

# UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTA MARÍA

## FACULTAD DE ENFERMERÍA



### **CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS PACIENTES CON TRASTORNO DE PERSONALIDAD BORDERLINE DEL SERVICIO DE PSQUIATRÍA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA 2014.**

Tesis presentada por la Bachiller:

***YOMALLY DANAY URIARTE VALENCIA***

Para optar el título profesional de:

**LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

**AREQUIPA – PERÚ  
2015**

## PRESENTACIÓN

**SEÑORA DECANA DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA DE LA  
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARIA.**

S.D

De conformidad con lo establecido en la Facultad de Enfermería que Ud. dignamente dirige, presentamos a su consideración y a las señoras miembros del jurado del presente trabajo de investigación: **CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS PACIENTES CON TRASTORNO DE PERSONALIDAD BORDERLINE DEL SERVICIO DE PSQUIATRÍA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA 2014.**

Requisito indispensable para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería.

Espero que el presente trabajo sea de conformidad y que cumpla con los requisitos académicos y técnicos correspondientes.

Arequipa, Julio del 2015

---

*Yomally Daney Uriarte Valencia*



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA  
FACULTAD DE ENFERMERÍA

**DICTAMEN DE BORRADOR DE TESIS**

A : Dra. Sonia Núñez Chávez  
Decana de la Facultad de Enfermería de la U.C.S.M.

De : Jurado Dictaminador

Asunto : Dictamen de Borrador de Tesis:  
**CARACTERISTICAS CLINICAS Y SOCIODEMOGRAFICAS DE LOS  
PACIENTES CON TRASTORNO DE PERSONALIDAD BORDERLINE  
DEL SERVICIO DE PSIQUIATRIA DEL HOSPITAL HONORIO  
DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA, 2014.**

Autora : Yomally Daney Uriarte Valencia

Fecha : Arequipa, 07 de Julio del 2015

---

Habiendo subsanado las observaciones dadas por el Jurado Dictaminador, el trabajo de investigación queda en condiciones de pasar a la fase de sustentación de tesis, de acuerdo al Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Enfermería de la Universidad Católica de Santa María.

Atentamente,

  
Dra. Sonia Núñez Chávez  
Presidenta del Jurado Dictaminador

  
Lic. Yeny Valdivia de Ibarra  
Secretaria del Jurado Dictaminador

  
Dra. Teresa Chocano Rosas  
Miembro Integrante del Jurado Dictaminador

## DICTAMEN DE ASESORÍA DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

**A** : Dra. Sonia Nuñez Chavez  
Decana de la Facultad de Enfermería Universidad Católica de Santa María

**De** : Asesora del Trabajo de Investigación:  
Características Clínicas y Sociodemográficas de Los Pacientes con  
Trastorno de Personalidad Borderline del Servicio de Psiquiatría del  
Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa 2014.

**Investigadora** : Yomally Daney Uriarte Valencia

**Asunto** : Asesoramiento del Trabajo

**Fecha** : 21 de abril del 2015

---

La asesoría se llevó a cabo en diferentes sesiones en las cuales se revisó y se hizo las correcciones necesarias en el planteamiento teórico y planteamiento operacional así como en la presentación de los resultados.

### **Apreciación Personal:**

Es un trabajo sencillo pero de gran importancia para el cuidado de los pacientes con este tipo de alteraciones mentales y psiquiátricas.

La investigadora demostró preocupación y responsabilidad en la realización del presente trabajo de investigación.

Es cuanto hago de su conocimiento de la interesada para los fines que crea conveniente.

Atentamente,

  
Dra. Delta Ocola de Martínez



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA  
FACULTAD DE ENFERMERÍA

### DICTAMEN DE PROYECTO DE TESIS

A : Mgter. Ruth Romero de Rodríguez  
Decana de la Facultad de Enfermería de la U.C.S.M.

De : Jurado Dictaminador

Asunto : Dictamen de Proyecto de Tesis:  
**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y SOCIODEMOGRÁFICOS DE LOS  
PACIENTES CON TRASTORNO DE PERSONALIDAD BORDELIN  
DEL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL REGIONAL  
HONORIO DELGADO ESPINOZA. AREQUIPA 2014.**

Autora: Yomally Daney Uriarte Valencia

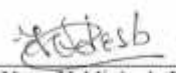
Fecha : Arequipa, 11 de Junio del 2014

---

Después de haber subsanado las observaciones hechas por el Jurado Dictaminador, el proyecto queda apto para su ejecución.

Atentamente,

  
Dra. Teresa Chocano Rosas  
Jurado Dictaminador

  
Lic. Yeny Valdivia de Ibarra  
Jurado Dictaminador




***Un profundo agradecimiento***

*A la Facultad de Enfermería por la formación académica brindada*

*A todas las docentes, quienes han participado en mi crecimiento académico y humanístico, durante los años de formación profesional*

*A mi Señor Dios, bondad Infinita que ha bendecido mi camino y orientado las sendas que tránsito para lograr cumplir un sueño, poder servir a los demás siendo Enfermera.*



*A mi mamá ROSA ELENA ☩ y mis tías LUDOVINA ☩ y FARIDEE, que con su esfuerzo lograron forjar en mí este deseo inmenso de ser mejor cada día.*

*A mis hermanos que siempre están dispuestos a ayudarme y nunca han dejado de alentarme para seguir adelante.*

***Yomally***

## INDICE

	<b>PÁG.</b>
INDICE DE ILUSTRACIONES	09
RESUMEN	11
ABSTRACT	12
INTRODUCCION	13

### **CAPITULO I**

#### **PLANTEAMIENTO TEORICO**

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	14
1.1. Enunciado del Problema	14
1.2. Descripción del Problema	14
1.3. Justificación	16
2. OBJETIVOS	17
3. MARCO TEÓRICO	17
4 ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS	62

### **CAPITULO II**

#### **PLANTEAMIENTO OPERACIONAL**

1. TECNICA E INSTRUMENTO	63
2. CAMPO DE VERIFICACIÓN	63
2.1. Ubicación Espacial	63
2.2. Ubicación Temporal	64
2.3. Unidades de Estudio	64
3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	64
4. RECURSOS	65

### CAPÍTULO III RESULTADOS

PRESENTACIÓN DE ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS	66
CONCLUSIONES	81
RECOMENDACIONES	82
BIBLIOGRAFÍA	83
ANEXOS	



## INDICE DE ILUSTRACIONES

	Pág
1. PACIENTES CON TRASTORNO DE PERSONALIDAD BORDELINE SEGÚN EDAD INICIO DE LA ENFERMEDAD. SERVICIO DE PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA. AREQUIPA, 2014	67
2. PACIENTES CON TRASTORNO DE PERSONALIDAD BORDELINE SEGÚN TIEMPO DE ENFERMEDAD. SERVICIO DE PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA. AREQUIPA, 2014	68
3. PACIENTES CON TRASTORNO DE PERSONALIDAD BORDELINE SEGÚN IRA - AGRESIÓN. SERVICIO DE PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA. AREQUIPA, 2014	69
4. PACIENTES CON TRASTORNO DE PERSONALIDAD BORDELINE SEGÚN CAMBIOS DE HUMOR. SERVICIO DE PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA. AREQUIPA, 2014	70
5. PACIENTES CON TRASTORNO DE PERSONALIDAD BORDELINE SEGÚN DEPENDENCIA AFECTIVA. SERVICIO DE PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA. AREQUIPA, 2014	71
6. PACIENTES CON TRASTORNO DE PERSONALIDAD BORDELINE SEGÚN DESESPERANZA. SERVICIO DE PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA. AREQUIPA, 2014	72
7. PACIENTES CON TRASTORNO DE PERSONALIDAD BORDELINE SEGÚN AUTOMUTILACIÓN. SERVICIO DE PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA. AREQUIPA, 2014	73
8. PACIENTES CON TRASTORNO DE PERSONALIDAD BORDELINE SEGÚN DESPERSONALIZACIÓN. SERVICIO DE PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA. AREQUIPA, 2014	74
9. PACIENTES CON TRASTORNO DE PERSONALIDAD BORDELINE SEGÚN EDAD. SERVICIO DE PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA. AREQUIPA, 2014	75
10. PACIENTES CON TRASTORNO DE PERSONALIDAD BORDELINE SEGÚN GÉNERO. SERVICIO DE PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA. AREQUIPA, 2014	76
11. PACIENTES CON TRASTORNO DE PERSONALIDAD BORDELINE SEGÚN NIVEL DE INSTRUCCIÓN. SERVICIO DE PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA. AREQUIPA, 2014	77

12. PACIENTES CON TRASTORNO DE PERSONALIDAD BORDELINE SEGÚN OCUPACIÓN. SERVICIO DE PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA. AREQUIPA, 2014 78
13. PACIENTES CON TRASTORNO DE PERSONALIDAD BORDELINE SEGÚN SITUACIÓN ECONÓMICA. SERVICIO DE PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA. AREQUIPA, 2014 79
14. PACIENTES CON TRASTORNO DE PERSONALIDAD BORDELINE SEGÚN ESTADO CONYUGAL. SERVICIO DE PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA. AREQUIPA, 2014 80



## RESUMEN

### CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS PACIENTES CON TRASTORNO DE PERSONALIDAD BORDERLINE DEL SERVICIO DE PSQUIATRÍA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA 2014.

Yomally Daney Uriarte Valencia<sup>1</sup>

El tipo de problema es de campo, de nivel descriptivo; se trabajó con dos variables: Características Clínicas y Sociodemográficas con sus respectivos indicadores y subindicadores. El estudio intenta precisar las características clínicas y sociodemográficas en los pacientes con trastorno de personalidad Borderline que asisten a consultorios externos y hospitalización del servicio de psiquiatría del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de la ciudad de Arequipa, aplicado a 45 pacientes. Las conclusiones a las que se llegó son que las **características clínicas** que presentan los pacientes con trastorno de personalidad Borderline son: que en un acumulado del 82% el inicio de su enfermedad ha sido en su adolescencia (12 a 19 años), que tienen un tiempo de enfermedad de 1 a 10 años (77% acumulado), que han tenido episodios de irritación (35.6%), cambio de humor en meses (80.0%), si tienen dependencia afectiva (77.8%), han presentado desesperanza (91.1%), un 48.9% se han automutilado, y el 100% ha vivido situaciones de estrés. Que las **características sociodemográficas** que presentan los pacientes con trastorno de personalidad Borderline son: que tienen de 21 a 29 años en un 49%, han tenido mayor presencia en el género masculino (51%), el 53% posee nivel de instrucción superior, su ocupación es de estudiante (45%), pertenecen a una clase social económica media y baja (48.9%, 42.2%), son de estado civil solteros (91%).

**Palabras claves:** Trastorno de Personalidad Borderline – Clínica – Sociodemográficas

---

<sup>1</sup> Pasaje Moquegua 104 Huaranguillo – Sachaca  
Email: maly\_52@hotmail.com Telf. 992906157

## ABSTRACT

### CLINICAL AND SOCIODEMOGRAPHIC CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH BORDERLINE PERSONALITY DISORDER OF SERVICE PSQUIATRIATHE REGIONAL HOSPITAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA 2014.

Yomally Daney Uriarte Valencia<sup>2</sup>

The type of problem is field of descriptive level; He worked with two variables: clinical and sociodemographic characteristics with indicators and sub-indicators. The study attempts to clarify the clinical and sociodemographic characteristics in patients with Borderline personality disorder attending outpatient and inpatient psychiatry service Regional Hospital Honorio Delgado Espinoza city of Arequipa, applied to 45 patients. The conclusions that were reached are that the clinical characteristics of patients with personality disorder Bordeline are in a cumulative 82% the onset of his illness was in his teens (12-19 years), which have a 1 time 10-year disease (77% cumulative), who have had episodes of irritation (35.6%), mood swings in months (80.0%), if they have affective (78%) dependence, presented hopelessness (91.1%), 48.9% were mutilated, and 100% has lived stress. The sociodemographic characteristics presented by patients with Borderline personality disorder are having 21-29 years 49%, have greater presence in males (51%), 53% have higher education level, their occupation is Student (45%) belong to a middle economic class and low (48.9%, 42.2%) are single marital status (91%).

**Keywords:** Borderline Personality Disorder - Clinical - Sociodemographic

---

<sup>2</sup> Pasaje Moquegua 104 Huaranguillo – Sachaca  
Email: maly\_52@hotmail.com Telf. 992906157

## INTRODUCCION

Si consideramos a la salud mental como el estado de bienestar que ayuda a la persona a desarrollar su potencial, el cual le permitirá enfrentarse a las dificultades que se le presente en la vida, ya sea en el trabajo y en su desarrollo personal y social. Así nos podemos dar cuenta de su importancia y, a la vez, de cuánto afecta una enfermedad mental al individuo.

Actualmente se conoce que una de cada cuatro personas padece un trastorno mental en alguna fase de su vida y, aproximadamente, 450 millones de seres humanos en todo el mundo sufren trastornos mentales o neurológicos, aunque muy pocos reciben el tratamiento adecuado. Esto también se aplica al contexto nacional, es así que los estudios epidemiológicos del Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado –Hideyo Noguchi confirman estos hallazgos en el Perú, encontrando que hasta un 37% de la población general tiene la probabilidad de sufrir un trastorno mental alguna vez en su vida.

Así tenemos, que el trastorno límite de la personalidad (TLP) o también conocido como borderline, es uno de los trastornos de personalidad con más incidencia dentro de la población. Estadísticamente se estima que dentro de la población general entre el 0,2% y el 1,8% padece trastorno límite de la personalidad, y que dentro de la población con trastornos de personalidad, el 50% tienen TLP.

Ciertamente el trastorno límite de la personalidad es muy difícil de diagnosticar de forma correcta, y en los últimos años ha habido la tendencia a sobre diagnosticarlo, aunque sí es cierto, que se ha podido observar un aumento considerable dentro de la población general.

Todo lo mencionado anteriormente, motivó el desarrollo de la presente investigación, que nos brindará la oportunidad de conocer más sobre este trastorno, que evidencia, que debemos enfocar más el rol de la enfermera en los problemas de salud mental que presenta la población a nivel local, regional y nacional.

El contenido de la presente investigación está organizado por capítulos: el primero, contiene el planteamiento teórico; el segundo, el planteamiento operacional y el tercero está compuesto por los resultados, conclusiones, recomendaciones y anexos.

## CAPITULO I

### PLANTEAMIENTO TEORICO

#### 1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

##### 1.1. ENUNCIADO DEL PROBLEMA

CARACTERISTICAS CLINICAS Y SOCIODEMOGRAFICAS DE LOS PACIENTES CON TRASTORNO DE PERSONALIDAD BORDERLINE DEL SERVICIO DE PSQUIATRIA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA 2014.

