

F32.01 Con síndrome somático

Se satisfacen las pautas de episodio depresivo leve y también están presentes cuatro o más del síndrome somático (si están presentes sólo dos o tres, pero son de una gravedad excepcional, puede estar justificado utilizar esta categoría).

F32.1 Episodio depresivo moderado

Pautas para el diagnóstico

Deben estar presentes al menos dos de los tres síntomas más típicos descritos para episodio depresivo leve (F32.0) así como al menos tres (y preferiblemente cuatro) de los demás síntomas. Es probable que varios de los síntomas se presenten en grado intenso, aunque esto no es esencial si son muchos los síntomas presentes. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.

Un enfermo con un episodio depresivo moderado suele tener grandes dificultades para poder continuar desarrollando su actividad social, laboral o doméstica. Se puede utilizar un quinto carácter para especificar la presencia de síndrome somático:

F32.10 Sin síndrome somático

Se satisfacen totalmente las pautas de episodio depresivo moderado y no están presentes síndromes somáticos.

F32.11 Con síndrome somático

Se satisfacen totalmente las pautas de episodio depresivo moderado y están también presentes cuatro o más del síndrome somático (si están presentes sólo dos o tres pero son de una gravedad excepcional, puede estar justificado utilizar esta categoría).

F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos

Durante un episodio depresivo grave, el enfermo suele presentar una considerable angustia o agitación, a menos que la inhibición sea una característica marcada. Es probable que la pérdida de estimación de sí mismo, los sentimientos de inutilidad o de culpa sean importantes, y el

riesgo de suicidio es importante en los casos particularmente graves. Se presupone que los síntomas somáticos están presentes casi siempre durante un episodio depresivo grave.

Pautas para el diagnóstico

Deben estar presentes los tres síntomas típicos del episodio depresivo leve y moderado, y además por lo menos cuatro de los demás síntomas, los cuales deben ser de intensidad grave. Sin embargo, si están presentes síntomas importantes como la agitación o la inhibición psicomotrices, el enfermo puede estar poco dispuesto o ser incapaz de describir muchos síntomas con detalle. En estos casos está justificada una evaluación global de la gravedad del episodio. El episodio depresivo debe durar normalmente al menos dos semanas, pero si los síntomas son particularmente graves y de inicio muy rápido puede estar justificado hacer el diagnóstico con una duración menor de dos semanas.

Durante un episodio depresivo grave no es probable que el enfermo sea capaz de continuar con su actividad laboral, social o doméstica más allá de un grado muy limitado.

Incluye:

Episodios depresivos aislados de depresión agitada.

Melancolía.

Depresión vital sin síntomas psicóticos.

F32.3 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos

Episodio depresivo grave que satisface las pautas establecidas en F32.2, y en el cual están presentes además ideas delirantes, alucinaciones o estupor depresivo. Las ideas delirantes suelen incluir temas de pecado, de ruina o de catástrofes inminentes de los que el enfermo se siente responsable. Las alucinaciones auditivas u olfatorias suelen ser en forma de voces difamatorias o acusatorias o de olores a podrido o carne en descomposición. La inhibición psicomotriz grave puede progresar hasta el estupor. Las alucinaciones o ideas delirantes pueden especificarse como congruentes o no congruentes con el estado de ánimo (ver F30.2).

Incluye: Episodios aislados de:

Depresión mayor con síntomas psicóticos.



Depresión psicótica.

Psicosis depresiva psicógena.

Psicosis depresiva reactiva.

F32.8 Otros episodios depresivos

Episodios que no reúnan las características de los episodios depresivos señalados en F32.0-F32.3, pero que por la impresión diagnóstica de conjunto indican que son de naturaleza depresiva. Por ejemplo, mezclas fluctuantes de síntomas depresivos (especialmente de la variedad somática) con otro; síntomas como tensión, preocupación, malestar o mezclas de síntomas depresivos somáticos con dolor persistente o cansancio no debido a causas orgánicas (como los que se observan en ocasiones en los servicios de interconsulta de hospitales generales).

Incluye:

Depresión atípica.

Episodios aislados de depresión "enmascarada" sin especificación.

F32.9 Episodio depresivo sin especificación

Incluye:

Depresión sin especificación.

Trastorno depresivo sin especificación.

DEPRESION ASOCIADA A OTRAS ENFERMEDADES

Alzheimer: La enfermedad de Alzheimer es una demencia que produce una alteración neurodegenerativa que suele aparecer a partir de los 65 años, aunque también puede presentarse en personas más jóvenes. El 10 % de los enfermos de Alzheimer padecen depresión mayor. Entre un 30% y 40% pueden sufrir depresiones de menor gravedad o ciertos síntomas depresivos. La depresión incrementa el deterioro de las capacidades mentales. La depresión es un mal común entre los que padecen de demencia. En las fases iniciales de la enfermedad de Alzheimer la depresión reduce la capacidad de pensar con claridad y de llevar a cabo las tareas de cada día. También aumenta la posibilidad de que se produzcan cambios en el comportamiento, tales como inquietud y agresión.



Los adultos de edad avanzada que padecen Alzheimer y depresión juntas suelen mostrar signos de mejoría lenta cuando se le administran medicamentos antidepresivos.

Diabetes: Las personas que padecen diabetes son dos veces más propensas a sufrir depresión, según señalan los investigadores en la revista *Diabetes Care*. Mientras la depresión afecta en la población general entre 10% y 25% de mujeres y 5% a 12% de varones, entre diabéticos esta cifra aumenta hasta 33%. Si bien cualquier enfermedad crónica incrementa el riesgo de depresión, la correlación con diabetes es particularmente fuerte debido a las numerosas complicaciones de este padecimiento, así como a los cambios en el estilo de vida que tienen que hacer quienes la padecen.

Cáncer: La depresión es una afección comórbida, un síndrome incapacitante que afecta aproximadamente del 15% al 25% de los pacientes con cáncer. Un elemento crítico en el tratamiento del paciente es el poder reconocer los índices presentes de depresión para poder establecer el grado apropiado de intervención, que podría abarcar desde una consejería leve, a grupos de apoyo, medicación o psicoterapia.

Infarto de miocardio: La aparición de un evento coronario agudo conlleva efectos devastadores sobre el estado de ánimo de las personas que lo sufren, debido a que las personas que sufren un infarto suelen ser personas que hasta ese momento se consideraban sanas, y a partir de ese momento se encuentran sometidos a una terapia médica muy agresiva. Esto hace que frecuentemente estos pacientes presenten trastornos depresivos de diversos grados.

VIH/SIDA: Casi el 85% de los individuos infectados por HIV exhiben algún síntoma de depresión durante el curso de su enfermedad. El diagnóstico de depresión en la enfermedad por HIV puede ser complicado por factores como: tristeza apropiada en relación con una enfermedad que amenaza la vida, aflicción aguda y duelos múltiples, u otras reacciones psicológicas.

Existen otros diagnósticos que también deben ser considerados, como: depresión debida a una enfermedad médica general, a abuso de sustancias o a medicación relacionada al HIV, sepsis secundaria a infección oportunista, neoplasias sistémicas, o complicaciones a nivel del SNC.



VII. ANEXOS

CUESTIONARIO DE SINTOMAS: S.R.Q.-18

Fecha Entrevistador:
 Establecimiento:
 IDENTIFICACION DEL PACIENTE:
 Nombre del paciente:

Fecha de Nacimiento: Edad: Sexo: M F
 Dirección:

Motivo de consulta:

.....

- | | | | | |
|-----|--|----|----|--------------------------|
| 1. | ¿Tiene dolores frecuentes de cabeza? | SI | NO | <input type="checkbox"/> |
| 2. | ¿Tiene mal apetito? | SI | NO | <input type="checkbox"/> |
| 3. | ¿Duerme mal? | SI | NO | <input type="checkbox"/> |
| 4. | ¿Se asusta con facilidad? | SI | NO | <input type="checkbox"/> |
| 5. | ¿Sufre temblor en las manos? | SI | NO | <input type="checkbox"/> |
| 6. | ¿Se siente nervioso o tenso? | SI | NO | <input type="checkbox"/> |
| 7. | ¿Sufre de mala digestión? | SI | NO | <input type="checkbox"/> |
| 8. | ¿Es incapaz de pensar con claridad? | SI | NO | <input type="checkbox"/> |
| 9. | ¿Se siente triste? | SI | NO | <input type="checkbox"/> |
| 10. | ¿Llora Ud. con mucha frecuencia? | SI | NO | <input type="checkbox"/> |
| 11. | ¿Tiene dificultad en disfrutar de sus actividades diarias? | SI | NO | <input type="checkbox"/> |
| 12. | ¿Tiene dificultad para tomar decisiones? | SI | NO | <input type="checkbox"/> |
| 13. | ¿Tiene dificultad en hacer su trabajo? | SI | NO | <input type="checkbox"/> |
| 14. | ¿Su trabajo se ha visto afectado?
¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida? | SI | NO | <input type="checkbox"/> |
| 15. | ¿Ha perdido interés en las cosas? | SI | NO | <input type="checkbox"/> |
| 16. | ¿Se siente aburrido? | SI | NO | <input type="checkbox"/> |
| 17. | ¿Ha tenido la idea de acabar con su vida? | SI | NO | <input type="checkbox"/> |
| 18. | ¿Se siente cansado todo el tiempo? | SI | NO | <input type="checkbox"/> |

PUNTUACIÓN DE LAS PREGUNTAS 1 - 18:

- | | | | | |
|-----|--|----|----|--------------------------|
| 19. | ¿Siente Ud. que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma? | SI | NO | <input type="checkbox"/> |
| | ¿Es Ud. una persona mucho más importante que lo que piensan los demás? | SI | NO | <input type="checkbox"/> |
| | | | | <input type="checkbox"/> |



- | | | | | |
|-----|--|----|----|--------------------------|
| 21. | ¿Ha notado interferencias o algo raro en su pensamiento? | SI | NO | |
| 22. | ¿Oye voces sin saber de donde vienen o que otras personas
no pueden oír? | SI | NO | <input type="checkbox"/> |
| 23. | ¿Ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo con movimientos
de brazos y piernas; con mordedura de la lengua ó pérdida del cono-
cimiento? | SI | NO | <input type="checkbox"/> |
| 24. | ¿Alguna vez le ha parecido a su familia, sus amigos, su médico o su
sacerdote que Ud. estaba bebiendo demasiado? | SI | NO | <input type="checkbox"/> |
| 25. | ¿Alguna vez ha querido dejar de beber pero no ha podido? | SI | NO | <input type="checkbox"/> |
| 26. | ¿Ha tenido alguna vez dificultades en el trabajo o en el estudio a
causa de la bebida como beber en el trabajo o colegio o faltar a ellos? | SI | NO | <input type="checkbox"/> |
| 27. | ¿Ha estado en riñas o lo han detenido estando borracho? | SI | NO | <input type="checkbox"/> |
| 28. | ¿Le ha parecido alguna vez que Ud. bebía demasiado? | SI | NO | <input type="checkbox"/> |

DETERMINACION DE LA PUNTUACION:

El cuestionario tiene varias partes: Las primeras 18 preguntas se refieren a trastornos de leve o moderada intensidad como los depresivos, angustia o ansiosos y otros, nueve o más respuestas positivas en éste grupo determinan que el entrevistado tiene una alta probabilidad de sufrir enfermedad mental, y por lo tanto se le considera un "caso".

Las preguntas 19 a 22 son indicativas de un trastorno psicótico; una sola respuesta positiva entre éstas cuatro determina un "caso".

La respuesta positiva a la pregunta 23 indica alta probabilidad de sufrir un trastorno convulsivo.

Las preguntas 24 a 28 indican problemas relacionados con el consumo del alcohol; la respuesta positiva a una sola de ellas determina que la persona tiene alto riesgo de sufrir alcoholismo.

Cualquiera de estas posibilidades, o una combinación de las tres, indica que efectivamente se trata de un "caso".

CUESTIONARIO DE SÍNTOMAS PARA NIÑOS RQC

Es un instrumento que consta de 10 preguntas, referidas a los últimos seis meses, que identifican signos y síntomas de interés en salud mental en niños y niñas entre 5-15 años. Un ítem positivo indica la necesidad de evaluación integral, diagnóstico, tratamiento y seguimiento por parte de profesional en medicina especializada o profesional en psicología o trabajo social, según sea el caso, para el manejo respectivo.

APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO

Se aplica a través de entrevista con los padres, madres o cuidadores de las niñas y niños menores de 14 años de edad y con los mayores de esta edad con previa autorización. Se responde con una X según corresponda a SI o NO

Preguntas	Si	No
1 ¿El lenguaje del niño es anormal en alguna forma?		
2 ¿El niño duerme mal?		
3 ¿Ha tenido el niño en algunas ocasiones convulsiones o caídas al suelo sin razón?		
4 ¿Sufre el niño de dolores frecuentes de cabeza?		
5 ¿El niño ha huido de casa frecuentemente?		
6 ¿Ha robado algo de la casa?		
7 ¿Se asusta o se pone nervioso sin razón?		
8 ¿Parece como retardado o lento para aprender?		
9 ¿El niño casi nunca juega con otros niños?		
10 ¿El niño se orina o defeca en la ropa?		

TEST PROYECTIVO DE LA FIGURA HUMANA DE KAREN MACHOVER

Titulo original de la prueba	Test Proyectivo de la Figura Humana de Karen Machover.
Autor	Karen Machover
Clasificación	Test Proyectivo
Significación de la prueba	Reflejar en cierto modo una representación o proyección de la propia personalidad y del papel que éste desempeña en su medio ambiente, así como sus impulsos, ansiedades, conflictos y compensaciones características de su personalidad.
Edad	A partir de 7 años. Niños, adolescentes y adultos.
Forma de Administración	Individual
Tiempo de Aplicación	5 a 10 minutos aproximadamente.
Material	1 hoja blanca tamaño A4 y lápiz del número 2 con goma de borrar.

TEST PROYECTIVO DE LA PERSONA BAJO LA LLUVIA

Titulo original de la prueba	Test de la persona bajo la lluvia
Autor	Silvia Mabel Querol y María Chávez Paz
Clasificación	Test Proyectivo
Objetivos	<ul style="list-style-type: none">- Evaluar las ansiedades, temores, aspectos conductuales que se activan ante una situación de presión ambiental.- Diagnosticar modalidad defensiva predominante y su modalidad adaptativa o patológica, nivel de ansiedad.- Diagnosticar o inferir estructura psicopatológica subyacente y su característica de organización-desorganización.
Edad	Niños en adelante.
Forma de Administración	Individual
Tiempo de Aplicación	variable, aproximadamente 30 minutos.
Material	1 hoja blanca tamaño A4 y lápiz del número 2 con goma de borrar.



**INVENTARIO DE PERSONALIDAD
EYSENCK Y EYSENCK
FORMA A-NIÑOS**

INSTRUCCIONES

Aquí hay algunas preguntas acerca de la manera como tú te portas, sientes o actúas. Después de cada pregunta, contesta en la **HOJA DE RESPUESTA**, contestando "SI" o "NO".

Es decir, que pondrás una aspa o cruz en el círculo debajo de la columna "SI"; si la pregunta está de acuerdo con la manera en que generalmente actúas o sientes y pondrás una aspa o cruz en el círculo debajo de la columna "NO"; cuando la pregunta no diga la manera como tu actúas o sientes.

Trabaja rápidamente y no demores mucho tiempo en cada pregunta.

CUESTIONARIO

1. ¿Te gusta que haya mucho ruido y alboroto alrededor tuyo?
2. ¿Necesitas a menudo amigos o compañeros buenos, comprensivos, que te den ánimo o valor?
3. ¿Casi siempre tienes una contestación o respuesta rápidamente (al toque) cuando la gente te conversa?
4. ¿Algunas veces te pones malhumorado, de mal genio?
5. ¿Eres triste?
6. ¿Prefieres estar solo, en vez de estar acompañado de otros niños?
7. ¿Pasan ideas por tu cabeza que no te dejen dormir?
8. ¿Siempre haces inmediatamente conforma lo que te dicen o mandan?
9. ¿Te gustan las bromas pesadas?
10. ¿A veces te sientes infeliz, triste sin que haya ninguna razón especial?
11. ¿Eres vivaz y alegre?
12. ¿Alguna vez has desobedecido cierta regla de la escuela?
13. ¿Te aburren o fastidian muchas cosas?
14. ¿Te gusta hacer las cosas rápidamente?
15. ¿Te preocupas por cosas terribles o feas que pudieran sucederte?
16. ¿Siempre puedes callar todo secreto que sabes?
17. ¿Puedes hacer que una fiesta, paseo o jugo sean alegres?
18. ¿Sientes golpes en tu corazón?
19. ¿Cuándo conoces nuevos amigos, generalmente tu empiezas la conversación?
20. ¿Has dicho alguna vez alguna mentira?
21. ¿Te sientes fácilmente herido o apenado cuando la gente encuentra un defecto en ti o una falla en el trabajo que haces?
22. ¿Te gusta "cochinear" (hacer bromas) y contar historias graciosas a tus amigos?
23. ¿A menudo te sientes cansado sin razón?
24. ¿Siempre terminas tus tareas antes de ir a jugar?
25. ¿Estas generalmente alegre o contento?
26. ¿Te sientes dolido ante ciertas cosas?
27. ¿Te gusta juntarte con otros chicos?
28. ¿Dices tus oraciones todas las noches?
29. ¿Tienes mareos?
30. ¿Te gusta hacerles travesuras y jugarretas a otros?
31. ¿Te sientes a menudo harto, hastiado?
32. ¿Algunas veces alardeas (fanfarroneas) o "tiras pana" un poco?



33. ¿Estas generalmente tranquilo y callado cuando estas con otros niños?
34. ¿Algunas veces te pones tan inquieto que no puedes estar sentado en una silla mucho rato?
35. ¿A menudo decides hacer las cosas de repente, sin pensarlo?
36. ¿Estas siempre callado en la clase, aun cuando el profesor(a) está fuera del salón?
37. ¿Tienes muchas pesadillas que te asustan?
38. ¿Puedes generalmente participar y disfrutar de un paseo alegre?
39. ¿Tus sentimientos son fácilmente heridos?
40. ¿Alguna vez has dicho algo malo, feo u ofensivo acerca de una persona o compañero?
41. ¿Considerarías que eres feliz, suertudo y lechero?
42. ¿Si es que sientes que has aparecido como un tonto o has hecho el ridículo, te quedas preocupado?
43. ¿Te gustan a menudo los juegos bruscos, desordenados, brincar, revolcarte?
44. ¿Siempre comes todo lo que te dan en la comida?
45. ¿Te es muy difícil de aceptar que te digan (NO), te nieguen algo o no te dejen hacer algo?
46. ¿Te gusta salir a la calle bastante?
47. ¿Sientes algunas veces que la vida no vale la pena vivirla?
48. ¿Has sido alguna vez insolente con tus padres?
49. ¿Las personas piensan que tú eres alegre y "vivo"?
50. ¿A menudo te distraes o piensas en otras cosas cuando estás haciendo trabajo o tarea?
51. ¿Prefieres más estar sentado y mirar, que jugar y bailar en las fiestas?
52. ¿A menudo has perdido el sueño por tus preocupaciones?
53. ¿Generalmente te sientes seguro de que puedes hacer las cosas que tienes que hacer?
54. ¿A menudo te sientes solo?
55. ¿T e sientes tímido de hablar cuando conoces a una nueva persona?
56. ¿A menudo te decides a hacer algo cuando ya es muy tarde?
57. ¿Cuándo los chicos(as) te gritan, tú les gritas también?
58. ¿Algunas veces te sientes muy alegre y otros momentos tristes sin alguna razón especial?
59. ¿Encuentras difícil disfrutar y divertirte en una fiesta, paseo juego alegre?
60. ¿A menudo te metes en problemas o líos por hacer las cosas sin pensar primero?



INVENTARIO DE PERSONALIDAD EYSENCK
FORMATO B
CUESTIONARIO

INSTRUCCIONES

Aquí tienes algunas preguntas sobre el modo como usted se comporta, siente y actúa. Después de cada pregunta, conteste en la hoja de respuestas con un "SI" o con una "NO" según sea su caso.

Trate de decir "SI" o "NO" representa su modo usual de actuar o sentir, entonces, ponga un aspa o cruz en el círculo debajo de la columna "SI" o "NO" de su hoja de respuestas. Trabaje rápidamente y no emplee mucho tiempo en cada pregunta; queremos su primera reacción, en un proceso de pensamiento prolongado.

El cuestionario total no debe de tomar más que unos pocos minutos. Asegúrese de omitir alguna pregunta.

Ahora comience. Trabaje rápidamente y recuerde de contestar todas las preguntas. No hay contestaciones "correctas" ni "incorrectas" y esto no es un test de inteligencia o habilidad, sino simplemente una medida de la forma como usted se comporta.

58. ¿le gusta abundancia de excitación y bullicio a su alrededor?
59. ¿tiene a menudo un sentimiento de intranquilidad, como si quisiera algo, pero sin saber qué?
60. ¿tiene casi siempre una contestación lista ala mano cuando se le habla?
61. ¿se siente algunas veces feliz, algunas veces triste, sin una razón real?
62. ¿permanece usualmente retraído (a) en fiestas y reuniones?
63. cuando era niño(a) ¿hacia siempre inmediatamente lo que le decían, sin refunfuñar?
64. ¿se enfada o molesta a menudo?
65. cuando lo(a) meten a una pelea ¿prefiere sacar los trapitos al aire de una vez por todas, en vez de quedar callado(a) esperando que las cosas se calmen solas?
66. ¿es usted triste, melancólico (a)?
67. ¿le gusta mezclarse con la gente?
68. ¿ha perdido a menudo el sueño por sus preocupaciones?
69. ¿se pone a veces malhumorado (a)?
70. ¿se catalogaría a si mismo(a) como despreocupado (a) o confiado a su buena suerte?
71. ¿se decide a menudo demasiado tarde?
72. ¿le gusta trabajar solo (a)?
73. ¿se ha sentido a menudo apático (a) y cansado(a) sin razón?
74. ¿es por lo contrario animado(a) y jovial?
75. ¿se ríe a menudo de chistes groseros?
76. ¿se siente a menudo hastiado(a), harto, fastidiado?
77. ¿se siente incómodo(a) con vestidos que no son del diario?
78. ¿se distrae (vaga su mente) a menudo cuando trata de prestar atención a algo?
79. ¿puede expresar en palabras fácilmente lo que piensa?
80. ¿se abstrae (se pierde en sus pensamientos) a menudo?
81. ¿está completamente libre de prejuicios de cualquier tipo?
82. ¿le gusta las bromas?
83. ¿piensa a menudo en su pasado?



84. ¿le gusta mucho la buena comida?
85. cuándo se fastidia ¿necesita algún(a) amigo(a) para hablar sobre ello?
86. ¿le molesta vender cosas o pedir dinero a la gente para alguna buena causa?
87. ¿alardea (se jacta) un poco a veces?
88. ¿es usted muy susceptible (sensible) por algunas cosas?
89. ¿le gusta más quedarse en casa, que ir a una fiesta aburrida?
90. ¿se pone a menudo tan inquieto(a) que no puede permanecer sentado(a) durante mucho rato en una silla?
91. ¿le gusta planear las cosas, con mucha anticipación?
92. ¿tiene a menudo mareos (vértigos)?
93. ¿contesta siempre una carta personal, tan pronto como puede, después de haberla leído?
94. ¿hace usted usualmente las cosas mejor resolviéndolas solo(a) que hablando a otra persona sobre ello?
95. ¿le falta frecuentemente aire, sin haber hecho un trabajo pesado?
96. ¿es usted generalmente una persona tolerante, que no se molesta si las cosas no están perfectas?
97. ¿sufre de los nervios?
98. ¿le gustaría más planear cosas, que hacer cosas?
99. ¿deja algunas veces para mañana. Lo que debería hacer hoy día?
100. ¿se pone nervioso(a) en lugares tales como ascensores, trenes o túneles?
101. cuando hace nuevos amigos(as) ¿es usted usualmente quien inicia la relación o invita a que se produzca?
102. ¿sufre fuertes dolores de cabeza?
103. ¿siente generalmente que las cosas se arreglarán por si solas y que terminarán bien de algún modo?
104. ¿le cuesta trabajo coger el sueño al acostarse en las noches?
105. ¿ha dicho alguna vez mentiras en su vida?
106. ¿dice algunas veces lo primero que se le viene a la cabeza?
107. ¿se preocupa durante un tiempo demasiado largo, después de una experiencia embarazosa?
108. ¿se mantiene usualmente hético(a) o encerrado (a) en si mismo(a), excepto con amigos muy íntimos?
109. ¿se crea a menudo problemas, por hacer cosas sin pensar?
110. ¿le gusta contar chistes y referir historias graciosas a sus amigos?
111. ¿se le hace más fácil ganar que perder un juego?
112. ¿se siente a menudo demasiado consciente de sí mismo(a) o poco natural cuando esta con sus superiores?
113. cuando todas las posibilidades están contra usted, ¿piensa aun usualmente que vale la pena intentar?
114. ¿siente "sensaciones" en el abdomen, antes de un hecho importante?

Escala de Depresión de Beck.

Consigna: "A continuación encontrara algunas frases, le pedimos que marque aquella con la cual se sienta más identificado actualmente".

1)

- No me siento triste.
- Me siento triste.
- Me siento triste todo el tiempo y no puedo librarme de ello.
- Me siento tan triste o desdichado que no puedo soportarlo.

2)

- No estoy particularmente desanimado con respecto al futuro.
- Me siento desanimado con respecto al futuro.
- Siento que no puedo esperar nada del futuro.
- Siento que el futuro es irremediable y que las cosas no pueden mejorar.

3)

- No me siento fracasado.
- Siento que he fracasado más que la persona normal.
- Cuando miro hacia el pasado lo único que puedo ver en mi vida es un montón de fracasos.
- Siento que como persona soy un fracaso completo.

4)

- Sigo obteniendo tanto placer de las cosas como antes .
- No disfruto de las cosas como solía hacerlo.
- Ya nada me satisface realmente.
- Todo me aburre o me desagrada.

5)

- No siento ninguna culpa particular.
- Me siento culpable buena parte del tiempo.
- Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- Me siento culpable todo el tiempo.

6)

- No siento que esté siendo castigado.
- Siento que puedo estar siendo castigado.
- Espero ser castigado.



Siento que estoy siendo castigado.

7)

No me siento decepcionado en mí mismo.

Estoy decepcionado conmigo.

Estoy harto de mi mismo.

Me odio a mi mismo.

8)

No me siento peor que otros.

Me critico por mis debilidades o errores.

Me culpo todo el tiempo por mis faltas.

Me culpo por todas las cosas malas que suceden.

9)

No tengo ninguna idea de matarme.

Tengo ideas de matarme, pero no las llevo a cabo.

Me gustaría matarme.

Me mataría si tuviera la oportunidad.

10)

No lloro más de lo habitual.

Lloro más que antes.

Ahora lloro todo el tiempo.

Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo llorar nunca aunque quisiera.

11)

No me irrito más ahora que antes.

Me enojo o irrito más fácilmente ahora que antes.

Me siento irritado todo el tiempo.

No me irrito para nada con las cosas que solían irritarme.

12)

No he perdido interés en otras personas.

Estoy menos interesado en otras personas de lo que solía estar.

He perdido la mayor parte de mi interés en los demás.

He perdido todo interés en los demás.



13)

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

14)

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

15)

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

16)

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

17)

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

18)

- Mi apetito no ha variado.
- Mi apetito no es tan bueno como antes.
- Mi apetito es mucho peor que antes.



- Ya no tengo nada de apetito.
-

Este grupo 19 al 21 fue concebido para explorar un síntoma anoréxico

19)

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

20)

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

21)

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

El diagnóstico fue efectuado por dos psiquiatras de amplia experiencia clínica, y los evaluados sometidos a pruebas complementarias de Beck y RDC. Pueden revelar:

- a. depresión leve, si su puntaje es menor de 19
- b. depresión moderada y si su puntaje está ubicado entre 20 - 38
- c. depresión grave si su puntaje es mayor de 39



VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Anderson RJ, Freedland KE, Clouse RE, Lustman PJ. The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes: a meta-analysis. *Diabetes Care*. 2001;24:1069-78.
2. Association AP. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition: DSM-IV-TR®*. American Psychiatric Pub; 2000.
3. Custodio N, García A, Montesinos R, Escobar J, Bendezú L. Prevalencia de demencia en una población urbana de Lima-Perú: Un estudio puerta a puerta. *An Fac med*. 2008; 69(4): 233-238.
4. Gómez-Restrepo C, Bohórquez A, Pinto Masis D, Gil Laverde JFA, Rondón Sepúlveda M, Díaz-Granados N. Prevalencia de depresión y factores asociados con ella en la población colombiana. *Rev Panam Salud Publ* 2004; 16(6):378-86.
5. Hernández M, Cruzado JA, Prado C, Rodríguez E, Hernández C, González MA, et al. Salud mental y malestar emocional en pacientes con cáncer. *Psicooncología*. 2012;9(2-3):233-57.
6. Instituto Especializado de Salud Mental H. Delgado-H.Noguchi (2018). *Guía de práctica clínica para tratamiento de depresión en adultos, versión corta*.
7. Kohn R, Levav I, Caldas de Almeida JM, Vicente B, Andrade L, CaraveoAnduaga JJ, et al. Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. *Rev. Panamá Salud Pública* 2005; 18(4-5):229-40.
8. Ministerio de Salud. *Guía Clínica AUGÉ Depresión en personas de 15 años y más*. Santiago, Chile: Serie Guías Clínicas MINSAL; 2013.
9. Ministerio de Salud. *Plan Nacional de fortalecimiento de servicios de salud mental comunitaria 2018-2021*.
10. Organización Mundial de la Salud (1992). *CIE – 10 Trastornos Mentales y del Comportamiento: Descripciones Clínicas y Pautas para el Diagnóstico*. Madrid: Meditor.1992
11. Vázquez A. Factores psicosociales asociados a la depresión. *Rev Ciencias Salud* 2007;1(1):5-11.



