



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

ESTUDIO DE CASO DE UNA USUARIA
QUE RECIBE ATENCIÓN
PSICOLÓGICA EN EL CENTRO DE
ORIENTACIÓN Y CONSEJERÍA DE
UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA
SUPERIOR PARTICULAR DE LIMA
METROPOLITANA

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL
PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADO
EN PSICOLOGÍA

DIEGO ALONSO UBALDO FARRO

LIMA – PERÚ

2022

TSP DIEGO UBALDO

INFORME DE ORIGINALIDAD

19% INDICE DE SIMILITUD	19% FUENTES DE INTERNET	4% PUBLICACIONES	9% TRABAJOS DEL ESTUDIANTE
-----------------------------------	-----------------------------------	----------------------------	--------------------------------------

FUENTES PRIMARIAS

1	hdl.handle.net Fuente de Internet	 ADOLFO AGUINAGA ALVAREZ C.P.S.P. 10324	2%
2	www.doccity.com Fuente de Internet		1%
3	creativecommons.org Fuente de Internet		1%
4	repositorio.upch.edu.pe Fuente de Internet		1%

MIEMBROS DEL JURADO

Dr. GIANCARLO OJEDA MERCADO

Presidente

Dr. CARLOS ALBERTO LÓPEZ VILLAVICENCIO

Vocal

Lic. JENNIFER DENISSE CARRASCO TACURI

Secretaria

ASESOR DEL TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

Mg. ADOLFO AGUINAGA ÁLVAREZ

DEDICATORIA

A Diego de 9 años, porque gracias a su amor,
sus cuidados, sus sueños, sus promesas
y su valentía hoy estoy aquí

A mi madre, por su inmenso amor, su lucha,
su complicidad, y por ser, en muchos sentidos,
mi heroína y mi inspiración

A mi padre, por su incansable compañía, su infinito amor
y por permitirme y motivarme, día a día,
a atreverme a vivir

A mi Coco, porque su vida, sus enseñanzas,
su fuerza, su esperanza y su dulzura,
son mi mayor inspiración

A mi Santiago, por su legado imborrable, su incalculable amor,

su maravillosa luz y su eterna compañía

AGRADECIMIENTOS

Gracias a mi asesor, Mg. Adolfo Aguinaga Álvarez, por su apoyo, motivación y enseñanzas a lo largo de la construcción del presente trabajo de titulación

Gracias a la usuaria que inspiró la realización de este estudio, gracias por su confianza en mí, en mi trabajo y en mi ética, gracias por su vulnerabilidad, gracias por permitirme acompañar el transcurso de su proceso personal y gracias por enseñarme la importancia de la compasión, la co – regulación emocional, la paciencia, el respeto, la validación incondicional y el impacto incomparable de los espacios emocionalmente seguros

TABLA DE CONTENIDOS

RESUMEN

ABSTRACT

INTRODUCCIÓN 1

CAPÍTULO I: EXPERIENCIA PROFESIONAL Y CONTEXTO..... 3

- Descripción de la empresa o institución
- Puesto desempeñado y proyecto profesional realizado
- Delimitación del área de trabajo

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO 23

2.1. Depresión..... 23

2.1.1. Modelos teóricos 25

2.1.1.1. Modelo Cognitivo - Conductual... 25

2.1.2. Criterios diagnósticos..... 29

2.1.3. Factores etiológicos..... 35

2.1.3.1. Factores neurobiológicos..... 35

2.1.3.1.1. Anatomía de los circuitos nerviosos..... 35

2.1.3.1.2. Hipótesis de las monoaminas en el

Trastorno Depresivo Mayor..... 36

2.1.3.1.3. Hipótesis Neurotrófica de la Depresión Mayor	36
2.1.3.1.4. El rol de los neurotransmisores en la Depresión Mayor	37
2.1.3.2. Factores genéticos	39
2.1.3.3. Factores psicosociales	40
2.1.3.3.1. Acoso escolar.....	40
2.1.3.3.2. Violencia intrafamiliar.....	41
2.1.3.3.3. Separación de los padres.....	42
2.1.4. Repercusiones en la calidad de vida.....	43
2.2. Trastorno Límite de la Personalidad	44
2.2.1. Modelos teóricos	45
2.2.1.1. Terapia Centrada en Esquemas de Young.....	45
2.2.1.2. Teoría Biosocial de Marsha Linehan.....	47
2.2.1.3. Modelo Biopsicosocial de Millon	50
2.2.2. Criterios diagnósticos.....	53
2.2.3. Factores etiológicos.....	57
2.2.3.1. Factores neurobiológicos.....	57

2.2.3.2. Factores genéticos	60
2.2.3.3. Factores psicosociales	61
2.2.3.3.1. Inseguridad en el apego	61
2.2.3.3.2. Abuso sexual infantil	63
2.2.4. Repercusiones en la calidad de vida.....	64
2.3. Diagnóstico Diferencial	65
2.4. Psicoterapia Cognitivo Conductual.....	66
2.5. Terapia Racional Emotiva.....	68
2.6. Intervenciones eficaces para el diagnóstico encontrado	72
2.6.1. Activación Conductual	72
2.6.2. Terapia Dialéctica Conductual	74
2.7. Investigaciones.....	77
2.7.1. Investigaciones Nacionales	77
2.7.2. Investigaciones Internacionales	79
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA	83
3.1. Contextualización del Problema (Diagnóstico)	83
– Problemas de estudio.....	83
– Estrategias de evaluación y medición, evaluación de la problemática	85

– Procedimiento de la evaluación	89
– Diagnóstico del problema: Reporte.....	89
3.2. Intervención (Estrategia).....	103
– Problema delimitado	103
– Objetivos de la intervención.....	104
– Técnicas.....	105
– Selección y sustento de las técnicas empleadas... ..	107
– Consideraciones éticas... ..	109
– Ejecución: descripción del plan de intervención... ..	111
– Indicadores de logro.....	118
– Monitoreo y evaluación de la intervención	120
 CAPÍTULO IV: RESULTADOS.....	 137
4.1. Resultados	137
– Presentación de datos cuantitativos. Indicadores	137
– Análisis de los resultados encontrados con fuentes	172
4.2. Reflexión de la experiencia.....	176
– Limitaciones encontradas en el proceso de intervención.....	176
– Impacto en la institución con los resultados hallados	177
– Aporte en el área psicológica y en el contexto.....	179
– Demandas profesionales requeridas (competencias)... ..	181
– Autoevaluación y autocrítica personal e institucional	182

RECOMENDACIONES	186
CONCLUSIONES	189
REFERENCIAS.....	190
ANEXOS	

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Plan de Trabajo	12
Tabla 2. Modelo Anual de Trabajo... ..	15
Tabla 3. Rol de los neurotransmisores involucrados en el Trastorno Depresivo Mayor... ..	37
Tabla 4. Patrones básicos y personalidades patológicas leves	50
Tabla 5. Rol de los neurotransmisores involucrados en el Trastorno Límite de la Personalidad	59
Tabla 6. Calificación del Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ – 9) – Puntuación – Decisión.....	100
Tabla 7. Interpretación del Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ – 9) – Puntos de corte – Categoría	101
Tabla 8. Técnicas empleadas.....	105
Tabla 9. Cronograma de trabajo.....	113
Tabla 10. Monitoreo y evaluación de la intervención... ..	120
Tabla 11. Resultados de las sesiones, Intervalo de sesiones, Logros obtenidos... ..	137
Tabla 12. Componente Educativo, Área de Intervención, Pre – Intervención – Post – Intervención.....	140

Tabla 13. Registro ABC, Pre – Intervención – Post – Intervención.....	144
Tabla 14. Reestructuración Cognitiva, Pensamiento inicial, Cuestionamiento, Nuevo pensamiento	149
Tabla 15. Área Cognitiva, Valoración Cualitativa, Indicadores, Pre – intervención, Post – intervención.....	160
Tabla 16. Área Emocional, Valoración Cualitativa, Indicadores, Pre – intervención, Post – intervención.....	163
Tabla 17. Área Conductual, Valoración Cualitativa, Indicadores, Pre – intervención, Post – intervención.....	165
Tabla 18. Área de Intervención, Valoración Cualitativa, Indicadores, Pre – intervención, Post – intervención.....	168

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Organigrama	11
Figura 2. Teoría Biosocial y Áreas de inestabilidad en TLP.....	49
Figura 3. Procedimiento de la evaluación	89
Figura 4. Resultados Generales del PHQ – 9, Pre intervención – Post intervención.....	157
Figura 5. Resultados por ítems del PHQ – 9, Pre intervención – Post intervención.....	158
Figura 6. Área Cognitiva, Indicadores cuantitativos, Pre – intervención, Post – intervención.....	159
Figura 7. Área Emocional, Indicadores cuantitativos, Pre – intervención, Post – intervención.....	162
Figura 8. Área Conductual, Indicadores cuantitativos, Pre – intervención, Post – intervención.....	164

RESUMEN

El Trastorno Depresivo Mayor, caracterizado por sentimientos de tristeza, pérdida significativa del placer o interés en las actividades cotidianas, alteraciones en el sueño, irritabilidad y sentimientos de culpa, durante un período mínimo de dos semanas, y el Trastorno Límite de la Personalidad, descrito a partir de los patrones constantes de inestabilidad, impulsividad y desregulación emocional, sensación crónica de vacío y dificultades en el manejo de la ira, son dos enfermedades de la salud mental que alteran significativamente las capacidades de la persona hacia el afronte y el disfrute pleno de la vida. El presente trabajo tiene como objetivo describir el diseño e implementación de un plan de tratamiento individualizado centrado en la experiencia de un estudio de caso que reúne dichas características clínicas, para tal fin, se detallan los métodos empleados: la observación psicológica, el análisis clínico de la conducta, el registro ABC, la reestructuración cognitiva y la administración de pruebas psicométricas y proyectivas: el Cuestionario de Salud del Paciente y el Test de la Persona Bajo la Lluvia, como prueba complementaria. Se explora y analiza la dinámica intrafamiliar, las redes de apoyo, la historia de vida y los recursos personales, factores involucrados en la cronicidad del caso. A través de las sesiones se promovió la adherencia a los tratamientos psicológicos y psicofarmacológicos, se obtuvo una mejora significativa en la intensidad y frecuencia de las ideaciones suicidas y las conductas de autolesión mediante la disminución de los síntomas depresivos y el progreso en el manejo de la impulsividad relacionada al Trastorno Límite de la Personalidad.

Palabras clave: Depresión Mayor, Trastorno Límite de la Personalidad, Psicología Clínica, Universitarios

ABSTRACT

Major Depressive Disorder, characterized by feelings of sadness, significant loss of pleasure or interest in daily activities, sleep disturbances, irritability and feelings of guilt, for a minimum period of two weeks, and Borderline Personality Disorder, described from the constant patterns of instability, impulsiveness and emotional dysregulation, chronic feeling of emptiness and difficulties in managing anger, are two mental health diseases that significantly alter the person's abilities to cope and fully enjoy life. The present work aims to describe the design and implementation of an individualized treatment plan focused on the experience of a case study that meets these clinical characteristics, for this purpose, the methods used are detailed: Psychological Observation, Clinical Analysis of Behavior, ABC Register, Cognitive Restructuring and the administration of psychometric and projective tests: Patient Health Questionnaire and Person in the Rain Test. The intrafamily dynamics, support networks, life history and personal resources, factors involved in the chronicity of the case, are explored and analyzed. Through the sessions, adherence to psychological and psychopharmacological treatments was promoted; a significant improvement was obtained in the intensity and frequency of suicidal ideation and self-injurious behavior through the reduction of depressive symptoms and progress in the management of depression. impulsivity related to borderline personality disorder.

Keywords: Major Depression, Borderline Personality Disorder, Clinical Psychology, University Students

INTRODUCCIÓN

El Trastorno Depresivo Mayor puede ser descrito a partir de la presencia de sentimientos de tristeza, culpa, baja autoestima, irritabilidad, estados de fatiga crónica, falta de concentración, y pérdida de interés o de placer en las actividades de la vida. De una manera significativa, se da un deterioro en los recursos, las capacidades y las expectativas de la persona hacia el logro de un óptimo desempeño laboral y/o académico, una adecuada adaptación familiar y social, y un afronte satisfactorio a nivel cognitivo, emocional y conductual en relación a la vida misma. El Trastorno Depresivo Mayor forma parte del grupo de Trastornos del Estado de Ánimo, en donde las características clínicas anteriormente identificadas deben estar presentes a lo largo de un período mínimo de dos semanas. (DSM – 5, 2013). Por su parte, el Trastorno Límite de la Personalidad se caracteriza por la existencia de un patrón de inestabilidad en razón al afecto, a la autoimagen y a las relaciones interpersonales, teniendo éstas una tendencia a la intensidad y a la vivencia de sentimientos de desvalorización, un temor disfuncional ante la probabilidad de rechazo y/o desamparo, impulsividad e ideaciones recurrentes asociadas al suicidio y a las conductas de autolesión, (DSM – 5, 2013). Investigaciones como las de Ritschel, Cowperthwait, Stewart & Lim, (2018); Levy, McMain, Bateman & Clouthier, (2018); y Storebø et. al., (2020), sostienen la importancia de realizar intervenciones psicológicas de orientación científica dirigidas al abordaje de las dificultades cognitivas, emocionales, conductuales, interpersonales e intrapersonales asociadas a la enfermedad, considerando la observación y comprensión de la conducta, el análisis de los antecedentes familiares e individuales, y la identificación de la influencia del

ambiente en el sujeto. (Kokoulina, et al, 2016). El estudio de caso sobre una situación clínica de Trastorno Depresivo Mayor y Trastorno Límite de la Personalidad permite reconocer la manifestación de los cuadros en el marco de la singularidad de una usuaria que acude al servicio de atención psicológica brindado en su contexto universitario, dando lugar al diseño y desarrollo de un plan de intervención individualizado. En esa medida, el presente trabajo describe y fundamenta las características del abordaje, en razón a la delimitación de la experiencia profesional, la exposición de las consideraciones teóricas desarrolladas a lo largo de la historia en función a las enfermedades mentales, las técnicas empleadas, las pruebas psicológicas administradas y los resultados obtenidos. Finalmente, se comparte la autoevaluación del autor del trabajo y responsable del caso, y las limitaciones encontradas para el manejo del mismo. Se presentan, además, las recomendaciones hacia futuras intervenciones y las conclusiones derivadas de la experiencia.

CAPÍTULO I: EXPERIENCIA PROFESIONAL Y CONTEXTO

- Descripción de la empresa o institución

Nombre de la Institución: Institución Educativa Superior Particular de Lima
Metropolitana

Breve descripción de la Institución

Facultad Profesional que brinda servicios y espacios de formación en la Educación Superior Universitaria, con 106 años de presencia a nivel nacional y 22 años a nivel internacional. Sede institucional que cuenta con prestigio en la calidad de su enseñanza y que desempeña un rol fundamental en la formación de los futuros profesionales de la salud del país, así como en la actualización académica de los mismos a través de los Programas de Educación Continua y Especialización. La Facultad se encuentra ubicada en el Distrito de San Martín de Porres, en el Departamento de Lima.

MISIÓN

La misión del Centro de Orientación y Consejería Psicológica es brindar un acompañamiento psicológico oportuno a los estudiantes de la Facultad, en contribución al cumplimiento de sus objetivos de desarrollo personal, relacional, académico y profesional.

VISIÓN

La visión del Centro de Orientación y Consejería Psicológica es otorgar una atención psicológica responsable y eficaz dirigida a los estudiantes de pregrado de la Facultad, en base a la validación de sus historias y demandas emocionales actuales, a través de espacios de evaluación, acompañamiento,

intervención y seguimiento, a nivel individual y grupal, facilitando un ambiente de soporte emocional y promoviendo el desarrollo y reconocimiento de sus habilidades personales, en el marco del cumplimiento de la ética profesional.

VALORES

Los valores del Centro de Orientación y Consejería Psicológica son:

- Respeto a las narrativas de vida y a la singularidad humana de cada consultante
- Responsabilidad afectiva en el vínculo
- Trato digno y ético
- Amabilidad, confianza y confidencialidad
- Trabajo en equipo
- Aceptación incondicional

OBJETIVOS

Los objetivos del Centro de Orientación y Consejería Psicológica son:

- Brindar atención a la salud mental de los estudiantes de la Facultad a través de un marco profesional de acción ética y responsable
- Prevenir y promover la salud mental en la comunidad de alumnos a través del diseño e implementación de espacios individuales y grupales de atención psicológica
- Favorecer el desarrollo de habilidades socioemocionales en los educandos en contribución a su adaptación y crecimiento personal, académico y social, y a su calidad de vida
- Ofrecer un abordaje de las necesidades psicosocioemocionales de los universitarios a través de un enfoque integrativo y no directivo

ANÁLISIS FODA INSTITUCIONAL

Fortalezas

1. Alto nivel de especialización académica y profesional de los docentes que permite el adecuado desarrollo de las actividades formativas de la Facultad
2. Liderazgo óptimo
3. Prestigio en la imagen institucional
4. Estrategias de manejo logístico eficientes
5. Adecuada administración de los recursos financieros
6. Áreas de labores administrativas, docentes, de tutoría, de autoridades, y de orientación y consejería psicológica ubicadas estratégicamente para la atención de los estudiantes
7. Clima laboral de respeto y confianza entre los trabajadores y los alumnos
8. Prestigiosas alianzas nacionales e internacionales en beneficio del desarrollo personal, académico y social de los universitarios y de los trabajadores de la institución
9. Compromiso académico y profesional de la lideresa y de los trabajadores
10. Desarrollo sostenible de los programas académicos de pregrado y posgrado

Oportunidades

1. Alta demanda de los Programas de Educación Continua y Especialización por parte de los egresados de la Facultad y de postulantes externos
2. Políticas de financiamiento por parte del Estado para algunos Programas de la Carrera Profesional
3. Incremento en la demanda de los jóvenes del país para acceder a servicios de Educación Superior Universitaria de calidad
4. Mejora en los préstamos, becas y subvenciones, por parte del Estado, para los estudiantes universitarios
5. Incremento en la demanda de los Cursos de Enseñanza Virtual en el país
6. Internacionalización de la Facultad a través de los procesos de calidad en la enseñanza
7. Demanda social – nacional de los servicios de salud de la profesión
8. Políticas nacionales que velan por la acreditación académica a través de procesos de certificación que contribuyen al prestigio de la Facultad
9. Ley y Reglamento Nacional que regula, faculta y pondera a los profesionales de la ciencia de estudio
10. Convenios nacionales con servicios de prestigio en la atención primaria de la salud

Debilidades

1. Poco personal administrativo para el acompañamiento y el apoyo a las actividades docentes
2. Demora en la atención a los estudiantes cuando la demanda administrativa es alta
3. Actualización digital deficiente para la ejecución de las labores administrativas
4. Recursos materiales insuficientes para la realización idónea de las actividades docentes
5. Dificultades frente a la planificación y el cumplimiento de las agendas de trabajo de las actividades extracurriculares, como talleres psicológicos, jornadas y congresos de salud mental, que representarían un beneficio para el desarrollo socioemocional de los estudiantes
6. Problemas en la comunicación entre las áreas de administración y marketing
7. Falta de incentivos laborales al personal administrativo y docente de la Facultad
8. Baja publicidad y promoción de los servicios que se brindan hacia la captación de nuevos alumnos
9. Participación limitada de los docentes en las actividades extracurriculares de la Facultad, como talleres o eventos dirigidos por los estudiantes
10. Falta de innovación en las metodologías de enseñanza dirigidas a los estudiantes de la Facultad

Amenazas

1. Aumento de la oferta académica – universitaria a través del surgimiento de nuevas casas de estudio dedicadas al rubro de la salud
2. Creación de Programas Profesionales de otras universidades que demandan una menor inversión y tiempo de formación para los usuarios, lo que representa un incremento en la competitividad del mercado
3. Crecimiento de Instituciones Educativas con mejores infraestructuras para la formación de sus futuros profesionales
4. Inestabilidad económica del país
5. Cese en la subvención financiera del Estado a los Programas de Educación a causa de la coyuntura político – económica de la nación
6. Inaccessibilidad de los estudiantes a los servicios de salud clínicos y del primer nivel de atención por tiempos de pandemia, lo que representa un riesgo para una formación profesional integral
7. Mayor presencia de filiales de otras casas de estudio cuya oferta académica permite el acceso a la formación profesional de los jóvenes que se encuentran en diferentes ciudades del país, lo que permite la captación de los mismos
8. Ausencia de centros de simulación e innovación tecnológica para la optimización del aprendizaje, señalando una desventaja comparativa a otras instituciones que cuentan con dichos recursos estructurales en beneficio de sus estudiantes y de sus futuros postulantes

9. Regulación de la Ley Universitaria que pauta la obligación de las facultades de contar con docentes con grado de maestro para la Educación Universitaria, donde el incumplimiento de este requisito podría representar pérdidas laborales significativas para la institución
 10. Falta de representación de estudiantes y docentes en organizaciones académicas del país y el extranjero
- Puesto desempeñado y plan de trabajo realizado. Descripción del área de trabajo, cronograma de trabajo.

Denominación del puesto desempeñado: Practicante Pre Profesional de Psicología

Funciones realizadas

- Aplicación de baterías psicológicas a los estudiantes de pregrado de la Facultad con el fin de determinar niveles de riesgo socioemocional
- Interpretación de los resultados obtenidos tras la aplicación de las baterías y elaboración de los informes psicológicos correspondientes
- Entrega de los resultados de las baterías psicológicas a los estudiantes de la Facultad
- Diseño de planes de intervención dirigidos a los estudiantes con nivel medio y alto en riesgo socioemocional
- Atención diaria en espacios de Orientación y Consejería Psicológica a los estudiantes de pregrado de la Facultad
- Participación en el diseño y presentación del plan anual de trabajo del área, para su aprobación en los comités de autoridades de la Facultad

- Diseño y ejecución de Ciclos de Talleres dirigidos al Personal Administrativo y al Personal de Mantenimiento de la Facultad
- Participación en las evaluaciones psicológicas de los procesos de admisión de los postulantes a los Programas de Educación Continua y de Segunda Especialidad de la Facultad
- Diseño y coordinación de Programas Psicológicos propuestos por el área, dirigidos a los estudiantes de pregrado de la Facultad
- Participación en reuniones de trabajo con las autoridades de la Facultad, grupos estudiantiles y personal docente, para un mayor acercamiento a las necesidades psicológicas percibidas por cada área

Jefa inmediata: Psicóloga habilitada profesionalmente

Organigrama

Figura 1.

Organigrama

Fuente: Elaboración propia



Plan de Trabajo

Tabla 1

Plan de trabajo

Fuente: Elaboración propia

FASE	ACTIVIDAD
EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO	<ul style="list-style-type: none">• Evaluación psicológica inicial a estudiantes de segundo a quinto año de la carrera• Calificación e interpretación de los resultados de las baterías aplicadas• Elaboración de perfiles psicológicos de estudiantes y construcción de la base de datos de estudiantes con su respectivo nivel de riesgo socioemocional

**ELABORACIÓN DE PROGRAMAS DE
INTERVENCIÓN**

- Programa de inducción, bienvenida y adaptación a la facultad a los nuevos ingresantes
- Programa para el manejo de estrategias de afrontamiento del estrés
- Programa de salud sexual y reproductiva
- Programa para el fortalecimiento de habilidades socioemocionales para el ejercicio profesional

EJECUCIÓN DE PROGRAMAS DE

- Atención y seguimiento psicológico a estudiantes con niveles medio y alto de riesgo socioemocional
 - Atención psicológica a estudiantes que lo requieran
 - Ejecución de programas de intervención: Programa de inducción a los nuevos ingresantes, Programa para el manejo de estrategias de afrontamiento del estrés, Programa de desarrollo personal, sexualidad saludable y habilidades sociales, Programa para el fortalecimiento de
-

**INTERVENCIÓN, ATENCIÓN Y
SEGUIMIENTO PSICOLÓGICO A
ESTUDIANTES**

habilidades socioemocionales para el ejercicio profesional, Ciclos de Talleres para el desarrollo de habilidades socioemocionales dirigidos al personal administrativo y de mantenimiento de la Facultad

- Derivación a psiquiatría o psicoterapia externa
- Registro de atenciones psicológicas de estudiantes

RESULTADOS

- Elaboración de informes mensuales del Centro de Orientación y Consejería Psicológica
 - Elaboración del informe semestral y anual del Centro de Orientación y Consejería Psicológica
 - Actualización de los reportes de la Unidad de Becas, con registros de estudiantes
-

Modelo Anual de Trabajo

Tabla 2.

Modelo Anual de Trabajo

Fuente: Elaboración propia

Actividad	Período de Prácticas Pre – Profesionales												
	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR
Elaboración del Plan de Trabajo	X												
Preparación de baterías psicológicas para su aplicación a estudiantes de 2do a 5to año	X												
Evaluación a estudiantes	X	X											

de 2do a 5to año

Interpretación y entrega

de resultados de pruebas

X X

psicológicas

Elaboración de perfiles

de riesgo socio –

X X

emocional de estudiantes

Elaboración del

Programa de

Afrontamiento al Estrés

X

dirigido a estudiantes

Ejecución del Programa

de Afrontamiento al

X

Estrés para estudiantes

Elaboración del

X

X

**Programa de habilidades
socioemocionales para el
ejercicio profesional**

**Ejecución del Programa
de habilidades
socioemocionales para el
ejercicio profesional**

X

X

**Elaboración del
Programa de Inducción a
los ingresantes**

X

**Ejecución del Programa
de Inducción a los
ingresantes**

X

Elaboración del

X

X

Programa de Salud Sexual y Reproductiva dirigido a los estudiantes de la Facultad

Ejecución del Programa de Salud Sexual y Reproductiva dirigido a los estudiantes de la Facultad

X X

Elaboración del Ciclo de Talleres dirigido al personal administrativo y de mantenimiento de la Facultad

X

Evaluaciones psicológicas

para los procesos de

admisión de los

Programas de Educación

X X

Continua y de Segunda

Especialidad de la

Facultad

Ejecución del Ciclo de

Talleres dirigido al

personal administrativo

X X

y de mantenimiento de la

Facultad

Reuniones de trabajo con

X X X X X X X X X X X

equipo de autoridades,

docentes y grupos

estudiantiles

Espacios de Orientación

y Consejería Psicológica

X X X X X X X X X X X

Elaboración de Informes

Mensuales del Centro

X X X X X X X X X X X

- Delimitar el área de trabajo

Psicología Clínica: rama de la psicología que se centra en el abordaje de la salud mental de los individuos a través del estudio y comprensión de los diferentes factores que influyen en el estado emocional, cognitivo, social y comportamental de los mismos, para la elaboración posterior de la intervención apropiada. El proceso clínico contiene espacios de prevención, evaluación, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los casos, durante las fases de evaluación y diagnóstico se identifican los signos y síntomas que afectan el bienestar mental, conductual, emocional, relacional y del pensamiento en el sujeto.

En esa medida, la Psicología Clínica estudia las bases detrás de las enfermedades de la salud mental, dentro de las cuales se encuentran la depresión y el trastorno límite de la personalidad. La depresión es un trastorno del estado de ánimo caracterizado por una tristeza profunda, sentimientos de abulia, anhedonia, alexitimia, así como alteraciones en el comportamiento, el apetito y el sueño. Por otro lado, el trastorno límite de la personalidad es una afección mental en la que el sujeto atraviesa por un patrón continuo de inestabilidad en tanto a sus estados de ánimo, sus comportamientos, sus pensamientos y su trato hacia sí mismo. Ambos trastornos afectan de forma importante la calidad de vida de la persona, en función a su dimensión intrapersonal, interpersonal, familiar, laboral, académica, sexual, y en razón a las relaciones que se establecen entre estas dimensiones.

Asimismo, en función a las líneas de investigación de la Unidad de Investigación, Ciencia y Tecnología, el trabajo desarrollado corresponde a la

Línea de Bienestar Psicológico y Salud Mental, pues se ha identificado y dado atención a los diferentes factores involucrados en la salud mental de la usuaria, reconociendo la importancia e influencia de estos en su bienestar psicológico, en su adaptación personal y social, y en su calidad de vida.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Depresión

La Organización Mundial de la Salud, (2021), señala a la depresión como la causa principal de discapacidad en el mundo, y como uno de los factores de la salud que contribuye, en mayor medida, a las cargas en las tasas de morbilidad en relación a otras enfermedades a nivel mundial. Este trastorno de la salud mental afecta la vida del 3.8% de la población del planeta, lo que es equivalente a 300 millones de personas, aproximadamente. A pesar de la existencia de tratamientos y psicoterapias con validez y rigor científico, el 75% de la población afectada que reside en los países en vías de desarrollo, de ingresos bajos y medios, no accede a ningún tipo de tratamiento, acompañamiento o espacio de orientación y consejería psicológica. Según Schulz & Arora, (2015), como se citó en Pérez – Padilla, et. al, (2017), el tratamiento disminuye los síntomas en más del 50% de los casos.

Por su parte, el Ministerio de Salud, (2018), a través del informe “Lineamientos de Política Sectorial en Salud Mental”, recalca la necesidad de atravesar las dificultades que limitan el acceso de las personas con trastornos mentales, como la depresión, a los tratamientos existentes, siendo ello de especial interés para los servicios públicos y privados de salud pues los trastornos depresivos representan la causa principal de suicidio en nuestro país. Los estudios epidemiológicos sobre salud mental identifican que anualmente el 20,7% de los individuos, a partir de los 12 años de edad, padecen de algún trastorno mental, donde la depresión está presente en el 4% de los casos de Lima rural y en el 8,8% de los casos registrados en Iquitos, la prevalencia en la zona rural del país es de

10.4%, mientras en las poblaciones urbanas las prevalencias más altas por año se reconocen en ciudades como Tumbes, Pucallpa, Puerto Maldonado, Ayacucho y Puno. En términos generales, considerando las estadísticas recopiladas entre todos los departamentos de nuestro país, se alcanza un promedio nacional en la prevalencia de 7,6%, equivalente a más de dos millones de personas. En relación a las ideaciones suicidas, el 23,4% de la población adulta de Lima alguna vez ha deseado morir, y un tercio de los adolescentes considera el suicidio como una solución a sus problemas. Las conductas suicidas son manifestadas predominantemente por mujeres, concluye el Instituto Nacional de Salud Mental, (2019).

En tal sentido, el Ministerio de Salud de nuestro país mediante el “Plan Nacional de Fortalecimientos de Servicios de Salud Mental” (MINSA, 2018), establece como prioritaria la atención e intervención de la depresión, al ser el problema de salud mental que mayor carga de enfermedad representa en nuestra sociedad, produciendo aproximadamente la pérdida de 8 años de vida saludables en las personas, a partir de la afectación de las capacidades conductuales y relacionales de los sujetos, las dificultades frente a la autorrealización plena de los mismos, y el demérito en el funcionamiento a nivel comportamental, cognitivo, social, emocional, sexual e intrapersonal en la vida cotidiana.