##### 1.2. DESCRIPCION DEL PROBLEMA

###### 1.2.1. Campo, Área y Línea o Ubicación del Problema.

**Campo** : Ciencias de la Salud

**Área** : Enfermería en Salud Mental y Psiquiatría

**Línea** : Trastornos de la personalidad

###### 1.2.2. Análisis de la Variables

**TIPO DE VARIABLE: Independiente**

CARACTERISTICAS DEL TRASTORNO DE PERSONALIDAD  
BORDERLINE

	VARIABLE	INDICADOR
CARACTERÍSTICAS DEL TRASTORNO DE PERSONALIDAD	CARACTERÍSTICAS CLINICAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Edad inicio de la enfermedad</li> <li>• Tiempo de enfermedad</li> <li>• Antecedentes de enfermedad</li> <li>• Ira – Agresión</li> <li>• Cambios de humor</li> <li>• Dependencia afectiva</li> <li>• Desesperanza</li> <li>• Automutilación</li> <li>• Despersonalización</li> </ul>
	CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRAFICAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Edad</li> <li>• Género</li> <li>• Nivel de Instrucción</li> <li>• Ocupación</li> <li>• Situación Económica</li> <li>• Estado conyugal</li> </ul>

### 1.2.3. Interrogantes Básicas

- ¿Cuáles son las características clínicas en los pacientes con trastorno de personalidad borderline que asisten a consultorios externos y hospitalización del servicio de psiquiatría del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza?
- ¿Cuáles son las características sociodemográficas en los pacientes con trastorno de personalidad borderline que asisten a consultorios externos y hospitalización del servicio de psiquiatría del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza?

### 1.2.4. Tipo y Nivel del problema

**Tipo** : De Campo

**Nivel** : Descriptivo Observacional Transversal

### 1.3. JUSTIFICACIÓN

La presente investigación lo constituyen los pacientes con trastorno de la personalidad Borderline atendidos en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa.

Es pertinente de ser estudiada, en razón a que nos brindará la oportunidad de adquirir mayores conocimientos acerca del tema, que serán de utilidad para el ejercicio profesional de Enfermería y se logre brindar una atención con calidad y calidez al paciente en psiquiátrico.

Posee relevancia para la profesión de enfermería, en cuanto a la promoción de la salud mental saludable de las personas, en este caso en los pacientes con trastorno de personalidad, y brindarles la oportunidad de aprender a vivir con la enfermedad y poder afrontar esta situación.

Su relevancia humana radica, en que en su mayoría son personas jóvenes a quienes el diagnóstico de la enfermedad, lo que impacta profundamente las diferentes esferas de su vida y en la de sus familias, así como la creación de codependencia en los familiares, amigos o personas cercanas al paciente.

Desde el punto de vista social, la realización del presente estudio se justifica porque El Trastorno de Personalidad Boderline en la población general la prevalencia es de 2%; aumenta a 10% en los conjuntos de atención ambulatoria y a 20% en la población de hospitalizados. Las características sociodemográficas es una de las más destacadas en este trastorno de la personalidad, está entre los mejores estudiados en la literatura científica psicológica y médico-psiquiátrica, en la actualidad. Representa el 60% de todos los Desórdenes de Personalidad diagnosticados y el 10% de todas las consultas en salud mental.<sup>3</sup>

---

<sup>33</sup>Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales 1994.pág 15

Mediante el presente trabajo de investigación se desea obtener un mayor grado de destreza y de habilidad en la atención al paciente en el servicio de Psiquiatría por el personal de enfermería, finalmente para obtener el Título Profesional de licenciada en Enfermería.

## 2. OBJETIVOS

- Precisar las características clínicas de los pacientes con trastorno de personalidad Borderline que asisten a consultorios externos y hospitalización del servicio de psiquiatría del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa 2014.
- Precisar las características sociodemográficas de los pacientes con trastorno de personalidad Borderline que asisten a consultorios externos y hospitalización del servicio de psiquiatría del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa 2014.

## 3. MARCO TEÓRICO

### 3.1. TRASTORNO DE PERSONALIDAD

Los trastornos de la personalidad son patrones del pensamiento y del comportamiento a largo plazo que provocan problemas serios con las relaciones y el trabajo. Las personas con trastornos de la personalidad tienen dificultades para lidiar con el estrés y los problemas cotidianos. Suelen tener relaciones tormentosas con otras personas. No se conoce la causa exacta de los trastornos de la personalidad. Sin embargo, los genes y las experiencias de la niñez pueden representar un papel importante.<sup>4</sup>

Los síntomas pueden variar ampliamente, dependiendo del tipo específico del trastorno de la personalidad. El tratamiento suele incluir psicoterapia y, algunas veces, medicinas.<sup>5</sup>

---

<sup>4</sup> Psicólogos on line. <https://www.facebook.com/psicologosenlaweb/posts/551425424895901>

<sup>5</sup> Ídem

## 3.2. TRASTORNO DE PERSONALIDAD BORDERLINE

### 3.2.1. DEFINICION

La personalidad borderline o limítrofe tal vez sea el trastorno menos definido, el más oscuro, el menos preciso de la psicopatología. Es más, hay autores que niegan su existencia, señalando que constituyen una suerte de “cajón de sastre” de aquellas patologías que no pueden ser encasilladas en ninguna clasificación. De allí que las definiciones de distintos autores varíen según la óptica con la que el cuadro ha sido estudiado, pero encontraremos en todas ellas algunos puntos de coincidencia.<sup>6</sup>

Carlos Alberto Paz Carrillo, psiquiatra y psicoanalista español con amplia experiencia en el estudio y tratamiento de los casos borderline dice: “... paciente borderline, casos borderline, estructuras fronterizas o estado límite, son denominaciones y diagnósticos encontrados permanentemente por el psiquiatra o el psicoanalista, pero no hay un acuerdo o hay diversos criterios sobre la estructura patológica a la que aluden y menos a los supuestos teóricos que subyacen a estos cuadros”. Así como la mayor parte de los términos de la psicopatología que usamos los psicoanalistas provienen de la psiquiatría clásica, en este caso, borderline, es de cuño psicoanalítico tomado posteriormente por la psiquiatría.

JOHN STEINER. Para este psiquiatra y psicoanalista de la Clínica Tavistok, de Londres, “los pacientes limítrofes o borderline son aquellos que entran dentro del área fronteriza situada entre la psicosis y la neurosis en tanto parecen conservar el contacto con la realidad y no son formalmente psicóticos pero parecen sufrir ansiedades de proporciones psicóticas y de emplear mecanismos mentales primitivos para manejarlas.”

LAPLANCHE Y PONTALÍS (1973). Dan esta definición de fronterizo: “Término empleado casi siempre para designar perturbaciones

---

<sup>6</sup>Grinberg Fernando. Personalidad de Borderline. Sociedad Psicoanalítica de Mendoza. [http://www.spmendoza.org/index.php?option=com\\_content&view=article&id=111:personalidad-bordeline&catid=35:general](http://www.spmendoza.org/index.php?option=com_content&view=article&id=111:personalidad-bordeline&catid=35:general)

psicopatológicas que están situadas en la frontera entre neurosis y psicosis, sobre todo aquellas esquizofrenias latentes que presentan un conjunto de síntomas aparentemente neuróticos”.

MOORE Y FINE. “Un término descriptivo que designa un grupo de condiciones que manifiestan fenómenos tanto neuróticos como psicóticos sin entrar de manera inequívoca en ninguna de esas dos categorías diagnósticas”

ANDRÉ GREEN. “Ser un fronterizo da a entender que una frontera protege al *self* de pasar al otro lado o de ser cruzado, de ser invadido, con lo cual uno llega a ser una *frontera móvil* (no digo *tener* sino *ser* esa frontera). Esto, a su vez, supone una pérdida de distinción entre espacio y tiempo.”<sup>7</sup>

### 3.2.2. CAUSAS DEL TRASTORNO DE PERSONALIDAD BODERLINE

La mayoría de los especialistas refiere que el ambiente recibido en la infancia temprana es crucial para la evolución del trastorno, en particular, si no se establece un vínculo seguro entre los que proporcionan cuidados y el niño. Muchos pacientes refieren abusos o negligencias en esta etapa.

Existe una amplia unanimidad sobre el hecho de que los fundamentos substanciales del Trastorno Límite de Personalidad (TLP) ya están establecidos en la infancia temprana. El psicoanálisis concede un papel central a las relaciones experimentadas. Dependiendo del caso se asignan diferentes significados a experiencias como traumas profundos.<sup>8</sup>

#### 3.2.2.1. Factores ambientales

El principal factor ambiental considerado en todos los estudios es siempre el trasfondo familiar, aunque se ha visto que no existe conexión

---

<sup>7</sup> [http://www.spmendoza.org/index.php?option=com\\_content&view=article&id=111:personalidad-bordeline&catid=35:general](http://www.spmendoza.org/index.php?option=com_content&view=article&id=111:personalidad-bordeline&catid=35:general)

<sup>8</sup> Trastorno límite de la personalidad. [http://es.wikipedia.org/wiki/Trastorno\\_l%C3%ADmite\\_de\\_la\\_personalidad#Factores\\_ambientales](http://es.wikipedia.org/wiki/Trastorno_l%C3%ADmite_de_la_personalidad#Factores_ambientales)

entre estas condiciones familiares y las que se dan entre las capas socioeconómicas más bajas (Paris, 2001). Se darían dos tipologías de familias en las que aparecen casos de Trastorno Límite de Personalidad (Cierpka, Reich, 2001) aunque existen combinaciones: de una parte, familias «caótico-inestables» y, por otra, «familias negligentes y practicantes del abuso emocional». Las familias caótico-inestables se caracterizan por constantes crisis matrimoniales y disputas familiares, escenarios impulsivos, alcohol o dependencias y utilización de los hijos como chivo expiatorio. El otro tipo de familia tiene como rasgos característicos la frialdad con los niños, desmoralización o invalidación, negligencia, separación temprana de los padres, o fases largas de depresión por parte de los padres (Ruiz-Sancho y Gunderson, 2001).

Un punto adicional es que los investigadores asumen que en las familias en las que se dan casos de Borderline personality disorder (BPD) y otros trastornos de la personalidad, los síntomas se pueden transmitir por la conducta (Cierpka, Reich, 2001). Por tanto, la impulsividad de los padres con Trastorno Límite de Personalidad puede afectar negativamente a la descendencia, que sufre de ese modo un daño similar al que tuvieron sus padres. No obstante, no se puede incluir a todos los padres Trastorno Límite de Personalidad en la misma categoría, en lo que respecta a la conducta de los hijos, y no existe un conocimiento sólido sobre los componentes genéticos de la cuestión. También se sabe que hay muchos pacientes Borderline que proceden de familias que actúan de forma responsable y ejemplar (Ruiz Sancho, Gunderson, 2001). Algunos de los factores ambientales implicados son:

- Vivencias traumáticas en la infancia: el 71% de los pacientes refiere abusos sexuales, normalmente por alguien que no estaba a su cargo. Aunque el abuso directo solo se refiere en la mitad de los casos.

- Comunicación emocional y regulación emocional inadecuada en la primera infancia.<sup>9</sup>

### 3.2.2.2. Factores socioculturales

Se ha dicho que una sociedad competitiva, que exige que el individuo espere años para cumplir sus deseos y expectativas y que genera situaciones complejas y potencialmente estresantes, pone en situaciones tóxicas a individuos con una afectividad biológicamente diversa como es el caso de los TLP. Algunas características que propician un ambiente de desarrollo tóxico serían:

- Sociedades de rápida modernización con un ritmo rápido y cambiante que no respetan la continuidad generacional y favorecen la inmediatez e impulsividad sin garantizar vínculos seguros y estables.
- Sociedades que no proporcionan a sus miembros normas claras y estables y que dejan al individuo a merced de sus decisiones no admitiendo la dependencia.
- Ambientes urbanos.

Es importante tener en cuenta que ninguno de estos factores puede explicar por sí solo el desarrollo de un Trastorno Límite de Personalidad ni actuar como causa. Simplemente son factores que aumentan el riesgo y la posibilidad de que el Trastorno Límite de Personalidad aparezca.

### 3.2.2.3. Factores biológicos

Hasta tiempos recientes se daba por hecho que la personalidad era una función del ambiente. A ello contribuían artículos como el de Torgensen (1994) que afirmaba que no hay transmisión genética del síndrome borderline descrito en el DSM-III, si bien distinguía dos posibles

---

<sup>9</sup> Trastorno límite de la personalidad. [http://es.wikipedia.org/wiki/Trastorno\\_l%C3%ADmite\\_de\\_la\\_personalidad#Factores\\_ambientales](http://es.wikipedia.org/wiki/Trastorno_l%C3%ADmite_de_la_personalidad#Factores_ambientales)

subtipos, el borderline «impulsivo» y el borderline «vacío», admitiendo una ligera influencia genética en el primero, mientras que el segundo podría estar genéticamente relacionado con la esquizofrenia.

Algunos autores se dieron cuenta de que la creencia de que la biología desempeñaba un papel menor era una equivocación. Las evidencias científicas muestran que podría ser un factor crucial. En especial, se señala que, en la infancia, la biología tiene mucho mayor impacto en la conducta que el ambiente. Un niño con biología borderline sería hipersensible y podría interpretar palabras cariñosas como hirientes. Ante la impulsividad y los desajustes de conducta, padres sanos podrían actuar con acciones disciplinarias que serían interpretadas como abusos por este tipo de niños. Se han propuesto actuaciones muy tempranas en niños con susceptibilidad genética para intentar corregir los desajustes neuroquímicos que subyacen a la desregulación emocional y que posteriormente se pueden fijar. La actuación se debería realizar antes de los 3 años, puesto que posteriormente sería ineficaz, y sería preferible que los niños tuvieran tan solo unos meses. Una vez que la persona es lo suficientemente mayor, la intervención no sería posible.<sup>10</sup>

Entre otros factores biológicos se han señalado:

#### **A. Problemas de tipo traumático**

Tenemos que en determinados casos, por problemas en el embarazo y en el parto, como partos prematuros u otras complicaciones, podrían favorecer una vulnerabilidad emocional en la persona, así como estrés psicológico en la madre gestante y postparto (niños no deseados, malos tratos o problemas de pareja, depresión post parto grave o que no exista un vínculo madre- hijo).

Sin embargo, en el momento actual, como afirman Goodman y col, la

---

<sup>10</sup> Trastorno límite de la personalidad. [http://es.wikipedia.org/wiki/Trastorno\\_l%C3%ADmite\\_de\\_la\\_personalidad#Factores\\_ambientales](http://es.wikipedia.org/wiki/Trastorno_l%C3%ADmite_de_la_personalidad#Factores_ambientales)

mayor parte de los estudios sugieren que este trastorno no forma parte del espectro traumático y por tanto es biológicamente diferente del Trastorno por estrés postraumático, aunque existan elevadas tasas de abusos y negligencia en los pacientes con esta disfunción de la personalidad.

## B. Problemas de tipo genético

Es el patrón de expresión del gen del transportador de la serotonina. Algunos estudios vinculan el trastorno borderline con un polimorfismo 5-HTTLR de baja expresión de este gen.

