el Trastorno Límite entre 1.1 y 4.6% de la población general; en 10% de los pacientes psiquiátricos ambulatorios, en 20% de los pacientes psiquiátricos hospitalizados y entre 30% y 60% de las muestras de pacientes con trastornos de la personalidad, en donde 75% son mujeres y 25% son varones. En México se ha encontrado una prevalencia de 2.0% en las mujeres y de 1.7% en los hombres entre la población general. Grain y Lemus (1999) (citado por Cuevas, et al 2000) hallaron en la población clínica psiquiátrica del Hospital Central Militar una prevalencia de

35.7%. Se cree que los factores etiológicos del trastorno pueden ser los niveles bajos de serotonina en el sistema nervioso central, la falta de apego temprano por maltrato infantil y los trastornos en el proceso de separación e individuación. Es importante señalar que entre los antecedentes infantiles del trastorno límite de la personalidad se ha reportado abuso sexual en proporciones que van del 26 al 71%. Mencionados porcentajes muestran a las mujeres como la población más afectadas con este trastorno y en menor porcentaje los varones, pero ambos tiene que ver con similares factores predisponentes. Por lo tanto, se muestra la importancia de las familias como uno de las causas de padecer del trastorno límite de personalidad. En el Perú, a diario, en comisarías, defensoría municipal del niño y del adolescente- (DEMUNA) y centros de salud; acuden constantemente mujeres que denuncian maltrato, abandono, violaciones intrafamiliar, entre otros tipos de atentado contra sus derechos. (Párr. 2).

En cuanto al trastorno de somatización, Florenzano, Fullerton, Acuña y Escalona (2002), mencionan lo siguiente:

En el estudio metacéntrico sobre "Síntomas psicológicos en atención primaria", organizado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), realizado en cinco continentes, se encontró en Santiago de Chile una prevalencia de éste trastorno en los consultantes de atención primaria de 17,7%, siguiendo los criterios diagnósticos CIE-10. La prevalencia promedio para todos los centros estudiados fue de 2,7% y se elevó a 8,9% al utilizar los criterios diagnósticos propuestos por Escobar (1987), (citado por Florenzano, et. al 2002). Según el mismo estudio, la población con alguna patología médica crónica presentó un riesgo aun mayor para el cuadro de somatización, con una razón de disparidad ("*odds ratio*") de 2,02. En la muestra de Santiago de

Chile el riesgo fue significativamente mayor, con una razón de disparidad de 13.31, constituyéndose en el segundo cuadro psiquiátrico más importante en comorbilidad con patología médica crónica. (Párr. 2)

Gran cantidad de personas acuden a Hospitales, Clínicas y Centros de Salud buscando solución a sus molestias físicas, sin embargo, los síntomas no corresponden a causas orgánicas, sino psíquicas y emocionales. La situación empeora cuando en dichos nosocomios, sea por desinterés o ignorancia del tema, no se canaliza al paciente al área de psiquiatría o psicología, para establecer tratamientos acordes al trastorno, lo que conlleva al paciente a invertir tiempo y dinero.

La idiosincrasia en nuestro medio es otro gran factor que sigue predisponiendo al error en la búsqueda de soluciones precisas, no se concibe asistir al médico psiquiatra, ni psicólogo; si lo hacen serían etiquetadas como personas psiquiátricas.

Con respecto a la depresión, es un problema de salud mental que en la actualidad lleva al suicidio a miles de personas en todo el mundo, quienes al sufrir dicho padecimiento son afectados en su vida laboral, familiar y social. Berenzon, Lara, Robles y Medina (2013), en el estudio realizado en México, señala que en los resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica – ENEP, el 9.2% de los mexicanos sufrieron un trastorno afectivo en algún momento de su vida y 4.8% en los doce meses previos al estudio. La depresión ocurre con mayor frecuencia en mujeres (10.4%) en relación a los varones (5.4%). Las prevalencias observadas en los Estados Unidos de América, Europa y Brasil son más elevadas ya que más de 15% de la población ha

padecido depresión mayor alguna vez en la vida y más de 6% durante el año anterior. En países como Colombia y Chile, la situación es muy similar a la de México. (Párr. 5)

La depresión se presenta como uno de los trastornos que afectan mayoritariamente a la salud mental en el mundo entero, en el Perú es similar; no distingue raza, credo, ni condición social; la realidad contradice a lo que se evidencia por los medios de comunicación; donde personas que alcanzan éxito laboral, como artistas, se suicidan a consecuencia de su depresión. Así también, resulta contraproducente observar esta realidad en la población mundial, que la depresión sea una causa principales de problemas de salud y discapacidad en todo el mundo (Organización Mundial de la Salud OMS, 2017). Resulta extraño, ya que el acceso a internet y a las redes sociales, telefonía, radios portátiles, etc. permite mantener comunicación instantánea con familiares y/o amistades; sin embargo, Daniela Manzano (2014) presenta una explicación: “los Jóvenes y Medios de Comunicación”, el 30% de la población mundial tiene acceso a internet y casi la mitad son jóvenes menores a los 25 años. Vivimos en un mundo globalizado donde la tecnología ha llevado a los medios de comunicación a controlar el ritmo de nuestras vidas. Somos bombardeados constantemente por los medios de comunicación y sin saberlo esto nos puede causar depresión. Escuchar malas noticias, ver películas con mensajes negativos, publicidad que promueve ciertos estereotipos de belleza física, o incluso un documental sobre inseguridad puede provocarnos o al menos hacernos vulnerables a caer en depresión. La publicidad de belleza es la más dañina, ya que cuando un adolescente ve a una modelo delgada, vestida con ropa de marca y fama, quiera imitarla. Ello provoca que la edad promedio para contraer depresión y por consecuencia anorexia o bulimia, ya no sea de 14 años, sino esta ha disminuido a 12 años.

Finalmente, el trastorno límite de la personalidad, el trastorno de somatización y la depresión mayor; son trastornos que afectan a la población en el mundo entero. Los profesionales peruanos de la salud mental y del comportamiento, tienen un gran desafío para el abordaje de estos pacientes, es necesaria una participación multidisciplinaria para así favorecer su recuperación. No se debe abandonar el esfuerzo, preparación académica y disciplina para afrontarlas.

1.2. Formulación del problema.

El propósito de la investigación es analizar tres casos clínicos de Psicología, un trastorno de somatización, un trastorno límite de personalidad y uno de depresión mayor; asimismo describir las causas de los trastornos; proponiendo un plan psicoterapéutico.

La investigación se llevó a cabo con tres pacientes que viven en el distrito de Chorrillos, Lima. Como instrumentos para recolectar datos, se utilizó la entrevista a profundidad, técnicas de observación, anamnesis, pruebas psicométricas y proyectivas.

La características principales del trastorno límite de personalidad es su estado de ánimo, comportamiento y relaciones inestables, también manifiesta agresividad.

El trastorno de somatización se caracteriza por la búsqueda constante de ayuda médica, aquejando síntomas de dolor, los que al ser explorados, no tienen origen orgánico, comprobándose inclusive mediante pruebas diagnósticas.

La depresión mayor es un trastorno del estado de ánimo que se presenta cuando los sentimientos de tristeza, pérdida, ira y frustración; interfieren con la vida diaria durante un largo período de tiempo; también cambia el funcionamiento corporal.

En virtud de lo anterior, el problema queda planteado de la siguiente manera:

Al presentar tres casos clínicos de Psicología, ¿Cuáles son las causas del trastorno de somatización, el trastorno límite de personalidad y la depresión mayor?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo General:

Presentar tres casos clínicos de Psicología y describir las causas de un trastorno de somatización, un trastorno límite de la personalidad y de una depresión mayor, proponiendo un plan psicoterapéutico para cada uno de ellos.

1.3.2. Objetivos Específicos:

1. Analizar tres casos clínicos de Psicología, un trastorno de somatización, un trastorno límite de personalidad y una depresión mayor.

2. Describir las causas de un trastorno de somatización, un trastorno límite de personalidad y una depresión mayor.
3. Proponer un plan psicoterapéutico por cada caso clínico de psicología presentado.

1.4. Justificación de la investigación.

La investigación, desde la perspectiva práctica aplicada, es importante puesto que al hacer uso de las técnicas e instrumentos psicológicos, se obtiene información de sintomatología en cada paciente; también se describen las causas del trastornos de somatización, trastorno límite de personalidad y depresión mayor; así los profesionales de la salud mental e interesados, podrán encontrar información de los casos clínicos de psicología presentados y ampliar su conocimiento.

Desde la perspectiva teórica, la investigación, es importante porque se busca contrastar conocimientos teóricos y lo que ocurre en la realidad concreta de cada caso clínico de psicología, comprobando la aplicabilidad de estos, válidos para la reflexión y debate académico; aporta nuevos conocimientos a la información existente; por último, es útil para ahondar en conceptos de los trastornos, en el aspecto clínico, historia de vida, signos, síntomas y causas que las producen.

A diferencia de la investigación cuantitativa, basada en estudios de población, muestra y datos estadísticos; el enfoque cualitativo se sustenta en el análisis estructural de cualidades o atributos del fenómeno investigado, proporciona información de calidad a través de la descripción, lo que

es evaluado para verificar su naturaleza y lograr eficacia en su comprensión. El enfoque genera información confiable y válida.

1.4.1 Importancia de la Investigación.

Es importante porque los casos clínicos de psicología: trastornos de somatización, trastorno límite de personalidad y depresión mayor, se estudian desde una metodología cualitativa. Ésta realiza un estudio profundo y holístico que permite contrastar las teorías existentes con los trastornos estudiados, proporcionando información actual y confiable a las ciencias de la salud, en particular a los profesionales de la conducta del ser humano, los psicólogos; teniendo en cuenta que son pocos los estudios similares en el Perú. Por otro lado, a nivel social/familiar tiene gran trascendencia, ya que al entender la causa de los trastornos, como son: Familiares, sociales, genéticos, y biológicos; se podrá prevenir. Por ejemplo, se lograría un gran impacto familiar y social teniendo en cuenta al estilo de crianza como un pilar en la estructuración de personalidad. Las familias funcionales tienen una favorable trascendencia en la vida de cada uno de sus integrantes; sin embargo, existen familias disfuncionales; entonces, es de suma importancia conocer toda la información posible sobre los casos clínicos de psicología de la investigación; con la finalidad de que padres y sociedad ejerzan un adecuado rol.

La investigación dará un conocimiento de los casos analizados y técnicas psicológicas empleadas para su diagnóstico. Al ser una investigación cualitativa, estudio de casos clínicos de psicología, se lograra un aporte científico, comprobado y veraz.

1.4.2. Viabilidad de la Investigación.

La presente investigación es viable ya que se cuenta con los recursos humanos, económico, y clínicos exactos; la investigación se realiza con personas mayores de edad que viven en el distrito de Chorrillos, Lima - Perú.

1.5. Limitaciones del Estudio.

Es una investigación de tipo cualitativa, se centra en el estudio de tres casos clínicos de psicología, solo se circunscribe a tres pacientes, lo que limita generalizar resultados, y entenderlos como casos individuales.

1.5.1. Limitaciones de tiempo:

La disponibilidad de tiempo del paciente es limitada, ya que en ocasiones las citas coinciden con sus actividades de estudio y/o trabajo; la frecuencia en las citas para atención es de una vez por semana.

1.5.2. Limitaciones de espacio o territorio:

Los pacientes viven en el Distrito de Chorrillos, asistieron al Centro de Salud Materno Infantil Buenos Aires de Villa, consultorio de psicología; donde se solicitó el permiso al Jefe de Psicología

para hacer uso de la instalación; sin embargo, no se cuenta con total disponibilidad del espacio, sólo hay dos consultorios para la gran afluencia de pacientes que deben ser atendidos por el personal asistencial de planta, que tienen prioridad en el uso del espacio.

1.5.3. Limitaciones de recursos:

Para el presente estudio se cuenta con recursos económicos limitados, ya que para realizar investigaciones a nivel genético y/o sustancias químicas como neurotransmisores, se necesita mayor inversión y la utilización de laboratorios con tecnología sofisticada, que no existe en el medio. La inversión será cubierta por el investigador.

Al buscar investigaciones en Perú, se evidencia que son escasos, por lo que se tomaron en cuenta estudios internacionales, de fuentes confiables. Es así que la bibliografía revisada corresponde en la mayoría de casos a investigaciones internacionales cuantitativas que las cualitativas.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación.

2.1.1 Antecedentes de investigaciones en Trastornos de Somatización.

Viaplana, Cipriano y Domínguez, (2007). Realizó una investigación en Argentina: *Somatización y Conflictos Cognitivos: Estudio Exploratorio con una Muestra Clínica*. Revista Argentina de Clínica Psicológica, 16,197-203. El objetivo de este estudio es investigar las relaciones entre los dilemas implicativos, un tipo de conflicto cognitivo que puede detectarse con la técnica de Rejilla, y una escala de somatización. Es una investigación cuantitativa de tipo correlacional. La muestra del estudio está compuesta por 111 pacientes de psicoterapia que consultan por problemas diversos en centros públicos y privados de varias ciudades españolas, el 79,5% (88 pacientes) son mujeres, y el 20.5% (33pacientes) varones, la edad está comprendida entre 18 y los 72 años. Los instrumentos de apoyo fueron: La técnica de rejilla, que consiste en una entrevista semiestructurada en la que a partir de una serie de personas relevantes del mundo propio del sujeto se pregunta por las similitudes y diferencias entre ellos para extraer sus constructos personales más relevantes. Los resultados concluyen en que las personas con trastorno de somatización, tiene elevado el indicador de puntuación en dilemas implicativos, y que este indicador sería más predisponente que el sexo, la edad, la autoestima o la diferencia cognitiva, para padecer de somatización. Según los resultados encontrados se concluye que se cumple la

hipótesis que indica que los participantes en cuyas rejillas aparecen DI (dilemas implicativos) presentan un nivel de sintomatología de somatización significativamente más alto que aquellos sin este tipo de conflictos. También se concluye que los dilemas implicativos predicen significativamente la gravedad de la sintomatología, por encima de variables como el sexo, la edad y la autoestima. Este estudio está relacionado al nuestro ya que desarrolla y aclara un panorama en el que los dilemas implicativos son en mayor medida causantes de somatización, no estando condicionado mayormente a otros factores.

Noguera, Bayona, y Dávila, (2007) Realizó una investigación: *Un caso de Trastorno Somatomorfo Por Somatización*. Revista Colombiana de Psiquiatría. Colombia. El objetivo de dicho estudio fue presentar un caso de trastorno por somatización y revisar literatura. En cuanto al método es cualitativo de tipo descriptivo. Se hizo una historia clínica completa, una revisión bibliográfica sobre el tema y se contrastaron hallazgos clínicos con la literatura existente. Se trabajó con una mujer de 55 años de edad, nacida en Medellín. Los resultados concluyen que los hallazgos encontrados de sintomatologías clínicas en el servicio de psiquiatría reforzaron el diagnóstico de un trastorno somatomorfo. Sumado al informe multidisciplinario de los servicios de cardiología, medicina interna, gastroenterología y neurología; quienes descartaron hallazgos de enfermedad. En conclusión el estudio muestra que la buena comunicación entre las distintas especialidades, y de estas con el paciente, aclara el diagnóstico y mejora el pronóstico y tratamiento de la enfermedad. Es preciso el uso de distintos tipos de psicoterapia en el hospital general para el abordaje de estos pacientes. Los antecedentes médicos, la personalidad pre mórbida y la búsqueda de factores emocionales fortalecen el proceso diagnóstico. Esta investigación es útil ya que muestra el trabajo desarrollado con diversas áreas con el objetivo de mostrar con claridad y

exactitud que la sintomatología de cada paciente no es física si no cognitiva, útil para este caso clínico.

2.1.2 Antecedentes de investigaciones en Trastorno Límite de la personalidad.

Prado, (2015). *Factores Asociados a Pacientes con Trastorno de Personalidad Límite Hospitalizados en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza en los Años 2011-2014*. Universidad Católica de Santa María. Arequipa - Perú. El objetivo es determinar los factores asociados al trastorno de personalidad límite en pacientes hospitalizados en el servicio que cumplieron los criterios de trastorno límite de personalidad. Es una investigación cuantitativa de tipo descriptiva. Se estudió a todos los casos hospitalizados en el servicio que cumplieron los criterios de trastorno de personalidad límite, y se muestran los resultados mediante estadística descriptiva. En el periodo de 4 años de estudio se han hospitalizado 71 casos, con un incremento de 2.5 veces de 14 casos en el 2011 a 35 casos en el 2014. Se utilizó como instrumento una ficha de recolección de datos, la cual está estructurada en tres partes: en la primera se consignaron datos de las características sociodemográficas de los pacientes con trastorno de personalidad límite hospitalizados, la segunda se destinó para la comorbilidad psiquiátrica en estos pacientes y en la tercera se establecieron factores de riesgo de estos pacientes. Y también, se usó la técnica de la observación documentada. Los resultados indican que en el periodo de 4 años de estudio se han hospitalizado 71 casos, con un incremento de 2.5 veces de 14 casos en el 2011 a 35 casos en el 2014. El 32.39% de casos tuvo de 16 a 20 años y 30.99% entre 21 y 25 años. Predominaron las mujeres en 77.46% de casos. El 56.34% de casos no tienen hijos. El nivel de instrucción predominante fue de superior incompleta (39.44%) seguido de secundaria (23.94%).

La ocupación predominante fue en las labores del hogar (36.62%) o de estudiante (29.58%). Se encontraron comorbilidades psiquiátricas en 77.46% de casos, siendo la principal el trastorno depresivo mayor (22.54%) y el trastorno distímico (18.31%). Se encontró antecedente de abuso sexual en 42.25% y en 39.44% de casos hubo antecedente de violencia física. Hubo antecedente de intento de suicidio en 80.28% de casos, sobre todo por problemas familiares (52.63%) y por sobredosis de fármacos (57.89%). Hubo conducta automutilatoria en 46.48% de casos. En conclusión tenemos que en los aspectos sociodemográficos más frecuentes asociados a los pacientes son de sexo femenino, menor a 25 años, sin hijos, nivel de educación superior incompleta y de ocupación estudiante o su casa. Así también los pacientes con trastorno de personalidad límite presentan comorbilidad, en su mayoría trastorno depresivo mayor y trastorno distímico. Por último en los factores de riesgos hallados con mayor frecuencia son el abuso sexual, el abuso físico y el divorcio de los padres. Este estudio se complementa con esta tesis ya que se enumeran aspectos sociodemográficos, y a la vez la comorbilidad con otras enfermedades lo cual permite asociar a la historia de vida de nuestro paciente y sacar conclusiones.

Uriarte, (2015). *Características Clínicas y Sociodemográficas de los Pacientes con Trastorno de Personalidad Bordeline del Servicio de Psiquiatría del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa 2014*. Universidad Católica Santa María. Universidad Católica Santa María. Arequipa - Perú. El objetivo es precisar las características clínicas y sociodemográficas en los pacientes con trastorno límite de la personalidad que asisten al consultorio externo y hospitalización del servicio del hospital. Es una investigación cuantitativa de tipo descriptivo. La muestra fue de 45 personas atendidas por consultorio externo y en hospitalización del servicio de Psiquiatría. En cuanto a los instrumentos se utilizó una ficha de observación documental y las

historias clínicas de los pacientes. Así mismo, como técnica la observación documentada. Las conclusiones de este estudio son que el 81.3% del inicio de la enfermedad fue en la adolescencia (12 – 19); tiempo de enfermedad 1 – 10 años (77.8 % acumulado), presentan episodios de irritación (35.6%), cambios de humor una vez al mes (80.0%), dependencia afectiva (77.8%), desesperanza (91.1%), automutilación (48.9%) y han presentado situaciones de despersonalización (100%). Así mismo, en el aspecto sociodemográfico tenemos que son de: 21 – 29 años (48.9%), género masculino (51.1%), instrucción superior 53.4%, estudiantes 44.4%, clase social y económica media y baja (48.9%. 42.2%), estado civil soltero (91.1%). Este estudio es tomado en cuenta ya que encontramos en los datos relevantes para identificar y fortalecer el diagnóstico en caso clínico, fundamentado en estudio científico, así como también en el manual de diagnóstico usado para la identificación.

2.1.3 Antecedentes de investigaciones en Trastorno de Depresión.

Bertra y Carranza, (2013). *La enfermedad del Siglo XXI y la Calidad de Vida en Adultos Mayores de Tarapoto*. Revista de investigación Apuntes Universitarios. Tarapoto – Perú. El objetivo de este estudio es determinar en qué medida están relacionadas la depresión y la calidad de vida en los adultos mayores del Puesto de Salud Huayco – Tarapoto. Es una investigación cuantitativa, de diseño no experimental de tipo descriptivo correlacional. La muestra estuvo conformada por 82 adultos mayores del sexo masculino y femenino, atendidos en el Puesto de Salud Huayco – Tarapoto. Se usaron como instrumentos el Inventario de depresión de Beck (BDI-II) y el Formato de Evaluación Integral del Adulto Mayor del Ministerio de Salud. Los resultados evidencian que existe relación negativa y altamente significativa entre depresión y calidad de vida.

De lo cual se deduce que la calidad de vida se ve afectado por el grado de depresión. El estudio de la calidad de vida en adultos mayores se ve relacionado directamente al grado de depresión, esto suma a esta investigación de caso clínico ya que se considera la condición social, familiar y económica, lo cual podría ser un agravante de la depresión.

Bertra, Guerra y Carranza, (2016). *Autoconcepto y Depresión en Estudiantes Universitarios de Una Universidad Privada*. Revista de Investigación Apuntes Universitarios. Tarapoto – Perú. El objetivo de este trabajo es determinar la relación que existe entre auto concepto y depresión en estudiantes universitarios de una universidad privada de Taraporo. Es una investigación cuantitativa de tipo descriptivo correlacional. Los instrumentos utilizados son: Escala de auto concepto AF5 de García y Musiti y el inventario de Depresión de Beck Adaptado. La muestra está conformada de 465 sujetos, ambos sexos entre 16 y 35 años. Los resultados evidencian que existe relación inversa altamente significativa entre auto concepto y depresión en los estudiantes universitarios, revelando que a menor auto concepto mayor depresión. Por otro lado se concluye que, la prevalencia de depresión en los estudiantes universitarios que forman parte de este estudio, es un tema de investigación que suscita el interés de estudiosos, que son conscientes de la influencia de la enfermedad, en la calidad de respuesta de los estudiantes frente a su rendimiento académico, relaciones interpersonales, calidad de trabajo, en general en sus quehaceres cotidianos. Así mismo, Ante estos resultados se debe tomar en consideración al auto concepto como factor principal para lograr un nivel adecuado en el área emocional, fortalecer el auto concepto es importante puesto que influye en la formación y el desarrollo logrando construir la confianza en sí mismo para enfrentar obstáculos, dedicando mayor esfuerzo para alcanzar metas trazadas. Con este estudio sabemos científicamente que la percepción de sí mismo en el paciente determina o

indica niveles de depresión, esta información será aprovechada, en que se busca saber cómo se percibe; suma a esta investigación, porque brinda características importantes que se tomaran en cuenta para el diagnóstico.

2.2. Bases teóricas de los casos.

2.2.1. Trastorno de Somatización

A. Concepto.

Para definir el trastorno de Somatización, Shimabukuro (2010) menciona que los trastornos de somatización son un grupo de enfermedades psiquiátricas, que se caracterizan por pacientes que tienden a insistir reiteradamente en la presencia de síntomas como dolor, náusea, depresión, vértigo o lesiones, pero niega tener problemas psiquiátricos, acompañado de demandas persistentes de exámenes y pruebas diagnósticas a pesar de los hallazgos que continuamente resultan negativos y de la garantía de los tratantes que los síntomas no tienen justificación orgánica. La sensación física reportada por los pacientes con trastornos somatomorfos no es ficticia o inventada, es sintomatología real que no tiene explicación o causa física. Hay que recordar que se hallan asociados a factores psicológicos y se diferencian de los tradicionalmente denominados psicósomáticos (síntomas o alteraciones físicas como la úlcera, asma, etc.) en que estos últimos si hay diagnóstico médico demostrable de la existencia de enfermedad, además de estar relacionados con variables psicológicas. (p. 75)

Estos trastornos de somatización tiene como denominador común el síndrome somatomorfo, se trata de pacientes que se presentan ante el médico, de modo repetido, aquejando síntomas o mostrando signos para lo que repetidas exploraciones no encuentran una buena justificación. La situación clínica es particularmente frustrante para el médico, pero también para el paciente, quien puede mostrarse muy resentido porque no le encuentran nada que justifique sus molestias. No siempre se identifica un buen motivo en problemas psicológicos o sociales que hagan más comprensible el cuadro; pero incluso si se detectan, el paciente más característico se resiste a reconocer la relación entre los problemas y las manifestaciones clínicas. Huyendo de la tentación de dogmatizar sobre el inequívoco origen psicosocial de estos cuadros, cautos psiquiatras como los británicos pueden denominar a estos trastornos con el término síntomas/síndromes sin explicación médica.

La mayoría de los cuadros son de leve intensidad y limitada duración, pero algunos pueden ser extraordinariamente graves, resistentes e incapacitantes. Como otros del espectro “neuróticos”, tienen entidad clínica cuando producen alguna disfunción clínicamente relevante al enfermo y/o afectan de modo considerable en su calidad de vida. Por otra parte, en estos trastornos el estado de ánimo no suele ser normal, suele haber un malestar que puede acompañarse de ansiedad, pero sin completar síndromes de depresión y/o ansiedad.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM-IV) (2005) ha definido somatización como "un patrón crónico de conducta de enfermedad, con un estilo de vida caracterizado por numerosas consultas médicas y dificultades sociales secundarias" (p. 545). Estos son síndrome crónico y recurrente que cursa con síntomas somáticos múltiples no

explicados por ninguna enfermedad, con un importante distres psicológico asociado y búsqueda exhaustiva de ayuda médica.

Existe un subgrupo de pacientes cuyo problema no reside en alteraciones estructurales de determinados aparatos o sistemas, sino en la organización intencional de sus deseos. Esta intencionalidad se expresa en quejas somáticas múltiples. La frecuente relación con síndromes ansiosos y depresivos puede explicarse como comorbilidad, en la medida que en muchos casos estos síntomas corresponden a alteraciones neuroquímicas, o sea, tienen un sustrato cerebral hoy cada vez más reconocible. Creemos que los trastornos de somatización pudieran no tener una base patofisiológica, sino patobiográfica. Si bien Freud habló de histeria y no utilizó el concepto de somatización, uno de sus aportes señeros fue el mostrar cómo algunos de los cuadros que hoy el DSM-IV incluye bajo la categoría de somatomorfo, los trastornos conversivos, son comprensibles y tratables si se devela su sentido oculto, buscando información en el contexto de las relaciones interpersonales, familiares o laborales actuales, a la luz de la biografía del sujeto. La decodificación del sentido debe hacerse en el plano del diálogo intersubjetivo entre el paciente y el profesional que lo atiende.

Kleyman y Kleyman (1986) indican que la somatización es “la expresión de malestar social y personal mediante un idioma de quejas somáticas que lleva a la búsqueda de ayuda médica” así mismo, en los dos diccionarios de uso más importantes de la lengua castellana María Moliner, (1998) y Manuel Seco (1999) coinciden en su definición, como el proceso de “Convertir un trastorno psíquico en alteraciones orgánicas o funcionales. Manifestar un trastorno psíquico en forma de síntomas orgánicos o funcionales”.

B. Causas.

En las consultas médicas existe un porcentaje considerable de atenciones psicósomáticas, Shimabukuro (2010) afirma que:

Los trastorno somatomorfos son frecuentes, aproximadamente entre el 25 – 75 % de los pacientes que visitan al médico de atención primaria son debido a problemas psicosociales con una forma de presentación somática, es decir, con síntomas físicos. Sin embargo, los pacientes no aceptan un diagnóstico emocional, si no orgánico, con frecuencia estos trastornos son subdiagnosticados, no es bien conocido pero existe una gran cantidad de atenciones. Así mismo, los que verdaderamente son diagnosticados con los criterios correctos son el 5% de los pacientes ambulatorios. Así también, en un estudio de 119 pacientes de atención primaria, se encontraron las siguientes prevalencias: Trastornos de somatización: 1- 6 %, Trastorno multisomatomorfo: 24 % y Trastorno somatomorfo indiferenciado: 79 % (p. 85)

- **Genética.**

La propuesta clásica de una base genética común para los trastornos por somatización (en la mujer) y los trastornos asociales de la personalidad (en los varones) no se ha comprobado en todo el mundo Shimabukuro (2010).

- **Biológica.**

Algunos pacientes presentan un deterioro del proceso cognitivo bifrontal de predominio en el hemisferio no dominante que podría ser responsable de la depresión, del dolor psicógeno, de los síntomas de conversión asimétricos y del patrón histriónico de conducta. Shimabukuro (2010) refiere que las anomalías en el hemisferio dominante serían las responsables del deterioro de la comunicación verbal, de la incongruencia peculiar de la respuesta afectiva y de la integración sensomotora anómala. El análisis del patrón verbal en estos pacientes muestra una identidad del self negativa y confusa con dos componentes: una modificación de los objetos y de las acciones por la actitud negativa y un narcisismo patológico que empobrece su mundo relacional, por déficit de empatía y pseudodependencia. Determinados estudios demuestran que las funciones cerebrales derechas están más desarrolladas que las izquierdas en los pacientes somatizadores y existe cierta hiperactividad del locus coeruleus (lo cual disminuiría el umbral del dolor) y disminución del riego sanguíneo cerebral en las áreas posteriores del cerebro.

- **Biopsicosocial.**

Parece ser que existe cierta predisposición en los familiares de primer grado de sexo masculino de los pacientes al abuso del alcohol y trastornos de la personalidad. En los familiares de primer grado de sexo femenino predominan los diagnósticos de somatización. Las mujeres que presentan un trastorno por somatización suelen tener padres que las abandonaron, maltrataron o abusaron de ellas física o sexualmente y suelen casarse con mayor frecuencia con varones sociopáticos,

Shimabukuro (2010). En varones se relaciona más con situaciones legales, del servicio militar o a compensación por incapacidad, pensiones de veteranos o económicas por traumas.

Los primeros años de vida del ser humano son vitales para la formación de una personalidad. Los traumas que recibe en su desarrollo conllevarían al desencadenamiento de trastornos. Shimabukuro (2010) refiere que **las experiencias infantiles** tienen interés en la formación del carácter del somatizador desde una perspectiva evolutiva. Influirían factores como las carencias afectivas en la infancia, un modelado erróneo de la enfermedad por parte de los padres (enfermaban con frecuencia, acudían a menudo a los médicos, la enfermedad física era bien aceptada por parte de la familia y excusaba al enfermo de obligaciones). **Dentro de un grupo familiar patológico**, esta se organiza en torno al enfermo para olvidar otros problemas. El niño puede aprender poco a poco que, a veces, la única manera de obtener la respuesta que necesita es mediante una «conducta de enfermedad». De adulto, ante las dificultades para manejarse en las situaciones de la vida diaria, la enfermedad puede ser una forma inconsciente de refugio que aprendió a usar cuando era pequeño.

C. Características.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM IV (2005) sostiene:

Los síntomas y trastornos asociados en los individuos con trastorno de somatización generalmente describen sus síntomas de un modo llamativo, pero muy a menudo falta información objetiva específica. La historia que narra son poco consistentes, por lo que, para

determinar un patrón de síntomas somáticos frecuentes, una entrevista diagnóstica puede ser menos eficaz que una revisión de los tratamientos médicos y de las hospitalizaciones llevadas a cabo. Los enfermos por trastorno de somatización son visitados frecuentemente por varios médicos a la vez lo que puede conducir a combinaciones de tratamientos potencialmente peligrosas. El motivo por el cual se ve a estos enfermos en centros de salud mental es la presencia de síntomas importantes de ansiedad y estado de ánimo deprimido. Pueden existir así mismo comportamientos impulsivos y antisociales, amenazas e intentos de suicidio y conflictos matrimoniales. La vida de estos individuos, en especial la de quienes presentan trastornos de personalidad asociados, es a menudo tan caótica y complicada como sus historias clínicas. Estos enfermos son muy a menudo sometidos a múltiples exámenes médicos, a pruebas diagnósticas, a cirugía y a hospitalizaciones, lo que supone un mayor riesgo de morbilidad asociada a estos procedimientos. El trastorno depresivo mayor, los trastornos de angustia y trastornos relacionados con sustancias se encuentran frecuentemente asociados al trastorno de somatización, como asimismo lo están los trastornos de la personalidad histriónica, límite y antisocial. (p.546)

Se puede categorizar los síndromes clínicos asociadas a los síntomas y esto lo hacen especialidades de medicina en conjunto, Guzmán (2011) afirma: “Una primera alternativa es categorizar a estos pacientes desde el punto de vista de la descripción de síntomas definidos que van configurando patrones clínicos para los que cada especialidad describe sus síndromes en relación al órgano, aparato o sistema de su incumbencia” (p. 234).

Tabla 1.

Síndromes funcionales somáticos descritos por especialidad

Especialidad	Síndrome funcional
Gastroenterología	Dolor pélvico
Reumatología	Fibromialgia
Neumología	Síndrome de hiperventilación
Neurología	Cefalea tensional, acufenos
Otorrinolaringología	Globus faríngeo, tinnitus
Cardiología	Dolor precordial atípico
Ortopedia	Dolor lumbar crónico
Miscelánea	Síndrome de fatiga crónica

Fuente: Guzmán (2011)

2.2.2. Trastorno Límite de Personalidad.

A. Concepto.

Este es uno de los trastornos que más trabajo está dando actualmente a los psiquiatras, pero también a las salas de urgencia de los hospitales; en particular el subtipo borderline o límite. El denominador común es que ambos subtipos es la exageración impulsividad o déficit del control de impulsos, con un estado de ánimo cambiante, caprichoso y una escasa planificación, esto les lleva a no medir las consecuencias de sus acciones, a veces con resultados particularmente destructivos para un proyecto vital y para unas inestables relaciones interpersonales, por sus explosiones emocionales. Sarmiento (2008) “El trastorno límite de la personalidad es uno de los trastornos más

frecuentes en las poblaciones clínicas, dada su alta tasa de comorbilidades. Se presenta como una entidad heterogénea, cuyos factores etiológicos y formas de presentación clínica y comportamental varían no sólo de un individuo a otro, sino de una etapa de la vida a otra en el mismo individuo. Por estas razones se constituye en un reto diagnóstico y terapéutico” (párr. 1). El trastorno límite de la personalidad es una enfermedad grave que se distingue por el estado de ánimo, comportamiento y relaciones inestables. En 1980, el Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Tercera edición DSM III (por sus siglas en inglés) enumeró por primera vez el trastorno límite de la personalidad como una enfermedad diagnosticable.

La mayoría de las personas con el trastorno límite de la personalidad sufren de:

- Problemas para regular las emociones y pensamientos.
- Comportamiento impulsivo e imprudente.
- Relaciones inestables con otras personas.

Las personas con este trastorno también tienen tasas altas de trastornos concurrentes, como depresión, trastornos de ansiedad, abuso de sustancias y trastornos de la alimentación, así como la automutilación, los comportamientos suicidas o suicidios. Con frecuencia, el trastorno límite de la personalidad se considera difícil de tratar. Sin embargo, investigaciones recientes muestran que el trastorno límite de la personalidad puede tratarse con eficacia y que muchas personas con esta enfermedad mejoran con el tiempo (DSM IV, 2005, p. 790).

Para definir los rasgos de personalidad el DSM-IV (2005), menciona “patrones persistentes de formas de percibir relaciones y pensar sobre el entorno y sobre uno mismo que se pone de manifiesto en una amplia gama de contextos sociales y personales” (p. 547).