V.- GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DEL TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD

I. FINALIDAD

Proveer y contribuir con un instrumento de apoyo que oriente la toma de decisiones clínicas basadas en recomendaciones sustentadas con la mejor evidencia disponible, donde se establecen los parámetros para realizar el diagnóstico, tratamiento y seguimiento adecuado y estandarizado de pacientes con el trastorno de Personalidad que acuden al Hospital Carlos Lanfranco La Hoz.

II. OBJETIVO

Proveer información actualizada a los profesionales de salud, sobre el trastorno de personalidad para un adecuado diagnóstico, manejo y seguimiento por un equipo de profesionales como psicólogos, psiquiatras, neurólogos, pediatras con enfoque inter y multidisciplinario.

Mejorar la atención en salud prestada a los pacientes.

Unificar y estandarizar criterios de atención integral para la atención en pacientes que presentan trastorno de personalidad.

III. AMBITO DE APLICACIÓN

La presente Guía de Práctica Clínica, es de aplicación en el Servicio de Psicología y otros profesionales de la salud mental del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, sin embargo, podría ser usado también por los profesionales de los centros de salud u otros como los centros comunitarios de salud mental, que presten atención o servicios a personas con T.P. Está dirigida para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los pacientes que acuden al Hospital Carlos Lanfranco La Hoz para su atención en consultorio externo, hospitalización y emergencia.

IV. NOMBRE Y CODIGO

TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD F60.0 – F60.9



V. CONSIDERACIONES GENERALES

5.1. DEFINICION

Según el DSM V los trastornos de la personalidad en general son patrones de pensamiento, percepción, reacción y relación generalizados y duraderos que causan malestar significativo o deterioro funcional.

5.2. ETIOLOGIA

La estructura de la personalidad es la resultante de la interacción entre la programación genética y la programación social”.

5.3. ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS

Los TP ha experimentado cambios notables a partir de la publicación en 1980 del DSM-III, es decir, desde que estos trastornos adquieren una importancia particular en ese manual de clasificación y diagnóstico psiquiátrico. En un interesante estudio, Blashfield e Intoccia (2000) revisan el crecimiento experimentado en las publicaciones científicas sobre los TP entre 1966 y 1995. Contrariamente a lo que esperaban, en lugar de producirse un aumento en las publicaciones posteriores al DSM-III, en realidad lo que se constata es una disminución significativa. Cuando analizan las razones de ese cambio, surgen datos muy reveladores: mientras que las publicaciones sobre el trastorno límite de personalidades posteriores a 1980 aumentan de forma exponencial, seguidas por las relativas a los TP Antisocial y Esquizotípico, las relacionadas con el resto de TP disminuyen de manera drástica.

Con todo, se estima que la frecuencia de estos trastornos en la población general es elevada (entre el 6-13%), y esa tasa aumenta de modo espectacular entre la población que presenta algún trastorno mental (entre el 20-40%). En la mayor parte de los estudios se constata, además, un ligero predominio de mujeres frente a hombres, aunque los datos varían en función del trastorno. Los trastornos límite, por dependencia, evitador, y esquizotípico son los que presentan las cifras más elevadas de prevalencia. Es posible que ello se deba no tanto a una



mayor frecuencia real de estos trastornos sino a otros factores: en el caso del límite y del esquizotípico, los criterios diagnósticos están bastante bien definidos y son relativamente específicos; en el dependiente y el evitador, es posible que variables culturales actuales, como la hipervaloración de la autonomía, la independencia, y la competencia social, actúen como amplificadores de unos modos de ser que no responden adecuadamente a los valores imperantes. En el Cuadro 1.4 se ofrece un resumen de las prevalencias promedio de los diferentes TP encontradas en diversos estudios, según los datos ofrecidos por Torgersen, Kringlen y Cramer (2001).

La prevalencia internacional de trastornos de la personalidad es del 6%. Los trastornos de la personalidad son significativamente más comunes en los varones, los jóvenes, baja nivel educacional y los desempleados. Estos trastornos presentan Alta comorbilidad con trastornos del Eje I.

La prevalencia en la comunidad de trastornos de la personalidad en los Estados Unidos se ha estimado en alrededor del 15%.

En hospitalización psiquiátrica: los TP son 30-60%; los TP límite son 20-30%.

El trastorno antisocial es más frecuente en hombres y el histriónico y limítrofe en mujeres.

El trastorno antisocial y el limítrofe se asocian con frecuencia al consumo de alcohol y otras sustancias.

5.4. FACTORES DE RIESGO ASOCIADO

5.4.1. Medio Ambiente

Esto incluye los alrededores en los que creces, los eventos que tuvieron lugar y las relaciones con familiares y otras personas.

5.4.2. Estilos de Vida

La personalidad es la combinación de pensamientos, emociones y conductas que nos hacen únicos. Es el modo en el que ves,



comprendes y te relacionas con el mundo exterior, así como el modo en el que te ves a ti mismo. La personalidad se forma durante la infancia.

Se piensa que los trastornos de la personalidad son provocados por una combinación de influencias genéticas y del entorno. Es posible que los genes hagan vulnerable a desarrollar un trastorno de la personalidad, y una situación de la vida puede desencadenar el desarrollo.

5.4.3. Factores Hereditarios

Los genes, es posible que determinados rasgos de la personalidad se transmitan de padres a hijos mediante los genes heredados. A veces, estos rasgos se llaman tu temperamento.

VI. CONSIDERACIONES ESPECIFICAS

6.1. CUADRO CLINICO

F60 Trastornos específicos de personalidad

F60.0 Trastorno de personalidad paranoide

F60.1 Trastorno esquizoide de personalidad

F60.2 Trastorno de personalidad antisocial

F60.3 Trastorno límite de personalidad

F60.4 Trastorno de personalidad histriónica

F60.5 Trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo

F60.6 Trastorno de personalidad evitativa

F60.7 Trastorno de personalidad dependiente

F60.8 Otros trastornos específicos de personalidad

- F60.81 Trastorno de personalidad narcisista
- F60.89 Otros tipos de trastornos específicos de personalidad

F60.9 Trastorno de personalidad, no especificado

6.1.1. Signos y Síntomas

Los tipos de trastornos de la personalidad se dividen en tres grupos, sobre la base de características y síntomas similares.



Muchas personas que presentan un trastorno de la personalidad también tienen signos y síntomas de, al menos, un trastorno de la personalidad más. No es necesario que se manifiesten todos los signos y síntomas enumerados para que se diagnostique un trastorno.

TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD GRUPO A

TRASTORNO PARANOIDE DE LA PERSONALIDAD

- Desconfianza y sospecha generalizadas hacia los demás y sus motivos
- Creencia injustificada de que los demás intentan dañarte o engañarte
- Sospecha injustificada de la lealtad o la fiabilidad de los demás
- Vacilación al confiar en los demás debido al temor no razonable de que usarán la información en tu contra
- Percepción de comentarios inocentes o situaciones no intimidantes como si fuesen insultos o ataques personales
- Reacción hostil o de furia a los insultos o desaires percibidos
- Tendencia a guardar rencor
- Sospecha injustificada y recurrente de que el cónyuge o la pareja sexual es infiel

TRASTORNO ESQUIZOIDE DE LA PERSONALIDAD

- Falta de interés en las relaciones sociales o personales; preferencia por la soledad
- Amplitud limitada de las emociones
- Incapacidad para disfrutar la mayoría de las actividades
- Incapacidad para captar las señales sociales normales
- Aparentar ser distante o indiferente
- Poco interés o interés nulo en las relaciones sexuales

TRASTORNO ESQUIZOTIPICO DE LA PERSONALIDAD

- Vestimenta, pensamientos, creencias, discurso o conductas peculiares



- Experiencias perceptivas extrañas, como escuchar que alguien susurra tu nombre
- Falta de expresión emocional o respuestas emotivas inadecuadas
- Ansiedad social y falta de relaciones cercanas o incomodidad con dichas relaciones
- Respuesta indiferente, inadecuada o suspicaz a los demás
- Pensamiento mágico (creer que puedes ejercer influencia en personas y acontecimientos con el pensamiento)
- Creencia de que determinados incidentes o acontecimientos casuales tienen mensajes ocultos exclusivos para ti

TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD DEL GRUPO B

TRASTORNO DE PERSONALIDAD ANTISOCIAL

- Indiferencia hacia las necesidades o los sentimientos de los demás
- Mentiras, robos, uso de apodos, estafas constantes
- Problemas legales recurrentes
- Violación constante de los derechos de los demás
- Comportamiento agresivo, a menudo violento
- Indiferencia hacia la seguridad propia y de los demás
- Conducta impulsiva
- Irresponsabilidad constante
- Falta de remordimiento por el comportamiento

TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD

- Conducta impulsiva y riesgosa, como tener relaciones sexuales sin protección, involucrarse en apuestas o tener atracones
- Imagen personal inestable o frágil
- Relaciones inestables e intensas
- Cambios en el estado de ánimo, a menudo como reacción al estrés interpersonal
- Conductas suicidas o amenazas de autolesión
- Temor intenso a estar solo o a ser abandonado
- Sentimientos de vacío continuos



- Ataques de ira frecuentes e intensos
- Paranoia intermitente relacionada con el estrés

TRASTORNO HISTRIONICO DE LA PERSONALIDAD

- Búsqueda constante de atención
- Excesivamente exaltado, drástico o provocativo en el plano sexual, con el objetivo de captar la atención
- Discurso espectacular con opiniones fuertes, pero con pocos hechos o detalles para respaldarlas
- Fácilmente influenciable
- Emociones poco profundas que cambian rápidamente
- Preocupación excesiva por la apariencia física
- Pensamiento de que las relaciones con los demás son más cercanas que lo que en realidad son

TRASTORNO NARCISISTA DE LA PERSONALIDAD

- Creencia de que eres especial y más importante que los demás
- Fantasías sobre el poder, el éxito y la atracción
- Incapacidad para reconocer las necesidades y los sentimientos de los demás
- Exageración de logros o talentos
- Expectativa de elogios y admiración constantes
- Arrogancia
- Expectativas no razonables de favores y ventajas, a menudo aprovechándose de los demás
- Envidia hacia los demás o creencia de que los demás te envidian

TRASTORNO DE PERSONALIDAD GRUPO C

TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD POR EVITACIÓN

- Sensibilidad excesiva a las críticas y al rechazo
- Sentimiento de ser inadecuado, inferior o desagradable
- Evasión de las actividades laborales que implican contacto interpersonal
- Inhibición, timidez y aislamiento en el plano social; evitar las actividades nuevas o reunirse con extraños



- Timidez extrema en situaciones sociales y en las relaciones personales
- Temor a la desaprobación, a pasar vergüenza o a hacer el ridículo

TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD DEPENDIENTE

- Dependencia excesiva de los demás y sentir la necesidad de que alguien te cuide
- Conducta sumisa o apegada hacia los demás
- Temor a tener que cuidarte o defenderte tú mismo si te dejan solo
- Falta de confianza en ti mismo, necesidad de consejos excesivos y de la confirmación de los demás para tomar incluso decisiones de poca importancia
- Dificultad para iniciar o llevar a cabo proyectos solo debido a la falta de confianza en ti mismo
- Dificultad para expresar desacuerdo con los demás, por temor a la desaprobación
- Tolerancia hacia tratos abusivos o inadecuados, incluso cuando existen otras opciones
- Necesidad urgente de comenzar una nueva relación cuando ha terminado otra

TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD OBSESIVO - COMPULSIVO

- Preocupación por los detalles, el orden y las normas
- Perfeccionismo extremo, que genera disfunción y angustia cuando no se logra la perfección, por ejemplo, sentirse incapaz de finalizar un proyecto porque no se pueden cumplir las propias normas estrictas
- Deseo de controlar a las personas, las tareas y las situaciones; incapacidad para delegar tareas
- Negarse a reunirse con amigos o a hacer actividades placenteras debido a un compromiso excesivo con el trabajo o con un proyecto
- Incapacidad para desechar objetos rotos o inútiles
- Rigurosidad y obstinación
- Inflexibilidad en cuanto a la moral, la ética o los valores
- Estricto, control mezquino del presupuesto y los gastos



- El trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva no es lo mismo que el trastorno obsesivo-compulsivo, un tipo de trastorno de ansiedad.

6.1.2. Interacción cronológica

La incorporación a su modelo de los principios de la Teoría de la Evolución

Los principios explicativos que emplea Millon son esencialmente los mismos que los de Darwin: en vez de utilizarlos para explicar el origen de las especies, Millon la emplea para explicar la estructura y la dinámica de los Estilos de Personalidad. El complejo de adaptaciones y estrategias de la ecología evolutiva es el equivalente biológico de los estilos de personalidad. La Personalidad se concibe, entonces, como el estilo más o menos distintivo de funcionamiento adaptativo que un miembro de una especie presenta para relacionarse con su ambiente.

Esa personalidad está constituida por los constructos bipolares, que provienen de cuatro principios evolutivos básicos, como se representa en el Cuadro 1

Cuadro 1. Principios evolutivos, funciones de supervivencia y constructos bipolares del modelo de Millon (1998)

PRINCIPIO EVOLUTIVO/ ECOLÓGICO	FUNCIONES DE SUPERVIVENCIA	CONSTRUCTO BIPOLAR
Existencia	Potenciación de la vida Preservación de la vida	Placer-Dolor
Adaptación	Modificación ecológica Acomodación ecológica	Actividad-Pasividad
Replicación	Individualidad Cuidado de la prole	Si mismo-Otros
Abstracción	Capacidad de razonamiento, reflexión, planificación y toma de decisiones	Externa-Interna Tangible-Intangible Intelecto-Afecto Asimilación-Imaginación

Por tanto, la teoría de la evolución es la base que utiliza Millon para definir su modelo de la personalidad desde un nivel estructural y funcional, utilizando tres polaridades psíquicas (Millon y Grossman, 2006).

El modelo multiaxial se ha establecido, específicamente, como señala el propio Millon (1997), para promover las concepciones integradoras de los síntomas manifiestos de un individuo en términos de la interacción entre estilos arraigados de afrontamiento y estresores psicosociales. Por otro lado, no hay que perder de vista la influencia de los factores socioculturales sobre los estilos y trastornos de personalidad, pues su interacción con la personalidad pueden producir la retroalimentación y potenciación de determinados rasgos patológicos (Millon y Grossman, 2005a).

Nuestra labor como clínicos consiste en recapitular la progresión histórica dentro de la persona individual, para conseguir una concepción de la psicopatología de cada paciente que no simplemente diagnostique o documente los trastornos del Eje I, sino que integre estos trastornos manifiestos en el contexto más amplio del estilo individual de percibir, pensar, sentir y comportarse. El proceso interpretativo puede describirse a través de varios niveles u órdenes que faciliten dichas interpretaciones integradas, como se expondrá en el apartado de Instrumentos de evaluación.

Además, Millon (1997) afirma que el movimiento hacia el integracionismo en la concepción de la enfermedad es un hecho empírico histórico, ilustrado por la evolución de las ciencias de la salud a través de dos revoluciones paradigmáticas, ninguna de las cuales se ha completado en la psicopatología (Millon, 2005). Las series de círculos concéntricos en los cambios que han acontecido en la medicina a lo largo del siglo pasado.

6.1.3. Gráficos, Diagramas, Fotografías

El autor establece un paralelismo con la Psicopatología y añade los posibles síndromes y trastornos psicológicos descritos en el DSM que se asemejan a las distintas enfermedades y síntomas físicos en cuanto al nivel de implicación de los agentes externos y de la propia persona en la causa de la enfermedad. Como muy bien explica Millon (Millon y Davis, 1998):

La medicina ha aprendido que ni los síntomas -los estornudos y las toses- ni tampoco las infecciones intrusas -los virus y las bacterias- son la clave de la salud o la enfermedad. Más bien, el último determinante es la competencia de la propia capacidad defensiva del cuerpo. Así, también en la psicopatología, la clave del bienestar psicológico no es ni la ansiedad ni la depresión, ni los estresores de la temprana niñez o de la vida contemporánea. Más bien, es el equivalente mental del sistema inmunológico del cuerpo -aquella estructura y estilo de procesos psíquicos que representan nuestra capacidad general de percibir y de afrontar nuestro mundo psicosocial- es decir, el constructo psicológico que denominamos personalidad.

6.2. DIAGNOSTICO

Los trastornos de la personalidad, incluido el trastorno límite de la personalidad, se diagnostican sobre la base de lo siguiente:

- Una entrevista detallada con tu médico, psicólogo profesional de salud mental.
- Una evaluación psicológica que puede incluir completar cuestionarios.
- La historia clínica y un examen físico.
- El análisis de tus signos y síntomas.

Un diagnóstico de trastorno límite de la personalidad generalmente se realiza en adultos, no en niños ni adolescentes. Esto se debe a que lo que parecen ser signos y síntomas del trastorno límite de la personalidad



pueden desaparecer a medida que los niños crecen y se vuelven más maduros.

6.2.1. Criterios de Diagnóstico

Según el CIE 10

F60.0 para Trastorno paranoide de la personalidad

Trastorno de la personalidad caracterizado por sensibilidad excesiva a los reveses, incapacidad para olvidar ofensas, suspicacia y tendencia a distorsionar experiencias, malinterpretando las acciones neutras o amistosas de los demás, como si fueran hostiles o despreciativas. Hay un sentido agresivo y tenaz de los derechos personales. Hay sospechas recurrentes y sin justificación acerca de la fidelidad del esposo o del compañero sexual. Puede haber autovaloración excesiva, y a menudo hay excesiva autorreferencia.

Personalidad:

- Expansivo-paranoide
- Fanática
- Paranoide
- Querellante
- Sensitivo-paranoide

Excluye: esquizofrenia paranoide (F20.0)

Estado paranoide (F22.0)

Paranoia (F22.0)

Paranoia querellante (F22.8)

Psicosis paranoide (F22.0)

F60.1 para Trastorno esquizoide de la personalidad

Trastorno de la personalidad que se caracteriza por apartarse de los contactos afectivos, sociales y demás, con preferencia por la fantasía, las actividades solitarias y la introspección. Hay incapacidad para expresar sentimientos y para experimentar placer.



Excluye: esquizofrenia (F20.-)

Síndrome de Asperger (F84.5)

Trastorno delirante (F22.0)

Trastorno esquizoide de la niñez (F84.5)

Trastorno esquizotípico (F21)

F60.2 para Trastorno asocial de la personalidad

Trastorno de la personalidad caracterizado por descuido de las obligaciones sociales y endurecimiento de los sentimientos hacia los demás. Hay gran disparidad entre el comportamiento de la persona y las normas sociales prevalecientes. La conducta no se modifica fácilmente a través de la experiencia adversa ni aun por medio del castigo. La tolerancia a la frustración es baja, lo mismo que el umbral tras el cual se descarga la agresión, e incluso la violencia. Hay tendencia a culpar a otros, o a ofrecer racionalizaciones verosímiles acerca del comportamiento que lleva a la persona a entrar en conflicto con la sociedad.

Personalidad:

- Amoral
- Antisocial
- Asocial
- Psicopática
- Sociopática

Excluye: personalidad emocionalmente inestable (F60.3)

Trastornos de la conducta (F91.-)

F60.3 para Trastorno de la personalidad emocionalmente inestable

Trastorno de la personalidad caracterizado por una tendencia definida a actuar impulsivamente y sin considerar las consecuencias. El humor es impredecible y caprichoso. Son probables los arrebatos emocionales, con incapacidad para controlar las explosiones conductuales. Hay tendencia a un comportamiento pendenciero y a generar conflictos con los demás, especialmente cuando las acciones impulsivas son frustradas o censuradas. Se pueden distinguir dos tipos: el impulsivo, caracterizado preponderantemente por



inestabilidad emocional y por falta de control de los impulsos, y el límite, que se caracteriza además por perturbaciones de la autoimagen, de las aspiraciones y de las preferencias íntimas, por sentimientos crónicos de vacío, por relaciones interpersonales intensas e inestables y por una tendencia al comportamiento autodestructivo, que incluye acciones suicidas e intentos de suicidio.

Personalidad:

- Agresiva
- Explosiva
- Límite

Excluye: trastorno asocial de la personalidad (F60.2)

F60.4 para Trastorno histriónico de la personalidad

Trastorno de la personalidad que se caracteriza por una afectividad superficial y lábil, dramatización de sí mismo, teatralidad, expresión exagerada de las emociones, sugestionabilidad, egocentrismo, autoindulgencia, falta de consideración por los demás, demanda continua de aprecio, estímulo y atención, y facilidad para sentirse herido.

Personalidad:

- Histérica
- Psicoinfantil

F60.5 para Trastorno anancástico de la personalidad

Trastorno de la personalidad que se caracteriza por sentimientos de duda, meticulosidad, verificación y preocupación por los detalles, terquedad, precaución y rigidez excesivas. Puede haber pensamientos o impulsos insistentes y rechazados, que no alcanzan la gravedad de un trastorno obsesivo-compulsivo.

Personalidad:

- Compulsiva
- Obsesiva
- Obsesivo-compulsiva



Excluye: trastorno obsesivo-compulsivo (F42.)

F60.6 para Trastorno de la personalidad ansiosa (evasiva, elusiva)

Trastorno de la personalidad caracterizado por sentimientos de tensión y aprehensión, inseguridad e inferioridad. Hay un anhelo permanente por gustar y ser aceptado, una hipersensibilidad al rechazo y a la crítica, conjuntamente con una restricción de los afectos personales y una tendencia a evitar ciertas actividades, por exageración habitual de los peligros y de los riesgos potenciales de las situaciones cotidianas.

F60.7 para Trastorno de la personalidad dependiente.-

Trastorno de la personalidad que se caracteriza por una dependencia pasiva prevalente de otras personas para tomar decisiones en la vida, tanto las importantes como las menores. Hay gran temor al abandono, sentimientos de desamparo y de incompetencia, complacencia pasiva con los deseos de los mayores y de los demás, y una débil respuesta a las demandas de la vida cotidiana. La falta de vitalidad puede hacerse evidente en las esferas intelectual o emocional. A menudo hay tendencia a transferir la responsabilidad a los demás.

Personalidad:

- Asténica
- Inadecuada
- Pasiva
- Derrotista

F60.8 para Otros trastornos específicos de la personalidad

Personalidad:

- Excéntrica
- Inmadura
- Narcisista
- Pasivo-agresiva
- Psiconeurótica
- Tipo "inestable"



F60.9 para Trastorno de la personalidad, no especificado

Neurosis del carácter SAI

Personalidad patológica SAI

6.2.2. Diagnóstico Diferencial

Como ocurre con la mayoría de los casos que nos ocupan en la psicología, es común encontrar síntomas típicos de varias enfermedades, y más en un caso de personalidad límite, donde el diagnóstico diferencial puede llegar a ser de una gran envergadura. La personalidad es un aspecto de la psicopatología que se debería tener siempre en cuenta, independientemente de la fase de evaluación en la que nos encontremos. Algunos síntomas resultan comunes a varias etiquetas nosológicas, como es el caso del suicidio. El suicidio o las conductas autolíticas son uno de los principales cuadros sindrómicos presentes en el TLP (Brodsky et al., 2006; Ellis et al., 1997; Brown, Comtois, & Linehan, 2002). Tanta es su relevancia, que a menudo el terapeuta sólo con oír dicha ideación, puede sospechar de un diagnóstico límite. Es importante explorar esta faceta siempre que se valore estar ante un caso así. A menudo esta es una forma de "evitación del dolor", pues las autoagresiones podrían ser más soportables que el malestar psicológico o emocional (Mosquera y González, 2011).

Es común, confundir los trastornos de personalidad límite con cuadros afectivos, típicamente con depresión mayor, trastorno bipolar y ciclotimia. Hemos de entender que un trastorno de personalidad supone un patrón constante y generalizado de conductas y formas de pensar. Algunos autores se han encaminado hacia la idea de que en realidad el trastorno bipolar y el TLP no suponen dos categorías diagnósticas distintas (Wittchen, 1996). Algunos estudios como los de Brieger, Ehrt y Marneros (2003) encontraron que los pacientes límites cumplían en una medida relativa los criterios para episodios maníacos y bipolares (7%) y para la depresión en un 12 %. Además, existen datos de corte neurobiológico que parecen demostrar la coincidencia estructural

deficitaria en el volumen del lóbulo temporal e irregularidades en el sistema límbico (amígdala principalmente) y en hipocampo (Blumberg et. al, 2003). La principal comunalidad existente entre ambos diagnósticos serían los cambios bruscos en el estado de ánimo o la emocionalidad y la impulsividad (Henry , Mitropoulou, New, Koenigsberg, Silverman y Siever, 2001). Mientras en el bipolar estos cambios son mucho más episódicos y determinados, incluso en cicladores rápidos, en el límite, los cambios de humor serían estados entre los que continuamente fluctúa la persona incluso a lo largo de un mismo día, como así figura en el DSM-5 (APA, 2013).

A veces la personalidad límite puede tornarse en un cuadro psicótico, lo cual sería una de las situaciones más graves. Lo que cabe resaltar de un contexto así, es el hecho de entender que tras unos síntomas psicóticos como pueden ser delirios o alucinaciones, se esconde una personalidad previa. No darse cuenta de esto puede suponer diagnósticos erróneos o precipitados, y lo que es realmente grave, la elección de tratamientos que en apariencia estando bien escogidos, no funcionarían como debiesen. Como ya se ha dicho anteriormente, de forma paralela a cualquier diagnóstico en el ya antiguo eje I del DSM-IV-TR, es necesario explorar la personalidad. En las últimas décadas se viene demostrando la alta coincidencia que tienen los trastornos de personalidad con los trastornos alimenticios. Siendo más típicos en el evitativo y obsesivo la anorexia (Gartner et al., 1989; Gillberg, Rastam y Gillberg, 1995; Thornton y Russell, 1997), y en el límite la bulimia nerviosa o bulimia multiimpulsiva (Piran et al., 1988; Fahy y Eisler, 1993; Garner, y Sackeyfio, 1993). La bulimia nerviosa, que es especialmente recurrente entre el sexo femenino, se caracteriza por atracones que van seguidos de conductas purgativas tales como provocarse el vómito o consumir laxantes, con la finalidad de tener un exhaustivo control sobre el peso y, en el caso de la bulimia nerviosa, sobre la imagen corporal (APA, 1994; Fernández Aranda y Turón, 1998). La comorbilidad estudiada entre la bulimia nerviosa y los trastornos de personalidad

parece oscilar entre muy diversos valores en función de los distintos estudios que se han llevado a cabo. Según Herzog et al. (1992), en una muestra con 210 mujeres, el 27 % de los sujetos tenía un diagnóstico dual de bulimia nerviosa y algún trastorno de la personalidad. Tan sólo el 9% reunía los criterios del límite. En el rango superior, se encuentran los hallazgos de Steiger et al. (1996), donde en una muestra de 76 mujeres bulímicas, estas también cumplimentaban los requisitos para el diagnóstico en el eje II del DSM-IV, trastorno límite de la personalidad. A pesar de esta diferencia porcentual, en lo que sí parecen coincidir todos los autores es en el vaticinio de peor pronóstico que tienen estos pacientes con patología dual. El trastorno de personalidad parece hacer tambalearse profundamente el éxito del tratamiento, siendo algunas de las variables más afectadas la adherencia al mismo, el vínculo terapéutico y la motivación para el cambio (Bussolotti et al.,2002).

Para finalizar, comentar que a veces la patología límite se puede apreciar como un compendio de otras muchas patologías personalógicas, y el diagnóstico puede abarcar distintas tipologías de la personalidad según el DSM-5 (APA,2013). El Trastorno histriónico, igual que el límite, puede confundirnos por compartir algunos síntomas comunes como una reactividad emocional alta y cambiante, y actitudes manipuladoras. Además, en el histriónico también son comunes las tentativas de suicidio, aunque a diferencia del límite, parecen más una llamada de atención que una respuesta impulsiva o paliativa del dolor. Tanto en el TLP como en el esquizoide, se pueden hallar ideas paranoides o "pensamiento mágico", pero habitualmente en el límite se corresponden con estados transitorios, donde mantienen la reactividad ante el exterior. A menudo, la persona límite parece manifestar una conducta dependiente (Pers. Dependiente) o esquiva (Pers. evitativa). Es importante no confundir estas manifestaciones clínicas propias del límite con las citadas anteriormente. A pesar de que puedan parecerse, la personalidad límite actúa desde la rabia, la intolerancia al abandono y una llamada activa de atención.



