

UNIVERSIDAD
CIENTÍFICA
DEL SUR

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

“EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO PSICOLÓGICO EN UN
PACIENTE DE 19 AÑOS CON TRASTORNO DE INESTABILIDAD
EMOCIONAL DE LA PERSONALIDAD DE TIPO LÍMITE”

Trabajo de investigación para optar el Grado de Bachiller en:
PSICOLOGÍA

Presentado por:

Huaqui Condori Alexandra Anais (0000-0001-6824-5969)

Saldaña Acevedo Rosa Emilia (0000-0002-9844-9062)

Sebastián Arbulú Tania Lucía (0000-0001-6206-3603)

Asesora:

Desiree Avelina Salazar Ramírez

Lima – Perú

2020



ACTA DE SUSTENTACIÓN/APROBACIÓN DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN DE BACHILLER

Lima, 28 de junio de 2020.

Los integrantes del Jurado evaluador del trabajo de investigación:

Presidente: Doctor Carlos Ramón Ponce Díaz
Miembro: Magister John Omar Espinoza Quiroz
Miembro: Doctor Freddy Roberpierre Jaimes Alvarez

Se reúnen para evaluar el trabajo de investigación de Bachiller:

Evaluación y diagnóstico psicológico en un paciente de 19 años con trastorno de inestabilidad emocional de la Personalidad de tipo Límite.

Presentada por los estudiantes:

- Huaqui Condori Alexandra Anais.
- Saldaña Acevedo Rosa Emilia
- Sebastián Arbulú Tania Lucía

Para optar al grado de Bachiller en Psicología

Asesorada por: Magister Desiree Avelina Salazar Ramírez

Luego de haber evaluado el informe final del trabajo de investigación de Bachiller, concluyen de manera unánime (3) calificar a:

Tesisistas: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Huaqui Condori Alexandra Anais. ▪ Saldaña Acevedo Rosa Emilia ▪ Sebastián Arbulú Tania Lucía 	Nota (en letras): 16 Dieciséis		
Aprobado ()	Aprobado - Muy buena (X)	Aprobado - Sobresaliente ()	Desaprobado ()

Los miembros del jurado firman en señal de conformidad.

Doctor, Carlos Ramón Ponce Díaz
Presidente del Jurado

Magister, Desiree Avelina Salazar Ramírez
Asesor

Magister, John Omar Espinoza Quiroz
Miembro 1

Doctor, Freddy Roberpierre Jaimes Alvarez
Miembro 2

RESUMEN

Se describe el estudio clínico de un joven de 19 años ingresado a hospitalización derivado con interconsulta al servicio de Psicología debido a intento suicida. Este trabajo tiene como objetivo explicar la conclusión diagnóstica del paciente durante su estadía hospitalaria. Las técnicas utilizadas son la entrevista psicológica y observación conductual, además de las diferentes pruebas psicológicas aplicadas para la depresión, personalidad y patrones clínicos a lo largo del proceso de evaluación y del respaldo por los manuales diagnósticos actuales, incluyendo teorías psicológicas prevalentes como la Teoría Biosocial y Áreas de Inestabilidad. El presente caso emplea una metodología de tipo mixta con diseño de estudio de caso, no experimental y transversal. Finalmente, los signos y síntomas del evaluado que se hallaron se ajustan a la psicopatología explicada.

Palabras clave: inestabilidad emocional, trastorno de personalidad, paciente, intento suicida.

ABSTRACT

The clinical study of a 19-year-old young man admitted to hospitalization referred to the Psychology service for a suicide attempt is described. This work aims to explain the diagnostic conclusion of the patient during his hospital stay. The techniques used are the psychological interview and behavioral observation, in addition to the different psychological tests applied for depression, personality and clinical patterns throughout the evaluation process and the support by current diagnostic manuals, including prevalent psychological theories such as the Biosocial Theory and Areas of Instability. The present case uses a mixed type methodology with a case study, non-experimental and cross-sectional design. Finally, the signs and symptoms of the evaluated person that were found fit the explained psychopathology.

Key words: emotional instability, personality disorder, patient, suicide attempt.

INTRODUCCIÓN

Uno de los principales problemas que se presentan en la actualidad, tanto en el Perú, como el resto del mundo, es el suicidio. Muchas personas deciden tomar esta medida al pasar por situaciones que sienten que no pueden manejar y les causa alteración en su estado emocional. En el año 2018, el Ministerio de Salud del Perú (MINSa) reveló 1384 intentos de suicidio registrados en los diferentes establecimientos de salud; además, se calcula que el 67,6% de los evaluados están por debajo de los 30 años. Asimismo, concluye que los motivos o causas principales fueron problemas con la pareja y/o familia, dificultades económicas y problemas de salud mental, los cuales pueden estar relacionados con trastornos como la depresión, la ansiedad y los trastornos de personalidad. Siendo estos últimos de mayor complejidad, debido a los indicadores diagnósticos y la comorbilidad que puede normalmente existir con otros trastornos mentales y del comportamiento. (MINSa, 2018)

Tomando en cuenta lo mencionado anteriormente, es pertinente indicar que las alteraciones de la personalidad muestran una variable evidente en el ámbito clínico viéndose así una elevada demanda de atención en este campo de la salud que se encuentran en esta categoría. Dentro de esta clasificación, uno de los más reconocibles es el Trastorno Límite de la Personalidad, el cual manifiesta un alza prevalencia en la comunidad.

Según Castillo, H. (2015), director de la INSM “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”, señaló que “Que a partir de los 16 años se puede otorgar este diagnóstico en el que se precisa que el 5% de la población total de Perú tendrían ciertos rasgos reveladores.”

Incluye diferentes criterios del diagnóstico que lo convierten en una alteración enraizada para el individuo, que se demostraran en el caso. No obstante, empezaremos por definir el mismo.