Al respecto de trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad el CIE 10 (1992) dice lo siguiente:

Se trata de un trastorno de personalidad en el que existe una marcada predisposición a actuar de un modo impulsivo sin tener en cuenta las consecuencias, junto a un ánimo inestable y caprichoso. La capacidad de planificación es mínima y es frecuente que intensos arrebatos de ira conduzcan a actitudes violentas o a manifestaciones explosivas: estas son fácilmente provocadas al recibir críticas o al ser frustrados en sus actos impulsivos. Se diferencian dos variantes de este trastorno de personalidad que comparten estos aspectos generales de impulsividad y falta de control de sí mismo (p. 253).

Zanarini (1993) citado por Caball y Camacho (2000) define que es más correcto concebir el trastorno límite dentro de los trastornos de los impulsos (por ejemplo, similar a los trastornos relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas, con el trastorno antisocial de la personalidad y, quizás, con los trastornos de la alimentación). Desde esta posición, el TLP no es una forma atenuada o atípica de uno de estos trastornos del impulso, sino que sugiere que se trata de una forma específica de trastorno de personalidad pero que aparece junto con otros trastornos del control de impulsos (Zanarini y Frankenburg, 1997). En la misma línea, Herman y Vander

(1987) sugieren que se trata de una variación crónica del trastorno postraumático, relacionado con problemas disociativos, incluyendo el trastorno disociativo de identidad.

B. Causas.

En la Guía Práctica Clínica sobre Trastorno Límite de la Personalidad (2011) describe:

Las causas del trastorno límite de la personalidad son complejas e indefinidas, y actualmente no se dispone de ningún modelo etiopatogénico que haya podido integrar toda la evidencia disponible. En la Guía Práctica Clínica - GPC del National Institute for Health and Clinical Excellence - NICE. (2009) describe distintos factores que pueden estar implicados en su etiología: vulnerabilidad genética; alteración de los neurotransmisores y disfunción neurobiológica de la regulación emocional y el estrés; factores psicosociales; y desorganización de aspectos del sistema conductual afiliativo, concretamente, del proceso de apego. (p. 44).

- **Vulnerabilidad genética.**

En la Guía Práctica Clínica sobre Trastorno Límite de la Personalidad (2011), afirma lo siguiente:

Estudios en gemelos sugieren que el factor de heredabilidad del trastorno límite de la personalidad es de 0,69, es decir, que la influencia genética es del 69%. Aun así, es probable que los rasgos asociados a la agresión impulsiva y a la desregulación del estado de ánimo, y no

tanto el propio trastorno límite de la personalidad, sean hereditarios. La evidencia actual sugiere que la influencia genética en los trastornos de la personalidad en general, no concretamente en el trastorno límite de la personalidad, actúa a nivel tanto individual como en asociación a factores ambientales anómalos. (p. 45)

- **Alteración de los neurotransmisores.**

Múltiples estudios dan crédito a la alteración de neurotransmisores como un factor del trastorno límite de personalidad, en la Guía Práctica Clínica sobre Trastorno Límite de la Personalidad (2011), se encuentra que:

Los neurotransmisores están implicados en la regulación de los impulsos, la agresión y el afecto. La serotonina ha sido el que más se ha estudiado, y se ha demostrado que existe una relación inversamente proporcional entre los niveles de serotonina y los de agresión. Aunque no está clara cuál es la vía causal, la reducción de la actividad serotoninérgica puede inhibir la capacidad de la persona de modular o controlar los impulsos destructivos. Existe poca evidencia sobre la influencia de las catecolaminas (los neurotransmisores noradrenalina y dopamina) en la desregulación del afecto. Otros neurotransmisores y neuromoduladores implicados en la fenomenología del trastorno límite de la personalidad son la acetilcolina, la vasopresina, el colesterol, y los ácidos grasos, así como el eje hipotálamo-hipófiso-suprarrenal. (p. 45)

- **Disfunción neurobiológica.**

Los avances en los estudios neurobiológicos proporcionan información de alto contenido para entender con mayor claridad el trastorno límite, es así que en Guía Práctica Clínica sobre Trastorno Límite de la Personalidad (2011), se evidencia el siguiente contenido:

En el trastorno límite de la personalidad se han descrito evidencias de un déficit estructural y funcional en áreas cerebrales clave para la regulación del afecto, la atención, el autocontrol y la función ejecutiva. Estas áreas son la amígdala, el hipocampo y las regiones orbitofrontales. Las personas con trastorno límite de la personalidad muestran una mayor actividad en la corteza prefrontal, dorsolateral y en la cuña, y una menor actividad en la circunvolución anterior derecha del cuerpo calloso. Asimismo, también se ha descrito una mayor activación de la amígdala durante la visualización de imágenes emocionalmente aversivas o rostros emocionales. (p. 45)

- **Psicosociales.**

En estudios de familias se han identificado varios factores que pueden ser importantes en la aparición del trastorno límite de la personalidad como, por ejemplo, la presencia de antecedentes de trastornos del estado de ánimo y abuso de sustancias en otros familiares. La evidencia reciente también sugiere que la negligencia así como la falta de implicación emocional por parte de los cuidadores, tienen repercusiones y pueden contribuir a las dificultades de socialización del niño y,

tal vez, al riesgo de suicidio. En la Guía Práctica Clínica sobre trastorno límite de la personalidad (2011), se encontró que:

En un mismo contexto familiar pueden producirse abusos físicos, sexuales y emocionales de forma concurrente. La incidencia de estos malos tratos es muy alta en las personas con trastorno límite de la personalidad. Zanarini et al publicaron que el 84% de quienes sufren un trastorno límite de la personalidad describen de forma retrospectiva una experiencia de malos tratos psíquicos y negligencia por parte de ambos progenitores antes de cumplir los 18 años. La negación emocional de sus experiencias por parte de quienes cuidaban de ellos es un predictor de trastorno límite de la personalidad. Los malos tratos, por sí solos, no son ni necesarios ni suficientes para que una persona sufra trastorno límite de la personalidad, y es probable que los factores predisponentes y las características contextuales de la relación progenitor-hijo sean factores que influyen en su aparición. Los estudios que han analizado el contexto familiar del trauma infantil en el trastorno límite de la personalidad tienden a considerar que el principal facilitador de los malos tratos y la disfunción de la personalidad es un entorno familiar inestable y poco favorable para el desarrollo de la persona. (p. 45)

- **Proceso de apego.**

Son muchas y muy diversas las referencias bibliográficas sobre la relación entre los procesos de apego y la aparición del trastorno límite de la personalidad.

Pese a que no existe una relación evidente entre el diagnóstico de trastorno límite de la personalidad y una categoría de apego concreta, el trastorno está muy asociado a un apego inseguro (sólo en el 6-8% de los pacientes con trastorno límite de la personalidad se codifica el apego como “seguro”). (Guía Práctica Clínica sobre Trastorno Límite de la Personalidad 2011, p. 46).

Esta formulación del apego concuerda con la importancia del entorno familiar invalidante descrito por Linehan (1993), citado en la Guía Práctica Clínica sobre Trastorno Límite de la Personalidad (2011), que incluye:

Las experiencias emocionales negativas, la simplificación de la resolución de problemas, la negligencia, el apego inseguro, el abuso físico, sexual y emocional así como el trauma. Este mismo autor sitúa este factor en la génesis del trastorno límite de la personalidad, idea que desarrollaron posteriormente. La persona que sufre trastorno límite de la personalidad describe tensión y malestar familiar, y ansiedad y problemas psicológicos propios. También, refiere problemas relacionados con la cognición social, concretamente con la capacidad de identificar y diferenciar las emociones que siente la propia persona y las que sienten los demás. Junto con otros aspectos que contribuyen a la compleja interacción descrita como invalidante, existe por parte del entorno familiar un cuestionamiento sistemático de la experiencia que tiene la persona en su propia mente. (P. 46)

C. Características.

Como indica el los sujetos con trastorno límite de la personalidad pueden presentar un patrón de infravaloración de sí mismo en el preciso momento en que están a punto de lograr sus metas u objetivo (p. ej., dejar los estudios justo antes de graduarse, presentar una grave regresión después de haber estado hablando de los procesos de terapia, destruir una buena relación en el momento en que parece claro que la relación podía tener continuidad). Algunos sujetos presentan síntomas similares a los psicóticos (p. ej., Alucinaciones, distorsiones de la imagen corporal, ideas de autorreferencia y fenómeno hipnagógicos) durante los periodos de estrés. Los sujetos con este trastorno se pueden sentir más seguros con objetos transitorios (p. ej., un animal doméstico, un peluche, un osito, una mantita, un camisón, una almohadita, una sábana, un cojín) que con las relaciones interpersonales. La muerte prematura por suicidios se puede producir en los sujetos con este trastorno, especialmente en quienes concurre un trastorno del estado de ánimo o un trastorno relacionado con sustancias. Como resultado de comportamiento de autoinflingirse malos tratos o por los intentos de suicidio fallidos, se puede producir alguna minusvalía física. Son frecuentes las pérdidas repetidas de trabajo, las interrupciones de los estudios y las rupturas matrimoniales. (DSM IV, 2005, p.791). Las características más resaltantes están relacionadas a la inestabilidad en sus relaciones interpersonales además de comportamientos impulsivos, todo esto como se evidencia en las literaturas revisadas empiezan en la etapa adulta.

Los síntomas también van asociados al lugar geográfico o cultura y el género, DSM IV (2005) describe lo siguiente:

El patrón de comportamiento que se observa en el trastorno límite de la personalidad ha sido identificado en muchas partes del mundo. Los adolescentes y los adultos jóvenes con problemas de identidad (especialmente cuando se acompaña del consumo de sustancias) pueden mostrar comportamientos pasajeros que dan la impresión errónea de ser un trastorno límite de la personalidad. Estos casos están caracterizados por la inestabilidad emocional, los dilemas existenciales, la incertidumbre, la ansiedad provocada por las decisiones que hay en tomar, los conflictos en la orientación sexual y las presiones sociales contradictorias para elegir una profesión. El trastorno límite de la personalidad se diagnostica con preferencia en mujeres (alrededor del 75%). (p. 547)

Diversos autores subrayan aspectos del límite que se relacionan a la inestabilidad en sus relaciones sociales, autoimagen, afectividad, así como la impulsividad, y la naturaleza variable y errática de estas personalidades. Hacen especial referencia a los sistemas de creencias aprendidos en el ambiente familiar y los modos de comunicación afectiva así como las expectativas acerca del goce de la vida laboriosidad, y otros elementos que se incorporan al mundo interior en estas y en otras formas de personalidad y trastornos de personalidad, y que explican por un lado el funcionamiento actual, en la adultez, y por otro aportan mucha luz a la multicausalidad y patogenia del desarrollo. (Linares, 2005, párr. 3). Este mismo autor deja claro que “los cambios bruscos en el ánimo y en acciones como la autoagresión física, lleva a estos pacientes a no saber cuál es su auténtica identidad personal, lo que puede suceder también con los participantes de sus vínculos interpersonales” (Linares, 2005, párr. 3)

Las características del Trastorno límite son las siguientes, según Linares (2005) Se caracteriza por: Inestabilidad en el estado de ánimo, identidad, autoimagen y en las relaciones interpersonales. Esfuerzos frenéticos por evitar el abandono real o imaginario. Impulsividad dañina hacia sí mismo. Sentimientos crónicos de vacío. Dificultades para controlar la ira. Ideación paranoide, síntomas disociativos o depresión ante el estrés.

Tabla 2.

Pensamientos o creencias típicos asociados con la personalidad limítrofe.

“No hay nada sin ti.”

“Moriré si me dejas.”

“Si te vas, me mataré”

“Te odio, te odio, TE ODIO”

“Te amo tanto que haría cualquier cosa o seria cualquier cosa por ti.”

“Me siento vacío en mi interior, como si no supera quien soy.”

Fuente: Larsen, (2005).

2.2.3. Depresión Mayor.

A. Concepto.

Yepes y Toro (1998) definen de la depresión lo siguiente:

Las depresiones son un grupo heterogéneo de trastornos afectivos que se caracterizan por un estado de ánimo deprimido, disminución del disfrute, apatía y pérdida de interés en el trabajo,

sentimientos de minusvalía, insomnio, anorexia e ideación suicida. A menudo manifiestan ansiedad y síntomas somáticos variados. El paciente con depresión no tiene historia previa de manía o de hipomanía, dichos antecedentes lo convierten en un trastorno bipolar. La depresión es un trastorno que se vive tanto a nivel psíquico como a nivel somático o corporal. Es de vital importancia para el médico que sepa desde el principio, que los pacientes se sienten a menudo enfermos, quizás muy enfermos también somáticamente. El médico no encontrara signos somáticos en sus exámenes, pero en absoluto está prohibido de decir que el enfermo no tiene nada. (p. 132)

Respecto a la depresión, hay una gran desviación de lo real, esto desenfoca a la persona de su mundo, Beck (1976) citado por Bartra y Carranza (2013) menciona que la depresión:

“Se debe a un desorden del pensamiento, en el que el depresivo distorsiona la realidad, viéndose en forma negativa en la triada cognitiva: él mismo, el mundo y el futuro, además supone la activación de signos y síntomas como consecuencia de la activación de patrones cognitivos negativos.” (p. 145)

Al hablar de depresión, es un término que en el contexto de las ciencias de la salud tiene por conocimiento general, sin embargo, resulta preciso definir este tema como lo hacen Robert y Lamontegne (1977) citado por Bartra y Carranza. (2013), ellos consideran que la depresión: “es un estado de tristeza, acompañado de una marcada disminución del sentimiento de valor personal de una dolorosa consecuencia de disminución de actividad mental psicomotriz y orgánica” (p. 145).

La depresión es un síndrome caracterizado por un estado de ánimo que se traduce en la expresión verbal y no verbal de sentimientos tristes, acompañados de ansiedad, irritabilidad, dichas características pueden alterar múltiples funciones, el sueño y el apetito están aumentados o disminuidos, la energía y el impulso sexual se encuentran disminuidos, la motivación se traduce en un déficit del interés y de capacidad para experimentar placer, el deseo de evadirse mediante el suicidio es frecuente, la evitación de los contactos sociales y la dependencia respecto a los demás lleva recientemente a un rechazo por el medio. Los comportamientos activos y productivos se encuentran disminuidos y los pensamientos negativos se encuentran incrementados. (Cottraux, 1988, citado por Bartra y Carranza. 2013, p. 145).

Las personas que padecen de depresión se caracterizan por una tristeza notoria, esta misma es expresada en las relaciones interpersonales, encierro en sí mismo. Tal y como lo muestra Pereyra y Mussi (2005) citado por Bartra, Guerra y Carranza (2016), sobre este trastorno:

Quizás la depresión provenga de una vida monótona, sin atractivo, uniformemente gris, en la cual cada día se deja caer en el alma una gota ínfima de desesperanza, por pequeña que sea, que va destruyendo imperceptiblemente el brillo de la existencia y extinguiendo la alegría, para finalmente, dejar traslucir ese fondo temido, sumiendo la existencia en una noche sin mañana.
(p. 57)

La depresión es una serie de concepciones negativas que la persona tiene de sí mismo, del mundo y del futuro; mismas que conllevan a una serie de distorsiones sistemáticas en el procesamiento de la información. Entre tales series de distorsiones sistemáticas en el

procesamiento se encuentra la sobre generalización, el pensamiento dicotómico, las inferencias arbitrarias, la abstracción selectiva y la personalización. (Beck, 2003, citado por Bartra, Guerra y Carranza, 2016, p. 57)

B. Causas.

Alteraciones en la neurotransmisión (Yepes y Toro, 1998) mencionan:

Hipótesis noradrenergica, la teoría clásica inicial sobre la neurotransmisión se refiere a la llamada hipótesis noradrenergica: la disminución de la disponibilidad de noradrenalina en el paladar sináptico sería el mecanismo fisiológico básico en la depresión. Como muchos casos en investigaciones, se han encontrado por casualidad cuando al observar distintos casos clínicos se observaron importantes hallazgos que las personas que eran tratadas por hipertensión con reserpina; este fármaco producía una depleción de catecolaminas cerebrales, la cual sería causa de la depresión, hablamos de la noradrenalina (NA). También en esos años se observó que pacientes tuberculosos tratados con isoniacida parecían más eufóricos. El laboratorio demostraría que este fármaco inhibía la monoaminoxidasa (MOA), la enzima que cataliza la descomposición de catecolaminas; de ahí surgieron los fármacos inhibidores de MAO (IMAO), cuya importante actividad antidepresiva ha sido bien documentada. Finalmente, la hipótesis se fundamenta también en la acción de los antidepresivos tricíclicos, que surgieron en la década de 1950 (amitriptilina, imipramina, etc.): Su acción terapéutica se ha relacionado con su capacidad de bloquear la receptación de catecolaminas como la noradrenalina (NA), con lo que aumenta la disponibilidad de aquellas en el paladar sináptico.

Alteraciones en la neurotransmisión (Yepes y Toro, 1998) refieren:

Hipótesis serotoninérgica, sobre el papel de la serotonina (hidroxitriptamina), otra catecolamina con similar metabolismo a la noradrenalina (NA), tiene unas bases muy parecidas a la anterior (disminución de la disponibilidad de serotonina en el paladar sináptico) y ha mantenido gran predicamento en la bibliografía de los últimos años. Además, se ha observado, por ejemplo, y con datos que no pretenden ser exhaustivos, que alguno antagonista de la síntesis de la serotonina causa depresión. Por el contrario, precursores como el 5-hidroxitriptofano y, desde luego, los antidepresivos serotoninérgicos que se comportan como inhibidores selectivos de la receptación de serotonina (ISRS) son antidepresivos (la fluoxetina fue el precursor y, como veremos, estos fármacos han sido de gran importancia en las dos últimas décadas). Por otra parte, en suicidios consumados en pacientes previamente deprimidos, se ha logrado documentar bajos niveles de metabolito serotoninérgico (el 5-HIAA) (lo que sugiere disminución de la actividad serotoninérgica) en el líquido cefalorraquídeo y/o en la autopsia cerebral. Y también se ha documentado menos captación de serotonina en plaquetas en pacientes deprimidos, con una interpretación similar.

Alteraciones en la neurotransmisión (Yepes y Toro, 1998) dicen:

La hipótesis de la regulación de la baja de receptores, las primeras hipótesis fundamentales en esencia en la mayor o menos disponibilidad de neurotransmisiones en el paladar sináptico, no eran suficientemente satisfactorias y el núcleo de la investigación se ha desplazado a los receptores, incluidos por el déficit de neurotransmisor, habría un aumento de la sensibilidad de

receptores noradrenergicos (o bien serotoninergicos). La efectividad de los medicamentos antidepresivos, naturalmente sobre la base de los hallazgos de la investigación, se debe según esta hipótesis al descenso que inducen en esa sensibilidad, o bien a la disminución de número de receptores.

Alteraciones en la neurotransmisión (Yepes y Toro, 1998) refieren:

Neuroendocrinos, los trastornos depresivos mayores parece estar asociados a anomalías de la función neuroendocrina. Ciertos síntomas del síndrome clínico (trastorno del humor, disminución de la libido, trastorno del sueño, del apetito, de la actividad orgánica) sugieren disfunción hipotalámica. Además las monoaminas regulan las células endocrinas hipotalámicas. La investigación ha demostrado anomalías endocrinas en las depresiones más severas, especialmente en el cortisol, la hormona del crecimiento y la hormona liberadora de la tiroides. Cerca de la mitad de los pacientes muestran aumento del cortisol en la orina de veinticuatro horas. Hay además un relativo aplanamiento de la curva circadiana del cortisol, con excreción aumentada en la tarde, en las horas tempranas de la noche y la mañana, horas en las que hay una excreción mínima de dicha sustancia. Esta hipersecreción generalmente se normaliza con la recuperación clínica. Algunos de estos pacientes hipersecretorios no responde al test de supresión de la dexametasona; al recuperarse clínicamente, la mayoría de los pacientes de nuevo responden a dicha supresión.

Alteraciones en la neurotransmisión (Yepes y Toro, 1998) refieren:

Neurofisiológicos, los hallazgos más consistentes en la etiología del paciente deprimido es el de acortamiento de la latencia de los movimientos oculares rápidos-MOR durante el sueño. También se ha reportado, disminución de las etapas 3 y 4 del sueño, aunque de la actividad física movimientos oculares rápidos, etc. Estos y otros hallazgos tales como la mayor incidencia de las crisis depresivas en la primavera y el otoño, sugiere alteraciones patológicas de los ritmos cronofisiológicos cerebrales.

Genéticos y Familiares, (Yepes y Toro, 1998) dicen:

Los estudios familiares y de pedigrée están a favor de la existencia de factores genéticos en la depresión. El trastorno depresivo mayor es de 1.5 – 3 veces más común en los familiares biológicos de primer grado de personas que sufren este, que en la población general. Existe concordancia en 65 % en los gemelos monocigotos, y solo del 14 % en los dicigóticos.

Freud, citado por Toro y Yepes (1998), estudio las diferencias entre duelo normal y el anormal. En el duelo normal la persona lamenta la pérdida de un ser amado, propiedad o creencia ideológica, se siente triste, perdido e incapaz de disfrutar nada. Freud pensaba que después de la pérdida, la libido era retirada del objeto amado e investida en el sujeto. Este se retrae, siente culpa ambivalente por pecados de omisión y comisión hacia la persona perdida y agresión por sentirse abandonado. A través del duelo el sujeto se libera poco a poco de la persona perdida y así puede de nuevo interesarse en otras cosas o personas. Durante este periodo la sociedad o la cultura provee apoyo

al doliente, quien así puede reorientarse y asumir nuevas tareas y vínculos. En el duelo anormal el paciente se comporta como si la pérdida fuera más severa y los factores inconscientes son oscuros para la persona. Basados en estos estudios postulo que la depresión patológica se debía a la identificación con el muerto y a la ambivalencia que el niño siente contra sus padres en los periodos tempranos de la vida.

Lewinsohn, citado por Toro y Yepes (1998), observo que **la pérdida de refuerzo (consecuencias agradables) en el ambiente**, puede crear y mantener un comportamiento depresivo. Si por ejemplo, un niño pierde a su madre los refuerzos que esta proporcionaba desaparecen se vuelve más inactivo y esto atrae la simpatía de los que lo rodean (reforzando así el estado depresivo), posteriormente su inactividad y aislamiento disminuyen la posibilidad de ponerse en contacto con otras fuentes potenciales de reforzamiento y así se crea una espiral descendente que perpetua la condición depresiva.

Para Beck, citado por Toro y Yepes (1998), el problema psicológico básico de la depresión es un **pensamiento distorsionado** que produce una visión negativa de si mismo, del mundo y del futuro, el estado depresivo seria secundario a estos fenómenos cognoscitivos. Lo más aceptado actualmente es un modelo integrado en el cual se considera la depresión como un síndrome (una vida final común), en el cual las depresiones están situadas en un espectro que va desde la tristeza normal hasta las más severas de origen bioquímico, con complicaciones etiológicas y de tratamiento de acuerdo a la ubicación relativa de un determinado paciente.

C. Características.

Los pacientes deprimidos pueden dividirse en tres grupos de acuerdo a la sintomatología, a continuación, Toro y Yepes (1998), definen estos grupos:

El primero está constituido por los pacientes que manifiestan predominantemente síntomas depresivos (tristeza, sentimientos de culpa, ideación suicida, etc.). El segundo grupo consulta por síntomas generales u orgánicos (insomnio anorexia, cansancio, cefaleas, vértigo). Con frecuencia estos pacientes son sometidos a múltiples exámenes clínicos. El tercero se manifiesta por otros síntomas psiquiátricos dentro de los cuales predomina la ansiedad, que también es a menudo mal diagnosticado y peor tratada.

Predominio depresivo, los síntomas más importantes son el ánimo deprimido y la pérdida del interés en todas o en casi todas las actividades. Se manifiestan por tristeza, vacío, llanto, sentimientos de minusvalía, culpa exagerada o inapropiada, pensamientos de muerte, ideación o intentos de suicidio, abandono o disminución de las actividades placenteras, disminución del placer sexual. Aunque en este subgrupo predominan los síntomas depresivos, esto no quiere decir que los síntomas generales y los somáticos estén ausentes. Son frecuentes el insomnio o la hipersomnia; la anorexia (a menudo con pérdida marcada de peso) o la hiperfagia; la fatiga, el cansancio; la constipación, la pérdida o la disminución de la libido, los trastornos menstruales. El ciclo diurno puede estar invertido (peor por la mañana y mejor en el atardecer y la noche). **Predominio somático**, aunque cualquier síntoma somático puede estar presente en el paciente deprimido, los más comunes son: trastorno de la homeostasis general, problemas

dolorosos, neurológicos y autonómicos. **Homeostasis General**, entre los de la homeostasis general es frecuente la pérdida de peso y esta cuando no tiene causa orgánica definida, debe hacer sospechar la depresión. Lo mismo sucede con el insomnio, la fatigabilidad y la somnolencia diurna, también frecuentes. **Dolor**, la asociación entre depresión y dolor está bien establecida. Este es el síntoma inicial hasta en el 35% de los pacientes deprimidos. Los más comunes son las cefaleas, las algias articulares, dolores torácicos, de los miembros, abdominales y neuralgias. Varios estudios reportan que pacientes con dolor sin causa orgánica conocida, frecuentemente mejoran al ser tratados con antidepresivos tricíclicos (amitriptilina). **Neurológicos**, el vértigo es uno de los síntomas más frecuentes y es definido como un mareo o una sensación de que se va a caer, acompañado a veces de marcha insegura. Otros frecuentes son el tinnitus, visión defectuosa, fallas en la memoria y en la concentración. **Autonómicos**, entre estos están palpitaciones, disnea, polaquiuria, sequedad en la boca, constipación, visión borrosa, oleadas de calor, etc. Otros. Sensación de “bola” en la garganta, dispepsia, prurito, menstruaciones irregulares, amenorrea, dismenorrea e impotencia.

Así mismo, Toro y Yepes (1998) menciona sobre la **predominancia de otros síntomas psiquiátricos** como la **ansiedad**, es la máscara más común de la depresión. Puede acompañarse de síntomas del sistema nervioso autónomo, como: sudoración de las manos, palpitaciones, ahogo, sequedad en la boca, bolo esofágico, sensación de vacío en el estómago, opresión en el pecho. **Hipocondriasis**. Es una manifestación común de una depresión subyacente. En un estudio, el 21% de un grupo de hipocondriacos sufrían primordialmente un cuadro depresivo y dos tercios de ellos mejoraron con el tratamiento depresivo.

2.3 Definición de términos básicos.

2.3.1. Definición de Términos Básicos Trastorno de Somatización.

- **Psique:** Conjunto de las funciones sensitivas, afectivas y mentales de un individuo. Según Jung, es la totalidad de la estructura psicológica del ser humano.
- **Somatomorfo:** Es un grupo de trastornos mentales que se caracteriza por la presencia reiterada de síntomas somáticos, acompañados de demandas reiteradas exploraciones clínicas, a pesar de las continuas garantías de los médicos de la falta de justificación somática de los síntomas y de la negatividad de los resultados de las diversas pruebas ya efectuadas, dichos síntomas no tiene un origen orgánico si no psíquico.
- **Somatización:** Es un grupo de síntomas que se manifiestan a través de alteraciones predominantes orgánicas. Refiere a queja física, que ocasiona molestar, en ausencia de hallazgos clínicos que permitan postular una causa orgánica que pueda explicarla completamente. Es el proceso en que un trastorno psicológico puede producir trastornos corporales.
- **Trastorno:** Es invertir el orden regular de algo o perturbar el sentido o la conducta de alguien. Un trastorno psicológico hace referencia al desequilibrio del estado mental de una persona. En el campo de la salud se utiliza para señalar la presencia de un comportamiento o de un grupo

de síntomas identificables en la práctica clínica, que en la mayoría de los casos se acompaña de malestar o interfiere con la actividad del individuo.

2.3.2. Definición de Términos Básicos Trastorno Límite de Personalidad.

- **Personalidad:** Se define que es un patrón global de rasgos comportamentales, temperamentales, emocionales, mentales y de carácter, que dan lugar a la manera única y relativamente consistente de una persona de sentir, pensar y comportarse. Son características de hábitos y la conducta de cada individuo, y que estas permanecerían en el tiempo, lo cual haría al individuo distinto a otro.
- **Límite:** Es un trastorno marcado por la inestabilidad en las relaciones e impulsividad en las acciones. También se destaca por la inestabilidad en el estado de ánimo, con intensidad de las reacciones emocionales, cursando con estados depresivos a otros con intensa ira. Las personas que padecen de este trastorno se comprueba que tienden a experimentar largos periodos de abatimiento y desilusión, interrumpidos por breves episodios de irritabilidad, actos autodestructivos y cólera impulsiva. Cabe mencionar que estos estados de ánimo suelen ser imprevisibles y parecen ser desencadenados mayormente por sucesos internos al paciente que fuera de él.

2.3.3. Definición de Términos Básicos de Depresión.

- **Depresión:** La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. Los diccionarios de psicología lo definen como trastorno afectivo con síntomas y signos que pueden presentarse de forma aguda, episódica o recurrente, aislados o como parte de otros estados patológicos.
- **Estado de ánimo:** El estado de ánimo es el humor, agradable o desagradable, que acompaña a una idea o situación y se mantiene por algún tiempo. Es un estado, una forma de estar o permanecer, que expresa matices afectivos y cuya duración es prolongada, de horas o días. El estado de ánimo puede ser normal, elevado o deprimido. Es común que las personas experimentan una amplia gama de estados de ánimo y de expresiones afectivas.
- **Auto concepto:** Es un juicio propio de valor, expresado mediante actitudes que la persona presenta en sí misma. Esta se forma a través de experiencias propias, es decir está en construcción constante. Son los conceptos que se tienen de uno mismo en diversos aspectos como inteligencia, creatividad, interés, aptitudes, rasgos, conductuales y percepción de sí mismo.
- **Tristeza:** Es una emoción muy común que suele utilizarse y estar en muchas personas, se caracteriza por un estado afectivo provocado por un decaimiento de la moral, es la expresión del dolor interno mediante el llanto, abatimiento del rostro y la falta de apetito. En los

diccionarios enfoca el concepto de tristeza desde diferentes acepciones: Afligido, apesadumbrado, de carácter o genio melancólico, que denota pesadumbre o melancolía, que las ocasiona, funesto, deplorable, pasado o hecho con pesadumbre o melancolía, doloroso, enojoso, difícil de soportar, autopercepción de insignificante, insuficiente e ineficaz.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA.

3.1 Diseño metodológico.

A. El método de investigación es de metodología cualitativa, ya que no se emplean datos numéricos ni estadísticos, por la descripción y el análisis de los casos, se limita al estudio de cualidades y atributos de cada uno de los fenómenos y sus interacciones. Como lo cita Pitman y Maxwell (1992) “Toda la investigación cualitativa, incluyendo la evaluación, es y debe ser guiada por un proceso continuo de decisiones y elecciones del investigador” (p. 73). Son descripciones al detalle de sucesos, personas y las conductas que las manifiestan.

B. El nivel de investigación es descriptivo explicativo, puesto que busca describir características, propiedades, puntos y elementos que se quieren encontrar; relaciones lógicas respecto a la manifestación de cada paciente. Hernández, Fernández y Baptista (2014). Refiere que en los estudios descriptivos se busca especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis. Es decir, únicamente pretende medir o recoger información de manera independiente sobre los conceptos o sujetos de un estudio, su objeto no es indicar como se relacionan.

Para Cerda, citado por Bernal (2000), la investigación descriptiva tiene la siguiente definición: “tradicionalmente se define la palabra “describir” como el acto de representar, reproducir o figurar a personas, animales o cosas...” “se deben describir aquellos aspectos más característicos distintivos y particulares de las personas, situaciones o cosas; es decir, aquellas propiedades que las hacen reconocibles a los ojos de los demás” (p. 111). En la investigación se describe cada uno de los trastornos, sus características y causas de desarrollo.

C. El tipo de investigación es ex post facto, ya que los datos se toman después de ocurrido los hechos. Este tipo de investigación es apropiada para establecer posibles relaciones de causa-efecto observando que ciertos hechos han ocurrido y buscando en el pasado las causas que las hayan ocasionado. La expresión “ex-post-facto” significa “después de hecho”, haciendo alusión a que primero se produce el hecho y después se analizan las posibles causas y consecuencias, por lo que se trata de un tipo de investigación en donde no se modifica el fenómeno o situación objeto de análisis (Bernardo y Caldero, 2000) citados por Cancela, Cea, Galindo, y Valilla, (2010).

D. En la presente investigación se realizó un estudio de casos clínicos de psicología, ya que es un método y a la vez una técnica que se caracteriza por estudiar un hecho tomado de la realidad y de ella obtener enseñanzas o nuevos conceptos que sirven para entender mejor el fenómeno investigado. Para Hermida, citado por Bernal (2000), sobre los estudios de casos, define que: Son importantes cuando se requiere investigar una unidad o “caso” (empresa, área, actividad, persona o una enfermedad) de un universo poblacional, y cuyo propósito es hacer un análisis específico de esa unidad, por tanto, el estudio debe mostrar una descripción de problemas,

situaciones o acontecimientos reales ocurridos en la unidad objeto de análisis (organización). El mismo método de casos se aplica a una persona, a un trastorno/enfermedad en Psicología. Debe mostrar un diagnóstico de la situación objeto de estudio o presentar las recomendaciones más adecuadas para la solución del problema descrito en el diagnóstico, sustentadas con soporte teórico.

El investigador cualitativo sabe que el estudio de casos demanda una alta concentración y preparación en el desarrollo del mismo, Muñiz, (s.f.). Mencionaría la importancia del estudio de casos en el campo clínico en medicina, salud pública, trabajo social y psicología, se estudian casos clínicos para observar las características de un paciente, su evolución, su percepción de la enfermedad, sus reacciones emocionales ante el trastorno que padece, el impacto de la enfermedad sobre su existencia y su vida familiar.

En esta investigación se considera un caso a una persona con un trastorno psicológico que afecta al paciente, del cual se recogen datos, empleando técnicas psicológicas, y se llega a la conclusión o a detectar un trastorno, por inferencia, según clasificación del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales - DSM IV, (2005).

3.2 Población y muestra:

Dado el presente estudio, de metodología cualitativa, no requiere población ni muestra, se aboca al estudio profundo y minucioso de los pacientes seleccionados; por tal motivo, solo se considera tres pacientes, el mismo que constituye un caso clínico de psicología.

3.3 Técnicas de recolección, procesamiento y presentación de la información:

Para recopilar la información se seguirá el siguiente procedimiento:

1. Selección de los casos y determinación de los que se ha de investigar.
2. Observación y entrevista para recabar información.
3. Revisión de historia clínica y anamnesis.
4. Aplicación de pruebas psicológicas proyectivas y psicométricas.
5. Selección de los datos relevantes y triangulación de la información.
6. Proponer un- plan psicoterapéutico.
7. Análisis, discusión e interpretación de la información.
8. Presentación de los resultados y de las conclusiones de la investigación

3.4 Definición y categorización de las unidades de análisis.

En cuanto a la muestra, en un estudio de casos, depende de una buena recolección de datos, haciendo uso de técnicas e instrumentos psicológicos. Previo a la definición y categorización de las unidades de análisis, se cita lo que investigadores definen al respecto.

Hernández, Fernández y Baptista (2014) menciona: “También se utiliza una muestra de casos tipo en estudios cuantitativos exploratorios y en investigaciones de tipo cualitativo, en el que el objetivo es la riqueza, profundidad y calidad de la información, no la cantidad ni la estandarización” (p. 387).

