



Universidad Nacional Autónoma de México



Facultad de Medicina

**Departamento de Psicología Médica,
Psiquiatría y Salud Mental**

Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”

Relación del antecedente de abuso sexual con la severidad de las cuatro áreas sintomatológicas (afectiva, cognitiva, conductas impulsivas y relaciones interpersonales) del Trastorno Límite de la Personalidad

**TESIS QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN PSIQUIATRÍA PRESENTA:**

BRISA GISSEL MONROY CORTÉS

**Asesora Teórica y Metodológica:
Dra. María del Carmen Lara Muñoz**

México, D. F. a 30 de mayo del 2008



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

CONTENIDO

LISTA DE CUADROS	3
ABREVIATURAS	3
INTRODUCCIÓN.....	4
Marco de referencia y antecedentes	4
Planteamiento del problema	11
Justificación	12
Objetivos	12
Objetivo General	12
Objetivos Específicos	12
Hipótesis	13
MATERIAL Y MÉTODOS	13
Tipo de estudio	13
Población en estudio y tamaño de la muestra	13
Criterios de inclusión, exclusión y eliminación	13
Variables y escalas de medición	13
Recolección de datos y análisis de los resultados	15
Implicaciones Éticas del Estudio	16
RESULTADOS	17
DISCUSIÓN	18
Referencias.....	24
Anexos	27
I. Consentimiento informado	27
II.... Otros anexos	28

LISTA DE CUADROS

Cuadro 1. Edad de las pacientes con Trastorno límite de la personalidad.....	20
Cuadro 2. Estado civil de las pacientes con Trastorno límite de la personalidad.....	20
Cuadro 3. Nivel educacional de las pacientes con Trastorno límite de la personalidad....	20
Cuadro 4. Ocupación de las pacientes con Trastorno límite de la personalidad.....	20
Cuadro 5. Puntaje de las cuatro áreas sintomatológicas del Trastorno límite de la personalidad según la DIB-R.....	21
Cuadro 6. Puntajes totales de la DIB-R en pacientes con Trastorno límite de la personalidad.....	21
Cuadro 7. Tipos de abuso sexual en las pacientes con Trastorno límite de la personalidad.....	21
Cuadro 8. Edad a la que sufrieron abuso sexual las pacientes con Trastorno límite de la personalidad.....	21
Cuadro 9. Edad del agresor.....	21
Cuadro 10. Parentesco del agresor con las pacientes con Trastorno límite de la personalidad.....	21

ABREVIATURAS

- Trastorno límite de la personalidad (TLP)
- Trastorno de estrés postraumático (TEP)
- Trastorno depresivo mayor (TDM)
- Tomografía por emisión de positrones (PET)
- Corteza anterior del cíngulo (ACA)
- Resonancia magnética (IRM)
- Eje hipotálamo-hipófisis-adrenal (HHA)
- Organización Mundial de la Salud (OMS)
- Structured Clinical Interview del DSM-IV para trastornos del eje II (SCID-II)
- Diagnostic Interview for Borderline-Revised (DIB-R)
- Índice de Maltrato Infantil (IMI)

MARCO DE REFERENCIA

Trastorno Límite de la Personalidad

El Trastorno límite de la personalidad (TLP) es un trastorno mental caracterizado por un patrón de inestabilidad en la regulación del afecto, en el control de impulsos, en las relaciones interpersonales y las autolesiones. Se encuentra del 1-2 % en la población general, en un 10% en los pacientes psiquiátricos manejados de forma ambulatoria y hasta en un 20% en los pacientes psiquiátricos hospitalizados. Es más común en mujeres que en hombres (70 y 30% respectivamente). (Lieb K. 2004) (Bradley 2005)

El revisar los antecedentes históricos y teóricos del término “límitrofe” implica varias dificultades. Una de ellas es que en la literatura existen síndromes que no son nombrados “límitrofes” y tienen características de inestabilidad afectiva e interpersonal. (González Vives, 2006)

En un principio había una tendencia unitaria en donde se le clasificaba dentro del grupo de la esquizofrenia. En los años 40's y 50's se le comenzó a desligar de este padecimiento. Mack y Stone fueron los primeros en delimitar el término “límitrofe”. La primera vez que se usó el término de “límitrofe” fue en 1938 por Stern en una publicación psicoanalítica. Los llamó “grupo limite de las neurosis” refiriéndose a un grupo de de pacientes que no tenían un lugar claro en las categorías de la neurosis y la psicosis, y además no respondían satisfactoriamente a las intervenciones psicoterapéuticas. (Koldobsly 2005) (González Vives, 2006)

El concepto de personalidad límite depende de las diferentes teorías de personalidad. Desde la perspectiva psicoanalítica (Kernberg 1967) es que la organización del carácter se encuentra a la mitad de un trastorno neurótico y psicótico. Tiene tres características intrapsíquicas: 1) difusión de la identidad, 2) defensas primitivas y 3) la prueba de realidad puede estar intacta pero con alteraciones y fallas. (Skodol 2002) Desde una perspectiva biológica, este síndrome debe ser visto como una combinación de personalidades del espectro de trastornos afectivos y de conductas impulsivas. Desde el modelo biosocial (Linehan) se considera una disfunción en la regulación emocional como resultado de una tendencia genética junto con un ambiente en el cual los padres fallaron en ayudar al niño a regular sus emociones. En relación al modelo ecléctico-descriptivo; Gunderson y Zanarini mencionan que existe un trastorno de personalidad que puede distinguirse fuera de los síndromes psicóticos y neuróticos. Se enfocan en cinco áreas: conductas de los impulsos, afecto, psicosis y adaptación social. (González Vives, 2006)

El TLP es de las patologías más frecuentes vistas en la práctica clínica, además es una de las más difíciles y problemáticas de la psiquiatría (Paris J 2005), además de que ha sido y continúa siendo un desafío para quienes lo tratan. (Koldobsky 2005)

La dificultad en la regulación afectiva es un importante componente del TLP, muchos criterios diagnósticos son resultado de una desregulación emocional; esto se refiere a una deficiencia en la capacidad para modular los afectos de las emociones como las emociones fuera de control, cambios repentinos que llegan a expresarse de formas intensas e inmodificadas. Esto sugiere que los individuos con TLP tienen dificultad para diferenciar, reconocer e integrar emociones de ellos mismos y de otros. Los síntomas impulsivos. (Zittel 2006)

Los síntomas de impulsividad incluyen un amplio rango de conductas; la combinación de inestabilidad emocional con conductas impulsivas ayuda a entender las frecuentes conductas suicidas y la inestabilidad en las relaciones interpersonales. Los

síntomas cognitivos también son frecuentes, cerca del 50% de las pacientes con TLP han tenido ideas cuasi-psicóticas. Y del 27 al 92% de las pacientes han tenido episodios psicóticos. (Paris 2005)

El funcionamiento de las pacientes con TLP es pobre, ya que hasta dos tercios de estas pacientes realizan intentos suicidas, más de la mitad se autolesionan y cerca de dos tercios han ameritado hospitalización por lo menos una vez en su vida. También se ha reportado que dichas pacientes tienen poca calidad en sus relaciones interpersonales e historias de inestabilidad laboral. (Zittel 2005)

Los síntomas usualmente se exacerban cuando ocurre un estresor psicológico, como una ruptura. Cuando el estresor disminuye los síntomas también lo hacen.

Este padecimiento suele coincidir con otro trastorno de personalidad o trastorno mental. (Paris J 2005) El termino comorbilidad implica que dos padecimientos separados ocurran al mismo tiempo en un individuo. Puede ocurrir que el TLP sea un trastorno primario y que de forma secundaria lleve al desarrollo de un trastorno del eje o ser lo contrario. De los trastornos del eje I que más frecuentemente se encuentran en el TLP son: Trastornos de tipo afectivo (depresión mayor, distimia y trastorno bipolar tipo II), Trastornos de ansiedad (trastorno de estrés postraumático, crisis de angustia, fobia social, fobia simple), Trastorno por uso de sustancias (alcohol y otras sustancias) y Trastornos de la conducta alimentaria y Trastornos disociativos. (Skodol 2002, Ballús 2006, Sar 2006)

La relación entre TLP, trauma y Trastorno de estrés postraumático (TEPT) ha sido ampliamente discutida. Tanto investigadores como clínicos han encontrado que los individuos con TLP han experimentado más experiencias traumáticas que el resto de la población, esto se refleja en la comorbilidad entre TLP y TEPT que llega a ser del 25 a 56%. (Zanarini 1998) (Bolton 2006) (Herman 1989) Se ha reportado en un 42% con historia de abuso físico y en un 26% historia de abuso sexual en la infancia o en la adolescencia. (Golier 2003) Se ha visto que el TEPT y el TLP comparten las alteraciones en la regulación del afecto, control de impulsos, prueba de la realidad, relaciones interpersonales y auto integración. Sin embargo si síntomas como hipervigilancia, irritabilidad y sentimientos de extrañeza se asocian con relaciones inestables y conductas autodestructivas; el diagnóstico de TLP puede ser dado erróneamente. Si ciertos rasgos como conductas suicidas, inestabilidad afectiva o ira inapropiada no se encuentran como parte de un patrón duradero se pueden tomar como síntomas más que como rasgos de personalidad. (Schmal 2004, Gunderson 1993)

Espectro Sintomatológico del Trastorno Límite de la Personalidad

Según el DSM-IV-TR los criterios diagnósticos para TLP son:

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

- (1) Esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginado.
- (2) Un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación
- (3) Alteración de la identidad: autoimagen o sentido de sí mismo acusada y persistentemente inestable

- (4) Impulsividad en al menos dos áreas, que es potencialmente dañina para sí mismo (p. ej., gastos, sexo, abuso de sustancias, conducción temeraria, atracones de comida).
- (5) Comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes, o comportamiento de automutilación
- (6) 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)
- (7) Sentimientos crónicos de vacío
- (8) Ira inapropiada e intensa o dificultades para controlar la ira (p. ej., muestras frecuentes de mal genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes)
- (9) Ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves (DSM-IV, 1994)

Los síntomas del TLP cambian frecuentemente en cuanto a su presencia e intensidad. Lo persistente en estos pacientes es a) el estilo particular cognitivo, un pensamiento pobremente enfocado, la rumiación, los estados disociativos transitorios, la desorganización bajo el estrés, la acción impulsiva de tipo cortocircuito ante estados mentales displacenteros; b) una intensidad emocional que el paciente siente en forma abrumadora, con dos temas centrales: victimización y el vacío-soledad.

Frecuentemente los pacientes con TLP informan haber sufrido abuso sexual. Cuando se evalúan los rasgos y síntomas de estos pacientes abusados, hay que considerar toda la complejidad de acontecimientos que rodearon al hecho. El trauma temprano sigue siendo un factor de riesgo para el desarrollo de un trastorno grave de personalidad, en especial de TLP.

I. Evitar el abandono real o imaginado

Esto se relaciona con la intolerancia a la soledad, que se asocia con la adhesividad y búsqueda de atención o con las formas desapegadas de vinculación. Los pacientes límites pierden la capacidad para evocar una representación mental de tranquilidad, están incapacitados para una tolerancia a la soledad. Los pacientes límites que temen al abandono están ligados a conductas manipulativas de autodestrucción, reactividad del humor, ira inapropiada y la experiencia a la soledad está ligada a acciones impulsivas desesperadas o a experiencias psicóticas breves. Esta característica permite discriminar entre el trastorno de estrés postraumático (TEPT), de la personalidad narcicista y del trastorno depresivo mayor (TDM).

II. Relaciones interpersonales inestables e intensas

El TLP se caracteriza por un modelo de relaciones interpersonales intensas e inestables y por el esfuerzo para evitar el abandono. Tiene un modelo típico recurrente de inestabilidad, con “enganches” repetidos y turbulentos con los demás. El elemento externo es visto como un elemento para la estabilización interna. Cuando el objeto se percibe frustrante o inalcanzable, el paciente límite se siente sin objeto y puede reaccionar con rabia, desvalorización, autoabuso o intoxicación como forma de descarga de sentimientos de estar solo, o puede rechazar relaciones interpersonales por un tiempo. Esto los lleva a relaciones caóticas.