Contemplando el conjunto de la literatura existente parece que los rasgos relacionados con el Trastorno Límite de Personalidad tienen influencia genética y, puesto que la personalidad es bastante heredable, también lo sería el TLP, pero los estudios que se han realizado cuentan con problemas metodológicos y aún no están claros. Se han realizado amplios estudios entre gemelos comprobando que si uno cumplía los criterios, el otro también lo hacía en aproximadamente un tercio (35%) de los casos. Se ha observado que la heredabilidad del trastorno es similar en diversos países. Los estudios sobre gemelos, hermanos y otros estudios de familia indican una base parcialmente heredable de la *agresión impulsiva*, es decir, de rasgos fundamentales, pero que también son comunes al trastorno de personalidad antisocial, por ejemplo. Muchos autores (Zanarini, 1993; Links, 1999, etc.) opinan que la agresión impulsiva es el endofenotipo fundamental. Estos endofenotipos son características medibles que reflejan el genotipo mejor que la propia categoría diagnóstica. En este sentido, los estudios sobre genes candidatos, como se verá más adelante, en especial los relacionados con la serotonina, muestran una base más sólida para la heredabilidad de los rasgos -o vulnerabilidades- mientras que sería necesario determinadas condiciones ambientales para que se manifestaran como trastorno.<sup>11</sup>

---

<sup>11</sup> Trastorno límite de la personalidad. [http://es.wikipedia.org/wiki/Trastorno\\_l%C3%ADmite\\_de\\_la\\_personalidad#Factores\\_ambientales](http://es.wikipedia.org/wiki/Trastorno_l%C3%ADmite_de_la_personalidad#Factores_ambientales)

### 3.2.3. SINTOMAS DEL TRASTORNO DE PERSONALIDAD BORDERLINE

Los síntomas del trastorno límite de la personalidad están relacionados con la dificultad para regular las emociones. Estos síntomas pueden darse a diversos niveles:

- Los pacientes se esfuerzan desesperadamente por evitar un abandono real o supuesto. Por ejemplo, las separaciones durante un tiempo limitado o los retrasos mínimos de la otra persona resultan muy inquietantes y desatan un miedo intenso. Con frecuencia los afectados se consideran a sí mismos “malos”, ya que “al final” han sido abandonados.
- Las personas con Trastorno Límite de Personalidad suelen embarcarse en una sucesión de relaciones amorosas intensas pero con frecuencia inestables. Inicialmente muestran una fuerte idealización del otro, que pronto es sustituida por una devaluación cuando la expectativa de “estar siempre ahí para la otra persona” no se ve cumplida. Durante la relación son habituales las separaciones y reconciliaciones.
- La percepción y opinión de uno mismo es muy cambiante en las personas que padecen este trastorno. Esta **inestabilidad** respecto a la propia identidad queda patente por ejemplo en el cambio frecuente de las preferencias laborales o la escala de valores. En lo que respecta a la autoimagen, se consideran con frecuencia “malos” o “pecadores”, o tienen la sensación, en especial en caso de hipotético “abandono”, de no existir.
- Los **síntomas del trastorno límite de la personalidad** también se presentan en forma de **conductas** que suponen un **riesgo** para sí mismos. Estas quedan patentes por un lado en una fuerte impulsividad en ámbitos potencialmente perjudiciales, como por ejemplo conducción temeraria, juegos de azar, trastornos de la alimentación o consumo de drogas, y por otro lado en conductas autodestructivas directas como daños autoinfligidos,

por ejemplo cortes o quemaduras, o amenazas o intentos de suicidio, que se dan con frecuencia en el **TLP**. Estos actos autodestructivos suelen ir vinculados al intento de evitar “ser abandonados”, si bien también pueden constituir una especie de “castigo” por la “maldad” propia o tener como objetivo volver a sentirse a uno mismo.

- El estado emocional de las personas **con trastorno límite de la personalidad** es muy variable, predominantemente de abatimiento con fases de fuerte susceptibilidad, miedo o desesperación. Estas son con frecuencia resultado de la tendencia a reaccionar muy rápido y de forma extrema a cargas interpersonales. En especial cuando el afectado vive un episodio de abandono o rechazo, suelen producirse arrebatos de ira irreprimibles.
- Las personas con trastorno límite de la personalidad refieren habitualmente un sentimiento de vacío interior; sufren una gran sensación de aburrimiento y con frecuencia buscan una ocupación
- Si se produce una sobrecarga emocional, por ejemplo a consecuencia del consumo de drogas o de un abandono real o supuesto, predominan las ideas persecutorias o los llamados síntomas disociativos como la autoenajenación. Estos síntomas pueden manifestarse mediante una percepción distorsionada de uno mismo o del propio cuerpo, o insensibilidad ante el dolor, entre otros.<sup>12</sup>

### 3.2.3.1. Características Clínicas

#### A. Edad de inicio de la enfermedad

No existe una edad exacta de inicio de la enfermedad, pero se considera que se da a una edad temprana, debido principalmente a un factor ambiental que es considerado los conflictos que se dan en la familia, aunque no podemos

---

<sup>12</sup> <http://www.onmeda.es/enfermedades/borderline-sintomas-3076-5.html>

afirmar que siempre ha existido problemas familiar en las personas que han presentado trastorno de personalidad.

### **B. Tiempo de la enfermedad**

Si analizamos esta característica, tenemos que existe diversidad en el tiempo de enfermedad que presentan los pacientes con trastorno de personalidad Borderline, lo que es importante es poder comprender como es que estos pacientes pueden sobrellevar este tiempo, y que si es un tiempo largo el que viven con este trastorno, como es que lo pueden sobrellevar día con día.

### **C. Antecedente de la Enfermedad**

No existen mayores estudios investigativos que determinen que exista antecedentes de la enfermedad en los pacientes que presentan el trastorno de personalidad Borderline, ya que pueden ser los únicos que presenten este trastorno en sus familias.

### **D. Ira –Agresión**

Todos de alguna manera hemos experimentado en la vida la ira y la agresión. La ira es un estado emotivo que se expresa normalmente con rabia, enojo, resentimiento, furia o irritabilidad, puede proceder del miedo, la inseguridad, los celos y la envidia, es un patrón de comportamiento de reacción y respuesta para atacar o huir a una amenaza o daño percibido; se puede encontrar en la expresión facial, lenguaje corporal, manifestaciones fisiológicas y actos agresivos. La agresión es cualquier forma de conducta que pretende herir física o psicológicamente a alguien, ya sea mediante insultos, comentarios hirientes o bien físicamente a través de golpes, lesiones, violaciones, maltratos, etc., puede tener como objetivos, entre otros, demostrar poder, dominio y supremacía sobre los demás; influir en la conducta de otras personas, causar daño a la víctima, cuidar la reputación e

imagen, mostrar desagrado; algunos la definen como dirigida o intencional y otros como incontrolada y azarosa.

La ira puede tener muchas consecuencias físicas y mentales. La agresión tiene diferentes causas y de acuerdo a investigadores se han clasificado diferentes tipos de agresión, entre otras: Predatoria, identificada por el comportamiento de ataque dirigido por un animal en contra de una presa natural. Entre machos, se comete entre individuos de la misma especie. Por miedo, se produce cuando un organismo está atrapado por otro organismo amenazante. Por irritación, es provocada por un amplio rango de objetos vivos o inanimados, refleja "enojo", "ira" o agresión "afectiva". Maternal, se refiere a la agresión que comete una madre ante el estímulo de una amenaza para su crío. Agresión sexual, se produce por los mismos estímulos que causan las respuestas sexuales. Defensa territorial, la cual ocurre en una especie o entre especies distintas ante la invasión del territorio demarcado como propio por un organismo externo. La instrumental, cuando el comportamiento es reforzado por el éxito y por tanto aumenta. "No toda agresión es necesariamente mala; alguna, como en la defensa propia, puede ser absolutamente necesaria y adaptable. La agresión comienza a ser alarmante cuando se comete más allá de esa necesidad o cuando reemplaza un comportamiento alternativo no agresivo" (John. Renfrew).

En todas las actividades o procesos que desarrollemos, tenemos que estar atentos al manejo y control del comportamiento que asumen las personas en los diferentes escenarios en los que se mueve la vida, ya sea en el campo laboral, profesional, artístico, etc., dado que entre los miembros de cualquier organización existe la manifestación de la ira y de la agresión. Una persona enfadada puede perder sus estribos, su objetividad, la empatía, la prudencia o la consideración y les puede causar daño a otros. La ira, no necesariamente activa la agresión, puede manifestarse en forma pasiva a

través de comportamientos tales como: evitando el contacto y quejarse anónimamente, mediante el chisme o susurro, pidiendo disculpas con frecuencia, actuar con bajo rendimiento, fingiendo estar enfermo, realizando manipulación mental, no responder ante los conflictos o discusiones. La ira descontrolada puede hacernos sentir muy mal, cuando activa la agresión, impide el consentimiento en las acciones que desarrolla el ser humano.

Cada persona está llamada a ejercer un autocontrol mental sobre el estado de ira y/o agresión, debemos contribuir al máximo con el fortalecimiento de nuestra paz interior y la de los otros seres que viven con nosotros o hacen parte de nuestro entorno laboral o social, comprenda a su semejante, integre actitudes con la práctica de buenas costumbres.

#### **E. Cambios de Humor**

De un momento a otro, tristeza; de un segundo a otro, ira; de un parpadeo a otro, alegría... cambios de humor, nadie se salva. En mayor o en menor medida todo mundo los padece. Puede tratarse de un síntoma, una enfermedad o hasta un cambio o necesidad hormonal. Estos estados repentinos de humor suelen estar acompañados de más problemas. Incluso una persona puede vivir con estas alteraciones toda su vida sin saber que su salud está en riesgo.

Quienes son más vulnerables a estos cambios son las mujeres. Investigaciones médicas señalan que ellas son más proclives a presentar cambios de humor desde el inicio de la pubertad y hasta la tercera edad, debido a los niveles de estrógeno que presenta en cada una de estas etapas. Se cree que alrededor del 95% de las mujeres padecen psicosis recurrente, o un aumento notable en las emociones negativas, debido a la fluctuación de los niveles de estrógenos endógenos. La relación entre el estrógeno y las emociones fue investigada por primera vez hace 100 años, y se ha demostrado que los estrógenos puede mejorar el humor. Por lo tanto,

entender la relación entre los cambios en el nivel de estrógeno y los trastornos cíclicos del humor puede proporcionar una base teórica para mejorar la salud física y mental de las féminas.

Pero los hombres también sufren: en muchos casos, la testosterona es la responsable. Sin embargo, estas alteraciones se expresan de distinta forma, casi siempre se resumen en lejanía o apatía. Hay varones en los que la montaña rusa emocional se mueve por cosas simples, como la derrota de un equipo de fútbol, un pequeño tropiezo laboral o una vida sexual aburrida. Sea cual fuere el estado de ánimo, la depresión o el enfado no tienen ningún beneficio.

De hecho, estos estados pueden desencadenar situaciones graves como un infarto o la muerte. Cabe destacar que los cambios de humor pueden ser la señal de una enfermedad psicológica grave, por eso hay que saber diferenciarlos.<sup>13</sup>

#### **F. Dependencia Afectiva**

Se manifiesta de la misma forma que un drogadicto, un alcohólico o un ludópata, estas personas son incapaces de librarse de esa dependencia; el “dependiente afectivo” también se siente incapaz de salir de una relación afectiva mala o destructiva.

Las frases más frecuentes que se suelen escuchar son:

“Cuando él me llama no puedo decirle que no. Después, como siempre, él desaparece y siento mucha rabia por no haberle dicho que no”.

“Todo el tiempo pienso en ella. No puedo concentrarme en otra cosa”.

“Toda vez que pienso en terminar esta relación, entro en pánico”.

“Cuando él no me llama por teléfono, tengo crisis de llanto, de angustia, insomnio, falta de apetito (o exceso), depresión y soy incapaz de concentrarme”.

---

<sup>13</sup><http://www.sinembargo.mx/13-04-2013/585796>

Los seres humanos a diferencia de los animales, mantenemos un vínculo más cercano con las personas por las que sentimos afecto, siempre existe una dependencia ya sea con el ser que nos dio la vida o con la persona que es nuestra pareja, en una sociedad como la nuestra siempre se ven casos de esta dependencia, debido a tal vez al grado de sobreprotección que existe con los hijos, cosa que no se da con los animales que desde pequeños se desvinculan de sus padres.

### **Síntomas de dependencia afectiva**

- Quien la experimenta, pierde interés en sí mismo, y la autoestima disminuye.
- Descuida su aspecto personal y el apetito aumenta o disminuye dramáticamente.
- A nivel laboral o académico, presenta bajo rendimiento; físicamente presenta náuseas y, casi de manera maniática, surge la supuesta necesidad de saber qué está haciendo la pareja. También aumentan los niveles de sueño.

Tales personas, al considerar que no reciben adecuada atención, amenazan con hacerse daño y en casos extremos, intentan el suicidio. Paralelamente piensan que nadie les quiere, pero en verdad el problema estriba en la falta de valor y cariño hacia sí mismo (a).

El primer y más importante paso para hacer frente a la dependencia afectiva, es reconocer que se está atravesando por una dependencia afectiva de la pareja. Admitir que ese amor idealizado no existe y que amar no significa sufrir. En este sentido deben tomar conciencia de que el otro componente de la pareja no es perfecto, que falla y entender que, con el paso de los días, los meses y los años, el amor se transforma, en detrimento si no es alimentado adecuadamente.

Un segundo paso es fortalecer la auto confianza. En la medida en que ocurre, se le brinda libertad a la otra persona. Es así como se construye una

relación sobre el respeto propio y el del otro, sin caer en las presiones o chantajes.<sup>14</sup>

### G. Automutilación

Se define como la conducta de la persona, que se lástima a sí misma y lo hace en forma premeditada. Existe mayor prevalencia de casos que se da mayormente en mujeres. Se debe tomar en cuenta que la persona que se autolesiona no necesariamente quiere suicidarse, sino que buscan ayuda o llamar la atención de los demás, por diversos motivos personales.

Las automutilaciones pueden ser moderadas o severas.

- Las moderadas pueden ser: repetitivas, compulsivas y episódicas. Suelen presentarse en personas que parecen normales
- Las severas se asocia a otros problemas mentales como: episodios psicóticos, la esquizofrenia, la manía, la depresión, el autismo, el retardo mental y la intoxicación aguda con drogas, entre otros.

La automutilación a menudo se asocia con otros trastornos psiquiátricos como:

- Trastorno de los límites de la personalidad
- Depresión
- Abuso de sustancias (alcoholismo o abuso de drogas)
- Trastornos alimenticios (anorexia bulimia)
- Psicosis
- Trastornos de personalidad antisocial
- Trastornos de estrés postraumático

---

<sup>14</sup><http://www.uantof.cl/semnda/DEPENDENCIAAFEC.pdf>

### a. Factores de Riesgo

Entre los factores de riesgo tenemos:

- Abuso sexual, físico o emocional durante la niñez
- Violencia o algún otro abuso de familiares en el hogar
- Desórdenes de estrés post traumático
- Encarcelamiento
- Sexo: Femenino
- Edad: Adolescencia
- Retraso mental
- Autismo
- Algunos trastornos metabólicos.<sup>15</sup>

### b. Síntomas

Los síntomas más comunes son:

- Cortarse la piel con objetos filosos (lo más común)
- Escarbarse o quemarse la piel
- Rascarse o auto golpearse
- Picarse con agujas
- Golpearse la cabeza
- Presionarse los ojos
- Morderse el dedo o el brazo
- Jalarse los cabellos
- Picarse la piel

Rara vez, en casos muy severos, la automutilación puede incluir:

- Fractura de huesos
- Amputación
- Castración

---

<sup>15</sup>[es.wikipedia.org/wiki/Automutilaci3n](https://es.wikipedia.org/wiki/Automutilaci3n)

### c. Diagnóstico

La automutilación puede ser difícil de diagnosticar. Con frecuencia, las personas que se automutilan se sienten culpables o avergonzadas por su conducta y la mayoría trata de ocultarlo. Un doctor puede ser el primero en ver el daño físico causado por la automutilación. Para ser diagnosticado, los síntomas deben presentar el siguiente criterio:

- Preocupación por el daño físicamente provocado
- Imposibilidad para resistirse a las conductas auto dañinas que resultan en lesiones de tejido
- Incremento de la tensión previa a la autolesión una y sensación de alivio después del acto
- No tener una intención suicida en la automutilación

La autoestima es un tema que no podemos dejar de mencionar, por la baja autoestima es el factor fundamental para que se desarrolle este problema tan grave como es la automutilación, es por ello que analizaremos lo que es la autoestima, porque es importante como se adquiere y que consecuencias trae consigo, así como también la posible forma de elevar la misma.<sup>16</sup>

### H. Desesperanza

Lo opuesto a la esperanza. Actitud o estado anímico en el cual la persona pueda hallarse deprimida a causa de haber perdido, o sentir de haber perdido la posibilidad de lograr algo.

