

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**IMPULSIVIDAD Y RIESGO SUICIDA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS CON  
TRASTORNO LÍMITE DE PERSONALIDAD Y SU RELACION CON LA  
ADMINISTRACION DE INHIBIDORES SELECTIVOS DE RECAPTURA DE  
SEROTONINA**

**TESIS**

**PARA OBTENER DIPLOMA DE ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRÍA**

**PRESENTA:**

**LYDIA GUADALUPE ESTEVES REBOLLO**

**TUTOR TEORICO**

**TUTOR METODOLOGICO**

**DR. MIGUEL ANGEL HERRERA ESTRELLA DR. MIGUEL VILLVICENCIO CASILDO**

**MÉXICO, DF. 2008**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**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.



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**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.

## ÍNDICE.

<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>4</b>
<b>MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>6</b>
<b>MATERIAL Y MÉTODOS.....</b>	<b>24</b>
<b>RESULTADOS.....</b>	<b>28</b>
<b>DISCUSIÓN.....</b>	<b>34</b>
<b>CONCLUSIÓN.....</b>	<b>35</b>
<b>REFERENCIAS.....</b>	<b>36</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>40</b>

## **RESUMEN**

El tener trastorno de inestabilidad emocional tipo límite aumenta el riesgo de suicidio, además los pacientes con este padecimiento se caracterizan por su marcada impulsividad. Tanto la impulsividad como el riesgo suicida tienen como elemento biológico la disminución de las concentraciones de serotonina en el cerebro, por lo que este estudio tiene como objetivo comparar la impulsividad y el riesgo suicida en pacientes hospitalizados en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez que tienen trastorno límite de personalidad que han sido tratados con ISRS contra la impulsividad y el riesgo suicida de aquéllos que tienen trastorno límite de personalidad que no han sido tratados con ISRS. Materiales: se aplicó cuestionario prediseñado SCID II para determinar trastorno límite de personalidad a los pacientes hospitalizados en el Fray Bernardino Álvarez y se utilizaron las escalas de impulsividad y riesgo suicida de Plutchick para medir en ellos estas variables. Métodos: se realizó un estudio de tipo observacional, prospectivo, transversal y comparativo. Resultados: en la población de los pacientes con trastorno límite que recibieron ISRS 17% presentaron impulsividad y riesgo suicida. Mientras que el 24% de los que NO recibieron ISRS presentaron impulsividad y riesgo suicida. Al relacionar estos datos aplicando la prueba de Chi cuadrada se observó una correlación estadísticamente significativa. Conclusión: los pacientes hospitalizados en el Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez con diagnóstico de trastorno límite de personalidad que recibieron tratamiento con Inhibidores Selectivos de Recaptura de Serotonina presentan menor impulsividad y riesgo suicida que los pacientes hospitalizados en el Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez con diagnóstico de trastorno límite de personalidad que NO recibieron tratamiento con Inhibidores Selectivos de Recaptura de Serotonina.

## INTRODUCCION

Por lo general, el término personalidad se ha utilizado para referirse al comportamiento observable de una persona y a su experiencia subjetiva comunicable. Una serie coherente de calificativos que conforman un diagnóstico de trastorno de la personalidad, implica ciertas predicciones acerca de cómo se comportará una persona en determinadas circunstancias. Para el médico, contiene claves sobre la discapacidad de la persona y la manera en que se debe enfocar el tratamiento. El calificativo de la personalidad tiene el valor para el psiquiatra que debe manejar el caso.

Los pacientes con trastorno límite de la personalidad se encuentran en el límite entre la neurosis y psicosis y se caracterizan por extraordinaria inestabilidad afectiva, del estado de ánimo, del comportamiento, de las relaciones objetales y de la autoestima. El trastorno también se ha llamado esquizofrenia ambulatoria, personalidad “como si” (término acuñado por Helene Deutsch), esquizofrenia pseudoneurótica (descrita por Paul Hoch y Phillip Politan) y trastorno psicótico del carácter (descrito por John Frosch). La CIE-10 emplea la denominación trastorno de la personalidad emocionalmente inestable. (1)

Dentro de los factores para el suicidio se han identificado diversos aspectos relacionados con el apoyo y la ayuda social y/o médica, como el abandono de la asistencia psiquiátrica. La presencia de antecedentes de tentativas de suicidio también constituye un factor predictivo importante. La presencia de depresión mayor, el abuso o la dependencia a alcohol y el tener trastorno de inestabilidad emocional tipo límite aumentan el riesgo de suicidio (2).

Pruebas cada vez más concluyentes avalan la importancia de las conductas impulsivas y agresivas en el riesgo suicida. Se han evaluado pacientes con trastorno depresivo mayor y otras categorías diagnósticas y se observa que los que presentan tentativas de suicidio presentan niveles más altos de conductas impulsivas y agresivas. La información disponible sobre las conductas impulsivas y agresivas en los suicidas es escasa y se basa en pruebas indirectas, como la prevalencia de categorías diagnósticas que incluyen rasgos de agresividad e impulsividad. Estos estudios demuestran que los trastornos por consumo de sustancias y el trastorno límite de personalidad se relacionan con mayor riesgo suicida. Los trastorno impulsivo-agresivos de la personalidad (límite y antisocial) y el abuso y la dependencia de alcohol son factores predictivos de suicidio en depresión mayor y las conductas impulsivas y agresivas constituyen la base de dichos factores de riesgo. (3)

Según la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica de México (ENEPM) de 5782 entrevistados mayores de 18 años durante el 2001 al 2003, el 8.3% reportó haber tenido ideación, el 3.2% reportó haber tenido un plan y el 2.8% reportó haber tenido intentos suicidas. Dichos comportamientos prevalecieron en la adolescencia y en la adultez temprana y fueron menos comunes después de los 35 años de edad, con excepción de la ideación suicida que se mantuvo en edades más avanzadas. El presentar uno o más trastornos psiquiátricos según el DSM IV fue común entre las personas con ideación (60.9%); plan (75.6%); e intento (74.6%) suicidas y se encontró que este hecho es un factor

de riesgo fuerte para el comportamiento suicida, incrementando 4.8 veces el riesgo para ideación, 10.2% para plan y 9.6 veces más riesgo para intento suicida. Aproximadamente una de cada 4 personas con intento suicida reportó haber consultado alguna vez un psiquiatra. Como en muchos países, en México, los trastornos mentales tienen un impacto importante en los comportamientos suicidas. (4)

La OMS sugiere que las razones más comúnmente asociadas con suicidio son la depresión y la exposición a drogas y al alcohol y que hay una marcada declinación de suicidios consumados mientras transcurre la edad, con una tendencia al aumento en los intentos con la misma, en especial en el sexo femenino. El suicidio consumado es frecuentemente asociado con comportamiento agresivo y abuso de sustancias, y ambos son más comunes en varones. Otros métodos como las sobredosis son realizados más comúnmente por mujeres y son letales en caso de que la sobredosis sea realizada con medicamentos difícilmente disponibles o sustancias para las que no hay antídoto como los herbicidas que contienen paraquat (5).

Los elementos biológicos de la impulsividad y el suicidio se han estudiado a diversos niveles, como el genético, a nivel de los neurotransmisores (destacando principalmente disminución en las concentraciones de serotonina en el cerebro), neuroesteroides y neuropéptidos, con claros cambios morfológicos y funcionales a nivel cerebral en los sujetos que la presentan (6).

Los pacientes con trastorno de personalidad tipo límite abarcan un importante espacio en los hospitales psiquiátricos, ya que su impulsividad y riesgo suicida les llevan a atentar con su integridad o la de terceros; por lo que el psiquiatra debe tener la mayor información posible de las causas, características clínicas y tratamiento de quienes padecen este trastorno. Además, considero que es una línea de investigación donde no solo los ISRS sino otro tipo de tratamientos, incluyendo las diversas psicoterapias pueden modificar la evolución y el pronóstico de estos vulnerables pacientes.

## MARCO TEORICO

### **CAPITULO 1: ¿QUE SON LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD?**

Es importante diferenciar entre una característica de personalidad y un trastorno de personalidad. Lo primero incluye a la manera en que se percibe uno mismo y a los demás. Incluye a los valores derivados de nuestras experiencias culturales, familiares e individuales. La forma de contender con el estrés. La personalidad se desarrolla de forma continúa a través de la vida, aunque queda formada a principios de la vida adulta.

Por otro lado los trastornos de personalidad son capacidades inadecuadas para adaptarse, comportamientos persistentes que afectan varias áreas del funcionamiento individual, como las relaciones interpersonales o el desempeño funcional. Las personas con trastornos de personalidad tienen problemas para contender con sus responsabilidades, roles y estresores; también les es difícil entender la causa de sus problemas o cambiar sus patrones de comportamiento. Cuando esta manera de dirigirse por la vida provoca **deterioro funcional o malestar subjetivo**, se puede diagnosticar un trastorno de la personalidad.

Las primeras manifestaciones de los trastornos de personalidad son evidentes en la infancia o en la adolescencia. El daño derivado de un trastorno de personalidad es usualmente más pronunciado (especialmente el trastorno límite y el trastorno antisocial de personalidad) durante la tercera y cuarta décadas y disminuye después. Sin embargo algunos trastornos de personalidad como el esquizotípico y el obsesivo-compulsivo se vuelven más problemáticos entre más edad tenga el paciente.

El trastorno límite de personalidad puede presentar sus primeros síntomas en la mitad o al final de la adolescencia con comportamientos de auto mutilación, en la conducta alimenticia, depresión o intentos de suicidio. A los 40 años sin embargo las características clásicas del trastorno se han atenuado con disminución de la impulsividad, pero con sentimientos residuales de vacío o problemas de identidad (7). Las crisis que ocurren a la mitad de la vida pueden precipitar recurrencia de los síntomas del trastorno.

Los trastornos de personalidad, no son tan sencillos de diagnosticar, en ocasiones tienen manifestaciones atípicas, que no encajan en un eje I como un síndrome, por ejemplo un paciente que se queja de fluctuaciones en su ánimo y depresión que tienen un periodo e intensidad que no encaja con los que requiere un trastorno bipolar o ciclotimia pueden tratarse de personas con trastorno límite o trastorno histriónico de personalidad (8), otro dato de ayuda es la presencia de múltiples diagnósticos psiquiátricos. Por ejemplo el paciente que ha sido visto en varias clínicas y ha recibido diagnósticos de esquizofrenia, depresión crónica y fobia social, en realidad puede tener un trastorno esquizotípico de personalidad. Un alto grado de caos y respuesta emocional, es a veces típico de un trastorno de personalidad, especialmente del Cluster B. Además los pacientes con trastornos de personalidad fallan a tratamientos farmacológicos agresivos.



## ***CLASIFICACION (9)***

El Cluster A es el grupo de los raros y excéntricos que incluyen a los paranoides, esquizoide y esquizotípicos. El Cluster B son los dramáticos, sobre emocionales o los erráticos como los antisociales, límites, histriónicos y narcisistas. El Cluster C son los ansiosos y temerosos, aquí se incluyen los evitativos, dependientes y obsesivo-compulsivos.

### ***Características generales de los Cluster A***

Este grupo se caracteriza por desconfianza, mala interpretación de las acciones de otros y tendencia al aislamiento social. Algunas tradiciones religiosas y étnicas pueden parecer bizarras (como el budú y las restricciones dietéticas), pero son permitidas en algunas culturas. Lo que puede hacer la diferencia con algo patológico es que la creencia pone al paciente como extraño en una sociedad o interfiere con su funcionamiento social u ocupacional. Los pacientes con trastornos de personalidad tipo A frecuentemente son hostiles o conflictivos con otros. Tienen ideas inusuales y una marcada desconfianza todo el tiempo. Son muy raras las personas del Cluster A que acuden a buscar ayuda. Se refieren por personal médico cuando su comportamiento interfiere con alguna patología médica concomitante o cuando manifiestan un cuadro depresivo grave o francos síntomas sicóticos. Algunos son derivados por medio del sistema legal, por ejemplo cuando un esquizotípico molesta a la sociedad por vivir con docenas de gatos, ignorando los códigos de higiene y salud. Ellos rechazan vivir en casa cuando son obligados por la autoridad y acaban siendo llevados a instituciones de salud mental por la policía.

