

11241



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA MÉDICA,
PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO "FRAY BERNADINO ALVAREZ"



SUBDIVISIÓN DE ESPECIALIZACIÓN
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

**"VALORACIÓN DE LA SOBREPOTECCIÓN Y
CUIDADO PARENTALES A TRAVES DEL PBI COMO
FACTOR ASOCIADO AL TRASTORNO LÍMITE
DE LA PERSONALIDAD, SEGÚN DSM-IV"**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:
PSIQUIATRIA
P R E S E N T A :
DR. JOAQUIN ALEJANDRO SOTO CHILACA

ASESORES:
DR. HÉCTOR SENTÍES CASTELLÁ
DR. ALBAR COLONIA CABRERA



CURSO DE ESPECIALIZACION EN PSIQUIATRIA
DEPTO. DE PSICOLOGIA MEDICA,
PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL
FACULTAD DE MEDICINA
U. N. A. M.

Vo. Bo.
Alejandro Diaz Martin
DR. ALEJANDRO DIAZ MARTIN



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a mis asesores al Dr. Héctor Senties Castellá y al Dr. Albar Colonia Cabrera por su guía, orientación e invaluable aportaciones para la realización y terminación del presente trabajo.

Al Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez" y al Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente" y sus autoridades por permitir la realización de esta tesis.

A cada uno de los pacientes que colaboraron de manera voluntaria y dieron parte de sí. Esperando que con dicha investigación se agregue un granito mas al conocimiento de su patología.

A mis Padres por haberme ayudado a realizar este sueño que inicio hace 10 años.

A ti Amor por ayudarme en la edición y brindarme todo tu apoyo.

A mis hermanos, amigos y compañeros.

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo investigacional.

NOMBRE: Joaquín Alejandro
Bato Chelada
FECHA: 230904
FIRMA: 

INDICE

1. Introducción	1
2. Antecedentes	3
2.1. Aproximaciones Metodológicas a la Experiencia Infantil y el Apego Parental	5
2.2. Estudios previos con experiencias infantiles de pacientes con Trastorno Limite de la Personalidad	6
3. Justificación	8
4. Planteamiento del Problema	8
5. Hipótesis	8
6. Objetivo de la Investigación	8
7. Diseño de la Investigación	9
7.1. Población Estudiada	9
7.2. Criterios de Inclusión	9
7.3. Instrumentos de Medición Clínica	9
7.4. Descripción del Procedimiento	11
7.4.1 Casos	11
7.4.2. Controles	12
7.5. Análisis Estadístico	13

8. Resultados	13
9. Discusión	18
10. Conclusiones	21
11. Apéndice A	22
13. Apéndice B.	23
14. Apéndice C	34
15. Apéndice D	38
16. Bibliografía.	53

INTRODUCCIÓN

La tendencia de la explicación científica de la mayor parte de la medicina en el siglo pasado fue la de encontrar, la causa u origen a las enfermedades, así como el mecanismo de acción de los tratamientos destinados a estas.

Pasteur, Virchow y Claude Bernard han sido considerados fundadores de la medicina moderna en el siglo pasado. Mientras los dos primeros aportaron un enfoque de la enfermedad basado en la causalidad (germen, lesión), Claude Bernard planteo que el organismo, como un todo complejo e integrado, enferma cuando se altera el equilibrio en la interacción entre sus sistemas (1). Ambas concepciones complementarias han influido notablemente en la práctica médica actual.

Sin embargo, han tenido más apoyo y peso los enfoques basados en la causalidad lineal y específica: es decir solo aquella terapia efectiva es la que apunta a la causa de la enfermedad. Este enfoque, es sin duda influido por los avances en el campo de las enfermedades infecciosas. En donde para ciertos microorganismos *solo* se requieren de fármacos específicos (2).

Por otro lado, como lo menciona García Toro los marcos conceptuales holísticos y dinámicos, basados en la causalidad circular, suponen un mecanismo de acción terapéutico más modesto y menos específico. De esta manera el manejo terapéutico, ayuda al organismo en la medida de que este corrija el desequilibrio en sus sistemas que supone la enfermedad (2).

Enfatizando este último punto nos encontramos con la Teoría General de Sistemas, la cual es una de las producciones intelectuales más importantes que se hayan hecho en el siglo pasado. Surgiendo en respuesta al agotamiento e inaplicabilidad de los enfoques analítico-reduccionistas y sus principios mecánico-causales Esta teoría nos plantea la necesidad de visualizar el fenómeno desde una perspectiva integral, holística con la primera finalidad de comprenderlo adecuadamente, y en segundo lugar para que a partir de ésta comprensión, se pueda establecer un abordaje pertinente de la situación existente en busca de soluciones y planteamientos adecuados.

El biólogo Ludwig Von Bertalanffy (1901-1972), fue quien acuñó la denominación "Teoría General de Sistemas", considero que debería constituirse en un mecanismo de integración entre las ciencias naturales y sociales y ser al mismo tiempo un instrumento básico para la formación y preparación de científicos (3).

Algunos de los conceptos básicos mencionados en la Teoría General de Sistemas, son que esta conformada por sistemas abiertos y dinámicos en donde un número elevado de elementos son inestables (3,4). Aunque cerca del equilibrio puedan

comportarse de forma estable, pero compleja, el alejamiento del equilibrio supone que estos elementos entren en una dinámica nueva no lineal, posibilitando la aparición de las llamadas "bifurcaciones". Esto condiciona una autoorganización de manera distinta, provocando así una fractura en el comportamiento global del sistema, ya que la zona que ha cambiado, adquiere un modo de funcionamiento coherente y cualitativamente nuevo que interactúa y compite con el resto del sistema que las engloba y con otras estructuras y esto llevar a nuevos cambios, entre sí.

En este sentido y bajo la luz de la Teoría General de Sistemas, el hombre como sistema interactúa con varias estructuras las cuales podrían ser al conocimiento actual, las relacionadas a estructuras neurobiológicas, psicológicas y sociales. En ciertos momentos pudieran tener una apariencia de estables, fijas y lineales, sugiriéndonos causa-efecto a casi cualquier fenómeno que dentro de ellos esté, pero que sin embargo también pueden tornarse no lineales e inestables por sí mismas o por la relación con otros elementos. Es así como el tener cualquier acercamiento de la globalidad envolvente al ser humano y al tipo de estructuras que se relacionan con él nos haría tener una mejor comprensión de la díada salud-enfermedad, y esto repercutir en un terapéutica más benéfica para nuestros pacientes, en lugar de los "exclusivismos" que domina actualmente a la filosofía de la ciencia, y que considera la pertinencia de ciertos modelos no por ser ciertos o falsos, sino por ser más o menos útiles para explicar, predecir y buscar soluciones a los problemas.

En el marco conceptual sistémico el hombre es un todo integrado, a la vez cuerpo, mente y comportamiento, inseparable del medio y de los otros hombres, constantemente readaptándose a lo que le rodea. Sin duda condicionado por la interacción de su equipaje genético con su medioambiente y cultura pero con un margen de libertad que puede incrementarse. La personalidad, elemento nuclear del hombre forma parte de sus sistemas de integración y a la vez esta formado por varios subsistemas. Como lo refiere Ramón de la Fuente (5), la personalidad se desarrolla a partir de las interacciones del sustrato biológico humano con la información proveniente del exterior; ambiente físico, la familia, la escuela, el grupo, la comunidad, la nación y la cultura en general. De ahí que cuando se buscan orígenes de la patología, la búsqueda no puede limitarse al mantener al individuo, si no en su sistema total de relaciones, incluyendo su fisiología, su familia, y los patrones de cultura. Las tensiones en cualquiera de estos sistemas interactuantes pueden inducir efectos en cualquiera de los otros sistemas.

Es así y bajo este marco conceptual, no se pretende a través de la presente investigación encontrar una relación causal entre la sobreprotección y falta de cuidado parentales con la aparición del Trastorno Límite de la Personalidad, si no simplemente encontrar un asociación en donde al pertenecer nuestras variables al subsistema familia, la acción específica sobre esta estructura provocaría tensión

en otros subsistemas interactuantes y a su vez en otros sistemas, llegando así quizás tener como resultado algún efecto en el pronóstico, evolución o respuesta al tratamiento.

ANTECEDENTES

La psicología del desarrollo ha descrito dos factores que determinan la cualidad de la crianza las cuales son el afecto y en control. La crianza ideal consiste en proveer suficiente soporte emocional y afectivo para promover un apego y una autonomía suficiente para que posteriormente se presente la separación (6).

La importancia de tener un apego seguro y adecuado ha sido desarrollado detalladamente por Bowlby (7). Este autor ha demostrado que cuando se presenta una falla en el momento de proveer un apego seguro, esto con lleva a un sin numero de alteraciones psicopatológicas. Existe una gran evidencia en la literatura clínica y empírica de que la sobreprotección y falta de cuidado en niños puede provocar alteraciones psicopatológicas (8,9) en el adulto. Gunderson menciona, que los pacientes con TLP, tienden a reportar que durante su infancia, veían a sus padres como anormales en su comportamiento, (10,11). Desde un punto de vista psicodinámico, esto podría ser secundario o provocar problemas en el apego. Algunos autores como Adler (12), han intentado relacionar esto con el TLP.

Adler (12) sugirió que el síndrome límite, tiene que ver con una falla en el cariño y apego. Este autor argumenta que dentro de las experiencias con pacientes límite, estos reportaban que sus padres tenían una insensibilidad hacia sus necesidades, lo cual, concluye Adler, esto permitía una falla en la relación con el ambiente. Describe a la "soledad del limite", como a la ausencia de adecuadas introyecciones para atenuar las emociones, que a su vez crea disforia e inestabilidad afectiva.

Una insensibilidad de los padres hacia sus hijos también crea serias deficiencias en el desarrollo del *self*, que a su vez interfiere con el reencuentro de objetos sustitutos para remplazar a las imágenes parentales perdidas. Por esta razón las relaciones interpersonales de los individuos límites son caracterizadas por ser altamente sensibles al rechazo, ya que cuando esto sucede presentan una recapitulación en esos momentos de las experiencias de insensibilidad de sus padres. Al repetirse la disolución en cada relación, se produce mas disforia, que a su vez alcanza niveles intolerables. En un intento de controlar la disforia los individuos con TLP entonces exoactuan o presentan un acting-out. Es así como se pudiera explicar el uso y abuso de sustancias de estos pacientes los cuales los utilizarían para disminuir los efectos de la disforia. La auto mutilación es descrita por algunos individuos con TLP como una liberación de sentimientos dolorosos,

evitando así la despersonalización y los intentos suicidas, los cuales sería una manera final de escapar del dolor psicológico (13,6).

Una teoría de la negligencia emocional podría explicar muchos de los síntomas del TLP. Existen pacientes con patologías enteramente diferentes y que presentan historias similares, sin embargo solo una proporción de estos tienen apegos parentales pobres y presentan TLP.

En este último sentido existen cuatro posibilidades que se pudieran presentar. La primera de ellas según Paris J. (6), es la que aunque los pacientes con TLP y aquellos que no lo tienen presentaran problemas en el apego de los padres, las dificultades de los primeros serían más severas, lo que a su vez condicionaría las características del síndrome. Esta idea podría ser valorada a través de la comparación del apego entre TLP y pacientes sin TLP (13). Una segunda posibilidad podría ser que hubiera en una fase específica en el desarrollo del TLP, una alteración, como por ejemplo, una falla en la crianza o un estadio durante el cual el niño fuera específicamente sensible. Sin embargo esto no podría ser comprobable a través de una evaluación. Una tercera perspectiva es que hay una interacción entre la vulnerabilidad constitucional y la experiencia infantil. El niño que resultara con TLP podría: 1) ser más vulnerable a la falla parental por un incremento de la sensibilidad, 2) tener una necesidad inusitada al afecto parental que no podría ser dada por padres negligentes o 3) recibir menos afecto debido a una baja sociabilización. Los factores constitucionales podrían producir una respuesta patológica a la negligencia como una inestabilidad afectiva y/o impulsividad. Esta teoría podría ser empíricamente verificable si tuviéramos marcadores biológicos o de vulnerabilidad constitucional.

Finalmente, es posible que la falla en el apego parental en los pacientes con TLP, pudiera interactuar con otros traumas específicos de la infancia. Dichas interacciones pudieran actuar de dos maneras. 1) el abuso físico y sexual; producir problemas en el apego o 2) el abuso podría ser el resultado de un inadecuado apego (14).

La teoría de Adler (12) de la negligencia emocional en la niñez de los pacientes con TLP, sugiere que existe una falla en la parentalidad en las dimensiones del afecto. Por otra parte, Masterson (15,16), sugiere que en este tipo de pacientes crecen con una madre que tiene también TLP. Refiere que la madre habiendo sido incapaz de separarse de su respectiva madre, estimula la unión simbiótica con su hijo, o sobreprotección, favoreciendo la continuidad de su dependencia a fin de mantener su propio equilibrio emocional siendo incapaz de manejar la individualidad emergente del niño, pues esto la amenaza. Al niño lo despersonaliza, no puede verlo tal como es, sino que proyecta sobre él la imagen de uno de sus padres o de una hermana o hermano, o lo percibe como un niño perpetuo, o como un objeto, y lo usa para defenderse contra sus propios

sentimientos de abandono; en consecuencia, aún en la etapa simbiótica, es incapaz de responder a la individualidad en desarrollo del niño, mostrándose negligente emocionalmente, y éste aprende a dejar de lado algunos de sus propios potenciales para preservar su fuente de suministros que esta en la madre. La madre se aferra al niño para impedir la separación, desestimando todo avance hacia la individualización y el desarrollo autónomo, mediante el retiro de su apoyo y la sobreprotección, por lo que interfiere con la separación para mantener al niño cerca de ella, específicamente durante la fase de separación-individualización, según la teoría de Mahler (17). Por lo tanto, entre las edades de uno y medio y tres años, se desarrolla un conflicto en el niño, entre su propio impulso evolutivo hacia la individualización y autonomía y la ambivalencia en el retiro de los suministros emocionales o negligencia emocional y la sobreprotección por parte de su madre. Este conflicto inicial sería la semilla de los sentimientos de abandono, tan característicos de los pacientes con TLP y cuyas consecuencias son de largo alcance (15). Y aunque se ha comprobado que no todos los pacientes con TLP tienen madres con TLP, es importante centrar nuestra atención en la parentalidad como un factor condicionante o asociado en el desarrollo del TLP y así abrir la posibilidad de investigación al respecto,(18).

Aproximaciones Metodológicas a la Experiencia Infantil y el Apego Parental

Idealmente los estudios prospectivos podrían valorar las hipótesis clínicas acerca de la relación entre las experiencias infantiles y la patología limítrofe. Para este tipo de estudios se requerirían un número bastante significativo de la muestra. Otro tipo de problemas que se presentarían es que como los familiares de este tipo de pacientes son frecuentes que tengan otros problemas psiquiátricos, esto condicionaría que se perdieran durante el seguimiento a varios pacientes.

Los estudios retrospectivos, cuantifican las historias que obtenemos de los pacientes, las cuales han sido la fuente de las hipótesis de los estudios empíricos sobre la infancia de los pacientes con TLP. Muchas de las investigaciones de las experiencias infantiles han usado escalas retrospectivas en las cuales los pacientes son cuestionados acerca de su vida temprana. La validez de estas mediciones a través de muchas maneras como por ejemplo la concordancia entre hermanos.

Por otra parte también los estudios retrospectivos han sido criticados ya que la memoria de las experiencias parentales pudiera ser falsificada en un intento de reprochar a los padres algún problema en particular o por la presencia de diferencias entre las necesidades anormales del niño y la habilidad de los padres para conocer estas necesidades. Es en este caso un problema pudiera ser que los

pacientes con TLP, tendieran a distorsionar sus percepciones acerca de sus relaciones interpersonales con falsificación retrospectiva.

En este sentido, se necesitan de escalas que han sido correlacionadas con otras mediciones de experiencias de la niñez. Las diseñadas para la medición de la conducta parental durante la niñez, y que hayan sido usadas en un gran número de estudios en poblaciones clínicas y no clínicas son las ideales.

