



**Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Medicina**



Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”.

**ESTUDIO COMPARATIVO DE BÚSQUEDA DE SENSACIONES
EN PACIENTES CON TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD TIPO
BORDERLINE Y UN GRUPO CONTROL**

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

PRESENTA:

DR. RODOLFO CABALLERO LOZANO

**Dr. Horacio Reza-Garduño Treviño
Asesor Teórico**

**Dr. Fernando Corona Hernández
Asesor Metodológico**

Agosto del 2011.



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.

AGRADECIMIENTOS

A los pacientes participantes en este estudio, pues la información que nos proporcionaron nos da oportunidad de conocer mejor las repercusiones de la patología, para así poder ofrecer a todos mejores estrategias de tratamiento.

Al Dr. Fernando Corona Hernández y al Dr. Horacio Reza-Garduño Treviño por su orientación constante en el curso de la investigación.

A mis padres y a mi hermana, por contar con ellos *siempre*.
Y a Brenda por su presencia y valioso apoyo.

i. INDICE

1. Introducción.	1
2. Marco Teórico.	
2.1 Trastorno de Personalidad tipo Borderline.	2
2.2 Búsqueda de sensaciones.	8
2.3 Evaluación de la búsqueda de sensaciones.	17
3. Método	
3.1 Justificación y Planteamiento del problema.	19
3.2 Objetivos: general y específicos.	21
3.3 Hipótesis.	21
3.4 Variables: dependiente, independiente.	21
3.5 Muestra.	23
3.6 Criterios de selección: inclusión, exclusión y eliminación.	24
3.7 Tipo de estudio.	25
3.8 Instrumentos.	26
3.9 Procedimiento.	31
4. Resultados.	34
5. Discusión.	43
6. Conclusión.	45
7. Bibliografía.	46
8. Anexos.	50

ii. LISTA DE TABLAS Y GRÁFICAS

Tabla 1. Variables demográficas

Tabla 2. Comorbilidad en Eje I

Tabla 3. Comparación de búsqueda de sensaciones entre pacientes con trastorno límite de personalidad y el grupo control

Tabla 4. Análisis Univariado de Búsqueda de Sensaciones y Comorbilidad en Eje I

Gráfica 1. Distribución de comorbilidad en eje 1 en pacientes con trastorno límite de la personalidad

Gráfica 2. Distribución de comorbilidad con otros trastornos de la personalidad

Gráfica 3. Comparación de búsqueda de sensaciones entre el grupo control y el grupo problema

Gráfica 4. Comparación de búsqueda de sensaciones entre el grupo control y el grupo problema

Gráfica 5. Comparación de subescalas de la Escala Breve de Búsqueda de Sensaciones en comorbilidad Trastorno Límite de la Personalidad con trastornos del Eje I

Gráfica 6. Búsqueda de Experiencias y Trastornos del eje I.

iii. RESUMEN

El objetivo de este estudio fue determinar la diferencia en la *búsqueda de sensaciones* en pacientes con trastorno límite de personalidad y un grupo control. De acuerdo al [DSM-IV-TR](#), dicho trastorno se caracteriza por desregulación emocional, pensamiento extremadamente polarizado y relaciones interpersonales caóticas, y según la literatura mundial tiene una prevalencia en población general del 1 al 2%, en población clínica psiquiátrica del 11 al 20% y en pacientes hospitalizados del 20%. La *búsqueda de sensaciones (BS)*, es un rasgo definido como el rastreo de experiencias y sensaciones variadas, nuevas, complejas e intensas, así como el deseo de tomar riesgos físicos, sociales, legales y financieros con el fin de tener esa experiencia. Se estudiaron dos grupos poblacionales similares en cuanto a los factores demográficos, y al compararse los resultados de la *búsqueda de sensaciones* (mediante la aplicación de la *Escala Breve de Búsqueda de Sensaciones*), se observó una diferencia estadísticamente significativa entre los pacientes con trastorno límite y los sujetos sanos. Se encontró una prevalencia alta de trastornos del eje I, siendo lo más frecuente en orden decreciente la presencia de depresión, distimia, abuso de sustancias y alcohol, y trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Sólo un porcentaje bajo de pacientes presentó comorbilidad con otros trastornos de personalidad: narcisista, histriónico, antisocial y esquizotípico. Además, se realizó un análisis dentro del grupo experimental para identificar los trastornos del eje I que pudieran contribuir a aumentar o disminuir la puntuación de la *búsqueda de sensaciones*. Se encontró que la distimia se asocia con una disminución en la puntuación de la subescala *búsqueda de experiencias*, así como en la subescala *desinhibición*. Por otro lado, el abuso de sustancias se encontró asociado con un aumento en la puntuación de las subescalas: *búsqueda de experiencias*, *búsqueda de aventuras* y *desinhibición*. Y consistentemente, el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad se vio asociado a un aumento en la puntuación de la subescala *susceptibilidad al aburrimiento*. Se realizó una comparación de asociaciones con los trastornos de personalidad comórbidos (además del Trastorno Límite) y no se observaron diferencias estadísticamente significativas en este estudio. Dado que

la literatura mundial ha evidenciado que tal rasgo de personalidad conlleva a la participación en conductas que implican riesgos diversos, los resultados del estudio amplían la información acerca de las variables clínicas que deben ser consideradas al momento de la evaluación psiquiátrica de una persona con trastorno de la personalidad tipo límite, y proporcionan información para favorecer la detección sistemática de *búsqueda de sensaciones* en poblaciones epidemiológicas para que, de esta manera, se puedan implementar estrategias tempranas de abordaje y tratamiento oportunos, impactando en una baja en la prevalencia de conductas de riesgo.

1. INTRODUCCIÓN

Se define *personalidad* como el patrón habitual de comportamiento que se manifiesta en diferentes contextos y situaciones. Estas pautas agrupan cognición, control de los impulsos, estabilidad emocional y relaciones interpersonales.¹

Entre los rasgos de personalidad que se han encontrado asociados a los comportamientos de riesgo se encuentra la *Búsqueda de Sensaciones (BS) o Sensation Seeking*, un concepto propuesto y ampliamente analizado por Zuckerman (1979, 1994). Este constructo se ha definido como la búsqueda de experiencias y sensaciones intensas, nuevas, variadas y complejas, que conllevan la participación en conductas que implican riesgo físico, social, legal o financiero (Zuckerman, 1994). Se considera que un sujeto presenta una elevada búsqueda de sensaciones cuando supera la mediana del grupo de población al que pertenece (se sitúa por encima de la mitad de la población).

El trastorno límite de la personalidad, o *borderline*, también llamado limítrofe o fronterizo, es actualmente definido por el DSM-IV TR como un trastorno de la personalidad que se caracteriza primariamente por desregulación emocional, pensamiento extremadamente polarizado y relaciones interpersonales caóticas. El perfil global del trastorno también incluye típicamente una inestabilidad generalizada del estado de ánimo, de la autoimagen y de la conducta, así como del sentido de identidad. Se incluye dentro del grupo *B* de trastornos de la personalidad, los llamados "dramático-emocionales". Es, con mucho, el más común de los trastornos de la personalidad.

Actualmente, las diferencias individuales en *BS* se entienden por una conjunción de factores biológicos, psicológicos y sociales que influirían sobre las conductas, hábitos,

actitudes y preferencias de las personas (Roberti, 2004).² Se ha encontrado que los individuos con altos y bajos puntajes en *BS* difieren entre sí tanto en marcadores biológicos, como conductuales, cognitivos y emocionales (Roberti, 2004; Rosenbloom, 2003)³. La evidencia demuestra que tanto el sistema neuroendócrino como los sistemas gonadales están asociados con los niveles de búsqueda de sensaciones.

2. MARCO TEORICO

2.1 TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD TIPO BORDERLINE:

Los pacientes con trastorno borderline de personalidad, se caracterizan por un estado de ánimo, afectividad, comportamiento, relaciones, objetivos e imagen propia muy inestables. Destacan por la impulsividad, los actos suicidas, las automutilaciones, problemas de identidad y los sentimientos de vacío o aburrimiento.

Su característica principal es una inestabilidad inveterada y exagerada de sus afectos, imagen corporal y relaciones personales, así como una impulsividad clara. Suelen manifestar episodios micropsicóticos, a menudo con síntomas de paranoia o disociación transitoria. Con frecuencia se observan gestos, amenazas o actos autodestructivos, autolimitantes o suicidas. Son personas impulsivas en cuestiones de dinero y actividad sexual y se implican en el abuso de sustancias, la conducción temeraria o la alimentación compulsiva. Siempre parecen estar en crisis, y el estado de ánimo oscila frecuentemente.⁴ Son frecuentes además, la ansiedad generalizada y sexualidad caótica.

El Trastorno Borderline de la Personalidad presenta una prevalencia en población general del 1 al 2%; en población clínica psiquiátrica del 11 al 20%; en pacientes hospitalizados del 20% y de los pacientes con trastornos de personalidad del 30 al 60% lo tienen de este tipo. En relación a la distribución por sexos, es más frecuente entre las mujeres (3:1) con respecto a los varones. El diagnóstico suele elaborarse antes de los 40 años. El 90% de estos pacientes presentan otro diagnóstico psiquiátrico y el 40%, dos.⁵ El trastorno es cinco veces más frecuente entre los familiares de los probandos afectados. En México, Caraveo et al. encontraron una prevalencia de 1.7% en hombres y de 2.0% en mujeres.⁶

Se deben tener en cuenta los diagnósticos diferenciales como los trastornos psicóticos, trastornos afectivos, cambios de personalidad secundarios a enfermedad médica, trastorno de personalidad esquizotípico, antisocial, histriónico, narcisista, dependiente y paranoide. Presentan un pronóstico variable, puede haber cierta mejoría en los años posteriores. Y entre las complicaciones se encuentran: el suicidio, autoagresiones, los trastornos del estado del ánimo, somatomorfos, psicosis, el abuso de sustancias y los trastornos de la conducta sexual.

En cuanto al tratamiento, éste es variable y combinado, tanto en cuanto a farmacoterapia como a psicoterapia. La psicoterapia puede ser de tipo grupal, conductual o dialéctica, la cual se puede emplear en casos de comportamiento parasuicida. En el manejo con fármacos llegan a ser útiles aquellos que abordan la deficiencia en serotonina como los inhibidores selectivos de la recaptura de la serotonina y los inhibidores de la recaptura de noradrenalina y serotonina, reduciendo la impulsividad y mejorando el estado de ánimo. Los antipsicóticos tanto típicos como atípicos, han

funcionado en el control de la ira, la hostilidad y los episodios psicóticos breves. Las benzodiacepinas y los antiepilépticos llegan a utilizarse aunque con reservas por sus limitados efectos.

En lo referente a las bases biológicas del trastorno de personalidad borderline se han analizado para su estudio: la impulsividad, la inestabilidad emocional, la ansiedad y los síntomas psicóticos. La impulsividad es característica del cluster B de los trastornos de personalidad, principalmente del trastorno antisocial y del borderline. La agresión impulsiva es hereditaria y ha sido estudiada por Coccaro et al. (1993) en gemelos e hijos adoptivos y medida por métodos de laboratorio, particularmente asociada con actividad serotoninérgica. La evidencia de ésta relación prevalece en estudios con metabolitos de 5-HT, como el ácido 5-hidroxiindoleacético (5-HIAA) en líquido cefalorraquídeo. La respuesta neuroendócrina a los agentes que potencian la actividad serotoninérgica, ha sido demostrada en la población con diagnóstico de trastorno borderline de personalidad a través de la agresividad explosiva, conducta autolesiva e impulsividad. En estudios de imagen se observa una respuesta serotoninérgica reducida en áreas inhibitorias que regulan la agresión límbica incluyendo la corteza orbitofrontal y ventromedial, así como el cíngulo, estando éste involucrado en la evaluación del estímulo afectivo. Estudios sobre los receptores y transportadores de serotonina son prometedores, ya que sus hallazgos en cuanto a la reducción de su funcionalidad se atribuyen a diferencias genéticas que apuntan a la agresividad, impulsividad, intentos suicidas, ansiedad y rasgos como la *búsqueda de sensaciones* y novedad en estos pacientes.

En cuando a las experiencias y la influencia del ambiente, se han estudiado el abuso sexual y físico, encontrando una relación con el sistema de estrés, como el eje

hipotálamo-hipófisis-adrenales y la serotonina. Cloninger (1988) expone una alternativa teórica que sugiere una relación entre la impulsividad, el rasgo de alta *búsqueda de novedades* y la baja *evitación del daño*; sus estudios han encontrado un aumento en la actividad dopaminérgica en las personas con alta *búsqueda de novedades*, y una baja actividad serotoninérgica en las que presentan una baja *evitación del daño*.