A diferencia de una investigación cuantitativa, la cualitativa prescinde de un porcentaje estadístico que defina la población y la muestra. Hernández, Fernández y Baptista (2014) menciona: “Muestra es el proceso cualitativo, grupo de personas, eventos, sucesos, comunidades, etc., sobre el cual se habrán de recolectar los datos, sin que necesariamente sea estadísticamente representativo del universo o población que se estudia” (p. 986)

Creswell (2013b), Hektner (2010), Henderson (2009) y Miles y Huberman (1994), citados por Hernandez, Fernandez y Baptista (2014 P.389) mencionan sobre otras muestras no probabilísticas, suelen utilizarse en estudios cualitativos, algunas de ellas concernientes a esta investigación se describen a continuación:

(1) **Muestras teóricas o conceptuales**, cuando el investigador necesita entender un concepto o teoría, puede muestrear casos que le sirvan para este fin. Es decir, se eligen las unidades porque poseen uno o varios atributos que contribuyen a formular la teoría (Draucker, Martsolf, Ross y Rusk, 2007). (2) **Muestras por oportunidad**, se trata de casos que de manera fortuita se presentan ante el investigador justo cuando los necesita. O bien, individuos que requerimos y que se reúnen por algún motivo ajeno a la investigación, lo que nos proporciona una oportunidad extraordinaria para reclutarlos. (3) **Muestras por conveniencia**, Estas muestras están formadas por los casos disponibles a los cuales tenemos acceso (Battaglia, 2008). Tal fue la situación de Rizzo (2004), quien no pudo ingresar a varias empresas para efectuar entrevistas a profundidad en niveles gerenciales, acerca de los factores que conforman el clima organizacional, y entonces decidió entrevistar a compañeros que junto con ella cursaban un posgrado en desarrollo humano y eran directivos de diferentes organizaciones.

Habiendo citado las conceptualizaciones previas que contextualizan y sustentan esta investigación, pasaremos a la descripción. Los casos para la investigación son tres, fueron seleccionados de manera intencional no probabilística, que asistirán al consultorio de Psicología en el Centro de Salud Materno Infantil Buenos Aires de Villa, Chorrillos, 2017. Estos son: un de trastorno de somatización, un trastorno límite de personalidad y una depresión mayor; elegidos a criterio del investigador, mencionados en el punto “criterios de selección de muestra, procedimiento”.

3.4.1. Recopilación de unidad de análisis.

Para recolectar los datos concernientes a cada caso clínico de psicología, **se usaron técnicas, instrumentos y pruebas psicológicas; se describen a continuación, generalizando para los tres pacientes, las técnicas que se emplearon; a la vez, se hará mención de los criterios de diagnóstico según DSM IV (2005) y por último, los instrumentos utilizados.**

1. Se procedió a establecer contacto con el Centro de Salud Materno Infantil, Buenos Aires de Villa, área de psicología.
2. Se tomaron tres casos clínicos de Psicología, un Trastorno por Somatización, un Trastorno Límite de la Personalidad y una Depresión Mayor, de manera intencional no probabilística. Se hará uso de la entrevista a profundidad, técnicas de observación, anamnesis, pruebas psicométricas y proyectivas.

3. Se estableció, con consentimiento de los pacientes, el cronograma para llevar a cabo la entrevista, aplicación de pruebas psicométricas, proyectivas y consejería psicológica.
 4. Cada instrumento y técnica psicológica, permitió analizar los casos clínicos, y describir las causas del padecimiento de cada trastorno.
- **La entrevista a profundidad** proporcionó una descripción detallada de cada etapa de vida del paciente y de los síntomas más relevantes que irán dando la clasificación de su trastorno. Para ello se empleó preguntas abiertas y cerradas.
 - **La anamnesis** se utilizó en el examen clínico de antecedentes, para recolectar información en torno a la familia, entorno social, experiencias de vida, estados de ánimo; sucesos observados por el paciente, familiares o amistades, con la fecha de inicio y fin.
 - **Los test psicométricos** permitió hacer mediciones de manera objetiva, estandarizada; y así evaluar áreas de la personalidad.
 - **Las pruebas proyectivas** fueron empleadas para revelar aspectos inconscientes de la conducta, las que permiten observar respuestas subjetivas que conforman la personalidad. Cada detalle es considerado como un indicador válido a interpretar y contextualizar; seguido de un cruce y la verificación de datos con instrumentos, técnicas, observaciones de signos y síntomas.

3.4.2 Extracción de las unidades de análisis.

Se realizó con el uso de técnicas psicológicas, como son: entrevista a profundidad, técnicas de observación de conducta, anamnesis, pruebas psicológicas y proyectivas. **A través del empleo de estas técnicas e instrumentos, detallados en el punto recolección de la información – técnicas e instrumentos del presente capítulo, se evaluarán los siguientes aspectos o unidades de análisis, en los tres casos clínicos de psicología:**

- A. Aspectos cognitivos: inteligencia, memoria, razonamiento y lenguaje.
- B. Aspectos emotivos: control de emociones, sentimientos en conflicto y principales rasgos introversión-extroversión.
- C. Aspectos volitivos: motivación y expectativa.
- D. Aspectos conativos: conductas y actuación en sus actividades.
- E. Relaciones familiares.
- F. Relaciones conyugales y de pareja.
- G. Relaciones laborales.
- H. Relaciones sociales.

A continuación se detalla cómo se interpretaron las unidades de análisis, indicando el tipo de técnica e instrumento psicológico, previamente se reitera el uso de técnicas o herramientas como son entrevista profunda, técnicas de observación y de conducta, análisis de documentos, de una manera integral y contextualizada.

A. Extracción de unidades de análisis para el caso trastorno de somatización.

En la extracción de unidades de análisis se emplearon preguntas cerradas, abiertas y sugerentes; con la finalidad de recolectar testimonio de múltiples síntomas físicos, visitas a especialidades médicas, laboratorio clínico, radiología; y conocer los resultados hallados. También se indagara sobre síntomas gastrointestinales, si presenta problemas en sus relaciones sexuales y pseudoneurológicos, éste últimos son producto de causas biológicas, y si hay alguna enfermedad médica determinar cuánto afecta en su relación familiar, social y laboral. Se Indagara a cerca de la veracidad de estos síntomas que la persona proporciona.

El uso y empleo de las técnicas e instrumentos psicológicos permite determinar y llegar al diagnóstico de los casos clínicos de psicología, y se evalúan las siguientes áreas:

Una de las áreas a evaluar es la organicidad del paciente, aquí se determinara en el paciente, algún compromiso orgánico cerebral, sus funciones cognitivas, nivel perceptual y memoria. Para esto se emplea el test proyectivo gestáltico visomotor de Bender, siguiendo las indicaciones de su ficha técnica, con el método de Laretta Bender, de interés esencialmente clínico. Esta prueba brinda un conocimiento global, y brinda información de algún compromiso orgánico cerebral.

Se determina la capacidad intelectual, usando el Test de Matrices progresivas para la medida de la capacidad intelectual- RAVEN.

El estudio de la personalidad, se evalúa características que presenta: estabilidad, inestabilidad, estabilidad o inestabilidad, sentimientos y actitudes. Es importante la determinación de patrones

consecutivos que podrían indicar la presencia de algún trastorno de personalidad. Se usan pruebas psicométricas de inventario multiaxial de millón (MCMI-II), inventario de personalidad de Eysenck y Eysenck forma B. Pruebas proyectivas Test de la figura humana de Karen Machover y Test de la persona Bajo la Lluvia. Instrumentos o herramientas psicológicas como entrevista, observación de conducta y la anamnesis.

En el área familiar, se determina con la entrevista a profundidad, observación de la conducta y anamnesis; se analizó la dinámica, tipo de familia, influencia que recibe de su relación con: padres, esposo e hijos.

Relaciones sociales, útil para determinar habilidades sociales en el paciente, tipo de comunicación y en general relaciones interpersonales. Para esto, se usa pruebas proyectivas: test de la figura humana de Karen Machover, test de la persona bajo la lluvia; pruebas proyectivas, como: inventario de personalidad de Eysenck y Eysenck forma B, para adultos.

B. Extracción de unidades de análisis para el trastorno límite de la personalidad.

En la extracción de las unidades de análisis se emplearon preguntas cerradas, abiertas y sugerentes. En las sesiones programadas se buscó saber si existe inestabilidad afectiva (sentimientos que presenta al estar con la persona o pareja así como al separarse de ella) y también en sus relaciones interpersonales; concepción de sí mismo. Se averiguó sobre algún tipo de impulso que presente y como lo manifiesta, las manifestaciones pueden ser en: drogas, sexo, compras o comida: por último se buscaron datos del manejo de ira.

El uso y empleo de las técnicas e instrumentos psicológicos permite determinar y llegar al diagnóstico, con ellas se evaluaron las siguientes áreas:

Organicidad, es indispensable en la clasificación del trastorno límite de la personalidad, se requiere determinar si existe algún compromiso orgánico cerebral que pueda comprometer las funciones del paciente, ya que de ella depende las funciones cognitivas básicas, superiores, percepción, memoria y atención. Se emplea el Test Gestáltico Visomotor de Bender, con la metodología cualitativa de Laretta Bender.

Evaluación de la inteligencia, se realizó empleando un instrumento psicológico idóneo para conocer su capacidad intelectual, consiste en medir y categorizar procesos intelectuales, capacidades de análisis y síntesis. Se hace uso del Test de Matrices progresivas para la medida de la capacidad intelectual- RAVEN.

Evaluación de la personalidad, esta área se determinó conociendo en el paciente los procesos afectivos y cognitivos, estabilidad o inestabilidad, actitudes y control de ellas frente a situaciones diversas en su vida cotidiana, es decir, control de impulsos; se buscó indicadores de ansiedad. Se buscó patrones repetitivos de conductas, ya que con ello se clasificó el trastorno. Se usaron pruebas psicométricas como inventario multiaxial de millón (MCMI-II), inventario de personalidad de Eysenck y Eysenck forma B. Pruebas proyectivas como Test de la figura humana de Karen Machover y Test de la persona Bajo la Lluvia. Y por último Instrumentos o herramientas psicológicas como entrevista, observación de conducta y la anamnesis.

El área familiar, se determinó cual es la dinámica familiar del paciente, nivel de compromiso para con los suyos, relación con los padres e hijos. Se usó entrevista, observación de conducta y la anamnesis.

En las relaciones sociales, se determinó el nivel de habilidades sociales, como asertividad y empatía; se indagó también sobre motivaciones de vida; se buscó minuciosamente conocer la interacción en: relaciones sentimentales. Se indagaron datos de su trabajo, tiempo o permanencia en ellos e interacción con sus compañeros. Indispensable realizar entrevista a profundidad, además de aplicar pruebas proyectivas como: test de la figura humana de Karen Machover, test de la persona bajo la lluvia. Como también test psicométricos, Eysenck y Eysenck forma B, para adultos.

C. Extracción de unidades de análisis para depresión mayor.

Se empleó entrevista a profundidad y anamnesis con la finalidad de encontrar datos sobre el estado de ánimo y sus manifestaciones, duración de síntomas depresivos; lo que permitió saber si disfruta las actividades que realiza. También se indagó de su interacción familiar, laboral y social.

Evaluación de organicidad, se emplea el Test Gestáltico Visomotor de Bender, metodología cualitativa de Lauretta Bender, a través del cual se determina una posible existencia de compromiso orgánico cerebral. Por último, se verificó funciones cognitivas como: memoria, niveles de atención y concentración.

Evaluación de la inteligencia, se usó el Test de Matrices Progresivas para la Medida de la Capacidad Intelectual- RAVEN, siguiendo a detalle instrucciones de su ficha técnica.

Evaluación de la personalidad, para esto fue necesario el análisis de los instrumentos aplicados y se consignó comportamientos, actitudes, afectividad, pensamientos, costumbres, gustos, preferencias y desarrollo social. Se usó instrumentos psicológicos como la observación, entrevista y pruebas psicológicas psicométricas: Inventario Multiaxial de Millón (MCMII-II), inventario de personalidad de Eysenck y Eysenck forma B; pruebas proyectivas como Test de la Figura Humana de Karen Machover y Test de la Persona Bajo la Lluvia.

Evaluación área familiar, se evaluó la dinámica familiar, y sus efectos en la aparición del trastorno. Se empleó técnicas de entrevista, observación de conducta y anamnesis.

Evaluación de las relaciones sociales, como relaciones amicales, sentimentales y laborales. Se usa pruebas proyectivas como: Test de la Figura Humana de Karen Machover, Test de la Persona Bajo la Lluvia e Inventario de Personalidad de Eysenck y Eysenck forma B.

3.4.3 Criterios para el diagnóstico según Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DS IV).

Se toma en cuenta los criterios de diagnóstico del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales – DSM IV (2005).

F45.0 TRASTORNO DE SOMATIZACIÓN.

Los criterios a continuación descritos son tomados del DSM IV (2005), que tiene gran relevancia y uso por los profesionales de la salud mental, como los psicólogos. (p. 550).

A. Historia de múltiples síntomas físicos, que empieza antes de los 30 años, persiste durante varios años y obliga a la búsqueda de atención médica o provoca un deterioro significativo social, laboral, o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

B. Deben cumplirse todos los criterios que se exponen a continuación, y cada síntoma puede aparecer en cualquier momento de la alteración:

Cuatro síntomas dolorosos: historia de dolor relacionada con al menos cuatro zonas del cuerpo o cuatro funciones (p. ej., cabeza, abdomen, dorso, articulaciones, extremidades, tórax, recto; durante la menstruación, el acto sexual, o la micción).

Dos síntomas gastrointestinales: historia de al menos dos síntomas gastrointestinales distintos al dolor (p. ej., náuseas, distensión abdominal, vómitos [no durante el embarazo], diarrea o intolerancia a diferentes alimentos).

Un síntoma sexual: historia de al menos un síntoma sexual o reproductor al margen del dolor (p. ej., indiferencia sexual, disfunción eréctil o eyaculatoria, menstruaciones irregulares, pérdidas menstruales excesivas, vómitos durante el embarazo).

Un síntoma pseudoneurológico: historia de al menos un síntoma o déficit que sugiera un trastorno neurológico no limitado a dolor (síntomas de conversión del tipo de la alteración de la coordinación psicomotora o del equilibrio, parálisis o debilidad muscular localizada, dificultad para deglutir, sensación de nudo en la garganta, afonía, retención urinaria,

alucinaciones, pérdida de la sensibilidad táctil y dolorosa, diplopía, ceguera, sordera, convulsiones; síntomas disociativos como amnesia; o pérdida de conciencia distinta del desmayo).

C. Cualquiera de las dos características siguientes: Tras un examen adecuado, ninguno de los síntomas del Criterio B puede explicarse por la presencia de una enfermedad médica conocida o por los efectos directos de -una sustancia (p. ej., drogas o fármacos) si hay una enfermedad médica, los síntomas físicos o el deterioro social o laboral son excesivos en comparación con lo que cabría esperar por la historia clínica, la exploración física o los hallazgos de laboratorio.

F60.31. TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD

Los criterios a continuación descritos son tomados del DSM IV (2005), que tiene gran relevancia y uso por los profesionales de la salud mental, como los psicólogos. (p. 794).

Un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la actividad, y una notable impulsividad, que comienzan al principio de la edad adulta y se dan en diversos contextos, como lo indican cinco o más de los siguientes Ítems.

A. Esfuerzo frenético para evitar un abandono real o imaginado.

B. Un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación.

C. Alteración de la identidad: Autoimagen o sentido de sí mismo acusada de persistente inestable.

- D. Impulsividad en al menos dos áreas, que es potencialmente dañina para sí mismo (p. ej. Gastos, sexo, abuso de sustancias, conducción temeraria, atracones de comida).
- E. Comportamiento, intentos o amenazas suicidas recurrentes, o comportamientos de automutilación
- F. Inestabilidad afectiva debida a una notable creatividad del estado de ánimo (p. ej. Episodios de intensa disforia, irritabilidad o ansiedad, que suelen durar unas horas y rara vez unos días).
- G. Sentimientos crónicos de vacío.
- H. Ira inapropiada intensa o dificultades para controlar la ira (p. ej. Muestras de mal genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).
- I. Ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves.

DEPRESION MAYOR, RECIDIVANTE, MODERADA, SIN SINTOMASA PSICOTICOS.

Los criterios a continuación descritos son tomados del DSM IV (2005), que tiene gran relevancia y uso por los profesionales de la salud mental, como los psicólogos.

Criterios para el diagnóstico de episodio depresivo mayor:

- A. Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de dos semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser uno estado de ánimo depresivo o dos pérdidas de interés o de la capacidad para el placer.

Nota: No se incluyen los síntomas que son claramente debidos a enfermedad médica o las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo.

- Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej., llanto).
- Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás).
- Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5 % del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día.
- Insomnio o hipersomnias casi cada día
- Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido)
- Fatiga o pérdida de energía casi cada día
- Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples auto reproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo)
- Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena)
- Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse

B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.

C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

- D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).
- E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p. ej., después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.
- D. Los síntomas no se producen intencionadamente y no son simulados (a diferencia de lo que ocurre en el trastorno facticio y en la simulación). (p. 398)

Trastorno depresivo mayor, características diagnósticas, DSM IV (2005):

La característica diagnóstica esencial, de un trastorno depresivo es un curso clínico caracterizado por uno o más episodios depresivos mayores sin historias de episodios maníacos, mistos o hipomaníacos. Seguido de si se trata de un episodio único. Para realizar el diagnóstico de un trastorno depresivo mayor no se tiene en cuenta los episodios de trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias (debido a los efectos fisiológicos directos de una droga, un medicamento o la exposición a un tóxico) ni los trastornos del estado de ánimo debidos a enfermedad médica. Además, los episodios no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado. El tercer dígito en el código diagnóstico del trastorno depresivo mayor indica si se trata de un episodio único con síntomas fluctuantes de dos episodios mayores al menos durante dos meses seguidos. Durante este periodo de dos meses hay una resolución completa de los síntomas o presencia de síntomas depresivos que ya

han dejado de cumplir los criterios completos para un episodio depresivo mayor (en remisión parcial).

EL cuarto dígito en el código diagnóstico del trastorno depresivo mayor indica el estado actual de la alteración. Si se cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor, se indica la gravedad del episodio como leve, moderado, grave sin síntomas psicóticos o graves con síntomas psicóticos. Si en aquel momento no se cumple los criterios para un episodio depresivo mayor, el cuarto dígito se emplea para indicar si el trastorno está en remisión parcial o en remisión total. Si se presenta un episodio maniaco, mixto o hipomaniaco en el curso de un trastorno depresivo mayor, se cambia el diagnóstico por el de trastorno bipolar. Sin embargo, si los síntomas maníacos o hipomaniacos aparecen como efecto directo de un tratamiento antidepresivo, del consumo de otros medicamentos, del consumo de sustancias o de la exposición a tóxicos, sigue siendo apropiado el diagnóstico de trastorno depresivo mayor y debe anotarse un diagnóstico adicional de trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias, con síntomas maníacos (o con síntomas mixtos). De mismo modo, si los síntomas maníacos o hipomaniacos se producen como efecto directo de una enfermedad médica, sigue siendo apropiado el diagnóstico de trastorno depresivo mayor y debe anotarse el diagnóstico adicional de trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica, con síntomas maníacos (o con síntomas mixtos). (p413)

Al respecto de la gravedad para el trastorno depresivo mayor el DSM IV (2005), refiere:

Leve, moderado, grave sin síntomas psicóticos. La gravedad se considera leve, moderada o grave en base al número de síntomas de los criterios, la gravedad de los síntomas y el grado de incapacidad funcional y malestar. Los episodios *leves* se caracterizan por la presencia de sólo

cinco o seis síntomas depresivos y por una incapacidad leve o por capacidad de función normal, pero a costa de un esfuerzo importante e inhabitual. Los episodios *graves sin síntomas psicóticos* se caracterizan por la presencia de la mayoría de los síntomas de los criterios y por una incapacidad evidente y observable (por ejemplo, incapacidad para trabajar o para cuidar de los hijos). Los episodios *moderados* tiene una gravedad intermedia entre leves y los graves. (p. 460)

3.4.4 Interpretación y análisis de las unidades de análisis.

En este punto, se tomó en cuenta todos los datos recaudados en las sesiones, es la conformación de información, y el resultado al que se llega con análisis de los instrumentos psicológicos. Para ello, es necesario del conocimiento de las bases teóricas y conocer clínico para cruzar datos obtenidos.

El análisis, se realizara a través de un proceso riguroso de los datos obtenidos, con ello se llega a determinar el tipo de trastorno en el paciente; también se buscan las causas del desarrollo del trastorno.

3.5 Recolección de la información – técnicas e instrumentos

3.5.1. Técnicas.

- Entrevista profunda.
- Técnicas de observación de conducta.

- Análisis de documentos.
- Anamnesis.
- Pruebas psicométricas.
- Pruebas proyectivas.

3.5.2. Instrumentos.

- Test Proyectivos para el caso de Trastorno de Somatización.
 - Test de la Figura Humana de Karen Machover.
 - Test de la Persona Bajo la Lluvia.
 - Test Gestáltico Visomotor de Bender.
- Test Psicométricos para el caso de somatización.
 - Inventario Multiaxial de Millon (MCMI-II).
 - Inventario de Personalidad de Eysenck y Eysenck forma B, para adultos.
 - Inventario de Beck para Depresión.
 - Test de Matrices progresivas para la medida de la capacidad intelectual- RAVEN.
- Test proyectivos para el caso de Trastorno Límite de la Personalidad:
 - Test de la figura humana de Karen Machover.
 - Test de la Persona bajo la lluvia.
 - Test Gestáltico Visomotor de Bender.
- Test Psicométricos para el caso de Trastorno Límite de la Personalidad:
 - Inventario Multiaxial de Millon (MCMI-II).

- Inventario de Personalidad de Eysenck y Eysenck forma B, para adultos.
- Inventario de Beck para Depresión.
- Test de Matrices progresivas para la medida de la capacidad intelectual- RAVEN.
- Pruebas proyectivas para el caso de depresión Mayor.
 - Test de la Figura Humana de Karen Machover.
 - Test de la Persona Bajo la Lluvia.
 - Test Gestáltico Visomotor de Bender.
- Pruebas proyectivas para el caso de depresión mayor.
 - Inventario de personalidad de Eysenck Forma B – para adultos.
 - Inventario Multiaxial de Millon (MCMI-II).
 - Inventario de Beck para Depresión.
 - Test de Matrices progresivas para la medida de la capacidad intelectual- RAVEN.

3.6 Aspectos éticos.

- A. Se tomó consentimiento informado de cada paciente para la realización de esta investigación.
- B. La información es confidencial, se mantiene reserva de la información recaudada, con un único fin académico.
- C. El desarrollo de esta investigación está sujeta al código de ética de los psicólogos peruanos, como son: Respeto por los derechos humanos, límites del secreto profesional, confidencialidad, consentimiento informado.

CAPITULO IV

RESULTADOS / ANALISIS, DISCUSION Y CONSLUSION.

Se realizó el análisis y discusión de resultados con datos obtenidos a través de técnicas e instrumentos psicológicos aplicados, en cada caso clínicos de psicología.

4.1.1 Resultados / análisis descriptivo del caso Trastorno de Somatización.

A. Aspectos cognitivos: inteligencia, memoria, razonamiento y lenguaje.

Paciente se encuentra orientada en espacio tiempo y persona, nivel de atención y concentración inadecuado, la memoria a corto plazo no está conservada; evidenciándose por el olvido de indicaciones para el desarrollo de test psicológico; capacidad intelectual ubicada en término medio, lenguaje fluido, observable al relato de sucesos y/o en la respuesta en todo el proceso de entrevista; tono de voz alto, tornándose por momentos bajo cuando relata episodios donde sufrió enfermedad, como lo ocurrido el 2015, cuando repentinamente refiere haber sentido calentura en el pecho con agarrotamiento de manos, fue llevada al hospital 2 de Mayo. Además constantemente tiene problemas con el padre de sus hijos, por infidelidad, no cumple con la manutención de sus hijos; con las figuras parenterales mantienen vinculo inadecuado, de quienes menciona son incomprensivos y no le toman importancia pese a su enfermedad; es decir paciente vive episodios estresantes, de sufrimiento y/o recuerdos traumáticos en su vida. No evidencia compromiso orgánico cerebral.

Presenta curso del pensamiento inadecuado, cuyo contenido en ocasiones se relaciona con pensamientos extraños (de tipo hipocondriaco), por ejemplo el atribuirse enfermedad terminal (cáncer o infección por VIH).

B. Aspecto emotivo: control de emociones, sentimientos en conflicto y principales rasgos introversión –extroversión.

La estructura de personalidad de la paciente presenta inestabilidad y rasgos de introversión; temperamento irritable que se transforma en discusiones; presenta sentimientos de inferioridad ya que según menciona no tiene dinero, refiere que ante ello piensa en que no es útil, porque no puede defenderse o trabajar como antes. Comenta que el padre de sus hijos no la valoró nunca; y que a inicios del 2017 la dejó por otra mujer. Espera lo peor con respecto a su salud y familia; menciona sentirse abrumada con pensamientos negativos de enfermedad, como atribuirse leucemia, dolores de cabeza, abdomen, extremidades y durante el acto sexual, menciona que tiene dolor en el oído, al ir al médico le dijo que se observaba irritación, las molestias persistían que sigue con molestias; al mismo tiempo, suele reaccionar con explosiones emocionales bruscas, de naturaleza inesperada e injustificada, a veces es imprudente; suele ser rígida y con poca apertura a otras opiniones; presenta necesidad de seguridad y aprobación de sus actos o decisiones, esto se observa cuando constantemente solicita al entrevistador aprobación o desaprobación de decisiones con respecto al padre de sus hijos como exigir legalmente manutención, pedir la patria potestad de sus dos menores hijos. Se subordina a una figura más fuerte que le proporciona cuidado, como por ejemplo su ex cuñado, de quien refiere ser más cuidadoso con ella y sensible a sus necesidades.

C. Aspectos volitivos; motivaciones, expectativas.

Comenta que tiene dificultades para disfrutar de las actividades diarias, no realiza las mismas cosas que antes hacía con entusiasmo sintiéndose agotada todo el tiempo, estas relacionadas a actividades domésticas y laborales. En relación al deseo sexual comenta: *“a raíz de mi enfermedad, no he tenido relaciones sexuales, no tengo deseos ni motivación por encuentros íntimos”*.

D. Aspectos conativos, conductas y actuación en sus actividades.

En relación a las conductas, la paciente, refirió que no puede dormir durante la noche, ni comer bien, se irrita con facilidad, llora con frecuencia ya que su familia no se preocupa por ella y la dejan de lado. En cuanto a sus actividades como la alimentación refiere tener mal apetito, no come bien. Igualmente, en sus aspiraciones académicas no tiene ningún objetivo definido.

Búsqueda de atención médica para aliviar síntomas de dolor físico: refiere: *“necesito a alguien que me escuche ya que mi familia no lo hace, estoy pasando momentos difíciles. Quisiera huir de la enfermedad que padezco ya que las pastillas no funcionan no me hacen efecto, me causan reacciones adversas”*.

Menciona, que su vida ha cambiado con respecto a sus actividades cotidianas, como en el trabajo y en la crianza de sus hijos, ya que ahora sufre de vómitos, llora con frecuencia. A veces

se hace preguntas como: *“Para que vine a este mundo si voy a sufrir, porque a mí, siento que todo ha cambiado”*, esto a causa de un acontecimiento en diciembre 2015, cuando al dirigirse a su casa con su hijo en brazos, había tomado un taxi, de pronto empezó a sentir adormecimiento y endurecimiento de las manos, los dedos se le engarrotaron y sintió calentura interna, no podía hablar, sensación de nudo en la garganta. Mientras tanto el taxista intentaba bajarla del auto. Refiere *“Le pedía me lleve a un hospital, mientras mi hijo lloraba en mis brazos, yo trate de darle de lactar utilizando los codos, pero continuaba llorando”* finalmente fue llevada al Hospital 2 de Mayo. Este suceso duró desde las 2:30 hasta las 8:00 pm., le recetaron analgésicos para cólicos y le dieron de alta. Desde entonces no duerme, no tiene apetito, sufre de náuseas y vómitos, se irrita con facilidad, permanece despierta durante la noche, llora con frecuencia ya que según relata su familia no se preocupa por ella dejándola de lado.

En el 2012 recibió atención psiquiátrica en una Clínica Particular, en donde su médico le recetó dos pastillas: Certralina y Clonazepan por el lapso de dos meses. Menciona *“En ese entonces pensaba que yo y mi familia teníamos tumor y que se morirían”* al poco tiempo dejó la pastilla, no concluyó el tratamiento. Antes de esto Wendy comenta que sufría fuertes dolores de cabeza, para lo cual fue recetada con pastillas para la migraña y aparte de ello porque se sentía estresada.

En enero del 2016 le volvieron los ataques, los cuales cursan con síntomas como: calentura del cuerpo, endurecimiento de las articulaciones de las manos. Relata que en esa oportunidad fue su cuñado quien la llevó al Hospital, ya que su esposo no quería hacerlo, dice: *“según me dijo no tenía plata. Una vez en el hospital, el médico me aplico 3 relajantes musculares pero no pasó*

nada, optaron por mandarme a casa". Presenta también dolores de cabeza, abdomen, extremidades y en el acto sexual.

Menciona que tiene dolor en el oído, al ir al médico le dijo que se observaba irritación y obstrucción, recetándole unas gotas para la inflamación. Dice: *"quiero que se vaya el dolor, me aburre, voy a buscar un médico ya que puede ser una garrapata"*

En el mes de enero 2016 temía haberse infectado de parásitos y que estos estaban alojados en el cerebro, esto según le dijo el médico que podría ser algo grave relacionado al órgano mencionado.

En el mes de marzo 2016, pensó que tenía leucemia pese a que fue diagnosticada con anemia. Comenta *"hace un mes aproximadamente me dolían las piernas, esto me hizo pensar que podría tener TBC a los huesos, sin embargo soy consciente que no es nada grave, que no tengo nada, pero no puedo sacarlo de mi mente"*.

En relación a la medicación indicada por el Psiquiatra (Diazepam y Traviata) menciona que no las toma seguido, solo cuando no puede dormir o se siente desanimada, triste, estresada; refiriendo ser por indicación médica.

E. Relaciones familiares

Padres divorciados, su papá tiene 61 años de edad, labora como chofer de moto taxi, es de carácter colérico, pero ocasionalmente intenta comprender a sus hijos. Su madre tiene 58 años de edad, presenta problemas de salud como: asma, epilepsia, úlceras estomacales e hipertensión. Ella tiene un puesto de comida en el mercado. La paciente refiere de su madre: *“Es una persona agresiva no le importan sus hijos y tiene parejas más jóvenes que ella. Es ansiosa a veces se bloquea y camina sin darse cuenta de ello, es como si estuviera en shock”*. En consecuencia, la paciente presenta inadecuada dinámica familiar, sentimientos de no pertenencia, fue víctima de abuso físico y psicológico en su niñez, conflictos y distanciamiento con la figura materna, caracterizado por vínculos poco significativo y escasa comunicación. De ella la describe como: punitiva, irascible y autoritaria. La relación con sus hermanos es inadecuada, de poca comunicación; a la vez presenta conflictos con sus menores hijos, ejerciendo un estilo de crianza autoritario.

F. Relaciones conyugales y/o parejas.

La paciente relata haber tenido dos relaciones sentimentales, la primera (a los 15 años) falleció al mes de relación, y la segunda es con quien convivió hasta diciembre del 2016, le fue infiel con otra mujer, y se fue vivir con ella. Producto de esa relación tiene dos hijos. Sin embargo, denota preocupación ya que quiere quitarle legalmente a su hija mayor. Describe que cuando convivían,

en casa de sus padres, tenían vínculo inadecuado, describiéndolo como agresivo, incomprensible e indiferente para con ella.

G. Relaciones Sociales

Relaciones laborales

Relata que ha tenido pocos trabajos, donde asumió y cumplió con sus funciones, se inició vendiendo caldo de mote en el mercado cerca a su casa, manifiesta que le fue bien, ya que ganaba dinero y podía comprarle a sus hijos sus alimentos y vestimenta; en la actualidad no labora a tiempo completo, en alguna empresa o casa, por su mal estado de salud. Dice que su padre a veces le presta su mototaxi para trabajar por unas horas en la tarde.

Relaciones sociales

La paciente muestra bajo nivel de habilidades sociales, como falta de empatía y asertividad al momento de comunicarse, lo cual dificulta el proceso para entablar relaciones interpersonales. Sensibilidad a situaciones estresantes en su entorno mostrándose intranquila. Demandante de atención de las personas que la rodean.

H. Diagnóstico de la patología.

F45.0 TRASTORNO DE SOMATIZACIÓN.

4.1.2. Resultados / análisis descriptivo del caso Trastorno Límite de la Personalidad.

A. Aspectos cognitivos; inteligencia, memoria, razonamiento y lenguaje.

El paciente está orientado en espacio tiempo y persona, con un estado de conciencia lúcido, no se evidencia alteraciones en la percepción, nivel de atención adecuado, evidenciado en todo el proceso de entrevista al ejecutar indicaciones del evaluador, así como tareas domésticas; cambia el tono de voz haciéndose baja y lenta, al instante relata episodios donde sufrió violencia y en ocasiones ríe mientras lo cuenta; en general su lenguaje es expresivo, comprensivo, claro y fluido. En relación a la organicidad no se evidencia compromiso orgánico cerebral. Por otro lado, su capacidad intelectual alcanza un nivel superior al promedio, lo que nos indica que sus procesos intelectuales son superiores a su grupo de pares, siendo su capacidad de análisis y síntesis adecuados a su edad. En cuanto a sus funciones cognitivas básicas y superiores no se encuentra alteraciones a nivel perceptual, la memoria a corto y largo plazo se encuentran conservadas, evidenciado en los testimonios sobre sucesos personales, recordando fechas, lugares y acontecimientos. Presenta curso del pensamiento adecuado, su contenido suele ser lógico en ocasiones con presencia de pensamientos extraños, como pensar que ni Dios ni el diablo se lo quieren llevar, ya que dice ser un vago que decepcionó a sus padres.

B. Aspectos emotivos; personalidad, control de emociones, sentimientos en conflicto y principales rasgos introversión - extroversión.

Respecto a su personalidad, presenta ambivalencia afectiva (amor-ira), inseguridad, sentimientos de abandono y soledad generándole angustia, dificultad para el control de la ira con ideación suicida frente a situaciones estresantes, como cuando su pareja quiso terminar su relación después de descubrir que los amigos del paciente habían visto sus fotos íntimas, intento tirarse del puente pero su enamorada lo persuadió. Fuerte apego a sus relaciones sentimentales, dándole más importancia que a su propia persona. Confronta situaciones que percibe amenazantes como infidelidad de su enamorada, generándole posteriormente sentimientos de culpabilidad, por los problemas ocurridos entre los dos, atribuyéndose culpabilidad. Se evidencia sensibilidad a las situaciones del entorno, dando importancia a las opiniones que hacen de su persona. Muestra altos indicadores de agresividad, lo cual se refleja a través de sentimientos como cólera, enojo, fastidio, rompe objetos; así también presenta indicadores de ansiedad, denotando inquietud, hipervigilancia cuando se enfrenta a situaciones estresantes. Paciente que acude a consulta refiriendo: *“tengo problemas para controlar mi ira, en una ocasión discutí con mi enamorada (Susana 20 años), en setiembre 2016, porque ella mantuvo conversaciones con su ex enamorado y no me lo dijo”*. *“En una ocasión ella me contó que había conversado con su ex enamorado por redes sociales, esto me puso celoso y sentí miedo que regrese con él. Incluso en una ocasión la vi en la juguería junto con su ex enamorado y una amiga, cuando anteriormente me dijo que iba a estar en la casa de ella, encaré a mi enamorada, peleamos y en ese mismo día nos reconciamos, acordando que ella no volvería a conversar con su ex y que yo no me portaría así, fue una mujer a quien quise bastante, al inicio de la relación, pero todo se terminó”*

Recuerda que en agosto del 2015, sus amigos vieron fotos intimas de su enamorada (Susana) en su celular y cuando ella se enteró quiso terminar la relación, él pensó en acabar con su vida (lanzándose del puente), sin embargo su pareja logro persuadirlo.