Es así como, el psiquiatra australiano Gordón Parker, desarrolló un instrumento específicamente para medir el afecto y el control. El PARENTAL BONDING INSTRUMENT ó PBI (19,20). El PBI busca en el sujeto, recolectar sus experiencias, sobre su padre y madre, durante los primeros 16 años de vida. La escala ha demostrado tener un adecuado Test y Retest, además de tener una adecuada confiabilidad. La escala se ha aplicado en un sin número de pacientes psiquiátricos y en muestras de comunidades no enfermas mentalmente. Está traducida y estandarizada al español en dos versiones, la española (21) y la chilena (22) y ha ido utilizada en México en otras investigaciones (23,24).

La validación del PBI ha sido establecida por resultados que arrojan una correlación alta entre hermanos, con los reportes de los propios padres y con los datos obtenidos a través de las entrevistas.

Estudios previos con experiencias infantiles de pacientes con Trastorno Limite de la Personalidad.

Se han hecho varios estudios con relación a las experiencias infantiles de los individuos con TLP. Y aunque los resultados han variado un poco, debido a la metodología, existen un número importante de convergencias.

El primero realizado fue el de Gunderson (10), comparando pacientes con TLP y pacientes con diagnóstico de esquizofrenia. Solo realizando entrevistas retrospectivas. Sin utilizar alguna escala. Dentro de los resultados encontró que los pacientes limítrofes sufrían de negligencia emocional de ambos padres y que eran víctimas de la coalición entre los padres.

Frank y Paris (25), aplicaron una escala semi-estructurada a grupos de pacientes con TLP y sin TLP, tomando como a grupo control a femeninas universitarias que no poseían TLP. Los resultados demostraron que los pacientes con TLP diferían de las que no tenían TLP, en que observaban a sus padres más negligentes. Sin embargo en comparación los pacientes con y sin TLP, con femeninas sanas, se encontró que en el primero reportaban mas negligencia materna. En este estudio no encontraron diferencias en la medición de la sobreprotección. Por otra parte contrario al énfasis de lo que la literatura psicodinámica sugiere, sobre el rol de la madre, se encontró que ambos padres producían patología limítrofe. Una de las

limitaciones de este estudio fue el hecho de no utilizar un instrumento estandarizado.

Soloff y Millward (26), reportaron que tipo de patología familiar existía en pacientes con TLP, pacientes con depresión y pacientes con esquizofrenia, en ambos sexos. Los resultados fueron basados sobre entrevistas y reportaron que los pacientes con TLP recordaban a ambos padres como negligentes emocionalmente y solo a la madre como sobreprotectora.

Existen 7 estudios reportados en la literatura mundial, ninguno encontrado en castellano o latinoamericano, que valoran al TLP con el PBI. Goldberg (27) la aplico a un grupo de pacientes con y sin TLP en comparación con un grupo control de ambos sexos. Los pacientes con TLP reportaron que percibían a sus padres como menos cariñosos y más sobreprotectores que en comparación con los otros grupos. Por otra parte Byrne (28) aplicó el PBI a un grupo de pacientes hospitalizados con TLP de ambos sexos, usando como grupo control a esquizofrénicos. Los autores encontraron, lo mismo que Goldberg, los pacientes con TLP recordaban a ambos padres como menos cuidadosos y más sobreprotectores. Paris y Frank (9), aplicaron la escala a estudiantes universitarias con TLP y sin TLP y encontraron disminución del cariño en ambos padres, pero no encontraron significancia estadística en relación a la sobreprotección. Frank H. (29), aplico el PBI a pacientes hospitalizados con TLP y sin TLP, en ambos sexos. Sus resultados fueron que los pacientes con TLP recordaban a sus padres como poco cariñosos, es decir ambos padres emocionalmente negligentes, además de sobreprotectores. Torgensen S., (30), aplicó el PBI a pacientes con TLP y pacientes con Trastorno esquizotípico de la personalidad, teniendo como resultado ambos grupos de pacientes reportaban negligencia emocional en el cuidado, pero solo los pacientes con TLP reportaban sobreprotección. Paris (31), aplicó el PBI a pacientes hombres de consulta externa de un hospital universitario, encontrando que estos los percibían al padre como sobreprotector, no encontrando relación con la falta de cuidado ni con la madre. Finalmente Paris también en 1994 (32), aplicó el PBI a pacientes femeninas de un hospital universitario, con TLP y sin TLP y encontró que las pacientes con TLP recordaban a sus madres negligentes emocionalmente, no teniendo hallazgos en relación a la sobreprotección y con el padre.

La significancia estadística en cada uno de los estudios no fue la misma y esto pudo haber sido relacionada a las diferentes poblaciones que se ocuparon en la realización de cada uno de los estudios. Los resultados no son consistentes en encontrar tanto la sobreprotección como la falta de cuidado en pacientes con TLP y por si fuera poco esto, no ha investigado dicha asociación en pacientes latinos o de nuestro país; razón de nuestra presente investigación.

JUSTIFICACIÓN

El manejo de los pacientes con trastorno límite de la personalidad es difícil, en gran parte por la complejidad que envuelve su etiología. Durante las últimas dos décadas se han realizado muchas investigaciones alrededor de este punto y aunque la mayor parte de los autores concuerdan con las causas multifactoriales como base a su etiología, las observaciones de los terapeutas, aquellos que más contacto tienen con estos pacientes cada vez nos llevan a formular nuevas incógnitas acerca del origen de este trastorno. En esta caso la sobreprotección y la falta de cuidado surge como la duda o incógnita en su relación con el Trastorno límite de la personalidad.

Después de una revisión de la literatura hispana parlante con respecto al estudio de la sobreprotección y falta de cuidado parental en la infancia como factor fuertemente asociado al desarrollo de trastorno límite del carácter; no se encontró ningún estudio que valorase esta asociación en pacientes atendidos en un servicio de consulta externa de un hospital psiquiátrico. Y aunque es cierto que los conocimientos pueden ser universales, también es cierto la necesidad de realizar estudios de este tipo en población Mexicana, para poder tener un marco de referencia propio.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Será la sobreprotección y la falta de cuidado parental un factor fuertemente asociado al desarrollo del trastorno límite de personalidad?

HIPÓTESIS

1. La sobreprotección y la falta de cuidado parental durante la infancia, facilita el desarrollo del trastorno límite de la personalidad.

OBJETIVO DE LA INVESTIGACIÓN

1. Determinar si la sobreprotección y falta de cuidado parental durante la infancia, es un factor fuertemente asociado al Trastorno Límite de la Personalidad.

2. Se realizara validación de la escala intra y entre sujetos.

DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El diseño de la presente investigación es de tipo retrolectivo, comparativo, de casos y controles, pareado por edad y sexo.

POBLACIÓN ESTUDIADA

La muestra de pacientes con trastorno límite del carácter, se obtuvo de un grupo de pacientes atendidos en el servicio de consulta externa del Instituto Nacional de Psiquiatría. El grupo control se obtuvo de pacientes atendidos en el Hospital Fray Bernardino Álvarez. Ambos grupos fueron pareados por edad y sexo. El diagnóstico de trastorno límite del carácter fue realizado por un clínico experto y corroborado con el SCID-II.

Al grupo control también se le aplicó el SCID-II, con el fin de descartar el diagnóstico de trastorno límite del carácter. Los diagnósticos clínicos de los pacientes que fueron atendidos tanto en el Instituto nacional de Psiquiatría (Casos) como en el Hospital Fray Bernardino Álvarez (controles) se obtuvieron del expediente clínico, según criterios diagnósticos del DSM-IV.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

Fueron incluidos pacientes que acudían al servicio de consulta externa y que presentaban un trastorno límite del carácter según criterios del DSM-IV TR, cuyas edades oscilaron entre los 18 a 60 años, se encontraban médica y psiquiátricamente estables y aceptaron participar en el estudio. En el caso de los controles, los pacientes también se encontraban recibiendo atención en el Hospital Fray Bernardino Álvarez y se encontraban médica y psiquiátricamente estables. y aceptaron participar en el estudio y no padecían un trastorno límite del carácter (corroborado por el SCID-II)

INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN CLÍNICA:

Durante la presente investigación se utilizaron los siguientes instrumentos de evaluación clínica:

El PBI (Parental Bonding Instrument): El Parental Bonding Instrument (PBI) es un cuestionario desarrollado por Gordon Parker, Hilary Tupling y L.B. Brown, de la Universidad de New South Wales, Australia, en 1979 (19), siendo traducida y estandarizada al español en dos versiones, la española (21) y la chilena (22), para nuestra presente investigación utilizaremos la versión de Melis F. (Apéndice A). El PBI mide la percepción de la conducta y actitud de los padres en relación con el sujeto en su infancia y adolescencia, hasta los 16 años. Es un cuestionario autoaplicable para personas mayores de 16 años, de ambos sexos. Si bien no posee tiempo límite de aplicación, el promedio es de 15 minutos en total. La forma de corrección es a través de plantillas y muy breve. El PBI es clasificado como una prueba de comportamiento típico, de administración individual o colectiva, de lápiz y papel y de corrección objetiva. La prueba original consta de 25 afirmaciones, las cuáles componen dos escalas: Cuidado y Sobreprotección; cada reactivo se califica en base a una escala tipo Likert. De este modo cada respuesta se evalúa dentro de un rango de 0 a 3 puntos, teniendo la escala de Cuidado un límite máximo de 36 puntos y la de Sobreprotección 39 puntos. Los valores sugeridos para cuidado son para la madre de 27 y para el padre de 24, por debajo se presenta falta de cuidado o negligencia emocional; en el caso de la sobreprotección son para la madre de 13.5 y para el padre de 12.5, por debajo se define como baja sobreprotección o control adecuado. La sub-escala de cuidado la componen 12 reactivos 1, 2*, 4*, 5, 6, 11, 12, 14*, 16, 17, 18*, 24*, los marcados con asterisco (*) se invierten en base a las opciones de respuesta que son cuatro: 3 corresponde a siempre, muy parecido o similar, por lo que la opción 3 pasa su calificación a tener un valor de 0, el cual corresponde a nunca o muy diferente. La sub-escala de sobreprotección la componen un total de 13 reactivos: 3*, 7*, 8, 9, 10, 13, 15, 19, 20, 21*, 22*, 23, 25*, los marcados con asterisco (*) se invierten como se menciono anteriormente.

El sujeto debe elegir aquella alternativa que mejor describa la relación con cada uno de sus padres, por separado; es decir, se contesta uno para el Padre y otro para la Madre, basado en los recuerdos hasta los 16 años, según criterio de los autores. El factor Cuidado está definido, por un lado, como: afectuosidad, contención emocional, empatía y cercanía, y por otro, como frialdad emotiva, indiferencia y negligencia, apuntando de esta manera a la presencia o ausencia de esta variable. El factor Sobreprotección apunta de igual manera a la presencia o ausencia de éste, y se define como: control, sobreprotección, intrusión, contacto excesivo, infantilización y prevención de la conducta autónoma. Cada escala puede ser utilizada de manera independiente o conjunta, obteniendo así un puntaje para Cuidado y otro para Sobreprotección. El obtener valores numéricos en ambas escalas permite elaborar cinco tipos de vínculos parentales (Parker G, Tupling H, Brown L, 1979): 1. **Vínculo Óptimo:** son aquellos padres que obtienen puntajes en el P.B.I. altos en la escala de cuidado y bajos en la de sobreprotección. 2. **Vínculo Ausente o Débil:** son aquellos padres que obtienen puntajes en el P.B.I.

bajos en cuidado y bajos en sobreprotección. 3. **Constricción Cariñosa:** son aquellos padres que obtienen altos puntajes en cuidado y sobreprotección.. 4. **Control Sin Afecto:** son aquellos padres que puntúan con bajo cuidado y alta sobreprotección. 5. **Promedio:** son aquellos padres que obtienen puntajes promedios en ambas escalas.

El SCID II o Entrevista clínica semiestructurada para el eje II del DSM-IV, (33,34) Es una entrevista diagnóstica que evalúa los 10 trastornos de personalidad del eje II del DSM-IV, así como el trastorno depresivo de la personalidad y el pasivo agresivo. EL SCID II puede ser utilizado para realizar diagnósticos categóricos o dimensionales. Puede ser utilizado para investigaciones o en el área clínica. Está formado por dos partes, la primera un cuestionario de 119 reactivos auto aplicable. Cada uno de los reactivos corresponde a un criterio específico de los trastornos de personalidad del DSM-IV. El SCID-II incluye propiamente uno o dos reactivos de si-no, para cada criterio, cada respuesta afirmativa debe de ser seguida por un ejemplo de la vida del paciente. Basándose en estas respuestas cada criterio es anotado 1 para falso, 2 para el subumbral y 3 para el presente. El cuestionario de tamizaje, puede ser completado por el paciente en 20 minutos; la entrevista generalmente requiere de una hora. EL SCID.-II debe de ser aplicado por clínicos expertos o entrenados. La confiabilidad es adecuada solo para la presencia o ausencia de los trastornos de personalidad. La validez es un poco difícil de determinar pero si se apega a los criterios del DSM-IV, es adecuada.

DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO

CASOS

a).- Los casos fueron seleccionados del grupo de pacientes con trastorno limítrofe del carácter que son atendidos por el Doctor Héctor Sentíes y la Psicoterapeuta Marcela Biagini Alarcón, en la consulta externa del Instituto Nacional de Psiquiatría.

b).- A estos pacientes se les entrevisto y se les aplicó el SCID-II, volviéndose a seleccionar solo a los pacientes que tenían el diagnóstico definitivo de Trastorno Limítrofe de Personalidad.

c).-Se obtuvo de estos pacientes su nombre y número de expediente y a través de la base de datos del Instituto Nacional de Psiquiatría a quienes se les localizo para darles cita.

d).- Al final de su consulta, se les explicó el fin de la presente investigación y posteriormente se les invito a participar.

- e).- Aquellos que aceptaron se les llevo a una habitación, iluminada, con sillas y mesas.
- f).- No importo si solo era uno o varios pacientes a la vez.
- g).- A cada uno se les dio el PBI y lápices para que contestaran el cuestionario.
- h).- Los pacientes contestaron el cuestionario en aproximadamente 15 minutos.
- g).- Posteriormente se tomaron sus datos demográficos.
- i).- Al final se les agradeció por su participación.

CONTROLES

- a).- A los sujetos controles, se les localizó en la consulta externa del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez" y una vez detectados se parearon por edad y sexo.
- b).- Solo se seleccionaron a aquellos que tuvieron cualquier diagnóstico del eje I, según el DSM-IV, pero no padecieran un trastorno límite del carácter comórbido.
- c).- Al final de la consulta, se les explicó la presente investigación y se les invito a participar en el protocolo.
- d).- A aquellos que aceptaron, en el mismo consultorio, el cual tiene una adecuada iluminación y sillas cómodas, se les aplicó los inventarios.
- e).- Inicialmente se les pregunto su edad, sexo, escolaridad, estado civil, religión, lugar de nacimiento, lugar de residencia y ocupación.
- f).- Posteriormente se les aplicó el SCID-II, ofreciéndoles la primera escala junto con lápices y posteriormente sus respuestas se corroboraron con la segunda parte de la entrevista.
- g).- Aquellos que salieron diagnosticados con Trastorno Límite de la Personalidad, se les agradeció su participación y se excluyeron de la investigación.
- h).- Aquellos que no tenían el diagnóstico de Trastorno Límite de la Personalidad, se les dio el PBI para que lo contestasen.

- i).- Los pacientes contestaron el cuestionario en aproximadamente 15 minutos.
- j).- Al final se les agradeció su participación.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

El análisis de los datos se efectuó por medio de medidas de resumen (promedio, desviación estándar y porcentajes). Se realizó ANOVA de dos factores (sobrepotección y cuidado) y se analizó el instrumento a través del análisis de varianza "intra", y "entre" sujetos, 2.2x2. La variable "entre" es sujetos con Trastorno límite de la personalidad y sujetos sin Trastorno límite de la personalidad. La variable intra es cuidado y sobrepotección del padre y de la madre. Se utilizó el programa de estadística SSPS V.8.0

RESULTADOS

Participaron un total de 38 pacientes, 19 casos y 19 controles. El promedio de edad de cada uno de los grupos fue de 27.2 años (Cuadro 1, Apéndice B). Había en cada uno de los grupos, tres hombres y 16 mujeres (Cuadro 2, Apéndice B). La escolaridad en años concluidos fue en promedio de 12.8 para los casos y de 11.6 para los controles (Cuadro 3, Apéndice B).