Otro sistema dimensional que no ha sido estudiado a fondo, ha sugerido la relación entre la agresividad impulsiva y la extraversión en el NEO (Neuroticism-Extroversion-Openness Inventory), y una reducción en la excitabilidad cortical.

La búsqueda de sensaciones está relacionada con una reducción de actividad plaquetaria en la monoamino oxidasa, lo cual resulta en un aumento de actividad en catecolaminas, incluyendo la dopaminérgica.

La inestabilidad emocional, otra dimensión importante en este trastorno, se define como una marcada reactividad emocional a eventos del ambiente, particularmente a separaciones, frustración o pérdidas, jugando el sistema noradrenérgico un rol crítico. Estudios sugieren que la inestabilidad emocional se encuentra asociada a la *toma de riesgos* y a la *búsqueda de sensaciones* en poblaciones de apostadores o criminales, así como al aumento de irritabilidad en escalas específicas. Mientras que, al parecer, la actividad noradrenérgica no interviene directamente en la liberación o desinhibición de la agresión, como lo hace el sistema serotoninérgico, la combinación del aumento de respuesta adrenérgica con la reducción de la actividad serotoninérgica, puede sinergizar la irritabilidad y agresividad.

Estudios en neuroimagen han encontrado anomalías límbicas, una disminución del volumen de la amígdala izquierda y del hipocampo, siendo éste también asociado al

antecedente de trauma en la infancia. Aunque la amígdala se encuentra de menor tamaño, al parecer es hiperreactiva durante el proceso emocional en estos pacientes,⁷ los cuales también pueden manifestar una corta latencia de REM (movimientos oculares rápidos), alteraciones en la continuidad del sueño y resultados anómalos en la prueba de supresión con dexametasona y también en la prueba con la hormona liberadora de tirotrópina (TRH).

La actividad neuronal colinérgica en los circuitos límbicos es importante para el proceso de información y plasticidad, la administración de anticolinérgicos interfiere en la memoria procesal relacionada con las emociones; además se ha encontrado que estos fármacos impiden de forma selectiva el reconocimiento de la ira y la aversión, por lo que se han observado mayores efectos depresivos en pruebas terapéuticas con pacientes con mayor inestabilidad emocional.

Los síntomas psicóticos presentes en el trastorno de personalidad borderline, pueden ser representados como paranoia, lo que los torna referenciales y con pensamientos mágicos. Estos episodios, conocidos como micro-psicóticos, usualmente ocurren en el contexto de crisis interpersonales o sensación de abandono, precipitando una hospitalización o alguna forma de intervención en crisis. Los síntomas psicóticos de forma persistente, son poco usuales, a menos que exista una comorbilidad con el trastorno esquizotípico de personalidad. Hay evidencia de que el aumento en la actividad dopaminérgica está asociada a estos síntomas y se ha encontrado el aumento de dopamina en líquido cefalorraquídeo.

Los circuitos que enlazan varias áreas del cerebro como la amígdala y la corteza orbitofrontal son necesarios para el reforzamiento de estímulos, alojados en la memoria

de trabajo junto con la nueva información recibida; estos circuitos incluyen: la corteza frontal medial y orbitofrontal, la ínsula, la amígdala, la estría terminalis, los lóbulos parietales y el cerebelo, estando implicados en el mantenimiento del estado motivacional interno y del afecto. Las representaciones abstractas de este estado motivacional son mediados por las redes entre el tallo cerebral y el hipotálamo; dentro de estas estructuras, neuropéptidos como la hormona liberadora de corticotropina (CRH), vasopresina y oxitocina, interaccionan entre sí. Las alteraciones en estas señales resultan en un desarrollo anormal y en una disregulación severa en las motivaciones como la alimentación, la sexualidad o los vínculos. Estos neuropéptidos juegan un papel importante en la conducta, en la metarrepresentación y en la memoria de trabajo. Serotonina, noradrenalina y dopamina alteran la entrada y salida de circuitos procesadores de información en las células piramidales de la corteza, teniendo un efecto en la motivación y las emociones. Por lo que se concluye que el poderoso efecto de la dopamina en el estriado, modifica la calidad hedónica del estímulo y así el estado motivacional. El efecto noradrenérgico, estimula la amígdala, corteza prefrontal y el hipotálamo y causan excitación. Además de haberse comprobado hasta en los animales más distantes filogenéticamente, la liberación de serotonina regula la conducta evitativa, además de regular por si misma otros sistemas como el eje hipotálamo-hipófisis-adrenal y la función dopaminérgica en el estriado y la corteza, facilitando el proceso de recompensa.

La impulsividad está relacionada con la intolerancia a la frustración y puede ser conceptualizada como una manifestación de la frustración sin recompensa, el fenómeno del aumento de excitación y apetito conductual, en respuesta al reforzamiento

inconsistente. La frustración sin recompensa es un estado adverso que está asociado con la activación del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal y con circuitos neuronales que controlan el apetito conductual, siendo abolida por la liberación de dopamina, la cual es respuesta a la disposición de recompensa. Los individuos impulsivos sensibles a recompensa, son más propensos a presentar frustración sin recompensa; como se ha mencionado, la serotonina tiene una función moduladora de la impulsividad y es posible que los individuos con trastorno de personalidad borderline con alta impulsividad, tengan deficiencia en la modulación de la serotonina en los aspectos adversos de la frustración sin recompensa y por consecuencia, tienen mayor dificultad para suprimir el apetito como conducta a pesar de que éste sea dañino.

Personas impulsivas con el trastorno borderline de la personalidad, tienen alta disponibilidad de transportador de 5-HT en el hipotálamo y en tallo cerebral, así como baja capacidad de síntesis de 5-HT en el giro prefrontal medial, en el giro del cíngulo anterior, en el giro temporal y en el estriado. El aumento del transportador de 5-HT y la disminución de síntesis de 5-HT resultan en un estado hiposerotoninérgico, el cual puede disminuir la tolerancia a la frustración y por lo tanto, a la impulsividad.⁸

2.2 BUSQUEDA DE SENSACIONES:

La *búsqueda de sensaciones (BS)*, es un rasgo definido como el rastreo de experiencias y sensaciones variadas, nuevas, complejas e intensas, así como el deseo de tomar riesgos físicos, sociales, legales y financieros con el fin de tener esa experiencia.⁹ Actualmente, la explicación para la búsqueda de sensaciones, se basa en

un modelo en el que factores genéticos, biológicos, psicofisiológicos y sociales influyen ciertas conductas, actitudes y preferencias.

Según Zuckerman (1979) la *BS* responde a diferencias individuales en los niveles óptimos de *arousal* (excitación) que cada individuo necesitaría para funcionar adecuadamente. En comparación con otros individuos, los *altos* buscadores de sensaciones necesitan más estimulación para mantener un nivel óptimo de activación, lo que los lleva a una búsqueda más activa de novedades y sensaciones intensas que permitan mantener el equilibrio necesario, por lo tanto, tienden a involucrarse en conductas que incrementan la cantidad de la estimulación que experimentan, traduciéndose entonces en la búsqueda de excitación. Las actividades llevadas a cabo con tal de alcanzar esta excitación, varían según la magnitud del riesgo asociado. La toma de riesgos está correlacionada con la búsqueda de sensaciones, porque los individuos los aceptan como una posible consecuencia, aunque no es el principal motivo de su conducta.¹⁰

Búsqueda de sensaciones

Dimensiones



La expresión de la conducta de búsqueda de sensaciones.

Para algunos individuos la recompensa de las sensaciones, sobrepasa cualquier castigo posible al comprometerse en las actividades y hay un deseo de tomar riesgos por el bien de la experiencia. Existen indicadores de que el involucrarse en conductas de riesgo puede predecirse y sufrir una influencia durante el desarrollo temprano. En un estudio epidemiológico longitudinal, Caspi et al.¹¹ encontraron que los estilos de temperamento, los rasgos de personalidad y la historia del desarrollo en la niñez estaban relacionados con diferentes conductas de riesgo a la salud al llegar a la edad adulta. Se valoraron a los tres años de edad, los tipos de temperamento de una cohorte seguida desde el nacimiento. Posteriormente, se les aplicó el Cuestionario Multidimensional de Personalidad (MPQ) a la edad de 18 años. Los perfiles de personalidad obtenidos indicaron que ciertos rasgos de personalidad se encontraban relacionados con el involucramiento en conductas de riesgo para la salud (dependencia al alcohol, crímenes violentos, conductas sexuales y hábitos de conducir automóviles) a la edad de 21 años. Los rasgos de personalidad como: pobre tradicionalismo, baja evitación del daño, pobre control, baja cercanía y altos niveles de agresión predijeron conductas con riesgo a la salud a esa misma edad. Por lo tanto, los tipos de temperamento, especialmente el de los niños con pobre autocontrol (descritos como irritables, impulsivos y poco persistentes) a la edad de 3 años, predijeron la participación en actividades de riesgo para la salud a los 21 años.

Se han encontrado diferencias neuropsicológicas entre altos y bajos buscadores de sensaciones. Por ejemplo, a nivel cognitivo, los primeros muestran tener mejores capacidades de atención selectiva y responden de una manera más rápida y precisa en

tareas atencionales con estímulos complejos (Ball y Zuckerman, 1992).¹² A nivel emocional, los buscadores de sensaciones parecen ajustarse mejor y mostrar menos ansiedad en situaciones de estrés, posiblemente porque son capaces de afrontar estas situaciones como un desafío (Franken, et al.,1992; Zuckerman y Khulman, 2000).^{13 14} Además, las diferencias también se observan en las preferencias, hábitos y estilos de vida. Los altos buscadores de sensaciones prefieren los deportes considerados extremos, y se sienten orientados a profesiones con demandas ocupacionales novedosas, estimulantes y no rutinarias.¹⁵ Las personas que se desempeñan como bomberos y rescatistas tienen a obtener puntajes altos en la subescala de *búsqueda de emociones y aventuras* de la SSS-V, así como en la subescala de *desinibición*.

Otras diferencias se han observado en áreas tan variadas como los hábitos alimenticios (Terasaki et al., 1988)¹⁶, mostrando preferencia por los platillos condimentados, platillos con carne y bebidas alcohólicas; las preferencias musicales (McNamara et al., 1999),¹⁷ como el rock pesado en lugar de música instrumental clásica; y las actividades recreativas (Weisskirch y Murphy, 2004)¹⁸, predominando la utilización de internet para obtener material de temas sexuales, descargar o escuchar música, practicar videojuegos y charlar en línea con amigos.

En los buscadores de sensaciones, el riesgo no es la fuente primaria de la excitación y no se involucran en actividades con ese propósito. La mayoría trata de minimizar el riesgo tomando precauciones. De cualquier forma, aquellos que se involucran en actividades de riesgo, suelen hacerlo en: consumo de alcohol¹⁹, uso de sustancias ilícitas²⁰, actividades sexuales promiscuas y sin protección²¹, juegos de azar de manera excesiva²², deportes extremos²³ y otras formas de recreación. Iversen y

Rundmo (2002) encontraron que los buscadores de sensaciones ignoran los límites de velocidad y las reglas de tránsito, y toman más riesgos que pueden terminar en accidente o estar cerca de hacerlo, resultado en lesiones a su persona o a terceros.²⁵ Estos hábitos de manejo (velocidad) se han encontrado linealmente relacionados en ambos géneros.²⁶

Se conoce que este rasgo disminuye a lo largo de la vida²⁷, con excepción de la susceptibilidad al aburrimiento que no muestra cambios conforme cambia la edad²⁸. Con respecto al género, se conoce que los hombres sobrepasan en general a las mujeres.²⁹ Este patrón se ha explicado por una conjunción de factores, interviniendo diferencias biológicas pero también factores psicosociales, como por ejemplo, las definiciones culturales sobre las expectativas de rol con relación al género.³⁰

Con respecto al estado civil, los hombres divorciados han presentado mayor búsqueda de sensaciones que los casados o solteros. Se ha encontrado que el nivel educativo y la elección de la ocupación muestran una menor relación con el preferir la búsqueda de sensaciones, especialmente en las mujeres.