Del mismo modo, el Ministerio de Salud, (2018), refiere la influencia de los factores externos en la cronicidad de la depresión, entre los que se destaca el nivel socioeconómico y las oportunidades de mejora del mismo, el desempleo, y los déficits en los servicios educativos y en la atención sanitaria del país, cuyas

deficiencias se describen en razón a la falta de recursos económicos para el acceso, la insuficiente cantidad de personal capacitado en psicología y/o psiquiatría, y el sistema de creencias que reviste a la mayor parte de las sociedades, que aún en el mundo contemporáneo, coexisten alrededor de una serie de estigmas que invisibilizan las necesidades socioemocionales de las personas y la presencia de los trastornos de salud mental.

2.1.1. Modelos teóricos

2.1.1.1. Modelo Cognitivo – Conductual

En este cuerpo teórico, la depresión es conceptualizada a partir de la presencia e influencia de los pensamientos perturbadores y disfuncionales del individuo en función al medio externo y a sus propias características, historia y valor, en donde la activación de los patrones cognitivos suele estar relacionada a una génesis multicausal. Las representaciones en el pensamiento depresivo se asocian a la vivencia de experiencias adversas dadas a lo largo de la vida o cuya ocurrencia se agrupa a momentos específicos de la misma, originando la sistematización de dicho contenido y la abstracción de significados que den sentido a lo vivido. Brewin, (1996), en Carrasco, (2017). Zvelc, (2009), en Carrasco, (2017), parte de las ideas de Beck, haciendo énfasis en la noción de que nuestros esquemas cognitivos dan lugar a la comprensión e interpretación de los hechos internos y externos, consolidando, así, una estructura estable en nuestra forma de ser, sentir, hacer y relacionarnos. La interpretación de los acontecimientos estará ligada, en consecuencia, a la activación de estos esquemas, sean éstos adaptativos, reales, distantes de la lógica o disfuncionales, dando paso a

nuestras posiciones y decisiones de afrontamiento, de neutralidad o de evitación de las circunstancias. Los esquemas desadaptativos suelen estar vinculados a la presencia de distorsiones cognitivas en la depresión, la vivencia intensa en las reacciones emocionales, y las conductas que producen y/o mantienen los conflictos.

Overholser, (2003), en la revisión de Carrasco, (2017), asevera que la Terapia Cognitivo Conductual centrada en la atención psicológica de la depresión, debe establecerse en razón a un modelo de etapas, éstas incluyen:

1. Fase de evaluación e involucramiento en la terapia
2. Módulos de terapia activa, individualizada y flexible
3. Acciones dirigidas a la prevención de recaídas

Del mismo modo, la fase 2 incluye el abordaje de las siguientes 6 consideraciones:

1. Actividad reducida: la activación conductual promueve la adecuación de pequeños pasos y decisiones mientras se ofrece una mayor participación y dinámica en los quehaceres propios de la vida, lo que puede ser de especial apoyo para las personas que atraviesan por un episodio o trastorno depresivo pues aumenta el grado de involucramiento en el mundo y puede considerar la realización de actividades que originalmente le producen placer y que se encuentran bajo su control

2. **Funcionamiento social perturbado:** la TCC puede ser útil para desarrollar y/o incrementar la asertividad en el trato y las comunicaciones, disminuir los patrones de retraimiento en espacios sociales, y aumentar la frecuencia de la realización de actividades que se asocian a experiencias de placer, ya sea en contextos individuales y/o grupales, lo que contribuye, toda vez, al aumento de la percepción de apoyo social y el número de redes. A partir del trabajo psicológico en los espacios de consulta, los usuarios pueden reconocer, asimilar y/o confrontar la naturaleza de las diferentes cogniciones que dan lugar a reacciones emotivas y/o conductuales relevantes asociadas directa o indirectamente a la enfermedad
3. **Manejo inefectivo de estresores recientes:** se busca evaluar las estrategias que recientemente los usuarios han empleado para hacer frente a los diferentes conflictos ocurridos en sus dinámicas de vida, intentando discriminar la efectividad o rango de mejora en la aplicación de dichas técnicas en aras de su optimización y/o del logro de un estado mayor de bienestar. Del mismo modo, se procura que los consultantes desarrollen la capacidad de autoevaluarse y reconocer las consecuencias emocionales, conductuales, sociales y/o familiares que se derivaron del manejo deficiente de ciertas estrategias, promoviendo espacios de aprendizaje, de validación, de confrontación y de afrontamiento
4. **Habilidades deficientes para la resolución de problemas:** se facilita la comprensión de los eventos estresores del medio a través de una

subdivisión de los mismos en elementos que permitan un mayor manejo, procurando reducir la tendencia del usuario a dar resoluciones desde un estado emocional intenso y desde la impulsividad, y promoviendo el desarrollo de la capacidad y/o tendencia a pensar en los acontecimientos antes de dar una respuesta desproporcionada a los mismos, procurando el hallazgo de soluciones lógicas, adaptativas y razonadas. Para tal fin, el conflicto a trabajar precisa ser definido de manera concreta, realista y específica, de esa manera, el usuario, con la ayuda inicial del profesional a cargo, puede empezar a formar una serie de alternativas funcionales para su resolución, evaluando las repercusiones de las mismas a corto, mediano y largo plazo, todo ello a través de un proceso caracterizado por la empatía, la validación, la creatividad, la flexibilidad y la búsqueda de la racionalidad

5. **Sesgos cognitivos:** se desea identificar y trabajar en el diálogo interno del usuario, el cual está sostenido en la singularidad de su cuerpo de pensamientos. La Terapia Cognitivo Conductual busca que el consultante reconozca, desafíe y logre disminuir sus cogniciones depresivas, lo que repercutirá directamente en el logro de su bienestar a través de la consolidación de formas asertivas para percibir y asimilar sus experiencias emocionales y el cambio positivo en sus modos de actuar. Para ello, es preciso que los usuarios desarrollen creencias de validación, de ajuste a la realidad

y de racionalidad, que promuevan su adaptación al medio y su disfrute pleno de la vida

6. Perspectiva negativa de sí mismo: la depresión cursa con estados de desesperanza, pesimismo, desesperación y minimización de diferentes áreas de la vida, la frustración y la culpa suelen estar presentes de manera constante. A partir de ello, el profesional a cargo puede intentar que el usuario visualice los elementos, características y/o cualidades que le dan valor, promoviendo la utilización de los auto-reforzamientos de las conductas positivas y de las decisiones asertivas tomadas recientemente, favoreciendo el afrontamiento y el desarrollo del valor personal

2.1.2. Criterios diagnósticos

En base al DSM – V, (2013), el Trastorno Depresivo Mayor reúne las siguientes características:

A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas, y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer.

Nota: No incluir síntomas que se pueden atribuir claramente a otra afección médica

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p.ej., se

siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p.ej., se le ve lloroso).

2. Disminución importante del interés o el placer de todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).

3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p.ej., modificación de más del 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días.

4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días

5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros; no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento)

6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días

7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el aurreproche o culpa por estar enfermo)

8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas)

9. Pensamientos de muerte recurrentes (no solo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

“Nota: Los criterios A – C constituyen un episodio de depresión mayor.”

“Nota: Las respuestas a una pérdida significativa (p. ej., duelo, ruina económica, pérdidas debidas a una catástrofe natural, una enfermedad o discapacidad grave) pueden incluir el sentimiento de tristeza intensa, rumiación acerca de la pérdida, insomnio, pérdida del apetito y pérdida de peso que figuran en el Criterio A, y pueden simular un episodio depresivo. Aunque estos síntomas pueden ser comprensibles o considerarse apropiados a la pérdida, también se debería pensar atentamente en la presencia de un episodio de depresión mayor además de la respuesta normal a una pérdida significativa. Esta decisión requiere inevitablemente el criterio clínico basado en la historia del individuo y en las normas culturales para la expresión del malestar en el contexto de la pérdida.”

D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco

“Nota: Esta exclusión no se aplica si todos los episodios de tipo maníaco o hipomaníaco son inducidos por sustancias o se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de otra afección médica.”

En tanto a la Clasificación Internacional de las Enfermedades, (CIE 10, 1992), el episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos se caracteriza por:

“En los episodios depresivos típicos, ya sean leves, moderados o graves, el paciente sufre un estado de ánimo bajo, reducción de la energía y disminución de la actividad. La capacidad para disfrutar, interesarse y concentrarse está reducida, y es frecuente un cansancio importante, incluso tras un esfuerzo mínimo. El sueño suele estar alterado y el apetito disminuido. La autoestima y la confianza en uno mismo casi siempre están reducidas e, incluso en las formas leves, a menudo están presentes ideas de culpa e inutilidad. El estado de ánimo bajo varía poco de un día a otro, no responde a las circunstancias externas y puede acompañarse de los denominados síntomas “somáticos”, como son: pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, despertar precoz varias horas antes de la hora habitual, empeoramiento matutino del humor depresivo, enlentecimiento psicomotor importante, agitación, pérdida de apetito, pérdida de peso y disminución de la libido. En función del número y severidad de los síntomas, un episodio depresivo puede especificarse como leve, moderado o grave.”

Criterios para el Episodio Depresivo. (F.32)

G1. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas

G2. No ha habido síntomas hipomaníacos o maníacos suficientes para cumplir los criterios de episodio hipomaníaco o maníaco (F.30) en ningún período de la vida del individuo

G3. Criterio de exclusión usado con más frecuencia: el episodio no es atribuible al consumo de sustancias psicoactivas (F10 – F19), o a ningún trastorno mental orgánico (en el sentido de F00 – F09)

El Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos se caracteriza por la pérdida de la autoestima y las ideas de autodesprecio o culpa, siendo también comunes las ideas o actos suicidas, y suelen estar presentes unos cuantos síntomas somáticos.

“Nota diagnóstica: Si síntomas importantes, como agitación o enlentecimiento, son notables, el paciente puede no estar dispuesto o ser incapaz de describir con detalle muchos síntomas. A pesar de ello, una valoración global de episodio grave está justificada en tales casos.”

CDI – 10

A. Deben cumplir los criterios generales de episodio depresivo (F.32).

B. Presencia de los tres síntomas del criterio B de F32.0

1. Humor depresivo hasta un grado claramente anormal para el individuo, presente la mayor parte del día y casi cada día, apenas

influido por las circunstancias externas y persistente durante el menos dos semanas

2. Pérdida de interés o de la capacidad de disfrutar en actividades que normalmente son placenteras
3. Disminución de la energía o aumento de la fatigabilidad

C. Presencia de síntomas adicionales del criterio C de F32.0, hasta un total de al menos siete

1. Pérdida de confianza o disminución de la autoestima
2. Sentimientos no razonables de autorreproche o de culpa excesiva e inapropiada
3. Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, o cualquier conducta suicida
4. Quejas o pruebas de disminución en la capacidad de pensar o concentrarse, tales como indecisión o vacilación
5. Cambio en la actividad psicomotriz, con agitación o enlentecimiento (tanto subjetiva como objetiva)
6. Cualquier tipo de alteración del sueño
7. Cambio en el apetito (aumento o disminución) con el correspondiente cambio de peso

D. Ausencia de alucinaciones, ideas delirantes o estupor depresivo

2.1.3. Factores etiológicos

2.1.3.1. Factores neurobiológicos

2.1.3.1.1. Anatomía de los circuitos nerviosos

Pérez-Padilla, et. al, (2017), señalan la importancia de reconocer y entender el funcionamiento de los circuitos neuronales asociados a la depresión, y los mecanismos que los explican, en aras de una comprensión neurobiológica integral del trastorno. En tal sentido, se describe al sistema límbico como el centro de control de las emociones y el responsable de la supervivencia, la homeostasis y la reproducción de los individuos, a través de la generación de respuestas a nivel endocrino, autónomo y del comportamiento. Toda esta información será recopilada por el organismo y utilizada posteriormente para dar solución a acontecimientos en el futuro. El origen de las emociones agradables o displacenteras está regido por la liberación e interacción de neurotransmisores como la serotonina, la noradrenalina, la acetilcolina y la dopamina. A partir de este modo de funcionamiento, el sistema límbico ha sido históricamente denominado como el “cerebro emocional”.

En esa línea, el estudio de Drevets, (2004), citado por Pérez-Padilla, et. al., (2017), demostró un aumento en el metabolismo y en el flujo de sangre en zonas como la amígdala y el tálamo medial en personas con Trastorno Depresivo Mayor, mientras que la zona dorso-antero lateral de la corteza prefrontal experimenta una baja actividad. Autores como Bouras, et. al, (2001), y Baumann, et. al, (1999), como se citó en Pérez-Padilla, et. al., (2017), dan cuenta de distintas observaciones a nivel neurobiológico en individuos deprimidos, denotando una reducción en el grosor y volumen de áreas como la corteza prefrontal, la amígdala,

el hipocampo y la corteza cingulada, así como alteraciones a nivel estructural, molecular, celular y neuroendocrino. Los hallazgos concernientes a la disminución del volumen del hipocampo son compartidos por investigadores como Rajkowska, et, al. (1999), y Janssen, et, al. (2007), citados también por los autores en el año 2017.

2.1.3.1.2. Hipótesis de las monoaminas en el Trastorno Depresivo Mayor

Pérez-Padilla, et. al, (2017), establecen una revisión a los alcances de diferentes autores en relación a un concepto prevalente en las últimas cinco décadas de cara a la comprensión neurobiológica de la enfermedad depresiva: La hipótesis de las monoaminas. En términos generales, la propuesta sostiene que el trastorno encuentra sus raíces en el sistema límbico, a través del déficit en la neurotransmisión de la noradrenalina (NA) y la serotonina (5-HT), en razón a la disponibilidad de éstas. Bunney & Davis, (1965), Schildkraut, (1965), Coppen, (1967), Matussek, et. al, (1969), & Nutt, (2002) indican que la medicación antidepresiva centra sus mecanismos de acción en el “*aumento de la disponibilidad extracelular de estos neurotransmisores*”. El equilibrio o desequilibrio en las proporciones de éstos sistemas monoaminérgicos da como resultado las expresiones comportamentales y emocionales de los individuos.

2.1.3.1.3. Hipótesis Neurotrófica de la Depresión Mayor

Pérez-Padilla, et. al, (2017), dan revisión a los hallazgos de diversos investigadores en razón a la Hipótesis Neurotrófica de la Depresión. En tal sentido, Hashimoto, (2010), refiere que las neurotrofinas son proteínas, que a

nivel del sistema nervioso periférico y del sistema nervioso central, se encuentran involucradas en los procesos de plasticidad neuronal y en la neurogénesis. A través de los estudios de Boldrini, et. al. (2012), & Korgaonkar, et. al, (2014), se describe la interrupción en la neurogénesis y la anormal constitución de las sinapsis en las personas que viven un trastorno depresivo, lo que altera significativamente el funcionamiento cognitivo y anímico propio de la región límbica. Asimismo, Masi & Brovedani, (2011), refieren que la reducción en las neurotrofinas se asocia a conductas suicidas, mientras Dwivedi, et. al, (2003), & Ninan, et. al, (2014), señalan que la intervención psicofarmacológica permite la mejora en los niveles de las proteínas, facilitando el bienestar.

2.1.3.1.4. El rol de los neurotransmisores en la Depresión Mayor

En base a la revisión de Cruzblanca, et. al, (2016), se describe el rol de los diferentes neurotransmisores involucrados en el Trastorno Depresivo Mayor:

Tabla 3.

Rol de los neurotransmisores involucrados en el Trastorno Depresivo Mayor

Fuente: Elaboración propia

Neurotransmisor	Rol	Estado
Serotonina	Regulación del sueño y el apetito, control de la actividad motora, la conducta sexual y la percepción sensorial, sentimientos de baja autoestima, desesperanza, pesimismo	Disminuido
Noradrenalina	Estados de vigilia, nivel de conciencia, motivación, regulación del sueño y el apetito, el aprendizaje y la memoria, la reactividad y el contacto con el medio	Disminuido
Dopamina	Regulación de las funciones motoras, cognitivas y emocionales, experiencias de placer	Disminuido
Ácido Gamma-	Manejo de la angustia	Disminuido

	aminobutírico (GABA) y equilibrio de la actividad cerebral	
Glutamato	Mediador primario de la enfermedad, asociado a las ideaciones suicidas	Aumentado

2.1.3.2. Factores genéticos

La realización de estudios en humanos a lo largo de la historia ha permitido identificar la influencia de la genética en relación a los trastornos depresivos. En base a la revisión de Pérez-Padilla, et. al, (2017), se comprende:

- Sullivan, et. al, (2000), & Kendler, et. al, (2001), llevaron a cabo dos estudios con el objetivo de determinar la heredabilidad de la depresión mayor en función del sexo. Ambos trabajos refieren que las mujeres suelen heredar la enfermedad en porcentajes más altos, siendo los resultados: 40% en mujeres y 30% en hombres, y 42% en mujeres y 29% en hombres, respectivamente.
- Kendler, et. al, (2001), & Bosker, et. al, (2011), reportan la existencia de aproximadamente 200 genes presentes en el desarrollo del Trastorno Depresivo Mayor. Algunos de los más importantes, según los autores, son: Gen 5HTTP, HTR1A, DRD4, SLC6A3, APOE, MTHFR y GNB3.

- Ising, Horstmann, & Kloiber, (2007), realizaron un estudio genético en parientes de personas con depresión que concluyó en un odd ratio de 2.84, lo que da cuenta de un riesgo elevado para el desarrollo del trastorno en familiares de primer grado.
- Menke, et. al, (2013), y Kang, et. al, (2013), refieren que la influencia del ADN en las neurotrofinas repercute en la gravedad del trastorno depresivo y en la conformación de ideaciones de muerte.

Asimismo, los autores indican que si la carga genética de la depresión procede del padre, ello representa un factor de mayor vulnerabilidad ante el desarrollo de la enfermedad en la progenie.

2.1.3.3. Factores psicosociales

Los factores psicosociales, como las experiencias de bullying, la violencia intrafamiliar o la separación de los padres, representan un grupo de condiciones dadas a lo largo de la vida en interacción con el entorno, que afectan el bienestar biopsicosocioemocional de las personas. A continuación, se explora la influencia de los mismos en relación al Trastorno Depresivo Mayor:

2.1.3.3.1. Acoso escolar

Díaz, (2009), citada por Jiménez, (2019), refiere que el bullying es un tipo de violencia sistemática dada en los contextos académicos que representa un riesgo para la salud mental. En tal sentido, las características de la agresión, como la edad en la que se es víctima, el involucramiento o distanciamiento emocional y conductual de los pares/testigos, la intensidad, frecuencia y patrón de la agresión

física y/o psicológica, (en forma de exposiciones repetidas a manotazos, insultos, burlas, bofetadas, maltratos, sobrenombres, comentarios de desvalorización, desprestigio, entre otros), conforman un predictor para el desarrollo de trastornos depresivos en la infancia, en la adolescencia y/o en la vida adulta. En referencia a ello, Undheim et. al, (2013), como se citó en Azúa, Rojas, & Ruiz, (2020), evaluaron la relación entre los síntomas de la depresión y la ideación suicida a partir de dos grupos, uno de ellos constituido por adolescentes que no habían vivido experiencias de acoso escolar, mientras el otro estaba integrado por jóvenes que sí habían sido víctimas de este tipo de violencia. Los resultados mostraron puntajes más altos en la escala de ideación suicida en los escolares que habían vivido bullying (media: 1,48), en contraste al grupo de estudiantes que no (media: 0.45). Asimismo, en nuestro país, el estudio en alumnos de Piura de Sandoval-Ato, et. al, (2018), mostró que el riesgo suicida tras una experiencia sistemática de bullying era significativamente elevado, (RPa = 1.83, p = 0.015), al igual que el sentirse deprimido (RPa = 3.32, p < 0.001).

2.1.3.3.2. Violencia intrafamiliar

Shaffer, (2000), citado por García, (2019), refiere que la violencia en el ámbito familiar representa toda agresión física, psicológica y/o sexual, sea ésta eventual o sistemática. Desde la niñez hasta la juventud, el ser humano necesita de la familia como raíz de acompañamiento, soporte, fuente de validación y de fortalecimiento ante los cambios físicos y psicológicos propios de la existencia, sin embargo, estas condiciones, que favorecen el desarrollo de las características personales y la autonomía, no se encuentran en todos los hogares. El estudio de

Trigoso, (2017), que exploró los tipos de maltrato infantil sufridos por una población escolar de Chachapoyas, obtuvo los siguientes resultados: el 21.5% de los escolares era maltratado psicológicamente, siendo que la agresión se caracterizaba por verbalizaciones hostiles de sus padres (no te quiero), encierros frecuentes, insultos y amenazas, asimismo, el 27.9% de ellos sufría de violencia física leve, (jalones de orejas y de cabello, sacudidas, empujones, mordidas), y el 25.9% vivía en contextos de violencia física grave (presencia de quemaduras, golpes fuertes con objetos, amenazas con cuchillos e intimidamientos con armas). Del mismo modo, la investigación de Corro, (2020), que busca establecer la relación entre la sintomatología depresiva y la violencia intrafamiliar en un total de 123 niños de una Institución Estatal de Ventanilla, describe: el 20.4% de los menores presenta algún nivel de sintomatología depresiva, ya sea ésta leve o severa, en donde el 21% de niñas experimenta una sintomatología leve y el 6% manifiesta una sintomatología severa.

2.1.3.3.3. Separación de los padres

Bengoechea, (1992), citado por Nuñez, (2017), indica que el divorcio o la separación de los padres se ha convertido en un fenómeno frecuente en muchos países, y que se encuentra relacionado a la presencia de estrés extremo y alteraciones a nivel emocional, social y formativo en los hijos. La vivencia de la separación de las figuras primarias de afecto y relación puede ser procesada como un duelo, el cual, a su vez, puede desencadenar en cuadros psicopatológicos como la depresión. En aras de establecer medidas oportunas para el cuidado de la salud mental de los menores, el autor resalta el rol de los educadores en la identificación

de rasgos emocionales vulnerados en sus estudiantes, a partir de la expresión de conductas agresivas y/o de aislamiento, señales de inquietud motriz, perturbación afectiva, o demérito en el rendimiento académico.

2.1.4. Repercusiones en la calidad de vida

La Organización Mundial de la Salud, (2021), enfatiza en la alta relación que existe entre los trastornos depresivos y los suicidios consumados. En el grupo etario de 15 a 29 años, el suicidio representa la cuarta causa más frecuente de fallecimientos en el mundo, equivalente a la muerte de aproximadamente 700 mil personas cada año.

Por su parte, Berlim y Fleck, (2007), como se citó en Ramírez, (2020), señalan que la depresión es el trastorno psiquiátrico más estudiado a partir de su relación con la afectación en la calidad de vida, tal como lo señalan las investigaciones de Ruiz, Rojas, Serrano, & López, (2017), Xu et al., (2018), & Rodríguez et. al., (2019), cuyos resultados sustentan el impacto adverso de la enfermedad en los vínculos sociales, la vida amorosa, las posibilidades laborales y formativas y el disfrute pleno de la posibilidad de vivir. Del mismo modo, los estudios comparativos de Johnson, Weissman & Klerman, (1992), en Ramírez, (2020), reflejan las diferencias en la calidad de vida entre las personas que atraviesan una depresión y aquellos sujetos que presentan otras características clínicas, reconociendo que la afectación en los individuos depresivos se expresa mediante estados más altos de irritabilidad social, mayores dificultades de origen financiero, niveles más elevados de estrés en el desarrollo de los quehaceres de la casa, una mayor cantidad de ausencias en sus ocupaciones durante los días

laborables y un peor estado en la condición general de la salud. En ese sentido, Ormel et al., (1999); & Wells & Sherbourne, (1999), como se citó en Ramírez, (2020), refieren que la depresión es un trastorno mental que, en los niveles más graves, afecta significativamente a las personas que padecen de alguna enfermedad médica crónica.

2.2. Trastorno Límite de la Personalidad

Morales, (2021), describe al trastorno a partir de la presencia de un patrón general y constante de inestabilidad en tanto a la formación y conservación de las relaciones interpersonales, dificultades para el manejo de la impulsividad, conflictos vinculados al afecto y a la autoimagen, siendo que la expresión de estas características se da en el marco de los diferentes contextos de desarrollo del individuo. El malestar asociado a los signos y síntomas es clínicamente significativo, altera la calidad de vida de quien lo padece y, con ello, genera estados de frustración y de decaimiento emocional. (Caperna, 2016).

En nuestro país, el Hospital Hermilio Valdizán, a través del Boletín Epidemiológico, (2021), indicó que en el período de enero se registraron 201 casos de Trastorno Límite de la Personalidad, los mismos que recibieron atención a través de los servicios de tele-consulta y consulta externa, en donde, del total de usuarios, 156 fueron mujeres y 45 fueron hombres. Las estadísticas ofrecen una data alarmante que debe advertir y comprometer a los profesionales de la salud mental hacia la realización del diagnóstico preciso y la intervención oportuna de estos casos. La prevalencia de la enfermedad se encuentra entre el 1% y 2% de la población de nuestro país, (Valdivieso-Jiménez, 2019), mientras que a nivel

mundial la Asociación Americana de Psiquiatría, (2013), citada por Vázquez – Dextre, (2016), refiere que la estadística oscila entre el 2% y el 5%, y Grant, (2008) y Lieb et al, (2004), advierten que entre el 40% y el 80% de los usuarios con Trastorno Límite de la Personalidad presentan comorbilidad con depresión.

2.2.1. Modelos teóricos

2.2.1.1. Terapia Centrada en Esquemas de Young

Young, (2003), citado por Morales, (2021), desarrolla la Terapia de Esquemas, a través de ella se abordan los pensamientos rígidos que sostienen las conductas disfuncionales y que dan lugar a la intensidad en la afectividad, rasgos característicos del Trastorno Límite de la Personalidad. El modelo considera la aplicación de técnicas provenientes de la perspectiva cognitivista, asimismo, da relevancia al rol de la relación entre usuarios y profesionales, rescata el uso de técnicas experienciales y precisa de los conocimientos del conductismo. En términos generales, la Teoría de Young podría ser descrita como una Teoría Integradora.

En el Trastorno Límite de la Personalidad, la intensidad en la afectividad suele dar lugar a conflictos en las relaciones con los otros, produciendo experiencias displacenteras y complejas. La Terapia aborda los esquemas desadaptativos subyacentes a la enfermedad, enfrentando el trabajo en las distorsiones cognitivas, la formación de estrategias de afrontamiento y la identificación de los patrones emocionales de los consultantes. Para ello, Young recurre a la aplicación de la siguiente secuencia:

1. Revisión de la vida de la usuaria, estableciendo asociaciones entre los conflictos presentes, las bases de los mismos y los patrones involucrados
2. Revisión de los esquemas de mantenimiento y las estrategias facilitadoras de cambio
3. Evaluación a partir de Cuestionarios diseñados por el autor, tales como el Inventario de Evitación de Young & Rygh o el Cuestionario de Esquemas de Young & Brown
4. Activación de los esquemas mediante la aplicación de técnicas experienciales (la silla vacía, imaginería, entre otras)
5. Debate de los patrones de conducta que se relacionan a los esquemas identificados en las sesiones
6. Reconocimiento del estilo de afrontamiento y las conductas desadaptativas que alteran el bienestar y la salud de la usuaria

Asimismo, los 8 elementos principales de la conceptualización de esquemas son:

1. Grupo de esquemas
2. Disparadores de los esquemas
3. Gravedad, y riesgo de descompensación
4. Orígenes evolutivos
5. Recuerdos infantiles
6. Distorsiones cognitivas centrales
7. Conductas de afrontamiento
8. Prestar atención a la relación terapéutica

El reconocimiento apropiado del esquema o grupo de esquemas a trabajar en los usuarios es crucial para la eficacia y sostenibilidad del proceso, a la vez que consolida la percepción de comprensión en la consultante, quien confía en el vínculo terapéutico y se siente en la capacidad de anticipar el curso de sus conflictos a lo largo del tiempo.

La conceptualización permite la conducción de las sesiones a través de una secuencia sistematizada de pasos, lo que promueve el impacto de la intervención y permite seleccionar los objetivos, que en base a la naturaleza del abordaje y al tiempo del mismo, pueden alcanzarse en el contexto psicológico.

2.2.1.2. Teoría Biosocial de Marsha Linehan

Vásquez-Dextre, (2016), en la revisión titulada “Terapia Dialéctico Conductual en el trastorno límite de personalidad: el equilibrio entre la aceptación y el cambio”, refiere que la Teoría Biosocial propuesta por Marsha Linehan, desarrollada en la década de los 90’, ubica a la desregulación emocional de los usuarios como el factor que explica la manifestación de los problemas en la conducta presentes en el Trastorno Límite de la Personalidad. De la Vega & Sánchez, (2013), señalan que el Modelo de Linehan busca el tratamiento de la desregulación emocional, las conductas de autolesión y las conductas suicidas, para ello, precisa del empleo de las nociones provenientes de Escuelas Psicológicas como el Cognitivismo Conductual y el Mindfulness basado en el Budismo Zen, estableciendo, así, una postura dialéctica. Linehan, (1993), sostiene que la interacción entre la vulnerabilidad biológica y la existencia de un ambiente invalidante es el origen de dicha desregulación en las emociones. En ese sentido,

Gagliesi, (2009), da cuenta de las características propias de la vulnerabilidad biológica, siendo éstas:

- Alta sensibilidad a los estímulos (sobre todo a los negativos)
- Respuestas de alta intensidad ante la información interna y/o externa
- Retorno lento a la calma

En esa línea, Linehan, (1993), propicia la comprensión de los ambientes invalidantes al enfatizar en sus características:

- *Rechazo a las respuestas del individuo:* el medio no estima como válidas las respuestas dadas por las personas ante la ocurrencia de diferentes situaciones, generando, así, el aprendizaje de la autoinvalidación y la consecuente búsqueda de soluciones y espacios de aceptación en otras personas.
- *Refuerza intermitentemente la escalada emocional:* el ambiente le propone al individuo la oscilación emocional entre la inhibición y la agresión, lo que limita significativamente la comunicación asertiva de los pensamientos, las emociones y los malestares. De esa manera, “*una persona que vive en un ambiente familiar donde hay violencia verbal, no será escuchada si solicita algo de forma asertiva, pero si grita o se pone violenta tal vez si sea escuchada, esto reforzaría su idea de que en cualquier ambiente debe solicitar algo de esta manera.*”
- *Sobresimplifica:* la persona debe dar respuestas relacionadas al manejo óptimo de la frustración, el medio modula sus posibilidades de mostrarse

vulnerable y sintiente, no se establecen propósitos ajustados a la realidad ni a la humanidad.