Para finalizar esta apartado, cabe hablar sobre la comparativa entre el antisocial y el límite. A pesar de ser ambos dos trastornos que se identifican con la manipulación dirigida hacia una meta, lo que los mueve suele ser muy distinto. El TLP, por lo general, buscará la aprobación de las personas cercanas o su reconocimiento, mientras que el antisocial buscará beneficios, generalmente materiales o ventajas sobre los otros. Como en casi toda la clínica, siempre han de descartarse las posibles causas médicas o una exposición tóxica de alguna sustancia que explique mejor la enfermedad. Las enfermedades orgánicas que mayor riesgo tienen de confundirse con este tipo de casos son: enfermedad por hipotiroidismo, infección sistémica, VIH y algunas lesiones cerebrales.

6.3. EXAMENES AUXILIARES

Entre las evaluaciones más utilizadas en el ámbito clínico para diagnosticar algún trastorno de la personalidad, están las siguientes:

- Los 16 factores de Catell.
- El Test de los Colores de Luscher.
- El Inventario clinicomultiaxial de Millon.
- Cuestionario de la personalidad para niños de Catell
- Inventario Multifacético de Personalidad de Minnesota MMPI.
- Inventario de personalidad Big five.
- **Entrevistas clínicas estructuradas para el diagnóstico de los trastornos de personalidad del eje II según el DSM-IV (SCID-II).** Spitzer, R.L, Williams, J.B.W., Gibbon, M., First. M.B. (1990) Es otro tipo de entrevista semiestructurada diagnóstica del eje II que dispone de una validación previa en población española.
- **Entrevista para el diagnóstico del TLP: discriminación entre el TLP y otros trastornos del Eje II (DIB-R) (Zanarini et al., 1989):** Se trata de un cuestionario autoadministrado que evalúa 5 facetas del TLP: adaptación social, patrones de acción impulsivos, afectos, psicosis y relaciones interpersonales.
- **Impresión clínica global para pacientes con trastorno de la personalidad límite (ICG – TLP).** V. Pérez; J. Barrachina; J. Soler et



al. (2007) Constituye una escala muy breve de tan sólo 10 ítems, de los cuales 9 hacen referencia a los criterios diagnósticos y un décimo para la valoración general. Destacar el formato ICG-TLP-M, muy útil para la evaluación durante el tratamiento, ya que evalúa la mejoría en cada uno de los criterios respecto a la línea base.

6.3.1. De Patología clínica

Los **trastornos de la personalidad** son un grupo de patologías mentales que tienen en común el hecho de constituir patrones permanentes de experiencias internas que se desvían marcadamente de lo esperable en la cultura a la que el paciente pertenece y que afectan a diversas áreas del funcionamiento habitual de esa persona, tales como los pensamientos, las emociones o el control de los impulsos.

Estos patrones maladaptativos de comportamiento tienen su comienzo en la adolescencia o en el inicio de la edad adulta, son inflexibles, estables y permanentes a lo largo del tiempo, se presentan en gran variedad de situaciones personales y sociales, provocando un malestar clínicamente significativo o provocan un deterioro en lo social, laboral, etc

Algunos subtipos son más frecuentes en varones (por ej. el trastorno antisocial de la personalidad) y otros, como el trastorno límite o el dependiente, es más frecuente en mujeres.

Los trastornos de la personalidad son más frecuentes cuando se asocian otras condiciones psicopatológicas como un trastorno de la afectividad, abuso de sustancias o un trastorno de la conducta alimentaria.

De hecho, en la mayoría de las ocasiones, son estos problemas los que llevan al paciente a la consulta del psiquiatra y como consecuencia, se diagnostica el trastorno de base de la personalidad.



Los síntomas más habituales son:

- Inadaptación.
- Problemas para las relaciones sociales.
- Problemas en el trabajo o en el colegio.

6.3.2. De imágenes

Pruebas diagnósticas para valorar el cambio en la sintomatología No se ha encontrado adaptación castellana para instrumentos como el Objective behavioral index¹⁵⁵ (OBI), la Borderline evaluation of severity over time¹⁵⁶ (BEST) o el Severity index of personality problems¹⁵⁴ (SIPP-118), específicamente diseñados para evaluar la gravedad y el cambio en el TLP. Lo mismo podemos decir de la versión modificada de la Entrevista diagnóstica para los trastornos de la personalidad de DSM-IV¹⁶⁰ (DIPD-IV), la Borderline symptom list¹⁰¹ (BSL), el Questionnaire of thoughts and feeling¹⁶¹ (QTF) o la Zanarini rating scale for borderline personality disorder⁸⁷ (ZAN-BPD), que en su versión original han mostrado sensibilidad al cambio, al menos de manera preliminar. Sí contamos con la Impresión clínica global para pacientes con TLP¹⁵⁷ (ICG-TLP), desarrollada en nuestro medio. Esta entrevista valora tanto la intensidad de los criterios del TLP como los eventuales cambios producidos tras el tratamiento, y permite al clínico dar una impresión general de la gravedad del cuadro. Hay también versión castellana de la Evaluación dimensional de la patología de la personalidad¹³⁷ (DAPP-BQ), que se ha recomendado por ofrecer una valoración más específica de los subcomponentes de los trastornos de la personalidad.

Recomendaciones generales para el diagnóstico y la evaluación

- √ Se recomienda utilizar instrumentos de medida a fin de conseguir el diagnóstico fiable de los trastornos de la personalidad, dado que se dispone de entrevistas y cuestionarios con buenas propiedades psicométricas y utilidad clínica.
- √ Se recomienda utilizar entrevistas semiestructuradas, basadas en la taxonomía psiquiátrica del DSM, para realizar el diagnóstico de los trastornos de la personalidad dado que, actualmente, son el estándar de referencia. No parece haber ventajas apreciables de unas entrevistas sobre otras en cuanto a su calidad.
- √ Se recomienda, para agilizar el tiempo destinado a la exploración diagnóstica, administrar en primer lugar un inventario autoadministrado para identificar qué aspectos deben ser explorados más exhaustivamente en la entrevista.

6.3.3. De exámenes especializados complementarios

Pruebas diagnósticas validadas en España para el diagnóstico del TLP Muchos de los instrumentos utilizados en la evaluación de los trastornos de la personalidad han sido traducidas, adaptadas y validadas en nuestro medio. En el caso de la clasificación DSM, tres de las cinco entrevistas semiestructuradas y multitrastorno descritas en el Apartado

4.1 y recogidas en el Anexo 3 tienen versión castellana, así como una entrevista semiestructurada específica para el TLP:

- Entrevista diagnóstica para los Trastornos de la personalidad del DSM-IV159 (DIPD-IV)
 - Examen internacional de los trastornos de la personalidad93 (IPDE)
 - Entrevista clínica estructurada para los trastornos de la personalidad91 (SCID-II)
 - Entrevista diagnóstica para el trastorno límite-revisada95 (DIB-R).
- Asimismo, están disponibles en castellano cuatro cuestionarios de autoinforme basados en el modelo DSM:
- Cuestionario diagnóstico de la personalidad163 (PDQ-4+)
 - Inventario clínico multiaxial de Millon-III164 (MCMI-III)
 - Escalas de trastorno de la personalidad del MMPI 2106 (MMPI 2-PD)

- Inventario de trastornos de la personalidad de Wisconsin165 (WISPI-IV). Algunos autoinformes más han sido adaptados en Latinoamérica o su validación está en curso en nuestro medio (ver Anexo 3). En cambio ninguno de los seis autoinformes que evalúan específicamente la sintomatología del TLP ha sido validado en castellano. En el caso de los instrumentos dimensionales más ampliamente utilizados para la evaluación de la estructura de la personalidad normal, todos ellos disponen de versión castellana:

- Inventario de personalidad NEO – revisado121 (NEO PI-R)
- Inventario de temperamento y carácter-revisado131 (TCI-R)
- Escala de susceptibilidad al castigo y susceptibilidad a la recompensa166 (SCSR).

- Zuckerman-Kulhman personality questionnaire167 (ZKPQ)
- Cuestionario de personalidad de Eysenck-revisado168 (EPQ-R).

Algunos instrumentos de patología dimensional tienen igualmente validación castellana:

- Evaluación dimensional de la patología de la personalidad-cuestionario básico137 (DAPP-BQ)

- Personality psychopathology five130 (PSY-5)

- Lista de adjetivos de la personalidad169 (PACL) Cabe señalar en cambio la ausencia de algunos autoinformes que han recibido gran atención en otros medios, como la Schedule for nonadaptive and adaptive personality139 (SNAP) y el Inventory of interpersonal problems – personality disorder170 (IIP-PD). No cuentan tampoco con validación española ninguno de los instrumentos basados en la teoría cognitiva de los trastornos de la personalidad: Questionnaire of thoughts and feelings161 (QTF), Personality disorder beliefs questionnaire171 (PDBQ), y el Personality belief questionnaire172 (PBQ). El Cuestionario de esquemas de Young173 (YSQ) ha sido traducido, pero no se ha publicado estudio de validación. Se cuenta también con adaptaciones en nuestro medio de cuestionarios que evalúan un solo rasgo de personalidad y que se han utilizado con frecuencia en estudios con trastornos de la personalidad:



- Escala de impulsividad de Barratt174 (BIS-11)
- Escala de búsqueda de sensaciones175 (SSS-V)
- Inventario de hostilidad de Buss-Durkee176 (BDHI). En cambio, la única entrevista con validación española es el Listado de psicopatía-revisado166 (PCL-R), que evalúa el constructo de psicopatía de Hare R. D177. No se han encontrado adaptaciones a nuestro medio de las pruebas que evalúan conducta suicida y autolesiva, sean entrevistas o cuestionarios: la Self-Injurious thoughts and behaviors interview145 (SITBI), la Suicide attempt self-Injury interview146 (SASII), la Functional assessment of self-mutilation147 (FASM) o el Suicidal behaviors questionnaire151 (SBQ). La excepción son las escalas de ideación suicida de Beck en formato de entrevista148 (SSI) y el autoinforme Beck suicidal ideation scale149 (BSIS). Sin embargo, para ninguna de las dos se ha encontrado publicada la validación.

6.4. MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

Patología compleja que necesita evaluación y seguimiento por especialista. Es necesario dejar los datos del paciente para hacer un seguimiento telefónico, visita domiciliaria o seguimiento familiar, especialmente los casos de suicidabilidad, sicosis, enfermedades afectivas y/o violencia intrafamiliar, o en aquellos casos en que su red familiar es escasa, negligente o inexistente.

6.4.1. Medidas Generales y preventivas

Muchos especialistas en salud mental consideran que estos trastornos son intratables y que los individuos con trastorno de la personalidad tienen poca capacidad para el cambio. Sin embargo, a pesar de que el temperamento innato de una persona no puede ser modificado, la comprensión de los factores que influyen en el desarrollo de trastornos de la personalidad (como los riesgos genéticos y factores ambientales) puede ayudar a la prevención.



En consecuencia, algunos profesionales de la salud mental defienden medidas de prevención primaria, que incluyen la educación de los padres y los trabajadores de atención primaria, así como la psicoterapia temprana y la protección de los niños traumatizados, que puede ser llevada a cabo por los servicios de desarrollo infantil.

Algunas evidencias sugieren que las relaciones tradicionales entre médico y paciente son de mucho menos valor que los programas que permiten a los padres ver su propio papel y sus propias acciones como capaces de traer cambios positivos en el comportamiento de sus hijos.

La buena crianza de los hijos juega un papel fundamental en el desarrollo del niño y, por tanto, en la prevención de trastornos de la personalidad.

6.4.2. Terapéutica

Tratamiento

Sospecha diagnóstica y derivación del paciente. Por especialista:

Si hay un trastorno del eje I activo (ej: trastorno de pánico, abuso de cocaína), primero se trata este y luego el trastorno de personalidad.

El tratamiento central de los TP está dado por la psicoterapia. Pueden usarse psicofármacos para tratar comorbilidad con trastornos del eje I o sintomáticos (ej: impulsividad, suspicacia). Seguimiento por especialista. Los objetivos generales del tratamiento:

- Tomar conciencia del funcionamiento
- Controlar conductas más disfuncionales
- Mejoría de la autoestima



En la atención primaria y la gestión de medicamentos psiquiátricos, la relación entre el paciente y el médico se facilita mediante la fijación de las expectativas del paciente adecuado y no ser crítico.

La farmacoterapia, utilizada como complemento de la psicoterapia en los trastornos de la personalidad, suele dirigirse a síntomas específicos:

1. Antidepresivos: si existen síntomas claros de depresión, además pueden controlar la impulsividad (especialmente los ISRS).
2. Antiepilépticos: en casos de inestabilidad del ánimo. Podrían controlar también la impulsividad. Se mencionan carbamazepina, ácido valproico, lamotrigina o topiramato.
3. Antipsicóticos: funcionan en dosis muy bajas como ansiolíticos en sujetos muy inestables. Se utilizan sobre todo en periodos de crisis.
4. Carbonato de litio: se usa como estabilizador del ánimo.
5. Ansiolíticos: En principio deben evitarse, pero deben usarse de regla en episodios de descompensación, sobre todo en pacientes del grupo B con intensa disforia, en unión a antipsicóticos y estabilizadores.

Los pacientes con trastornos de la personalidad tienen un mayor riesgo de resultados adversos relacionados con trauma físico, suicidio, trastornos por consumo de sustancias y otros trastornos mentales concurrentes. Los pacientes a menudo tienen dificultad para entender sus condiciones y establecer una relación con sus médicos.

El trastorno límite de la personalidad se trata principalmente con psicoterapia, pero se pueden agregar medicamentos. El médico también puede recomendar hospitalización si tu seguridad está en riesgo.



El tratamiento puede ayudarte a aprender habilidades para controlar y afrontar tu enfermedad. También es necesario recibir tratamiento para cualquier otro trastorno mental que con frecuencia se produzca junto con el trastorno límite de la personalidad, como la depresión o el abuso de sustancias. Con tratamiento, puedes sentirte mejor contigo mismo y llevar una vida gratificante más estable.

Psicoterapia

La psicoterapia, también llamada terapia de conversación, es un enfoque de tratamiento fundamental para el trastorno límite de la personalidad. Es posible que el terapeuta adapte el tipo de terapia que mejor se ajuste a tus necesidades. Los objetivos de la psicoterapia implican ayudarte con lo siguiente:

- Enfocarte con tu capacidad de funcionamiento actual
- Enseñarte a controlar las emociones que te hacen sentir incómodo
- Reducir tu impulsividad al ayudarte a notar los sentimientos en lugar de actuar de acuerdo con ellos
- Trabajar para mejorar tus relaciones al estar más consciente de tus sentimientos y los de los demás
- Enseñarte acerca del trastorno límite de la personalidad

Los tipos de psicoterapia que han demostrado ser efectivos incluyen los siguientes:

- **Terapia dialéctica conductual (DBT).** La terapia dialéctica conductual incluye terapia grupal e individual diseñada específicamente para tratar el trastorno límite de la personalidad. La terapia dialéctica conductual emplea un enfoque a partir de las habilidades hacia la enseñanza sobre el control de las emociones, la tolerancia al estrés y la mejora de las relaciones.
- **Terapia centrada en esquemas.** La terapia centrada en esquemas se puede hacer de forma individual o grupal. Puede



ayudarte a identificar las necesidades no satisfechas que ocasionan patrones de vida negativos que, en algún momento, pudieron ser útiles para la supervivencia, pero que en la edad adulta son dañinos en muchas áreas de la vida. La terapia se enfoca en ayudarte a satisfacer tus necesidades de una manera saludable y a promover patrones de vida positivos.

- **Terapia basada en la mentalización (MBT).** La terapia basada en la mentalización es un tipo de terapia de conversación que te ayuda a identificar tus propios pensamientos y sentimientos en cualquier momento y a crear una perspectiva diferente de la situación. La terapia basada en la mentalización pone énfasis en el pensamiento previo a la reacción.
- **Entrenamiento en sistemas para la previsibilidad emocional y resolución de problemas (STEPPS).** El entrenamiento STEPPS es un tratamiento de 20 semanas que incluye el trabajo en grupos que incorporan miembros de la familia, personas responsables del cuidado, amigos u otros seres queridos en el tratamiento. El entrenamiento STEPPS se usa como parte adicional de otros tipos de psicoterapia.
- **Psicoterapia centrada en la transferencia (TFP).** También llamada psicoterapia psicodinámica, la psicoterapia centrada en la transferencia tiene como objetivo ayudarte a entender tus emociones y dificultades interpersonales a través del desarrollo de tu relación con el terapeuta. Luego, aplicas estos descubrimientos en tus relaciones actuales.
- **El *good psychiatric management*.** Este enfoque de tratamiento se apoya en el manejo del caso, y funda el tratamiento sobre una expectativa de participación laboral o escolar. Se enfoca en encontrar sentido a los momentos emocionales difíciles al considerar el contexto interpersonal de los sentimientos. Puede integrar medicamentos, grupos, educación familiar y terapia individual.



6.4.3. Efectos adversos o colaterales con el tratamiento

Tratamiento Farmacológico

Si bien la Administración de Alimentos y Medicamentos no ha aprobado ningún medicamento diseñado específicamente para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad, ciertos medicamentos pueden ayudar con los síntomas o con los problemas concomitantes, como depresión, impulsividad, agresión o ansiedad. Los medicamentos pueden incluir antidepresivos, antipsicóticos o medicamentos estabilizadores del estado de ánimo.

6.4.4. Signos de alarma

Habrán momentos en los que puedes necesitar un tratamiento más intenso en un hospital o clínica psiquiátricos. La hospitalización también te puede mantener seguro para evitar que te lastimes a ti mismo o para hacer frente a pensamientos o conductas suicidas.

6.4.5. Criterios de Alta

Principios generales del tratamiento.

Reducir el malestar subjetivo.

Ayudar a los pacientes a entender que sus problemas son internos.

Disminuir significativamente las conductas inadaptadas y socialmente indeseables.

Modificar los rasgos de personalidad problemáticos.

6.4.6. Pronóstico

La recuperación lleva tiempo

Aprender a controlar tus emociones, pensamientos y comportamientos lleva tiempo. La mayoría de las personas tienen una mejoría considerable, pero probablemente siempre luches contra los síntomas del trastorno límite de la personalidad. Es posible que a veces haya momentos en que tus síntomas estén mejor o peor. Pero el tratamiento



puede mejorar tu capacidad de desenvolverte y ayudarte a sentirte mejor contigo mismo.

TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL

En los trastornos de personalidad hay esquemas básicos que son:

- Desadaptativos
- Hiperactivos
- Rígidos
- Sobreaprendidos y resistentes al cambio

6.6. CRITERIO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

1. Criterio de Referencia

Los establecimientos de Salud del I nivel de atención referirán a niveles superiores los casos cuya evaluación y tratamiento requieran un manejo especializado. Los hospitales de nivel II y, en especial, de nivel III tienen capacidad resolutive plena en el tratamiento del Trastorno de personalidad.

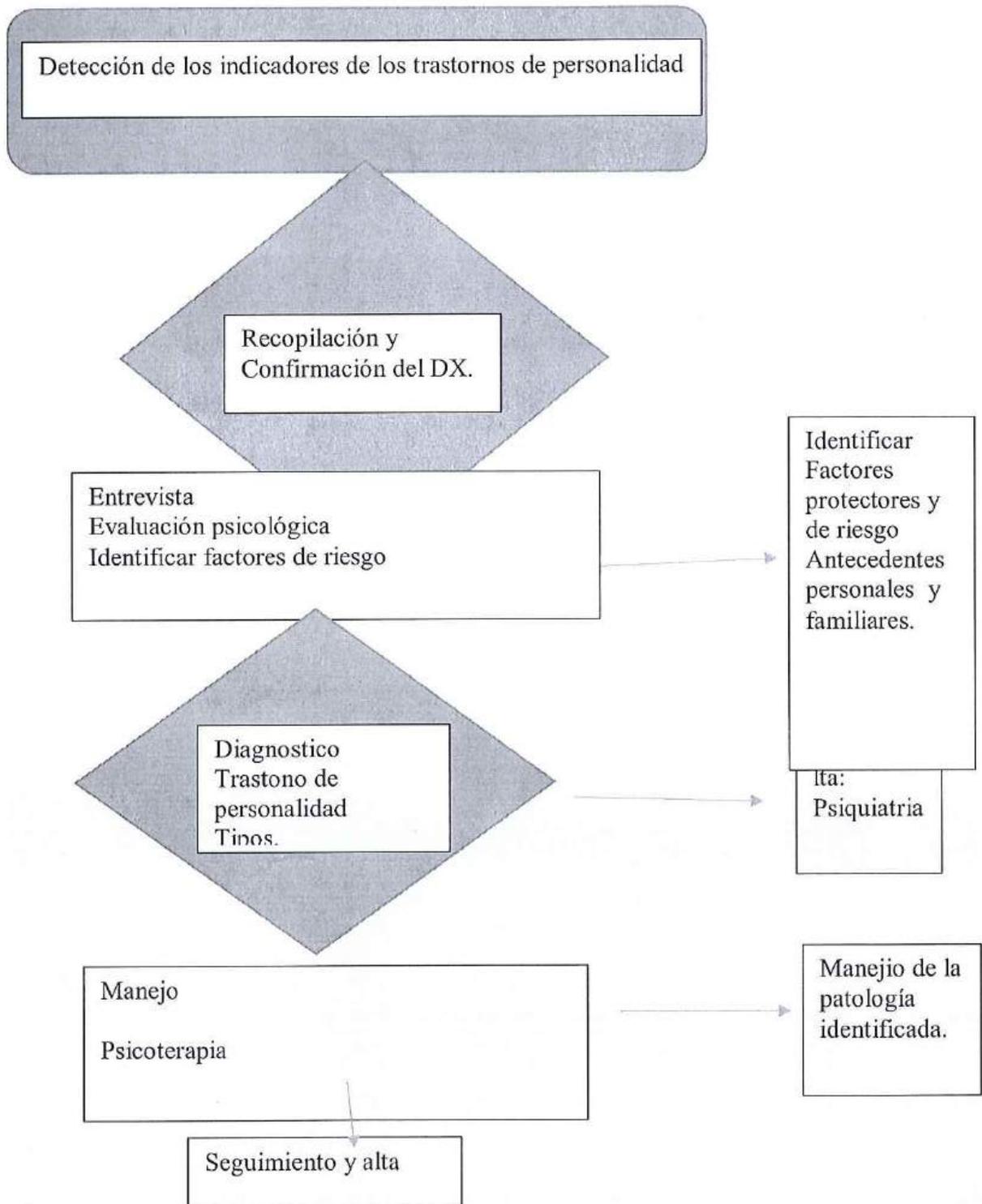
2. Criterio de Contrarreferencia

Una vez estabilizado el cuadro y alcanzados los objetivos básicos del tratamiento, se derivará a su lugar de origen al paciente para proseguir con el mismo y el posterior seguimiento, siempre y cuando dicho establecimiento cuente con psicólogos para la atención.

De estar disponibles, se podrá también recurrir a Redes, ONGs y demás servicios comunales acreditados en la zona de origen.



6.7. FLUXOGRAMA



ANEXOS

S T A I

A/E PD = 30 + =
A/R PD = 21 + =

AUTOEVALUACION A (E/R)

APELLIDOS Y NOMBRES : _____
EDAD: _____ SEXO: (V) (M) FECHA: _____
CENTRO : _____ ESTADO CIVIL : _____

A-E

INSTRUCCIONES

A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación 0 a 3 que indique mejor cómo se SIENTE UD. AHORA MISMO, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente

	Nada	Apto	Bastante	Mucho
1. Me siento calmado.	0	1	# 2	3
2. Me siento seguro.	0	1	# 2	3
3. Estoy tenso	0	1	# 2	3
4. Estoy contrariado.	0	1	# 2	3
5. Me siento cómodo (estoy a gusto).	0	1	# 2	3
6. Me siento alterado.	0	1	# 2	3
7. Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras	0	1	# 2	3
8. me siento descansado	0	1	# 2	3
9. Me siento angustiado.	0	1	# 2	3
10. Me siento confortable	0	1	# 2	3
11. tengo confianza en mi mismo.	0	1	# 2	3
12. Me siento nevioso	0	1	# 2	3
13. Estoy desasosegado.	0	1	# 2	3
14. Me siento muy "atado" (como oprimido)	0	1	# 2	3
15. Estoy relajado	0	1	# 2	3
16. Me siento satisfecho	0	1	# 2	3
17. Estoy preocupado.	0	1	# 2	3
18. Me siento aturdido y sobreexcitado.	0	1	# 2	3
19. Me siento alegre.	0	1	# 2	3
20. En este momento me siento bien	0	1	# 2	3

COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA RESPUESTA

Ahora, vuelva la hoja y lea las instrucciones antes de comenzar a contestar las frases.

M.M.P.I. FORMA ABREVIADA MINI – MULT

Nombres y Apellidos: _____ Edad: _____
 Sexo: _____ Grado de Instrucción: _____ Fecha: _____

INSTRUCCIONES

Ud. Encontrará en éste folleto, una serie de frases. Lea cada una atentamente e indique, con una X, una C ó F en el espacio correspondiente de la hoja de respuesta, si en su caso la frase es cierta (C) o falso (F).
 Trate de ser sincero(a) consigo mismo y use su propio criterio. Si le es posible no deje de contestar ninguna de las frases.

PREGUNTAS	CIERTO	FALSO
1. Tengo buen apellido.		
2. Me despierto descansado y fresco casi todas las mañanas.		
3. Mi vida diaria está llena de cosas que me mantienen interesado.		
4. Trabajo bajo una tensión muy grande.		
5. De vez en cuando pienso cosas demasiado malas para hablar de ellas.		
6. Muy raras veces sufro de estreñimiento.		
7. A veces he sentido un inmenso deseo de abandonar mi hogar.		
8. A veces me dan accesos de ira o llanto que no puedo controlar.		
9. Sufro ataques de náuseas y de vómitos.		
10. Nadie parece comprenderme.		
11. A veces siento deseos de maldecir.		
12. Me dan pesadillas con mucha frecuencia.		
13. Encuentro difícil concentrarme en una tarea o trabajo.		
14. He tenido experiencias muy peculiares y extrañas.		
15. Si la gente no la hubiera cogido conmigo, yo hubiera tenido mucho más éxito.		
16. Por un tiempo, cuando era más joven, participé en pequeños robos.		
17. He tenido periodos de días, semanas o meses que no podía ocuparme de nada, porque no tenía voluntad para hacerlo.		
18. Mi sueño es irregular e intranquilo.		
19. Cuando estoy con gente, me molesta oír cosas muy extrañas.		
20. Le agrado a la mayor parte de la gente que me conoce.		
21. Con frecuencia he tenido que recibir órdenes de alguien que no sabía tanto como yo.		
22. Quisiera poder ser tan feliz como otras personas parecen serlo.		
23. Creo que mucha gente exagera sus desdichas para que se consuelen de ellos y les ayuden.		
24. Algunas veces me enojo.		
25. Decididamente no tengo confianza en mi mismo.		
26. Tengo poco o ningún problema con espasmos o contracciones musculares.		
27. Muchas veces me siento como si hubiera hecho algo incorrecto o malo.		
28. Casi siempre soy feliz.		
29. Algunas personas son tan dominantes que he sentido el deseo de hacer lo contrario de lo que me piden, aunque sepa que tienen la razón.		
30. Creo que están conspirando contra mí (cuando se unen varias personas contra alguien).		
31. La mayor parte de la gente se valen de medios algo injustos para obtener beneficios o ventajas antes que perderlos.		
32. Sufro mucho de trastornos estomacales.		
33. A menudo no puedo comprender porque he estado tan irritable y malhumorado.		
34. A veces los pensamientos pasan por mi mente con mayor rapidez que lo que puedo expresarlo con palabras.		
35. Creo que mi vida de hogar es tan agradable como la mayor parte de la gente que conozco.		
36. Decididamente, a veces me siento que no sirvo para nada.		
37. Durante los últimos años he gozado de salud la mayor parte del tiempo.		
38. He tenido épocas durante las cuales he hecho cosas que luego no he recordado haber hecho.		
39. Creo que recientemente he sido castigado sin motivo.		



**CUESTIONARIO DE SINTOMAS:
S.R.Q.-18**

Fecha Entrevistador:

Establecimiento:

IDENTIFICACION DEL PACIENTE:

Nombre del paciente:.....

Fecha de Nacimiento: Edad: Sexo: M F

Dirección:.....
.....

Motivo de consulta:

.....
.....
.....