Según Núñez et al. (2019), “expresa que esta alteración se manifiesta en sintomatología diversa tales como el comportamiento suicida, comportamiento

agresivo, autolesión y reactividad emocional. Que van acompañados con alteraciones a nivel perceptual, que ponen en riesgo su estabilidad”.

Para enfrentar este tipo de diagnóstico, es necesario una intervención multidisciplinaria para conseguir un resultado más óptimo y satisfactorio. Entre los principales profesionales que deben estar implicados, se encuentran los psicólogos clínicos.

Actualmente uno de los ambientes más resaltantes donde interviene el psicólogo clínico son las salas de hospitalización médica, en ellas se encuentran a los pacientes que están en proceso de recuperación y rehabilitación, asimismo existe un conjunto humano que desde sus especialidades laboran para brindar una atención integral, en este sentido los doctores encargados de las diversas salas son los responsables de enviar interconsultas hacia los diferentes servicios de salud.

Durante el periodo de internado, en el mes de marzo del año 2019, llega una interconsulta al servicio de psicología de un paciente con iniciales C.M.P, sexo masculino de 19 años de edad con impresión diagnóstica: Depresión e intento de suicidio. En primera instancia, se consulta historia médica, posteriormente se realiza la entrevista y evaluación, el paciente es natural de Yurimaguas, de estado civil soltero, de grado de instrucción secundaria completa y de ocupación Bartender (profesional que se encarga de la atención en barra y preparación de diversas bebidas). Ingresa a hospitalización derivado de su lugar de origen a causa de la ingesta de medicamentos (clonazepan) y sustancia tóxica (raticida). Expresa que los motivos que lo llevaron a consumir el hecho fueron sus sentimientos de soledad, frustración y desesperanza.

El presente estudio de caso tiene como finalidad explicar la conclusión diagnóstica de Inestabilidad Emocional de la Personalidad de tipo Límite de un paciente durante su estadía hospitalaria. Lo mencionado mediante la utilización de las técnicas, instrumentos y herramientas psicológicas que proporcionan datos e información para el entendimiento del caso. Es así como se expone el caso de dicho paciente con este diagnóstico caracterizado por sus conductas

impulsivas, suicidas, inestabilidad emocional y dificultades para mantener relaciones interpersonales.

BASES TEÓRICAS

Se presentó un análisis clínico de España. En la cual se describe de una mujer de 30 años, con antecedente síndrome ansioso depresivo desde los 20 años, por lo cual inicia tratamiento psiquiátrico, un año previo al ingreso a hospitalización recibe el diagnóstico principal estudiado, siendo predominantes algunos comportamientos en la paciente durante su infancia como actividad motora excesiva, descrita como “caprichosa”, posteriormente en la adolescencia inicia consumos tóxicos (cocaína), realiza escenas desafiantes hacia la autoridad, pérdidas constantes del empleo, posee relaciones inestables, dependencia conyugal, experimenta malestar intenso, llora constantemente y vivenciaba preocupaciones excesivas e irracionales. (Penas & De la Vega, 2013)

En el proceso de las evaluaciones a la paciente emplearon las técnicas de observación conductual y entrevista psicológica estructurada y semiestructurada, en cuanto los instrumentos aplicados se encuentran los test psicométricos que median la ansiedad, depresión y patrones de personalidad. Además, implementaron un programa de seis meses para trabajar aspectos relacionados a los síntomas prevalentes, lo que obtuvieron como resultado la reducción de la impulsividad, la preocupación, las manifestaciones de ira, hostilidad y los episodios de ideación paranoide.

Otro estudio, realizado en España, en la que presenta a una paciente de 30 años con el mismo diagnóstico estudiado y de ansiedad por evitación. Se relata la historia clínica de la paciente con hallazgos importantes desde su infancia, en la que comienzan a aparecer conflictos para relacionarse con los demás, asimismo, a inicios de la adolescencia empieza a experimentar pensamientos suicidas, adicionando que fue víctima de abuso sexual. Según los progenitores, su hija ha tenido varios intentos suicidas lo que conllevó a asistirle mediante las consultas de urgencia en reiteradas ocasiones, también poseía constantes

comportamientos agresivos consigo mismo, así como tener ánimo decaído. (Carranza, 2002)

En las evaluaciones realizadas se obtuvo como resultado que en el área de funciones cognitivas se encuentran conservadas. Asu vez se halló déficit en el Área social, como la carencia de ciertas habilidades: responder al fracaso, planificación, resolución de problemas, asimismo se evidencia diferentes sintomatologías: intentos autolisis con deseos de muerte, estados emocionales con intensidad y cambiantes, pensamiento dicotómico y distorsionado, presenta excesiva dependencia hacia la madre y también posee deseos continuos de cuidado, protección, atención y afectos. Además, se señala que se muestra celosa y utiliza la manipulación para evitar la soledad.

Un estudio realizado en la realidad nacional, ubicado en el distrito de Chorrillos en el que se hace la descripción de tres diagnósticos, tiene como finalidad otorgan una intervención terapéutica. Cuenta con un marco metodológico cualitativo de tipo explicativo. Comprendiéndose así dicho estudio en un marco contextual (Sabino, 2017)

Millón (como se citó en Cardenal, Sánchez y Ortiz 2007) menciona que para comprender la personalidad de los individuos es necesario estudiar su estructura, dinámica y los cambios que surgen de estas, específicamente desde la perspectiva nomotética donde se exploran las interrelaciones de los motivos, necesidades, mecanismos, esquemas, defensas, rasgos, etc. y desde la perspectiva ideográfica en la que se describe la importancia del factor biológico y contextual.