En la actualidad, menciona, haber estado intentando una relación con su compañera de estudio en el instituto, a quien conoció poco tiempo, pero luego se enteró que regreso con su ex enamorado, esto impacto sus sentimientos, medito en lo ocurrido y se alejó, fue un evento que le genero tristeza.

Ideación suicida desde su adolescencia, al respecto refiriere: *“En ocasiones me quiero suicidar, por los problemas que tengo con mi familia, una idea nace para hacerlo pero me imposibilita al pensar la preocupación que le causaría a mis padres, si ya los he jodido, los jodería más”*

C. Aspectos volitivos; motivaciones y expectativas.

En cuanto a sus aspiraciones académicas relata que el 2015 estuvo preparándose en la academia, para la carrera de Ingeniería de Sistemas; sin embargo, dejo de estudiar, ya que prefirió pasar tiempo con su enamorada; por lo cual se considera un mal hijo, ya que no postuló a la universidad. Aduce que defraudó a sus padres ya que quería pasar más tiempo con su enamorada y no estuvo motivado por el estudio. Comenta que en agosto 2017, postulo a un instituto superior del estado, para estudiar Hotelería y Turismo.

D. Aspectos conativos; conductas y actuación en sus actividades.

En relación con la voluntad refiere “*me siento desanimado, sin ánimo para hacer las cosas*”. Por otro lado, En relación a sus hábitos de consumo presenta inicio de consumo de marihuana con pasta básica de cocaína a los 14 años, refiere lo hizo por el lapso de un mes, actualmente no lo hace por falta de dinero, no obstante refiere que si le invitan consumiría. Asimismo, consume cigarrillos habitualmente desde los 14 años y bebe licor dejando una semana. Presenta consumo de sustancias psicoactivas a edades tempranas.

El paciente menciona recordar que en el 2016, pelea con su enamorada forcejearon, ella lo arañó en las muñecas y cuello; Álvaro reaccionó con una cachetada, ese mismo día rompió el celular de su enamorada al descubrir mensajes con su ex para ver el partido entre amigos. En relación a sus relaciones sentimentales, refiere sentir miedo, preocupación por que al iniciar una nueva, cursando con ansiedad.

En el 2014, en una conversación con su madre él percibió que no le prestaba atención lo cual al señalárselo ella le dijo: “*vete de acá me das asco*” entonces él golpeó el triplay que tiene como pared haciéndolo caer, además de lanzar el control de la televisión al piso, rompiéndolo.

E. Relaciones familiares.

Acerca del área familiar, presenta una dinámica inadecuada, de padres biológicos separados, actualmente vive con su madre, padrastro y hermanos menores, presenta sentimientos de no pertenencia a ella. Se evidencia conflictos con la figura parenterales, distanciamiento, resaltando el vínculo poco significativo que hay entre ellos (paciente y padres), escasa comunicación, sufre de violencia física y psicológica; paciente muestra un pobre reconocimiento de la figura de autoridad. La madre representa para él una figura punitiva, poco comunicativa, irascible, inafectiva. Igualmente refiere no tener buenas relaciones con su padre refiere quien dejó de su familia cuando Álvaro tenía un año y medio de edad. Dice *“cuando mi padre esta con sus amigos soy su mayor orgullo pero al estar solos es todo lo contrario, a veces le pido plata y dice no tiene ni 0.50 centavos, aduciendo que no está trabajando”*.

Paciente hace mención que su padre no se hizo responsable de su familia, formó otra donde tiene cuatro hijos. Por otra parte, de su padrastro, comenta ser conflictivo y le parece extraño su comportamiento, ya que al estar de buen humor con Álvaro, no lo está con su mamá, y al estar de buen humor con la madre, no lo está con él. Dice: *“Cuando me quiere pegar intenta ahorcarme, pero no lo logra, no puede, porque no le dejo, agarro su mano y la empujo”*. Su madre tiene tres hijos de un segundo compromiso. Respecto a la relación con su madre dice: *“de vez en cuando nos peleamos, discutimos, pareciera que quiere votarme de su casa, es impulsiva y renegona, cuando tenía siete años me quemó la mano cuando descubrió que intente llevarme a casa un juguete que no era mío, estaba escondiéndolo para llevármelo, pero mi mama descubrió que lo tenía y me lo*

quitó para devolvérselo al dueño. Cuando llegamos a casa, tenía una sartén en la estufa y a la fuerza puso mi mano sobre el objeto y me quemé". Refiere que su madre se excusa del maltrato que ejerce contra el paciente refiriendo que Ella fue tratada diez veces peor, por sus padres. Por último, cuenta que su mamá es una buena persona, pero por causa de que él no continuo estudiando ella está decepcionada. Dice: *"yo tengo la culpa"*

A la edad de 11 años paciente relata que su mamá le había ordenado lavar los servicios, pero no obedeció porque primero quería comer, entonces su mamá le hincó con un tenedor ocasionándole una herida en la mano, paciente se levantó, lanzó la silla y salió del lugar.

Desde la niñez experimenta constantemente fuertes sentimientos de tristeza a tal punto de tener ganas de llorar, pero no logra hacerlo. Así mismo refiere que en casa se lleva mal con sus hermanos, cuenta: *"Creo que me tienen cólera porque reniego con ellos, les grito ya que desordenan mis cosas y eso no me gusta."* Dice: *"a veces le digo a Dios si tu existes llévame, y al diablo también pero no me hacen caso. Creo que ninguno quiere un vago"*.

Desde la niñez hasta la actualidad se queda con los vueltos de su mamá, cuando hace compras en el mercado o en la tienda, los que ascienden hasta cinco soles en promedio, según dice para ir a los juegos de fichas, y comprar cigarrillos.

F. Relaciones conyugales y de pareja.

El paciente cuenta que ha tenido más de siete relaciones sentimentales, su primera enamorada lo tuvo a los 15 años, se llama Lucy (13 años de edad), en paralelo mantenía relaciones sentimentales con Ana (16 años de edad). Terminó con Ana ya que no sentía seguridad como pareja, pues ella conversaba con su amigo quienes la pretendían. Por lo acontecido terminó con Lucy, menciona que fue fuertemente afectado al separarse de ella. Comenta que se inició sexualmente a los 15 años de edad, con Mitsy (15 años de edad) mantuvieron una relación corta de dos meses, llegó a término cuando se enteró que mantenía conversaciones con su ex enamorado. Dice que a los 17 años conoció a Susana, siendo la relación de mayor duración, mantuvo relaciones sexuales constantes. Refiere que además de las mencionadas ha estado con otras mujeres (siete) pero que no fueron significativas ya que al promedio de una semana y terminaba con ellas, aduce que no sentía la misma emoción. Actualmente no tiene relaciones sentimentales.

Álvaro refiere: *“cuando tenía cinco años de edad estando en una actividad (pollada), el hijo de la amiga de mi mamá me pidió me sentara sobre sus piernas. No recuerda si hubo penetración pero el niño (8) años me pedía que me mueva, a la vez intentó quitarme la ropa pero él no aceptó”* Refiere no recordar más detalles. Evaluado menciona que ha sido etiquetado como homosexual desde que ingresó a primaria, y al cambiarse de colegio seguían llamándolo de esta manera. Dice: *“más cercanía tenía con las mujeres que con los varones ya que no me gustaba el tipo de conversación, fue desde entonces que empezaron a molestarme como “cabro”, incluso en los trabajos que he estado me llamaban igual”*. Menciona masturbarse habitualmente.

G. Relaciones sociales.

Relaciones laborales

Cuenta que a la edad de 14 años trabajó para una agrupación que realizaban shows infantiles, allí permaneció por el lapso de un año, posteriormente a los 15 años trabajó como mesero en un restaurant de comida China. En la actualidad labora como mesero en una pollería de su distrito, Chorrillos; en cuanto a sus relaciones interpersonales allí, refiere que no son buenas, ya que presenta discusiones con sus compañeros de trabajo, y jefe.

Relaciones sociales.

Presenta bajo nivel de habilidades sociales como la empatía y asertividad para comunicarse, lo cual dificulta al momento de entablar relaciones interpersonales y querer socializar.

Menciona también: “en mi instituto nadie me quiere, no tengo amigos, dicen que soy espeso, nadie se junta con migo”.

H. Diagnóstico de la patología

F60.31 TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD

4.1.3. Análisis descriptivo del caso Depresión Mayor

A. Aspectos cognitivos; inteligencia, memoria, razonamiento y lenguaje.

La paciente se encuentra orientada en las tres esferas, tiempo espacio y persona, su capacidad intelectual es de término medio. En relación con la organicidad no se evidencia compromiso orgánico cerebral. En cuanto a las funciones cognitivas básicas y superiores se encuentran alteraciones, como por ejemplo presenta un inadecuado proceso de sus pensamientos, con deficiencia en el curso del mismo, evidenciándose retardo y ralentizado, dificultades para pensar, ideas dominantes a auto despreciarse, generándole angustia, estas relacionadas a la forma de su rostro, pómulos derechos, según menciona es deforme, lo cual no lo acepta incluso intento quitarse la vida. En cuanto al lenguaje es lento y tono de voz bajo. Por otro lado, manifiesta bajos niveles de atención y concentración, esto se evidencia cuando la paciente no ejecuta órdenes del evaluador dadas durante la entrevista y aplicación de pruebas psicológicas.

B. Aspectos emotivos; personalidad, control de emociones, sentimientos en conflicto, principales rasgos introversión –extroversión.

Acerca de la estructura de la personalidad la evaluada presenta tendencia a la inestabilidad e introversión, inseguridad para tomar sus propias decisiones, relacionadas a situaciones laborales donde debe socializar, pero no lo hace por temor a críticas de su persona; presenta tristeza ya que al relatar situaciones desagradables para ella, como sucesos de abuso sexual, condición económica baja, llora con facilidad; presenta apatía porque la mayor parte del día se encuentra desmotivada,

menciona que tiene estado de ánimo bajo ya que se siente desmotivada por las actividades que anteriormente realizaba, como trabajar y estudiar; alteración del sueño, por tal motivo ha tenido que recibir medicación para lograr conciliar el sueño; disminución de la atención y concentración, por ejemplo al momento de indicar realice una prueba psicológica y en la conversación durante la entrevista; actitudes pesimistas o auto despreciativas para con su persona, pues muestra ideas irracionales dominantes de su estructura corporal y pensamientos de suicidio, tuvo dos intentos. No presenta mecanismos de defensa a situaciones estresantes externas, como la presión laboral y comentarios sobre su desempeño laboral, que no era optimo, ante la cual se ve afectada por falta de herramientas para afrontarlas, causándole problemas emocionales y conductuales. Por último, presenta disminución del apetito, en los últimos días ha disminuido su peso corporal; presta mayor importancia a las opiniones externas e incluso piensa que las personas critican y la rechazan por su apariencia física.

C. Aspectos volitivos; motivaciones y expectativas.

En la actualidad enfrenta una situación de desesperanza al ver su futuro sin motivación, no se ve animada por el trabajo ni estudio. Es pesimista, puesto que cree que su problema no tiene solución, refiriendo que la única manera seria realizándose una operación para mejorar la apariencia de su rostro; expresa necesidad de afecto, puesto que refiere que su última pareja la trato mal y fue un gran causante de su baja autoestima, y también que en su familia sus padres no son afectivos. Refiere: *"Estoy en una situación de desesperanza constante de la que no veo solución alguna, mis padres me trajeron aquí, ellos no son capaces de hacer lo necesario para*

ayudarme a salir de esta situación.” Asimismo menciona: *“Me siento mal conmigo misma, no me acepto, soy fea porque tengo la cara deforme, por eso me siento triste y desanimada”*.

D. Aspectos conativos, conductas y actuación en sus actividades.

Viste acorde a la estación, de color negro, sin embargo la higiene no es adecuada, su actitud al inicio de la entrevista es de exaltación, angustia, y disforia. Menciona que está decidida a operarse el rostro, desea mejorar su aspecto físico, puesto que su pómulo derecho es asimétrico. Exige: *“Quiero que me operen, no me siento bien, quiero operarme la cara, sentirme bien, hermosa, conmigo misma, quiero que me operen”*. Sin embargo, no lo hace por falta de dinero. No responde a situaciones externas, viéndose desbordada por ellas puesto que no tiene mecanismos de defensa.

E. Relaciones familiares.

En cuanto al área familiar, presenta inadecuada dinámica familiar, padres biológicos separados, vive con su madre y padrastro. En cuanto a la relación con su madre ha mejorado debido a problemas de salud, lo que anteriormente era inadecuada, porque según refiriere ella es: *“intolerante, desconfiada e insegura”*. Menciona le ejercía maltrato físico y psicológico al destacar defectos físicos y de personalidad. Al mismo tiempo, la relación con su padre biológico es adecuada, pese a que él no vive con ella, existe una relación de confianza.

F. Relaciones conyugales y/o de pareja.

Sus relaciones sentimentales se han caracterizado por ser inestables poco duraderas, las que incluyen maltratos psicológicos, como: Insultos, críticas y burlas; ocasionándole problemas emocionales. Asegura que su primer enamorado influyo en el padecimiento de su problema actual, baja autoestima, él la criticaba por sus defectos físicos y de personalidad. A los 22 años de edad, tuvo relaciones sexuales con tres varones, sin su consentimiento; decidió ir a un cuarto con uno de ellos, pero al estar la luz apagada aprovecharon su estado etílico para tener relaciones sexuales con ella, personas a la vez, según comenta se hicieron pasar por uno solo. Esto le generó vergüenza y tristeza, pero no ha puesto denuncia alguna. Hasta la fecha le cuesta olvidar este episodio que lo describe como traumático.

G. Relaciones sociales.

Relaciones laborales. En la actualidad no trabaja, porque enfrenta desanimo en todas las actividades a realizar, sin motivación para el desarrollo de las mismas. Anteriormente laboraba como azafata, donde no encontraba comodidad y seguridad ya que teme ser criticada o por el defecto físico en su rostro, que menciona reiteradas veces.

Relaciones sociales. Poca apertura a las relaciones sociales, tiene dificultad para establecer relaciones interpersonales, esto a causa de sentimientos de infravaloración al compararse con los

demás, ya que presenta excesiva sensibilidad a las opiniones y situaciones exteriores, las cuales son perseverantes e irracionales, creyendo que la juzgaran y se burlaran de su defecto físico en el rostro.

H. Diagnóstico de la patología.

TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR, RECIDIVANTE, MODERADA, SIN SÍNTOMAS PSICÓTICOS.

4.1.4 Propuesta de plan terapéutico, para cada caso clínico de psicología.

A. Propuesta del Plan psicoterapéutico, Terapia Familiar Breve (TFB) para el caso clínico de psicología, Trastorno Somatomorfo.

Con respecto al origen de la terapia Schade, Beyebach, Torres y Gonzales (2009), refiere lo siguiente:

La Terapia Familiar Breve (TFB) es una integración de métodos desarrollados desde 1966 por el Mental Research Institute de Palo Alto, California, denominada Terapia Familiar Breve Centrada en Problemas (Fish, Weakland & Segal, 1984), y desde 1982 hasta la actualidad por el Brief Family Therapy Center de Milwaukee, conocida como Terapia Breve Centrada en

Soluciones (De Shazer, 1987, 1995, 1999; O'Hanlon & Weiner-Davis, 1990). También dentro de la TFB se incluyen los aportes de Michael White. (1984) y de Tom Andersen (1987). El modelo se fundamenta en la Teoría General de Sistemas (Von Bertalanffy, 1975), el Constructivismo (Maturana & Varela, 1990, Watzlawick, 1976), la Teoría de la Comunicación Humana (Watzlawick, 1980) y la Cibernética (Von Foerster, 1990). (p.240)

- **Objetivos de la terapia**

Los objetivos de esta terapia principalmente están enfocados en la reducción del tiempo, sin disminuir su efectividad, menos gasto entre otros. Al respecto Schade, et.al (2009), menciona:

La terapia familiar breve apunta principalmente a la reducción del número de sesiones y/o a un menor tiempo en la duración de ellas, sin una merma en los resultados. Los principales argumentos a favor de éstas son, desde el punto de vista del consultante, acortar su padecimiento, logrando lo más pronto posible manejar y resolver su problema. También, reducir el estigma que para muchos significa el asistir a terapia psicológica y finalmente que signifique menor gasto. Desde el punto de vista del terapeuta, el acortar la terapia ayuda a que prontamente pueda obtener resultados y conseguir que la familia pueda funcionar autónomamente. Finalmente, desde el punto de vista de la gestión de recursos, el acortar permite aprovechar mejor los recursos profesionales (De Shazer, 1984; Watzlawick & Nardone, 2000; Beyebach, 2006). (p.240)

- **Características de la terapia**

Al respecto Schade, et.al (2009), menciona:

El acortar la terapia no significa que por ello haya una disminución de su eficacia, sino por el contrario significa aumentar la eficacia de la misma, ya que se pretenden alcanzar los mismos resultados terapéuticos pero en menor tiempo. La TFB dentro de sus principales premisas postula que los clientes que acuden a terapia disponen de los recursos necesarios para superar sus problemas (O'Hanlon & Weiner-Davis, 1989), pero que a veces no lo ven. Además, para encontrar la solución no hace falta conocer el origen o causas del problema ya que éste se da en la interacción humana. Se trata de un enfoque no-normativo que pretende abordar cada familia desde su unicidad, sin imponer criterios externos de normalidad o corrección. Además, plantea que el cambio es constante y la tarea principal del terapeuta es estimular este cambio en dirección de la solución del problema, identificando y ampliando aquello que ya está funcionando (De Shazer, 1995; Watzlawick & Nardone, 2000; Beyebach, 2006). (p.241)

- **Formación de los objetivos de la terapia**

Es necesario saber formular los objetivos para trabajar en base a ellos y evaluar resultados. En este sentido Schade, et.al (2009), menciona:

Para lograr cambios el terapeuta trabaja en base a **objetivos que los pacientes y los terapeutas han acordado**. Estos objetivos deben ser claros, observables y estar conductualmente bien definidos. No obstante, se puede trabajar con objetivos vagos cuando el paciente tenga una visión de la realidad que desea alcanzar (Burgaleta, Yaniz, Fernández, 1999). Estos deben ser los menos posibles, alcanzables y que sean controlables por el paciente (Rodríguez- Arias & enero, 2006). El trabajar por objetivos en lugar del problema contribuye a abreviar la terapia y facilitar la evaluación de los avances o retrocesos de la misma. Para conseguir esto, en general, se busca que los pacientes realicen algo de un modo diferente al habitual, que cambien su comportamiento interactivo y/o su interpretación de tal comportamiento y de las situaciones (Watzlawick & Nardone, 2000). Un cambio pequeño es suficiente para que se logre un cambio total del sistema, lo importante es lograr que los pacientes lo puedan ver (O'Hanlon & Weiner-Davis, 1989). Para lograr el cambio se parte del supuesto que no es necesario que asistan todos los miembros de la familia, ya que con que uno de los miembros cambie es suficiente para que el resto cambie. En general, se trabaja con el que está motivado por el cambio. (p.241)

Rodríguez-Áreas & Venero (2006), citado por (Schade, et.al 2009) menciona que el proceso terapéutico en términos generales se puede resumir en dos acciones fundamentales:

- a) Hacer más de lo que funciona. Esto significa rescatar los recursos de las personas y los momentos en que las cosas andan bien, partiendo del supuesto que los problemas no siempre o en todo momento están presentes.
- b) Hacer lo contrario de lo que no funciona. Para ello es importante reconocer los intentos ineficaces de la familia por resolver el problema, lo cual hace que se mantenga el problema y

por lo tanto se invita a la familia a buscar nuevas soluciones, aunque a veces parezcan poco lógicas, pero resultan útiles para romper el círculo vicioso.

- **Duración y periodicidad de la terapia.**

Desde el punto de vista del formato terapéutico, la terapia consiste en una serie de sesiones en las que, tras unos 45 a 60 minutos de conversación con el cliente, el terapeuta sale a reunirse con el equipo que lo está supervisando o acompañando, para volver después y dar un mensaje final a los clientes. Este mensaje final comprende habitualmente elogios y algunas tareas o sugerencia que debe realizar hasta la próxima semana. La periodicidad media de las sesiones es de una a tres semanas, aunque las entrevistas tienden a ser más seguidas al comienzo de la terapia y a espaciarse hacia el final (Beyebach, et. al, 1997).

Desde el punto de vista técnico, la terapia familiar breve se caracteriza por el uso que los terapeutas hacen de diversos tipos de preguntas, estas se basan en la investigación realizada por Schade, et.al (2009):

1. PRIMERA SESIÓN: a) Los cambios pre tratamiento. Gingerich & De Shazer (1991) encontraron que si se les pregunta a las familias por cambios que ellos pueden haber hecho antes de venir a la consulta, se observa que, efectivamente, algunos los han hecho.

“Muchas veces entre la llamada para pedir consulta y la primera sesión, las personas notan que las cosas ya parecen diferentes, ¿qué has notado en tu caso?” (O’Hanlon & Weiner-Davis, 1990, pp. 97).

b) Las Excepciones. Consiste en buscar información acerca de las situaciones en las que por alguna razón, el problema no ocurre.

¿Qué es diferente en las ocasiones en que no pelean, no se hace pipí....¿Cómo conseguiste que sucediera? (O’Hanlon & Weiner-Davis, 1990, pp.123).

c) Pregunta Milagro: Pregunta que permite que el paciente visualice un futuro sin problemas.

La pregunta es la siguiente: *“Supón que una de estas noches, mientras duermes, ocurre un Milagro, y no te enteras de que ha ocurrido porque estás dormido, y todo lo que quieres conseguir al venir a esta consulta se cumple ¿Cómo te darías cuenta que el milagro ocurrió?” (O’Hanlon & Weiner-Davis, 1990, pp.119).*

d) Las soluciones intentadas. Pregunta que permite conocer cuáles son las soluciones que los pacientes han puesto en práctica y no han servido para resolver el problema. Es importante que el terapeuta las identifique ya que es el camino seguro por donde el terapeuta no se debe ir o sugerir las mismas soluciones que hacen que se perpetúe el problema.

¿Qué haces cuando... sucede el problema o la queja..?, ¿Qué pasa a continuación?, ¿de qué manera te ayudan los demás cuando a ti te pasa...? Rodríguez-Arias & Vereno, 2006, pp76.

e) Escala. Técnica que sirve para valorar la gravedad del problema. Al paciente se le pide que se sitúe en una escala del 1 al 10, en relación al problema que presenta. También, sirve para definir objetivos pidiéndole al paciente que se sitúe en el número en el que desea encontrarse al terminar la terapia. Además, contribuye a definir tareas, ya que al paciente se le pide que avance en la escala y para ello se debe realizar determinadas acciones. Finalmente, se ha visto que la escala sirve para evaluar los avances en terapia.

En relación a con qué tipo de pregunta se recomienda comenzar la terapia, se propone iniciar con las preguntas basadas en la Terapia Centrada en Soluciones como los cambios pretratamiento, pero si las personas responden en forma negativa a esta, se sugiere ya sea buscar excepciones o usar la pregunta del milagro, aunque los pacientes insisten en contar sus problemas, entonces se propone usar preguntas centradas en los problemas y en las soluciones intentadas. Pero si los pacientes señalan lo mal que están y les cuesta visualizar una solución a su problema, se recomienda plantear la secuencia pesimista ¿Cómo es que las cosas no están peor?, así a ellos se les obliga a pensar en algo positivo, y con lo que ellos pueden comenzar a trabajar.

Una alternativa a estas preguntas es trabajar en base a las narrativas, es decir, que los pacientes cuenten su historia de fracaso y frustración en relación al problema y con ellos crear una historia alternativa que los ayude a construir una nueva narración para superar las actuales dificultades. Para lograr esto, pueden usar la técnica de la externalización del problema.

2. **SEGUNDA SESIÓN:** En las siguientes semanas se pregunta por los avances en la escala y por las tareas que ella misma se impuso. En la segunda entrevista relata que su dolor ha disminuido considerablemente y que hay días que se ha levantado mejor.
3. **TERCERA SESIÓN:** Para la tercera sesión se le pide que ella vuelva a plantearse sus propias tareas y se le pide que observe todos esos momentos en que se siente mejor, y cómo frente a esto responden los hijos y el marido.
4. **CUARTA SESIÓN:** En la cuarta sesión se evalúan los avances en la escala, se le felicita por sus logros y se insiste en las cosas que ha hecho ella para lograrlo, luego ella vuelve a definir sus próximas tareas.
5. **QUINTA SECIÓN:** En la sesión quinta y última, se le pide a la paciente que se ubique del 1 al 10, evaluar avance, ya que se espera que los síntomas hayan desaparecido y los objetivos que se había propuesto los ha conseguido.

Se le pregunta qué aprendió viniendo acá. Se refuerza que su estado de ánimo depende mucho de ella y que ya no le de tanta importancia a los problemas, sino que hay que buscarle más bien la solución que pensar tanto en ello.

Nota:

La investigación que tomamos como referencia para este planteamiento terapéutico, se menciona en su investigación con caso clínico, que después de un año de la última sesión se hace

un seguimiento a partir de su historia clínica y se aprecia que ya no asiste al centro de salud por estos síntomas sino a controles normales y tampoco registra consumo de medicamentos por esta razón. Schade, et.al (200). Lo que se sugiere tomar como referencia.

B. Propuesta del plan psicoterapéutico, Terapia Dialéctica Conductual para el caso clínico de psicología, Trastorno Límite de la Personalidad.

TERAPIA DIALÉCTICA CONDUCTUAL (TDC)

Tratamiento creado por Dra. Marsha Linehan, para pacientes Severamente Perturbados y multiproblemáticos, que surge de la aplicación y evolución de la Terapia Cognitivo Conductual. (Técnicas e intervenciones-enfocadas en el cambio). Ballus (2006) a través de su consejo asesor sobre asistencia psiquiátrica y salud mental, trastorno límite de personalidad, en el Servicio Catalán de Salud –CatSalut, menciona lo siguiente:

Desde principios de los años noventa, algunos grupos de trabajo en Terapia Cognitivo Conductual (TCC) iniciaron propuestas de tratamiento de los trastorno de la personalidad que intentan ir más allá de las aproximaciones sintomáticas con el fin de conseguir una comprensión suficiente y necesaria de los trastornos de la personalidad. Estas propuestas se han polarizado fundamentalmente en torno a los modelos de terapia cognitiva (Beck y Freeman, 1992; Young, 1994) basados en el tratamiento de aquellas “visiones del mundo en relación con uno mismo” que favorecen creencias disfuncionales que provocan desadaptación y fracaso adaptativo. Estos

modelos no han publicado estudios controlados para evaluar la eficacia. Desde un planteamiento arraigado en la terapia de conducta, el grupo liderado por la profesora Linehan propuso en los años noventa (Linehan, 1993) un programa de tratamiento perfectamente estructurado llamado Terapia Dialéctica Conductual (TDC). (p.19)

Las primeras publicaciones datan desde el siglo pasado. La terapia dialéctica conductual (TDC), fue publicada en 1991 por Marsha Linehan, en la Universidad de Washington, Seattle, Washington. Su base teórica radica en un modelo biosocial de los trastornos de la personalidad. Por un lado aparece una disfunción biológica en el sistema de regulación emocional que, junto con un ambiente invalidante, da lugar a una disregulación emocional dominante propia del trastorno límite de personalidad. (Ballus (2006).

La terapia dialéctica conductual, como se mencionó anteriormente tiene su origen en la terapia cognitivo conductual, al respecto Soler, Elices y Carmona (2016). (2016) afirma:

El aspecto más definitorio de la terapia de Linehan es la combinación de la terapia cognitivo conductual (TCC) clásica –focalizada en el cambio conductual- con principios que provienen del Zen – focalizados en la aceptación y la validación-. En este sentido la terapia dialéctica conductual (TDC) es pionera en introducir dentro de la psicoterapia científica algunos procedimientos y técnicas actualmente muy utilizadas, como son el *mindfulness* o las estrategias de aceptación (Linehan, 1993a). Ante la experiencia frecuente de fracasos en la aplicación de terapia cognitivo conductual (TCC) con pacientes con trastorno límite de personalidad, Linehan encuentra necesaria la integración de tecnologías de cambio (i.e. terapia conductual) y

tecnologías de aceptación (i.e., Zen; Linehan, 1993a). Considerando la complejidad y la multiplicidad de problemas que presenta el paciente, se requiere una terapia que ponga énfasis en la solución de problemas. Pero cuando la terapia se focaliza únicamente en el cambio, los pacientes se sienten invalidados y con frecuencia abandonan el tratamiento. El extremo opuesto, o sea una terapia basada únicamente en la aceptación, tampoco resultaría efectiva al no promoverse los cambios necesarios para mejorar la situación del paciente. La terapia dialéctica conductual (TDC) pretende entonces proveer un marco que permita lograr una síntesis entre el cambio y la aceptación. (p.36)

Esta terapia cobra relevancia ya que el éxito del tratamiento está determinado por el trabajo del profesional, liberando de responsabilidad al paciente. Esto hace diferente entre las otras alternativas.

- **Bases del Terapia Dialéctica Conductual.**

Esta Terapia tiene como base tres componentes, estos hacen su eficacia, y gran relevancia en comparación con otras terapias para el mismo trastorno. Ballus (2006) refiere sobre las técnicas que forman la esencia y eficacia de esta terapia, están basadas en la filosofía dialéctica, la terapia conductual, cognitiva y en técnicas de meditación. Así mismo es necesario usar el contacto telefónico, intervención en crisis y otros. Se focaliza en el paciente, tomando en cuenta el entorno social con otras intervenciones como los grupos de familiares o la consulta al paciente.

Ballus (2006), refiere lo siguiente:

Existen estudios controlados que valoran la eficacia del tratamiento y estudios de seguimiento (Linehan y col., 1991, 1993, 1994) que han revelado diferencias significativas respecto a otros tratamientos normales utilizados hacia una mayor disminución de conductas para suicidas, más retención del paciente en terapia, menos días de ingreso psiquiátrico, disminución de la ira, mejor funcionamiento global y mejor ajuste social. (p.19)

- **Estructura de la terapia dialéctica conductual**

Soler et al. (2016), sostiene:

Para organizar el tratamiento se establecen unas prioridades basadas en el nivel de severidad de la problemática del paciente. De esta forma, se establece una jerarquía que guía al terapeuta para saber “qué” tratar y “cuándo” tratarlo. A su vez la terapia se estructura en torno a cuatro modos de intervención: (1) terapia individual, (2) entrenamiento en habilidades, (3) llamadas telefónicas, y (4) grupo de consulta para terapeutas (Linehan, 1993a), lo que actualmente se conoce como el formato estándar de terapia dialéctica conductual (TDC). (p.37)

- **Tiempo del tratamiento**

Referente al tiempo, tenemos el tiempo referido por la creadora de la terapia. “El programa de tratamiento propuesto por Linehan es de un año de terapia individual (1 hora semanal) y un grupo

de habilidades en 2-3 horas semanales” (Ballus (2006, p.19). Esta referencia viene a ser la base principal del desarrollo.

- **Objetivo del Tratamiento.**

Es importante definir con exactitud los objetivos de la terapia.

El objetivo principal es trabajar el manejo de la conducta suicida y parasuicida, aunque también tiene otros (conductas que interfieren en el proceso terapéutico, calidad de vida, objetivos personales, autorespeto, habilidades interpersonales de regulación emocional y de tolerancia al estrés, etc.). La terapia dialéctica conductual, es un programa estructurado de soporte vital en el que se equilibran la aceptación de la situación del paciente y el cambio para mejorar su vida. Un punto esencial es la relación terapéutica, tanto en la relación terapéutica-paciente como la necesidad de que el terapeuta forme parte de un grupo en el que reciba supervisión técnica y soporte emocional. (Ballus (2006, p.19).

En este sentido la terapia se realiza con un gran éxito, ya que formula una actuación atacando los puntos principales del paciente.

El Centro Terapéutico de Atención Integral Especializada, PSICOSALUDABLE Atención y Asesoría Psicológica, con sus oficinas en la ciudad de Lima-Perú, cuenta con profesionales especializado Psiquiatras y Psicoterapeutas, este equipo interviene para con sus pacientes con la Terapia Dialéctica Conductual de Marsha Linehan. A continuación se presenta como propuesta a

los casos clínicos del estudio, el mismo que va dirigido a Pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad y Depresión Mayor.

- **Principios básicos para el terapeuta, propuesto por el centro terapéutico Psicosaludable.**

- a. Los pacientes hacen lo mejor que pueden,
- b. Quieren mejorar,
- c. Necesitan mejorar, probar, intentar más y estar más motivados al cambio,
- d. Podrían no ser la causa de todos sus problemas pero tienen que resolverlos ellos mismos de todos modos,
- e. La vida como TLP es insoportable en la forma que es vivida,
- f. Los consultantes deben aprender nuevas conductas y todos los contextos son importantes,
- g. Los consultantes no fracasan las terapias sí - que no tengamos de la tecnología para asistirlos (as) es parte de un déficit de nuestra profesión, no de ellas (os) y su problema y
- h. Los terapeutas necesitan sostén, asistencia y colaboración.

- **Características de la psicoterapia.**

- a. Motivacional,
- b. Directivo y manualizado/no directivo y flexible,
- c. Con objetivos foco/ largo plazo,

- d. Cambio/validación,
- e. Dirigidos por principios,
- f. Basado en la evidencia y
- g. Multimodal.

- **Modalidades de tratamiento.**

- a. Psicoterapia individual,
- b. Entrenamiento en habilidades en grupo,
- c. Consultas telefónicas (en crisis y para generalización de habilidades),
- d. Reuniones de supervisión del equipo,
- e. Entrenamiento en habilidades y psicoeducación de familiares y allegados (intervención ambiental) y
- f. Tratamientos auxiliares: farmacoterapia, internación y nutricionista.

- **Etapas de tratamiento**

Objetivos y metas.

El más importante de todos los objetivos es ayudar a las personas a crear “Una vida que valga la pena de ser vivida”, esto varía de persona en persona.

Pre tratamiento:

Esta etapa está dirigida primero a la evaluación y luego a la orientación y la adherencia.

1. ETAPA I. PASAR DE TENER CONDUCTAS FUERA DE CONTROL A ESTAR EN CONTROL

Objetivo 1: Reducir y luego eliminar comportamientos letales (intentos de suicidio, pensamientos suicidas).

Objetivo 2: Reducir y luego eliminar comportamientos que interfieren con el tratamiento por parte del consultante y terapeuta (comportamientos que “desgastan” a las personas que intentan ayudar, cumplimiento esporádico de tareas asignadas, inasistencia a sesiones, no colaborar con los terapeutas, problemas con los límites personales como su flexibilización, entre otros).

Objetivo 3: Disminuir comportamientos que afectan la calidad de vida (depresión, fobias, desórdenes alimentarios, inasistencias al trabajo o a la escuela, descuido de problemas médicos, falta de dinero, malas condiciones de vivienda, falta de amistades)

Objetivo 4: Aumentar las habilidades conductuales.

2. ETAPA II. DE LA CLAUSURA EMOCIONAL A EXPERIMENTAR LAS EMOCIONES PLENAMENTE.

Objetivos 5: Reducir el estrés postraumático.

3. ETAPA III. CONSTRUIR UNA VIDA NORMAL, RESOLVER PROBLEMAS DE LA VIDA COTIDIANA.

Objetivo 6: Aumentar el auto respeto.

Objetivo 7: Alcanzar logros personales.

4. ETAPA IV. DE LA SENSACIÓN DE FALTA DE SENTIDO A LA SENSACIÓN DE CONEXIÓN.

Objetivo 8: Resolver el problema de la sensación de vacío o incomplicidad.

Objetivo 9: Encontrar la libertad y la alegría.