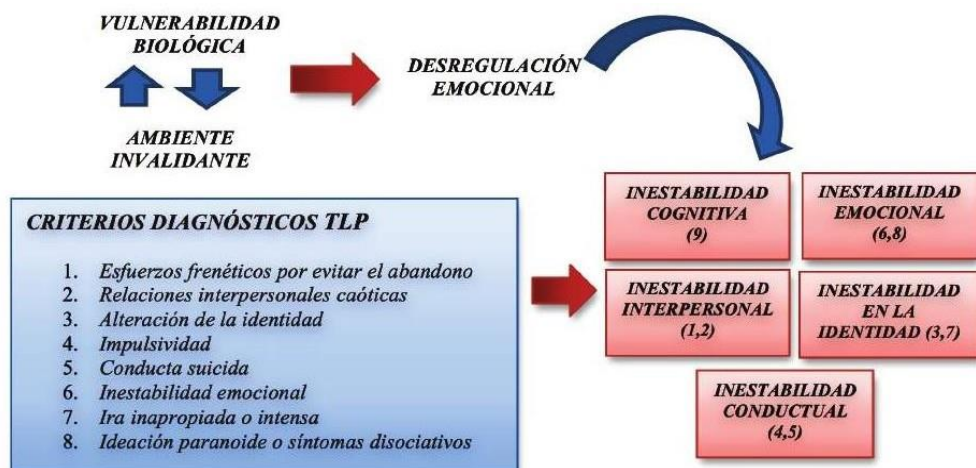
Así, el ambiente invalidante, en la Teoría de Linehan, hace referencia a un entorno caracterizado por la expresión de respuestas erráticas, inapropiadas, desentendidas de los factores de vulnerabilidad humana y validación incondicional, en donde se trata de manera severa y extrema la vivencia intrasubjetiva de las experiencias emocionales de sus miembros.

A continuación, y en aras de favorecer la comprensión del modelo, se presenta un gráfico que refiere la interacción de los factores presentes en el curso de la enfermedad, las consecuencias de éstos en los distintos niveles de desarrollo y su asociación con los criterios diagnósticos pertinentes:

Figura 2.

Teoría Biosocial y Áreas de inestabilidad en TLP

Fuente: Vásquez-Dextre, (2016)



2.2.1.3. Modelo Biopsicosocial de Millon

Millon, (2006), citado por Burgueño, (2017), explica que la personalidad es “*un patrón complejo de características psicológicas profundamente enraizadas*”, cuya manifestación no se circunscribe a una única área de desarrollo, sino que se expresa en la totalidad de los contextos en los que los individuos se desenvuelven. En razón al estudio del constructo, Millon, (1969), en Rodríguez, (2017), propuso un modelo basado en la integración de diferentes perspectivas psicológicas para la comprensión de la estructura y la dinámica de la personalidad humana. En tal sentido, describe a los Patrones de la Personalidad del siguiente modo:

Tabla 4.

Patrones básicos y personalidades patológicas leves

Millon, (1969), en Rodríguez, (2017).

Patrones básicos y personalidades patológicas leves		
A	Patrón básico de retraimiento	
	Patrón pasivo-retraído	Personalidad asocial
	Patrón activo-retraído	Personalidad evasiva
B	Patrón básico de dependencia	
	Patrón pasivo-dependiente	Personalidad sumisa
	Patrón activo-dependiente	Personalidad gregaria
C	Patrón básico de independencia	

	Patrón pasivo-independiente	Personalidad narcisista
	Patrón activo-independiente	Personalidad agresiva
D	Patrón básico de ambivalencia	
	Patrón pasivo-ambivalente	Personalidad resignada
	Patrón activo-ambivalente	Personalidad negativista
Personalidades patológicas propiamente dichas		
E	Patrones límite	
	Patrón límite-retraído	Personalidad esquizoide
	Patrón límite dependiente-ambivalente	Personalidad cicloide
	Patrón límite independiente-ambivalente	Personalidad paranoide

Posteriormente, en relación a los cuadros disfuncionales asociados a la personalidad, Millon, (1976), refirió: *“La normalidad y la patología son conceptos relativos: son cotas arbitrariamente establecidas dentro de un continuo o gradiente. La psicopatología va modelándose de acuerdo a los mismos procesos y principios que intervienen en el desarrollo y aprendizaje normales.... algunos individuos alcanzan actitudes caracterizadas por una deficiente capacidad de adaptación, mientras que otros no las alcanzan”*.

Asimismo, décadas más tarde, Millon & Davis, (1998), describirían a la personalidad como: *“Un patrón complejo de características psicológicas profundamente arraigadas, que son en su mayor parte inconscientes y difíciles de*

cambiar, y que se expresan automáticamente en casi todas las áreas del funcionamiento del individuo. Estos rasgos intrínsecos y generales surgen de una complicada matriz de determinantes biológicas y de aprendizaje, comprenden el modo idiosincrático de percibir, sentir, pensar, afrontar y comportarse de un individuo”.

Millon, (1998), en Condorcillo & Álvarez, (2016), indica, en relación a los trastornos de la personalidad, que la constitución de éstos en el humano se encuentra ligada al desarrollo desadaptativo de los estilos de funcionamiento, dando lugar a la presencia de conflictos, desequilibrios y/o deficiencias en relación a los modos de vincularse de las personas consigo mismas y con su medio.

En función a los factores de riesgo que representan la base a analizar en razón al Trastorno Límite de la Personalidad, Morales, (2021), señala:

- Experiencias de pérdidas significativas
- Experiencias de abuso sexual y/o físico
- Abuso de sustancias o conductas de criminalidad en los cuidadores primarios
- Negligencia y abuso emocional
- Experiencias traumáticas tempranas

2.2.2. Criterios diagnósticos

En base a la clasificación del DSM – V, (2013), el Trastorno Límite de la Personalidad reúne las siguientes características:

Patrón dominante de inestabilidad de las relaciones interpersonales, de la autoimagen y de los afectos, e impulsividad intensa, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos, y que se manifiesta por cinco (o más) de los hechos siguientes:

1. Esfuerzos desesperados para evitar el desamparo real o imaginado.
(Nota: no incluir el comportamiento suicida ni de automutilación que figuran en el Criterio 5).
2. Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas, que se caracteriza por una alternancia entre los extremos de idealización y de devaluación
3. Alteración de la identidad: inestabilidad intensa y persistente de la autoimagen y del sentido del yo
4. Impulsividad en dos o más áreas que son potencialmente autolesivas (p. ej., gastos, sexo, drogas, conducción temeraria, atracones alimentarios). (Nota: No incluir el comportamiento suicida ni de automutilación que figuran en el Criterio 5)
5. Comportamiento, actitud o amenazas recurrentes de suicidio, o comportamiento de automutilación
6. Inestabilidad afectiva debida a una reactividad notable del estado de ánimo (p. ej., episodios intensos de disforia, irritabilidad o

ansiedad que generalmente duran unas horas y, rara vez, más de unos días)

7. Sensación crónica de vacío
8. Enfado inapropiado e intenso, o dificultad para controlar la ira (p. ej., exhibición frecuente de genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes)
9. Ideas paranoides transitorias relacionadas con el estrés o síntomas disociativos graves

Asimismo, en base a la Clasificación Internacional de las Enfermedades, (CIE 10, 1992), el trastorno límite de la personalidad se caracteriza por:

Los trastornos de la personalidad específicos son alteraciones severas de la personalidad y de las tendencias comportamentales del individuo, que no son consecuencia directa de una enfermedad, daño o alguna otra alteración del cerebro, o de una enfermedad psiquiátrica. Normalmente abarcan diversas áreas de la personalidad y casi siempre van asociadas con tensión subjetiva y dificultades de adaptación social. Suelen estar presentes desde la infancia o la adolescencia y persisten en la vida adulta.

Trastornos de la personalidad específicos (F60)

G1. El modo de ser propio del individuo y su forma permanente de vivenciar y comportarse se desvía de forma importante de las normas aceptadas y esperadas de la propia cultura. Esta desviación ha de manifestarse en más de una de las siguientes áreas:

1. Cognición: (p.ej., en la manera de percibir e interpretar las cosas, personas y acontecimientos, en el desarrollo de las actitudes y la imagen de sí mismo y de los demás)
2. Afectividad: (rango, intensidad y adecuación de la respuesta emocional y la afectividad)
3. Control de los impulsos y satisfacción de deseos
4. Modo en que se relaciona con los demás y manejo de situaciones interpersonales

G2. La desviación debe manifestarse de forma generalizada como un comportamiento rígido y desadaptativo que interfiere en una amplia gama de situaciones personales y sociales (p, ej., no se limita a una situación o estímulo desencadenante)

G3. Se produce malestar general, efecto negativo en el entorno social o ambos, claramente atribuibles al comportamiento referido en el criterio G2

G4. Evidencia de que la desviación es estable y de larga duración, con inicio al final de la infancia o la adolescencia

G5. La desviación no puede ser explicada como una consecuencia o manifestación de otros trastornos mentales del adulto, no obstante, pueden darse condiciones agudas o crónicas

G6. La alteración no se debe a enfermedades del sistema nervioso central, traumatismo o disfunciones cerebrales

Síntomas del Trastorno de la Personalidad Tipo Impulsivo (F60.30)

Criterio B

1. Marcada predisposición a actuar de forma inesperada y sin tener en cuenta las consecuencias
2. Marcada predisposición a presentar un comportamiento pendenciero y a tener conflictos con los demás, en especial cuando los actos impulsivos son impedidos o censurados
3. Tendencia a presentar arrebatos de ira y violencia, con incapacidad para controlar las propia conductas explosivas
4. Dificultad para mantener actividades duraderas que no ofrezcan recompensa inmediata
5. Humor inestable y caprichoso

El trastorno de la personalidad tipo límite (F60.31):

CDI – 10

- A. Deben cumplirse los criterios generales de los trastornos de personalidad (F60)
- B. Deben estar presentes al menos tres síntomas de los mencionados en el criterio B de F60.30, a los que se han de añadir al menos dos de los siguientes:
 - 1. Alteraciones o dudas acerca de la imagen de sí mismo, de los propios objetivos y de las preferencias íntimas (incluyendo las sexuales)
 - 2. Facilidad para verse envuelto en relaciones intensas e inestables, que a menudo terminan en crisis emocionales
 - 3. Esfuerzos excesivos para evitar ser abandonados
 - 4. Reiteradas amenazas o actos de autoagresión
 - 5. Sentimientos crónicos de vacío

2.2.3. Factores etiológicos

2.2.3.1. Factores neurobiológicos

Soloff et al., (2017), como se citó en Nuñez, Sancho, Granados, & Rahola, (2019), en la revisión: “Trastorno Límite de la Personalidad (TLP): características, etiología y tratamiento”, refieren que la impulsividad, característica nuclear de la enfermedad, encuentra sus bases neurobiológicas en la activación anormal de la corteza fronto-orbital y los ganglios basales, mientras la intensidad en las conductas de agresividad sentaría su explicación en la activación disfuncional del

hipocampo. Es importante destacar que ambos rasgos se encuentran íntimamente ligados a la expresión de conductas suicidas, las cuales, en base a los autores, estarían relacionadas al desbalance en la serotonina a nivel de neurotransmisión, y el nivel de letalidad de las mismas estaría asociado a la disminución del volumen de la materia gris en las áreas frontal, temporal y límbica del cerebro, y en zonas como la amígdala y el hipocampo, las cuales participan directamente en la modulación de los estados emocionales y en las respuestas ante los eventos internos y externos.

Por su parte, los estudios de Winsper, et al., (2016), han referido la existencia de alteraciones significativas en el volumen de determinadas estructuras cerebrales, destacando la *“disminución del volumen de la COF, (córtez orbito-frontal), la CCA, (giro cingulado anterior), que se relacionó significativamente con el comportamiento parasuicida, la disminución bilateral en adolescentes del volumen de la CPFDL (corteza dorsolateral), y de la corteza insular en pacientes que habían presentado episodios de violencia durante los 6 meses anteriores”*. Asimismo, Zetzche et al., (2008), como se citó en Nuñez, et al., (2019), dan cuenta de la disminución en el volumen de la amígdala, y Lyoo, et al., (1998), refieren una disminución importante en el volumen del lóbulo frontal en los individuos que presentan la clínica del Trastorno Límite de la Personalidad, lo que se condice con la caracterización de la impulsividad y las distorsiones en el pensamiento. De esa manera, se consolida un cuerpo teórico que sostiene la existencia e influencia de las deficiencias estructurales y funcionales que, a nivel cerebral, producen el malestar en la afectividad, las dificultades para el autocontrol y el complejo manejo de los patrones cognitivos del trastorno.

En base a los estudios de Linnoilia, et al., (1980), Levine, (1990), & Carrasco, (2006), como se citó en Montes, (2017), se propone un esquema explicativo de la influencia de los neurotransmisores en el Trastorno Límite de la Personalidad:

Tabla 5.

Rol de los neurotransmisores involucrados en el Trastorno Límite de la Personalidad

Fuente: Elaboración propia

Neurotransmisor	Rol	Estado
Serotonina	Regulación del sueño y el apetito, control de la actividad motora, la conducta sexual y la percepción sensorial, baja autoestima, desesperanza, pesimismo	Disminuido
Noradrenalina	Estados de vigilia, nivel de conciencia, motivación, regulación del sueño y el apetito, el aprendizaje y la	Aumentada

	memoria, la reactividad y el contacto con el medio	
Dopamina	Regulación de las funciones motoras, cognitivas y emocionales, experiencias de placer	Disminuido
Ácido Gamma-aminobutírico (GABA)	Manejo de la angustia y equilibrio de la actividad cerebral	Disminuido
Glutamato	Mediador primario de la enfermedad, asociado a las ideaciones suicidas	Aumentado

2.2.3.2. Factores genéticos

Pérez-Rodríguez et al., (2018), indican que el Trastorno Límite de la Personalidad es la resultante clínica compleja derivada de la suma de las interacciones de los factores genéticos y ambientales, en donde una numerosa cantidad de genes aporta información relevante para dar comprensión a la génesis de la enfermedad. En ese sentido, el estudio en familias de Gunderson, et al., (2011), como se citó en Nuñez, et al., (2019), concluyó que el riesgo en la heredabilidad del trastorno era casi 4 veces mayor en aquellos núcleos familiares

compuestos por al menos un miembro que presentaba la enfermedad. Asimismo, los estudios en gemelos de Winsper, et al., (2016), & Guendelman, Garay, & Miño, (2014), en Nuñez, et al., (2019), revelan la existencia de niveles moderados a altos en relación a la herencia, en ese sentido, Winsper, et. al, (2016), señalan que la misma oscila alrededor del 66%.

Entre los genes prevalentes en el estudio de la enfermedad se encuentran las modificaciones en el THP2 y en los receptores y transportadores de 5-HT, todos ellos asociados a niveles altos que favorecen la conducta suicida, y cuyas alteraciones se relacionan, además, a niveles altos de agresividad y labilidad emocional, Pérez-Rodríguez, et. al, (2010), & Ni X, et. al, (2009), como se citó en Nuñez, et al., (2019).

2.2.3.3. Factores psicosociales

Los factores psicosociales, como la inseguridad en el apego y la violencia sexual infantil, representan dos condiciones que afectan el bienestar biopsicosocioemocional de las personas. A continuación, se explora la influencia de los mismos en relación al Trastorno Límite de la Personalidad:

2.2.3.3.1. Inseguridad en el apego

Kokoulina y Fernández, (2016), sostienen que las experiencias de rechazo y los estilos de crianza de negligencia representan condiciones adversas durante la infancia y la adolescencia en la dinámica intrafamiliar, y consolidan estructuras constantes de inestabilidad en relación a la percepción del sí mismo y hacia la formación insegura de las relaciones sociales, características centrales del

Trastorno Límite de la Personalidad. Lo descrito, unido a las experiencias tempranas de maltrato físico y/o psicológico, el ser testigo de violencia en el hogar, y las experiencias de abuso sexual en la niñez, dan lugar a la denominada “inseguridad en el apego”, la cual representa un predictor importante para el establecimiento de la enfermedad.

En razón a lo descrito, los investigadores llevaron a cabo una comparación entre grupos, éstos estaban compuestos por individuos con TLP y por individuos con otras enfermedades de la salud mental. La totalidad de la muestra había atravesado experiencias de maltrato emocional, físico y sexual. Los resultados expresan que factores como el abuso sexual en el hogar, las agresiones físicas, la negligencia materna y la antipatía o distancia emocional paterna, además de representar obstáculos significativos para la conformación de vínculos familiares saludables y armónicos, son las experiencias de vida que mayor predictibilidad tienen en relación al trastorno, explicando el 12.9%, el 38.7%, el 60% y el 50%, respectivamente, en la población estudiada. Asimismo, el 76.5% de los participantes que presentaban la enfermedad expresó haber pasado por dos o más experiencias adversas durante la infancia, (ACE), en contraste con el 28.4% de los individuos que presentaban otros trastornos mentales y que refirieron la ocurrencia de dos o más ACE.

En ese sentido, Rohner y Carrasco, (2014), señalan que las experiencias de rechazo parental representan un factor relevante para comprender y explicar los rasgos desadaptativos de la personalidad, conformando, a la vez, un sistema disfuncional de apego, (Gilbert, 2015). Los vínculos afectivos caracterizados por

carencias durante la infancia son un elemento que aumenta el riesgo para el surgimiento general de enfermedades de la salud mental, no obstante, autores como Minzenberg, Poole & Vinogradov, (2006), indican que el riesgo hacia el desarrollo del Trastorno Límite de la Personalidad es significativamente mayor.

2.2.3.3.2. Abuso sexual infantil

Revello, (2015), en Pérez-Rivera, Pimentel-García, Hernández-Díaz, Martínez-Arce, Guzmán-Díaz, & Cisneros-Herrera, (2021), refiere que el abuso sexual infantil constituye una experiencia de trauma que suscita una división del Yo y deviene en sentimientos de ajenidad y en dificultades para la representación de la vivencia. Kernberg, (1975), en el Libro: “Desórdenes fronterizos y narcisismo patológico”, señala que la experiencia eventual o sistemática de violencia sexual en la infancia da lugar a un déficit yoico, que impacta posteriormente de manera significativa en la baja tolerancia a la angustia y a la frustración, en el pobre control de la impulsividad, en las tendencias depresivas y en las alteraciones en la constitución de la personalidad. De esa manera, Pérez-Rivera, et. al, (2021), indican que la asociación que se establece entre el abuso sexual infantil y el trastorno límite de la personalidad se debe a que este tipo de violencia suele ser sostenido durante muchos años, generando así una secuencia de eventos de dolor y trauma que pueden acaecer en la constitución de la enfermedad.

2.2.4. Repercusiones en la calidad de vida

En base a Denegri, (2018), se establece:

A nivel cognitivo: los pensamientos fluctúan y desembocan en posiciones de ambivalencia en relación a sí mismos y a los demás, al tiempo que existe una dificultad importante para establecer metas y para mantener la estabilidad en sus patrones cognitivos. Asimismo, los pensamientos suelen ser anticipatorios y suelen circunscribirse a la percepción de ser abandonados en un futuro próximo, las imágenes internas son extremas y los pensamientos tienden a ser polarizados, cursando en dicotomías. Es importante destacar, además, que existe una baja tendencia para aprender de las experiencias vividas, el locus de control suele ser externo, aunque la narrativa cognitiva suele desencadenar en autocríticas, autocastigos y auto-reproches.

A nivel emocional: se expresan características polarizadas como la sensibilidad extrema y la inestabilidad afectiva, la activación intensa en tanto a sus sentimientos, la vivencia de emociones contrapuestas entre sí y sentimientos de rabia desproporcionada, lo que da lugar a una pérdida directa en el autocontrol. Las personas con Trastorno Límite de la Personalidad transitarán, además, por sentimientos crónicos de vacío, sensaciones intensas de vergüenza personal, dolor, pánico, ansiedad, tristeza, aburrimiento y odio.

A nivel conductual: los comportamientos se caracterizan por una elevada inconsistencia, irregularidad e impredecibilidad, suele estar presente una disposición energética que cursa con estados explosivos que dan lugar a conductas

impulsivas, lo que se asocia a su predisposición para participar y/o provocar peleas frecuentemente, a la ejecución de conductas autolesivas y a las dificultades para la adaptación social en la mayoría o totalidad de los contextos. Asimismo, se evidencian comportamientos paradójicos e intermitentes en los vínculos, los mismos que, a la vez, suelen ser caóticos, desordenados e intensos, los usuarios con este diagnóstico desarrollan y mantienen conductas de protección ante la posibilidad de ser rechazados o de experimentar una separación afectiva importante, y suelen estar involucrados en situaciones como el abuso de sustancias psicoactivas, entre otras.

2.3. Diagnóstico Diferencial

Con el fin de establecer la presunción diagnóstica apropiada se busca reconocer las características diferenciales entre las enfermedades. En tal sentido, el trastorno depresivo mayor se basa en el estado de ánimo deprimido prevalente la mayor parte del día durante un lapso mínimo de dos semanas, la disminución del interés y/o el placer en la realización de las actividades que forman parte de la vida cotidiana, así como la disminución en la capacidad de concentración y la dificultad para la toma de decisiones, la pérdida o aumento de peso, el insomnio o hipersomnia, la fatiga y pérdida de energía y el sentimiento de inutilidad y culpa que puede cursar con pensamientos de muerte. Por otro lado, el trastorno límite de la personalidad se caracteriza por un patrón dominante de inestabilidad en las relaciones sociales, en función a los afectos y a la imagen del sujeto sobre sí mismo, oscilando significativamente entre extremos de idealización y de desvalorización, la impulsividad es intensa y se expresa en dos o más áreas que se

encuentran potencialmente asociadas al daño, como los excesos disfuncionales en la conducta sexual, el consumo de drogas y/o el despilfarro económico, la inestabilidad afectiva se manifiesta mediante disforia, ansiedad, temor y creencias de abandono, irritabilidad y dificultades para el manejo de la misma, sensación de vacío, pensamientos de muerte y conductas de automutilación. De esa manera, aunque ambos trastornos comparten características similares como los sentimientos de desvalorización y los pensamientos de muerte, existen diferencias entre ellos, siendo la más importante la prevalencia del ánimo depresivo en el trastorno depresivo mayor que difiere del patrón de inestabilidad caracterizado por la impulsividad y el bajo control de impulsos del trastorno límite de la personalidad. (DSM, 2013). Monroy y Huertas, (2010), como se citó en Mayo, (2020), refieren que la comorbilidad entre el trastorno límite de la personalidad y otros trastornos del estado de ánimo es del 57.17%, siendo el trastorno depresivo mayor el más prevalente con un 32%.

2.4. Psicoterapia Cognitivo Conductual

González & Oropeza, (2016), señalan la integración de los aportes del Conductismo, en referencia al marco histórico de desarrollo del Condicionamiento Clásico y Operante, la Teoría del Aprendizaje Social y las metodologías del Enfoque Cognitivista, para el surgimiento de la Psicoterapia Cognitiva Conductual, enfoque científico de gran relevancia y utilidad en la intervención y tratamiento contemporáneo de diversos trastornos mentales a través de la exploración de los pensamientos, emociones y conductas de los seres humanos.

La revisión de Huaynates, (2019), da cuenta de una serie de nociones que dan cuerpo al Modelo. En esa medida, la autora cita a Díaz, Ruíz & Villalobos, (2012), quienes refieren que el abordaje desde este enfoque parte del supuesto de que los comportamientos son aprendidos durante la vida, y que sus formas de manifestación pueden ser reestructuradas gradualmente. Asimismo, señalan que la Terapia promueve la mejora integral en el individuo, a nivel lógico y racional, emocional, y conductual, mediante la aproximación a los patrones de pensamiento de las personas y el reconocimiento de la interdependencia entre las áreas mencionadas. En ese sentido, la interpretación de los hechos, problemas o eventos dará lugar a sensaciones físicas, emociones, acciones, sostenidas, toda vez, en diversos modos de pensar.

Entre los tipos de Psicoterapia Cognitivo Conductual se encuentra la Terapia Racional Emotiva Conductual, (TREC). Ellis, (1998), citado en, Lega, Sorribes & Calvo, (2017), la describe como: “*un sistema de psicoterapia diseñado para ayudar a las personas a vivir más, minimizar sus trastornos emocionales y conductas auto-derrotistas y autodestructivas, y fomentar la realización de sí mismos para que puedan vivir una existencia más feliz y gratificante*”. Para ello, el modelo promueve la aceptación incondicional de la realidad, partiendo de los siguientes principios:

- *Reconocer la existencia de la realidad, aunque ésta sea desagradable*
- *Creer que no hay ninguna razón por la cual no debería existir esta realidad, aunque uno pueda desear o preferir que las cosas fueran distintas*

- *No evaluarse globalmente ni a uno mismo, ni a los demás, ni a la vida en general, por ninguna razón, aunque existan aspectos de esa realidad que no nos gusten*

2.5. Terapia Racional Emotiva

Ellis, (1955), citado por et al, (2017), sostiene que *“las evaluaciones parecen ser parte fundamental de la capacidad humana para sobrevivir, (...) las personas sienten emociones cuando evalúan un estímulo como “bueno” o “malo”, como “beneficioso” o “dañino”, y reaccionan hacia él en forma positiva o negativa. Las emociones parecen generar, en gran parte de los casos, ciertas sensaciones físicas agradables o desagradables que, al ser percibidas por el individuo como tales, refuerzan de modo equivalente a las emociones iniciales; por consiguiente, podría decirse que las emociones son, simplemente, evaluaciones que van acompañadas de una sensación física fuerte”,* asimismo, indica que *“es importante diferenciar entre los sentimientos inmediatos e irreflexivos y las emociones sostenidas por un tiempo determinado, aunque todos tienen algo en común el derivarse de la pregunta: “¿Qué significa este acontecimiento para mí?”, e incluyen tendencias a actuar a favor o en contra”*.

De esta manera, la Terapia Racional Emotiva en Ellis, (1998), es *“un sistema de psicoterapia diseñado para ayudar a las personas a vivir más, para minimizar sus trastornos emocionales y sus conductas autoderrotistas y autodestructivas, y fomentar, así, la realización de sí mismos para que puedan vivir una existencia más feliz y gratificante”,* en tal medida, se enfatiza en los pensamientos como base de las emociones y de las posteriores conductas y decisiones que las personas llevan a cabo en el mundo real, el sistema de creencias

que los individuos tienen en función a los eventos internos y externos de la existencia es el ancla sobre el cual se debe trabajar en aras de la resolución de los problemas emocionales y de la mejora de la calidad de vida, (Dryden, 1992).

Desde sus bases, el planteamiento de Ellis tomó influencias provenientes de diferentes fuentes filosóficas, por un lado, recuperando el pensamiento antiguo nacido en la Grecia y Roma de Epicteto, Séneca y Marco Aurelio, quienes sostenían la importancia de la razón y de asumir una postura de responsabilidad ante la vida, lo que se resumiría en lo dictado por Epicteto: “No nos perturban las cosas sino la interpretación que tenemos de las mismas”, asimismo, es relevante la influencia de Sócrates a través de la Mayéutica, la cual permitía, a través del debate, visibilizar las ideas incoherentes que tenían las personas sobre una gama de asuntos, para la posterior reflexión y génesis de nuevos pensamientos centrados en un carácter más racional. Del mismo modo, se toman nociones de la filosofía oriental de Buda, Confucio y Lao – Tse, la cual se enfoca en el cambio personal para el logro de cambios en las diversas áreas de nuestra vida. En Watts, (1974), citado por Lega, et al, (2017), la filosofía de oriente puede ser entendida como “el arte de estar en el mundo”, lo que se relaciona a estar en el momento presente, a mantener nuestra atención y enfoque en el aquí y en el ahora, a ubicar nuestros esfuerzos y expectativas dentro de los límites de lo que hoy es real y de lo que se muestra objetivamente frente a nosotros, lo cual supone superar las dificultades propias de formar parte de un mundo constantemente inestable y dinámico, y desarrollar una postura flexible ante las situaciones y los hechos, en aras de nuestra adaptación en la vida y de la aceptación de la realidad tal cual es y

no como quisiéramos que fuera, alejándonos, así, de premisas absolutistas y polarizadas.

A partir del desarrollo del pensamiento de Ellis, en 1962 se identificaron 12 creencias irracionales, siendo éstas:

- Creencia irracional n.º 1: *“Es una necesidad para el ser humano adulto el ser amado y verse aceptado por prácticamente toda persona significativa de su comunidad”.*
- Creencia irracional n.º 2: *“Para considerarse uno/a mismo/a valioso/a se debe ser muy competente, autosuficiente y capaz de lograr cualquier cosa en todos los aspectos posibles”.*
- Creencia irracional n.º 3: *“Cierta clase de gente es vil, malvada e infame, y deben ser seriamente culpabilizados y castigados por su maldad”.*
- Creencia irracional n.º 4: *“Es tremendo y catastrófico el hecho de que las cosas no vayan por el camino que a uno/a le gustaría que fuesen”.*
- Creencia irracional n.º 5: *“La desgracia humana se origina por causas externas y la gente tiene poca capacidad, o ninguna, de controlar sus penas y perturbaciones”.*
- Creencia irracional n.º 6: *“Si algo es o puede ser peligroso o temible, uno debe sentirse terriblemente inquieto por ello y pensar constantemente en la posibilidad de que esto ocurra”.*
- Creencia irracional n.º 7: *“Es más fácil evitar que afrontar ciertas responsabilidades y dificultades en la vida”.*

- Creencia irracional n.º 8: *“Se debe depender de los demás y se necesita a alguien más fuerte en quien confiar”*.
- Creencia irracional n.º 9: *“La historia pasada es un determinante decisivo de la conducta actual, y que algo que ocurrió alguna vez y le conmocionó a uno debe seguir afectándole indefinidamente”*.
- Creencia irracional n.º 10: *“Uno debe sentirse muy preocupado por los problemas y las perturbaciones de los demás”*.
- Creencia irracional n.º 11: *“La idea de que invariablemente existe una solución precisa, correcta y perfecta para los problemas humanos, y que si esta solución perfecta no se encuentra, sobreviene la catástrofe”*.
- Creencia irracional n.º 12: *“La idea de que se puede conseguir un máximo de felicidad a través de la inercia y la inactividad, o bien divirtiéndose pasivamente y sin comprometerse”*.

Posteriormente, estas doce creencias irracionales fueron reunidas en tres inferencias: condenación o evaluación global, tremendismo o catastrofismo, y baja tolerancia a la frustración, (Lega et al, 2017). Asimismo, los autores dan cuenta de la importancia de las tres filosofías que sostienen el modelo, siendo éstas:

1. Autoaceptación incondicional: lo que implica aceptar nuestra completud, reconociendo todas aquellas características que nos permiten ser quienes somos, desde una base distante de la autocrítica, la vergüenza o la culpa
2. Aceptación incondicional de los otros: se trata de no girar en torno a juicios que descalifiquen la existencia de las otras personas y, así, evitar

sobreponer a sus cualidades y defectos reales lo que nosotros quisiéramos que fuesen, hiciesen o pensasen

3. Aceptación incondicional de la vida: implica aceptar el mundo tal cual es y validar la vida tal y como se nos presenta, reconociendo que las dificultades y los conflictos forman parte de la propia existencia y que, aunque quisiéramos que éstos no existieran, existirán, y que siempre podemos darnos la oportunidad de trabajar en asimilar los eventos en aras de alcanzar una vida plena. En tal sentido, será importante *“reconocer que existe una realidad, aunque ésta sea desagradable”*, *“creer que no hay ninguna razón por la cual no debería existir esta realidad, aunque uno pueda desear o preferir que las cosas fueran distintas”*, y *“no evaluarse globalmente ni a uno mismo ni a los demás ni a la vida en general por ninguna razón, aunque existan aspectos de esa realidad que no nos gusten”*. (Ellis, 1962).