- a) Sobre idealización y desvalorización: es la imposibilidad de integrar el objeto y a los otros, persistiendo la disociación y la visión de los demás como “todos buenos o todos malos”.
- b) Manipulación

III. Disturbios de la identidad

Según Kenberg, la difusión en la identidad de los pacientes límites refleja una falta de habilidad para integrar representaciones negativas y positivas del *self*, unido a que el paciente tiene dificultad para integrar representaciones positivas y negativas de otros. El resultado es un cambio de visión del *self*, con una amplia discontinuidad, un cambio rápido de roles y un sentido de vacío interno. Los disturbios en la identidad van muy en relación con historia de abuso sexual.

- a) Despersonalización y desrealización: ocurre en el contexto de de torrentes emocionales, pensamiento e imaginación incontrolable, conductas compulsivas autodestructivas, defectos en el proceso cognitivo y tensión interpersonal.

IV. Impulsividad

Los impulsos están en general relacionados con la intolerancia afectiva, los esfuerzos para autorregularse son externalizados y son actuados conductualmente como si movieran impulsivamente desde un deseo de alivio a otro. La impulsividad abarca: 1) reacciones a los estímulos, rápidas no planificadas, con disminución de la sensibilidad por las consecuencias negativas de la conducta; 2) falta de consideración de las consecuencias a la largo plazo de la conducta.

V. Conducta, gestos o amenazas suicidas recurrentes o conductas de auto mutilación

Las conductas recurrentes de suicidio o de auto mutilación deben ser investigadas en sus motivaciones y riesgos. Las causas más comunes según Gunderson son conseguir atención, causar problemas o reflejar ira. En los pacientes límites las conductas autolesivas se relaciona con la pérdida, la frustración, lo que moviliza la agresión. Otro factor es el sentimiento de una existencia disminuida, que puede ser atenuada por la percepción del dolor ante la vista de sangre. También puede ayudar a algunos individuos a enfrentarse con los problemas de la vida que le causan sufrimiento intenso, reduciendo el dolor emocional o los aspectos cognitivos ligados a ese sufrimiento.

VI. Intensidad e inestabilidad afectivas

La labilidad emocional se reconoce conductualmente por cambios rápidos de humor, rabia, crisis del humor y respuestas desmedidas. La intensidad emocional es más persistente y más problemática; la calidad del afecto es superficial y sombría. La inestabilidad afectiva es producto de una labilidad general del humor, una dificultad en la modulación de los afectos, una notable e intensa expresión de ira; en respuesta a ligeros maltratos, al abandono y al rechazo. No pueden mantener relaciones neutrales y libres de conflicto. Los afectos más intensos son la depresión, la ira y la necesidad/vacío.

VII. Sentimiento crónico de vacío

El vacío y la soledad son fenómenos complejos, pero no idénticos. Mientras que la soledad resulta de la pérdida y evoca tristeza, el vacío resulta de la deprivación y dispara la ira. Durante la sensación de soledad hay una rumiación del pensamiento acerca del estado de vacío interior. El vacío puede ser una transición a la despersonalización o a la desrealización. El sentimiento conciente y doloroso de estar asilado no se da con respecto a los demás, sino que a veces se relaciona con el propio cuerpo.

VIII. Ira inapropiada e intensa o dificultad para controlarla

La ira es la emoción característica del paciente límite, llamada por algunos autores como el “síndrome de la mujer con rabia”.

La ira se puede ver exagerada: 1) cuando la ira está presente, se muestra dramáticamente y es ampliamente percibida por quien la sufre, 2) la tendencia a las conductas impulsivas lleva a la ira a un lugar preeminente. Durante las crisis los pacientes límites tienen una angustia abrumadora; fuera de la crisis los afectos son poco manifiestos.

IX. Ideación paranoide transitoria

Los pensamientos psicóticos pero reversibles diferencian a los pacientes límites de la esquizofrenia. La ruptura de la realidad es en general breve y transitoria, aunque los más severos pueden tener rupturas prologadas, prominentes y permanentes.

- a) **Estilo cognitivo:** el desmejoramiento de la memoria de trabajo hace difícil sostener en línea la representación de los otros en su medio, dificultando las relaciones interpersonales. Los problemas atencionales hacen difícil relacionarse interpersonalmente con un estilo sostenido. Las dificultades en la lectura de los indicadores verbales y no verbales, ingrediente necesario para la interacción interpersonal, los hace sentirse ajenos. Las distorsiones cognitivas no solo interfieren las relaciones interpersonales exitosas sino que distorsionan la cognición o la percepción del mundo. Surgen entonces creencias inusuales, ideas de referencia o distorsiones perceptivas. Tiene problemas para la discriminación y el filtrado visual, lo que determina dificultad para el recuerdo de material complejo, relacionados con alteraciones del lóbulo temporal. Parecen incapaces de aprender e integrar información significativa y de recuperarla, lo que determina una pobre capacidad para las representaciones.
- b) **Disociación:** es conceptualizada como una falla patológica por la integración de los pensamientos, sentimientos y la memoria, en el sentido de una conciencia coherente y unificada. La disociación ha sido relacionada con la auto mutilación y con intentos suicidas. El abuso infantil es considerado como parte de la etiología en el desarrollo de síntomas disociativos y a la propensión de la auto mutilación. También puede aparecer sin experiencia previa de abuso, en este caso la auto mutilación actuaría como el medio para mejorar el sufrimiento, la obnubilación y la disfunción de la identidad. (Koldobsky, 2005)

Etiología del Trastorno Límite de la Personalidad

Las causas del TLP son complejas ya que incluyen factores genéticos y psicosociales. (Lieb K. 2004) Dentro del aspecto genético se encuentra el temperamento; la impulsividad y la inestabilidad emocional son intensas en estos pacientes, se sabe que estos aspectos son heredables hasta en un 47%. (Lieb K 2004) (Paris J).

Varios tipos de eventos adversos durante la infancia, incluyendo experiencias de negligencia y abuso son reportados por muchos pacientes. El más frecuente es el abuso sexual, el cual se reporta en un 40-71% de los pacientes que se llegan a hospitalizar con

TLP. La severidad de la psicopatología limítrofe ha sido ligada con la severidad del abuso sexual en la infancia. Sin embargo no hay evidencia de que el abuso sexual en la infancia sea suficiente o no para desarrollar este trastorno. (Lieb K 2004)

Dentro de los factores sociales se encuentran un ambiente familiar tóxico e historia de psicopatología familiar, lo cual hace que se le dificulte al niño conocer sus necesidades de cariño e identidad. (Paris J) (Bradley R. 2005) Estudios han demostrado que en los niños que experimentaron abuso sexual en la infancia aumento cuatro veces la probabilidad de desarrollar TLP que quienes no tuvieron. (Bradley R. 2005)

Dentro de los hallazgos neurobiológicos se ha encontrado mediante estudios de Tomografía por emisión de positrones (PET) hipometabolismo en las regiones pre frontales y en la corteza anterior del cíngulo (ACA). En la resonancia magnética (IRM) se ha reportado disminución hipocampal y de la amígdala, lo cual se asocia también con TEPT. Se puede asociar que la inhibición prefrontal puede contribuir a la hiperactividad de la amígdala, lo que lleva a una alteración cerebral doble. También se ha encontrado una hiperrespuesta en el eje hipotálamo-hipófisis-adrenal (HHA).

Algunos investigadores sugieren que el TLP o algunos de los síntomas empiezan de forma latente en la infancia pero el tratamiento se puede instalar hasta la adolescencia. (Lieb K. 2004)

En un estudio en el cual se realizó seguimiento a seis años de pacientes con TLP se encontró que el 73.5% de las pacientes presentaron remisión, de éstas el 6% presentó recurrencia. El 4% cometió suicidio, al momento de su hospitalización 80% tenían historia de intentos suicidas. (Zanarini M. 2003).

Maltrato Infantil y Abuso Sexual

Es importante también conocer la definición de maltrato infantil ya que es un importante factor predisponente para el desarrollo de TLP. La Organización Mundial de la Salud (OMS) menciona que “abarca todas las formas de malos tratos físicos y emocionales, abuso sexual, descuido o negligencia o explotación comercial o de otro tipo, que originen un daño real o potencial para la salud del niño, su supervivencia, desarrollo o dignidad, en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder” (OMS, 1999).

Existen cuatro tipos de maltrato infantil: 1) físico, 2) sexual, 3) emocional y 4) negligencia. (Villatoro, 2006).

El maltrato físico se define como “agresiones físicas al niño por parte de uno o ambos padres biológicos o adoptivos, de otras personas que vivan con el cuidador, del compañero/a sentimental de progenitor encargado/a de su custodia (viva o no en la misma casa) o de cualquier otra persona en quién los padres deleguen su responsabilidad. Que pueden poner en peligro el desarrollo físico, emocional o social del niño”, según Cortés y Cantón. (Villatoro, 2006).

Se define abuso sexual como "cualquier hecho en el que se involucra una actividad sexual inapropiada para la edad de la/el menor, se le pide que guarde el secreto sobre dicha actividad y/o se le hace percibir que si lo relata provocará algo malo a sí mismo, al perpetrador y/o a la familia (...). Este tipo de experiencias son consideradas extrañas y desagradables para la/el menor." (González-Forteza C. 2001)

El abuso emocional se refiere a las comunicaciones entre padres-hijos/as que “pueden dañar la competencia social, emocional o cognitiva del niño, en función de las vulnerabilidades que presenta”, según McGee y Wolfe. (Villatoro, 2006)

La negligencia según Cortés y Cantón son “conductas de omisión en los cuidados físicos por parte de los padres o del cuidador permanente del niño, que pueden provocar o provocan daños físicos, cognitivos, emocionales o sociales o daños a otros o sus propiedades como resultado de las acciones del niño”.

En México se desconoce la prevalencia de maltrato infantil, pero en el 2005 el DIF reportó 25 mil casos. (Villatoro, 2006)

Se estima que entre 17 y 38% de las mujeres y entre 1% y 30% de los varones reportan haber sufrido alguna forma de abuso sexual en la infancia en los EU. En su gran mayoría este abuso es perpetrado por sus familiares y, en general, las niñas corren alrededor del doble de riesgo que los niños de que abusen sexualmente de ellas en la infancia, y a menor edad. (González-Forteza C. 2001). Las estadísticas en México son escasas y no reflejan la realidad, en estudio se encontró una prevalencia nacional entre los adolescentes del 4.3%. (De la Garza-Aguilar 1998)

ANTECEDENTES

Trastorno Límite de la Personalidad y Abuso Sexual

Se considera que las experiencias traumáticas en la infancia son el factor principal para desarrollar depresión, ansiedad, somatización, trastornos disociativos, trastorno límite de la personalidad, trastorno de estrés postraumático, abuso de sustancias, intentos suicidas y problemas sexuales. (Mc Cauley, 1997)

En el TLP se ha reportado antecedente de abuso sexual en la infancia así como otros subtipos de abuso y negligencia. (Rogosh F. 2005)

Se realizó un estudio con 185 niños maltratados y 175 no maltratados para realizar un constructo de factores predictores para desarrollar TLP, en donde se encontró que los niños maltratados mostraban alteraciones en las relaciones con sus padres y pares, en la percepción negativa de la autoimagen y en los intentos suicidas, lo cual se observa en los adultos con TLP. (Rogosh F. 2005)

El abuso sexual y la negligencia emocional tienen un papel importante en la etiología de la conducta autodestructiva en el TLP. Mientras que el abuso sexual está más relacionado con la conducta suicida, la negligencia emocional se relaciona más con la conducta autolesiva. Probablemente tanto el abuso como la negligencia interfieran en la capacidad para modular los afectos, desarrollando la conducta autolesiva como una maladaptación de dicha alteración. (Dubo E. 1997)

Se realizó un estudio en donde se comparó a pacientes con TLP y controles (otros trastornos de personalidad) sobre sus recuerdos en la infancia acerca de dificultad en la separación y factores temperamentales; se demostró que los pacientes con TLP reportaron recuerdos de mayor dificultad en las separaciones breves y significativas, mayor dificultad para tolerar la frustración y sus emociones, y presentaron síntomas de TLP más tempranamente (intentos suicidas, ansiedad, autolesiones, episodios disociativos, sentimientos de tristeza). (Bradford R. 2001)

En otro estudio se correlacionaron el abuso en la infancia, el medio ambiente familiar en la infancia y la agregación familiar. Se estudiaron 524 pacientes con trastornos de personalidad. Se encontró que el abuso en la infancia, la psicopatología de los padres y el medio ambiente familiar son factores independientes para desarrollar TLP. Sin embargo se encontró que el abuso sexual en la infancia predecía el TLP sobre y por encima del medio ambiente familiar. (Bradley R. 2005)

Relación entre los Antecedentes de Abuso Sexual y Sintomatología del Trastorno Límite de la Personalidad

En 2002 se realizó un estudio en el cual se estudió la severidad del abuso sexual y la relación entre el abuso sexual y la severidad de los síntomas de TLP; se encontró que más del 50% de las pacientes habían tenido abuso sexual en la infancia o la adolescencia, semanalmente por al menos un año, por un padre o una persona conocida. En más del 50% hubo penetración y usaron violencia. La severidad del abuso sexual reportado estuvo asociado con la severidad de los síntomas del TLP, en especial en el área psicosocial. La negligencia en la infancia mostró un patrón similar. Concluyendo que la severidad del abuso sexual en la infancia, otro tipo de abuso y la negligencia infantil tienen un papel importante en la severidad de los síntomas del TLP y el funcionamiento social de dichos pacientes. (Zanarini M. 2005)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA (PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN)

¿Cómo se relaciona el antecedente de abuso sexual con las cuatro áreas sintomatológicas del Trastorno Límite de Personalidad?