El término esperanza procede del latín “sperare”, y significa literalmente “esperanza”, o “tener esperanza”. En este caso, se ha antepuesto el prefijo “des” (de origen latin en “dis”).

Estado subjetivo en que la persona percibe pocas o ninguna alternativa o elecciones personales y es incapaz de movilizar su energía en su propio provecho<sup>17</sup>

<sup>16</sup><http://automutilacion.blogia.com/>

<sup>17</sup>Hankin, B. L., y Abramson, L. Y. Development of gender differences in depression: An elaborated

**Factores Relacionados:**

Prolongada restricción de la actividad que crea aislamiento

Declive o deterioro del estado fisiológico

Estrés de larga duración

Abandono

Pérdida de la fe en los valores trascendentales o de Dios

**Criterios de Resultado:**

1 Calidad de vida

2 Control de la depresión

3 Equilibrio emocional

4 Esperanza

5 Nivel de depresión

6 Toma de decisiones<sup>18</sup>

En los últimos años, numerosas investigaciones han mostrado que la forma en que "interpretamos" los sucesos negativos influye en la aparición de problemas emocionales, tales como la ansiedad y la depresión. La desesperanza es un estilo atribucional que consiste en una tendencia a hacer inferencias negativas sobre las causas, consecuencias e implicaciones para la propia persona que tienen los sucesos vitales negativos. En este sentido, la desesperanza se ha considerado un importante factor de vulnerabilidad para cierto tipo de depresión y para el pensamiento de suicidio.

El estilo atribucional propio de la desesperanza se caracteriza por una tendencia a explicar los sucesos negativos a partir de causas internas, estables y globales, así como a presentir consecuencias negativas y concluir que, si dichos sucesos negativos han tenido lugar, eso significa que algo falla en uno mismo. Esto es, las personas con este estilo hacen una interpretación "fatalista" de los problemas que les ocurren, pensando que "no tienen

---

cognitive vulnerability-transactional stress theory. Psychological Bulletin, 127 (6), 773-796: 2001

<sup>18</sup>[http://pendientedemigracion.ucm.es/info/euefp/Guia/Guia\\_CD/Por%20cursos/Tercero/patron7/3\\_00124.htm](http://pendientedemigracion.ucm.es/info/euefp/Guia/Guia_CD/Por%20cursos/Tercero/patron7/3_00124.htm)

solución", que "no hay nada que puedan hacer para mejorar la situación" y que las consecuencias "son inevitables, permanentes y que afectarán a todos los ámbitos de la vida". Además, se "echan la culpa" de lo que les sucede y piensan que les "seguirá pasando en el futuro".<sup>19</sup>

## I. DESPERSONALIZACION

La despersonalización es una alteración de la percepción o la experiencia de uno mismo de tal manera que uno se siente "apartado" de los procesos mentales o de su cuerpo, como si fuera un observador externo a los mismos. Tal vez sea a causa del uso de drogas psicotrópicas, aunque usualmente deriva de ansiedad.

La persona que sufre de despersonalización siente que ha cambiado, que el mundo se ha hecho menos real, algo vago, de ensueño o carente de significado. Es una experiencia perturbadora, ya que muchos sienten que efectivamente "viven en un sueño".

El término "despersonalización crónica" se refiere al desorden de despersonalización, el cual es clasificado en el DSM-IV como un trastorno disociativo. El término "desrealización" es similar y a menudo se usan indistintamente; sin embargo, más específicamente la desrealización es sentir quenada es real, mientras que la despersonalización es sentir que uno está "separado" de su cuerpo o mundo. Aunque estas sensaciones pueden ocurrirle a cualquiera, son más prominentes en desórdenes de ansiedad, depresión clínica, trastorno bipolar, privación de sueño y algunos tipos de epilepsia.<sup>20</sup>

### **Descripción**

Los individuos que experimentan despersonalización se sienten separados tanto de su mundo como de su identidad y existencia física. A menudo la

---

<sup>19</sup>Calvete, E., Villardón, L., Estévez, A. y Espina, M. La desesperanza como vulnerabilidad cognitiva al estrés: adaptación del cuestionario de estilo cognitivo para adolescentes. *Ansiedad y Estrés*, España: Antares; 2001 p. 215 - 227

<sup>20</sup> [www.slideshare.net](http://www.slideshare.net).

persona que ha experimentado la despersonalización afirma que la vida "se siente como una película" o que las cosas se sienten irreales o difusas, y también se puede sentir falta de concentración, o que cueste más esfuerzo del habitual concentrarse en algo. Además el reconocimiento de sí mismo falla (de ahí que se denomine de esta manera). La despersonalización puede resultar en niveles altos de ansiedad, los cuales pueden incrementar aún más estas percepciones. Se presenta en muchas ocasiones en el Trastorno límite de la personalidad, determinándolo como un síntoma común en dicho trastorno.

### **Causas**

La despersonalización es un efecto secundario de drogas disociativas y alucinógenos, al igual que de drogas comunes como la cafeína, el alcohol, y minociclina. Es un componente común del síndrome de abstinencia de muchas drogas.

La despersonalización también puede acompañar la privación de sueño, el estrés y la ansiedad. Un estudio sobre estudiantes de pregrado encontró que individuos con una puntuación alta en la subescala de despersonalización/desrealización de la Escala de Experiencias Disociativas, exhibieron respuestas más pronunciadas de cortisol. Individuos con alta puntuación en la subescala de absorción, la cual mide experiencias de concentración con la exclusión del darse cuenta de otros eventos circundantes, mostraron respuestas de cortisol más débiles.<sup>21</sup>

### **Tratamiento**

El tratamiento depende de la causa subyacente. Si la despersonalización es un síntoma de una enfermedad neurológica, el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad específica es el enfoque primario. La despersonalización puede ser el síntoma cognitivo de enfermedades tales como la esclerosis lateral amiotrófica, la enfermedad de Alzheimer, esclerosis múltiple, laborreliosis, o cualquier otra enfermedad neurológica afectando el cerebro.

---

<sup>21</sup><http://es.wikipedia.org/wiki/Despersonalizaci%C3%B3n>

Si la despersonalización es un síntoma psicológico, entonces el tratamiento puede depender del diagnóstico. Ella es a menudo síntoma del trastorno límite de la personalidad y trastorno bipolar, los cuales pueden ser tratados a largo plazo mediante psicoterapia y psicofármacos.<sup>22</sup>

### 3.2.4. DIAGNÓSTICO DEL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD

El diagnóstico y evaluación del Trastorno Límite de Personalidad es todavía complejo, ya que el concepto formal del Trastorno Límite de Personalidad es relativamente reciente para la historia de la psicopatología. No es hasta el DSM-III (APA, 1980) que se hace el primer intento de consensuar criterios diagnósticos sobre este trastorno, permitiendo un mínimo acuerdo a la hora de evaluar e investigar sobre el mismo. El DSM IV (APA, 1994) y el DSM IV-TR (APA, 2001), en la misma línea del DSM III (APA, 1980), incluyen una descripción de síntomas para facilitar acuerdos mínimos sobre el objeto de estudio para el personal clínico e investigador.

En el contexto del SSPA, los indicadores oficiales de los trastornos mentales siguen el sistema CIE 10 (OPS, 2001), (recomendado por la OMS) lo que hace que convivan los dos sistemas de clasificación para el TLP.<sup>23</sup>

El sistema CIE 10 (OPS, 1995) incluye las siguientes categorías ligadas al TLP: F60.3

- Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad, con dos variantes: F60.30
- Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo impulsivo y F60.31
- Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo límite.

Igualmente en el DSM IV-TR (APA, 2001) incluye el 301.83 (F60.3) Trastorno límite de la personalidad.

---

<sup>22</sup>Michael B. First (2009). *DSM-IV-TR: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson

<sup>23</sup><http://www.dsm5.org/Pages/Default.aspx> Documento técnico sobre TLP. Servicio andaluz de Salud

El grupo de trabajo considera que el Trastorno de Límite de Personalidad, como cualquier otro trastorno del Eje II del DSM (que recoge a trastornos de la personalidad), es uno de los trastornos mentales más complejos de diagnosticar y evaluar. A diferencia de los diagnósticos psicopatológicos recogidos en el Eje I (que recoge los trastornos clínicos), los síntomas del Trastorno Límite de Personalidad son egosintónicos, lo que conlleva que las personas no suelen pedir ayuda por síntomas específicos o significativos del trastorno, sino que suelen acudir a la red sanitaria demandando atención cuando se presenta sintomatología comórbida.

#### **3.2.4.1. Criterios diagnósticos del trastorno límite de la personalidad.**

(De DSM-IV) Un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen, la afectividad y una notable impulsividad, que comienzan al principio de la edad adulta y se dan en diversos contextos, como lo indican cinco (o más) de los siguientes ítems:

- 1) Esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginario. Nota: no incluir los comportamientos suicidas o de automutilación que se recogen en el criterio 5.
- 2) Un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación.
- 3) Alteración de la identidad: autoimagen o sentido de sí mismo acusada y persistentemente inestable.
- 4) Impulsividad en al menos dos áreas que es potencialmente dañina para sí mismo (por ej., gastos, sexo, abuso de sustancias, conducción temeraria, atracones de comida). Nota: no incluye los comportamientos suicidas o de automutilación que se recogen en el criterio 5.
- 5) Comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes o comportamiento de automutilación.
- 6) Inestabilidad afectiva debida a notable reactividad del estado de ánimo (por ej., episodios de intensa disforia, irritabilidad o ansiedad que suelen

durar unas horas y rara vez unos días).

- 7) Sentimientos crónicos de vacío.
- 8) Ira inapropiada e intensa o dificultades para controlar la ira (por ej., muestras frecuentes de mal genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes)
- 9) Ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves.

El primer diagnóstico diferencial que debe realizarse es con la psicosis.

- Los pacientes borderline presentan alteraciones en sus relaciones con la realidad y en sus vivencias de la realidad, pero conservan la prueba de realidad. Por su parte, Paz Carrillo observa que esto es más el resultado de un esfuerzo adaptativo de cierta superficialidad que de auténtica discriminación.
- No hay nada de esto en los pacientes psicóticos en los que solamente hay una realidad interna generalmente vivida con un pensamiento delirante.<sup>24</sup>

#### **3.2.4.2. Análisis descriptivo: elementos del diagnóstico presuntivo.**

Kernberg entiende que la presencia de dos o tres de los síntomas que se mencionarán dan lugar para pensar en un borderline pero el diagnóstico definitivo depende de la patología yoica característica y no de los síntomas descriptivos.

- 1) Ansiedad flotante, crónica y difusa.
- 2) Neurosis polisintomática. Pueden presentar:
  - a) Fobias múltiples. Sobre todo las referidas al propio cuerpo o la apariencia personal (eritrofobia, pánico escénico, etc.) en transición hacia tendencias paranoides (ser mirado) que provocan inhibiciones sociales.

---

<sup>24</sup> [www.spmendoza.org](http://www.spmendoza.org)

- b) Síntomas obsesivo-compulsivos que posteriormente se hicieron sintónicos con el yo, con pensamientos y acciones sobrevaloradas. Ideas paranoides o hipocondríacas.
  - c) Múltiples síntomas de conversión elaborados o grotescos o una reacción de conversión monosintomática crónica.
  - d) Reacciones disociativas, en especial “estado de penumbra” (crepuscular) o fugas histéricas y amnesia asociada con perturbaciones de la conciencia.
  - e) Hipocondría.
  - f) Tendencias paranoides e hipocondríacas acompañando cualquier otra neurosis sintomática. Estas tendencias son bien definidas y marcadas.
- 3) Tendencias sexuales perverso-polimorfas del orden de la promiscuidad hetero u homosexual con elementos sádicos, exhibicionismo, sado-masoquismo, pero sin que estas tendencias tengan el carácter de estables.
  - 4) Clásicas estructuras de la personalidad prepsicótica.
    - Personalidad paranoide.
    - Personalidad esquizoide.
    - Personalidad hipomaníaca y
    - Organización ciclotímica.
  - 5) Neurosis impulsiva y adicciones.

Formas graves de trastornos caracterológicos en las que hace irrupción de modo crónico y repetitivo un impulso destinado a gratificar necesidades instintivas de un modo que, fuera de los episodios “impulsivos”, resulta distónico con el yo, mientras que dentro del contexto de dichos episodios es sintónico con el yo y altamente placentero. Ejemplos típicos son el alcoholismo, las drogadicciones, ciertas formas de obesidad psicógena y la cleptomanía.

#### 6) Desórdenes caracterológicos de “nivel inferior”

Se trata de la patología caracterológica más severa, representada por el carácter caótico e impulsivo en contraposición con los clásicos tipos de formación reactiva y los más moderados “rasgos evitativos”.

Muchas personalidades infantiles y las personalidades narcisistas presentan una organización fronteriza subyacente, incluidas las personalidades “como sí” y las personalidades antisociales. En todas ellas subyace una organización fronteriza.<sup>25</sup>

### 3.2.5. DIAGNÓSTICO CLÍNICO

El trastorno límite de la personalidad suele ser co-ocurrente con trastornos del estado de ánimo. Algunos rasgos del Trastorno Límite de Personalidad pueden incluso solaparse con esos mismos trastornos, complicando una evaluación diagnóstica diferencial.

Ambos diagnósticos implican síntomas conocidos comúnmente como «oscilaciones emocionales». En el trastorno, el término se refiere a episodios cíclicos de ánimo elevado y deprimido que generalmente dura semanas o meses. En la variante cicladora rápida de este trastorno hay más de cuatro episodios al año, pero incluso en este caso las oscilaciones se mantienen más que en el Trastorno Límite de Personalidad.

La situación de un borderline supone una marcada labilidad y reactividad emocional a la que se suele denominar desregulación emocional. El comportamiento típico se produce en respuesta a factores externos psicosociales y a estresantes intrapsíquicos y pueden surgir o desaparecer repentina y dramáticamente y durar segundos, minutos, horas o días.

La depresión bipolar es más generalizada, con trastornos del apetito y del sueño, así como una marcada ausencia de reactividad emocional, mientras que el estado de ánimo de una personalidad Trastorno Límite de Personalidad con

---

<sup>25</sup>López-Ibor Aliño, Juan J. & Valdés Miyar, Manuel (dir.) DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado. Barcelona: Editorial Masson; 2002.

co-ocurrencia de distimia permanece destacablemente reactiva y sin trastornos agudos del sueño.

Hay un debate sobre la relación entre el trastorno bipolar y el Trastorno de Límite de Personalidad. Algunos sostienen que éste último representa una forma subumbral del trastorno afectivo, mientras que otros mantienen la distinción entre trastornos, aunque hay que hacer notar que suelen darse simultáneamente.