- | | | | | |
|-----|--|----|----|--------------------------|
| 1. | ¿Tiene dolores frecuentes de cabeza? | SI | NO | <input type="checkbox"/> |
| 2. | ¿Tiene mal apetito? | SI | NO | <input type="checkbox"/> |
| 3. | ¿Duerme mal? | SI | NO | <input type="checkbox"/> |
| 4. | ¿Se asusta con facilidad? | SI | NO | <input type="checkbox"/> |
| 5. | ¿Sufre temblor en las manos? | SI | NO | <input type="checkbox"/> |
| 6. | ¿Se siente nervioso o tenso? | SI | NO | <input type="checkbox"/> |
| 7. | ¿Sufre de mala digestión? | SI | NO | <input type="checkbox"/> |
| 8. | ¿Es incapaz de pensar con claridad? | SI | NO | <input type="checkbox"/> |
| 9. | ¿Se siente triste? | SI | NO | <input type="checkbox"/> |
| 10. | ¿Llora Ud. con mucha frecuencia? | SI | NO | <input type="checkbox"/> |
| 11. | ¿Tiene dificultad en disfrutar de sus actividades diarias? | SI | NO | <input type="checkbox"/> |
| 12. | ¿Tiene dificultad para tomar decisiones? | SI | NO | <input type="checkbox"/> |
| 13. | ¿Tiene dificultad en hacer su trabajo? | SI | NO | <input type="checkbox"/> |
| 14. | ¿Su trabajo se ha visto afectado?
¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida? | SI | NO | <input type="checkbox"/> |
| 15. | ¿Ha perdido interés en las cosas? | SI | NO | <input type="checkbox"/> |
| 16. | ¿Se siente aburrido? | SI | NO | <input type="checkbox"/> |
| 17. | ¿Ha tenido la idea de acabar con su vida? | SI | NO | <input type="checkbox"/> |
| 18. | ¿Se siente cansado todo el tiempo? | SI | NO | <input type="checkbox"/> |

PUNTUACIÓN DE LAS PREGUNTAS 1 - 18:

- | | | | | |
|-----|--|----|----|--------------------------|
| 19. | ¿Siente Ud. que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma? | SI | NO | <input type="checkbox"/> |
| 20. | ¿Es Ud. una persona mucho más importante que lo que piensan los demás? | SI | NO | <input type="checkbox"/> |



- | | | | | |
|-----|--|----|----|--------------------------|
| 21. | ¿Ha notado interferencias o algo raro en su pensamiento? | SI | NO | |
| 22. | ¿Oye voces sin saber de donde vienen o que otras personas no pueden oír? | SI | NO | <input type="checkbox"/> |
| 23. | ¿Ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo con movimientos de brazos y piernas; con mordedura de la lengua ó pérdida del conocimiento? | SI | NO | <input type="checkbox"/> |
| 24. | ¿Alguna vez le ha parecido a su familia, sus amigos, su médico o su sacerdote que Ud. estaba bebiendo demasiado? | SI | NO | <input type="checkbox"/> |
| 25. | ¿Alguna vez ha querido dejar de beber pero no ha podido? | SI | NO | <input type="checkbox"/> |
| 26. | ¿Ha tenido alguna vez dificultades en el trabajo o en el estudio a causa de la bebida como beber en el trabajo o colegio o faltar a ellos? | SI | NO | <input type="checkbox"/> |
| 27. | ¿Ha estado en riñas o lo han detenido estando borracho? | SI | NO | <input type="checkbox"/> |
| 28. | ¿Le ha parecido alguna vez que Ud. bebía demasiado? | SI | NO | <input type="checkbox"/> |

DETERMINACION DE LA PUNTUACION:

El cuestionario tiene varias partes: Las primeras 18 preguntas se refieren a trastornos de leve o moderada intensidad como los depresivos, angustia o ansiosos y otros, nueve o más respuestas positivas en éste grupo determinan que el entrevistado tiene una alta probabilidad de sufrir enfermedad mental, y por lo tanto se le considera un "caso".

Las preguntas 19 a 22 son indicativas de un trastorno psicótico; una sola respuesta positiva entre éstas cuatro determina un "caso".

La respuesta positiva a la pregunta 23 indica alta probabilidad de sufrir un trastorno convulsivo.

Las preguntas 24 a 28 indican problemas relacionados con el consumo del alcohol; la respuesta positiva a una sola de ellas determina que la persona tiene alto riesgo de sufrir alcoholismo.

Cualquiera de estas posibilidades, o una combinación de las tres, indica que efectivamente se trata de un "caso".





MCMI III (Inventario Clínico Multiaxial de Millon-III)

Instrucciones: En estas páginas encontramos una serie de frases o expresiones que las personas usan para describirse a si mismas. Se presentan aquí para ayudarlo a describir sus sentimientos y actitudes. Al responder, trate de hacerlo del modo más sincero y honesto posible. No se preocupe si alguna de las frases no le parecen muy comunes; se han incluido para describir a gente con muchos tipos de problemas. Recuerde que no hay respuestas correctas o incorrectas, sólo responda según lo que usted piensa y siente. Use la hoja de respuestas. Cuando esté de acuerdo con alguna frase, o si decide que una frase lo describe, haga una (X) en V para marcarlo como verdadero. Si no está de acuerdo, o si la frase no lo describe, haga una (x) en F para marcarlo como falso. No hay límite de tiempo para completar el inventario, aunque es mejor trabajar a un ritmo rápido pero cómodo. Por favor intente responder TODAS las frases.

1.	Mis fuerzas parecen abandonarme aún por la mañana.
2.	Pienso que las reglas son muy importantes porque son una buena guía a seguir.
3.	Disfruto de hacer tantas cosas diferentes que no puedo decidir cuál hacer primero.
4.	La mayor parte del tiempo me siento débil y cansado.
5.	Sé que soy una persona superior.
6.	Nunca se me ha reconocido lo bastante por las cosas que he hecho.
7.	Si mi familia me presiona, tiendo a enojarme a enojarme y a resistirme a lo que ellos quieren.
8.	La gente se burla de mí a mis espaldas, hablando de mi comportamiento o de mi apariencia.
9.	A menudo crítico duramente a las personas que me resultan molestas.
10.	Los demás piensan que soy poco emotivo y no demuestro lo que siento.
11.	Tengo dificultad para mantener el equilibrio al caminar.
12.	Expreso lo que siento fácil y rápidamente.
13.	He tenido frecuentes problemas por el uso de drogas.
14.	A veces puedo ser muy duro y cruel con mi familia.
15.	Lo bueno dura poco.
16.	Soy una persona muy complaciente y muy sumisa.
17.	Cuando era adolescente me metí en muchos problemas por mala conducta en el colegio.
18.	Tengo miedo de hacerme muy amigo de otra persona porque puedo terminar siendo ridiculizado o avergonzado.
19.	Pareciera que siempre elijo amigos que terminan maltratándome.
20.	Desde que era niño he tenido muchas veces pensamientos tristes.
21.	Me gusta seducir a las personas del sexo opuesto.
22.	Soy una persona muy inestable, que cambia de opinión y sentimientos todo el tiempo.
23.	Beber alcohol nunca me ha causado problemas serios en mi trabajo.
24.	Hace algunos años empecé a sentirme un fracasado.
25.	Casi siempre me siento culpable y no sé por qué razón.
26.	Los demás envidian mis habilidades.
27.	Cuando puedo, prefiero hacer las cosas solo.
28.	Pienso que mi familia necesita que la controle duramente y que la someta a mi autoridad.



TEST PROYECTIVO DE LA FIGURA HUMANA DE KAREN MACHOVER

Título original de la prueba : Test Proyectivo de la Figura Humana de Karen Machover.
 Autor : Karen Machover
 Clasificación : Test Proyectivo
 Significación de la prueba : Reflejar en cierto modo una representación o proyección de la propia personalidad y del papel que éste desempeña en su medio ambiente, así como sus impulsos, ansiedades, conflictos y compensaciones características de su personalidad.
 Edad : A partir de 7 años. Niños, adolescentes y adultos.
 Forma de Administración : Individual
 Tiempo de Aplicación : 5 a 10 minutos aproximadamente.
 Material : 1 hoja blanca tamaño A4 y lápiz del número 2 con goma de borrar.

Nombre: TEST DE LA FIGURA HUMANA (MACHOVER)	
Autor:	Karen Machover
Constructo de medición:	Evaluar aspectos de la personalidad del sujeto en relación a su auto concepto y a su imagen corporal
Rango de edad	Niños, Adolescentes y adultos.
Tiempo de aplicación	No hay límite, sin embargo, el promedio de su realización es de 15 a 30 minutos.
Forma de administración	Individual
Área de la psicología en la que se utiliza:	Clínica, Educativa y Organizacional



Material para la aplicación:	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Lápiz No 2 ➤ Borrador ➤ 2 Hojas de tamaño carta en blanco y sin rayas.
Instrucciones (consigna)	<p>“Dibuje una figura humana” o “dibuje una persona”; luego se le dice que ahora dibuje una persona del sexo opuesto y viceversa, al finalizar, los dibujos se le pide que escriba una historia sobre cada dibujo.</p>

TEST PROYECTIVO DE LA PERSONA BAJO LA LLUVIA

Titulo original de la prueba :	Test de la persona bajo la lluvia
Autor :	Silvia Mabel Querol y María Chávez Paz
Clasificación :	Test Proyectivo
Objetivos :	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluar las ansiedades, temores, aspectos conductuales que se activan ante una situación de presión ambiental. - Diagnosticar modalidad defensiva predominante y su modalidad adaptativa o patológica, nivel de ansiedad. - Diagnosticar o inferir estructura psicopatológica subyacente y su característica de organización-desorganización.
Edad :	Niños en adelante.
Forma de Administración :	Individual
Tiempo de Aplicación :	variable, aproximadamente 30 minutos.
Material :	1 hoja blanca tamaño A4 y lápiz del número 2 con goma de borrar.



(BDI) INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

NOMBRES: _____

EDAD: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

FECHA DE APLICACIÓN: _____

INSTRUCCIONES.

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido durante esta última semana, incluido el día de hoy. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márkela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección.

- 1° No me siento triste.
 Me siento Triste.
 Me siento triste siempre y no puedo salir de mis tristezas.
 Estoy tan triste o desdichado que no puedo soportarlo.
- 2° No me siento especialmente desanimado/a frente al futuro.
 Me siento desanimado/a con respecto al futuro.
 Siento que no tengo nada que esperar.
 Siento que en el futuro no hay esperanza y que las cosas no pueden llegar a Mejorar.
- 3° No creo que sea un fracasado.
 Creo que he fracasado más que cualquier persona normal.
 Al recordar mi vida pasada, todo lo que veo es un montón de fracasos.
 Creo que soy un fracaso absoluto como persona.
- 4° Obtengo tanta satisfacción de las cosas como la que solía obtener antes.
 No disfruto de las cosas de la manera que solía hacerlo.
 Ya no tengo una verdadera satisfacción de nada.
 Estoy insatisfecho/a aburrido/a de todo.
- 5° No me siento especialmente culpable.
 Me siento culpable una buena parte del tiempo.
 Me siento bastante culpable casi siempre.
 Me siento culpable siempre.
- 6° No creo que estoy siendo castigado/a.
 Creo que puedo ser castigado/a.
 Espero ser castigado/a.
 Creo que estoy siendo castigado/a.
- 7° No me siento decepcionado/a de mí mismo.
 Me siento decepcionado/a de mí mismo/a.
 Estoy disgustado/a conmigo mismo/a.
 Me odio.
- 8° No creo ser peor que los demás.



- Me critico por mis debilidades y errores.
- Me culpo siempre por mis errores.
- Me culpo por todo lo malo que me sucede.

- 9° No pienso matarme.
- Pienso en matarme, pero no lo haría.
 - Me gustaría matarme.
 - Me gustaría matarme, si tuviera la oportunidad.

- 10 No lloro más que de costumbre.
- Ahora no lloro más de lo que solía llorar.
 - Solía poder llorar, pero ahora no paro de llorar aunque quiera.
 - Ahora lloro todo el tiempo.

- 11 Las cosas no me irritan más que de costumbre.
- Las cosas me irritan un poco más que de costumbre.
 - Estoy bastante irritado o enfadado/a la mayor parte del tiempo.
 - Ahora me siento más irritado/ que de costumbre.

- 12 No he perdido el interés por otras personas.
- Estoy menos interesado/a en otras personas que de costumbre.
 - He perdido casi todo mi interés por otras personas.

- 13 Tomo decisiones casi como siempre.
- Postergo la adopción de las decisiones más que de costumbre.
 - Tengo más dificultad para tomar las decisiones que antes.
 - ya no puedo tomar más decisiones.

- 14 No creo que mi aspecto sea peor que de costumbre,
- Me preocupa el hecho de parecer viejo/a sin atractivos.
 - Siento que hay permanentes cambios en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo/a.
 - Creo que me veo feo/a.

- 15 Puedo trabajar tan bien como antes.
- Me cuesta mucho más esfuerzo empezar a hacer algo.
 - Tengo que obligarme seriamente para hacer cualquier cosa.
 - No puedo trabajar en absoluto.

- 16 Puedo dormir tan bien como antes.
- No puedo dormir tan bien como solía hacerlo.
 - Me despierto una o dos horas antes que de costumbre y me cuesta mucho volver a dormirme.
 - Me despierto varias horas antes de lo que solía.

- 17 No me canso más que de costumbre.
- Me canso más fácilmente que de costumbre.
 - Me canso sin hacer casi nada.
 - Estoy demasiado cansado/a para hacer algo.



- 18 Mi apetito no es peor que de costumbre.
 Mi apetito no es tan bueno como solía ser.
 Mi apetito está mucho peor ahora.
 Ya no tengo apetito.
- 19 No he perdido mucho peso, si es que he perdido algo últimamente.
 He rebajado más de dos kilos y medio.
 He rebajado más de cinco kilos.
 He rebajado más de siete kilos y medio.
- 20 No me preocupo por mi salud más que de costumbre.
 Estoy preocupado/a por problemas físicos como, por ej., dolores, molestias Estomacales o estreñimiento.
 Estoy muy preocupado por problemas físicos y me resulta difícil pensar en Cualquier otra cosa.
 Estoy tan preocupado/a por mis problemas físicos que no puedo pensar en Ninguna otra cosa.
- 21 No he notado cambio alguno recientemente en mi interés por el sexo.
 Estoy menos interesado/a en el sexo de lo que solía estar.
 Ahora estoy mucho menos interesado/a en el sexo.
 He perdido el interés por completo en el sexo.

ESCALA DE AUTOVALORACION DE LA ANSIEDAD DE ZUNG

Nombre:

Sexo:

Edad:

Estado Civil:

Fecha:

Historia Clínica:

DNI:

Dirección:

		Nunca o casi nunca	A veces	Con bastante frecuencia	Siempre o casi siempre	Puntos
1	Me siento más intranquilo y nervioso que de costumbre	1	2	3	4	
2	Me siento atemorizado sin motivo	1	2	3	4	
3	Me altero o me angustio fácilmente	1	2	3	4	
4	Siento como si me estuviera deshaciendo en pedazos	1	2	3	4	
5	Creo que todo está bien y no va a pasar nada malo	4	3	2	1	
6	Me tiemblan los brazos y las piernas	1	2	3	4	
7	Sufro dolores de cabeza, del cuello y de la espalda	1	2	3	4	
8	Me siento débil y me canso fácilmente	1	2	3	4	
9	Me siento intranquilo y me es fácil estar tranquilo	4	3	2	1	
10	Siento que el corazón me late a prisa	1	2	3	4	
11	Sufro mareos	1	2	3	4	
12	Me desmayo o siento que voy a desmayarme	1	2	3	4	
13	Puedo respirar fácilmente	4	3	2	1	
14	Se me duermen y me hormiguean los dedos de las manos y de los pies	1	2	3	4	
15	Sufro dolores de estómago o indigestión	1	2	3	4	
16	Tengo que orinar con mucha frecuencia	1	2	3	4	
17	Generalmente tengo las manos secas y calientes	4	3	2	1	
18	La cara se me pone caliente y roja	1	2	3	4	
19	Me duermo fácilmente y descanso bien por la noche	4	3	2	1	
20	Tengo pesadillas	1	2	3	4	

ESCALA DE AUTOVALORACION DE LA DEPRESION DE ZUNG

Nombre:
Edad:
Fecha:
DNI:

Sexo:
Estado Civil:
Historia Clínica:
Dirección:

		Nunca o casi nunca	A veces	Con bastante frecuencia	Siempre o casi siempre
1	Me siento abatido y melancólico	1	2	3	4
2	Por las mañanas es cuando me siento mejor	4	3	2	1
3	Tengo accesos de llanto o ganas de llorar	1	2	3	4
4	Tengo problemas para dormir en la noche	1	2	3	4
5	Tengo tanto apetito como antes	4	3	2	1
6	Aun me atraen las personas del sexo opuesto	4	3	2	1
7	Nota que estoy perdiendo peso	1	2	3	4
8	Tengo trastornos intestinales y estreñimiento	1	2	3	4
9	Me late el corazón más a prisa que de costumbre	1	2	3	4
10	Me canso sin motivo	1	2	3	4
11	Tengo la mente tan clara como antes	4	3	2	1
12	Hago las cosas con la misma facilidad que antes	4	3	2	1
13	Me siento nervioso y no puedo estar quieto	1	2	3	4
14	Tengo esperanza en el futuro	4	3	2	1
15	Estoy más irritable que antes	1	2	3	4
16	Me es fácil tomar decisiones	4	3	2	1
17	Me siento útil y necesario	4	3	2	1
18	Me satisface mi vida actual	4	3	2	1
19	Creo que los demás estuvieran mejor si yo muriera	1	2	3	4
20	Disfruto de las mismas cosas que antes	4	3	2	1

101. Yo tengo gran preocupación por lo que otras personas sientan acerca de mí.
102. Frecuentemente me incomoda bastante por cosas pequeñas.
103. Usualmente le doy a alguien que me ha hecho una mala jugada una segunda oportunidad.
104. Las personas son más felices cuando tienen desafíos y problemas que superar.
105. No hay nunca razón alguna para permanecer apesadumbrado por mucho tiempo.
106. Yo casi nunca pienso en cosas tales como la muerte o la guerra atómica.
107. Me desagrada la responsabilidad.
108. Me desagrada tener que depender de los demás.
109. Realmente las personas nunca cambian en sus raíces.
110. La mayoría de las personas trabajan demasiado duro y no descansan lo suficiente.
111. Es incómodo pero no perturbador el ser criticado.
112. Yo no tengo temor de hacer cosas las cuales no puedo hacer bien.
113. Nadie es perverso o malvado, aún cuando sus actos puedan serlo.
114. Casi nunca me perturbo por los errores de los demás.
115. Las personas hacen su propio infierno dentro de sí mismos.



- 116. Frecuentemente me encuentro a mí mismo(a) planificando lo que haría en diferentes situaciones peligrosas.
- 117. Si alguna cosa es necesaria, la llevo a cabo aún cuando no sea placentera.
- 118. Yo he aprendido a no esperar que los demás se hallen muy interesados acerca de mi bienestar.
- 119. No me incomoda lo que he hecho en el pasado.
- 120. Yo no puedo sentirme realmente contento (a) a menos que me encuentre relajado (a) y sin hacer nada.

INVENTARIO DE CREENCIAS

Nombre:.....
 Edad:.....Sexo:.....Grado:.....
 Fecha de Evaluación:.....

INSTRUCCIONES

Este inventario de Creencias está dirigido para descubrir ideas irracionales particulares, las cuales contribuyen con la infelicidad y la tensión.

No es necesario pensar mucho en ninguna oración, marque su respuesta en la tarjeta de respuestas.

En primer lugar coloque los datos que se le solicitan en el protocolo de respuestas adjunto a este cuadernillo, luego comience por la primera oración, asegúrese de **marcar como Ud. piensa en el momento presente** acerca de la declaración o pregunta y no la manera en que Ud. piensa que "Debería Pensar"

Bien ahora voltee la página y comience a responder cada oración.

- 66. Es importante para mí el que otras personas me aprueben.
- 67. Yo odio el fallar en cualquier cosa.
- 68. Las personas que se equivocan merecen lo que les sucede.
- 69. Usualmente acepto lo que sucede filosóficamente.
- 70. Si una persona quiere, puede ser feliz bajo casi cualquier circunstancia.
- 71. Yo tengo temor de ciertas cosas que frecuentemente me incomodan.
- 72. Usualmente hago a un lado decisiones importantes.
- 73. Todo el mundo necesita a alguien de quien pueda depender para ayuda y consejo.
- 74. "Una cebra no puede cambiar sus rayas".
- 75. Prefiero la tranquilidad del ocio sobre todas las cosas.
- 76. Me gusta tener el respeto de los demás, pero no tengo que tenerlo.
- 77. Yo evito las cosas que no hago bien.
- 78. Muchas personas salvadas escapan al castigo que ellas merecen.
- 79. Las frustraciones no me perturban.
- 80. Las personas se perturban no por las situaciones sino por la visión que tienen de ellas.
- 81. Yo siento poca ansiedad respecto de los peligros no esperados o eventos futuros.
- 82. Trato de salir adelante y tomo las tareas molestas cuando ellas surgen.
- 83. Trato de consultar a una autoridad sobre decisiones importantes.
- 84. Es casi imposible vencer la influencia del pasado.
- 85. Me agrada dedicarme a muchas cosas a la vez.
- 86. Yo quiero agradarle a todo el mundo.
- 87. No me importa el competir en actividades en las cuales los demás son mejores que yo.
- 88. Aquellos que se equivocan o cometen errores merecen ser culpados o castigados.
- 89. Las cosas deberían ser diferentes de la manera en que ellas son.
- 90. Yo produzco mis propias emociones.
- 91. Frecuentemente no puedo apartar mi mente de algunas preocupaciones.
- 92. Yo evito el enfrentar mis problemas.
- 93. Las personas necesitan una fuente de fortaleza fuera de sí mismas.



94. Solamente por que alguna cosa en una ocasión afectó fuertemente mi vida, eso no quiere decir que tiene que hacerlo en el futuro.
95. Yo estoy más realizado (a) cuando tengo muchas cosas que hacer.
96. Yo puedo gustar de mí mismo (a) aún cuando otras personas no lo hagan.
97. Me agrada tener éxito en algunas cosas, pero no siento que tengo que tenerlo.
98. La inmoralidad debería ser fuertemente castigada.
99. Frecuentemente me perturbo por situaciones que no me agradan.
100. Las personas que son miserables usualmente se han hecho a sí mismas de esa manera.
101. Si no puedo evitar que algo suceda no me preocupo acerca de eso.
102. Usualmente hago las decisiones tan pronto como puedo.
103. Hay personas de las cuales dependo grandemente.
104. Las personas sobrevaloran la influencia del pasado.
105. Yo disfruto mucho más el involucrarse en un proyecto creativo.
106. Si no le agrado a los demás, ese es su problema, no el mío.
107. Es grandemente importante para mí el ser exitoso (a) en todo lo que hago.
108. Raramente culpo a las personas por sus equivocaciones.
109. Usualmente acepto las cosas de la manera en que son, aún si ellas no me agradan.
110. Una persona no estaría enojada o deprimida por mucho tiempo a menos que se mantenga a sí misma de esa manera.
111. No puedo tolerar el tomar riesgos.
112. La vida es demasiado corta para gastarla haciendo tareas desagradables.
113. Me agrada mantenerme firme sobre mí mismo(a).
114. Si hubiere tenido diferentes experiencias podría ser más como me gustaría ser.
115. Me agradaría retirarme y dejar de trabajar por completo.
116. Encuentro difícil el ir en contra de lo que piensan los demás.
117. Disfruto las actividades por el placer de realizarlas sin importar cuan bueno (a) yo sea en ellas.
118. El temor al castigo ayuda a las personas a ser buenas.
119. Si las cosas me molestan, yo simplemente las ignoro.
120. Entre más problemas tiene una persona, menos feliz será.
121. Casi nunca estoy ansioso(a) acerca del futuro.
122. Casi nunca dejo las cosas sin hacer.
123. Yo soy el único (a) que realmente puede entender y enfrentar mis problemas.
124. Casi nunca pienso en las experiencias pasadas como afectándome en el presente.
125. Demasiado tiempo libre es aburrido.
126. Aunque me agrada la aprobación, realmente no es una necesidad para mí.
127. Me perturba cuando los demás son mejores que yo en alguna cosa.
128. Todo el mundo es básicamente bueno.
129. Yo hago lo que puedo para obtener lo que quiero y luego no me preocupo acerca de eso.

Ninguna cosa es perturbadora en sí misma, solamente en la manera en que las interpretamos

TEST DE COMPLETAMIENTO DE FRASES DE SACKS PARA ADULTOS

FICHA DE IDENTIFICACIÓN:

Nombre: _____

Edad: ____ años ____ meses Sexo: _____ Escolaridad: _____
 _____ Hora de la aplicación: _____ Fecha
 de la aplicación: _____

INSTRUCCIONES: *A continuación, hay 60 frases incompletas. Lea cada una y complétela con lo primero que venga a su mente. Trabaje tan a prisa como sea posible. En caso de que no pueda completar una, encierre el número correspondiente en un círculo y termine después.*



1. Pienso que mi padre rara vez _____
2. Cuando la suerte está en mi contra _____
3. Siempre he querido _____
4. Si estuviera a cargo _____
5. El futuro me parece _____
6. Las personas que son mis superiores _____
7. Sé que es una tontería pero tengo miedo de _____
8. Creo que un verdadero amigo _____
9. Cuando era niño/a _____
10. Mi idea de mujer/hombre perfecta/o _____
11. Cuando veo a una mujer y hombre juntos _____
12. Comparada con las demás familias, la mía _____
13. En las labores me llevo mejor con _____
14. Mi madre _____
15. Haría cualquier cosa por olvidar _____
16. Si mi padre tan solo _____
17. Creo que tengo habilidad para _____
18. Sería completamente feliz si _____
19. Si yo tuviera gente trabajando para mi _____
20. Yo espero que _____
21. En la escuela, mis maestros _____
22. La mayoría de mis amigos no saben que tengo miedo de _____
23. No me gusta la gente que _____
24. Antes de la guerra, yo _____
25. Pienso que la mayoría de las muchachas/os _____
26. Mi opinión sobre la vida matrimonial es _____
27. Mi familia me trata como _____
28. Las personas con las que trabajo son _____
29. Mi madre y yo _____
30. Mi peor equivocación fue _____
31. Quisiera que mi padre _____
32. Mi mayor debilidad es _____



33. Mi ambición secreta en la vida _____
34. La gente que trabaja para mi _____
35. Algún día yo _____
36. Cuando veo venir a mi jefe _____
37. Me gustaría perder el miedo de _____
38. La gente que más me agrada _____
39. Si fuera joven otra vez _____
40. Creo que la mayoría de las/os mujeres//hombres _____
41. Si yo tuviera relaciones sexuales _____
42. La mayoría de las familias que conozco _____
43. Me gusta trabajar con personas que _____
44. Pienso que la mayoría de las madres _____
45. Cuando era más joven me sentía culpable de _____
46. Siento que mi padre es _____
47. Cuando las circunstancias me son adversas _____
48. Cuando doy órdenes a los demás, yo _____
49. Lo que más deseo en la vida _____
50. Cuando tenga mayor edad _____
51. Las personas a las que considero mis superiores _____
52. A veces mis temores me impulsan a _____
53. Cuando no estoy presente, mis amigos _____
54. Mi recuerdo infantil más vívido _____
55. Lo que menos me gusta de las mujeres//hombres _____
56. Mi vida sexual _____
57. Cuando era niño (a), mi familia _____
58. La gente que trabaja conmigo, generalmente _____
59. Me gusta mi madre, pero _____
60. La peor cosa que he hecho _____



VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS O BIBLIOGRAFIA

1. Dr. Raúl Riquelme Véjar. Clasificaciones de personalidad, conceptos básicos de su tratamiento. Depto Psiquiatría Oriente 2015.
2. Andrew Skodol, MD. Personality disorders. Uptodate: https://www.uptodate.com/contents/personality-disorders?source=search_result&search=personalidad&selectedTitle=1~150.
3. Echeverry J. Definiendo Enfermedad. Rev Col Neumol 2003;15(2):69-81 7. DeVellis RF. Scale Development. Theory and Applications. Newbury Park: Sage Publications; 1991.
4. Benjet, Corina; Borges, Guilherme; Medina-Mora, María Elena. Trastornos de personalidad DSM-IV en México: resultados de una encuesta de población general. Revista Brasileira de Psiquiatria. 2008; 30 (3): 227 – 234. 10. McLean, L, et al. Implications of Childhood Sexual Abuse for Adult Borderline Personality Disorder and Complex Posttraumatic Stress Disorder. American Journal of Psychiatry 2003; 160:369–371,
5. American Psychiatric Association (APA) (1980). Diagnostical and Statistical Manual of mental disorders, III (DSM-III). Washington, D.C.: American Psychiatric Association (APA). (1952, DSM-I; 1968, DSM-II; 1987, DSM-III-R; 1994, DSM-IV; 2000, DSM-IVTR.
6. Cardenal, V. y Sánchez, M.P. (2007). Adaptación y baremación al español del Inventario Clínico Multiaxial de Millon-III (MCMI-III). Madrid: TEA, Ediciones.
7. Cardenal, V., Sánchez, M.P. y Ortiz-Tallo, M. (2007). Adaptación y baremación al español del Inventario Clínico Multiaxial de Millon-III (MCMI-III). Madrid: TEA, Ediciones.
8. Andrew Skodol, MD. Treatment of borderline personality disorder. Uptodate: https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-borderline-personality-disorder?source=search_result&search=borderline&selectedTitle=2~150.
9. Zanarini, Mar C., et al. (2003). A screening measure for BPD: the McLean Screening instrument for borderline personality disorder (MSI-BPD) *Journal of Personality Disorders*.