Dentro del grupo de casos se encontró que, 16 eran solteros, 2 eran casados y uno viudo. En el grupo de controles se encontró que 11 eran solteros y 8 eran casados, (Cuadro 4, Apéndice B). En el grupo de Casos, 2 se dedicaban al hogar, 6 eran estudiantes, 2 empleadas federales, 1 enfermera, 1 trabajador social, 1 estilista, 2 comerciantes y 3 estaban sin ocupación. En el grupo de controles, 6 se dedicaban al hogar, 5 estudiantes, 1 empleado federal, 1 secretaria, 1 chofer, 1 empleada departamental, 2 comerciantes y 2 sin ocupación, (Cuadro 5, Apéndice B).

Con referencia al lugar de origen, en los casos, 15 pertenecían al Distrito Federal, 1 a Querétaro, 2 a Morelos y 1 a Hidalgo; de los controles, 13 al Distrito Federal, 2 a Querétaro, 1 a Puebla, 1 a Morelia, 1 a Guerrero y 1 a Oaxaca, (Cuadro 6, Apéndice B)

Para el Lugar de Residencia, de los Casos se encontró que los 19 habitaban en el Distrito Federal y de los controles 17 vivían en el Distrito Federal 1 en Guerrero y 1 en Puebla, (Cuadro 7, Apéndice B)

Con relación a la religión de los casos, 10 eran católicos, 3 evangelistas, 1 testigo de Jehová y 5 se profesaron sin religión. Para los controles 14 eran católicos, 1 evangelista y 4 sin religión, (Cuadro 8, Apéndice B)

Finalmente los diagnósticos se reportaran de acuerdo al total de cada uno de ellos, siendo que algunos pacientes tenían dos o tres diagnósticos, no concordando así con el número de la muestra. En el eje I se encontró en los casos, 8 diagnósticos de trastorno depresivo mayor de leve intensidad, 8 diagnósticos de trastorno depresivo mayor de moderada intensidad, 4 diagnósticos de Distimia, 7 diagnóstico de Trastorno de Ansiedad generalizada, 1 diagnóstico de Trastorno Bipolar tipo 1, 2 diagnósticos de Trastorno de Pánico, 1 diagnóstico de Bulimia Nervosa Purgativa, 1 diagnóstico de Trastorno de Control de Impulsos, 1 diagnóstico de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad del Adulto, 1 diagnóstico de Trastorno alimentario no especificado tipo 6, y un diagnóstico con abuso de alcohol, (Cuadro 9, Apéndice B).

Con respecto a los controles los diagnósticos encontrados fueron, un diagnóstico de Trastorno Depresivo Mayor de leve intensidad, 6 diagnósticos de Trastorno depresivo mayor de moderada intensidad, 4 diagnósticos con Trastorno de Pánico, 3 diagnósticos de Esquizofrenia Paranoide, 1 diagnóstico de Dependencia a alcohol, 8 diagnósticos de Trastorno de Ansiedad Generalizada, 1 diagnóstico con Trastorno Obsesivo Compulsivo, 2 con diagnósticos de Distimia y uno con diagnóstico de Trastorno Bipolar tipo 1, (Cuadro 10, Apéndice B).

De acuerdo al análisis estadístico realizado se encontraron los siguientes resultados para cada uno de los ítems (Apéndice C y Apéndice D). Estos se expondrán de la siguiente manera, la respuesta de los "Casos" y de los "Controles" será para la madre "RM" y para el padre "RP". Para los "Casos" se les identificará con el número "1" y para los controles con el número "2". Así es como en el Ítem 1, "*Hablaba conmigo con voz cálida y amigable*", el promedio de la RM01 = 1.84 +/- 1.26, RM2 = 2.16 +/- 1.07, un total = 2.00 +/- 1.16. La RP01 = 1.21 +/- 1.03, RP2 = 1.47 +/- 1.07 y un total = 1.34 +/- 1.05. Una relación entre Padre y Madre [F (1, 36)=9.176, p=0.005], teniendo significancia estadística y entre grupos [F (1, 36)=1.011. p=0.321], sin significancia estadística. Para el ítem 2 "*A veces me sentía abandonado o desamparado cuando yo lo necesitaba*" la RM01 = 1.05 +/- 1.08, la RM2 = 2.05 +/- 0.91 y un total = 1.55 +/- 1.11. Para la RP1 = 2.16 +/- 1.07 y RP2 = 1.68 +/- 1.29 y un total de = 1.92 +/- 1.19. Teniendo una relación entre Padre y Madre [F (1, 36)=1.748, p=0.194], sin significancia estadística y entre grupos [F (1, 36)=1.417. p=0.242], sin significancia. Para el ítem 3 "*Me dejaba hacer lo que a mí me gustaba*" se encontró la RM1 = 1.84 +/- 0.96, RM2 = 1.68 +/- 1.20, un total = 1.76 +/- 1.08. La RP1 = 1.74 +/- 1.15 y RP2 = 1.63 +/- 1.12 y un total = 1.68 +/- 1.12. Con una relación entre Padre y Madre [F (1, 36)=0.132, p=0.719], sin significancia estadística y entre Grupos [F (1,36)=0.210, p=0.649], sin significancia estadística. Para el Ítem 4 "*Parecía emocionalmente frío/a conmigo*" se encontró una RM1 = 1.53 +/- 1.31 y RM2 = 2.05 +/- 1.03 y un total = 1.79 +/- 1.19. Para la RP1 = 1.79 +/- 1.27, y RP 2 = 1.37 +/- 1.01 y un total = 1.58 +/- 1.15. Con una relación entre Padre y Madre [F (1, 36)=0.467, p=0.499], sin significancia estadística y entre Grupos [F(1, 36)=0.059, p=0.810] sin significancia estadística. Para el Ítem 5 "*Parecía*

entender mis problemas y preocupaciones" la RM 1 = 1.11 +/- 1.15 y la RM 2 = 2.79 +/- 1.18, con un total = 1.45 +/- 1.20. En la RP1 = 0.84 +/- 1.17 y la RP 2 = 1.53 +/- 1.22, con un total = 1.18 +/- 1.23. Teniendo una relación entre Padre y Madre [F (1, 36)=1.596, p=0.215], sin significancia estadística y entre Grupos [F (1, 36)=4.540, p=0.040] con significancia estadística. En el Ítem 6. "*Era cariñoso/a conmigo*" la RM 1 = 1.89 +/- 1.10 y la RM 2 = 2.16 +/- 1.12, con un total = 2.03 +/- 1.10. En la RP 1 = 1.89 +/- 0.99 y la RP 2 = 1.37 +/- 1.07, con un total = 1.63 +/- 1.05. Teniendo una relación entre Padre y Madre [F (1, 36) = 3.729, p = 0.061], sin significancia estadística y entre Grupos [F (1, 36)=0.220, p=0.642] sin significancia estadística. Para el Ítem 7. "*Le gustaba que yo tomara mis propias decisiones*", la RM 1 = 1.47 +/- 1.17 y la RM 2 = 1.11 +/- 1.15, con un total = 1.29 +/- 1.16. En la RP 1 = 1.37 +/- 1.30 y la RP 2 = 1.79 +/- 1.18, con un total = 1.58 +/- 1.24. Teniendo una relación entre Padre y Madre [F(1, 36)=0.735, p=0.397], sin significancia estadística. Entre Grupos [F(1, 36)=0.018, p=0.894] sin significancia estadística. Para el Ítem 8: "*Quería que siempre fuera niño*" la RM 1 = 1.58 +/- 1.30 y la RM 2 = 1.63 +/- 1.26, con un total = 1.61 +/- 1.26. En la RP 1 = 1.42 +/- 1.43 y la RP 2 = 1.32 +/- 1.34, con un total = 1.37 +/- 1.36. Teniendo una relación entre Padre y Madre [F(1, 36)=4.119, p=0.050], con significancia estadística y entre Grupos [F(1, 36)=0.004, p=0.950], sin significancia estadística. Para el Ítem 9: "*Trataba de controlar todo lo que yo hacía*" la RM 1 = 1.68 +/- 1.34 y la RM 2 = 1.42 +/- 1.22, con un total = 1.55 +/- 1.27. En la RP 1 = 1.74 +/- 1.37 y la RP 2 = 1.26 +/- 1.33, con un total = 1.50 +/- 1.35. Teniendo una relación entre Padre y Madre [F(1, 36)=0.071, p=0.792], sin significancia estadística y entre Grupos [F (1, 36)=0.954, p=0.335], sin significancia estadística. Para el Ítem 10. "*Invadía mi privacidad*" la RM 1 = 1.74 +/- 1.24 y la RM 2 = 1.47 +/- 1.12, con un total = 1.61 +/- 1.17. En la RP 1 = 1.53 +/- 1.35 y la RP 2 = 1.47 +/- 1.17, con un total = 1.50 +/- 1.25. Teniendo una relación entre Padre y Madre [F (1, 36)=0.368, p=0.598], sin significancia estadística y entre Grupos [F(1, 36)=0.195, p=0.661], sin significancia estadística. Para el Ítem 11: "*Disfrutaba hablar conmigo*" la RM 1 = 1.42 +/- 1.26 y la RM 2 = 1.84 +/- 1.30, con un total = 1.63 +/- 1.28. En la RP 1 = 1.00 +/- 1.15 y la RP 2 = 1.32 +/- 1.34, con un total = 1.16 +/- 1.24. Teniendo una relación entre Padre y Madre [F (1, 36)=5.751, p=0.022], con significancia estadística y entre Grupos [F (1, 36)=1.048, p=0.313], sin significancia estadística. Para el Ítem 12: "*Frecuentemente me sonreía*" la RM 1 = 1.74 +/- 1.19 y la RM 2 = 2.16 +/- 1.17, con un total = 1.95 +/- 1.18. En la RP 1 = 1.37 +/- 1.12 y la RP 2 = 1.79 +/- 1.18, con un total = 1.58 +/- 1.15. Teniendo una relación entre Padre y Madre [F (1, 36)=4.546, p=0.040], con significancia estadística y entre Grupos [F(1, 36)=1.567, p=0.219], sin significancia estadística. Para el Ítem 13 "*Me consentía*" la RM 1 = 1.79 +/- 1.18 y la RM 2 = 1.84 +/- 1.38, con un total = 1.82 +/- 1.27. En la RP 1 = 1.68 +/- 1.11 y la RP 2 = 1.47 +/- 1.35, con un total = 1.58 +/- 1.22. Teniendo una relación entre Padre y Madre [F (1, 36)=1.318, p=0.0258], sin significancia estadística. Entre Grupos [F (1, 36)=0.050 p=0.824], sin significancia estadística. Para el Ítem 14. "*Parecía que desconocía o ignoraba lo*

que yo quería o necesitaba" la RM 1 = 1.26 +/- 1.15 y la RM 2 = 1.63 +/- 1.34, con un total = 1.45 +/- 1.25. En la RP 1 = 1.95 +/- 1.22 y la RP 2 = 1.53 +/- 1.35, con un total = 1.74 +/- 1.29. Teniendo una relación entre Padre y Madre [F (1, 36)=0.610, p=0.440], sin significancia estadística y entre Grupos [F (1, 36)=0.022 p=0.884], sin significancia estadística. Para el Ítem 15 : "*Me dejaba tomar mis propias decisiones*" la RM 1 = 1.47 +/- 1.17 y la RM 2 = 1.05 +/- 1.13, con un total = 1.26 +/- 1.16. En la RP 1 = 1.32 +/- 1.20 y la RP 2 = 1.79 +/- 1.27, con un total = 1.55 +/- 1.25. Teniendo una relación entre Padre y Madre [F (1, 36)=0.651, p=0.425], sin significancia estadística y entre Grupos [F (1, 36)=0.032 p=0.859], sin significancia estadística. Para el Ítem 16: "*Me hacía sentir que me odiaba o me despreciaba*" la RM 1 = 2.05 +/- 1.22 y la RM 2 = 2.00 +/- 1.11, con un total = 2.03 +/- 1.15. En la RP 1 = 1.16 +/- 1.30 y la RP 2 = 1.42 +/- 1.12, con un total = 1.29 +/- 1.21. Teniendo una relación entre Padre y Madre [F (1, 36)=4.463, p=0.042], con significancia estadística y entre Grupos [F (1, 36)=0.401 p=0.531], sin significancia estadística. Para el Ítem 17: "*Tenia la capacidad de reconfortarme o hacerme sentir bien cuando yo estaba molesto/a ó perturbado/a*" la RM 1 = 1.58 +/- 1.22 y la RM 2 = 1.63 +/- 1.38, con un total = 1.61 +/- 1.28. En la RP 1 = 1.00 +/- 1.15 y la RP 2 = 1.11 +/- 1.10, con un total = 1.05 +/- 1.11. Teniendo una relación entre Padre y Madre [F (1, 36)=9.633, p=0.004], con significancia estadística y entre Grupos [F (1, 36)=0.050 p=0.824], sin significancia estadística. Para el Ítem 18: "*Hablaba poco conmigo*" la RM 1 = 1.53 +/- 1.07 y la RM 2 = 1.53 +/- 1.31, con un total = 1.53 +/- 1.18. En la RP 1 = 2.05 +/- 1.13 y la RP 2 = 1.63 +/- 1.34, con un total = 1.84 +/- 1.24. Teniendo una relación entre Padre y Madre [F (1, 36)=0.850, p=0.363] sin significancia estadística y entre Grupos [F (1, 36)=1.141 p=0.293] sin significancia estadística. Para el Ítem 19 "*Trataba que yo dependiera de él o de ella*" la RM 1 = 1.53 +/- 1.22 y la RM 2 = 1.68 +/- 1.20, con un total = 1.61 +/- 1.20. En la RP 1 = 1.63 +/- 1.38 y la RP 2 = 1.63 +/- 1.16, con un total = 1.63 +/- 1.26. Teniendo una relación entre Padre y Madre [F (1, 36)=0.024, p=0.877] sin significancia estadística y entre Grupos [F (1, 36)=0.046 p=0.831], sin significancia estadística. Para el Ítem 20 : "*Sentía que no podía cuidar de mí mismo a menos que él o ella estuviera cerca de mí.*" la RM 1 = 1.68 +/- 1.34 y la RM 2 = 1.89 +/- 1.05, con un total = 1.79 +/- 1.19. En la RP 1 = 1.74 +/- 1.45 y la RP 2 = 1.95 +/- 1.13, con un total = 1.84 +/- 1.28. Teniendo una relación entre Padre y Madre [F (1, 36)=0.319, p=0.576], sin significancia estadística y entre Grupos [F (1, 36)=0.284 p=0.597] sin significancia estadística. Para el Ítem 21: "*Me daba tanta libertad como yo quería*" la RM 1 = 1.79 +/- 1.32 y la RM 2 = 1.37 +/- 1.34, con un total = 1.58 +/- 1.33. En la RP 1 = 1.21 +/- 1.32 y la RP 2 = 1.26 +/- 1.19, con un total = 1.24 +/- 1.24. Teniendo una relación entre Padre y Madre [F (1, 36)=0.776, p=0.384] sin significancia estadística y entre Grupos [F (1, 36)=1.349 p=0.253] sin significancia estadística. Para el Ítem 22: "*Me dejaba salir a menudo, cuando yo quería*" la RM 1 = 1.42 +/- 1.26 y la RM 2 = 1.42 +/- 1.22, con un total = 1.42 +/- 1.22. En la RP 1 = 1.42 +/- 1.30 y la RP 2 = 1.47 +/- 1.22, con un total = 1.45 +/- 1.25. Teniendo una relación entre Padre y Madre [F (1,