Foxcroft y Lowe (1995) en un estudio, encontraron que los individuos que describían su ambiente familiar como *negligente y autoritario*, se involucraron en conductas riesgosas de búsqueda de sensaciones.³¹

Cuando la estimulación externa está ausente, muchos individuos con este rasgo, se aburren. Así, la preferencia por un ambiente con estímulos variados se asocia con una propensión al aburrimiento, y éste a su vez, con una proclividad por el consumo de sustancias ilícitas, especialmente en los adolescentes. La principal sustancia de elección es el alcohol.³² Varios investigadores han encontrado una correlación entre el consumo de alcohol y la puntuación en la escala de búsqueda de sensaciones, especialmente en

las subescalas de búsqueda de experiencias y de desinhibición.³³ En un estudio en universitarios, Beck et al. encontraron que los hombres con un consumo intenso de alcohol, bebían más en el contexto de búsqueda de sensaciones sexuales (buscar y atraer a una pareja sexual), mientras que las mujeres lo hacían asociado a *conflictos emocionales*.³⁴ Las personas buscadoras de sensaciones socializan con otros con preferencias similares, lo que puede explicar el que se agrupen atrayéndose de manera mutua a diversas experiencias, especialmente al consumo de sustancias.

Otras actividades de alto riesgo que prefieren las personas buscadoras de sensaciones, son las situaciones sexuales riesgosas, llegando a involucrar en actividad sexual sin una protección adecuada contra enfermedades, como el uso del preservativo. Además, se ha encontrado que tienen más parejas sexuales y actitudes sexuales más permisivas.³⁵ Williams et al. (1992) encontraron en estudiantes universitarias que éstas utilizaban un modelo implícito de juicio sesgado para determinar el riesgo de parejas sexuales potenciales, consistente en que los hombres a quienes conocían y que les agradaban eran percibidos como no riesgosos, sin utilizar información objetiva acerca del riesgo de adquirir el VIH al relacionarse sexualmente. Donohew et al. (2000)³⁶ encontraron también que una alta puntuación en la búsqueda de sensaciones correlacionaba positivamente con las conductas sexuales de riesgo en estudiantes. Cooper et al. (1998) reportaron que la búsqueda de sensaciones sexuales estaba relacionada con las citas y la actividad sexual extradiádicas (fuera de la pareja), y asociada con uno de los subcomponentes de la búsqueda de emociones: la desinhibición.

Por otro lado, Joireman et al. (2002) encontraron en una muestra de 112 estudiantes universitarios que los que solían jugar ajedrez y los que tenían más experiencia jugándolo mostraron alta puntuación total en la *Escala de Búsqueda de Sensaciones* (SSS-V), así como en las subescalas de Búsqueda de Emociones y Aventura, y Desinhibición, independientemente del género de los participantes. Estos hallazgos apoyan la relación que también existe entre la búsqueda de sensaciones y la práctica de actividades de bajo riesgo,³⁷ explicándose en este caso como el visualizar una oportunidad excitante para experimentar experiencias relativamente novedosas y demostrar el dominio. Mazur et al. (1992) encontraron que el ganar un juego de ajedrez se asocia con una elevación en los niveles de testosterona.³⁸

Características biológicas y búsqueda de sensaciones.

La investigación acumulada a lo largo de varios años indica que el rasgo *BS* tiene una fuerte base biológica y un alto grado de heredabilidad (Zuckerman, 1994; Zuckerman & Khulman, 2000).

A nivel biológico, Zuckerman ha proporcionado varias revisiones de estudios que indican diferencias en medidas bioquímicas y psicofisiológicas (Zuckerman, 1990; Zuckerman & Khulman, 2000), y ha propuesto un abordaje a múltiples niveles en el cual la sensación es un producto de interacciones entre sistemas de neurotransmisores. Un modelo para comprender la búsqueda de sensaciones puede basarse en las características de la conducta y en ciertos marcadores biológicos aislados en ratas. Dellu et al. (1996)³⁹ y Piazza et al. (1993)⁴⁰ separaron ratas de 2 meses de nacidas en dos grupos de acuerdo a la reactividad locomotriz después de 2 hrs. de la exploración

forzada de un ambiente nuevo. Las respondedoras altas (HR), tuvieron elevada reactividad locomotriz (por arriba de la media) e hicieron más visitas a los caminos novedosos de un laberinto de múltiples opciones, mientras que las respondedoras bajas (LR) tuvieron una respuesta locomotriz por debajo de la media y visitaron el laberinto en menos ocasiones. Otros estudios similares demostraron que este patrón de actividad locomotriz se mantuvo en las ratas de 2 a 16 meses de nacidas, pero después de los 24 meses, desapareció. En situaciones de exploración libre, las *HR*, en comparación con las *LR*, mostraron más respuesta a la novedad. Con respecto a la autoadministración de fármacos, las *HR* tuvieron mayor consumo de anfetaminas que las *LR*. Además, las *HR* comieron más croquetas en menos tiempo que las *LR*. También se han explorado los niveles de corticoesteroides en ratas después de un estresor físico (pinchazo de la cola), encontrando que las *HR* presentan mayores niveles de corticosterona 2 hrs. después de éste, así como una mayor liberación de catecolaminas en el sistema dopaminérgico. En las muestras postautopsia se encontró una mayor actividad dopaminérgica en el núcleo accumbens y una menor actividad en la corteza prefrontal en comparación a las ratas *LR*. Piazza et al. revelaron que tanto las ratas HR como los seres humanos con altos niveles de búsqueda de sensaciones tienen una regulación a la alta (liberación incrementada) de los sistemas dopaminérgicos, basada en la exposición a estresores. Por lo tanto, la liberación incrementada de dopamina tiene una correlación con una menor liberación en los sistemas de serotonina y norepinefrina. Netter et al. (1996) ⁴¹ encontraron que la actividad en ciertos sistemas biológicos, como el dopaminérgico y serotoninérgico están asociados con las subescalas de Desinhibición (Dis) y Búsqueda de Experiencias (ES) la Escala de Búsqueda de Sensaciones (SSS-V) en seres

humanos. En los modelos de seres humanos, se ha encontrado que los buscadores de sensaciones tienen menores niveles de cortisol en respuesta a un estresor agudo. A este respecto, en los sujetos con puntuación elevada en la subescala de Búsqueda de Experiencias, estos bajos niveles de cortisol han proporcionado evidencia acerca de una actividad incrementada en el sistema dopaminérgico y disminuida en el serotoninérgico, traducida en una mayor resistencia al estrés que minimiza los efectos de los estresores físicos y psicológicos, presentando además un umbral más elevado de sensibilidad a la estimulación aversiva, una menor hipersensibilidad y una menor irritabilidad. Ruegg et al. (1997)⁴² replicaron este patrón de respuesta del cortisol a estresores, encontrando que los niveles de éste estaban elevados en los sujetos con alta *evitación del daño* que explora el Cuestionario Tridimensional de Personalidad de Cloninger. Ballenger et al. (1983)⁴³ encontraron bajos niveles de cortisol en el líquido cefalorraquídeo de individuos con elevada puntuación en la escala de Desinhibición de la SSS-V.

Gerra et al. (1999)⁴⁴ encontraron que las puntuaciones en la búsqueda de novedad y en la búsqueda de sensaciones se correlacionaban positivamente con los niveles de norepinefrina, testosterona y prolactina en 74 varones sanos.

Por otro lado, Daitzman et al. (1978)⁴⁵ estudiaron un grupo de universitarios, encontrando que los hombres mostraban una correlación positiva de la puntuación en la subescala de Desinhibición de la SSS-V con los niveles de andrógenos y estrógenos, mientras que las mujeres la mostraban con los niveles de estrógenos foliculares y lúteos. Estos hallazgos apoyan el que las hormonas sexuales se relacionen con ciertas subescalas de la SSS-V, y fueron corroborados por Zuckerman et al. (1980).

La monoaminoxidasa (MAO) juega un rol clave como la enzima encargada del metabolismo de neurotransmisores cerebrales, por lo que sería un elemento heredado con implicación en la *BS*. En especial, se ha encontrado que los niveles de MAO-B son bajos en los buscadores de sensaciones, característica que éstos compartirían con los trastornos en los que está comprometido el control de impulsos (Zuckerman y Khulman, 2000). Una de las funciones de la MAO-B es regular los niveles de dopamina, la cual a su vez se encuentra relacionada con las sensaciones de placer. Normalmente la MAO se ve reducida cuando hay altos niveles de hormonas sexuales, así que en los sujetos con elevada búsqueda de sensaciones hay una correlación negativa directa entre estas dos variables.⁴⁶ A este respecto, Carrasco et al. (1999)⁴⁷ encontraron bajos niveles de actividad de la MAO en matadores de toros que mostraron elevada puntuación en la subescala de Búsqueda de Emociones y Aventura de la SSS-V al compararlos con un grupo control.

Gallinat et al. (2007) encontraron mediante la espectroscopía de resonancia magnética, una correlación negativa entre la búsqueda de sensaciones y la concentración de glutamato en la corteza anterior del cíngulo, así como una correlación negativa más débil entre tal rasgo y el glutamato en el hipocampo.⁴⁸

2.3 EVALUACIÓN DE LA BUSQUEDA DE SENSACIONES:

Se han propuesto varias formas de cuantificar la búsqueda de sensaciones: La *Escala Barratt de Impulsividad-Versión 1.0*⁴⁹ y el Factor de Constricción Conductual del Cuestionario Multidimensional de Personalidad (*Behavioral Constraint factor of the Multidimensional Personality Questionnaire*).⁵⁰ Un análisis más detallado de la búsqueda

de sensaciones puede ser obtenido mediante dos instrumentos autoaplicables: La *Escala de Búsqueda de Sensaciones (SSS-V)*, y el *Cuestionario de Personalidad Zuckerman-Kuhlman*.⁵¹ La *Escala de Búsqueda de Sensaciones (SSS-V)*, fue desarrollada por Zuckerman en 1979, y es un método confiable y válido para determinar la expresión de la conducta individual sobre los rasgos de búsqueda de sensaciones, cuyas características son una combinación de cuatro subcomponentes: Búsqueda de Emociones y Aventura, Búsqueda de Experiencias, Desinhibición, y Susceptibilidad al Aburrimiento. El valor de alfa es de 0.81.⁵²

Esta escala ha mostrada buena consistencia interna así como test-retest ($r=0.94$ en tres semanas). Zuckerman diferenció dos formas de *búsqueda de sensaciones*: la *impulsiva* (no socializada), y la *no impulsiva* (socializada). Glicksohn y Abulafia (1998)⁵³ sugieren que la búsqueda de sensaciones *impulsiva* (ImpUSSS) comprende las tres subcategorías de la SSS-V (Búsqueda de Experiencias, Desinhibición, y Susceptibilidad al Aburrimiento, mientras que la búsqueda de sensaciones *no impulsiva*, socializada se manifiesta mediante la subescala Búsqueda de Emociones y Aventura de la SSS-V. Por lo tanto, los buscadores de sensaciones con puntuaciones elevadas en las subescalas de Desinhibición y Susceptibilidad al Aburrimiento, son más conniventes, poco convencionales, inconformes y con carencias en la habilidad de planeación.

3. METODO

3.1 JUSTIFICACIÓN

En el año 2009, el 14% de los pacientes que acudieron al servicio de consulta externa del Hospital Psiquiátrico *Fray Bernardino Álvarez*, fueron diagnosticados con Trastorno de la Personalidad tipo Borderline, lo que indica que es una causa frecuente de búsqueda de atención en esta población clínica. Por otro lado, y de acuerdo a la evidencia en la literatura, se conoce que el rasgo de la personalidad *búsqueda de sensaciones* causa una proclividad a involucrarse en ciertas actividades y conductas de riesgo, de tipo físico, social, legal o financiero, teniendo una asociación con consecuencias negativas para la salud y la funcionalidad del individuo. Esto es particularmente cierto en adultos jóvenes, quienes participan en actividades riesgosas con mayor frecuencia que otros grupos etarios. Por lo tanto, la edad es un predictor importante para tales conductas debiendo mantenerse una monitorización estrecha tanto en la población general como en la clínica para una detección oportuna del involucramiento en actividades tales como: actividades sexuales promiscuas, hábitos de consumo de alcohol, uso de sustancias ilícitas, juegos de azar y deportes *extremos* (de alto riesgo). La recomendación de formas atractivas y estimulantes pero no riesgosas de búsqueda de sensaciones a individuos con estas tendencias es una forma de reducir consecuencias negativas para la salud. Por lo tanto, la detección y evaluación del rasgo de la personalidad *búsqueda de sensaciones* puede ser utilizado para segmentar la población con el objetivo de diseñar y proveer programas de salud pública especiales para los grupos de mayor riesgo.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Como hemos expuesto, la búsqueda de sensaciones es un rasgo de personalidad que se asocia con una tendencia a involucrarse en ciertas actividades que arriesgan la salud. Por otro lado, el trastorno de la personalidad tipo borderline tiene como principales características una desregulación emocional, un pensamiento extremadamente polarizado, el involucramiento en relaciones interpersonales caóticas, y una inestabilidad de la autoimagen y de la conducta, así como del sentido de identidad. ¿Presentarán los pacientes con Trastorno de la Personalidad Tipo Borderline el rasgo *búsqueda de sensaciones*?, ¿Las personas de un grupo control mostrarán también el rasgo de la personalidad *búsqueda de sensaciones*?, ¿Esta búsqueda de sensaciones será mayor en los pacientes con Trastorno de la Personalidad Tipo Borderline que en un grupo control? ¿Habrá una asociación entre la búsqueda de sensaciones en pacientes con Trastorno de la Personalidad Tipo Borderline y posibles comorbilidades, así como con las variables sociodemográficas?.