### ***Características generales de los Cluster B***

Son gente que se caracteriza principalmente por: lábil, impredecible, poco común e impulsiva. La presentación es casi siempre secundaria a una crisis que incluye síntomas severos (que pueden disminuir de intensidad en cuanto pasa la crisis), abuso de sustancias, problemas con miembros de la familia o empleados. Las personas con trastornos del Cluster B tienen dificultades para mantener o establecer relaciones interpersonales. Frecuentemente tienen historia de desacuerdos ante consejo médico, o dificultades para seguir tratamientos médicos.

### ***Características generales de los Cluster C***

Frecuentemente son ansiosos, tímidos, perfeccionistas y evitan conflictos. Casi siempre acuden al médico por quejas somáticas o depresión. Son en ocasiones renuentes a comprometerse con un tratamiento médico o psiquiátrico. Se sienten generalmente atados porque tienen pocas relaciones significativas y tienen dificultad para desengancharse en el momento apropiado.

A	B	C
Paranoide Esquizoide Esquizotípico	Antisocial Límite Histriónico Narcisista	Evitativo Dependiente Obsesivo-compulsivo Pasivo-agresivo Depresivo

TABLA I: Clasificación de Trastornos de Personalidad.

## ***EPIDEMIOLOGIA***

Los trastornos de la personalidad se sitúan, como grupo, entre los trastornos más frecuentes que tratan los psiquiatras. Deberían de tratarse en todos los trastornos psiquiátricos, dado que pueden influir en el curso clínico y tratamiento de los trastornos del Eje I, que constituyen, habitualmente, el principal motivo de consulta de los pacientes. El diagnóstico diferencial de los trastornos de personalidad repercute en los procedimientos psicoterapéuticos y farmacológicos. A pesar de la importancia, del diagnóstico de los trastornos de la personalidad, los médicos se muestran en ocasiones reacios a diagnosticarlos. Esto se debe a la creencia de que la dispersión de síntomas a lo largo de dos ejes no resulta beneficiosa, que los trastornos del eje se solapan entre sí, que los diagnósticos de los trastornos de la personalidad son especialmente estigmatizantes y que un trastorno de la personalidad no modifica, sustancialmente, el plan terapéutico.

La prevalencia de los trastornos de personalidad a lo largo de la vida en la población general es del 10 al 13 %. El trastorno del Cluster A más frecuente es el esquizotípico. El trastorno del Cluster B más frecuente es el tipo límite y el del Cluster C es el dependiente. En la población psiquiátrica la prevalencia aumenta claramente, siendo de un 30-60%. En muchos estudios el trastorno de personalidad límite es el más frecuente encontrado en pacientes psiquiátricos hospitalizados 20- 30%. La tasa de prevalencia de trastornos de personalidad en pacientes ambulatorios que acuden a consulta externa psiquiátrica es de 20-40%, los más frecuentemente reportados son los que sufren trastorno por evitación, los límites y los dependientes. En el 2004 se realizó el estudio NESARC en EU. Este estudio establece la prevalencia de trastornos de personalidad en la población adulta no institucionalizada en EU. Se obtuvieron los siguientes resultados: el trastorno más prevalente es el trastorno obsesivo compulsivo con 7.9% (16.4 millones de personas); 4.4% son de personalidad paranoide (9.2 millones); 3.6% (7.6 millones) tienen personalidad antisocial. No se encontraron diferencias de edades para estos trastornos. Como factores predisponentes se encontró principalmente ser nativo americano o negro, adulto joven, con bajo estatus socioeconómico, separado, divorciado o soltero, viudo. Los trastornos se manifiestan con intensa inestabilidad emocional, disfunción laboral y social. (10).

Los trastornos de personalidad frecuentemente se acompañan de alteraciones en el estado de ánimo como tristeza, ira y ansiedad. Los episodios depresivos mayores y los intentos suicidas son frecuentes en quienes padecen trastornos de personalidad que en quienes no. La fobia social es más común en quienes padecen un trastorno del Cluster C, particularmente en pacientes con trastorno por evitación. Los síntomas del trastorno por

estrés postraumático se encuentran con frecuencia en personas con trastorno límite. El abuso de sustancias se da a menudo en personas del Cluster B, incluso en algunos casos la severidad de los síntomas se agrava por ello y entorpece la respuesta al tratamiento. Cabe mencionar que los pacientes con trastornos de personalidad casi siempre buscan ayuda médica por quejas somáticas y se vuelven pacientes difíciles porque prolongan o complican el tratamiento médico y esto repercute en el costo y la demanda de servicios médicos.

## ***ETIOLOGIA (II)***

### **Factores genéticos**

Los monocigotos tienen con mayor frecuencia el mismo tipo de personalidad que los dicigotos.

Los monocigotos que han sido criados juntos tienen el mismo tipo de personalidad más comúnmente que los que son criados por separado.

Los pacientes con personalidad tipo A frecuentemente tienen familiares con esquizofrenia.

Los pacientes con esquizofrenia, frecuentemente tienen familiares esquizotípicos.

Los pacientes que tienen trastorno antisocial, tienen con mayor frecuencia familiares alcohólicos.

Los pacientes con trastorno límite tienen con mayor frecuencia familiares que padecen de su estado de ánimo.

Los pacientes histriónicos tienen familiares con trastorno de somatización.

Los pacientes obsesivo-compulsivos que son familiares llegan a compartir disminución del periodo del sueño REM y ser positivos en la prueba de supresión con dexametasona.

### **Factores biológicos**

**Hormonas:** Tenemos altos niveles de testosterona, 17 estradiol y estrona en individuos impulsivos.

**MAO plaquetaria:** los individuos sociables y activos, pero también algunos esquizotípicos, tienen niveles bajos de Mono Amino Oxidasa plaquetaria.

### **Factores ambientales**

Hay varios estudios que suponen que el factor ambiental tiene mucho peso en la aparición de trastornos del grupo B como altas tasas de abuso físico y sexual en la infancia, así como otros estresores: la pérdida de los padres, divorcio, cambios frecuentes de vivienda, el haber crecido en orfanatos. Se ha observado una prevalencia del 70-80% de abuso en la infancia en las personas con trastorno límite y de 50% en personas con otros trastornos y de 10-15% comparados con la población general.

## **CAPITULO 2 ¿QUE ES EL TRASTORNO DE PERSONALIDAD TIPO LIMITE?**

El trastorno de personalidad límite es un trastorno psiquiátrico crónico, caracterizado por impulsividad marcada, inestabilidad del ánimo y en relaciones interpersonales, comportamiento suicida que puede complicar el cuidado médico. Identificar el diagnóstico es importante para planear el tratamiento. A pesar de que la causa es incierta, muchos pacientes mejoran con el tiempo. La base del tratamiento es farmacológica y psicoterapéutica. El cambio clínico se centra en manejar la suicidabilidad crónica. Los trastornos de personalidad pertenecen a un gran grupo de trastornos de enfermedad mental. Estas son definidas como características de personalidad mal adaptativa que comienzan en la vida temprana y que repercuten de forma importante en el funcionamiento. El trastorno de personalidad tipo límite, se observa frecuentemente en la clínica. Y se caracteriza por una turbulencia emocional y alta suicidabilidad (intentos suicidas e ideación suicida) (12). Este trastorno de personalidad representa uno de los problemas más fuertes en la psiquiatría.

### ***EPIDEMIOLOGIA***

Los estudios del trastorno de personalidad tipo límite están en desarrollo. En comunidades de adultos estudiados se ha sugerido que tiene una prevalencia del 1% (parecido a la esquizofrenia) El 80% de las personas que reciben terapia para trastorno límite de la personalidad son mujeres. Este trastorno es más visto en clases sociales bajas y con bajo nivel de educación. (13)

### ***CUADRO CLINICO***

El término límite fue utilizado por primera vez en 1884. En general refiriéndose a aquellos casos de neuróticos graves (Rose, Freud, Alexander). Sin embargo, en 1938 es Stern quien formaliza el término a partir de estudios clínicos. Donde los afectados tienen el sentimiento permanente de estar siendo heridos o lastimados. En 1967, Grinker y otros, por primera vez dan importancia a la carencia de indicadores de auto identidad consistente de estos pacientes. Kernberg habla de organización límite de la personalidad. Pone el énfasis en que no se trata de un estado transitorio, “son pacientes que presentan una organización patológica de la personalidad, específica y estable” con fachada neurótica poli sintomática, con identidad difusa y que pueden sufrir episodios psicóticos pasajeros en situaciones de gran tensión o bajo efectos de alcohol y/o drogas. Menciona como característico el desarrollo de una psicosis transferencial (en lugar de la neurosis de transferencia que se observa en el tratamiento psicoterapéutico). Para este autor, estos estados están caracterizados por (14):

- 1) Manifestaciones de debilidad yoica, tales como intolerancia a la ansiedad, regresión defensiva, y control inadecuado de impulsos, junto a falta de canales sublimatorios.
- 2) “Viraje hacia el pensamiento del proceso primario”, que se pone de manifiesto principalmente en los test proyectivos y frente a estímulos no estructurados.
- 3) Operaciones defensivas específicas como la idealización, negación, omnipotencia, devaluación, proyección e identificación proyectiva.
- 4) Patología de las relaciones objetales internalizadas.

Aunque desde el punto de vista de la psicología del yo, el diagnóstico se orienta más a la evaluación de la estructura del yo que a los síntomas. Pero vale la pena tomar los siguientes datos clínicos semiológicos clínicos en cuenta (15):

*Angustia:* Es crónica y difusa. Se trata de un afecto continuo.

*Incapacidad para sentir:* Hay un vacío afectivo. Aunque anhelan experimentar emociones genuinas, no pueden tolerarlas. Se protegen contra el sentimiento, manteniendo las relaciones en un nivel muy superficial o cambiando frecuentemente de pareja, de amistades, de trabajo o de lugar donde viven a veces hacen escenas de tipo histérico, tienen reacciones emocionales exageradas, reacciones impulsivas, ingieren alcohol o drogas o tienen relaciones sexuales promiscuas para librarse de su vacío y anesthesiarse, paradójicamente con sensaciones intensas.

*Inestabilidad:* se manifiesta a nivel de afecto, trabajo, autoimagen.

*Depresión:* vacío y soledad a diferencia de lo que ocurre en la depresión endógena, en la cual predomina la tristeza, la culpa y los autorreproches. En el depresivo endógeno predomina el temor a la destrucción del objeto, en tanto que en el límite la cólera o rabia contra el objeto frustrante. Otros elementos diferenciales son la variabilidad o reactividad frente al ambiente y la ausencia de ritmos circadianos.

*Intolerancia a estar solo:* aferrarse a través de la voz o de la presencia física del otro, o en determinados casos es suplantado el objeto por un sustituto, la droga, el alcohol o el alimento.

*Anhedonia:* es la incapacidad de sentir placer, entendido como la obtención de satisfacción a partir de un estímulo determinado, las sensaciones de bienestar que dan las gratificaciones o el logro de objetivos. Existe siempre en el paciente borderline una insatisfacción permanente y manifiesta, una frustración constante. Los objetivos que se plantea nunca llegan a conseguirse, son inalcanzables, o por el contrario, cuando son alcanzados, pierden valor inmediatamente. En los pacientes borderline, la tendencia a evitar el displacer se hace más fuerte que la búsqueda del placer; constantemente debe luchar contra la impotencia, el desamparo y la frustración.

*Neurosis polisintomáticas:* Pueden presentar dos o más de los siguientes síntomas:

- fobias múltiples generalmente graves: especialmente agorafobia.
- síntomas obsesivos compulsivos, sintónicos con el yo, y con tendencia a racionalizarlos.
- múltiples síntomas de conversión, generalmente crónicos.
- reacciones disociativas.
- estados de ensoñación, fugas y amnesias con trastornos de conciencia.
- hipocondría

*Descontrol impulsivo:* Este descontrol impulsivo puede ser vivenciado egodistómicamente, para cosas que generalmente son agradables durante el episodio mismo, como el alcoholismo, la drogadicción, la bulimia, las compras descontroladas y la cleptomanía entre otros.