JUSTIFICACIÓN

El trastorno límite de la personalidad es dentro de los trastorno de personalidad el que más disfunción crea, así como el que más uso hace de las instituciones de hospitalización. El TLP se presenta en la etapa más productiva de la vida creando una disfunción y malestar importantes.

El TLP se asocia a un pobre pronóstico en parte porque existen diversas hipótesis etiológicas, dentro de ellas el abuso sexual, las cuales requieren de estudios para confirmar o descartar la participación de éstas dentro del desarrollo del TLP.

Se ha encontrado consistentemente una relación entre maltrato infantil y TLP, sin embargo pocos estudios hay en nuestro medio que relacionen estas dos condiciones para poder asegurar que esta condición es consistente en diversas culturas.

Realizar estudios sobre la relación de las cuatro áreas sintomatológicas (afectiva, cognitiva, conductas impulsivas y relaciones interpersonales) del TLP con los antecedentes de abuso sexual nos ayudará a predecir patrones sintomatológicos en relación con el TLP de las pacientes que hayan tenido el antecedente de abuso sexual.

El encontrar patrones sintomatológicos particulares del TLP relacionados con el antecedente de abuso sexual permitirá en futuros estudios asociar estas características con respuesta a los tratamientos y con el pronóstico.

OBJETIVOS

Objetivo General

Describir la relación de la gravedad de las cuatro áreas sintomatológicas del Trastorno límite de la personalidad (afectiva, cognitiva, conductas impulsivas y relaciones interpersonales) con el antecedente de abuso sexual.

Objetivos Específicos

Describir las cuatro áreas sintomatológicas del trastorno límite de la personalidad (afectiva, cognitiva, conductas impulsivas y relaciones interpersonales) en pacientes con este trastorno.

Describir las características del abuso sexual sufrido en pacientes con Trastorno límite de la personalidad.

Relacionar las características del abuso sexual con las cuatro áreas sintomatológicas (afectiva, cognitiva, conductas impulsivas y relaciones interpersonales) del Trastorno límite de la personalidad.

Comparar las cuatro áreas sintomatológicas (afectiva, cognitiva, conductas impulsivas y relaciones interpersonales) de las pacientes con trastorno límite de la personalidad con y sin antecedente de abuso sexual.

HIPÓTESIS

Las características del abuso sexual se correlacionaran significativamente con las cuatro áreas sintomatológicas (afectiva, cognitiva, conductas impulsivas y relaciones interpersonales) del Trastorno límite de personalidad.

Las pacientes con Trastorno límite de la personalidad con antecedente de abuso sexual tendrán mayor severidad de las cuatro áreas sintomatológicas (afectiva, cognitiva, conductas impulsivas y relaciones interpersonales) relacionadas con este trastorno que las paciente que no tienen el antecedente de abuso sexual.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio

Descriptivo, escrutinio, transversal y homodémico (Feinstein 1985).

Población en estudio; selección y tamaño de la muestra

La muestra estuvo constituida por pacientes ingresadas al servicio de hospitalización del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente” en un periodo de seis meses comprendido entre septiembre del 2007 a febrero del 2008. A los cuales se les de haya dado el diagnóstico presuncional a su ingreso de Trastorno límite de la personalidad.

Criterios de inclusión, exclusión y eliminación

Inclusión: Mujeres de 18 a 45 años de edad con diagnóstico de Trastorno límite de la personalidad de acuerdo a la *Structured Clinical Interview del DSM-IV* para trastornos del eje II (SCID-II), con y sin antecedente de abuso sexual, que acepten participar en el estudio.

Exclusión: Comorbilidad con trastornos psicóticos, episodios maniatiformes y trastornos secundarios a causa médica.

VARIABLES Y ESCALAS DE MEDICIÓN

VARIABLES: las **cuatro áreas sintomatológicas** (afectiva, cognitiva, conductas impulsivas y relaciones interpersonales) del trastorno límite de la personalidad y el antecedente de abuso sexual y severidad del abuso sexual.

Instrumentos de medición: El diagnóstico de Trastorno límite de la personalidad fue realizado mediante la **entrevista semiestructurada del SCID-II**. Los orígenes de la SCID-II se remontan a las etapas iniciales de la Entrevista Clínica Estructurada para el DSM-III (SCID), durante las cuales un módulo específico para los trastornos de la personalidad, desarrollado por el Dr. Jeffrey Jonas del Hospital McLean, fue incluido en la versión de la SCID de 1984.

Tras la publicación del DSM-IV en 1994, se inicio la revisión de la SCID-II para el DSM-IV. Con la ayuda de la Dra. Lorna Benjamín, muchas de las preguntas de la SCID-II fueron reformuladas para que reflejaran mejor la experiencia interior del sujeto. Esta versión definitiva de la SCID-II para el DSM-IV en su versión inglesa fue publicada en 1997 por la American Psychiatric Press, Inc

La estructura básica de la SCID-II es similar a la de la SCID para trastornos del Eje I. Elaborada a partir del formato de entrevista clínica habitual, comienza con una breve revisión que caracteriza el comportamiento y las relaciones habituales del sujeto, proporcionando información sobre su capacidad de autorreflexión.

Seguidamente, se consideran de forma sucesiva cada uno de los 10 trastornos de la personalidad específicos y las 2 categorías del Apéndice: Trastorno de la personalidad por evitación, Trastorno de la personalidad por dependencia, Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad, Trastorno pasivo-agresivo de la personalidad, Trastorno depresivo de la personalidad, Trastorno paranoide de la personalidad, Trastorno esquizotípico de la personalidad, Trastorno esquizoide de la personalidad, Trastorno histriónico de la personalidad, Trastorno narcisista de la personalidad, Trastorno límite de la personalidad y Trastorno antisocial de la personalidad. El orden de los trastornos de la personalidad en la SCID-II difiere del de la clasificación del DSM-IV

Al igual que la SCID para trastornos del Eje I, la SCID-II consta de tres columnas: la de la izquierda contiene las preguntas de la entrevista, la central enumera los criterios diagnósticos del DSM-IV, y la de la derecha tiene por objetivo puntuar los ítems.

Cada criterio de trastorno de la personalidad se puntúa como (?), (1), (2) o (3).

? = Información inadecuada para codificar el criterio como 1, 2 o 3.

1 = Ausente o Falso

Ausente. El síntoma descrito en el criterio se halla claramente ausente.

Falso. El enunciado del criterio es claramente falso.

2 = Subumbral

El umbral del criterio casi se alcanza, pero no completamente.

3 = Umbral o Verdadero

Umbral. El umbral para alcanzar el criterio se cumple según el mínimo exigido, o con holgura.

Verdadero. El enunciado del criterio es verdadero. (First y cols., 1999).

Las variables clínicas relacionadas con el Trastorno límite de la personalidad se evaluaron con la versión española del **Diagnostic Interview for Borderline-Revised (DIB-R)**. Esta entrevista fue elaborada en la década de 1970 para “conseguir fiabilidad diagnóstica en el caso de los pacientes límites”. Evalúa cinco ámbitos de contenido propio del TLP según la concepción del autor: adaptación social, patrones de actos impulsivos, afecto, psicosis y relaciones interpersonales. Permite además determinar la gravedad del trastorno en una escala del 0 al 10. Sin embargo, a pesar de de sus adecuadas características psicométricas, se llegó a considerar que podría tener escasa validez discriminante respecto a otros trastornos del eje II. Con el fin de corregir esas limitaciones, en 1989 aparece una versión revisada de la DIB-R.

En la DIB-R se reduce el número de ítems de 132 a 122 y se elimina un ámbito de contenido, el de adaptación social, por no ser discriminativo de otros trastornos de personalidad. Evalúa las cuatro áreas sintomatológicas (afectiva, cognitiva, conductas impulsivas y relaciones interpersonales). La duración de la entrevista es comparable al del instrumento original (45-60 min): se limita la exploración a los 2 años previos al momento de la entrevista. La entrevista esta dividida en 22 subsecciones y la información recogida en estas es usada para asignar una puntuación en los 22 ítems de letras mayúsculas que se denominan FRASES RESUMEN. Una puntuación del DIB-R total de 6 o más se considera indicativa del Trastorno límite de la personalidad; mientras que una puntuación menor a 6 se considera indicativa de otros trastornos.

La DIB-R tiene una elevada sensibilidad y especificidad, con una fiabilidad entre evaluadores de 0.85 a 0.94 y una fiabilidad test-retest 0.53-0.91. (Barrachina J. 2004)

La presencia o ausencia del antecedente de abuso sexual fué determinado mediante un interrogatorio clínico.

Las características del antecedente de abuso sexual fue evaluado con el **Índice de Maltrato Infantil (IMI)** [Ibarra-Alcántar, Ortiz-Guzmán, Alvarado-Cruz y cols; que está por publicarse]; es una entrevista semiestructurada que evalúa el maltrato en la infancia así como abuso sexual; comprende 57 reactivos distribuidos en 7 secciones, que investigan la frecuencia con que un sujeto, entre los 3 y 17 años de edad, sufrió agresiones verbales, físicas y castigos por parte de sus padres; la supervisión y cuidados que recibió; las condiciones de la vivienda que habitó; y las características de las experiencias de abuso sexual. Los reactivos se agruparon de acuerdo con las cuatro categorías principales de violencia familiar, de tal forma que se conformaron cuatro

subescalas: de maltrato psicológico (17 reactivos), maltrato físico (6 reactivos), abandono (24 reactivos) y abuso sexual (10 reactivos).

Teniendo un coeficiente de confiabilidad total de 0.89, para la sub escala de maltrato físico 0.90, para la sub escala de maltrato psicológico de 0.84, para la sub escala de abandono 0.84, para la sub escala de abuso sexual de 0.82. (Ibarra-Alcántar 2007)

Métodos de recolección de datos

Durante un periodo de seis meses, se reclutaron 20 pacientes que estuvieron en el servicio de hospitalización del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente”, que a su ingreso se les diagnosticó presuncionalmente de Trastorno límite de la personalidad, y cumplieron con los criterios de inclusión requeridos. Se les solicitó su participación en el estudio mediante una carta de consentimiento informado. A las pacientes que aceptaron participar, durante la segunda semana de hospitalización, tiempo en el cual los síntomas por los que haya ameritado tratamiento intrahospitalario se espera que hayan disminuido en severidad para que no influya en las respuestas de las entrevistas que se realizaran; se les aplicó el SCID-II para confirmar o descartar trastorno límite de la personalidad. En una segunda entrevista se les aplicó la DIB-R para evaluar la severidad de las cuatro áreas sintomatológicas (afectiva, cognitiva, conductas impulsivas y relaciones interpersonales) del TLP. Se les cuestionó acerca del antecedente de abuso sexual mediante una respuesta dicotómica: si o no. A todas aquellas que respondieron afirmativamente, se les realizará el IMI para evaluar las características del abuso sexual.