Como de la revisión de la bibliografía científica no surgen estudios que permitan dar una respuesta a tales interrogantes, el objetivo de esta investigación se orienta, precisamente a contribuir con esta área de vacancia mediante el análisis de las posibles vinculaciones entre la búsqueda de sensaciones y el Trastorno de Personalidad tipo Borderline.

PREGUNTA DE INVESTIGACION.

¿Los pacientes con trastorno de personalidad borderline presentan con mayor frecuencia el rasgo de personalidad *búsqueda de sensaciones*?

3.2 OBJETIVO GENERAL

Comparar la presencia del rasgo búsqueda de sensaciones en pacientes con trastorno de personalidad tipo borderline y un grupo control.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

A) Comparar el rasgo de personalidad búsqueda de sensaciones con el diagnóstico en eje I y eje II, en pacientes con trastorno de personalidad tipo borderline y un grupo control.

B) Comparar el rasgo de personalidad búsqueda de sensaciones entre pacientes con trastorno de personalidad tipo borderline y un grupo control.

3.3 HIPOTESIS

La búsqueda de sensaciones es más frecuente en los pacientes con Trastorno de la Personalidad Tipo Borderline que en un grupo control.

3.4 VARIABLES

A. Variables Independientes.

1. Diagnóstico de Trastorno de la Personalidad Tipo Borderline.

Correlato clínico detectado mediante la SCID-II.

2. Diagnóstico Eje I.

Diagnosticado mediante la MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional y la ASRS.

3. Edad:

Se tomará la edad como el número de años cumplidos al momento del estudio

Tipo de variable: cuantitativa

Escala de medición: de razón

Unidad de medición: 18-50 años

4. Sexo:

Se describirá al sexo como masculino o femenino de acuerdo al fenotipo del paciente.

Tipo de variable: Cualitativa

Escala de medición: nominal dicotómica

Unidad de medición: Femenino, Masculino

5. Escolaridad:

Se tomará la escolaridad máxima del paciente como el último ciclo terminado.

Tipo de variable: Cualitativa

Escala de medición: Nominal Categórica

Unidad de medición: Ninguna, Primaria, Secundaria, Medio superior, Superior y Posgrado

6. Estado civil:

Se describirá el estado civil en el momento del estudio.

Tipo de variable: Cualitativa.

Escala de medición: Nominal

Unidad de medición: Soltero, Casado, Divorciado y Viudo.

7. Ocupación:

Se describirá la actividad preponderante del paciente al momento del estudio.

Tipo de variable: Cualitativa.

Escala de medición: Nominal.

Unidad de medición: Ninguna, Hogar, Empleado, Oficios, Profesionista individual y Estudiante.

B. Variables Dependientes.

1. Búsqueda de Sensaciones.

Obtenida de acuerdo a la puntuación de la Escala Breve de Búsqueda de Sensaciones (BSSS-8) y de sus subescalas.

3.5 MUESTRA

Universo de Estudio. Pacientes de ambos géneros de 18 a 50 años de edad, que reciban atención en los servicios de Urgencias, Hospitalización, Consulta Externa y Grupos de Psicoterapia del Hospital Psiquiátrico *Fray Bernardino Álvarez*, con Trastorno de Personalidad Tipo Borderline diagnosticados mediante la SCID-II, durante el periodo comprendido entre septiembre del 2010 y diciembre del 2010, que acepten responder los

instrumentos de evaluación así como la entrevista clínica, previa información y consentimiento informado del participante.

Tamaño de la muestra. Muestra no probabilística de casos consecutivos de septiembre del 2010 a enero del 2011.

Definición del grupo control. Se conformará un universo de estudio aleatorio, durante el periodo comprendido entre septiembre del 2010 y enero del 2011, por personas que acepten responder los instrumentos de evaluación así como la entrevista clínica, previa información y consentimiento informado del participante, descartando patología mediante la Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos de Personalidad (SCID-II), la MINI y la ASRS.

3.6 CRITERIOS DE SELECCIÓN.

Criterios de Inclusión.

- Pacientes de ambos géneros.
- Pacientes de entre 18 y 50 años de edad.
- Pacientes que sepan leer y escribir.
- Pacientes que deseen participar en el proyecto de investigación previo consentimiento informado.

Criterios de Exclusión.

- Pacientes menores de 18 años y mayores de 50 años de edad.

- Pacientes que no deseen participar en el proyecto de investigación durante cualquier etapa del mismo.
- Pacientes que no sepan leer y escribir.
- Pacientes con diagnóstico de retraso mental, epilepsia, riesgo suicida, síntomas psicóticos o alguna enfermedad médica no psiquiátrica descompensada al momento de la evaluación.

Criterios de Eliminación.

- Pacientes que deseen retirarse del proyecto.
- Pacientes que no hayan llenado completa y correctamente las escalas autoaplicables suministradas.

3.7 TIPO DE ESTUDIO

- Propuesta general: Estudio descriptivo
- Tipo de agentes: proceso
- Asignación de agentes: escrutinio
- Dirección temporal: transversal
- Composición de los grupos: homodémicos.

3.8 INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN

A. Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos de Personalidad (*Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders, SCID-II*)

Es una entrevista estructurada que evalúa los trastornos de personalidad del Eje II, teniendo su referente clínico en el DSM-IV. Fue desarrollada por First et al. en 1994, y permite formular un diagnóstico dimensional y categorial.⁵⁴ El primero se refiere a la suma de respuestas afirmativas sobre un trastorno en específico y el segundo se refiere al umbral o número de síntomas necesarios para considerarlos como característicos de un cuadro nosológico. Evalúa la presencia de los criterios para los trastornos de la personalidad del *grupo A* (esquizoide, esquizotípico y paranoide), del *grupo B* (antisocial, histriónico, límite y narcisista) y del *grupo C* (dependiente, depresivo, evitativo, obsesivo-compulsivo y pasivo-agresivo). El cuadernillo de autoaplicación consta de 119 ítems de respuesta dicotómica, de las cuales, 15 ítems corresponden al trastorno de personalidad antisocial, 7 al dependiente, 8 al depresivo, 7 al evitativo, 6 al esquizoide, 11 al esquizotípico, 7 al histriónico, 15 al límite, 17 al narcisista, 9 al trastorno obsesivo-compulsivo, 8 al paranoide y 8 al pasivo-agresivo. Es de fácil aplicación y calificación de las características de la personalidad.

En un estudio colombiano de Campos-Arias et al. la consistencia interna de las subescala para el trastorno límite de personalidad fue de 0.54 (Antisocial 0.75, Dependiente 0.55, Depresivo 0.61, Esquizoide 0.69, Esquizotípico 0.72, Evitativo 0.70,

Histriónico 0.59, Narcisista 0.72, Obsesivo-compulsivo 0.69, Paranoide 0.73, Pasivo-agresivo 0.63).⁵⁵

La confiabilidad reportada fue un valor *Kappa* de 0.87 para el Trastorno Límite de la Personalidad.⁵⁶⁵⁷⁵⁸ El módulo del TLP del SCID II evalúa con un 3 cada uno de los nueve rasgos del trastorno cuando están presentes, con un 2 cuando son subclínicos, con un 1 si están ausentes y con “?” si la información es insuficiente para calificarlo.

B. Escala Breve de Búsqueda de Sensaciones (*Brief Sensation Seeking Scale, BSSS-8*)

Es un instrumento autoaplicable, desarrollado por Hoyle et al. en el 2002, que evalúa la búsqueda de sensaciones. Consta de 8 reactivos. Mantiene la conceptualización de Zuckerman de que la búsqueda de sensaciones está comprendida en cuatro componentes: búsqueda de excitación, búsqueda de aventuras, desinhibición, y susceptibilidad al aburrimiento. Esta escala incluye 2 reactivos de cada componente. Los formatos de respuesta son tipo Likert, con opciones de respuesta que van de “Muy de acuerdo” (puntaje 1) a “Muy en desacuerdo” (puntaje 5). Ha sido utilizada en varios estudios a gran escala.⁵⁹ En un estudio realizado por Hoyle et al. con 1263 estudiantes de educación media, el coeficiente de alfa fue de 0.76.⁶⁰

En México, esta escala fue utilizada en un estudio realizado por Arillo-Santillán et al. (2007) en el Instituto Nacional de Salud Pública, al aplicarla a 12 293 estudiantes de escuelas secundarias para evaluar junto con otros instrumentos, la susceptibilidad al consumo de tabaco en no fumadores. Se encontró que entre mayor es la búsqueda de sensaciones, mayor es la susceptibilidad cognitiva a fumar, explicándolo como que son

individuos dispuestos a asumir riesgos con el fin de incrementar su estimulación y excitación, persistiendo tal asociación en la siguiente etapa de la adicción, donde los fumadores tienden a reconocer mayor grado de búsqueda de sensaciones en comparación con los no fumadores.⁶¹⁶²

Subescalas Clínicas:

- 1. *Búsqueda de Experiencias:*** Referida como la búsqueda de nuevas experiencias a través de sensaciones y estilos de vida poco convencionales. Evaluada mediante las preguntas con los números: (1) *Me gustaría explorar lugares extraños/raros* y (5) *Me gustaría hacer un viaje sin tener planeado las rutas o los horarios.*
- 2. *Búsqueda de Aventuras:*** Entendida como el deseo de participar en actividades que requieran rapidez y peligro. Evaluada mediante las preguntas con los números: (3) *Me gusta hacer cosas que causan temor (atemorizantes)* y la (7) *Me gustaría intentar tirarme en paracaídas.*
- 3. *Desinhibición:*** Deseo de liberarse a través de la desinhibición social, la bebida y las fiestas. Utiliza para su valoración las preguntas: (4) *Me gustan las fiestas locas,* y (8) *Me gusta experimentar cosas nuevas y excitantes, aunque tenga que romper las reglas.*
- 4. *Susceptibilidad al Aburrimiento:*** Entendida como el disgusto ante la repetición de experiencias y la rutina de trabajo, e inquietud ante la monotonía. Valorada con las preguntas: (2) *Me siento impaciente cuando paso mucho tiempo en casa,* y (6) *Prefiero tener amigos que sean arriesgados e impredecibles.*

C. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (*MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI*)

Es una entrevista diagnóstica estructurada de duración breve desarrollada por Sheehan et al. En 1998. Explora para detección y/u orientación diagnóstica, los principales trastornos psiquiátricos del Eje I del DSM-IV y la CIE-10. Está dividida en módulos, identificados por letras, cada uno correspondiente a una categoría diagnóstica. Al comienzo de cada módulo (con excepción del módulo de trastornos psicóticos) se presentan, en un recuadro gris, una o varias preguntas *filtro* correspondientes a los principales criterios diagnósticos del trastorno. Al final de cada módulo, una o varias casillas diagnósticas permiten al clínico indicar si se cumplen los criterios diagnósticos. Puede ser administrada en un período de tiempo mucho más breve (promedio de $18,7 \pm 11,6$ minutos, media 15 minutos) que otros instrumentos. Puede ser utilizada por clínicos tras una breve sesión de entrenamiento. El coeficiente kappa es bueno para todos los diagnósticos con excepción del trastorno de ansiedad generalizada y la fobia específica mostrando valores menores a 0.5. La sensibilidad es de 0.70, exceptuando a trastorno de pánico, agorafobia, fobia simple y bulimia. La especificidad es de 0.70 para todos los diagnósticos.⁶³ La versión en español fue desarrollada en 1999 por Ferrando, Bobes, Gilbert y Soto.

