



# UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

## FACULTAD DE POSGRADO

### Maestría en psicología clínica mención psicoterapia

#### TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR

##### TEMA:

“ESTUDIO DE CASO: INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL EN UN CASO DE TRASTORNO DE PERSONALIDAD LÍMITE PREVIO AL TRASTORNO DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN”.

Trabajo de titulación previo a la obtención del título en Magister en psicología Clínica, Mención Psicoterapia

##### Línea de investigación:

1. Salud y bienestar integral
2. Desarrollo social y del comportamiento humano

**AUTOR:** Magdalena Martínez Guevara

**DIRECTOR:** Jorge Edmundo Gordón Rogel

**Ibarra – Ecuador 2025**



## UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

### BIBLIOTECA UNIVERSITARIA

#### AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

#### 1. IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA

En cumplimiento del Art. 144 de la Ley de Educación Superior, hago la entrega del presente trabajo a la Universidad Técnica del Norte para que sea publicado en el Repositorio Digital Institucional, para lo cual pongo a disposición la siguiente información:

DATOS DE CONTACTO			
<b>CÉDULA DE IDENTIDAD:</b>	1003558739		
<b>APELLIDOS Y NOMBRES:</b>	Magdalena Martínez Guevara.		
<b>DIRECCIÓN:</b>	Quito, Orellana y 9 de octubre.		
<b>EMAIL:</b>	<a href="mailto:maguiluguevara@gmail.com">maguiluguevara@gmail.com</a>		
<b>TELÉFONO FIJO:</b>		<b>TELÉFONO MÓVIL:</b>	0960050169

DATOS DE LA OBRA			
<b>TÍTULO:</b>	“ESTUDIO DE CASO: INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL EN UN CASO DE TRASTORNO DE PERSONALIDAD LÍMITE PREVIO AL TRASTORNO DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN”.		
<b>AUTOR (ES):</b>	Magdalena Martínez Guevara		
<b>FECHA: DD/MM/AAAA</b>	15 de mayo de 2025		
SOLO PARA TRABAJOS DE GRADO			
<b>PROGRAMA:</b>	<input type="checkbox"/> PREGRADO	X	POSGRADO
<b>TITULO POR EL QUE OPTA:</b>	Magister en psicología clínica.		
<b>ASESOR /DIRECTOR:</b>	MSc. Jorge Edmundo Gordón Rogel		



## 2. CONSTANCIAS

El autor (es) manifiesta (n) que la obra objeto de la presente autorización es original y se la desarrolló, sin violar derechos de autor de terceros, por lo tanto, la obra es original y que es (son) el (los) titular (es) de los derechos patrimoniales, por lo que asume (n) la responsabilidad sobre el contenido de la misma y saldrá (n) en defensa de la Universidad en caso de reclamación por parte de terceros.

Ibarra, a los 15 días del mes de mayo de 2025

EL AUTOR:

(Firma).....

Nombre: Magdalena Martínez Guevara



Ibarra, 24 de marzo de 2025

Dra.  
 Lucía Yépez  
**DECANA FACULTAD DE POSGRADO**

**ASUNTO:** Conformidad con el documento final

Señor(a) Decano(a):

Nos permitimos informar a usted que revisado el Trabajo final de Grado “ESTUDIO DE CASO: INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL EN UN CASO DE TRASTORNO DE PERSONALIDAD LÍMITE PREVIO AL TRASTORNO DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN”. del/la maestrante Magdalena Martínez Guevara, de la Maestría de Psicología clínica mención psicoterapia, certificamos que han sido acogidas y satisfechas todas las observaciones realizadas.

Atentamente,

	<b>Apellidos y Nombres</b>	<b>Firma</b>
Director/a	Jorge Edmundo Gordón Rogel	 Firmado electrónicamente por: JORGE EDMUNDO GORDON ROGEL
Asesor/a	Marco Antonio Tafur Vásconez	 Firmado electrónicamente por: MARCO ANTONIO TAFUR VASCONEZ





### ***Dedicatoria.***

*A mis amados hijos Isabel y Raphael,  
porque son mi mayor inspiración y la razón por la que cada día me esfuerzo por ser  
mejor.  
Por sus sonrisas, su amor incondicional y por recordarme siempre la importancia de  
seguir adelante con determinación y valentía.*

*Con todo mi amor, para ustedes.*

*A mi madre,*

*Por ser mi ejemplo de fortaleza, valentía y perseverancia.  
Por cada sacrificio, cada palabra de aliento y cada gesto de apoyo incondicional que  
me ha guiado en el camino.  
Este logro es tan tuyo como mío, porque sin tu esfuerzo y confianza en mí, no habría  
llegado hasta aquí.  
Gracias por ser mi mayor inspiración y por enseñarme que con constancia y  
responsabilidad, todo es posible.*

*Con todo mi amor y gratitud, para ti.*

---

---



## **Resumen:**

El presente estudio de caso, tiene como objetivo analizar la efectividad del enfoque cognitivo conductual, en el tratamiento de un caso de trastorno de personalidad límite previo al trastorno de ansiedad y depresión. Se realiza la presentación del caso mediante la historia clínica, se presenta la evaluación inicial mediante los reactivos psicológicos: MMPI-2, Inventario de depresión de Beck, Escala de ansiedad de Hamilton, a fin de obtener un diagnóstico. Con el diagnóstico basado en los criterios del DSM-5 se procede a elaborar el plan de intervención en el que se describen las sesiones terapéuticas y las técnicas trabajadas en cada una de ellas. Se exponen los resultados de la evaluación post intervención y se realiza la comparación con los resultados iniciales.

Finalmente, en base a la información obtenida y el proceso realizado se extraen las principales conclusiones del caso y se realizan las recomendaciones.

**Palabras clave: Trastorno límite de la personalidad, ansiedad, terapia cognitivo-conductual y depresión.**





## **Summary:**

The present case study, aims to analyze the effectiveness of the cognitive behavioral approach, in the treatment of a case of borderline personality disorder prior to anxiety disorder and depression. The case is presented by means of the clinical history, the initial evaluation is presented by means of the psychological reagents: MMPI-2, Beck Depression Inventory, Hamilton Anxiety Scale, in order to obtain a diagnosis. With the diagnosis based on the DSM-5 criteria, the intervention plan is elaborated, describing the therapeutic sessions and the techniques used in each one of them. The results of the post-intervention evaluation are presented and a comparison is made with the initial results.

Finally, based on the information obtained and the process carried out, the main conclusions of the case are drawn and recommendations are made.

**Keywords:** Borderline personality disorder, anxiety, cognitive-behavioral therapy and depression.





## Índice de contenidos

1. Introducción.....	7
2. Epidemiología del TLP (Trastorno Límite de la personalidad).....	8
3. Marco teórico.....	10
3.1 Trastorno Límite de la personalidad (TLP).....	10
3.2 Ansiedad.....	11
3.3 Depresión.....	14
3.3.1 Síntomas y tipologías.....	16
3.4 Terapia Cognitivo Conductual.....	17
3.5 Técnicas cognitivo-conductuales.....	19
3.5.1 Psicoeducación.....	19
3.5.2 Técnica de relajación: respiración diafragmática.....	19
3.5.3 Técnica estrategias de afrontamiento.....	20
3.5.4 Reestructuración cognitiva.....	20
3.5.5 Mindfulness.....	22
4. Presentación del caso.....	23
4.1 HISTORIA CLÍNICA PSICOLÓGICA.....	23
I. Datos generales.....	23
II. Motivo de consulta y demanda terapéutica.....	24
III. Antecedentes clínicos.....	24
IV. Historia de la enfermedad.....	25
V. Anamnesis personal.....	25
VI. Anamnesis familiar.....	27
VII. Hipótesis diagnóstica.....	27
VIII. Evaluación.....	28
5. Plan de intervención terapéutica.....	30
6. Discusión.....	44
7. Conclusiones.....	49
8. Recomendaciones.....	50
9. Referencias.....	51
Bibliografía.....	51

---

---



## 1. Introducción

“El Trastorno Límite de Personalidad (TLP) es un trastorno mental severo, incapacitante y heterogéneo caracterizado por una marcada impulsividad y la inestabilidad de las relaciones interpersonales, autoimagen y afectos, inicia en la adolescencia o en edad adulta temprana”. (Narváez Martínez, Menudo Monterrey, & Amador Jiménez, 2023).

“Actualmente en el área de conocimiento de la Psicología Clínica una de las principales problemáticas identificada es la manera de abordar el trastorno límite de personalidad (TLP). Atendiendo a ello, numerosos investigadores de diversas disciplinas como la medicina, la farmacología, la psicología y la sociología, tanto a nivel internacional como nacional en el Ecuador, manifiestan que los TLP son un tema de actualidad que pueden mostrarse durante la niñez, la juventud e incluso permanecer en la adultez (Fernández-Guerrero & Palacios-Vicario, 2017; Vera Varela et al., 2019)”. (Solano & Polo Martínez, 2022)

El Trastorno de Personalidad Límite (TLP) es una condición psicológica compleja caracterizada por una intensa inestabilidad emocional, impulsividad, relaciones interpersonales conflictivas y un sentido fluctuante de identidad. Su alta comorbilidad con trastornos como la ansiedad y la depresión amplifica los desafíos terapéuticos, afectando de manera significativa la calidad de vida de quienes lo padecen. Este cuadro clínico requiere intervenciones estructuradas que aborden tanto los síntomas centrales del TLP como los trastornos comórbidos, priorizando un enfoque integral y basado en evidencia. (Health, 2022)

La terapia cognitivo-conductual (TCC) ha demostrado ser una herramienta efectiva en el manejo de estos trastornos, proporcionando estrategias para regular emociones, modificar patrones de pensamiento disfuncionales y promover comportamientos adaptativos. En el caso específico de pacientes con TLP, la integración de técnicas de TCC con enfoques complementarios, como la Terapia Dialéctica Conductual (DBT), permite abordar los

---

---



impulsos autodestructivos y las dificultades en la regulación emocional de manera más efectiva. (Schluger, 2024)

Este estudio de caso se centra en la intervención cognitivo-conductual de una paciente diagnosticada con Trastorno de Personalidad Límite, quien presenta además sintomatología de ansiedad y depresión. A través de un análisis detallado, se busca explorar cómo el abordaje y la intervención terapéutica contribuyó a reducir las conductas disfuncionales, mejorar la regulación emocional y promover una mejor calidad de vida. Asimismo, se examinarán los retos enfrentados durante el proceso y las adaptaciones realizadas para atender las necesidades específicas de la paciente.

El objetivo de esta investigación es aportar evidencia práctica sobre la aplicación de la TCC en un caso clínico complejo, destacando la importancia de un enfoque estructurado, personalizado y empático para lograr resultados significativos en el tratamiento de trastornos emocionales y de personalidad.

## **2. Epidemiología del TLP (Trastorno Límite de la personalidad):**

“El TLP es uno de los trastornos más frecuentes, con un porcentaje de prevalencia global del 1,6 % al 6 % en la población mundial”. (González Marín, y otros, 2023) También es considerado según Sanz (2022) “como el trastorno de personalidad más común dentro de los diagnósticos clínicos en la población, con mayor prevalencia entre los 19 y 34 años de edad, y se encuentra presente en todas las culturas a nivel mundial”.

Según (García Saiz & Camus Bueno, 2021) los pacientes diagnosticados con TLP, son más comunes que aquellos con diagnóstico de esquizofrenia, el trastorno bipolar y el autismo, además menciona que determinados estudios realizados con hermanos y familiares en relación al TLP, han demostrado que puede existir un importante componente genético en esta enfermedad, hallándose que el 11,5% de las personas con TLP presentan predisposición genética (Calati, Gressier, Balestri & Serretti, 2013).