36)=0.005, p=0.945] sin significancia estadística y entre Grupos [F (1, 36)=0.031 p=0.861] sin significancia estadística. Para el Ítem 23: "*Era sobreprotector (a) conmigo*" la RM 1 = 1.79 +/- 1.32 y la RM 2 = 1.63 +/- 1.01, con un total = 1.71 +/- 1.16. En la RP 1 = 1.58 +/- 1.30 y la RP 2 = 1.26 +/- 1.10, con un total = 1.42 +/- 1.20. Teniendo una relación entre Padre y Madre [F (1, 36)=2.896, p=0.097] sin significancia estadística y entre Grupos [F (1, 36)=0.467 p=0.499] sin significancia estadística. Para el Ítem 24: "*Me criticaba o despreciaba todo lo que hacía*" la RM 1 = 1.53 +/- 0.90 y la RM 2 = 2.21 +/- 1.13, con un total = 1.87 +/- 1.07. En la RP 1 = 1.53 +/- 1.07 y la RP 2 = 1.53 +/- 1.26, con un total = 1.53 +/- 1.16. Teniendo una relación entre Padre y Madre [F (1, 36)=1.403, p=0.244] sin significancia estadística y entre Grupos [F (1, 36)=2.641 p=0.113] sin significancia estadística. Para el Ítem 25: "*Me dejaba vestir como yo quería*" la RM 1 = 2.11 +/- 1.29 y la RM 2 = 2.47 +/- 0.90, con un total = 2.29 +/- 1.11. En la RP 1 = 1.79 +/- 1.32 y la RP 2 = 2.00 +/- 1.15, con un total = 1.89 +/- 1.23. Teniendo una relación entre Padre y Madre [F (1, 36)=5.786, p=0.021] con significancia estadística y entre Grupos [F (1, 36)=0.705 p=0.407] sin significancia estadística. Finalmente para la escala de de cuidado (Apéndice C y D) los resultados fueron los siguientes la RM 1 = 20.32 +/- 10.78 y la RM 2 = 25.05 +/- 8.74, con un total = 22.68 +/- 9.97. En la RP 1 = 19.63 +/- 4.21 y la RP 2 = 19.21 +/- 7.99, con un total = 19.42 +/- 6.30. Las Madres de pacientes con TLP, se mostraron más negligentes que las Madres de pacientes sin TLP. Y se mostraron más sobreprotectoras que las madres de pacientes sin TLP, sin que esto haya dado como resultado una significancia estadística, tanto en la relación entre Padre y Madre [F (1, 36)=3.438, p=0.072] y entre Grupos [F (1, 36)=1.132 p=0.294]. En la escala de sobreprotección tenemos que la la RM 1 = 20.11 +/- 8.82 y la RM 2 = 18.84 +/- 4.66, con un total = 19.47 +/- 6.99. En la RP 1 = 18.87 +/- 3.55 y la RP 2 = 18.84 +/- 5.80, con un total = 18.66 +/- 4.75. Los Padres de pacientes con TLP se mostraron ligeramente menos negligentes que los padres de pacientes sin TLP y se mostraron también ligeramente menos sobreprotectores que los padres de pacientes sin TLP; sin que esto haya dado una diferencia significativa en la relación entre Padre y Madre [F (1, 36)=0.403, p=0.530] y entre Grupos [F (1, 36)=0.092 p=0.764]. Ahora bien según se explicaba al principio, la combinación de las dos escalas y siendo estas calificadas con los puntos de cohorte antes expuestos, nos dió como resultado diferentes tipos de vínculos. En este caso, resulto que en comparación entre grupos el Vínculo de la Madre fue tendiente hacia lo óptimo (altos en la escala de cuidado y bajos en la de sobreprotección) en pacientes sin TLP. Ya que las madres con pacientes con TLP mostraron un vínculo de control y sin afecto (bajo cuidado y alto sobreprotección). Los pacientes con TLP recordaron a su padre con un vínculo relacionado al Control sin afecto. Al comparar este vínculo con los pacientes control, los resultados fueron contradictorios.

DISCUSIÓN

De acuerdo a los resultados de la presente investigación, no se encontraron diferencias significativas en relación a una mayor sobreprotección y falta de cuidados parentales en el grupo de casos con respecto a los controles. No se documentó que, a través del PBI, que la sobreprotección parental y la falta de cuidado parentales fuesen factores fuertemente asociados al Trastorno Límite de la Personalidad, ya que no hubo diferencias significativas entre el recuerdo que tenían los pacientes con TLP y los pacientes sin TLP. Ahora bien, según Parker (19,22) ambas escalas tienen puntos de cohorte bien definidos, y tomando estos como referencia, se tiene que por sí mismos los pacientes con **TLP recordaron a sus Madres y Padres más sobreprotectores y negligentes emocionalmente** y al combinar una escala con otra el resultado fue que los pacientes con TLP recordaban haber tenido un vínculo de **Control sin Afecto con ambos padres**, como los describe Parker (19,22).

En otros estudios en donde se utilizó el PBI para valorar el recuerdo de pacientes con TLP y que reportaron diferencias significativas con sus grupos controles de referencia; sus puntajes totales de cada escala tanto de cuidado como de sobreprotección fueron similares a los encontrados en nuestra presente investigación. Es así como Paris en 1989 y en 1991 (9,29) y Torgersen en 1992 (30), encuentran en la escala de cuidado para la madre puntajes de 18.3, 19.7 y 17.08, respectivamente, en comparación con nosotros en donde el resultado fue 20; el puntaje en la escala de cuidado para el padre fue 20.2, 16.0, 18.05, en comparación con nuestros resultados de 19.63. En la escala de sobreprotección se calificó a la madre con 18.3, 19.38 y 16.0, en comparación con nuestros resultados de 20.11; el puntaje en la escala de sobreprotección para el padre fue 13.6, 17.32 y 13.6, en comparación con nuestros resultados de 18.8. En todos estos estudios, incluyendo el nuestro y de acuerdo a lo propuesto por Parker; (19,22) **los pacientes con TLP reportaron recordar a ambos padres como sobreprotectores y negligentes emocionalmente**, con un resultado final de un **vínculo de control sin afecto por ambos padres**.

Al hacer la validación de la escala, se encontró que solo el Ítem 5, el cuál pertenece a la escala de cuidado, mostró significancia estadística, denotando la diferencia entre el recuerdo que tenían los pacientes con TLP y sin TLP de sus padres. Los pacientes con TLP recordaban más negligentes emocionalmente a ambos padres que los pacientes sin TLP, esto reportado por varios autores (9, 29,30). Los Ítem 1, 11, 12, 16, 17, que pertenecen a la escala de cuidado mostraron tener diferencias significativas entre padres y madres, en cuanto al recuerdo que tenían los pacientes con TLP y sin TLP en conjunto. Los pacientes con TLP recordaban a las madres mas cuidadosas emocionalmente que a los padres como lo reporta Parker en 1990 (20). Los ítems 8 y 25 pertenecientes a la escala de sobreprotección tuvieron diferencia significativa en el recuerdo entre

padres y madres de los pacientes con TLP y sin TLP en conjunto, mostrándose que los pacientes con TLP recordaban a las madres como más sobreprotectoras. No se encontraron reportes en la literatura de estudios de validez, de acuerdo a nuestro tipo de análisis.

Los puntajes altos obtenidos por nuestros pacientes con TLP, en la escala de sobreprotección, muestra a ambos padres como sobreprotectores y contradicen la Teoría de Masterson (15,16), en donde se menciona a la madre como la única responsable de la formación de la personalidad límite. Algunos estudios en donde no utilizaron el PBI (10,25,26), fallaron en demostrar la existencia de sobreprotección. En otros en donde se utilizó el PBI encontraron solo sobreprotección por parte del padre, sin más hallazgos (31), o negligencia afectiva por ambos padres, sin datos de sobreprotección (9). En este último aplicaron la escala a estudiantes universitarias con TLP y sin TLP, por lo que, al haber sido sujetos de la comunidad probablemente dieron un sesgo en la recolección de datos. En aquellos en donde se utilizaron pacientes psiquiátricos hospitalizados o de consulta externa, comparados con pacientes psiquiátricos o sujetos sanos, (27,28,29,30), los resultados arrojaron un índice elevado de sobreprotección, sin embargo nuestros pacientes con TLP a comparación del resto de investigaciones clínicas puntuaron más alto.

Los puntajes bajos de cuidado del PBI en nuestros pacientes con TLP, dan soporte a estudios previos (9,27,28,29,30) que demuestran que los pacientes con TLP recuerdan a sus padres como emocionalmente negligentes. De igual manera se encontró estudios con reporte de falta de cuidado por parte de un solo padre, (32). La negligencia afectiva o emocional es quizás lo más reportado en la literatura científica (6,10,12,35) siendo lo más encontrado. La percepción de las pacientes con TLP en relación a sus padres, en la presente investigación es acorde con la Teoría de Adler (12) en donde la experiencia de los pacientes con TLP es inadecuada en la infancia, la cuál permite una inestabilidad afectiva e impulsividad que se presenta y aparece en años posteriores o como lo menciona Masterson (16) la experiencia del retiro afectivo de la madre provoca en los niños una fuerte frustración, la cual es intolerable, y que en la adultez se vería manifestada por sentimientos de abandono, que se traducirían en la incapacidad para tolerar la soledad, o actos impulsivos cometidos contra si mismos o contra otros, ante la posibilidad de verse abandonados. Masterson (15), menciona además que, esta situación vivida por los infantes generaría mecanismos de defensa como la proyección, la negación, aislamiento, desvinculación y retiro del afecto. Finalmente ambivalencia vivida por los niños de Sobreprotección-Negligencia condicionaría más tarde la inestabilidad afectiva e interpersonal tan característica de estos pacientes (13,15,16).

En relación a los lazos de vinculación y de acuerdo a la clasificación de Parker (19,22), se encontró que, hay un **Control Sin Afecto**. Paris infiere (6) que esto pudiera ser sustentado en lo que muchos pacientes con TLP refieren,

recordando a ambos padres, con una falla para otorgar el adecuado soporte emocional y con una conducta de limitación de la separación del infante, de la madre.

Esto sugiere que los padres de pacientes con TLP pudieron haber puesto sus propias necesidades emocionales como prioritarias y a la cabeza, por encima de las necesidades de afecto de sus hijos. Un punto a destacar es que **el control sin afecto fue elevado para ambos padres y no solo por la madre**, un punto que contrasta con la teoría de Masterson (15).

El hecho de que en la presente investigación no se hayan encontrado diferencias significativas pudo deberse a varios factores:

- 1) Los pacientes controles fueron pacientes psiquiátricos y no sujetos sanos.
 - a. El diagnóstico de depresión estuvo reportado en estos pacientes hasta el 48% de ellos. Se ha visto en algunos estudios, (36,37,38) que los pacientes con trastornos depresivos, evaluados con el PBI, reportan antecedentes de control sin afecto.
 - b. En otros estudios en donde se valoran a pacientes con trastornos de ansiedad (39,38) y neuroticismo (40) también encuentran el antecedente de control sin afecto.
 - c. Existe un reporte (41) en donde no se encontraron diferencias significativas entre pacientes esquizofrénicos y pacientes con TLP, a diferencia del estudio de Byrne (28).
- 2) En algunos estudios (42) en donde se utilizó el PBI, la versión era modificada, diferente del original, constando de menos reactivos, no disponible en la versión en español.
- 3) Finalmente en algunos estudios utilizaron el PBI buscando tres escalas (43) Por otra parte se ha utilizado el PBI pero obteniendo tres escalas: cuidado, Rechazo a la autonomía y Fomento de la conducta libre. del mismo cuestionario, en lugar de dos.

La falsificación del recuerdo debe de ser considerada como un sesgo, ya que en la interpretación de los resultados obtenidos en cualquier estudio, sobre todo de tipo retrospectivo, y mas aún a la luz de la psicopatología de pacientes con TLP, pueden distorsionar las conclusiones de cualquier investigación. Los hallazgos de la presente investigación pueden explicar y solo en una pequeña parte, lo relacionado a los factores asociados en el desarrollo del TLP. Hay una gran cantidad de reportes de más factores, relacionados a la posible génesis del trastorno límite del carácter por ejemplo, el antecedente de abuso sexual y físico (13) y los aspectos biológicos vinculados al TLP (44).

CONCLUSIONES

No se encontraron diferencias significativas entre los pacientes con TLP y sin TLP, sin embargo si hubo una tendencia a que los pacientes con TLP recordaran más a sus madres con negligencia emocional. Esto da soporte a las teorías psicodinámicas acerca de la niñez del paciente con TLP y se ofrece como una posibilidad mas, en la multifactoriedad relacionada al TLP. La presente investigación pudiera ser la base para comparar los resultados con sujetos sanos, o en otra muestra mayor. Se requieren de estudios prospectivos para poder confirmar lo encontrado hasta la fecha.

APÉNDICE A

NOMBRE.- _____
 SEXO.- _____ EDAD.- _____ EXPEDIENTE.- _____
 FECHA.- _____

PBI

INSTRUCCIONES:

Este cuestionario incluye una lista de algunas actitudes y conductas de los padres. En base a **como usted recuerde a su padre-madre en sus primeros 16 años de vida.**

Marque con una X

3 = MUY PARECIDO O SIMILAR

2 = MODERADAMENTE PARECIDO

1 = MODERADAMENTE DIFERENTE

0 = MUY DIFERENTE

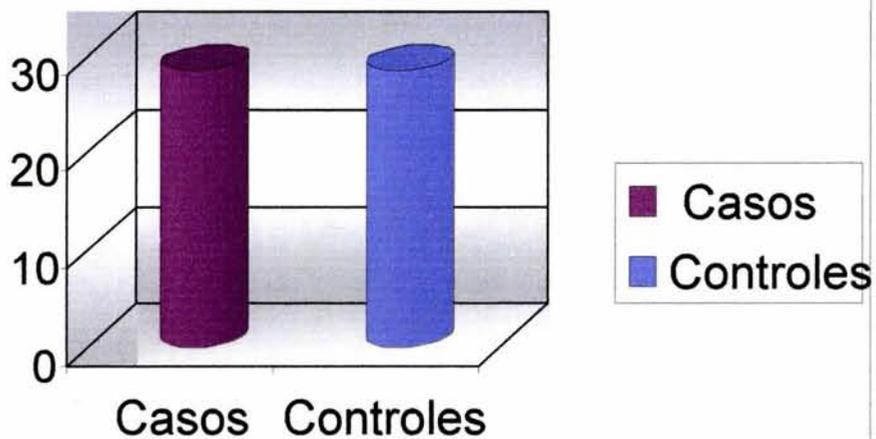
	MADRE				PADRE			
1. Hablaba conmigo con voz cálida y amigable	0	1	2	3	0	1	2	3
2. A veces me sentía abandonado o desamparado cuando yo lo necesitaba	0	1	2	3	0	1	2	3
3. Me dejaba hacer lo que a mí me gustaba.	0	1	2	3	0	1	2	3
4. Parecía emocionalmente frío/a conmigo.	0	1	2	3	0	1	2	3
5. Parecía entender mis problemas y preocupaciones.	0	1	2	3	0	1	2	3
6. Era cariñoso/a conmigo.	0	1	2	3	0	1	2	3
7. Le gustaba que yo tomara mis propias decisiones	0	1	2	3	0	1	2	3
8. Quería que siempre fuera niño	0	1	2	3	0	1	2	3
9. Trataba de controlar todo lo que yo hacía	0	1	2	3	0	1	2	3
10. Invadía mi privacidad	0	1	2	3	0	1	2	3
11. Disfrutaba hablar conmigo	0	1	2	3	0	1	2	3
12. Frecuentemente me sonreía	0	1	2	3	0	1	2	3
13. Me consentía	0	1	2	3	0	1	2	3
14. Parecía que desconocía o ignoraba lo que yo quería o necesitaba	0	1	2	3	0	1	2	3
15. Me dejaba tomar mis propias decisiones	0	1	2	3	0	1	2	3
16. Me hacía sentir que me odiaba o me despreciaba	0	1	2	3	0	1	2	3
17. Tenía la capacidad de reconfortarme o hacerme sentir bien cuando yo estaba molesto/a ó perturbado/a	0	1	2	3	0	1	2	3
18. Hablaba poco conmigo.	0	1	2	3	0	1	2	3
19. Trataba que yo dependiera de él o de ella.	0	1	2	3	0	1	2	3
20. Sentía que no podía cuidar de mí mismo a menos que él o ella estuviera cerca de mí.	0	1	2	3	0	1	2	3
21. Me daba tanta libertad como yo quería.	0	1	2	3	0	1	2	3
22. Me dejaba salir a menudo, cuando yo quería.	0	1	2	3	0	1	2	3
23. Era sobreprotector (a) conmigo.	0	1	2	3	0	1	2	3
24. Me criticaba o despreciaba todo lo que hacía	0	1	2	3	0	1	2	3
25. Me dejaba vestir como yo quería.	0	1	2	3	0	1	2	3

APÉNDICE B

Cuadro 1. Edad de Casos y Controles.