Plan de análisis de los resultados

Se describieron los datos demográficos de las pacientes como edad, nivel educacional, estado civil (el cual se denominará como alguna vez casada o nunca casada) y ocupación.

Por motivos de este estudio se dividió a la muestra en aquellas pacientes sin antecedente de violación (penetración) y sin antecedente de violación (sin penetración, con o sin algún otro tipo de abuso sexual). De esta forma se describirán los datos demográficos de cada grupo.

Se describieron los puntajes de las cuatro escalas de la DIB-R, tanto del total de la muestra como de ambos grupos (con y sin antecedente de violación).

Se describieron los porcentajes del tipo de abuso sexual sufrido por las pacientes con este antecedente.

Se describieron las características de la violación en aquellas pacientes que tuvieron este antecedente.

Se comparan los puntajes de las cuatro áreas sintomatológicas de la DIB-R con el antecedente o no de violación, por medio de la prueba de U de Mann-Whitney.

IMPLICACIONES ÉTICAS

Fue un estudio con riesgo mínimo ya que se aplicaron entrevistas de evaluación psiquiátrica, se investigó el antecedente de abuso sexual. No se presentaron eventos adversos al momento de aplicar las entrevistas o de responder el cuestionario de maltrato infantil.

ORGANIZACIÓN

Recursos humanos y materiales

Las entrevistas se llevaron a cabo por el médico investigador; durante dos entrevistas, en un periodo de aproximado de una a dos horas cada una. Se utilizaran las copias en papel de las entrevistas a aplicar y de los cuestionarios autoaplicables, así como de lápiz con goma para su llenado.

Evaluación de costos

Los gastos incluirán los lápices y las copias de las escalas ha utilizar.

Cronograma de actividades

Actividad	R2-1*	R2-2*	R3-1*	R3-2*	R4-1*	R4-2*
Investigación bibliográfica	X	X	X			
Aceptación por el comité de ética y el comité científico				X		
Reclutamiento de pacientes y aplicación de escalas				X		
Análisis de datos					X	
Narración y corrección de tesis					X	
Entrega de tesis					X	

*R2-1= Primer semestre R2, R2-2 = Segundo semestre R2, R3-1 = Primer semestre R3, R3-2 = Segundo semestre R3, R4-1 = Primer semestre R4, R4-2 = Segundo semestre R4

RESULTADOS

Análisis descriptivo

Datos demográficos

Se reclutaron un total de 20 pacientes de sexo femenino, con un rango de edad de 18 a 46 años (media de 28.7 años, DE 6.4) [ver cuadro 1]. Con diagnóstico de Trastorno límite de la personalidad según la entrevista estructurada del SCID-II. El estado civil se reportó como alguna vez casada (n=9, 45%) y nunca casada (n=11, 55%) [ver cuadro 2]. Con un nivel de educación reportado en años, con un rango de 8 a 22 años (media 12.2, DE 3.4) [ver cuadro 3]. En cuanto a la ocupación se encontró que desempeñaban un trabajo de tipo profesional (n=1, 5%), directivo (n=1, 5%), oficinista (n=2, 10%), estudiante (n=4, 20%), desempleadas (n=2, 10%) y al hogar (n=10, 50%) [ver cuadro 4].

La muestra se dividió en aquellas pacientes con antecedente de violación y las que no tuvieron violación de acuerdo a la entrevista (IMI). De total de la muestra, 9 sufrieron violación y 11 no tuvieron antecedente de violación.

Del grupo de pacientes que tuvieron violación su edad se encontró en un rango de 20 a 33 años (media 27.0, DE 4.8) [ver cuadro 1]. Su estado civil fue alguna vez estuvieron casadas (n=3, 33.3%) y nunca casadas (n=6, 66.7%) [ver cuadro 2]. Su nivel de escolaridad en años se encontró en un rango de 8 a 15 años (media 11.4, DE 2.3) [ver cuadro 3]. Su ocupación consistió en oficinista (n=1, 11.1%), estudiante (n=2, 22.2%), hogar (n=5, 55.6%) y a nada (n=1, 11.1%) [ver cuadro 4].

De las pacientes sin antecedente de violación su edad se encontró en un rango de 18 a 46 años (media 30.1, DE 7.3) [ver cuadro 1]. Su estado civil fue alguna vez casada (n=6, 54.5%) y nunca casada (n=5, 45.5%) [ver cuadro 2]. Su nivel de escolaridad en años fue de 8 a 22 años (media 12.9, DE 4.2) [ver cuadro 3]. Su ocupación fue trabajo a nivel profesional (n=1, 9.1%), directivo (n=1, 9.1%), oficinista (n=1, 9.1%), estudiante (n=2, 18.2%), hogar (n=5, 45.5%) y nada (n=1, 9.1%) [ver cuadro 4].

Descriptivo de áreas sintomatológicas del TLP

Al evaluarse con el DIB-R las 20 pacientes que se evaluaron, en la *escala del área de afectividad* del puntuaron 1 (3 o 4 puntos en esa área) (n=2, 10%) y 2 (más de 5 puntos en esa área) (n=18, 90%); (mediana 1.9, DE 0.3). En la *escala del área cognitiva* puntuaron 0 (1 o menos puntos en esa área) (n=5, 25%), 1 (2 o 3 puntos en dicha área) (n=11, 55%) y 2 (4 o más puntos) (n=20%); (mediana 0.9, DE 0.6). En la *escala del área de las conductas impulsivas* puntuaron en 0 (menos de 3 puntos) (n=1, 5%), 2 (4 o 5 puntos) (n=1, 5%) y 3 (6 o más puntos) (n=18, 90%); (mediana 2.8, DE 0.6). En la *escala del área de las relaciones interpersonales* puntuaron en 0 (5 o menos puntos) (n=2, 10%), 2 (6 a 8 puntos) (n=6, 30%) y 3 (9 o más puntos) (n=12, 60%); (mediana 2.4, DE 0.9) [ver cuadro 5]. Teniendo un *puntaje total* de la DIB-R de 2 (n=1, 5%), 4 (n=1, 5%), 6 (n=1, 5%), 7 (n=1, 5%), 8 (n=4, 20%), 9 (n=10, 50%) y 10 (n=2, 10%); (mediana 8.0, DE 1.9) [ver cuadro 6].

Al describir las áreas sintomatológicas del TLP según la DIB-R en el grupo con antecedente de violación y en el grupo sin antecedente de violación se encontró que las 9 pacientes con antecedente de violación la *escala del área de afectividad* puntuaron 1 (3 o 4 puntos) (n=2, 22.2%) y 2 (más de 5 puntos) (n=7, 77.8%); (mediana 1.7, DE 0.4). En la *escala del área cognitiva* puntuaron 0 (menos de 1 punto) (n=2, 22.2%), 1 (2 a 3 puntos) (n=6, 66.7%) y 2 (n=4 o más puntos) (n=1, 11.1%); (mediana 0.8, DE 0.6). En

la *escala del área de conductas impulsivas* puntuaron en 2 (4 o 5 puntos) (n=1, 11.1%), 3 (más de 6 puntos) (n=8, 88.9%); (mediana 2.8, DE 0.3). En la *escala del área de relaciones interpersonales* puntuaron en 0 (menos de 5 puntos) (n= 1, 11.1%), 2 (6 a 8 puntos) (n=2, 22.2%) y 3 (9 o más puntos) (n=6, 66.7%); (mediana 2.4, DE 1.0) [ver cuadro 5]. Teniendo un *puntaje total* de la DIB-R de 4 (n=1, 11.1%), 6 (n=1, 11.1%), 8 (n=1, 11.1%) y 9 (n=6, 66.7%); (mediana 8.0, DE 1.8) [ver cuadro 6].

De las 11 pacientes sin antecedente de violación puntuaron en la *escala del área de afectividad* 2 (más de 5 puntos) (n= 11, 100%); (mediana 2.0, DE 0). En la *escala del área cognitiva* puntuaron 0 (1 o menos puntos) (n=3, 27.3%), 1 (2 o 3 puntos) (n=5, 45.5%) y 2 (4 o más puntos) (n=3, 27.3%); (mediana 1.0, DE 0.7). En la *escala del área de conductas impulsivas* puntuaron 0 (3 o menos puntos) (n=1, 9.1%) y 3 (más de 6 puntos) (n=10, 90.9%); (mediana 2.7, DE 0.9). En la *escala del área de relaciones interpersonales* puntuaron 0 (5 o menos puntos) (n=1, 9.1%), 2 (6 a 8 puntos) (n=4, 36.4%) y 3 (9 o más puntos) (n=6, 54.5%); (mediana 2.3, DE 0.9) [ver cuadro 5]. En el *puntaje total* de la DIB-R se encontró que puntuaron en 2 (n=1, 9.1%), 7 (n=1, 9.1%), 8 (n=3, 27.3%), 9 (n=4, 36.4%) y 10 (n=2, 18.2%); (mediana 0.09, DE 2.2) [ver cuadro 6].

Índice de Maltrato Infantil

Se evaluaron a 20 pacientes a las cuales se les indicó que contestaran el apartado de abuso sexual en la infancia. Las respuestas podrían ser si o no. Respondieron afirmativamente a quitarse la ropa 12 pacientes (60%), a que otra persona las tocara 16 pacientes (80%), a dar besos 9 pacientes (45%), recibir besos 13 pacientes (65%), frotamientos 12 pacientes (60%), intentar tener una relación sexual 12 pacientes (60%) y penetración 9 pacientes (45%) [ver cuadro 7].

Para fines de este estudio se dividió en dos grupos al total de las pacientes, en aquellas con antecedente de violación (las que sufrieron penetración) y sin antecedente de violación (con otro tipo de abuso o sin abuso).

De las 20 pacientes evaluadas, 9 presentaron antecedente de violación; el cual fue perpetrado cuando las pacientes tenían entre 5 y 17 años de edad (media 12, DE 4.3) [ver cuadro 8]. Su agresor tenía una edad que oscilaba de los 13 a los 45 años (media 24.2, DE 11.4) [ver cuadro 9]. Los agresores fueron primo (n=1, 11.1%), profesor (n=1, 11.1%), tío (n=2, 22.2%), amigo (n=3, 33.3%) y desconocido (n=2, 22.2%) [ver cuadro 10].

Análisis Comparativo

Se compararon a las pacientes con antecedente de violación (n=9, 45%) y sin antecedente de violación (n=11, 54%) con los puntajes de las cuatro áreas sintomatológicas del Trastorno límite de la personalidad según la DIB-R. En la escala de afectividad se encontró una significancia de $U=38$ $p=0.41$, para la escala del área cognitiva $U=45$ $p=0.76$, para la escala del área de las conductas impulsivas $U=49$ $p=1.0$, para la escala de las relaciones interpersonales $U=44$ $p=0.71$ y para el puntaje total de la DIB-R fue de $U=47$ $p=0.88$.

DISCUSIÓN

Lo que se puede observar de acuerdo a los resultados obtenidos es que la mayoría de las pacientes entrevistadas se encuentran a finales de la tercera década de la vida o a principios de la cuarta década de la vida.

La mayoría nunca ha estado casada, esto se repite en las pacientes con antecedente de violación, pero se invierte en las pacientes sin antecedente de violación. Esto podría indicar que el hecho de haber sido violada condicionaba su relación con otras personas y su capacidad para mantener una relación de pareja estable.

El nivel educacional se midió a través del número de años estudiados, teniendo un promedio de 12 años, lo cual equivale a un nivel de educación bachillerato o carrera técnica. El número de años estudiados fue ligeramente menor en el grupo de pacientes con antecedente de violación comparado con el grupo de pacientes sin antecedente de violación. Lo cual se puede explicar tal vez por el pobre funcionamiento de dichas pacientes después de haber sufrido violación.