Debido a la falta de control e intensidad de sus estados emocionales, no sorprende la tasa de suicidios de estos individuos, que se encuentra entre el 8% y 10% según

---

---



el DSM-IV-TR (APA, 2002), mientras que las amenazas y los intentos de suicidio también son significativamente habituales, llegando a alcanzar cifras del 70% y revelando conductas repetitivas de hasta tres intentos por paciente en la mitad de los casos (Prittwitz Sanz , 2022).

Su incidencia es notable en el ámbito de la psiquiatría, ya que se encuentra presente en el 20% de los pacientes hospitalizados en esta área, con una prevalencia del 75% en mujeres. (Solano & Polo Martínez, 2022)

Es importante mencionar que Colombia es uno de los países que presenta mayor prevalencia de este trastorno en América Latina con un 2,1%. Por otra parte, según datos de la Asociación Nacional de Informadores de la Salud en España, entre un 2 % y un 8 % de la población padece TLP, y hasta un 20 % de la población hospitalizada por situaciones relacionadas con su salud mental está diagnosticada con dicha patología. (González Marín, y otros, 2023)

Respecto al trastorno límite de la personalidad (TLP), la Secretaría de Salud mexicana ha reportado que la prevalencia nacional se sitúa alrededor del 1.5 % (Islas-León, 2022; Secretaría de Salud, 2022 ( Reyes-Ortega, Zapata-Téllez, Gil-Díaz, Ramírez-Ávila, & Ortiz-León, 2023)

En los pacientes ambulatorios, se estima que entre el 15% y el 20% son diagnosticados de TLP (Zimmerman, Rothschild & Chelminski, 2005), mientras que, en los pacientes hospitalizados, la tasa puede llegar hasta el 25% (Zanarini et al., 2004). (García Saiz & Camus Bueno, 2021).

“En Ecuador solo el 1,4% de personas que padecen del TLP son atendidos en hospitales psiquiátricos, presentando un diagnóstico de trastorno de personalidad, así como de afección en la conducta social. Sin embargo, se reporta que el 1,7% de las personas con esta afección son atendidas en la consulta externa en los hospitales psiquiátricos del país”. (MSP, 2019).

En este sentido de acuerdo a datos del área de estadística del hospital general de Calderón en la ciudad de Quito, se reporta que la cantidad de trastornos de personalidad

---

---



diagnosticados en pacientes en consulta externa en el periodo 2016-2019 asciende a 651 de un total de 5203 atenciones de los cuales el 12% (78) corresponden al trastorno límite de la personalidad y de estos 77,49% (60) son mujeres. (MSP, 2019)

Complementariamente, un estudio del 2012 realizado en Quito-Ecuador con 210 varones privados de la libertad, reportó que el 14% (30 usuarios) padecían TLP (García, 2013). Igualmente, entre el 2012 y 2017 otro estudio con una muestra de 1060 usuarios, mostró que el TLP presentó una prevalencia del 3% (Arellano y Valcárcel, 2018). (Carchipulla-Loyola & Cañizares Abril, 2022)

### **3. Marco teórico**

#### **3.1 Trastorno Límite de la personalidad (TLP):**

“El trastorno límite de la personalidad es una patología grave, de complejidad diagnóstica y con una elevada prevalencia en la población general. Entre los aspectos clínicos más característicos de este trastorno se encuentra la inestabilidad emocional, así como las dificultades comportamentales, tanto en la relación con ellos mismos como con terceros”. (Prittwitz Sanz, 2022).

La American Psychological Association, 2014 señala que el Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) se caracteriza por patrones dominantes de inestabilidad emocional. Esto incluye dificultades en las relaciones interpersonales, tendencias impulsivas intensas y una percepción desfigurada de la autoimagen. Para que pueda ser considerado TLP, debe cumplir con cinco o más criterios diagnósticos; además, se debe tener en cuenta un criterio extra asociado a la presencia sintomatológica durante varios años, con alta intensidad, recurrencia y afección considerable en la vida cotidiana de la persona. (Maislin, 2021)

Los síntomas posibles asociados con el TLP según los criterios diagnósticos del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM; American Psychological Association, 2014) son: el esfuerzo para evitar el abandono, la alteración de la autoimagen, los vínculos interpersonales inestables en los que se tiende a la idealización/depreciación de las personas, impulsividad, tendencia

---

---



suicida, gestos o amenazas de automutilación, cambios repentinos en el estado de ánimo de breve duración, sentimientos de vacío constantes, ira intensa o conductas inadecuadas o problemas con el control de la misma. También pueden manifestarse pensamientos paranoides de corta duración o síntomas disociativos graves causados por estrés. (Maislin, 2021).

En la etiología del TLP se destaca la interacción de factores genéticos con experiencias de vida desfavorables como factor de riesgo para el desarrollo de los síntomas (Gunderson et al., 2018). El TLP tiene una etiología multifactorial y se han identificado tres factores con un papel importante en el desarrollo del TLP (Gabbard, 2017): un temperamento vulnerable y sensible de base biológica; un ambiente familiar caótico, con separaciones tempranas, negligencia, tensión emocional e insensibilidad y desarrollo de apegos inseguros; y los eventos desencadenantes, como intentar formar una relación íntima o experimentar un evento traumático, que pueden activar la sintomatología del TLP. (Amador, 2021). (Narváez Martínez, Menudo Monterrey, & Amador Jiménez, 2023)

### 3.2 Ansiedad

“Es un trastorno mental que produce sensaciones de preocupación, ansiedad o miedo, inquietud, imposibilidad de dejar a un lado la preocupación y el estrés y cada vez se tornan tan fuertes que comienzan a interferir con las actividades diarias de quien las padece”. (Ñauñay Yucta & Tubón Saquina, 2023)

“El tratamiento incluye psicoterapia o medicamentos, como los antidepresivos. Como lo señala Macías et al. (2019), mencionando que de manera general los trastornos de ansiedad presentan características como temor excesivo, conducta de evitación, ataques de pánico y preocupación o angustia”. (Ñauñay Yucta & Tubón Saquina, 2023).

En el contexto de la investigación es importante señalar lo que menciona Díaz y De la Iglesia (2019), la ansiedad es una respuesta emocional compleja que se presenta cuando se evalúa a nivel cognitivo información que es percibida como

---

---



relevante de las situaciones, cumple una función adaptativa para poder guiar el comportamiento anticipado, se puede presentar respuestas cognitivas aprehensión, miedo dificultad de razonamiento, despersonalización, entre otros; fisiológicos respuesta generada automáticamente y se debe a la activación del sistema simpático y parasimpático, presentando aumento de la frecuencia cardíaca, sudoración, parestesia, malestar en el tórax, aumento de respiración; conductuales paralización, evitación, cautela y las respuestas afectivas nerviosismo, tensión. Síntomas que con una intensidad moderada hacen que se actué de forma oportuna para precautelar la seguridad. (Ñauñay Yucta & Tubón Saquinga, 2023)

Se puede considerar según Diaz y De la Iglesia (2019), como ansiedad patológica cuando presenta una respuesta emocional exagerada y esto debido a que la cognición atribuye un valor de peligro a algo de forma errónea, se presenta de forma inesperada y recurrente incluso en ausencia de estímulos, ésta a diferencia de la ansiedad normal mantiene un esquema desadaptativo sesgando el procesamiento de la información con contenidos relacionados a amenaza física, psíquica y sentimientos, dificulta la adaptación, además causa malestar deteriorando el funcionamiento del individuo en diferentes áreas, perdura en el tiempo, los síntomas más evidentes son aprehensión, falta de controlabilidad, vulnerabilidad y la incapacidad de conseguir metas propuestas. (Ñauñay Yucta & Tubón Saquinga, 2023)

“Trastorno de ansiedad no es más que un trastorno mental que produce sensaciones de preocupación, ansiedad o miedo, inquietud, imposibilidad de dejar a un lado la preocupación y el estrés y cada vez se tornan tan fuertes que comienzan a interferir con las actividades diarias de quien las padece”. (Ñauñay Yucta & Tubón Saquinga, 2023)

“El tratamiento incluye psicoterapia o medicamentos, como los antidepresivos. Como lo señala Macías et al. (2019), mencionando que de manera general los trastornos de ansiedad presentan características como temor excesivo, conducta de evitación, ataques de pánico y preocupación o angustia”. (Ñauñay Yucta & Tubón Saquinga, 2023)

---

---



El Trastorno Límite de la Personalidad es uno de los trastornos más complejos de diagnosticar y tratar, caracterizándose por las comorbilidades con otros trastornos. Algunos autores como Zanarin, 2006 y colaboradores, adjudican los síntomas pertenecientes al TLP a causas multifactoriales. Dentro de los factores explicativos se encuentran antecedentes de abuso sexual durante la infancia y antecedentes familiares relacionados al abuso de sustancias, siendo estos las causas más frecuentes en el desarrollo del trastorno. (Maislin, 2021)

Según indica Díaz y De la Iglesia (2019), la ansiedad es una respuesta emocional compleja que se presenta cuando se evalúa a nivel cognitivo información que es percibida como relevante de las situaciones, cumple una función adaptativa para poder guiar el comportamiento anticipado, se puede presentar respuestas cognitivas aprehensión, miedo dificultad de razonamiento, despersonalización, entre otros; fisiológicos respuesta generada automáticamente y se debe a la activación del sistema simpático y parasimpático, presentando aumento de la frecuencia cardíaca, sudoración, parestesia, malestar en el tórax, aumento de respiración; conductuales paralización, evitación, cautela y las respuestas afectivas nerviosismo, tensión. Síntomas que con una intensidad moderada hacen que se actué de forma oportuna para precautelar la seguridad. (Ñauñay Yucta & Tubón Saquinga, 2023)

Díaz (2021) señala en su artículo científico que “en muchos estudios se ha podido confirmar como la cantidad de los síntomas que caracterizan la depresión pueden cambiar según el contexto donde se desenvuelva el sujeto. Además de verse la presencia de relaciones con algunas variables sociodemográficas y de salud, como la importancia de la sociedad en las normas, las costumbres, los estilos de vidas estando muy vinculado con el estrés y la depresión en varios contextos”. (Lorenzo Díaz, Díaz Alonzo, Carrete Friol, Hernández Quiñones, & Barrios Licor, 2021)

La ansiedad como lo señala Yucta (2023), se confunde con el miedo por los síntomas que se presentan pues ambos son similares. En este sentido Cedillo (2017) señala que “la ansiedad y el miedo, se diferencian, en que por una parte el miedo se presenta cuando el

---

---



estímulo está presente mientras que la ansiedad es la anticipación a situaciones de peligro, pero a futuro, es decir se prevé el peligro o la amenaza y se le atribuye el valor de ser funcional, por activar y facilitar la respuesta de la persona ante esa situación”. (Ñauñay Yucta & Tubón Saquinga, 2023)

### 3.3 Depresión:

“La depresión es una de las condiciones de salud mental más frecuentes, y en la actualidad genera la mayor carga de enfermedad en el mundo”. (Lorenzo Díaz, Díaz Alonzo, Carrete Friol, Hernández Quiñones, & Barrios Licor, 2021)

Según Diaz (2021), la depresión se describe “como un estado psíquico en el cual se tienen desagrados, tristeza, culpa, lentitud psíquica y motora. Generalmente, se tiene pocos deseos de alimentarse, baja autoestima. Las personas con depresión pueden ser pesimistas llegar a tener ideas suicidas, en dependencia del grado de la depresión”. (Lorenzo Díaz, Díaz Alonzo, Carrete Friol, Hernández Quiñones, & Barrios Licor, 2021)

Diaz (2021) señala que según la organización mundial de la salud (OMS): “el paciente con depresión presenta tristeza, pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, sentimientos de culpa o baja autoestima, trastornos del sueño o del apetito, cansancio y falta de concentración”.