VI.- GUÍA CLÍNICA PARA EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE TRASTORNOS DE ADAPTACION

I. FINALIDAD

Este instrumento busca contribuir a la orientación en la toma de decisiones clínicas basadas en recomendaciones de acuerdo a evidencias que faciliten elaborar el diagnóstico tratamiento, seguimiento oportuno y estandarizado en pacientes con trastorno de adaptación en personas que acuden al hospital Carlos Lanfranco La Hoz.

Es por ello que se busca establecer recomendaciones basadas en revisiones de evidencia científica de calidad sobre la efectividad y seguridad de las diferentes intervenciones de los trastornos de adaptación.

II. OBJETIVO

- Brindar la atención, evaluación, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y promoción de los trastornos de adaptación.
- Proveer información actualizada a los profesionales de la salud sobre el trastorno de adaptación que contribuya al desarrollo inter y multidisciplinario.
- Estandarizar y unificar criterios de la atención integral en personas que presenten trastorno de adaptación.

III. AMBITO DE APLICACIÓN

La presente guía de práctica clínica es de aplicación en el servicio de psicológica y otros profesionales de la salud mental del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz sin embargo pueden ser usados en centros de salud u otros que presten atención a personas con trastorno de adaptación.

Está dirigida para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las personas que presentar trastorno de adaptación y que acuden al Hospital Carlos Lanfranco La Hoz ya sea por consultorio externo, hospitalización o emergencia.



IV. NOMBRE Y CODIGO

TRASTORNO DE ADAPTACION CODIGO. -CIE 10 F43.2

V. CONSIDERACIONES GENERALES

5.1. DEFINICION

El trastorno de adaptación corresponde a la combinación de síntomas afectivos cognitivos y conductuales que aparecen tras un evento estresante, su característica esencial es que los síntomas aparecen en relación directa a un evento percibido como estresante, por lo que tiende a ser transitorio si cesa el evento o el individuo se adapta. Es un conjunto de reacciones desadaptativas a corto plazo y de alteraciones emocionales que interfieren en el funcionamiento laboral o social del individuo que aparecen en un periodo de adaptación a un cambio significativo o ante algún acontecimiento estresante.

5.2. ETIOLOGIA.-

El agente estresor puede afectar la integridad social del individuo (experiencias, separación, duelo) o también los valores y soportes sociales como(emigración, condición de refugiados) o también la transición mayor en el desarrollo o crisis(inicio de la etapa escolar ,maternidad, paternidad, o dificultad en alcanzar una meta personal, jubilación) Todo esto va a estar ligado al riesgo de la aparición y en la forma de la manifestación de los trastorno de adaptación, en donde se identifican dos factores importantes la vulnerabilidad y la predisposición individual y se concluye que este trastorno no hubiese aparecido en ausencia del agente estresante.

- **Enfoque psicoanalítico. -**



Sigmund Freud le otorgo un peso importante en los factores constitucionales y los interpreto como si interactuasen con las experiencias vitales de una persona para producir vulnerabilidad y fijación. El psicoanálisis resalta el ambiente en donde crece el niño y la importancia del vínculo materno.

- **Enfoque psicodinámico. -**

Este atribuye a que la presencia de patología orgánica y las características de personalidad pueden hacer a una persona más vulnerable a un trastorno adaptativo. Este enfoque menciona que es prioridad para el trastorno adaptativo tres factores, la naturaleza del factor de estrés, los significados conscientes o inconscientes del mismo, y la vulnerabilidad preexistente del sujeto.

- **Enfoque cognitivo conductual**

Las percepciones e interpretaciones de los sucesos o hechos, determinan la respuesta del sujeto. sea esta adaptativa o desadaptativa .es importante evaluar correctamente la situación, empleando la lógica y el sentido común para superar la condición presente.

5.3. FISIOPATOLOGIA.

No hay una causa directa entre el evento estresante y la reacción. Los niños y adolescentes varían en su temperamento, experiencias pasadas, vulnerabilidad y aptitudes para seguir adelante. La etapa de desarrollo en que se encuentren la capacidad de su sistema de apoyo para satisfacer sus necesidades específicas relacionadas con el estrés son factores que pueden contribuir a su reacción ante un estrés específico. Los eventos estresantes varían en duración, intensidad y efecto. En la actualidad no hay evidencias disponibles que sugiera un factor biológico específico que cause los trastornos de adaptación.



5.4. ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS

En virtud a su carácter dimensional se ha contemplado en tres niveles de gravedad clínica

- a) Como síntomas individuales y específicos.
- b) En forma de síndrome clínico indiferenciado.
- c) A modo de síndrome clínico específico.

En el caso de la ansiedad adaptativa, su epidemiología ha resultado totalmente difícil ya que su presencia no solo depende de la existencia de los síntomas, sino de la capacidad profesional para apreciarlos, La fenomenología del trastorno es enormemente heterogénea la cual presenta dificultades para una organización clasificatoria.

Se debe tener en cuenta los síntomas clasificatorios de desórdenes mentales (CIE10 y DSM IV) así como el cumplimiento de la sintomatología para diagnosticar el trastorno, también hay que tener en cuenta las diferencias metodológicas entre los estudios epidemiológicos, el o los instrumentos a utilizar, así como el tipo de diseño empleado y la incidencia debido a que a lo largo del tiempo el diagnóstico pueden variar, así como la cantidad de la población que la padece.

Según el estudio epidemiológico metropolitano de salud mental del año 2002 efectuado por el instituto nacional de salud mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi se observa que la prevalencia de vida de los trastornos de ansiedad en general es de 25.3% mientras que en los varones es 20.3% y en mujeres es 30.1%.

La prevalencia de los trastornos según grupos etéreos obtuvo los siguientes resultados a partir de 18-24 años fue de 16.6% desde los 25 a 44 años es de 14.2 % mientras que de 45 a 64 años es de 15.1% y desde los 65 a mas es de 9.8%

El trastorno Adaptativo es uno de los diagnósticos más comunes en los pacientes hospitalizados por problemas médicos o quirúrgicos Kaplan refiere que el 5 % de los ingresos en un hospital en el curso de un periodo



de 3 años cumplieron criterios diagnósticos para el trastorno adaptativo, este diagnóstico se diagnosticó más en adolescentes, aunque puede presentarse a cualquier edad. En un estudio realizado fueron las mujeres solteras quienes presentaron mayor riesgo de sufrir este trastorno. Entre los adolescentes los factores desencadenantes más frecuentes son los problemas académicos, el rechazo parental, el divorcio de los padres, el abuso de sustancias, Entre los adultos los factores precipitantes más frecuentes fueron los problemas conyugales, el divorcio, el cambio de residencia y los problemas económicos.

5.5. FACTORES DE RIESGOS ASOCIADOS

El acontecimiento estresante de la vida tanto positivo como negativo puede aumentar un trastorno de adaptación, por ejemplo:

- Divorcio, problemas conyugales
- Problemas interpersonales o en las relaciones
- Cambio en la situación actual como jubilación, tener un bebe, mudarse, para estudiar en la universidad.
- Situaciones adversas, como perder el trabajo, el fallecimiento de un ser querido o tener problemas económicos.
- Problemas en la escuela o en el trabajo.
- Experiencias que ponen en peligro la vida, como una agresión física, peleas o desastres naturales.
- Factores de estrés continuo como tener una enfermedad o vivir en un vecindario inseguro.
- Las experiencias de vida pueden impactar en tu forma de afrontar el estrés es por ello que padecer de un trastorno de adaptación.

Puede aumentar si:

- Viviste con un nivel significativo de estrés durante la niñez.
- Otros problemas de salud mental.
- Te enfrentas a varias circunstancias difíciles al mismo tiempo.

5.5.1. MEDIO AMBIENTE. -Está relacionado a por ejemplo muerte del conyugue, separación marital o divorcio, encarcelamiento, lesión o enfermedad personal, expulsión del trabajo, jubilación etc.

5.5.2. ESTILOS DE VIDA. - La carencia de estabilidad y o afectividad pueden desencadenar la aparición de síntomas depresivos o ansiosos, como por ejemplo (establecer relaciones de pareja poco estables, no tener claras metas ni propósitos en la vida, limitados recursos de adaptación, búsquedas de estímulos que generan conductas de riesgo para la salud etc.)

5.5.3. FACTORES HEREDITARIOS. -En relación a los síntomas ansiosos existe un factor de vulnerabilidad en la mujer, pero cabe resaltar que se puede presentar en cualquier edad y sexo, pero no hay datos que aseguren que pueda ser hereditario.

En el caso de la depresión existe un mayor riesgo de padecer depresión clínica cuando hay una historia familiar de la enfermedad, no todas las personas que tienen una historia familiar tendrán la enfermedad.

Hay factores adicionales que pueden causar la depresión ya sean factores bioquímicos, o ambientales que producen estrés y otros factores psicosociales.

VI) CONSIDERACIONES ESPECIFICAS

6.1. CUADRO CLINICO

6.1.1. SIGNOS Y SINTOMAS RELACIONADOS A LA PATOLOGIA

Los signos y síntomas dependen del tipo de trastorno de adaptación y pueden variar según la persona que normalmente se esperaría en respuesta a un suceso estresante con llevando a problemas en la vida diaria.



- ❖ **Trastorno de adaptación con estado de ánimo deprimido.**
Los síntomas son, estado de ánimo deprimido, tendencia al llanto, sentimientos de desesperanza.
- ❖ **Trastorno de adaptación con síntomas ansiosos** tenemos agitación, preocupación, temor a estar separados de las figuras de apego principales.
- ❖ **Trastorno de adaptación con ansiedad y estado de ánimo deprimido.** Hay una combinación de los síntomas de los subtipos anteriores (estado de ánimo deprimido y ansiedad presente).
- ❖ **Trastorno de adaptación con perturbación de la conducta**
Los síntomas pueden incluir: Violación de los derechos de los demás, violación de las normas y reglas (delincuencia, destrucción de la propiedad, manejo imprudente o peleas)
- ❖ **Trastorno de adaptación con perturbaciones de las emociones y de la conducta.** -Hay una combinación de los síntomas de todos los subtipos anteriores (estado de ánimo deprimido, ansiedad y conducta) presente
- ❖ **Trastorno de adaptación no especificado.** -Hay reacciones ante los eventos estresantes que no concuerdan con los subtipos anteriores. Las reacciones pueden incluir comportamientos como retraimiento social o inhibiciones a actividades normalmente esperadas (por ejemplo, la escuela, el trabajo)

6.1.2. INTERACCION CRONOLOGICA

Los síntomas del trastorno de adaptación aparecen dentro de los tres meses posteriores a un suceso estresante y no duran más de seis meses después de su finalización. Sin embargo, los trastornos de adaptación persistente o crónicos pueden continuar por más de seis meses, en especial si lo que te produce estrés, continua.



6.1.3. GRAFICOS, DIAGRAMAS, FOTOGRAFIAS

No se evidencia información.

6.2. DIAGNOSTICO

Cabe resaltar que el diagnostico de trastorno de adaptación es un diagnóstico clínico, en donde nos basamos en los criterios de los manuales de diagnósticos internacionales, como el CIE-10 (pronto podremos utilizar la nueva versión CIE 11) de OMS o el DSM -5 de la Asociación Psiquiátrica Americana.

6.2.1. CRITERIOS DE DIAGNOSTICO

A.- El inicio de los síntomas debe producirse en el mes posterior a la exposición a un estrés psicosocial identificable, pero no de tipo catastrófico ni inusitado.

B.- El individuo manifiesta síntomas o alteraciones del comportamiento del tipo de los descritos en cualquiera de los trastornos del humor y de los trastornos disociales. Los síntomas pueden variar en forma y gravedad.

El rasgo predominante de los síntomas puede especificarse más utilizando un quinto carácter:

- **Reacción depresiva breve.** - Estado depresivo leve y transitorio de duración no superior a un mes.
- **Reacción depresiva prolongada.** - Estado depresivo leve que se produce en respuesta a la exposición prolongada a una situación estresante pero cuya duración no excede a los 2 años.
- **Reacción mixta de ansiedad y depresión.** - Predominan ambos tipos de síntomas, pero a niveles no mayores que los especificados para el trastorno mixto de ansiedad y depresión u otro trastorno de ansiedad mixto.
- **Con predominio de alteraciones de otras emociones.** - Los síntomas suelen ser de varios tipos de emoción, tales como ansiedad, depresión, preocupación, tensión, e ira. Los



síntomas de ansiedad y depresión pueden cumplir criterios de trastorno mixto de ansiedad y depresión u otro trastorno de ansiedad mixto, pero no predominan hasta el punto que pueda diagnosticarse otro trastorno depresivo o de ansiedad más específico. Esta categoría también debe utilizarse en niños que presentan conductas regresivas.

- **Con predominio de alteraciones disóciales.** - La principal alteración es la del comportamiento.
- **Con alteraciones de las emociones y disóciales mixtas.** - Los rasgos predominantes son de ambos tipos síntomas emocionales y alteraciones del comportamiento.
- **Con otros síntomas predominantes especificados.**

Excepto en la reacción depresiva prolongada, los síntomas no persisten más de seis meses tras el cese del estrés o sus consecuencias.

6.2.2. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

El trastorno adaptativo debe diferenciarse de otras patologías que pueden ser el centro de la atención clínica. Se debe tomar en cuenta para establecer un diagnóstico diferencial la intensidad, el contenido y duración de los síntomas ante un estresor identificable ya que no existe un criterio absoluto que permita distinguir ante otros trastornos siendo necesario el criterio clínico del especialista.

Algunos trastornos de los que deba diferenciarse el trastorno adaptativo son el trastorno de depresión mayor, el trastorno psicótico breve, el trastorno por somatización, diferentes trastornos relacionados con la ingesta de sustancias, trastornos de conducta, problemas académicos y laborales, problemas de identidad y el trastorno por estrés postraumático. Estos diagnósticos deberían cumplir sus criterios específicos en todos los casos, incluso cuando se presente el factor de estrés, que sirviese de desencadenantes. Sin embargo, algunos pacientes cumplen el criterio de trastorno adaptativo como para trastorno de personalidad.



En relación al trastorno adaptivo vinculado a la ansiedad se debe diferenciar con los siguientes:

Trastorno disociativo de conversión, si están presentes síntomas disociativos, síntomas graves o infrecuentes de presentación súbita.

Depresión, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno somatomorfo. si los síntomas persisten de manera llamativa o evolucionan de manera negativa, durante más de un mes y existen síntomas graves o infrecuentes de presentación súbita.

Depresión, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno somatomorfo, si los síntomas persisten de manera llamativa o evolucionan de manera negativa, durante más de un mes, y existen síntomas de ansiedad y depresión o somáticos respectivamente.

Este trastorno puede diagnosticarse conjuntamente con otro trastorno, únicamente si en este último hay síntomas característicos de los que aparecen en la reacción estresante y debe existir la presencia del estresante de manera identificable.

6.3. EXAMENES AUXILIARES

6.3.1. DE PATOLOGIA CLINICA

No hay un marcador biológico para diagnosticar el trastorno de adaptación el instrumento principal que se utiliza es la entrevista clínica.

6.3.2. DE IMÁGENES

No hay un marcador de imágenes para diagnosticar el trastorno de adaptación el instrumento principal que se utiliza es la entrevista clínica acompañado de la aplicación de pruebas psicológicas.

6.3.3. DE EXAMENES ESPECIALIZADOS COMPLEMENTARIOS. - (Evaluación Psicológica)

La entrevista clínica global y multidimensional es la principal estrategia para un correcto diagnóstico

En cuanto a los instrumentos de evaluación de depresión deben explorar aspectos como depresión, personalidad, mecanismos de



afrontamiento cogniciones, estilos de vida, se pueden utilizar las siguientes pruebas:

Al inicio de la entrevista se realiza la prueba de tamizaje (SRQ) 18 para determinar los problemas de salud mental.

- ✓ Cuestionario de síntomas SRQ 18 (Escala de tamizaje)
- ✓ Test de la persona bajo la lluvia
- ✓ Test de la figura humana de Karen Machover (personalidad)
- ✓ Inventario de la personalidad de Eysenck (personalidad)
- ✓ Test de completamiento de frases incompletas de Sacks (actitudes y experiencias del paciente)
- ✓ Escala de ansiedad Rasgo de Zung
- ✓ Inventario de Beck de depresión
- ✓ Inventario Multiaxial de Millon II (personalidad y patologías del paciente)

En lo que corresponde a la evaluación de ansiedad podemos mencionar las siguientes:

- ✓ Escala de ansiedad de Zung.
- ✓ Inventario multiaxial de Millón II
- ✓ Ice Barón (Adaptación Nelly Ugarriza)

6.4 MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

6.4.1 MEDIDAS GENERALES Y PREVENTIVAS

En el primer y segundo nivel de atención se privilegiarán las acciones preventivas promocionales orientadas a fortalecer los factores protectores frente a hechos estresantes.

A nivel hospitalario es importante la actividad psicoeducativa para despejar dudas e interrogantes que podría tener el paciente y su familia, así mismo se aconseja evaluar continuamente al paciente ya que en condición hospitalaria sus reacciones pueden variar.



6.4.2 TERAPEUTICA

▪ ENFOQUE PSICOEDUCATIVO

Este enfoque consiste en brindar información oportuna al paciente y a sus familiares sobre su estado de salud, síntomas diversos y estrategias de afrontamiento. En el contexto familiar se incide en trabajar soluciones de problemas y estrategias de afrontamiento para facilitar la relación con la persona afectada.

▪ TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL

Este enfoque está ligado a un procedimiento activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado basándose en que los afectos y la conducta de un individuo están relacionados en el modo de procesar la información y dar significado a los hechos.

La terapia cognitiva se complementa con la terapia conductual donde a través de la practica la persona pone a prueba y ejercita los nuevos estilos de pensamiento adquiridos a través del proceso psicoterapéutico. Por lo tanto, la combinación de ambas terapias permitirá conocer y cambiar su estilo de pensamiento y por ende mejorar su calidad de vida.

▪ TECNICAS DE RELAJACION Y CONTROL DE ACTIVACION EMOCIONAL

- La relajación progresiva de Jacobson.
- El entrenamiento autógeno.
- La meditación.
- Técnicas de respiración.
- Técnicas del biofeedback.
- Técnicas de imaginación / visualización.
- Técnicas de auto-hipnosis.
- Sofrología.

▪ TERAPIAS PSICODINAMICAS.



Las terapias psicodinámicas se centran en los conflictos emocionales causados por el evento traumático, particularmente los relacionados con experiencia tempranas. A través de la expresión de las diversas emociones y pensamientos asociados al evento, el paciente adquiere una mayor sensación de seguridad y autoestima desarrolla manera afectiva de pensar y de afrontar la experiencia traumática y las intensas emociones asociadas que emergen durante el proceso terapéutico.

El objetivo es incrementar la conciencia de (insight) de los conflictos interpersonales y su resolución. El paciente es GUÍAdo hacia el desarrollo de una autoestima reforzada, mayor autocontrol y una nueva visión de su integridad personal y de autoconfianza.

El terapeuta psicodinámico se enfoca a un cambio de largo alcance, busca reestructurar la personalidad básica cambiando la forma en que una persona contempla la vida y reacciona ante ello, ayudándoles a desarrollar una visión adecuada de sí mismas y a tomar conciencia de las poderosas fuerzas psicológicas enterradas profundamente en su inconsciente.

▪ **TERAPIA FAMILIAR**

Esta terapia es similar a la terapia de grupo en la medida que su foco de interés es la interacción entre las personas.

En primer lugar, es similar a la terapia de grupo. La gran diferencia entre estas terapias son que el objetivo final del terapeuta familiar sea la de fortalecer al grupo en sí mismo, a la vez que a sus miembros individuales mientras que la meta de la terapia de grupo es que el propio grupo se auto disuelva cuando sus miembros individuales hayan resuelto sus conflictos.

Las estrategias terapéuticas abarcan una variedad de objetivos desde los más ambiciosos que tratan de intervenir sobre la familia en su conjunto. desde una perspectiva sistémica y global, hasta los más centrados en ofrecer perspectivas, información y pautas de actuación concreta a los miembros de la familia del paciente para



que los apoyen durante el proceso terapéutico, potenciando la comunicación entre las familias del paciente y reduciendo posibles focos de tensión.

La capacidad resolutoria de intervención es integral en hospital de nivel II. Episodios graves de depresión es derivado al psiquiatra para su tratamiento farmacológico.

Cabe indicar que la terapia cognitivo conductual es el tratamiento para los trastornos de adaptación sobre todo los vinculados a la ansiedad ya que obtiene mejores resultados basados en técnicas científicas.

Objetivos

- ❖ Identificar los estresores que están afectando al paciente y determinar si se pueden reducir o eliminar (entrenamiento en resolución de problemas)
- ❖ Comprender y reformular el estresor para el paciente.
- ❖ Elaborar una lista de las consecuencias negativas para el paciente para luego reducirlas.
- ❖ Dotar al paciente de habilidades de afrontamiento
- ❖ Ayudar al paciente a cambiar su interpretación del estresor, realizar ejercicio físico, aprender a relajarse, establecer relaciones, movilizar el apoyo social, manejar sus emociones y los estresores mediante su inteligencia emocional.

6.4.3. EFECTOS ADVERSOS O COLATERALES AL TRATAMIENTO

En relación al trastorno de adaptación por depresión está relacionada con la administración con un antidepresivo tricíclico. El síndrome resultante puede causar toxicidad del sistema nervioso central severa, con presencia de hiperpirexia, convulsiones y coma. Aunque se ha usado la asociación en forma segura, no se recomienda, aunque se ha demostrado que esta terapia es más efectiva que la terapia de antidepresivos tricíclicos solos.



En relación a los trastornos de adaptación con ansiedad se centra en la relajación muscular progresiva es necesario cuidar la aparición de estados de hiperventilación y que el paciente no tenga dolencias cardiacas, afecciones en zonas de la columna vertebral o alguna contraindicación medica específica, otra situación que requiere atención especial son los estados de gestación en estos casos se podría recurrirse a terapia de relajación imaginaria. Se requiere pues evaluar permanentemente de la auto aplicación de las técnicas terapéuticas.

6.4.4. SIGNOS DE ALARMA A TOMARSE EN CUENTA

Se debe tomar en cuenta el incremento de manifestaciones y psicofisiológicos como la sudoración excesiva, tartamudeo, temblor en las partes del cuerpo y evaluarlas para descartar efectos de algún déficit fisiológico.

Cuando se presenta riesgo suicida o intentos suicidas tiende a complicar el curso de la enfermedad.

En individuos que tienen patologías médicas, así como el incumplimiento terapéutico que puede generar ideas de culpa y frustración.

6.4.5. CRITERIOS DE ALTA

- ❖ Reducción de temor ante situaciones que le generan ansiedad
- ❖ Adaptación a situaciones nuevas y afrontamiento eficaz
- ❖ Control de respuesta psicofisiológica
- ❖ Disminución de síntomas y manejo ante la presencia de estos.

Evaluación de los eventos que provocan el trastorno.

6.4.6. PRONOSTICO

Este se da de manera favorable si el tratamiento es oportuno. Algunos pacientes retornan a su grado previo de funcionamiento en unos tres meses. Cuando se asocia a una patología más severa puede esperarse cambios en el curso del pronóstico.

6.5. COMPLICACIONES

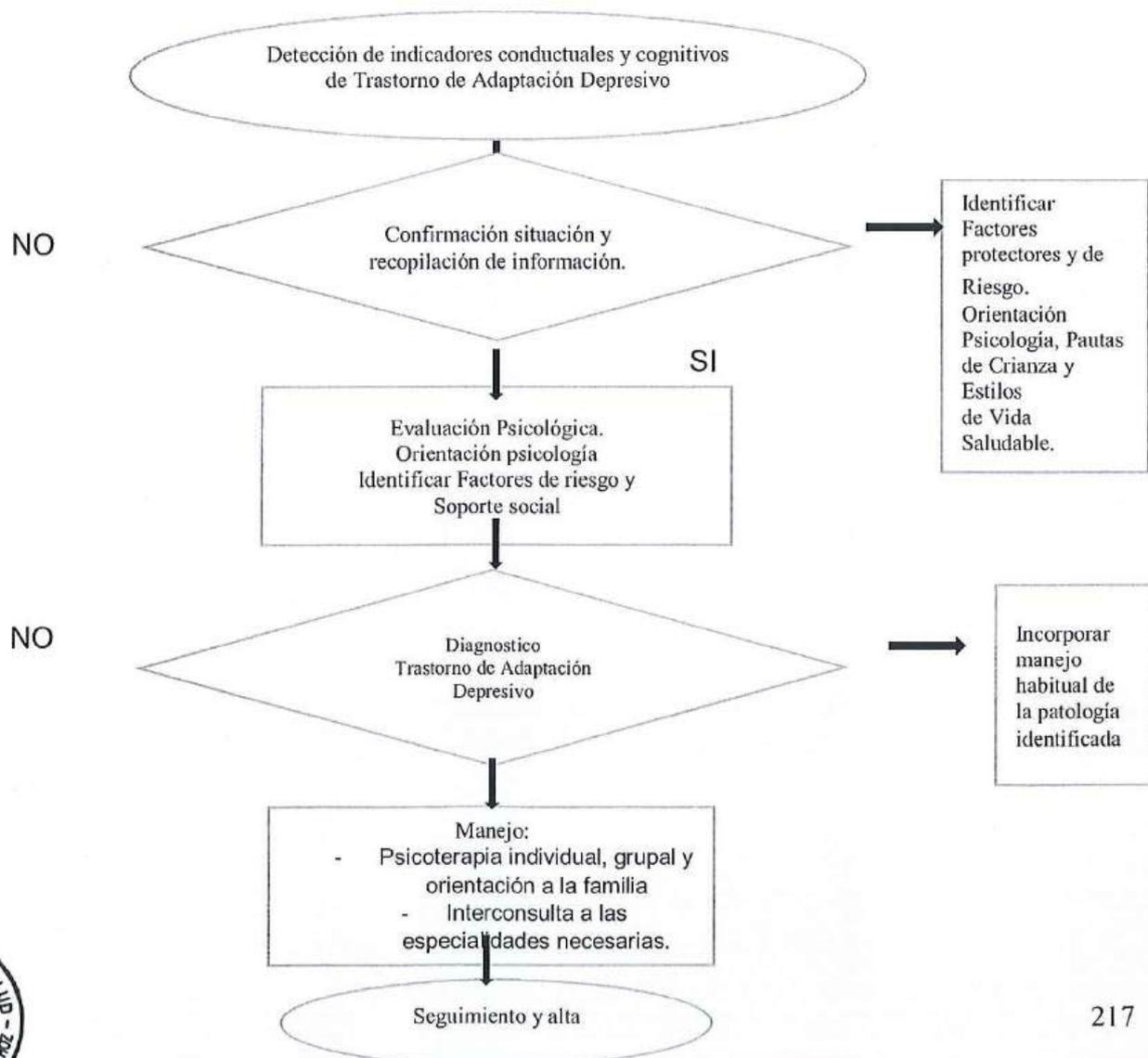
Los trastornos de adaptación no se resuelven con el tiempo, pueden derivar en problemas de salud mental más graves como trastornos de ansiedad, depresión o abuso de sustancias.