Al observar la ocupación de las pacientes la mayoría se dedicaba a labores del hogar o a estudiar; en el grupo de pacientes con antecedente de violación también desarrollaban trabajos de tipo profesional o directivo; esto no se observó en las pacientes con antecedente de violación. Tal vez se asocie con el nivel educacional, el cual ya se comentó previamente.

Al cuestionar si sufrieron violación cerca de la mitad de las pacientes respondieron afirmativamente, sin embargo al cuestionar algún otro tipo de abuso más de la mitad respondieron que sí. El tipo más frecuente fue el que otra persona la tocara, llegando a ser de hasta un 80% de las pacientes.

Las pacientes que sufrieron violación, fueron agredidas cerca de los 12 años de edad, mientras que su agresor le doblaba la edad. Dicho abuso fue cometido en su mayoría por amigo, tío o desconocido. Estos resultados concuerdan con estudios similares en los que se ha encontrado que el abuso se lleve a cabo tanto en la infancia como en la adolescencia; y que el agresor era un familiar o su cuidador. (Zanarini 2002)

La DIB-R se le aplicó a las pacientes, se pudo observar que es un instrumento sencillo de entender y de aplicar. Como se ha mencionado antes esta entrevista consta de cuatro áreas y a cada una se le dan puntajes que van de 0 a 2 o de 0 a 3. La mayoría de las pacientes puntuaron en el nivel medio y alto para las cuatro escalas. Se pudo notar que la escala de impulsividad y de afectividad fue en las que se obtuvieron los puntajes mayores, de igual forma en la escala de relaciones interpersonales aunque con un puntaje menor. Este mismo patrón se observó en ambos grupos de pacientes.

Al realizar la comparación entre las pacientes con antecedente de violación y sin violación no se observaron diferencias significativas. Esto puede estar tal vez influenciado al tamaño de la muestra ya que es muy pequeña. Se han realizado estudios previos en los cuales se han necesitado muestras de por lo menos 200 pacientes. Nuestra muestra equivale al 10% de estas.

La recolección de la muestra implicó una dificultad importante ya que se requerían pacientes con diagnóstico presuncional de Trastorno límite de la personalidad y que se encontraran hospitalizadas. Lo cual implicaría que tuvieran un cuadro agudo de algún trastorno comorbido y que fuera tan grave como ser hospitalizadas, ya que generalmente por el simple hecho de dicho trastorno de personalidad no son admitidas en hospital.

Sin embargo este estudio da pie a que se realicen más investigaciones con este tipo de pacientes, es más debemos ampliar la muestra de estas pacientes para tratar de buscar resultados significativos. El que se realicen estudios con este tipo de pacientes ayudara a

que en un futuro se tengan en cuenta que factores podrían llegar a ser prevenibles o detener el efecto adverso en la formación de la personalidad en niñas o adolescentes; mientras que en las mujeres adultas se debe tener un mayor conocimiento de dicha patología para comprenderlas mejor y planear el tratamiento tanto con fármacos como con psicoterapia.

CUADROS

Cuadro 1. Edad de las pacientes con Trastorno límite de la personalidad

Pacientes (n)	Rango de edad (años)		Estadística M, DE
	Mínimo	Máximo	
Con violación (n=9)	20	33	27.0, 4.8
Sin violación (n=11)	18	46	30.1, 7.3
Total (n=20)	18	46	28.7, 6.4

Cuadro 2. Estado civil de las pacientes con Trastorno límite de la personalidad

Pacientes (n)	Estado civil	
	Alguna vez casada (%)	Nunca casada (%)
Con violación (n=9)	33.3	66.7
Sin violación (n=11)	54.5	45.5
Total (n=20)	45	55

Cuadro 3. Nivel educacional de las pacientes con Trastorno límite de la personalidad

Pacientes (n)	Rango de nivel educacional (años)		Estadística M, DE
	Mínimo	Máximo	
Con violación (n=9)	8	15	11.4, 2.3
Sin violación (n=11)	8	22	12.9, 4.2
Total (n=20)	8	22	12.2, 3.4

Cuadro 4. Ocupación de las pacientes con Trastorno límite de la personalidad

Pacientes (n)	Ocupación					
	Profesional (%)	Directivo (%)	Oficinista (%)	Estudiante (%)	Hogar (%)	Nada (%)
Con violación (n=9)	0	0	11.1	22.2	55.6	11.1
Sin violación (n=11)	9.1	9.1	9.1	18.2	45.5	9.1
Total (n=20)	5	5	10	20	50	10

Cuadro 5. Puntaje de las cuatro áreas sintomatológicas del Trastorno límite de la personalidad según la DIB-R

	Escalas DIB-R
--	---------------

Pacientes (n)	Afectividad (puntaje=%) media, DE	Cognitiva (puntaje=%) media, DE	Impulsividad (puntaje=%) media, DE	Relaciones Interpersonales (puntaje=%) media, DE
Con violación (n=9)	0=0 1=22.2 2=77.8 1.7, 0.4	0=25 1=55 2=20 2.8, 0.3	0=5 2=5 3=90 2.4, 1.0	0=10 2=30 3=60 2.8, 0.3
Sin violación (n=11)	0=0 1=0 2=100 2.0, 0	0=27.3 1=45.5 2=11.1 1.0, 0.7	0=0 2=11.1 3=88.9 2.7, 0.9	0=11.1 2=22.2 3=66.7 2.3, 0.9
Total (n=20)	0=0 1=10 2=90 1.9, 0.3	0=25 1=55 2=20 0.9, 0.6	0=5 2=5 3=90 2.8, 0.6	0=10 2=30 3=60 2.4, 0.9

Cuadro 6. Puntajes totales de la DIB-R en pacientes con Trastorno límite de la personalidad

Pacientes (n)	Puntajes totales (puntaje=%)	Estadística (media, DE)
Con violación (n=9)	4=11.1 6=11.1 8=11.1 9=66.7	8.0, 1.9
Sin violación (n=11)	2=9.1 7=9.1 8=27.3 9=36.4 10=18.2	8.0, 2.2
Total	2=5 4=5 6=5 7=5 8=20 9=50 10=10	8.0, 1.9

Cuadro 7. Tipos de abuso sexual en las pacientes con Trastorno límite de la personalidad

Tipo de abuso	Pacientes n=20 (%)
Quitarse la ropa	60
Que otra persona la tocara	80

Dar besos	45
Recibir besos	65
Frotamientos	60
Intentaron tener relación sexual	60
Penetración (Violación)	45

Cuadro 8. Edad a la que sufrieron abuso sexual las pacientes con Trastorno límite de la personalidad

Pacientes (total)	Edad mínima (años)	Edad máxima (años)	Media, DE
9	5	17	12.0, 4.3

Cuadro 9. Edad del agresor

Edad mínima (años)	Edad máxima (años)	Media, DE
13	45	24.2, 11.4

Cuadro 10. Parentesco del agresor con las pacientes con Trastorno límite de la personalidad

Parentesco	Pacientes n=9 (%)
Tío	22.2
Primo	11.1
Desconocido	22.2
Amigo	33.3
Profesor	11.1

REFERENCIAS

1. AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed). American Psychiatry Press, Washington, DC 1994
2. BALLÚS C, VICENS E, GRANÉ M, et al. *Trastorno límite de la personalidad* (Quaderns de salut mental; 8). Department de Salut. Ed CatSalut; 1ª edición, Barcelona, febrero 2006
3. BARRACHINA J, et al. Validación de la versión española de la Diagnostic Interview for Borderlines-Revised (DIB-R). *Actas Esp Psiquiatr*, 2004; 32(5):293-298
4. BOLTON E, et al. Symptom correlates of posttraumatic stress disorder in clients with borderline personality disorder. *Comprehensive psychiatry*, 47 (2006):357-361
5. BRADFORD R AND ZANARINI M. Developmental Aspects Of Borderline Personality Disorder. *Harvard Rev Psychiatry*, 2001;9:294–301
6. BRADLEY R, JENEI J, AND WESTEN D. Etiology Of Borderline Personality Disorder Disentangling The Contributions Of Intercorrelated Antecedents. *J Nerv Ment Dis*, 2005;193: 24–31
7. DE LA GARZA-AGUIAR J, DÍAZ-MICHEL E. Elementos para el estudio de la Violación Sexual. *Salud Pública Méx*, 39(6), Nov./Dic. 1997
8. DUBO E, ZANARINI M, LEWIS R, WILLIAMS A. Childhood Antecedents Of Self-Destructiveness In Borderline Personality Disorder. *Can J Psychiatry*, 1997;42:63–69
9. GOLIER J, YEHUDA R, BIERER L, et al. The Relationship of Borderline Personality Disorder to Posttraumatic Stress Disorder and Traumatic Events. *Am J Psychiatry* 2003;160:2018-2024
10. GONZÁLEZ-FORTEZA C, RAMOS LIRA L, VIGNAU BRAMBILA L, RAMÍREZ VILLARREAL C. El abuso sexual y el intento suicida asociados con el malestar depresivo y la ideación suicida de los adolescentes. *Salud Mental*, 24 (6), Diciembre 2001
11. GONZALEZ VIVES S, DIAZ-MARSÁ M, FUENTENEbro F, LÓPEZ-IBOR ALIÑO J, CARRASCO J. Historical Review of the Borderline Personality Disorder Concept. *Actas Esp Psiquiatr* 2006;34(5):336-343
12. GUNDERSON J, SABO A. The Phenomenological and Conceptual Interface Between Borderline Personality Disorder and PTSD. *Am J Psychiatry* 1993;150(1):19-27

13. HERMAN, et al. Childhood Trauma in Borderline Personality Disorder. *American Journal of Psychiatry*. 1989, 151(2), 277-280
14. IBARRA-ALCÁNTAR, ORTIZ-GUZMÁN, ALVARADO-CRUZ, et al. Desarrollo de un instrumento para evaluar el maltrato infantil: Resultados preliminares. Publicación pendiente
15. KOLDOBSKY N. *Trastorno borderline de la personalidad. Un desafío clínico*. 1ª edición, Ed. Polemos, Buenos Aires, Argentina.
16. LIEB K, ZANARIN MI, SCHMAHL C, LINEHAN M, et al. Borderline Personality Disorder. *Lancet*, 2004; 364: 453–61
17. McCAULEY J, et al. Clinical characteristics of women with a history of childhood abuse. *JAMA*, May 7, 277(17), 1997
18. PARIS J. Borderline personality disorder. Review. *CMAJ* 2005;172(12):1579-83
19. ROGOSCHA F AND CICCETTIA D. Child Maltreatment, Attention Networks, and Potential Precursors To Borderline Personality Disorder. *Dev Psychopathol*. 2005;17(4):1071–1089.
20. SAR V, AKYUZ G, KUGU N, et al. Axis I Dissociative Disorder Comorbidity in Borderline Personality Disorder and Reports of Childhood Trauma. *J Clin Psychiatry* 67
21. SCHMAL C, ELZINGA B, EBNER U, et al. Psychological reactivity to traumatic and abandonment scripts in borderline personality and posttraumatic stress disorders: a preliminary report. *Psych Research* 2004;126:33-42
22. SKODOL A, GUNDERSON J, PFOLH B, WIDEGER T, LIVESLEY J, SIEVER L. The Borderline Diagnosis I: Psychopathology, Comorbidity, and Personality Structure. *Biol Psychiatry* 2002; 51:936-950
23. VILLATORO J., et al. *¿Cómo educamos a nuestros/as hijos/as? Encuesta de maltrato infantil y factores asociados 2006*. Instituto Nacional de las Mujeres. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón De la Fuente, México, D. F. (2006).
24. ZANARINI M, FRANKENBURG F, HENNEN J, SILK R. Longitudinal Course of Borderline Psychopathology: 6-Year Prospective Follow-Up Of The Phenomenology Of Borderline Personality Disorder. *Am J Psychiatry*, 2003; 160:274–283
25. ZANARINI M, et al. Axis I Comorbidity of Borderline Personality Disorder. *Am J Psychiatry*, 1998; 155:1733-1739
26. ZANARINI M, YONG L, FRANKENBURG F, HENNEN J, et al. Severity Of Reported Childhood Sexual Abuse And Its Relationship To Severity Of Borderline Psychopathology And Psychosocial Impairment Among Borderline Inpatients. *J Nerv Ment Dis*, 190:381–387, 2002

27. ZITTEL CONKIL C, et al. Affect regulation in Borderline personality disorder.
J Nerv Ment Dis, 2006;194:69-77

Consentimiento informado

Relación del antecedente de abuso sexual en la severidad de las cuatro áreas sintomatológicas (afectiva, cognitiva, conductas impulsivas y relaciones interpersonales) del Trastorno Límite de la Personalidad
Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”

Nombre de la paciente:

Se le invita a participar en este estudio de la subdirección de hospitalización del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente”, el cual requiere de su consentimiento voluntario. Lea cuidadosamente la siguiente información.