Diaz (2021) señala que “la depresión es el resultado de interacciones complejas entre factores sociales, biológicos y psicológicos”.

“Por ejemplo, los que se ven afectados por enfermedades físicas graves entre ellas enfermedades crónicas o cáncer, pueden sufrir depresión. Jugando también los determinantes sociales un papel importante en la prevalencia de la depresión”. (Lorenzo Díaz, Díaz Alonzo, Carrete Friol, Hernández Quiñones, & Barrios Licor, 2021)

“La depresión es una enfermedad neuro-psiquiátrica prevalente a nivel mundial, motivo por el cual resulta trascendente realizar estudios sobre la situación actual respecto a los conocimientos, actitudes y prácticas acerca de este trastorno”. (Lorenzo Díaz, Díaz Alonzo, Carrete Friol, Hernández Quiñones, & Barrios Licor, 2021).

---

---



Díaz (2021) señala que la depresión es una de las condiciones de salud mental más frecuentes, y en la actualidad genera la mayor carga de enfermedad en el mundo.

La OPS señala que la depresión es una enfermedad común pero grave que interfiere con la vida diaria, con la capacidad para trabajar, dormir, estudiar, comer y disfrutar de la vida. La depresión es causada por una combinación de factores genéticos, biológicos, ambientales y psicológicos. (Organización Panamericana de la Salud, 2025)

“El modelo cognitivo considera que la interacción repetida entre factores ambientales y ciertas estructuras innatas (genéticas) constituyen esquemas disfuncionales que hacen al individuo vulnerable o predispuesto a desarrollar la depresión”. (Tulio Solano & Polo Martínez, 22)

Estos esquemas se constituyen en vulnerabilidades cognitivas (diátesis) que permanecen latentes en el estado no deprimido, hasta que son activados por un evento o estímulo desencadenante. Por tanto, cuando los individuos poseen diátesis o vulnerabilidad y se enfrentan a un evento estresante (estrés) que contiene información congruente con las experiencias tempranas que formaron dichos esquemas disfuncionales, se activa en ellos la depresión. (Trujillo Galeano, 2017)

Díaz (2021) describe a la depresión como “un estado psíquico en el cual se tienen desagrados, tristeza, culpa, lentitud psíquica y motora. Generalmente, se tiene pocos deseos de alimentarse, baja autoestima. Las personas con depresión pueden ser pesimistas llegar a tener ideas suicidas, en dependencia del grado de la depresión”.

Según la organización mundial de la salud (OMS): “el paciente con depresión presenta tristeza, pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, sentimientos de culpa o baja autoestima, trastornos del sueño o del apetito, cansancio y falta de concentración”. (Lorenzo Díaz, Díaz Alonzo, Carrete Friol, Hernández Quiñones, & Barrios Licor, 2021)

La depresión puede afectar a cualquiera. Quienes han vivido abusos, pérdidas graves u otros eventos estresantes tienen más probabilidades de sufrirla. Las mujeres son más propensas a la depresión que los hombres. (Organización Mundial de la Salud, 2024)

---

---



“La depresión es el resultado de interacciones complejas entre factores sociales, biológicos y psicológicos. Por ejemplo, los que se ven afectados por enfermedades físicas graves entre ellas enfermedades crónicas o cáncer, pueden sufrir depresión. Jugando también los determinantes sociales un papel importante en la prevalencia de la depresión”. (Lorenzo Díaz, Díaz Alonzo, Carrete Friol, Hernández Quiñones, & Barrios Licor, 2021).

Las personas con depresión suelen presentar varios de los siguientes síntomas: pérdida de energía; cambios en el apetito; necesidad de dormir más o menos de lo normal; ansiedad; disminución de la concentración; indecisión; inquietud; sentimiento de inutilidad, culpabilidad o desesperanza; y pensamientos de autolesión o suicidio. (Organización Panamericana de la Salud, 2025)

La OMS, estima que el 3,8% de la población experimenta depresión, incluido el 5% de los adultos (4% entre los hombres y el 6% entre las mujeres) y el 5,7% de los adultos mayores de 60 años. A escala mundial, aproximadamente 280 millones de personas sufren depresión (1). La depresión es aproximadamente un 50% más frecuente entre las mujeres que entre los hombres. En todo el mundo, más del 10% de las embarazadas y de las mujeres que acaban de dar a luz experimentan depresión (2). Cada año se suicidan más de 700 000 personas. El suicidio es la cuarta causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años. (Organización Mundial de la Salud, 2024).

### 3.3.1 Síntomas y tipologías.

La OMS, señala que: “en un episodio depresivo, la persona experimenta un estado de ánimo deprimido (tristeza, irritabilidad, sensación de vacío) o una pérdida del placer o del interés por actividades”. (Organización Mundial de la Salud, 2024)

“Un episodio depresivo es distinto de las variaciones habituales del estado de ánimo. Estos episodios abarcan la mayor parte del día, casi todos los días, durante al menos dos semanas”. (Organización Mundial de la Salud, 2024)

Pueden presentarse varios síntomas más, como:

---

---



- dificultades para concentrarse
- un sentimiento de culpa excesiva o de baja autoestima
- falta de esperanza acerca del futuro
- pensamientos de muerte o suicidio
- alteraciones del sueño
- cambios en el apetito o en el peso
- sensación de cansancio acusado o de falta de energía. (Organización Mundial de la Salud, 2024)

“Los episodios depresivos pueden clasificarse en leves, moderados o graves, en función del número y la intensidad de los síntomas, así como de las repercusiones en el funcionamiento de la persona”. (Organización Mundial de la Salud, 2024)

Los episodios depresivos pueden pertenecer a diferentes tipologías:

- Trastorno depresivo de un solo episodio: la persona experimenta un primer y único episodio;
- Trastorno depresivo recurrente: la persona ha padecido ya al menos dos episodios depresivos.
- Trastorno bipolar: los episodios depresivos alternan con periodos de episodios maníacos, que incluyen euforia o irritabilidad, mayor actividad o energía, y otros síntomas como aumento de la verborrea, pensamientos acelerados, mayor autoestima, menor necesidad de dormir, distracción y comportamiento impulsivo e imprudente. (Organización Mundial de la Salud, 2024)

#### 3.4 Terapia Cognitivo Conductual

Echeburúa et al., 2010, menciona que “la terapia cognitiva fue originalmente desarrollada por Beck para el abordaje de la depresión y desde entonces ha recorrido un largo camino en el que su aplicación se ha extendido a gran variedad de trastornos, demostrando su eficacia y convirtiéndose en el modelo terapéutico con mayor evidencia empírica”. (Maislin, 2021)

---

---



Debemos recalcar que un mecanismo importante en un abordaje cognitivo es la instancia de establecer una alianza terapéutica, definida por Bordin (1979) como la calidad de la relación de trabajo establecida entre cliente y terapeuta con el fin de realizar un cambio en el paciente. Este concepto abarca tres dimensiones: acuerdo entre el cliente y el terapeuta en base a los objetivos del tratamiento, acuerdo de la manera de alcanzar estos objetivos (tareas), y desarrollo de un vínculo personal entre el terapeuta y el cliente (paciente). Una alianza terapéutica que se logra en la fase inicial del proceso terapéutico, que va de la segunda a la sexta sesión, es un buen predictor del resultado final de la terapia. (Maislin, 2021)

“La terapia cognitiva conductual ha sido fundamental dentro de la intervención psicológica por los buenos resultados que se han obtenido al aplicarla en diferentes trastornos mentales como la ansiedad y depresión”. (Ñauñay Yucta & Tubón Saquina, 2023)

(Broks, 2019), señala que: “por lo tanto, este se encarga de enseñar a los pacientes a como autorregular sus emociones, contrarrestar sus pensamientos desadaptativos que causa malestar en la vida de las personas, viéndose reflejado en comportamientos inadecuados en varios contextos de la vida del paciente, gracias a estas técnicas le permitirá al paciente desenvolverse satisfactoriamente en varios ámbitos de su vida”. (Ñauñay Yucta & Tubón Saquina, 2023)

En la actualidad la TCC es el tipo de terapia de primera elección al momento del tratamiento de los diferentes trastornos mentales, por su eficacia y evidencia científica que existe en diferentes estudios realizados. Según Ströhle et al. (2016), “Para todos los tipos de trastorno de ansiedad, la terapia cognitivo-conductual es el tipo de psicoterapia para la que existe la evidencia más sólida y que recibe el nivel de recomendación más alto” (pp. 611-620). En definitiva, la TCC ha logrado ser un gran aporte para la psicoterapia y los profesionales de la salud mental, pues gracias a su eficacia se ha logrado conseguir buenos resultados al momento de aplicarla. (Ñauñay Yucta & Tubón Saquina, 2023)

---

---



### 3.5 Técnicas cognitivo-conductuales

#### 3.5.1 Psicoeducación

Londoño (2017), plantea que la psicoeducación es una de las técnicas fundamentales para empezar con el tratamiento de cualquier patología médica o mental, pues este permite tanto al paciente, familia o cuidador a conocer e informarse acerca de la enfermedad con la finalidad de proporcionar herramientas que ayuden a enfrentar y manejar el malestar emocional que puede provocar al momento de ser diagnosticado con alguna enfermedad, logrando que el paciente pueda adherirse al tratamiento y prevenir las recaídas. La psicoeducación no es más que brindar información a las personas que sufren de un trastorno psicológico, dentro de este tipo de intervenciones psicológicas también se trabaja en el apoyo emocional, la resolución de problemas y otras técnicas. (Ñauñay Yucta & Tubón Saquina, 2023)

#### 3.5.2 Técnica de relajación: respiración diafragmática

Es una de las técnicas que se utilizan con frecuencia dentro de la terapia psicológica, pues este es eficaz para calmar y reducir los niveles psicofisiológicos que se experimentan ante situaciones desconocidas o de amenaza, por lo que al momento de practicarla constantemente e implementarla como un hábito, el resultado será un mayor autocontrol ante el enfrentamiento de situaciones percibidas como peligro (Martínez et al., 2018). (Ñauñay Yucta & Tubón Saquina, 2023)

Se ha demostrado que al poner en práctica esta técnica con los pacientes diabéticos la sintomatología somática disminuye, ayudando a que las personas se encuentren relajadas, siendo más fácil que al encontrarse en ese estado se pueda cumplir con el tratamiento. Sumado a esto, se han aplicado otras técnicas para que sea más efectiva la relajación como la imaginación guiada, afirmaciones positivas

---

---



acompañando de melodías suaves que beneficien a la vida de los pacientes diabéticos (Montes et al., 2013). (Ñauñay Yucta & Tubón Saquina, 2023)

### 3.5.3 Técnica estrategias de afrontamiento

“Mediante esta técnica, se busca brindar herramientas para que el individuo pueda enfrentarse de manera adecuada antes situaciones estresantes que causan malestar emocional al no saber cómo actuar ante estos acontecimientos difíciles, por tanto, si se generan estas estrategias, lo que se conseguirá es disminuir o evitar conflictos posteriores al evento estresor”. (Macías et al., 2013). (Ñauñay Yucta & Tubón Saquina, 2023)

Estas estrategias de afrontamiento se dividen en dos apartados el primero es de carácter activo que se enfoca en la conducta de la persona y el pasivo en la parte cognitiva y emocional, por tal motivo al momento de aplicar a la población diabética, lo que se busca en la parte activa es regular los niveles de azúcar y la adherencia al tratamiento médico pues 26 este contribuye a que el paciente se estabilice, de igual forma el afrontamiento pasivo se relaciona con trabajar las ideas erróneas y que disminuya la ansiedad relacionada con la enfermedad (Rosas et al., 2019). (Ñauñay Yucta & Tubón Saquina, 2023)