Es por ello, que no se exploran únicamente aspectos personales del paciente, también se encuentran hallazgos a través de su dinámica familiar, su forma de relacionarse con los demás, en las experiencias que ha vivenciado a lo largo de su vida, la forma en la que se ha adaptado a nuevos ambientes tanto laboral como educativo y todos los escenarios que comprenden su vida.

Este diagnóstico se ve reflejado en las interacciones personales, en la imagen de sí mismo y de la emotividad, acompañado de actitudes impulsivas que se dan inicio en la adultez precoz; y se ve manifiesto en diversos contextos. A su vez, la

Clasificación Internacional de Enfermedad, en su décima edición, lo diferencia en dos subtipos. (Ferrer, 2013)

Sus variaciones son: a) tipo impulsivo, en la cual se refiere a la inestabilidad emocional y conductual, en relación a la impulsividad y comportamientos agresivos consigo mismo o hacia las otras personas., b) tipo límite, evidenciando disociación en base a su persona, sentimientos crónicos de vacío, mantener relaciones intensas debido al temor hacia el abandono, autolesiones o intentos suicidas. (Caballo y Camacho, 2000)

Teoría Biosocial

Para Linehan, M. (como se citó en Feliu, 2014) indica que la Teoría Biosocial, aporta una visión conductual, social, biológica y contextual de la Personalidad de tipo Límite. En las cuales se ven conjugadas aspectos, como: 1) Aumento de respuesta emocional, 2) alta respuesta sensorial a agentes externos y 3) lenta estabilidad emocional, siendo así dichos aspectos que conforman la desregulación emocional en el TLP.

Según Vásquez (2016) expresa que "... dicha desregulación emocional conlleva a una relación entre los dos factores elementales: el componente biológico y el ambiente en el que se desenvuelve". (p.4)

Linehan pone en manifiesto que el temperamento del paciente con TLP, presenta los 3 aspectos mencionados con anterioridad, por lo que los hace ser susceptibles a cualquier estímulo externo, sobre todo si es algo negativo, pudiendo así actuar o responder con mayor intensidad de lo que normalmente una persona "normal" lo haría. En cuanto al ambiente externo puede favorecer a los comportamientos negativos, si se es inapropiada o extrema. Si estos contextos muestran una desvaloración hacia el individuo, se verá reforzado su inestabilidad emocional ya sea reprimiéndolo o descontrolándolo frente a situaciones adversas. (Linehan,1993)

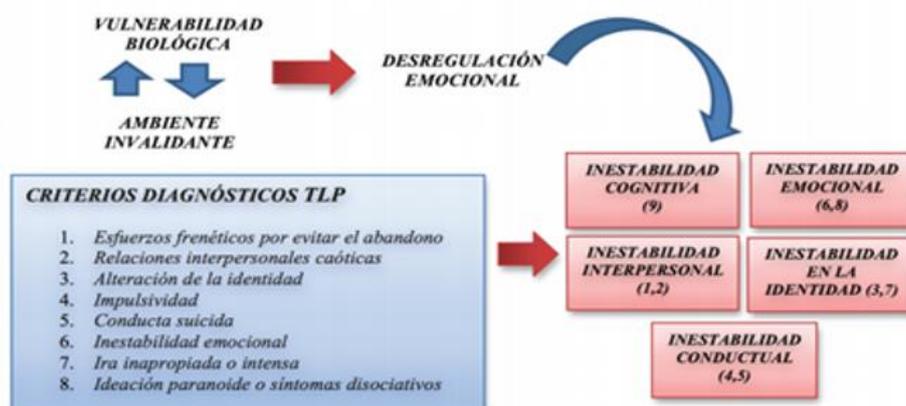


Figura 1. Teoría Biosocial y áreas de Inestabilidad en TLP. Por Vásquez, E., 2016, Scielo|Perú.

Presunción diagnóstica basada en el DSM-IV y CIE-10

➤ CIE-10

Tabla 1

Criterios generales de los Trastornos de la personalidad específicos (F60)

Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto (F60-F69)	
Trastornos de la personalidad específicos (F60)	
<ul style="list-style-type: none"> G1: El modo de ser propio del individuo (cognición, afectividad, control de los impulsos y satisfacción de deseos, y su modo de relación se desvían de las normas aceptadas en la cultura. 	<ul style="list-style-type: none"> G2: La desviación desadaptativa interfiere en una amplia gama de situaciones.
<ul style="list-style-type: none"> G3: Produce malestar general, efecto negativo en entornos sociales. 	<ul style="list-style-type: none"> G4: La desviación es estable y de larga duración, con inicio o

	al final de la infancia o adolescencia.
<ul style="list-style-type: none"> G5: No puede ser explicada por otros trastornos mentales. 	<ul style="list-style-type: none"> G6: La alteración no se debe a una enfermedad del sistema nervioso central, traumatismos o disfunciones cerebrales.

Fuente: Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10). Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Tabla 2

Criterios del Trastorno de Inestabilidad Emocional de la Personalidad (F60.3)

Trastorno de Inestabilidad Emocional de la Personalidad (F60.3)	
Tipo Impulsivo (F60.30)	Tipo Límite (F60.31)
B. Al menos tres de los siguientes criterios que incluye el segundo:	A. Al menos dos de los siguientes criterios añadiendo el criterio B.
1. Marcada predisposición a actuar de forma inesperada sin considerar consecuencias.	1. Alteraciones o dudas acerca de la imagen de sí mismo, de sus objetivos y preferencias íntimos.
2. Marcada predisposición a un comportamiento pendenciero y a tener conflictos con otros.	2. Facilidad para tener relaciones intensas e inestables, que terminan en crisis emocionales.
3. Tendencia a presentar arrebatos de ira y violencia.	3. Esfuerzos excesivos para evitar ser abandonado.
4. Dificultad para mantener actividades duraderas sin recompensa inmediata.	4. Reiteradas amenazas o actos de autoagresión.
5. Humor inestable y caprichoso.	5. Sentimientos crónicos de vacío.