	Casos	Controles
1	41	41
2	40	40
3	37	37
4	36	36
5	33	33
6	31	31
7	31	31
8	26	26
9	25	25
11	24	24
12	24	24
13	23	23
14	23	23
15	21	21
16	21	21
17	21	21
18	18	18
19	17	17
Promedio	27.21	27.21

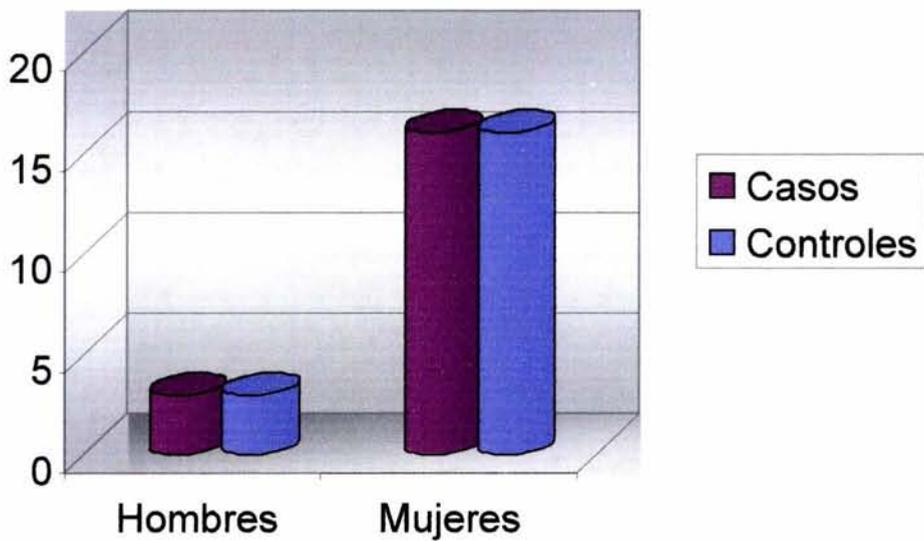
Gráfica 1. Edad Promedio de Casos y Controles.



Cuadro 2. Relación de Género entre Casos y Controles.

Sexo:	Hombres	Mujeres	Porcentajes
Casos	3	16	15.7 % / 84.2 %
Controles	3	16	15.7% / 84.2 %

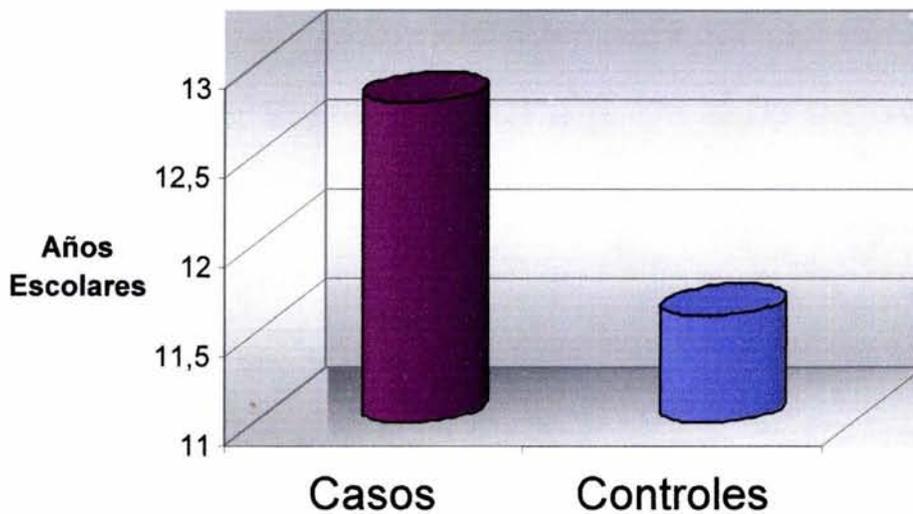
Gráfica 2: Relación de Género entre Casos y Controles



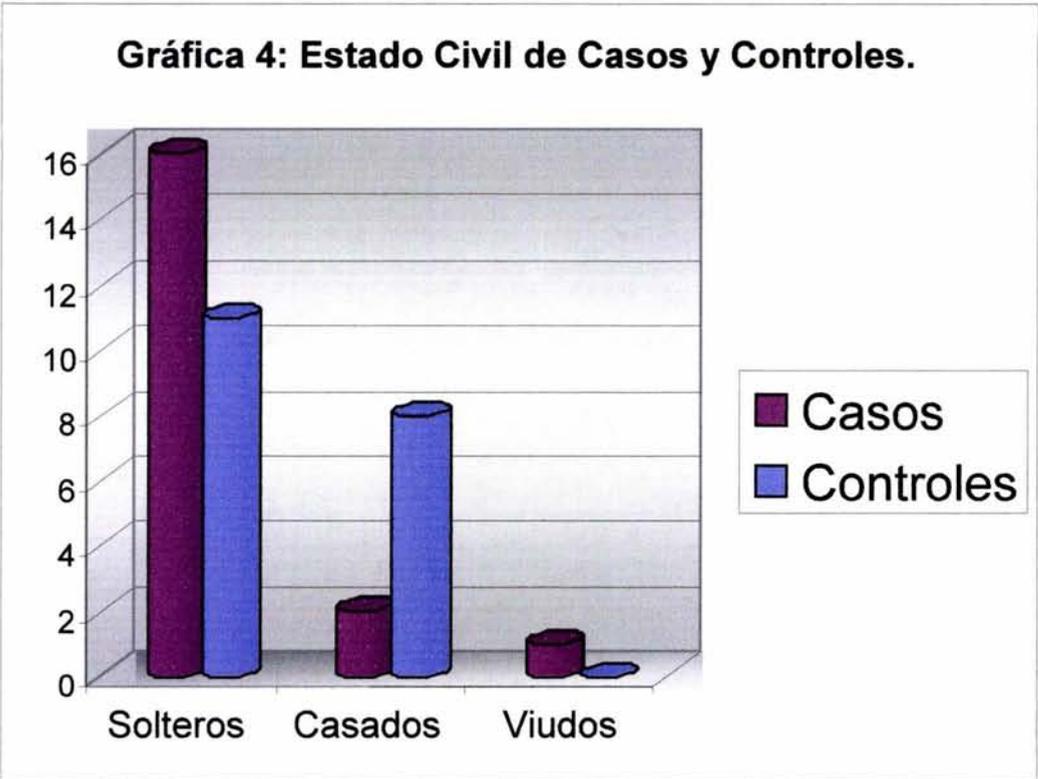
Cuadro 3: Comparativo de Escolaridad en años de Casos y Controles

	Casos	Controles
Años Escolares	12,8	11,6

Gráfica 3: Años de escolaridad entre Casos y Controles



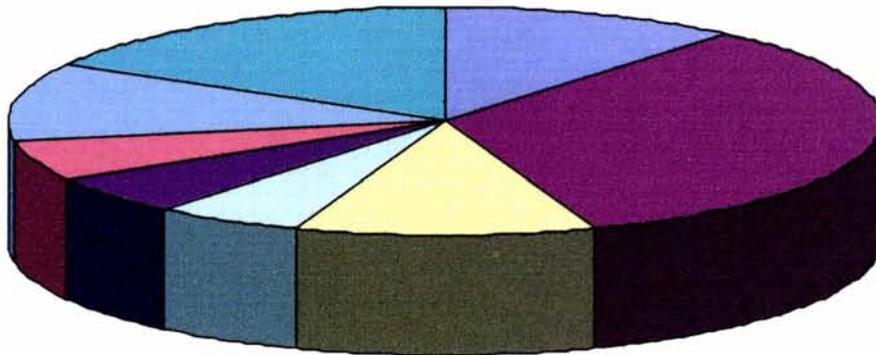
Cuadro 4: Estado civil de Casos y Controles		
	Casos	Controles
Solteros	16 (84.2%)	11 (57.8%)
Casados	2 (10.5%)	8 (42%)
Viudos	1 (5.3%)	0



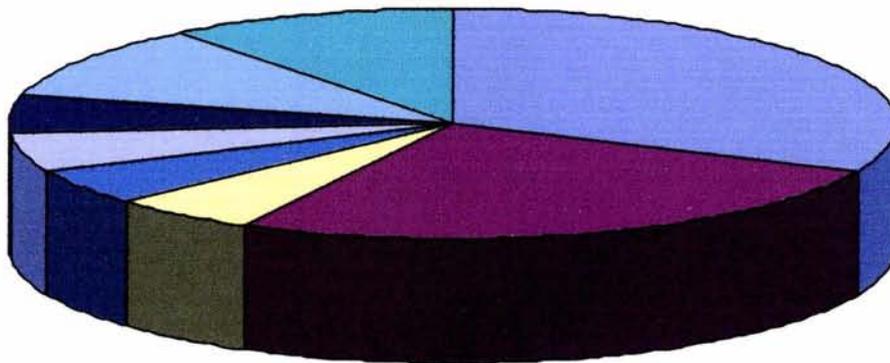
Cuadro 5: Ocupación de Casos y de Controles

Ocupación:	Casos	Controles
Hogar	2 (10.2%)	6(31%)
Estudiante	6 (31%)	5(26.3)
Empleada federal	2 (10.2%)	1(5.2%)
Enfermera	1(5.2%)	0
Trabajador social	1(5.2%)	0
Estilista	1(5.2%)	0
Secretaria	0	1(5.2%)
Chofer	0	1(5.2%)
Empleada departamental	0	1(5.2%)
Comerciante	2(10.2%)	2(10.2%)
Sin ocupación	3(15.7%)	2(10.2%)

Gráfica 5: Ocupación de Casos



Gráfica 5.1: Ocupación de Controles

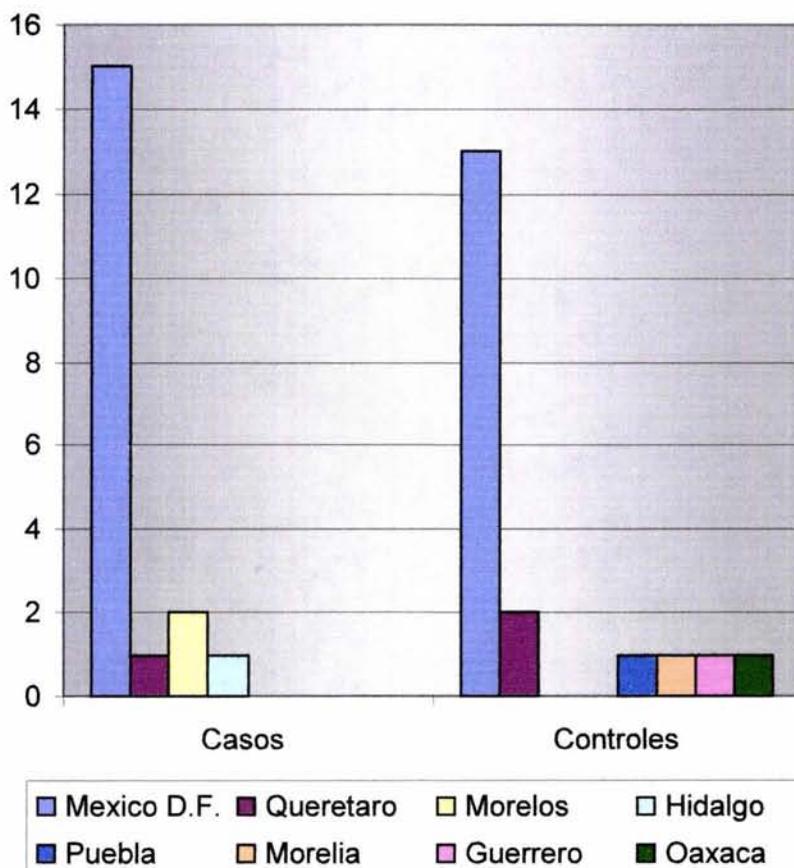


- | | |
|--------------------------|---------------|
| ■ Hogar | ■ Estudiante |
| ■ Empleada federal | ■ Enfermera |
| ■ Trabajador social | ■ Estilista |
| ■ Secretaria | ■ Chofer |
| ■ Empleada departamental | ■ Comerciante |
| ■ Sin ocupación | |

Cuadro 6: Lugar de Origen de Casos y Controles

Lugar	Casos	Controles
México D.F.	15(78%)	13(68.4%)
Querétaro	1(5.2%)	2(19.4%)
Morelos	2(10.4%)	0
Hidalgo	1(5.2%)	0
Puebla	0	1(5.2%)
Morelia	0	1(5.2%)
Guerrero	0	1(5.2%)
Oaxaca	0	1(5.2%)

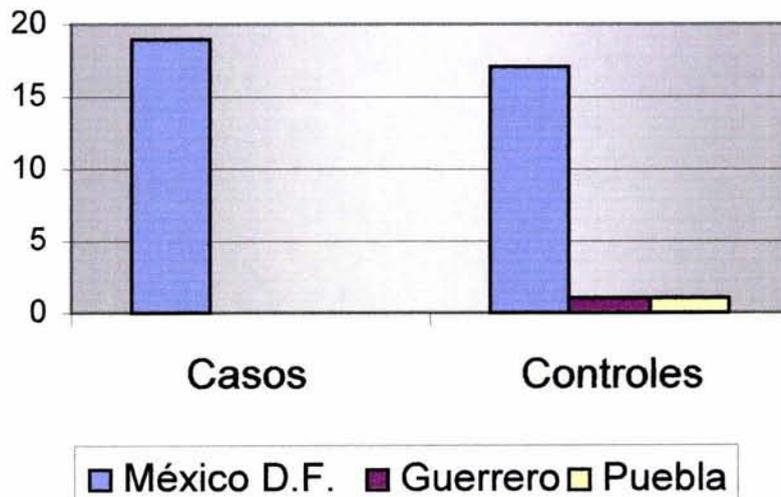
Gráfica 6: Lugar de Origen de Casos y Controles



Cuadro 7. Lugar de Residencia de Casos y Controles.