### 3.5.4 Restructuración cognitiva

“En relación con la técnica expuesta, es fundamental para poder dar un mayor realce al tratamiento, pues favorece para modificar los pensamientos erróneos que se tienen al momento de enfrentar situaciones que las consideramos como una amenaza extrema”. (Solano & Polo Martínez, 2022)

Según Cando (2014), “La reestructuración cognitiva es una técnica psicológica, el objetivo de la cual es identificar, analizar, y modificar las interpretaciones o los pensamientos erróneos que las personas experimentan en determinadas situaciones o que tienen sobre otras personas”. (Tulio Solano & Polo Martínez, 22)

“En ese sentido, es importante mencionar que cada persona percibe de manera diferente cada situación, por lo cual va a depender mucho de la vulnerabilidad a la que este expuesta

---

---



en ese momento para expresar sus ideas irracionales”. (Tulio Solano & Polo Martínez, 22)

La desensibilización sistemática se aplica esencialmente para pacientes que padecen fobias, donde el terapeuta utiliza los principios del aprendizaje y de las ciencias conductuales o del comportamiento, así como en las restantes técnicas (García & Contreras, 2019). La desensibilización sistemática basa su funcionamiento en la ejecución de un proceso de contra condicionamiento del paciente, afirmación que es soportada por los autores de la presente investigación y por otras investigaciones realizadas por De Lamadrid & Solís (2019). Para ello, se emplean jerarquías de ansiedad y técnicas de relajación que tienen el objetivo de desensibilizar al paciente frente a determinadas situaciones o estímulos que provocan una elevación de los niveles de ansiedad, los cuales se debilitan con el uso de esta técnica (Lugo-González & Pérez-Bautista, 2021). (Tulio Solano & Polo Martínez, 22)

Por otro lado, las técnicas de exposición en vivo tienen el propósito de enfrentar a la persona circunstancias o condiciones que le provocan miedo o temor, de manera que se pueda trabajar los niveles de ansiedad originados para orientar tratamientos en favor de la resolución de los problemas diagnosticados (Amores, 2018). En un primer momento la aplicación de esta técnica se efectúa por lapsos cortos de tiempo y luego durante períodos de tiempo más largos. De esta manera se ayuda al paciente a controlar la ansiedad que le provoca determinadas situaciones, pero ya en un contexto que puede producirse en la vida cotidiana. Esta técnica igualmente, como reflejan y coinciden otros autores en sus investigaciones como Viña et al. (2020) y Rojas et al. (2018), emplean la relajación para combatir la ansiedad. (Tulio Solano & Polo Martínez, 22)

“En cambio, la técnica de inundación considera la exposición de los pacientes a situaciones o condiciones de miedo, bien sean estas imaginarias o reales, por un período de tiempo extenso. Esta técnica es similar a la técnica de exposición en vivo con sus adecuaciones”. (García et al., 2021).

---

---



“Para el empleo de la técnica de inundación igualmente se hace uso de la relajación. Autores como Mas et al. (2011) evidencian la efectividad de esta técnica para tratar el TLP, la disminución de la ansiedad, en el control de síntomas físicos crónicos y para el control de las emociones”. (Tulio Solano & Polo Martínez, 22)

(Tirapu et al., 2001) señale que “no obstante, se han reportado evidencian en cuanto a problemas éticos presentados debido a eventos traumáticos producidos. Por todo ello, se considera antes de aplicar esta técnica que los pacientes estén conscientes y comprendan el proceso, así como las situaciones a las que van a ser expuestos”. (Tulio Solano & Polo Martínez, 22)

### 3.5.5 Mindfulness

El concepto de mindfulness viene del término hindú sati, que se refiere a la capacidad de trasladar la atención a las experiencias del momento presente. Se propone no juzgar los sentimientos y emociones experimentadas en ese instante, entendiendo que no hay una forma correcta de reaccionar frente a las situaciones. Por esto, se orienta a la búsqueda de un estado de aceptación consciente de las experiencias individuales. Se describen cinco componentes fundamentales del mindfulness: a) la atención y conciencia, b) centrarse en el presente, c) obviar distracciones externas (eventos biológicos, sociales o físicos que afectan nuestra atención), d) crecimiento personal (desarrollar conciencia propia para adquirir aceptación propia) y e) mentalidad ética (encaminar las acciones individuales a crear un bien general). (Michelsen Gómez, Peñaloza, Badoui, & Alba, 2022)

Una de las conclusiones más relevantes que realizan (Tulio Solano & Polo Martínez, 22) en su artículo es que las TCC en el TLP muestran una elevada eficacia, de ahí su popular uso, según las evidencias consultadas. En la implementación de este tipo de tratamiento terapéutico se constata la alta integración con la sociedad que se logra por parte del paciente afectado con esta dolencia. De esta manera, la persona puede recuperar nuevamente su salud mental, un adecuado estado biopsicosocial y adecuadas relaciones humanas basadas en conductas, sentimientos y pensamientos positivos.

---

---



Ñauñay y Tubón, (Ñauñay Yucta & Tubón Saquina, 2023) concluyen que: “la psicoeducación, la respiración diafragmática y el entrenamiento en asertividad han sido las técnicas cognitivo-conductuales con mayor eficacia en los trastornos de ansiedad en pacientes diabéticos, pues han logrado ser un gran aporte al momento de aplicarlos para disminuir la sintomatología ansiosa, permitiendo que los pacientes logren continuar con el tratamiento para que exista evolución favorable de su situación médica”.

Según (Lorenzo Díaz, Díaz Alonzo, Carrete Friol, Hernández Quiñones, & Barrios Licor, 2021) “La psicoterapia es de un valor fundamental cuando están presentes estresores psicosociales, dificultades interpersonales o trastornos de personalidad. La terapia cognitivo conductual (TCC), Es la estrategia de intervención clínica más utilizada y con mejores resultados en todo el mundo. Opera sobre las conductas, los pensamientos, las emociones y las respuestas fisiológicas disfuncionales del paciente”.

(Lorenzo Díaz, Díaz Alonzo, Carrete Friol, Hernández Quiñones, & Barrios Licor, 2021) en su artículo concluyen “que resultó efectiva la terapia cognitiva conductual en pacientes con diagnóstico de episodio depresivo leve y moderado disminuyendo la mortalidad y comportamientos asociados. La terapia cognitiva conductual se muestra como una intervención efectiva en pacientes con diagnóstico de episodio depresivo leve y moderado en la Institución hospitalaria”.

#### **4. Presentación del caso**

##### **4.1 HISTORIA CLÍNICA PSICOLÓGICA**

###### **I. Datos generales**

- **Nombre:** N.N.
  - **Edad:** 35 años
  - **Sexo:** Femenino
  - **Estado civil:** Divorciada
  - **Escolaridad:** Cursa tercer nivel de su formación superior.
- 
-



- **Ocupación:** Asistente administrativa.
  - **Motivo de consulta:** "No soporto mis emociones, todo me afecta demasiado y no puedo dejar de sentirme vacía y sola."
- 

## II. Motivo de consulta y demanda terapéutica

La paciente refiere sentirse **emocionalmente inestable, muy ansiosa y deprimida**, con frecuentes episodios de impulsividad y necesidad de llamar la atención de maneras inadecuadas y sentimientos de vacío. Expresa que su malestar ha empeorado tras las discusiones con su pareja actual, lo que ha intensificado su sensación de abandono y desesperanza. Su principal demanda es " aprender a manejar sus emociones sin hacerse daño, y dejar de tener la necesidad de ser el centro de atención de los que le rodean para ser feliz sin tener el control de todo".

## III. Antecedentes clínicos

- **Historial psicológico/psiquiátrico:**

Recibió tratamiento psicológico de manera consistente, pero dejó de darle continuidad, debido a que no se generó un vínculo adecuado con el terapeuta. En este proceso fue diagnosticada con **trastorno límite de la personalidad** a los 28 años y remitida a psiquiatría donde le recomendaron tratamiento con Clonazepam y sertralina, pero no existió una buena adherencia a la medicación y suspende por decisión propia.

Los síntomas han afectado significativamente su vida, dificultando su capacidad para mantener un ritmo estable debido a la ansiedad y la falta de motivación. A nivel social, ha enfrentado problemas para construir relaciones duraderas y de confianza. En el ámbito personal, expresa una insatisfacción constante y una autocrítica severa que limita su calidad de vida.

- **Historial médico:**
- 
-



No reporta enfermedades crónicas, tiene insomnio recurrente y migrañas frecuentes.

---

#### IV. Historia de la enfermedad:

Paciente NN. de 35 años de edad, estudiante universitaria, diagnosticada con trastorno límite de la personalidad, a los 28 años, divorciada, de nacionalidad ecuatoriana, género femenino, orientación heterosexual, procede de un hogar desorganizado, es la primera de dos hermanos,

Desde hace aproximadamente dos meses ha venido experimentando sintomatología ansiosa caracterizada por falta de aire, dolor intenso en el pecho y pensamientos catastróficos constantes.

La paciente presenta crisis de ansiedad diarias con síntomas físicos como palpitaciones, opresión torácica, temblores y sensación de asfixia. Predomina un estado de ánimo depresivo con episodios de llanto frecuente, falta de energía y pensamientos de desesperanza.

Refiere dificultades para dormir, despertando en la madrugada con pensamientos recurrentes sobre los conflictos con su pareja.

La paciente manifiesta síntomas consistentes con trastorno límite de la personalidad, ansiedad y depresión, como: cambios en su estado de ánimo en periodos muy cortos de tiempo (horas), cualquier señal de distanciamiento de las personas a su alrededor, le pone alerta y con pensamientos intrusivos, reacciones fuera de lugar en situaciones de tensión, cambios de ánimo intensos y rápidos, de la euforia a la tristeza profunda en pocas horas. Ansiedad constante (al menos una vez por día), anhedonia, insomnio, desesperanza.

#### V. Anamnesis personal:

Paciente proviene de un hogar con padres separados. Conoció a su padre biológico a los 11 años, pero desde entonces no existe una relación cercana con él.

---

---



La paciente relata haber sufrido maltrato físico y psicológico por parte de su madre desde los primeros años de su infancia hasta la adultez. Entre los episodios de abuso, su madre la encerraba con frecuencia en el sótano, lo cual generó en la paciente una baja autoestima y una necesidad constante de buscar aprobación materna. A los 4 años, su madre inició una relación sentimental con el padre de su hermano menor. Durante ese período, la paciente desarrolló un vínculo y apego hacia la pareja de su madre; sin embargo, después de un tiempo la madre decide separarse de manera definitiva y terminar la relación con su pareja.

A los 6 años, la paciente fue víctima de abuso sexual por parte de un familiar, situación que se prolongó durante varios años y que aún hoy le genera sentimientos de frustración y vacío. Estas experiencias han dejado secuelas emocionales significativas en la paciente, afectando su desarrollo emocional y su capacidad para establecer relaciones interpersonales saludables.

Refiere que fue una niña responsable y académicamente tuvo un buen rendimiento, cuando tenía 8 años, la madre decide migrar por lo que la paciente se quedó a vivir en Guayaquil con una tía. Situación que marcó mucho su infancia ya que tuvo que hacerse cargo de su hermano menor y manifiesta que extrañó mucho de su madre.

Desde la adolescencia, la paciente ha enfrentado fluctuaciones emocionales extremas y dificultades para establecer relaciones interpersonales estables y sanas. Relata una sensación constante de vacío y una falta de claridad sobre sus pensamientos, lo que le ha provocado confusión, desencadenando en síntomas de ansiedad como: falta de aire, dolor en el pecho, constante sensación de que algo malo va a suceder y necesidad de atención y aprobación.