Table 5. Concordance Between M.I.N.I.-CR and CIDI Diagnoses: Nonpsychotic DSM-III-R Disorders*

Disorder	N	M.I.N.I.-CR	CIDI		Kappa	Sensitivity	Specificity	Positive Predictive Value	Negative Predictive Value
			-	+					
			TN	FN					
			FP	TP					
Major depressive disorder	343 ^a		134	10	0.73	0.94	0.79	0.82	0.93
			36	163					
Current manic episode	342 ^{a,b}		307	3	0.65	0.86	0.96	0.56	0.99
			14	18					
Lifetime manic episode	343 ^a		263	13	0.63	0.77	0.92	0.64	0.95
			24	43					
Alcohol dependence	346		245	16	0.82	0.83	0.97	0.91	0.94
			8	77					
Drug dependence	346		271	7	0.81	0.89	0.95	0.81	0.97
			13	55					
Panic disorder	346		280	19	0.68	0.67	0.97	0.81	0.94
			9	38					
Agoraphobia	346		274	24	0.58	0.59	0.95	0.71	0.92
			14	34					
Social phobia	346		254	16	0.54	0.72	0.88	0.55	0.94
			34	42					
Simple phobia	346		261	35	0.43	0.46	0.93	0.60	0.88
			29	30					
Generalized anxiety disorder	345 ^c		215	6	0.36	0.88	0.72	0.34	0.97
			82	42					
Lifetime bulimia	346		308	9	0.53	0.63	0.96	0.52	0.97
			14	15					

Table 8: Reliability of M.I.N.I.-CR (N = 84)*

Diagnoses	Interrater Kappa	Test/Retest Kappa
Major depressive disorder	1.00	0.87
Current mania	0.79	0.35
Lifetime mania	0.89	0.63
Current panic disorder	0.92	0.68
Lifetime panic disorder	0.97	0.79
Current agoraphobia	0.97	0.73
Lifetime agoraphobia	0.92	0.81
Current social phobia	0.94	0.65
Lifetime social phobia	0.88	0.68
Current simple phobia	0.88	0.63
Lifetime simple phobia	0.88	0.52
Generalized anxiety disorder	0.98	0.78
Obsessive-compulsive disorder	1.00	0.85
Current psychotic disorder	0.81	0.77
Lifetime psychotic disorder	0.90	0.83
Current alcohol abuse	0.90	0.85
Current alcohol dependence	1.00	0.86
Current drug abuse	0.88	0.89
Current drug dependence	0.91	0.96
Lifetime drug dependence	0.94	0.86
Anorexia	1.00	0.78
Bulimia	1.00	1.00
Posttraumatic stress disorder	0.95	0.73

D. Escala de Auto-reporte de Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad en Adultos (ASRS)

La Escala de Autorreporte de Tamizaje del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad en la vida adulta, v.1.1 (ASRS, por sus siglas en inglés: Adult ADHD Self-Report Scale Symptom Checklist) se desarrolló en conjunto con la revisión de la Encuesta Compuesta Internacional de Diagnóstico de la Organización Mundial de la Salud (OMS) por Kessler et al. El ASRS tiene dos versiones: una larga de 18 preguntas acerca de la frecuencia, en la vida adulta, de los síntomas del TDAH durante los 6 meses previos, según el criterio A del DSM IV, y una versión corta de seis preguntas, que se seleccionaron a partir de un análisis de regresión logística para optimizar la concordancia con la clasificación clínica. Los reactivos se contestan de acuerdo con una escala tipo Likert que mide la frecuencia con que se presentan los síntomas (0= nunca, 1= rara vez, 2= algunas veces, 3= frecuentemente, 4= muy frecuentemente). La consistencia interna

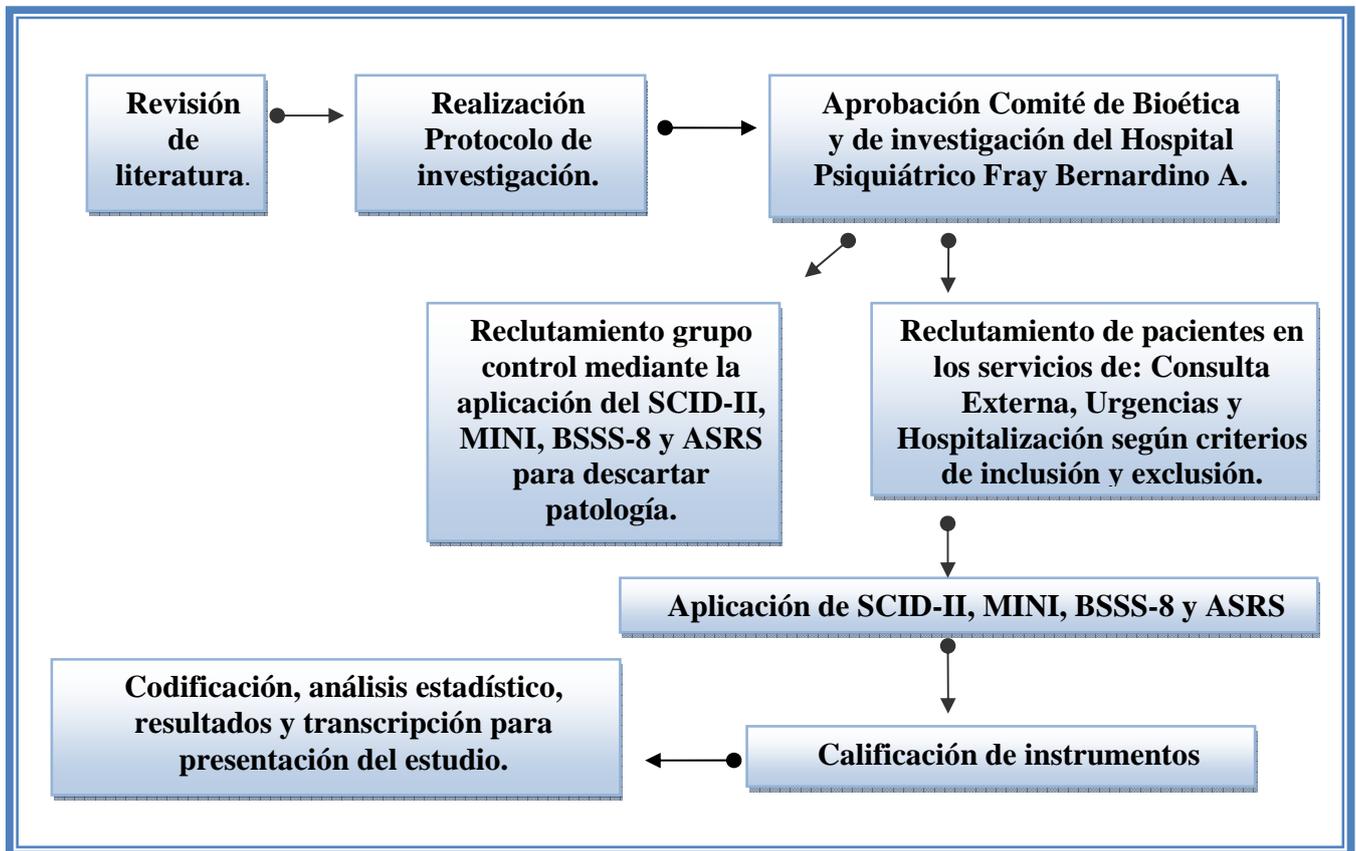
está en el rango 0.63-0.72 y la confiabilidad test-retest (correlación de Pearson) está entre 0.58 y 0.77.⁶⁴

La brevedad de esta escala y su habilidad para discriminar los casos de los no-casos hace que se haya preferido su uso en poblaciones de estudio amplias.

3.9 PROCEDIMIENTO

El proyecto de investigación se someterá al escrutinio y autorización del comité de investigación del Hospital Psiquiátrico *Fray Bernardino Álvarez*. Posterior a la aprobación, se someterá a consideración de los pacientes, la participación voluntaria en la evaluación clínica y en la aplicación de la Escala de Búsqueda de Sensaciones. El universo clínico se conformará entre septiembre y diciembre del 2010 por pacientes que reciban atención en los servicios de Urgencias, Hospitalización, Consulta Externa y Grupos de Psicoterapia para pacientes con Trastorno de Personalidad Tipo Borderline del Hospital Psiquiátrico *Fray Bernardino Álvarez*. Se aplicará la Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos de Personalidad (SCID-II), la MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional, la Escala de Auto-reporte de Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad en Adultos (ASRS) y la Escala Breve de Búsqueda de Sensaciones (BSSS-8). Para el grupo control se conformará un universo de estudio aleatorio y pareado con el grupo experimental, descartando patología mediante la Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos de Personalidad (SCID-II), la MINI y la ASRS. Solo se recolectará la información que tuviera la firma de consentimiento informado del paciente participante. Se descartará patología en el grupo control con las mismas escalas. Se procederá a la calificación de instrumentos, codificación de

información obtenida, análisis estadístico y por último, a la integración de resultados y transcripción para la presentación del estudio.



CRONOGRAMA

- *Marzo – Agosto 2010:* Investigación bibliográfica.
- *Septiembre 2010– Enero 2011:* Reclutamiento de pacientes y de grupo control, y aplicación de escalas.
- *Febrero 2011:* Análisis de datos.
- *Marzo – Mayo 2011:* Elaboración de informe final.

CONSIDERACIONES ETICAS

El proyecto de investigación se someterá al escrutinio y autorización del comité de investigación del Hospital Psiquiátrico *Fray Bernardino Álvarez*. Este estudio no implica ningún riesgo en la salud de los sujetos estudiados, ya que su participación sólo consistirá en la contestación de escalas clínicas. La investigación se realizará de acuerdo a las consideraciones éticas exigidas por el acuerdo de la Declaración de Helsinki. Se solicitará la firma de autorización del participante como lo exige la Ley General de Salud.

ANALISIS ESTADISTICO

Se utilizarán medidas de tendencia central para la descripción general de la muestra. Para explorar las diferencias en los resultados de la escala BSSS-8, se utilizará la prueba de *chi cuadrada* y "*t*" de *Student*. Al explorar las diferencias entre grupos se utilizará análisis de varianza (ANOVA). Para comparar los resultados entre los grupos se utilizará la prueba de U Mann-Whitney. Para todas las pruebas se establecerá un nivel de significancia de $p < 0.05$.

4. RESULTADOS

Características Demográficas:

En la muestra obtenida para la investigación se incluyeron 101 pacientes, que fueron asignados a dos grupos de estudio: el grupo control (n=50, 49.50%) y el grupo problema (n=51, 50.49%). El promedio de edad fue de 29 años. La mayoría de los sujetos fueron del sexo femenino (78% en el grupo control y 92.2% en el grupo de estudio), solteros (52% en el grupo control y 56.9% en el grupo de estudio), de ocupación, empleados (34% en el grupo control y 33.3% en el grupo de estudio) y con escolaridad máxima de secundaria (32% en el grupo control y 39.2% en el grupo de estudio. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos.