Fuente: Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10). Madrid: Editorial Médica Panamericana

Tabla 3

Evaluación Multiaxial

Evaluación Multiaxial (DSM-IV, 2002)	
EJES	DIAGNÓSTICOS
EJE I	Episodio Depresivo Moderado
EJE II	Trastorno de Inestabilidad Emocional de la Personalidad de tipo Limite
EJE III	Trastorno de Coagulación
EJE IV	Z61.0 Problemas Relacionados con la pérdida de relación afectiva en la infancia Z61.5 Problemas relacionados con el abuso sexual del niño por persona ajena al grupo de apoyo primario Z63.2 Soporte familiar inadecuado Z63.7 Problemas relacionados con otros hechos estresantes como la pérdida de dinero Z72.5 Problemas relacionados con la conducta sexual de alto riesgo
EJE V	Presenta síntomas Graves (conducta suicida, comportamiento impulsivo, dificultades y alteración en el área social, laboral y académica).

Fuente: American Psychiatric Association (APA). (2002). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV. Barcelona, España: Editorial Elsevier Masson

MÉTODO

Tipo de estudio

Es de tipología mixta, es decir, implica la recolección y análisis de los métodos numéricos (evaluación una prueba psicométrica en la que se procesan los datos mediante el programa Microsoft Excel) y cualitativo (entrevista semiestructurada y observación conductual) permitiendo una exploración y perspectiva más completa de los factores contextualizados. Presentan mayor fiabilidad en su indagación y solidez en sus resultados. (Hernández, Fernández y Baptista, 2019)

Diseño de estudio

Como diseño de investigación, se ha utilizado el Estudio de caso. Para Monje (2011) es un tipo de diseño descriptivo, el cual se centra en la investigación de una persona o un evento en particular, proporcionando una mayor comprensión y análisis del fenómeno que se desea evaluar, teniendo en cuenta la interacción de los factores que influyen o desarrollan una evolución en dicho caso. Además, es un estudio no experimental, porque no se manipula ninguna variable y se basa principalmente en la observación y transversal, ya que el estudio se realizó en mismo periodo.

Reporte de caso

Participante

“C.M.P”: Joven adolescente de 19 años.

En el hospital donde se realizó el proceso de recolección de datos del evaluado, mediante la entrevista psicológica, posee un formato distinto al que se aplica en consultorios externos, de este modo las interconsultas permiten detectar, explorar con prontitud y de una forma más concisa el estado de salud mental actual del paciente, con el fin de tomar acciones que favorezcan a la rehabilitación del mismo.

EN LA INFANCIA Y NIÑEZ:

En esta etapa, vivió en Yurimaguas (Loreto), en donde se describe como “muy hiperactivo y travieso”, refiere que presentaba conductas impulsivas y violentas en la escuela, ello se corrobora con lo manifestado por el padre, quien expresa que “Desde muy pequeño se movía mucho, era inquieto, de bebé no podía ni cargarlo. Hacía berrinches si no cumplíamos lo que él quería”. El paciente señala que presencié discusiones constantes entre sus padres.

EN LA ADOLESCENCIA:

A los 14 años, decidió vivir con la tía paterna en Moyobamba, luego de que los padres aceptaran. Después de un tiempo, decide irse a vivir a otro lugar debido a que no mantenía una buena comunicación y cercanía con su tía, manifestando que ella trabajaba la mayor parte del tiempo y poseía el mismo carácter que su

padre. A los 17 años, acude al servicio de psicología junto a sus padres debido a conductas impulsivas asistiendo a cuatro sesiones. En este mismo periodo, empieza a laborar, después convive con una familia (por un vínculo con algunos de los miembros) en la que manifiesta “me trataban bien” “me sentía comprendido”. A los 19 años viaja a Tarapoto donde empieza a trabajar y solventar sus propios gastos (como bartender), indica que estaba ahorrando para viajar a Río de Janeiro y estudiar en una universidad junto a unos amigos con los que convivió. Señala que tuvo una mala experiencia que lo desmotivó, debido a que confió su dinero ahorrado a uno de ellos, que en ese entonces se encontraba en Brasil, creyendo que así aseguraría su estadía ahí. Sin embargo, este le robo, evadiendo y desligándose de la situación, de modo que desencadenó en él frustración, desdicha, desconfianza y tristeza.

ETAPA ESCOLAR:

En el ámbito académico a nivel primario y secundario, refiere haber mantenido un rendimiento promedio alto a nivel superior. Con antecedente de bullying en la primaria y conductas agresivas como respuesta a este. Menciona sentirse fracasado por no haber ingresado al Programa Beca 18 atribuyéndolo a un problema en su “salud mental”.

FUNCIONES BIOLÓGICAS.

Con respecto a sus funciones biológicas, indica tener el apetito aumentado, posee dificultades para conciliar el sueño y expresa que desde la edad de 12 años presenta pesadillas constantes de tipo persecutorio (sombras lo acosaban) y esto le generaba temor.

ÁREA SOCIAL:

Durante su infancia, refiere tener afinidad para relacionarse con personas del sexo opuesto, en vez de los de su propio sexo. Expresa que no tiene muchos amigos cercanos, pues generalmente sus relaciones no han sido estables, ya que manifiesta que es desconfiado.

ÁREA SEXUAL:

Antecedente de abuso sexual a los 6 años de edad por un grupo de adolescentes. Inició relaciones sexuales consentidas a los 18 años de edad con parejas de su mismo sexo, considerándose de orientación homosexual. Presenta conductas sexuales de riesgo (sin conocer a las personas previamente ni preocuparse de utilizar preservativo).