Programa a efectuar

El presente estudio forma parte de una investigación para evaluar la influencia del abuso sexual en la infancia en la sintomatología del Trastorno límite de la personalidad (TLP). El TLP es un trastorno que se caracteriza por patrón de inestabilidad en la regulación del estado de ánimo, en el control de impulsos, en las relaciones interpersonales y las autolesiones. El abuso sexual en la infancia es un predictor para el desarrollo del TLP. El objetivo de esta investigación es asociar el antecedente de abuso sexual y la presencia de síntomas del Trastorno límite de la personalidad.

Plan del Estudio

Si acepta participar en este estudio se le realizarán dos entrevistas las cuales se llevarán a cabo en dos días por un lapso una a dos horas cada una. Será entrevistada por un médico quien le explicará en que consisten los cuestionarios y a quien podrá expresar las dudas que presente.

Aclaraciones

En una primera sesión se le aplicará una entrevista (SCID-II) para diagnosticar los trastornos de personalidad, que tiene una duración aproximada de 60 a 90 minutos. Mientras en una segunda sesión se le aplicará una entrevista (DIB-R) para valorar las áreas sintomatológicas del trastorno de personalidad y la gravedad; en esta sesión si tiene antecedente de abuso sexual en la infancia se le entregará el cuestionario autoaplicable (IMI) para evaluar dicha agresión.

Consignas a Seguir

- 1.- Esta actividad no tendrá ningún cargo económico
- 2.- El médico que la entrevistará le informará los detalles de la investigación.
- 3.- Su participación es voluntaria y podrá retirar su consentimiento en el momento que lo desee sin inconvenientes durante la hospitalización ni para su futuro tratamiento en esta Institución.

Ventajas Posibles

- 1.- Confirmar un diagnóstico (Trastorno límite de la personalidad) que probablemente le cause problemas en sus relaciones interpersonales.
- 2.- Ayudar para que en México se conozca más sobre el antecedente de abuso infantil y la presentación de Trastorno límite de la personalidad.

Confidencialidad

Los datos obtenidos a partir de estas entrevistas son confidenciales. En ningún momento se hará del conocimiento a terceros su nombre o datos personales que permitan su identificación.

Disposiciones Generales

Si tiene necesidad de información complementaria no dude en solicitarla al médico que le va a entrevistar.

Fecha. _____
Nombre y firma del paciente _____
Nombre y firma del médico que entrevista _____
Nombre y firma de testigo uno _____
Nombre y firma de testigo dos _____

En caso de dudas o de más información, favor de comunicarse con la Dra. Brisa Gissel Monroy Cortés al teléfono 044 5522186520.

*En caso de que se detecte que recientemente hubo abuso sexual de una menor se notificará a las autoridades.

OTROS ANEXOS

ENTREVISTA DIAGNÓSTICA REVISADA PARA PACIENTES CON TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD

DATOS PERSONALES

1. No. de historia clínica:

Nombre del paciente: _____

2. Régimen asistencial:

- a) Hospitalizado
- b) Externo
- c) No paciente

Fecha de la entrevista:

Institución:

Nombre del entrevistador:

3. Edad:

4. Sexo: 1) Hombre 2) Mujer

5. Estado civil: 1) Nunca casado 2) Alguna vez casado

6. Raza: 1) Blanca 2) No blanca

7. Nivel educacional (años de escolaridad completos):

8. Ocupación:

01 Profesional

02 Directivo

03 Técnico

04 Oficinista/ventas

05 Trabajador especializado

06 Trabajador semi-especializado

07 Trabajador no especializado

08 Estudiante

09 Tareas del hogar

10 Nada

9. Nivel social:

“Antes de que empecemos, quisiera insistir en que la mayoría de las preguntas de esta entrevista hacen referencia a los dos últimos años de su vida, o en otras palabras, al periodo: desde (decir el mes, día y año aproximadamente).

También quiero insistir en que estoy interesada/o en conocer cuáles han sido sus sentimientos, pensamientos y conductas habituales durante este periodo de dos años. Por tanto, le plantearé una serie de preguntas de conductas específicas sobre momentos en los que usted haya estado en una situación de crisis o de alteración...”

ÁREA DE AFECTIVIDAD

Durante los dos últimos dos años, usted...

Depresión

1. ...se ha sentido bastante triste o deprimida gran parte del tiempo? (2-1-0)
2. ... ha tenido periodos en los que usted se ha sentido muy deprimida cada día, durante 2 semanas o más? (2-1-0)
3. **FR.1 LA PACIENTE HA TENIDO UNA DEPRESIÓN CRÓNICA DE BAJA INTENSIDAD O HA ATREVESADO UNO O MÁS EPISODIOS DE DEPRESIÓN MAYOR (2-1-0)**
4. ... se ha sentido indefensa durante días o semanas seguidas (2-1-0)
5. ¿Ha tenido sentimientos de desesperanza? (2-1-0)
6. ¿Y de inutilidad, de no tener valor? (2-1-0)
7. ¿Muy culpable? (2-1-0)
8. **FR.2 AL PACIENTE HA MANTENIDO SENTIMIENTOS DE DESAMPARO, DESEPERANZA, DE INESTABILIDAD O DE CULPABILIDAD (2-1-0)**

Ira

9. ... se ha sentido muy enojada la mayor parte del tiempo? (2-1-0)
10. ¿Y furiosa o encolerizada? (2-1-0)
11. ... a menudo a sido sarcástica? (2-1-0)
12. ¿Y discutidora? (2-1-0)
13. ¿Se enoja fácilmente? (2-1-0)
14. **FR.3 LA PACIENTE SE HA SENTIDO CRÓNICAMENTE MUY IRRITABLE, O HA ACTUADO FRECUENTEMENTE DE UNA FORMA COLÉRICA/LITIGANTE (2-1-0)**

Ansiedad

15. ...se ha sentido muy ansiosa la mayor parte del tiempo? (2-1-0)
16. ...a menudo ha padecido síntomas físicos relacionados con una presión alta, tales como dolor de cabeza, palpitaciones o sudoración? (2-1-0)
17. ...a menudo se ha visto afectada por un gran número de miedos irracionales o fobias (sensación de miedo ante cosas muy diversas)? (2-1-0)
18. ...ha tenido crisis de pánico (crisis de ansiedad intensas, desbordantes o incapacitantes) (2-1-0)

19. FR.4 LA PACIENTE SE HA SENTIDO CRÓNICAMENTE MUY ANSIOSA O HA PADECIDO FRECUENTES SÍNTOMAS FÍSICOS DE ANSIEDAD (ANGUSTIA) (2-1-0)

Otros estados disfóricos

20. ... se ha sentido a menudo muy sola la mayor parte del tiempo? (2-1-0)
21. ...y aburrida? (2-1-0)
22. ¿Muy vacía? (2-1-0)

23. FR.5 LA PACIENTE HA EXPERIMENTADO SENTIMIENTOS CRÓNICOS DE SOLEDAD, ABURRIMIENTO O VACÍO (2-1-0)

24. PUNTUACIÓN DEL ÁREA DE AFECTIVIDAD: _____

Puntuación en la Escala del Área de la Afectividad:

Calificar 2 si la puntuación del área es 5 o más (2 por FR3, 2 por FR4 y 2 por FR5)

Calificar 1 si la puntuación del área es de 3 o 4, o cualquier otra combinación de 5 o más

Calificar 0 si la puntuación del área es de 2 o menos

25. PUNTUACIÓN DE LA ESCALA DEL ÁREA DE LA AFECTIVIDAD: _____

ÁREA DE LA COGNICIÓN

Esta área valora pensamientos alterados (experiencias preceptuales infrecuentes y experiencias paranoides no delirantes, pensamientos casi psicóticos y auténticos pensamientos psicóticos).

Las experiencias casi psicóticas son definidas como ideas delirantes y alucinaciones que son de carácter transitorio, circunscritas y atípicas en trastornos psicóticos, mientras que las experiencias psicóticas "auténticas" son definidas como ideas delirantes y alucinaciones, que son duraderas, generales, no circunscritas y que son patognómicas de los trastornos psicóticos.

Además, todas las Frases Resumen y todos los ítems, menos el ítem 56, hacen referencia a experiencias no relacionadas con el uso de sustancias psicoactivas, y por lo tanto es crucial determinar si las experiencias descritas por el paciente ocurren de una forma natural o bajo la influencia del alcohol u otras drogas.

Durante los últimos dos años, usted...

Pensamientos extraños/experiencias perceptuales no habituales

26. ...ha sido una persona muy supersticiosa (por ej: tocar madera, lanzar sal sobre el hombro, evitar pasar debajo de una escalera) (Tendencia marcada a la superstición) (2-1-0)
27. ...a menudo ha creído que sus pensamientos, palabras o acciones podrían provocar cosas o preveía que estas ocurrían de una forma algo especial o mágica? (Pensamiento mágico) (2-1-0)
28. ...a menudo ha tenido un sexto sentido para las cosas que han ocurrido, a parte de ser alguien sensible hacia las personas y sus sentimientos? (Sexto sentido) (2-1-0)
29. ...con frecuencia ha sido capaz de decir lo que otras personas estaban pensando o sintiendo utilizando algún poder especial o mágico, tal como la telepatía? ¿A menudo creía que otras personas sabían lo que usted estaba pensando o sintiendo, utilizando este tipo de poder? (Telepatía) (2-1-0)
30. ...a menudo ha tenido experiencias de clarividencia, como la visión de que algo iba a ocurrir en otro lugar? ¿Ha sido generalmente capaz de predecir el futuro? (Clarividencia) (2-1-0)
31. ...ha tenido algunas creencias que no podía evitar aunque las personas le habían dicho insistentemente que no eran ciertas (por ej: pensaba que estaba muy obeso cuando en realidad estaba por debajo de su peso normal)? (Ideas sobrevaloradas) (2-1-0)
32. ...ha sentido de forma repetida la presencia de una fuerza o de una persona que no estaba allí? ¿A menudo mal interpreta cosas que usted había oído o visto (por ej: pensó que alguien le llamaba por su nombre cuando en realidad el sonido era otro)? (Ilusión recurrente) (2-1-0)
33. ...ha sentido de forma frecuente que usted no era una persona real? ¿Cómo si su cuerpo o una parte de él la sintiera como extraña o cambiara de tamaño o de forma? ¿Cómo si usted realmente se hubiera separado físicamente de sus sensaciones? ¿Cómo si se viera usted mismo a distancia? (Despersonalización) (2-1-0)
34. ...ha sentido muy a menudo que las cosas que le rodeaban eran "irreales"? ¿Cómo si fueran extrañas o cambiaran de tamaño o de forma? ¿Cómo si las estuvieras soñando? ¿Cómo si una ventana estuviera allí, entre usted y el mundo? (Desrealización) (2-1-0)
35. **FR.6 LA PACIENTE HA MOSTRADO UNA TENDENCIA A TENER PENSAMIENTOS EXTRAÑOS O EXPERIENCIAS PERCEPTUALES NO HABITUALES (POR EJ: PENSAMIENTO MÁGICO, ILUSIONES RECURRENTES, DESPERSONALIZACIÓN) (2-1-0)**