Lugar	Casos	Controles
México D.F.	19(100%)	17(89.4%)
Guerrero	0	1(5.2%)
Puebla	0	1(5.2%)

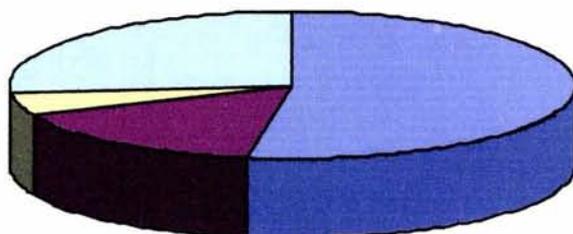
Gráfica 7. Lugar de Residencia de Casos y controles



Cuadro 8: Religión de Casos y de Controles

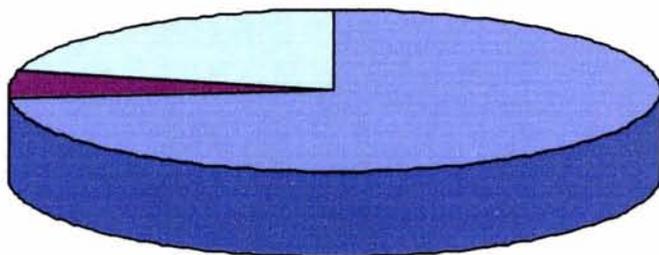
Religión	Casos	Controles
Católica	10(52.6%)	14(73.6%)
Evangelista	3(15.7%)	1(5.2%)
Testigo de Jehová	1(5.2%)	0
Sin religión	5(26.3)	4(21%)

Gráfica 8: Religión de Casos



■ Católica ■ Evangelista ■ Testigo de Jehová ■ Sin religión

Gráfica 8.1: Religión de Controles

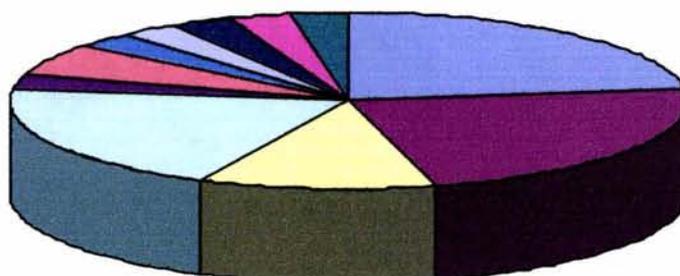


■ Católica ■ Evangelista
■ Testigo de Jehová ■ Sin religión

Cuadro 9: Diagnósticos del Eje I de Casos y Controles

Diagnósticos	Casos
Trastorno Depresivo Mayor Leve	8(22%)
Trastorno Depresivo Mayor Moderado	8(22%)
Distimia	4(11.4%)
Trastorno de Ansiedad Generalizada	7(20%)
Trastorno Bipolar Tipo I	1(2.8%)
Trastorno de Angustia	2(5.6%)
Bulimia Nervosa Purgativa	1(2.8%)
Trastorno de Control de Impulsos	1(2.8%)
TDAH Adulto	1(2.8%)
TANE 6	1(2.8%)
Abuso de Alcohol	1(2.8%)

Gráfica 9: Diagnósticos del Eje I de Casos

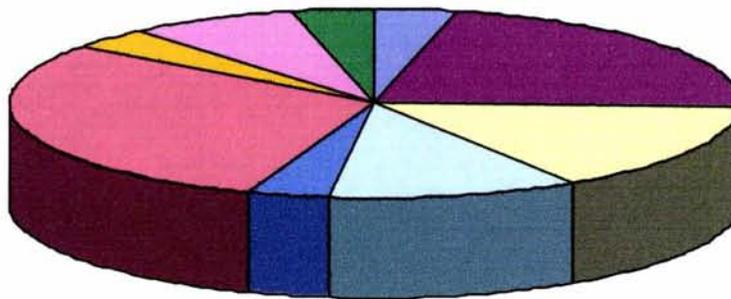


- Trastorno Depresivo Mayor Leve
- Trastorno Depresivo Mayor Moderado
- Distimia
- Trastorno de Ansiedad Generalizada
- Trastorno Bipolar Tipo I
- Trastorno de Angustia
- Bulimia Nervosa Purgativa
- Trastorno de Control de Impulsos
- TDAH Adulto
- TANE 6
- Abuso de Alcohol

Cuadro 10: Diagnósticos según Eje I de Controles

Diagnósticos	Controles
Trastorno Depresivo Mayor Leve	1(3.7%)
Trastorno Depresivo Mayor Moderado	6(22%)
Trastorno de Angustia	4(14%)
Esquizofrenia Paranoide	3(11%)
Dependencia a Alcohol	1(3.7%)
Trastorno de Ansiedad Generalizada	8(29.6%)
Trastorno Obsesivo Compulsivo	1(3.7%)
Distimia	2(7.4%)
Trastorno Bipolar Tipo I	1(3.7%)

Gráfica 10. Diagnósticos del Eje I de Controles



- Trastorno Depresivo Mayor Leve
- Trastorno Depresivo Mayor Moderado
- Trastorno de Angustia
- Esquizofrenia Paranoide
- Dependencia a Alcohol
- Trastorno de Ansiedad Generalizada
- Trastorno Obsesivo Compulsivo
- Distimia
- Trastorno Bipolar Tipo I

APÉNDICE C

Tablas de Resultados por Ítem

	Grupo	Promedio	Desviación Estándar
RM01	1	1.84	1.26
	2	2.16	1.07
	Total	2.00	1.16
RP01	1	1.21	1.03
	2	1.47	1.07
	Total	1.34	1.05
RM02	1	1.05	1.08
	2	2.05	0.91
	Total	1.55	1.11
RP02	1	2.16	1.07
	2	1.68	1.29
	Total	1.92	1.19
RM03	1	1.84	0.96
	2	1.68	1.20
	Total	1.76	1.08
RP03	1	1.74	1.15
	2	1.63	1.12
	Total	1.68	1.12
RM04	1	1.53	1.31
	2	2.05	1.03
	Total	1.79	1.19
RP04	1	1.79	1.27
	2	1.37	1.01
	Total	1.58	1.15
RM05	1	1.11	1.15
	2	2.79	1.18
	Total	1.45	1.20
RP05	1	0.84	1.17
	2	1.53	1.22
	Total	1.18	1.23
RM06	1	1.89	1.10
	2	2.16	1.12
	Total	2.03	1.10
RP06	1	1.89	0.99
	2	1.37	1.07
	Total	1.63	1.05
RM07	1	1.47	1.17
	2	1.11	1.15
	Total	1.29	1.16
RP07	1	1.37	1.30
	2	1.79	1.18
	Total	1.58	1.24

	Grupo	Promedio	Desviación Estándar
RM08	1	1.58	1.30
	2	1.63	1.26
	Total	1.61	1.26
RP08	1	1.42	1.43
	2	1.32	1.34
	Total	1.37	1.36
RM09	1	1.68	1.34
	2	1.42	1.22
	Total	1.55	1.27
	1	1.74	1.37
	2	1.26	1.33
	Total	1.50	1.35
RM10	1	1.74	1.24
	2	1.47	1.12
	Total	1.61	1.17
RP10	1	1.53	1.35
	2	1.47	1.17
	Total	1.50	1.25
RM11	1	1.42	1.26
	2	1.84	1.30
	Total	1.63	1.28
RP11	1	1.00	1.15
	2	1.32	1.34
	Total	1.16	1.24
RM12	1	1.74	1.19
	2	2.16	1.17
	Total	1.95	1.18
RP12	1	1.37	1.12
	2	1.79	1.18
	Total	1.58	1.15
RM13	1	1.79	1.18
	2	1.84	1.38
	Total	1.82	1.27
RP13	1	1.68	1.11
	2	1.47	1.35
	Total	1.58	1.22
RM14	1	1.26	1.15
	2	1.63	1.34
	Total	1.45	1.25
RP14	1	1.95	1.22
	2	1.53	1.35
	Total	1.74	1.29
RM15	1	1.47	1.17
	2	1.05	1.13
	Total	1.26	1.16
RP15	1	1.32	1.20
	2	1.79	1.27
	Total	1.55	1.25

	Grupo	Promedio	Desviación Estándar
RM16	1	2.05	1.22
	2	2.00	1.11
	Total	2.03	1.15
RP16	1	1.16	1.30
	2	1.42	1.12
	Total	1.29	1.21
RM17	1	1.58	1.22
	2	1.63	1.38
	Total	1.61	1.28
RP17	1	1.00	1.15
	2	1.11	1.10
	Total	1.05	1.11
RM18	1	1.53	1.07
	2	1.53	1.31
	Total	1.53	1.18
RP18	1	2.05	1.13
	2	1.63	1.34
	Total	1.84	1.24
RM19	1	1.53	1.22
	2	1.68	1.20
	Total	1.61	1.20
RP19	1	1.63	1.38
	2	1.63	1.16
	Total	1.63	1.26
RM20	1	1.68	1.34
	2	1.89	1.05
	Total	1.79	1.19
RP20	1	1.74	1.45
	2	1.95	1.13
	Total	1.84	1.28
RM21	1	1.79	1.32
	2	1.37	1.34
	Total	1.58	1.33
RP21	1	1.21	1.32
	2	1.26	1.19
	Total	1.24	1.24
RM22	1	1.42	1.26
	2	1.42	1.22
	Total	1.42	1.22
RP22	1	1.42	1.30
	2	1.47	1.22
	Total	1.45	1.25
RM23	1	1.79	1.32
	2	1.63	1.01
	Total	1.71	1.16
RP23	1	1.58	1.30
	2	1.26	1.10
	Total	1.42	1.20

	Grupo	Promedio	Desviación Estándar
RM24	1	1.53	.90
	2	2.21	1.13
	Total	1.87	1.07
RP24	1	1.53	1.07
	2	1.53	1.26
	Total	1.53	1.16
RM25	1	2.11	1.29
	2	2.47	.90
	Total	2.29	1.11
RP25	1	1.79	1.32
	2	2.00	1.15
	Total	1.89	1.23

*RM: Respuesta de la Madre, RP: Respuesta del Padre.
1: Pacientes con TLP, 2: Pacientes sin TLP

Tabla de Resultados de la Escala de Cuidado y Sobreprotección

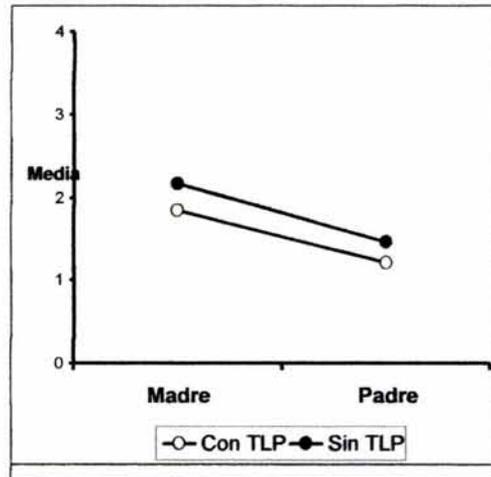
	Grupo	Promedio	Desviación Estándar
CuidadoM	1	20.32	10.78
	2	25.05	8.74
	Total	22.68	9.97
CuidadoP	1	19.63	4.21
	2	19.21	7.99
	Total	19.42	6.30
SobreprotecciónM	1	20.11	8.82
	2	18.84	4.66
	Total	19.47	6.99
SobreprotecciónP	1	18.87	3.55
	2	18.84	5.80

*RM: Respuestas de la Madre, RP: Respuesta del Padre.
1: Pacientes con TLP, 2: Pacientes sin TLP

APÉNDICE D

Graficas de Análisis de Varianza de cada Ítem.

Ítem 1. **Hablaba conmigo con voz cálida y amigable**

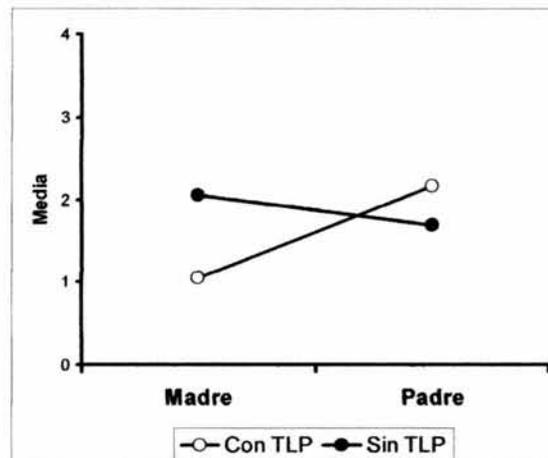


Entre Padre Madre [F(1, 36)=9.176, p=0.005]*

Entre Grupos [F(1, 36)=1.011. p=0.321

*p < 0.5

Ítem 2. **A veces me sentía abandonado o desamparado cuando yo lo necesitaba**

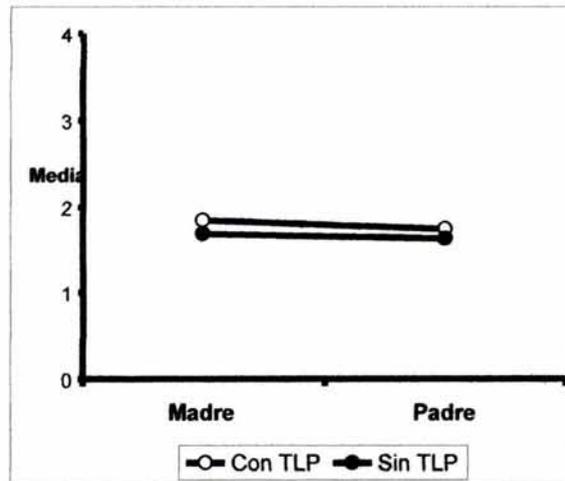


Entre Padre Madre [F(1, 36)=1.748, p=0.194]

Entre Grupos [F(1, 36)=1.417. p=0.242

*p < 0.5

Ítem 3. Me dejaba hacer lo que a mí me gustaba.

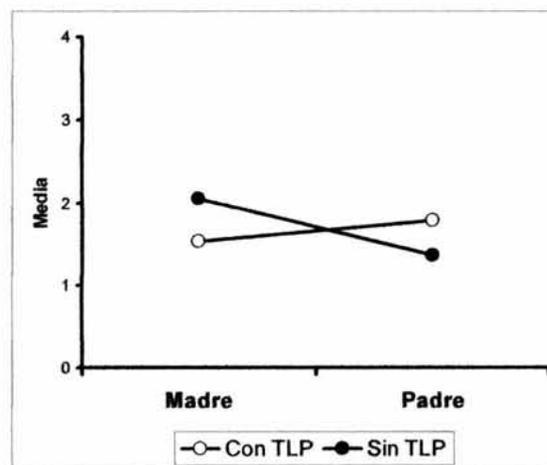


Entre Padre Madre [F(1, 36)=0.132, p=0.719]

Entre Grupos [F(1, 36)=0.210, p=0.649]

*p < 0.5

Item 4. Parecía emocionalmente frío/a conmigo.

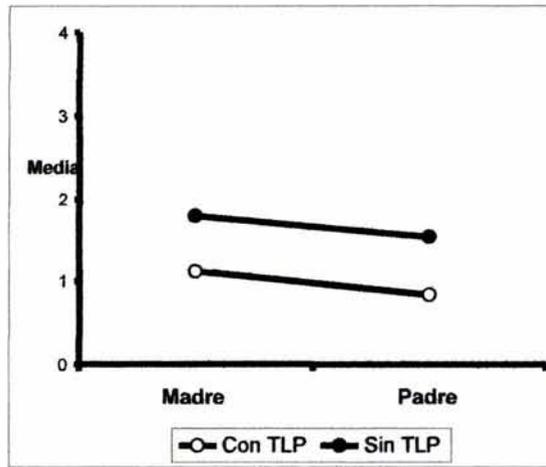


Entre Padre Madre [F(1, 36)=0.467, p=0.499]

Entre Grupos [F(1, 36)=0.059, p=0.810]

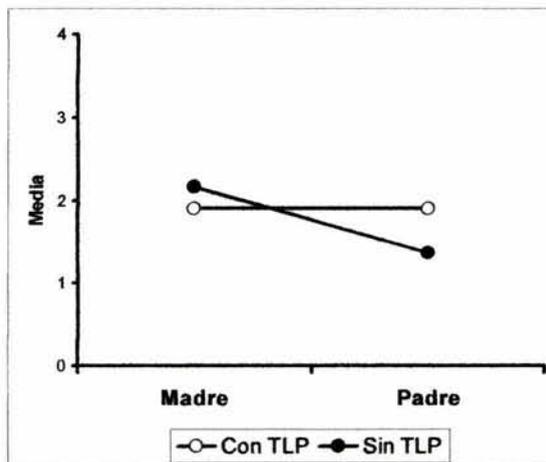
*p < 0.5

Ítem 5 . Parecía entender mis problemas y preocupaciones.