ÁREA FAMILIAR:

Proviene de una familia disfuncional en la que evidenció, desde su niñez, violencia física y psicológica. Es el último de 3 hermanos y tiene una media hermana. Paciente manifiesta que no tuvo contacto afectivo con los padres porque siempre los noto distantes en su trato y no se sentía aceptado ni querido. Progenitor descrito como “estricto” y “poco afectuoso”.

ANTECEDENTES FAMILIARES: ENFERMEDADES Y PSICOPATOLOGÍAS

Padre con abuso de sustancias (alcohol) durante la niñez del paciente y madre con diagnóstico de poliomielitis, con discapacidad motora que la induce a utilizar una silla de ruedas (desde antes del nacimiento del paciente). C.M.P. asegura que la madre siempre ha sido “ansiosa”, la describe como “exagerada”, “siempre preocupada”, “pendiente de lo que hacemos”, “es muy intensa” y “llora por todo”. Hermana mayor con antecedentes de intento suicida por separación con pareja.

EVOLUCIÓN SINTOMATOLÓGICA:

Presenta antecedentes de tres intentos suicidas durante el periodo de 2018-2019, a su vez de los hechos, manifiesta haberse sentido “solo” en ese instante, además de tener disociación del suceso indicando que lo que narra es a través de los comentarios de los amigos que evidenciaron los acontecimientos. Niega alucinaciones auditivas o consumo frecuente de licor y otras sustancias psicoactivas. Sin embargo, señala haber tomado pastillas de forma arbitraria mediante la automedicación progresivamente desde el 2018 ya que se sentía “deprimido”. Asimismo, durante estos sucesos refiere que se encontraba “muy sensible” y con llanto constante.

Tabla 4:

Técnicas e Instrumentos de Evaluación

Técnicas	Evaluación	
	Instrumentos	
-Observación conductual -Entrevista psicológica semiestructurada.	-Inventario de Depresión de Beck II (BDI-II) -Inventario Clínico Multiaxial de Millon III (MCMII-III) -Test de la Figura Humana de Karen Machover - Criterios diagnósticos del CIE-10 y DSM IV.	

Fuente: Elaboración propia.

Procedimiento:

Las evaluaciones se realizaron en dos visitas mediante las interconsultas de sala de medicina.

- Primera entrevista (15/03/2019): Se da inicio con el rapport, permitiendo recoger los datos de la historia personal del paciente, se procedió a aplicar un test de depresión para reportar la impresión diagnóstica propuesta por el médico, además de corroborar mediante la evaluación psicológica realizada si era pertinente aplicar dicho instrumento. En esta ocasión el paciente C.M.P. se encontraba en proceso de evaluación médica y recuperación, asimismo se indaga en la historia clínica y no se halla alguna interconsulta por el servicio de psiquiatría.
- Segunda entrevista (18/03/2019): En esta ocasión, el paciente ya se encontraba con un diagnóstico médico definitivo (Trastorno de Coagulación) se solicitó evaluación de personalidad que fue atendida en dos momentos:
 - a) Por la mañana, con la aplicación del I.C.M de Millón III (MCMII-III).

- b) En la tarde, ya se encontraba con un plan de tratamiento médico iniciado. Se continuó con la aplicación del test de figura humana.

RESULTADOS

1ra sesión

- Registro Conductual

Observación de la conducta: Durante la primera evaluación, el paciente C.M.P se encontraba orientado en las tres esferas: espacio (indicando el lugar), tiempo (día, mes y año) y persona, mostrándose en un estado de vigilia y respondiendo a las interrogantes, utilizó un lenguaje verborreico con un tono de voz adecuado. Al inicio, busca dirigir la entrevista mediante la manipulación y tendencia a la anticipación de los hechos asegurando lo que se le va a cuestionar. En el transcurso de la entrevista, cambia constantemente de posición y muestra labilidad emocional con predominio de ánimo decaído.

- Inventario de Depresión de Beck

El evaluado obtiene un puntaje total de 30 que lo ubica en la categoría de Depresión Moderada, con indicadores predominantes de sentimientos de fracaso, indecisión, culpa, impulso suicida, llanto, cansancio y la pérdida de peso. (Anexo 1)

2da sesión

- Registro conductual

Observación de la conducta: Durante la segunda evaluación, el paciente se muestra colaborador, mantiene un lenguaje verborreico y expansivo, mueve los pies constantemente, necesita de elementos externos que se ajusten a su medio

para poder realizar las pruebas psicológicas expresando demandas de atención y control sobre el entorno, se distrae fácilmente con ruidos externos, realiza tachaduras y borrones consecutivamente en el test proyectivo presentado.

- Inventario Clínico Multiaxial de Millon III

En Síndromes Clínicos Graves, revela indicadores moderados de “Desorden Delusional” asociados a los pensamientos obsesivos de regresión sobre los eventos negativos de su pasado. Asimismo, en la dimensión de Síndromes Clínicos, presenta indicador elevado referente a la Ansiedad, la cual se contrasta con la presencia de pensamientos recurrentes de visión catastrófica, sudoración excesiva, cefaleas, apetito aumentado, preocupación por el futuro, dificultad para lidiar con situaciones de incertidumbre y concentrarse, búsqueda de perfeccionismo, exigencia de atención acerca de su desempeño por parte de la familia y entorno. Además, se halló indicadores de Trastorno Bipolar relacionado a sus conductas impulsivas de riesgo, ánimo cambiante, reducción de sueño y distracción de las actividades.

Con respecto a las Patologías Severas de la personalidad, resalta el tipo límite. Obteniendo como resultados la presencia de pensamientos recurrentes de suicidio intentando ejecutarlos en cuatro ocasiones, además de sentimientos crónicos de vacío, desorientación con respecto a su futuro y el cumplimiento de sus objetivos, muestra esfuerzos excesivos por ser aceptado y tendencia a mantener relaciones interpersonales ocasionales e inestables que se ven afectadas por inseguridad y desconfianza.