### **Con el trastorno por déficit de atención con hiperactividad**

Las ausencias mentales que se observan en los Trastorno Límite de Personalidad suelen estar condicionadas por disociaciones y existen de un modo fásico. En los Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad la atención está generalmente reducida (baja capacidad de atención y facilidad para despistarse). Si se ve la hipersensibilidad y la impulsividad de los afectados de TDAH como rasgos de origen genético, entonces todas esas características son correspondientes a las de los del Trastorno Límite de Personalidad. Si esto fuera así, todas las personas con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad estarían destinadas a desarrollar Trastorno Límite de Personalidad.

### **Con otros trastornos de personalidad**

Según DSM-IV, en el diagnóstico diferencial con otros trastornos de la personalidad se deben tener en cuenta las siguientes consideraciones:

Con el trastorno histriónico de la personalidad se comparte el cambio rápido de emociones, la manipulación y los intentos de llamar la atención, pero los Trastorno Límite de Personalidad son autodestructivos, rompen con ira las relaciones y sienten vacío.

Con el trastorno esquizotípico de la personalidad comparten la ideación paranoide, pero en Trastorno Límite de Personalidad es pasajero y depende del entorno (reactivo).

Con los trastornos paranoide y narcisista de la personalidad comparte la ira inapropiada, pero éstos son menos impulsivos y tienen una identidad personal más estable, no les preocupa tanto el abandono y no son autodestructivos.

Con el trastorno de la personalidad por dependencia comparte el miedo al abandono, pero a diferencia del Trastorno Límite de Personalidad se reacciona con sumisión.<sup>26</sup>

### 3.2.6. TRATAMIENTO

El tratamiento del trastorno debe tener en cuenta la complejidad intrínseca de la enfermedad. En primer lugar se debe decidir si se realiza en régimen ambulatorio, de hospitalización parcial o de internación. Esta decisión se basa en principalmente en el riesgo de suicidio o autolesiones, así como en manifestaciones lo suficientemente severas para interferir con la vida diaria del paciente en su entorno.

Otro asunto es el elevado nivel de comorbidades y situaciones individuales, por lo que en el tratamiento es esencial la flexibilidad. Por una parte se debe tratar las vulnerabilidades biológicas y la desregulación en la fisiología de los neurotransmisores que se manifiestan en: síntomas de desregulación afectiva, síntomas de discontrol impulsivo-conductual y síntomas cognitivos-perceptuales.

La medicación ayuda a aliviar la sintomatología en los periodos de descompensación aguda, así como los trastornos comórbidos. Un facultativo debe establecer, basándose en protocolos y de forma individualizada, la duración del tratamiento farmacológico, así como su dosificación. De otra parte, la medicación por sí sola no ayuda al individuo a enfrentarse a las situaciones ambientales concretas y en todo caso está indicada la psicoterapia.

Su meta es tratar los conflictos intrapsíquicos, las defensas, el progreso en el desarrollo de la personalidad y sus bloqueos, la adaptabilidad, en especial en

---

<sup>26</sup>Kernberg OF, Michels R. Borderline personality disorder. Washington: *Am J Psychiatry*. 2009.

cuanto al establecimiento de vínculos afectivos seguros y las competencias para el manejo de estresantes psicosociales.<sup>27</sup>

### 3.2.6.1. Tratamiento Psicofarmacológico

El psiquiatra, psicoanalista y psicofarmacólogo Julio Moizeszowicz, da las siguientes pautas generales para el tratamiento medicamentoso.

- El tratamiento psicofarmacológico es siempre necesario. Sólo no se efectuará de no existir ninguna posibilidad de monitoreo.
- La prioridad debe ser el control de la impulsividad.
- Es conveniente conseguir “un piso” continuo de antipsicóticos y/o anticonvulsivantes, en dosis muy bajas, hasta que se establezca la adherencia al tratamiento.

Los fármacos más utilizados pertenecen a los grupos de los:

- Neurolépticos.
- Antidepresivos.
- Antimaníacos o estabilizadores del ánimo (anticonvulsivantes y litio).
- Benzodiazepinas de alta potencia.

La indicación del tratamiento psicofarmacológico es necesaria para:

- Disminuir los síntomas ansiosos y de desorganización yoica (de no existir la medicación como objeto transicional para poder tener un lugar de reflexión, el abandono del tratamiento psicoterapéutico alcanza un 75%).
- Como preventivo de micro y macro episodios psicóticos.
- Para disminuir la agresividad para sí o para terceros donde los niveles de actuación personal o de inducción psicopática son muy

---

<sup>27</sup>Toro, R. Psiquiatría. Fundamentos de Medicina. 4ta Ed. Colombia: Corporación para Investigaciones Biológicas: 2007.

elevados y

- Para atenuar la ciclización del ánimo.

Es necesario delimitar qué tipo de comorbilidad y prevalencia existen ya que de ello depende el tipo de psicofármaco a utilizar y la dosis.

Los trastornos más frecuentes que acompañan o se suman (comorbilidad) al trastorno borderline son:

Depresión mayor-----	24 a 74%
Bulimia-----	25%
Trastorno bipolar-----	4 a 20%
Distimia-----	3 a 14%

Los **antipsicóticos**. Habitualmente se usan en dosis bajas o medias y actúan no solamente sobre los síntomas psicóticos sino también sobre las manifestaciones esquizotípicas, las cognitivas, las de ansiedad y las de hostilidad e impulsividad. Los **antipsicóticos** con mejores resultados en estos cuadros están -entre los de transición- la pimozida, molécula sumamente eficaz en estos cuadros. Y entre los antipsicóticos atípicos tenemos la clozapina (pero que requiere de controles semanales por el riesgo de agranulocitosis), la olanzapina y la risperidona.

Los **anticíclicos o estabilizadores del ánimo**, especialmente los anticonvulsivantes, son útiles por su acción en las estructuras límbicas subcorticales ya que ellas son las encargadas de la inhibición de la impulsividad. Entre ellos tenemos la carbamazepina, la oxcarbazepina y los valproatos. Se podría agregar la lamotrigina pero sin mayores ventajas sobre los anteriores. El litio es muy útil pero los pacientes se resisten a los controles periódicos de la litemia.

Entre los **antidepresivos**, el de elección es la sertralina teniendo en cuenta que son pacientes con elevados niveles de ansiedad y esta

molécula tiene una significativa acción ansiolítica además de la antidepresiva. No se excluyen otros antidepresivos como la paroxetina, la venlafaxina, citalopram, escitalopram, etc. pero con éstos hay un mayor riesgo de *switch* maníaco, sobre todo en la comorbilidad con trastorno bipolar.

En pacientes border con elevados niveles de ansiedad –y esto es muy frecuente de observar- se deben indicar **benzodiazepinas**. La elección en estos casos es el clonazepam que posee una marcada acción ansiolítica y también anticonvulsivante o sé que actúa sinérgicamente con los estabilizadores del ánimo.

Como en todo paciente psiquiátrico, la elección del o los psicofármacos, la combinación y la dosificación de los mismos dependerá de la sintomatología que se observe en cada caso pues esta es muy variable, de la intensidad de los síntomas, y de la respuesta individual como así también de la *compliance*. Las modificaciones en la prescripción dependerán de los resultados obtenidos en cada monitoreo. Si el/la paciente está en psicoterapia y con mayor razón en análisis, aunque su terapeuta sea psiquiatra es conveniente que lo medique otro profesional, sobre todo por las ansiedades paranoides que suele despertar la medicación.

Así como en la psicoterapia o el análisis, con el médico psiquiatra es necesario que se establezca una buena alianza terapéutica precisamente para atenuar los efectos recién señalados. También es importante la comunicación entre el analista y el psiquiatra cada vez que sea necesario, con el conocimiento del paciente y como es de práctica en la atención de psicóticos y otros pacientes severamente perturbados.<sup>28</sup>

---

<sup>28</sup> [www.spmendoza.org](http://www.spmendoza.org)

### 3.2.6.2. Tratamiento Psicoterapéutico

#### A. Psicoterapia

Se ha observado tradicionalmente de forma escéptica el tratamiento psicológico de los trastornos de la personalidad, pero se han desarrollado en los últimos años algunos tipos específicos de psicoterapia para el TLP. Los estudios efectuados hasta la fecha no proporcionan evidencia determinante sobre la eficacia de las mismas, pero sugieren que las personas diagnosticadas de Trastorno Límite de Personalidad pueden beneficiarse en al menos alguna de las medidas resultantes. Una simple terapia de soporte por sí sola puede mejorar la autoestima y movilizar los recursos existentes en los individuos con TLP. Las psicoterapias específicas pueden implicar sesiones de varios meses, o como suele ser particularmente común en los trastornos de la personalidad, varios años. La psicoterapia habitualmente puede estar dirigida a individuos o grupos. La terapia de grupo puede ayudar en el aprendizaje y la práctica de habilidades interpersonales y autoconsciencia en los afectados por Trastorno Límite de Personalidad aunque las tasas de abandono pueden ser problemáticas.

Un estudio reciente concluye que cualquiera de los tres tipos más habituales de psicoterapia estimula mejoras substanciales en las personas que padecen este trastorno. Las tres modalidades estudiadas eran la terapia dialéctica conductual, la terapia enfocada a la transferencia y la terapia focal de esquemas. La psicoterapia que se centra en temas emocionales surgiendo en la interacción entre el paciente y el terapeuta, conocida como terapia enfocada a la transferencia, es la que más estimula cambios en las personas que padecen el trastorno límite de la personalidad. Los principales obstáculos para la terapia son el pensamiento polarizado y el establecimiento de límites.

## **B. Terapia cognitivo conductual**

La Terapia cognitivo-conductual (TCC) es el tratamiento psicológico más ampliamente usado para trastornos mentales, pero se ha mostrado menos eficaz en el Trastorno Límite de Personalidad, debido parcialmente a las dificultades para desarrollar una relación terapéutica y una adhesión al tratamiento. Los planteamientos como la TDC y la terapia de esquemas se desarrollaron parcialmente como un intento de expansión o apéndice de la tradicional TCC, que utiliza un número limitado de sesiones para centrarse en patrones de pensamiento, percepciones y conductas específicamente no adaptativas. Un estudio reciente encontró un número de beneficios sostenidos gracias a la TCC, además del habitual tratamiento, tras una media de 16 sesiones al año.

La desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares (EMDR) es un tratamiento para el TEPT, un trastorno que en muchos casos se ha visto estrechamente asociado al Trastorno Límite de Personalidad. Es semejante a la terapia cognitivo conductual y se contempla como un tipo de ésta, pero también incluye técnicas encaminadas a facilitar un procesamiento emocional completo de los recuerdos traumáticos.

## **C. Terapia dialéctica conductual**

Esta terapia se deriva de las técnicas cognitivo-conductuales (y se puede considerar una forma de terapia cognitivo-conductual) pero se centra en el intercambio y la negociación entre el terapeuta y el cliente, entre lo racional y lo emocional y entre la aceptación y el cambio (de ahí el nombre de dialéctica). Los objetivos de la terapia son acordados, aunque se priorizan los temas de autolesiones. El componente nuclear es el aprendizaje de nuevas competencias, incluyendo la «conciencia plena» (meditación atenta), eficiencia interpersonal (p.ej. asertividad y

habilidades sociales), manejo adaptativo de la angustia, las crisis, la identificación y la regulación de las reacciones emocionales.

La TDC se puede fundamentar en la teoría biosocial de la función de la personalidad en la cual el Trastorno Límite de Personalidad se ve como un trastorno biológico de la regulación emocional en un entorno social experimentado como una invalidación por el paciente borderline.

Se ha visto que la terapia dialéctica conductual reduce significativamente las autolesiones y la conducta suicida en los TLP, más allá de otros tratamientos habituales por expertos, y es mejor aceptado por los clientes. Sin embargo, no está tan claro que tenga una eficacia adicional en el tratamiento global del Trastorno Límite de Personalidad. Se ha visto que el entrenamiento de las enfermeras en el uso de la TDC elimina el pesimismo terapéutico por una comprensión y perspectivas más optimistas.<sup>29</sup>

#### **D. Terapia cognitiva focal de esquemas**

La terapia de esquemas es una intervención de planteamiento integrativo basado en técnicas cognitivo-conductuales o técnicas de adquisición de competencias junto con la teoría de la relación de objeto y elementos gestálticos. Se centra directamente en los aspectos más profundos de la emoción, la personalidad y los esquemas (modos fundamentales de categorizar y reaccionar frente al mundo). El tratamiento también se centra en la relación con el terapeuta (incluyendo un proceso de «adopción limitada»), la vida diaria fuera de la terapia, y las experiencias traumáticas de la infancia. Algunas investigaciones recientes restringidas sugieren que es significativamente más eficaz que la psicoterapia enfocada a la transferencia solamente, con la mitad de los individuos Trastorno Límite de Personalidad evaluados como

---

<sup>29</sup> [www.es.wikipedia.org](http://www.es.wikipedia.org).

completamente recuperados tras 4 años y con dos tercios mostrando mejoras clínicamente significativas. Otro pequeño ensayo ha mostrado también la eficacia.

### **E. Terapia cognitivo-analítica**

La terapia cognitivo-analítica fue desarrollada por Anthony Ryle. Esta terapia breve se desarrolló en el contexto del Servicio Nacional de Salud en el Reino Unido con el objetivo de proporcionar un tratamiento eficaz y asequible que pueda ser proporcionado de forma realista en recursos restringidos al ámbito de un servicio estatal de salud. Combina planteamientos cognitivos y psicoanalíticos y ha sido adaptado para el uso con individuos con Trastorno Límite de Personalidad con resultados en ambos sentidos.

### **F. Psicoanálisis**

El psicoanálisis suele definir al caso límite como una estructura psicótica que aparenta ser una neurosis grave de carácter con rasgos perversos (como el sadismo) o de personalidad psicópata. Desde el punto de vista teórico los síntomas «neuróticos» de los Trastorno Límite de Personalidad cumplirían una función defensiva ante el posible brote psicótico.

El psicoanálisis tradicional se está usando menos que en el pasado, tanto en general como para tratar el TLP. Se ha ligado este tipo de intervención a la exacerbación de los síntomas del TLP, aunque también hay pruebas de la eficacia de ciertas técnicas en el contexto de una hospitalización parcial.

Todo enfoque de orientación psicodinámico centra su necesidad en el control contra transferencial del analista. Dado el grado extremo

transferencial de toda personalidad borderline, con su polarización emocional intensamente positiva y/o negativa hacia el psicoterapeuta, generará sin excepción a como concurre en cualquier otra persona de su entorno social, una reacción contratransferencial que interferirá y anulará inmediatamente todo intento de proceso psicoterapéutico. De ahí el prerrequisito sine qua non de haber pasado por uno o varios análisis previos que conformen una buena estructuración de la personalidad del analista, sin idealizaciones, claro está. Por ello es imprescindible que todo intento de tratamiento deba ser entendido desde una dualidad procesual interactiva de persona a persona, con lo cual se exigiría la inclusión del analista como variable imposible de valorar como alguien sujeto a estatus, rutina o presunción.

Resulta importante valorar las controversias suscitadas sobre la rigidez en los límites personales del analista, cómo deben tratarse los momentos de crisis y la eficacia de la confrontación tanto a nivel cuantitativo como cualitativo.

Dos elementos implícitos en el setting psicoanalítico ortodoxo, como son la asociación libre y la neutralidad, o intervención mínima del terapeuta, resultan contraproducentes «debido a la deficiente estructura psíquica que poseen» estas personas. Por otra parte, y desde la extremidad de todo posicionamiento defensivo que sitúa a la personalidad borderline dentro del episodio psicótico, se verifica a su vez su favorecimiento por medio del psicoanálisis.