Durante su infancia, ya presentaba signos de ansiedad, como preocupación excesiva, tensión permanente y problemas para manejar situaciones estresantes. Estos síntomas se agravaron en la adolescencia, cuando comenzó a experimentar crisis de ansiedad, sentimientos de desesperanza y conductas autolesivas como mecanismo para afrontar el dolor emocional.

---

---



A sus 18 años de edad conoce al padre de sus hijos con quien después de 9 meses de relación deciden casarse, y a los 4 meses de matrimonio descubre que se encontraba embarazada de su primer bebé, situación que generó mucha sorpresa, sin embargo, fue manejado con total normalidad sin contratiempos. 5 años más tarde se convierte en madre por segunda vez. En 2019 decide separarse definitivamente de su esposo tras 10 años de matrimonio en el que fue víctima de abuso físico, psicológico y sexual. Además, reporta haber tenido parejas con perfiles abusivos y que "termina abandonando la relación de pareja".

Desde entonces los episodios depresivos han sido recurrentes, caracterizados por pérdida de interés en actividades que antes disfrutaba, alteraciones en el sueño y la alimentación, así como sentimientos de culpa e inutilidad. Ha tenido pensamientos suicidas y tres intentos de quitarse la vida.

En sus relaciones interpersonales, la paciente describe un patrón de inestabilidad, donde tiende a idealizar a las personas al inicio, para luego desvalorizarlas abruptamente. Su temor intenso al abandono la ha llevado a actuar de manera impulsiva, incluso en situaciones que reconoce como perjudiciales para su bienestar emocional.

#### VI. Anamnesis familiar:

Creció en un ambiente familiar disfuncional, con una **madre autoritaria, crítica y agresiva** tanto física como verbalmente.

Sentimientos de rechazo y abandono por parte de ambos progenitores es la única hija de la relación de pareja, tiene 1 medio hermano producto de una segunda relación afectiva de su madre.

Vivió con su madre y hermano hasta los 18 años, actualmente vive sola. Mantiene una relación distante con su madre y hermano, a pesar de que los visita con frecuencia refiere que no se siente cómoda, la comunicación no es fluida y el ambiente es tenso.

#### VII. Hipótesis diagnóstica

---



El cuadro clínico sugiere la presencia de Trastorno Límite de la Personalidad (TLP), Trastorno Depresivo Mayor y Trastorno de Ansiedad Generalizada.

La paciente presenta dificultad para mantener relaciones estables por su miedo al abandono y dependencia emocional. Además, denota un patrón de relaciones intensas y conflictivas, que se caracterizan por una necesidad constante de atención, inseguridades, miedo al rechazo e impulsividad.

En base a los criterios del DSM-5, y el diagnóstico preexistente, la paciente presenta trastorno límite de la personalidad (TLP), con episodios de ansiedad y depresión.

Diagnóstico diferencial:

- Trastorno Límite de la Personalidad (301.83 - F60.3)
- Trastorno Depresivo Mayor Recurrente (296.32 - F33.1)
- Trastorno de Ansiedad Generalizada (300.02 - F41.1)

VIII. Evaluación:

Resultados de la evaluación inicial:

**MMPI – 2:**

Escalas	Puntuación	Interpretación
<b>Escala de Validez</b>	<b>T</b>	
<b>L</b>	57	Denota una tendencia leve a mostrarse socialmente aceptable, sin embargo, no existe una distorsión excesiva de la imagen.
<b>F</b>	80	Es un puntaje alto que sugiere respuestas exageradas y atípicas, percepción subjetiva que genera un malestar importante psicológicamente. Además, evidencia una crisis emocional o dificultades significativas.



<b>K</b>	70	Se observa dificultad para aceptar vulnerabilidades.
<b>Escala Base</b>		
<b>Histeria (Hi)</b>	55	El puntaje refleja un nivel moderado de reactividad emocional y una tendencia a somatizar a fin de evitar situaciones de tensión.
<b>Depresión (D)</b>	76	Denota la presencia de sintomatología depresiva como tristeza, desesperanza, falta de energía y autopercepción negativa
<b>Paranoia (Pa)</b>	60	Desconfianza e hipersensibilidad, se siente juzgada y tratada injustamente.
<b>Esquizofrenia (Es)</b>	77	Refleja que posiblemente existan dificultades en el pensamiento lógico, disociación o confusión mental.
<b>Psicastenia (Pt)</b>	75	Presencia de ansiedad elevada, preocupación excesiva y tendencia al perfeccionismo extremo o una alta autoexigencia.
<b>Desviación Psicopática (Pd)</b>	79	Puntuación alta, relacionada con la impulsividad y problemas para una adecuada regulación de la conducta.
<b>Masculinidad/feminidad (Mf)</b>	70	Denota que es flexible con los roles de género, con rasgos que no se alinean estrictamente con normas tradicionales masculinas o femeninas.
<b>Hipocondriasis (Hs)</b>	66	Manifiesta el malestar emocional a través de sintomatología física.
<b>Hipomanía (Ma)</b>	68	Indica que existe un grado de impulsividad no es un rasgo muy marcado sin embargo se interpreta como la búsqueda de situaciones que generen emociones intensas y situaciones de alta energía. Variabilidad en el estado de ánimo.
<b>Introversión social (Si)</b>	41	Buena interacción social.



Tabla 1. Puntuación T, test de personalidad MMPI-2.

En el Inventario de depresión de Beck, la paciente obtiene una puntuación de 23 puntos, lo que se asocia a una depresión moderada y en la Escala de Ansiedad de Hamilton, refleja una puntuación de 24, misma que hace referencia a una ansiedad moderada.

## **5. Plan de intervención terapéutica**

### **Objetivo general:**

Mejorar la respuesta de la paciente ante situaciones de exposición emocional y estímulos negativos, mediante psicoterapia cognitivo conductual.

### **Objetivos específicos:**

1. Establecer un vínculo adecuado paciente – terapeuta.
2. Psicoeducación sobre el trastorno y estrategias de afrontamiento.
3. Trabajar la regulación emocional y reestructuración cognitiva
4. Reducir de manera significativa la sintomatología de ansiedad y depresión.
5. Mejorar su autoestima y autoconcepto.
6. Brinda herramientas para que pueda manejar correctamente el miedo al abandono y patrones de relación disfuncionales.

### **Metodología:**

La intervención terapéutica tiene un enfoque cognitivo conductual, se desarrolla en un entorno clínico ambulatorio, con acceso a recursos interdisciplinarios como psiquiatría y trabajo social. Mediante las diferentes técnicas de recolección de información como la entrevista psicológica y la aplicación de reactivos psicológicos, se realiza un análisis detallado de los factores biopsicosociales que influyen en el desarrollo y mantenimiento del trastorno de TLP, así como la respuesta de la paciente al tratamiento a lo largo de un periodo de dos meses meses. También se toma se analiza la asociación de las

---

---



características individuales de la paciente, las dinámicas familiares y sociales que pueden estar relacionadas con la sintomatología del TLP, la depresión y ansiedad.

En esta intervención se han evaluado factores fundamentales para el adecuado planteamiento del tratamiento, realizando una evaluación pre y post intervención, para medir la efectividad del plan terapéutico y el enfoque y técnicas aplicadas como parte del mismo.

- **Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI-2)** “es un test psicométrico de amplio espectro que permite evaluar un gran número de patrones de personalidad y trastornos emocionales”. (Butcher, y otros, 2019).

De acuerdo con (Narváez Martínez, Menudo Monterrey, & Amador Jiménez, 2023) el MMPI-2, se utiliza para “la evaluación de la personalidad normal y patológica mediante escalas de validez, clínicas, de contenido y subescalas de contenido, escalas suplementarias y de los cinco de personalidad psicopatológica, lo que permite construir perfiles de resultados a partir de baremos de población general en puntuaciones T”.

Para el análisis del caso se toma en cuenta la puntuación obtenida en las siguientes escalas clínicas: “Histeria (Hi), Depresión (D), Paranoia (Pa), Esquizofrenia (Es), Psicastenia (Pt), Desviación Psicopática (Pd), Masculinidad/feminidad (Mf), Hipocondriasis (Hs), Hipomanía (Ma) e Introversión social (Si); y tres escalas de validez que son L y F (como escalas de fiabilidad) y K (factor K de corrección)”. (Butcher, y otros, 2019)

- **Escala de Ansiedad de Hamilton.**

Con la finalidad de evaluar el nivel en el que se encuentra la paciente con respecto a la ansiedad se aplica la Escala de Ansiedad de Hamilton. Misma que muestra sus resultados en base a dos factores según (Arias, Gordón-Rogel, Galárraga-Andrade, & García, 2022).

El primer factor se lo denominó Ansiedad Psicológica, esta dimensión mide la percepción del individuo sobre los síntomas psicológicos y

---

---



afectivos que presentan los problemas de ansiedad (fatiga, inquietud, temor, dificultad de concentración, sensación de calor o frío). El segundo factor se la denominó Ansiedad Somática, en esta dimensión se agrupan los síntomas que se pueden expresar corporalmente (dificultad para deglutir, dolor, sequedad bucal, bajo libido, visión borrosa, entre otras). (Arias, Gordón-Rogel, Galárraga-Andrade, & García, 2022)

- **Inventario de depresión de Beck**

Cuestionario autoadministrado que consta de 21 preguntas de respuesta múltiple. Es uno de los instrumentos más comúnmente utilizados para medir la severidad de una depresión. Está compuesto por ítems relacionados con síntomas depresivos. (Cabrales Acevedo, 2022)

Diseño de la intervención:

El plan de intervención psicológica parte del diagnóstico realizada hace 8 años, y la sintomatología identificada actualmente mediante la entrevista psicológica y los test aplicados. Inicialmente se le da la bienvenida al espacio y se elabora la Historia clínica psicológica a fin de recoger información sobre antecedentes familiares, eventos traumáticos, relaciones interpersonales, síntomas actuales y tratamientos previos.

Mediante los reactivos psicológicos se realiza la evaluación diagnóstica, a continuación, se realiza el análisis funcional de la conducta identificando detonantes, pensamientos, emociones y consecuencias asociadas a los síntomas.

**Enfoque terapéutico:**

Se plantea realizar 8 sesiones, una por semana, empleando un abordaje cognitivo-conductual (TCC) y terapia dialéctico-conductual (DBT), con las siguientes técnicas:

- Psicoeducación para que la paciente comprenda las implicaciones del TLP y una adecuada inducción a la técnica de regulación emocional.
  - Mindfulness con la finalidad de mejorar la conciencia y control emocional y para afrontar las crisis de ansiedad, sin conductas destructivas.
- 
-



- Regulación emocional para manejar emociones intensas sin recurrir a comportamientos autolesivos y conductas impulsivas.
- Reestructuración cognitiva, trabajar en la identificación y modificación de pensamientos automáticos negativos.
- Entrenamiento en relaciones más saludables y asertivas.
- Seguimiento: Sesiones semanales con revisión de avances y ajuste de estrategias.

## **Descripción de las sesiones**

### **Sesión 1: Establecimiento de la alianza terapéutica y Evaluación inicial**

**Objetivo:** establecer el vínculo paciente terapeuta, clarificar expectativas y evaluar psicológicamente a la paciente.

La sesión comienza dándole la bienvenida, con una presentación cálida y empática, intentando generar un ambiente seguro, donde la paciente se sienta cómoda para expresar todo lo que siente y piensa. Se establecen las bases de la relación terapéutica, validando su disposición para iniciar el proceso y normalizando su posible ansiedad o desconfianza inicial.