Experiencias paranoides no delirantes

36. ...a menudo se ha sentido desconfiada o suspicaz respecto a otras personas? (Suspiciacia no justificada) (2-1-0)

37. ...a menudo ha pensado que otras personas le miraban fijamente o que estaban hablando sobre usted a sus espaldas? ¿O que se reían de usted? (Ideas de autorreferencia) (2-1-0)
38. ...a menudo ha pensado que las personas le estaban causando problemas? ¿Ha creído frecuentemente que se querían aprovechar de usted o culpabilizarlo de cosas que no eran culpa suya? (Otras ideas paranoides) (2-1-0)
- 39. FR.7 LA PACIENTE HA TENIDO A MENUDO EXPERIENCIAS PARANOIDES NO DELIRANTES TRANSITORIAS (POR EJ: SUSPICACIA INDEBIDA, IDEAS AUTORREFERENCIALES , OTRAS IDEAS PARANOIDES (2-1-0)**

Experiencias psicóticas

Valorar cada experiencia: 2=alucinaciones francas e ideas delirantes; 1=alucinaciones e ideas delirantes casi verdaderas; 0=no alucinaciones ni ideas delirantes

40. ...ha creído que algunos pensamientos eran puestos en su mente por alguna fuerza externa? (Inserción del pensamiento) (2-1-0)
41. ¿Los pensamientos le eran robados de su mente? (Robo del pensamiento) (2-1-0)
42. ¿Sus pensamientos eran emitidos de tal manera que otras personas podían escuchar lo que usted estaba pensando? (Difusión del pensamiento) (2-1-0)
43. ¿Sus sentimientos, pensamientos o acciones eran controlados por otras personas o por una máquina? (Delirio de influencia) (2-1-0)
44. ¿Podía escuchar realmente lo que otras personas estaba pensando? ¿Ellos podían literalmente leer su mente como si ésta fuera un libro abierto? (Lectura del pensamiento) (2-1-0)
45. ¿Otras personas conspiraban en su contra de alguna forma organizada? ¿Intentaban deliberadamente hacerle daño o castigarle? (Delirio de persecución) (2-1-0)
46. ¿Otras personas le estaban espiando o le seguían? ¿Algunas cosas estaban preparadas especialmente para usted? ¿Usted recibía mensajes especiales a través de la radio o la TV? (Delirio de autorreferencia) (2-1-0)
47. ¿Merecía un castigo por algo terrible que había realizado? (Delirio de culpa/pecado) (2-1-0)
48. ¿Era una persona extremadamente importante? ¿Tenía habilidades especiales o poderes excepcionales? (Delirio de grandeza) (2-1-0)
49. ¿Algo terrible había ocurrido o podría ocurrir en el futuro (ej: el mundo se acabaría al día siguiente, su cuerpo estaba desaparecido y disolviéndose) (Delirio nihilista) (2-1-0)
50. ¿Algo funcionaba mal en su cuerpo o tenía una seria enfermedad? (Delirio somático) (2-1-0)

51. ...tenía creencias que otras personas consideraban como irreales, extrañas o raras?
(Otros delirios) (2-1-0)
52. ...ha oído algunas voces u otros sonidos que nadie más escuchaba? (Alucinaciones auditivas) (2-1-0)
53. ...tenía algún tipo de visión de cosas o imágenes que nadie más podía ver?
(Alucinaciones visuales) (2-1-0)
54. ...ha tenido otras experiencias sensoriales que nadie más haya tenido (ej: oler repetidamente algo o sentir que algo circulaba en su cuerpo y que no estaba realmente allí)? ¿Recuerda cualquier otra sensación corporal? (Otras alucinaciones) (2-1-0)

55. FR.8

56. LA PACIENTE HA TENIDO REPETIDAMENTE “CUASI” DELIRIOS O ALUCINACIONES (2-1-0)

Ítems varios

57. ...ha tenido alguna de estas experiencias bajo la influencia de alcohol o de las drogas?
(Experiencias psicóticas inducidas por drogas)
(calificará 2=experiencias reales; 1=“casi” experiencias; 0=ninguna)

58. PUNTUACIÓN DEL ÁREA COGNITIVA: _____

Puntuación en la escala del Área cognitiva:

Calificar 2 si la puntuación del área es de 4 o más

Calificar 1 si la puntuación del área es de 2 o 3

Calificar 0 si la puntuación del área es de 1 o menos, o si el paciente ha tenido alguna vez un episodio psicótico evidente

59. PUNTUACIÓN DE LA ESCALA DEL ÁREA COGNITIVA: _____

ÁREA DEL PATRÓN DE CONDUCTAS IMPULSIVAS

Si la respuesta a alguna de las siguientes preguntas es afirmativa, determinar el número de veces que esta conducta ocurrió, a excepción de donde ya está señalado (abuso de sustancias, automutilación e intentos de suicidio). Puntuar cada tipo de impulsividad: 2=5 o más veces; 1=3 a 4 veces; y 0=2 veces o menos.

Durante los últimos dos años, usted...

Abuso de sustancias

60. ...ha bebido demasiado o se ha emborrachado? (Abuso de alcohol) (2=abuso crónico, 1=abuso episódico, 0=sin abuso)
61. ...se ha intoxicado tomando medicamentos que le habían recetado o con sustancias ilegales? (Abuso de drogas) (2=abuso crónico, 1=abuso episódico, 0=sin abuso)

62. FR.9 LA PACIENTE SE HA PRESENTADO UN PATRÓN GRAVE DE ABUSO DE SUSTANCIAS (2-1-0)

Desviación sexual

63. ...ha mantenido relaciones sexuales de forma impulsiva o relaciones muy breves? (Promiscuidad, número elevado de relaciones sin compromisos afectivos) (2-1-0)
64. ...ha participado en alguna práctica sexual no habitual (ej: obtener placer al ser humillado o agredido físicamente durante la relación sexual, prefería ver como los demás realizaban el acto sexual más que practicarlo)? (Parafilias) (2-1-0)
- 65. FR.10 LA PACIENTE HA MANTENIDO UN PATRÓN DE DESVIACIÓN SEXUAL (EJ: PROMISCUIDAD O PARAFILIAS) (2-1-0)**

Auto mutilación

66. ...alguna vez se ha hecho daño usted misma deliberadamente sin la intención de suicidarse (ej: hacerse cortes en la piel, quemaduras, golpearse, romper ventanas de un puñetazo, golpear paredes, golpearse la cabeza)? (Auto mutilación) (2=2 o más veces, 1=1 vez, 0=ninguna)
- 67. FR.11 LA PACIENTE HA MOSTRADO UN PATRÓN DE AUTO MUTILACIÓN FÍSICA (2-1-0)**

Intentos de suicidio

68. ...ha amenazado con suicidarse? (Amenazas de suicidio) (2=2 o más veces, 1=1 vez, 0=ninguna)
69. ...ha hecho algún intento de suicidio, por leve que sea? (Gestos suicidas/Intentos) (2=2 o más veces, 1=1 vez, 0=ninguna)
- 70. FR.12 LA PACIENTE HA MOSTRADO UN PATRÓN DE AMENAZAS SUICIDAS, GESTOS O INTENTOS MANIPULATIVOS (EJ: LOS INTENTOS SUICIDAS ESTABN PRINCIPALMENTE ORIENTADOS A LOGRAR UNA RESPUESTA DE “RESCATE”) (2-1-0)**

Otros patrones impulsivos

71. ...ha tenido episodios donde comió tanto que después se encontraba mal o tuvo que provocarse vómitos? (Atracones de comida) (2-1-0)
72. ...ha gastado mucho dinero en cosas que no necesitaba o que no podía permitirse? (Derroche) (2-1-0)
73. ...ha ido a jugar (ej: bingo) y no podía dejar de apostar, a pesar de saber que estaba perdiendo dinero? (Apuestas) (2-1-0)
74. ...ha perdido el control, llegando a gritar, dar alaridos, chillar o insultar a alguien? (Ataques verbales) (2-1-0)
75. ...ha participado en peleas físicas? (ej: peleas a puñetazos) (Peleas físicas) (2-1-0)
76. ...ha amenazado con lastimar físicamente a alguien (ej: decirle a alguien que lo golpearía, apuñalaría o le mataría)? (Amenazas físicas) (2-1-0)

77. ...ha agredido o abusado físicamente de alguien (ej: dar bofetadas, dar patadas o dar puñetazos) (Agresiones físicas) (2-1-0)
78. ...ha dañado bienes de forma intencionada (ej: romper vajilla, romper muebles, dañar automóviles de alguien)? (Daño a propiedad ajena) (2-1-0)
79. ...ha conducido demasiado rápido, de forma temeraria? ¿y estando bajo los efectos de alcohol o drogas? (Conducción temeraria) (2-1-0)
80. ...ha actuado en contra de la ley? (ej: robar en tiendas, tráfico de drogas, vender propiedad robada) (Actos antisociales) (2-1-0)

81. FR.13 LA PACIENTE HA TENIDO OTRO PATRÓN DE CONDUCTA IMPULSIVA (2-1-0)

82. PUNTUACIÓN DEL ÁREA DE CONDUCTAS IMPULSIVAS: _____

Puntuación en la Escala del área de conductas impulsivas:

Calificar 3 si la puntuación del área es de 6 o más (puntuación de 2 en FR 11 o en FR 12)

Calificar 2 si la puntuación del área es de 4 o 5, o cualquier combinación de 6 o más

Calificar 0 si la puntuación del área es de 3 o menos

83. PUNTUACIÓN DE LA ESCALA DEL ÁREA DE CONDUCTAS IMPULSIVAS:

ÁREA DE LAS RELACIONES INTERPERSONALES

Durante los dos últimos dos años, usted...

Intolerancia a la soledad

84. ...ha odiado estar sola? (2-1-0)
85. ...a menudo ha realizado esfuerzos desesperados para evitar sentirse sola (ej: hablaba por teléfono durante horas en esos momentos, salía para encontrar a alguien con quien hablar)? (2-1-0)
86. ...se ha sentido muy deprimida cuando estaba sola? (2-1-0)
87. ¿Se ha sentido muy ansiosa, irritada, vacía o mal? (2-1-0)

88. FR.14 LA PACIENTE HA INTENTADO CLARAMENTE EVITAR ESTAR SOLO O SE SENTÍA EXTREMADAMENTE DISFÓRICA CUANDO ESTABA SOLA (2-1-0)

Preocupaciones de abandono, de ser absorbido, de ser anulado

89. ...ha temido repetidamente ser abandonada por aquellos que están cerca de usted? (Miedo al abandono) (2-1-0)
90. ...ha temido frecuentemente llegar a sentirse agobiada o perder su identidad si otras personas se acercaban excesivamente a usted? (Temor a ser absorbido) (2-1-0)

91. ...ha temido repetidamente llegar a desmoronarse o dejar de existir si era abandonada por alguien importante para usted? (Miedo a sentirse ajeno) (2-1-0)

92. FR.15 LA PACIENTE HA EXPERIMENTADO REPETIDAMENTE MIEDOS A SER ABANDONADA, A SER ABSORBIDA O A SENTIRSE AJENA (2-1-0)

Contradependencia

93. ...ha tenido algún trabajo en el que una de sus principales tareas era hacerse cargo de otras personas o animales? (2-1-0)

94. ...se ha encontrado ofreciendo ayuda constantemente a amigos, parientes o compañeros de trabajo? (2-1-0)

95. ...se ha sentido particularmente molesta si otras personas han intentado ayudarle o cuidar de usted? (2-1-0)

96. ...ha rechazado pedir apoyo o ayuda cuando sentía que realmente lo necesitaba? (2-1-0)

97. ...ha tenido en su vida a alguien a quien sintió realmente necesitar? ¿Su habilidad para funcionar dependía de esa persona? ¿Cómo llegó a superarlo? (2-1-0)

98. FR.16 LA PACIENTE SE HA MOSTRADO INTENSAMENTE CONTRADEPENDIENTE O SERIAMENTE EN CONFLICTO A LA HORA DE DAR O RECIBIR CUIDADOS (2-1-0)