Otro elemento discordante es la larga duración del tratamiento psicoanalítico, resultando innecesario ante tratamientos igualmente eficaces en menor tiempo.

### **G. Psicoterapia enfocada a la transferencia**

La psicoterapia enfocada a la transferencia (PET) es una forma de terapia psicoanalítica que data de los años 60 enraizada en los conceptos de Otto Kernbergs obre el Trastorno Límite de Personalidad y su estructura subyacente (estructura de la personalidad borderline). A diferencia del caso del psicoanálisis tradicional, el terapeuta desempeña un papel muy activo en la terapia. Éste trabaja en la sesión en la relación paciente-terapeuta. Tratará de explorar y clarificar aspectos de esta relación para que las díadas subyacentes se clarifiquen. Algunas investigaciones limitadas sobre la PET sugieren que puede reducir algunos síntomas del Trastorno Límite de Personalidad que afectan a ciertos procesos subyacentes y que la PET a diferencia con la Terapia dialéctica conductual y la de soporte resulta en un funcionamiento de reflejos incrementado (la capacidad de percibir de forma realista sobre cómo piensan los otros) y conseguir un estilo de vínculos más seguro. Lo que es más, la PET se ha mostrado tan efectiva como la TDC mejorando la conducta suicida y ha sido más eficaz que ésta para aliviar la ira y reducir conductas agresivas verbales o directas.

### **H. Psicoterapia basada en la mentalización**

La psicoterapia basada en la mentalización (MBT o TBM), desarrollada por Peter Fonagy y Antony Bateman, se basa en la asunción de que los afectados por el trastorno límite de la personalidad tienen una distorsión del apego debido a problemas en las relaciones paterno-filiales en la infancia. Fonagy y Bateman plantean la hipótesis de que una empatía y sintonía inadecuada por parte de los progenitores en la temprana infancia conducen a un déficit de mentalización, definida como la capacidad de pensar en los estados mentales como entidad separada de ellos, aunque potencialmente causativos de acciones, en otras palabras,

la capacidad de comprender intuitivamente los pensamientos, intenciones y motivaciones de los otros y las conexiones entre los pensamientos propios, sentimientos y acciones. Se piensa que el fracaso en la adquisición de una adecuada mentalización es la base de los problemas con el control de los impulsos en los pacientes con TLP, así como de su inestabilidad emocional y sus dificultades para mantener relaciones íntimas. El tratamiento basado en la mentalización pretende desarrollar la autoregulación de los pacientes mediante terapia de grupo de tipo psicodinámico y psicoterapia individual en un contexto de comunidad terapéutica, hospitalización parcial o ambulatoria. En una prueba controlada aleatoria, un grupo de pacientes de Trastorno Límite de Personalidad recibió 18 meses de terapia basada en la mentalización bajo hospitalización parcial, y posteriormente se realizó un seguimiento durante cinco años. El grupo tratado mostró beneficiarse de múltiples modos por la terapia en un amplio rango de variables, entre ellas una disminución en el número de intento de suicidios, reducción del tiempo de hospitalización y reducción del uso de medicación.

### **I. Terapia de pareja, conyugal o de familia**

La terapia de pareja puede ser útil para estabilizar las relaciones conyugales o de la pareja y en la reducción del conflicto y el estrés en este ámbito que puedan empeorar los síntomas del TLP. La terapia familiar o la psicoeducación familiar puede ayudar a educar a los miembros de la familia en relación al TLP, mejorando la comunicación familiar y la resolución de problemas en su seno, proporcionando apoyo a los miembros de la familia para abordar la enfermedad de su ser querido.

Hay dos patrones de implicación familiar que puede ayudar a los clínicos a planear intervenciones desde la familia: la sobreimplicación y la negligencia. Los pacientes de Trastorno Límite de Personalidad que

se encuentran en familias sobreimplicadas tienen que luchar a menudo con temas de dependencia, negación o por enfado de los padres.

Está aumentando el interés por el uso de la psicoeducación y competencias en los planteamientos que entrenan a familias con miembros que padecen TLP.<sup>30</sup>

### 3.3. ROL DE LA ENFERMERO /A EN LA ATENCIÓN DEL PACIENTE CON TRASTORNO DE PERSONALIDAD BORDERLINE.

#### 3.3.1. Actuación de Enfermería

Valoración de Enfermería para el trastorno límite de personalidad o trastorno de personalidad borderline:

De acuerdo con el marco de valoración por patrones funcionales de salud, propuesto por Marjory Gordon, y teniendo en cuenta que los tres componentes clínicos principales del Trastorno Límite de Personalidad son las dificultades en las relaciones interpersonales, la impulsividad, y la inestabilidad afectiva, los patrones que con más frecuencia van a aparecer de forma disfuncional en este tipo de pacientes son:

- 1.- **Patrón Percepción y Manejo de la Salud.** Este patrón hace referencia a la opinión de la persona sobre su salud y a la manera en que la entiende, controla y cuida. Tendríamos en cuenta en este caso los siguientes parámetros de registro: aspecto general, conocimiento sobre su problema, actitud y comportamientos frente al mismo y hábitos tóxicos, fundamentalmente.
- 2.- **Patrón Autopercepción-Autoconcepto.** Describe las actitudes hacia uno mismo, la percepción de las capacidades cognitivas, afectivas y físicas, la imagen, la identidad, el sentido general de valía y el patrón

---

<sup>30</sup>Fairbairn, N. Estudios Psicoanalíticos de la Personalidad. Buenos Aires: Hormé; 2000.

emocional general, por lo que se encuentra frecuentemente alterado en este tipo de pacientes, con un yo inestable y en constante fluctuación. Valoraríamos su reactividad emocional, la percepción de su imagen corporal y actitud frente al mismo, y la percepción de exigencias y presiones a sí mismo.

**3.- Patrón Rol-Relaciones.** También frecuentemente disfuncional en personas cuyo "yo" inestable, egocentrismo y dificultad para la empatía, les supone una gran dificultad para el establecimiento y/o conservación de las relaciones interpersonales.

**4.- Patrón Sexualidad-Reproducción.** Su alto nivel de impulsividad, unido a su inestabilidad afectivo-emocional y su alta tendencia al consumo de drogas, favorece en gran medida en estos pacientes, la manifestación de conductas sexuales de riesgo que pueden conllevar embarazos no deseados, ETS...

**5.- Patrón de Adaptación-Tolerancia al estrés.** Este patrón describe el nivel de estrés que la persona trata de forma efectiva. En el caso de pacientes que presentan dificultad para controlar sus impulsos nos interesará conocer:

- Cómo el individuo y la familia acepta, reacciona y se enfrenta a determinados problemas.
- La efectividad de los métodos de compensación.
- La concordancia entre la situación, el peligro percibido y el nivel de estrés.

Diagnósticos de Enfermería para el trastorno límite de personalidad o trastorno de personalidad borderline<sup>31</sup>

Teniendo en cuenta que, como se ha dicho anteriormente, suelen ser problemas comunes coexistentes en el Trastorno Límite de Personalidad los trastornos del estado de ánimo, el abuso de sustancias, y los trastornos en los

---

<sup>31</sup> [www.anambarrios.wordpress.com](http://www.anambarrios.wordpress.com)

hábitos alimentarios, y que además presenta una alta tasa de suicidio y/o daño autoinfligido y deliberado cuando se combina con trastornos del estado de ánimo o el alcoholismo (Stone 1990), lo diagnósticos de enfermería que vamos a encontrar con más frecuencia serían:

1. *-Riesgo de violencia autodirigida [00140]*
2. *-Baja autoestima situacional [00120]*
3. *-Deterioro de la interacción social [00052]*
4. *-Conocimientos deficientes: enfermedad, tratamiento y evolución [00126]*

Criterios de resultado (NOC), indicadores (escalas de medición) e intervenciones (NIC):

**DIAGNÓSTICO 1: "Riesgo de violencia autodirigida [00140]"**

-Definición: Riesgo de conductas que indiquen que una persona puede ser física, emocional o sexualmente lesiva para sí misma.

Resultados NOC e indicadores:

**RESULTADO: Control de la automutilación [1406]**

Códigos	Indicadores De Nunca Demostrado N/D a Siempre Demostrado S/D)	N/D	R/D	A/D	F/D	S/D	N/A
140602	Busca ayuda cuando siente la necesidad de autolesionarse	1	2	3	4	5	
140605	Mantiene el autocontrol sin supervisión	1	2	3	4	5	
140606	No se autolesiona	1	2	3	4	5	

**RESULTADO: Autocontrol del impulso suicida [1408]**

Códigos	Indicadores De Nunca Demostrado N/D a Siempre Demostrado S/D)	N/D	R/D	A/D	F/D	S/D	N/A
140804	Verbaliza ideas de suicidio, si existen	1	2	3	4	5	
140809	Se contiene de utilizar sustancias modificadoras del estado de ánimo.	1	2	3	4	5	
140813	No intenta suicidarse.	1	2	3	4	5	
140816	No intenta causarse lesiones graves.	1	2	3	4	5	

Intervenciones NIC para el diagnóstico *Riesgo de violencia autodirigida [00140]*:

- Control del humor [5330]: Proporcionar seguridad, estabilidad, recuperación y mantenimiento a un paciente que experimenta un humor disfuncionalmente deprimido o eufórico.
- Manejo de la conducta: autolesión [4354]: Ayuda al paciente para que disminuya o elimine la conducta de autolesión o abuso de sí mismo.
- Prevención del suicidio [6340]: Disminución del riesgo de los daños autoinfligidos con la intención de acabar con la vida.
- Manejo ambiental: seguridad [6486]: Vigilar y actuar sobre el ambiente físico para fomentar la seguridad.

DIAGNÓSTICO 2: "Baja autoestima situacional [00120]"

-Definición: Larga duración de una autoevaluación negativa o sentimientos negativos hacia uno mismo o sus capacidades.

Resultados NOC e indicadores:

RESULTADO: Autoestima [1205]

Códigos	Indicadores De Nunca Positivo N/P a Siempre Positivo S/P)	N/D	R/D	A/D	F/D	S/D	N/A
120502	Aceptación de las propias limitaciones	1	2	3	4	5	
120506	Respeto por los demás	1	2	3	4	5	
120510	Equilibrio entre participar y escuchar en grupos	1	2	3	4	5	
120514	Aceptación de críticas constructivas	1	2	3	4	5	
120519	Sentimientos sobre su propia persona	1	2	3	4	5	

**RESULTADO: *Modificación psicosocial: cambio de vida [1305]***

Códigos	Indicadores De Nunca Demostrado N/D a Siempre Demostrado S/D)	N/D	R/D	A/D	F/D	S/D	N/A
130501	Establecimiento de objetivos realistas	1	2	3	4	5	
130502	Mantenimiento de la autoestima	1	2	3	4	5	
130504	Expresiones de utilidad	1	2	3	4	5	
130505	Expresiones de optimismo sobre el presente	1	2	3	4	5	
130506	Expresiones de optimismo sobre el futuro	1	2	3	4	5	
130507	Expresiones de sentimientos permitidos	1	2	3	4	5	
130509	Uso de estrategias de superación efectivas	1	2	3	4	5	

**RESULTADO: *Equilibrio emocional [1204]***

Códigos	Indicadores	N/D	R/D	A/D	F/D	S/D	N/A
120401	Muestra un afecto apropiado	1	2	3	4	5	
120402	Muestra un estado de ánimo sereno	1	2	3	4	5	
120403	Muestra control de los impulsos	1	2	3	4	5	
120415	Muestra interés por lo que le rodea	1	2	3	4	5	
120417	Refiere un nivel de energía apropiado	1	2	3	4	5	
120418	Refiere capacidad para realizar las tareas	1	2	3	4	5	

Intervenciones NIC para el diagnóstico *Baja autoestima situacional [00120]*:

- Potenciación de la socialización [5100]: Facilitar la capacidad de una persona para interactuar con otros.
- Potenciación de la autoestima [5400]: Ayudar a un paciente a que aumente el juicio personal de su propia valía.

**DIAGNÓSTICO 3: "Deterioro de la interacción social [00052]"**

**Definición:** Intercambio social inefectivo o cuantitativamente insuficiente o excesivo.

**Resultados NOC e indicadores:**

RESULTADO: Implicación social [1503]

Códigos	Indicadores De Nunca Demostrado N/D a Siempre Demostrado S/D)	N/D	R/D	A/D	F/D	S/D	N/A
150301	Interacción con amigos íntimos	1	2	3	4	5	
150303	Interacción con miembros de la familia	1	2	3	4	5	
150311	Participación en actividades de ocio	1	2	3	4	5	
150312	Interacción con personal sanitario	1	2	3	4	5	
150314	Interacción con otros pacientes	1	2	3	4	5	

RESULTADO: Severidad de la soledad [1203]

Códigos	Indicadores De Grave a Ninguno (grave, sustancial, moderado, leve, ninguno)	G	S	M	L	N	N/A
120307	Expresión de aislamiento social	1	2	3	4	5	
120312	Dificultad para establecer contacto con otras personas	1	2	3	4	5	
120314	Dificultad para tener una relación mutua eficaz	1	2	3	4	5	
120315	Demostración de fluctuaciones en el estado de ánimo	1	2	3	4	5	

RESULTADO: Soporte social [1504]

Códigos	Indicadores De Inadecuado a Completamente Adecuado	G	S	M	L	N	N/A
150406	Refiere relaciones de confianza	1	2	3	4	5	
150410	Refiere contactos sociales de soporte adecuados	1	2	3	4	5	
150411	Refiere una red social establece	1	2	3	4	5	

Intervenciones NIC para el diagnóstico *Deterioro de la interacción social* [00052]:

- Modificación de la conducta: habilidades sociales [4362]: Ayudar al paciente para que desarrolle o mejore las habilidades sociales interpersonales.
- Terapia de grupo [5450]: Aplicación de técnicas psicoterapéuticas a un grupo, incluyendo la utilización de interacciones entre los miembros del grupo.
- Potenciación de la socialización [5100]: Facilitar la capacidad de una persona para interactuar con otros.

DIAGNÓSTICO 4: "Conocimientos deficientes: enfermedad, tratamiento y evolución [00126]"

Definición: Carencia o deficiencia de información cognitiva relacionada con su enfermedad, tratamiento y evolución.

La necesidad de intervenir sobre este diagnóstico enfermero, la fundamentamos en diversos estudios que avalan la importancia de la educación sobre su enfermedad en estos pacientes. Es el caso de un ensayo clínico aleatorizado, llevado a cabo por profesionales de enfermería, cuyo propósito fue evaluar el impacto de la educación clínica en pacientes con trastorno límite de la personalidad, en las actitudes de los médicos que trabajan con pacientes que han exhibido comportamientos autolesivos deliberados, propios de personas diagnosticadas con este trastorno.