*Tendencias sexuales perverso-polimorfos:* suelen coexistir varias tendencias en forma de fantasías o de acciones. Las formas bizarras de perversión, principalmente las que manifiestan agresión o sustitución primitivas de los fines genitales, con fines eliminatorios (orina, defecación), son también indicadores de una organización límite de la personalidad.

*Breves episodios psicóticos:* incluyen la desrealización y despersonalización. La suspicacia autorreferencial y los cuadros paranoides predominan en estos episodios. Las manifestaciones clínicas serían: trastornos paranoides, depresiones con intentos de suicidio

y episodios maníacos. Hay ruptura de un vínculo simbiótico. Algunos autores piensan que pueden virar hacia la salud.

*Adaptación social:* si bien clásicamente se habla de una adaptación superficial ésta no es tal. Conviene hablar de una adecuación ante determinadas circunstancias

### ***CRITERIOS DIAGNÓSTICOS PARA EVALUAR PERSONALIDAD TIPO LIMITE (16)***

El trastorno límite de personalidad se define como un patrón persistente de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen, impulsividad marcada que inicia en la etapa temprana de la adultez, presente en varios contextos como indican más de 5 de los siguientes síntomas.

#### Síntomas afectivos

Inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo (p.ej., episodios de intensa disforia, irritabilidad o ansiedad que suelen durar unas horas y rara vez unos días).

Ira inapropiada e intensa o dificultades para controlar la ira (p.ej., muestras frecuentes de mal genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).

Sentimientos crónicos de vacío.

#### Síntomas impulsivos

Comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes, o comportamiento de auto-mutilación.

Impulsividad en al menos dos áreas que es potencialmente dañina para sí mismo (p.ej; gastos, sexo, abuso de sustancias, conducción temeraria, atracones de comida)

Un patrón de relaciones interpersonales inestable e intensas caracterizado por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación.

#### Síntomas interpersonales

Esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginado.

Alteración de la identidad: auto imagen o sentido de sí mismo acusada y persistentemente inestable.

#### Síntomas cognitivos

Ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves.

Los cambios en el estado emocional van mas relacionados con los intentos suicidas. Los síntomas impulsivos incluyen todo un rango de comportamientos y son centrales para el diagnóstico. Los síntomas casi psicóticos se presentan de un 27 a un 40% de los pacientes y son predictores de auto-agresión. De los pacientes que llegan a urgencias por intentos suicidas, se reporta que hasta un 41% cumple con criterios para trastorno límite.

Para establecer el diagnóstico, lo primero es establecer al menos de 5 de las 9 características ya enunciadas. Posteriormente se debe realizar una historia clínica detallada, para lo cual además de la información proporcionada por el paciente, puede contarse con la información que aporten familiares o amigos, previo consentimiento del paciente. Los síntomas de dificultad en las relaciones interpersonales, impulsividad e inestabilidad del afecto deben ser consistentes a lo largo del tiempo.

## COMORBILIDAD

Hay una amplia gama de síntomas que presentan los pacientes con trastorno límite que caracterizan a otros trastornos como los trastornos del ánimo, ansiedad, dependencia de sustancias y trastornos de alimentación, por lo que el trastorno límite puede subyacer y no detectarse ante la presentación de estos síntomas. El trastorno más comúnmente asociado al trastorno límite es la depresión. Sin embargo hay que tomar en cuenta que en la depresión el ánimo bajo se presenta de forma permanente y continua y no como un estado de breve duración que se acompaña en otros momentos de irritabilidad u otras fluctuaciones en el ánimo. Igualmente, cuando presentan ánimo elevado, este tiende a durar solo unas horas y a relacionarse con circunstancias ambientales del sujeto y no a permanecer persistentemente elevado, como en el caso de los pacientes con trastorno bipolar. Los pacientes con trastorno límite de personalidad hacen cuadros micropsicóticos de corta duración como unas horas o pocos días como alucinaciones auditivas sin pérdida del insight (a diferencia de los esquizorénicos por ejemplo, que no reconocen las alucinaciones auditivas como falsas), tendencias paranoides y despersonalización, en los cuales el paciente experimenta su alrededor o a sí mismo como irreal. Y el consumo de sustancias que pueden tener estos pacientes forma parte de su impulsividad.

Tabla 2. Diferencias en los síntomas que pueden ayudar a distinguir el trastorno de personalidad límite de otros diagnósticos.

SINTOMA	TRASTORNO LIMITE	OTRO DIAGNOSTICO
Depresión	Animo bajo subclínico e intermitente y de vida corta	Animo bajo que es extenso y continuo
Ideación paranoide	No se estructuran delirios	Se mezclan delirios y por lo general se estructuran delirios
Despersonalización	Sentimientos de desrealización que son relacionados al estrés	Esquizofrenia: infrecuentes
Fluctuaciones del ánimo	Cambios rápidos que van de la depresión a la ira y que frecuentemente duran de horas o días son precipitados por cambios ambientales	Cambios en el ánimo que van de la depresión a la manía, que duran semanas o meses y usualmente sin eventos precipitantes
Disfunción cognitiva	Alucinaciones auditivas que son intermitentes y se relacionan con el estrés y son reconocidas como alucinaciones por el paciente	Esquizofrenia: alucinaciones auditivas frecuentemente continuas y que no son reconocidas como alucinaciones por el paciente

## ***ETIOLOGIA***

Se cree que el trastorno límite de personalidad tiene su origen en eventos desafortunados de la infancia.

### Daño neuropsicológico en personas con trastorno límite

Se ha observado en diversos estudios donde se comparan trastornos de personalidad límite con otros trastornos que hay presencia de potenciales atípicos en el electroencefalograma, daño en la memoria reciente, pobre capacidad en la toma de decisiones. Aunque la personalidad se forma hasta la adultez joven (18 años aproximadamente), se ha observado que niños de aproximadamente 10 años con características del trastorno de personalidad límite, presentan mayor alteración en pruebas neurológicas, si se les compara con niños que tienen otros rasgos de personalidad diferentes a los límite o con niños sanos. Esto cuestiona la teoría de que el daño neuropsicológico en estos pacientes aparece posterior a la aparición del trastorno, o posterior a ser tratados con fármacos o posterior a que se descubre algún tipo de comorbilidad como el consumo de sustancias. El riesgo suicida en pacientes con trastorno límite se ha asociado a la función cognitiva y no al grado de depresión. Durante los ochentas se estimó que hasta un 81% de los pacientes con trastorno límite tiene datos de organicidad.

Algunos estudios han demostrado una alta prevalencia como disgrafestesia y alteraciones en la psicomotricidad fina en pacientes con trastorno límite comparado con sujetos controles. Los estudios de resonancia magnética han revelado un hipocampo más pequeño en un 16% y una amígdala un 8% más pequeño que en grupos controles. Sin embargo, estos hallazgos también se han encontrado en pacientes esquizofrénicos. En estudios de espectroscopía se muestra una alta tasa de metabolismo en la glucosa del plano D y una disminución en la tasa de metabolismo de glucosa del plano B de los lóbulos frontales, comparándose con los mismos planos de lóbulos frontales de sujetos sanos. Otros lugares donde se ha visto hipometabolismo son en hipocampo y en la cuña. Leyton reportó que los pacientes con trastorno de personalidad límite tienen baja capacidad de producción de 5HT en vías cortico-estriadas comparadas con grupos controles (17).

Se han hecho más estudios neuropsicológicos que de neuroimagen para estudiar el trastorno límite. Los estudios neuropsicológicos que se tienen se han hecho en pacientes hospitalizados y ambulatorios. Algunos excluyen a los pacientes que tienen comorbilidad en el eje I y II y otros incluyen a pacientes que tienen historia de patologías en estos ejes, principalmente de dependencia a alcohol.

Los estudios han reportado alteraciones en casi cada área del funcionamiento cognitivo: habilidades motoras, velocidad visomotora y atención, organización espacial, memoria de figuras, memoria inmediata y mediata, toma de decisiones y habilidades ejecutivas como secuenciación y planeación. Los tests en los cuales aparecen anomalías en los pacientes con trastorno límite son en las medidas de impulsividad, función ejecutiva y otros tests que valoran el funcionamiento del lóbulo frontal. Además, el subtest de dígitos del WAIS, que si bien puede fallar en daños en la atención, concentración, se considera que errores en él son indicadores claros de daño cerebral.



Monarch, E. et al. Realizaron un estudio en el que se aplicó una batería de pruebas neuropsicologías y la escala breve de apreciación psiquiátrica a 12 pacientes, entre los resultados encontraron que aquéllas pacientes con síntomas depresivos y ansiosos tuvieron peores resultados en la motricidad fina; las que presentaban agitación-excitación tenían problemas con la motricidad manual, el dominio del lenguaje y la inteligencia verbal. (18)

### **Causas biológicas, psicológicas y sociales**

Como otras enfermedades mentales, no solo un factor explica su desarrollo. Múltiples factores biológicos, sociales y psicológicos juegan un rol.

Los factores biológicos en los trastornos de personalidad consisten en características del temperamento (congénitas o heredables) que se presentan durante la vida adulta: patrones del afecto, comportamiento o pensamiento que caracterizan al individuo a través del tiempo. Los factores de herencia se han encontrado en la mitad de los individuos. Específicamente inestabilidad afectiva e impulsividad tienen un componente de herencia, así lo demuestran los estudios en gemelos. Se ha encontrado trastorno antisocial y trastorno por consumo de sustancias en parientes de personas con trastorno límite. En estudios de este problema se ha observado que la impulsividad se ha asociado la actividad serotoninérgica central deficiente. Las correlaciones biológicas para la inestabilidad del afecto son desconocidas.

New y colaboradores (19) evaluaron a 14 pacientes ambulatorios con trastorno límite de personalidad. Se compararon los casos con 28 pacientes que tenían trastorno de personalidad pero no del tipo límite. En los resultados se encontró que los sujetos que tenían trastorno de personalidad de tipo límite con historia de suicidio, auto-mutilación, impulsividad y agresividad impulsiva, tenían niveles más bajos de colesterol en comparación con aquéllos sujetos que tenían otros trastornos de personalidad. .

Los factores psicológicos, pueden mencionarse pero no son consistentes. La edad promedio de presentación es a partir de los 18 años. Muchos pacientes describen disfunción familiar, así como impulsividad y síntomas del ánimo, que los hacen regresar a su infancia. No hay estudios que determinen factores de riesgo, deben realizarse algunos sobre el haber tenido experiencias traumáticas en la infancia, con seguimiento de los pacientes, determinando qué tan severas han sido las experiencias. Un cuarto de los pacientes refieren haber sufrido abuso sexual de algún cuidador en la infancia. Una tercera parte refiere otras formas de abuso. Sin embargo aunque el abuso es un factor de riesgo importante no es específico de trastorno límite.

Los factores sociales han sido sugeridos por evidencias indirectas. Los intentos suicidas recurrentes no son tan frecuentes en sociedades tradicionales, en las cuales las generaciones cambian poco de una a la siguiente.

### ***DIAGNOSTICO***

Que el paciente tenga largo tiempo de evolución de problemas que afecten su cognición, ánimo, funcionamiento interpersonal y pobre control de impulsos que hayan empezado a temprana edad, y que se asocien con rasgos de personalidad maladaptativa como impulsividad o neurosis, fácilmente ansioso o depresivo.

Realizar una buena historia clínica de cómo ha sido la personalidad del sujeto visitando de forma frecuente al paciente y solicitándole siempre su permiso para recabar información de familiares o amigos.

Establecer la categoría que defina mejor al sujeto en base a su historia de impulsividad, inestabilidad en sus relaciones, e inestabilidad afectiva a lo largo del tiempo.