Patrones Clínicos de la Personalidad, presenta indicadores moderados en personalidad depresiva que se manifiestan en los sentimientos de tristeza recurrentes, inconformidad consigo mismo, llanto constante, sentimientos de fracaso, sentimientos de culpa e impulso suicida. (Anexo 2)

- Test de la Figura Humana

El evaluado posee dificultad para controlar sus impulsos, siendo asociado al inadecuado manejo de sus relaciones interpersonales, las cuales le inducen a tomar decisiones sin medir consecuencias. Igualmente, busca satisfacer sus

necesidades inmediatas como la de protección y aprobación de los demás para tener iniciativa sobre sus metas o proyectos a futuro, lo que reflejaría que tiene una tendencia a la dependencia emocional.

Por otro lado, utiliza la Regresión como mecanismo de defensa; es decir, existen sentimientos de melancolía y resentimiento en relación a su historia familiar enfocándose en los aspectos negativos que tiene como consecuencia la alteración de la estabilidad en sus relaciones interpersonales y ambivalencia afectiva. (Anexo 3)

Tabla 5

Evaluación Multiaxial

Evaluación Multiaxial (DSM-IV, 2002)	
EJES	DIAGNÓSTICOS
EJE I	Episodio Depresivo Moderado
EJE II	Trastorno de Inestabilidad Emocional de la Personalidad de tipo Límite
EJE III	Trastorno de Coagulación
EJE IV	Z61.0 Problemas Relacionados con la pérdida de relación afectiva en la infancia Z61.5 Problemas relacionados con el abuso sexual del niño por persona ajena al grupo de apoyo primario Z63.2 Soporte familiar Inadecuado Z63.7 Problemas relacionados con otros hechos estresantes como la pérdida de dinero Z72.5 Problemas relacionados con la conducta sexual de alto riesgo
EJE V	Presenta síntomas Graves (conducta suicida, comportamiento impulsivo, dificultades y alteración en el área social, laboral y académica).

Fuente: Elaboración propia.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El presente diagnóstico es una psicopatología que no es comúnmente diagnosticada, a pesar de la frecuencia de casos relacionados a esta. Es por ello que debemos considerar e identificar diferentes factores que son característicos de este trastorno.

La teoría Biosocial especifica el componente biogenético asociado a antecedentes familiares como en el caso presentado, donde la madre reunía sintomatología ansiosa descrita por el paciente y la hermana mayor tenía indicadores de depresión moderada con intento suicida. Asimismo, se describe el componente ambiental, reflejado desde la primera infancia hasta la actualidad por la carencia emocional por parte de los padres percibida por el paciente, discusiones en la dinámica familiar, víctima de abuso sexual, conflictos en el colegio con sus compañeros, relaciones inestables con amigos y parejas, experiencias que generaron desconfianza en los demás, cambios constantes de vivienda y rechazo por parte de sus progenitores debido a su orientación sexual.

Adicionalmente, se observa similitud con las investigaciones mencionadas previamente. En el caso del trabajo de Inmaculada Carranza (2002), donde se encuentran datos relacionados a la historia del paciente C.M.P, siendo principalmente hechos como intentos suicidas, abuso sexual, provenir de familia disfuncional, conductas impulsivas de tipo autolesivas y de riesgo como la automedicación, además de predominancia de rasgos ansiosos y obsesivos, estado de ánimo decaído y ambivalencia afectiva.

Por otra parte, la investigación de Yonathan Sabino (2017) presenta indicadores hallados que se asemejan o difieren con el presente estudio. Sus funciones cognitivas (la atención, memoria, inteligencia, aprendizaje, lenguaje y percepción) están conservadas. Esto indica que el evaluado pueda interpretar, inferir y analizar situaciones que se le presenten, así como sostener un léxico acorde a su edad cronológica.

En relación al área social, el paciente C.M.P presenta relaciones inestables desde temprana edad a causa del auto rechazo, sin embargo; en oposición al

antecedente señalado, carece de un sentido de pertenencia hacia los grupos de su mismo sexo, alcanza a establecer una comunicación espontánea con personas de su interés y muestra mayor apertura hacia el diálogo, no obstante, dentro sus grupos de interacción busca ser el centro de atención para evitar ser excluido.

Con respecto al área sexual, se encuentra que sus relaciones de pareja no llevan a un compromiso y son poco duraderas. Asu vez, existieron tocamientos indebidos por parte de una persona ajena a la familia, contrastando en ambos casos un abuso que llevó a consecuencias que perjudicaron su bienestar psicológico y sus relaciones interpersonales.

En el área familiar, se evidencia que no se identifica con su grupo primario de apoyo debido a que el progenitor se muestra estricto y distante emocionalmente con el evaluado generando en él sentimientos de abandono desde la infancia.

Considerando que un estudio de caso clínico deriva de la integración de los resultados de las pruebas aplicadas y la historia clínica del paciente, es relevante hacer mención de la relación de ambos aspectos con el fin de explicar dicho diagnóstico estudiado.

Las experiencias tempranas (insatisfacción de necesidades como la seguridad y protección por parte de su entorno) ocasionaron la represión de sentimientos hostiles que se reflejaron en la forma superficial de relacionarse con los demás, mantener un estado de alerta frente a la amenaza percibida y el acrecentamiento de sentimientos de desconfianza e inseguridad ante vivencia de engaño. Las continuas repeticiones de los acontecimientos atravesados generan que realice juicios sobre el comportamiento de los padres y compañeros; así como la suspicacia hacia los otros son concordantes a los pensamientos obsesivos de su pasado y la anticipación de hechos futuros que le producen intranquilidad e incapacidad para concentrarse en sus metas personales. Esto se puede confirmar en la existencia de alteraciones en su percepción (ideas delirantes).