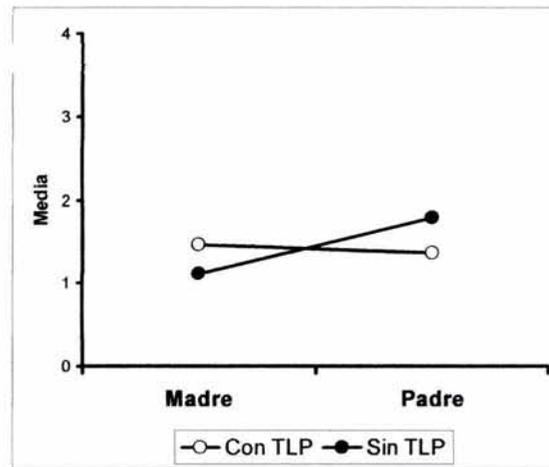
Entre Padre Madre [F(1, 36)=1.596, p=0.215]
Entre Grupos [F(1, 36)=4.540, p=0.040]
*p < 0.5

Item. 6. Era cariñoso/a conmigo



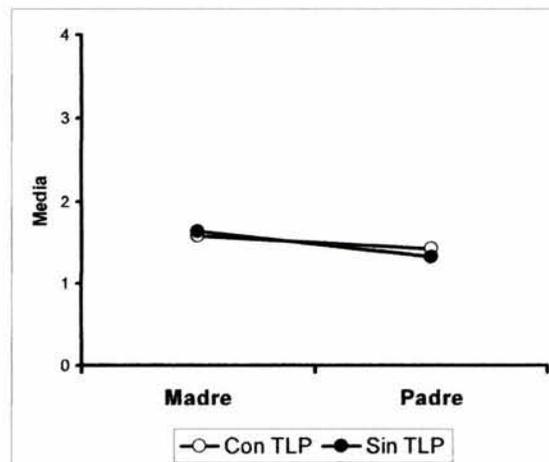
Entre Padre Madre [F(1, 36)=3.729, p=0.061]
Entre Grupos [F(1, 36)=0.220, p=0.642]
*p < 0.5

Ítem. 7. Le gustaba que yo tomara mis propias decisiones



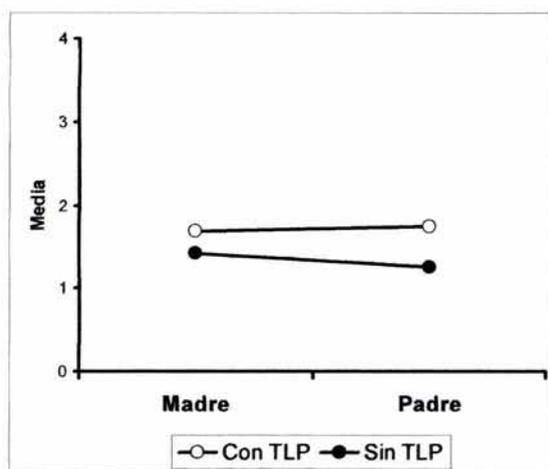
Entre Padre Madre [F(1, 36)=0.735, p=0.397]
Entre Grupos [F(1, 36)=0.018, p=0.894]
*p < 0.5

Ítem. 8. Quería que siempre fuera niño



Entre Padre Madre [F(1, 36)=4.119, p=0.050]
Entre Grupos [F(1, 36)=0.004, p=0.950]
*p < 0.5

Ítem. 9. Trataba de controlar todo lo que yo hacia

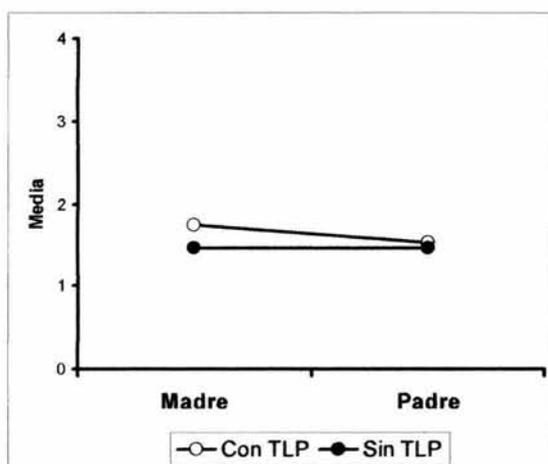


Entre Padre Madre [F(1, 36)=0.071, p=0.792]

Entre Grupos [F(1, 36)=0.954, p=0.335]

*p < 0.5

Ítem. 10. Invasión mi privacidad

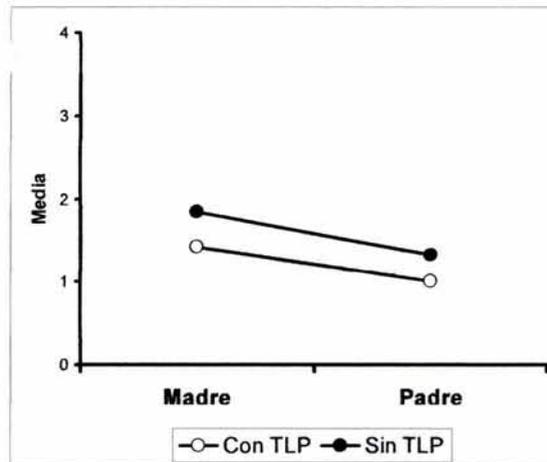


Entre Padre Madre [F(1, 36)=0.368, p=0.598]

Entre Grupos [F(1, 36)=0.195, p=0.661]

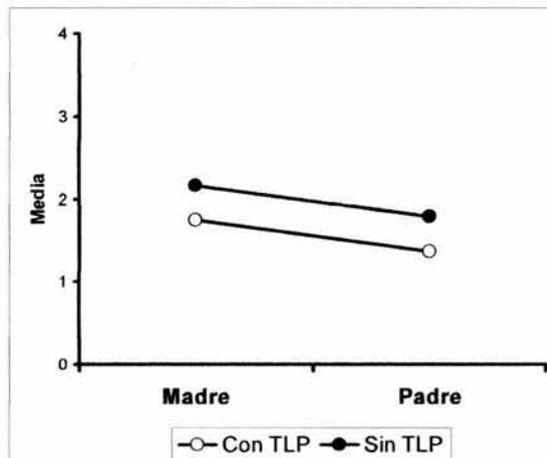
*p < 0.5

Ítem. 11. Disfrutaba hablar conmigo



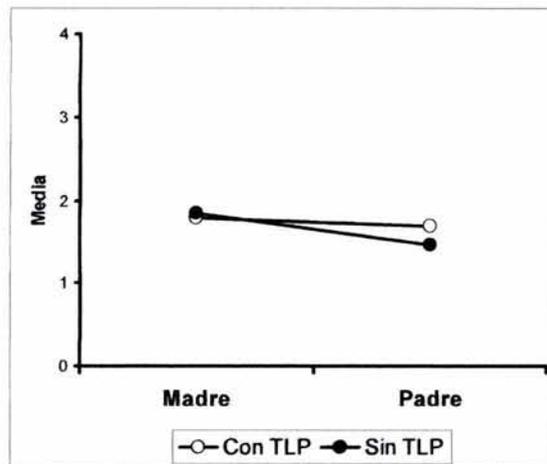
Entre Padre Madre [F(1, 36)=5.751, p=0.022]
Entre Grupos [F(1, 36)=1.048, p=0.313]
*p < 0.5

Ítem. 12. Frecuentemente me sonreía



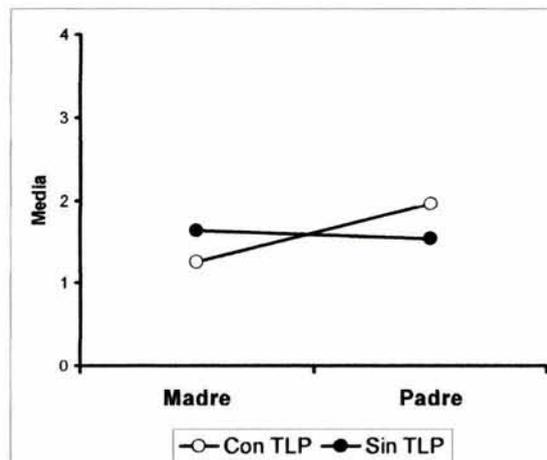
Entre Padre Madre [F(1, 36)=4.546, p=0.040]
Entre Grupos [F(1, 36)=1.567, p=0.219]
*p < 0.5

Ítem. 13. Me consentía



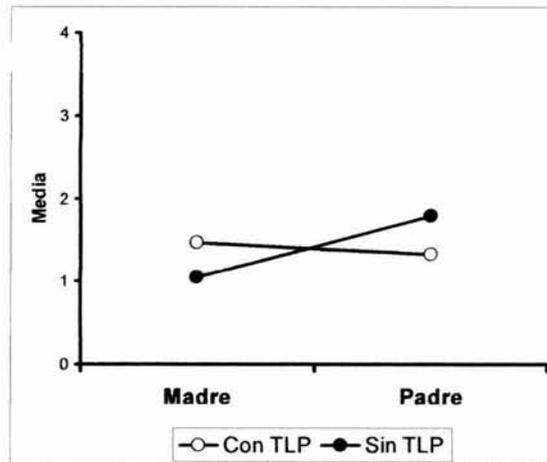
Entre Padre Madre [F(1, 36)=1.318, p=0.0258]
Entre Grupos [F(1, 36)=0.050 p=0.824]
*p < 0.5

Ítem. 14. Parecía que desconocía o ignoraba lo que yo quería o necesitaba



Entre Padre Madre [F(1, 36)=0.610, p=0.440]
Entre Grupos [F(1, 36)=0.0.22 p=0.884]
*p < 0.5

Ítem. 15. Me dejaba tomar mis propias decisiones

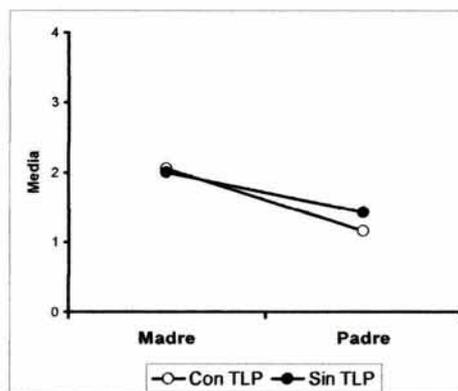


Entre Padre Madre [F(1, 36)=0.651, p=0.425]

Entre Grupos [F(1, 36)=0.032 p=0.859]

*p < 0.5

Ítem. 16. Me hacia sentir que me odiaba o me despreciaba

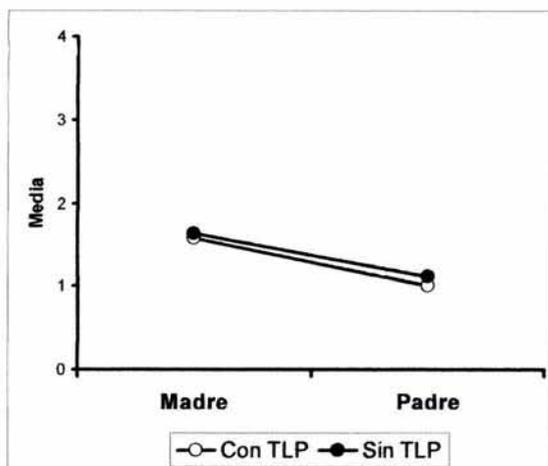


Entre Padre Madre [F(1, 36)=4.463, p=0.042]

Entre Grupos [F(1, 36)=0.401 p=0.531]

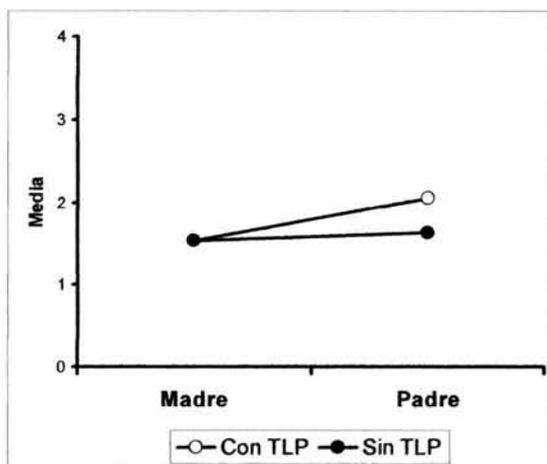
*p < 0.5

Ítem. 17. Tenia la capacidad de reconfortarme o hacerme sentir bien cuando yo estaba molesto/a ó perturbado/a



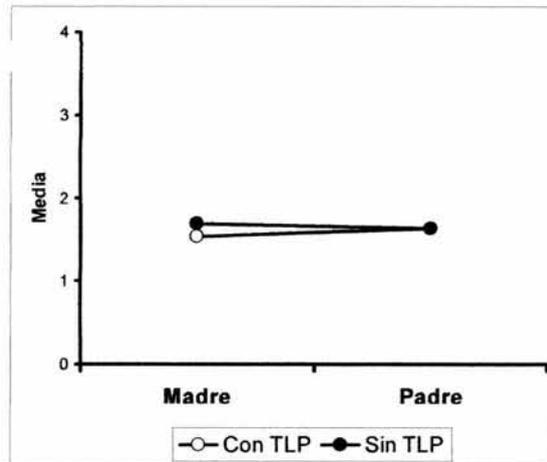
Entre Padre Madre [F(1, 36)=9.633, p=0.004]
Entre Grupos [F(1, 36)=0.050 p=0.824]
*p < 0.5

Item 18. Hablaba poco conmigo.



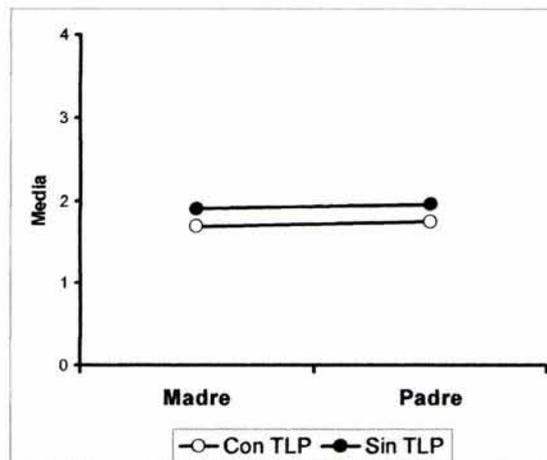
Entre Padre Madre [F(1, 36)=0.850, p=0.363]
Entre Grupos [F(1, 36)=1.141 p=0.293]
*p < 0.5

Ítem 19. Trataba que yo dependiera de él o de ella.



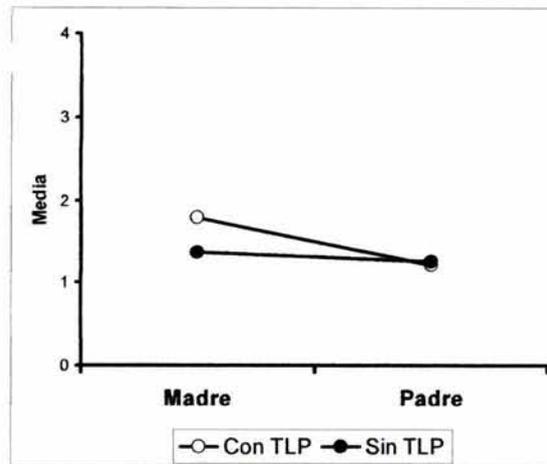
Entre Padre Madre [F(1, 36)=0.024, p=0.877]
Entre Grupos [F(1, 36)=0.046 p=0.831]
*p < 0.5

Ítem 20. Sentía que no podía cuidar de mí mismo a menos que él o ella estuviera cerca de mí.



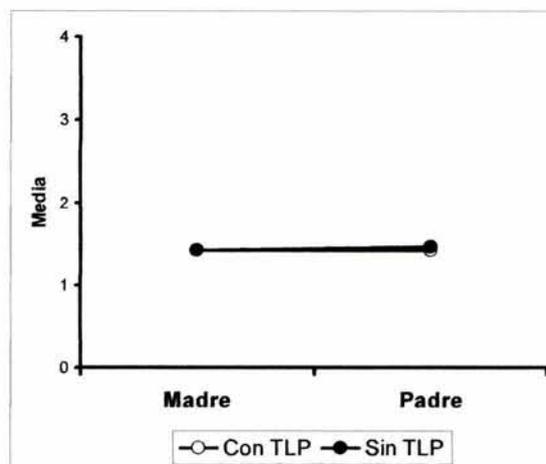
Entre Padre Madre [F(1, 36)=0.319, p=0.576]
Entre Grupos [F(1, 36)=0.284 p=0.597]
*p < 0.5

Ítem 21. Me daba tanta libertad como yo quería.