Tabla 1. Variables demográficas

Variable	Grupo Experimental N=51	Grupo Control N=50	Global N=101
Edad	28.3±8.3	29.6±8.4	29.9±8.3
Sexo			
Hombre	4 (7.8)	11 (22)	15 (14.9)
Mujer	47 (92.2)	39 (78)	86 (85.1)
Estado Civil			
Soltero	29 (56.9)	26 (52)	55 (54.5)
Casado	10 (19.6)	16 (32)	26 (25.7)
Divorciado	5 (9.8)	4 (8)	9 (8.9)

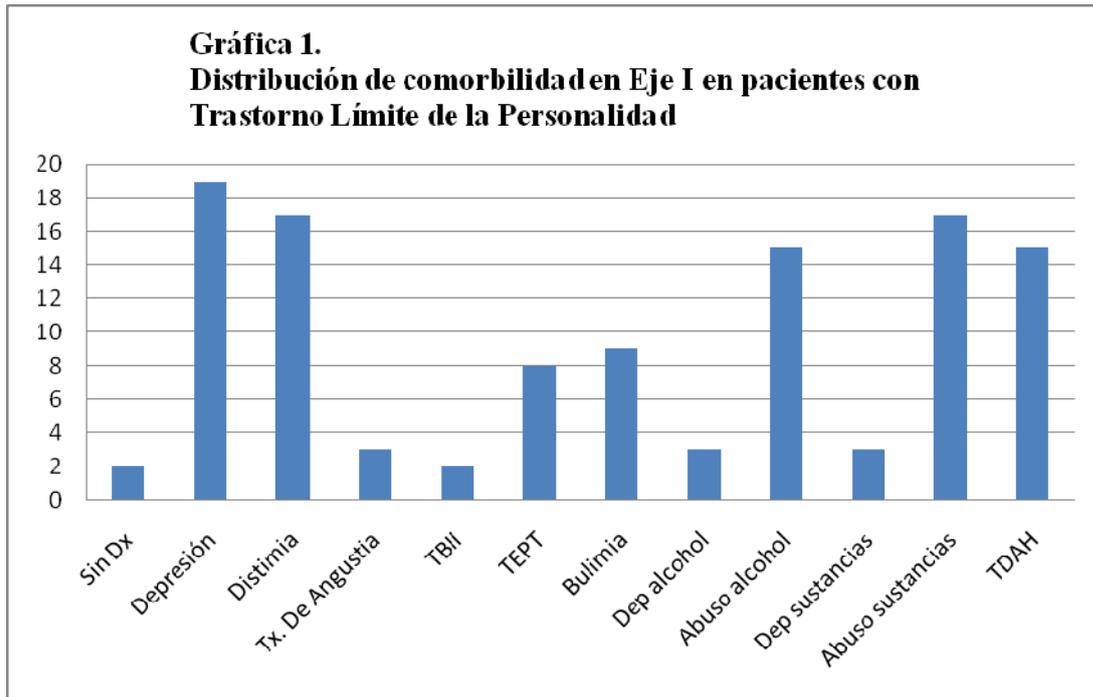
Separado	7 (13.7)	4 (8)	11 (10.9)
Ocupación			
Ninguna	10 (19.6)	4 (8)	14 (13.9)
Hogar	14 (27.5)	14 (28)	28 (27.7)
Empleado	17 (33.3)	17 (34)	34 (33.7)
Oficio	0 (0)	2 (4)	2 (2)
Profesionista	1 (2)	8 (16)	9 (8.9)
Estudiante	9 (17.6)	5 (10)	14 (13.9)
Escolaridad			
Ninguna	0 (0)	1 (2)	1 (1)
Primaria	8 (15.7)	9 (18)	17 (16.8)
Secundaria	20 (39.2)	16 (32)	36 (35.6)
Preparatoria	17 (33.3)	11 (22)	28 (27.7)
Profesional	6 (11.8)	10 (20)	16 (15.8)
Postgrado	0 (0)	3 (6)	3 (3)

Variables Clínicas:

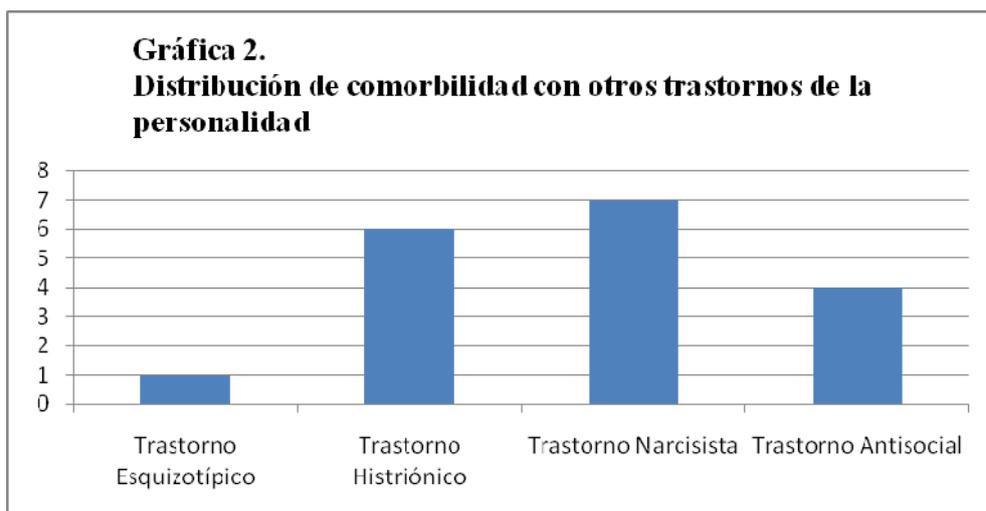
Se aplicó la MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional a ambos grupos de pacientes, encontrándose en el grupo experimental las frecuencias que se muestran en la tabla 2. Mediante la Escala de Autorreporte de Tamizaje del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad en la vida adulta, v.1.1 (ASRS) se detectó tal patología en 15

pacientes (29.4%). Las patologías más prevalentes fueron: Depresión (n=19, 37.2%), distimia (n=17, 33.3%), abuso de sustancias (n=17, 33.3%), abuso de alcohol (n=15, 29.4%) y TDAH (n=15, 29.4%). Cuatro sujetos no tuvieron ningún diagnóstico (7.8%), 11 (21.6%) tenían 2 diagnósticos, 23 (45.1%) tenían 3 diagnósticos, 12 (23.5%) tenían 4 diagnósticos y 1 paciente (2%) tenía 5 diagnósticos.

Tabla 2. Comorbilidad en Eje I		
N=51	N	%
Depresión	19	37.2
Distimia	17	33.3
Trastorno de Angustia	3	5.8
Trastorno Bipolar tipo II	2	3.9
Trastorno Estrés Post-Traumático	8	15.6
Bulimia	9	17.6
Dependencia a alcohol	3	5.8
Abuso de alcohol	15	29.4
Dependencia de sustancias	3	5.8
Abuso de sustancias	17	



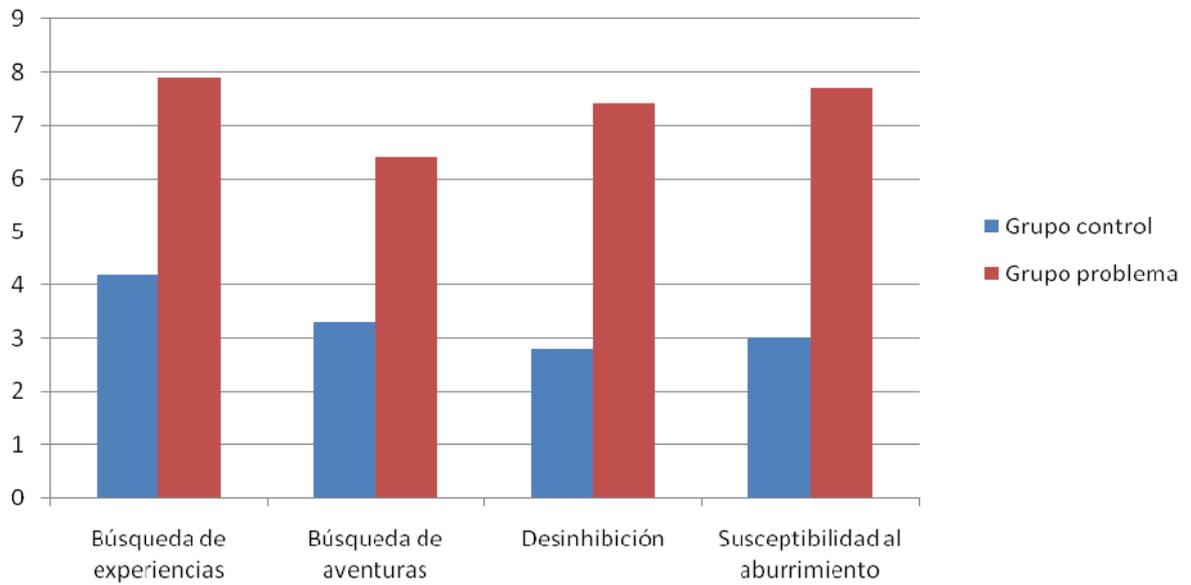
Se observó comorbilidad con otros trastornos de personalidad: trastorno esquizotípico (n=1, 1.9%), trastorno histriónico (n=6, 11.7%), trastorno narcisista (n=7, 13.7%), trastorno antisocial (n=4, 7.8%).



En las 4 subescalas de la Escala Breve de Búsqueda de Sensaciones (BSSS-8) se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre el grupo control y el grupo experimental.

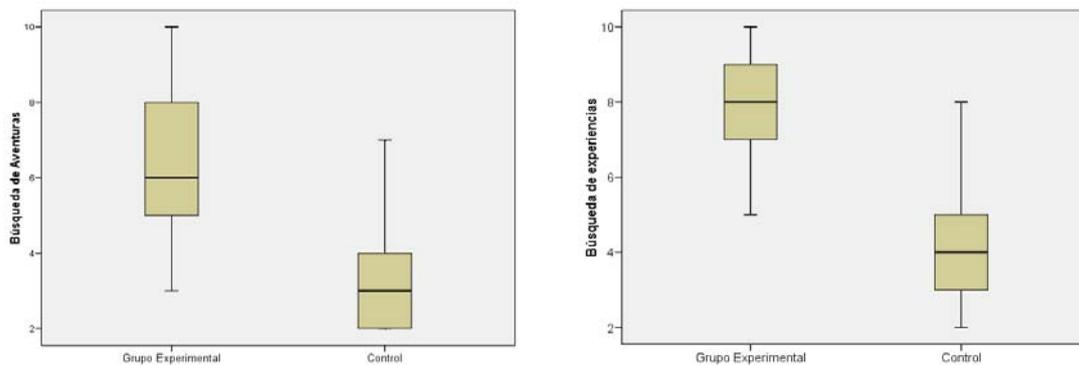
Tabla 3. Comparación de búsqueda de sensaciones entre pacientes con trastorno límite de personalidad y el grupo control				
		Grupo Control	Grupo Experimental	p
Búsqueda de Experiencias	de	4.2±1.5	7.9± 1.2	<0.001
Búsqueda de Aventuras		3.3±1.4	6.4± 1.7	<0.001
Desinhibición		2.8±1.0	7.4±1.5	<0.001
Susceptibilidad al Aburrimiento	al	3.0±1.1	7.7±1.6	<0.001

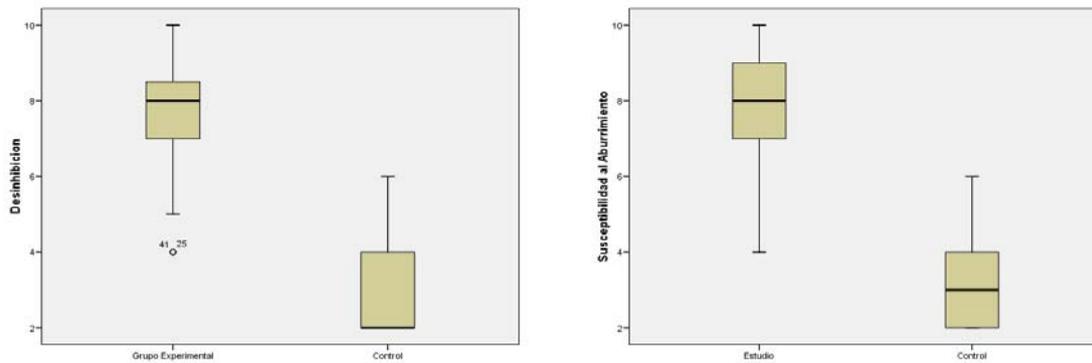
Gráfica 3.
Comparación de búsqueda de sensaciones entre el grupo control y el grupo problema



Gráfica 4.

Comparación de búsqueda de sensaciones entre el grupo control y el grupo problema



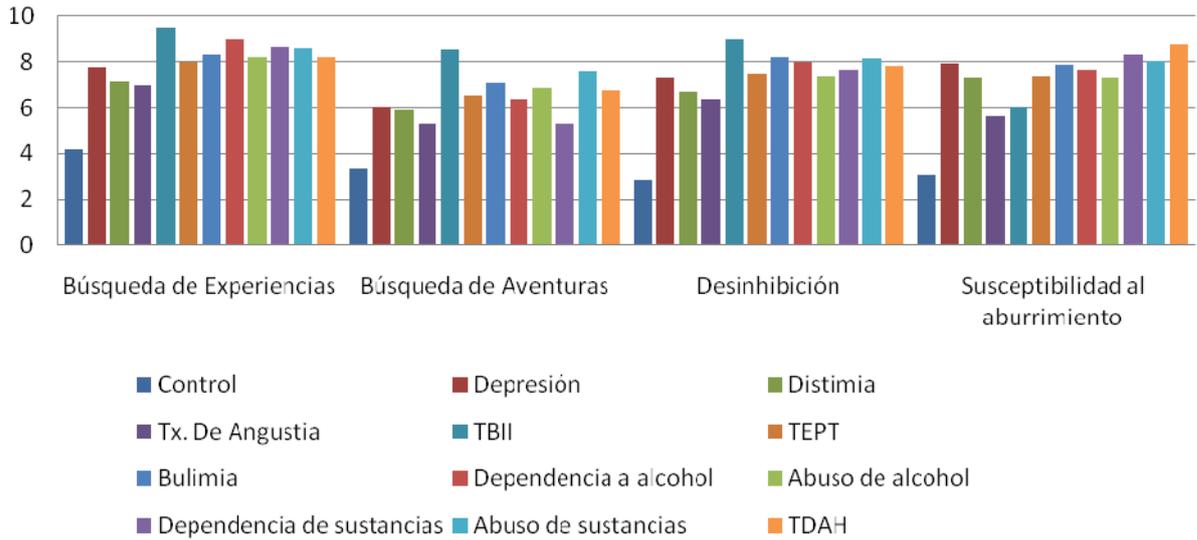


Se realizó un análisis univariado con U de Mann-Whitney, encontrándose únicamente diferencias significativas con la presencia de distimia en las subescalas de búsqueda de experiencias y desinhibición; abuso de sustancias en todas las subescalas excepto la susceptibilidad al aburrimiento y TDAH en la subescala de susceptibilidad al aburrimiento.