Se realiza una ficha psicológica como parte del protocolo de atención, con el fin de obtener información acerca de datos generales (nombre, edad, ocupación, estado civil), el motivo de consulta y expectativas sobre la terapia.

La paciente menciona que últimamente ha experimentado crisis de ansiedad diarias y todo el tiempo vive en conflicto ya sea con su pareja o algún miembro de su familia, lo que empeora su cuadro de ansiedad y ha tenido un impacto negativo en su vida diaria, por lo que se procede a indagar más sobre los síntomas actuales de ansiedad y depresión y se identifica que mantiene preocupaciones constantes, ataques de pánico diariamente, irritabilidad, tensión muscular, tristeza profunda, desesperanza, anhedonia, fatiga, y alteraciones del sueño. En base a lo mencionado anteriormente y con la finalidad de

---

---



corroborar lo narrado y observado en la entrevista, se aplica el cuestionario de autoevaluación, Inventario de depresión de Beck y Escala de ansiedad de Hamilton.

Luego se le explica a la paciente el enfoque de la terapia y cómo esta puede ayudar a la remisión de la sintomatología presentada, informándole sobre lo que es el TLP y el impacto que puede llegar a tener en la vida emocional de la persona que lo padece y quienes están a su alrededor, además se le explica la importancia de la regulación emocional y estrategias que se trabajarán en las sesiones.

Se motiva a la paciente a mantener un rol activo en su proceso de cambio y compromiso con la terapia.

Durante la primera sesión, la paciente manifiesta que en la última semana ha mantenido conflictos con su pareja, y se muestra lábil emocionalmente al relatar el hecho, además refiere que la relación es muy inestable y no se siente feliz. Constante se siente invalidada por su pareja e incomprendida, situación que genera pensamientos negativos e intrusivos como el creer que todo es más importante para el antes que ella o que simplemente no él no es empático con ella y el trastorno de personalidad que padece. Por lo que se ve la necesidad de aplicar técnica de registro de pensamientos automáticos, con la finalidad de que la paciente pueda ser consciente de sus emociones y mejorar el enfoque de percepción enfrentamiento de las situaciones conflictivas. Se realiza la respectiva inducción y se establece el concepto de pensamientos automáticos y su influencia en las emociones y conductas. Se enseña un formato para el registro de pensamientos, que incluye:

<b>Fecha de la Situación desencadenante. (día y hora)</b>	<b>Pensamiento automático negativo.</b>	<b>Emoción asociada.</b>	<b>Evidencias a favor y en contra del pensamiento.</b>	<b>Alternativa</b>





## Cierre de la sesión y planificación de la siguiente

- Se resumen los puntos más importantes tratados durante la sesión y se hace énfasis en la importancia de la corresponsabilidad y el cumplimiento de las actividades asignadas para evidenciar una mejoría en la sintomatología y dificultades mencionadas durante la sesión con el objetivo de reforzar el compromiso con la terapia.
- Se acuerda que la frecuencia de las citas será semanal.

---

## Sesión 2: Formulación de caso y establecimiento de objetivos terapéuticos

**Objetivo:** establecer objetivos a corto plazo y el plan terapéutico, identificar esquemas disfuncionales y patrones de pensamiento recurrentes.

La paciente asiste a la sesión con una ubicación temporal y espacial adecuada, apariencia normal que denota meticulosidad en su aseo personal, vestimenta y buen aspecto en general, discurso fluido y coherente. Se da comienzo a la sesión en base a la tarea de la sesión anterior, y se le pregunta si hubo alguna dificultad para realizar la tarea, a lo que la paciente menciona que no existió ningún inconveniente ni duda. Se realiza la revisión del registro de pensamientos de la semana, partiendo de la situación conflictiva con su pareja, en donde identifica que su principal demandada es tener la atención de su pareja (que le responda pronto los mensajes o llamadas). En el momento de se indaga sobre algunas situaciones registradas en la tarea a fin de evaluar su estado de ánimo durante la semana. Posteriormente se realiza una entrevista semiestructurada con la finalidad de identificar situaciones de contexto familiar, social y sentimental además de dificultades emocionales y de tipo cognitivo lo que incluye síntomas actuales de ansiedad y depresión.

Con el objetivo de continuar construyendo la Historia clínica psicológica y obtener toda la información necesaria de antecedentes clínicos y patológicos,

---

---



Se elabora el genograma mismo que se incluye en la historia clínica, y mientras se va construyendo se le realiza las respectivas preguntas acerca de los vínculos familiares a lo que la paciente refiere que la relación con su madre es bastante conflictiva y ha sido así siempre, durante su infancia, adolescencia y parte de su juventud, sufrió maltrato físico y psicológico por parte de su progenitora, situación que ha generado baja autoestima y sentimiento de insuficiencia, por lo que se procede a trabajar mediante la técnica de la carta terapéutica desde la Terapia narrativa (Michael White y David Epston, 1990), para que la paciente pueda expresar pensamientos y emociones hacia la madre sin la necesidad de entregarla y modificar distorsiones cognitivas y creencias desadaptativas relacionadas con el autocontrol, el rechazo y el abandono (reestructuración cognitiva).

Se realiza la psicoeducación acerca del proceso terapéutico y los objetivos que, de acuerdo con la paciente y sus necesidades más prioritarias se establecen inicialmente de la siguiente manera:

- Disminuir la sintomatología de ansiedad y depresión.
- Identificar pensamientos automáticos
- Aprender estrategias para disminuir la angustia emocional.

Los objetivos mencionados constan en la Historia Clínica Psicológica y que como se le explica a la paciente, a medida se lleve a cabo el avance terapéutico se pueden plantear nuevos.

Una vez hecho esto se procede a explicar en que consiste y para qué sirve el segundo reactivo psicológico a utilizar que es el MMPI-2 y las instrucciones para poder realizarlo, seguidamente se realiza la aplicación del test psicológico.

---

### **Sesión 3: Reestructuración cognitiva y manejo de pensamientos disfuncionales**

---

---



**Objetivo:** Modificar patrones de pensamiento negativos y fomentar un enfoque adaptativo mediante reestructuración cognitiva y manejo de pensamientos disfuncionales.

Se inició la sesión generando un espacio para que la paciente exprese cómo se ha sentido durante la semana, a lo que responde con el relato de un nuevo conflicto con su pareja. Para evaluar las distorsiones cognitivas, durante la discusión de pareja, es importante evaluar sus pensamientos automáticos, emociones y reacciones. A continuación, se analiza y se identifica junto con la paciente los pensamientos y conductas disfuncionales, se le pide que las coloque en el registro y se procede a indagar con las preguntas socráticas, técnica que fue implementada por S. Beck (2000). Con el objetivo de clarificar los pensamientos, comprobar la validez de los pensamientos, considerar alternativas de respuesta diferentes a las que habitualmente tiene la paciente, analizar consecuencias, generar alternativas. En base a lo trabajado se realiza la reestructuración cognitiva para generar como resultado una respuesta adaptativa.

Se identifican las siguientes distorsiones cognitivas: catastrofización, pensamiento dicotómico, personalización, magnificar o minimizar y generalización excesiva. A continuación, se presentan algunas de ellas:

**Pensamiento automático:** *“Si me ignora los mensajes, significa que no soy su prioridad.”*

**Preguntas para evaluar:**

¿Qué motivos te hacen creer que no eres su prioridad y cuáles son las evidencias?

¿Por qué otra razón podrá no contestar?

¿Cómo ha actuado en otras ocasiones?

**Pensamiento dicotómico:** *“Si no me presta atención todo el tiempo, significa que no le importo en absoluto.”*

**Preguntas para evaluar:**

¿Las relaciones deben ser perfectas?

---

---



¿Es posible que tenga momentos en los que necesite espacio, ya sea por temas familiares, laborales e incluso personales?

¿Crees que él lo hace con la intención de generarte una crisis o disfruta de tu dolor?

**Personalización:** *“Si está de mal humor, debe ser por algo que hice yo.”*

**Preguntas para evaluar:**

¿Existen otros motivos por los que pueda estar molesto?

¿Siempre que alguien está serio significa que está molesto y que es tu culpa?

¿Sería mejor que antes de suponer, le preguntes cuál es la molestia?

**Generalización excesiva:** *“Siempre que discutimos la relación se termina, nunca estamos bien.”*

**Preguntas para evaluar:**

¿"Siempre" y "nunca" son realmente precisos?

¿Podrías recordar momentos en los que han estado bien juntos?

- ¿Qué podrías hacer diferente para cambiar esta percepción y reacción?

Después de analizar sus pensamientos distorsionados, se replantean los pensamientos de manera más realista, mediante las preguntas, como se muestra anteriormente y creando otras opciones de respuesta que constituyen las respuestas adaptativas.

Se realiza el mismo procedimiento, con respecto a las situaciones conflictivas con su madre, logrando así que la paciente mejore su estado de ánimo mirando desde una perspectiva más objetiva los conflictos y reestructure sus pensamientos disfuncionales y distorsiones cognitivas.

Finalmente, se le enseña a la paciente la técnica de programación de actividades, a fin de reducir la activación fisiológica y ayudar a establecer una rutina para ayudar a disminuir la impulsividad y mejorar la estabilidad emocional, ya que es una técnica utilizada en

---

---



terapia cognitivo-conductual (TCC) para ayudar a las personas a organizar y planificar su tiempo de manera estructurada, incrementar actividades gratificantes para mejorar el estado de ánimo, fomentar el sentido de logro y eficacia personal.

- Se le pide a la persona que registre sus actividades diarias durante una semana.
- Se analiza cuánto tiempo dedica a actividades placenteras, productivas o que generen bienestar y se le pide seleccionar las actividades que generen más satisfacción o placer y aquellas que producen más estrés o ansiedad.
- Se establecen **metas pequeñas y alcanzables** para aumentar la adherencia.

#### **Metas semanales:**

Lunes: 30 minutos de lectura antes de dormir.

Miércoles: Caminar 20 minutos por la tarde.

Viernes: Llamar a su amiga y conversar.

---

#### **Sesión 4: Introducción a la regulación emocional mediante mindfulness**

Objetivo: Fomentar el reconocimiento de las emociones y pensamientos sin juicio, y desarrollar conciencia del momento presente.

Paciente acude a consulta psicológica orientada en tiempo y espacio, con un discurso coherente y apariencia muy bien cuidada. Se realiza un breve control del estado de ánimo utilizando una escala de 0 a 100, donde 0 representa ausencia de depresión y 100 un nivel máximo referente a su estado de ánimo. La paciente califica su estado de ánimo en el número 47, lo que evidencia una disminución significativa de sus síntomas y mejoría en cuanto a la sintomatología. Seguidamente la paciente menciona que le gustaría tratar una situación importante que le ocurre constantemente y se manifestó en la semana. Menciona que no le gusta esperar y que tuvo un conflicto con sus amigas ya que siempre llegan tarde, cuando planifican un encuentro. Situación que le genera demasiada molestia y le

---

---



impide disfrutar del momento. Además, el malestar permanece durante días, debido a que el enojo no le permite reaccionar adecuadamente según refiere.

Se realiza la reestructuración cognitiva, con algunas preguntas que lleven a la paciente a establecer pensamientos adaptativos acerca de la motivación de las otras personas para llegar tarde y las distintas maneras que existen de enfrentar esa situación.

Se da una breve introducción de Mindfulness (atención plena en la respiración) intentando implementar esta técnica, como una práctica de rutina en la vida de la paciente, como herramienta para centrar su atención en el presente y reducir la reactividad emocional.