En esta misma línea, el paciente muestra indicadores predominantes de ansiedad (lenguaje verborreico, preocupaciones recurrentes, inquietud habitual), los cuales pueden tener una base en los episodios pasados de la infancia donde

presentó dificultades para afrontar la violencia física y emocional que se vivía en el hogar. De igual modo, la progenitora mostraba rasgos ansiosos que integraban preocupación constante y dificultad para controlar el llanto. Siendo estos hechos frecuentes, la probabilidad de un impacto emocional en el evaluado es mayor. Por otro lado, en cuanto a los rasgos depresivos resaltantes en los resultados, el paciente ha ido vivenciando acontecimientos desfavorables que fueron parte de su historia familiar y personal, generando en él problemas para conciliar el sueño y sentimientos de tristeza y soledad que progresivamente han estimulado atentar contra su vida.

El tipo de apego ansioso y ambivalente con los padres desencadenó una sensación constante de inseguridad en el paciente, es de esta forma como experimenta sentimientos de temor a no ser amado, tiene dificultades en su interacción con el resto, realiza esfuerzos por evitar el abandono buscando parejas ocasionales, difícilmente logra la satisfacción debido a que le es insuficiente la vinculación e intimidad que le puedan brindar, ocasionando un patrón de dependencia afectiva.

Por último, presenta una tendencia a la falta de control de impulsos al realizar alguna acción sin considerar las consecuencias y con problemas para manejar las emociones, llegando a decir o actuar según lo que piensa o siente sin tener interés en la opinión o sentimientos de los otros. Esta predisposición se observa en la etapa escolar, donde tenía constantes peleas e incluso en sus relaciones con sus amistades, pues debido a la desconfianza que presentaba es probable que haya tenido conflictos cuando no estaba de acuerdo con una situación. Asimismo, la ingesta de medicamentos sin haber recibido una opinión profesional sobre estos se considera una conducta peligrosa e impulsiva, pues puso en riesgo su propia vida.

Finalmente, se concluye que dichos criterios son compatibles con los síntomas, signos y los resultados obtenidos del caso presentado.

El entendimiento de este trastorno no solo puede ser corroborado con un tipo específico de prueba, por lo que se recomienda emplear tanto las psicométricas como proyectivas para que en su conjunto integren características comunes que

definan el estado actual de salud psicológica del paciente. Por consiguiente, otorgar un diagnóstico temprano permite la prevención de futuras comportamientos que afecten su bienestar tal como, ser víctima de algún tipo de violencia, ingesta de drogas o incluso, llegar al suicidio.

Es importante recalcar la comorbilidad de este diagnóstico con otros tipos de trastornos como el Ansioso-depresivo, Trastornos Alimenticios o Trastorno Bipolar. Los profesionales deben de estar capacitados para identificar y diferenciar entre estas alteraciones. Existe insuficiencia de recursos que ofrezcan un plan de tratamiento eficiente para el paciente, de modo que se ajuste independientemente del diagnóstico a sus propias particularidades.

REFERENCIAS

- Andión, O. & Casas, M. (2013). *Trastorno límite de la personalidad: Diferentes manifestaciones de un mismo trastorno (Tesis doctoral)*. Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona.
- American Psychiatric Association (APA). (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV*. Barcelona, España: Editorial Elsevier Masson
- American Psychiatric Association (APA). (2013). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-V*. Barcelona, España: Editorial Médica Panamericana.
- Caballo, V., y Camacho, S. (2000). *El Trastorno Límite de la Personalidad: Controversias Actuales*. Redalyc. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/213/21300503.pdf>
- Cardenal, Sánchez y Ortiz (2007). *Los trastornos de personalidad según el modelo de Millon: una propuesta integradora*. *Clínica y Salud*. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742007000300004&lng=es&tlng=es
- Carranza, I. (2002). *Tratamiento de un caso de trastorno límite de la personalidad en una comunidad terapéutica*. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352002000100009&lng=es&tlng=es.
- Esbec, E. & Echeburúa, E. (2014). *La evaluación de los trastornos de la personalidad según el DSM-5: recursos y limitaciones*. *Terapia psicológica*. Recuperado de: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/terpsicol/v32n3/art08.pdf>
- Feliu, A. (2014). *Caracterización del Trastornos Límite de la Personalidad y efectos del entrenamiento en mindfulness*. (Tesis Doctoral). Universidad Autónoma de Barcelona. Recuperado de:

<https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/134674/afs1de1.pdf?sequence=1>

Ferrer, M. (2013). *Trastorno Límite de la Personalidad: Diferentes manifestaciones de un mismo trastorno. (Tesis Doctoral)*. Universidad Autónoma de Barcelona. España. Recuperado de: <https://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/133274/mfv1de1.pdf?sequence=1>

Hernández, Fernández y Baptista (2019). *Metodología de la Investigación*. Recuperado de http://docs.wixstatic.com/ugd/986864_5bcd4bbbf3d84e8184d6e10eecea8fa3.pdf

Castillo, H. (2015). *Relaciones inestables entre madre e hijo desde el nacimiento se asocian en el desarrollo de la personalidad Borderline*. Perú: Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”. Recuperado de: <http://www.insm.gob.pe/oficinas/comunicaciones/notasdeprensa/2015/040.html>

Linehan, M. (1993). *Cognitive-Behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.