C. Propuesta del plan psicoterapéutico, Terapia Dialéctica Conductual (TDC) para el caso clínico de la Depresión Mayor.

La terapia dialéctica conductual en el tratamiento de la depresión mayor

En la revista española de Análisis y Modificación de Conducta, Soler et al. (2016) refiere:

Desde el primer estudio publicado a principios de los años 90, la mayor parte de la investigación en Terapia Dialéctica Conductual (TDC) se concentró en el estudio de la eficacia de la terapia para pacientes con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad y un alto grado de severidad y descontrol conductual. Los primeros estudios se focalizaron entonces en demostrar la eficacia esta terapia en estos aspectos, pero más tarde el interés comenzó a situarse en relación a la aplicabilidad de la terapia dialéctica conductual (TDC) en otros trastornos o problemas clínicos. En un análisis post-hoc del estudio en el que se compara la Terapia dialéctica conductual (TDC) con tratamiento de expertos Linehan et al., 2006 (citado por Soler 2016, et al.) se estudia la eficacia de la terapia dialéctica conductual (TDC) para el tratamiento de distintos trastornos del eje I comorbidos al TLP Harned et al., 2008 (citado por Soler 2016, et al.). Los resultados indican que la TDC es eficaz en la reducción de: trastorno por abuso de sustancias (reducción del 87%), trastorno depresivo mayor (reducción del 68%), trastornos de la alimentación (reducción del 64%). (p38)

- **Terapia dialéctica conductual logros.**

Estudios muestran el porqué de su aceptación en el tratamiento de la depresión. Soler et al. (2016) afirma:

La terapia dialéctica conductual (TDC) también ha sido aplicada a pacientes con diagnóstico de trastorno depresivo mayor. En dos estudios realizados por Lynch y colaboradores (Lynch et al., 2007; Lynch, Morse, Mendelson, & Robins, 2003) se comparó el tratamiento de terapia dialéctica conductual (TDC) más medicación antidepresiva con un tratamiento únicamente farmacológico. En el primer estudio (Lynch et al., 2003) no se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos en relación a la reducción de la sintomatología depresiva o a las tasas de remisión post-tratamiento. Sin embargo, a los 6 meses de seguimiento, el porcentaje de pacientes que continuaba en remisión fue significativamente más grande para el grupo de terapia dialéctica conductual (TDC) que para el grupo control (75% vs. 31%). Estos resultados se confirmaron en el siguiente estudio (Lynch et al., 2007), en el que, en comparación con el grupo control, un porcentaje mayor de pacientes en la condición de TDC alcanzó criterios de remisión una vez finalizado el tratamiento.

Este estudio sustenta la gran aceptación que tiene esta terapia en la remisión de síntomas de una depresión mayor, motivo por el cual se toma en esta investigación, sugiriéndola como plan de intervención:

- **Etapas de tratamiento**

Objetivos y metas

El más importante de todos los objetivos es ayudar a las personas a crear “Una vida que valga la pena de ser vivida”, esto varía de persona en persona.

Pre tratamiento

Esta etapa está dirigida primero a la evaluación y luego a la orientación y la adherencia.

1. ETAPA I. PASAR DE TENER CONDUCTAS FUERA DE CONTROL A ESTAR EN CONTROL

Objetivo 1: Reducir y luego eliminar comportamientos letales (intentos de suicidio, pensamientos suicidas)

Objetivo 2: Reducir y luego eliminar comportamientos que interfieren con el tratamiento por parte del consultante y terapeuta (comportamientos que “desgastan” a las personas que intentan ayudar, cumplimiento esporádico de tareas asignadas, inasistencia a sesiones, no colaborar con los terapeutas, problemas con los límites personales como su flexibilización, entre otros).

Objetivo 3: Disminuir comportamientos que afectan la calidad de vida (depresión, fobias, desórdenes alimentarios, inasistencias al trabajo o a la escuela, descuido de problemas médicos, falta de dinero, malas condiciones de vivienda, falta de amistades)

Objetivo 4: Aumentar las habilidades conductuales.

2. ETAPA II. DE LA CLAUSURA EMOCIONAL A EXPERIMENTAR LAS EMOCIONES PLENAMENTE.

Objetivos 5: Reducir el estrés postraumático.

3. ETAPA III. CONSTRUIR UNA VIDA NORMAL, RESOLVER PROBLEMAS DE LA VIDA COTIDIANA.

Objetivo 6: Aumentar el auto respeto.

Objetivo 7: Alcanzar logros personales.

4. ETAPA IV. DE LA SENSACIÓN DE FALTA DE SENTIDO A LA SENSACIÓN DE CONEXIÓN.

Objetivo 8: Resolver el problema de la sensación de vacío o incompletud.

Objetivo 9: Encontrar la libertad y la alegría.

4.2. DISCUSIÓN.

En el presente capítulo se discute los resultados obtenidos en cada uno de los casos clínicos analizados, de esta manera se responde a los objetivos propuestos en el que se plantea presentar un caso de trastorno de somatización, un trastorno límite de la personalidad y uno de depresión mayor, encontrar las causas de su desarrollo y proponer un plan terapéutico para cada caso en mención. Por último, haciendo uso del Inventario de Personalidad Eysenck Forma B para adulto, aplicado a los participantes, se realizara la descripción de las dimensiones de personalidad versus el tipo de trastorno que presente, como un aporte singular al estudio de casos clínicos de psicología.

Tabla 3.

Consolidado del inventario de personalidad - Eysenck y Eysenck - Forma B, de los tres casos clínicos de psicología.

Test de Eysenck y Eysenck forma B		Medición en los casos		
Dimensión/Neurotismo	Temperamento	Eje I	Eje II	
		trastorno de somatización	Depresión Mayor	Trastorno Límite de la Personalidad
Introversión			TI	
Inestable		AI	TI	AI
	Melancólico		TM	
	Flemático			
Extroversión estable		TE		TE
	Colérico	C		C
	Sanguíneo			

Fuente: Elaboración propia.

La tabla muestra las siguientes características:

Frente al test de Personalidad de Eysenck y Eysenck Forma B, para adultos, se encuentra que hay indicadores donde podríamos decir que se evidencian “similitudes” con respecto a sus puntuaciones en el instrumento psicológico mencionado. Así mismo, encontramos dichas “similitudes” con respecto a los Ejes (tanto Eje I y Eje II). Esto datos se hace presente en tres casos que fueron escogidos por conveniencia y hace notar la particularidad de estos. Se describe a continuación:

Se observa que el Trastorno de Somatización (TS) y el Trastorno Límite de Personalidad (TLP) presenta, un dimensión Neurotismo de INESTABLE ubicándose como Altamente Inestable (AI); así mismo, con respecto a la dimensión EXTRAVERSIÓN, para ambos trastornos de personalidad (TS y TLP) se ubican con Tendencia a la Extraversión (TE).

Mientras que en la dimensión Temperamento se ubican ambos trastornos de personalidad (TS y TLP) como COLÉRICOS.

Resaltar además; que cada Trastorno de personalidad (TS y TLP) perteneciendo a Ejes diferentes (Eje I y Eje II, respectivamente); se resalta para ambos trastornos, las características de AI, TE y C

Por último, la Depresión Mayor (DM) presenta dimensión Neurotismo de INESTABLE, hubicandose como Tendiente a la Inestabilidad (TI). También presenta dimensión de

INTROVERSIÓN, ubicándose como Tendiente a la Inestabilidad (TI). Así mismo, registra temperamento MELANCOLICO.

Estos datos encontrados no pretenden generalizar resultados, no es su intención, fueron escogidos por conveniencia. Sin embargo, hay datos particulares que hacen analizar y ver el detalle a través del Test de Personalidad de Eysenck y Eysenck Forma B, los aspectos evaluados y sus resultados que permiten hacer la descripción de las “similitudes” encontradas.

4.2.1 Trastorno somatomorfo, discusión.

Shimabukuro (2010) en su estudio en Perú, afirma que existe un porcentaje considerable de atenciones psicósomáticas que representa el 25 – 75 % de los pacientes que acuden al médico por enfermedades somáticas que son de origen psicosocial, experiencias infantiles y grupo familiar patológico:

Existen propuestas sobre la genética y el que ver con las enfermedades o trastornos de somatización las cuales no han sido comprobado hasta el momento. No obstante, existen **causas psicosociales y familiares** del trastorno somatomorfo. Por ejemplo, su entorno familiar ha sido desfavorable; a través de las evaluaciones e informe final se evidencia una dinámica familiar inadecuada; paciente refiere con respecto a su madre: *“Es una persona agresiva no le importan sus hijos, tiene parejas más jóvenes que ella, es ansiosa a veces se bloquea y camina sin darse cuenta de ello, es como si estuviera en shock”*. Por otro lado, de su padre menciona que es

colérico y agresivo, ellos están divorciados. Se evidencia, que desde la niñez hasta la actualidad ha vivido en un ambiente familiar de abuso físico y psicológico, ya que además del conflicto con las figuras parenterales, con su pareja sentimental, padre de sus dos hijos, mantiene un vínculo inadecuado, lo describe como: *“agresivo, incomprensible e indiferente”*. Por tanto, teniendo como referencia estos datos familiares, en torno al caso de trastorno de somatización, nos sugieren que fueron causante del trastorno de somatización.

En las investigaciones que se toman como referencia en esta tesis, se indica que las mujeres diagnosticadas con este trastornos provienen de hogares donde sus padres las abandonaron, maltrataron o abusaron de ellas física y/o sexualmente, esto podría afectar considerablemente, ya que en los primeros años de vida el ser humano experimenta cambios en su entorno y en base a ellos afirma su personalidad, por tanto las carencias afectivas en la etapa infantil tienen efecto en la formación de las características en el trastorno de somatización.

Se corrobora en la entrevista con la paciente que presenta una historia familiar cargada de abusos físicos y psicológicos. Desde pequeña enfrentó el divorcio de sus padres, se hizo cargo de sus hermanos menores, convivía con el padre de sus hijos, pero se separó por que le fue infiel, relata tener problemas a causa del dinero e infidelidad; y que siempre fue incomprensible para con Ella. El 09/01/16 presento un episodio o ataque, el cual fue motivo de consulta, cursan con síntomas de: calentura del cuerpo, endurecimiento de articulaciones en la mano y dolor. Relata que en esa oportunidad fue su cuñado quien la llevo al médico, ya que su pareja no quería hacerlo, dice: *“según me dijo no tenía plata. El Dr. me aplicó tres relajantes musculares, pero no pasó*

nada, optaron por mandarme a casa". Aparte de ellos, menciona que en su casa nadie se preocupa por ella, no le dan importancia.

Servan-Schreiber, Randall & Tabas, (2000) (citado por Schade, Beyebach, Torres y Gonzales 2009) "En un estudio se encontró que el 80% de las visitas a los centros de atención primaria eran por mareos, dolores en el pecho o fatiga, todos sin una causa orgánica reconocible". Estos síntomas en los trastorno somatomorfos son explicadas por la ausencia de causas biológicas, provenientes de factores psicosociales.

Florenzano, Fullerton, Acuña & Escalona (2002) (citado por Schade, Beyebach, Torres y Gonzales 2009) en un estudio realizado en Chile, encontró que: "Entre el 38% y el 60% de los pacientes, e incluso más, informan síntomas que no presentan una patología orgánica que los explique, sino más bien su origen puede estar en factores psicosociales". (p. 243)

En el testimonio de la paciente, refiere **haber acudido a especialidades médicas** por dolores de cabeza, abdomen, extremidades, oído, preocupaciones con respecto a padecer leucemia, dolor en el acto sexual; sin embargo no pudo encontrar solución a sus molestias en lugares donde asistió como clínicas y hospitales.

Se tomaron en cuenta relatos de haber tenido **dolor en el oído**, al ir al médico le dijo que se observaba irritación y obstrucción, recetándole unas gotas para la inflamación. Dice: "*quiero que se vaya el dolor, me aburre, voy a buscar un médico ya que puede ser una garrapata*". Por otro lado en el mes de enero 2016 **temía haberse infectado de parásitos** y que estos estaban alojados

en el cerebro, según le dijo el médico que podría ser algo grave relacionado al órgano mencionado. A la vez, pensó que tenía leucemia pese a que fue diagnosticada con anemia. Refirió: *“Hace un mes aproximadamente me dolían las piernas, esto me hizo pensar que podría tener TBC a los huesos, sin embargo soy consciente que no es nada grave, que no tengo nada, pero no puedo sacarlo de mi mente”*.

En el 2012 recibió atención psiquiátrica en una Clínica Particular, en donde su médico le recetó dos pastillas: Certralina y Clonazepan por el lapso de dos meses. Menciona *“En ese entonces pensaba que yo y mi familia teníamos tumor y que se morirían”* al poco tiempo dejó la pastilla, no concluyó el tratamiento. Antes de esto, comenta que sufría fuertes dolores de cabeza, fue recetada con pastillas contra la migraña, también se mostraba irritable, cansada, y animo decaído. En consecuencia, esto aumenta la sospecha de un trastorno somatomorfo, como indica el Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM-IV) (2005). Define somatización como: "un patrón crónico de conducta de enfermedad, con un estilo de vida caracterizado por numerosas consultas médicas y dificultades sociales secundarias" (p. 545).

Entre los antecedentes se encuentra que en diciembre del 2015, al dirigirse a su casa al distrito del Rímac, con su hijo en brazos; tomo un taxi, de pronto empezó a sentir adormecimiento y endurecimiento de las manos, los dedos se le engarrotaron y sintió calentura interna, y dolor, no podía hablar, tenía una sensación de nudo en la garganta. Mientras tanto el taxista intentaba bajarla del auto. Refiere: *“Le pedía me lleve a un Hospital, mientras tanto mi hijo lloraba en mis brazos, yo trate de darle de lactar utilizando los codos, pero continuaba llorando”* finalmente fue llevada al Hospital 2 de mayo. Este suceso duro desde las 2:30 hasta las 8:00 pm. Desde entonces no

duerme ni tiene apetito, presenta nauseas, vómitos, se irrita con facilidad, permanece despierta durante la noche, llora con frecuencia; manifiesta que su familia no se preocupa por Ella, dejándola de lado.

Shimaburuko (2010), en su libro tomado como referencia, menciona causas **genéticas y biológicas** del trastorno de somatización. Al contrario, no podemos afirmar dicha hipótesis, ya que para realizar mencionados estudios, es necesario de tecnologías sofisticadas y dinero, que exceden al presupuesto de la investigación.

4.2.2 Trastorno límite de la personalidad, discusión.

Lo que compete a la historia familiar y descripción de la madre, paciente refirió: *“De vez en cuando nos peleamos, discutimos, pareciera que quiere votarme de su casa, es impulsiva y renegona, cuando tenía siete años me quemó la mano cuando descubrió que intente llevarme a casa un juguete que no era mío, estaba escondiéndolo para llevármelo, pero mi mama descubrió que lo tenía y me lo quito para devolvérselo al dueño, cuando llegamos a casa calentó una sartén y a la fuerza introdujo mi mano en el, hasta quemarme”* Así mismo, paciente menciona que cuando su madre lo castiga, le hace mención que con ella sus padres fueron más agresivos y violentos. Dice: *“diez veces peor, de lo que ella es conmigo”*.

Tomando en cuenta el testimonio del paciente en el párrafo anterior, que describe a la madre causando abuso físico y psicológico; **la vulnerabilidad genética** está presente como causa del trastorno límite de personalidad, esta tiene que ver con la impulsividad y los cambios del estado de ánimo, característico en éstos pacientes; dicha teoría es mencionada en la Guía Práctica Clínica Sobre Trastorno Límite de la Personalidad (2011), de Catalunya España.

Por descripción del paciente, se evidencia historia de familia disfuncional con violencia física y psicológica; su madre representa una figura punitiva, inafectiva y bajo nivel de comunicación para con él. Esto confirma la teoría de la Guía Práctica Clínica Sobre Trastorno Límite de la Personalidad (2011) de Catalunya España, con respecto a las **causas psicosociales**, donde dice que el 84% de personas con trastorno límite de personalidad provienen de hogares donde las figuras paternas han ejercido maltrato antes de los 18 años de edad. De la misma manera, **el proceso de apego**, también es causante del trastorno límite, ya que en los primeros meses de vida, es crucial mantener el contacto madre - hijo. En la teoría mencionado por Linehan (1993), con la que se alinea la guía práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad (2011) menciona, el proceso de apego tiene que ver con un entorno familiar invalidante, caracterizado por un apego inseguro, el mismo que según estadísticas solo del 6 a 8%, de los casos de trastorno límite de la personalidad presentan un apego seguro. Esto hace que lleguemos a la conclusión sobre de la influencia que tiene la familia en el desarrollo del trastorno que presenta, iniciándose desde el proceso de apego, continuando en su niñez, adolescencia y finalmente en su juventud. En consecuencia, estas son las causas que conllevan a padecer del trastorno límite de la personalidad.

A continuación se presente citas de autores, sobre causas del trastorno límite de personalidad:

Tesis doctoral en psicología que presenta Feliu (2014), en el Servicio de Psiquiatría del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona – España, en relación a los **causas psicosociales**: En relación a ello, se encuentra que los pacientes con trastorno límite de la personalidad reportarían mayor número de eventos negativos durante su infancia (Zanarini et. Al., 2002), de hecho, entre el 30% y el 90% de los individuos parece haber sufrido algún tipo de evento traumático en dicha época de su vida (Zanarini, 2000; beetle et al., 2004; Bernstein, 2010; Bornovalova et al., 2012). Más concretamente se ha reportado que entre un 40 % y un 71 % de los sujetos diagnosticados de Trastorno Límite de la Personalidad habrían sufrido abuso sexual (Zanarini et al., 2010; Bierer, New, Schmeider, silverman y Siever, 2003) (Zanarini, 2000; Bierer et al., 2003), entre un 13% y un 76% abuso emocional (Bernstein, 2010; Laporte, Paris, Guttman y Russel, 2011) y cerca de un 92 % presentaría historia de algún tipo de abandono; porcentajes substanciales mayores que los observados en otros trastornos de la personalidad y muy superiores a las poblaciones normativas (Yen et al., 2002; Crowel et al., 2009). Así, el consenso actual sobre la relación entre trauma infantil y Trastorno Límite de la Personalidad es que el primero aparecería frecuentemente en la historia de los pacientes, pero no sería condición necesaria ni suficiente para el desarrollo futuro del trastorno (Crowell et al., 2009). (p.20)

Al hacer el cruce de información con el estudio antes mencionado, paciente relata que fue víctima de tocamientos indebidos acontecidos a los cinco años de edad y posible penetración por parte un niño de ocho, refiere: *“un niño me pidió me sienta sobre sus genitales y que me moviera; sin embargo, no recuerdo con exactitud si hubo penetración del pene del niño en miano”*.

Un factor causante del Trastorno Límite de la Personalidad, es el **genético**, sin embargo no se ha determinado por limitaciones tecnológicas y económicas; sin embargo crea apertura a futuras investigaciones en el Perú. A continuación Feliu (2014), en el Servicio de Psiquiatría del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona – España, deja claro la importancia del componente genético en la aparición del trastorno en estudio, reportándose entre 65 % y el 75 % (New Goodman, Triebwasser & Siever, 2008), es decir, las personas que tengan Trastorno Límite de la Personalidad, heredaran a sus hijos en los porcentajes mencionados la probabilidad de padecer del mismo trastorno.

Por otra parte, la Guía Práctica Clínica sobre Trastorno Límite de la Personalidad (2011) publicada en Barcelona España, presentes en la referencia, menciona la **disfunción neurobiológica y alteración de los neurotransmisores**, como causas que sugieren el desarrollo del trastorno límite de personalidad. Sin embargo, en esta investigación no se logra determinar estos datos, ya que no se cuenta con la tecnología ni recursos económicos.

4.2.3 Trastorno depresivo mayor, recidivante, moderado, sin síntomas psicóticos, discusión.

Existe una causa de depresión que está relacionada con **neurotransmisores**, es un **desequilibrio de serotonina**, sustancia químicas que tiene relación con la depresión mayor, ya que las medicaciones como la sertralina tiene un efecto directo sobre estas sustancias químicas, repotenciándola. Al respecto, la paciente fue atendida en el Hospital Víctor Larco Herrera, después

de haber intentado suicidarse, allí le recetaron sertralina y clonazepam, lo que hace indicar que uno de las causas de su depresión mayor se debe a un desequilibrio de este neurotransmisor, puesto que al ser administrada con sertralina, antidepresivo activo por vía oral, de la clase de los inhibidores selectivos de la receptación de serotonina; encuentro mejorías en algunos síntomas producidos por la depresión. El vademécum indica que el mecanismo de acción de la sertralina es:

“La sertralina potencia la serotonina en el sistema nervioso central, sin afectar significativamente la recaptación de la norepinefrina, a diferencia de lo que hacen muchos antidepresivos tricíclicos. Aunque el mecanismo de acción de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina no es del todo conocido, se cree que inhiben la receptación de la serotonina en la membrana neuronal. Estos fármacos tienen menos efectos sedantes, anticolinérgicos y cardiovasculares que los antidepresivos tricíclicos debido a su menor afinidad hacia los receptores de histamina y adrenérgicos. Además, los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina no poseen actividad inhibidora de la monoaminoxidasa” (párrafo 2).

Por otro lado, Lewisohn citado por Toro y Yepes (1998), propone como causa de depresión **la pérdida de refuerzo (consecuencias agradables) en el entorno donde se desarrolla**, éste factor puede crear y hacer mantener al paciente un comportamiento depresivo. En este caso, se evidenció historia familiar donde la paciente experimentó eventos fuertes y/o traumáticos como la separación de sus padres, esto representó para ella un grave problema; la figura paterna le proporcionaba confianza y seguridad, según menciona. Además, fue víctima de tocamientos indebidos en su niñez. También, a los veintidós años de edad, sin su consentimiento, tuvo relaciones sexuales con

tres sujetos, quienes la engañaron haciéndose pasar por uno solo en un cuarto a oscuras. Dicho de otro modo, sería que la paciente en su historia de vida no ha tenido reforzadores positivos que proporcionen afecto y/o eleven su autoestima, sino todo lo contrario. Incluso, mencionó haber tenido un enamorado que resaltaba sus defectos físicos y personales. Veamos el siguiente relato: *“A los 9 años de edad un niño se masturbo en mi espalda, me causo asco. Luego a los 22 años tres amigos en una fiesta aprovecharon que estaba mareada, me fui con uno de ellos para tener relaciones sexuales en su cuarto y aprovecho para que con dos amigos más tengan relaciones sin que yo supiera, la luz estaba apagada. Cuando me entere, al prender la luz, me sentí avergonzada”*. Por otro lado, la paciente destaca que su madre siempre destacó en ella sus defectos en vez de sus virtudes, su primer enamorado, causaba que se sintiera triste porque resaltaba sus defectos.

Por último, el **pensamiento distorsionado** mencionado por Toro y Yepes (1998), también causa depresión. El pensamiento que le produce preocupación y dolor, tiene que ver con la deformación de su pómulo derecho, a quien se considera le presta mayor atención, hasta intentó quitarse la vida por dos veces (acto frustrado por su padrastro). La paciente, persevera en la idea de querer operarse para mejorar su apariencia, ocasionado pleitos con sus padres quienes no tienen el dinero. Como resultado de estas ideas, evita interrelacionarse desde la niñez con sus contemporáneos y en la actualidad con su entorno laboral, piensa que las personas hablarán de su defecto físico, este pensamiento o idea es reiterativo, y trae como consecuencia inconformidad con su apariencia física, se considera es causante de su depresión.

Exige: *“Quiero que me operen, no me siento bien, quiero operarme la cara, sentirme bien,*

hermosa, conmigo misma, quiero que me operen”.

Relata: *“Me siento mal conmigo misma, no me acepto, soy fea porque tengo la cara deformada, por eso me siento triste, desanimada”.* En relación a este último comentario, mencionó que su pómulo derecho es asimétrico; se observa una ligera diferencia, pero se considera que la paciente presta excesiva relevancia. Por tanto, causa en la paciente una baja autoestima, por ende depresión con intento de suicidio.

Igualmente, la fijación en su defecto físico del rostro, la afecta desde su adolescencia en el desarrollo de sus relaciones interpersonales, laborales, amicales y sentimentales; ya que, como lo indica, piensa que será criticada o burlada. Sobre estos antecedentes Beck (citado por Psicoactiva 20 de junio 2016) acuñó el término de **distorsiones cognitivas**, son esquemas de pensamientos o maneras de pensar que perjudican a la persona, pues no son adaptativas ni ayudan a prosperar o alcanzar sus objetivos. Un tipo de distorsiones cognitivas, es la **lectura del pensamiento**; caracterizado por interpretar una situación a gusto personal, lo que otras personas estarían pensando o haciendo, sin tener evidencia, sobre su persona. En concreto, la paciente de este caso clínico de psicología, tienen en mente que las personas se fijan en su rostro, se burlaran y la criticaran.

Por último, en otra investigación tomada como referencia para este estudio, (Yepes y Toro, 1998) proponen la hipótesis noradrenergica, regulación de la baja de receptores, neuroendocrina, neurofisiológica y genética como causantes de la depresión. Sin embargo, en esta investigación, no se comprobaron, ya que se tiene limitación económica y requiere tecnologías sofisticadas.

4.3 CONCLUSIONES.

En esta tesis se analizó tres casos clínicos de Psicología, y describieron las causas de un trastorno de somatización, un trastorno límite de personalidad y una depresión mayor, proponiendo un plan psicoterapéutico para cada uno.

Trastorno Somatomorfo, se determinó este trastorno usando los test e instrumentos psicológicos así como también el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales – DSM IV. La paciente presentó múltiples síntomas físicos, por los que accedió a consultas médicas con distintos especialistas. Además, a causa de los problemas que ha presentado, dejó de laborar, en la actualidad permanece en casa al cuidado de sus hijos, aunque este no es del todo óptimo. Por consiguiente, como lo menciona nuestra literatura, el trastorno de somatización, tiene que ver con múltiples síntomas físicos que no tienen explicación orgánica sino psicológica y repercusiones en sus actividades diarias y relaciones interpersonales.

A continuación se presenta las conclusiones que proporcionan finura a este capítulo, apartados del informe psicológico:

- Se determinó inestabilidad, introversión y es colérica; rigidez en el proceso de cumplir tareas domésticas y escolares para con sus menores hijos. Pensamientos y sentimientos auto derrotistas lo que ocasionaría conflictos intrapsíquicos y en sus relaciones interpersonales. Ausencia de herramientas psicológicas para hacer frente al estrés. Sumisión hacia la pareja, de quien busca cuidado y afecto.

- Preocupación y miedo a presentar una enfermedad a partir de la interpretación personal de síntomas somáticos.
- Inadecuada dinámica familiar, con sentimientos de no pertenencia; conflictos con las figura materna, escasa comunicación e interrelación con la pareja sentimental.

Al mismo tiempo, se describieron las causas del Trastorno Somatomorfo, estos son de origen psicosocial, familiar; puesto que nuestra paciente proviene de un entorno de familia disfuncional. Se determinó, que sus padres tienen características punitivas, especialmente su madre, desde su niñez. También, con su pareja y padre de sus hijos, mantiene un vínculo inadecuado. En consecuencia, estos antecedentes enmarcan a la paciente en un contexto familiar que podría haber formado en ella el carácter somatizador, ya que está implicado el factor emocional, el mismo que brinda adecuadas herramientas para el desarrollo del ser humano de manera integral, sin embargo, al estar en un entorno que no le proporciona los elementos o necesidades básicas, años más tarde se revertirían en trastornos perjudiciales para la paciente. Por esto, el entorno psicosocial y familiar sería uno factor fuertemente desencadenante.

Se presentó un caso de Trastorno Límite de Personalidad (TLP), se llegó a determinar este trastorno usando los test e instrumentos psicológicos enumerados en la parte metodológica, y también el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales – DSM IV.

Una característica esencial en el paciente es su inestabilidad en las relaciones interpersonales; por ejemplo: relaciones sentimentales cortas, intensas; pero al paso de los días

se tornaron en desconfianza, desinterés y aburrimiento. De la misma forma, en lo laboral y familiar, mostró problemas al interrelacionarse. Además, presenta agresividad ante situaciones estresantes con su pareja sentimental.

Es propicio mencionar algunas conclusiones del informe psicológico, y conocer las particularidades del caso:

- Se encontró ambivalencia afectiva, sentimientos de soledad; generándole ansiedad, angustia e ideas suicidas.
- Apego a sus relaciones sentimentales atribuyéndole mayor importancia que a sus intereses personales.
- Sensibilidad a situaciones estresantes de su entorno lo cual expresa a través de sentimientos como cólera, enojo, fastidio, rompe objetos.
- Inadecuada dinámica familiar, presenta sentimientos de no pertenencia y conflictos con la figura parenterales y fraternas.
- Socialmente presenta inadecuado nivel de asertividad y empatía para comunicar ideas y de conducta para con su medio social, apego y sobrevaloración a en sus relaciones sentimentales, amicales y a la vez evidencia inestabilidad en ellas.
- Conductas de consumo a sustancias psicoactivas y predisposición a ellas desde la adolescencia.

Al mismo tiempo, se describen las causas del trastorno límite de personalidad; concretamente, la vulnerabilidad genética del paciente, este estaría pre-determinada por las

características de personalidad de la madre, quien representa una figura punitiva, ejerce violencia intrafamiliar. En efecto, esta característica de personalidad de la madre, estaría relacionada con la agresividad del propio paciente, típico en pacientes con este diagnóstico.

Entre las causas del trastorno límite de personalidad, como la vulnerabilidad genética antes mencionada, tenemos los factores psicosociales y familiares. El paciente proviene de un hogar disfuncional, iniciándose en los primeros años de vida, desde el proceso de apego extendiéndose hasta su juventud. Esto se ve reflejado en los conflictos, rechazo y/o sentimientos de no pertenencia a su familia.

Reforzando las causas psicosociales, se describió también acontecimientos los que fue víctima de tocamientos indebidos en su niñez, y posible penetración anal, por parte de un niño mayor que él. Estas experiencias traumáticas, son una causa fuerte en el desarrollo del trastorno límite de personalidad.

Se presentó un caso de Depresión Mayor, se determinó este trastorno con el empleo de los test e instrumentos psicológicos así como también el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales – DSM IV, como base principal, el mismo que es usado en numerosas investigaciones hasta la fecha.

Se determinó que la paciente por un periodo mayor a dos semanas se encuentra cursando con síntomas de estado de ánimo depresivo, desesperanza, disminución de concentración y

marcada inseguridad en las tareas que realiza. También ha perdido la capacidad de disfrute de actividades que antes realizaba, mismas que disfrutaba.

Como particularidad en este caso se mencionan algunos términos del informe psicológico:

- Se encontró alteraciones en sus funciones cognitivas básicas y superiores, como son: deficiencia en el proceso del pensamiento, ideas irracionales y lenguaje. Bajo nivel de atención y concentración. Bajo estado de ánimo.
- Estructura de personalidad corresponde a una tendencia a la inestabilidad e introversión, manifiesta tristeza, inseguridad, dependencia, estado de ánimo bajo, desmotivación para realizar sus actividades o pérdida de placer por las cosas que antes disfrutaba, ideas de suicidio y no presenta mecanismos de defensa frente a situaciones estresantes. Datos de insomnio y disminución del apetito.
- Dinámica familiar inadecuada, Vive con su madre biológica y padrastro, tiene mayor confianza con su padre biológico, sin embargo no viven juntos. A raíz de una enfermedad que se detectó en la madre ha mejorado la relación entre ellas.
- Presenta dificultades para interrelacionarse en su entorno social y/o laboral, dado que tiene pensamientos negativos con respecto a las opiniones de las personas sobre Ella. Por ejemplo: burlas y críticas de su apariencia física (rostro deforme). En consecuencia, decide no socializar y mantener un comportamiento ensimismado y retraído.

Una causa de la depresión en el paciente, está relacionados con un componente químico del cerebro, la serotonina. Se determina que tiene deficiencia de este neurotransmisor ya que la

paciente fue recetada con sertralina, en el Hospital Víctor Larco Herrera; este fármaco es empleado como antidepresivo, su función es la de potenciar la serotonina en el sistema nervioso central, haciendo que una vez medicada, presente mejorías.

Una segunda causa en el desarrollo del trastorno, es la falta de reforzadores positivos; dicho de otra manera, no recibe un premio o elogios a las buenas conductas que realiza. Así mismo, su entorno familiar es disfuncional, con padres divorciados, ejerce maltrato físico y psicológico, ejercidos por la madre; sumado a la separación de sus padres cuando durante su niñez, Él le proporcionaba afecto y confianza en su niñez.

En el entorno social no encontró reforzadores positivos, sino más bien fue víctima de violación en su juventud. En efecto, tales acontecimientos traumáticos produjeron angustia, tristeza, vergüenza, los que generaron depresión en la paciente.

Tercero, se determina la presencia de pensamientos distorsionados, estos tienen que ver con ideas o interpretaciones sobre lo que otras personas piensan sobre un defecto físico en el rostro (ligera desviación del pómulo derecho); piensa, cree que las personas hablan, critican y hasta se burlan de Ella. Motivo para evitar relacionarse en el colegio, vecindario y trabajo. Como resultado, ha repercutido en su estado anímico, llevándola a dos intentos suicidas.

Por otro lado, como parte de esta investigación siguiendo los lineamientos de nuestra Facultad de Medicina Humana y Ciencias de la Salud, Escuela Profesional de Psicología Humana, se sugirió un plan psicoterapéutico por cada caso clínico de psicología.

Se presentó la TERAPIA FAMILIAR BREVE (TFB) para tratar el caso de trastorno de somatización, la misma que tiene una corta duración; así reduce costos con efectividad certificada por investigaciones, se mencionan en el capítulo correspondiente.

Se propuso la TERAPIA DIALÉCTICA CONDUCTUAL (TDC), para intervenir en el Trastorno Límite de personalidad y también para la Depresión Mayor. Su efectividad es considerada entre los diversos tipos de terapia existentes, pues muestra efectividad ya que reduce la ira, comportamiento suicida, las conductas para suicidio, la psicopatología asociada al trastorno, la ansiedad y aumentar la salud mental general (Stoffer et. Al., 2012). (Citado por Soler, et. Al).

REFERENCIAS.

- Bartra, A., y Carranza, R. F. (2013). La enfermedad del siglo XXI y la calidad de vida en adultos mayores de Tarapoto. *Revista de investigación apuntes universitarios*. (1), 141-146. Recuperado de http://revistascientificas.upeu.edu.pe/index.php/ra_universitarios/article/view/68
- Bartra, A., Guerra, E. F., y Carranza, F. (2016). Autoconcepto y depresión en estudiantes universitarios de una universidad privada. *Revista de investigación apuntes universitarios*. (6). 53-57. Recuperado de http://revistascientificas.upeu.edu.pe/index.php/ra_universitarios/article/view/567
- Berenzon, S., Lara, M. A., Robles, R., y Medina, M. E., (2013). Depresión: Estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes en acción en México. *Scientific electronic library online – Scielo*. (55) 74-77 Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013000100011&lng=es&tlng=en
- Bernal, C.A. (2000) *Metodología de la investigación para administración y economía*. Santa fe de Bogotá. Colombia: Person educación de Colombia, Ltda.