Se sensibiliza acerca de la importancia de tener conciencia del momento presente, para facilitar la identificación de pensamientos disfuncionales y no reaccionar impulsivamente. Se le pide que observe sus pensamientos sin juzgarlos, imaginando que sus pensamientos flotan en el ambiente en forma de nubes y se van sin aferrarse a ellos. Se le enseña esta técnica con el objetivo de que ella la practique cuando vea necesario, pero en especial cuando siente impaciencia al momento de esperar algo o a alguien, ya que es un malestar que siente cada vez que alguien no llega a la hora acordada, o no responde pronto un mensaje.

Se hace una revisión de la tarea asignada la anterior sesión (programación de actividades), a lo que la paciente refiere que no la realizó físicamente, sin embargo sí estuvo programando actividades diarias mentalmente, además se le pregunta si la situación de conflicto con sus amigas fue registrada y manifestó que no, entonces se procede a realizar la actividad en la consulta se pone en práctica lo aprendido en la anterior sesión haciendo uso del registro de pensamientos automáticos y la lista de distorsiones cognitivas, haciéndole notar que esos pensamientos son los que generan incomodidad y reacciones que le hacen sentir insuficiente y culpable. Se analiza la validez de los pensamientos haciendo énfasis en que este proceso debe ser un hábito en su vida, como herramienta para modificar y mejorar su conducta, estado de ánimo, salud mental y por ende sus relaciones interpersonales. Esto le permitirá comprender y cambiar sus patrones de comportamiento, explicándole también que no hay problema si algunas veces no funciona



o no se obtiene el resultado esperado, a fin de no generar frustración y que continúe en el proceso de ir fortaleciendo habilidades para una mejor gestión emocional.

Se realiza la respectiva retroalimentación reforzando sus logros y destacando la disposición de la paciente al cumplir con las tareas enviadas y motivación para trabajar en su salud mental.

Como tarea para la semana se le pide identificar al menos tres pensamientos automáticos durante la semana y reestructurarlos. Se planifica la siguiente sesión, en la que se profundizará en la regulación emocional y la relación entre pensamientos y conducta impulsiva.

---

### **Sesión 5: Mejorar el manejo de la impulsividad y autorregulación emocional**

**Objetivo general:** Ayudar a la paciente a identificar las situaciones o factores detonantes emocionales, para reconocer sus patrones impulsivos y brindar herramientas de gestión emocional adecuada.

Se realiza la bienvenida para generar un espacio seguro y un ambiente donde la paciente sienta la confianza de brindar la información necesaria y mostrar sus registros de pensamientos automáticos, reestructuración y programación de actividades. Se evidencia la realización adecuada de estas actividades.

Se analizan e identifican las situaciones importantes de la semana, enfocándonos en aquellas que generan conflicto con las preguntas mencionadas a continuación:

- ¿Podías mencionar las situaciones que te generaron mucha ira?
  - ¿Cómo manejaste las emociones intensas? ¿Te fue posible aplicar las técnicas aprendidas?
- 
-



A lo que la paciente refiere que, si pudo aplicar la técnica de mindfulness, sin embargo, *“El miércoles tuvo una discusión con su pareja. Manifiesta haber sentido mucha rabia y ganas de gritar, pero aplicó la técnica aprendida antes de reaccionar. Aun así, terminó enviando mensajes agresivos y luego se sintió culpable y ansiosa porque no ha podido mejorar la situación y a pesar de los días, se mantiene la tensión en la relación de pareja y la comunicación es nula”*.

Se analiza lo negativa que puede resultar la impulsividad ante situaciones negativas que generan emociones difíciles de controlar y con el antecedente de TLP, se torna aún más problemático. Por lo que aplicar mindfulness, dará resultados a medida sea un hábito y con la práctica. Se hace énfasis en su compromiso con la terapia y con ella misma y se le felicita por su esfuerzo y se menciona que el objetivo es seguir fortaleciendo su capacidad de controlar sus emociones, a fin de validar su esfuerzo en el proceso.

Seguidamente, para que la paciente pueda tener más técnicas y elegir aquella con la que mejor resultados obtengan y se adapte más, se realiza la introducción al modelo de la “pausa emocional”.

Reconocer el impulso	el	Nombrar la emoción	la	Elegir una estrategia de regulación
<b>¿Qué siento?</b>		¿Es enojo,		<ul style="list-style-type: none"><li>• Escribir lo que siente en una nota antes de enviar un mensaje impulsivo.</li><li>• Salir a caminar antes de responder en una discusión.</li><li>• Aplicar una técnica de distracción (escuchar música, dibujar, apretar una pelota antiestrés).</li></ul>
<b>¿Dónde lo noto en mi cuerpo?</b>		tristeza,		
		miedo?.		



Para la próxima sesión se le pide que, como tarea reflexione sobre cuál es la mejor estrategia, de las aprendidas que le funciona mejor y se adapte mejor a sus necesidades. Además, se le pide que siga con el registro de emociones y planificación de actividades. Para finalizar la sesión se le pregunta cómo se siente y se le da retroalimentación positiva resumiendo que se trabajó en estrategias clave para manejar la impulsividad. Lo importante no es eliminar la emoción, sino aprender a gestionarla.

### **Sesión 6: mejorar las relaciones interpersonales.**

**Objetivo general:** sensibilizar a la paciente acerca de la comprensión de las motivaciones de las personas que forman parte de su contexto.

La paciente acude a consulta, con un aspecto demacrado, ubicada en tiempo y espacio. Inicialmente se muestra lábil emocionalmente y menciona que fue hospitalizada debido a una afección de salud, situación que afectó significativamente a la parte emocional, ya que en esos días la relación de pareja empeoró y el no estuvo cuando ella se encontraba delicada de salud.

Se trabaja contención emocional y motivación mediante psicoeducación y reestructuración cognitiva acerca de las ideas catastróficas que se generan de sí misma al enfrentar estas situaciones difíciles, presentadas en la última semana. Se siente completamente invalidada emocionalmente por su familia, con una sensación de vacío. Ante lo que se hace la retroalimentación acerca de la importancia de entender los motivos de la reacción de los otros y el rol que cumple cada uno en su vida. Se aplica preguntas socráticas y se concluye con pensamientos adaptativos.

Sin embargo, cabe destacar que a pesar de las circunstancias, refiere que no ha tenido crisis de ansiedad y ha gestionado mejor sus emociones, intentando poner en práctica las actividades aprendidas en terapia.

Se trabaja la comunicación asertiva, ya que menciona que constantemente no sabe cómo expresar lo que siente, por lo que se le sugiere que el momento que tengo ganas de enviar

---

---



un mensaje agresivo, primero deberá escribir lo que siento en una nota privada y luego deberá leerla 10 minutos después de haberla escrito. Posterior a ello deberá realizar las correcciones al mensaje antes de decidir enviarlo.

### **Sesión 7 y 8: Seguimiento y control de eficacia de la terapia.**

Se da inicio a la sesión con las evaluaciones psicológicas de control, a fin de verificar la efectividad de la terapia. La paciente tiene un aspecto cuidado y denota una mejoría en su estado de salud general. Realiza las pruebas psicológicas concentrada y con buena disposición.

Se trabaja duelo afectivo enfocando las herramientas aprendidas e las sesiones anteriores al contexto.

### **6. Discusión:**

La paciente llegó a consulta con un diagnóstico preexistente de TLP (trastorno Límite de la Personalidad), mismo que presenta sintomatología coherente con los criterios diagnósticos establecidos en el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014):

1. Esfuerzos desesperados para evitar el desamparo real o imaginado. (Nota: No incluir el comportamiento suicida ni de automutilación que figuran en el criterio 5).
  2. Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas que se caracteriza por una alternancia entre los extremos de idealización y devaluación.
  3. Alteración de la identidad: inestabilidad intensa de la autoimagen y del sentido del yo.
  4. Impulsividad en dos o más áreas que son potencialmente autolesivas (p. ej., gastos, sexo, drogas, conducción temeraria, atracones alimentarios).  
Nota: No incluir el comportamiento suicida ni de automutilación que figura en el criterio 5.
- 
-



5. Comportamiento, actitud o amenazas recurrentes de suicidio, comportamiento de automutilación.
6. Inestabilidad afectiva debida a una reactividad notable del estado de ánimo (p. ej., episodios intensos de disforia, irritabilidad o ansiedad que generalmente duran unas horas y, rara vez, más de unos días).
7. Sensación crónica de vacío.
8. Enfado inapropiado e intenso, o dificultad para controlar la ira (p. ej., exhibición frecuente de genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes). (American Psychiatric Association, 2014)

Se dio inicio a la intervención con la entrevista clínica psicológica, a fin de obtener información acerca del contexto de la paciente, establecer el vínculo terapéutico y los objetivos del plan terapéutico.

Una vez obtenidos todos los datos se evidenció la necesidad de evaluar a la paciente con la finalidad de confirmar el diagnóstico preexistente y en que grado afecta actualmente, por lo que se realizó la aplicación del Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI-2) a fin de obtener información completa ya que es un test psicométrico de amplio espectro que no solo permite evaluar varios patrones de personalidad y trastornos emocionales. Es útil tanto en casos de personalidad normal y patológica mediante escalas de validez, clínicas, de contenido y subescalas de contenido, escalas suplementarias y de los cinco de personalidad psicopatológica. (Butcher, y otros, 2019)

“En la evaluación del presente caso se tomaron en cuenta las escalas clínicas básicas: Histeria (Hi), Depresión (D), Paranoia (Pa), Esquizofrenia (Es), Psicastenia (Pt), Desviación Psicopática (Pd), Masculinidad/feminidad (Mf), Hipocondriasis (Hs), Hipomanía (Ma) e Introversión social (Si); y tres escalas de validez que son L y F (como escalas de fiabilidad) y K (factor K de corrección)” (Butcher, y otros, 2019).

<b>Escalas</b>	<b>Puntuación T</b>
<b>Escala de Validez</b>	



<b>L</b>	57
<b>F</b>	80
<b>K</b>	70
<b>Escala Base</b>	
“ <b>Histeria (Hi)</b> ”	55
“ <b>Depresión (D)</b> ”	76
“ <b>Paranoia (Pa)</b> ”	60
“ <b>Esquizofrenia (Es)</b> ”	77
“ <b>Psicastenia (Pt)</b> ”	75
“ <b>Desviación Psicopática (Pd)</b> ”	79
“ <b>Masculinidad/feminidad (Mf)</b> ”	70
“ <b>Hipocondriasis (Hs)</b> ”	66
“ <b>Hipomanía (Ma)</b> ”	68
“ <b>Introversión social (Si)</b> ”	41

De acuerdo con los resultados obtenidos en el MMPI - 2, del presente caso con diagnóstico preexistente de trastorno límite de la personalidad, sintomatología de ansiedad y depresión, se evidenció un avance significativo post intervención, entre los resultados de la evaluación psicológica inicial en la que se obtuvo 23 puntos en el inventario de depresión de Beck, y 24 en la Escala de ansiedad de Hamilton. Luego de la intervención se vuelve a evaluar a la paciente obteniendo 10 puntos en cada uno de los reactivos psicológicos pasando de un diagnóstico de depresión y ansiedad moderada a leve.