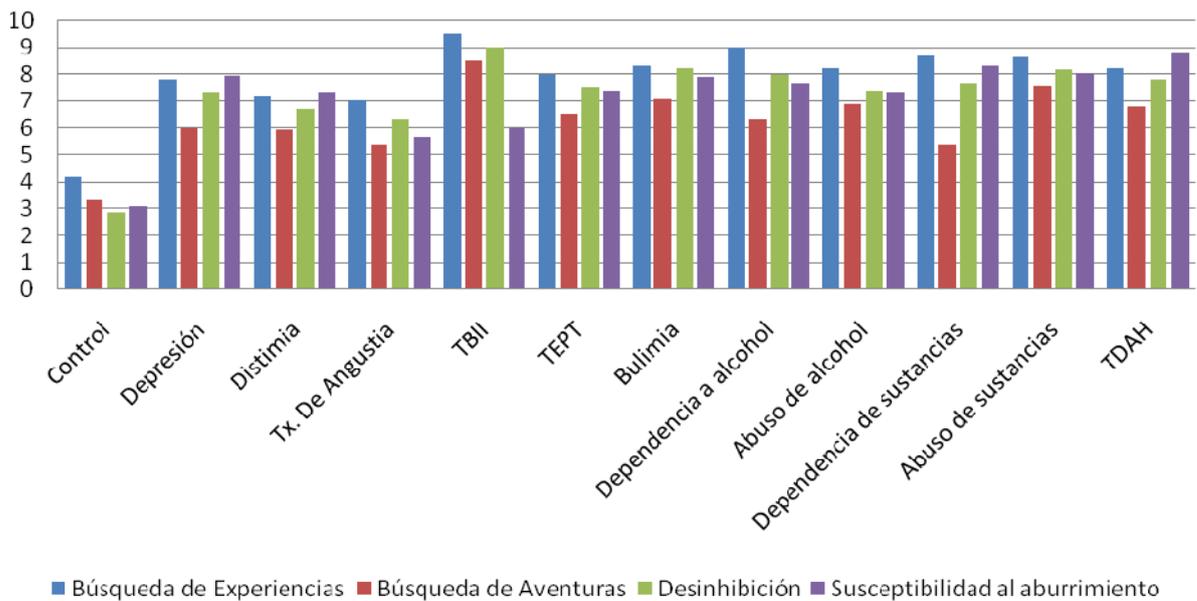
Tabla 4. Análisis Univariado de Búsqueda de Sensaciones y Comorbilidad en Eje I				
	Búsqueda de Experiencias	Búsqueda de Aventuras	Desinhibición	Susceptibilidad al Aburrimiento
Sexo				
Hombre	5.5±2.2	5.0±2.0	4.3±2.5	4.1±2.0
Mujer	6.2±2.3	4.9±2.2	5.3±2.6	5.6±2.7
	0.290	0.675	0.168	0.056

Depresión				
Sí	7.7±1.0	6.0±1.5	7.3±1.7	7.9±1.3
No	8.0±1.3	6.7±1.7	7.5±1.3	7.5±1.7
	0.335	0.095	0.905	0.619
Distimia				
Sí	7.1±1.2	5.9±1.7	6.7±1.5	7.3±1.7
No	8.3±1.0	6.7±1.6	7.8±1.3	7.9±1.5
	0.002	0.131	0.014	0.303
Abuso de Alcohol				
Sí	8.2±1.1	6.8±1.5	7.4±1.5	7.3±1.5
No	7.8±1.3	6.3±1.8	7.5±1.5	7.8±1.6
	0.632	0.179	0.958	0.210
Abuso de Sustancias				
Sí	7.8±1.3	6.3±1.8	7.5±1.5	7.8±1.6
No	7.6±1.1	5.9±1.4	7.1±1.5	7.5±1.4
	0.004	0.002	0.030	0.175
TDAH				
Sí	8.2±1.2	6.8±1.7	7.8±1.5	8.8±0.6
No	7.8±1.2	6.3±1.7	7.3±1.5	7.2±1.7
	0.412	0.425	0.240	0.002

Gráfica 5.
Comparación de subescalas de la Escala Breve de Búsqueda de Sensaciones en comorbilidad Trastorno Límite de la Personalidad con Trastornos del eje I



Gráfica 6.
Busqueda de Experiencias y Trastornos del eje I



5. DISCUSION

El propósito de este estudio fue determinar la diferencia en la búsqueda de sensaciones en pacientes con trastorno límite de personalidad y sujetos sanos. Se compararon dos poblaciones similares en cuanto a los factores demográficos (edad, sexo, escolaridad, estado civil y ocupación).

Al compararse los resultados de la búsqueda de sensaciones se observó una diferencia estadísticamente significativa entre los pacientes con trastorno límite y sujetos sanos.

Se encontró en concordancia con la literatura, una prevalencia alta de trastornos del eje I, siendo lo más frecuente en orden decreciente la presencia de depresión, distimia, abuso de sustancias y alcohol, y trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Sólo un porcentaje bajo de pacientes presentó comorbilidad con otros trastornos de personalidad: narcisista, histriónico, antisocial y esquizotípico.

Se realizó un análisis dentro del grupo experimental para identificar los trastornos del eje I que pudieran contribuir a aumentar o disminuir la puntuación de la búsqueda de sensaciones. Se encontró que la distimia se asocia con una disminución en la puntuación de la subescala *búsqueda de experiencias*, así como en la subescala *desinhibición*. Por otro lado, el abuso de sustancias se encontró asociado con un aumento en la puntuación de las subescalas: *búsqueda de experiencias*, *búsqueda de aventuras* y *desinhibición*. Y consistentemente, el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad se vio asociado a un aumento en la puntuación de la subescala *susceptibilidad al aburrimiento*.

Se realizó una comparación de asociaciones con los trastornos de personalidad comórbidos (además del Trastorno Límite) y no se observaron diferencias estadísticamente significativas, probablemente debido a que la muestra era pequeña.

6. CONCLUSIONES

La información obtenida en el presente estudio, nos muestra una clara relación entre el trastorno de la personalidad tipo límite y una mayor *búsqueda de sensaciones*. Al hablar de comorbilidad, los datos hacen evidente que cuando se asocia el trastorno de personalidad tipo límite con distimia, la búsqueda de sensaciones disminuye de manera global, mientras que cuando coexiste con el abuso de sustancias y alcohol o con trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tal rasgo aumenta.

Partiendo de que la *búsqueda de sensaciones*, consistente en el rastreo de experiencias y sensaciones variadas, nuevas, complejas e intensas, así como en el deseo de tomar riesgos con el fin de tener esa experiencia, la literatura mundial ha evidenciado que tal rasgo de personalidad conlleva a la participación en conductas que implican riesgo físico, social, legal o financiero. Por lo tanto, los resultados del estudio amplían la información acerca de las variables clínicas que deben ser consideradas al momento de la evaluación psiquiátrica de una persona con trastorno de la personalidad tipo límite, y proporcionan información para favorecer la detección sistemática de *búsqueda de sensaciones* en poblaciones epidemiológicas para que, de esta manera, se puedan implementar estrategias tempranas de abordaje y tratamiento oportunos, impactando en una baja en la prevalencia de conductas de riesgo. Del mismo modo, esta investigación, ha permitido dilucidar que la comorbilidad del trastorno de la personalidad tipo límite, se asocia con cambios en la intensidad del rasgo *búsqueda de sensaciones*, lo cual no debe pasarse por alto al momento de realizarse una evaluación clínica.

7. BIBLIOGRAFIA

-
- ¹ Asociación Psiquiátrica Americana. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR). Barcelona: Masson; 2000.
- ² Roberti, J. W. (2004). A review of behavioral and biological correlates of sensation seeking. *Journal of Research in Personality*, 38, 256-279.
- ³ Rosenbloom, T. (2003a). Risk evaluation and risky behavior of high and low sensation seekers. *Social Behavior and Personality*, 31, 375-386.
- ⁴ Sadock BJ., Sadock VJ.: . Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 8th ed. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins; 2005.
- ⁵ Espinosa JJ, Grynberg et al. Riesgo y letalidad suicida en pacientes con trastorno límite de la personalidad (TLP), en un hospital de psiquiatría. *Salud Mental* 2009. 32: 317-325.
- ⁶ Caraveo-Anduaga J., Medina-Mora MA, et al. La prevalencia de los trastornos psiquiátricos en la población urbana adulta en México. *Salud Mental* 1996. V 19:3. Septiembre.
- ⁷ Skodol AE., Siever LJ., Et al. The Borderline Diagnosis II: Biology, Genetics, and Clinical Course. *Biol Psychiatry* 2002;51:951–963.
- ⁸ Royce L., Coccaro E. Edit. Schatzberg A., Nemeroff CB. The American Psychiatric Publishing Textbook of Psychopharmacology, 4th Edition. 2009
- ⁹ Zuckerman, M. (1994). Behavioral expressions and biosocial bases of sensation seeking. New York: Cambridge Press.
- ¹⁰ Zuckerman, M. (1996). The psychobiological model for impulsive unsocialized sensation seeking: A comparative approach. *Neuropsychobiology*, 34, 125–129.
- ¹¹ Caspi, A., Begg, D., Dickson, N., Harrington, H., Langley, J., Moffitt, T. E., & Silva, P. A. (1997). Personality differences predict health-risk behaviors in young adulthood: Evidence from a longitudinal study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73, 1052–1063.
- ¹² Ball, S. A. & Zuckerman, M. (1992). Sensation seeking and selective attention: focused and divided attention on a dichotic listening task. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63, 825-831.
- ¹³ Franken, S. B., Gibson, K. J., & Rowland, L. (1992). Sensation seeking and the tendency to view the world as threatening. *Personality and Individual Differences*, 13, 31-38.
- ¹⁴ Zuckerman, M. & Kuhlman, D. (2000). Personality and risk-taking: common biosocial factors. *Journal of Personality*, 68, 999-1029.
- ¹⁵ Roberti, J. W. (2003). Sensation seeking characteristics and neuroendocrine responses to an acute psychological challenge for undergraduates with career interests in forensic sciences. *Journal of Applied Psychology* (under review).
- ¹⁶ Terasaki, M. & Imada, S. (1988). Sensation seeking and food preferences. *Personality and Individual Differences*, 9, 87-93.
- ¹⁷ McNamara, L., & Ballard, M. E. (1999). Resting arousal, sensation seeking, and music preference. *Genetic, Social, and General Psychology Monographs*, 125, 229–251.
- ¹⁸ Weisskirch, R. S. & Murphy, L. C. (2004). Friends, porn, and punk: sensation seeking in personal relationships, internet activities, and music preference among college students. *Adolescence*, 39, 89-201.
- ¹⁹ Cohen, E. S., & Fromme, K. (2002). Differential determinants of young adult substance use and high-risk sexual behavior. *Journal of Applied Social Psychology*, 32, 1124–1150.
- ²⁰ Donohew, L., Clayton, R. R., Skinner, W. F., & Colon, S. (1999a). Peer networks and sensation seeking: Some implications for primary socialization theory. *Substance Use and Misuse*, 34, 1013–1023.