- Caballo, V.E., y Camacho, S. (2000), El trastorno límite de la personalidad: Controversias actuales. *Revista psicología desde el caribe.* (5) 31-55. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/213/21300503.pdf>
- Cancela, R., Cea, N., Galindo, G. y Valilla, S. (2010). *Metodología de la Investigación Educativa: Investigación ex post facto.* Recuperado de https://www.uam.es/personal_pdi/stmaria/jmurillo/InvestigacionEE/Presentaciones/Curso_10/EX-POST-FACTO_Trabajo.pdf
- Consuegra, N. (2010) *Diccionario de Psicología.* Recuperado de https://clasesparticularesenlima.files.wordpress.com/2015/05/diccionario_psicologia.pdf
- Chire, F.P. (2012). *Rasgos de personalidad en artistas y no artistas arequipeños* (Tesis de pregrado). Universidad Católica Santa María, Arequipa, Perú. Recuperado de <https://core.ac.uk/download/pdf/54220477.pdf>
- Cuevas, P., Camacho, J., Mejia, R., Rosario, I., Parres, R., Mendoza, J., Lopez, D., (2000). Cambios en la psicopatología del trastorno límite de la personalidad, en los pacientes tratados con psicoterapia psicodinámica. *Salud Mental.* (23) 1-5. Recuperado de <http://www.mediagraphic.com/pdfs/salmen/sam-2000/sam006a.pdf>

Claro, I. (2003). *Depresión: causas, consecuencias y tratamiento*. Recuperado de http://www.luzespiritual.org/Libro/depresion_causas_consecuencias_y_tratamiento_espanhol.pdf

Florenzano, R., Fullerton, C., Acuña, J., & Escalona, R. (2002). Somatización: aspectos teóricos, epidemiológicos y clínicos. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 40(1), 47-55. doi: <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272002000100006>

Florenzano, R., Weil., K, Cruz, C, Acuña, J, Fullerton, C, Muñiz, C., ... Marambio, M. (2002). Personalidad limítrofe, somatización, trauma y violencia infantil: un estudio empírico. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 40(4), 335-340. doi: <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272002000400005>

Goñi, E. (2009) *El autoconcepto personal: Estructura interna, medida y variabilidad*. (Tesis Doctoral) Universidad del País Vasco. País Vasco. Recuperado de <https://addi.ehu.es/bitstream/handle/10810/12241/go%C3%B1e%20palacios.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Alvares, I., Andión, O., Barral, C., Calvo, N., Casadella, C., Casañas. R., ... Verdaguer, E., (2011) *Guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad*. Recuperado de http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_482_Trastorno_Limite_Personalidad.pdf

Guzmán, R. E., (2011). Trastorno por somatización: su abordaje en Atención Primaria. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 4(3), 234-243. doi: <https://dx.doi.org/10.4321/S1699-695X2011000300009>

Hernandez, R. Fernandez, C. y Baptista, M.P. (2014). *Metodología de la Investigación*. (6ª ed). Mexico d.f. Mexico. McGraw-hill /interamericana editores, s.a. de c.v.

Instituto Nacional de la Salud Mental de los Estados Unidos (2017) *Trastorno Límite de la Personalidad*. Recuperado de http://ipsi.uprrp.edu/opp/pdf/materiales/limite_personalidad.pdf

Lobo, A. (2013) *Manual de Psiquiatría General*. Zaragoza, España: Editorial médica panamericana, s.a.

Linares, F. (2005). *Personalidad Estilos y Trastornos*. Buenos Aires, Argentina: AKADIA.

Larsen, R. J. (2005) *Psicología de la personalidad*. (2ª ed). México D.F. México: McGraw-Hill Interamericana.

Lopez S., y Belloch, A. (2002), La somatización como Síntoma y como síndrome: Una revisión de Trastorno de Somatización. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica* 2002. (7), 73-93. Recuperado de [http://aepcp.net/arc/01.2002\(2\).Santiago-Belloch.pdf](http://aepcp.net/arc/01.2002(2).Santiago-Belloch.pdf)

Lopez, J. J (1992), *CIE 10 Trastornos Mentales y del Comportamiento*. Madrid, España: Forma S.A.

Lopez, J. J. (2005) *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, texto revisado*. Barcelona, España: Mason S.A.

Muñiz, M., (2017). *Estudio de caso en la investigación cualitativa*. Recuperado de http://psico.edu.uy//sites/default/files/cursos/1_estudios-de-caso-en-la-investigacion-cualitativa.pdf

Muñoz, H. (2009) Somatización: Consideraciones diagnósticas. *Revista Colombiana de psiquiatría*. 17(1). 55-64. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/med/v17n1/v17n1a09.pdf>

Ministerio de Salud de Chile (2013). *Guía Clínica Depresión en personas de 15 años a más. (2ª ed.)*. Recuperado de <http://www.minsal.cl/portal/url/item/7222754637c08646e04001011f014e64.pdf>

Noguera, A., Bayona, A, y Dávila, H. (2007). Un caso de un trastorno somatomorfo por somatización, *Revista colombiana de Psiquiatría*. (36). 350-357. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v36n2/v36n2a14.pdf>

Organización Mundial de la Salud – OMS (30 de marzo del 2017). “Depresión: Hablemos. [Mensaje en un blog]. Recuperado de http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13102%3Adepression-lets-talk-says-who-as-depression-tops-list-of-causes-of-ill-health&catid=740%3Apress-releases&Itemid=1926&lang=es

Prado, J. M. (2015). *Factores asociados a pacientes con Trastorno de Personalidad límite Hospitalizados en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza en los años 2011- 2014*. UCSM. (Tesis de pregrado). Recuperado de <http://tesis.ucsm.edu.pe/repositorio/handle/UCSM/3158>

Real Academia Española-RAE.(2014), *Diccionario*. Recuperado de <http://dle.rae.es/?id=HZnZiow>

Sandoval, J. (1998). Trastornos Depresivos. *Seminario de diagnóstico clínico*. Simposio llevado a cabo en el Seminario de Diagnóstico Clínico, Psiquiatría, Medellín-Colombia.

Sarmiento, M. J. (2008) Terapia conductual dialéctica para pacientes con trastorno de la personalidad. *Revista colombiana de psiquiatría*, (37). 149-161. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v37s1/v37s1a12.pdf>

Ballus, C. (2006). *Trastorno Límite de la Personalidad*. Recuperado de https://www.trastornolimitado.com:7081/images/stories/pdf/tlp_cast.pdf

Schade, N., Beyebach, M., Torres, P., y Gonzales, A., (22 de octubre 2009). Terapia familiar breve y atención primaria, un caso de trastorno somatomorfo. *Scientific Electronic Library Online – Scielo*. (27). 239-246. doi: <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082009000200009>

Shimabukuro, J. (2010) *Psicología I*. Lima Perú: Universidad Alas Peruanas.

Siverio, M. A (2002). *La tristeza: análisis y propuestas educativas* (tesis de pregrado) Universidad La Laguna, Tenerife, España. Recuperado de <ftp://tesis.bbt.ull.es/ccssyhum/cs124.pdf>

Soler, Elices y Carmona (2016) Terapia Dialéctica Conductual: Aplicaciones Clínicas y Evidencia Empírica. *Análisis y Modificación de Conducta*. (42)- 165 – 166. Recuperado de <http://rabida.uhu.es/bitstream/handle/10272/12313/Terapia-Dialectica.pdf?sequence=2>

Suárez, J. S. (2008). Terapia conductual-dialéctica para pacientes con trastorno límite de la personalidad. *Scientific Electronic Library Online – Scielo*, 37(1), 149-163. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v37s1/v37s1a12.pdf>

Uriarte, Y. D. (2015). *Características clínicas y sociodemográficas de los pacientes con trastorno de personalidad borderline del servicio de psiquiatría del hospital regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa 2014*. (Tesis de pregrado) Universidad católica santa maría-UCSM. Arequipa Perú. Recuperado de <http://tesis.ucsm.edu.pe/repositorio/handle/UCSM/3138>

Vásquez, F.L., Muñoz. R.F., y Becoña. E. (2000) Depresión: Diagnóstico, modelos teóricos y tratamiento a finales del siglo XX. *Psicología Conductual*. (8). 417-449. Recuperado de <http://www.psicologiaconductual.com/PDFespanol/2000/art02.3.08.pdf>

Vásquez, E. R. (2016). Terapia Dialectico Conductual en el trastorno límite de personalidad: El equilibrio entre aceptación y el cambio. *Revista de Neuropsiquiatría*. (79). 119-115. Doi : <https://doi.org/10.20453/rnp.v79i2.2834>

Viaplana, G. F., Cipriano, D., & Domínguez, N. V. (2007). Somatización y conflictos cognitivos: estudio exploratorio con una muestra clínica. *Revista argentina de clínica psicológica*, (16). 197-203. Recuperado de <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/62083/1/563467.pdf>

Yepes, L. E., (1998). Trastornos depresivos-etilogía. Toro, R, J., y Yepes, L. E., *Diagnóstico Clínico*, (133 – 135). Medellín, Colombia. Corporación para Investigaciones Biológicas.

Yepes, L. E., (1998). Trastornos Depresivos-Presentación Clínica. Toro, R, J., y Yepes, L. E., *Diagnóstico Clínico*, (137 – 139). Medellín, Colombia. Corporación para Investigaciones Biológicas.

Anexo A.

Informe psicológico, caso trastorno de somatización.

I. DATOS DE FILIACION

Nombre : Wendy F.R
Edad : 26 años.
Lugar de nacimiento : Villa María, Lima.
Fecha de nacimiento : 23/06/91
Lugar de residencia : Mz-57-Lt4. AA.HH Buenos Aires de Villa,
Chorillos.
Estado Civil : Soltera.
Grado de instrucción : 4to secundaria.
Religión : Israelita.
N° Hermanos : 2/7
N° Hijos : 02.
Evaluador : Bachiller Ps, Yonathan Sabino.

II. MOTIVO DE CONSULTA

Paciente acude a consulta y refiere “necesito a alguien que me escuche ya que mi familia no lo hace, estoy pasando momentos difíciles. “Quisiera huir de la enfermedad que padezco ya que las pastillas no funcionan no me hacen efecto, me causan reacciones adversas”.

Menciona que en diciembre del 2015, al dirigirse a su casa con su hijo en brazos, había tomado un taxi, de pronto empezó a sentir adormecimiento y endurecimiento de las manos, los dedos se le engarrotaron y sintió calentura interna, no podía hablar, sensación denudo en la garganta. Mientras tanto el taxista intentaba bajarla del auto. Refiere “Le pedía me lleve a un hospital, mientras mi hijo lloraba en mis brazos, yo trate de darle de lactar utilizando los codos, pero continuaba llorando” finalmente fue llevada al Hospital 2 de mayo. Este suceso duro desde las 2:30 hasta las 8:00 pm.

Menciona que ante lo sucedido su vida ha cambiado, llora con frecuencia y a veces se hace preguntas como: “Para que vine a este mundo si voy a sufrir?, porque a mí? siento que todo ha cambiado”.

III. OBSERVACION DE CONDUCTA

Paciente mujer de 26 años de edad, aparenta su edad cronológica referida, test trigueña, contextura delgada, mide aproximadamente 1:70 mts. Cabello lacio largo y de color negro. En la primera sesión viste con pantalón buzo, ajustado, pelo largo y recogido con una cinta, adecuado aseo personal. A las sesiones acudió con el mismo tipo de vestimenta. Orientado en espacio tiempo y persona, no se evidencia alteraciones en la percepción, nivel de atención inadecuado. De lenguaje fluido, tono de voz alto, tornándose por momentos bajo cuando relata episodios relacionados con el motivo de consulta.

IV. INSTRUMENTOS UTILIZADOS

- Entrevista y observación de conducta.
- Anamnesis.
- Test de la Figura Humana de Karen Machover.
- Test de la Persona Bajo la Lluvia.
- Test Gestáltico Visomotor de Bender
- Inventario Multiaxial de Millon (MCMI-II).
- Inventario de Beck para Depresión.
- Test de Matrices progresivas para la medida de la capacidad intelectual- RAVEN.

V. RESULTADOS

ORGANICIDAD

No se evidencia compromiso orgánico cerebral.

En cuanto a sus funciones cognitivas básicas y superiores no se encuentra alteraciones a nivel perceptual, la memoria a corto plazo no están conservadas. Inadecuado nivel de atención y concentración. Presenta curso del pensamiento adecuado cuyo contenido en ocasiones se relaciona con pensamientos extraños (de tipo hipocondriaco), como por ejemplo el atribuirse enfermedad terminal (cáncer, infección por VIH).

INTELIGENCIA

Capacidad intelectual se ubica en el término medio.

PERSONALIDAD

En cuanto a la estructura de su personalidad la evaluada presenta inestabilidad y a la vez rasgos de introversión, de temperamento irritable que aflora rápidamente y se transforma en discusiones. Así mismo presenta sentimientos de inferioridad, actitudes derrotistas puesto que espera siempre lo peor, se siente abrumada, pesimista, temerosa, insegura de sí misma.

Se evidencia indicadores de ansiedad ante situaciones estresantes de su entorno, sentimientos de inferioridad antes las demás personas, ocasionando reciba mal trato y no los afronte asertivamente; es evidenciable la demanda de afectividad que presenta y demandante de atención; y no presenta mecanismos de defensa adecuados a situaciones estresantes, susceptible a críticas.

Así mismo suele reaccionar con explosiones emocionales bruscas, de naturaleza inesperada e injustificada, a veces es imprudente. Suele ser rígida y con baja apertura a otras opiniones, a nivel social es intolerante y prejuiciosa.

Necesidad de seguridad y consejos excesivos, se subordina a una figura más fuerte que le proporciona cuidado. Muestra inseguridad a la toma de decisiones con respecto a sus relaciones sentimentales y también a la crianza de sus menos hijas.

AREA FAMILIAR

Presenta inadecuada dinámica familiar, padres separados, sentimientos de no pertenencia, víctima de abuso físico y psicológico en su niñez. Conflictos y distanciamiento con la figura materna, caracterizado por vínculos poco significativo, escasa comunicación, punitiva, irascible y autoritaria. También, con su ex pareja, con quien convivió hasta finales del 2016, mantenía un vínculo inadecuado, lo describe como agresivo, incomprensible e indiferente para con ella. Al mismo tiempo, presenta conflictos con sus menores hijos mostrando un estilo de crianza autoritario.

Con respecto al padre se evidencia sentimientos de ausencia de figura paterna de quien demanda atención. Sin embargo, el padre, se muestra indiferente y poco interesado a sus necesidades.

RELACIONES SOCIALES

Bajo nivel de habilidades sociales, falta de empatía y asertividad al momento de comunicarse, lo cual dificulta su proceso de entablar relaciones interpersonales. Sensibilidad a situaciones estresantes de su entorno mostrándose intranquila. Además, demandante de atención de las personas que la rodean, en particular de su pareja sentimental. Por último, pocas aspiraciones a futuro, pues espera lo peor de su estado de salud, familia e hijos.

VI. CONCLUSIONES

- Presenta una capacidad intelectual término medio.
- No evidencia indicadores de compromiso orgánico cerebral.
- Presenta inestabilidad e introversión, colérica, rigidez en el proceso de cumplir tareas domésticas y escolares con sus menores hijos. Pensamientos y sentimientos auto derrotistas lo que ocasionaría conflictos intrapsíquicos y para con sus relaciones interpersonales. Ausencia de herramientas psicológicas para hacer frente al estrés. Sumisión hacia la pareja, de quien busca cuidado y afecto.
- Preocupación y miedo a presentar una enfermedad a partir de la interpretación personal de síntomas somáticos
- Inadecuada dinámica familiar, con sentimientos de no pertenencia; conflictos con las figura materna, escasa comunicación e interrelación con la pareja sentimental.

VII. DIAGNÓSTICO

F45.0 TRASTORNO DE SOMATIZACIÓN (300.81).

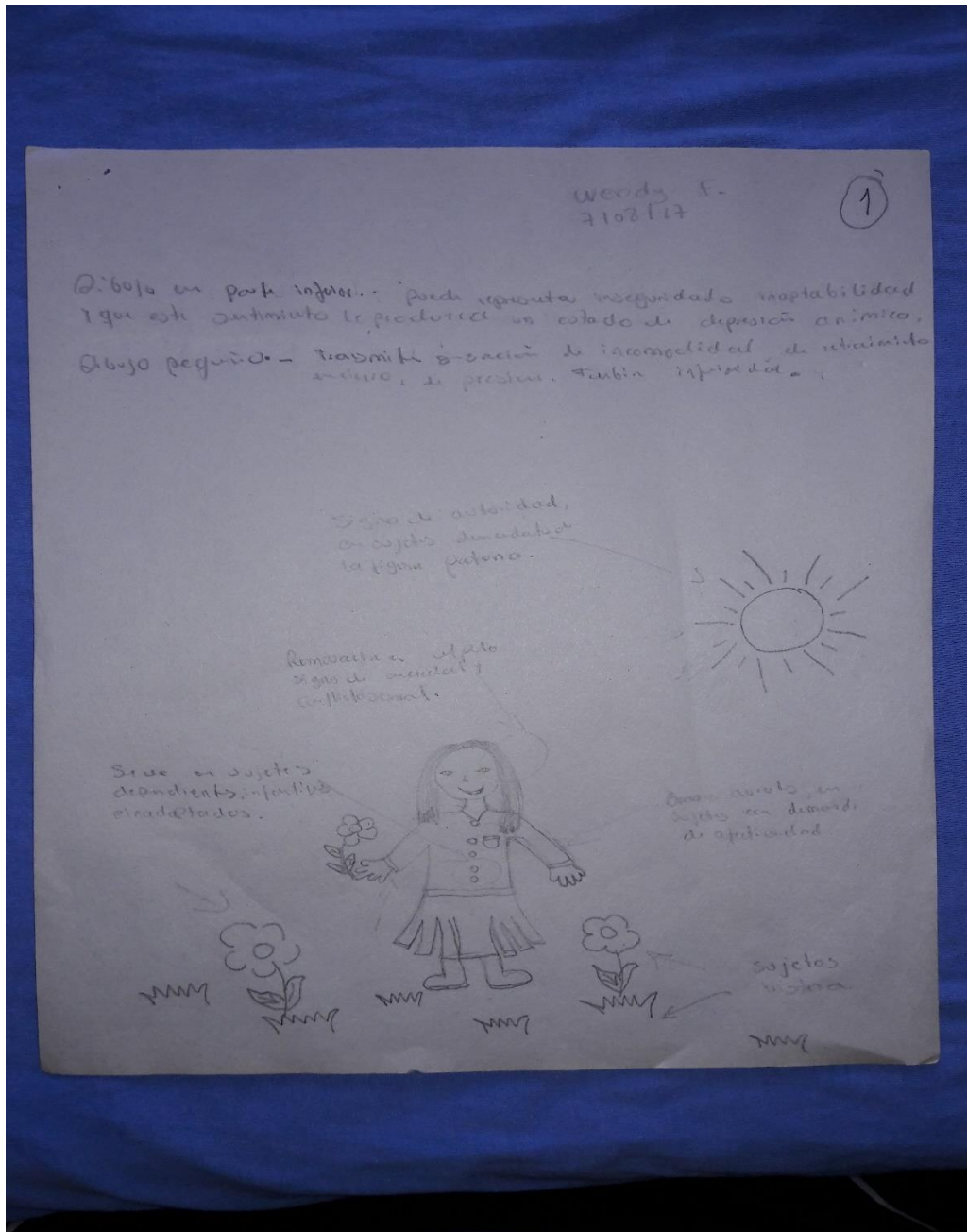
VIII. RECOMENDACIONES

- Terapia familiar breve.

- Talleres de relajación - respiración, desarrollo personal y habilidades sociales.
- Restablecer la dinámica familiar a través de orientación y consejería psicológica a los miembros de la familia.
- Derivación del caso al Médico Psiquiatra.

Anexo B.

Dibujo de la figura humana de Karen Machover, caso trastorno de somatización.



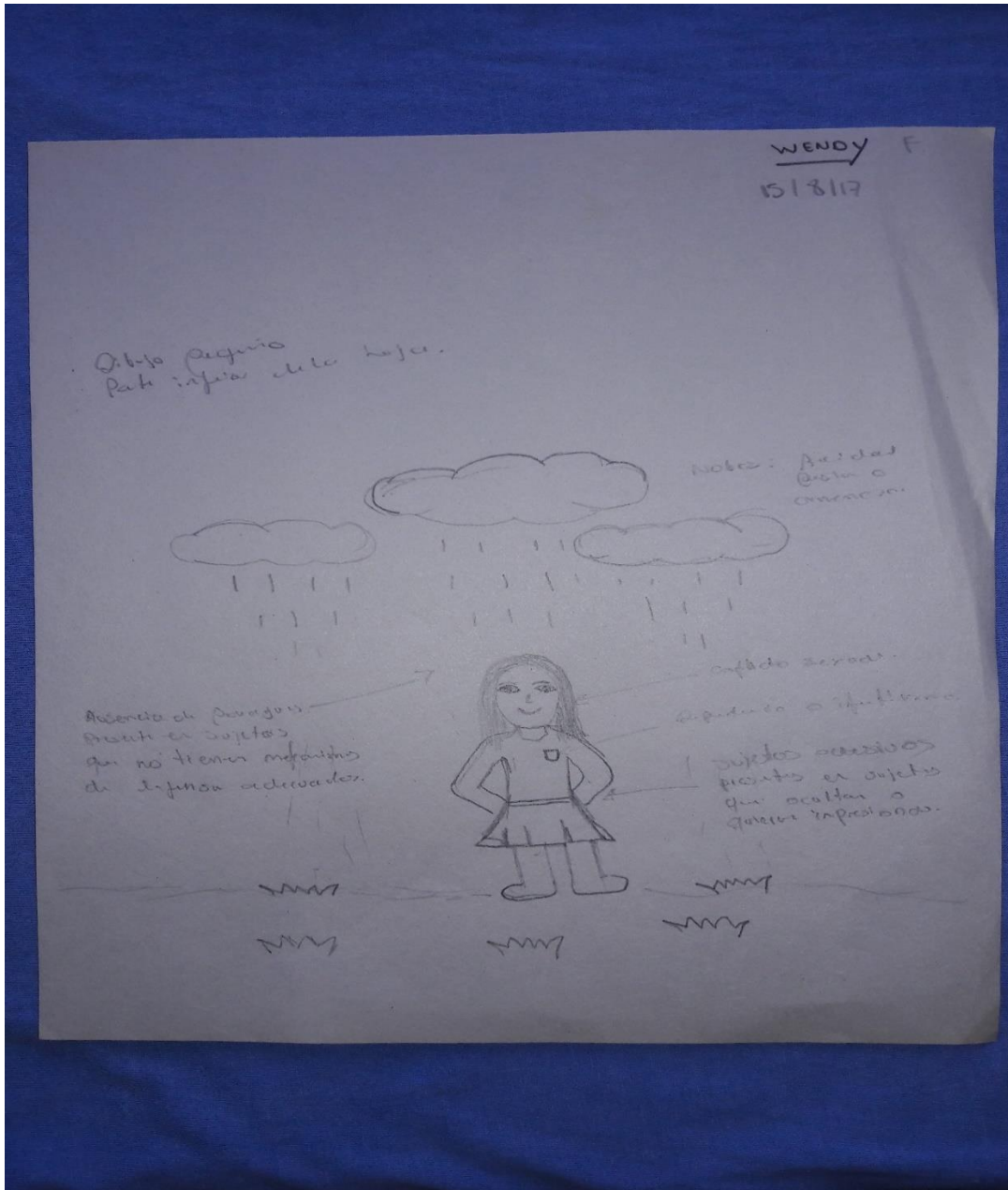
Anexo C.

Dibujo de la figura humana de Karen Machover, caso trastorno de somatización, fig II. .



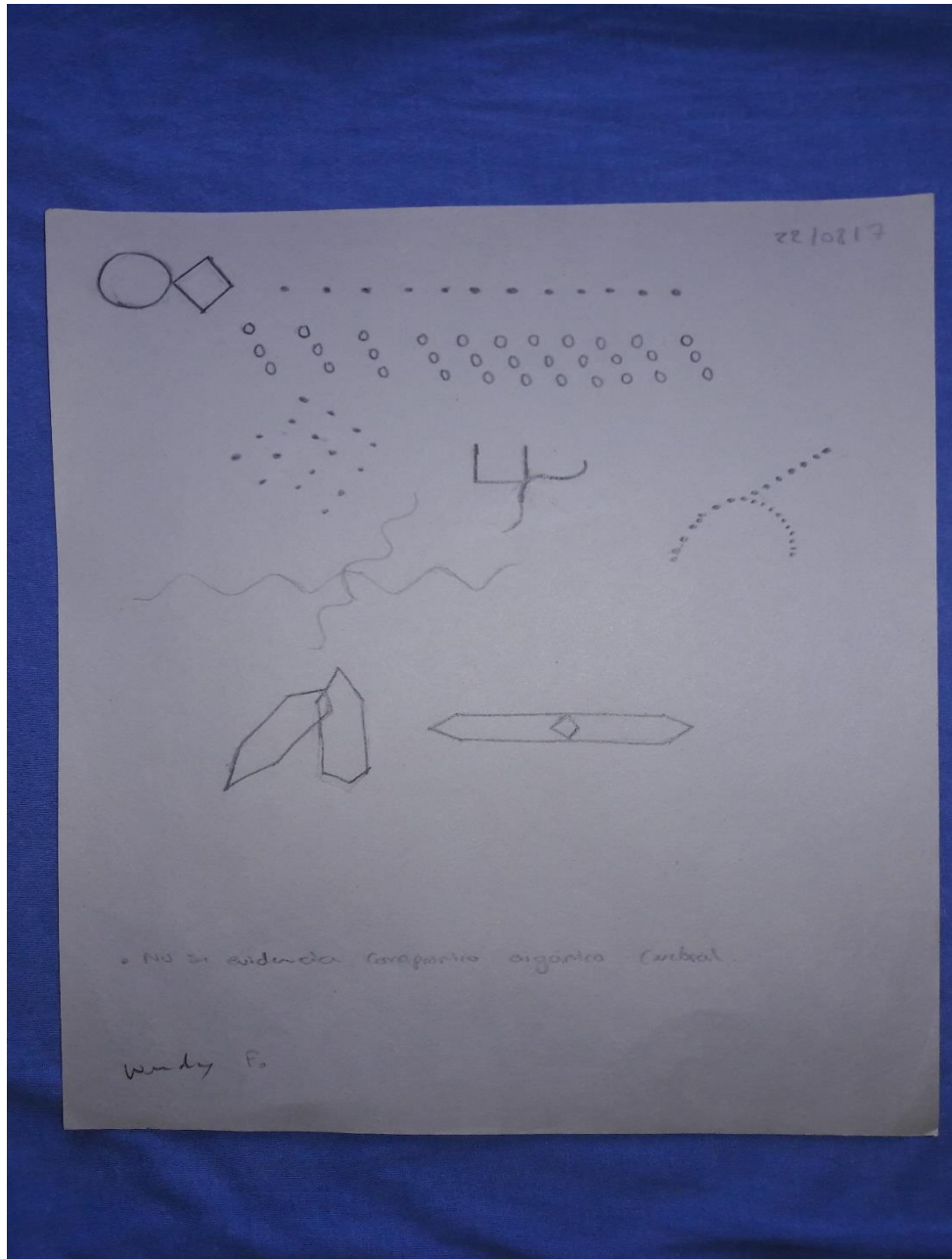
Anexo D.

Test de persona bajo la lluvia, caso trastorno de somatización.



Anexo E.

Test gestáltico visomotor de Bender, caso trastorno de somatización.



Anexo F.

Inventario multiaxial de Millon, caso trastorno de somatización.


MCMII		Test de Millon -PLANTILLA- WENDI FARFAN RODRIGUEZ													
Millon Clinical		Fecha: 29/01/2018													
Multiaxial Inventory - II		Edad: 26 años													
HOJA DE RESULTADOS															
Escalas de Validez															
V	Validez	0	- Valido												
X	Sinceridad	490	- Valido												
Y	Desemabilidad Social	11	-												
Z	Autodescalificación	31	-												
			PUNTAJE FINAL												
			84 X												
			50 Y												
			90 Z												
Patrones clínicos de personalidad															
	PUNTAJE Bruto	BR	FACTOR X	X1/2	AJUSTES				DA	DD	DC-1	DC-2	Pao.	PUNTAJE FINAL	
1	Esquizoide	23	69	63										63	1
2	Evitativo	26	77	71			71							71	2
3	Dependiente	29	70	64										64	3
4	Histrionco	36	82	76										76	4
5	Narcisista	45	82	76										76	5
6A	Antisocial	40	81	75										75	6A
6B	Agresivo-estilo	57	106	100										100	6B
7	Compulsivo	34	61	55										55	7
8A	Pasivo-agresivo	54	121	115										115	8A
8B	Autodestructivo	34	87	81			81							81	8B
Patología severa de personalidad															
S	Esquizotípico	23	65	62					58	58	58			58	S
C	Bordeline	57	92	89			89		85	85	85			85	C
P	Paranoide	44	82	79					79	79	79			79	P
Síndromes clínicos															
A	Ansiedad	39	115	109					105	105	105			105	A
H	Somatiforme	43	110	104					100	100	100			100	H
N	Bipolar	31	64	58										58	N
D	Distimia	43	92	86					82	82	82			82	D
B	Dependencia de alcohol	32	67	61										61	B
T	Dependencia de drogas	39	72	66										66	T
Síndromes severos															
SS	Desorden del pensamiento	24	65	62									62	62	SS
CC	Depresión mayor	40	80	77									77	77	CC
PP	Desorden delusional	20	67	64									64	64	PP

Indicador elevado	>=85
Indicador moderado	75-84
Indicador sugestivo	60-74
Indicador bajo	35-59
Indicador nulo	0-34

Creado por Inés Kuri de Tovar
Lima, 1999

Anexo G.

Inventario de personalidad - Eysenck y Eysenck, forma B, caso trastorno de somatización.


PERU Ministerio de Salud **DISA II** LIMA SUR **RED DE SALUD** HGO. CHO. SECO

INVENTARIO DE PERSONALIDAD - EYSENCK Y EYSENCK
HOJA DE RESPUESTAS

Apellidos y nombres: Wendy Eysenck Jerson Rodriguez
 Fecha de Nacimiento: 23.1.96 (9) Fecha de aplic.: 27/02/12 Edad: 26.0
 Ocupación: Estudios: Desarrolla. Genética Sexo: Femenino

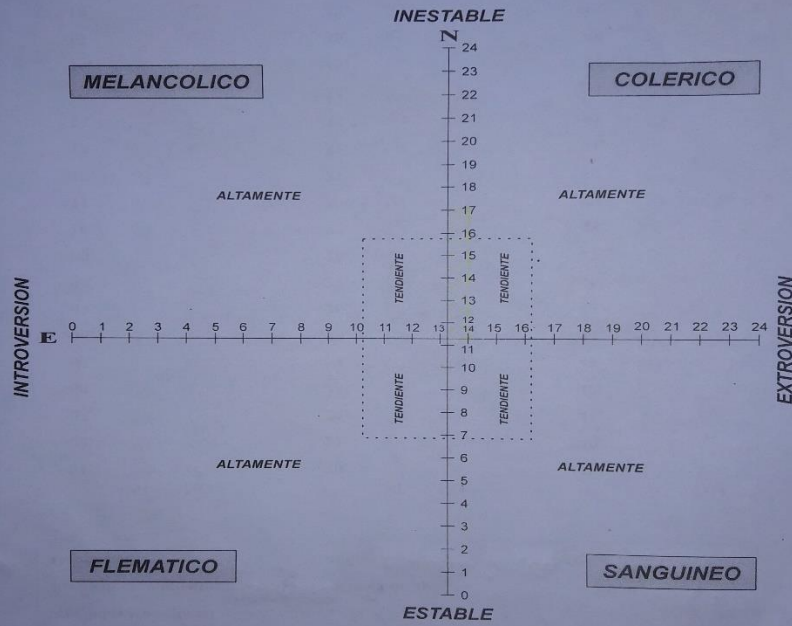
	SI	NO		SI	NO		SI	NO		
01.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		20.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		39.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
02.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	2	21.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		40.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
03.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	2	22.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	2	41.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
04.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	2	23.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	2	42.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
05.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	2	24.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	2	43.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
06.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	2	25.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	2	44.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
07.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	2	26.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	2	45.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
08.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	2	27.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	2	46.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
09.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	2	28.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	2	47.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
10.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	2	29.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	2	48.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
11.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	2	30.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	2	49.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
12.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	2	31.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	2	50.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
13.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	2	32.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	2	51.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
14.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	2	33.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	2	52.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
15.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	2	34.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	2	53.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
16.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	2	35.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	2	54.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
17.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	2	36.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	2	55.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
18.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	2	37.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	2	56.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
19.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	2	38.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	2	57.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

L: 04 E: 14 N: 17

TABLA DE CALIFICACION EYSENCK & EYSENCK

L= { Individual: 4
Grupal: 3.80

E= { \bar{X} = 13.24 D.S.= 3.10 (10.14 - 16.34)
N= { \bar{X} = 11.34 D.S.= 4.44 (6.90 - 15.78)



DIAGNOSTICO:

Anexo H.

Test de matrices progresivas para la medida de la capacidad intelectual - RAVEN, caso trastorno de somatización.

RAVEN - HOJA DE RESPUESTAS

Nombres y Apellidos: Wendy Yesenia Farfan Rodriguez
 Edad: 26 Fecha de Nac: 23/06/1991
 Lugar de Nac: Villa Héro, Lima Grado de Instrucción: -
 Ocupación Actual: Ama de casa Hora Inicial: 4:30
 Fecha del Pte. Examen: _____ Hora Final: 5:10

	A		B		C		D		E	
1	4	+ 1	2	+ 1	8	+ 1	3	+ 1	1	-
2	5	+ 2	6	+ 2	2	+ 2	4	+ 2	3	-
3	1	- 3	1	+ 3	3	+ 3	3	+ 3	8	+
4	2	+ 4	2	+ 4	8	+ 4	2	- 4	4	-
5	6	+ 5	1	+ 5	7	+ 5	8	+ 5	7	-
6	3	+ 6	3	+ 6	1	- 6	6	+ 6	2	-
7	6	+ 7	6	- 7	5	+ 7	5	+ 7	7	-
8	2	+ 8	6	+ 8	6	- 8	4	+ 8	1	-
9	1	+ 9	4	+ 9	7	- 9	1	+ 9	4	-
10	3	+ 10	3	+ 10	8	- 10	2	+ 10	2	-
11	6	- 11	4	+ 11	1	- 11	5	+ 11	1	-
12	4	+ 12	2	- 12	3	- 12	4	- 12	1	-
Punt. Parc.	10		10		6		10		01	

ACTITUD DEL SUJETO FORMA DE TRABAJO		DIAGNÓSTICO	
Reflex	Intuitiva	Edad cron.	16
Rápida	Lenta	T. Minut.	Puntaje 37
Intel.	Torpe	Discrep.	Percent. 31
Concent.	Distraída	Diagnóstico	
Dispuet.	Fatigada	Capacidad Intelectual, Termino	
Interés	Desinterés	Media.	
Tranquila	Intranq.		
Segura	Vacilante		
Uniforme	Irregular		

PSICOLOGO

Anexo I.

Inventario de Beck para depresión, caso trastorno de somatización.

ESCALA DE DEPRESION BECK

Nombre: JENNY YESenia FAJAN RODRIGUEZ Edad: 26
Fecha: 30/10/17 Grado de Instrucción: Secundaria Ocupación:

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación señale cual de las afirmaciones de cada grupo describe mejor como se ha sentido durante esta última semana, incluido el día de hoy. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección.