Prueba Psicológica	Puntaje obtenido en Evaluación inicial	en	Puntaje obtenido en Evaluación post intervención
<b>Inventario de Depresión de Beck</b>	23 puntos: depresión moderada o severa		10 puntos Ausencia Mínima – Depresión leve



---

**Escala de Ansiedad de Hamilton** 24 puntos: ansiedad moderada 10 puntos: ansiedad leve

---

Con los resultados obtenidos en las evaluaciones iniciales y con la participación de la paciente se establecen los objetivos terapéuticos basados esencialmente en reducir la sintomatología de ansiedad y depresión a fin de mejorar la calidad de vida y relaciones interpersonales. En el transcurso de 8 sesiones se trabajó mediante enfoque cognitivo conductual las siguientes técnicas:

Psicoeducación con la finalidad de que la paciente entienda la sintomatología y el impacto del trastorno límite de la personalidad, la ansiedad y depresión. También se utilizó esta técnica para destacar la importancia de la terapia y la adherencia al tratamiento. Informar sobre la relación entre pensamientos, emociones y conductas. También se realizó el registro de pensamientos usando diario de emociones y formato estructurado para identificar pensamientos negativos y sus efectos en la conducta, lo que permite detectar patrones de pensamiento disfuncional.

Para identificar las distorsiones cognitivas como: generalización excesiva, catastrofización, pensamiento automático, pensamiento dicotómico, personalización, se empleó la técnica de reestructuración cognitiva y manejo de pensamientos para que la paciente pueda desarrollar respuestas alternativas más racionales y adaptativas.

Además, en varias de las sesiones se empleó las Preguntas socráticas para fomentar el análisis crítico de pensamientos automáticos negativos y la Programación de actividades diseñando junto con la paciente una agenda con actividades placenteras y significativas que ayude a reducir la inactividad y aumentar la motivación.

Finalmente se aplicó Mindfulness y pausa emocional para entrenar la conciencia plena para reducir la impulsividad y la rumiación.

- Técnicas como respiración consciente, exploración corporal y observación sin juicio.
- 
-



Una vez transcurridas las 8 sesiones se procedió a evaluar la efectividad de la intervención aplicando nuevamente los reactivos psicológicos que se mencionaron inicialmente, mismos que muestran un progreso significativo en la salud mental de la paciente como se evidencia la tabla 2 y en la que se muestra a continuación:

<b>Escalas</b>	<b>Puntuación T Pre intervención</b>	<b>Puntuación T Post intervención</b>
<b>Escala de Validez</b>		
<b>L</b>	57	54
<b>F</b>	80	54
<b>K</b>	70	58
<b>Escala Base</b>		
<b>“Historia (Hi)”</b>	76	69
<b>“Depresión (D)”</b>	76	60
<b>“Paranoia (Pa)”</b>	69	64
<b>“Esquizofrenia (Es)”</b>	77	66
<b>“Psicastenia (Pt)”</b>	75	61
<b>“Desviación Psicopática (Pd)”</b>	79	74
<b>“Masculinidad/feminidad (Mf)”</b>	70	70
<b>“Hipocondriasis (Hs)”</b>	66	59
<b>“Hipomanía (Ma)”</b>	68	44
<b>“Introversión social (Si)”</b>	41	41

Analizando los datos de la tabla 2, en la que constan los puntajes obtenidos en el MPI-2, la paciente refleja una evolución significativa en varias escalas, luego de la intervención. A continuación, se analiza la evolución de las puntuaciones:

En la primera escala de validez L del test existe una disminución de tres puntos, una diferencia leve que denota la intención de mostrar una imagen real y por ende más favorable. En la F se evidencia un cambio significativo pasando de una puntuación de 80

---

---



a 54, mejorando así la capacidad de respuesta de la paciente haciéndola más adaptativa. En K se observa inicialmente un puntaje de 70 y post intervención 58, lo que indica que existe mayor apertura a la evaluación y adecuado vínculo terapéutico.

En las escalas clínicas D (depresión), Es (esquizofrenia), Pt (psicastenia), Ma (hipomanía), se puede evidenciar una reducción notable lo que indica que en general la paciente ha mejorado en su estado de ánimo y existe una reducción en la sintomatología depresiva. Además, en base a los resultados se evidencia un mejor control de impulsos y disminución de pensamientos desorganizados haciendo referencia a una mayor estabilidad emocional.

En las escalas Hi (histeria), Pd (desviación psicopática), (Hs) hipocondriasis, y Pa (paranoia), existe una reducción leve en la puntuación lo que sugiere aun existe una tendencia a manifestar sintomatología somática ante situaciones difíciles de manejar. Sin embargo, también se observa disminución en la preocupación por su salud y las ideas de persecución.

Masculinidad/Feminidad (Mf) e Introversión Social (Si) la paciente se mantiene estable, lo que indica que no hubo cambios significativos en la identificación de roles de género y una adecuada interacción social.

## **7. Conclusiones:**

- Se evidencia un avance en el proceso terapéutico, lo que afirma la efectividad del enfoque de la Terapia Cognitivo Conductual, en la intervención especialmente en la reducción de síntomas depresivos, ansiedad y pensamiento desorganizado. Sin embargo, se mantiene una tendencia a la impulsividad y somatización en situaciones de estrés.
  - Existe un impacto positivo del enfoque terapéutico y las técnicas aplicadas, sin embargo, hay algunas escalas donde a pesar de existir disminución, la puntuación sigue dentro del rango alto, por lo que es necesario continuar con el proceso
- 
-



terapéutico que hasta la última sesión documentada e el presente documento refleja buenos resultados.

#### **8. Recomendaciones:**

- Continuar con el proceso terapéutico, implementado nuevas técnicas, a fin de brindar a la paciente todas las herramientas posibles para el manejo adecuado del Trastorno límite de la personalidad y situaciones de crisis para continuar con la mejoría en la sintomatología de depresión ansiedad.
- Evaluar periódicamente los resultados de la intervención psicoterapéutica, y en caso de no evidenciar una mejoría en algún punto del proceso terapéutico, considerar el apoyo con tratamiento psiquiátrico.





## 9. Referencias

### Bibliografía

- Reyes-Ortega, M., Zapata-Téllez, J., Gil-Díaz, M., Ramírez-Ávila, C., & Ortiz-León, S. (2023). Utilidad de la terapia dialéctica conductual abreviada para dificultades. *Journal of Psychopathology and Clinical Psychology / Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 28 (1), 67-81, 2023, 67-81.
- Valdivieso Jiménez, G. (2020). Severidad Clínica En Trastorno Bipolar, Trastorno Límite de la personalidad y su comorbilidad. *Rev Chil Neuro-Psiquiat* , 2-15.
- American Psychiatric Association. (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. Washington DC,: American Psychiatric Association .
- Arias, P. R., Gordón-Rogel, J., Galárraga-Andrade, A., & García, F. E. (2022). Propiedades psicométricas de la Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS) en estudiantes ecuatorianos. *Ajayu*, Vol, 20 N° 2, 273-287. doi: <https://doi.org/10.35319/ajayu.202110>
- Butcher, J., Graham, J., Ben-Porath, Y., Tellegen, A., Dahlstrom, W., & Kaemmer, B. (2019). *MMPI-2. Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota-2 (4ª Ed.)* (A. Ávila-Espada y F. Jiménez-Gómez, adaptadores). Madrid: TEA ediciones .
- Cabrales Acevedo, M. C. (17 de Marzo de 2022). *Trastorno Límite de la Personalidad en una Paciente de 18 Años Internada en una Clínica de*. Obtenido de Repositorio Dspace: <http://repositorio.unisinucartagena.edu.co:8080/xmlui/handle/123456789/954>
- Carchipulla-Loyola, A. E., & Cañizares Abril, L. E. (2022). Sintomatología Psicótica del Trastorno Límite de la Personalidad. *Revista Científico-Académica Multidisciplinaria*, 1180-1199.
- 
-



*Evaluación, diagnóstico y tratamiento de un caso con Trastorno Límite de la Personalidad.* (2022).

García Saiz, A. C., & Camus Bueno, A. (2021). Eficacia de un programa de intervención basado en la terapia dialéctica. *MLS Psychology Research* 4, 71-92. doi:doi:10.33000/mlspr.v4i2.704

González Marín, E. M., Montoya Otálvaro, J. A., Cadavid Buitrago, M. A., Gaviria Gómez, A. M., Vilella, E., & Gutiérrez-Zotes, A. (2023). Trastorno límite de la personalidad (TLP), experiencias adversas tempranas y sesgos cognitivos: una revisión sistemática. *Revista de Investigación e Innovación en Ciencias de la Salud · Volume 5, Number 1, 2023 · <https://doi.org/10.46634/riics.174>*, 273-293.

Health, N. I. (2022). *Trastorno límite de la personalidad*. Maryland, Bethesda: National Institute of Mental Health.

Lorenzo Díaz, J. C., Díaz Alonzo, H., Carrete Friol, Z. D., Hernández Quiñones, O. L., & Barrios Licor, R. A. (Diciembre de 2021). Efectividad de la terapia cognitivo conductual en el episodio depresivo. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*.

Maislin, N. L. (2021). El Trastorno Límite de la Personalidad: el abordaje de la impulsividad desde la. *Tesis*. Universidad de Palermo.

Mañas Mañas, I. (s.f.). NUEVAS TERAPIAS PSICOLÓGICAS: LA TERCERA OLA DE TERAPIAS DE CONDUCTA O TERAPIAS DE TERCERA GENERACIÓN. *Gaceta de psicología*, 26-34.

Michelsen Gómez, S., Peñaloza, M., Badoui, N., & Alba, L. H. (2022). Bases biológicas del mindfulness y su aplicación en la práctica clínica. *Univ. Med.*

MSP. (12 de diciembre de 2019). [www.hgdc.gob.ec](http://www.hgdc.gob.ec). Obtenido de <https://www.hgdc.gob.ec/images/Gestiondecalidad/Procedimientos/2020/HGDC-PROT-TPL%20PROTOCOLO%20DE%20TRASTORNO%20LIMITE%20DE%20LA%20PERSONALIDAD.pdf>

Narváez Martínez, A. D., Menudo Monterrey, L., & Amador Jiménez, D. E. (2023). Trastorno límite de personalidad: diagnóstico estructural de. *Revista científica de FAREM - Estelí*, 23-39.

Ñauñay Yucta, K. A., & Tubón Saquina, E. M. (2023). Trastornos de ansiedad y la eficacia de las técnicas cognitivo conductuales en pacientes diabéticos. *Tesis*. UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO, Riobamba.

Organización Panamericana de la Salud. (2025). [www.paho.org](http://www.paho.org). Obtenido de <https://www.paho.org/es/temas/depresion#:~:text=La%20depresi%C3%B3n%20>

---

---



es una enfermedad, 20biológicos 20ambientales 20y 20psicológicos.

Organización Mundial de la Salud. (2024). *www.who.int*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>

Prittwitz Sanz, C. (28 de febrero de 2022). *Evaluación, diagnóstico y tratamiento en caso de trastorno límite de la personalidad*. Obtenido de <https://titula.universidadeuropea.com>:  
<https://titula.universidadeuropea.com/bitstream/handle/20.500.12880/2343/PRITWITZ%20SANZ%20Clara%20Ulrike.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Schluger, A. (2 de Agosto de 2024). *HelpGuide Org*. Obtenido de [www.helpguide.org](http://www.helpguide.org):  
<https://www.helpguide.org/es/ansiedad/terapia-cognitivo-conductual-tcc-para-la-salud-mental>

Solano, R. T., & Polo Martínez, E. M. (2022). TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA LA MEJORA DE LAS. *REEA*, 75-90.

Trujillo Galeano, Á. (2017). *Estudio de Caso Clínico en una Paciente con Trastorno Límite de Personalidad, Comórbido con Trastorno Depresivo Mayor*. Universidad del Norte, Barranquilla.

Tulio Solano, R., & Polo Martínez, E. M. (agosto de 22). Tratamiento cognitivo-conductual para la mejora de las relaciones interpersonales en el trastorno límite de personalidad. *REEA*, 75-90.

Vásquez Dextre, E. R. (2016). Mindfulness: Conceptos generales, psicoterapia y aplicaciones clínicas. *Revista de Neuro-Psiquiatría*.

---

---