Resultados NOC e indicadores:

RESULTADO: *Conocimiento: medicación [1808]*

Códigos	Indicadores De Ninguno a Extenso (ninguno, escaso, moderado, sustancia y extenso)	N	E	M	S	E	N/A
180804	Descripción de las acciones de la medicación	1	2	3	4	5	
180805	Descripción de los efectos indeseables de la medicación	1	2	3	4	5	
180806	Descripción de las precauciones de la medicación	1	2	3	4	5	
180810	Descripción en la administración correcta de la medicación	1	2	3	4	5	

RESULTADO: *Conocimiento: proceso de la enfermedad [1803]*

Códigos	Indicadores	N	E	M	S	E	N/A
180302	Descripción el proceso de enfermedad	1	2	3	4	5	
180303	Descripción de la causa o factores contribuyentes	1	2	3	4	5	
180304	Descripción de los factores de riesgo	1	2	3	4	5	
180305	Descripción de los efectos de la enfermedad	1	2	3	4	5	
180306	Descripción de signos y síntomas	1	2	3	4	5	
180307	Descripción del curso habitual de la enfermedad	1	2	3	4	5	

**RESULTADO: Conocimiento: régimen sanitarios [18106]**

Códigos	Indicadores	N	E	M	S	E	N/A
180602	Descripción de cuándo contactar con profesionales sanitarios	1	2	3	4	5	
180605	Descripción de la necesidad de la asistencia continuada	1	2	3	4	5	
180607	Descripción de los recursos sociales de ayuda disponibles.	1	2	3	4	5	

**RESULTADO: Conocimiento: régimen terapéutico[1813]**

Códigos	Indicadores	N	E	M	S	E	N/A
181301	Descripción de la justificación del régimen terapéutico	1	2	3	4	5	
181302	Descripción de las responsabilidades de los propios cuidados para el tratamiento actual	1	2	3	4	5	
181306	Descripción de la medicación prescrita	1	2	3	4	5	
181316	Descripción de los beneficios del tratamiento de la enfermedad	1	2	3	4	5	

Intervenciones NIC para el diagnóstico *Conocimientos deficientes relacionados con su enfermedad, tratamiento y evolución [00126]:*

- Potenciación de la disposición de aprendizaje [5540]: Mejorar la capacidad y disposición de recibir información.
- Enseñanza: medicamentos prescritos [5616]: Preparación de un paciente para que tome de forma segura los medicamentos prescritos y observar sus efectos.
- Enseñanza: proceso de la enfermedad [5602]: Ayudar al paciente a comprender la información relacionada con su proceso de enfermedad (en este caso con las manifestaciones típicas del TLP.<sup>32</sup>

Los estudios relativos al TLP, hasta el momento, nos indican que el tratamiento de este complejo trastorno requiere un abordaje multidisciplinar y multidimensional. Según los datos de que disponemos, a diferencia de lo que ocurre con otros trastornos mentales, como los de naturaleza psicótica, el tratamiento farmacológico del Trastorno Límite de Personalidad no parece obtener resultados totalmente significativos, para una evolución positiva del mismo. Sin embargo, sí parece constituir un apoyo esencial para otro tipo de

<sup>32</sup> [www.slideshare.net](http://www.slideshare.net).

terapias más determinantes, como las psicodinámicas, la psicoterapia centrada en la transferencia o la terapia dialéctico-comportamental.

En este contexto, Enfermería se encuentra, en muchas ocasiones, en una posición difícil a la hora de abordar a estos pacientes: los enfermeros de salud mental se suelen quejar, frecuentemente, de la falta de resultados positivos con los actuales regímenes de atención.

### 3. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

#### 3.1. Nacionales

- Arias Martínez, Isabel. Costa Rica (2004). **Actualización en el manejo farmacológico y no farmacológico del trastorno límite de la personalidad.** Concluyó que existen distintas posturas en torno al diagnóstico en cuanto a su pertenencia al eje II, y los cambios propuestos para futuras clasificaciones nosológicas. No hay uniformidad de criterios para su abordaje a nivel mundial por cuanto existen dos manuales diagnósticos. En el país no existe una propuesta de manejo clínico para estos pacientes. A nivel mundial existen guías de manejo que no necesariamente son consistentes en sus recomendaciones, y que en nuestro medio no son conocidas a profundidad.<sup>33</sup>
- Pelegrín Valero, Carmelo Olivera Pueyo, Javier. España (2013). **Pacientes con Trastornos de la Personalidad: Diferencias y Similitudes entre una Unidad de Corta Estancia y una Unidad de Trastornos de la Personalidad.** Conclusiones: Los psicofármacos más pautados en ambas unidades al alta, son los Ansiolíticos-hipnóticos, mientras que los pautados en menos ocasiones son los Neurolépticos Típicos. La polifarmacia es la pauta más habitual en ambas unidades. La presencia de comorbilidad psiquiátrica asociada al Trastorno de la Personalidad no produce un mayor consumo de recursos hospitalarios (duración del ingreso, uso de medidas de contención, gasto farmacológico) en ninguna de las dos unidades.<sup>34</sup>

---

<sup>33</sup> <http://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/textos/tesis49.pdf>

<sup>34</sup> Pelegrín Valero, Carmelo Olivera Pueyo, Javier. España (2013). **Pacientes con Trastornos de la Personalidad: Diferencias y Similitudes entre una Unidad de Corta Estancia y una Unidad de Trastornos de la Personalidad**

## CAPÍTULO II

### PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

#### 1. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

##### 1.1 TÉCNICA:

En la presente investigación para la obtención de datos se utilizó como técnica la observación documental.

##### 1.2 INSTRUMENTO:

Se utilizó una ficha de observación documental, las historias clínicas de los pacientes.

#### 2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

##### 2.1. UBICACIÓN ESPACIAL

Se realizó en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza.

## 2.2. UBICACIÓN TEMPORAL

El trabajo de investigación se realizará en los meses de Junio 2014 a Marzo del 2015, en la localidad del Cercado – Arequipa.

## 2.3. UNIDADES DE ESTUDIO

### 2.3.1. Universo:

El universo poblacional estuvo conformado por 45 personas 100% de los pacientes con trastorno de personalidad borderline que son atendidos en los consultorios externos y en hospitalización del servicio de Psiquiatría del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, la etapa de recolección de datos se realizara durante el mes de Agosto a Octubre del 2014.

#### **Criterio de inclusión:**

- Identificadas en las historias clínicas de pacientes con Trastorno de Personalidad Boderline atendidos en hospitalización y consultorios externos del Servicio de Psiquiatría del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza durante el primer semestre del año 2014.

#### **Criterio de exclusión:**

- Historias clínicas de los pacientes que no tienen toda la información necesaria para la medición de las variables.

#### **Muestra:**

La muestra final quedo conformado por 45 pacientes.

## 3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

- Una vez aprobado el proyecto se coordinó con la Decana de la Facultad de Enfermería de la UCSM, se solicitó el envío de una carta de presentación dirigida al jefe del servicio que autorice la realización del presente estudio.

- Para obtener los permisos necesarios se hizo las coordinaciones correspondientes con la Jefa de Enfermeras del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza.
- Después de validar el instrumento con las respectivas correcciones se procedió a la recolección de datos aplicando la ficha de observación según el horario de atención.
- Se procedió a solicitar las historias clínicas, se realizó la recolección de datos mediante el llenado del instrumento en base a la revisión de las historias clínicas de los pacientes hospitalizados o que serán atendidos en consultorios externos.
- Como instrumento se utilizó una ficha de observación, por considerarse el más adecuado para cumplir con los objetivos del estudio y obtener información sobre las características clínicas y sociodemográficas de pacientes con trastorno de personalidad borderline
- Con los resultados obtenidos se procedió a realizar la tabulación de todos los instrumentos, posteriormente se realizó el análisis estadístico de los resultados

#### 4. RECURSOS :

##### **Humanos:**

- Investigadora.
- Asesora.

##### **Institucionales:**

- Universidad Católica Santa María: Facultad de Enfermería.
- Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza.

##### **Materiales**

- Material de escritorio
- Formatos estadísticos
- Equipo Multimedia

##### **Financieros**

- Financiamiento con recursos propios de investigadora



## I. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

TABLA N° 1

**PACIENTES CON TRASTORNO DE PERSONALIDAD BORDELINE SEGÚN EDAD  
INICIO DE LA ENFERMEDAD. SERVICIO DE PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL  
REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA.  
AREQUIPA, 2014**

<b>Edad de inicio de la enfermedad</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
12	1	2.3
13	5	11.1
14	6	13.3
15	12	26.6
16	1	2.3
17	6	13.3
18	3	6.6
19	3	6.6
20	1	2.3
21	3	6.6
22	1	2.3
23	1	2.3
24	2	4.4
<b>Total</b>	<b>45</b>	<b>100.0</b>

**Fuente.** Elaboración propia.

En la tabla N° 1, se puede observar que el mayor porcentaje del 26.6%, la edad de inicio de la enfermedad fue a los 15 años, seguido del 13.3% que tuvo su inicio a los 14 y 17 años respectivamente; un 11.1% se dio a los 13 años; un 6.6% se presentó en las edades de 18, 19 y 21 años; un 4.4% se dio a los 24 años y con un 2.3% se inició a los 12, 16, 20, 22 y 23 años.

Se puede deducir, que en la mayoría de los pacientes su enfermedad inició en la etapa de la adolescencia, con una acumulado del 69.4% (12 a 17 años)

TABLA N° 2

**PACIENTES CON TRASTORNO DE PERSONALIDAD BORDELINÉ SEGÚN  
TIEMPO DE ENFERMEDAD. SERVICIO DE PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL  
REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA. AREQUIPA, 2014**

Tiempo de enfermedad	N°	%
Menor de un año	3	6.7
1 a 5 años	21	46.7
6 a 10 años	14	31.1
11 a 15 años	5	11.1
16 a 20 años	0	0.0
21 a más	2	4.4
<b>Total</b>	<b>45</b>	<b>100.0</b>

**Fuente.** Elaboración propia.

El tiempo de enfermedad en los pacientes investigados, en un 46.7% tienen de 1 a 5 años, en 31.1% de 6 a 10 años; el 11.1% de 11 a 15 años; en 6.7% menos de un año y un 4.4% lo tuvo entre los 21 a más años.

Se puede evidenciar que un porcentaje acumulado de un 77.8%, tiene la enfermedad entre 1 a 10 años hasta la actualidad.

**TABLA N° 3**

**PACIENTES CON TRASTORNO DE PERSONALIDAD BORDELINE SEGÚN  
IRA - AGRESIÓN. SERVICIO DE PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL  
REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA. AREQUIPA, 2014**

<b>Ira – Agresión</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Animo bajo a corto	13	28.9
Irritación	16	35.6
Enojo	2	4.4
Frustración	14	31.1
Total	45	100.0

**Fuente.** Elaboración propia.

En la tabla N° 3, podemos observar que un 35.6% presento irritación, un 31.1% sintió frustración, un 28.9% presento animo bajo a corto, un 4.4% presento enojo.

Lo que nos permite indicar, que la ira – agresión se manifestó mayormente con episodios de irritabilidad y frustración.

TABLA N° 4

**PACIENTES CON TRASTORNO DE PERSONALIDAD BORDELINÉ SEGÚN  
CAMBIOS DE HUMOR. SERVICIO DE PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL  
REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA. AREQUIPA, 2014**

<b>Cambios de humor</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Frecuencia	9	20.0
- Una vez a la semana	36	80.0
- Una vez al mes		
<b>Total</b>	<b>45</b>	<b>100.0</b>

**Fuente.** Elaboración propia.

En la tabla N° 4, según los cambios de humor la frecuencia con que se ha presentado ha sido en un 80.0% una vez al mes y un 20.0% lo presento una vez a la semana.

Se puede afirmar, que los pacientes investigados han presentado cambios de humor una vez al mes, lo que significaría que muchos de ellos, han aprendido a dominar sus impulsos, en el sentido que han aprendido a vivir con la enfermedad.

**TABLA N° 5**

**PACIENTES CON TRASTORNO DE PERSONALIDAD BORDELINÉ SEGÚN  
DEPENDENCIA AFECTIVA. SERVICIO DE PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL  
REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA. AREQUIPA, 2014**

<b>Dependencia Afectiva</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Si	35	77.8
No	10	22.2
<b>Total</b>	<b>45</b>	<b>100.0</b>

**Fuente.** Elaboración propia.

En la tabla N° 5, según dependencia afectiva, un 77.8% si presenta dependencia y un 22.2% no presento dependencia.

Un gran porcentaje de los pacientes han afirmado que tienen dependencia afectiva, lo que nos indicaría que tienen la necesidad de sentirse amados e importantes y que requieren mayor atención de parte de su familia o su pareja.

TABLA N° 6

**PACIENTES CON TRASTORNO DE PERSONALIDAD BORDELINÉ SEGÚN  
DESESPERANZA. SERVICIO DE PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL  
REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA.  
AREQUIPA, 2014**

<b>Desesperanza</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Si	41	91.1
No	4	8.9
<b>Total</b>	<b>45</b>	<b>100.0</b>

**Fuente.** Elaboración propia.

En la tabla N° 6, podemos observar, que el mayor porcentaje del 91.1% presento desesperanza, y un 8.9% no la presento.

En relación a lo encontrado en los resultados de la presente tabla, tenemos que evidenciar que la mayoría de los pacientes han afirmado que han sentido desesperanza lo cual ha afectado su estado de ánimo, al sentir que su enfermedad es una carga para ellos mismos y su familia.

TABLA N° 7

**PACIENTES CON TRASTORNO DE PERSONALIDAD BORDELINÉ SEGÚN  
AUTOMUTILACIÓN. SERVICIO DE PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL  
REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA. AREQUIPA, 2014**

<b>Automutilación</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Si	22	48.9
No	23	51.1
Total	45	100.0

**Fuente.** Elaboración propia.

En la tabla N° 7, los pacientes investigados en un 51.1% no se han causado lesiones y un 48.9% si se automutilado, es decir se provocó lesiones.

Es preocupante poder observar que un 48.9% de los pacientes han atentado contra su vida, produciendo lesiones, ya el deseo suicida es un síntoma preocupante, que debe ser tratado para evitar futuros intentos de suicidio con consecuencia de muerte.

TABLA N° 8

**PACIENTES CON TRASTORNO DE PERSONALIDAD BORDELINÉ SEGÚN  
DESPERSONALIZACIÓN. SERVICIO DE PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL  
REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA. AREQUIPA, 2014**

<b>Despersonalización</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Si	45	100.0
No	0	0.0
<b>Total</b>	<b>45</b>	<b>100.0</b>

**Fuente.** Elaboración propia.

En la tabla N° 8, se puede observar que el 100.0% de los pacientes con trastornos de personalidad Bordeline, han presentado despersonalización, en el sentido que, en el tiempo de su enfermedad siempre han estado expuesto a situaciones estresantes que se les ha ido presentando en su vida diaria.

Lo que significaría que la totalidad de los pacientes que presentan trastornos de la personalidad, presentan síntomas de despersonalización como la perturbación temporal en la experiencia subjetiva de la realidad, el sentido de alejamiento o falta de la realidad, ya que en la despersonalización la perturbación ocurre en la percepción de uno mismo.

## II. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

TABLA N° 9

**PACIENTES CON TRASTORNO DE PERSONALIDAD BORDELINÉ SEGÚN  
EDAD. SERVICIO DE PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL REGIONAL  
HONORIO DELGADO ESPINOZA. AREQUIPA, 2014**

Edad	N°	%
Menor de 20 años	18	40.0
De 21 a 29 años	22	48.9
De 30 a 39 años	3	6.7
De 40 a 49 años	0	0.0
De 50 a 59 años	1	2.2
De 60 a más	1	2.2
<b>Total</b>	<b>45</b>	<b>100.0</b>

**Fuente.** Elaboración propia.

En la tabla N° 9, según la edad de los pacientes, el 48.9% tienen de 21 a 29 años, el 40.0% son menores de 20 años, el 6.7% tiene de 30 a 39 años, y un 2.2% tienen de 50 a 59 años y más de 60 años respectivamente.