6.6. CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRA REFERENCIA

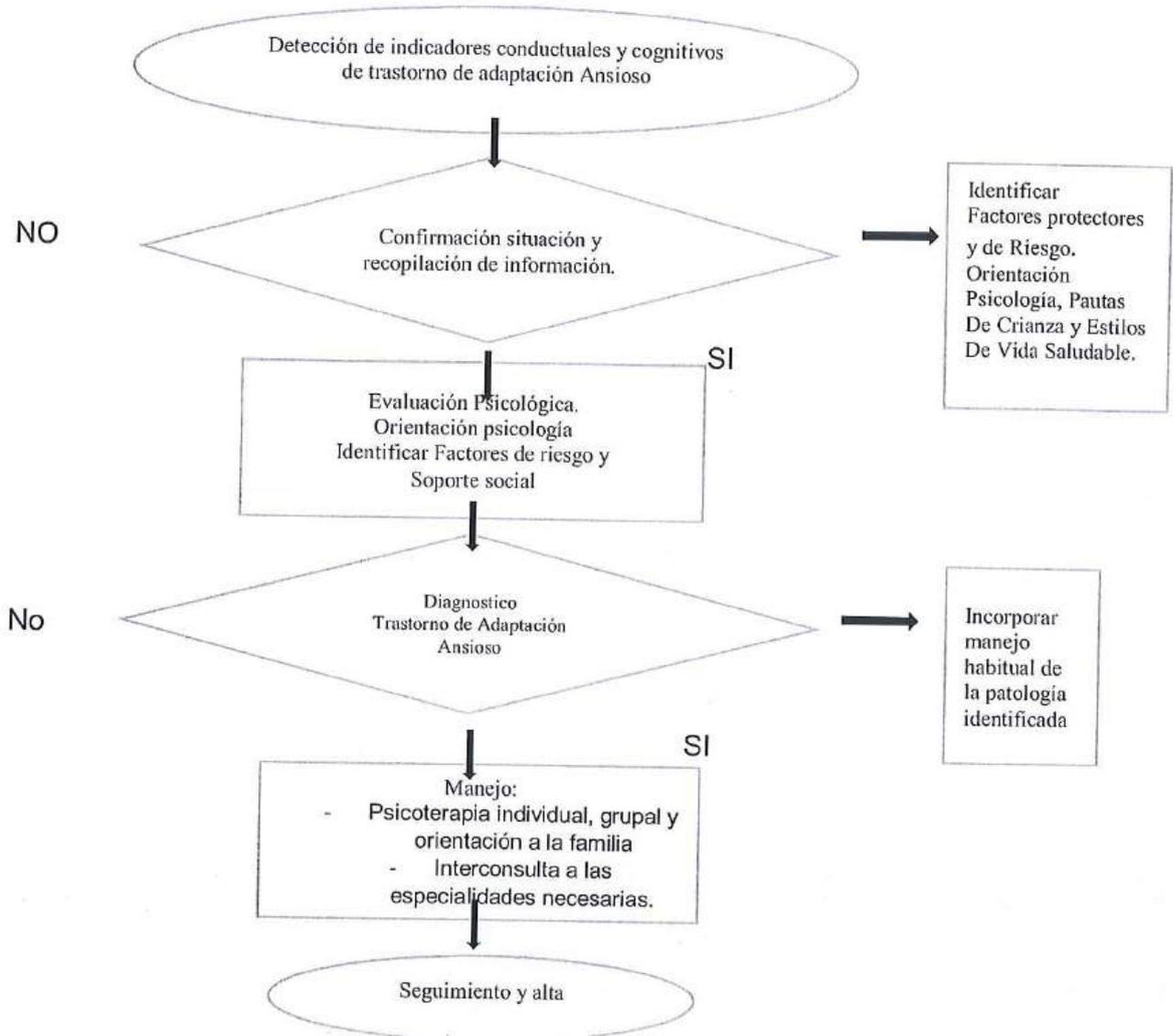
En caso de que los síntomas persistan por más de 6 meses después que el estresor o sus consecuencias hayan cesado o se agudicen antes de ese tiempo, el diagnóstico deberá revisarse para descartar otras patologías y la consecuente modificación del tratamiento. En estos casos será importante un abordaje interdisciplinario con la interconsulta a las especialidades respectivas para el inicio de tratamiento farmacológico si fuese necesario.

6.7. FLUXOGRAMA

FLUXOGRAMA DE TRASTORNO DE ADAPTACION (DEPRESIVO)



FLUXOGRAMA DE TRASTORNO ADAPTATIVO (ANSIOSO)



VII ANEXOS

CUESTIONARIO DE SINTOMAS: S.R.Q.-18

Fecha Entrevistador:
 Establecimiento:
 IDENTIFICACION DEL PACIENTE:
 Nombre del paciente:.....

Fecha de Nacimiento: Edad: Sexo: M F
 Dirección:.....

Motivo de consulta:

.....

- | | | | | |
|-----|--|----|----|--------------------------|
| 1. | ¿Tiene dolores frecuentes de cabeza? | SI | NO | <input type="checkbox"/> |
| 2. | ¿Tiene mal apetito? | SI | NO | <input type="checkbox"/> |
| 3. | ¿Duerme mal? | SI | NO | <input type="checkbox"/> |
| 4. | ¿Se asusta con facilidad? | SI | NO | <input type="checkbox"/> |
| 5. | ¿Sufre temblor en las manos? | SI | NO | <input type="checkbox"/> |
| 6. | ¿Se siente nervioso o tenso? | SI | NO | <input type="checkbox"/> |
| 7. | ¿Sufre de mala digestión? | SI | NO | <input type="checkbox"/> |
| 8. | ¿Es incapaz de pensar con claridad? | SI | NO | <input type="checkbox"/> |
| 9. | ¿Se siente triste? | SI | NO | <input type="checkbox"/> |
| 21. | ¿Ha notado interferencias o algo raro en su pensamiento? | SI | NO | <input type="checkbox"/> |
| 22. | ¿Oye voces sin saber de donde vienen o que otras personas no pueden oír? | SI | NO | <input type="checkbox"/> |
| 23. | ¿Ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo con movimientos de brazos y piernas; con mordedura de la lengua ó pérdida del conocimiento? | SI | NO | <input type="checkbox"/> |
| 24. | ¿Alguna vez le ha parecido a su familia, sus amigos, su médico o su sacerdote que Ud. estaba bebiendo demasiado? | SI | NO | <input type="checkbox"/> |
| 25. | ¿Alguna vez ha querido dejar de beber pero no ha podido? | SI | NO | <input type="checkbox"/> |
| 26. | ¿Ha tenido alguna vez dificultades en el trabajo o en el estudio a causa de la bebida como beber en el trabajo o colegio o faltar a ellos? | SI | NO | <input type="checkbox"/> |
| 27. | ¿Ha estado en riñas o lo han detenido estando borracho? | SI | NO | <input type="checkbox"/> |
| 28. | ¿Le ha parecido alguna vez que Ud. bebía demasiado? | SI | NO | <input type="checkbox"/> |



Ficha técnica de instrumento de evaluación psicológico

Nombre:	TEST DE LA PERSONA BAJO LA LLUVIA
Autor(es):	Silvia Mabel Querol y Maria Chaves Paz
Explicación brevemente de la teoría psicológica en la que se fundamenta la prueba.	
Constructo de medición:	Analizar determinados rasgos de personalidad, como nuestra actitud ante una situación de estrés.
Rango de edad	Niños en adelante
Tiempo de aplicación	No hay límite, sin embargo el promedio de su realización es de 15 a 30 minutos.
Forma de administración	Individual o Colectiva
Área de la psicología en la que se utiliza:	
Material para la aplicación:	<ul style="list-style-type: none">➤ Lápiz No 2➤ Borrador➤ Manual➤ Hojas de tamaño carta en blanco y sin rayas.
Material para la calificación:	
Instrucciones (consigna)	Consigna: se coloca al evaluado en situación de presión y a través de ello poder conocer indicadores de estructura de personalidad, percepción y defensa ante situaciones extremas de amenaza



Ficha técnica de instrumento de evaluación psicológico

Nombre: TEST DE LA FIGURA HUMANA (MACHOVER)

Autor: Karen Machover

Explicación
brevemente de
la teoría
psicológica en
la que se
fundamenta la
prueba.

Constructo de
medición: Evaluar aspectos de la personalidad del sujeto en
relación a su auto concepto y a su imagen
corporal

Rango de edad Niños, Adolescentes y adultos.

Tiempo de
aplicación No hay límite, sin embargo el promedio de su
realización es de 15 a 30 minutos.

Forma de
administración Individual
Área de la
psicología en
la que se
utiliza:

Material para la
aplicación:

- Lápiz No 2
- Borrador
- 2 Hojas de tamaño carta en blanco y sin rayas.

Material para la
calificación:

Instrucciones
(consigna) “Dibuje una figura humana” o “dibuje una persona”;
luego se le dice que ahora dibuje una persona
del sexo opuesto y viceversa, al finalizar, los
dibujos se le pide que escriba una historia
sobre cada dibujo.



INVENTARIO DE PERSONALIDAD - EYSENCK Y

HOJA DE RESPUESTAS

Apellidos y Nombres:
 Lugar de Nac.: Fecha de Nac.: Edad:

Ψ	SI	NO		SI	NO		SI
	NO						NO
1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	20	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	39	<input type="radio"/>
2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	21	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	40	<input type="radio"/>
3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	22	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	41	<input type="radio"/>
4	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	23	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	42	<input type="radio"/>
5	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	24	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	43	<input type="radio"/>
6	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	25	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	44	<input type="radio"/>
7	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	26	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	45	<input type="radio"/>
8	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	27	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	46	<input type="radio"/>
9	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	28	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	47	<input type="radio"/>
10	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	29	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	48	<input type="radio"/>
11	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	30	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	49	<input type="radio"/>
12	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	31	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	50	<input type="radio"/>
13	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	32	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	51	<input type="radio"/>
14	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	33	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	52	<input type="radio"/>
15	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	34	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	53	<input type="radio"/>
16	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	35	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	54	<input type="radio"/>
17	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	36	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	55	<input type="radio"/>
18	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	37	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	56	<input type="radio"/>
19	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	38	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	57	<input type="radio"/>

N: L:

.....



TEST DE COMPLETAMIENTO DE FRASES DE SACKS
PARA ADULTOS

FICHA DE IDENTIFICACIÓN:

Nombre: _____

Edad: ____ años ____ meses Sexo: _____ Escolaridad: _____
Hora de la aplicación: _____ Fecha de la aplicación: _____

INSTRUCCIONES: *A continuación, hay 60 frases incompletas. Lea cada una y complétela con lo primero que venga a su mente. Trabaje tan a prisa como sea posible. En caso de que no pueda completar una, encierre el número correspondiente en un círculo y termine después.*

1. Pienso que mi padre rara vez _____
2. Cuando la suerte está en mi contra _____
3. Siempre he querido _____
4. Si estuviera a cargo _____
5. El futuro me parece _____
6. Las personas que son mis superiores _____
7. Sé que es una tontería pero tengo miedo de _____
8. Creo que un verdadero amigo _____
9. Cuando era niño/a _____
10. Mi idea de mujer/hombre perfecta/o _____
11. Cuando veo a una mujer y hombre juntos _____
12. Comparada con las demás familias, la mía _____
13. En las labores me llevo mejor con _____
14. Mi madre _____
15. Haría cualquier cosa por olvidar _____
16. Si mi padre tan solo _____
17. Creo que tengo habilidad para _____
18. Sería completamente feliz si _____
19. Si yo tuviera gente trabajando para mi _____



20. Yo espero que _____
21. En la escuela, mis maestros _____
22. La mayoría de mis amigos no saben que tengo miedo de _____
23. No me gusta la gente que _____
24. Antes de la guerra, yo _____
25. Pienso que la mayoría de las muchachas/os _____
26. Mi opinión sobre la vida matrimonial es _____
27. Mi familia me trata como _____
28. Las personas con las que trabajo son _____
29. Mi madre y yo _____
30. Mi peor equivocación fue _____
31. Quisiera que mi padre _____
32. Mi mayor debilidad es _____
33. Mi ambición secreta en la vida _____
34. La gente que trabaja para mi _____
35. Algún día yo _____
36. Cuando veo venir a mi jefe _____
37. Me gustaría perder el miedo de _____
38. La gente que más me agrada _____
39. Si fuera joven otra vez _____
40. Creo que la mayoría de las/os mujeres//hombres _____
41. Si yo tuviera relaciones sexuales _____
42. La mayoría de las familias que conozco _____
43. Me gusta trabajar con personas que _____
44. Pienso que la mayoría de las madres _____
45. Cuando era más joven me sentía culpable de _____
46. Siento que mi padre es _____
47. Cuando las circunstancias me son adversas _____
48. Cuando doy órdenes a los demás, yo _____
49. Lo que más deseo en la vida _____
50. Cuando tenga mayor edad _____
51. Las personas a las que considero mis superiores _____

52. A veces mis temores me impulsan a _____
53. Cuando no estoy presente, mis amigos _____
54. Mi recuerdo infantil más vívido _____
55. Lo que menos me gusta de las mujeres//hombres _____
56. Mi vida sexual _____
57. Cuando era niño (a), mi familia _____
58. La gente que trabaja conmigo, generalmente _____
59. Me gusta mi madre, pero _____
60. La peor cosa que he hecho _____



**TEST DE ANSIEDAD DE ZUNG
PROTOCOLO DEL INSTRUMENTO ORIGINAL**

Instrucciones

Marque con una X en el espacio correspondiente según como usted se haya sentido durante la última semana.

No.	Items	Nunca o casi nunca	A veces	Con bastante frecuencia	Siempre o casi siempre
1	Me siento más nervioso(a) y ansioso(a) que de costumbre.				
2	Me siento con temor sin razón.				
3	Despierto con facilidad o siento pánico.				
4	Me siento como si fuera a reventar y partirme en pedazos.				
5	Siento que todo está bien y que nada malo puede sucederme.				
6	Me tiemblan los brazos y las piernas.				
7	Me mortifican dolores de cabeza, cuello o cintura.				
8	Me siento débil y me canso fácilmente.				
9	Me siento tranquilo(a) y puedo permanecer en calma fácilmente.				
10	Puedo sentir que me late muy rápido el corazón.				
11	Sufro de mareos.				
12	Sufro de desmayos o siento que me voy a desmayar.				
13	Puedo inspirar y expirar fácilmente.				
14	Se me adormecen o hinchan los dedos de las manos y pies.				
15	Sufro de molestias estomacales o indigestión.				



16	Orino con mucha frecuencia.				
17	Generalmente mis manos están secas y calientes.				
18	Siento bochornos.				
19	Me quedo dormido(a) con facilidad y descanso bien durante la noche.				
20	Tengo pesadillas.				

APENDICE B

INDICES DE LA EAA SEGÚN NIVELES

DENTRO DE LOS LIMITES NORMALES. NO HAY ANSIEDAD PRESENTE

Total	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35
Índice EAA	25	26	28	29	30	31	33	34	35	36	38	39	40	41	43	44

PRESENCIA DE ANSIEDAD MINIMA A MODERADA

Total	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47
Índice EAA	45	46	48	49	50	51	53	54	55	56	58	59

PRESENCIA DE ANSIEDAD MARCADA A SEVERA

Total	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59
Índice EAA	60	61	63	64	65	66	68	69	70	71	73	74

PRESENCIA DE ANSIEDAD EN GRADO MAXIMO

Total	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75
Índice EAA	75	76	78	79	80	81	83	84	85	86	88	89	90	91	92	94



Total	76	77	78	79	80														
Índice EAA	95	96	98	99	100														

Posteriormente se anota el valor individual de cada información en el margen derecho de la tabla, sumándose dichos valores para obtener un total, el cual es convertido en un "índice de ansiedad" en base a la siguiente ecuación:

$$\frac{\text{Total}}{\text{Promedio máximo de 80}} \times 100 = \text{Índice de ansiedad}$$

La escala es estructurada en tal forma que un índice bajo indica la inexistencia de ansiedad y un índice elevado, ansiedad clínicamente significativa.

El índice de la Escala orienta sobre "cuál es el grado de ansiedad de la persona", en términos de una definición operacional, expresada en porcentajes. En el Apéndice B se pueden apreciar los índices obtenidos según niveles.

Mediante la combinación de los resultados obtenidos en numerosos estudios, el índice de la EAA ha sido interpretado tal y como se puede apreciar en la tabla 4.

Tabla 4
Índice EAA - Impresión de Equivalencia Clínica

Índice EAA	Equivalencia Clínica
Menos de 45	Dentro de límites normales. No hay ansiedad presente.
45 – 59	Presencia de ansiedad mínima moderada.
60 – 74	Presencia de ansiedad marcada a severa.
75 a más	Presencia de ansiedad en grado máximo.

Los ítems tienen dirección positiva o negativa, por ejemplo, la primera frase "Me siento más intranquilo y nervioso que de costumbre" tiene un sentido positivo, mientras que la frase "Me siento tranquilo y me es fácil estarme quieto", tiene un sentido negativo, pues describe la sensación opuesta a la que tienen la mayoría de las personas ansiosas, que es intranquilidad y dificultad para estarse quieto.

Los ítems que evalúan una dirección positiva son:

Me siento más nervioso(a) y ansioso(a) que de costumbre (Ítem 1)

Me siento con temor sin razón (Ítem 2)

Despierto con facilidad o siento pánico (Ítem 3)

Me siento como si fuera a reventar y partirme en pedazos (Ítem 4)

Me tiemblan los brazos y las piernas (Ítem 6)



Me mortifican dolores de cabeza, cuello o cintura (Item 7)
 Me siento débil y me canso fácilmente (Item 8)
 Puedo sentir que me late muy rápido el corazón (Item 10)
 Sufro de mareos (Item 11)
 Sufro de desmayos o siento que me voy a desmayar (Item 12)
 Se me adormecen o hinchan los dedos de las manos y pies (Item 14)
 Sufro de molestias estomacales o indigestión (Item 15)
 Orino con mucha frecuencia (Item 16)
 Siento bochornos (Item 18)
 Tengo pesadillas (Item 20)
 Los ítems que evalúan una dirección negativa son:
 Siento que todo está bien y que nada malo puede sucederme (Item 5)
 Me siento tranquilo y puedo permanecer en calma fácilmente (Item 9)
 Puedo inspirar y expirar fácilmente (Item 13)
 Generalmente mis manos están secas y calientes (Item 17)
 Me quedo dormido(a) con facilidad y descanso bien durante la noche (Item 19)

En la tabla 1 se presenta un resumen de los ítems y la dirección que asumen:

Tabla 1
Dirección de los Ítems de la EAA

Dirección Positiva	Dirección Negativa
1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 14, 15, 16, 18 y 20	5,9, 13, 17 y 19
15 ítems	05 ítems

(BDI) INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

NOMBRES: _____

EDAD: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

FECHA DE APLICACIÓN: _____

INSTRUCCIONES.

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido durante esta última semana, incluido el día de hoy. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márkela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección.

- 1° No me siento triste.
 Me siento Triste.
 Me siento triste siempre y no puedo salir de mis tristezas.
 Estoy tan triste o desdichado que no puedo soportarlo.
- 2° No me siento especialmente desanimado/a frente al futuro.
 Me siento desanimado/a con respecto al futuro.
 Siento que no tengo nada que esperar.
 Siento que en el futuro no hay esperanza y que las cosas no pueden llegar a Mejorar.
- 3° No creo que sea un fracasado.
 Creo que he fracasado más que cualquier persona normal.
 Al recordar mi vida pasada, todo lo que veo es un montón de fracasos.
 Creo que soy un fracaso absoluto como persona.
- 4° Obtengo tanta satisfacción de las cosas como la que solía obtener antes.
 No disfruto de las cosas de la manera que solía hacerlo.
 Ya no tengo una verdadera satisfacción de nada.
 Estoy insatisfecho/a aburrido/a de todo.
- 5° No me siento especialmente culpable.
 Me siento culpable una buena parte del tiempo.
 Me siento bastante culpable casi siempre.
 Me siento culpable siempre.
- 6° No creo que estoy siendo castigado/a.
 Creo que puedo ser castigado/a.



- Espero ser castigado/a.
 Creo que estoy siendo castigado/a.
- 7° No me siento decepcionado/a de mí mismo.
 Me siento decepcionado/a de mí mismo/a.
 Estoy disgustado/a conmigo mismo/a.
 Me odio.
- 8° No creo ser peor que los demás.
 Me critico por mis debilidades y errores.
 Me culpo siempre por mis errores.
 Me culpo por todo lo malo que me sucede.
- 9° No pienso matarme.
 Pienso en matarme, pero no lo haría.
 Me gustaría matarme.
 Me gustaría matarme, si tuviera la oportunidad.
- 10 No lloro más que de costumbre.
 Ahora no lloro más de lo que solía llorar.
 Solía poder llorar, pero ahora no paro de llorar aunque quiera.
 Ahora lloro todo el tiempo.
- 11 Las cosas no me irritan más que de costumbre.
 Las cosas me irritan un poco más que de costumbre.
 Estoy bastante irritado o enfadado/a la mayor parte del tiempo.
 Ahora me siento más irritado/ que de costumbre.
- 12 No he perdido el interés por otras personas.
 Estoy menos interesado/a en otras personas que de costumbre.
 He perdido casi todo mi interés por otras personas.
- 13 Tomo decisiones casi como siempre.
 Postergo la adopción de las decisiones más que de costumbre.
 Tengo más dificultad para tomar las decisiones que antes.
 ya no puedo tomar más decisiones.
- 14 No creo que mi aspecto sea peor que de costumbre,
 Me preocupa el hecho de parecer viejo/a sin atractivos.
 Siento que hay permanentes cambios en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo/a.
 Creo que me veo feo/a.
- 15 Puedo trabajar tan bien como antes.
 Me cuesta mucho más esfuerzo empezar a hacer algo.
 Tengo que obligarme seriamente para hacer cualquier cosa.
 No puedo trabajar en absoluto.

- 16 Puedo dormir tan bien como antes.
 No puedo dormir tan bien como solía hacerlo.
 Me despierto una o dos horas antes que de costumbre y me cuesta mucho volver a dormirme.
 Me despierto varias horas antes de lo que solía.
- 17 No me canso más que de costumbre.
 Me canso más fácilmente que de costumbre.
 Me canso sin hacer casi nada.
 Estoy demasiado cansado/a para hacer algo.
- 18 Mi apetito no es peor que de costumbre.
 Mi apetito no es tan bueno como solía ser.
 Mi apetito está mucho peor ahora.
 Ya no tengo apetito.
- 19 No he perdido mucho peso, si es que he perdido algo últimamente.
 He rebajado más de dos kilos y medio.
 He rebajado más de cinco kilos.
 He rebajado más de siete kilos y medio.
- 20 No me preocupo por mi salud más que de costumbre.
 Estoy preocupado/a por problemas físicos como, por ej., dolores, molestias Estomacales o estreñimiento.
 Estoy muy preocupado por problemas físicos y me resulta difícil pensar en Cualquier otra cosa.
 Estoy tan preocupado/a por mis problemas físicos que no puedo pensar en Ninguna otra cosa.
- 21 No he notado cambio alguno recientemente en mi interés por el sexo.
 Estoy menos interesado/a en el sexo de lo que solía estar.
 Ahora estoy mucho menos interesado/a en el sexo.
 He perdido el interés por completo en el sexo.

_____ Puntaje

INVENTARIO EMOCIONAL BARON ICE: NA - Completo

Nombre :

Edad: _____ Sexo: _____

Colegio :

Estatal () Particular ()

Grado : _____

Fecha: _____

INSTRUCCIONES

Lee cada oración y elige la respuesta que mejor te describe, hay cuatro posibles respuestas:

1. Muy rara vez
2. Rara vez
3. A menudo
4. Muy a menudo

Dinos cómo te sientes, piensas o actúas **LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO EN LA MAYORÍA DE LUGARES**. Elige una, y sólo UNA respuesta para cada oración y coloca un ASPA sobre el número que corresponde a tu respuesta. Por ejemplo, si tu respuesta es "Rara vez", haz un ASPA sobre el número 2 en la misma línea de la oración. Esto no es un examen; no existen respuestas buenas o malas. Por favor haz un ASPA en la respuesta de cada oración.

Muy rara vez	Rara vez	A menudo	Muy a menudo
--------------	----------	----------	--------------



1.	Me gusta divertirme.	1	2	3	4
2.	Soy muy bueno (a) para comprender cómo la gente se siente.	1	2	3	4
3.	Puedo mantener la calma cuando estoy molesto.	1	2	3	4
4.	Soy feliz.	1	2	3	4
5.	Me importa lo que les sucede a las personas.	1	2	3	4
6.	Me es difícil controlar mi cólera.	1	2	3	4
7.	Es fácil decirle a la gente cómo me siento.	1	2	3	4
8.	Me gustan todas las personas que conozco.	1	2	3	4
9.	Me siento seguro (a) de mi mismo (a).	1	2	3	4
10.	Sé cómo se sienten las personas.	1	2	3	4
11.	Sé como mantenerme tranquilo (a).	1	2	3	4
12.	Intento usar diferentes formas de responder las preguntas difíciles.	1	2	3	4
13.	Pienso que las cosas que hago salen bien.	1	2	3	4
14.	Soy capaz de respetar a los demás.	1	2	3	4
15.	Me molesto demasiado de cualquier cosa.	1	2	3	4
16.	Es fácil para mí comprender las cosas nuevas.	1	2	3	4
17.	Puedo hablar fácilmente sobre mis sentimientos.	1	2	3	4
18.	Pienso bien de todas las personas.	1	2	3	4
19.	Espero lo mejor.	1	2	3	4
20.	Tener amigos es importante.	1	2	3	4
21.	Peleo con la gente.	1	2	3	4
22.	Puedo comprender preguntas difíciles.	1	2	3	4
23.	Me agrada sonreír.	1	2	3	4

		Muy rara vez	Rara vez	A menudo	Muy a menudo
24.	Intento no herir los sentimientos de las personas.	1	2	3	4
25.	No me doy por vencido (a) ante un problema hasta que lo resuelvo.	1	2	3	4
26.	Tengo mal genio.	1	2	3	4
27.	Nada me molesta.	1	2	3	4
28.	Es difícil hablar sobre mis sentimientos más íntimos.	1	2	3	4
29.	Sé que las cosas saldrán bien.	1	2	3	4
30.	Puedo dar buenas respuestas a preguntas difíciles.	1	2	3	4
31.	Puedo fácilmente describir mis sentimientos.	1	2	3	4
32.	Sé cómo divertirme.	1	2	3	4
33.	Debo decir siempre la verdad.	1	2	3	4
34.	Puedo tener muchas maneras de responder una pregunta difícil, cuando yo quiero.	1	2	3	4
35.	Me molesto fácilmente.	1	2	3	4
36.	Me agrada hacer cosas para los demás.	1	2	3	4
37.	No me siento muy feliz.	1	2	3	4
38.	Puedo usar fácilmente diferentes modos de resolver los problemas.	1	2	3	4
39.	Demoro en molestarme.	1	2	3	4



40.	Me siento bien conmigo mismo (a).	1	2	3	4
41.	Hago amigos fácilmente.	1	2	3	4
42.	Pienso que soy el (la) mejor en todo lo que hago.	1	2	3	4
43.	Para mí es fácil decirle a las personas cómo me siento.	1	2	3	4
44.	Cuando respondo preguntas difíciles trato de pensar en muchas soluciones.	1	2	3	4
45.	Me siento mal cuando las personas son heridas en sus sentimientos.	1	2	3	4
46.	Cuando estoy molesto (a) con alguien, me siento molesto (a) por mucho tiempo.	1	2	3	4
47.	Me siento feliz con la clase de persona que soy.	1	2	3	4
48.	Soy bueno (a) resolviendo problemas.	1	2	3	4
49.	Par mí es difícil esperar mi turno.	1	2	3	4
50.	Me divierte las cosas que hago.	1	2	3	4
51.	Me agradan mis amigos.	1	2	3	4
52.	No tengo días malos.	1	2	3	4
53.	Me es difícil decirle a los demás mis sentimientos.	1	2	3	4
54.	Me disgusto fácilmente.	1	2	3	4
55.	Puedo darme cuenta cuando mi amigo se siente triste.	1	2	3	4
56.	Me gusta mi cuerpo.	1	2	3	4
57.	Aún cuando las cosas sean difíciles, no me doy por vencido.	1	2	3	4
58.	Cuando me molesto actúo sin pensar.	1	2	3	4
59.	Sé cuándo la gente está molesta aún cuando no dicen nada.	1	2	3	4
60.	Me gusta la forma como me veo.	1	2	3	4

MILLON – II CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD DE MILLON (MCMI-II)

Responde Verdadero o Falso, según corresponda:

<u>CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD DE MILLON (MCMI-II)</u>	<u>VERDADERO</u>	<u>FALSO</u>
1. Actúo siempre según mis propias ideas en vez de hacer lo que otros esperan que haga.		
2. He encontrado siempre más cómodo hacer las cosas solo, tranquilamente, que hacerlas con otros.		
3. Hablar con la gente ha sido casi siempre difícil y desagradable para mí.		
4. Creo que tengo que ser enérgico y decidido en todo lo que hago.		
5. Desde hace algunas semanas me pongo a llorar incluso cuando la menor cosa me sale mal.		
6. Algunas personas piensan que soy vanidoso o egocéntrico.		
7. Cuando era adolescente tuve muchos problemas por mi mal comportamiento en el colegio.		
8. Tengo siempre la impresión de no ser aceptado en un grupo.		
9. Frecuentemente critico a la gente que me molesta.		
10. Me encuentro más a gusto siguiendo a los demás.		
11. Me gusta hacer tantas cosas diferentes que no sé por dónde empezar.		
12. Algunas veces puedo ser bastante duro o mezquino con mi familia.		
13. Tengo poco interés en hacer amigos.		
14. Me considero una persona muy sociable o extravertida.		
15. Sé que soy una persona superior a los demás y por eso no me preocupa lo que piensen.		
16. La gente nunca ha apreciado suficientemente las cosas que he hecho.		



17.Tengo problemas con la bebida que he intentado solucionar sin éxito.		
18.Últimamente siento un nudo en el estómago y me invade un sudor frío.		
19.Siempre he querido permanecer en segundo plano en las actividades sociales.		
20.A menudo hago cosas sin ninguna razón, sólo porque pueden ser divertidas.		
21.Me molesta mucho la gente que no es capaz de hacer las cosas bien.		
22.Si mi familia me obliga o presiona, es probable que me enfade y me resista a hacer lo que ellos quieren.		
23.Muchas veces pienso que me deberían de castigar por lo que he hecho.		
24.La gente se ríe de mí a mis espaldas, hablando de lo que hago o parezco.		
25.Los demás parecen más seguros que yo sobre lo que son y lo que quieren.		
26.Soy propenso a tener explosiones de llanto o cólera sin tener motivo.		
27.Desde hace uno o dos años he comenzado a sentirme solo y vacío.		
28.Tengo habilidad para "dramatizar" las cosas.		
29.Me resulta difícil mantener el equilibrio cuando camino.		
30.Disfruto en situaciones de intensa competitividad.		
31.Cuando entro en crisis busco enseguida alguien que me ayude.		
32.Me protejo de los problemas no dejando que la gente sepa mucho sobre mí.		
33.Casi siempre me siento débil y cansado.		
34.Otras personas se enfadan mucho más que yo por las cosas molestas.		