### ***TRATAMIENTO***

Aunque la causa del trastorno de personalidad límite es desconocida, muchos pacientes mejoran con el tiempo. El tratamiento debe utilizar tanto psicoterapia como psicofarmacología. El desafío clínico se centra en manejar la suicidabilidad crónica.. Múltiples estudios se han publicado donde se combinan la psicoterapia y la psicofarmacología, sin embargo tienen varias desventajas como el tamaño de las muestras, que la duración de los tratamientos es corta (8-12 semanas).

Además, los pacientes en algunos estudios hicieron un auto reporte en el que denotan mejoría y no se hizo un cuadro clínico que corrobore dicho estado.

El descontrol severo del comportamiento puede responder a carbamazepina o a beta bloqueadores a altas dosis.

Evitar el uso de benzodiazepinas por el abuso potencial que puede desarrollar este tipo de pacientes y por que pueden ser usadas por ellos de manera peligrosa.

Los antidepresivos tricíclicos no se recomiendan porque pueden exacerbar los síntomas como irritabilidad, impulsividad y agresividad.

Se ha descrito que los inhibidores de la recaptura de serotonina, los neuromoduladores e incluso los antipsicóticos atípicos a dosis bajas disminuyen la impulsividad. Sin embargo los antidepresivos son menos efectivos para tratar las alteraciones del ánimo en pacientes con trastorno límite que en aquéllos con trastorno del ánimo.

Los fármacos no hacen que el trastorno límite de personalidad remita, es por eso que la polifarmacia se evita. El tratamiento de sostén es la psicoterapia. La terapia cognitivo-conductual tiene como objetivo incidir sobre los síntomas de impulsividad e inestabilidad del afecto donde ya sea con terapia individual o de grupo se le enseña al paciente a regular sus emociones. Se ha demostrado que el uso de esta terapia mantiene libres del suicidio a los pacientes hasta por un año. Sin embargo se desconoce la eficacia de este método a largo plazo. Otra de las desventajas son los costos y la falta de disponibilidad de estas terapias. Cuando se presenta un intento suicida, debe considerarse la administración de:

IMAO: tancilpromina (20-50mg); ISRS: fluoxetina (10-60mg), paroxetina (20-50mg); carbamazepina (200-1600mg); litio (300-1200mg), valproato (250-1500mg); antipsicóticos a dosis bajas: haldol (1-10mg),olanzapina (5-15mg),risperidona (1-6mg),clozapina (25-150mg).

Sin duda el manejo debe fundamentarse en un acucioso diagnóstico, mantener una relación de soporte con el paciente y establecer objetivos limitados. Mantener una actitud optimista que si bien depende de un proceso terapéutico largo si puede remitir con el tiempo.

### ***CURSO NATURAL Y PRONÓSTICO***

El 75% regresa a su funcionalidad normal o casi normal a la edad de 35 a 40 años. El 90% la recupera a la edad de 50 años. Uno de cada 10 pacientes comete suicidio. No se sabe con certeza porque es así, pero se observa una disminución de la impulsividad con la edad y aparentemente se aprende con el tiempo a lidiar con los problemas (p.ej; relaciones amorosas intensas).

### **CAPITULO 3: FUNDAMENTOS NEUROBIOQUIMICOS DE LA IMPULSIVIDAD**

La impulsividad, existente antes de que los científicos la estudiaran, puede observarse a través del arte. Antes de aparecer la psiquiatría como disciplina médica, la voluntad pasó de concebirse integrada, con los sentimientos y el intelecto, a ser una función mental autónoma. Esta evolución, sentó las bases psicológicas de la voluntad humana, lo que posteriormente permitió a los científicos entender el proceso de enfermar, dando lugar a la impulsividad como patología médica de la voluntad. Se destaca como autores de este concepto a Matthey, Heinroth, Esquirol, Billot, Griesenger y Ribot. (20)

La palabra impulsividad viene del latín *impulsus*, que significa golpear o empujar, su evolución hace alusión a comportamientos primitivos que se escapan de la voluntad. La Real Academia de la Lengua Española establece como impulsivo a aquél que habla y procede sin reflexión ni cautela dejándose llevar por la impulsión del momento. Desde una perspectiva psicopatológica se pueden atribuir al término tres significados: como síntoma, como tipo específico de agresión y por última como rasgo general de la personalidad. En el primero de estos significados se incluye la tendencia a provocar actos perjudiciales sin premeditación o planificación. Esto sería aplicable también al segundo de ellos, sin embargo el tercero de ellos, sería aplicable a dos de los trastornos de la personalidad más representativos del grupo B del DSMIV como el antisocial y el límite (21).

Dentro de los autores que más han hablado y definido a la agresividad impulsiva es Ernest Barrat, haciendo sus descripciones iniciales en trastornos de la personalidad sobre todo del cluster B, mencionando, que para la expresión de esta agresividad, no se requiere de alguna variable externa; no dependiendo del contexto en que se dé para clasificarla como, inadecuada o inaceptable; refiere que en sí y por sí sola es patológica, por lo que incluso se considera como un síntoma y su expresión orienta a un trastorno médico, incluyendo los trastornos mentales, según el DSM-IV. La agresividad impulsiva tiene una génesis neurobiológica y se presenta en diversos trastornos neuropsiquiátricos, como son: esquizofrenia, trastornos de personalidad, trastorno bipolar, farmacodependencia, demencias y delitos con violencia. (22)

La agresividad impulsiva se define como la respuesta repentina a un estímulo que resulta en un estado de agitación y que culmina en un acto de agresividad; durante el estado de agitación la comunicación interpersonal es no adaptativa y el procesamiento de la información aparentemente es ineficiente. Este tipo de conducta, generalmente es exhibida repetidamente por el mismo individuo, se presenta de manera súbita, precipitada y aparentemente sin factor desencadenante, esto hace que parezca que no tiene un objetivo claro. También este tipo de agresividad se presenta en los casos de auto-mutilación, los intentos suicidas y la violencia doméstica. La agresividad impulsiva es socialmente inaceptable y se considera altamente patológica.

La patología de la voluntad fue la que dio pie a la aparición de los primeros trastornos impulsivos. A partir de la Psicología de las Facultades, se entiende la voluntad como una capacidad mental capaz de enfermar. Ribbot es el más conocido de los autores que hacen referencia a la patología de la voluntad. Dentro de las mismas incluye al exceso de impulsión, donde se anula la capacidad de inhibir o controlar. Este autor describió la cleptomanía y la manía suicida. El concepto de impulsión hace referencia a cualquier tipo de acción involuntaria, estereotipada y paroxística. Pitres y Regis opinaban que las impulsiones constituían una enfermedad que denominaron impulsividad.

Kraepelin realizó consideraciones clínicas generales para los pacientes que sufren de impulsividad destacando que se observa en ellos un retraso en el desarrollo, que estos trastornos aparecen principalmente en la esfera emocional y que dan lugar a personalidades débiles o inestables, o por el contrario a personalidades crueles, insociables y reservadas. Las manifestaciones clínicas aparecen principalmente en la pubertad. Debido a que en ese periodo el poder general de resistencia física y mental era particularmente bajo.

Stein (1995) describe además de la piromanía y la cleptomanía, las adicciones, las perversiones, algunos trastornos sexuales y la bulimia como trastornos de los impulsos. Este autor también incluye las amenazas suicidas y los comportamientos automutiladores. (23)

La impulsividad se relaciona a la capacidad de unión del transportador cerebral de serotonina en los intentos de suicidio. La actividad monoaminérgica alterada ha sido asociada con comportamiento suicida violento. Así lo demuestra un estudio en el cual, mediante tomografía por emisión de positrones (SPECT: single photon emission computed tomography), se midió la capacidad total de unión de los transportadores de serotonina (5HTT: 5-hidroxitriptamina transporter) y de dopamina (DAT: dopamine transporter) en 12 pacientes después de un serio intento de suicidio que tenían alrededor de 12 años, estaban en determinada estación y eran de diferente sexo; y se compararon con controles sanos. En los pacientes, se encontró de manera significativa, menor cantidad de transportadores de serotonina y dopamina. La impulsividad, de acuerdo a la escala de Mark Nyman Temperament (MNT) tuvo una relación significativa con la cantidad de 5HTT; esto no se encontró en los controles. Así, los transportadores, podrían utilizarse como un marcador para comportamiento suicida serio. En los que intentan suicidio la baja cantidad de 5HTT se asocia con impulsividad aun cuando carezcan de trastorno depresivo. (24)

Dentro de las teorías neurobiológicas que se proponen para fundamentar la existencia de impulsividad y conductas suicidas, se encuentra la hipótesis de colesterol-serotonina de Kaplan. (25) Esta teoría menciona que los niveles reducidos de colesterol, pueden disminuir la concentración de colesterol y de fosfolípidos a nivel de la membrana neuronal, con las consecuentes alteraciones morfológicas y funcionales, incluyendo el funcionamiento de los receptores 5-TH y de las unidades transportadoras de la serotonina.

En México, el Dr. Joaquín Soto demostró la relación entre los niveles de colesterol y la agresividad de tipo impulsivo, poniendo de manifiesto la importancia de tomar como muestras en los estudios de investigación a pacientes que presentan conductas relacionadas con la impulsividad, como las suicidas, para influir en la monitorización de estos pacientes. (26)

## CAPITULO IV: EL SUICIDIO

Dentro del tratamiento farmacológico para quienes presentan conductas suicidas se encuentran los antidepresivos; se ha visto incluso, que gracias a la prescripción de los mismos en población adolescente, la tasa de suicidios ha disminuido en los últimos 10 años. Incluso, se propone el uso de los mismos como medida preventiva para conducta suicida, junto con terapia cognitivo conductual. Se ha identificado además que algunos factores de riesgo para suicidio en gente joven es la presencia de trastorno psiquiátrico en la adolescencia, historia familiar de suicidio y sicopatología, eventos estresantes de la vida, y en EU el fácil acceso a armas de fuego (27).

En los pasados 25 años se han observado anormalidades en el funcionamiento de la serotonina en individuos impulsivos, suicidas, y con diagnósticos psiquiátricos diversos. En un principio los estudios se enfocaban en cuantificar las cantidades de serotonina en el LCR. Más recientemente estudios neuroanatómicos han mostrado una disminución de los receptores 1A de serotonina en el cerebro y de transportadores de serotonina en la corteza prefrontal. Más recientemente Arango y colaboradores encontraron disminuciones significativas en el número y la capacidad de unión de serotonina de los receptores 1A, así como el núcleo dorsal del raphé, del cual emerge la serotonina que va a la corteza prefrontal. Esto principalmente en adultos. (28) Dados las investigaciones consistentes en que algo pasa con la serotonina, se han estudiado los genes que intervienen en su regulación. Uno de estos genes es el de la triptofano hidroxilasa (TPH) la enzima limitante en la biosíntesis de la serotonina. Estudios recientes reportan una relación entre intentos de suicidio y polimorfismo del intrón 7 del gen que codifica a la TPH. Otros estudios no muestran diferencias significativas en los estudios genéticos de personas con conductas suicidas y controles. Otros genes estudiados son el gen que codifica para transportador de serotonina (SERT) y el gen que codifica para el receptor tipo A de serotonina. Los polimorfismos en estos genes se han observado en gente que se suicida y en la que intenta hacerlo. Otros autores han encontrado también en pacientes con intentos suicidas bajos niveles de ácido CFS-5 hidroxindoloacético (29).

Se ha documentado en mujeres con historia de intentos suicidas (IS) violentos con diagnósticos de depresión y trastorno de personalidad tipo límite que presentan niveles de colesterol sérico inferiores en comparación con pacientes con intentos suicidas no violentos. (30).

Algunos autores sugieren (31-32) que la desregulación es un rasgo biológico que predispone al suicidio. Así un enfermo mental que sufre desregulación responde más rápidamente a experiencias estresantes, de un modo impulsivo que los llevan a cometer suicidio. El comportamiento incluye los bajos niveles de serotonina que se acompañan de impulsividad, irritabilidad, y volatilidad emocional.