Si consideramos el acumulado de 88.9%, los pacientes investigados son jóvenes si se toma en cuenta el rango de (menor de 20 años hasta 29 años)

**TABLA N° 10**

**PACIENTES CON TRASTORNO DE PERSONALIDAD BORDELINE SEGÚN  
GÉNERO. SERVICIO DE PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL REGIONAL  
HONORIO DELGADO ESPINOZA. AREQUIPA, 2014**

<b>Genero</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Masculino	23	51.1
Femenino	22	48.9
Total	45	100.0

**Fuente.** Elaboración propia.

En la tabla N° 10, según el género de los pacientes con Trastorno de Personal de Bordeline, el 51.1% son varones y el 48.9% son mujeres.

En razón a los resultados, podemos observar que la mayoría de pacientes son varones jóvenes.

TABLA N° 11

**PACIENTES CON TRASTORNO DE PERSONALIDAD BORDELINÉ SEGÚN  
NIVEL DE INSTRUCCIÓN. SERVICIO DE PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL  
REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA. AREQUIPA, 2014**

Nivel de Instrucción	N°	%
Analfabeto	0	0.0
Primaria	1	2.2
Secundaria	20	44.4
Superior	24	53.4
<b>Total</b>	<b>45</b>	<b>100.0</b>

**Fuente.** Elaboración propia.

En la tabla N° 11, según el Nivel de Instrucción, el 53.4% poseen estudios superiores, un 44.4% tienen secundaria, un 2.2% tienen primaria y no se ha encontrado ningún analfabeto.

Lo que nos indicaría, que los pacientes investigados tienen un buen nivel de instrucción, ya que su nivel oscila entre superior y secundaria con los mayores porcentajes.

TABLA N° 12

**PACIENTES CON TRASTORNO DE PERSONALIDAD BORDELINÉ SEGÚN  
OCUPACIÓN. SERVICIO DE PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL REGIONAL  
HONORIO DELGADO ESPINOZA. AREQUIPA, 2014**

Ocupación	N°	%
Estudiante	20	44.4
Empleado	8	17.8
Obrero	2	4.4
Comerciante	0	0.0
Ama de casa	4	8.9
Ninguna	11	24.5
<b>Total</b>	<b>45</b>	<b>100.0</b>

**Fuente.** Elaboración propia.

En la tabla N° 12, según ocupación, el 44.4% son estudiantes, el 24.5% no tiene ninguna ocupación, el 17.8% son empleados, el 8.9% son amas de casa, un 4.4% son obreros.

Se puede observar que el mayor porcentaje de los pacientes con Trastorno de Personalidad de Bordeline son estudiantes, lo cual se contrasta con las edades encontradas (tabla N° 10).

TABLA N° 13

**PACIENTES CON TRASTORNO DE PERSONALIDAD BORDELINÉ SEGÚN  
SITUACIÓN ECONÓMICA. SERVICIO DE PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL  
REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA.  
AREQUIPA, 2014**

Situación Económica	N°	%
Alta	4	8.9
Media	22	48.9
Baja	19	42.2
Total	45	100.0

**Fuente.** Elaboración propia, Arequipa, 2014

En la tabla N° 13, según clase social económica, un 48.9% pertenece a la clase media, un 42.2% clase baja y un 8.9% a la clase alta.

Se puede evidenciar que existe una división casi similar en cuanto a la clase social económica entre la clase media y baja que tienen los mayores porcentajes y sólo un pequeño porcentaje pertenece a una clase alta, lo cual nos indicaría que la enfermedad no hace diferencia en cuanto a los estratos sociales y que se presenta en cualquier nivel social.

**TABLA N° 14**

**PACIENTES CON TRASTORNO DE PERSONALIDAD BORDELINÉ SEGÚN  
ESTADO CONYUGAL. SERVICIO DE PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL  
REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA. AREQUIPA, 2014**

<b>Estado Conyugal</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Casado/a	3	6.7
Soltero/a	41	91.1
Divorciado/a	0	0.0
Viudo/a	0	0.0
Separado/a	1	2.2
<b>Total</b>	<b>45</b>	<b>100.0</b>

**Fuente.** Elaboración propia, Arequipa, 2014

En la tabla N° 14, según estado conyugal el 91.1% son solteros, un 6.7% son casados y un 2.2% están separados.

Podemos encontrar que el mayor porcentaje de los pacientes son solteros, debido a tal vez a que es una población joven en su mayoría (tabla N° 10)

## CONCLUSIONES

**PRIMERA** : Las características clínicas que presentan los pacientes con trastorno de personalidad Borderline que asisten a consultorios externos y hospitalización del servicio de psiquiatría del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de la ciudad de Arequipa, son: que en un acumulado del 81.3% el inicio de su enfermedad ha sido en su adolescencia (12 a 19 años); que tienen un tiempo de enfermedad de 1 a 10 años (77.8% acumulado), tienen episodios de irritación (35.6%), han presentado cambio de humor una vez al mes (80.0%), sí tienen dependencia afectiva (77.8%), presentaron desesperanza un 91.1%, un 48.9% se han automutilado, y el 100% ha vivido situaciones de despersonalización.

**SEGUNDA** : Las características sociodemográficas que presentan los pacientes con trastorno de personalidad Borderline que asisten a consultorios externos y hospitalización del servicio de psiquiatría del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza en la ciudad de Arequipa, son: que tienen entre 21 a 29 años, en un 48.9%, son del género masculino (51.1%), el 53.4% con nivel de instrucción superior, con ocupación de estudiante (44.4%), pertenecen a una clase social económica media y baja (48.9%, 42.2%), son de estado civil solteros (91.1%).

## RECOMENDACIONES

1. Que el Servicio de Psiquiatría a través de su personal del Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa, realice sesiones de terapia grupal, familiar y de parejas para ofrecerle la oportunidad al paciente de mejorar su estado de salud y calidad de vida.



## BIBLIOGRAFIA

1. Abbass AA, Hancock JT, Henderson J, Kisely S. Psicoterapias psicodinámicas a corto plazo para trastornos mentales frecuentes. España: La Biblioteca Cochrane Plus; 2008.
2. Binks CA, Fenton M, McCarthy L, Lee T, Adams CE, Duggan C. Intervenciones farmacológicas para las personas con trastorno de la personalidad borderline. España: La Biblioteca Cochrane Plus 2008.
3. Binks CA, Fenton M, McCarthy L, Lee T, Adams CE, Duggan C. Terapias psicológicas para personas con trastorno de la personalidad borderline. España: La Biblioteca Cochrane Plus 2008; 2.
4. Bion, W. Elementos de Psicoanálisis. Buenos Aires: Hormé; 1999
5. Fairbairn, N. Estudios Psicoanalíticos de la Personalidad. Buenos Aires: Hormé; 2000.
6. Fenichel, Otto. “Teoría psicoanalítica de las neurosis”. Ed. Paidós. Bs.As. 1999.
7. Fontana, A. Sesión Prolongada. Buenos Aires: GEDISA. 1992
8. Fontana, A. Psicoanálisis y Cambio. Buenos Aires, Ediciones de la Flor. 1998
9. Fornés Vives J. Enfermería de salud mental y psiquiátrica; planes de cuidados. 1 ed. Madrid: Editorial Panamericana; 2005.
10. Frances A, Pincus HA, First MB, Andreasen NC, Barlow DH, Campbell M. DSM-IV-TR: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. España: Editorial Masson. 4aed. 2002.
11. Gándara, J. Postmodernidad y Salud Mental. España: Limusa; 2007.
12. Gonzales, C. Enfermería Psiquiátrica y Salud Mental. Conceptos básicos. 6ta Ed. España: Mc Graw Hill Interamericana: 2007.
13. Gordon M. Manual de Diagnósticos Enfermeros. 10 ed. Madrid: Elsevier; 2003.
14. Green, André. “El concepto de fronterizo” en “De locuras privadas”. México: Amorrortu Ed.; 2004.

15. Grossman, Seth&Millon, Carrie&Meagher, Sarah &Ramnath, Rowena. Trastornos de la personalidad en de la vida moderna. Barcelona: Editorial Masson&Elsevier; 2006.
16. Grotstein, J. Identificación Proyectiva y Escisión. México: GEDISA. 2001
17. Heather Herdman T, Heath C, Meyer G. NANDA I: Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación. Elsevier; 2007.
18. Kernberg, O. Trastornos Graves de la Personalidad. México: Manual Moderno; 2001
19. Kernberg OF, Michels R. Borderline personality disorder. Washington: *Am J Psychiatry*. 2009.
20. Laplanche y Pontalis. “Diccionario de Psicoanálisis”. España: Ed. Labor; 2003
21. López-Ibor Aliño, Juan J. & Valdés Miyar, Manuel (dir.) DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado. Barcelona: Editorial Masson; 2002.
22. Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales. DSM IV. Pág. 124. Estados Unidos. 2008.
23. Mc Closkey Dochterman J, Bulechek G. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 4a ed. Elsevier; 2004.
24. Millon, Theodore & Davis, Roger D. Trastornos de la personalidad. Más allá del DSM-IV. Barcelona: Editorial Masson; 2004.
25. Moizeszowwicz, Julio. “Psicofarmacología psicodinámica IV”. Buenos Aires: Paidós; 1998.
26. Moorhead S, Johnson M, Maas M. Clasificación de resultados de Enfermería (NOC). 3a ed. Elsevier; 2005.
27. Paris J. Borderline personality disorder: a multidimensional approach. Washington: American Psychiatric Press, 1994.
28. Roudinesco, Elizabeth y PLON, M. “Diccionario de psicoanálisis”. Paidós. Bs. As. 1998.

29. Stingo, N. y otros. “Diccionario de Psiquiatría y Psicología Forense” Ed. Palemos. 2004
30. Toro, R. Psiquiatría. Fundamentos de Medicina. 4ta Ed. Colombia: Corporación para Investigaciones Biológicas: 2007.

### **Hemerografía**

31. Grohol, J. (22 de junio de 2007). "Symptoms of Borderline Personality Disorder". Psych Central.com. Accedido el 21 de septiembre de 2007.
32. Organización Mundial de la Salud. Salud Mental en las Américas. Boletín Especial 2009.
33. Paz Carrillo, Carlos A. “El control de emociones e impulsos en las personalidades borderline” en “Psicoanálisis-Revista de APdeBA. Pacientes borderline”. Vol.XII. 1990.
34. Rolla, E. “Borderline. Patología Movediza Produce Denominación Versátil”. Revista de Psicoanálisis III y IV. Argentina: 1999.
35. Rosenfeld, David. “Psicoanálisis de pacientes severamente perturbados” Conferencia en la UBA. Bs. As. 2002.
36. Rosenfeld, Herbert. “La psicopatología y el tratamiento psicoanalítico de algunos pacientes borderline”. Inter. Journal Psychoanal. 1998.
37. Steiner, John. “Trastorno borderline de la personalidad” en “Psicoanálisis- Revista de APdeBA. Pacientes borderline”. Vol. XII. Bs.As. 1990.

### **Páginas de Internet**

38. Gagliesi P. Terapia Dialéctico Comportamental y la Violencia. <http://www.fundacionforo.com/pdfs/archivo39pdf2006>
39. Salud Mental en el Perú: Un Desafío para el Estado. Publicado 27 de mayo 2010 por Círculos de Estudio Psicología para el Cambio. <http://ceppcam.over-blog.com/article-salud-mental-en-el-peru-un-desafio-para-el-estado-51137400.html>
40. Trastorno Límite de la Personalidad. Psicólogo especialista en Barcelona [http://psicologo-especialista-barcelona.com/trastorno\\_limite\\_de\\_la\\_personalidad.html](http://psicologo-especialista-barcelona.com/trastorno_limite_de_la_personalidad.html)



# ANEXOS

**UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARIA  
FACULTAD DE ENFERMERIA**

**FICHA DE OBSERVACIÓN DOCUMENTAL**

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS**

1. Edad de inicio de enfermedad .....años
2. Tiempo de enfermedad .....
3. Antecedentes de enfermedad.....
4. Ira – Agresión  
( ) Animo bajo o corto ( ) Irritación ( ) Enojo ( ) Frustración
5. Cambios de humor frecuencia :  
Semanas ( ) Meses ( )
6. Dependencia afectiva:  
( ) Si ( ) No
7. Desesperanza:  
( ) Si ( ) No
8. Automutilación  
Lesiones Si( ) No ( )
9. Despersonalización  
( ) Si ( ) No

**CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS**

1. Edad: .....
2. Género:  
( ) Masculino ( ) Femenino
3. Nivel de Instrucción  
( ) Analfabeto ( ) Primaria ( ) Secundaria ( ) Superior
4. Ocupación  
( ) Estudiante ( ) Empleado ( ) Obrero ( ) Comerciante  
( ) Ama de casa ( ) Ninguna
5. Situación Económica  
Alta ( ) Media ( ) Baja
6. Estado conyugal  
( ) Casado /a ( ) Soltero/a ( ) Divorciado ( ) Viudo ( ) Separado

Hospital III Regional Honorio Delgado  
**PSIQUIATRIA**

SERVICIO DE PSQUIATRIA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO  
ESPINOZA

### CONSTANCIA

Por medio de la presente dejamos constancia que la SRTA: YOMALLY DANAY URIARTE VALENCIA Bachiller de Enfermería, identificada con DNI N 47196537 ha culminado su proyecto de investigación en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza «CARACTERISTICAS CLINICAS Y SOCIODEMOGRAFICAS DE LOS PACIENTES CON TRASTORNO DE PERSONALIDAD BODERLINE DEL SERVICIO DE PSQUIATRIA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA 2014. » Realizando la observación documental desde 04 de agosto hasta el 18 de octubre del presente.



.....  
JULIA NANCY CALLA TANCA  
CEP.17479  
JEFA DEL SERVICIO DE PSQUIATRIA



*Universidad Católica de Santa María*

(51 54) 251210 Fax: (51 54) 251213 [ucsm@ucsm.edu.pe](mailto:ucsm@ucsm.edu.pe) <http://www.ucsm.edu.pe> Apartado: 1350

AREQUIPA - PERU

## INFORME N° 0164 -CB- 2015

**A** : Doctora SONIA NUÑEZ CHAVEZ  
DECANO DE LA FACULTAD DE ENFERMERIA

**De** : COORDINACIÓN DE BIBLIOTECAS. SECCIÓN PROCESOS TÉCNICOS

**Asunto** : Evaluación de la Producción Intelectual

**Expediente** : 2015-0164

**Fecha** : 4 de junio de 2015

De acuerdo a lo dispuesto, informo a usted que la tesis:

CARACTERISTICAS CLINICAS Y SOCIODEMOGRAFICAS DE LOS PACIENTES CON TRASTORNO DE PERSONALIDAD BORDERLINE DEL SERVICIO DE PSQUIATRIA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA 2014

Autor(es):

**URIARTE VALENCIA YOMALLY DANAY**

Ha sido sometida a la plataforma de originalidad Turnitin obteniendo **23 %** en el sumario de coincidencias, habiendo subsanado las observaciones, somos de la opinión que se puede proseguir con el trámite correspondiente.

Es cuanto informo para conocimiento y fines consiguientes

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

*Américo Herrera Veba*  
PROF. AMÉRICO HERRERA VEBE

Coordinación de Bibliotecas, Hemeroteca y Visión