1	<ul style="list-style-type: none">• No me siento triste.<input checked="" type="checkbox"/> Me siento triste.• Me siento triste todo el tiempo y no puedo librarme de ello.<input checked="" type="checkbox"/> Me siento tan triste o desdichado que no puedo soportarlo.	6)	<ul style="list-style-type: none"><input checked="" type="checkbox"/> No siento que esté siendo castigado.• Siento que puedo estar siendo castigado.• Espero ser castigado.• Siento que estoy siendo castigado.
2)	<ul style="list-style-type: none"><input checked="" type="checkbox"/> No estoy particularmente desanimado con respecto al futuro.<input checked="" type="checkbox"/> Me siento desanimado con respecto al futuro.• Siento que no puedo esperar nada del futuro.• Siento que el futuro es irremediable y que las cosas no pueden mejorar.	7)	<ul style="list-style-type: none"><input checked="" type="checkbox"/> No me siento decepcionado en mí mismo.• Estoy decepcionado conmigo.<input checked="" type="checkbox"/> Estoy harto de mí mismo.• Me odio a mí mismo.
3)	<ul style="list-style-type: none">• No me siento fracasado.• Siento que he fracasado más que la persona normal.<input checked="" type="checkbox"/> Cuando miro hacia el pasado lo único que puedo ver en mi vida es un montón de fracasos.• Siento que como persona soy un fracaso completo.	8)	<ul style="list-style-type: none">• No me siento peor que otros.<input checked="" type="checkbox"/> Me crítico por mis debilidades o errores.• Me culpo todo el tiempo por mis faltas.• Me culpo por todas las cosas malas que suceden.
4)	<ul style="list-style-type: none">• Sigo obteniendo tanto placer de las cosas como antes.<input checked="" type="checkbox"/> No disfruto de las cosas como solía hacerlo.• Ya nada me satisface realmente.• Todo me aburre o me desagrada.	9)	<ul style="list-style-type: none"><input checked="" type="checkbox"/> No tengo ninguna idea de matarme.• Tengo ideas de matarme, pero no las llevo a cabo.• Me gustaría matarme.• Me mataría si tuviera la oportunidad.
5)	<ul style="list-style-type: none"><input checked="" type="checkbox"/> No siento ninguna culpa particular. Me siento culpable buena parte del tiempo.• Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.• Me siento culpable todo el tiempo.	10)	<ul style="list-style-type: none"><input checked="" type="checkbox"/> No lloro más de lo habitual.• Lloro más que antes.• Ahora lloro todo el tiempo.• Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo llorar nunca aunque quisiera.
		11)	<ul style="list-style-type: none">• No me irrito más ahora que antes.<input checked="" type="checkbox"/> Me enoja o irrito más fácilmente ahora que antes.• Me siento irritado todo el tiempo.• No me irrito para nada con las cosas que solían irritarme.

12)

- No he perdido interés en otras personas.
- Esloy menos interesado en otras personas de lo que solia estar.
- He perdido la mayor parte de mi interés en los demás.
- He perdido todo interés en los demás.

13)

- Tomo decisiones como siempre.
- Dejo de tomar decisiones más frecuentemente que antes.
- Tengo mayor dificultad que antes en tomar decisiones.
- Ya no puedo tomar ninguna decisión.

14)

- No creo que me vea peor que antes.
- Me preocupa que esté pareciendo avejentado (a) o inatractivo (a).
- Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen parecer inatractivo (a).
- Creo que me veo horrible.

15)

- Puedo trabajar tan bien como antes.
- Me cuesta un mayor esfuerzo empezar a hacer algo.
- Tengo que hacer un gran esfuerzo para hacer cualquier cosa.
- No puedo hacer ningún tipo de trabajo.

16)

- Puedo dormir tan bien como antes.
- No duermo tan bien como antes.
- Me despierto 1 ó 2 horas más temprano de lo habitual y me cuesta volver a dormir.
- Me despierto varias horas más temprano de lo habitual y no puedo volver a dormirme.

17)

- No me canso más de lo habitual.
- Me canso más fácilmente de lo que solia cansarme.
- Me canso al hacer cualquier cosa.
- Estoy demasiado cansado para hacer cualquier cosa.

18)

- Mi apetito no ha variado.
- Mi apetito no es tan bueno como antes.
- Mi apetito es mucho peor que antes.
- Ya no tengo nada de apetito.

19)

- Últimamente no he perdido mucho peso, si es que perdí algo.
- He perdido más de 2 kilos.
- He perdido más de 4 kilos.
- He perdido más de 6 kilos.

20)

- No estoy más preocupado por mi salud de lo habitual.
- Estoy preocupado por problemas físicos tales como malestares y dolores de estomago o constipación.
- Estoy muy preocupado por problemas físicos y es difícil pensar en otra cosa.
- Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en nada más.

21)

- No he notado cambio reciente de mi interés por el sexo.
- Estoy interesado por el sexo de lo solia estar.
- Estoy mucho menos interesado por el sexo ahora.
- He perdido por completo mi interés por el sexo.

Puntuacion: 0-1-2-3

✓ Punteje = 17

Corresponde a estados de determinación intumitentes.

Anexo J.

Informe psicológico, caso trastorno límite de personalidad.

I. DATOS DE FILIACION.

Nombre : Álvaro AA.

Edad : 20 años.

Lugar de nacimiento : Lima.

Fecha de nacimiento : 21/10/97.

Lugar de residencia : Chorrillos, Lima Perú.

Estado Civil : Soltero.

Grado de instrucción : Secundaria completa.

Religión : Católica.

Nº Hermanos : 4/9

Lugar de la Entrevista : Centro Materno Infantil Buenos Aires de Villa- Chorrillos.

Evaluador : Bachiller Ps, Yonathan Sabino Gonzales.

II. MOTIVO DE CONSULTA

Paciente que acude a consulta refiriendo: *“tengo problemas para controlar mi ira, en una ocasión discutí con mi enamorada (Susana 20 años), en setiembre 2016, porque ella mantuvo conversaciones con su ex enamorado y no me lo dijo”*. *“En una ocasión ella me contó que había conversado con su ex enamorado por redes sociales, esto me puso celoso y sentí miedo que regrese con él. Incluso en una ocasión la vi en la juguería junto con su ex enamorado y una amiga, cuando anteriormente me dijo que iba a estar en la casa de ella, encaré a mi enamorada, peleamos y en ese mismo día nos reconciliamos, acordando que ella no volvería a conversar con su ex y que yo no me portaría así, fue una mujer a quien quise bastante, al inicio de la relación, pero todo se terminó”*.

También refiere tener problemas familiares, ya que cuenta que su madre es una persona agresiva e intolerante para con él, y que desde su niñez ha sufrido de mal trato infantil. En ocasiones tomó la decisión de irse de su casa puesto que no podía sobrellevar a su madre. Ante lo cual dice sentirse triste, y angustiado, por querer que todo fuera diferente.

III. OBSERVACION DE LA CONDUCTA

Paciente varón adulto de 20 años de edad, aparenta su edad cronológica referida, test trigueña, contextura delgada, mide aproximadamente 1:75 mt. Cabello lacio largo y de color negro. En la primera sesión viste de capucha roja y pantalón jean color verde y se observa un inadecuado aseo personal, tiene el cabello despeinado y a las sesiones acudió con la misma vestimenta. Orientado en espacio tiempo y persona, con un estado de conciencia lucido, no se evidencia alteraciones en la percepción, nivel de atención adecuado, cambia el tono de voz haciéndose baja y lenta, al instante relata episodios donde sufrió violencia y ríe mientras lo cuenta. En general su lenguaje es expresivo y comprensivo, claro, fluido. Presenta conductas amaneradas. Se muestra colaborador con la entrevista respondiendo a las preguntas realizadas.

IV. INSTRUMENTO UTILIZADOS

- Entrevista y observación de conducta.
- Anamnesis.
- Test de la figura humana de Karen Machover.
- Test de la Persona bajo la lluvia.
- Test de Frases Incompletas de SACKS.
- Test Gestáltico Visomotor de Bender
- Inventario Multiaxial de Millon (MCMII-II).
- Inventario de personalidad – Eysenck y Eysenck, forma B.

- Inventario de Beck para Depresión.
- Test de Matrices progresivas para la medida de la capacidad intelectual- RAVEN.

V. RESULTADOS

ORGANICIDAD

No se evidencia compromiso orgánico cerebral.

En cuanto a sus funciones cognitivas básicas y superiores no se encuentra alteraciones a nivel perceptual, la memoria a corto y largo plazo, se encuentran conservadas. Adecuado nivel de atención y concentración. Presenta curso del pensamiento adecuado, su contenido suele ser lógico en ocasiones con presencia de pensamientos extraños.

INTELIGENCIA

Capacidad intelectual alcanza un nivel superior al promedio, lo que nos indica que sus procesos intelectuales son superior a su grupo de pares, siendo su capacidad de análisis y síntesis adecuados a su edad.

PERSONALIDAD

Presenta ambivalencia afectiva (amor-ira), inseguridad, sentimientos de abandono y soledad generándole angustia, dificultad para el control de la ira con ideación suicida frente a situaciones estresantes.

Se evidencia tendencia a la extroversión e inestabilidad, de temperamento colérico, con fuertes indicadores de agresividad. También presenta indicadores de dependencia con falta de confianza en sí mismo.

Fuerte apego a sus relaciones sentimentales, dándole más importancia que a su propia persona. Confronta situaciones que percibe amenazantes como infidelidad, generándole posteriormente sentimientos de culpabilidad.

Indica susceptibilidad a la ofensa y reacción a críticas de las opiniones de los demás, sobre su persona su persona. Muestra altos indicadores de agresividad lo cual se refleja a través de sentimientos como cólera, enojo, fastidio, rompe objetos; así también presenta indicadores de ansiedad, denotando inquietud, hipervigilancia cuando se enfrenta a situaciones estresantes.

No presenta mecanismos de defensa adecuados, siendo susceptible a críticas hacia el en su entorno.

AREA FAMILIAR

Presenta inadecuada dinámica familiar, de padres distantes, y sentimientos de no pertenencia a la familia, así como también existe violencia física y psicológica.

Evidencia, conflictos con la figura paterna, distanciamiento del mismo, resalta el vínculo poco significativo que hay entre ellos, escasa comunicación, pobre reconocimiento de la figura de autoridad. De Igual manera se evidencia conflictos con la madre, quien representa para él una figura punitiva, poco comunicativa, irascible, inefectiva.

En relación a sus hermanos por parte de su mama presenta conductas de hostilidad, enfado e incomprensión hacia ellos (menores que él).

RELACIONES SOCIALES

Presenta bajo nivel de habilidades sociales como la empatía y asertividad para comunicarse lo cual dificulta al momento de entablar relaciones interpersonales y de socialización con personas de su medio. Además, consumo de sustancias psicoactivas a edades tempranas.

VI. CONCLUSIONES

- Presenta una capacidad intelectual superior al promedio.
- No evidencia indicadores de compromiso orgánico cerebral.
- Presenta ambivalencia afectiva, sentimientos de soledad, generándole ansiedad, angustia e ideas suicidas. Y demandante de afectividad.
- Apego a sus relaciones sentimentales atribuyéndole mayor importancia que a sus intereses personales. Dependencia y falta de confianza en sí mismo.

- Sensibilidad a situaciones estresantes de su entorno lo cual expresa a través de sentimientos como cólera, enojo, fastidio, rompe objetos. Altos niveles de agresividad.
- No presenta mecanismos de defensa adecuados, con reacción a críticas sobre su persona y susceptibilidad a la ofensa.
- Inadecuada dinámica familiar, presenta sentimientos de no pertenencia y conflictos con la figura parenterales y fraternas.
- Socialmente presenta inadecuado nivel de asertividad y empatía para comunicar ideas y de conducta para con su medio social, apego y sobrevaloración a en sus relaciones sentimentales, amicales y a la vez evidencia inestabilidad en ellas.
- Conductas de consumo a sustancias psicoactivas y predisposición a ellas desde la adolescencia.

VII. DIAGNÓSTICO

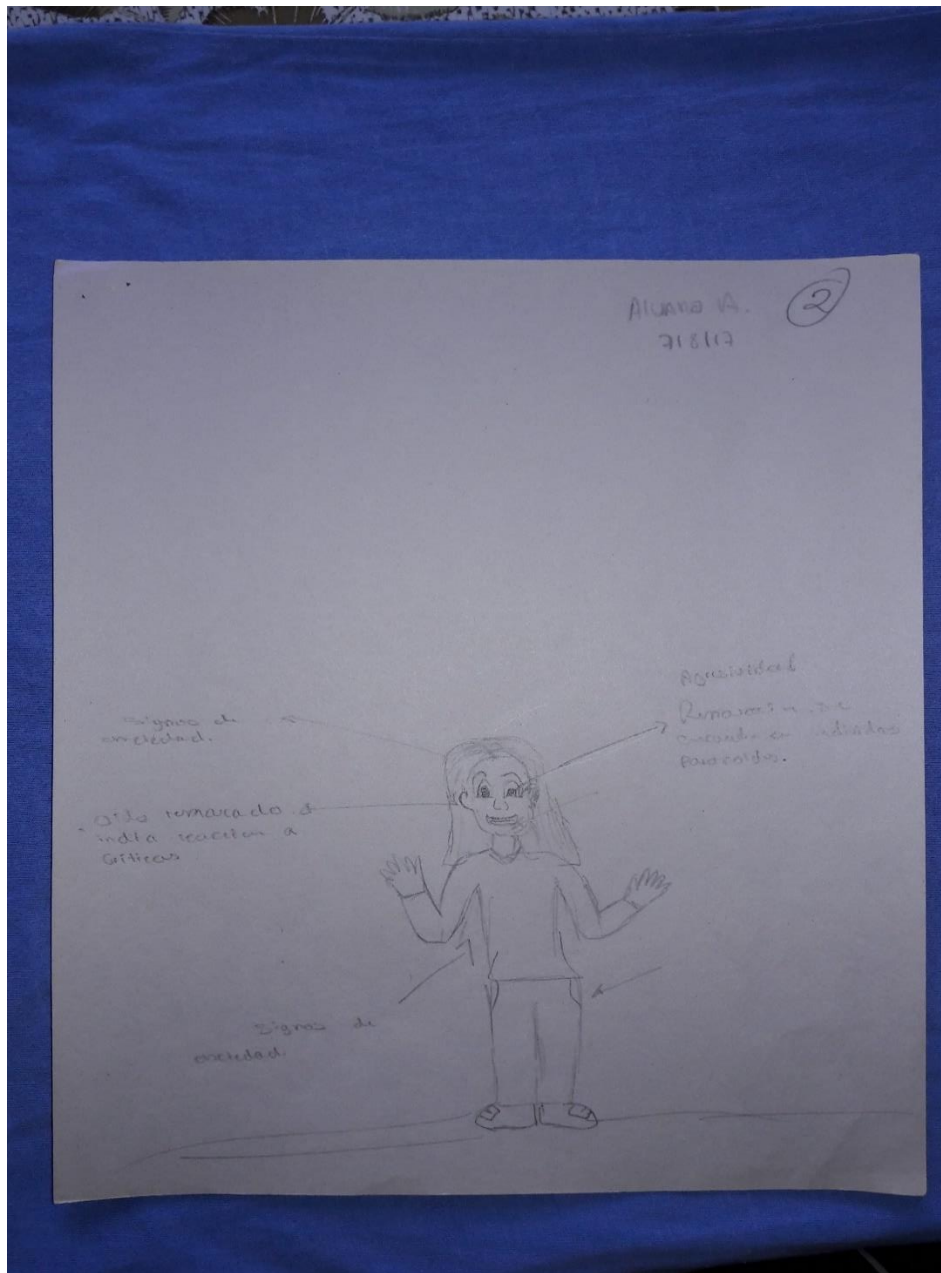
TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD, 60.31.

VIII. RECOMENDACIONES

- Terapia dialéctica conductual (TDC).
- Restablecer la dinámica familiar a través de orientación y consejería psicológica a los miembros de la familia.
- Derivación del caso al Médico Psiquiatra.

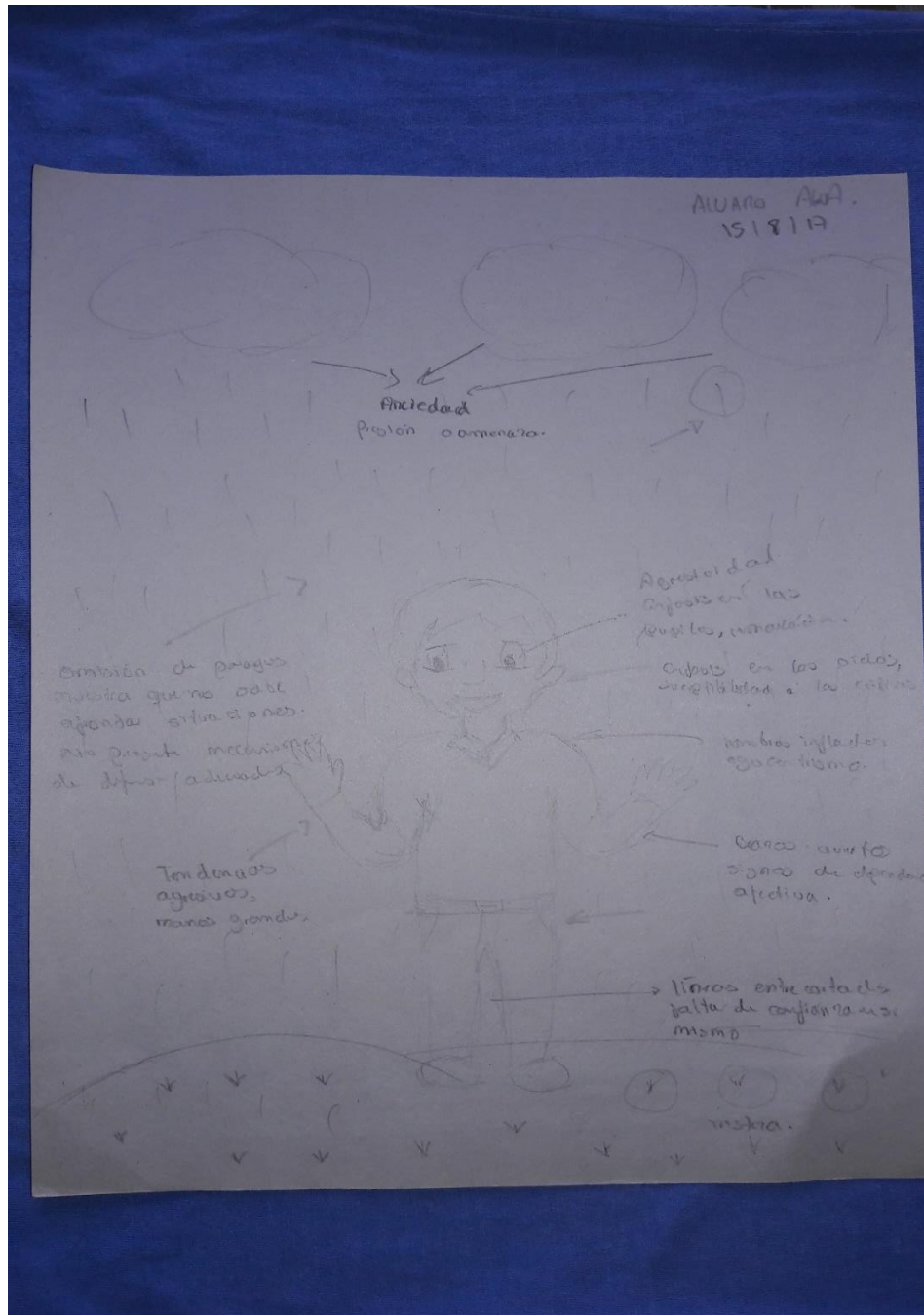
Anexo L.

Test de la figura humana de Karen Machover, fig 2.



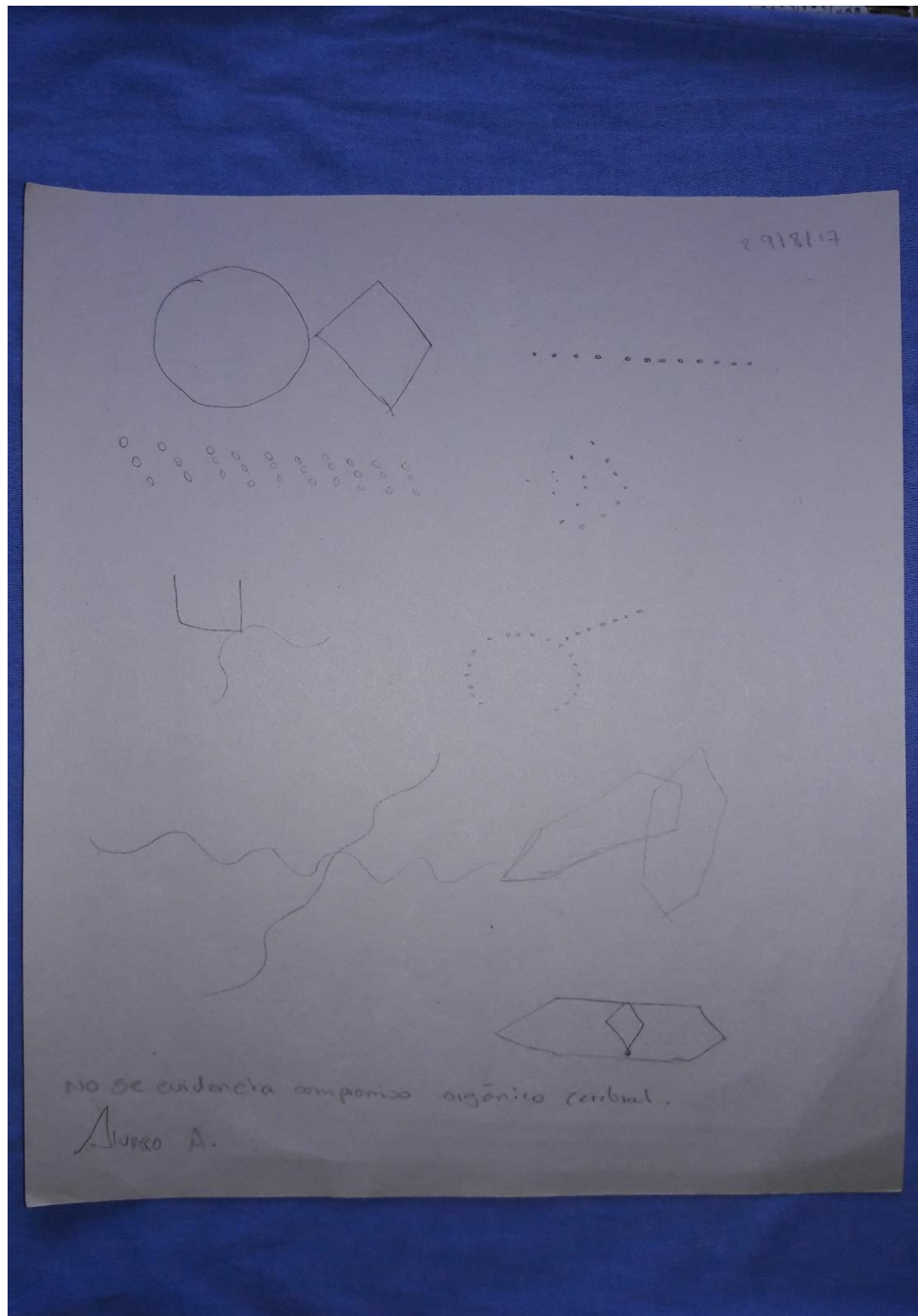
Anexo M.

Test de la persona bajo la lluvia, caso trastorno límite de personalidad.



Anexo N.

Test gestáltico visomotor de Bender, caso trastorno límite de personalidad.



Anexo O.

Inventario multiaxial de Millon, caso trastorno límite de personalidad.


MCMII-II		Millon de alvaro aa												
Millon Clinical		Fecha: 29/01/2018												
Multiaxial Inventory - II		Edad: 19 años												
HOJA DE RESULTADOS														
Escalas de Validez			PUNTAJE FINAL											
V	Validez	0	- Valido											
X	Sinceridad	487	- Valido											
Y	Deseabilidad Social	7	-											
Z	Autoevaluación	26	-											
			84 X											
			34 Y											
			84 Z											
Patrones clínicos de personalidad	PUNTAJE		FACTOR					AJUSTES				PUNTAJE		
	Bruto	BR	X	X1/2	DA	DD	DC-1	DC-2	Pao.	FINAL				
1	Esquizoide	28	81	75							75	1		
2	Evitativo	30	86	80						80	80	2		
3	Dependiente	30	72	66							66	3		
4	Histrionico	36	73	67							67	4		
5	Narcisista	37	73	67							67	5		
6A	Antisocial	43	94	88							88	6A		
6B	Agresivo-sádico	45	102	96							96	6B		
7	Compulsivo	24	34	28							28	7		
8A	Pasivo-agresivo	55	121	115							115	8A		
8B	Autodestructivo	38	111	105						105	105	8B		
Patología severa de personalidad		PUNTAJE		FACTOR					AJUSTES				PUNTAJE	
		Bruto	BR	X	X1/2	DA	DD	DC-1	DC-2	Pao.	FINAL			
S	Esquizotípico	27	69		66		61	61	61		61	S		
C	Borderline	65	121		118		118	113	113		113	C		
P	Paranoide	27	64		61			61	61		61	P		
Síndromes clínicos		PUNTAJE		FACTOR					AJUSTES				PUNTAJE	
		Bruto	BR	X	X1/2	DA	DD	DC-1	DC-2	Pao.	FINAL			
A	Ansiedad	33	105	99			94	94	94		94	A		
H	Somatiforme	31	68	62			57	57	57		57	H		
N	Bipolar	35	71	65							65	N		
D	Distimia	34	92	86			81	81	81		81	D		
B	Dependencia de alcohol	32	85	79							79	B		
T	Dependencia de drogas	42	83	77							77	T		
Síndromes severos		PUNTAJE		FACTOR					AJUSTES				PUNTAJE	
		Bruto	BR	X	X1/2	DA	DD	DC-1	DC-2	Pao.	FINAL			
SS	Desorden del pensamiento	22	68		65					65	65	SS		
CC	Depresión mayor	26	68		65					65	65	CC		
PP	Desorden delusional	10	51		48					48	48	PP		

Indicador elevado	>=85
Indicador moderado	75-84
Indicador sugestivo	60-74
Indicador bajo	35-59
Indicador nulo	0-34

Creado por Inés Kudi Tower
Lima, 1999

Anexo P.

Inventario de personalidad Eysenck y Eysenck, forma B, caso trastorno límite de personalidad.


PERU Ministerio de Salud DISA II LIMA SUR RED DE SALUD BCO, CHO, BCO.

INVENTARIO DE PERSONALIDAD - EYSENCK Y EYSENCK
HOJA DE RESPUESTAS

Apellidos y nombres: Alonso A.A.
 Fecha de Nacimiento: 21.10.1993 Fecha de aplic.: 27.10.2012 Edad: 20
 Ocupación: Estudiante Estudios: Psicología Sexo: Masculino

	SI	NO		SI	NO		SI	NO			
01.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	20.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	2	39.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	2	
02.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	2	21.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	2	40.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	2
03.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	2	22.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	2	41.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	2
04.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	2	23.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	2	42.	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	2
05.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	2	24.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	2	43.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	2
06.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	2	25.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	2	44.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	2
07.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	2	26.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	2	45.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	2
08.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	2	27.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	2	46.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	2
09.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	2	28.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	2	47.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	2
10.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	2	29.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	2	48.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	2
11.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	2	30.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	2	49.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	2
12.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	2	31.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	2	50.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	2
13.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	2	32.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	2	51.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	2
14.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	2	33.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	2	52.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	2
15.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	2	34.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	2	53.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	2
16.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	2	35.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	2	54.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	2
17.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	2	36.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	2	55.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	2
18.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	2	37.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	2	56.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	2
19.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	2	38.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	2	57.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	2

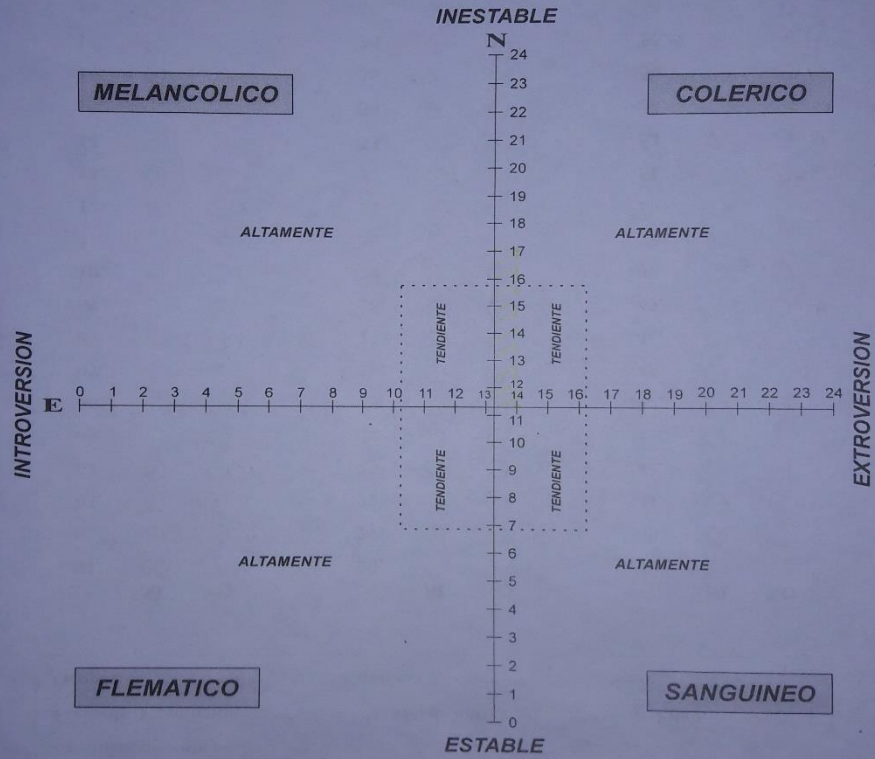
L: 02 E: 14 N: 17

TABLA DE CALIFICACION EYSENCK & EYSENCK

L= { Individual: 4
 Grupal: 3.80

E= { \bar{X} = 13.24 D.S.= 3.10 (10.14 - 16.34)

N= { \bar{X} = 11.34 D.S.= 4.44 (6.90 - 15.78)



DIAGNOSTICO:

Anexo Q.

Test de matrices progresivas para la medida de la capacidad intelectual - Raven, caso trastorno límite de personalidad.

RAVEN - HOJA DE RESPUESTAS

Nombres y Apellidos: Alvaro A.A.
 Edad: 20 Fecha de Nac: 21/10/97
 Lugar de Nac: Cma. Charrino Grado de Instrucción: Coando Superior Técnico
 Ocupación Actual: Estudiante Hora Inicial: 9:09/17 - 2:30 p
 Fecha del Pte. Examen: 09/09/17 Hora Final: 2:00 p

	A		B		C		D		E		
1	4	✓	1	2	✓	1	8	✓	1	7	✓
2	5	✓	2	6	✓	2	2	✓	2	4	✓
3	1	✓	3	1	✓	3	3	✓	3	3	✓
4	2	✓	4	2	✓	4	8	✓	4	7	✓
5	6	✓	5	1	✓	5	7	✓	5	8	✓
6	3	✓	6	3	✓	6	4	✓	6	6	✓
7	6	✓	7	8	✓	7	5	✓	7	8	✓
8	2	✓	8	6	✓	8	1	✓	8	4	✓
9	1	✓	9	5	✓	9	7	✓	9	1	✓
10	3	✓	10	3	✓	10	8	✓	10	2	✓
11	5	✓	11	4	✓	11	1	✓	11	2	✓
12	1	✓	12	5	✓	12	3	✓	12	1	✓
Punt. Parc.	11		11		10		9		5		

ACTITUD DEL SUJETO FORMA DE TRABAJO		DIAGNÓSTICO		
Reflex		Inintuitiva	Edad cron. <u>20</u> Puntaje <u>46</u>	
Rápida		Lenta	T. Minut. <u>23</u> Percent. <u>73</u>	
Intel.		Torpe	Discrep. <u> </u> Rango <u> </u>	
Concent.		Distraída	Diagnóstico	
DISPOSICIÓN			<u>Superior al promedio.</u>	
Dispuest.		Fatigada	PSICÓLOGO	
Interés		Desinterés		
Tranquila		Intranq.		
Segura		Vacilante		
PERSEVERANCIA				
Uniforme		Irregular		

Anexo R.

Inventario de Beck para depresión, caso trastorno límite de personalidad.

ESCALA DE DEPRESION BECK

Nombre: Alexo Alvarado Araya Edad: 20
Fecha: 16/10/17 Grado de Instrucción: Responde D.T. Ocupación: Estudiante.

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación señale cual de las afirmaciones de cada grupo describe mejor como se ha sentido durante esta última semana, incluido el día de hoy. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección.

1)	<ul style="list-style-type: none">• No me siento triste.<input checked="" type="radio"/> Me siento triste.• Me siento triste todo el tiempo y no puedo librarme de ello.• Me siento tan triste o desdichado que no puedo soportarlo.	6)	<ul style="list-style-type: none">• No siento que esté siendo castigado.<input checked="" type="radio"/> Siento que puedo estar siendo castigado.• Espero ser castigado.• Siento que estoy siendo castigado.
2)	<ul style="list-style-type: none"><input checked="" type="radio"/> No estoy particularmente desanimado con respecto al futuro.• Me siento desanimado con respecto al futuro.• Siento que no puedo esperar nada del futuro.• Siento que el futuro es irremediable y que las cosas no pueden mejorar.	7)	<ul style="list-style-type: none">• No me siento decepcionado en mí mismo.<input checked="" type="radio"/> Estoy decepcionado conmigo.• Estoy harto de mí mismo.• Me odio a mí mismo.
3)	<ul style="list-style-type: none"><input checked="" type="radio"/> No me siento fracasado.• Siento que he fracasado más que la persona normal.• Cuando miro hacia el pasado lo único que puedo ver en mi vida es un montón de fracasos.• Siento que como persona soy un fracaso completo.	8)	<ul style="list-style-type: none">• No me siento peor que otros.<input checked="" type="radio"/> Me critico por mis debilidades o errores.• Me culpo todo el tiempo por mis faltas.• Me culpo por todas las cosas malas que suceden.
4)	<ul style="list-style-type: none">• Sigo obteniendo tanto placer de las cosas como antes.<input checked="" type="radio"/> No disfruto de las cosas como solía hacerlo.• Ya nada me satisface realmente.• Todo me aburre o me desagrada.	9)	<ul style="list-style-type: none"><input checked="" type="radio"/> No tengo ninguna idea de matarme.• Tengo ideas de matarme, pero no las llevo a cabo.• Me gustaría matarme.• Me mataría si tuviera la oportunidad.
5)	<ul style="list-style-type: none">• No siento ninguna culpa particular.<input checked="" type="radio"/> Me siento culpable buena parte del tiempo.• Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.• Me siento culpable todo el tiempo.	10)	<ul style="list-style-type: none"><input checked="" type="radio"/> No lloro más de lo habitual.• Lloro más que antes.• Ahora lloro todo el tiempo.• Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo llorar nunca aunque quisiera.
		11)	<ul style="list-style-type: none"><input checked="" type="radio"/> No me irrito más ahora que antes.• Me enoja o irrito más fácilmente ahora que antes.• Me siento irritado todo el tiempo.• No me irrito para nada con las cosas que solían irritarme.

12)

- No he perdido interés en otras personas.
- Estoy menos interesado en otras personas de lo que solía estar.
- He perdido la mayor parte de mi interés en los demás.
- He perdido todo interés en los demás.

13)

- Tomo decisiones como siempre.
- Dejo de tomar decisiones más frecuentemente que antes.
- Tengo mayor dificultad que antes en tomar decisiones.
- Ya no puedo tomar ninguna decisión.

14)

- No creo que me vea peor que antes.
- Me preocupa que esté pareciendo envejecido (a) o inactivo (a).
- Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen parecer inactivo (a).
- Creo que me veo horrible.

15)

- Puedo trabajar tan bien como antes.
- Me cuesta un mayor esfuerzo empezar a hacer algo.
- Tengo que hacer un gran esfuerzo para hacer cualquier cosa.
- No puedo hacer ningún tipo de trabajo.

16)

- Puedo dormir tan bien como antes.
- No duermo tan bien como antes.
- Me despierto 1 o 2 horas más temprano de lo habitual y me cuesta volver a dormir.
- Me despierto varias horas más temprano de lo habitual y no puedo volver a dormirme.