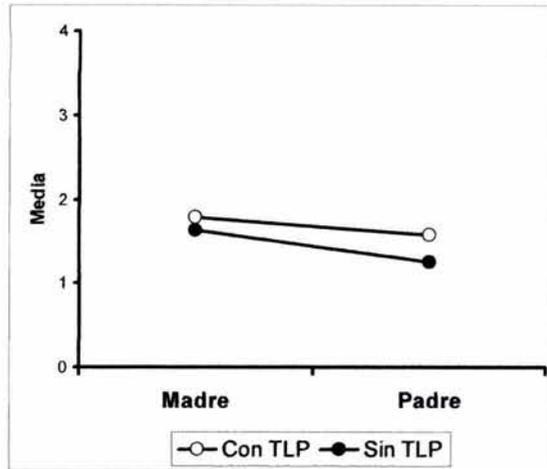
Entre Padre Madre [F(1, 36)=0.776, p=0.384]
Entre Grupos [F(1, 36)=1.349 p=0.253]
*p < 0.5

Ítem 22. Me dejaba salir a menudo, cuando yo quería



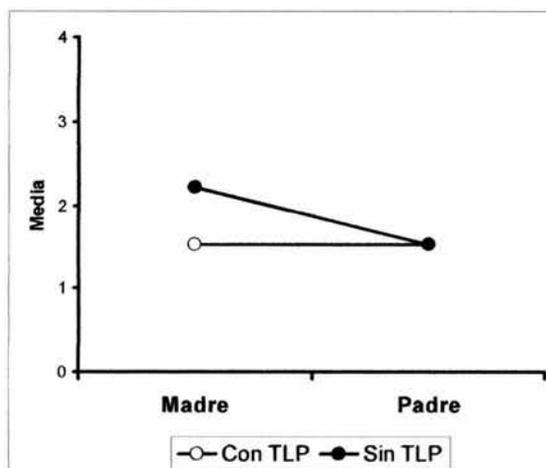
Entre Padre Madre [F(1, 36)=0.005, p=0.945]
Entre Grupos [F(1, 36)=0.031 p=0.861]
*p < 0.5

Ítem 23. Era sobreprotector (a) conmigo



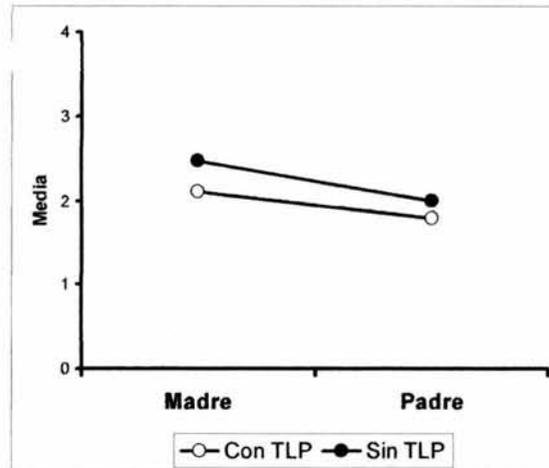
Entre Padre Madre [F(1, 36)=2.896, p=0.097]
Entre Grupos [F(1, 36)=0.467 p=0.499]
*p < 0.5

Ítem. 24. Me criticaba o despreciaba todo lo que hacía



Entre Padre Madre [F(1, 36)=1.403, p=0.244]
Entre Grupos [F(1, 36)=2.641 p=0.113]
*p < 0.5

Ítem. 25. Me dejaba vestir como yo quería.

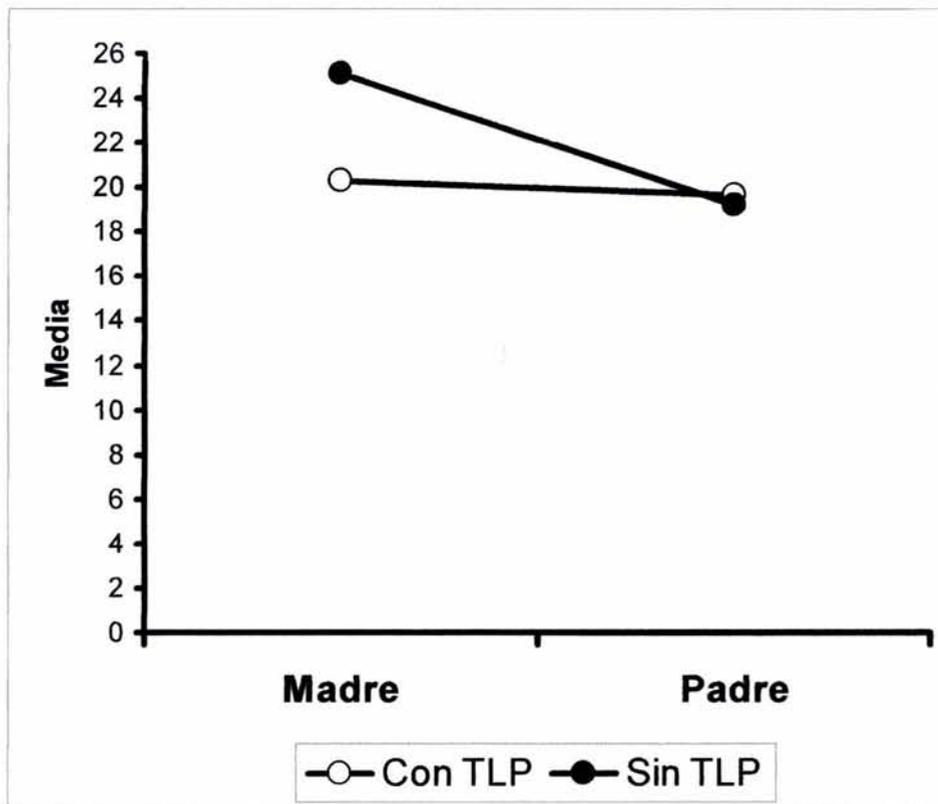


Entre Padre Madre [F(1, 36)=5.786, p=0.021]

Entre Grupos [F(1, 36)=0.705 p=0.407]

*p < 0.5

GRÁFICA DE LA ESCALA DE CUIDADO

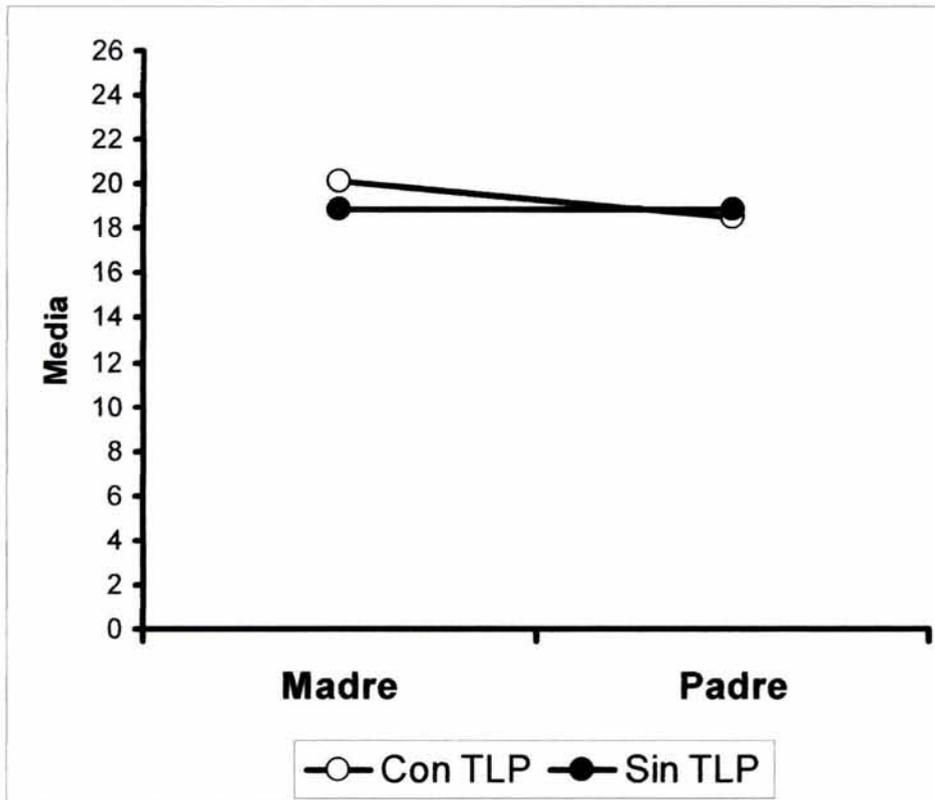


Entre Padre Madre [F(1, 36)=3.438, p=0.072]

Entre Grupos [F(1, 36)=1.132 p=0.294]

*p < 0.5

GRÁFICA DE LA ESCALA DE SOBREPOTECCION



Entre Padre Madre [F(1, 36)=0.403, p=0.530]

Entre Grupos [F(1, 36)=0.092 p=0.764]

*p < 0.5

BIBLIOGRAFIA.

1. Siever LJ, Davis KL. Overview: Toward a dysregulation hypothesis of depression. *Am J Psychiatry* 1985; 142: 1017-1031.
2. García Toro M, González A. La psicopatología inducida por enfermedades somáticas, fármacos, tóxicos y drogas desde un enfoque sistémico. *Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines* 1997; 25: 50-60.
3. Bertalanffy Von L. *Teoría General de los Sistemas*. Fondo de Cultura Económica, México, 1976.
4. Engel G. The clinical application of the biopsychosocial model. *Am J Psychiatry* 1980; 173: 535-544.
5. De la Fuente R. *Psicología Médica*. Fondo de Cultura Económica, México, 1992.
6. Paris J, Zweig-Frank H. Parental Bonding In Borderline Personality Disorder. En: Paris J (ed.), *Borderline Personality Disorder: Etiology and Treatment*. American Psychiatric Association, Washington D.C., 1993.
7. Bowlby J. *El vínculo afectivo*. Paidós, Barcelona, 1993.
8. Parker G, Gladstone G. Parental Characteristics as Influences Adulthood. En: Pierce G SB, Sarason I. (ed.), *Handbook Support and the Family*. Plenum Press, New York, 1996; 195-218.
9. Paris J, Zweig-Frank H. Perceptions of parental bonding in borderline patients. *Am J Psychiatry* 1989; 146: 1498-9.
10. Gunderson JG, Kerr J, Englund DW. The families of borderlines. A comparative study. *Arch Gen Psychiatry* 1980; 37: 27-33.
11. Gunderson JG. Psychodynamic psychotherapy for borderline personality disorder. In: Gunderson JG, Gabbard GO (eds.), *Psychotherapy for personality disorders*. American Psychiatric Press, Washington DC, 2000.
12. Adler G. *Borderline Psychopathology and Its Treatment*. Janson Aronson, New York, 1985.
13. Paris J, Nowlis D, Brown R. Developmental factors in the outcome of borderline personality disorder. *Compr Psychiatry* 1988; 29: 147-50.
14. Paris J, Zweig-Frank H, Guzder J. The role of psychological risk factors in recovery from borderline personality disorder. *Compr Psychiatry* 1993; 34: 410-3.
15. Masterson J. *The personality disorders. A new look at the development self and object relations approach*. Zeig, Trucker & Co., Inc, Arizona, 2000.
16. Masterson J. *Tratamiento del Adolescente Fronterizo*. Paidos-Assappia, Buenos Aires, 1975.
17. Basili R. Psicopatología Mahleriana contemporánea de los cuadros limítrofes y desamparo, trauma psíquico y defecto yoico. En: Beatriz D-L (ed.), *Pacientes limítrofes: diagnóstico y tratamiento*. Lugar, Buenos Aires, 1992.
18. Bezirgianian S, Cohen P, Brook JS. The impact of mother-child interaction on the development of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 1993; 150: 1836-42.
19. Parker G, Tupling H, Brown L. A parental bonding instrument. *Br J Med Psychol* 1979; 52: 1-10.
20. Parker G. The Parental Bonding Instrument. A decade of research. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1990; 25: 281-2.

21. Gomez-Beneyto M, Pedros A, Tomas A, Aguilar K, Leal C. Psychometric properties of the parental bonding instrument in a Spanish sample. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1993; 28: 252-5.
22. Melis F, Davila M, Ormeño V, Vera V, Greppi C, Gloger S. Estandarización del P.B.I. (Parental Bonding Instrument), versión adaptada a la población entre 16 y 64 años del Gran Santiago. *Rev Chil Neuro-Psiquiat* 2001; 39: 132-9.
23. Gordillo B. Relación entre experiencias tempranas, satisfacción marital, e inteligencia emocional. Maestría en Psicología Clínica. Universidad Iberoamericana Golfo-Centro, Puebla, 2000; 78.
24. Pinzón BK. Relación entre estilos parentales, de apego y bienestar psicológico. Departamento de Psicología. Universidad de la Américas, Puebla, 2002
25. Frank H, Paris J. Recollections of family experience in borderline patients. *Arch Gen Psychiatry* 1981; 38: 1031-4.
26. Soloff PH, Millward JW. Developmental histories of borderline patients. *Compr Psychiatry* 1983; 24: 574-88.
27. Goldberg RL, Mann LS, Wise TN, Segall EA. Parental qualities as perceived by borderline personality disorders. *Hillside J Clin Psychiatry* 1985; 7: 134-40.
28. Byrne CP, Velamoor VR, Cernovsky ZZ, Cortese L, Loszтын S. A comparison of borderline and schizophrenic patients for childhood life events and parent-child relationships. *Can J Psychiatry* 1990; 35: 590-5.
29. Zweig-Frank H, Paris J. Parents' emotional neglect and overprotection according to the recollections of patients with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 1991; 148: 648-51.
30. Torgersen S, Alnaes R. Differential perception of parental bonding in schizotypal and borderline personality disorder patients. *Compr Psychiatry* 1992; 33: 34-8.
31. Paris J, Zweig-Frank H, Guzder J. Risk factors for borderline personality in male outpatients. *J Nerv Ment Dis* 1994; 182: 375-80.
32. Paris J, Zweig-Frank H, Guzder J. Psychological risk factors for borderline personality disorder in female patients. *Compr Psychiatry* 1994; 35: 301-5.
33. First M, Gibbon M, Spitzer R, Williams JBW, Benjamin LS. Guía del usuario para la entrevista clínica estructurada para los trastornos de personalidad del Eje II del DSM-IV. Versión clínica SCID-II. Masson, Barcelona, 1999.
34. First MB, Gibon M, Spitzer RL, Williams JBW, Benjamin LS. SCID-II Cuestionario de personalidad. Masson, Barcelona:, 1999.
35. Parker G, Roy K, Wilhelm K, Mitchell P, Austin MP, Hadzi-Pavlovic D. An exploration of links between early parenting experiences and personality disorder type and disordered personality functioning. *J Personal Disord* 1999; 13: 361-74.
36. Nordahl HM, Stiles TC. Perceptions of parental bonding in patients with various personality disorders, lifetime depressive disorders, and healthy controls. *J Personal Disord* 1997; 11: 391-402.
37. Parker G. Parental 'affectionless control' as an antecedent to adult depression. A risk factor delineated. *Arch Gen Psychiatry* 1983; 40: 956-60.
38. Parker G, Roussos J, Hadzi-Pavlovic D, Mitchell P, Wilhelm K, Austin MP. The development of a refined measure of dysfunctional parenting and assessment of its relevance in patients with affective disorders. *Psychol Med* 1997; 27: 1193-203.
39. Cavedo LC, Parker G. Parental bonding instrument. Exploring for links between scores and obsessiveness. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1994; 29: 78-82.

40. Reti IM, Samuels JF, Eaton WW, Bienvenu OJ, 3rd, Costa PT, Jr., Nestadt G. Influences of parenting on normal personality traits. *Psychiatry Res* 2002; 111: 55-64.
41. Helgeland MI, Torgersen S. Maternal representations of patients with schizophrenia as measured by the Parental Bonding Instrument. *Scand J Psychol* 1997; 38: 39-43.
42. Enns MW, Cox BJ, Clara I. Parental bonding and adult psychopathology: results from the US National Comorbidity Survey. *Psychol Med* 2002; 32: 997-1008.
43. Murphy E, Brewin CR, Silka L. The assessment of parenting using the Parental Bonding Instrument: Two or three factors? *Psychological Medicine* 1997; 27: 333-342.
44. Cloninger CR. Biology of personality dimensions. *Current Opinion in Psychiatry* 2000; 13: 611-616.