Los ISRS no solo afectan la depresión, sino también los arrebatos de enojo y en adultos los pensamientos suicidas. En algunos países como Suiza se ha observado que las víctimas de suicidio que recibieron tratamiento antidepresivo es menor que en el resto de la población deprimida (33).

## FACTORES DE RIESGO PARA SUICIDIO (34)

Tener trastorno psiquiátrico

Los trastornos depresivos son el trastorno más frecuentemente encontrado en jóvenes que cometen suicidio. El riesgo de cometer suicidio en quienes tienen un trastorno afectivo va del 11 al 27%

El abuso de sustancias es otro factor de riesgo, especialmente en adultos jóvenes varones

La comorbilidad de un trastorno afectivo con consumo de sustancias.

Un tercio de los pacientes con trastornos de conducta que tienen comorbilidad con trastornos del ánimo, ansiedad o consumo de sustancias se suicidan.

Los trastornos por sustancias son más frecuentes en personas que intentan suicidio que en quienes tienen ideación suicida. Aquellos que cometen suicidio habían tenido intentos previos y comunicaron su intención a otros. El equipo médico es quien tiene en primer lugar la posibilidad de identificar el riesgo suicida y prevenir suicidio. En el tratamiento del suicidio el médico debe mantener una estrecha relación con el paciente y estar dispuesto incluso a recibir llamadas a mitad de la noche. Los pacientes con mayor riesgo deben hospitalizarse.

Las psicopatologías entre quienes tienen suicidios consumados y quienes tienen intentos suicidas son muy similares, no así, en quienes tienen ideación suicida y quienes tienen intentos suicidas.

Otras patologías que se describen como asociadas con riesgo suicida son el trastorno por estrés postraumático y las crisis de pánico.

Intentos suicidas previos, principalmente en hombres, en quienes el riesgo aumenta 30 veces.

Las conductas suicidas son más frecuentes en los familiares de individuos que efectuaron tentativas de suicidio que en los individuos psiquiátricos de control que no las efectuaron. Los familiares de individuos con tentativas de suicidio constituyen una población de riesgo para conductas suicidas, susceptible, por lo tanto, de una intervención preventiva de conductas suicidas.

Los factores genéticos contribuyen al riesgo de presentar conductas suicidas. Los descendientes de individuos con tentativas de suicidio y depresión tienen un riesgo 6 veces mayor de efectuar tentativas de suicidio que los hijos de individuos con depresión que no habían intentado quitarse la vida. También se identifica la contribución del antecedente de malos tratos durante la infancia y de agresividad impulsiva en la transmisión de la conducta suicida y también hay relación entre el inicio precoz de los trastornos del estado de ánimo y las tentativas de suicidio. También hay una correlación inversa entre la impulsividad y la edad de inicio de los trastornos del estado de ánimo. La conducta suicida de carácter familiar no puede atribuirse exclusivamente a los trastornos del estado de ánimo familiares. Entre otros factores se encuentran depresión que comienza a edades tempranas, malos tratos durante la infancia, niveles de agresividad e impulsividad altos.

Los comportamientos agresivos e impulsivos se asocian fuertemente con posteriores comportamientos suicidas. Sobre todo si estos se presentan desde edades tempranas, como los 8 años. Dos terceras partes de los actos suicidas se cometen de forma impulsiva. Lo más frecuente es que la persona ingiera más de la mitad de las tabletas disponibles en el cuarto donde se presenta la impulsividad y con predilección de tabletas que vienen en frasco a aquéllas que vienen en empaque de aluminio. (35)

El comportamiento suicida no letal es más frecuente en jóvenes bisexuales y homosexuales de 2 a 6 veces más que en heterosexuales.

Otros factores que predisponen son (36):

Historia familiar de comportamiento suicida

Familiares con enfermedad mental

Divorcio entre los padres

Dificultad entre las relaciones de padres e hijos

Eventos estresantes: pérdidas interpersonales, secuestros, problemas legales.

Abuso psicológico

Abuso sexual

Estrato socioeconómico

Problemas escolares y laborales

Imitación

#### FACTORES DE PROTECCION Y ESTRATEGIAS PREVENTIVAS

Cohesión familiar

Tener una religión

Programas de prevención escolar

#### TRATAMIENTO

Servicios de intervención en crisis

Seguimiento del paciente

Hospitalización parcial

Psicoterapia

Intervenciones psicofarmacológicas:

Uso de inhibidores de recaptura de serotonina en quienes han cometido intentos suicidas o tienen ideación suicida monitorizando el progreso y la respuesta a la medicación

Los antidepresivos ISRS han disminuido la ideación suicida en pacientes deprimidos y no deprimidos con trastornos de personalidad del cluster B con intentos suicidas previos

Comparados con placebo son mas efectivos también en adolescentes deprimidos. Además, hay evidencia que disminuyen los comportamientos impulsivos y agresivos en adolescentes suicidas

Se ha descrito que puede existir rumiación suicida y acatisia en casos raros con tratamiento bajo ISRS, la cual responde con propanolol

En pacientes con trastorno bipolar o trastornos afectivos mayores, el tratamiento con litio reduce de forma importante los intentos suicidas, pero una abstinencia súbita al litio incrementa el riesgo suicida

La clozapina reduce la suicidabilidad en adultos con esquizofrenia hasta cuando no hay un aparente impacto en otros síntomas de esquizofrenia. No se han estudiado los efectos antisuicidas de clozapina o de litio en niños o adolescentes suicidas

Es importante enfatizar que los efectos de los ISRS en los neurotransmisores también dependen de las diferencias en la habilidad para bloquear la recaptura de serotonina, y sus propiedades farmacocinéticas, metabolismo, variaciones genéticas en la magnitud de la respuesta o en la aparición de efectos adversos (37).



De acuerdo a todo lo anteriormente expuesto, es claro que existe una relación entre la presencia de impulsividad en el trastorno límite y el suicidio. Por lo que este estudio tiene como objetivo comparar la impulsividad y el riesgo suicida en pacientes hospitalizados en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez que tienen trastorno límite de personalidad que han sido tratados con ISRS contra la impulsividad y el riesgo suicida de aquéllos que tienen trastorno límite de personalidad que no han sido tratados con ISRS.

## **JUSTIFICACION**

El trastorno límite de personalidad afecta 1% de la población, predomina en el sexo femenino y se asocia a clase social baja y bajos niveles de educación. En el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez, uno de los más grandes de Latinoamérica, representa la tercera causa de morbilidad en hospitalización continua (38), aún a pesar de que existen grupos de terapia dedicados a manejo de impulsividad y conductas suicidas para estos pacientes.

De los pacientes que llegan a urgencias por intentos suicidas, se reporta que hasta un 41% cumple con criterios para trastorno límite de personalidad. Uno de cada 10 pacientes con trastorno límite de personalidad comete suicidio. Los intentos suicidas son más comunes cuando el paciente está cerca de los 20, pero el suicidio consumado es más común al rededor de los 30. Los pacientes con trastorno límite tienen el índice más alto de conductas suicidas y de intentos de suicidio, no así de suicidio consumado, un factor atribuible es la carencia de tratamiento y el mal control farmacológico de la impulsividad (39).

Dentro del tratamiento farmacológico para quienes presentan conductas suicidas e impulsivas se encuentran los antidepresivos inhibidores selectivos de recaptura de serotonina (ISRS). En población adolescente, la tasa de suicidios ha disminuido en los últimos 10 años con el uso de antidepresivos ISRS. El trastorno límite de personalidad se asocia a una disfunción del sistema serotoninérgico y por tal motivo se considera el uso de ISRS como parte del tratamiento farmacológico (40) (41).

Conociendo los factores que predicen conductas suicidas e impulsivas, se puede dar un manejo y prevención oportuna a población en riesgo. Se propone el uso de los ISRS como medida preventiva para conducta suicida e impulsiva en los pacientes con trastorno límite de personalidad.

## **HIPOTESIS**

Los pacientes hospitalizados con trastorno límite de personalidad que reciben tratamiento con ISRS presentan menos impulsividad y riesgo suicida que los pacientes hospitalizados con trastorno límite de personalidad hospitalizados que NO reciben tratamiento con ISRS.

## HIPOTESIS ALTERNA

Los pacientes hospitalizados con trastorno límite de personalidad que reciben tratamiento con ISRS presentan más impulsividad y riesgo suicida que los pacientes hospitalizados con trastorno límite de personalidad hospitalizados que NO reciben tratamiento con ISRS.

## OBJETIVO GENERAL

Comparar la impulsividad y riesgo suicida en pacientes con trastorno límite de personalidad hospitalizados en el Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, tratados con ISRS contra la impulsividad y riesgo suicida en pacientes con trastorno límite de personalidad hospitalizados en el Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez NO tratados con ISRS.

## OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 1.- Medir la impulsividad y riesgo suicida en pacientes con trastorno límite de personalidad, hospitalizados, que son tratados con ISRS.
- 2.- Medir la impulsividad y riesgo suicida en pacientes con trastorno límite de personalidad, hospitalizados, que no son tratados con ISRS.
- 3.-Determinar cuáles son los ISRS más utilizados en tratamiento de la población en estudio.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

¿Los pacientes hospitalizados en el Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez con trastorno límite de la personalidad, tienen menos riesgo suicida e impulsividad cuando reciben tratamiento a base de ISRS o cuando no tienen tratamiento a base de ISRS?

## **MATERIAL Y METODOS**

### Diseño de estudio

- Por intervención: observacional
- Por obtención de datos: prospectivo
- Por mediciones: transversal
- Por número de grupos tomados: analíticos o comparativo

### Grupo Problema

Para el tamaño de muestra se tomó en cuenta que al año se internan en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez un total de 228 pacientes con trastorno límite de personalidad de entre 18 y 55 años de edad. (42)

Se seleccionaron 100 pacientes mediante el procedimiento de muestreo por conglomerados proporcional, seguido de un muestreo aleatorio sistemático en cada conglomerado (pisos) para completar un total de cien pacientes. A cada uno de los 100 pacientes se les aplicó la escala de impulsividad de Plutchick y la escala de riesgo suicida de Plutchick. El objetivo de la aplicación de las escalas fue conocer cuántos pacientes del grupo de los que tenían tratamiento a base de ISRS presentaron impulsividad y riesgo suicida; así como cuántos

pacientes del grupo de los que no tenían tratamiento a base de ISRS presentaron impulsividad y riesgo suicida.

#### Criterios de inclusión

Hombres y mujeres de entre 18 y 50 años de edad que se encontraban en Hospitalización Continua del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez.

Que tuvieran como diagnóstico en el eje II trastorno de personalidad tipo límite corroborado mediante la Entrevista Semiestructurada para los Trastornos de Personalidad del DSM IV

Que no presentaran diagnóstico en el eje III.

Que el paciente aceptara participar mediante el consentimiento informado

#### Criterios de exclusión

Que fueran menores de 18 o mayores de 50 años de edad

Que tuvieran diagnóstico en el eje III.

Que el paciente no firmara el consentimiento informado

Que el paciente no cumpliera con el diagnóstico de trastorno de personalidad tipo límite en la Entrevista Semiestructurada para los Trastornos de Personalidad del DSM IV

#### Criterios de eliminación

Pacientes que presentaran comorbilidad en el eje I según la Entrevista Semiestructurada para los Trastornos de Personalidad del DSM IV

#### Frecuencia de las mediciones

Una única vez

### *INSTRUMENTOS DE MEDICION CLINICA. ESCALAS QUE DEFINEN A LAS VARIABLES.*

#### A) SCID II O ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA PARA LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD DEL DSM IV (43).

Es una entrevista diagnóstica que evalúa los 10 trastornos de personalidad del eje 2 del DSM IV. El SCID II incluye propiamente uno o dos reactivos de si-no para cada criterio, cada respuesta afirmativa debe 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. La confiabilidad es adecuada solo para la presencia o ausencia de los trastornos de personalidad.