Relaciones íntimas inestables

99. ...ha tenido alguna relación íntima? ¿Cuántas? ¿Con que frecuencia veía a esas personas? ¿Cuál fue la más importante para usted? (2=4 o más; 1=2-3; 0=1 o menos)

100. ¿En alguna de esas relaciones tuvo dificultades debido a múltiples discusiones? (2-1-0)

101. ¿Ha tenido repetidas rupturas? (2-1-0)

102. FR.17 LA PACIENTE HA TENDIDO A MANTENER RELACIONES INTERPERSONALES ÍNTIMAS INTENSAS E INESTABLES (2-1-0)

Problemas recurrentes en las relaciones íntimas

103. ...ha tendido a sentirse muy dependiente de los demás? ¿Necesitaba mucho apoyo o una ayuda concreta para funcionar? ¿Alguna vez le han dicho que era demasiado dependiente? (Dependencia: la paciente se ha mostrado abierta y repetidamente dependiente de los demás) (2-1-0)

104. ...ha permitido repetidamente que otras personas le forzaran a hacer cosas que no quería hacer o que le trataran con crueldad? ¿Alguna vez le han dicho que se dejaba victimizar o maltratar? (Masoquismo: la paciente ha permitido repetidamente que otras personas le coaccionaran o le hicieran daño) (2-1-0)

105. FR.18 LA PACIENTE HA TENIDO PROBLEMAS REPETIDOS DE DEPENDENCIA O DE MASOQUISMO EN SUS RELACIONES ÍNTIMAS (2-1-0)

106. ...muy a menudo ha ignorado las virtudes o características positivas de las personas y sólo le ha visto sus defectos? ¿Alguna vez le han dicho que era muy crítica o que desvalorizaba a los demás? (Desvalorización: la paciente ha exagerado repetidamente las debilidades y minimizado los aspectos positivos de los otros) (2-1-0)
107. ...ha intentado con frecuencia que los demás hicieran lo que usted quería sin preguntarles o sin explicarles lo que tenían que hacer? ¿Alguna vez le han dicho que usted era manipuladora? (Manipulación: la paciente ha usado repetidamente formas indirectas para conseguir lo que quería) (2-1-0)
108. ...ha intentado muy a menudo a forzar a los demás a hacer cosas que no querían o los ha tratado de forma cruel? ¿Alguna vez le han dicho que era autoritario o cruel? (Sadismo: la paciente ha intentado repetidamente coaccionar o dañar a otros) (2-1-0)
- 109. FR.19 LA PACIENTE HA TENIDO PROBLEMAS REPETIDOS DE DESVALORIZACIÓN, MANIPULACIÓN O SADISMO EN SUS RELACIONES ÍNTIMAS (2-1-0)**
110. ...ha pedido repetidamente a los demás cosas que ellos no podían o no debían darle? ¿Les exigía mucho tiempo y atención? ¿Alguna vez le han dicho que era usted una persona exigente? (Exigencia: la paciente ha realizado, de forma reiterada, demandas inapropiadas) (2-1-0)
111. ...se ha comportado a menudo como si tuviera el derecho a recibir un trato especial? ¿Como si la gente le debiera cosas por todo lo que ha pasado? ¿Alguna vez le han dicho que se comportaba como si usted fuera merecedora de cuidados o de una consideración especial? (Merecimientos: la paciente ha mostrado repetidamente expectativas no realistas) (2-1-0)
- 112. FR.20 LA PACIENTE HA TENIDO PROBLEMAS REPETIDOS POR SUS EXIGENCIAS EXAGERADAS O POR SENTIRSE MEREDEDORA DE RECONOCIMIENTO EN LAS RELACIONES ÍNTIMAS (2-1-0)**

Relaciones psiquiátricas conflictivas

113. ...ha recibido alguna terapia individual? ¿Cuántas? (Número de terapias individuales) (2=0 más; 1=1; 0=ninguna)
114. ¿Cuántos meses, de los últimos 24, ha estado bajo terapia individual? (Meses invertidos en Terapia Individual) (2=12 o más; 1=1-11; 0=ninguno)
115. ¿Se ha sentido mucho peor como resultado de esa/s terapia/s? ¿De que manera? (Regresión en la Terapia Individual) (2-1-0)
116. ...ha tenido alguna hospitalización psiquiátrica? ¿Cuántas? (Número de hospitalizaciones psiquiátricas) (2=12 o más; 1=1-11; 0=ninguna)
117. ¿Cuántos meses, de los últimos 24, ha estado hospitalizado? (Meses de ingreso en los Hospitales Psiquiátricos) (2=12 o más; 1=1; 0=ninguno)
118. ¿Empeoró mucho como resultado de esas/s hospitalizaciones? ¿De qué manera? (2-1-0)

119. FR.21 LA PACIENTE HA ATREVASADO UNA CLARA REGRESIÓN CONDUCTUAL DURANTE EL CURSO DE UNA PSICOTERAPIA O DE UNA HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA (2-1-0)

120. ...ha sido el centro de un conflicto o problemas en el equipo terapéutico donde estuvo hospitalizada? (*Valore si la paciente había sido el causante de una clara reacción contratransferencial en el equipo. Es aconsejable usar otras fuentes de información a la hora de elaborar un juicio sobre este tema*) (2-1-0)

121. ...alguno de sus terapeutas ha llegado a mostrarse muy enojado con usted? ¿Alguien le sugirió dejar el tratamiento? ¿Esta persona estaba más involucrada en su cuidado que la mayoría de los terapeutas? (*Valore si la paciente ha sido la causa de una clara reacción contratransferencial de un terapeuta. Es aconsejable usar otras fuentes de información a la hora de elaborar un juicio sobre este tema*) (2-1-0)

122. ...ha establecido una relación de amistad profunda o una relación amorosa con un miembro del equipos terapéutico? (2-1-0)

123. ¿Y con algún terapeuta? (2-1-0)

124. FR.22 LA PACIENTE HA SIDO LA CAUSA DE UNA CLARA REACCIÓN CONTRATRANSFERENCIAL EN UNA UNIDAD DE INGRESOS O EN EL TRANCURSO DE UNA PSICOTERAPIA, O FORMÓ UNA RELACIÓN “ESPECIAL” CON UN PROFESIONAL DE SALUD MENTAL (2-1-0)

125. PUNTUACIÓN FINAL DEL ÁREA DE LAS RELACIONES INTERPERSONALES:

Puntuación en la escala del Área de las Relaciones Interpersonales:

Calificar 3 si la puntuación del área es de 9 o más

Calificar 2 si la puntuación del área esta entre 6 y 8

Calificar 0 si la puntuación del área es de 5 o menos, o si la paciente ha tenido un ocasional aislamiento social

126. PUNTUACIÓN DE LA ESCALA DEL ÁREA DE LAS REALCIONES INTERPERSONALES: _____

CONCLUSIONES

1. Puntuación del Área Afectiva: 0-10 _____
2. **Puntuación de la Escala Afectiva: 0-2** _____
3. Puntuación del Área Cognitiva: 0-6 _____
4. **Puntuación de la Escala Cognitiva: 0-2** _____
5. Puntuación del Área de Patrón de Conductas Impulsivas: 0-10 _____
6. **Puntuación de la Escala del Área de Patrón de Conductas Impulsivas: 0-3** _____

7. Puntuación del Área de Relaciones Interpersonales: 0-18 _____
8. **Puntuación de la Escala del Área de Relaciones Interpersonales: 0-3** _____
9. **Puntuación total de la DIB-Revisada:** _____

ÍNDICE DE MALTRATO INFANTIL

Las siguientes preguntas son para investigar si usted experimentó maltrato durante la infancia y/o adolescencia (entre los 3 y los 17 años). Por favor, marque con una X la opción que mejor se ajuste a su caso.

Por favor conteste todas las preguntas.

- I. ¿Qué tan frecuentemente su **padre, madre y/o tutor** hicieron algunas de las siguientes cosas?

	Nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Casi siempre
1. Le gritaba	0	1	2	3
2. La insultaba	0	1	2	3
3. La humillaba frente a todos	0	1	2	3
4. La criticaba	0	1	2	3
5. La amenazaba con palabras	0	1	2	3
6. La amenazaba con objetos	0	1	2	3
7. Le pegaba con la mano	0	1	2	3
8. Le pegaba en la cara	0	1	2	3
9. Le pegaba con la mano en el cuerpo, brazos o piernas	0	1	2	3
10. Le pegaba con el puño en el cuerpo, brazos o piernas	0	1	2	3
11. Le pegaba con el pie	0	1	2	3
12. Le pegaba con objetos	0	1	2	3
13. La dejaba sin comer	0	1	2	3
14. La encerraba por periodos prolongados	0	1	2	3
15. Le restringía el dinero	0	1	2	3
16. Se interesaba en su rendimiento escolar	3	2	1	0
17. Se interesaba en las amistades que tenía	3	2	1	0
18. Le restringía el contacto social con amigos (as)	0	1	2	3

- II. Entre los 3 y los 17 años, ¿Qué tan frecuentemente realizaba las siguientes actividades?

	Nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Casi siempre
19. Faltaba a la escuela	0	1	2	3

20. Me bañaba a diario	3	2	1	0
21. Me lavaba las manos antes de comer	3	2	1	0
22. Me lavaba los dientes después de comer	3	2	1	0
23. Veía pornografía o programas de TV con contenido sexual	0	1	2	3
24. Veía programas de TV con contenido violento	0	1	2	3
25. Presencí u observé adultos teniendo relaciones sexuales	0	1	2	3
26. Jugaba en lugares peligrosos	0	1	2	3
27. Observé a mi padre, madre o tutor fumando	0	1	2	3
28. Observé a mi padre, madre o tutor consumiendo drogas	0	1	2	3
29. Observé a mi padre, madre o tutor consumiendo alcohol	0	1	2	3
30. Observé a mis padres agrediéndose verbalmente	0	1	2	3
31. Observé a mis padres físicamente	0	1	2	3
32. Platicaba y/o convivía con mi padre	3	2	1	0
33. Platicaba y/o convivía con mi madre	3	2	1	0
34. Cuidaba de mis hermanos menores	0	1	2	3
35. Llevaba y/o recogía a mis hermanos en la escuela	0	1	2	3
36. Les preparaba los alimentos a mis hermanos	0	1	2	3
37. Iba a la tienda o al mercado	0	1	2	3
38. Trabajaba	0	1	2	3

III. Entre los 3 y los 17 años, con que frecuencia disponía o contaba usted con:

	Nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Casi siempre
39. Alimentación suficiente en calidad	3	2	1	0
40. Alimentación suficiente en cantidad	3	2	1	0
41. Atención médica oportuna	3	2	1	0
42. Útiles escolares completos	3	2	1	0
43. Ropa limpia y/o zapatos	3	2	1	0

IV. Con respecto al lugar o la casa donde vivió entre los 3 y los 17 años, ¿qué tan frecuentemente sucedían algunas de las siguientes cosas?

	Nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Casi siempre
44. Era también el lugar de	0	1	2	3

44. Era también el lugar de trabajo de mi padre, madre y/o tutor	0	1	2	3
45. Entraban personas desconocidas	0	1	2	3

V. En el lugar o la casa donde vivió entre los 3 y los 17 años, tuvo usted:

	Si	No
46. Cuarto propio	0	1
47. Cama propia	0	1
48. Un espacio adecuado para sus actividades escolares	0	1
49. Tiempo suficiente para realizar sus actividades escolares	0	1

VI. Las siguientes preguntas son para investigar si usted fue víctima de algún tipo de abuso sexual. ¿Entre los 3 y los 17 años, alguna persona la indujo a realizar alguna de las siguientes acciones?

	No	Si			
		¿Cuántos años tenía usted?	¿Cuántas veces sucedió?	¿Qué parentesco tenía usted con esta persona?	¿Qué edad tenía esta persona?
50. Quitarse o quitarle la ropa			#		
51. Que esa persona la tocara					
52. Que usted tocara a esa persona					
53. Dar besos					
54. Recibir besos					
55. Frotamientos					
56. Intentó tener una relación sexual					
57. Tuvo relación sexual (penetración)					