2.6. Intervenciones eficaces para el diagnóstico encontrado

2.6.1. Activación Conductual

La Activación Conductual forma parte de las Terapias de Tercera Generación y sienta sus bases en el desarrollo de los trabajos de Ferster, Lewinshohn, Rehm y Beck, quienes profundizaron en el sustento teórico del modelo para su aplicabilidad. En relación al trastorno depresivo, Barraca, (2010), citado por Sanabria, (2020), enfatiza en la metodología que la Activación Conductual (AC) propone para el abordaje de los casos, la cual consiste en:

- *Programación de actividades centradas en el logro de los objetivos de vida del sujeto*
- *Reforzamiento de conductas que faciliten el contacto social*
- *Reintegración a las funciones cotidianas de la persona*
- *Programación diaria de actividades*
- *Resolución de problemas*
- *Manejo de pensamientos rumiativos*
- *Control de conductas evitativas*

De esa manera, el modelo sostiene la importancia de recuperar y/o desarrollar las conductas que permiten la participación e integración del usuario con su medio, así como abordar las conductas de evitación y de escape que el individuo mantiene en aras de eludir sus actividades personales, su vinculación social y sus oportunidades frente a la vida, y que forman parte del trastorno. Becerra et al, (2017), señalan que la Activación Conductual es un proceso terapéutico que busca la mejora de la calidad de vida de los usuarios a través de una intervención estructurada que procura el involucramiento en el mundo de las personas en función a sus valores, objetivos e intereses, lo que permitirá obtener avances al incrementar las interacciones positivas y los reforzadores internos y ambientales gratificantes, favoreciendo, a su vez, la disminución de los pensamientos de rumiación y la promoción de una consecuente mejora en el estado emocional.

En esa medida, Barlow, (2018), refiere que la planificación de estrategias orientadas a la solución de problemas y la activación refuerzan la motivación de los usuarios y facilita el logro de sus metas y objetivos personales. Pérez, (2007),

citado por Sanabria, (2020), señala que la Activación Conductual es una de las terapias más eficaces en el tratamiento del trastorno depresivo al *“promover la reintegración de los individuos a la vida por medio del aumento de reforzadores positivos provenientes del ambiente”*.

2.6.2. Terapia Dialéctica Conductual

La Terapia Dialéctica Conductual fue desarrollada por Marsha Linehan en la década de los 90 como un medio para dar tratamiento a los usuarios que presentaban conductas autolesivas y suicidas, y dificultades para la regulación de sus emociones. A través de diversas investigaciones llevadas a cabo en la década de los 80, Linehan concluyó en la existencia de dos grupos de individuos que solían manifestar dichas características: los usuarios con Depresión y los usuarios con Trastorno Límite de la Personalidad. (Vásquez – Dextre, 2016). A partir de ello, la Terapia busca el cambio y la aceptación a través de un balance dialéctico (Linehan, 1993), basado en las siguientes nociones:

1. La realidad es estructurada y entendida como un todo derivado de la interrelación de sus partes, en esa medida, el comportamiento es comprendido desde su vinculación con la complejidad del ambiente y no como una expresión individual, lo que conlleva al aprendizaje de habilidades específicas en los individuos para el logro de su adaptación en el mundo, en razón tanto a eventos particulares como globales
2. La realidad está constituida por fuerzas dinámicas contrapuestas, lo que deviene en el déficit de los usuarios para regular sus emociones y en las conductas disfuncionales derivadas, el modelo prioriza la importancia de abordar dicha desregulación y de fomentar el aprendizaje de nuevas

conductas, las cuales se procura sean más eficaces y adaptativas en relación a sus circunstancias y al medio

3. La realidad, por naturaleza, está en constante cambio, y es fundamental que los usuarios puedan aceptar los cambios que se presenten, al tiempo de asimilar la idea que, muchas veces, dichos cambios estarán fuera del alcance de su voluntad, así, se enfatiza en la importancia de enfrentar el proceso y ser parte del mismo

En esa medida, Gempeler, (2008), describe la estructura de la intervención según el Modelo:

1. Terapia individual: espacio que procura que la usuaria generalice, a las diferentes áreas de su vida, las habilidades que desarrolla y consolida en el entrenamiento en habilidades. Las sesiones requieren de la formación de un vínculo de flexibilidad, comprensión, compasión y aceptación entre el psicólogo y la usuaria, quienes a partir de ello y de manera conjunta, pueden pretender alcanzar el cambio de una manera determinada pero también contenedora.
2. Entrenamiento en habilidades: el espacio es conducido por dos psicólogos a través de sesiones semanales y se trabaja en cuatro módulos, cada uno de ellos tiene una duración aproximada de dos meses; estos módulos son:
 - Aceptación radical
 - Regulación emocional

- Efectividad interpersonal
 - Conciencia plena
3. Coaching telefónico: a través de contactos telefónicos breves y centrados en la aplicación de las habilidades adquiridas previamente, la usuaria puede comunicarse, durante el tiempo entre sesiones, con el psicólogo responsable de su caso. Esta técnica promueve el logro de cuatro propósitos en el tratamiento:
- Atender las crisis, buscando disminuir las conductas suicidas y desadaptativas
 - Brindar un espacio de ayuda en el que la usuaria puede aprender a pedir apoyo
 - Facilitar el desarrollo de las habilidades entrenadas
 - Mejorar o reparar la relación terapéutica en caso ello fuera necesario
4. Terapia de familiares y allegados: con el fin de detectar e intervenir variables como la comunicación intrafamiliar, el trato en la dinámica, la comprensión de la enfermedad y los patrones de reacción a nivel emocional y conductual en los integrantes del hogar y en los grupos cercanos a la usuaria, se abordan consideraciones relacionadas a la psicoeducación y al desarrollo de habilidades indispensables para el afrontamiento de las crisis y el manejo de las conductas de riesgo, ello a través de una frecuencia semanal durante un tiempo aproximado de tres meses.

5. Reunión de Supervisión de Equipo: constituye una estrategia de prevención y cuidado hacia los terapeutas, quienes constantemente lideran y/o participan en la atención de las personas con Trastorno Límite de la Personalidad y sus familias. En ese sentido, se procura evitar el “Síndrome de Burnout” y se propicia la discusión de casos complejos, dando lugar a retroalimentaciones que contribuyen en la intervención profesional futura.

Actualmente, Cuevas y López, (2012), citados por Vásquez – Dextre, (2016), sostienen que la Terapia Dialéctica Conductual es una de las intervenciones psicoterapéuticas más eficaces para el tratamiento del Trastorno Límite de la Personalidad.

2.7. Investigaciones

2.7.1. Investigaciones Nacionales

La investigación de Denegri, (2018), titulada “Características psicosociales en personas con trastorno límite de la personalidad” tuvo como objetivo *“elaborar una construcción teórica de las características psicosociales vinculadas a personas con trastorno límite de la personalidad desde la perspectiva del estudio de caso”*, fin para el cual la autora empleó la observación psicológica y la entrevista semi-estructurada individual y familiar como técnicas para el estudio. En relación a los resultados, se describen los hallazgos en función a 7 casos de individuos que presentan Trastorno Límite de la Personalidad. Entre las características psicosociales se denota: experiencias de violencia intrafamiliar detalladas a partir de la presencia de agresiones físicas y verbales en 6 de los

casos, ausencia de crianza parental en 5 de los casos, violencia sexual en 5 de los casos, mientras los sentimientos de dependencia y vacío, labilidad emocional, ira, tristeza y ansiedad se manifestaban en la totalidad de los casos. En relación al área cognitiva, todos los individuos presentaban, en orden de relevancia según la autora, las siguientes características: *“ideación suicida, auto desvalorización, rigidez de pensamiento, locus de control externo y baja tolerancia a la frustración”*. Finalmente, en lo concerniente a la dimensión de la conducta, se registró el consumo de sustancias psicoactivas, la baja habilidad para la socialización, las conductas de automutilación y el comportamiento suicida en todos los casos estudiados.

Por otro lado, Monasterio, (2019), en la investigación titulada: “Depresión en adolescentes de una Institución Educativa Pública de Lima Metropolitana”, cuyo objetivo fue *“identificar la prevalencia de depresión en adolescentes de una Institución Educativa Pública de Lima Metropolitana”*, toma como base, para la recopilación de datos, la administración del Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ – 9) y concluye que del total de la muestra (n = 301), el 72,1% presenta niveles de depresión que oscilan entre el nivel leve (38.5%), el nivel moderado (21.3%), el nivel moderadamente grave (8.6%), y el nivel grave (3.3%). Asimismo, en relación al rendimiento académico, se indica que en los casos de los estudiantes que habían desaprobado materias a lo largo de la formación, el 77.8% de los mismos experimentaba diversos niveles de sintomatología depresiva, y el 92.3% de los alumnos que había desaprobado todo el año académico evidenciaba síntomas asociados al trastorno.

Finalmente, la investigación de Suárez, (2016), titulada: “Trastorno Límite de la Personalidad desde el Modelo Cognitivo Conductual”, cuyo objetivo fue la *“disminución de los síntomas y los esquemas de infravaloración y autocontrol insuficiente”*, a partir del empleo de técnicas como el registro y autoobservación de la conducta, el debate educativo, funcional, empírico y lógico de las creencias irracionales, la propuesta de afirmaciones racionales, la detección del pensamiento, el diario de esquemas saludables, la relajación progresiva de Jacobson, la aplicación del Inventario de Creencias Irracionales de Ellis y del Inventario de Conducta Racional de Shorkey Whiteman, concluye que la intervención favoreció la disminución en los siguientes factores considerados en el Inventario de Ellis: *“necesidad absoluta de contar con amor y aprobación, ser infalible o constantemente competente y casi perfecto, catastrofismo por las cosas, y las circunstancias externas causan la mayoría de las miserias humanas”*, y en los siguientes factores propios del Inventario de Conducta Racional de Shorkey Whiteman: *“perfeccionismo como demanda de la perfección en todas las áreas de la conducta, y sentimientos de culpa, en relación a culpas y penas del yo y otros, por errores, pecados o injusticia”*.

2.7.2. Investigaciones Internacionales

Trujillo, (2017), en la investigación: “Estudio de Caso Clínico en una Paciente con Trastorno Límite de Personalidad, Comórbido con Trastorno Depresivo Mayor”, llevada a cabo en Colombia, tuvo como objetivo *“analizar, explicar y describir un caso con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad con comorbilidad del trastorno depresivo mayor, desde el modelo*

de la Terapia Cognitiva”, para lo cual partió de la aplicación de técnicas como la reestructuración cognitiva, la psicoeducación, el juego de roles, la terapia centrada en esquemas, la técnica de programación de actividades y la técnica de dominio / agrado. Los resultados expresan una mejora general en los siguientes indicadores: adecuación de modos asertivos y funcionales para la expresión emocional y la satisfacción de las propias necesidades, aumento en el control de los comportamientos impulsivos, eliminación de las conductas de autoagresividad, como *“el cortarse las manos”*, disminución de la sintomatología depresiva, cambio en las creencias irracionales y desarrollo de pensamientos de ajuste a la realidad que favorecen la adaptación personal y social.

Asimismo, Barraza, Muñoz y Contreras, (2017), en el estudio: “Relación entre organización de personalidad y prevalencia de síntomas de depresión, ansiedad y estrés entre universitarios de carreras de la salud en la Región de Coquimbo, Chile”, tuvieron como objetivo *“determinar la relación de las dimensiones de organización de la personalidad con los síntomas depresivos, ansiosos y de estrés reportados por estudiantes universitarios de primer año de carreras de salud”*, tomando como base la administración del Inventario de Organización de la Personalidad y la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés. Los resultados permiten conocer, en relación a la organización de la personalidad, que el 28.93% de la muestra, (n =235), presentó rasgos que se asocian a la organización de tipo neurótica, el 66.38% se correspondía a una organización de personalidad límite alta y el 4.69% presentaba una caracterización vinculada a la organización límite baja. En razón a la sintomatología depresiva, ésta se encontraba presente en niveles medios a graves en el 23% de los individuos.

Finalmente, se determina que todas las dimensiones de la personalidad de las pruebas aplicadas (defensas primitivas, difusión de identidad, examen de realidad, valores morales y agresión) se correlacionan significativamente con la depresión, el estrés y la ansiedad. En el caso específico de la relación entre la depresión y la personalidad límite, las correlaciones son de 0.520, 0.475, 0.421, 0.396 y 0.293, en tanto al orden de las dimensiones previamente referidas.

Del mismo modo, Ovalle-Peña, Alejo-Riveros, Tarquino-Bulla y Prado-Guzmán, (2017), en la investigación: “Relación entre depresión y rasgos de personalidad en jóvenes y adultos con conducta intencional suicida de Ibagué, Colombia”, tuvieron como objetivo *“identificar la relación entre depresión y rasgos de personalidad en personas con intento de suicidio”*, empleando, para tal fin, una Ficha de Datos Sociodemográficos, el Cuestionario “Big Five” y el Inventario de Depresión Estado-Rasgo. Entre los resultados se denota que el 44% de los participantes del estudio presentaba depresión como estado, mientras la depresión como rasgo se encontraba en el 48% de los mismos, el 80% del total de los evaluados obtuvo puntuaciones bajas o muy bajas en lo referente a la dimensión de distorsión, lo que expresa la tendencia a la autocrítica y a mantener una autoimagen negativa. En tanto a los resultados referidos a la personalidad, se obtuvieron niveles bajos o muy bajos en las dimensiones de tesón, escrupulosidad y perseverancia, reflejándose en el 84%, 84% y 88% de la muestra respectivamente. La dimensión de apertura mental se caracterizó por bajas puntuaciones en el 88% de los sujetos, y la dimensión de estabilidad emocional alcanzó puntajes bajos o muy bajos en el 92% de ellos. El estudio concluye en la existencia *“de una correlación negativa alta entre la subdimensión de control de*

emociones de la personalidad y la depresión estado ($r = -0.729$), una correlación negativa entre la dimensión estabilidad emocional de la personalidad y la depresión como estado ($r = -0.640$), y una correlación negativa entre la subdimensión control de impulsos y la depresión como estado ($r = -0.460$)”.

CAPÍTULO III. METODOLOGIA

3.1. Contextualización del Problema (Diagnóstico)

– Problema de estudio

Mujer de 18 años que acude al Centro de Orientación y Consejería Psicológica de la Facultad. Tras la observación, la entrevista y el análisis clínico de la conducta, y la administración del Cuestionario de Salud del Paciente – 9 y el Test de la persona bajo la lluvia, se concluye:

Área cognitiva: la usuaria presenta pensamientos de inferioridad, suele establecer comparaciones basadas en el aspecto físico en relación a sus pares o celebridades, y se define como “*no suficientemente buena*”. A su vez, describe la necesidad de obtener soluciones inmediatas a sus malestares, pues “*lleva mucho tiempo soportando estar viva*”, lo que es congruente con la verbalización recurrente de ideaciones suicidas. Por otro lado, presenta dificultades en la atención, concentración y la memoria.

Área emocional: la usuaria presenta síntomas depresivos, los mismos que datan, según refiere, de hace 2 años. Se identifican síntomas como alexitimia, anhedonia, abulia, y aplanamiento emocional, tanto en el discurso de las experiencias vividas como en el procesamiento de las emociones involucradas en sus nuevas experiencias personales, académicas y familiares. Asimismo, se describen sentimientos de desesperanza, baja autoestima, culpa excesiva y bajo interés e involucramiento en quehaceres cotidianos y actividades que anteriormente le producían placer.

Área conductual: la usuaria refiere dificultades para salir de la cama por las mañanas, realizar actividades físicas, cambiarse de ropa con frecuencia, acudir a su institución educativa diariamente, realizar procedimientos de higiene personal y cooperar con las labores del hogar. Asimismo, acude al Centro de Orientación y Consejería Psicológica expresando la necesidad de mantener conductas de autolesión, las cuales realiza desde hace 9 meses.

Área familiar: la usuaria refiere la existencia de conflictos en la dinámica del hogar, a partir de la separación de sus padres hacía dos años. Tras ello, vive junto a su madre y hermano, de 14 años, con quien tiene un vínculo distante que se caracteriza por el distanciamiento emocional en las decisiones y en la vida del otro, y en la inexpresión afectiva en el vínculo. *“Mi hermano es un cero a la izquierda, es como si no estuviera en casa jamás”*, indica. En tanto a su madre, la paciente la señala como una persona ambivalente, quien se muestra algunas veces severa en cuanto a las decisiones familiares y a las actividades cotidianas, al rendimiento académico de sus hijos y a las relaciones sociales de los mismos, mientras en otras ocasiones, y sin razón aparente, se presenta permisiva, comprensiva y respetuosa de las formas de pensar y actuar de la usuaria y su hermano. En ese sentido, ella refiere: *“mi madre es una persona impredecible, nunca logro entenderla”*. Por su parte, su padre visita la casa ocasionalmente, no obstante *“viene sin avisar, simplemente se aparece, y en ese momento mi madre lo recibe con todos los detalles posibles, ni mi hermano ni yo entendemos eso”*. El vínculo paterno se encuentra profundamente desgastado y afectado, y la usuaria lo refiere como *“el inicio de todos mis problemas emocionales”*.

Área académica: la usuaria refiere dificultades para mantener un rendimiento académico óptimo, suele desaprobado más de un curso en cada semestre y le cuesta asistir a clases con regularidad, asimismo, tiene un bajo involucramiento en las actividades grupales de sus cursos, pues *“las considera innecesarias y una pérdida de tiempo”*, y en las exposiciones y mesas de diálogo, en las cuales opta por no participar o evita ir ese día a clases y presenta justificaciones para validar sus inasistencias. Del mismo modo, presenta dificultades en las rotaciones en hospitales y clínicas, en donde se ha reportado que en más de una oportunidad no logró realizar los procedimientos de forma adecuada y/o no dio un trato digno a los pacientes de los servicios que visita.

Área social: la usuaria presenta dificultades para establecer vínculos con personas del género opuesto, problemas para confiar en personas que no son cercanas a ella y dificultades para integrar grupos nuevos y numerosos, *“me cuesta mucho relacionarme con personas que no conozco, pueden aprovecharse de mí y no puedo estar segura de que mi vida les interese”*, enfatiza. No obstante, cuenta con un grupo pequeño de amistades con quienes comparte espacios exclusivamente académicos, por lo cual no suele frecuentar ambientes de entretenimiento y/o relajación.

– Estrategias de evaluación y medición de la problemática

Los instrumentos empleados y el procedimiento desarrollado fueron planteados por la Institución Educativa Superior Particular a la que pertenece el Centro de Orientación y Consejería Psicológica

Nombre: Cuestionario de Salud del Paciente – 9

Autores: Spitzer, R; Kroenke, K; Sánchez – Pianell, L; Diez – Quevedo, C; & Rangil, T.

Año: 2001

Procedencia: Estados Unidos

Adaptación Peruana: Galarza, J

Año de adaptación: 2018

Tipo de prueba: Psicométrica

Población: Personas adultas

Ámbito de aplicación: Clínica

Administración: Individual y colectiva

Duración: Entre 5 y 10 minutos

Validez y confiabilidad: Alfa de Cronbach (0.76). Galarza, J. (2018).

Objetivo: evaluar la presencia y nivel de depresión de los usuarios durante las últimas dos semanas a través de 9 ítems basados en los criterios diagnósticos del DSM V

Nombre: Test de la Persona bajo la lluvia

Autores: Abrams, A., Amchin, A.

Reseña: H.M. Fay, en 1924, construyó y aplicó un test en niños mayores de seis años, el cual partía de la siguiente consigna: “Dibuje una mujer que pasea por la calle, llueve”. Dicho instrumento solía aplicarse de manera individual y colectiva, y la edad del menor influía en la interpretación que se diera al dibujo. Para la comprensión de lo representado se consideraban cinco elementos: la presencia o ausencia de la lluvia, el contenido del ambiente representado (casas, árboles, etc), la persona (la cual debía ser de sexo femenino), el comportamiento dinámico (a través de la representación de la persona dando un paseo, lo cual se evidenciaba mediante el movimiento del cuerpo, de los brazos y las piernas), y el uso de vestimenta de protección ante la lluvia en la mujer dibujada. Posteriormente, en 1947, A. Rey sugirió la incorporación de un método de evaluación que contemplara la totalidad de los detalles expresados en los dibujos. Esta propuesta recibió muchas críticas y el método dejó de ser empleado. Según Hammer, (1995), la propuesta de Fay representa el punto histórico de inicio para el desarrollo de lo que hoy conocemos como el Test de la Persona Bajo la Lluvia, cuya autoría correspondería a Arnold Abrams o a Abraham Amchim. En Argentina, Querol y Chávez publican en 2005 el Manual del Test: Adaptación y Aplicación.

Adaptación Argentina: Querol, S., & Chávez, M.

Año de adaptación: 2005

Tipo de prueba: Proyectiva

Población: Personas de todas las edades

Ámbito de aplicación: Clínica

Administración: Individual y colectiva

Duración: No hay límite de tiempo, no obstante, éste se sitúa entorno a los 30 a 45 minutos

Objetivo: identificar los recursos de defensa de los individuos en función a la presencia de condiciones ambientales de estrés

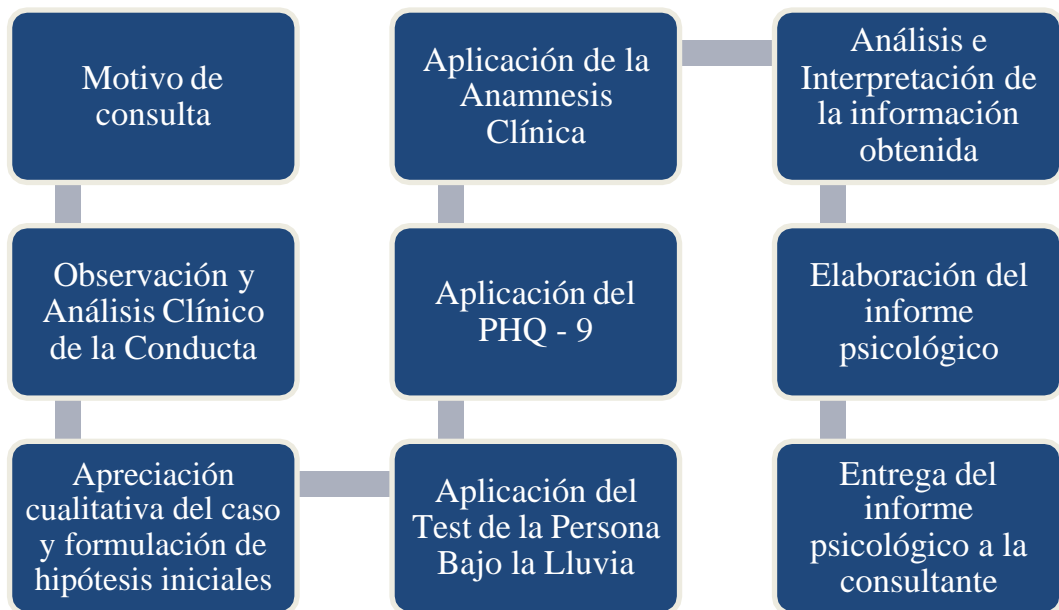
Interpretación: el examinador da relevancia a la apreciación de la imagen corporal trazada, esperando hallarla bajo condiciones medioambientales desagradables, al ser la lluvia un elemento asociado a la representación de una situación de estrés, de tensión y perturbación. De esa manera, el contexto de incomodidad favorece la expresión de las defensas del individuo, las cuales serán posteriormente analizadas a través de la suma de los diferentes indicadores encontrados en la prueba. El test es interpretado a partir de 8 elementos: las dimensiones, el emplazamiento, los trazos, la presión, el tiempo, la secuencia, el movimiento y los sombreados.

- Procedimiento de la evaluación

Figura 3.

Procedimiento de la evaluación

Fuente: Elaboración propia



- Diagnóstico del problema: Reporte

Observación de la conducta (en relación a la primera sesión)

1. Apariencia física

La usuaria se presentó a la sesión con un aspecto desaliñado, poco cuidado y mostrando signos de mala higiene personal. Lucía un jean rasgado y decolorado, correa de cuero con aplicaciones de púas, zapatillas negras y un polo azul sin ningún diseño, la ropa parecía no haber sido planchada y no llevaba ningún accesorio en ninguna parte del cuerpo. En cuanto a sus rasgos físicos la

consultante era de tez trigueña, de mediana estatura y peso ligeramente elevado, llevaba el cabello suelto, largo y opaco, la piel de su rostro lucía maltratada y gruesa, sus uñas estaban descuidadas y sus manos, que se veían frágiles, formaban dos puños mientras se encontraba sentada en la consulta.

2. Forma de comunicación

El estilo de comunicación era cortante, y se mantuvo así a lo largo de la primera sesión y durante aproximadamente las siguientes 5 consultas. La usuaria respondía con monosílabos (“sí”, “no”, “a veces”, “siempre”, “no sé”) a toda pregunta que se le formulase, no obstante, expresaba su interés en continuar con las sesiones cuando al término de la consulta le preguntaba si deseaba agendar una siguiente en los próximos días. A lo largo del espacio psicológico mostraba mayor comodidad al expresarse en relación a temas triviales, no siendo así cuando las preguntas buscaban explorar su historia, sus objetivos, su motivo de consulta o sus intereses personales, en esos casos la estudiante se mostraba tensa en la comunicación, renuente a dar información y prefería no responder o contestar de un modo tajante.

3. Nivel de actividad

La actividad motora era reducida y lo fue durante toda la sesión, la usuaria se mantuvo en la misma postura corporal a lo largo del tiempo de consulta (una hora): pies ligeramente separados con inclinación de la pierna que se encontraba más cerca de la puerta, la pierna derecha, en un ángulo que alistaba el movimiento de salida del espacio físico del Centro, el brazo izquierdo encima de la mesa y el brazo derecho colgando sobre su muslo derecho, la cabeza recta en dirección

hacia mí y la mirada esquiva. Su actividad verbal era baja, no obstante, lucía pensativa, atenta y lúcida en relación a lo que sucedía durante la sesión, procesaba la información y la asimilaba en su propio tiempo.

4. Ánimo

La consultante se mostraba distante emocionalmente, desprovista de una emoción específica, aunque era claramente reconocible que en el instante de la consulta tendía hacia el polo de la tristeza y los sentimientos de inhibición. Su mirada estaba perdida y enunciaba una gran pena, sus músculos faciales permanecieron rígidos a lo largo de la sesión, no mostrando sonrisa ni lágrima alguna. En un momento de dicho primer contacto le pregunté: “¿cómo te sientes?”, a lo que respondió tratando de demostrar seguridad: “bien”, aunque su lenguaje no verbal no se condecía a nivel facial y corporal con tal afirmación

5. Actitud hacia el examinador y hacia a sí misma

La usuaria se mostró distante tanto de sí misma como de mí en mi rol de examinador. Transitaba por una línea de interés, en lo concerniente a sus propios afectos, pensamientos y conductas, en el sentido de conocer si existía alguna forma de lograr su bienestar, al tiempo que se expresaba desinteresada y poco involucrada con el proceso que estaba iniciando. En relación a mí como examinador ella buscaba indicios y respuestas que le generasen confianza y sensación de seguridad, evaluaba mi preparación y capacidad para enfrentar la narrativa y sintomatología que, con dificultades, expresaba.

Resumen de la anamnesis o historia familiar

Datos Generales

- Iniciales : M.A.B.M
- Edad : 18 años
- Raza : Mestiza
- Lugar de Nacimiento : Lima, Perú
- Grado de Instrucción : Superior incompleto
- Estado Civil : Soltera
- Ocupación Actual : Estudiante universitaria
- Religión : Católica
- Hijos : No
- Nivel Socioeconómico : Medio
- Fuente de información : La usuaria
- Nombre del entrevistador : Diego Alonso Ubaldo Farro

Motivo de Consulta

- Síntomas depresivos que datan de hacía dos años

Transcripción de la Ficha de Atención

“La usuaria manifiesta presentar síntomas depresivos desde hacía dos años, su discurso es plano aunque coherente, expresa sentir diariamente una profunda tristeza y estar preocupada por no encontrar actividades que le interesen o que la motiven a salir de la cama. Refiere continuar en la carrera universitaria en aras de no decepcionar a su madre, no da información sobre su padre, aunque su

semblante cambia al tocar ese tema. Manifiesta diversas dificultades que afectan su autorrealización y su capacidad de adaptación a la vida”

Antecedentes e historia familiar

A lo largo de las sesiones, la consultante se permitió referir diferentes puntos importantes para la comprensión de su narrativa de vida

- El estilo de crianza predominante en el hogar es el negligente. En repetidas ocasiones, la usuaria refiere haber contado con todos los recursos materiales y económicos pertinentes para un desarrollo vital óptimo, sin embargo, el vínculo familiar, en función a sus progenitores, siempre se caracterizó por la distancia emocional, el bajo interés paterno en el estado afectivo, mental y social de la consultante, la frialdad y ambivalencia en el trato por parte de su madre, y en la ausencia de espacios de armonía y recreación que pudieran favorecer el conocimiento mutuo y profundo entre los miembros de la familia a lo largo de los años

- Su madre es ama de casa y trabaja ocasionalmente en la venta de productos cosméticos por catálogo, su hermano se dedica exclusivamente a estudiar, asiste a un colegio católico, (al igual que lo hizo la usuaria), y aunque aprueba todos los cursos, por lo general con más de 13 de promedio, su rendimiento no es satisfactorio para sus padres. Su padre es contador de profesión y sostiene la mayor parte de la economía de la familia, la usuaria es la hija mayor de la familia y tiene 18 años

- A la edad de 7 años fue abusada sexualmente durante un período de cuatro meses, a lo largo de las sesiones psicológicas se negaba a señalar a la persona que la había agredido, limitándose a referir que “no veía a ese hombre desde que era una niña”, “que no tenía ni tendría ningún tipo de vínculo con él”, “que esto es algo que no lo ha conversado con ninguna persona de su familia y que solo lo sabían sus mejores amigas del colegio con quienes actualmente ya no mantiene comunicación” y “que es una de las cosas que más le han dolido con el paso de los años”

- Durante la época escolar fue víctima de bullying en la secundaria, al tiempo que fue testigo de acoso escolar hacia sus compañeras más cercanas, todo ello a lo largo de 3 años continuos, lo que repercutió, según lo analizado y en base a lo que ella misma señala, en su desconfianza para conocer a otras personas y tener amistades. De esa manera, la desconfianza para el establecimiento de vínculos encuentra sus raíces en el abuso sexual durante la infancia y se perpetúa a partir de la experiencia sistemática de bullying en la adolescencia

- Nunca ha tenido una relación de pareja, sin embargo, refiere que, si se sincera consigo misma, muy profundamente tiene interés en enamorarse en algún momento

- Sus padres están divorciados desde hace 2 años tras 15 años de matrimonio religioso, a partir de ello su padre visita ocasionalmente, y sin aviso, la casa en la que vive la usuaria junto a su hermano y su madre, ante lo cual y en sus palabras, su madre lo recibe “con excesiva

cortesía y hospitalidad”, lo que le genera incomodidad y constituye un factor de la dinámica familiar que no logra comprender. La usuaria responsabiliza a su padre por la ruptura matrimonial, su vínculo paterno se encuentra profundamente deteriorado desde entonces y manifiesta no tener interés alguno en que la relación mejore

- Antes de la separación de sus padres, (momento que señala como el origen de sus síntomas depresivos), solía encontrar un lugar seguro en la literatura, la música y la participación en iniciativas de responsabilidad social. Actualmente ha abandonado todas estas actividades. Su estilo de vida es sedentario, se rehúsa a realizar actividades deportivas y su círculo de amistades se concretiza a su relación con dos compañeras con las que estudia la carrera profesional

- Desde el inicio del trastorno depresivo, en los últimos dos años, ha sido hospitalizada dos veces en el Hospital Víctor Larco Herrera, con un intervalo entre hospitalizaciones de seis meses y una estancia aproximada de un mes en el hospital en ambas ocasiones, ello debido a períodos de cutting de manera constante (a diario) que comprometieron su vida y activaron el interés en la familia por dar atención a su salud mental

- Más allá del tiempo de hospitalizaciones no había recibido tratamiento psicológico ni psicofarmacológico en ninguna etapa de su vida

Resultados de cada instrumento empleado

1. Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ – 9)

En tanto a la descripción clínica, la evaluada manifiesta sentir poco interés o placer para la realización de sus actividades cotidianas, sentimiento de decaimiento y pérdida de esperanzas, problemas para conciliar el sueño, dificultades para permanecer dormida y/o sueño excesivo, así como sensación de agotamiento constante y baja energía. Expresa, además, tener períodos de tiempo durante los cuales mantiene una alta ingesta de alimentos, mientras en otros momentos siente tener muy poco apetito. Presenta dificultades para mantenerse concentrada en las tareas del día a día, siente que se decepciona profundamente a sí misma y a las personas que más le importan, manifiesta un claro enlentecimiento motor, mientras otras actividades las realiza con una rapidez mayor a la usual. Asimismo, presenta ideaciones suicidas y deseos de llevar a cabo conductas autolesivas. La interpretación psicométrica corresponde al diagnóstico de Trastorno Depresivo Mayor.