-
- ²¹ Donohew, R. L., Hoyle, R. H., Clayton, R. R., Skinner, W. F., Colon, S. E., & Rice, R. E. (1999b). Sensation seeking and drug use by adolescents and their friends: Models for marijuana and alcohol. *Journal of Studies on Alcohol*, 60, 622–631.
- ²² Williams, S. S., Kimble, D. L., Covell, N. H., Weiss, L. H., Newton, K. J., Fisher, J. D., & Fisher, W. A. (1992). College students use implicit personality theory instead of safer sex. *Journal of Applied Social Psychology*, 22, 921–933.
- ²³ McDaniel, S. R. (2002). Investigating the roles of gambling interest and impulsive sensation seeking on consumer enjoyment of promotional games. *Social Behavior & Personality*, 30, 53–64.
- ²⁴ Wagner, A. M., & Houlihan, D. (1994). Sensation seeking trait anxiety in hang-glider pilots and golfers. *Journal of Personality and Individual Differences*, 16, 975–977.
- ²⁵ Iversen, H., & Rundmo, T. (2002). Personality, risky driving and accident involvement among Norwegian drivers. *Personality & Individual Differences*, 33, 1251–1263.
- ²⁶ Zuckerman, M., & Neeb, M. (1980). Demographic influences in sensation seeking and expressions of sensation seeking in religion, smoking and driving habits. *Personality and Individual Differences*, 1, 197–206.
- ²⁷ Zuckerman, M. (1991a). *Psychobiology of personality*. New York: Cambridge University Press.
- ²⁸ Zuckerman, M., & Neeb, M. (1980). Demographic influences in sensation seeking and expressions of sensation seeking in religion, smoking and driving habits. *Personality and Individual Differences*, 1, 197–206.
- ²⁹ Zuckerman, M., Kuhlman, D. M., Thornquist, M., & Kiers, H. (1991). Five (or three) robust questionnaire scale factors of personality without culture. *Personality and Individual Differences*, 12, 929–941.
- ³⁰ Chico-Librán, E. (2000). Búsqueda de sensaciones. *Psicothema*, 12, 229-235.
- ³¹ Foxcroft, D. R., & Lowe, G. (1995). Adolescent drinking, smoking, and other substance use involvement: Links with perceived family life. *Journal of Adolescence*, 18, 159–177.
- ³² Martin, C. A., Kelly, T. H., Rayens, M. K., Brogli, B. R., Brenzel, A., Smith, W. J., & Omar, H. A. (2002). Sensation seeking, puberty, and nicotine, alcohol, and marijuana use in adolescence. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41, 1495–1503.
- ³³ Cohen, E. S., & Fromme, K. (2002). Differential determinants of young adult substance use and high-risk sexual behavior. *Journal of Applied Social Psychology*, 32, 1124–1150.
- ³⁴ Beck, K. H., Thombs, D. L., Mahoney, C. A., & Fingar, K. M. (1995). Social context and sensation seeking: Gender differences in college student drinking motivations. *International Journal of the Addictions*, 30, 1101–1115.
- ³⁵ Arnold, P., Fletcher, S., & Farrow, R. (2002). Condom use and psychological sensation seeking by college students. *Sexual and Relationship Therapy*, 17, 355–366.
- ³⁶ Donohew, L., Zimmerman, R., Cuppa, P. & Novak, S. (2000). Sensation seeking, impulsive decision-making, and risky sex: implications for risk-taking and design of interventions. *Personality and Individual Differences*, 28, 1079-1091.
- ³⁷ Joireman, J. A., Fick, C. S., & Anderson, J. W. (2002). Sensation seeking and involvement in chess. *Personality and Individual Differences*, 32, 509-515.
- ³⁸ Mazur, A., Booth, A. (1992). Testosterone and chess competition. *Social Psychology Quarterly*, 55, 70-77.
- ³⁹ Dellu, F., Piazza, P. V., Mayo, W., Le Moal, M., & Simon, H. (1996). Novelty-seeking in rats: Biobehavioral characteristics and possible relationship with the sensation seeking trait in man. *Neuropsychobiology*, 34, 136–145.
- ⁴⁰ Piazza, P. V., Deroche, V., Deminiere, J. M., Maccari, S., Le Moal, M., & Simon, H. (1993). Corticosterone in the range of stress-induced levels possesses reinforcing properties: Implications for sensation seeking behaviors. *National Academy of Science*, 90, 11738–11742.

-
- ⁴¹ Netter, P., Hennig, J., & Roed, I. S. (1996). Serotonin and dopamine as mediators of sensation seeking behavior. *Neuropsychobiology*, 34, 155–165.
- ⁴² Ruegg, R. G., Gilmore, J., Ekstrom, R. D., Corrigan, M., Knight, B., Tancer, M., Leatherman, M. E., Carson, S. W., & Golden, R. N. (1997). Clomipramine challenge responses covary with tridimensional personality questionnaire scores in healthy subjects. *Biological Psychiatry*, 42, 1123–1129.
- ⁴³ Ballenger, J. C., Post, R. M., Jimerson, D. C., Lake, C. R., Murphy, D., Zuckerman, M., & Cronin, C. (1983). Biochemical correlates of personality traits in normals: An exploratory study. *Personality and Individual Differences*, 4, 615–625.
- ⁴⁴ Gerra, G., Avanzini, P., Zaimovic, A., Sartori, R., Bocchi, C., Timpano, M., Zambelli, U., Delsignore, R., Gardini, F., Talarico, E., & Brambilla, F. (1999). Neurotransmitters, neuroendocrine correlates of sensation-seeking temperament in normal humans. *Neuropsychobiology*, 39, 207–213.
- ⁴⁵ Daitzman, R. J., Zuckerman, M., Sammelwitz, P. H., & Ganjam, V. (1978). Sensation seeking and gonadal hormones. *Journal of Biosocial Science*, 10, 401–408.
- ⁴⁶ Longato-Stadler, E., af Klinteberg, B., Garpenstrand, H., Orelund, L., & Hallman, J. (2002). Personality traits and platelet monoamine oxidase activity in a Swedish male criminal population. *Neuropsychobiology*, 46, 202–208.
- ⁴⁷ Carrasco, J. L., Saiz-Ruiz, J., Diaz-Marsa, M., Cesar, J., & Lopez-Ibor, J. J. (1999). Low platelet monoamine oxidase activity in sensation seeking bullfighters. *CNS Spectrums*, 4, 21–24.
- ⁴⁸ Gallinat, J., Kunz, D. Association between cerebral glutamate and human behaviour: The sensation seeking personality trait. *NeuroImage* 34 (2007) 671–678.
- ⁴⁹ Barratt, E. S. (1985). Impulsiveness subtraits arousal and information processing. In J. T. Spence, & C. E. Itard (Eds.), *Motivation emotion and personality* (pp. 137–146). Amsterdam: Elsevier.
- ⁵⁰ Tellegen, A. (1982). *Brief manual for the Multidimensional Personality Questionnaire*. University of Minnesota, Minneapolis
- ⁵¹ Zuckerman, M., Kuhlman, D. M., Joireman, J., Teta, P., & Kraft, M. (1993). A comparison of three structural models for personality: The big three, the big five, and the alternative five. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 757–768.
- ⁵² Zuckerman, M., Eysenck, S., & Eysenck, H. J. (1978). Sensation seeking in England and America: Crosscultural, age, and sex comparisons. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, 139–149.
- ⁵³ Glicksohn, J., & Abulafia, J. (1998). Embedding sensation seeking within the big three. *Personality and Individual Differences*, 25, 1085–1099.
- ⁵⁴ First MB, Gibbon M, Spitzer R, Williams JBW, Benjamin LS. Structured clinical interview for DSM-IV Axis II (SCID-II). Washington DC: American Psychiatric Press; 1997.
- ⁵⁵ Campos-Arias A, Díaz-Martínez LA. Consistencia interna del cuestionario autoadministrado de la Entrevista Clínica Estructurada para Trastornos del Eje II del DSM-IV* *Rev. Colomb. Psiquiat.*, 2008: vol. 37 / No. 3.
- ⁵⁶ First MB, Gibbon M, Spitzer R, Williams JBW, Benjamin LS. Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos de Personalidad del Eje II del DSM-V. Masson, Barcelona, 1999.
- ⁵⁷ First, M. B., Gibbon, M., Spitzer, R. L., Williams, J. V. W. y Benjamin, L. S. (1999). *Guía del usuario para la entrevista clínica estructurada para los trastornos de la personalidad del Eje II del DSM-IV*. Barcelona: Masson.
- ⁵⁸ Malow R, West J, Williams J, Sutker P. Personality disorders classifications and symptoms in cocaine and opioid addicts. *J Consult Clin Psychol* 1989;57:765-767.
- ⁵⁹ Palmgreen, P., Donohew, L., Lorch, E.P., Hoyle, R.H., Stephenson, M.T., 2001. Television campaigns and adolescent marijuana use: tests of sensation seeking targeting. *Am. J. Public Health* 91, 292–295.
- ⁶⁰ Hoyle R. H., Stephenson M. T., Palmgreen P., Lorch E. P., Donohew R. L. Reliability and validity of a brief measure of sensation seeking. *Pers Individ Dif* 2002; 32: 401–14.

⁶¹ Arillo-Santillán E., thrasher J. Susceptibilidad al consume de tabaco en estudiantes no fumadores de 10 ciudades mexicanas. *Salud Publica Mex* 2007; 49 suppl 2:S 170-S181.

⁶² Carton S, Jouvent R. Sensation seeking, nicotine dependence, and smoking motivation in female and male smokers. *Addict Behav* 1994; 19(3): 219-227.

⁶³ Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., et al. (1998) . The Mini - International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59(Suppl. 20), 22-33.

⁶⁴ Kessler RC, Adler LA, Gruber MJ, Sarawate CA, Spencer T et al. Validity of the World Health Organization Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS) Screener in a representative sample of health plan members. *Int J Methods Psychiatr Res* 2007;16:52-65.

8. ANEXOS.

Anexo 1. Escala Breve de Búsqueda de Sensaciones.

Marque con una **X** la respuesta de cada pregunta que usted considere apropiada.

	Muy en desacuerdo	Desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
1. Me gustaría explorar lugares extraños/raros					
2. Me siento impaciente cuando paso mucho tiempo en casa					
3. Me gusta hacer cosas que causan temor (atemorizantes)					
4. Me gustan las fiestas locas					
5. Me gustaría hacer un viaje sin tener planeado las rutas o los horarios					
6. Prefiero tener amigos que sean arriesgados e impredecibles					
7. Me gustaría intentar tirarme en paracaídas					
8. Me gusta experimentar cosas nuevas y excitantes, aunque tenga que romper las reglas					

Anexo 2. Consentimiento Informado.

ESTUDIO COMPARATIVO DE BUSQUEDA DE SENSACIONES EN PACIENTES CON TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD TIPO BORDERLINE Y EN UN GRUPO CONTROL

Esta carta es una invitación a participar en un proyecto de investigación que nos permitirá detectar mejor un rasgo de la personalidad conocido como *búsqueda de sensaciones*. Las pruebas a realizar ayudarán a entender, evaluar y considerar mejor la conducta a seguir con respecto a tal rasgo.

La *búsqueda de sensaciones*, es un rasgo definido como el rastreo de experiencias y sensaciones variadas, nuevas, complejas e intensas, así como el deseo de tomar riesgos físicos, sociales, legales y financieros con el fin de tener esa experiencia. El detectar oportunamente la intensidad de la tendencia a la *búsqueda de sensaciones* que presenta una persona serviría para planear acciones que ayuden a evitar la toma de riesgos innecesarios, aunque sin anular las experiencias novedosas.

En caso de que usted amablemente decida ayudarnos con esta investigación, le pediremos que acepte una nueva entrevista, en la que se aplicarán la *MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional* (acerca de cuadros psiquiátricos), la *Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos de Personalidad (SCID-II)*, la *Escala Breve de Búsqueda de Sensaciones (BSSS-8)* y la *Escala de Auto-reporte de Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad en Adultos (ASRS)*. Se calcula que esto tomará como máximo 1 hora de su tiempo. Usted será escuchado y atendido por un profesional durante todo el procedimiento, pudiendo solicitar en cualquier momento que se suspenda la prueba.

Toda la información que usted comparta con nosotros será estrictamente confidencial y anónima, y será usada EXCLUSIVAMENTE para esta investigación. Usted se beneficiará de un diagnóstico clínico más oportuno y de mejores posibilidades de recuperación. En cualquier momento puede hacer preguntas sobre el procedimiento y en caso de desacuerdo podrá retirar su participación en el momento que usted lo desee.

Nombre y firma del participante

Nombre y firma del entrevistador principal

Nombre y firma de testigo

testigo

Nombre y firma de

Fecha: _____