#### B) ESCALA DE IMPULSIVIDAD DE PLUTCHIK

En 1989 Plutchik y Van Praag (44) buscando estudiar los correlatos neurobiológicos de los trastornos mentales, desarrollaron instrumentos que miden la impulsividad y la agresividad para el estudio de la conducta suicida. La escala consta de 15 ítems que se refieren a la tendencia del paciente a hacer cosas in pensar o hacer cosas de forma impulsiva, todos los ítems se relacionan con una posible falta de control sobre determinadas conductas: capacidad para planificar (3 ítems); control de los estados emocionales (3 ítems); control de las conductas de comer, gastar dinero o tener relaciones sexuales (3 ítems); control de otras conductas (6 ítems). Las respuestas se recogen en una escala de frecuencia que se puntúa de 0 a 3 (nunca, a veces, a menudo, casi siempre) y los ítems 4, 6, 11 y 15 se

puntúan en sentido inverso (0, casi siempre; 3, nunca). Este es un instrumento autoaplicado. La puntuación se obtiene sumando todos los ítems. Oscila entre 0 y 45 y se tiene como punto de corte 20. Dicha escala ya fue validada por Paez y cols. 20 y por Rubio y cols (45).

### C) ESCALA DE RIESGO SUICIDA DE PLUTCHIK (46)

Es una escala diseñada para evaluar riesgo suicida.

Permite discriminar entre individuos normales y pacientes con tentativas de suicidio o con antecedentes de ellas. Consta de 15 ítems a los que el individuo ha de responder sí o no.

Incluye cuestiones relacionadas con intentos autolíticos previos, intensidad de la ideación actual, sentimientos de depresión y desesperanza y otros aspectos relacionados con las tentativas. Es un instrumento autoaplicado. Cada respuesta afirmativa evalúa 1 punto y cada respuesta negativa 0 puntos. La puntuación total se obtiene sumando todos los ítems. Esta puntuación puede oscilar entre 0 y 15. Los autores proponen un punto de corte de 6.

### DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTO

El periodo de aplicación a los pacientes hospitalizados en el 2º al 5º piso del Fray Bernardino Álvarez de SCID II y de las escalas de impulsividad y riesgo suicida de Plutchik fue desde marzo del 2006 hasta marzo del 2007, durante dos o tres semanas cada mes, de lunes a viernes después de las 3:00pm. La aplicación del SCID II y de las escalas de impulsividad y riesgo suicida de Plutchik corrió a cargo de Lydia Esteves Rebollo, médica residente del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez. Al momento de terminar la aplicación de la SCID II, se calificaba la prueba para seleccionar a los pacientes con trastorno límite y aplicar en el mismo día las escalas de impulsividad y riesgo suicida de Plutchik. De forma resumida, se realizó lo siguiente:

A los pacientes hospitalizados en el Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez de entre 18 y 50 años, se les aplicó la Entrevista Semiestructurada para Trastornos de Personalidad del DSM IV (SCID II).

De los pacientes que tuvieron trastorno límite de personalidad según la SCID II, a 50 pacientes (que se obtuvieron a lo largo de marzo del 2006 a marzo del 2007) que en el momento de su hospitalización recibían tratamiento a base de ISRS y a otros 50 pacientes que en el momento de su hospitalización no recibían tratamiento a base de ISRS (que se obtuvieron a lo largo de marzo del 2006 a marzo del 2007) se les aplicó la escala de impulsividad Plutchik y la de riesgo suicida de Plutchik.

Los siguientes pasos fueron realizados después de marzo del 2007, hasta octubre del 2007 por Lydia Esteves Rebollo.

Se designaron como impulsivos a los pacientes de cada grupo que tuvieron puntajes iguales a 20 o por arriba de 20 en la escala de impulsividad de Plutchik.

Se determinó que los pacientes que tenían riesgo suicida en cada grupo eran aquéllos con una puntuación igual o mayor a 6 en la escala de riesgo suicida de Plutchik.

Se capturaron los datos sociodemográficos y los resultados de las escalas en Excel.

Se contó quiénes tuvieron mayor número de escalas con impulsividad y con riesgo suicida entre el grupo de pacientes límite que tenía tratamiento a base de ISRS y el grupo de pacientes límite que no tenían tratamiento a base de ISRS.

Los siguientes datos se realizaron durante el mes de octubre del 2007 y principios de noviembre del 2007 por el Dr. Miguel Villavicencio Casildo, tutor metodológico de este trabajo y Lydia Esteves Rebollo:

Se realizó el análisis estadístico. El programa estadístico utilizado fue el SPSS en su versión 13.

Se describieron los resultados obtenidos

Se realizaron las conclusiones según los objetivos planteados.

### ANALISIS ESTADISTICO

Como instrumentos de medición se utilizaron dos escalas que cumplen con los requisitos de exhaustividad y exclusividad, la escala de impulsividad de Plutchik y la escala de riesgo suicida de Plutchik.

Se usaron elementos de estadística descriptiva como razones y proporciones.

La prueba estadística para determinar la significatividad de la diferencia entre las frecuencias observadas (número de pacientes con impulsividad y riesgo suicida bajo tratamiento con ISRS y número de pacientes con impulsividad y riesgo suicida sin tratamiento con ISRS) es la Chi cuadrada con un grado de libertad ( $\alpha = .05$ ); por tratarse de 2 categorías (pacientes con impulsividad y riesgo suicida bajo tratamiento con ISRS y pacientes con impulsividad y riesgo suicida sin tratamiento con ISRS).

### DEFINICION DE VARIABLES

Según el punto de vista metodológico la variable independiente de este estudio son los pacientes hospitalizados con trastorno límite de personalidad con o sin tratamiento a base de ISRS. Las variables dependientes son la impulsividad y el riesgo suicida.

Tabla 3. Definición de variables según su medición:

<b>Sexo</b> Femenino Masculino	Cualitativa nominal
<b>Edad (años)</b> 18-28 29-39 40-50	Cuantitativa discreta
<b>Escolaridad</b> Primaria Secundaria Preparatoria Licenciatura	Cualitativa ordinal
<b>Ocupación</b> Empleado Desempleado	Cualitativa nominal



<b>ISRS empleado</b> Sertralina Fluoxetina Paroxetina Escitalopram Citalopram	Cualitativa nominal
<b>Tiempo utilizando ISRS</b> < 15 días > 15 días	Cuantitativa discreta
<b>Intentos de suicidio</b> < de 5 > de 5	Cuantitativa discreta
<b>Impulsividad</b> Sí: Escala de Plutchick = o > 20 No: Escala de Plutchick < 20	Cualitativa nominal
<b>Riesgo Suicida</b> Sí: Escala de RS Plutchick = o > 6 No: Escala de RS Plutchick < 6	Cualitativa nominal

#### FINANCIAMIENTO

Todos los gastos se llevaron a cabo por Lydia G. Esteves Rebollo, quien realiza este estudio,

El costo para realizar este estudio fue de aproximadamente tres mil pesos.

#### ASPECTOS ÉTICOS

No existieron riesgos para los pacientes.

## **RESULTADOS**

De los 100 pacientes hospitalizados con diagnóstico de trastorno de personalidad tipo límite:

Fueron un total de 58 mujeres y 42 hombres. De las 58 mujeres, 31 (el 53.4%) recibieron tratamiento con ISRS. 27 (46.5%) no recibieron tratamiento con ISRS. De los 42 varones: 23 (54.7%) no tenían tratamiento con ISRS y 19 (45.2%) sí recibían tratamiento a base de ISRS (Tablas I y II).

Las mujeres que presentaron impulsividad y riesgo suicida y que no recibían tratamiento a base de ISRS fueron 6 (22.2%). Las que no presentaron impulsividad ni riesgo suicida fueron 15 (55.5%), ellas no recibían tratamiento ISRS. Las otras 6 mujeres que no recibían tratamiento a base de ISRS solo presentaron una de las 2 variables: solo riesgo suicida o solo impulsividad. De las mujeres que recibieron tratamiento a base de ISRS 19 (61.2%) no presentaron impulsividad ni riesgo suicida y 12 (38.7%) presentaron ambas variables (tabla III).

En cuanto al sexo masculino que no recibió tratamiento ISRS 5 (21.7%) no presentaron impulsividad ni tuvieron riesgo suicida y 18 (78.2%) presentaron riesgo suicida e impulsividad. Los hombres que recibieron tratamiento ISRS presentaron impulsividad y

riesgo suicida en un 26.3% (5 pacientes) y 14 (73.6%) pacientes no presentaron impulsividad y riesgo suicida (Tabla III).

La distribución por sexo fue de la siguiente manera: **Tabla I. Pacientes según el sexo con diagnóstico de trastorno de personalidad tipo límite que recibían tratamiento a base de ISRS en el momento de su hospitalización en el Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.**

<i>Sexo</i>	<i>Número</i>	<i>%</i>
Femenino	31	53.4
Masculino	19	45.2
<b>Totales</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

**Tabla II. Pacientes según el sexo con diagnóstico de trastorno de personalidad tipo límite que NO recibían tratamiento a base de ISRS en el momento de su hospitalización en el Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.**

<i>Sexo</i>	<i>Número</i>	<i>%</i>
Femenino	27	46.5
Masculino	23	54.7
<b>Totales</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

**Tabla III. Impulsividad y riesgo suicida con y sin tratamiento a base de ISRS en su hospitalización en el Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez según el sexo.**

	<i>CON ISRS</i>		<i>SIN ISRS</i>	
	<b>Impulsivos y con RS</b>	<b>No impulsivos y sin RS</b>	<b>Impulsivos y con RS</b>	<b>No impulsivos y sin RS</b>
MUJERES	12 (38.7%)	19(61.2%)	6 (22%)	15 (55%)
HOMBRES	5 (26.3%)	14(73.6%)	18 (78.2%)	5 (21.7%)

A los pacientes se les dividió por grupos de edad (tabla IV); 49% pertenecieron al rango de 18 a 28 años de edad; 29% pertenecieron al rango de entre 29 y 39 años y 22% fueron del grupo de 40 a 50 años.

Del primer grupo (18-28 años), 24 (48.9%) recibieron tratamiento con ISRS y de éstos 10 (41.6%) tuvieron impulsividad y riesgo suicida. Catorce pacientes (58.3%) no presentaron impulsivos ni tuvieron riesgo suicida.

De este mismo grupo de edad (18 – 28 años), 25 pacientes (51%) no recibieron tratamiento a base de ISRS y de estos 6 (24%) presentaron riesgo suicida y fueron impulsivos;

paradójicamente 14 (56%) no tuvieron las variables impulsividad ni riesgo suicida a pesar de no tener tratamiento.

Del segundo grupo (29-39 años) 17 pacientes recibieron tratamiento con ISRS (58.6%) y 12 (41.3%) no recibieron tratamiento con ISRS; de los primeros (los que tenían ISRS), 3 (17.6%) tuvieron impulsividad y riesgo suicida; 14 (82.3%) no tuvieron impulsividad ni tuvieron riesgo suicida.

En cambio, de los que no tuvieron tratamiento con ISRS 9(75%) no presentaron impulsividad ni presentaron riesgo suicida. De este mismo grupo 3 (25%) sí tuvieron las variables riesgo suicida e impulsividad.

Analizando el tercer grupo que va de los 40 a 50 años con un total de 22 pacientes, 9 (40.9%) recibieron tratamiento con ISRS y en cambio, 13 (59%) no recibieron tratamiento con ISRS. De los que sí tenían tratamiento 4 (44.4%) fueron impulsivos y tuvieron riesgo suicida y 5 (55.5%) no fueron impulsivos ni tuvieron riesgo suicida.

De los pacientes de este grupo que no recibieron tratamiento ISRS, solo 2 (15.3%) presentaron impulsividad y riesgo suicida, mientras que 11 (84.6%) no fueron impulsivos ni tuvieron riesgo suicida a pesar de estar sin tratamiento.