17)

- No me canso más de lo habitual.
- Me canso más fácilmente de lo que solía cansarme.
- Me canso al hacer cualquier cosa.
- Estoy demasiado cansado para hacer cualquier cosa.

18)

- Mi apetito no ha variado.
- Mi apetito no es tan bueno como antes.
- Mi apetito es mucho peor que antes.
- Ya no tengo nada de apetito.

19)

- Últimamente no he perdido mucho peso, si es que perdí algo.
- He perdido más de 2 kilos.
- He perdido más de 4 kilos.
- He perdido más de 6 kilos.

20)

- No estoy más preocupado por mi salud de lo habitual.
- Estoy preocupado por problemas físicos tales como malestares y dolores de estómago o constipación.
- Estoy muy preocupado por problemas físicos y es difícil pensar en otra cosa.
- Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en nada más.

21)

- No he notado cambio reciente de mi interés por el sexo.
- Estoy interesado por el sexo de lo solía estar.
- Estoy mucho menos interesado por el sexo ahora.
- He perdido por completo mi interés por el sexo.

• 10 Pts. Este Altibajas
con consideraciones normales.

Anexo S.

Informe psicológico, caso trastorno de depresión mayor.

I. DATOS DE FILIACION

Nombre : Melody R.
Edad : 25 años.
Lugar de nacimiento : Pucallpa, Perú.
Fecha de nacimiento : 27/03/1992.
Lugar de residencia : Mz-42 D-Lt4. AA.HH Buenos Aires de
Villa, Chorillos.
Estado Civil : Soltera.
Grado de instrucción : Secundaria completa.
Religión : Ninguna.
N° Hermanos : 01
Evaluador : Bachiller Ps, Yonathan Sabino.

II. MOTIVO DE CONSULTA

Paciente se presenta a consulta, por mediación de sus padres tras ser dada de alta del Hospital Víctor Larco Herrera, a donde ingreso al intentar suicidarse por segunda vez, la primera fue en el 2016. Refiere: "estoy en una situación de desesperanza constante de la que no veo solución alguna,

mis padres me trajeron aquí, ellos no son capaces de hacer lo necesario para ayudarme a salir de esta situación. Esta problemática viene ocurriendo desde no menos de dos semanas. Menciona: *“Me siento mal conmigo misma, no me acepto, soy fea porque tengo la cara deforme, por eso me siento triste y desanimada”*. En el primer intento de suicidio (2016) tomo tabletas de clonazepam (10 unidades) y esta vez ingirió raticida (01 sobre disuelto en agua), ambos intentos fueron frustrados por su padrastro quien la llevo al hospital. Ella considera que su pómulo derecho es asimétrico, esto hace que no acepte su imagen corporal, a la vez causante de no tener pareja sentimental ya que no se atreva a relacionarse, puesto que teme ser rechazada y criticada, por su defecto físico en el rostro. Exige: *“Quiero que me operen, no me siento bien, quiero operarme la cara, sentirme bien, hermosa, conmigo misma, quiero que me operen”*.

El Psiquiatra en el Hospital Víctor Larco Herrera receto: Vitamina B12 (01 unidad x día), Certralina (01 unidad x día) y clonazepam (01 unidad antes de dormir).

III. OBSERVACION DE CONDUCTA

M.R. Al ingresar al consultorio se muestra intranquila, mira de un lugar a otro, se observa disnea, temblores, sensación de disforia y exaltación. Mide aproximadamente 1.55 m de estatura, pesa 55 kg. Lleva un piercing en la nariz. En la espera de su turno de atención se muestra intranquila, demandando atención en reiteradas oportunidades. Por otra parte, aparenta su edad actual, presenta inadecuado alineo personal y viste acorde a la estación. Tez trigueña, cabello negro suelto, ojos oscuros enrojecidos con lloro, cejas tatuadas, lenguaje lento y tono de voz baja.

IV. INSTRUMENTOS UTILIZADOS

Entrevista y observación de conducta.

Anamnesis.

Test de la Figura Humana de Karen Machover.

Test de la Persona Bajo la Lluvia.

Inventario de personalidad de Eysenck Forma B – para adultos.

Test Gestáltico Visomotor de Bender.

Inventario Multiaxial de Millon (MCMI-II).

Inventario de Beck para Depresión.

Test de Matrices progresivas para la medida de la capacidad intelectual- RAVEN.

V. RESULTADOS

Orientada en las tres esferas, tiempo espacio y persona.

ORGANICIDAD

No se evidencia compromiso orgánico cerebral.

En cuanto a las funciones cognitivas básicas y superiores se encuentran alteraciones, como por ejemplo presenta un inadecuado proceso de sus pensamientos, con deficiencia en el curso del

mismo, evidenciándose retardo y ralentizado, dificultades para pensar. En cuanto a la estructura del lenguaje repite automáticamente conceptos y palabras rellenando su curso en el pensamiento. En el contenido del pensamiento presenta ideas dominantes y obsesivas a auto despreciarse, generándole angustia. Así mismo presenta bajo niveles de atención y concentración.

INTELIGENCIA

Capacidad intelectual término medio.

PERSONALIDAD

En cuanto a la estructura de la personalidad la evaluada presenta tendencia a la inestabilidad y e introversión, sentimientos auto derrotistas, puesto que no ve con entusiasmo su futuro, ya presenta mecanismos para afrontar situaciones diarias, como laborales, familiares y sus problemas de inaceptación corporal, inseguridad para tomar decisiones cotidianas.

Se evidencia tristeza, ya que relata episodios de llanto y bajo estado de ánimo; desmotivación por las actividades que anteriormente realizaba como las laborales; disminución de la atención y concentración, ya que constantemente solicita se le repita preguntas o indicaciones en la consulta. Actitudes pesimistas o auto despreciativas, ideas irracionales dominantes de su estructura corporal, con respecto a la deformación de su rostro, lo que le produce querer suicidarse.

No presenta mecanismos de defensa a situaciones estresantes externas, ante la cual se ve afectada por no tener herramientas para afrontarlas, causándole problemas emocionales y conductuales como retraimiento, se muestra evasiva.

Y por último hay datos de insomnio, puesto que necesita de pastillas para dormir; apatía, desmotivación, para realizar actividades cotidianas como limpiar su cuarto, pasar tiempo con su familia, se mantiene encerrada en su habitación; disminución del apetito; importancia a las opiniones e incluso pensamientos, que tienen que ver con críticas y rechazo, sobre su persona.

AREA FAMILIAR

Presenta inadecuada dinámica familiar, condición socioeconómica baja, vive con su madre biológica y su padrastro. En cuanto a la relación con su madre ha mejorado debido a problemas de salud, lo que anteriormente era inadecuada, siendo: intolerante, desconfianza, inseguridad, maltrato físico y psicológico. Al mismo tiempo, la relación con su padre biológico es adecuada, pese a que él no vive con ella, existe una relación de confianza.

RELACIONES SOCIALES

En la actualidad no trabaja ya que tiene pocas energías para el desarrollo del mismo, y también poca apertura a las relaciones sociales como dificultad para establecer relaciones interpersonales, sentimientos de infravaloración al compararse con los demás, ya que presenta excesiva sensibilidad a las opiniones y situaciones exteriores, las cuales son perseverantes e irracionales.

También se muestra evasiva, ante solicitudes o conversaciones para con su familia, más aún cuando se evidencia que la paciente no presenta círculo íntimo de amistad, producto del retraimiento y poca apertura a ellas.

Respecto a sus relaciones sentimentales, se han caracterizado por ser inestables, de corta duración, incluyen maltratos psicológicos, como: Insultos, críticas y burlas; ocasionándole problemas emocionales.

VI. CONCLUSIONES

- No evidencia compromiso orgánico cerebral
- Capacidad intelectual término medio.
- Presenta alteraciones en sus funciones cognitivas básicas y superiores, como son: deficiencia en el proceso del pensamiento, lenguaje. Ideas recurrentes e irracionales. Estado de ánimo, niveles de atención y concentración bajo, se muestra desmotivada.
- Su estructura de personalidad corresponde a tendencia inestabilidad e introversión, sentimientos y pensamientos como: Tristeza, inseguridad, dependencia, auto derrotista, estado de ánimo bajo, desmotivación para realizar sus actividades o pérdida de placer por las cosas que antes disfrutaba, ideas de suicidio y escasos mecanismos de defensa frente a situaciones estresantes. Datos de insomnio y disminución del apetito.
- Dinámica familiar inadecuada, Vive con su madre biológica y padrastro, tiene mayor confianza con su padre biológico, pese a que este no vive con ella. A raíz de una

enfermedad que se detectó en la madre ha mejorado la relación entre ellas, lo que era deficiente anteriormente.

- Relaciones amicales y laborales deficientes a causa de sus ideas negativas con respecto a las opiniones sobre su persona. Estas serían de burla y críticas sobre su apariencia física, motivo por el cual toma la decisión de no socializar y mantener una actitud tendiente a ser ensimismada y retraída.

VII. DIAGNÓSTICO

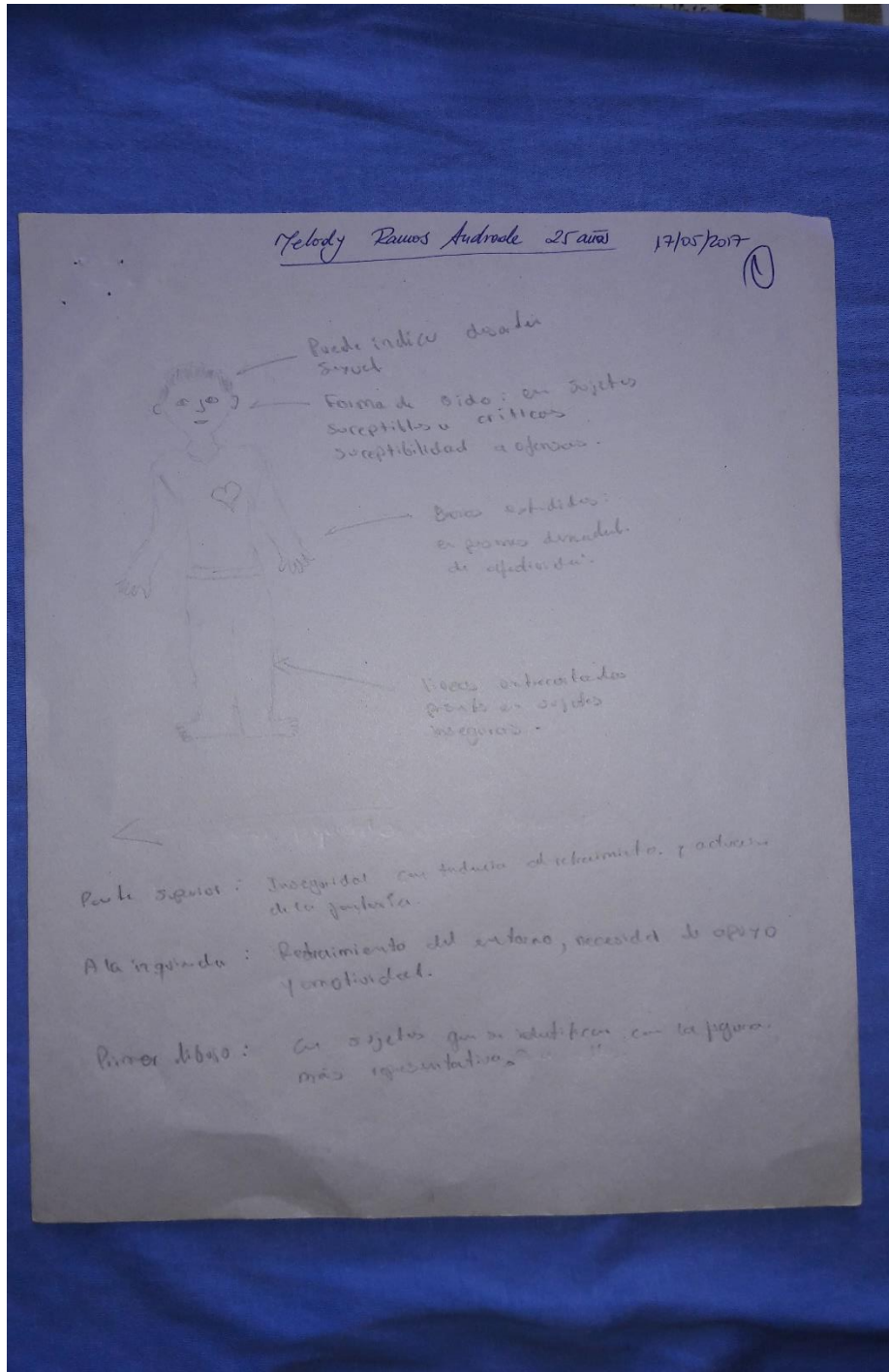
TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR, RECIDIVANTE, MODERADA, SIN SÍNTOMAS PSICÓTICOS, F33.x.

VIII. RECOMENDACIONES

- Terapia Dialectico conductual (TDC).
- Restablecer la dinámica familiar a través de orientación y consejería psicológica a los miembros de la familia.
- Derivación del caso al Médico Psiquiatra.

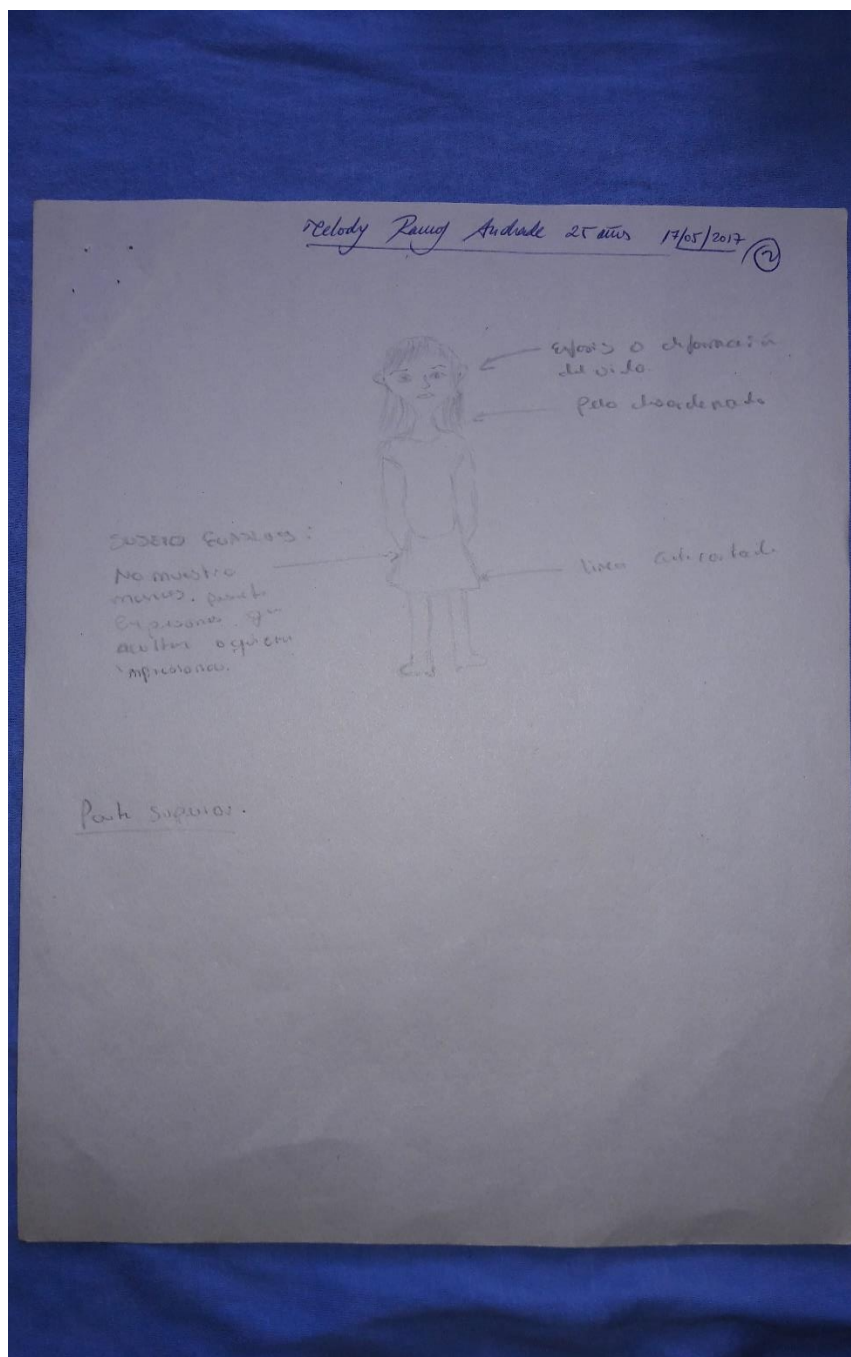
Anexo T.

Test de la figura humana de Karen Machover, caso trastorno de depresión mayor.



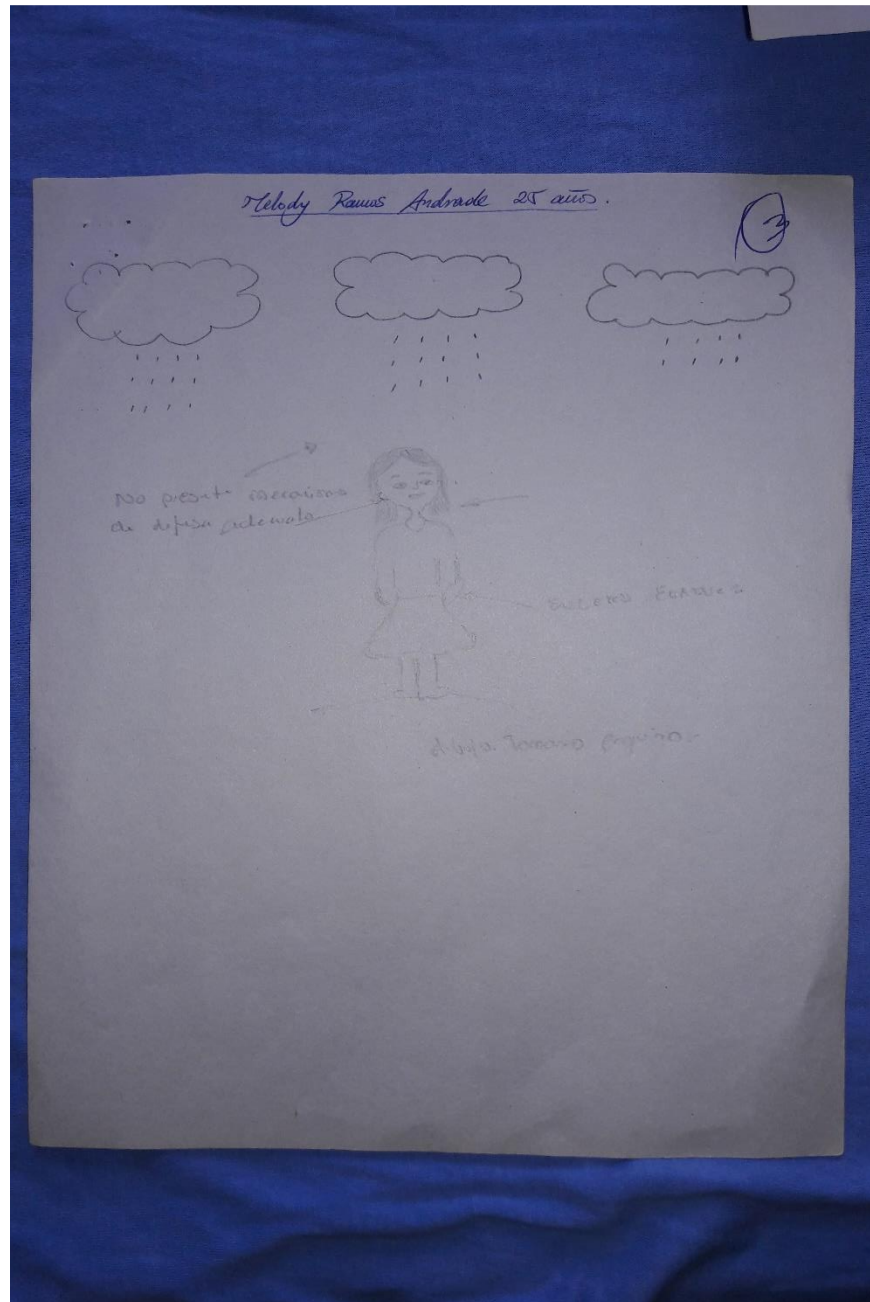
Anexo U.

Inventariode personalidad de Karen Machover, fig 2, caso trastorno de depresión mayor.



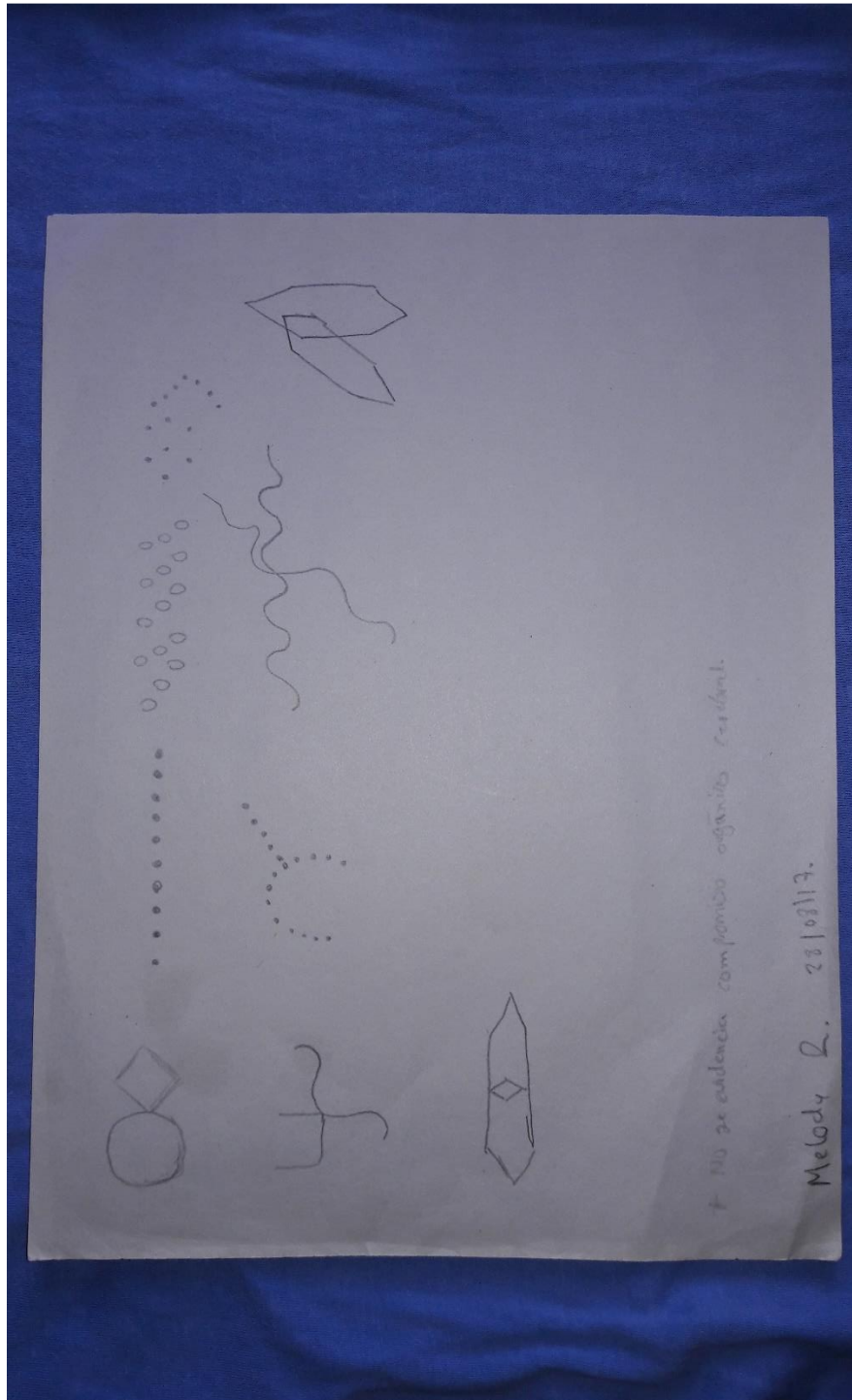
Anexo V.

Test de la persona bajo la lluvia, caso trastorno de depresión mayor.




Anexo W.

Test gestáltico visomotor de Bender, caso trastorno de depresión mayor.



Anexo X.

Inventario de personalidad Eysenck y Eysenck, forma B, caso trastorno de depresión mayor.


PERÚ Ministerio de Salud DISA II LIMA SUR RED DE SALUD REG. CHO. SCO.

**INVENTARIO DE PERSONALIDAD - EYSENCK Y EYSENCK
HOJA DE RESPUESTAS**

Apellidos y nombres: Melody R.
 Fecha de Nacimiento: 27/03/1997 Fecha de aplic.: 31/11/17 Edad: 25 años
 Ocupación: — Estudios: Secundaria Sexo: Femenino

	SI	NO		SI	NO		SI	NO
01.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	20.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	39.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/> E
02.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	21.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/> N	40.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/> N
03.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/> E	22.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	41.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/> E
04.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	23.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/> N	42.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
05.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	24.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/> D	43.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
06.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/> L	25.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/> E	44.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/> E
07.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	26.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/> N	45.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
08.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	27.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/> E	46.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/> E
09.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/> N	28.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/> N	47.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
10.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	29.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/> E	48.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
11.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	30.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/> L	49.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/> E
12.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	31.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/> N	50.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/> N
13.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	32.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	51.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
14.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/> N	33.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/> N	52.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
15.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	34.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/> E	53.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/> E
16.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/> N	35.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	54.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/> L
17.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	36.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	55.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/> N
18.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/> L	37.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	56.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/> E
19.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	38.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/> N	57.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/> N

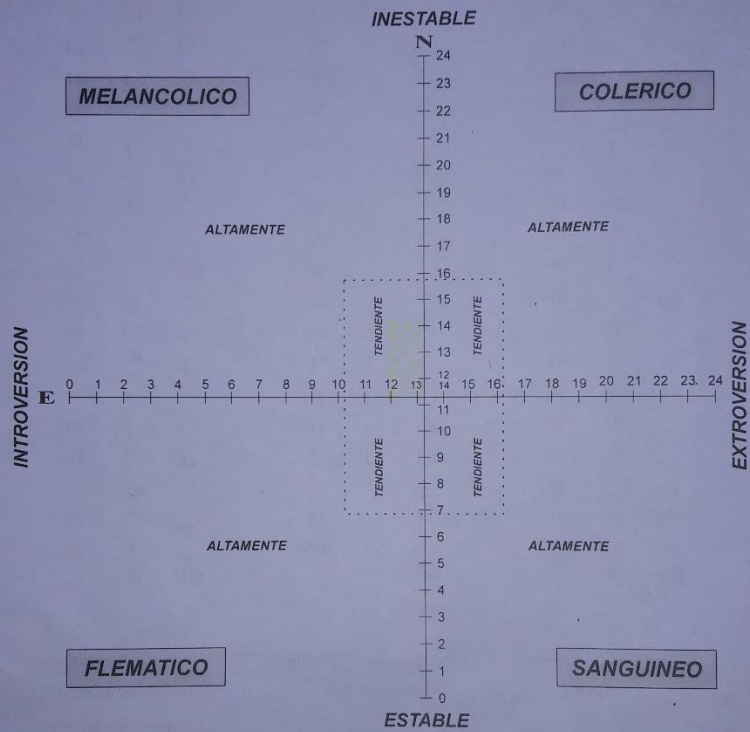
L: 04 E: 12 N: 14

TABLA DE CALIFICACION EYSENCK & EYSENCK

L= { Individual: 4
Grupal: 3.80

E= { \bar{X} = 13.24 D.S.= 3.10 (10.14 - 16.34)

N= { \bar{X} = 11.34 D.S.= 4.44 (6.90 - 15.78)



DIAGNOSTICO:

Anexo Y.

Test de matrices progresivas para la medida de la capacidad intelectual, Raven, caso trastorno de depresión mayor.

PROTOCOLO DE PRUEBA DE RAVEN
ESCALA GENERAL

INSTITUTO, ESCUELA O CLÍNICA

Nombre: Nataly R. Exp. No: _____
 Forma de aplicación: Individual Prueba No: _____

Fecha de Nac: 27/10/1997 Motivo de aplic: _____
 Edad: 25 años 0 meses 0 días Grado: _____ Fecha de Hoy: 9/10/12
 Distrito: Chorrillos Muestra: _____ Hora de Inicio: _____
 Escuela: _____ Hora de fin: _____ Duración: _____

A		B		C		D		E	
1	H ✓ 1	1	2 ✓ 1	1	8 ✓ 1	1	3 ✓ 6	1	7 ✓ 1
2	5 ✓ 1	2	6 ✓ 1	2	3 ✓ 0	2	4 ✓ 1	2	6 ✓ 1
3	1 ✓ 1	3	1 ✓ 1	3	6 ✗ 0	3	3 ✓ 1	3	6 ✗ 0
4	2 ✓ 1	4	2 ✓ 1	4	4 ✓ 0	4	7 ✓ 1	4	2 ✗ 0
5	6 ✓ 1	5	2 ✓ 1	5	7 ✓ 1	5	8 ✓ 1	5	2 ✓ 1
6	3 ✓ 1	6	3 ✓ 1	6	1 ✗ 0	6	6 ✓ 1	6	4 ✓ 0
7	6 ✓ 1	7	5 ✓ 1	7	4 ✗ 0	7	5 ✓ 1	7	4 ✓ 0
8	2 ✓ 1	8	6 ✓ 1	8	1 ✓ 1	8	3 ✗ 0	8	4 ✓ 1
9	1 ✓ 1	9	4 ✓ 1	9	7 ✓ 1	9	1 ✓ 1	9	1 ✓ 1
10	6 ✗ 0	10	3 ✓ 1	10	6 ✓ 1	10	2 ✓ 1	10	5 ✓ 1
11	1 ✗ 0	11	4 ✓ 1	11	8 ✗ 0	11	5 ✓ 1	11	8 ✗ 0
12	2 ✗ 0	12	4 ✗ 0	12	5 ✗ 0	12	2 ✗ 0	12	1 ✗ 0
PUNT. PARC.	9	PUNT. PARC.	11	PUNT. PARC.	9	PUNT. PARC.	10	PUNT. PARC.	6

ACTITUD DEL SUJETO FORMA DE TRABAJO		DIAGNÓSTICO	
Reflexiva	Intuitiva	Edad Cron	Puntaje
Rápida	lenta	T / mint.	Percentil
Inteligente	Torpe	Discrep.	Rango
Concentrada	Distraída	Diagnóstico	
DISPOSICIÓN		Capacidad Intelectual: Inferior al promedio	
Dispuesta	Fatiga		
Interesada	Desinteresada		
Tranquila	Intranquila		
PERSEVERANCIA		Examinador	
Segura	Vacilante		
Uniforme	Irregular		

Anexo Z.

Inventario Beck para depresión, caso trastorno de depresión mayor.

ESCALA DE DEPRESION BECK

Nombre: Melany R. Grado de Instrucción: Secundaria Edad: 25 años
Fecha: 11/11/17 Ocupación: —

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación señale cual de las afirmaciones de cada grupo describe mejor, como se ha sentido durante esta última semana, incluido el día de hoy. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección.

1)	<ul style="list-style-type: none">No me siento triste.Me siento triste.Me siento triste todo el tiempo y no puedo librarme de ello.Me siento tan triste o desdichado que no puedo soportarlo.	2)	<ul style="list-style-type: none">No estoy particularmente desanimado con respecto al futuro.Me siento desanimado con respecto al futuro.Siento que no puedo esperar nada del futuro.Siento que el futuro es irremediable y que las cosas no pueden mejorar.	3)	<ul style="list-style-type: none">No me siento fracasado.Siento que he fracasado más que la persona normal.Cuando miro hacia el pasado lo único que puedo ver en mi vida es un montón de fracasos.Siento que como persona soy un fracaso completo.	4)	<ul style="list-style-type: none">Sigo obteniendo tanto placer de las cosas como antes.No disfruto de las cosas como solía hacerlo.Ya nada me satisface realmente.Todo me aburre o me desagrada.	5)	<ul style="list-style-type: none">No siento ninguna culpa particular.Me siento culpable buena parte del tiempo.Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.Me siento culpable todo el tiempo.	6)	<ul style="list-style-type: none">No siento que esté siendo castigado.Siento que puedo estar siendo castigado.Espero ser castigado.Siento que estoy siendo castigado.	7)	<ul style="list-style-type: none">No me siento decepcionado en mí mismo.Estoy decepcionado conmigo.Estoy harto de mí mismo.Me odio a mí mismo.	8)	<ul style="list-style-type: none">No me siento peor que otros.Me critico por mis debilidades o errores.Me culpo todo el tiempo por mis faltas.Me culpo por todas las cosas malas que suceden.	9)	<ul style="list-style-type: none">No tengo ninguna idea de matarme.Tengo ideas de matarme, pero no las llevo a cabo.Me gustaría matarme.Me mataría si tuviera la oportunidad.	10)	<ul style="list-style-type: none">No lloro más de lo habitual.Lloro más que antes.Ahora lloro todo el tiempo.Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo llorar nunca aunque quisiera.	11)	<ul style="list-style-type: none">No me irrito más ahora que antes.Me enoja o irrito más fácilmente ahora que antes.Me siento irritado todo el tiempo.No me irrito para nada con las cosas que solían irritarme.
----	--	----	---	----	---	----	---	----	--	----	--	----	---	----	--	----	--	-----	--	-----	---

12)

- No he perdido interés en otras personas.
- Estoy menos interesado en otras personas de lo que solía estar.
- He perdido la mayor parte de mi interés en los demás.
- He perdido todo interés en los demás.

13)

- Tomo decisiones como siempre.
- Dejo de tomar decisiones más frecuentemente que antes.
- Tengo mayor dificultad que antes en tomar decisiones.
- Ya no puedo tomar ninguna decisión.

14)

- No creo que me vea peor que antes.
- Me preocupa que esté pareciendo avejentado (a) o inatractivo (a).
- Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen parecer inatractivo (a).
- Creo que me veo horrible.

15)

- Puedo trabajar tan bien como antes.
- Me cuesta un mayor esfuerzo empezar a hacer algo.
- Tengo que hacer un gran esfuerzo para hacer cualquier cosa.
- No puedo hacer ningún tipo de trabajo.

16)

- Puedo dormir tan bien como antes.
- No duermo tan bien como antes.
- Me despierto 1 ó 2 horas más temprano de lo habitual y me cuesta volver a dormir.
- Me despierto varias horas más temprano de lo habitual y no puedo volver a dormirme.

17)

- No me canso más de lo habitual.
- Me canso más fácilmente de lo que solía cansarme.
- Me canso al hacer cualquier cosa.
- Estoy demasiado cansado para hacer cualquier cosa.

18)

- Mi apetito no ha variado.
- Mi apetito no es tan bueno como antes.
- Mi apetito es mucho peor que antes.
- Ya no tengo nada de apetito.

19)

- Últimamente no he perdido mucho peso, si es que perdí algo.
- He perdido más de 2 kilos.
- He perdido más de 4 kilos.
- He perdido más de 6 kilos.

20)

- No estoy más preocupado por mi salud de lo habitual.
- Estoy preocupado por problemas físicos tales como malestares y dolores de estómago o congestión.
- Estoy muy preocupado por problemas físicos y es difícil pensar en otra cosa.
- Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en nada más.

21)

- No he notado cambio reciente de mi interés por el sexo.
- Estoy interesado por el sexo de lo solía estar.
- Estoy mucho menos interesado por el sexo ahora.
- He perdido por completo mi interés por el sexo.

30 Pts

Corresponde a una disputa modurada.