Ministerio de Salud del Perú (2018). *Minsa registra más de 1300 intentos de suicidio en lo que va del 2018. Nota de prensa*. Recuperado de: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/18738-minsa-registra-mas-de-1300-intentos-de-suicidio-en-lo-que-va-del-2018>

Monje, C. (2011). *Metodología de la Investigación Cuantitativa y Cualitativa Guía Didáctica*. Recuperado de <https://www.uv.mx/rmipe/files/2017/02/Guia-didactica-metodologia-de-la-investigacion.pdf>

Núñez et al. (2019). *Trastorno límite de la personalidad (TLP): características, etiología y tratamiento*. Elsevier. Recuperado de:

<https://www.elsevier.es/es-revista-psiquiatria-biologica-46-articulo-trastorno-limite-personalidad-tlp-caracteristicas-S1134593419300466>

Penas, S. & De la Vega, I. (2013). *Caso clínico: ¿qué puede existir tras una funcionalidad aparente? Acción Psicológica*. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.5944/ap.10.1.7038>

Organización Mundial de la Salud. (1994). *Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10)*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Sabino, J. (2017). *Trastorno de Somatización, Trastorno Límite de la Personalidad y Depresión Mayor*. Tesis de Título Profesional. Recuperado de: http://repositorio.uap.edu.pe/bitstream/uap/7114/8/T059_45816126_T.pdf

Serrani, D. (2011). *Terapia dialéctica comportamental en el tratamiento del trastorno límite de personalidad*. Alcmeon (17), p. 169-88.

Vásquez, E. (2016). *Terapia Dialéctico Conductual en el trastorno límite de personalidad: el equilibrio entre la aceptación y el cambio*. *Revista Neuropsiquiatra*. Recuperado de: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rnp/v79n2/a05v79n2.pdf>

ANEXO 1

Inventario de Depresión de Beck

20. Cansancio o Fatiga

- 0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.
- 1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.
- 2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.
- 3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

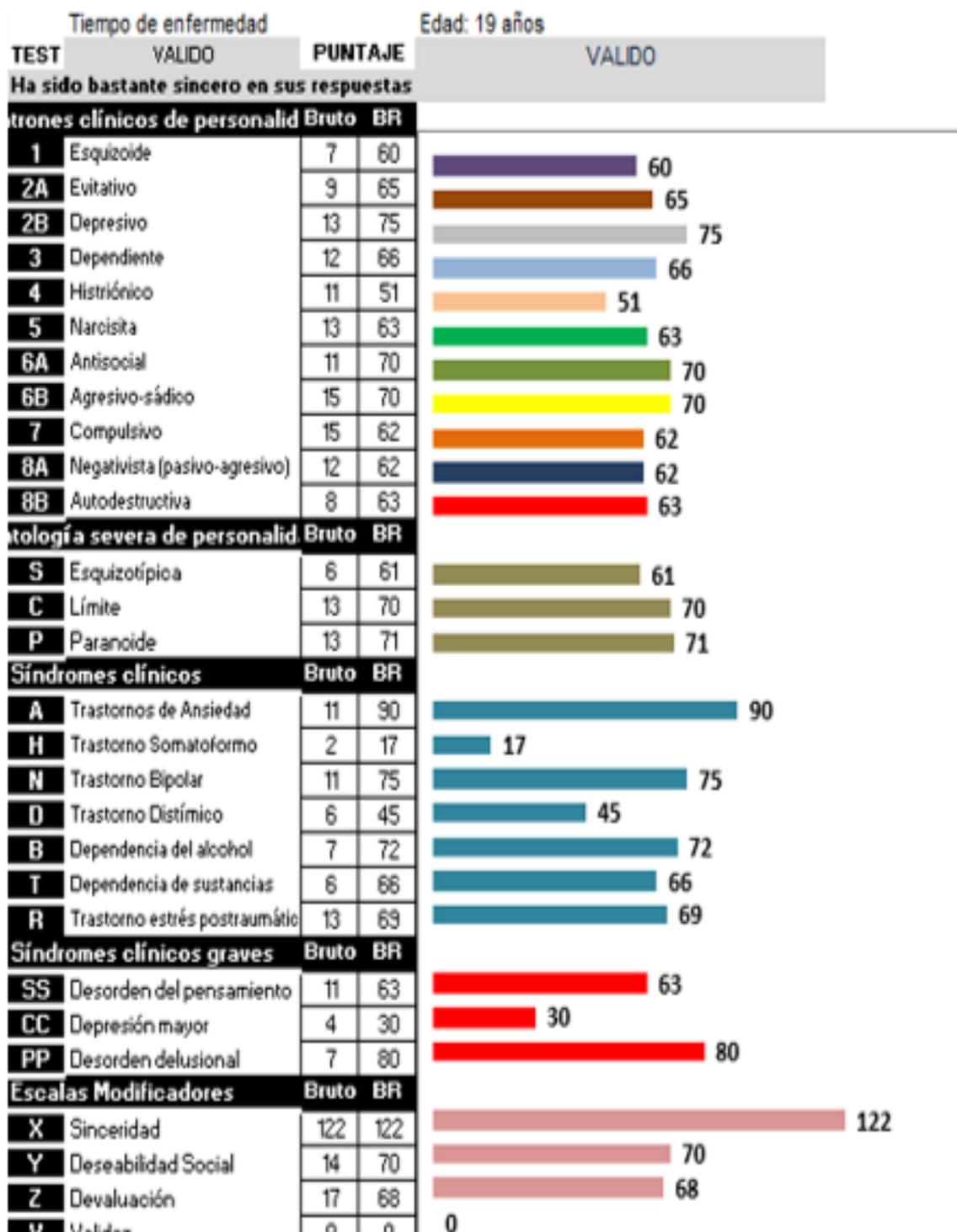
21. Pérdida de Interés en el Sexo

- 0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
- 1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.
- 2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.
- 3 He perdido completamente el interés en el sexo.

Puntaje Total: 30 pts. → Depresión Moderada.

ANEXO 2

Inventario Clínico Multiaxial de Millon III



ANEXO 3

Test de la Figura Humana de Karen Machover