La distribución por grupo de edad se presentó de la siguiente manera:

**Tabla IV. Pacientes según la edad con diagnóstico de trastorno de personalidad tipo límite con y sin tratamiento a base de ISRS en el momento de su hospitalización en el Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.**

<i>Edad (años)</i>	<i>Número</i>	<i>C/ISRS</i>	<i>%</i>	<i>S/ISRS</i>	<i>%</i>
18-28	49	24	48.9	25	51
29-39	29	17	58.6	12	41.3
40-50	22	9	40.9	13	59
<b>Totales</b>	100	50		50	

De los 50 pacientes que recibieron tratamiento a base de ISRS durante su hospitalización, el 50% recibió fluoxetina, el 30% recibió paroxetina, el 12% tenía manejo a base de sertralina, y tanto el citalopram como el escitalopram se utilizaron por un 4% de los pacientes (Tabla V).

**Tabla V: ISRS más utilizados por los pacientes hospitalizados en el Fray Bernardino Álvarez con diagnóstico de trastorno límite de personalidad.**

<i>ISRS</i>	<i>Número</i>	<i>%</i>
Citalopram	2	4
Escitalopram	2	4
Fluoxetina	25	50
Paroxetina	15	30
Sertralina	6	12
<b>Totales</b>	50	100

De los 50 pacientes hospitalizados con trastorno límite de personalidad que recibían tratamiento a base de ISRS, el 78% tenía menos de 15 días de tratamiento con ISRS y el 22% llevaba más de 15 días medicados con ISRS (Tabla VI).

Se dividió el tiempo de utilización de los ISRS y la distribución fue como sigue:

**Tabla VI Tiempo de tratamiento con ISRS de los pacientes hospitalizados con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad en el Hospital Fray Bernardino Alvarez.**

<i>Días de tratamiento con ISRS</i>	<i>Número</i>	<i>%</i>
< 15 días	39	78
> 15 días	11	22
<b>Totales</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

De los 50 pacientes hospitalizados con diagnóstico de trastorno límite de personalidad que recibían tratamiento a base de ISRS habían tenido intentos suicidas el 8%. Mientras que de los pacientes hospitalizados que no recibían tratamiento había cometido 5 o más intentos de suicidio el 7% (Tablas VII y VIII).

**Tabla VII. Número de intentos de suicidio cometidos por los pacientes hospitalizados con diagnóstico de trastorno límite de personalidad que tenían tratamiento bajo ISRS.**

<i>Intentos de suicidio</i>	<i>Número</i>	<i>%</i>
< de 5	46	92
> de 5	4	8
<b>Totales</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

**Tabla VIII. Número de intentos de suicidio cometidos por los pacientes hospitalizados con diagnóstico de trastorno límite de personalidad que tenían NO tratamiento ISRS.**

<i>Intentos de suicidio</i>	<i>Número</i>	<i>%</i>
< de 5	47	93
> de 5	3	7
<b>Totales</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

El 72% de los pacientes tuvo escolaridad máxima secundaria.

El 53% de los pacientes sufrían desempleo.

De los 100 pacientes estudiados 50% recibían tratamiento a base de ISRS y 50% no recibían tratamiento a base de ISRS.

De los 100 pacientes 55% fueron no impulsivos y 45% fueron impulsivos.

De los 100 pacientes 57% no tuvieron riesgo suicida y 43% tuvieron riesgo suicida.

La variable IMPULSIVIDAD se manifestó como sigue:

**Tabla IX. Impulsividad en pacientes hospitalizados con diagnóstico de trastorno límite de personalidad que tenían tratamiento ISRS.**

<i>Resultados en la escala de Plutchick para impulsividad</i>	Número	%
> 20 IMPULSIVOS	17	34
< 20 NO IMPULSIVOS	33	66
<b>Totales</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

**Tabla X. Impulsividad pacientes hospitalizados con diagnóstico de trastorno límite de personalidad que tenían NO tratamiento ISRS.**

<i>Resultados en la escala de Plutchick para impulsividad</i>	Número	%
< 20 NO IMPULSIVOS	22	44
> 20 IMPULSIVOS	28	56
<b>Totales</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

La variable RIESGO SUICIDA se comportó de esta manera:

**Tabla XI. Riesgo suicida en pacientes hospitalizados con diagnóstico de trastorno límite de personalidad que tenían tratamiento ISRS.**

Resultados en la escala de Plutchik para RIESGO SUICIDA	Número	%
< de 6 NO TIENEN RIESGO SUICIDA	33	66
> de 6 TIENEN RIESGO SUICIDA	17	33
<b>Totales</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

**Tabla XII. Riesgo suicida en pacientes hospitalizados con diagnóstico de trastorno límite de personalidad que NO tenían tratamiento ISRS.**

<i>Resultados en la escala de Plutchik para RIESGO SUICIDA</i>	<i>Número</i>	<i>%</i>
< de 6 NO TIENEN RIESGO SUICIDA	24	48
> de 6 TIENEN RIESGO SUICIDA	26	52
<b>Totales</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

De los pacientes que sí recibieron tratamiento con ISRS 17 (34%) fueron impulsivos y con riesgo suicida. Ninguno presentó solamente impulsividad o solamente riesgo suicida. En este grupo que sí tenía tratamiento ISRS, 33 (66%) estuvieron exentos de impulsividad y riesgo suicida.

De los pacientes que no recibieron tratamiento con ISRS 24 (48%) fueron impulsivos y con riesgo suicida. Y aún sin tratamiento, 20 (40%) estuvieron exentos de impulsividad y riesgo suicida. Cuatro pacientes de este grupo (sin ISRS) (8%) presentaron solamente impulsividad sin riesgo suicida. Dos pacientes (4%) presentó riesgo suicida sin impulsividad (Tablas XIII).

**Tabla XIII. Impulsividad y riesgo suicida en pacientes hospitalizados con diagnóstico de trastorno límite de personalidad que tenían y que no tenían tratamiento con ISRS.**

		<i>Impulsivos</i>	<i>No impulsivos</i>	<i>Totales</i>
No Riesgo Suicida	NO ISRS	4	20	24
No Riesgo Suicida	SI ISRS	0	33	33
Sí Riesgo Suicida	NO ISRS	24	2	26
Sí Riesgo Suicida	SI ISRS	17	0	17
		45	55	100

La prueba estadística para determinar la significatividad de la diferencia entre las frecuencias observadas (número de pacientes con impulsividad y riesgo suicida bajo tratamiento con ISRS y número de pacientes con impulsividad y riesgo suicida sin tratamiento con ISRS) es la Chi cuadrada, que en este estudio tiene un valor de 13.52 con un grado de libertad ( $p = .05$ ), por tratarse de 2 categorías (pacientes con impulsividad y riesgo suicida bajo tratamiento con ISRS y pacientes con impulsividad y riesgo suicida sin tratamiento con ISRS). Este resultado nos indica que sí hay diferencia significativa entre las frecuencias observadas.

## DISCUSION

Al analizar cómo se presentaron las variables impulsividad y riesgo suicida en los diferentes sexos, no hubo una diferencia estadísticamente significativa en la prevalencia de las variables impulsividad y riesgo suicida en varones, con respecto a las mujeres, ya que 23 varones presentaron impulsividad y riesgo suicida, mientras que, 18 mujeres presentaron impulsividad y riesgo suicida. ( $X^2 = 43$ ;  $p=0.08$ ). Lo cual puede deberse al número de pacientes de cada sexo estudiados (58 hombres y 42 mujeres). En futuros estudios convendría incrementar el número de sujetos de cada sexo, para una tendencia del valor de  $p$  menor al que obtuvimos en este estudio y los resultados sean significativos. En este trabajo no hubo correlación con hallazgos en otros estudios que establecen que el que existan diferencias de impulsividad y riesgo suicida entre hombres y mujeres, predominando ambas variables en los primeros, se debe a factores biológicos: tamaño de las diferentes estructuras cerebrales, hormonas (47), que pueden ser sujetos a investigación. En este estudio para los pacientes que recibieron tratamiento a base de ISRS existieron 2 mujeres con impulsividad y riesgo suicida por cada hombre impulsivo y con riesgo suicida. La relación impulsivo y con riesgo suicida por sexo fue 1:1 cuando los pacientes no recibieron tratamiento ISRS. Lo cual puede ser debido a que la mayor parte de los pacientes estudiados fueron mujeres. Pero este resultado puede deberse también a que en algunos estudios se encuentran diferencias en la respuesta a los ISRS entre hombres y mujeres, que proponen que las mujeres tienen menor índice de respuesta que los varones (48).

En cuanto a las demás características sociodemográficas, tenemos datos similares a los reportados en las estadísticas (49) (50): 49% de los pacientes tuvieron un rango de edad de entre 28 y 40 años; el 72% de los pacientes tuvo escolaridad máxima secundaria; el 53% de los pacientes sufrían desempleo.

De los 50 pacientes que recibieron tratamiento a base de ISRS durante su hospitalización, el 50% recibió fluoxetina. En este estudio, el 78% de los pacientes que recibieron tratamiento a base de ISRS tenía menos de 15 días de tratamiento, lo cual representa un problema en nuestro estudio, ya que según la literatura, la eficacia de los ISRS se muestra en un lapso de 2 a 6 semanas (51). Pudiendo deberse el resultado a otros factores y no precisamente al uso de ISRS. De aquí también, que casi un 30% de los pacientes que sí recibían tratamiento presentaron sin embargo, riesgo suicida e impulsividad.

Otro resultado significativo fue que un 66% de los pacientes medicados contestaron que tenían menos de 5 intentos suicidas previos; pero no se esclarece si esto se debe a que tomaban ISRS u otro tratamiento, incluyendo psicoterapia, previo a su hospitalización. Aquí habría una línea importante de investigación, ya que se sabe que la ideación suicida y las conductas impulsivas muestran curvas de comienzo paralelas con picos entre los 14 y 20



años de edad y que un tratamiento adecuado puede reducir sustancialmente la suicidalidad (52).

En este estudio hubo una diferencia estadísticamente significativa entre las frecuencias observadas de impulsividad y riesgo suicida en los pacientes límite que recibieron tratamiento ISRS: 66% no presentaron impulsividad y riesgo suicida contra 34% que presentaron impulsividad y riesgo suicida ( $X^2 = 13.52$ ;  $p = .05$ ). Según lo establecido en la literatura por Leyton, Arango, nuestros resultados concuerdan con que el tratamiento a base de ISRS disminuye el riesgo para suicidio e impulsividad en pacientes con trastorno límite. Esto tiene como fundamento neurobiológico lo establecido en cuanto a que estas dos manifestaciones de trastorno de personalidad tipo límite pueden deberse a una disminución de serotonina a nivel de sistema nervioso central sea por una baja producción de la misma, disminución de los receptores 1A, disminución de transportadores de serotonina, disminución en la capacidad de unión de serotonina a sus receptores.

## CONCLUSIONES

Las variables impulsividad y riesgo suicida prevalecieron en el sexo femenino en la población de estudio. Ambas variables se manifestaron también en pacientes con grados de escolaridad baja (secundaria) y en pacientes desempleados.

En este estudio hubo una diferencia estadísticamente significativa entre las frecuencias observadas de impulsividad y riesgo suicida en los pacientes hospitalizados en el Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez con diagnóstico de trastorno límite de personalidad que recibieron tratamiento con Inhibidores Selectivos de Recaptura de Serotonina contra aquéllos pacientes hospitalizados en el Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez con diagnóstico de trastorno límite de personalidad que no recibieron tratamiento con Inhibidores Selectivos de Recaptura de Serotonina, en el año 2006.

La fluoxetina como Inhibidor Selectivo de Recaptura de Serotonina se utilizó con mayor frecuencia que los otros fármacos de este grupo en la población de estudio.

Algunos artículos establecen que los ISRS pueden utilizarse dentro de las medidas preventivas para suicidio. Los antidepresivos ISRS han disminuido el riesgo suicida en pacientes con trastornos de personalidad del cluster B con intentos suicidas previos.

Conociendo los factores que predicen conductas suicidas en los pacientes, se puede dar un manejo y prevención oportuna a población en riesgo.