35. A menudo, mi adicción a las drogas me ha causado en el pasado bastantes problemas.		
36. Últimamente me encuentro llorando sin ningún motivo.		
37. Creo que soy una persona especial, que necesita que los demás me presten una atención especial.		
38. Nunca me dejo engañar por gente que dice necesitar ayuda.		
39. Una buena forma de conseguir un mundo en paz es fomentar los valores morales de la gente.		
	VERDADERO	FALSO
40. En el pasado he mantenido relaciones sexuales con muchas personas que no significaban nada especial para mí.		
41. Me resulta difícil simpatizar con la gente que se siente siempre insegura con todo.		
42. Soy una persona muy agradable y dócil.		
43. La principal causa de mis problemas ha sido mi "mal carácter".		
44. No tengo inconveniente en forzar a los demás a hacer lo que yo quiero.		
45. En los últimos años, incluso las cosas sin importancia perecen deprimirme.		
46. Mi deseo de hacer las cosas lo más perfectamente posible muchas veces entorpece mi trabajo.		
47. Soy tan callado y retraído que la mayoría de la gente no sabe ni que existo.		
48. Me gusta coquetear con las personas del otro sexo.		
49. Soy una persona tranquila y temerosa.		
50. Soy muy variable y cambio de opiniones y sentimientos continuamente.		
51. Me pongo muy nervioso cuando pienso en los acontecimientos del día.		



52. Beber alcohol nunca me ha causado verdaderos problemas en mi trabajo.		
53. Últimamente me siento sin fuerzas, incluso por la mañana.		
54. Hace algunos años que he comenzado a sentirme un fracasado.		
55. No soporto a las personas "sabihondas", que lo saben todo y piensan que pueden hacer cualquier cosa mejor que yo.		
56. He tenido siempre miedo a perder el afecto de las personas que más necesito.		
57. Parece que me aparto de mis objetivos dejando que otros me adelanten.		
58. Últimamente he comenzado a sentir deseos de tirar y romper cosas.		
59. Recientemente he pensado muy en serio en quitarme de en medio.		
60. Siempre estoy buscando hacer nuevos amigos y conocer gente nueva.		
61. Controlo muy bien mi dinero para estar preparado en caso de necesidad.		
62. El año pasado aparecí en la portada de varias revistas.		
63. Le gusto a muy poca gente.		
64. Si alguien me criticase por cometer un error, rápidamente le reprocharía sus propios errores.		
65. Algunas personas dicen que disfruto sufriendo.		
66. Muchas veces expreso mi rabia y mal humor, y luego me siento terriblemente culpable por ello.		
67. Últimamente me siento nervioso y bajo una terrible tensión sin saber por qué.		
68. Muy a menudo pierdo mi capacidad para percibir sensaciones en partes de mi cuerpo.		



69.Creo que hay personas que utilizan la telepatía para influir en mi vida.		
70.Tomar la llamadas drogas "ilegales" puede ser indeseable o nocivo, pero reconozco que en el pasado las he necesitado.		
71.Me siento continuamente muy cansado.		
72.No puedo dormirme, y me levanto tan cansado como al acostarme.		
73.He hecho impulsivamente muchas cosas estúpidas que han llegado a causarme grandes problemas.		
74.Nunca perdono un insulto ni olvido una situación molesta que alguien me haya provocado.		
75.Debemos respetar a nuestros mayores y no creer que sabemos más que ellos.		
76.Me siento muy triste y deprimido la mayor parte del tiempo.		
	VERDADERO	FALSO
77.Soy la típica persona de la que otros se aprovechan.		
78.Siempre hago lo posible por complacer a los demás, incluso si ellos no me gustan.		
79.Durante muchos años he pensado seriamente en suicidarme.		
80.Me doy cuenta enseguida cuando la gente intenta crearme problemas.		
81.Siempre he tenido menos interés en el sexo que la mayoría de la gente.		
82.No comprendo por qué, pero parece que disfruto haciendo sufrir a los que quiero.		
83.Hace mucho tiempo decidí que lo mejor es tener poco que ver con la gente.		
84.Estoy dispuesto a luchar hasta el final antes de que nadie obstruya mis intereses y objetivos.		
85.Desde niño siempre he tenido que tener cuidado con		



la gente que intentaba engañarme.		
86.Cuando las cosas son aburridas me gusta provocar algo interesante.		
87.Tengo un problema con el alcohol que nos ha creado dificultades a mí y mi familia.		
88.Si alguien necesita hacer algo que requiera mucha paciencia, debería contar conmigo.		
89.Probablemente tengo las ideas más creativas de entre la gente que conozco.		
90.No he visto ningún coche en los últimos diez años.		
91.No veo nada incorrecto en utilizar a la gente para conseguir lo que quiero		
92.El que me castiguen nunca me ha frenado de hacer lo que he querido.		
93.Muchas veces me siento muy alegre y animado, sin ningún motivo.		
94.Siendo adolescente, me fugué de casa por lo menos una vez.		
95.Muy a menudo digo cosas sin pensarlas y luego me arrepiento de haberlas dicho.		
96.En las últimas semanas me he sentido exhausto, agotado, sin un motivo especial.		
97.Últimamente me he sentido muy culpable porque ya no soy capaz de hacer nada bien.		
98.Algunas ideas me dan vueltas en la cabeza una y otra vez, y no consigo olvidarlas.		
99.En los dos últimos años me he vuelto muy desanimado y triste sobre la vida.		
100.Mucha gente ha estado espiando mi vida privada durante años.		
101.No sé por qué, pero a veces digo cosas crueles para hacer sufrir a los demás.		
102.Odio o tengo miedo de la mayor parte de la gente.		



103. Expreso mi opinión sobre las cosas sin que me importe lo que otros puedan pensar.		
104. Cuando alguien con autoridad insiste en que haga algo, es probable que lo eluda o bien que lo haga mal.		
105. En el pasado el hábito de abusar de las drogas me ha hecho no acudir al trabajo.		
106. Estoy siempre dispuesto a ceder ante los otros para evitar disputas.		
107. Con frecuencia estoy irritable y de mal humor.		
108. Últimamente ya no tengo fuerzas para luchar ni para defenderme.		
109. Últimamente tengo que pensar las cosas una y otra vez sin ningún motivo.		
110. Muchas veces pienso que no merezco las cosas buenas que me suceden.		
111. Utilizo mi atractivo para conseguir la atención de los demás.		
	VERDADERO	FALSO
112. Cuando estoy solo, a menudo noto la fuerte presencia de alguien cercano que no puede ser visto.		
113. Me siento desorientado, sin objetivos, y no sé hacia dónde voy a ir en la vida.		
114. Últimamente he sudado mucho y me he sentido muy tenso.		
115. A veces siento como si necesitase hacer algo para hacerme daño a mí mismo o a otros.		
116. La ley me ha castigado injustamente por delitos que nunca he cometido.		
117. Me he vuelto muy sobresaltado y nervioso en las últimas semanas.		
118. Sigo teniendo extraños pensamientos de los que desearía poder librarme.		
119. Tengo muchas dificultades para controlar el impulso		



de beber en exceso.		
120.Mucha gente piensa que no sirvo para nada.		
121.Puedo llegar a estar muy excitado sexualmente cuando discuto o peleo con alguien a quien amo.		
122.Durante años he conseguido mantener en el mínimo mi consumo de alcohol.		
123.Siempre pongo a prueba a la gente para saber hasta dónde son de confianza.		
124.Incluso cuando estoy despierto parece que no me doy cuenta de la gente que está cerca de mí.		
125.Me resulta fácil hacer muchos amigos.		
126.Me aseguro siempre de que mi trabajo esté bien planeado y organizado.		
127.Con mucha frecuencia oigo cosas con tanta claridad que me molesta.		
128.Mis estados de ánimo parecen cambiar de un día para otro.		
129.No culpo a quien se aprovecha de alguien que se lo permite.		
130.He cambiado de trabajo por lo menos más de tres veces en los últimos dos años.		
131.Tengo muchas ideas muy avanzadas para los tiempos actuales.		
132.Me siento muy triste y melancólico últimamente y parece que no puedo superarlo.		
133.Creo que siempre es mejor buscar ayuda para lo que hago.		
134.Muchas veces me enfado con la gente que hace las cosas lentamente.		
135.Realmente me molesta la gente que espera que haga lo que yo no quiero hacer.		
136.En estos últimos años me he sentido tan culpable que puedo hacer algo terrible contra mí.		



137.Cuando estoy en una fiesta o reunión nunca me quedo al margen.		
138.La gente me dice que soy una persona muy íntegra y moral.		
139.Algunas veces me siento confuso y preocupado cuando la gente es amable conmigo.		
140.El problema de usar drogas "ilegales" me ha causado discusiones con mi familia.		
141.Me siento muy incómodo con personas del otro sexo.		
142.Algunos miembros de mi familia dicen que soy egoísta y que sólo pienso en mí mismo.		
143.No me importa que la gente no se interese por mí.		
144.Francamente, miento con mucha frecuencia para salir de dificultades o problemas.		
145.La gente puede hacerme cambiar de ideas fácilmente, incluso cuando pienso que ya había tomado una decisión.		
	VERDADERO	FALSO
146.Algunos han tratado de dominarme, pero he tenido fuerza de voluntad para superarlo.		
147.Mis padres me decían con frecuencia que no era bueno.		
148.A menudo la gente se irrita conmigo cuando les doy órdenes.		
149.Tengo mucho respeto por los que tienen autoridad sobre mí.		
150.No tengo casi ningún lazo íntimo con los demás.		
151.En el pasado la gente decía que yo estaba muy interesado y que me apasionaba por demasiadas cosas.		
152.En el último año he cruzado el Atlántico más de treinta veces.		
153.Estoy de acuerdo con el refrán: "Al que madruga Dios		



le ayuda".		
154.Me merezco el sufrimiento que he padecido a lo largo de mi vida.		
155.Mis sentimientos hacia las personas importantes de mi vida, muchas veces han oscilado entre amarlas y odiarlas.		
156.Mis padres nunca se ponían de acuerdo entre ellos.		
157.En alguna ocasión he bebido diez copas o más sin llegar a emborracharme.		
158.Cuando estoy en una reunión social, en grupo, casi siempre me siento tenso y controlado.		
159.Tengo en alta estima las normas y reglas porque son una buena guía a seguir.		
160.Desde que era niño he ido perdiendo contacto con la realidad.		
161.Rara vez me emociono mucho con algo.		
162.Habitualmente he sido un andariego inquieto, vagando de un sitio a otro sin tener idea de dónde terminaría.		
163.No soporto a las personas que llegan tarde a las citas.		
164.Gente sin escrúpulos intenta con frecuencia aprovecharse de lo que yo he realizado o ideado.		
165.Me irrita mucho que alguien me pida que haga las cosas a su modo en vez de al mío.		
166.Tengo habilidad para tener éxito en casi todo lo que hago.		
167.Últimamente me siento completamente destrozado.		
168.A la gente que quiero, parece que la animo a que me hiera.		
169.Nunca he tenido pelo, ni en mi cabeza ni en mi cuerpo.		
170.Cuando estoy con otras personas me gusta ser el		



centro de atención.		
171. Personas que en un principio he admirado grandemente, más tarde me han defraudado al conocer la realidad.		
172. Soy el tipo de persona que puede abordar a cualquiera y echarle una bronca.		
173. Prefiero estar con gente que me protegerá.		
174. He tenido muchos períodos en mi vida que he estado tan animado y con energía que luego he estado bajo de ánimo.		
175. En el pasado he tenido dificultades para abandonar el abuso de drogas y alcohol.		



VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados Decima revisión (CIE10) volumen 3 en CD Rom1995.
2. Psicología Clínica Nahúm Montaguó Rubio marzo 2020.
3. DSM V Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales Editorial Masson, mayo 2013.
4. Investigación Innovación y Experiencia en psicología, Área Humana 2018. Medicina en familia J.P Zapata –Ospina. Sierra _Muñoz y C.A. Cardero –Castro septiembre 2020.
5. Stanford Medicine Children’s Health near you 2022.



VII.- GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL ABORDAJE TEMPRANO Y MANEJO DE LA ESQUIZOFRENIA EN ADULTOS

I. FINALIDAD

La presente Guía Práctica Clínica, aborda recomendaciones para proporcionar y favorecer el manejo del diagnóstico de Esquizofrenia en adultos y mejorar la calidad de vida del individuo, reduciendo la inequidad en la atención de las personas con este diagnóstico en el ámbito clínico del hospital Carlos Lanfranco La Hoz y recomendar a los centros comunitario de primer nivel.

II. OBJETIVO

Brindar a los profesionales de la Salud Mental recomendaciones informadas en evidencias para el tratamiento farmacológico y psicológico del diagnóstico de esquizofrenia. Esta guía es una referencia para la atención bajo el régimen de garantías explícitas, de personas con un episodio psicótico sin diagnóstico previo de esquizofrenia y para aquellas a quienes se les diagnóstica esquizofrenia por primera vez y mientras persista dicho diagnóstico, en ese contexto tiene los siguientes objetivos:

- Favorecer la detección y tratamiento precoz de personas con esquizofrenia.
- Disminuir las complicaciones médicas y sociales de la esquizofrenia, mediante el tratamiento oportuno, continuo, eficiente, con protagonismo de la persona afectada y su familia, basado en las recomendaciones emanadas de la evidencia.
- Contribuir al desarrollo de contextos sociales que favorezcan el reconocimiento y respeto de los derechos de las personas con esquizofrenia, su plena inclusión social y ejercicio de ciudadanía, en modo de facilitar su integración, vinculación, nivel de funcionamiento, ajuste biopsicosocial y mejoramiento de su calidad de vida
- Favorecer el uso racional de recursos mediante las recomendaciones de las intervenciones más costo efectivas para el tratamiento de personas con esquizofrenia

III. AMBITO DE APLICACIÓN

La presente Guía de Práctica Clínica, es de aplicación obligatoria para todo el personal que laboran en el Servicio de Psicología y otros profesionales de la salud mental del



Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, sin embargo, podría ser usado también por los profesionales de los centros de salud u otros que presten servicios a personas con esquizofrenia, el cual está dirigida para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los pacientes.

IV. DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO

4.1. Nombre y Código

Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes según CIE-10 cuenta con los códigos: F20 – F20.9

V. CONSIDERACIONES GENERALES

5.1. DEFINICION

La esquizofrenia es un conjunto de trastornos mentales con base neurobiológicas, generando una alteración a nivel de los neurotransmisores caracterizados por alteraciones sustanciales y específicas de la percepción, del pensamiento y de las emociones, que comprometen las funciones esenciales que dan a la persona normal vivencia de su individualidad, singularidad y dominio de sí misma y suelen, por tanto, alterar de forma muy importante la vida de las personas que las padecen y también la de sus familiares y amigos

5.2. ETIOLOGIA

En relación a la esquizofrenia, existe una relación entre la predisposición genética y los factores ambientales, pero estos supuestos no explican, porque a pesar de existir historia de enfermedad muchos pacientes no han desarrollado. La esquizofrenia afecta por igual a ambos sexos, su inicio se puede producir durante la adolescencia e inicio de la edad adulta y raramente en la adultez tardía, existen algunas formas de psicosis de inicio en la infancia, pero a un no hay consenso sobre su denominación nosológica entre los expertos.

Sin embargo, diversas investigaciones apuntan cada vez más a una conjunción de factores genéticos y ambientales que al interactuar podrían causar la enfermedad.

Factores genéticos: Es bien conocido que el riesgo de padecer esquizofrenia aumenta cuando existen antecedentes de esta enfermedad en la familia y que este riesgo es mayor en la medida que aumenta el grado de afinidad genética con el miembro de la familia afectado, argumentando que el factor familiar se podría deber a las dinámicas e interacciones propias de las familias afectadas.

Tres tipos de estudios han logrado diferenciar estas dos explicaciones: Estudios



de adopción, que examinaron el riesgo de padecer esquizofrenia en hijos adoptados de padres con la enfermedad, demostrando que este riesgo está asociado a la presencia de esquizofrenia en alguno de los padres biológicos y no a la presencia de la enfermedad en los padres adoptivos. Estudios de gemelos, los que demostraron una concordancia tres veces mayor entre gemelos univitelinos (hasta un 40%), que entre gemelos bivitelinos (entre un 10 y un 15%). Estudios de riesgo familiar, los que mostraron un riesgo de 7% en población general, en comparación con un riesgo de 10 a 15% en hermanos o hijos de una persona con esquizofrenia, riesgo que aumenta al 40% si ambos padres padecen la enfermedad, pero aún no es posible afirmar con certeza qué variantes aumentan el riesgo de esquizofrenia

Factores ambientales: Se han estudiado una serie de factores de riesgo ambientales relacionados con la esquizofrenia, tanto de tipo biológico como de tipo psicosocial y durante distintas etapas del desarrollo (pre y perinatal, niñez temprana y ulterior, adolescencia y edad adulta temprana). En el periodo prenatal infecciones en la madre, particularmente influenza, así como deficiencia alimentaria en el primer y tercer trimestre del embarazo y eventos vitales adversos severos experimentados por la madre durante el primer trimestre de embarazo se han relacionado con un mayor riesgo de esquizofrenia, la hipoxia fetal el factor citado con mayor frecuencia, La edad avanzada de los padres al momento de la concepción también se ha asociado a un riesgo cercano al doble para desarrollar esquizofrenia y entre los factores de riesgo en la infancia, el trauma psicosocial (como por ejemplo el abuso sexual). se ha asociado con un incremento del riesgo de desarrollar esquizofrenia. El otro factor es el daño cerebral, la separación y muerte de los padres, adversidades en la crianza. En la adolescencia, el consumo de marihuana se ha asociado a un incremento del riesgo de desarrollar esquizofrenia, sin embargo, algunos expertos sugieren que más que una relación de causa efecto, el consumo de marihuana podría precipitar la aparición de esquizofrenia en personas vulnerables o modificar la expresión de la enfermedad, pero no aumentar el riesgo de desarrollarla.

En los últimos años, gracias al desarrollo de las técnicas histopatológicas y de neuro imagen (por ej. la resonancia nuclear magnética, tomografía de emisión de positrones), se han logrado detectar anomalías en determinadas estructuras cerebrales y alteraciones en el funcionamiento del cerebro de las personas con esquizofrenia. Estos hallazgos estarían apoyando la teoría del neuro desarrollo anormal que postula la existencia de alteraciones en la formación normal de las sinapsis y la migración neuronal durante la formación del cerebro y sus conexiones



(encefalopatía del neurodesarrollo).

5.3. FISIOPATOLOGIA

Fisiopatología Una de las aportaciones más importantes relacionadas con la etiología de la esquizofrenia, ha sido la hipótesis dopaminérgica, la cual, en sus inicios, postuló el incremento de la actividad dopaminérgica cerebral de la vía mesolímbica (Carlsson 1963, Seeman 1976, Farde 1988). Posteriormente con base en esta teoría sugirió la existencia de una regulación diferencial en las proyecciones dopaminérgicas cerebrales, en donde se presentaba una disminución del tono cortical de la función dopaminérgica, especialmente en la corteza prefrontal, lo cual puede estar relacionado con una relativa hiperactividad en las estructuras subcorticales (Davis 1991). En el campo clínico, dicha actividad **hiperdopaminérgica** se ha asociado con la presencia de síntomas positivos (estructuras subcorticales, con un mayor involucramiento de la dopamina límbica que la dopamina estriatal), y la actividad **hipodopaminérgica** con la presencia de síntomas negativos (estructuras prefrontales), (Bannon 1983, Pycocock 1980).

Anteriormente se pensaba que los receptores dopaminérgicos D2 tenían su más alta expresión en el estriado, sin embargo, estudios recientes en los que se ha utilizado tomografía por emisión de positrones (PET), no han podido demostrar cambios en las densidades de los D2 en el estriado de pacientes con esquizofrenia (Farde 1990, Hietala 1994, Martinot 1990, Nordström 1995), lo que sugiere que otros receptores pueden estar involucrados en la fisiopatología.

Se ha implicado a la corteza prefrontal y algunas estructuras límbicas como la corteza del cíngulo en la fisiopatología de la esquizofrenia, ya que se piensa que estas estructuras contribuyen particularmente con el empeoramiento de los síntomas negativos y cognoscitivos y en menor medida, con la presencia de los síntomas positivos (Nestler 1997). Particularmente los receptores D1, que normalmente se expresan en la corteza prefrontal (Hall 1994), se han implicado en el control de la memoria de trabajo (Williams 1995) y la disfunción de la misma constituye uno de los rasgos característicos de la esquizofrenia (Goldman 1994). Existen múltiples evidencias de que la esquizofrenia es un trastorno del neurodesarrollo, entre ellas es el típico inicio durante la adolescencia, la presencia de alteraciones estructurales y neuro funcionales al inicio de la enfermedad y estas alteraciones no progresan en la mayoría de los casos con el tiempo (Murray 1987, Weinberger 1995). Los estudios epidemiológicos han aportado mayor soporte a esta hipótesis mostrando que se encuentran déficits intelectuales premórbidos, en etapas tempranas del desarrollo (Horan 2003) y los estudios neuropatológicos



muestran una cito arquitectura cerebral alterada, indicando un trastorno de esta naturaleza. Sin embargo, la alteración en el neurodesarrollo puede no asociarse a todos los individuos que sufren de esquizofrenia y algunos autores argumentan que hay subtipos de la enfermedad, relacionados o no con el neurodesarrollo, (Murray 1992) e incluso un subtipo neurodegenerativo de la enfermedad (DeLisi 1995). Algunas lesiones durante el desarrollo temprano podrían llevar a una reducción de las conexiones en algunas regiones cerebrales (por ejemplo, corteza prefrontal) produciendo probablemente los síntomas negativos y la persistencia de ciertas conexiones en algunos sitios de proyección de estas estructuras cerebrales, como por ejemplo el cíngulo, la corteza temporolímbica y el estriado ventral, posiblemente conduzcan a los síntomas positivos. La visión actual es que la enfermedad podría estar asociada con alteraciones en múltiples regiones corticales y subcorticales. Los modelos de circuitos neuronales que se encuentran alterados en la esquizofrenia incluyen circuitos que involucran una retroalimentación cortico-subcortical (Alexander 1988). Estos incluyen cinco circuitos basados en una región cortical primaria: motora, oculomotora, prefrontal dorsolateral, orbitofrontal lateral y cingulado. El circuito dorsolateral media las funciones "ejecutivas" (planeación y "memoria durante el trabajo"); el cingulado anterior media la motivación y el circuito lateral orbitofrontal las respuestas conductuales apropiadas para el contexto. Se ha considerado que estos circuitos están involucrados en la esquizofrenia, ya que se ha mencionado como características esenciales de la enfermedad las alteraciones en la función ejecutiva, la apatía y la desinhibición (Weinberger 1995, Goldman 1994). La vulnerabilidad a la esquizofrenia es probablemente genética, de acuerdo a los hallazgos de estudios genéticos en gemelos y de adopción (Gottesman, 2003). Sin embargo, la vulnerabilidad puede estar influenciada por otros factores etiológicos adquiridos, tales como las complicaciones perinatales o el estrés familiar. Así se consideran factores de riesgo probables: la consanguinidad con quiénes presentan trastornos psiquiátricos mayores, factores estresantes identificables perinatales y del desarrollo, y trastornos de personalidad premórbida de tipo paranoide, esquizoide o esquizotípico. De tal forma, estos hallazgos y los más recientes sobre neuropatología y bioquímica indican que la esquizofrenia es un padecimiento con etiología multifactorial que condiciona alteraciones en el neurodesarrollo y predispone a un proceso neurodegenerativo al iniciar los síntomas psicóticos.

5.4. ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS



A nivel mundial los trastornos psiquiátricos están entre las enfermedades que causan mayor pérdida de años productivos, deterioro en la calidad de vida, aumento en el uso de los servicios de salud y de costos asociados. De acuerdo con la OMS, la esquizofrenia era la novena causa de los años perdidos por discapacidad para las personas entre 15 y 44 años de edad en el reporte del año 2001, En el Perú los estudios epidemiológicos del Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado – Hideyo Noguchi" demuestran que 1 de cada 3 peruanos en algún momento de su vida presentará algún problema de salud. A pesar de ser tan frecuente, la brecha del tratamiento o proporción de personas que necesitando atención no la reciben es de 80%, es decir 8 de cada 10 personas con un trastorno no reciben tratamiento adecuado.

.En el Hospital Víctor Larco Herrera, durante el 2017, la esquizofrenia fue el trastorno mental con mayor demanda de atención.

5.5. FACTORES DE RIESGO ASOCIADO

5.5.1. Factores hereditarios:

Hoy se sabe que la heredabilidad de la esquizofrenia es de un 50 – 90%.

El riesgo de desarrollar la esquizofrenia en:

- Población general 1%
- Familiar de paciente esquizofrénico. (no gemelo). 8%
- Hijo con uno de los padres esquizofrénico. 12%
- Gemelo dicigótico de un paciente esquizofrénico. 12%
- Hijo con padre y madre esquizofrénicos. 40%
- Gemelo monocigótico de un paciente esquizofrénico. 47%

Relación gen-ambiente

Los factores de riesgo ambientales y biológicos solo ejercen un efecto patogénico en personas que presentan una vulnerabilidad genética.

El modelo de estrés-diátesis integra de modo comprensible, los factores de tipo genético y ambiental. Este modelo se basa en la existencia de una vulnerabilidad (diátesis) específica de la persona, que bajo la influencia de una serie de factores ambientales estresantes conduce a la enfermedad.

5.5.2. Estilos de Vida:

Otros antecedentes incluyen el traumatismo craneano, la epilepsia y las convulsiones febriles en niños y las deformaciones serias.

También se presenta en los consumidores de sustancias, el cual puede



complicar el diagnóstico debido a que puede producir síntomas psicóticos, Muchas personas inicialmente inducidas por sustancias son diagnosticadas con un trastorno psicótico primario. Los indicadores de la presencia de un trastorno psicótico subyacente incluyen la persistencia de síntomas psicóticos con abstinencia, síntomas que no corresponden con el tipo o la cantidad de sustancia consumida, antecedentes familiares de esquizofrenia, síntomas positivos típicos de la esquizofrenia y/o presencia de síntomas negativos/cognitivos.

Asimismo, pueden desarrollar esquizofrenia los hijos de primera generación de inmigrantes que experimentan discriminación social.

Y por último la esquizofrenia prevalece en los grupos socioeconómicos más bajos (deriva social).

5.5.3. Medio Ambiente:

La presencia en los primeros meses de vida de acontecimientos adversos altera la organización de la mentalización, ya que dificulta la elaboración de las emociones y las experiencias relacionales básicas de apego y vinculación necesarias para el desarrollo y el crecimiento del niño a nivel de salud mental.

Entre ellos se encuentran: La violencia familiar a través de agresión psicológica que es un factor prevalente durante la infancia de pacientes con esquizofrenia, siendo vulnerables a los insultos, que tendrá base en pre o anomalías del desarrollo neurológico perinatal, por lo que es probable que conduzcan a un decaimiento a los insultos post púberes, que contribuyen a la pérdida acelerada de materia gris y conectividad aberrante en las regiones prefrontales de los individuos sensibles. seguida por la agresión sexual, en una tercera parte que fueron forzadas a tener relaciones sexuales; y por último la violencia física que una quinta parte sufrió alguna vez en su vida.

VI. CONSIDERACIONES ESPECIFICAS

6.1. CUADRO CLINICO

6.1.1. Signos y Síntomas

Caracterizado por distorsiones fundamentales y típicas de la percepción, del pensamiento y de las emociones.

Los Síntomas positivos de la Esquizofrenia. - Provocan en el paciente situaciones de excitación como:



- **Ideas delirantes:** el paciente cree que están sucediendo una serie de cosas que realmente no están ocurriendo.
- **Alucinaciones sensoriales:** alteraciones de la percepción sin un estímulo externo que las ocasionen. Por lo general suelen ser de carácter auditivo (voces, sonidos), aunque también pueden ser visuales u olfativas, como también somáticas-táctiles. En ocasiones se pueden perpetrar actos violentos hacia los demás o hacia él mismo.
- **Conducta extravagante:** producto de esas ideas delirantes y alteraciones sensoriales. No suelen tener una finalidad concreta. El paciente puede presentar hiperemotividad e histrionismo.
- **Pensamiento desorganizado:** el paciente no es capaz de ordenar y exponer su pensamiento de forma organizada, lo que se manifiesta en un lenguaje inconexo y con un mensaje errático

Síntomas negativos de la Esquizofrenia. - Son actitudes disminuidas, o totalmente ausentes, en el paciente, que son habituales en la población general. Son más difíciles de detectar al no ser llamativas **como:**

- **Anhedonia:** pérdida de interés por aquellas cosas que anteriormente interesaban y gustaban al paciente.
- **Abulia-Apatía:** pérdida o ausencia de iniciativa para comenzar tareas o propósitos y llevarlos a cabo.
- **Aislamiento social:** disminución del interés por actividades sociales y que requieran relaciones con el resto de personas. El paciente tiende a la realización de actividades solitarias.
- **Afectividad aplanada:** reducción o, en casos graves, ausencia de expresión y respuesta emocional. Se refleja en acciones como mutismo facial (no gesticula con la cara ante estímulos), disminución de los movimientos de carácter espontáneo (requiriendo una orden externa para su realización), ausencia de contacto visual, disminución del mensaje oral y del tono de voz (el paciente mantiene un tono de voz bajo y se expresa con pocas palabras) con lentitud o bloqueo de la conversación.