2. Test de la persona bajo la lluvia

La interpretación cualitativa del test proyectivo se establece en función a dos categorías: el análisis de los recursos expresivos y el análisis de contenido. (Querol & Chávez – Paz, 2005). En razón a la integración de ambos, la usuaria manifiesta sentimientos de timidez, inseguridad, retraimiento, ensimismamiento, dependencia emocional, bajo involucramiento con el mundo, temor al contacto y a ser vista, rigidez, sentimientos de inferioridad e inadecuación, tendencia a ocultar información, evitación de problemas, falta de sinceridad y desconfianza,

sentimientos de indecisión, autoinsatisfacción, problemas en el control de impulsos, autoagresividad, heteroagresividad, dudas en relación a su propia imagen, inestabilidad emocional e inestabilidad en las relaciones, temor al abandono, dificultades relacionadas al autocontrol y el auto-reconocimiento, al manejo de la frustración y la ira, así como una alta agresividad e impulsividad. Asimismo, expresa introversión, baja vitalidad, inhibición y baja percepción sobre sí misma, la tendencia hacia lo primario y hacia el pasado, falta de crecimiento a nivel emocional y psíquico, hundimiento afectivo, perspectiva negativa y de crítica excesiva en función a su pasado y futuro y una gran dificultad para sostenerse afectivamente. Se denota, además, una alta presencia de defensas ante el medio y hacia la figura de su padre, y una alta necesidad de validación social, el contacto con el entorno es percibido como amenazante, las situaciones sociales exceden sus recursos personales y afectan su toma de decisiones y su capacidad de acción, provocando una importante necesidad de control. De otro lado, se registra una alta ansiedad en brazos y piernas, lo que en función a los mecanismos de defensa, denota una correspondencia con el mecanismo de anulación.

Criterios diagnósticos hallados en el caso según el DSM – V

Trastorno Depresivo Mayor	Trastorno Límite de la Personalidad
Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días	Esfuerzos desesperados para evitar el desamparo real o imaginado
Disminución importante del interés o el placer de todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi	Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas que se caracteriza por una alternancia entre los extremos

todos los días	de idealización y de devaluación
Insomnio o hipersomnia casi todos los días	Alteración de la identidad: inestabilidad intensa y persistente de la autoimagen y del sentido del yo
Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por otros)	Impulsividad en dos o más áreas que son potencialmente autolesivas
Fatiga o pérdida de energía casi todos los días	Comportamiento, actitud o amenazas recurrentes de suicidio, o comportamiento de automutilación
Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada casi todos los días	Inestabilidad afectiva debida a una reactividad notable del estado de ánimo
Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días	Sensación crónica de vacío
Pensamientos de muerte recurrentes, ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo	Enfado inapropiado e intenso, o dificultad para controlar la ira

Recomendaciones

- Se recomienda derivar al servicio de Psiquiatría con el que se mantiene un convenio institucional para determinar el diagnóstico clínico del caso
- Se recomienda aplicar una prueba psicométrica que contenga un mayor número de ítems, los cuales, a la vez, examinen el estado emocional de la usuaria asociado a la depresión mediante la exploración de información que se remonte a un período mayor del referido (las últimas dos semanas), con el fin de ampliar el conocimiento preliminar del caso.
- Se recomienda aplicar una prueba psicométrica para el descarte del trastorno de personalidad, a partir de los hallazgos en el test de la persona bajo la lluvia que da cuenta de indicadores de agresividad, desconfianza excesiva con el medio y dificultades en el control de impulsos, los cuales no se ajustan necesariamente a la clínica depresiva.

Características de los instrumentos empleados

1. Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ – 9)

La prueba explora los síntomas depresivos presentes en las últimas dos semanas mediante un total de 9 ítems que representan un puntaje máximo de 27 puntos distribuidos a partir de una escala de Likert, siendo:

- Para nada : 0 puntos
- Varios días : 1 punto

- Más de la mitad de los días : 2 puntos
- Casi todos los días : 3 puntos

La usuaria obtuvo un total de 24 puntos, consistentes a través de la selección y valoración de 7 ítems con 3 puntos, un ítem con 2 puntos y un ítem con 1 punto.

En base al método de puntuación del cuestionario:

Tabla 6.

Calificación del Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ – 9) – Puntuación – Decisión

Fuente: Elaboración propia

Calificación del Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ – 9)	
Puntuación	Decisión
≤ 04 puntos	La usuaria no presenta depresión
> 05 a 14 puntos	El especialista debe hacer uso de su juicio y criterio clínico en aras de tomar acciones preventivas y empezar el tratamiento, en base a la duración de los síntomas que expresa la usuaria y la disfuncionalidad asociada al cuadro
≥ 15 puntos	La usuaria presenta depresión y se sugiere el tratamiento con

antidepresivos, acompañamiento
psicológico o la combinación de
ambos métodos

Y en base a las categorías de interpretación de la prueba:

Tabla 7.

*Interpretación del Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ – 9) – Puntos
de corte – Categoría*

Fuente: Elaboración propia

Interpretación del Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ – 9)	
Puntos de corte	Categoría
1 – 4 puntos	Depresión mínima o ausencia de ésta
5 – 9 puntos	Depresión leve
10 – 14 puntos	Depresión moderada
15 – 19 puntos	Depresión moderadamente grave
20 – 27 puntos	Depresión mayor

2. Test de la persona bajo la lluvia

La prueba explora las características psicológicas de los usuarios a través del análisis de recursos expresivos y el análisis de contenido. (Querol & Chávez – Paz, 2005). En razón al análisis de recursos expresivos, la evaluación es dada a través de los siguientes 8 elementos:

- Dimensiones: hace referencia al tamaño del dibujo
- Emplazamiento: refiere el espacio que ocupan los trazos y la ubicación de los mismos

- Trazos: indica la forma y continuidad de las líneas
- Presión: señala la intensidad en la presión de los trazos
- Tiempo: revela la duración total de la ejecución del dibujo
- Secuencia: describe el orden en el que los elementos del dibujo fueron trazados

- Movimiento: refiere la rigidez o plasticidad que se observa en la persona dibujada y en su entorno

- Sombreados: señala las zonas del dibujo en donde existe una remarcación de los trazos

Del mismo modo, en relación al Análisis de Contenido, la interpretación se construye a partir de los siguientes 11 elementos:

- Orientación de la persona: expresa la dirección del dibujo
- Postura: informa sobre la posición corporal que se observa en la persona dibujada

- Borrados: evidencia las zonas del dibujo en donde se registran enmendaduras

- Repaso de líneas, tachaduras, líneas incompletas: indica la presencia o ausencia de estos elementos

- Detalles de accesorios y su ubicación: revela la abundancia o escasez de estos elementos en el dibujo

- Vestimenta: describe la forma, dimensiones y estado de las diferentes partes del vestuario de la persona dibujada
- Paraguas como defensa: refiere la utilización, la ubicación y la características del paraguas en el dibujo
- Reemplazo del paraguas por otros elementos: recalca la sustitución del paraguas por una gama de elementos que hacen las veces de defensa del medio
- Partes del cuerpo: desglosa las características de diferentes partes corporales como la cabeza, la cara, los oídos, el cuello, el cabello, las manos, los brazos, las piernas, los pies, la forma del cuerpo y la asimetría en las extremidades
- Identidad sexual: menciona la identidad sexual de la persona evaluada
- Reemplazo del dibujo de una persona por un personaje: registra si la usuaria ha realizado el dibujo de un personaje o caricatura en sustitución al dibujo de una persona humana

3.2 Intervención (Estrategia)

- Problema delimitado (en específico el problema abordado)

Mujer de 18 años que acude al Centro de Orientación y Consejería Psicológica de la Facultad. Tras la observación y el análisis clínico de la conducta, la administración de evaluaciones psicométricas y proyectivas, y la aplicación de técnicas cognitivo conductuales, se identifica la importancia de trabajar en el reconocimiento y comprensión de las características de la depresión y del

trastorno límite de la personalidad, en función de los signos, síntomas y conductas manifestadas, así como en la adherencia a los tratamientos psicológicos y psicofarmacológicos asociados, del mismo modo, se abordan los pensamientos irracionales que perpetúan su estado de malestar, en razón a su dinámica intrafamiliar a partir de la relación con sus padres, a sus capacidades académicas, a sus vínculos sociales, a su relación consigo misma, y a los pensamientos irracionales sobre los procesos psicológicos y psicofarmacológicos iniciados. La intervención aborda los síntomas depresivos y los rasgos del trastorno límite de la personalidad, como la intensidad y frecuencia de las ideaciones suicidas, la intensidad y manejo de los patrones cognitivos de las enfermedades, la expresión de sus emociones y pensamientos asociados a su salud mental y en el ámbito familiar, el aislamiento social en grupos educativos y recreativos, la intensidad y frecuencia de las conductas autolesivas y el manejo de las conductas de autoagresividad y heteroagresividad.

– Objetivos de la intervención

Objetivo General

Desarrollar un plan de intervención psicológica individualizada basada en la ética profesional

Objetivos Específicos (OE):

- Identificar y abordar las causas, los signos y los síntomas y la intensidad de los mismos en relación al trastorno depresivo y al trastorno límite de la personalidad, así como las conductas asociadas a los

diagnósticos, a través de la observación y análisis clínico de la conducta, la aplicación de técnicas cognitivo conductuales y la administración de pruebas psicológicas (OE 1)

- Determinar las variables asociadas a las enfermedades, tales como la dinámica intrafamiliar, las redes de apoyo, la historia de vida y los recursos personales (OE 2)
- Abordar la reestructuración de los pensamientos irracionales que perpetúan el estado de malestar de la usuaria (OE 3)
- Desarrollar habilidades socioemocionales en la usuaria en aras de su adaptación personal, social, académica y familiar (OE 4)
- Promover la adherencia al tratamiento psicológico y psicofarmacológico asociado al diagnóstico encontrado (OE 5)
- Técnicas
 - Componente educativo (Psicoeducación)
 - Registro ABC
 - Reestructuración Cognitiva

Tabla 8.

Técnicas empleadas

Fuente: Elaboración propia

Técnica a emplear	Cx objetivo	Qué espera lograr
Componente educativo (Psicoeducación)	Reconocer las características de la depresión y el trastorno	Conciencia de enfermedad de la adherencia a los

	límite de la personalidad	tratamientos psicológicos y psicofarmacológicos asociados
	Reconocer la importancia de los tratamientos psicológicos y psicofarmacológicos asociados	
Registro ABC	Identificar los pensamientos irracionales que dan lugar a las consecuencias emocionales y conductuales, alterando su bienestar psicológico, a partir de los aspectos más significativos de su vida personal, académica, familiar y social	Conciencia sobre sus creencias y consecuencias emocionales y conductuales que perpetúan su estado de malestar psicossocioemocional, ello en función a la presencia de los eventos activadores
Reestructuración cognitiva	Cuestionar las creencias irracionales subyacentes a su estado de malestar psicológico	Identificar y modificar las creencias irracionales de la usuaria a partir del reconocimiento del impacto perjudicial de las mismas en su bienestar psicológico

- Selección y sustento de las técnicas empleadas (justificación de las metodologías empleadas en el caso)
 - Componente educativo (Psicoeducación)

La psicoeducación se constituye como una herramienta de aproximación de la evidencia científica en ajuste a la casuística de los usuarios, promoviendo en ellos el respeto, la comprensión y la normalización de sus enfermedades, las condiciones de sus tratamientos y los pronósticos relacionados. (Godoy, Eberhard, Abarca, Acuña & Muñoz, 2020). De esa manera, el fin directo es el entendimiento y aceptación de las especificidades de la enfermedad, en tanto a sus características y sintomatologías, causas y consecuencias, favoreciendo el reconocimiento y aceptación de la experiencia individual. Asimismo, la psicoeducación es un medio importante hacia la adherencia al tratamiento y la eficacia de éste, al establecer el marco de confianza hacia las posibilidades reales de mejora y hacia la relación profesional. (Huerta - Lozano, Gaona - Márquez, Hernández - Delgado, Ortiz - Gonzáles & Rivas - Alvarado, 2016).

- Registro ABC

Ellis, (1994), citado por Lega, Sorribes & Calvo, (2017), expone que la cognición, las emociones y las conductas de los sujetos se encuentran en constante interacción: *“las personas controlan gran parte de sus destinos creyendo y actuando de acuerdo con sus valores y creencias”*. De esa manera, se destaca la importancia de explorar en la percepción de la realidad, a la que el Modelo denominará “Acontecimiento Activador”, (A), tomando en cuenta que dicha percepción se encontrará siempre mediada por los esquemas, valores, metas y

patrones cognitivos construidos durante la vida, dando forma a una “Creencia”, (B). La reacción a nivel emocional y conductual se denomina “Consecuencia” o (C), concluyendo, así, en la ecuación $A \times B = C$. (Ellis, 2002), citado por Lega, et. al, (2017). La interdependencia entre el pensamiento, las emociones y los comportamientos humanos puede ser registrada, sistematizada y analizada a través del Modelo, facilitando el reconocimiento y la comprensión de estas características en nuestros usuarios, quienes a partir de ello pueden integrar la importancia de trabajar en estas tendencias durante su proceso personal.

- Reestructuración Cognitiva

Ellis & Dryden, (1987), como se citó en Lega, et. al. (2017), refieren la importancia de propiciar los cambios en las estructuras del pensamiento en aras de la generación de un cambio filosófico en el individuo, siendo éste el objetivo de la Reestructuración Cognitiva, y no la exclusiva atención de los síntomas. De esa manera, los autores señalan que el fin de la intervención no es el logro de una solución no elegante, consistente en la obtención directa de la sensación de bienestar, se pretende, por el contrario, el alcance de una solución elegante, que permita un estado real de mejora. En tal sentido, la Reestructuración Cognitiva busca promover el proceso de cambio en el usuario, considerando que éstos tienen la capacidad de modificar sus pensamientos y perturbaciones emocionales a partir de la discriminación y debate de la irracionalidad y racionalidad de las mismas, para la posterior adquisición de nuevas creencias que favorezcan la adaptación y la funcionalidad.

Ellis, (1994), declara: *«(La terapia).... se basa en la idea de que el pasado no es crucial en la perturbación emocional, no importa lo que hayan aprendido durante su desarrollo; lo importante es lo que se están diciendo hoy mismo, en el presente, y mostrarles cómo están perpetuando el sufrimiento con sus mismas filosofías irracionales que adquirieron entonces [...], se centra en la experiencia actual, en sus emociones negativas y en sus comportamientos disfuncionales de ahora, y en sus autodiálogos internos que expresan verbal y no verbalmente, y en imágenes, los pensamientos irracionales, no empíricos y supersticiosos son los que crean las emociones negativas y comportamientos disfuncionales como la ansiedad, la depresión, y la culpa [...].*

- Consideraciones éticas
 - Principio de Autonomía: La usuaria recibió información en relación a la naturaleza de las sesiones y al tipo de acompañamiento psicológico que recibiría, dejándose en claro desde un primer momento que se trataba de un servicio de orientación y consejería psicológica, y no de un espacio de psicoterapia; asimismo, los objetivos de la intervención fueron delimitados de forma sencilla y clara, y de manera conjunta, teniendo en cuenta las características del espacio de acompañamiento psicológico y el tiempo que tendríamos para desarrollar el proceso. De la misma manera, la usuaria tuvo la oportunidad de tomar de forma libre y voluntaria la decisión de recibir el servicio, lo cual fue transparentado a través de la firma de un formato diseñado durante las primeras sesiones y que albergaba los objetivos que trabajaríamos durante el tiempo de su proceso personal. Por otro lado, la

consultante recibió información acerca de su capacidad para dejar de tomar el servicio si así lo consideraba pertinente, sin que ello representase ningún tipo de consecuencia adversa.

- Principio de No Maleficencia: La participación de la usuaria no supuso daño o deterioro alguno para la misma, pues se consideraron todas las medidas adecuadas para salvaguardar su integridad física y mental. La intervención fue desarrollada a través de una actitud ética y profesional, velando por la preservación de la confidencialidad de la usuaria y de su narrativa de vida, todo ello a partir de una relación basada en el respeto y el trato digno.
- Principio de Justicia: La usuaria tuvo la misma oportunidad que sus otras compañeras y compañeros de la Facultad de recibir las sesiones en el Centro de Orientación y Consejería Psicológica de la Institución.
- Principio de Beneficencia: Fue un compromiso para mí como practicante pre profesional y responsable del caso de la usuaria diseñar e implementar un plan de intervención que cuide y fortalezca su salud mental y física, al tiempo que estuviera basado en sustentos teóricos sólidos que promovieran la mejora en su bienestar biopsicosocioemocional, todo ello en el marco de un espacio de acompañamiento y relación profesional, digna y ética.

- Ejecución: descripción del plan de intervención

Descripción del plan de intervención

Las sesiones psicológicas fueron coordinadas directamente con la usuaria, quien de manera voluntaria y autónoma acudió al Centro de Orientación y Consejería Psicológica en busca de un espacio de acompañamiento y soporte emocional. La paciente mencionó desde el primer contacto el deseo de conservar en privado su asistencia a las sesiones psicológicas, razón por la cual, y en base al principio bioético de confidencialidad, se mantuvo la reserva correspondiente. La intervención fue realizada entre los meses de Septiembre de 2018 y Marzo de 2019, acordando el desarrollo de 10 sesiones iniciales, las mismas que, debido a la necesidad psicoafectiva de la usuaria, se ampliaron a un total de 40. El Modelo Cognitivo Conductual fue la base de la intervención, asimismo, ésta corresponde al nivel preventivo – promocional.

Sesión modelo

Fase inicial	Desarrollo de la sesión	Fase final
Bienvenida a la usuaria	Exploración de las necesidades psicoafectivas presentes	Discusión, conclusiones, aprendizajes, dudas y/o reflexiones de la sesión
Conversación abierta a lo espontáneo como estrategia “rompe hielo”	Contextualización de las necesidades psicoafectivas expresadas en relación al ámbito	Puntuación de la experiencia de la consulta, a partir de una escala 0 a 10

familiar, educativo, social

e intrasubjetivo

Exploración del estado emocional y físico actual Aplicación de la técnica cognitiva y/o conductual Compromisos hacia las sesiones futuras

correspondiente:

reestructuración

cognitiva, registro ABC

Abordaje de inquietudes

o malestares que se

presentaron durante el

tiempo entre sesiones y

que estuvieran asociados

a la última sesión

desarrollada

Cronograma de trabajo

Tabla 9.

Cronograma de trabajo

Fuente: Elaboración propia

Sesión	Objetivo	Actividades	Materiales	Tiempo
Sesión 1 a	Formar el rapport, delimitar los objetivos,	Observación y entrevista psicológica	Fichas de trabajo	1 hora por sesión
Sesión 3	establecer el vínculo y la alianza terapéutica	Diálogo exploratorio	Archivo personal	

Observación y Análisis				
psicológico				
Sesión 4 a	Explorar la historia de vida, factores de riesgo y	Diálogo exploratorio	Fichas de trabajo	1 hora por sesión
Sesión 9	protección, y síntomas de la usuaria	Análisis de la información	Archivo personal	
Psicoeducación				
Identificar los				
Sesión 10 a	pensamientos irracionales	Evaluación Cognitivo	Fichas de trabajo	1 hora por sesión
Sesión 11	y patrones emocionales y conductuales de la usuaria	Conductual	Archivo personal	
Intervenir en los				
Sesión 12 a	pensamientos irracionales	Diálogo Socrático	Fichas de trabajo	1 hora por sesión
Sesión 20	y patrones emocionales y	Registro ABC	Archivo personal	

conductuales de la usuaria

Clarificación de
pensamientos

Reestructuración cognitiva

Psicoeducación

Sumario y
retroalimentación de la
intervención

Sesión 21 a	Sesiones de refuerzo de	Diálogo Socrático	Fichas de trabajo	
Sesión 30	los logros y objetivos terapéuticos	Clarificación de	Archivo personal	1 hora por sesión

pensamientos				
Sesión 31 a			Fichas de trabajo	1 hora por
Sesión 40	Seguimiento del caso	Seguimiento psicológico	Archivo personal	sesión

- Seguimiento del caso

En esta etapa se empleó el diálogo exploratorio para conocer el estado de salud de la usuaria tras el proceso de sesiones y, así, reforzar sus progresos, se analizó su conducta no verbal, inicialmente distante y actualmente comprometida y activa, y se evaluó si dichos progresos podrían ser sostenibles en el tiempo, ello a través de fichas de auto registro y de fichas de registro completadas desde la observación y análisis del practicante pre profesional responsable del caso, lo que permitió contrastar los avances alcanzados durante la intervención y verificar que los objetivos de la misma fueron cumplidos. Por otro lado, se dio la administración del Cuestionario de Salud del Paciente – 9 para el establecimiento del progreso en relación a la depresión de la usuaria en términos cuantitativos, lo que dio lugar a la corroboración de una mejora significativa en el caso, tal como se describe de forma amplia en la sección de Resultados. Asimismo, se emplearon las fichas de registro de ideaciones suicidas y conductas autolesivas, las cuales fueron utilizadas en diferentes momentos a lo largo del proceso y que en esta etapa también fueron una pieza central que permitieron concluir que el progreso había sido dado. El detalle relacionado a cada área de la intervención se encuentra en la sección de Monitoreo y Evaluación del presente documento.

- Indicadores de logro

Área cognitiva

1. Disminuye la intensidad y frecuencia de las ideaciones suicidas (OE 1)

2. Comprende la influencia de su historia y sus relaciones familiares, sociales y personales en el desarrollo y estado de sus enfermedades (OE 2)

3. Disminuye la intensidad de los patrones cognitivos de la depresión (OE 3)

4. Maneja los patrones cognitivos del trastorno límite de la personalidad (OE 3)

5. Reconoce los esquemas cognitivos que limitan su expresión emocional (OE 3)

Área emocional

1. Disminuye la intensidad y frecuencia de los síntomas depresivos (OE 1)

2. Maneja los factores que incrementan el malestar psicológico y emocional de la depresión (OE 1)

3. Regula los rasgos del trastorno límite de la personalidad (OE 1)

4. Expresa emociones y pensamientos asociados a su salud mental (OE 4)

5. Establece vínculos sociales a través de su participación en grupos educativos y/o recreativos (OE 4)

Área conductual

1. Disminuye la frecuencia e intensidad de las conductas autolesivas (OE 1)

2. Demuestra un comportamiento motor vital y dinámico constante (OE 1)

3. Controla sus impulsos y las conductas de autoagresividad y heteroagresividad asociadas al trastorno límite de la personalidad (OE 1)

4. Participa activamente en la comunicación en casa a través de la expresión de sus verdaderos pensamientos y sentimientos (OE 4)

5. Regresa a las actividades del voluntariado que había dejado hace dos años (OE 4)

6. Participa en todos sus cursos universitarios, impactando positivamente en su formación académica y su futuro profesional (OE 4)

Área de intervención

1. Asiste interdiariamente a las sesiones psicológicas en el Centro de Orientación y Consejería (OE 5)

2. Participa activamente en las dinámicas y en las técnicas psicológicas que se proponen como parte de las sesiones (OE 5)

3. Reconoce la importancia y función del tratamiento psicofarmacológico dirigido a la depresión a través del consumo regular de sus medicamentos prescritos (OE 5)

4. Reconoce la importancia y función del tratamiento psicofarmacológico dirigido al trastorno límite de la personalidad a través del consumo regular de sus medicamentos prescritos (OE 5)

- Monitoreo y evaluación de la intervención

Tabla 10.

Monitoreo y evaluación de la intervención

Fuente: Elaboración propia

Indicador de logro	Monitoreo	Evaluación
Área Cognitiva		
Disminuye la intensidad y frecuencia de las ideaciones suicidas	A través de preguntas que le formulaba durante las sesiones y el registro inicial semanal, posteriormente quincenal y finalmente mensual mediante fichas diseñadas con el fin de conocer información más	Al término de la intervención, las ideaciones suicidas se habían reducido en intensidad y frecuencia, partiendo inicialmente de una frecuencia casi diaria y a una frecuencia de

detallada al respecto y aproximadamente una vez una puntuación que la al mes o cada dos meses, y usuaria brindaba a la una intensidad de 4 o 5, al intensidad y frecuencia final del abordaje realizado de las ideaciones de daño, permitiéndome establecer una tendencia en el progreso

<p>Reconoce las creencias irracionales asociadas a su valía personal, a sus comportamientos pasados y presentes, y a las posibilidades de su futuro</p>	<p>A través del análisis del discurso de la usuaria durante las sesiones y el diseño de fichas de observación para el registro del proceso</p>	<p>Al culminar la intervención, la usuaria aún se encontraba en el proceso de reestructurar ciertas creencias limitantes acerca de su futuro, no obstante, había logrado mejorar significativamente los pensamientos perturbadores asociados a su valor personal y a su pasado y presente</p>
--	--	---

<p>Disminuye la intensidad de los patrones cognitivos de la depresión</p>	<p>El monitoreo se dio mediante el discurso de la usuaria durante las sesiones, la formulación</p>	<p>La intensidad de los patrones cognitivos de la depresión fue de 9 en la primera toma de la</p>
--	--	---

de preguntas encuesta, evolutivamente exploratorias sobre el ello fue mejorando hasta tema y un formato de convertirse en una encuesta aplicado puntuación de 5 en la mensualmente para última aplicación. conocer mayores Asimismo, con el paso de detalles, puntuar el las sesiones, fueron proceso y establecer así mejorando los una línea de tendencia pensamientos depresivos de la usuaria, adquiriendo gradualmente estados de bienestar y cierta tranquilidad emocional

Maneja los patrones cognitivos del trastorno límite de la personalidad A través del discurso de Las dificultades en el manejo de los patrones cognitivos del trastorno de preguntas inicialmente fueron exploratorias sobre el puntuadas con un 10, la tema y un formato de usuaria se sentía encuesta aplicado desbordada e incapaz de mensualmente para controlar las características conocer mayores de la enfermedad. Al detalles, puntuar el término de la intervención, proceso y establecer así la puntuación fue de 6. La

	una línea de tendencia	usuaria refería y demostraba un mejor manejo de sus impulsos y una reducción importante en sus conductas de autoagresividad y heteroagresividad
Mejora en los esquemas cognitivos que limitan su expresión emocional	Mediante la exploración en el discurso de la usuaria durante las sesiones, evaluando los factores involucrados en su capacidad para comunicar información relevante sobre su estado emocional y sobre sus relaciones primarias y sociales. Personalmente tomaba nota del progreso y lo anexaba en su archivo personal	Durante las primeras sesiones la usuaria reservaba mucha información personal, le costaba confiar en el vínculo y en el espacio, y era ciertamente complejo mantener una comunicación fluida con ella. A través del proceso de la intervención logramos mejorar los esquemas de desconfianza y temor a la invalidación emocional que limitaban la expresión de sus emociones, alcanzando un

discurso mucho más fluido, sincero y expresivo

Área Emocional

Disminuye la intensidad y frecuencia de los síntomas depresivos A través del discurso en las sesiones, preguntas formuladas durante las mismas y fichas de registro para las puntuaciones que la usuaria le asignaba a la intensidad y frecuencia de los síntomas depresivos. Inicialmente la toma se daba de manera quincenal, no obstante, tras el progreso las aplicaciones pasaron a ser mensuales

La usuaria calificaba la intensidad de los síntomas en un 9, manifestando tristeza profunda, períodos largos de desinterés por todo, pérdida de placer en actividades cotidianas y recreativas, y gran dificultad para encontrar motivación y energía en el día a día. La frecuencia de los síntomas era diaria. Tras la intervención, la puntuación se convirtió en un 5 o 6, y la frecuencia pasó a ser de dos a tres veces a la semana

Maneja los factores que incrementan el malestar psicológico y emocional de la A través de la observación, formulación de preguntas, el discurso y

La usuaria logró manejar los factores de estrés que intensificaban el malestar psicológico y emocional de

depresión las fichas de registro la depresión, como algunas para la puntuación de la de las características de su percepción del manejo dinámica familiar, el de los rasgos del impacto de las tensiones trastorno académicas y las calificaciones bajas que inicialmente tenía en la carrera, y algunas noticias de orden político, económico y/o cultural que excedían su ratio de control y que desembocaban en crisis depresivas, de mejor manera conforme se daba el tiempo y el trabajo en las sesiones. El manejo de estos factores de estrés empezaron puntuando entre un 3 y un 4, y pasaron a puntuar en 7

Regula los rasgos del trastorno límite de la personalidad en A través de la observación, formulación de Los rasgos como el control de impulsos y la conducta de autoagresividad

función a su adaptación personal, social, académica y familiar preguntas, el discurso y representaban una gran dificultad para la puntuación de la consultante, quien veía en la percepción del manejo de los rasgos del trastorno diferentes dimensiones de su adaptación con el medio. Las puntuaciones iniciales en referencia a la regulación oscilaban entre los 2 y los 4 puntos, al término del proceso la percepción de control se situaba entre los 6 y 7 puntos

Incremento en la capacidad de la usuaria para expresar emociones y pensamientos asociados a su salud mental Mediante el análisis del contenido del discurso de la usuaria durante las sesiones, y el análisis de la frecuencia con la que expresaba emociones y pensamientos relacionados a su salud mental La usuaria requería de un vínculo de confianza y validación para poder expresarse emocionalmente y comunicar en relación a sus pensamientos sobre su salud mental. Progresivamente su discurso fue adquiriendo

mayor contenido expresivo, y los tiempos en la conversación empezaron a ser distribuidos de mejor manera mutuamente al ella involucrarse también en la comunicación. Al término del proceso psicológico, la consultante denotaba un claro avance en su facilidad de expresión

Incremento del interés por establecer vínculos sociales y pertenecer a grupos educativos y/o recreativos	A través del discurso de la usuaria y la formulación de preguntas durante las sesiones	Inicialmente la estudiante refería tener dificultades para confiar en otras personas, por lo que prefería no compartir sus experiencias ni desarrollar vínculos con fines académicos y/o recreativos con sus compañeras de la formación, quienes representaban su único círculo social. El interés en formar amistades y en
---	--	---

establecer relaciones de reciprocidad fue aumentando conforme mejoraba su estado emocional

Área Conductual

Disminuye la frecuencia e intensidad de las conductas autolesivas la usuaria durante las sesiones y el llenado de fichas para la puntuación de la frecuencia e intensidad de las conductas de autolesión

Mediante el discurso de En los primeros registros de la puntuación la intensidad de las conductas autolesivas era de 9 y la frecuencia oscilaba entre 3 a 4 veces por semana. La intervención permitió que la intensidad de las autolesiones se redujera a 6 y que la frecuencia sea de 1 vez cada tres o cuatro semanas

Mejora en los signos de la depresión, como el entecimiento motor A través de la observación de la conducta

Con el paso de las sesiones se evidenció un progreso en el comportamiento asociado a la depresión en la usuaria, empezando a acudir a las consultas

		mostrando una conducta no verbal más enérgica y dinámica, lo cual se denotaba en su forma de sentarse, en su manera de abrir y cerrar la puerta del Centro, en la vitalidad de su contacto visual, entre otras expresiones
--	--	--

<p>Maneja las conductas asociadas al trastorno límite de la personalidad, como el control de impulsos y las conductas autoagresivas y heteroagresivas</p>	<p>Mediante la formulación de preguntas durante las sesiones y las fichas de registro de puntuaciones</p>	<p>Las puntuaciones iniciales de la consultante en referencia al control de sus impulsos oscilaban entre un 3 y un 4, mientras que el manejo de las conductas autoagresivas puntuaba 1 y el de las conductas heteroagresivas 3. Al término del proceso de sesiones, alcanzamos un 7 en tanto al control de impulsos, un 7 en cuanto a las conductas autoagresivas y un 8 en</p>
--	---	---

razón a las conductas heteroagresivas

Participa activamente en la comunicación en casa a través de la expresión de sus verdaderos pensamientos y sentimientos A través del discurso de la usuaria y la formulación de preguntas durante las sesiones y

Al igual que en el indicador de expresión emocional del área cognitiva, la estudiante temía a la invalidación de sus emociones en sus relaciones familiares, manifestando que su familia no comprendería sus puntos de vista y sus formas de sentir, por lo que optaba por el silencio. Poco a poco pudo ganar confianza al respecto y empezó a verbalizar sus verdaderas opiniones y sentimientos en casa, no obstante, el objetivo no pudo cumplirse de manera integral debido a que su familia no participaba de las sesiones ni de su

		proceso psicológico, ello supuso una barrera
Regresa a las actividades del voluntariado que había dejado hace dos años y del que le encantaba ser parte	Mediante el discurso de la usuaria y la formulación de preguntas durante las sesiones	La usuaria se reincorporó al voluntariado que había dejado hacía dos años, cuando se dio el inicio de los síntomas depresivos. En base a lo que me comentaba, el volver le generaba mucha satisfacción y orgullo por ser capaz de atreverse a dar ese paso
Se compromete con su formación académica y su futuro profesional	Mediante preguntas a lo largo de las sesiones que buscaban explorar su estado académico y su interés por el mismo. En este apartado se empleó igualmente una escala de puntuación del 0 al 10. La línea de puntuaciones permitió trazar el progreso	Inicialmente la usuaria puntuaba su interés hacia la formación académica a la que pertenecía y la importancia de su futuro profesional con un 3. A través de las sesiones la puntuación fue incrementando, hasta llegar a un 8 en la última toma. La consultante solía

faltar a clases y desaprobando cursos, no obstante, al final logró formar parte de proyectos, nivelar algunas de sus materias y obtener mejores calificaciones

Área de Intervención

Asiste interdiariamente a las sesiones psicológicas en el Centro de Orientación y Consejería	A través de la propia asistencia de la usuaria a las sesiones psicológicas	La usuaria mantuvo una asistencia regular y comprometida a las sesiones desde el primer contacto. Ante la ocurrencia de alguna eventualidad que imposibilitaba su presencia solía realizar una comunicación directa conmigo con el fin de comentarme el particular y proponiendo una alternativa para una nueva fecha de consulta
---	--	---

Se involucra en las dinámicas y técnicas	Mediante la frecuencia, calidad y duración de las	Al comienzo de la relación psicológica era muy
---	---	--

psicológicas que se intervenciones orales y complicado proponer la
proponían como parte conductuales de la realización de alguna
de las sesiones usuaria durante el técnica o dinámica sin que
desarrollo de las la usuaria la questione o
dinámicas y técnicas en eluda el momento de la
las sesiones ejecución. El vínculo, la
comunicación y el respeto
hacia el tiempo que ella
requería para
comprometerse y confiar
fueron elementos
indispensables para lograr
su involucramiento en las
diferentes actividades.
Finalmente, su
participación logró ser
constante, activa y
consciente

Se compromete con su A través de sus El compromiso de la
proceso psicológico asistencias a las sesiones, usuaria fue incrementando
personal su postura no verbal, el con el paso de la
tipo de preguntas que intervención. Su asistencia
realizaba durante y tras siempre fue constante, sin
las intervenciones, y su embargo, su postura no

involucramiento en el verbal fue flexibilizándose desarrollo de las con el paso del tiempo, técnicas, dinámicas y mostrándose cada vez más encuestas interesada e involucrada, asimismo, las preguntas que formulaba dejaron de tener un alto cuestionamiento y desconfianza hacia los pasos que dábamos y empezó a expresar dudas de preocupación por su bienestar y con el fin de buscar alternativas de mejora, participando, además, en las dinámicas y técnicas de manera activa

Reconoce la importancia y función del tratamiento psicofarmacológico dirigido a la depresión	Mediante la asistencia a las interconsultas con el Servicio de Psiquiatría y el discurso de la usuaria en relación a la ingesta regular de los psicofármacos	Inicialmente la usuaria era renuente a la idea de consumir medicación dirigida específicamente a la depresión. A través de los espacios de psicoeducación se
---	--	--

correspondientes según promovió la consciencia de prescripción médica enfermedad, logrando que la estudiante acceda voluntariamente al servicio de psiquiatría. El consumo de los psicofármacos empezó a darse de forma sostenida, permitiendo alcanzar mejoras significativas en su estado emocional

Reconoce la importancia y función del tratamiento psicofarmacológico dirigido al trastorno límite de la personalidad Mediante la asistencia a las interconsultas con el Servicio de Psiquiatría y el discurso de la usuaria en relación a la ingesta regular de los psicofármacos correspondientes según prescripción médica Inicialmente la usuaria era renuente a la idea de consumir medicación dirigida específicamente al trastorno límite de personalidad. A través de los espacios de psicoeducación se promovió la consciencia de enfermedad, logrando que la estudiante acceda voluntariamente al servicio de psiquiatría. El consumo

de los psicofármacos
empezó a darse de forma
sostenida, permitiendo
alcanzar mejoras
significativas en su estado
emocional

CAPÍTULO IV. RESULTADOS

4.1 Resultados

- Presentación de datos cuantitativos e Indicadores

La intervención se desarrolló a través de la realización de 40 sesiones dadas en el lapso de 7 meses, comprendiendo el período entre Septiembre de 2018 y Marzo de 2019. La duración de las consultas era de una hora y la frecuencia de las mismas oscilaba entre una a dos veces por semana, en promedio.

A modo de síntesis, se presentan los resultados obtenidos en las sesiones:

Tabla 11.

Resultados de las sesiones, Intervalo de sesiones, Logros obtenidos

Fuente: Elaboración propia

Resultados de las sesiones	
Intervalo de sesiones	Logros obtenidos
Sesión 1 a Sesión 3	Formación del rapport, delimitación de objetivos, establecimiento del vínculo y la alianza terapéutica, comprensión de los alcances de la intervención y construcción de expectativas reales

Sesión 4 a Sesión 9	<p>Reconocimiento de los factores protectores y de riesgo de las enfermedades, integración de la dinámica intrafamiliar, la historia de vida y las redes de apoyo, comprensión de los signos y síntomas del trastorno depresivo y el trastorno límite de la personalidad</p> <p>Formación de la adherencia al tratamiento psicológico</p>
Sesión 10 a Sesión 11	<p>Identificación de los esquemas cognitivos disfuncionales y patrones emocionales y conductuales de la usuaria</p>
Sesión 12 a Sesión 20	<p>Capacidad para reconocer y cuestionar su sistema de creencias, encontrando alternativas de pensamiento más adaptativas</p> <p>Desarrollo de flexibilidad en el pensamiento y de la capacidad de reflexionar sobre las situaciones de un modo adaptativo y funcional</p>

Progreso en habilidades

socioemocionales

Cambios en el comportamiento que permiten una mejor relación consigo misma y con el medio

Reducción de la intensidad de los síntomas depresivos

Mejora en el control de impulsos y en las conductas de autoagresividad y heteroagresividad

Logro del sentido de responsabilidad y rol activo en su proceso personal

Sesión 21 a Sesión 30

Incremento del interés en participar en actividades recreativas y de grupo

Desarrollo del sentido de autocompasión y autovalidación

Formación de la adherencia al tratamiento psicofarmacológico

Reducción en la intensidad de los síntomas depresivos

Mejora en el manejo de los rasgos del trastorno límite de la personalidad

Disminución de las conductas

autolesivas

Sesión 31 a Sesión 40

Mantenimiento y consolidación de habilidades socioemocionales que favorecen el afrontamiento adaptativo y funcional de circunstancias posibles de conflicto, disminuyendo y/o evitando las recaídas

En relación a las técnicas y recursos teóricos empleados, éstos fueron:

- Componente educativo (Psicoeducación)
- Registro ABC
- Reestructuración Cognitiva

En el marco de cada proceso de aplicación, se obtuvieron los siguientes resultados:

Tabla 12.

Componente Educativo, Área de Intervención, Pre – Intervención – Post – Intervención

Fuente: Elaboración propia

Componente Educativo

Área de Intervención	Pre – Intervención	Post – Intervención
Reconocimiento y comprensión de las características de la depresión	La consultante era capaz de describir los síntomas de tristeza, anhedonia, abulia, desesperanza y fatiga que vivía día con día, no obstante, no estaba segura de la existencia de una enfermedad mental subyacente comprendía que los síntomas estaban relacionados entre sí	La usuaria pudo reconocer los síntomas que experimentaba y asociarlos como respuestas al trastorno depresivo mayor, asimismo, comprendió las causas de la enfermedad y las consecuencias socioemocionales, cognitivas y conductuales de la misma
Conciencia de la importancia de recibir atención profesional dirigida el trastorno depresivo mayor	Deseo de conocer los factores, causas y efectos involucrados en los síntomas que vive, con el propósito de atenderlos y resolverlos por sí misma	Adhesión al tratamiento psicológico dirigido a la depresión a través del plan de sesiones en el Centro de Orientación y Consejería
Humanidad en la	Existencia	de Desarrollo del sentido de

enfermedad	<p>sentimientos de autocompasión y negación, ira, culpa, permiso de sentir, reproche, vergüenza e entendiendo y validando invalidación emocional las narrativas de vida que en relación al trastorno subyacen a sus depresivo y a las emociones y a sus repercusiones sociales, comportamientos, afectivas, cognitivas y procurando atender, conductuales de éste en siempre que le sea su dinámica de vida humanamente posible, sus necesidades afectivas desde un mayor respeto y empatía hacia sus propias circunstancias</p>
Plan de intervención	<p>Desconocimiento de las alternativas y modelos profesionales existentes para el tratamiento psicológico y psicofarmacológico de la depresión</p> <p>Comprensión de los alcances de los tratamientos y construcción de expectativas reales en función a la efectividad, tiempo y necesidades de los mismos</p>
Reconocimiento y comprensión de las	<p>La usuaria era capaz de describir el bajo control</p> <p>La usuaria pudo reconocer los síntomas</p>

características del trastorno límite de la personalidad de impulsos, las que experimentaba y conductas de asociarlos como autoagresividad y de respuestas al trastorno heteroagresividad, el límite de la personalidad, patrón inestable e asimismo, comprendió intenso en la formación las causas de la de vínculos sociales y la enfermedad y el impacto dificultad en el manejo emocional, cognitivo y de la ira, no obstante, no conductual de la misma comprendía que estas características se ajustaban a los criterios diagnósticos del trastorno límite de personalidad ni que dichos síntomas estuvieran relacionados entre sí

Conciencia de la importancia de recibir tratamiento psicofarmacológico dirigido al trastorno depresivo mayor y al Deseo de atender los síntomas depresivos y psicofarmacológico los patrones del brindado en el Servicio de Psiquiatría con el que su Universidad mantenía exclusivamente a través un convenio en beneficio

trastorno límite de la personalidad de las sesiones de la salud mental de sus psicológicas en el estudiantes. El Centro de Orientación y tratamiento Consejería psicofarmacológico permitió progresos importantes en el estado biopsicosocioemocional de la usuaria

Tabla 13.

Registro ABC, Pre – Intervención – Post – Intervención

Fuente: Elaboración propia

Registro ABC		
Pre – Intervención y Post – Intervención		
Antecedente	Sistema de creencias	Consecuencias
Pre Ha desaprobado un examen	<i>“Soy un fracaso, no sirvo para nada, mi madre se decepcionará de mí”</i>	Emocional: sentimientos de minusvalía, tristeza
	Inferencia: condenación o evaluación global	Conductual: le oculta la calificación a su madre

		Emocional: decepción, frustración, molestia
Post	Ha desaprobado un examen	<p><i>“Es un examen, habrá otro examen más adelante, no es el fin del mundo”</i></p> <p>Conductual: estudia con más dedicación para el siguiente examen</p>
Pre	Se presenta una crisis depresiva	<p><i>“Nunca voy a poder estar bien, soy un error, algo en mí está mal, estoy harta de sentirme así, no quiero intentar nada para estar mejor, ser feliz es imposible”</i></p> <p>Emocional: desesperanza, sensación de vacío, sensación de soledad, frustración</p> <p>Conductual: se autolesiona, esconde la existencia de su tremendismo o enfermedad catastrofismo</p>
Post	Se presenta una crisis depresiva	<p><i>“Otra vez estoy en una crisis, pero voy a intentar identificar mis pensamientos, ¿qué está pasando por mi mente? ¿por qué estoy pensando esto?, esta</i></p> <p>Emocional: molestia, hastío</p> <p>Conductual: identifica sus pensamientos y acude a la siguiente sesión psicológica y comenta las</p>

	<i>sensación va a pasar, y características de la lo hablaré en la crisis que ha transitado siguiente sesión que tenga porque sé que puedo estar mejor”</i>	
	<i>“No sé quién se ha</i>	Emocional: ira,
Acordó un <i>creído</i> para	sensación de rechazo,	
encuentro con una <i>cancelarme, no vuelvo</i>	sensación de soledad	
compañera de la <i>a juntarme con ella</i>	Conductual: se aísla,	
Pre universidad y ésta <i>bajo ninguna</i>	regresa a casa	
última le cancela <i>circunstancia”</i>	temprano, bloquea a la	
poco antes de la Inferencia:	compañera en redes	
hora pactada <i>condenación</i> o	sociales, puede	
<i>evaluación global</i>	autolesionarse	
		Emocional:
Acordó un	incomodidad, malestar,	
encuentro con una <i>“Bueno, imagino que</i>	desconcierto	
compañera de la <i>surgió un imprevisto, al</i>	Conductual: no vuelve	
Post universidad y ésta <i>menos me avisó....</i>	a acordar una salida	
última le cancela <i>igualmente no debería</i>	con esa persona durante	
poco antes de la <i>haberse comprometido</i>	un tiempo, busca otra	
hora pactada <i>si no iba a poder”</i>	actividad que realizar	
	durante ese tiempo	
Pre Debe integrar un <i>“¿Por qué a mí? Qué</i>	Emocional: ira, tristeza,	

	trabajo en grupo para un curso	<i>desesperante, no quiero participar, quiero hacerlo sola, no me siento cómoda, me están obligando, no me cae nadie de este salón”</i>	desesperación, hastío, frustración Conductual: no asiste el día en que toca realizar la actividad grupal, obtiene un certificado de salud que respalde su inasistencia
		Inferencia: baja tolerancia a la frustración	
	Debe integrar un Post trabajo en grupo para un curso	<i>“Me gusta más trabajar sola, pero supongo que puedo intentar interactuar y dar mis opiniones a mi ritmo”</i>	Emocional: regulación, sensación de control, optimismo Conductual: asiste el día del trabajo e interviene dando sus aportes
	Su padre va de Pre visita a la casa sin avisar	<i>“Él viene intencionalmente para molestarte, él no debería estar aquí, quiero que se largue, ya me arruinó todo el día”</i>	Emocional: sentimiento de minusvalía, dificultad en el control de la ira, impotencia Conductual: se encierra en su habitación, ese día no come

		Inferencia: baja tolerancia a la frustración	
Post	Su padre va de visita a la casa sin avisar	<i>“No entiendo qué hace aquí, pero es mi madre quien siempre lo deja pasar, no es mi responsabilidad cambiar esto”</i>	Emocional: molestia, incomodidad Conductual: evita el contacto con su padre, se centra en sus actividades de la universidad, intenta dormir hasta que su padre se vaya
Pre	Cambio de medicación en el tratamiento psicofarmacológico	<i>“Nunca dejaré de estar deprimida”</i> Inferencia: tremendismo o catastrofismo	Emocional: sentimientos de minusvalía, tristeza, dificultad en el control de impulsos Conductual: se autolesiona
Post	Cambio de medicación en el tratamiento psicofarmacológico	<i>“Es parte del proceso, en la sesión psicológica me dijeron que puedo haber desarrollado resistencia, lo seguiré”</i>	Emocional: deseo de mejora, esperanza Conductual: consume el nuevo psicofármaco

intentando”

Tabla 14.

Reestructuración Cognitiva, Pensamiento inicial, Cuestionamiento, Nuevo pensamiento

Fuente: Elaboración propia

Reestructuración Cognitiva		
Pensamiento inicial	Cuestionamiento	Nuevo pensamiento
	Objetividad: ¿Qué evidencias tienes para afirmar que realmente no sirves para nada?	
<i>“Soy un fracaso, no sirvo para nada, mi madre se decepcionará de mí”</i>	- <i>Que he jalado el examen...</i> ¿Y haber desaprobado el examen es realmente suficiente para asegurar que no sirves para nada? - <i>Creo que no...</i>	<i>“Es un examen, habrá otro examen más adelante, no es el fin del mundo”</i>
	¿Cuál es la explicación	

más probable para esta
situación?

- *Que no estudié lo
suficiente, me
confié*

Utilidad: ¿En qué te
ayuda pensar de esta
forma?

- *En nada... solo
me siento peor...*

***“Nunca voy a poder
estar bien, soy un error,
algo en mí está mal,
estoy harta de sentirme
así, no quiero intentar
nada para estar mejor,
ser feliz es imposible”***

Objetividad: ¿Qué
pruebas tienes para
asegurar que eres un
error?

- *Me siento mal
todo el tiempo,
tiene que haber
algo mal
conmigo*

Objetividad:

¿Existen otras
alternativas para

*“Otra vez estoy en una
crisis, pero voy a
intentar identificar mis
pensamientos, ¿qué está
pasando por mi mente?
¿por qué estoy pensando
esto?, esta sensación va
a pasar, y lo hablaré en
la siguiente sesión que
tenga porque sé que
puedo estar mejor”*

entender por qué te

sientes mal

continuamente?

- *Bueno, realmente me siento sola todo el tiempo, nadie sabe de esto y mi familia no me ayuda*

Utilidad: ¿De qué te sirve pensar que eres un error?

- *No me sirve, me siento peor, me siento una fracasada...*

Utilidad: ¿Este pensamiento aumenta tu funcionalidad?

- *No, me apaga por completo, pierdo las ganas de vivir y de intentar estar*
-

bien

Objetividad: ¿Existen otras alternativas para ver esta situación como algo distinto a un desplante?

- *Supongo que sí...*

ella me envió un

mensaje

avisándome que

no podría...

“No sé quién se ha creído para cancelarme, no vuelvo a juntarme con ella bajo ninguna circunstancia”

¿Cómo sabes que te canceló intencionalmente?

- *En realidad no*

me consta...

“Bueno, imagino que surgió un imprevisto, al menos me avisó.... igualmente no debería haberse comprometido si no iba a poder”

Utilidad: ¿Este pensamiento aumenta tu funcionalidad?

- *No, me bloquea,*

no me ayuda...

¿Te sientes mejor al pensar que fuiste cancelada intencionalmente?

- *No... me siento rechazada... no me siento mejor...*

Objetividad: ¿Qué motivos existen para afirmar que es innecesario trabajar con otros?

- *No aprendo nada, hacer las cosas sola es lo mismo, igual hago el trabajo*

“Es innecesario tener que hacer trabajos de la universidad con otras personas”

“Me gusta más trabajar sola, pero supongo que puedo intentar interactuar y dar mis opiniones a mi ritmo”

¿Y realmente podrías decir que no aprendes nada en un espacio colaborativo?

- *Bueno, a veces los demás tienen*

buenas ideas..

Utilidad: ¿En qué te ayuda pensar que es innecesario hacer trabajos de la universidad con otras personas?

- *En realidad solo me aísto más, y me siento sola, no tengo con quién hablar nunca..*

Objetividad: ¿Qué

razones tienes para

pensar que tu padre

viene exclusivamente

con la intención de

molestarte?

- *Ninguna... no me*

consta... no

puedo estar

segura de eso...

“Él viene intencionalmente para molestarte, él no debería estar aquí, quiero que se largue, ya me arruinó todo el día”

“No entiendo qué hace aquí, pero es mi madre quien siempre lo deja pasar, no es mi responsabilidad cambiar esto”

¿Realmente tu día se ha terminado porque tu padre vino a casa?

- *No, en realidad aún puedo hacer muchas otras cosas aunque él esté aquí...*

Utilidad: ¿Te ayuda pensar que tu día se ha arruinado para solucionar el problema?

- *No, no me ayuda en nada...*

¿Este pensamiento te permite lograr tus objetivos?

- *No, me genera todo lo contrario, me frustra...*

“Nunca dejaré de estar deprimida” Objetividad: ¿Cuál es la probabilidad de que ***“Es parte del proceso, en la sesión psicológica”***

nunca vayas a dejar de *me dijeron que puedo*
(En relación al cambio estar deprimida? *haber desarrollado*
en la medicación - *Bueno, estoy en resistencia, lo seguiré*
dirigida al trastorno *un tratamiento, intentando”*
depresivo mayor) *supongo que hay*
probabilidades
de que deje de
estarlo algún
día...

¿Hay otro modo de
enfocar esto?

- *Sí, porque este es*
un proceso, es
esperable que no
sea fácil...

Utilidad: ¿Te ayuda
pensar de esta manera?

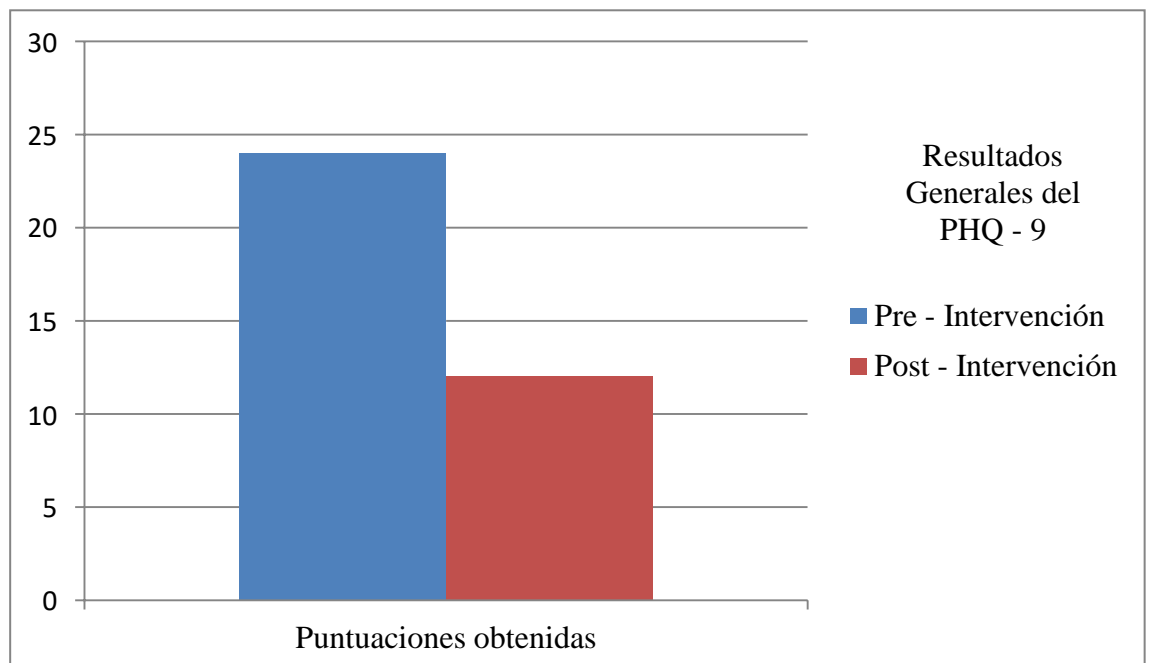
- *No, en realidad*
me quita las
esperanzas y las
ganas de intentar
estar bien

Del mismo modo, se obtuvieron diferencias en los resultados en relación al pre – test y post – test del instrumento psicométrico empleado, el Cuestionario de Salud del Paciente, (PHQ – 9), siendo que en la primera administración el puntaje obtenido fue de 24, asignándose a la categoría de Trastorno Depresivo Mayor, mientras que en la última aplicación el test entregó una puntuación de 12, correspondiendo a la categoría de Depresión Moderada, siendo a detalle:

Figura 4.

Resultados Generales del PHQ – 9, Pre intervención – Post intervención

Fuente: Elaboración propia

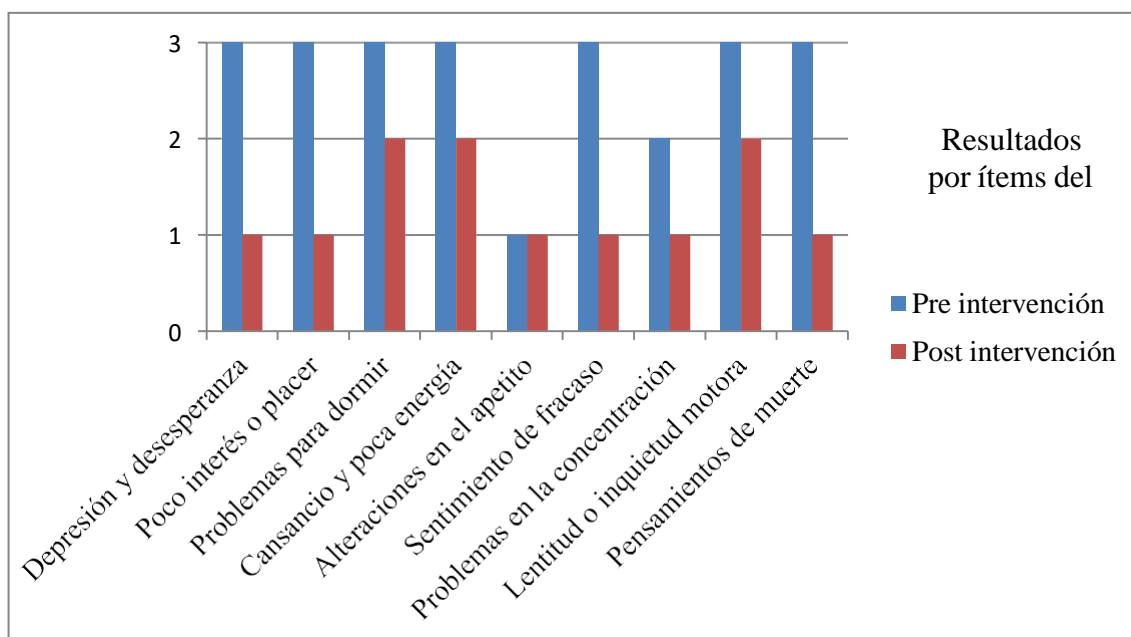


Asimismo, se presenta la diferencia en la puntuación de cada uno de los ítems del cuestionario, siendo:

Figura 5.

Resultados por ítems del PHQ – 9, Pre intervención – Post intervención

Fuente: Elaboración propia



En donde se denotan los cambios entre las evaluaciones, siendo las puntuaciones en depresión y desesperanza (3,1), poco interés o placer (3,1), problemas para dormir (3,2), cansancio y poca energía (3,2), alteraciones en el apetito (1,1), sentimiento de fracaso (3,1), problemas en la concentración (2,1), lentitud o inquietud motora (3,2), y pensamientos de muerte (3,1), en relación a los valores de la pre intervención y la post intervención respectivamente.

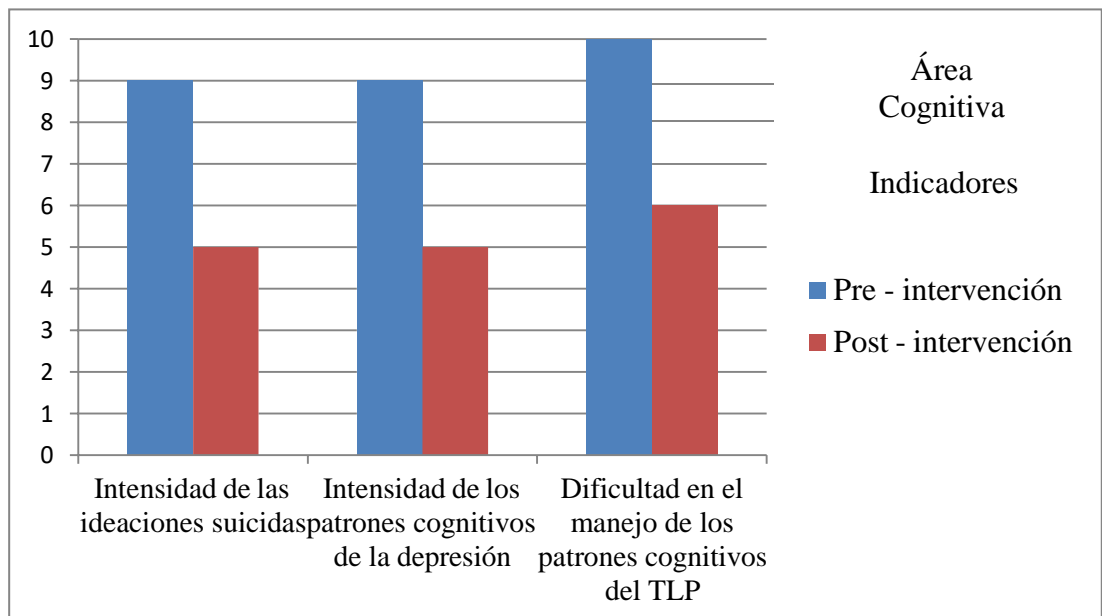
Resultados de los indicadores de logro

En lo referente a las áreas de este apartado, el plan de intervención permitió el logro de mejoras significativas en el Área Cognitiva, tales como:

Figura 6.

Área Cognitiva, Indicadores cuantitativos, Pre – intervención, Post – intervención

Fuente: Elaboración propia



En ese sentido, se dio una reducción en los valores en los indicadores de intensidad de las ideaciones suicidas (de 9 puntos a 5 puntos), intensidad de los patrones cognitivos de la depresión (de 9 puntos a 5 puntos), y dificultad en el manejo en los patrones cognitivos del TLP (de 10 puntos a 6 puntos).

Asimismo, se obtuvieron mejoras de naturaleza cualitativa en lo concerniente al Área Cognitiva, siendo:

Tabla 15.

Área Cognitiva, Valoración Cualitativa, Indicadores, Pre – intervención, Post – intervención

Fuente: Elaboración propia

Área Cognitiva		
Valoración Cualitativa		
Indicador	Pre – Intervención	Post – Intervención
Disminuye la frecuencia de la aparición de las ideaciones suicidas	La frecuencia era diaria	La frecuencia oscilaba entre una vez al mes y una vez cada dos meses
Comprende la influencia de su historia y sus relaciones familiares, sociales y personales en el desarrollo y estado de sus enfermedades	Presencia de creencias limitantes en relación a su valor como persona, insatisfacción con su historia, vínculos y decisiones de vida, y gran pesimismo acerca de su futuro	La usuaria logró integrar la influencia de los diferentes aspectos de su historia de vida y de sus relaciones, lo que representó una mejora significativa en lo concerniente a sus creencias sobre sus

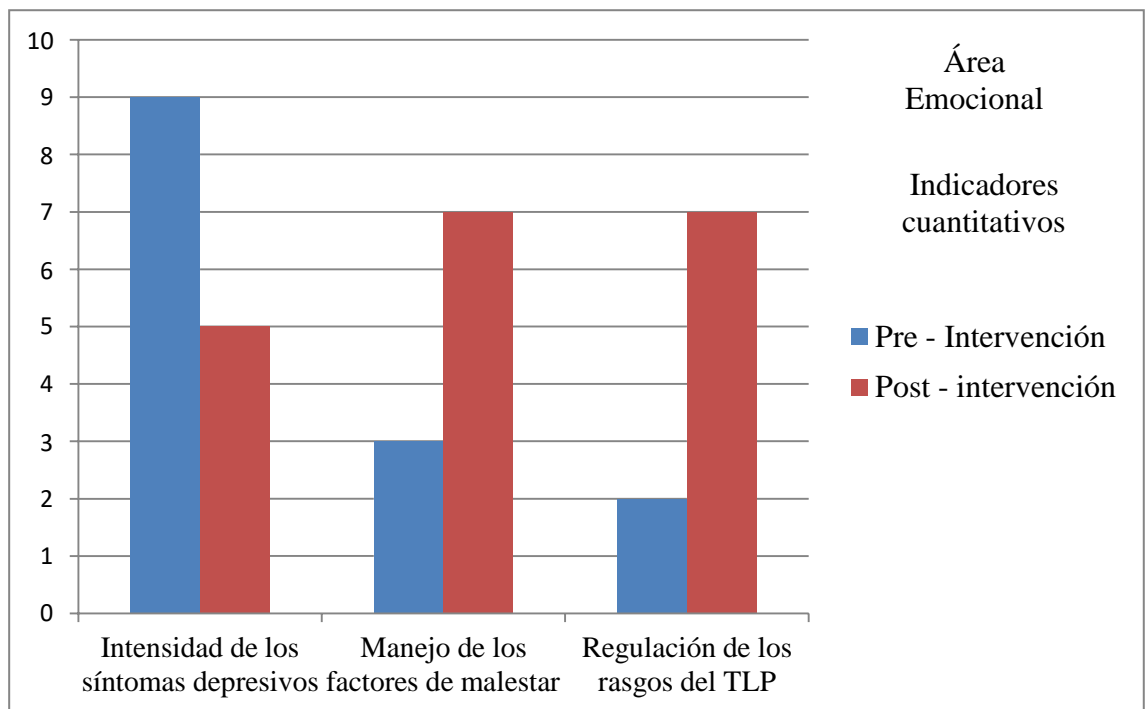
	comportamientos pasados y presentes, y a sus posibilidades futuras, desarrollando autocompasión y validación a su proceso de vida
Reconoce los esquemas cognitivos que limitan su expresión emocional	<p>A partir del reconocimiento de los esquemas cognitivos, la comunicación era cortante debido a los esquemas cognitivos de desconfianza y temor acerca de ser juzgada e invalidada emocionalmente, el discurso era breve, conciso y poco emocional, no obstante, la usuaria no reconocía la existencia de estos esquemas</p> <p>esquemas cognitivos, la expresión de sus pensamientos y emociones mejoró significativamente, tanto en los espacios de las sesiones como en el ámbito social y académico de su vida. Las verbalizaciones se tornaron más fluidas, expresivas, empáticas y asertivas, aperturando nuevos estilos para la comunicación</p>

En lo que respecta a los indicadores cuantitativos del Área Emocional, se alcanzaron las siguientes mejoras:

Figura 7.

Área Emocional, Indicadores cuantitativos, Pre – intervención, Post – intervención

Fuente: Elaboración propia



La gráfica muestra una reducción en la intensidad de los síntomas depresivos (de 9 puntos a 5 puntos), un incremento en el manejo de los factores que incrementan el malestar (de 3 a 7 puntos), y una mejora en la regulación de los rasgos del TLP (de 2 a 7 puntos).

Del mismo, se obtuvieron mejoras de naturaleza cualitativa en lo concerniente al Área Emocional, siendo:

Tabla 16.

Área Emocional, Valoración Cualitativa, Indicadores, Pre – intervención, Post – intervención

Fuente: Elaboración propia

Área Emocional		
Valoración Cualitativa		
Indicador	Pre – Intervención	Post – Intervención
Disminuye la frecuencia de los síntomas depresivos	La frecuencia era diaria	Logramos junto a la usuaria que la frecuencia se reduzca a dos o tres veces por semana
Expresa emociones y pensamientos asociados a su salud mental	El discurso era limitado, usuaria proporcionaba muy poca información	El discurso adquirió fluidez y se empezó a percibir facilidad en la expresión emocional

	relacionada a su
	salud mental

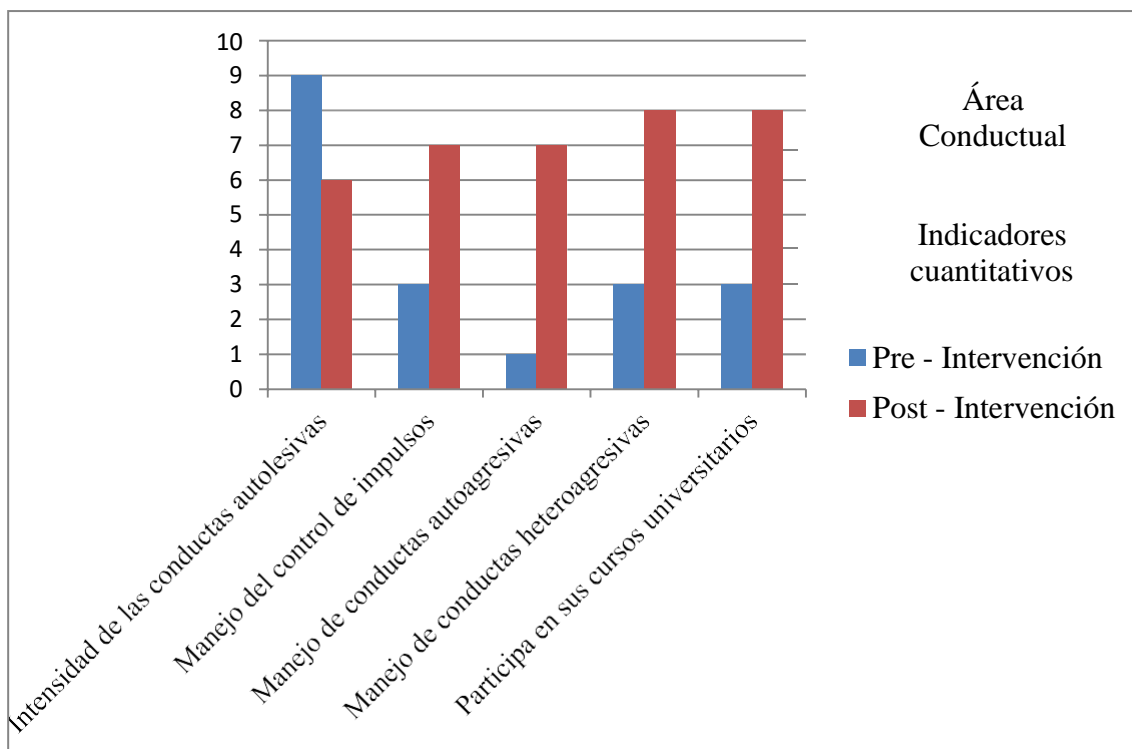
Establece vínculos sociales a través de su participación en grupos educativos y/o recreativos	Se presentaban dificultades para formar vínculos debido a la desconfianza y el temor a la invalidación emocional	El deseo e interés en establecer vínculos sociales aumentó conforme mejoró su estado emocional, permitiendo que la usuaria se incorpore a actividades educativas y recreativas
--	--	--

En relación a los indicadores de logro del Área Conductual, se obtuvo el siguiente progreso:

Figura 8.

Área Conductual, Indicadores cuantitativos, Pre – intervención, Post – intervención

Fuente: Elaboración propia



Al respecto, se evidencia una disminución de la intensidad de las conductas autolesivas (de 9 puntos a 6 puntos), un progreso en el manejo del control de impulsos (de 3 puntos a 7 puntos), una mejora en el manejo de las conductas autoagresivas (de 1 punto a 7 puntos), un mejor manejo de las conductas heteroagresivas (de 3 puntos a 8 puntos), y un aumento en el compromiso con su futuro profesional (de 3 puntos a 8 puntos).

En lo concerniente a los cambios cualitativos en la usuaria en lo referente al Área Conductual, se obtuvo:

Tabla 17.

Área Conductual, Valoración Cualitativa, Indicadores, Pre – intervención, Post – intervención

Fuente: Elaboración propia

Área Conductual		
Valoración Cualitativa		
Indicador	Pre – Intervención	Post – Intervención
Disminuye la frecuencia de las conductas autolesivas	La frecuencia oscilaba entre 3 a 4 veces por semana	Se logró reducir la frecuencia a una vez cada tres o cuatro semanas
Demuestra un comportamiento motor vital y dinámico constante	Los movimientos corporales eran significativamente lentos y pesados, se evidenciaba una clara dificultad para la ejecución motora de conductas como abrir y cerrar la puerta del Centro, levantar los pies en la marcha, sentarse o levantarse de la silla, etcétera	A partir de la mejoría a nivel emocional derivada del espacio de acompañamiento, el tratamiento psicofarmacológico y el compromiso de la usuaria, la conducta no verbal adquirió energía, vitalidad y dinamismo, ello se expresaba en la postura, en el caminar, en la forma de entrar a las consultas, e incluso en el contacto visual que

		<p>mantenía durante las sesiones</p>
<p>Participa activamente en la comunicación en casa a través de la expresión de sus verdaderos pensamientos y sentimientos</p>	<p>Sentimientos de temor frente a la invalidación emocional por parte de sus padres a partir de las experiencias de vida en casa y la negligencia afectiva en el estilo de crianza. La usuaria prefería guardar sus sentimientos y pensamientos antes que compartirlos en la dinámica del hogar</p>	<p>La confianza desarrollada en el espacio de acompañamiento y la mejoría emocional derivada del proceso le permitieron verbalizar sus verdaderas opiniones y sentimientos en casa, sin embargo, la familia estaba distanciada del trabajo afectivo, social y conductual que ella venía realizando en las sesiones, por lo cual el trato distante y la comunicación poco asertiva no se modificaron, convirtiéndose, así, en un obstáculo para el logro del bienestar</p>

	integral
	La vivencia de crisis emocionales continuas propias del trastorno depresivo mayor y del
Regresa a las actividades del voluntariado que había dejado hace dos años y del que le encantaba ser parte	trastorno límite de la personalidad a detener su participación en el grupo de responsabilidad social al que pertenecía hasta hace dos años antes de empezar las sesiones en el Centro de Orientación y Consejería Psicológica
	La usuaria logró reincorporarse al voluntariado, experimentando una gran satisfacción y sentimiento de logro

Finalmente, se alcanzaron mejoras significativas en los indicadores del área de intervención, los cuales fueron cualitativos, siendo los resultados:

Tabla 18.

Área de Intervención, Valoración Cualitativa, Indicadores, Pre – intervención, Post – intervención

Fuente: Elaboración propia

Área de Intervención		
Valoración Cualitativa		
Indicador	Pre – Intervención	Post – Intervención
Asiste interdiariamente a las sesiones psicológicas del Centro de Orientación y Consejería	La asistencia a las sesiones fue constante desde el inicio, lo que demostraba interés por su proceso personal	La asistencia se mantuvo constante, y desarrolló el hábito de comunicar previamente la existencia de algunas eventualidades que imposibilitaban su asistencia en determinados días. Ello representó un indicador de respeto por el trabajo y el espacio psicológico
Participa activamente en las dinámicas y en las técnicas psicológicas que se proponen como parte de las sesiones	La participación era limitada, existiendo poca confianza en el vínculo. Las actividades propuestas rara vez eran de su	La construcción progresiva de la relación de confianza en el espacio profesional permitió que el involucramiento de la usuaria en las

	agrado y solía expresar diferentes motivos para no llevarlas a cabo	dinámicas y técnicas tomara un modo comprometido y activo
Reconoce la importancia y función del tratamiento psicofarmacológico dirigido a la depresión y al trastorno límite de la personalidad a través del consumo regular de sus medicamentos prescritos	Inicialmente la usuaria se rehusaba a recibir medicación, consideraba que, aunque el malestar emocional, mental y conductual transitaba significativo y alteraba su calidad de vida, ella podría lidiar con sus síntomas por sí misma y con el apoyo del espacio de acompañamiento en el Centro de Orientación y Consejería Psicológica	Gracias al desarrollo de la consciencia de la enfermedad, la usuaria se permitió la oportunidad de sentirse mejor y atender sus síntomas a través del consumo de psicofármacos prescritos por un profesional competente del Servicio de Psiquiatría con el que la Facultad mantenía contacto para las derivaciones

– Pronóstico de la problemática presentada: los logros obtenidos a lo largo de las sesiones, como el desarrollo de la consciencia de enfermedad,

la adherencia a los tratamientos, el reconocimiento de los pensamientos irracionales que subyacen a las emociones y a las conductas identificadas como parte de los diagnósticos encontrados, y la mejora en los signos y síntomas de las enfermedades, dan cuenta del progreso en el bienestar psicológico y en la calidad de vida de la usuaria, no obstante, es necesario precisar la importancia de llevar a cabo intervenciones psicológicas más profundas y dirigidas a mantener y potenciar los avances alcanzados durante el proceso compartido, así como a explorar con mayor amplitud los aspectos de la historia de vida y de las diferentes áreas de desarrollo de la usuaria, lo mismo que, por la naturaleza del espacio de orientación y consejería y el nivel preventivo promocional de la intervención, no era posible abarcar con mayor detalle y profundidad. En esa medida, se sugiere dar inicio a un proceso psicoterapéutico pertinente, habida cuenta que el trastorno depresivo mayor y el trastorno límite de la personalidad son dos enfermedades de la salud mental que influyen en la calidad de vida de la usuaria y que se manifiestan continuamente en sus ámbitos familiares, sociales, académicos y en su relación consigo misma, los progresos obtenidos representan un punto de partida que necesitará ser atendido y sostenido a lo largo del tiempo, en aras de garantizar que la consultante pueda enfrentar saludablemente los retos, las circunstancias y las experiencias de vida que vengan en su futuro, ya que la ausencia total de un espacio de atención psicológica después del proceso constante y responsable llevado a cabo podría desencadenar en una sensación de pérdida de control, de pérdida de soporte y de abandono y soledad

emocional, lo que cobraría un mayor énfasis ante la ocurrencia de crisis emocionales, influyendo, así, negativamente en su quehacer universitario, en su futuro profesional, en sus relaciones sentimentales, en su adecuación general a la vida y en la seguridad de su integridad. De esa manera, será importante que la usuaria continúe su proceso personal en un espacio psicoterapéutico que se ajuste a una contemplación amplia y profesional de sus necesidades, asimismo, en aras de dar soporte a los factores neuroquímicos involucrados en las enfermedades, será prudente continuar con las atenciones desde el Servicio de Psiquiatría, pues el abandono de la medicación podría representar un retroceso importante en los progresos logrados.

– Análisis de los resultados encontrados con fuentes. Responde a cada objetivo planteado

Objetivo: Establecer la presunción diagnóstica clínica de la usuaria para el diseño e implementación de un plan de tratamiento individualizado

Wampold e Imel, (2015), como se citó en la revisión española de Prado - Abril, Sánchez - Reales, e Inchausti, (2017), refieren la importancia de la conducción de una atención psicológica basada en el establecimiento de una presunción diagnóstica clínica apropiada y científicamente rigurosa, que dé lugar a la construcción de un plan de tratamiento individualizado que atienda las necesidades reales de los diferentes casos y que permita el acompañamiento, la comprensión y la validación de las diversas características personales de nuestros usuarios. De esa manera, es fundamental, en aras de garantizar la eficacia de los procedimientos psicológicos, que éstos se ajusten a la presunción diagnóstica

correspondiente, (Chow, Miller, Seidel, Kane, Thornton & Andrews, 2015), como se citó en Prado - Abril, et. al. (2017), y que se adapten a las demandas más importantes y complejas de nuestros consultantes, incorporando las diferentes fuentes de información que ellos y ellas nos proporcionan. (Prado-Abril, Gimeno-Peón, Inchausti, y Sánchez-Reales, 2019).

Objetivo: Identificar las causas, los signos y los síntomas y la intensidad de los mismos en relación al trastorno depresivo y al trastorno límite de la personalidad, a través de la observación y análisis clínico de la conducta, la aplicación de técnicas cognitivo conductuales y la administración de pruebas psicológicas

La observación psicológica, según Hurtado, (2000), citado por Montoya, (2017), representa el primer método para la identificación, recopilación y sistematización de las conductas y expresiones verbales y no verbales de nuestros usuarios en los espacios de consulta, constituyéndose como una herramienta importante de inicio para el posterior análisis e interpretación de los casos. Por su parte, el análisis clínico de la conducta favorece el registro y comprensión de los diferentes comportamientos manifestados por los consultantes, (Roldán, 2017). A través de este método, las conductas clínicamente relevantes pueden ser identificadas, logrando, a partir de ello, empezar a explorar las motivaciones, aprendizajes y memorias que las sostienen, (Ferro, Valero & López, 2016). La evaluación clínica considera, además, la utilización de tests psicométricos y proyectivos como parte de las herramientas diagnósticas. La administración de pruebas psicológicas permite la contrastación de las hipótesis preliminares del

evaluador, quien, tras integrar toda la información psicológica pertinente, puede analizar y proponer el proceso. (Jorge, 2018).

Objetivo: Comprender las variables asociadas a la enfermedad, tales como la dinámica intrafamiliar, las redes de apoyo, la historia de vida y los recursos personales

La Psicología Clínica, a través de los procesos de observación, análisis, exploración y evaluación, permite la identificación de las características intrapersonales, cognitivas, emocionales, conductuales, sociales, familiares y culturales de nuestros usuarios, dando lugar a la formación de la apreciación clínica de los casos, la posterior formulación de la presunción diagnóstica pertinente, la contrastación de la misma y la elaboración del plan de tratamiento individualizado. (Fernández, Jorge, Sánchez y Bejar, 2016). En esa medida, es fundamental que en el proceso se reconozcan y examinen las causas que originan la afectación multidimensional de la vida de los usuarios, identificando los patrones de crianza, los factores de protección involucrados, los estilos de vida, los recursos personales, la dinámica intrafamiliar y el rol de las redes de apoyo, en aras de la constitución de una intervención que mejore la calidad de vida del individuo, (Oviedo, 2018), a la vez que le permita, tanto al usuario como al examinador, “el darse cuenta” de la interacción de dichos elementos y la influencia de los mismos en el estado de salud del consultante. (Carrillo, Norato, & Chagoya, 2017).

Objetivo: Abordar la reestructuración de los pensamientos automáticos e irracionales que perpetúan el estado de malestar de la usuaria

Beck, Rush, Shaw & Emery, (1979), como se citó Ariza, (2019), refieren que: *“los modelos de reestructuración cognitiva enseñan al paciente a pensar de manera correcta, atacando los errores o distorsiones que pueden estar produciéndose en el procesamiento de la información”*. En tal sentido, la detección e intervención de los patrones cognitivos que explican y/o mantienen las dificultades emocionales, conductuales y sociales, estimula la mejora en el proceso, orienta el curso del mismo, mejora la comprensión intrapersonal en el individuo y fortalece el bienestar y el desarrollo de los recursos para la adaptación.

Objetivo: Promover la adherencia al tratamiento psicológico y psicofarmacológico asociado al Trastorno Depresivo Mayor y al Trastorno Límite de la Personalidad

Oviedo, (2018), señala la importancia de promover la adherencia a los tratamientos psicológicos y psicofarmacológicos como parte de las estrategias de soporte para el progreso cognitivo, emocional, conductual y social de nuestros usuarios, en donde la relación profesional, el manejo ético de la información científica relevante y el análisis y abordaje de los diferentes factores involucrados en el estado de salud actual del individuo serán elementos primordiales hacia el logro de una adecuada consciencia de enfermedad, paso crucial para el compromiso en el proceso. La intervención realizada debe explorar las esferas cognitivas, emocionales y conductuales que explican la posición del consultante en relación a los tratamientos. El abordaje oportuno de éstas desempeña un rol fundamental hacia la adherencia, la cual consiste en una serie de conductas de

cumplimiento, control, movilización de recursos, cambios en los hábitos y apertura. El trabajo psicológico en relación a estas consideraciones alienta a los usuarios al intento de tratar su salud mental. En tal sentido, y en los casos en que así se requiera, es de especial importancia el abordaje de las enfermedades psicológicas a través de un enfoque interdisciplinario que contribuya en la mejora del bienestar biopsicosocioemocional de nuestros usuarios, propiciando el compromiso en sus tratamientos y en los autocuidados hacia sus enfermedades.

4.2 Reflexión de la experiencia

– Limitaciones encontradas en el proceso de intervención

- Dificultades para acordar los horarios y fechas de las sesiones debido a la variabilidad en la programación académica de la usuaria
- Los tiempos de exámenes parciales y finales, de entrega de trabajos importantes, y de celebraciones o eventos académicos de la Facultad representaban una causal para la cancelación o postergación de las sesiones psicológicas, lo que repercutía en el estado y en el progreso biopsicosocioemocional de la usuaria
- Durante el lapso de dos a tres semanas el Centro de Orientación y Consejería Psicológica fue remodelado, lo que supuso cambiar constantemente de ambientes para la atención psicológica durante ese tiempo, al no existir en la Facultad otro espacio designado específicamente para tal fin
- Los instrumentos empleados y el procedimiento desarrollado a lo largo de las sesiones fueron planteados por la Institución Educativa Superior

Particular a la que pertenece el Centro de Orientación y Consejería Psicológica, lo que representó la imposibilidad de seleccionar instrumentos más especializados y pertinentes para el caso

- Si bien el Modelo Cognitivo Conductual es reconocido por su validez científica y por el desarrollo de sus técnicas basadas en el estudio del pensamiento como ancla que sostiene a las emociones y a las conductas de los individuos, prescinde de intervenciones desde una perspectiva contextual y funcional a diferencia de las Terapias de Tercera Generación, las cuales centran su estructura en el carácter relacional de los usuarios, en la orientación hacia los objetivos de vida, en la aceptación incondicional de uno mismo y de la existencia desde su completud, en los valores personales, en la visión flexible de la vida y en la dialéctica existente entre todos estos elementos, lo cual puede ser de especial importancia en muchos de los casos que observamos en la clínica, constituyendo a este grupo de terapias en uno de los más eficaces para el tratamiento de enfermedades de la salud mental como la depresión y el trastorno límite de la personalidad

– Impacto en la institución con los resultados hallados

- A partir de la experiencia de las prácticas pre profesionales, las autoridades de la Facultad empezaron a darle importancia a la salud mental de sus estudiantes. Ello se vio reflejado en la inversión económica para la mejora del espacio físico de atención, en la facilidad de los permisos para la aplicación de las pruebas psicológicas a las diferentes promociones de estudio, y en la participación activa de los miembros de la Facultad en las

convocatorias a los eventos psicológicos que realizábamos desde el Centro de Orientación y Consejería. La salud mental empezó a tener un lugar prioritario y a ocupar un espacio en las agendas de estudiantes y autoridades.

- Las áreas de Tutoría Académica y de Orientación y Consejería Psicológica tomaron lugares y recursos propios para el logro de una labor idónea. Originalmente, las áreas estaban unidas, tanto física como procedimentalmente, lo cual dificultaba el logro de objetivos y representaba un obstáculo para la privacidad y comodidad de los estudiantes. A través del tiempo y el proceso de las prácticas, las autoridades decidieron darle exclusividad al ejercicio de cada una, manteniendo la influencia y la colaboración entre las mismas, pero realizándose modificaciones: se asignó personal capacitado a cada área, se asignaron recursos materiales a cada una y se realizaron capacitaciones para asegurar las condiciones hacia un ejercicio adecuado y autónomo
- Se afinó el proceso de derivaciones al servicio de psiquiatría con el que se trabajaba en los casos en que era requerido, a través de la gestión de la Facultad para lograr la menor cantidad posible de trabas o trámites que dificultaban, y a veces imposibilitaban, la atención de los estudiantes
- Se mejoró la selección de las pruebas psicológicas. Inicialmente se aplicaban baterías extensas, que además de ser engorrosas para los estudiantes en cuanto a su desarrollo, demoraban el proceso de calificación e interpretación de los hallazgos, por lo cual los resultados podían tardar aproximadamente un mes en ser obtenidos. A partir de esta dificultad, el

número de pruebas fue reducido a través de la selección de test cuyos ítems brindaban información sobre el estado general de los estudiantes, el cual sería posteriormente corroborado y evaluado a través de las sesiones individuales con aquellos alumnos cuyas pruebas indicaban riesgos socioemocionales medios y altos. De esa manera, el proceso de aplicación y obtención de conclusiones psicométricas y proyectivas se redujo en tiempo, y dio lugar a mayores espacios de consultas y contacto directo con los estudiantes

– Aporte en el área psicológica y en el contexto

○ El desarrollo y la aplicación de los aportes de la Psicología Clínica en contextos diferentes como el ambiente universitario representa una oportunidad para la carrera, para los futuros internos y profesionales hacia la creación de nuevos escenarios de trabajo centrados en la salud mental de las personas, siendo en este caso, estudiantes de una profesión de salud. De esa manera, mi desempeño pre profesional en el Centro de Orientación y Consejería Psicológica no solo permite acciones preventivas en el mismo sino que, a la vez, reafirma la importancia de acercar la consulta con fines de evaluación, diagnóstico, intervención, acompañamiento y seguimiento en aras del bienestar y/o tratamiento psicológico de los jóvenes, quienes por diferentes razones encontradas durante las sesiones, como el temor, el tabú que aún prima en nuestra sociedad hacia la salud mental, las diversas causales de inaccesibilidad económica, o el mero desconocimiento de las diferentes formas de cuidar, tratar y acompañar sus procesos psicológicos personales, no buscan apoyo profesional de manera

oportuna. La identificación de las problemáticas de la salud mental es relevante en aras de la construcción de una sociedad cuyos miembros gocen de un estado biopsicosocioemocional adecuado, seguro y estable. En tal sentido, es importante diversificar la acción clínica hacia el entorno educativo universitario, habida cuenta que los jóvenes presentan también dificultades en tanto a su salud mental que de otro modo no serían detectadas. A lo largo de mi período de prácticas pre profesionales tuve la oportunidad de conocer historias de depresión y trastorno límite de la personalidad, como la descrita en el presente estudio, así como narrativas relacionadas a la ansiedad, a las fobias y a los trastornos de pánico, dinámicas de violencia intrafamiliar, violencia de género y acoso universitario, casos que podrían ser motivo de otras revisiones, y que, por lo pronto, dan cuenta de la importancia de diseñar y ejecutar intervenciones profesionales, desde la Psicología Clínica, con el fin de abordar estas enfermedades y realidades de vida. El presente estudio de caso sobre depresión y trastorno límite de la personalidad representa una circunstancia clínica dentro de miles de casos que aún no logran ser identificados ni diagnosticados, y mucho menos atendidos. La labor del psicólogo o psicóloga en el contexto universitario es importante porque es profunda, humana, única y exclusiva, trata cada realidad psicológica con respeto, compromiso y ética, y entrega múltiples alternativas de mejora de acuerdo a cada persona y en base a su contexto familiar, social y cultural. De ese modo, la consulta psicológica en escenarios universitarios, ya sean públicos o privados, debe ser considerada como una prioridad si se

desea brindar una atención integral y humana a los estudiantes, ello siempre en el marco del respeto, la confianza, la confidencialidad, la empatía, el trato digno y la ética profesional.

– Demandas profesionales requeridas (competencias)

o La experiencia precisó del desarrollo de diferentes habilidades socioemocionales en mí, como la empatía y la validación incondicional, al entender que me encontraba frente a un ser humano que sentía y sobrevivía en función a los recursos que tenía en el presente, en función a la especificidad de sus contextos y a lo que había aprendido y vivido, y en función, además, a lo que durante la vida le había sido dado y permitido y en función a lo que no; en esa medida, fui capaz de ver a la usuaria como un ser humano que transitaba por estados emocionales válidos, y entendí que si contaba con un entorno que la acompañara y le ofreciera confianza y seguridad, podría sentirse mejor. En ese sentido, desarrollé paciencia frente al proceso personal de la usuaria, en términos del tiempo requerido por ella en base a la profundidad y cronicidad de su narrativa y circunstancias de vida, y a la existencia de recaídas indeseadas generadas, según me manifestaba, en su contexto familiar, lo que, a su vez, supuso el desarrollo de mi tolerancia a la frustración y la consciencia de mis límites éticos – profesionales. De ese modo fui consciente de mi responsabilidad afectiva en el vínculo psicológico, ya que el escenario de las sesiones representaba una fuente de soporte psicológico y emocional para ella, y entendí la importancia de brindarle un espacio seguro, distante de cualquier tipo de críticas, juicios o intolerancia. En lo concerniente a lo

académico – formativo, fue importante para mí revisar bibliografía de experiencias similares al caso, para integrar una noción más sólida sobre el mismo, literatura sostenida en evidencia que me permitiera abordar el malestar y discurso de la usuaria con idoneidad. De esa manera, concluí que las técnicas cognitivo – conductuales podrían ser de especial ayuda, por lo que vi necesario capacitarme a mayor profundidad en ellas, a través de textos afines y conversaciones con especialistas conocidos. Del mismo modo, consideré oportuno revisar literatura relacionada a depresión y a trastorno límite de la personalidad, en aras de identificar oportunamente la presunción diagnóstica y comprender de mejor manera la sintomatología que la usuaria manifestaba. Finalmente, en cuanto a la aplicación de pruebas psicométricas, recibí una capacitación por parte de mi supervisora en la sede para la administración y calificación del Cuestionario de Salud del Paciente – 9, al ser la prueba que la institución solía aplicar en estos casos.

– Autoevaluación y autocrítica personal e institucional

A modo de autocrítica personal, durante mis prácticas pre profesionales considero haber desarrollado una labor psicológica basada en los principios de validación incondicional y responsabilidad afectiva, manteniendo una postura distante de la crítica y los juicios de valor personales, al tiempo que procuré diseñar e implementar un abordaje comprensivo de las diferentes experiencias que daban forma a la narrativa de vida de la usuaria, ello en el marco de un clima de confianza, respeto y seguridad, confidencialidad y empatía, y en el marco del alcance de mi rol como practicante pre profesional, el cual consistía en las labores

de intervención preventivo promocionales basadas en la psicoeducación y la orientación y consejería psicológica dirigida a los estudiantes de Pregrado de la Facultad, así como en la administración de pruebas psicológicas a los mismos, la aplicación de técnicas en el contexto de la intervención, el seguimiento de los casos y la derivación oportuna a interconsulta externa con el Servicio de Psiquiatría con el que la Facultad mantenía un convenio, todo ello a partir de la supervisión constante de mi asesora en sede y del seguimiento de mi supervisora de mi Facultad de estudio. Asimismo, mis funciones se ampliaban al ingreso a los salones para informar a todas las promociones de estudiantes de Pregrado sobre los servicios del Centro de Orientación y Consejería Psicológica, así como a la elaboración del plan anual de trabajo del Centro, ello de manera conjunta a mi asesora en sede, al diseño y desarrollo de talleres dirigidos a la prevención y promoción de la salud mental de los alumnos, a la coordinación con el personal administrativo de la Facultad para el otorgamiento de materiales destinados a las actividades del Centro, y a las labores de reporte, tales como la redacción de los informes mensuales dirigidos a la Unidad de Becas de la Universidad y relacionados al número de atenciones brindadas a los estudiantes del Programa Beca 18, y a la elaboración de los informes generales trimestrales dirigidos al Vicedecanato de la Facultad y a la Dirección de la Escuela Académico Profesional en relación a las necesidades del Centro y a las actividades realizadas. A lo largo de las sesiones desarrollé una búsqueda y ajuste constante de diversas alternativas en aras del logro del bienestar de la usuaria, para lo cual precisé de establecer revisiones literarias permanentes con el fin de contar con el mayor soporte científico y metodológico frente al caso, tomando en cuenta, además, los

hallazgos dados en cada sesión y la retroalimentación que ella me brindaba. La intervención fue dada a partir del diseño de un plan de trabajo individualizado, con base en los objetivos de mejora de la consultante, los mismos que fueron delimitados de forma conjunta y en referencia al tiempo y a la naturaleza del trabajo que realizaríamos. A lo largo de la programación de las sesiones considero haber propiciado una relación ética y profesional, evitando generar un vínculo de dependencia y favoreciendo el reconocimiento, por parte de la usuaria, de la responsabilidad de su participación en su proceso psicológico personal, y reforzando y validando sus logros y avances alcanzados en las diferentes sesiones desarrolladas. Al término de la intervención, consideré oportuno dar seguimiento al caso con el fin de reconocer la sostenibilidad y autonomía de la estudiante en relación a las dificultades que durante las sesiones me había expresado. Esta decisión me permitió valorar el impacto del abordaje, asegurando el progreso en el estado biopsicosocioemocional de la consultante.

A modo de crítica para la mejora, considero que podría haber incluido a la familia de la usuaria en el proceso de sesiones, a fin de que ella pudiera contar en el hogar con una red de soporte que diera contribución hacia el logro de los objetivos propuestos.

A nivel institucional, la Facultad contribuyó facilitando un espacio de comodidad, seguridad y confidencialidad para el desarrollo de las sesiones, lo que permitió la asistencia de la usuaria y promovió el compromiso de la misma hacia su proceso personal, al tiempo que representó un marco de respeto para la ejecución de las labores de intervención. Asimismo, fue muy valioso el aporte de la casa de estudios en lo referente a materiales, recursos y equipos para el

desarrollo de las atenciones en el espacio de Orientación y Consejería, así como para la conformación de un ambiente físico acogedor y estimulante para la usuaria y para cada estudiante que confió en nuestra labor.

A modo de críticas para la mejora, considero se debieran flexibilizar horarios para las atenciones psicológicas durante los fines de semana con el fin de facilitar el acceso de los estudiantes a los espacios de acompañamiento y consejería, habida cuenta de las diferentes dificultades que se producían precisamente por las responsabilidades académicas y la necesidad de los alumnos por asistir regularmente a clases, dado que la inasistencia a las mismas suponía una falta que podría desencadenar en atrasos o perjuicios académicos, o en la pérdida parcial o total de los cursos. Asimismo, considero importante el otorgamiento de facilidades y permisos a los estudiantes para asistir al Centro de Orientación y Consejería Psicológica. Es fundamental que la salud mental sea normalizada en el sistema universitario, por lo que estimo valioso se incluya en los planes operativos diferentes estrategias centradas en el bienestar integral de cada estudiante.

RECOMENDACIONES

- Mantener los procedimientos y espacios de observación psicológica, análisis de la conducta y administración de pruebas al inicio de cada semestre, con el fin de consolidar un perfil psicológico de cada estudiante, así como conocer el desarrollo del mismo a lo largo de la carrera, tanto en espacios académicos como en la vida universitaria
- Considerar la incorporación de espacios psicológicos, en forma de talleres o charlas, para un trabajo conjunto a la familia, al ser ésta una fuente primaria de afecto que influye directamente en el estado biopsicosocioemocional de los estudiantes
- Considerar en la intervención los aportes de la Teoría del Apego de John Bowlby, en tanto a la naturaleza del afecto y a la formación de la socialización, en aras de un abordaje integrativo que contemple mayores explicaciones sobre las bases de las emociones desde su carácter relacional
- Desarrollar espacios de psicoeducación dirigido al equipo docente de la Facultad con el fin de incorporarlos en el proceso de detección de signos de alarma y posterior derivación de los estudiantes al Centro de Orientación y Consejería Psicológica, promoviendo así una mejora en la identificación temprana de aquellos casos a los que, por diferentes circunstancias, no tenemos acceso, y que, en consecuencia, permanecen sin el acompañamiento oportuno
- Desarrollar materiales para casa que faciliten y diversifiquen el acompañamiento psicológico. Estos recursos de afrontamiento permitirán un mejor manejo ante la aparición de episodios o crisis durante el tiempo

en el que los estudiantes no se encuentran en la posibilidad de acceder al Centro de Orientación y Consejería Psicológica

- Fortalecer las redes de interconsultas en beneficio de la salud mental de los estudiantes de la Facultad, diversificando y unificando opciones de servicios con el fin de mejorar la accesibilidad y la personalización de los mismos
- Asegurar la continuidad de la prestación del servicio psicológico del Centro de Orientación y Consejería, con base en los principios bioéticos y en los valores que defienden la dignidad y la vida humana, el trato respetuoso e igualitario, la tolerancia, la empatía y el respeto por la interculturalidad
- Considerar en la intervención los aportes del Cuidado Informado en Trauma (TIC), al permitir entender e integrar el impacto de las experiencias significativas, al tiempo que comprende y valida el funcionamiento de los sistemas cerebrales para la protección y sobrevivencia del organismo. De ese modo, el abordaje clínico toma un carácter humano y propicia espacios seguros, de responsabilidad afectiva y de validación incondicional
- Considerar en la intervención los aportes conceptuales de las Neurociencias, habida cuenta de la relación directa entre las manifestaciones del cerebro y el cuerpo, y la importancia de entender el funcionamiento del sistema nervioso, la influencia de los neurotransmisores en los estados emocionales, y la activación o

predominancia de ciertas zonas cerebrales en determinados cuadros clínicos, para un abordaje más humano

CONCLUSIONES

En base al estudio de caso desarrollado, se concluye lo siguiente:

- La exploración de los factores involucrados en la sintomatología y cronicidad del caso, como la dinámica intrafamiliar, las redes de apoyo, la historia de vida y los recursos personales de la usuaria, contribuyó en la adecuada selección de las alternativas psicológicas que sostuvieron el proceso a través de los espacios de acompañamiento e intervención
- La reestructuración de los pensamientos irracionales permitió el reconocimiento y la intervención en las creencias subyacentes a las enfermedades, lo que representó una mejora en el estado de bienestar de la usuaria
- A través de la toma de conciencia de enfermedad dada en los espacios de psicoeducación y reforzada a lo largo de las sesiones, se logró promover la adhesión al tratamiento psicológico y psicofarmacológico centrados en el Trastorno Depresivo Mayor y el Trastorno Límite de la Personalidad
- Se logró una mejora significativa en la intensidad y frecuencia de las ideaciones suicidas, al igual que en las conductas de autolesión. La sintomatología depresiva disminuyó y se dio un progreso en el manejo de los rasgos del Trastorno Límite de la Personalidad
- El proceso psicológico promovió el desarrollo de habilidades socioemocionales en la usuaria, lo que contribuyó a su adaptación personal, en relación al medio social, a su contexto académico y al entorno familiar

REFERENCIAS

- Acevedo, L. (2020). Técnicas clínicas para el tratamiento en la depresión durante los 2009-2018 desde el análisis documental de 60 artículos, protocolos y manuales a nivel global [Trabajo de Licenciatura, Corporación Universitaria Minuto de Dios]. https://repository.uniminuto.edu/bitstream/10656/12882/1/TP_AcevedoVelasquezluisaFernanda_2020.pdf
- Ariza, I., Jiménez, A., y Ramírez, Y. (2017). Prevención de recaídas dirigido a paciente en proceso de rehabilitación por consumo de bazuco [Trabajo de Licenciatura, Universidad Cooperativa de Colombia]. https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/6873/6/2017_prevenccion_recaidas_pacientes.pdf
- Azúa, E., Rojas, P., y Ruiz, S. (2020). Acoso escolar (bullying) como factor de riesgo de depresión y suicidio. *Revista Chilena de Pediatría*, 91(3). <http://dx.doi.org/10.32641/rchped.v91i3.1230>
- Barbosa, S. (2020). Evaluación e intervención psicológica desde el modelo cognitivo conductual en un caso de depresión mayor. [Trabajo de Especialización, Universidad Pontificia Bolivariana]. [https://repository.upb.edu.co/bitstream/handle/20.500.11912/9078/107_1%20\(1\).pdf?sequence=1](https://repository.upb.edu.co/bitstream/handle/20.500.11912/9078/107_1%20(1).pdf?sequence=1)
- Barlow, D. (2018). Manual clínico de Trastornos Psicológicos: tratamiento paso a paso. El Manual Moderno. Ciudad de México.

- Barraza, R., Muñoz, N., y Contreras, A. (2017). Relación entre organización de personalidad y prevalencia de síntomas de depresión, ansiedad y estrés entre universitarios de carreras de la salud en la Región de Coquimbo, Chile. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 46(4), 2013-208. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2016.07.005>
- Becerra, A., Reynoso, L., Bravo, M., & Ordaz, M. (2017). Activación conductual para el control de la depresión en pacientes oncológicos: una revisión. *Psicooncología*. 14(2-3), 203-216.
- Burgueño, M. (2017). Trastornos de la Personalidad Límite y Vínculos patológicos [Tesis de Licenciatura, Universidad de la República]. <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/handle/20.500.12008/18215>
- Caperna, B. (2016). Estudio del Trastorno Límite de la Personalidad [Tesis de Maestría, Universidad de la Laguna].
- Carrasco, A. (2017). Modelos Psicoterapéuticos para la Depresión: Hacia un Enfoque Integrado. *Revista Interamericana de Psicología*, 51 (2), 181-189.
- Carrillo, L., Norato, L., y Chagoya, M. (2017). La importancia de la consulta terapéutica en el apego al tratamiento. *Gaceta Hidalguense de Investigación en Salud*, 5(1), 20-21.
- Condorcillo, A., y Alvarez, S. (2016). Perfil clínico de personalidad y niveles de resistencia en personas adictas en situación de internamiento [Tesis de

Licenciatura, Universidad Nacional de San Agustín].
[http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/3640/Pscoccar.pdf?
sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/3640/Pscoccar.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Corro, J. (2020). Relación entre sintomatología depresiva y violencia intrafamiliar en niños de 10-12 años de un colegio estatal del distrito de Ventanilla – Perú [Tesis de Licenciatura, Universidad Nacional Mayor de San Marcos].
[https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/11775/Corro_tj.p
df?sequence=1&isAllowed=y](https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/11775/Corro_tj.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Cruzblanca, H., Lupercio, P., Collas, J., y Castro, E. (2016). Neurobiología de la depresión mayor y de su tratamiento farmacológico. *Salud Mental*, 39(1).
<https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2015.067>

Denegri, L. (2018). Características psicosociales en personas con Trastorno Límite de la Personalidad [Tesis de Maestría, Universidad Nacional de San Agustín].
[http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/6332/PSDdesolm.p
df?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/6332/PSDdesolm.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Fernández, B., Jorge, V., Sánchez, C., y Bejar, E. (2016). Atención psicológica para pacientes con cáncer y sus familiares: ¿qué nos encontramos en la práctica clínica?. *Revistas Científicas Complutenses*, 13(2-3).
<https://doi.org/10.5209/PSIC.54432>

Ferro, R., Valero, L., y López, M. (2016). Fundamentos, características y eficacia de la Psicoterapia Analítica Funcional. *Análisis y Modificación de Conducta*, 42(165-166), 51-73.

- Galarza, J. (2018). Propiedades Psicométricas del Patient Health Questionnaire PHQ-9 Versión Traducida en Pacientes Afectados con Tuberculosis-Lima 2016-2017 [Tesis de Licenciatura, Universidad César Vallejo]. https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/33116/Galarza_CJ.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- García S. J. (2019). Violencia familiar y niveles de depresión en estudiantes de la Facultad de Derecho de la Universidad San Pedro – Sede Huacho [Tesis de Maestría, Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión].
- Godoy, D., Eberhard, A., Abarca, F., Acuña B., y Muñoz, R. (2020). Psicoeducación en salud mental: una herramienta para pacientes y familiares. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 31(2), 169-173. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2020.01.005>
- González, J., y Oropeza, T. (2016). Intervenciones cognitivo conductuales para diabéticos en México. *Salud Mental*, 39(2), 99-105.
- Guzmán, H., Herrera, S., Sánchez, L., y Suárez, J. (2020). *Diálogos de prevención cultural y depresión en la Comunidad Nigeriana en África*. Universidad Piloto de Colombia.
- Hospital Hermilio Valdizán, (2021). *Boletín Epidemiológico*. <http://www.hhv.gob.pe/wp-content/uploads/Epidemiologia/Boletin/2021/FEBRERO.pdf>
- Huaynates, M. (2019). Terapia Cognitivo Conductual en una mujer adulta depresiva con sentimientos de culpa [Tesis de Segunda Especialidad

Profesional, Universidad Nacional Federico Villarreal].
http://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/UNFV/3489/UNFV_HUAYNATES_BALDEON_MARIA_LOURDES_SEGUNDA_ESPECIALIDAD_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Huerta - Lozano, F., Gaona - Márquez, L., Hernández - Delgado, M., Ortiz - Gonzáles, V., y Rivas - Alvarado, J. (2016). Guía de Intervención Clínica para Terapia Individual. Centros de Integración Juvenil, A.C.

Instituto Nacional de Salud Mental, (2019). *Boletín Epidemiológico*.
[https://www.insm.gob.pe/oficinas/epidemiologia/archivos/2019/Bolet%C3%ADn%20Epidemiol%C3%B3gico%20\(enero%20a%20junio%202019\).pdf](https://www.insm.gob.pe/oficinas/epidemiologia/archivos/2019/Bolet%C3%ADn%20Epidemiol%C3%B3gico%20(enero%20a%20junio%202019).pdf)

Jiménez, A., Silva, D., Ortiz, N., y Vargas, M. (2019). Depresión y Bullying en adolescentes del Liceo María Teresa Angulo Extensión Bojo Sanare Estado Lara. Universidad Nacional Experimental Francisco de Miranda. 5(9), 92-113.

Jorge, E. (2018). La evaluación clínica como una función integral del psicólogo. *Perspectivas en Psicología: Revista de Psicología y Ciencias Afines*, 15(1), 113-122.

Kokoulina, E., y Fernández-Martínez, R. (2016). Cuidados parentales en la infancia y trastorno límite de la personalidad. *Psicología Conductual = Behavioral Psychology: Revista Internacional de Psicología Clínica y de La Salud*, 24 (2), 237–252.

- Landa, M. (2020). La influencia entre la terapia cognitiva conductual y la depresión en pacientes adultos de la ciudad de Pisco – Ica, 2020 [Tesis de Licenciatura, Universidad Autónoma de Ica]. <http://repositorio.autonomadeica.edu.pe/bitstream/autonomadeica/1235/1/Maria%20Ang%C3%A9lica%20Landa%20Garcia.pdf>
- Lega, L., Sorribes, F., y Calvo, M. (2017). *Terapia Racional Emotiva Conductual*. Ed.: Paidós.
- Levy, K., McMain, S., Bateman A., y Clouthier, T. (2018). Treatment of Borderline Personality Disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 41(4), 711-728. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2018.07.011>
- López-Marín, A. (2016). Psicoterapia Humanista-Transpersonal y Depresión: Un Estudio de Caso. 8(2), 115-121.
- Martorell, J. (2018). La Psicología Humanista. Recuperado el 23 de diciembre de 2021 de https://extension.uned.es/archivos_publicos/webex_actividades/4486/humanista1.pdf
- Mayo, J. (2020). Estudio de caso en una paciente con Trastorno límite de la personalidad, comórbido con Trastorno de depresión mayor [Tesis de Maestría, Universidad del Norte]. <https://manglar.uninorte.edu.co/bitstream/handle/10584/9426/141813.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Ministerio de Salud. (2018). Lineamientos de Política Sectorial en Salud Mental Perú 2018. Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública. Dirección de Salud Mental - Lima: 54 p.

Ministerio de Salud. (2018). Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitaria 2018 – 2021. Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública. Dirección de Salud Mental – Lima: 96p.

Monasterio, A. (2019). Depresión en adolescentes de una institución educativa pública de Lima Metropolitana [Tesis de Licenciatura, Universidad San Ignacio de Loyola].
<https://repositorio.usil.edu.pe/server/api/core/bitstreams/9b9c5ead-5be3-4149-8cdc-3b7f779bfeb1/content>

Montes, A. (2017). Disregulación emocional en el TLP: un estudio con magnetoencefalografía [Tesis Doctoral, Universidad Complutense de Madrid]. <https://eprints.ucm.es/id/eprint/44606/1/T39252.pdf>

Montoya, (2017). Técnicas de entrevista y observación. Recuperado el 20 de diciembre de 2021 de https://www.academia.edu/9200934/T%C3%89CNICAS_DE_ENTREVISTA_Y_OBSERVACION

Morales, J. (2021). Estrategias clínicas para el tratamiento del Trastorno Límite de Personalidad. Corporation Education Business Group, Inc. The United States of America.

- Moya-Albiol, L. (2018). La empatía. Plataforma Editorial.
- Muñoz, C. (2019). Preocupación Empática en Psicólogos. Universidad Internacional SEK.
- Nuñez, C., Pérez, C., y Castro, M. (2017). Consecuencias del divorcio-separación en niños de edad escolar y actitudes asumidas por los padres. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 33 (3), 296-309.
- Nuñez, N., Sancho, M., Granados, B., y Rahola, J. (2019). Trastorno límite de la personalidad (TLP): características, etiología y tratamiento. *Psiquiatría Biológica*, 26(3), 85-98. <https://doi.org/10.1016/j.psiq.2019.10.001>
- Organización Mundial de la Salud. (13 de septiembre de 2021). *Depresión*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Ovalle-Peña, O., Alejo-Riveros, A., Tarquino-Bulla, L., y Prado-Guzmán, K. (2017). Relación entre depresión y rasgos de personalidad en jóvenes y adultos con conducta intencional suicida en Ibagué, Colombia. *Revista de la Facultad de Medicina*, 65(2), 211. <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v65n2.59004>
- Oviedo, M. (2018). Psicología de la salud y adherencia al tratamiento. *Boletín Científico de la Escuela Superior Atotonilco de Tula*, 5(9). <https://doi.org/10.29057/esat.v5i9.2879>
- Pérez-Padilla, E., Cervantes-Ramírez, V., Hijuelos-García, N., Pineda-Cortés, J., y Salgado-Burgos, H. (2017). Prevalencia, causas y tratamiento de la

depresión mayor. *Revista Biomédica*. 28 (2).

<https://doi.org/10.32776/revbiomed.v28i2.557>

Pérez-Rivera, J., Pimentel-García, A., Hernández, L., y Martínez-Arce, M. (2021).

Trastorno límite de la personalidad y el abuso sexual infantil. *Boletín Científico de la Escuela Superior Atotonilco de Tula*, 8(15).

<https://doi.org/10.29057/esat.v8i15.6674>

Pérez-Rodríguez, M., Bulbena-Cabré, A., Bassir, A., Zipursky, G., Goodman, M.,

y New, A. (2018). The Neurobiology of Borderline Personality Disorder.

Psychiatric Clinics of North America, 41 (4), 633–650.

<https://doi.org/10.1016/j.psc.2018.07.012>

Prado-Abril, J., Gimeno-Peón, A., Inchausti, F., y Sánchez-Reales, S. (2019).

Pericia, efectos del terapeuta y práctica deliberada: El ciclo de la excelencia. *Papeles del Psicólogo*, 40(2).

<https://doi.org/10.23923/pap.psicol2019.2888>

Prado-Abril, J., Sánchez-Reales, S., e Inchausti, (2017). En busca de nuestra

mejor versión: pericia y excelencia en Psicología Clínica. *Ansiedad y*

Estrés, 23, 110-117. <https://doi.org/10.1016/j.anyes.2017.06.001>

Querol, S., Chávez, M. (2005). Test de la Persona bajo la lluvia: adaptación y aplicación.

Buenos Aires.

Ramírez, K., Valdez-Torres, J., Paredes-Osuna, S., Valdez-Lafarga, C., y

Hernández, J. (2020). Calidad de vida de pacientes con depresión leve o

moderada en México. *Revista Ciencias de la Actividad Física*, 21, (1), 1-15. <https://doi.org/10.29035/rcaf.21.1.7>

Ritschel, L., Cowperthwait, C., Stewart, L., y Lim, N. (2018). *The Treatment of Borderline Personality Disorder*. Evidence-Based Psychotherapy: The State of the Science and Practice, 299–328.

Rodríguez, J., Badillo, X., Florez, D., Rodríguez, R., Gómez, J, Sánchez, R., y Solórzano, A. (2019). Depresión y ansiedad y su relación con el perfil antropométrico de los pacientes en rehabilitación cardíaca fases I y II. *CorSalud*. 11(4), 287-295.

Rodríguez, L. (2017). Diferencias en el funcionamiento psicológico y social de tres grupos de pacientes graves con trastornos de la personalidad según sexo [Trabajo de Fin de Máster, Universidad Autónoma de Madrid]. https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/680171/rodriguez_mondragon_laura_tfm.pdf?sequence=1

Roldán, I. (2017). Estrategias conductuales para el análisis de la conducta [Tesis de Licenciatura, Universidad del Rosario]. <https://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/18069/Estrategias%20conductuales%20para%20el%20an%C3%A1lisis%20de%20la%20conducta.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Ruiz, E., Rojas, M., Serrano, K., y López, M. (2017). Relación entre el sobrepeso u obesidad y la calidad de vida relacionada con la salud: el rol mediador y

moderador de la ansiedad y la depresión. *Revista Psicología y Salud*, 27(2).

Sanabria, K. (2020). Intervención psicológica mediante Activación Conductual en una consultante con Trastorno Depresivo Moderado con Ansiedad Leve [Tesis de Especialización en Psicología Clínica, Universidad Pontificia Bolivariana].

[https://repository.upb.edu.co/bitstream/handle/20.500.11912/9169/114_1%20\(1\).pdf?sequence=1](https://repository.upb.edu.co/bitstream/handle/20.500.11912/9169/114_1%20(1).pdf?sequence=1)

Sandoval-Ato, R., Vilela-Estrada, M., Mejía, C., y Caballero, J. (2018). Riesgo suicida asociado a bullying y depresión en escolares de secundaria. *Revista Chilena de Pediatría*. 89(2).

Spitzer, R., Kroenke, K., Sánchez – Pianell, L., Diez – Quevedo, C., y Rangil, T. (2001). The PHQ-9 Validity of a Brief Depression Severity Measure. *J Gen Intern Med*, 16, 606

Storebø, O., Stoffers-Winterling, J., Völlm, B., Kongerslev, M., Mattivi, J., Jørgensen, M. y Simonsen, E. (2020). Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2012(8).
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD012955.pub2>

Suárez, J. (2016). Trastorno Límite de la Personalidad desde el Modelo Cognitivo Conductual [Tesis de Licenciatura, Universidad San Martín de Porres].
https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/3403/suarez_ljc.pdf?sequence=3&isAllowed=y

- Trigoso, L. (2017). Tipos de maltrato infantil que presentan los estudiantes de la institución educativa primaria Pedro Castro Alva N° 18006, Chachapoyas – 2017 [Tesis de Licenciatura, Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza]. <http://repositorio.untrm.edu.pe/handle/UNTRM/1245>
- Trujillo, A. (2017). Estudio de Caso Clínico en una Paciente con Trastorno Límite de la Personalidad, Comórbido con Trastorno Depresivo Mayor [Tesis de Maestría, Universidad del Norte]. <https://manglar.uninorte.edu.co/bitstream/handle/10584/7859/10.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Vásquez-Dextre, E. (2016). Terapia Dialéctico Conductual en el trastorno límite de la personalidad: el equilibrio entre la aceptación y el cambio. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 79(2).
- Valdivieso-Jiménez, G. (2019). Severidad clínica en trastorno bipolar, trastorno límite de la personalidad y su comorbilidad. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 57(2). <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272019000200107>
- Winsper, C., Marwaha, S., Lereya, S., Thompson, A., Eyden, J., y Singh, S., (2016). A systematic review of the neurobiological underpinnings of borderline personality disorder (BPD) in childhood and adolescence. *Reviews in the Neurosciences*, 27, 827–847. <https://doi.org/10.1515/revneuro-2016-0026>

Xu, Y., Guo, S., Ma, Y., Xu, N., Wu, W., Yu, J., y Ye, X. (2018). Relationship between Depression and Quality of Life in Patients with Severe Obesity. *Acta Academiae Medicinae Sinicae*, 40(5), 625-629.

ANEXOS

PHQ – 9

Nombre:

Fecha:

Instrucciones: ¿Con qué frecuencia te ha incomodado alguno de los siguientes síntomas durante las últimas dos semanas?

(Para cada síntoma marca con una “x” la respuesta que mejor describe cómo te has sentido)

Nunca (0) Algunos días (1) Más de la mitad de los días (2) Casi todos los días (3)

1. ¿Te has sentido bajoneado/a, deprimido/a, irritable, o desesperanzado/a?
 2. ¿Has sentido poco interés o placer al hacer las cosas?
 3. ¿Has sentido problemas para quedarte dormido/a, permanecer dormido/a, o has estado durmiendo demasiado?
 4. ¿Te has sentido cansado/a o con poca
-

energía?

5. ¿Has tenido poco apetito, has bajado de peso, o has comido excesivamente?
 6. ¿Te has sentido mal respecto a ti mismo/a o has sentido que tú eres un/a fracasado/a, o que has decepcionado a tu familia o a ti mismo/a?
 7. ¿Has tenido problemas para concentrarte en actividades como trabajos escolares, leer o ver televisión?
 8. ¿Te has movido o hablado tan lento que las otras personas podrían haberlo notado? O al contrario, ¿has estado tan inquieto/a que estabas moviéndote de un lado para otro mucho más de lo usual?
-

9. ¿Has pensado que sería mejor estar
muerto/a o has pensado hacerte daño de
alguna manera?

a. En el último año, ¿te has sentido deprimido o triste la mayoría de los días, aunque te sientas a veces bien? Sí _____
No _____

b. Si estás experimentando alguno de los problemas de este cuestionario, ¿cuánto hacen esos problemas que se te dificulte hacer
tu trabajo, tus labores en la casa, o llevarte bien con los demás? Ninguna dificultad _____ Algo de dificultad _____
Bastante dificultad _____ Extrema dificultad _____

c. Durante el último mes, ¿has pensado en algún momento seriamente en terminar con tu vida? Sí _____
No _____

d. Alguna vez en tu vida, ¿has tratado de matarte o has hecho un intento de suicidio? Sí _____
No _____

Si has tenido pensamientos de que sería mejor estar muerto/a o has pensado en hacerte daño de alguna manera, convérsalo con el/la profesional que está a cargo de tu caso

Formato modelo

Ficha de registro de ideaciones suicidas y conductas autolesivas

Usuaría:

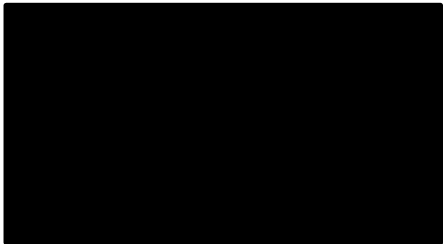
Fecha	Intensidad	Motivo	Consecuencia emocional	Consecuencia conductual	Intensidad	Consecuencia emocional
Registro del día en que se dio la ideación suicida	Intensidad de la ideación puntuada del 1 al 10, siendo 1 muy poco intensa y 10 muy intensa	Causa que originó la ideación suicida	¿Cómo se sintió la usuaria ante ese pensamiento?	¿La ideación originó una conducta autolesiva?	Intensidad de la conducta autolesiva puntuada del 1 al 10, siendo 1 muy poco intensa y 10 muy intensa	¿Cómo se sintió la usuaria tras la ejecución de la conducta autolesiva?

FICHA DE CONSENTIMIENTO

Certifico que mi área operativa ha tomado conocimiento de la presentación de este caso de estudio como Trabajo de Suficiencia Profesional y según nuestros procedimientos internos nos comprometemos a canalizarlo y apoyar las gestiones que fueran necesarias dentro de las normas vigentes, autorizando el uso de datos e información por tener fines académicos.

Certifico además, que el profesional tiene la competencia necesaria para su empleo.

Observaciones:

Nombre del Jefe del Área Operativa:	Mg. Gianina Farro Peña
Nombre del Área Operativa:	Vicedecanato de la Facultad
Firma y sello: 	Fecha: 13/01/2022 