Se propone el uso de los ISRS. como medida preventiva para conducta suicida durante la hospitalización de un paciente con trastorno límite.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- (1) Sadock, B., Trastornos de la personalidad en Kaplan-Sadok (9ª ed.), Sinopsis de Psiquiatría. España: Lippincott Williams & Wilkins, 2004; p. 800-821.
- (2) Guilherme B, Medina-Mora E, et al., Suicidal Behavior in the Mexican national comorbidity survey: lifetime and 12 month prevalence, psychiatric factors and service utilization. *Salud Mental* 2005; 40-47.
- (3) Dumais A, Lesage M, et al., Factores de riesgo de suicidio consumado en la depresión mayor: un estudio de casos y controles de las conductas impulsivas y agresivas en varones. *Am J Psychiatry* 2005; 162: 2116-2124.
- (4) Medina-Mora ME, Borges G, Lara C, Benjet C, Blanco J et al. Prevalence of mental disorders and use of services: Results from the Mexican Nacional Survey of Psychiatric Epidemiology. *Salud Mental* 2003; 26: 1-26.
- (5) WHO World Mental Health Survey Consortium: Demyttenaere K, Bruffaerts R, Posada-Villa J, Gasquet I, Kovess V, Lepine JP et al. Prevalence, severity and unmet need for treatment of suicidal behavior in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA* 2004; 291: 2581-90.
- (6) Wignall A. Correlates of **impulsive** suicidal behaviour. *N Z Med J* 2006; 85: 323-5.
- (7) Giese, A., Personality disorders, en Jacobson (2<sup>nd</sup> ed.), *Psychiatric Secrets*. EU: Hanley and Belfus, 2001:1230-39.
- (8) Ward, Randy K. Assessment and Management of Personality Disorders. *American Family Physician* 2004; 70: 87-98.
- (9) American Psychiatric Association., *DSM-IV-TR*, 4<sup>th</sup>, text revision. Ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2000.
- (10) Zimmermann M, Rotshchild L, et al. Prevalencia de los trastornos de la personalidad del DSM-IV en pacientes psiquiátricos ambulatorios. *Am J Psychiatry* 2005; 162: 1911-1918.

- (11) Skodol A, Johnson J, Cohen P, et al. Personality disorder and impaired functioning from adolescent to adulthood. *British Journal of Psychiatry* 2007; 190: 129-134.
- (12) Joel P., "Borderline personality disorder", *Canadian Medical Association Journal* 2005; 172: 1579-83.
- (13) O'Donohue W, Cucciare M. La identificación y el tratamiento de los factores psicológicos en el entorno médico: el ejemplo del trastorno de personalidad límite. *Internacional Journal of Clinical and Health Psychology* 2007: 13-25.
- (14) Haro G, Castellano M, Pérez M, et al., Revisión histórica de la impulsividad desde una perspectiva artística, filosófica y psicopatológica. Parte I. *Salud Mental* 2004. 27: 1-23.
- (15) Shaffer D., Síntomas neuropsicológicos en el trastorno borderline de personalidad. *Psychiatric Clinics of North America* 2005; 27.
- (16) American Psychiatric Association., DSM-IV-TR, 4<sup>th</sup>, text revision. Ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2000.
- (17) Leyton M., Alpha-[11C] Methyl-L tryptophan trapping in the orbital and ventromedial prefrontal of suicidal attempters. *Eur Neuropsychopharmacol* 2006; 220-3.
- (18) Monarch E, Saykin A, et al., Neuropsychological impairment in borderline personality disorder, *Psychiatric Clinics of North America* 2004; 27: 78-84.
- (19) New AS, Servin EM, Mitropoulou V, et al., Serum cholesterol and impulsivity in personality disorders. *Psychiatry Res* 2005; 85: 34-45.
- (20) Haro G, op. cit. p 10.
- (21) Lindberg N, Tani P, Appelberg B, et al., Human impulsive aggression: a sleep research perspective. *J Psychiatr Res* 2005; 37: 313-24.
- (22) Grevea W, Lovea J, Sherwinb E, et al., Cognitive strategy usage in long term survivors of sever traumatic brain injury with persisting impulsive aggression. *Personality and Individual Differences*. 2005; 32: 639-647.
- (23) Haro G, Castellano M, Pérez M, et al Revisión histórica de la impulsividad desde una perspectiva artística, filosófica y psicopatológica. Parte II. *Salud Mental* 2004. 27: 28-33.
- (24) Lindström B., Impulsivity related to brain serotonin transporter binding capacity in suicide attempters. *Eur Neuropsychopharmacol* 2004; 14: 295-300

- (25) Kaplan J, Schively A, Fontenot B, et al., Demonstration of an association among dietary cholesterol, central serotonergic activity, and social behavior in monkeys. *Psychosom Med* 2004; 56: 479-84.
- (26) Soto A, Correlación entre los niveles de colesterol sérico y la agresividad impulsiva en sujetos con trastorno límite de la personalidad 2005.
- (27) Gould M, Greenberg T, Velting D., Youth Suicide Risk and Preventive Interventions: A Review of the Past 10 Years *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2005. 42:654-690.
- (28) Arango C, et al., Genes and impulsivity: comment to the study of Nomura et al. "Involvement of a polymorphism in the 5-HT<sub>2A</sub> receptor gene in impulsive behavior ". *Psychopharmacology* 2006; 188: 128-9.
- (29) Mann J, Bortinger J, et al., Antecedentes familiares de conducta suicida y de trastornos del estado de ánimo en probandos con trastornos del estado de ánimo. *Am J Psychiatry* 2006; 9: 242-249
- (30) Vevera J, Zukov I, Morcinek T, et al., Cholesterol concentrations in violent and non-violent women suicide attempters. *Eur Psychiatry* 2003; 18:23-7.
- (31) Dopart L, et al., Evaluation and management of suicidal behavior. *J Fam Pract* 2006; 4: 461-4.
- (32) Wignall A. Correlates of **impulsive** suicidal behaviour. *N Z Med J* 2006; 85: 323-5.
- (33) Birmaher D, et al., Proposed Mechanisms of action of SSRIs. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2005; 42: 321-332.
- (34) Plutchik R., van Praag H.M, Conte R, Picard S. Correlates of suicide and violent risk, I: The suicide risk measure. *Compr Psychiatry* 1989; 30: 296-302.
- (35) Wignall A, op cit p. 324.
- (36) Dopart L. op cit p. 462.
- (37) Silva H, Iturra P, Solari A, et al. Polimorfismos del transportador de serotonina y efecto de la fluoxetina sobre impulsividad y agresividad en el trastorno límite de personalidad. *Actas Españolas de Psiquiatría* 2007; 6: 5-13.
- (38) Información obtenida del Departamento de Bioestadística del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez. 2006.
- (39) Zimmerman M, Rosthchild L, Chelminski I. Prevalencia de los trastornos de personalidad del DSM-IV en pacientes psiquiátricos. *American Journal of Psychiatry* 2006; 9: 1-8.

- (40) Silva H, op cit p. 5
- (41) Birmaher D, op cit p. 325
- (42) Información obtenida del Departamento de Bioestadística del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez. 2006.
- (43) First M Gibon M, Spitzer R, Williams J, Benjamin L: SCID-II, Cuestionario de personalidad. Barcelona: Masson, 1999.
- (44) Plutchik R., van Praag H.M, Conte R, Picard S. Correlates of suicide and violent risk, I: The suicide risk measure. *Compr Psychiatry* 1989; 30: 296-302.
- (45) Paez F, Jimenez A, Lopez A, et al. Estudio de validez de la traducción al castellano de la escala de impulsividad de Plutchik. *Salud Mental* 1996; 19 (Suplemento): 10-12.
- (46) Rubio G, Montero I, Jáuregui J, Villanueva R, Casado MA, Marín JJ, Santo-Domingo J. Validación de la escala de riesgo suicida de Plutchik en población española. *Arch Neurobiol (Madr)* 1998; 61: 143-152.
- (47) Toga A, Mazziota J. *Brain Mapping: The Systems*. Academic Press 2003; p.123-128.
- (48) Usal J, Rodié I. Gender based psychopharmacology: gender influence in the pharmacological treatment of mental disorders. *Actas de Psiquiatría* 2004; 32: 307-313.
- (49) Zimmerman M, op cit. p. 1915.
- (50) O'Donohue op cit p. 20.
- (51) Carrasco R, Molina L, Díaz-Marsá M. Eficacia de la fluoxetina en el tratamiento prolongado del trastorno límite de personalidad. *Psiquiatría Biológica* 2001; 8:3-11.
- (52) Lecubrier Y. La influencia de la comorbilidad en la prevalencia de la conducta suicida. *Eur Psychiatry*. 2002; 9: 2-5.

## ANEXOS

### FICHA SOCIO DEMOGRAFICA

SEXO: M F  
EDAD:  
ESCOLARIDAD:

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

He sido invitado a participar en el protocolo de estudio titulado **“IMPULSIVIDAD Y RIESGO SUICIDA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS CON TRASTORNO LÍMITE DE PERSONALIDAD Y SU RELACION CON LA ADMINISTRACION DE INHIBIDORES SELECTIVOS DE RECAPTURA DE SEROTONINA”**

Entiendo que la participación en dicho proyecto es totalmente voluntaria y no tendré represalias si decido no participar..

Se me ha explicado en forma clara, verbalmente lo que se investiga en este proyecto y me han resuelto las dudas que tenía al respecto.

Así mismo, sé que no se realizará ninguna maniobra dolorosa o riesgosa, y que solo participaré cooperando con mi tiempo para contestar 2 cuestionarios.

Conozco que puedo dejar de participar en el momento que así lo desee, y que la información que se obtendrá de mi estudio será confidencial y solo se podrá utilizar con fines de investigación.

ACEPTO PARTICIPAR:

Nombre y firma del participante\_\_\_\_\_

Nombre y firma del investigador a cargo\_\_\_\_\_

## Escala de riesgo suicida de Plutchik

Elaborada por R. *Plutchik* y *HM Van*, Praga, 1994.

Preguntas: Responda solo sí o no:

1. Usted acostumbra a tomar pastillas como aspirina o tabletas para dormir.  
Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
2. Usted tiene problemas para quedarse dormido.  
Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
3. Usted algunas veces siente que va a perder el control de sí mismo.  
Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
4. Tiene usted poco interés en estar con personas.  
Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
5. Usted presiente que su futuro va a ser más malo que bueno.  
Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
6. Usted alguna vez ha sentido que vale poco.  
Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
7. Se siente desesperanzado en cuanto a su futuro.  
Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
8. Usted a menudo se siente tan frustrado que solo desea estar acostado y libre de conflictos.  
Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
9. Usted se siente deprimido ahora.  
Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
10. Está usted separado, divorciado o viudo.  
Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
11. Alguien en su familia ha tratado de suicidarse.  
Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
12. Ha estado usted alguna vez tan bravo que ha sentido que podría matar a alguien.  
Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
13. Usted ha pensado alguna vez en suicidarse.  
Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
14. Alguna vez le ha dicho a alguien que usted podría suicidarse.  
Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
15. Alguna vez ha tratado de matarse.  
Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_



## ESCALA DE IMPULSIVIDAD DE PLUTCHIK

Instrucciones: por favor, lea cada afirmación cuidadosamente e indique con qué frecuencia le ocurren las siguientes situaciones.

NUNCA    A VECES    A MENUDO    CASI SIEMPRE

- 1.¿Le resulta difícil esperar en una cola?
- 2.¿Hace cosas impulsivamente?
- 3.¿Gasta dinero impulsivamente?
- 4.¿Planea cosas con anticipación?
- 5.¿Pierde la paciencia a menudo?
- 6.¿Le resulta fácil concentrarse?
- 7.¿Le resulta difícil controlar los impulsos Sexuales?
- 8.¿Dice usted lo primero que se le viene a La cabeza?
- 9.¿Acostumbra a comer aún cuando no Tenga hambre?
- 10.¿Es usted impulsivo/a?
- 11.¿Termina las cosas que empieza?
- 12.¿Le resulta difícil controlar las emociones?
- 13.¿Se distrae fácilmente?
- 14.¿Le resulta difícil quedarse quieto?
- 15.¿Es usted cuidadoso o cauteloso?