6.1.2. Interacción cronológica

La esquizofrenia es un trastorno de salud mental crónico de características heterogéneas que afecta a la forma en que una persona siente, piensa y se



comporta. La afección hace que las personas vayan y vengan entre la realidad y sus percepciones distorsionadas de la realidad. La esquizofrenia comienza aproximadamente entre los 5 a 13 años, se le conoce como esquizofrenia de inicio en la infancia, pero con poca probabilidad que puede ser difícil diferenciar de otros problemas de desarrollo. También se puede diagnosticar a los adolescentes desde los 15 hasta antes de los 18 años y se denomina esquizofrenia de inicio temprano y por ultimo la edad aproximada en la que suele desarrollar la esquizofrenia es entre los últimos años de la adolescencia y alrededor de los 30 años.

Síntomas Prodrómicos:

A.-Tempranos: afectos depresivos, aislamiento social, funcionamiento subnormal, motivación disminuida, alteración del sueño, ansiedad, desconfianza, concentración disminuida.

B.- Tardío: conducta bizarra, abandono de hábitos higiénicos, afecto inapropiado discurso vago y sobrevalorado, pensamiento mágico o peculiares, discurso circunstancial, percepciones inusuales.

Evolución: Episodio agudo único con o sin síntomas residuales, episodios agudos múltiples con o sin síntomas residuales, episodios agudos o insidiosos continuos con síntomas positivos.

6.1.3. Gráficos Diagramas y fotografías



Gráfico 1. Factores causales de esquizofrenia más importantes



Gráfico 2. Inicio de la Esquizofrenia según grupo etáreo

6.2. DIAGNOSTICO

El diagnóstico de la Esquizofrenia es fundamentalmente clínico. Será útil basarnos en los criterios de los manuales de diagnóstico internacionales, como el CIE - 10 de la OMS o el DSM - 5.



Anamnesis:

Edad, sexo, estado civil, religión y procedencia, ocupación. Tiempo de enfermedad. Síntomas principales. Antecedentes de episodios anteriores y tratamientos recibidos. Estresores precipitantes actuales y previos. Enfermedades previas y concomitantes, así como medicación que recibe. Nivel de funcionamiento actual y previo. Evaluar soporte social.

Examen Mental:

Observación general, conciencia, orientación y atención, lenguaje, pensamiento, percepción, afectividad, voluntad, funciones mentales superiores, conciencia de enfermedad.

Examen Clínico:

Examen físico completo.

6.2.1. Criterios de Diagnóstico

Los trastornos esquizofrénicos se caracterizan, en general, por distorsiones fundamentales y típicas del pensamiento y de la percepción, junto con una afectividad inadecuada o embotada. Habitualmente se mantienen tanto la lucidez de la conciencia como la capacidad intelectual, aunque con el transcurso del tiempo pueden desarrollarse ciertas deficiencias intelectuales. Entre sus fenómenos psicopatológicos más importantes se cuentan el pensamiento con eco, la inserción o el robo del pensamiento, la difusión del pensamiento, la percepción delirante y los delirios de control, de influencia o de pasividad, voces alucinatorias que comentan o discuten al paciente en tercera persona, trastornos del pensamiento y síntomas de negativismo. La evolución de los trastornos esquizofrénicos puede ser continua o episódica, con déficit progresivo o estable, o bien puede haber uno o más episodios, con remisión completa o incompleta. No debe hacerse diagnóstico de esquizofrenia cuando hay síntomas depresivos o maníacos extensos, a menos que haya quedado en claro que los síntomas esquizofrénicos antecedieron a la perturbación afectiva. Tampoco debe diagnosticarse esquizofrenia cuando existe una enfermedad cerebral manifiesta, ni durante los estados de intoxicación o de abstinencia de drogas. Los trastornos similares que se desarrollan cuando hay epilepsia u otra enfermedad cerebral deben ser clasificados



en F06.2, y aquéllos inducidos por sustancias psicoactivas, en F10–F19 con cuarto carácter común.

Excluye: esquizofrenia:

- aguda (indiferenciada) (F23.2)
- cíclica (F25.2) reacción esquizofrénica (F23.2) trastorno esquizotípico (F21)

F20.0 Esquizofrenia paranoide

En la esquizofrenia paranoide predominan los delirios relativamente estables, a menudo de tipo paranoide, los cuales se acompañan habitualmente de alucinaciones, especialmente del tipo auditivo, y de perturbaciones de la percepción. No hay perturbaciones del afecto, ni de la volición, ni del lenguaje, como tampoco síntomas catatónicos, o bien esta sintomatología es relativamente poco notoria. Esquizofrenia parafrénica.

Excluye: estado involutivo paranoide (F22.8).

paranoia (F22.0)

F20.1 Esquizofrenia hebefrénico

Forma de esquizofrenia en la cual hay importantes cambios afectivos, delirios y alucinaciones fugaces y fragmentarios, comportamiento irresponsable e impredecible, en tanto que son frecuentes los manierismos. El humor es superficial e inadecuado. El pensamiento se halla desorganizado y el lenguaje es incoherente. Hay tendencia al aislamiento social. Por lo común el pronóstico es sombrío, debido al rápido desarrollo de síntomas "negativos", especialmente de un aplanamiento del afecto y de una pérdida de la volición. Normalmente debe diagnosticarse hebefrenia sólo en adolescentes o en adultos jóvenes. Esquizofrenia desorganizada Hebefrenia

F20.2 Esquizofrenia catatónica

En la esquizofrenia catatónica predominan importantes perturbaciones psicomotoras, las cuales pueden alternar entre extremos tales como las hipercinesias y el estupor o entre la obediencia automática y el negativismo. El paciente puede mantener posiciones y actitudes forzadas durante largos períodos. Una característica llamativa de esta afección son los posibles episodios de excitación violenta. Los fenómenos catatónicos pueden combinarse con un estado onírico (oneiroide), con alucinaciones escénicas vívidas.



Catalepsia esquizofrénica

Catatonía esquizofrénica

Estupor catatónico

Flexibilidad cética esquizofrénica

F20.3 Esquizofrenia indiferenciada

Afecciones psicóticas que cumplen con los criterios diagnósticos generales señalados para la esquizofrenia pero que no se ajustan a ninguno de los subtipos descritos en F20.0–F20.2, o bien exhiben las características de más de uno de ellos sin claro predominio de ningún conjunto de rasgos diagnósticos en particular. Esquizofrenia atípica

Excluye: depresión postesquizofrénica (F20.4)

esquizofrenia crónica indiferenciada (F20.5)

trastorno psicótico agudo esquizofreniforme (F23.2).

F20.4 Depresión postesquizofrénica

Episodio depresivo, que puede ser prolongado y que aparece como secuela de un mal esquizofrénico. Puede haber todavía algunos síntomas esquizofrénicos, tanto "positivos" como "negativos", pero éstos ya no son los que predominan en el cuadro clínico. Estos estados depresivos se asocian con un alto riesgo de suicidio. Si el paciente ya no tiene ningún síntoma esquizofrénico, debe diagnosticarse el episodio depresivo (F32). Si los síntomas esquizofrénicos son aún floridos y relevantes, debe mantenerse el diagnóstico en el subtipo correspondiente de esquizofrenia (F20.0–F20.3).

F20.5 Esquizofrenia residual

Estadio crónico del desarrollo de un mal esquizofrénico en el que se haya registrado un claro progreso desde una etapa inicial a otra más avanzada que se caracteriza por síntomas "negativos" de larga duración, aunque no necesariamente irreversibles, entre los que se hallan la lentitud psicomotriz, la hipoactividad, el aplanamiento del afecto, la pasividad y la falta de iniciativa, la pobreza del lenguaje en cantidad y en contenido, la mediocridad de comunicación no verbal (mediante la expresión facial, el contacto visual, la modulación de la voz y la posición), el descuido personal y pobre desempeño social.

Esquizofrenia crónica indiferenciada

Estado esquizofrénico residual

(Restzustand esquizofrénico)

F20.6 Esquizofrenia simple Trastorno en el cual se da un desarrollo



insidioso pero progresivo de comportamiento extravagante, con incapacidad para cumplir con los requerimientos sociales y declinación del desempeño en general. Los rasgos negativos característicos de la esquizofrenia residual (por ejemplo, el aplanamiento del afecto, la pérdida de la volición, etc.) se desarrollan sin ser precedidos por ninguna sintomatología psicótica manifiesta.

F20.8 Otras esquizofrenias Esquizofrenia cenestopática Psicosis esquizofreniforme SAI Trastorno esquizofreniforme SAI

Excluye: trastornos esquizofreniformes breves (F23.2)

F20.9 Esquizofrenia, no especificada

6.2.2. Diagnóstico Diferencial

Trastornos mentales orgánicos. - Abuso de sustancias y toxicidad por drogas (cocaína, LSD, mezcalina, marihuana, alcohol, antidepresivos, l-dopa, efedrina, cimetidina, carbamazepina, etc.), lesiones expansivas cerebrales, TEC, Infecciones cerebrales, Endocrinopatías, Lupus, ACV, porfiria, delirio, demencia, etc.

La presencia de trastornos de conciencia, orientación, juicio, memoria, orientan al cuadro orgánico.

Trastornos afectivos. - Cuando los cuadros afectivos van acompañados de psicosis es difícil diferenciarlos de la esquizofrenia en la fase aguda, el diagnóstico diferencial depende de la relación temporal entre los síntomas afectivos y los esquizofrénicos y de su duración relativa.

La psicosis reactiva breve. - Se presenta menos de 4 semanas y está relacionada con un estrés psicosocial.

Los trastornos delirantes paranoides. - No se asocian con delirios extraños, asociaciones inconexas, incoherencia o alucinaciones.

Trastornos de la personalidad (paranoide, esquizoide, fronteriza). - Pueden ir con síntomas sicóticos transitorios que remiten en el curso de horas o días.

Trastorno obsesivo compulsivo e hipocondría. - El sujeto afectado puede justificar sus síntomas con razones exageradas y casi delirantes, pero admite el carácter irracional de sus preocupaciones.

Trastorno autista. - Trastorno que se presenta antes de los 12 años.

El retardo mental. - Con conducta extraña, puede parecerse a la esquizofrenia, pero la presencia de delirios y alucinaciones que no sean atribuibles a problemas de comunicación dan el Dx.



La simulación y el trastorno ficticio. - Los síntomas son manejados a voluntad o se deben a situaciones especiales (cárcel). Los síntomas se presentan en forma atípica.

6.3. EXAMENES AUXILIARES

6.3.1. De Patología clínica basal

Hemograma, hemoglobina, hematocrito, pruebas hepáticas, glicemia, urea y creatinina; examen completo de orina; pruebas serológicas; pruebas de embarazo.

6.3.2. De imágenes

Rx de cráneo, TAC cerebral, Neuroespect. Electroencefalocardiograma, Electrocardiograma.

6.3.3. De exámenes especializados

- Perfil neuropsicológico y social
- Evaluación psicológica: personalidad, organicidad, pensamiento, C.I.
- Evaluación neuropsicológica
- Evaluación social
- Evaluación ocupacional

6.4. MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

6.4.1 Medidas Generales Preventivas.

Nivel de promoción de salud:

- Trabajar contra la estigmatización y la discriminación social.
- Fomentar estilos de vida sanos
- Mejora de los servicios básicos (vivienda, alimentación, vestido, agua, luz, desagüe)

Nivel de prevención:

- Vigilar la salud mental de la comunidad.
- Educación de la población sobre la enfermedad.
- Vigilancia de signos de alarma y prodrómicos para Dx. Precoz.

6.4.2 Terapéutica



Tratamiento Psicológico.

1. Terapia Cognitivo Conductual (TCC)

- Con esta terapia se establece Desarrollar y/o enseñar al paciente el uso de estrategias de afrontamiento (cognitivas, conductuales, sensoriales y fisiológicas) con el fin de reducir la frecuencia, intensidad y duración de los síntomas psicóticos residuales y sus consecuencias emocionales, manipulando los factores internos y/o externos, para atenuar la angustia y las interferencia psicóticas en el funcionamiento normal de sus emociones y conductas disfuncionales, a si prevenir las recaídas trabajando sobre los delirios y las alucinaciones como una respuesta explicable
- Martínez, Moreno y Soriano (2004), opinaron que esta terapia produce mejoras significativas en la adherencia al tratamiento, así como una disminución de las recaídas, ayudando al consultante a aceptar los cambios que la enfermedad conlleva y la necesidad de insertarse en un tratamiento y seguirlo adecuadamente. Según Keegan y Garay (2007), en la actualidad las aplicaciones terapéuticas de los modelos cognitivo-conductuales se han incluido en programas integrales para pacientes psicóticos crónicos y para pacientes con diagnóstico dual (esquizofrenia y abuso de sustancias)

2. Intervención psicoeducativa familiar.

El objetivo es mejorar la calidad de vida del paciente y de los cuidadores creando ambientes con muy bajo nivel de estrés, disminuyendo la probabilidad de recaída y carga familiar, proporcionando información sobre el trastorno y detección de síntomas de alerta e intervención. Teniendo como base las teorías desarrolladas dentro del modelo sistémico en los años 50 haciendo énfasis en la teoría de la comunicación humana y la teoría del doble vínculo.

Se entrena con técnicas para enfrentar las dificultades que proceden del trastorno; por lo tanto.

- La intervención con la familia realizada de modo psicoeducativo, tiene en cuenta el ambiente que rodea al paciente y el resultado en sus familiares. Igualmente cabe considerar a los familiares



del consultante como agentes terapéuticos y no como pacientes, sirviendo de primer paso para aumentar su conocimiento de la enfermedad.

- Llevar a cabo una reestructuración donde se deben incluir al paciente como a las personas que componen la unidad familiar, construir una alianza con los familiares de pacientes esquizofrénicos, proporcionando información sobre el trastorno cuando se presenten problemas de conducta,
- Asesorar en la gestión del estrés familiar, reduciendo una atmósfera adversa y mejorando la comunicación.
- Potenciar la capacidad de los familiares para la anticipación y resolución de los problemas reduciendo las expresiones de angustia y culpa dentro de la familia.
- Ayudar a los familiares a mantener unos límites apropiados, así como una distancia adecuada cuando sea necesario; para conseguir cambios deseados en el comportamiento de los familiares y en su sistema de creencias.

3. Entrenamiento en habilidades sociales

Las intervenciones psicosociales tienen como objetivo impedir la desvinculación social de la persona, procurando un tratamiento cercano a su entorno ecológico y en su planteamiento que favorezca el mantenimiento de los diferentes roles sociales que el usuario ejercía antes de su debut de la enfermedad. Con este tipo de intervención se puede reactivar las habilidades perceptuales, motoras e interpersonales.

Cabe resaltar lo que Penn y Mueser (citados por Jiménez, Maestro & Moreno, 2004) afirmaron que las personas con esquizofrenia, pueden ser adiestradas en un amplio rango de habilidades sociales, que van desde las más simples a las más complejas, como la asertividad o las habilidades conversacionales. Este tipo de entrenamiento necesita ser proporcionado durante un amplio período de tiempo; para favorecer la interacción social como la comunicación verbal y no verbal, la autoconciencia de sentimientos internos y de las actitudes, la percepción del contexto y la capacidad. Por otro lado, mejorar las competencias sociales del sujeto y disminuye el estrés y la ansiedad.



Tratamiento Farmacológica:

La elección del fármaco se basa de acuerdo a los criterios siguientes:

- Perfil de acción clínica
- Intensidad de los efectos secundarios
- Historia de respuesta previa del paciente
- Respuesta subjetiva al inicio del tratamiento

La vía de administración se decidirá de acuerdo a la posibilidad de aceptación de medicación oral y a la necesidad de sedación del paciente.

La dosis de inicio debe ser baja e incrementarse de acuerdo a la respuesta clínica dentro del rango terapéutico. Se buscará continuar coherentemente con la medicación iniciada.

Se anexa Flujograma de Tratamiento Farmacológico de la Esquizofrenia en Fase Aguda.

FARMACOS ANTISICOTICOS

Fármaco	Dosis (mgr/día)	Efectos adversos	
Antipsicótico		Sedación	Extrapiramidales
Clorpromazina	300 – 2000	+++	++
Trifluoperazina	5 – 45	++	+++
Haloperidol	5 – 60	+	+++
Sulpiride	200 - 800	+/-	+
Olanzapina	5- 20	++	0/+
Risperidona	3 – 12	++	+
Clozapina	50 - 60	+++	0?

Terapia electro convulsiva, es eficaz en la fase aguda de la enfermedad. De preferencia en esquizofrenia catatónica. En pacientes resistentes a la farmacoterapia o con intolerancia a la misma. Se aplicará de acuerdo al protocolo respectivo (ver Anexo VI).

Terapia con Clozapina, es el fármaco de elección en los cuadros resistentes a psicofármacos. Tiene efectos beneficiosos tanto en la sintomatología positiva



como negativa. El riesgo de Agranulocitosis obliga a monitorización hematológica periódica y continua. Su empleo se realizará de acuerdo al protocolo respectivo.

6.4.3. Efectos adversos o colaterales con el tratamiento

En el tratamiento farmacológico, los medicamentos antipsicóticos utilizados son los neurolepticos; como la clorpromazina, trifluoperazina, haloperidol, sulpiride, olanzapina y risperidona son muy efectivos en el tratamiento de la esquizofrenia; pero que poseen importantes efectos secundarios; como temblores, rigidez, inquietud interna, sudor e incluso convulsiones. También produce efectos indeseables no neurológicos; como ictericia (coloración amarillenta de la piel), fiebre alta, anemia aplásica, hipersensibilidad dérmica, hipotensión, incremento de peso y en casos extremos, síndrome neuroleptico maligno que puede llevar a la muerte. Los neurolepticos aparecieron en los años cincuenta, y actualmente hay nuevas formas de presentación que reducen los efectos secundarios, como es el caso de clizamina o risperidona.

6.4.4. Signos de alarma.

- Dificultad para diferenciar sueños de realidad.
- Alucinaciones visuales o auditivas.
- Pensamientos e ideas vividos y bizarros.
- Cambios extremos y bruscos de humor.
- Comportamiento raro.
- Pensar que la gente está en contra de ellos.
- Comportarse como un niño menor.
- Ansiedad y temor severos.
- Confundir televisión y realidad.
- Problemas serios para hacer o mantener amistades.

COMPLICACIONES: Derivar a hospitales

especializados

- Falla en la respuesta terapéutica. (resistencia a tto.)
- Conductas suicidas.
- Conductas homicidas.
- Comorbilidad con farmacodependencias. (Tabaco, Alcohol y Drogas ilegales)
- Complicaciones físicas (Obesidad, problemas medico quirúrgicos).



- Cuadros sicóticos emergentes, emergencias psiquiátricas, reactivación de cuadros crónicos.
- Cuadros con comorbilidad compleja. Manejo agudo de hospitalización moderada.
- Cuadros resistentes al tratamiento que necesiten ETC.
- Cuadros con síntomas atípicos.

6.4.5. Criterios de alta

- Entre el 10 y el 20% de los pacientes se recuperan totalmente tras un primer episodio esquizofrénico.
- Por lo general el psiquiatra es quien da el alta médica.
- Pero los pacientes con esquizofrenia requieren tratamiento de por vida de manera eficaz con la dosis más baja posible, incluso si los signos y síntomas desaparecen.
- Asimismo, puede salir de alta los pacientes que han estabilizado su cuadro clínico y presenta mejoría, en caso de haber sido ingreso voluntario, el paciente puede solicitar su egreso, siempre y cuando llene y firme el documento necesario.

6.4.6. Pronostico.

- La esquizofrenia también se puede desarrollar en forma de brotes.
- El peligro reside cuando determinados síntomas pueden permanecer como crónicos (cronificación).
- Los llamados síntomas negativos son los que más limitan a los afectados como la falta de estímulo, los trastornos depresivos, la pérdida de interés, los trastornos de concentración y la pobreza emocional.
- En casos aislados puede ser que los delirios y las alucinaciones (llamados síntomas positivos) no desaparezcan completamente.
- En el 35 al 40% de los pacientes, la esquizofrenia se manifiesta de forma recurrente, como delirios y alucinaciones permanentes. La evolución crónica grave solo se da en un 5% de los casos. aunque con un tratamiento adecuado los síntomas desaparecen casi totalmente.
- Las investigaciones demuestran que circunstancias específicas pueden influir positivamente en la evolución de la esquizofrenia. Algunas de ellas son las siguientes: La manifestación de forma aguda de una



esquizofrenia (por ejemplo, tras una experiencia traumática) sin que los afectados hayan mostrado antes signos indica un buen pronóstico.

- El tratamiento precoz de la esquizofrenia con neurolépticos evita normalmente la evolución crónica de la misma. Condiciones sociales como una pareja estable y una buena red social son factores que afectan positivamente al curso de la enfermedad.
- El método con medicamentos y terapia psicosocial puede ayudar a controlar la enfermedad.

6.5. Complicaciones

Una recaída en el paciente con esquizofrenia se manifiesta con la reaparición de los síntomas positivos y negativos que caracterizan a la enfermedad. Cada recaída es un retroceso que implica: deterioro cognitivo, aumento de la posibilidad de reingreso hospitalario, afectación de la calidad de vida tanto del paciente como de su familia y entorno cercano, la alteración de la evolución de la enfermedad. El número de recaídas es el factor que más se asocia a un peor pronóstico de la enfermedad.

- Abandono de la medicación
- Acontecimientos estresantes
- Abuso de sustancias como alcohol o drogas
- Incumplimiento parcial con el tratamiento
- Suspensión de la medicación al sentirse mejor de salud
- Insatisfacción de la relación médico-paciente
- Falta de soporte familiar.

6.6. Criterios de referencia y Contra referencia.

1. Criterio de Referencia.

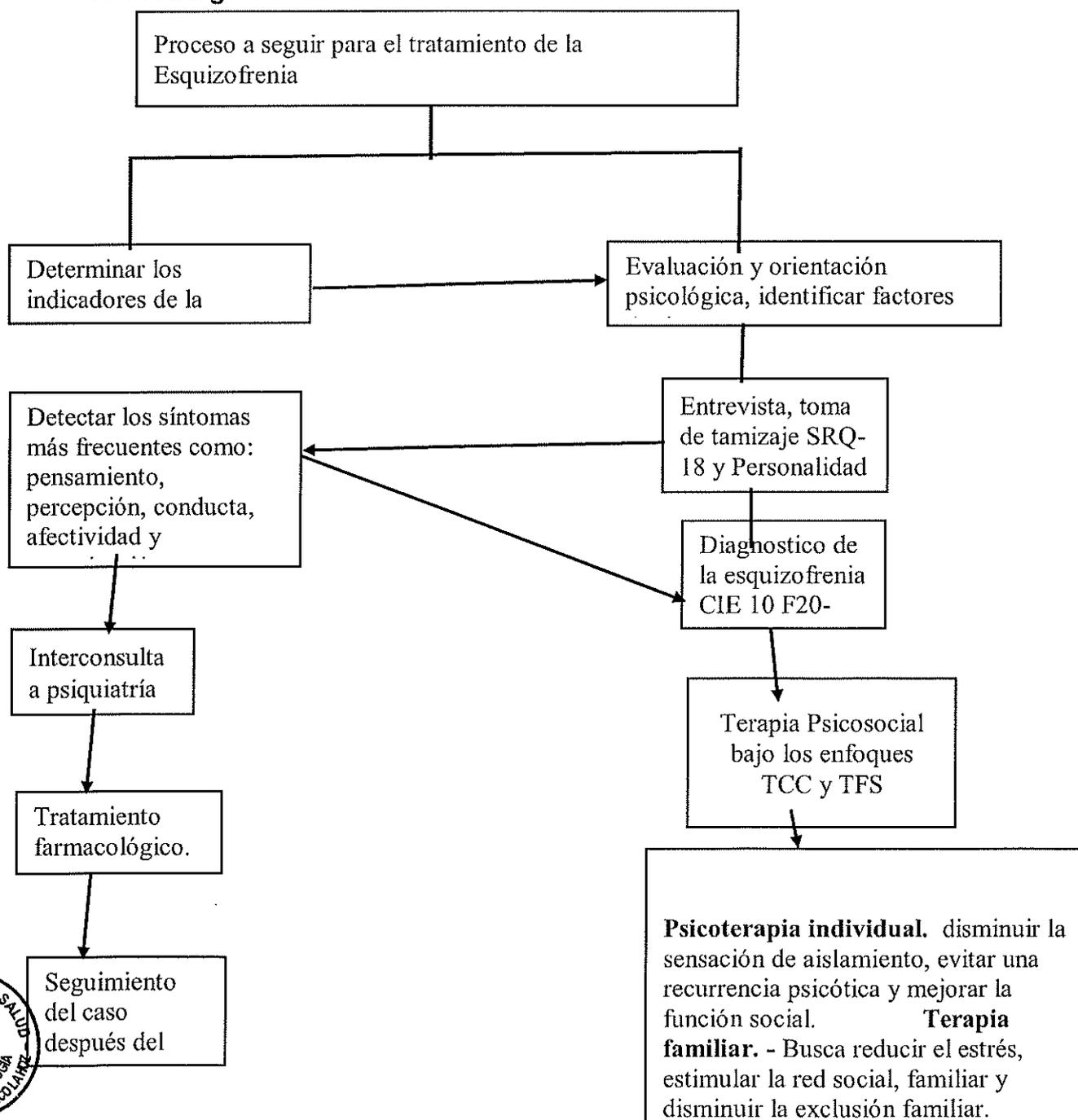
Los centros de Salud del primer nivel de atención realizarán las derivaciones del paciente a hospitales nivel II y si en caso requieran de una atención de mayor complejidad se hará la referencia especial al hospital de nivel III quienes tienen la

capacidad plena y resolutive en el tratamiento del paciente con esquizofrenia.

2. Criterios de Contra referencia.

Una vez mejorado la integración del paciente esquizofrénico se derivará al lugar de procedencia; para continuar con su tratamiento y lograr una atención integral de los pacientes en su cede de primer nivel con su patología base. El equipo de Salud mental debe contar con profesional médico, psicólogo, enfermera, asistente social y abastecimiento de medicamentos terapéutico.

6.7. Fluxograma



ANEXO 01

CUESTIONARIO DE SINTOMAS: S.R.Q.-18

Fecha Entrevistador:

Establecimiento:

IDENTIFICACION DEL PACIENTE:

Nombre del
paciente:.....

Fecha de Nacimiento: Edad: Sexo: M F

Dirección:.....
.....

Motivo de consulta:

.....
.....
.....

- | | | | |
|-----|--|----|----|
| 1. | ¿Tiene dolores frecuentes de cabeza? | SI | NO |
| 2. | ¿Tiene mal apetito? | SI | NO |
| 3. | ¿Duerme mal? | SI | NO |
| 4. | ¿Se asusta con facilidad? | SI | NO |
| 5. | ¿Sufre temblor en las manos? | SI | NO |
| 6. | ¿Se siente nervioso o tenso? | SI | NO |
| 7. | ¿Sufre de mala digestión? | SI | NO |
| 8. | ¿Es incapaz de pensar con claridad? | SI | NO |
| 9. | ¿Se siente triste? | SI | NO |
| 10. | ¿Llora Ud. con mucha frecuencia? | SI | NO |
| 11. | ¿Tiene dificultad en disfrutar de sus actividades diarias? | SI | NO |
| 12. | ¿Tiene dificultad para tomar decisiones? | SI | NO |
| 13. | ¿Tiene dificultad en hacer su trabajo? | SI | NO |



- ¿Su trabajo se ha visto afectado?
14. ¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida? SI NO
15. ¿Ha perdido interés en las cosas? SI NO
16. ¿Se siente aburrido? SI NO
17. ¿Ha tenido la idea de acabar con su vida? SI NO
18. ¿Se siente cansado todo el tiempo? SI NO

PUNTUACIÓN DE LAS PREGUNTAS 1 – 18:

19. ¿Siente Ud. que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma? SI NO
20. ¿Es Ud. una persona mucho más importante que lo que piensan los demás?
SI NO
21. ¿Ha notado interferencias o algo raro en su pensamiento? SI NO
22. ¿Oye voces sin saber de donde vienen o que otras personas? SI NO
23. ¿No pueden oír?
¿Ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo con movimientos
De brazos y piernas; ¿con mordedura de la lengua o pérdida del conocimiento?
24. ¿Alguna vez le ha parecido a su familia, sus amigos, su médico o su sacerdote que Ud. estaba bebiendo demasiado?
25. ¿Alguna vez ha querido dejar de beber, pero no ha podido?
26. ¿Ha tenido alguna vez dificultades en el trabajo o en el estudio a causa de la bebida como beber en el trabajo o colegio o faltar a ellos?
27. ¿Ha estado en riñas o lo han detenido estando borracho?
28. ¿Le ha parecido alguna vez que Ud. bebía demasiado?

DETERMINACION DE LA PUNTUACION:

