



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Medicina



Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”

**”RELACIÓN ENTRE EL ESTILO DE CRIANZA UTILIZADO POR LA  
PACIENTE CON TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD Y EL  
DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO EN SU HIJO”**

TESIS QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA

PRESENTA:

ANA TERESA ACEBO ROMERO

ASESORES DE TESIS

DRA. J. GABRIELA GARZA CONTRERAS

ASESOR TEÓRICO

MTRA. EN PSIC. JANET JIMÉNEZ GENCHI

ASESOR METODOLÓGICO

2014



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 mis asesores de tesis, Dra. Gabriela Garza y Mtra. Janet Jiménez, por compartir sus conocimientos, por su apoyo y dedicación.

A mis amigos Sandra, Victor, Eglantina por compartir su aprendizaje.

A Ivan por su apoyo y paciencia.

A mis hermanas, Blanca, Sofia, Elsa, Marce, María, Caro y Chio, por ser parte importante de mi vida.

A mis padres, Kane y Güera, por su apoyo en cada momento de mi vida, y por ser un excelente ejemplo a seguir.

## ÍNDICE

ÍNDICE.....	i
LISTA DE TABLAS, GRÁFICAS Y ABREVIATURAS.....	ii
RESUMEN.....	iv
INTRODUCCIÓN.....	1
MARCO TEÓRICO	
TRASTORNOS DE PERSONALIDAD.....	2
TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD.....	4
APEGO Y CRIANZA.....	9
MÉTODO	
JUSTIFICACIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	14
OBJETIVOS.....	14
HIPÓTESIS.....	15
VARIABLES.....	15
MUESTRA.....	15
SUJETOS.....	15
CRITERIOS DE SELECCIÓN DE MADRES CON TLP.....	15
CRITERIOS DE SELECCIÓN DE HIJOS.....	16
TIPO DE ESTUDIO.....	16
INSTRUMENTO.....	16
PROCEDIMIENTO.....	17
CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	17
RESULTADOS.....	18
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	24
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	27
ANEXOS	
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO MADRE.....	30
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO HIJO(A).....	31

## LISTA DE TABLAS Y FIGURAS

### TABLA 1

Criterios diagnósticos generales del DSM-IV-TR para un Trastorno de la Personalidad.....7

### TABLA 2

Criterios del DSM-IV-TR para el diagnóstico del Trastorno límite de la personalidad.....8

### TABLA 3

Datos demográficos pacientes con TLP.....18

### TABLA 4

Frecuencia de estilo de crianza utilizado por pacientes con TLP.....19

### TABLA 5

Datos demográficos de hijos.....20

### TABLA 6

Antecedente de valoración y problemática en hijos.....22

### TABLA 7

Diagnóstico psiquiátrico encontrado en hijos.....22

### TABLA 8

Relación entre estilo de crianza utilizado por pacientes con TLP y el diagnóstico psiquiátrico encontrado en hijos.....23

### FIGURA 1

Gráfica de pastel que representa la frecuencia de estilo de crianza utilizado por pacientes con TLP.....20

### FIGURA 2

Gráfica de pastel que representa la frecuencia del diagnóstico psiquiátrico de los hijos de las pacientes con TLP.....23

## ABREVIATURAS

CIE-10 Clasificación internacional de enfermedades, décima edición.

DSM-III Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, tercera edición.

DSM-III-R Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, tercera edición, revisada.

DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastorno mentales, cuarta edición.

DSM-IV-TR Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, cuarta edición, versión revisada.

HPFBA Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

MINI-KID Mini International Neuropsychiatric interview para niños y adolescentes.

SCID-II Entrevista clínica estructurada para los trastornos de la personalidad del Eje II del Manual diagnóstico y estadístico cuarta edición.

TLP Trastorno límite de la personalidad.

## RESUMEN

**MARCO TEÓRICO.** El Trastorno límite de la personalidad se presenta aproximadamente en un 2 a 3% de la población general. Las personas con TLP tienen dificultad para mantener relaciones interpersonales, que incluye a los miembros de su familia. Incluso se ha demostrado que las madres con TLP forman apego inseguro o desorganizado con sus hijos, que junto a una pobre crianza se convierte en mejor predictor de psicopatología en el futuro. **MÉTODO.** El objetivo del estudio era conocer la relación entre el estilo de crianza más frecuentemente utilizado por la paciente con TLP y el diagnóstico psiquiátrico encontrado en su hijo entre 6 y 12 años. Fueron valoradas 22 pacientes, que se encontraban en tratamiento en HPFBA, que tuvieran hijos entre 6 y 12 años de edad. Se realizó la Escala SCID-II, apartado de personalidad límite, para confirmar diagnóstico, posteriormente se aplicó a la madre la Escala de Estilo de Crianza y al hijo se le aplicó escala MINI-KID. **RESULTADOS.** El estilo de crianza utilizado de manera predominante es autoridad con apoyo en un 50%, seguido de autoridad con apoyo y reflexión en 36.4%, autoritario 9.1% y permisivo en 4.5%; no se encontró el estilo de crianza indiferente en esta muestra de pacientes. Se encontró que el 45.5% de los hijos valorados no presentaban diagnóstico psiquiátrico, del porcentaje restante se encontró Trastorno de angustia actual en el 4.5%, Trastorno de angustia por separación en el 4.5%, Trastorno negativista desafiante 4.5%, Episodio depresivo mayor 9.1% y finalmente se encontró TDAH en el 31.8%. No se encontró relación estadística significativa entre el estilo de crianza y el diagnóstico psiquiátrico en el hijo. **DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.** Estilo de crianza Democrático (incluye Autoridad con apoyo y Autoridad con apoyo y reflexión) encontrado en un 86.4% de las pacientes; es probable que sea resultado de un cambio cognitivo logrado en la Terapia de grupo. Más de la mitad de los hijos presentaron un diagnóstico psiquiátrico, algunos diagnósticos presentándose en un bajo porcentaje, pero el TDAH alcanzando un 58.3% de los hijos con diagnóstico psiquiátrico. El TDAH y el TLP comparten ciertas características clínicas, como la impulsividad y una pobre autoregulación, que como ya se ha mencionado se trata de características heredables.

## INTRODUCCIÓN

Los trastornos mentales han ido aumentando conforme pasan los años, aumento no sólo debido a un mejor reconocimiento de los trastornos por parte de los clínicos. A pesar de numerosos estudios, aún no es posible determinar la causa de numerosas enfermedades mentales. Es el modelo psicobiológico el que ha tenido gran auge, donde se considera tanto el factor herencia, como el factor ambiental.

La historia nos habla que desde hace miles de años se han reconocido los diferentes tipos de personalidad. En la antigua civilización griega, Hipócrates distinguió cuatro temperamentos: el melancólico pesimista, el sanguíneo optimista, el colérico irritable y el flemático apático. Durante el siglo XIX y XX, diversos psiquiatras continuaron los estudios sobre la personalidad, principalmente describiendo aquellos tipos de personalidad que no lograban adaptarse a la sociedad. Actualmente existen diversas clasificaciones, dentro de ellas la clasificación en modelo categorial utilizada en el DSM-IV.

Hoy en día los trastornos de personalidad se consideran frecuentes, crónicos, y constituyen gran parte de la consulta psiquiátrica. Se dice que aproximadamente la mitad de los pacientes psiquiátricos tiene un Trastorno de la personalidad, siendo el más común el Trastorno límite de la personalidad, muy frecuentemente comórbidos a Trastornos del eje I. Éste tipo de trastornos contribuye a una mala calidad de vida, ya que no permite el adecuado funcionamiento de la persona en las diferentes esferas. El Trastorno límite de la personalidad se caracteriza por impulsividad, inestabilidad en el afecto, en la autoimagen e inestabilidad en sus relaciones interpersonales, principalmente con familiares y personas cercanas. Los síntomas se presentan más acentuados en el adulto joven, en edad fértil, y que probablemente disminuyan con el paso del tiempo.

Mientras tanto, el niño, durante sus primeros años de vida, se verá influenciado de su medio ambiente para formar su personalidad, un patrón propio de conductas y respuestas ante diferentes situaciones. Ya es conocido tanto la importancia de la formación de un apego seguro, así como un adecuado estilo de crianza. Pero ¿qué sucederá si el niño no forma un apego seguro y aunado a esto, no se le da un adecuado estilo de crianza?

# MARCO TEÓRICO

## TRASTORNOS DE PERSONALIDAD

¿A qué llamamos personalidad? Si tan sólo miramos a nuestro alrededor o tan sólo recordamos personas conocidas, inmediatamente podemos darnos cuenta que cada una de estas personas vive, actúa, se comporta de manera diferente. ¿Será ésta la definición de personalidad? Al mencionar la palabra personalidad podemos llegar a pensar que es fácil de definir, sin embargo es frecuente que se confunda con temperamento y/o carácter. El diccionario de la Real Academia Española define personalidad como:

*“diferencia individual que constituye a cada persona y la distingue de otra”* (1).

Gordon Allport la define como:

*“organización dinámica del individuo o aquellos sistemas psicosociales que determinan su adaptación única a su ambiente...”* (2).

Otra definición:

*“patrón complejo de características psicológicas, profundamente enraizadas, que se expresan de forma automática en casi todas las áreas de la actividad psicológica... patrón de características que configura la constelación completa de la persona.”* (3).

La personalidad surge o se forma a partir de disposición biológica o hereditaria, conocida como temperamento, que a su vez interacciona con disposiciones o influencias ambientales, las cuales van formando el carácter. Se dice que la personalidad está ya presente en la adolescencia o en las primeras etapas de la vida adulta. Así como pueden existir ciertas características de personalidad que benefician al individuo al momento de adaptarse a su medio, existen otras tantas características que pueden llegar a causar angustia o una alteración funcional. (2,3).

Los trastornos de la personalidad se caracterizan por ser más que un problema, son *“el eje de lo que es dicha persona”* (4). Algunas de las características de los Trastornos de la personalidad son:

- *Patrones de rasgos inflexibles y desadaptativos que provocan malestar subjetivo, deterioro social o laboral significativo, o ambas cosas.*
- *Se ponen de manifiesto ya sea en el área cognitiva, afectiva, de control de impulsos, de necesidad de gratificación y de forma de relacionarse con los demás.*
- *Patrón persistente. (4).*

Engloban aquellas características de la personalidad que causan malestar de manera inconsciente al individuo, ocasionándole así mismo relaciones interpersonales problemáticas, dificultad para reaccionar ante episodios de estrés, así como una dificultad para responder y adaptarse a su entorno. (4).

Los trastornos de la personalidad son un grupo de trastornos incluidos de manera reciente en la literatura, han sido nombrados a partir del DSM-III en 1980 y han continuado vigentes, incluso en el DSM-IV-TR. (4)

Existen diversas clasificaciones o modelos para clasificar los diferentes tipos de personalidad, el modelo más utilizado actualmente es el Modelo categorial, utilizado en el DSM-IV. Este modelo, como su nombre lo indica, utiliza diferentes categorías, las cuales son específicas y permite una mejor comunicación entre médicos. Actualmente el DSM-IV incluye 10 trastornos de la personalidad, que se agrupan de la siguiente manera:

- Grupo A: raro, excéntrico, que incluye a los Trastornos de la personalidad esquizotípico, esquizoide y paranoide.
- Grupo B: dramático, emocional o caótico, que incluye a los Trastornos de la personalidad límite, histriónico, narcisista y antisocial.
- Grupo C: ansioso o temeroso, que incluye a los Trastornos de la personalidad por evitación, por dependencia y obsesivo-compulsivo. (4).

La importancia de conocer los Trastornos de personalidad radica en el hecho de que causan molestia al individuo (de manera inconsciente), causan problemas en las relaciones interpersonales, dificultad para responder y adaptarse al entorno, además de que afecta el pronóstico y la respuesta al tratamiento si existiera un Trastorno en el Eje I. Los Trastornos de la personalidad llegan a presentarse en un

10-20% en la población general, siendo el más prevalente el Trastorno límite de la personalidad. (2,4).

## TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD

El Trastorno límite de la personalidad se presenta en 2-3% en la población general, llegando a abarcar del 12-15% de los Trastornos del Eje II. Se reporta una mayor frecuencia de éste trastorno en las mujeres en una proporción 2:1 o incluso mayor, sin embargo, existe la hipótesis de que en realidad tiene la misma prevalencia en mujeres y hombres pero que en las mujeres causa mayor discapacidad, tanto mental como física, que en los hombres. (4,5).

Es conocido que el Trastorno límite de la personalidad presenta inestabilidad emocional, lo cual lleva al individuo a sentirse o manifestar síntomas depresivos. Lo anterior ha ocasionado que al revisar la historia del TLP frecuentemente se confunda con la historia del Trastorno maniaco-depresivo. Al parecer en la antigüedad se describía a individuos que presentaban ira impulsiva, irritabilidad, manía y depresión, como resultado de “hechizos”, lo cual probablemente hacía alusión al TLP. Posteriormente en la Edad Media se suprime gran parte de la información médica, para resurgir en el Renacimiento cuando aparentemente comienza a enfatizarse la inestabilidad afectiva como característica principal del Síndrome. A principios del siglo XX, Kraepelin, Kretschmer y Schneider describen diferentes personalidades cuyas características parecen muy similares a lo que hoy conocemos como TLP. Kraepelin describió la Personalidad excitable cuya característica primordial era las fluctuaciones en el estado emocional. Kretschmer atribuyó a esta misma categoría una actitud hostil y consideraba que incluía desde el límite hasta el esquizoide. Schneider la denominó Personalidad lábil, que apoyaba la fluctuación en el estado emocional pero consideraba que estos cambios eran rápidos y súbitos. Stern, en 1938, utilizó el término grupo límite de las neurosis para describir a aquellos individuos que no eran considerados psicóticos pero que poseían ciertas características que les impedían beneficiarse de la terapia psicoanalítica. Posterior a la Segunda Guerra Mundial se hicieron

aportaciones muy valiosas. En 1953, Knight le atribuyó al término límite una debilidad del yo y lo relacionó con episodios psicóticos. Se refiere posteriormente a Kernberg, quien al parecer realiza una de las aportaciones más importantes al introducir los tres niveles de organización estructural, los cuales incluyen la organización de la personalidad límite. A finales del siglo XX Akiskal atribuyó un temperamento ciclotímico haciendo referencia precisamente a la inestabilidad emocional. (3).

La teoría psicoanalista sugiere dificultades en la relación paternofilial que lleva a una ausencia de vínculo afectivo. Se cree que cuando el niño o la niña son pequeños e intentan ser autónomos, no pueden lograrlo debido a que no cuentan con un vínculo afectivo, además de que las necesidades o demandas del niño no están cubiertas de manera satisfactoria, aunado a un descuido de las emociones del niño. Numerosos estudios han hecho evidente la alta frecuencia de malos tratos y abuso físico como antecedente de pacientes que presentan TLP. El tener antecedente de eventos traumáticos, como el abuso sexual o físico, se considera un factor de riesgo para desarrollar TLP, pero no se ha comprobado como causa del trastorno. Al parecer el niño aprende la conducta agresiva de la madre, derivado tanto de la interacción continua así como del maltrato que se presenta de manera crónica. (4,6,7).

Por otra parte, se sugiere también existe una predisposición temperamental hereditaria. Estudios han demostrado mayor frecuencia de TLP en familiares de pacientes con ese mismo diagnóstico, además que estudios en gemelos muestran un patrón de herencia cercano al 40%. En familiares de primer grado también existe una mayor frecuencia de Trastornos afectivos, Trastornos por consumo de sustancias, Trastornos de ansiedad y Trastornos de la alimentación. En un estudio por Distel y colaboradores se demostró que a pesar de que las características del TLP son de origen genético solamente son en parte transmitidas de padres a hijos debido a que los efectos genéticos dominantes sólo se manifiestan si se combinan con otros genes en el desarrollo de personalidad límite. Una característica presente en TLP que se ha demostrado comparten madres e hijos como vulnerabilidad genética es la Impulsividad. Otras características con alto grado de

heredabilidad son la agresividad y ansiedad de separación. Existe una característica del temperamento, llamada búsqueda de novedad, que ha sido relacionada con altos niveles de dopamina cerebral, que se presenta en la mayoría de los Trastornos de la personalidad cluster B, grupo en el cual se encuentra el TLP. A pesar de que se ha comprobado el papel de factores genéticos en el TLP, aún no se han identificado genes específicos o un mecanismo genético causante del trastorno. (4,7,8,9,10).

Como se mencionó, existen diversas hipótesis en cuanto a la etiología del TLP, pero ninguna ha sido aceptada como causa del trastorno. Hasta el momento, lo que se recomienda es considerar una interacción entre el aspecto hereditario y el ambiente. Es probable que los genes determinen el grado en el cual el individuo será sensible a su medio ambiente. (5,7,11).

El TLP es muy heterogéneo y se dice que puede encontrarse con diversos trastornos tanto del Eje I como del Eje II, excepto con el Trastorno esquizoide de la personalidad. A diferencia de los otros Trastornos de la personalidad, el diagnóstico del TLP se basa en su mayoría en síntomas, siendo tan sólo 3 características clínicas realmente rasgos de personalidad. (8).

Algunos autores postulan que la dificultad de manera crónica en establecer y mantener relaciones interpersonales es la base de los problemas en TLP. Sus relaciones interpersonales se caracterizan por ser inestables, tempestuosas e intensas, posiblemente como producto de la escisión, que se ve manifestada por la idealización y la devaluación. Ya ha sido reportado que pacientes con TLP tienden a presentar mayores discusiones, con reacciones más violentas cuando se encuentran interactuando con miembros de su familia. Al parecer, de manera específica, las madres con TLP se relacionan de manera “insensible e intrusiva” con sus hijos, cuando éstos se encuentran en la infancia. (3,12)

Los individuos con TLP presentan inestabilidad emocional, incluso se menciona que las mujeres tienen mayor predisposición a presentar trastornos afectivos. Se cree que algunas de las características depresivas, como el sentirse solos o vacíos, podrían verse intensificadas aún cuando se encuentran en una relación donde son cuidados. Sus relaciones interpersonales se consideran inestables,

como ya fue expuesto previamente. El hecho de que constantemente cambie de opinión respecto de una persona puede dar lugar a rupturas y reconciliaciones de manera cíclica. Al mismo tiempo se dice que temen ser abandonadas, posiblemente como resultado de una falta de internalización de objetos, pero como se mencionó previamente, al presentar idealización-devaluación de sus relaciones, promueven el ser abandonados. Ante la amenaza de separación, se intensifica el sentimiento de abandono y con la finalidad de evitar la separación recurren a acusaciones violentas y comportamientos autodestructivos. Una vez que se pierde la relación pueden presentar comportamiento desadaptativo, incluso pueden llegar a presentar experiencias disociativas o síntomas psicóticos o pueden presentar conductas impulsivas. Debido a que pueden tener debilidad del yo, carecen de un buen sentido de identidad, lo cual no les permite mantener una autoimagen estable y les lleva a cambiar constantemente de objetivos, de manera clínica lo podemos apreciar en cambios constantes de carrera, de trabajo, entre otros. Las características clínicas previamente mencionadas se presentan en el individuo con TLP, aunque no es necesario que se presenten todas estas para el diagnóstico. Se dice que presentan desregulación emocional, con lo cual aparentemente se explica la inestabilidad emocional, la desregulación cognitiva y los síntomas ya mencionados, pero además se cree también presentan una gama más amplia de psicopatología. Para realizar el diagnóstico de TLP se deben cumplir los Criterios de Trastorno de personalidad y posteriormente cumplir con los criterios del TLP. (VER TABLA 1, TABLA 2). (3,4,8).

TABLA 1. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS GENERALES DEL DSM-IV-TR PARA UN TRASTORNO DE PERSONALIDAD.

A.	<p>Un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto. Este patrón se manifiesta en dos (o más) de las áreas siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(1) Cognición (p. ej., formas de percibir e interpretarse a uno mismo, a los demás y a los acontecimientos)</li> <li>(2) Afectividad (p. ej., la gama, intensidad, labilidad y adecuación de la respuesta emocional)</li> <li>(3) Actividad interpersonal</li> </ul>
----	---

(4) Control de los impulsos	
B.	Este patrón persistente es inflexible y se extiende a una amplia gama de situaciones personales y sociales.
C.	Este patrón persistente provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
D.	El patrón es estable y de larga duración, y su inicio se remonta al menos a la adolescencia o al principio de la vida adulta.
E.	El patrón persistente no es atribuible a una manifestación o a una consecuencia de otro trastorno mental.
F.	El patrón persistente no es debido a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a una enfermedad médica (p. ej., traumatismo craneal).

Tomado de: Hales, RE; Yudofsky, SC. Talbott, JA. "DSM-IV. Tratado de psiquiatría". 3ª Edición. Masson. 2000.

TABLA 2. CRITERIOS DEL DSM-IV-TR PARA EL DIAGNÓSTICO DEL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD.

<p>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:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) Esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginado. NOTA: no incluir los comportamientos suicidas o de automutilación que se recogen en el criterio 5</li> <li>(2) Un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación</li> <li>(3) Alteración de la identidad: autoimagen o sentido de sí mismo acusada y persistentemente inestable</li> <li>(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). NOTA: no incluir los comportamientos suicidas o de automutilación que se recogen en el criterio 5</li> <li>(5) Comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes, o comportamiento de automutilación</li> <li>(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)</li> <li>(7) Sentimientos crónicos de vacío</li> <li>(8) Ira inapropiada e intensa o dificultades para controlar la ira (p. ej., muestras frecuentes de mal genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes)</li> <li>(9) Ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves</li> </ol>
---

Tomado de: Hales, RE; Yudofsky, SC. Talbott, JA. "DSM-IV. Tratado de psiquiatría". 3ª Edición. Masson. 2000.

A pesar de que la mayoría de los individuos con TLP son del género femenino, se ha descrito algunas características que pueden variar si es que nos encontramos ante un paciente masculino. Se dice que los individuos género masculino con TLP tienen mayor tendencia a presentar rasgos antisociales, pasivo-agresivos, sádicos y narcisistas, así como presentar tendencia a comportamiento violento. (8).

Es importante el diagnóstico diferencial con otros Trastornos de personalidad y de problemas de identidad. También, debido a los síntomas depresivos que pueden llegar a presentar es importante descartar Trastornos afectivos, distimia y ciclotimia, aunque en realidad éstos últimos se presentan en una etapa de la vida y no de manera persistente. Debido a la amplia gama de síntomas que presenta el individuo con TLP es importante una valoración adecuada para realizar el diagnóstico correcto y en caso de encontrarse, también el diagnóstico de comorbilidades, que llegan a presentarse con cierta frecuencia. (2).

## APEGO Y CRIANZA

Previamente se hizo énfasis en la dificultad que presenta el paciente con TLP para mantener relaciones interpersonales, y de cómo éstas llegan a ser incluso más problemáticas con miembros de su familia. La madre con TLP no va a responder a las necesidades de sus hijos, de manera que se forma un apego inseguro.

Se sabe que los padres empiezan a tener expectativas de sus hijos desde el momento en que saben serán padres. La relación que forman los padres con los hijos se conoce como vínculo. Éste término no debe ser confundido con apego, debido a que el término apego se refiere a:

*“conexión emocional que desarrolla el bebé con su cuidador primario”.* (13).

Bowlby lo define como:

*“fuerte disposición del niño joven para buscar proximidad y contacto con una figura específica y realizarlo en ciertas situaciones... cuando se encuentra con miedo, cansado o enfermo”.* (14).

Algunas características del apego: se va formando a partir del nacimiento del hijo, pero nunca antes; se trata de una relación asimétrica donde el cuidador primario

(en la mayoría de las situaciones la madre) es quien provee y el niño es quien busca. Incluso se han llegado a mencionar las funciones de la relación padre-hijo, que de acuerdo al modelo de Emde son:

- Proveer y buscar alivio ante el estrés.
- Proveer y experimentar afecto, empatía y crianza.
- Proveer disposición emocional y regular ésta.
- Proveer y buscar protección física y psicológica. (14).

Bowlby clasificó el apego en cuatro etapas, donde la primera etapa va del nacimiento a los dos meses y en ésta se encuentra discriminación limitada y respuesta social. La segunda etapa de los 2 a los 7 meses se encuentra preferencia limitada, es decir discrimina figuras familiares. Antes de continuar con la tercera etapa, es importante mencionar que a pesar de que el apego comienza a formarse al momento del nacimiento, éste no puede lograrse si el individuo no alcanza la edad cognitiva de 7 a 9 meses. La tercera etapa va de los 7 a 24 meses donde el apego es dirigido y busca lograrse una base segura, es decir busca proximidad y contacto. En la cuarta etapa del apego, que va de los 24 a 36 meses, se forma una relación de objetivo corregido (“goal-corrected partnership”), donde el niño intenta hacer cambios en la madre con la finalidad de cumplir sus deseos. (13,14).

Hemos mencionado ya en que consiste el apego y cuales son sus funciones, sin embargo no hemos mencionado el impacto que tendrá en la vida del individuo. Al crear empatía con el estado afectivo del niño, no solo se establecen las bases de un apego seguro, también le permite la internalización o adquirir representación interna, logrando así establecer su individualidad, identidad, y le permite formar una visión del mundo que lo rodea. (13).

Es conocido que no siempre es posible la formación de un apego seguro, y se han desarrollado diferentes clasificaciones de apego. La clasificación de apego de Ainsworth, basada en su Test de situación ante un extraño, comprende:

- Apego seguro, donde el niño sabe que el cuidador primario estará presente en caso de que lo necesite.

- Apego evitativo, aparentemente implica que el maternaje es emocionalmente restrictivo.
- Apego ambivalente, como resultado de cuidados inconsistentes no es posible que el niño integre sus respuestas emocionales.

Spangler y Grossmann relacionaron el apego inseguro con un aumento en niveles séricos de cortisol, que no fue observado en niños con apego seguro. Se encontró también que niños con mayor nivel de cortisol presentaron dificultad para lidiar con el estrés y la novedad. (13,15).

A pesar de que la clasificación mencionada previamente es la más aceptada de manera reciente, Main y Soloman, describen el apego desorganizado/desorientado. (13).

El apego desorganizado se caracteriza por conductas contradictorias en el niño, así como miedo o bloqueo cuando se encuentra con su cuidador primario siendo que al mismo tiempo busca proximidad, lógicamente de una manera inadecuada. Algunos investigadores atribuyen el apego desorganizado a una madre con antecedente de pérdida o trauma no resuelto. La madre tiende a presentar una conducta defensiva o complicada con respecto al apego, llegando a ser intrusiva o ausente y de manera consecuente el niño presenta dificultad en integrar y manejar sus emociones. Se menciona una elevada presencia de apego desorganizado en niños con trauma o institucionalizados, del 75 al 80%, comparado con la población de bajo riesgo en quienes se encuentra en tan sólo el 14%. (5,13,14,15,16).

Existe la hipótesis que el impacto de la privación materna temprana queda latente hasta que aparece un factor estresante, generando así una conducta maladaptativa. El apego desorganizado ha demostrado ser mejor predictor de psicopatología en el futuro del individuo, junto a una pobre crianza forma parte de los factores de riesgo del microsistema. Un patrón de apego desorganizado aunado a una interacción negativa madre-hijo está asociado a la presencia de problemas externalizados de conducta en la niñez temprana. (13,15,17).

La paciente con TLP ha mostrado comunicación emocional más desorganizada incluso que aquellas pacientes con Depresión u otros Trastornos psiquiátricos, además de presentar respuestas de miedo o desorientación ante las exigencias de

sus hijos. Lo anterior se ha asociado a la formación de apego desorganizado, demostrándose entonces la tendencia al apego desorganizado cuando la madre tiene diagnóstico de TLP. Algunos autores han descrito que las madres con TLP presentan tendencia a relacionarse con sus hijos de una manera intrusiva e insensible y en un estudio realizado por Crandell y colaboradores se mostró que la interacción madre-hijo era más inestable cuando la madre tenía TLP. Otros problemas encontrados en niños con madres con TLP son:

- Representación negativa del self.
- Regulación emocional afectada.
- Relación maladaptativa del niño con su cuidador.
- Mayor riesgo de presentar conductas autolesivas en la adultez.
- Riesgo de presentar eventos disociativos.
- Vulnerabilidad a Trastorno por estrés postraumático en la infancia. (5,16,18).

Sin embargo, la influencia del medio ambiente no sólo va a presentarse en los primeros meses o años de vida, en realidad es un factor que continuará marcando la vida de un individuo a lo largo de ésta. Existen diversas teorías respecto a que influye en el desarrollo del niño, pero todas ellas concuerdan en que el medio tiene un papel muy importante. Se puede decir que el medio ambiente abarca una serie de factores, todos ellos interactuando entre sí pero siendo el sistema familiar el que predomina a lo largo de la vida. Dentro del contexto familiar se presentarán tanto experiencias positivas como negativas, que sin discriminar unas de otras influyen facilitando o limitando el desarrollo cognitivo, conductual y emocional del niño. (19,20).

Se cree que el niño aprende de su interacción con otros, principalmente la madre, un serie de conductas que le permitirán o no adaptarse a su medio, aprenderá a expresar y regular sus emociones y es a través de su madre que creará su mundo. La manera en que los padres respondan a las conductas del niño y le sean aplicadas técnicas de disciplina, le permitirán al niño obtener información que le permitan funcionar o no de una manera adecuada. (19,21).

La interacción padre-hijo se establece mediante el estilo de crianza, que influirá en el desempeño académico, en la autonomía y autoestima del hijo, así como la manera en que se relacionan y perciben padres e hijos. Debido a la gran importancia de la relación padre-hijo, se ha estudiado durante años éste factor de influencia. Algunos de los resultados más notables son de Levy en 1929 y Spitz en 1946. Levy reveló que existe una clara relación entre los modelos de cuidado paterno y las características de conducta y personalidad de los niños. Spitz, por su parte, concluyó “el retraso mental y físico progresivo mostrado por los niños institucionalizados frente al aparente desarrollo normal de los niños de guarderías, era resultado de la cantidad de intercambio emocional que se les brindaba”. (20).

Existen numerosas clasificaciones o propuestas de estilos de crianza paternos, todas ellas con gran similitud. Baumrind, 1966, distinguió tres tipos de control paterno: el permisivo, autoritario y autoritativo (también llamado democracia o control firme). Además puso énfasis en considerar efectos interactivos entre diferentes dimensiones de conductas paternas, es decir, combinando índices de apoyo paterno, aceptación o involucramiento con índices de control o ser estricto. La tipología de Baumrind se propone a lo largo de dos dimensiones: demandas y responsabilidades, al cruzar éstas dos dimensiones se producen cuatro estilos paternos: autoritativos o democráticos (demandas y responsabilidades altas), autoritarios (demandas altas, pocas responsabilidades), permisivos (múltiples responsabilidades, pocas demandas), negligentes o indiferente (no están comprometidos ni con demandas ni con responsabilidades). (20).

Los estilos de crianza se verán afectados por múltiples factores como:

- Contexto cultural (donde incluso en la misma sociedad, varía de familia a familia).
- Valores, actitudes e historia personal paternos, creencia de la efectividad del castigo, metas hacia las cuales tratan de socializar a sus hijos, ocupación del padre, educación de la madre.
- Sexo y edad del niño.
- Calidad de relación de pareja de los padres, funcionalidad o disfuncionalidad familiar, variable socioeconómica. (20).

La mayor parte de las mujeres con diagnóstico de TLP se encuentran en edad fértil, una hipótesis ante ésta situación sugiere que a mayor edad los síntomas se presentan atenuados. Existe preocupación debido a que la mayor intensidad de síntomas de la paciente con TLP la encontraremos en el periodo de crianza de los hijos, periodo que ofrece momentos estresantes a una mujer de por sí susceptible al estrés. En un estudio piloto realizado por Weiss y colaboradores se encontró mayor prevalencia de Trastornos psiquiátricos en niños cuyas madres tenían diagnóstico de TLP que en controles. Los trastornos que se encontraron con mayor frecuencia son TLP, Trastorno por déficit de atención e hiperactividad y Trastornos del comportamiento perturbador. (11,18,22).

## MÉTODO

### JUSTIFICACIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Existe relación entre el estilo de crianza utilizado por la paciente con Trastorno límite de la personalidad y el diagnóstico psiquiátrico en su hijo?

### OBJETIVOS

- General

Conocer la relación entre el estilo de crianza más frecuentemente utilizado por la paciente con Trastorno límite de la personalidad y el diagnóstico psiquiátrico de su hijo.

- Específicos

Describir los estilos de crianza utilizados por la paciente con Trastorno límite de la personalidad, como Autoritario, Democrático (de acuerdo a la escala utilizada se divide en dos subcategorías: Autoridad con apoyo y Autoridad con apoyo y reflexión), Permisivo o Indiferente.

Describir los Trastornos psiquiátricos encontrados en los hijos de pacientes con Trastorno límite de la personalidad.

## HIPÓTESIS

Existe relación entre el estilo de crianza utilizado en la paciente con Trastorno límite de la personalidad y el trastorno psiquiátrico encontrado en el hijo.

## VARIABLES

- Dependiente

Trastorno psiquiátrico en el hijo.

- Independiente

Estilo de crianza.

## MUESTRA

Veintidós pacientes con TLP con hijo dentro del rango de edad 6 a 12 años.

## SUJETOS

Veintidós Mujeres con TLP con hijos entre 6 y 12 años.

Veintidós hijos de madres con TLP, con edad entre 6 y 12 años.

## CRITERIOS DE SELECCIÓN DE MADRES CON TLP

- Inclusión

Género femenino, diagnóstico de TLP, edad de 18 a 45 años, con un hijo entre 6 y 12 años y que vivan con él o ella, que se encontraban en tratamiento psicoterapéutico en Servicio de Consulta Externa del HPFBA, que aceptaron firmar consentimiento informado y finalmente que tuvieron disponibilidad de acudir con su hijo para la valoración.

- Exclusión

Madres que no viven con sus hijos, o cuyo hijo no tiene entre 6 y 12 años.

## CRITERIOS DE SELECCIÓN DE HIJOS

- Inclusión

Género femenino o masculino, edad de 6 a 12 años, que vivan con su madre, que la madre aceptó su participación, y firmó consentimiento informado.

- Exclusión

No vivir con su madre.

## TIPO DE ESTUDIO

Estudio prospectivo, transversal, descriptivo y correlacional.

## INSTRUMENTO

- Entrevista Clínica Estructurada para los trastornos de personalidad del Eje II del DSM-IV (SCID-II)

Entrevista Semiestructurada cuya función es formular diagnósticos de Eje II de forma categorial o dimensional, aumentando fiabilidad diagnóstica. Consiste en guía del usuario, cuaderno de entrevista (119 preguntas) y cuestionario de la personalidad (119 ítems). Duración de 45 a 90 minutos por sesión.

Autores Fist, Gibbon, Spitzer et al. creada para trastornos de la personalidad descritos en DSM-III, actualizada en 1986 para DSM-III-R y reformulada para DSM-IV publicada en 1996. Validada en México por López, Páez, Apiquián, Sánchez de Carmona, Fresán, Robles et al. (23)

- Estilo de crianza materno referido por las madres

Cuestionario realizado en base a las categorías de estilos de crianza propuestos por Kuczynski (1995), con la finalidad de conocer creencias y conductas de crianza de las madres.

Consiste en una escala tipo Likert, con cuatro opciones de respuesta por cada uno de los 80 reactivos, muy frecuentemente, frecuentemente, casi nunca y nunca.

Escala validada por María Guadalupe Jiménez Ambriz, en la Ciudad de México en el año 2000. (20)

- Mini International Neuropsychiatric Interview para Niños y Adolescentes (MINI-KID) (version en español).

Adaptada de la versión en inglés, por M. Colon-Soto, V. Díaz, O. Soto, en el año 2000. Entrevista diagnóstica estructurada diseñada para evocar criterios diagnósticos específicos del DSM-IV y CIE.10. (24)

## PROCEDIMIENTO

Se abordaron a las pacientes con diagnóstico trastorno límite de la personalidad, que se encontraban en tratamiento en el Servicio de Consulta Externa del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez. Una vez detectadas las pacientes, se verificó que contaran con los criterios de inclusión al estudio, sin tener los criterios de exclusión.

Se les explicó en que consiste el protocolo, una vez que aceptaron participar y firmaron el consentimiento informado se procedió con los siguientes puntos:

- Se realizó la Escala SCID-II, apartado de Trastorno de personalidad límite, para confirmar diagnóstico.
- Se aplicó a la madre la Escala de Estilo de Crianza.
- Se citó al hijo que tenga entre 6 y 12 años de edad, junto con la madre, y se le aplicó la escala MINI-KID.
- Previo a la aplicación de la escala MINI-KID se comentó con la madre la posibilidad de encontrar algún Trastorno Psiquiátrico en su hijo, y de ser así se sugirió envío a Unidad más conveniente para valoración, seguimiento y, en caso necesario, tratamiento.

## CONSIDERACIONES ÉTICAS

De acuerdo al reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, vigente en nuestro país, el trabajo realizado se clasifica en categoría 1, en base al título segundo, artículo 17, que lo clasifica como investigación sin riesgo, ya que no habrá manipulación de variables. Así mismo se solicitó consentimiento de participación voluntaria, el cual fué leído y firmado de enterado por cada participante.

Se realizó el presente trabajo de acuerdo a las recomendaciones de la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, enmendada en la 52° Asamblea general Mundial Celebrada en Edimburgo, Escocia, del 2002, que guía a los médicos en las investigaciones médicas.

## RESULTADOS

La media de edad, del grupo de pacientes con TLP, es de 29.68 años. El 59.1% de las pacientes son casadas (13), el 13.6% son solteras (3), el 13.6% viven en unión libre (3), 9.1% son separadas (2) y el 4.5% es viuda (1). El 45.5% tiene escolaridad secundaria (10), 31.8% preparatoria (7), 9.1% carrera técnica (2), 9.1% licenciatura (2) y 4.5% escolaridad primaria (1). El 77.3% tiene religión católica (17), 4.5% religión cristiana (1) y el 18.2% refirió ninguna religión (4). El 45.5% de las pacientes labora fuera del hogar (10). El 22.7% de las pacientes no tiene pareja en el momento en que participaron en el estudio (5). El problema más frecuente que las pacientes tienen con su pareja es por la educación de los hijos en un 31.8% (7), en el 13.6% el problema más frecuente es económico (3) y el 31.8% otro problema (7). (VER TABLA 3)

TABLA 3. DATOS DEMOGRÁFICOS PACIENTES CON TLP.

	<b>N</b>	<b>Media</b>
<b>Edad</b>	22	29.68
	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Edo. Civil</b>		
Casada	13	59.1
soltera	3	13.6
Unión libre	3	13.6
Separada	2	9.1
Viuda	1	4.5
<b>Escolaridad</b>		
Primaria	1	4.5
Secundaria	10	45.5
Preparatoria	7	31.8
Carrera técnica	2	9.1
Licenciatura	2	9.1
<b>Religión</b>		
Católica	17	77.3
Cristiana	1	4.5
Ninguna	4	18.2
<b>Labora</b>		
Fuera de hogar	10	45.5
Ama de casa	12	54.5

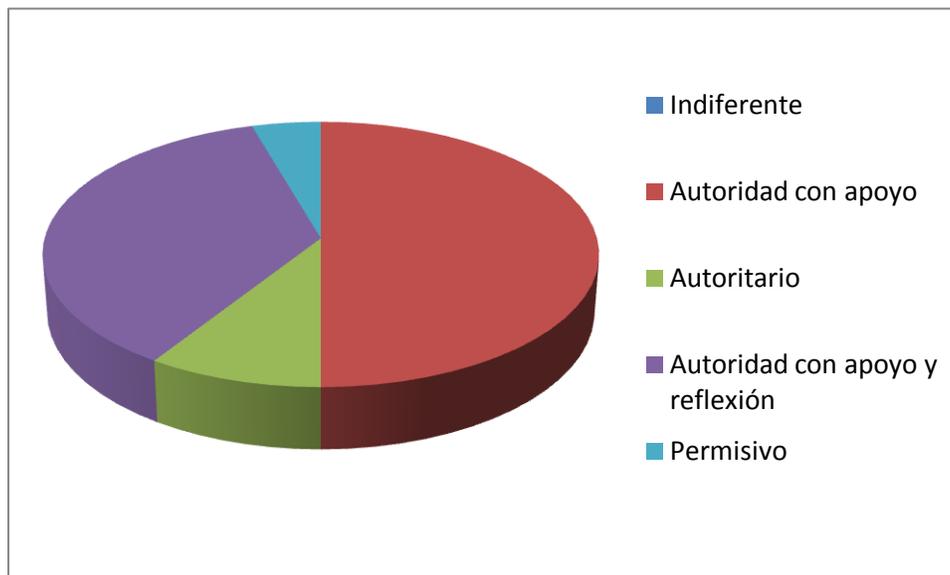
<b>Problema con pareja</b>		
No tiene pareja	5	22.7
Económico	3	13.6
Educación de hijos	7	31.8
Otro	7	31.8
<b>TOTAL</b>	<b>22</b>	<b>100</b>

A las pacientes se les realizó una escala para conocer el estilo de crianza utilizado con el hijo que participa también en el estudio. Los resultados arrojan que el estilo predominante utilizado por las pacientes participantes es autoridad con apoyo en un 50% (11), seguido de autoridad con apoyo y reflexión en 36.4% (8), autoritario 9.1% (2) y permisivo en 4.5% (1); no se encontró el estilo de crianza indiferente en esta muestra de pacientes. (VER TABLA 4, FIGURA 1)

TABLA 4. FRECUENCIA DE ESTILO DE CRIANZA UTILIZADO POR PACIENTES CON TLP.

<b>ESTILO DE CRIANZA</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Indiferente	0	0
Autoridad con apoyo	11	50
Autoritario	2	9.1
Autoridad con apoyo y reflexión	8	36.4
Permisivo	1	4.5
<b>TOTAL</b>	<b>22</b>	<b>100</b>

FIGURA 1. GRÁFICA DE PASTEL QUE REPRESENTA LA FRECUENCIA DE ESTILO DE CRIANZA UTILIZADO POR LAS PACIENTES CON TLP.



El promedio de hijos por paciente es de 2.45, el 54.5% de las pacientes tiene 2 hijos (12), el 31.8% tiene 3 hijos (7), el 9.1% tiene 4 hijos (2) y el 4.5% tiene un solo hijo (1). El 45.5% de los hijos que participan en el estudio son primogénitos (10), el 31.8% son el segundo hijo (7), el 18.2% son el tercer hijo (4) y el 4.5% son el cuarto hijo (1). La media de edad de los hijos que participaron en el estudio es de 8.18 años de edad. El 45.5% de los hijos fueron del género femenino (10) y 54.5% fueron del género masculino (12). (VER TABLA 5)

TABLA 5. DATOS DEMOGRÁFICOS DE HIJOS.

	N	Media
<b>Edad Hijos</b>	22	8.18
	N	%
<b>No. Hijos por paciente</b>		
Uno	1	4.5
Dos	12	54.5
Tres	7	31.8
Cuatro	2	9.1
<b>Hijo que participa</b>		
Primogénito	10	45.5
Segundo	7	31.8

Tercero	4	18.2
Cuarto	1	4.5
<b>Género del hijo</b>		
Femenino	10	45.5
Masculino	12	54.5
<b>Enviado a valoración previa</b>		
Si	12	54.5
No	10	45.5
<b>Motivo de valoración</b>		
No enviado	10	45.5
Agresividad, rebeldía	4	18.2
Nerviosismo	3	13.6
Inquietud/prob. atención	2	9.1
Retraso académico	1	4.5
Tristeza	1	4.5
Intento suicida	1	4.5
<b>TOTAL</b>	<b>22</b>	<b>100</b>

El 54.5% de los hijos habían sido previamente enviados a valoración psicológica o psiquiátrica, mientras que el 45.5% no habían sido enviados a valoración. El 18.2% fue enviado a valoración por conductas agresivas o rebeldía (4), 13.6% por nerviosismo (3), 9.1% por inquietud o problemas para poner atención (2), 4.5% por tristeza (1), 4.5% por retraso académico (1) y 4.5% por presentar intento suicida (1). En el momento de la valoración solamente el 36.4% de los hijos asistía a terapia (8), mientras que el 63.6% no asistía (14). Así mismo, se indagó si en el momento actual los hijos presentaban algún problema escolar o en el hogar. Se encontró que el 45.5% de los hijos no tenían problema en la escuela (10), mientras que el 27.3% presentaba problemas de conducta (6), 13.6% referían problemas académicos (3) y el 13.6% era molestado por sus compañeros (3). En cuanto a los problemas en el hogar, el 22.7% no presentaba problemas (5), el 31.8% no obedece (7), el 22.7% lo referían como rebelde (5), 9.1% presentaba agresividad (2), el 4.5% molesta a sus hermanos (1), mentira y robo en el 4.5% (1) y también en un 4.5% se refirió presencia de autoagresiones (1). (VER TABLA 6)

TABLA 6. ANTECEDENTE DE VALORACIÓN Y PROBLEMÁTICA EN HIJOS.

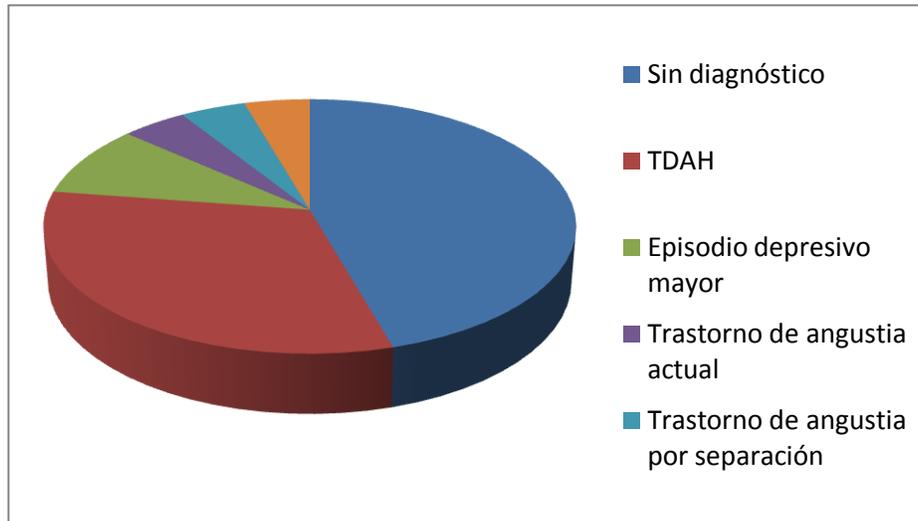
	N	%
<b>Acude actualmente a terapia</b>		
Si	8	36.4
No	14	63.6
<b>Problema escolar</b>		
Sin problema	10	46
Conductual	6	27
Académico	3	14
Molestado por compañeros	3	13.6
<b>Problema en el hogar</b>		
Sin problema	5	22.7
No obedece	7	31.8
Rebelde	5	22.7
Agresivo	2	9.1
Molesta a hermanos	1	4.5
Mentira, robo	1	4.5
Autoagresiones	1	5
<b>TOTAL</b>	22	100

Se encontró que el 45.5% de los hijos valorados no presentaban diagnóstico psiquiátrico en el momento de la valoración, del porcentaje restante se encontró Trastorno de angustia actual en el 4.5% (1), Trastorno de angustia por separación en el 4.5% (1), Trastorno negativista desafiante 4.5% (1), Episodio depresivo mayor 9.1% (2) y finalmente se encontró TDAH en el 31.8% (7). (VER TABLA 7, FIGURA 2)

TABLA 7. DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO ENCONTRADO EN HIJOS.

DX PSIQUIÁTRICO	N	%
Sin diagnóstico	10	45.5
TDAH	7	31.8
Episodio depresivo mayor	2	9.1
Trastorno de angustia actual	1	4.5
Trastorno de angustia por separación	1	4.5
Trastorno negativista desafiante	1	4.5
<b>TOTAL</b>	22	100

FIGURA 2. GRAFICA DE PASTEL QUE REPRESENTA LA FRECUENCIA DEL DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO DE LOS HIJOS DE LAS PACIENTES CON TLP.



Finalmente se buscó la relación del estilo de crianza utilizado por la madre y el diagnóstico psiquiátrico presente en el hijo, sin encontrarse relación estadística significativa. (VER TABLA 8)

TABLA 8. MUESTRA LA RELACIÓN ENTRE EL ESTILO DE CRIANZA UTILIZADO Y EL DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO ENCONTRADO EN EL HIJO.

Estilo de crianza \ Diagnóstico psiquiátrico	Autoridad con apoyo	Autoritario	Autoridad con apoyo y reflexión	TOTAL
Episodio depresivo mayor	1	1	0	2
Trastorno de angustia actual	1	0	0	1
Trastorno de angustia por separación	0	0	1	1
TDAH	5	0	2	7
Trastorno negativista desafiante	0	0	1	1
<b>TOTAL</b>	<b>7</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>12</b>

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los dos estilos de crianza reportados con mayor frecuencia fueron Autoridad con apoyo y Autoridad con apoyo y reflexión, que si bien recordamos ambos son subtipos del Estilo de crianza Democrático. Es de esta manera como podemos observar un claro predominio de Estilo de crianza Democrático hasta en un 86.4% de las pacientes. Si bien no se ha descrito un estilo de crianza idóneo, en el estilo Democrático se describe tanto un compromiso del cuidador (responsabilidades altas) como exigencias al infante (responsabilidades altas). Si bien no esperábamos encontrar predominio de éste estilo de crianza en particular, debemos recordar que las pacientes evaluadas se encontraban en un proceso de Terapia grupal. Es esperado un cambio cognitivo cuando el individuo se encuentra en Psicoterapia individual o grupal. La escala para definir el estilo de crianza utilizado evalúa el momento actual, de tal manera que es probable el predominio de estilo de crianza democrático sea resultado de un cambio cognitivo logrado en la Terapia de grupo. Para conocer si ésta hipótesis es verdadera se necesitarán estudios a futuro. Diversos estudios han demostrado que existe cambio cognitivo posterior a psicoterapia individual, aunque aún son poco conocidos los mecanismos mediante los cuales se logra éste cambio cognitivo, además de que mencionan que éste cambio es más difícil de demostrar en pacientes que acuden a Terapia grupal. (25)

Es importante recordar que el primer año de vida forma la base para el desarrollo subsecuente, tratándose de un periodo vulnerable en el que el sistema cognitivo y de regulación emocional se desarrollan rápidamente. Incluso, en un estudio de Bagner y colaboradores se concluye que el diagnóstico de Depresión en la madre durante el primer año de vida del niño repercute a largo plazo, observándose relación con problemas internalizados y de conducta a largo plazo. Por lo tanto, podría ser probable que previamente se utilizara un estilo diferente de crianza, principalmente en el primer año de vida, y que éste llegara a relacionarse con diagnósticos futuros. Me parece posteriormente podría investigarse el estilo de crianza utilizado antes y después de un proceso psicoterapéutico. (17)

Se hizo una correlación entre las variables Estilo de crianza y Diagnóstico psiquiátrico en el hijo, sin encontrarse una relación significativa. Debido a que la muestra de pacientes es reducido, podrían realizarse estudios con una muestra mayor para conclusiones definitivas en éste ámbito. Es importante mencionar que si bien el 54.5% de los hijos evaluados presentaron un diagnóstico psiquiátrico en el momento de la evaluación, la mitad del porcentaje restante tenía el antecedente de haber sido evaluado por Servicio de Psicología o Psiquiatría. Entonces recordemos que más de la mitad de los hijos evaluados presentaron un diagnóstico psiquiátrico, algunos diagnósticos presentándose en un bajo porcentaje, pero el TDAH alcanzando un 58.3% de los hijos con diagnóstico psiquiátrico, que imita el resultado en estudios mencionados previamente, que si bien no se menciona un porcentaje de frecuencia de TDAH si figura entre los 3 principales diagnósticos en hijos de madres con TLP (Weiss, 1996).

Llama la atención que sea TDAH el diagnóstico más frecuente ya que el TDAH y el TLP comparten ciertas características clínicas, como la impulsividad y una pobre autoregulación, que como ya se ha mencionado se trata de características heredables. Incluso, diversos estudios proponen que el TDAH en niños y adolescentes es un factor de riesgo para el desarrollo de TLP y Trastorno antisocial de la personalidad. Además, en estudios realizados en niños se ha demostrado que el encontrar TDAH o Trastorno oposicionista desafiante a la edad de 8 años se relacionaba con síntomas de TLP a la edad de 14 años, siendo ésta relación incluso mayor que el encontrar sintomatología afectiva tipo depresiva a la edad de 8 años. Así mismo, éstos estudios sugieren que las causas genéticas explican del 35% al 45% de las características del TLP, características que pudieran ser heredables; dejando el porcentaje restante a la influencia del medio ambiente. Sin embargo, los resultados de este estudio, el cual arroja un mayor predominio de diagnóstico de TDAH en hijos de pacientes límite podría sugerir una mayor influencia de características genéticas. (26, 27)

Si bien no se logró comprobar que exista una relación entre el estilo de crianza y el diagnóstico psiquiátrico encontrado en el hijo de la paciente con TLP, surgen diferentes interrogantes, que se espera logren generar inquietud en el lector con la

finalidad de que este proyecto genere proyectos de investigación a futuro, de esta manera las expectativas habrán sido sobrepasadas.

Una limitante del estudio se encuentra en el número reducido de la muestra. Los criterios de inclusión y de exclusión limitaron el número de pacientes candidatos al estudio, sin embargo también nos encontramos ante la negativa de algunas pacientes en participar en el estudio, así como algunas pacientes que inicialmente aceptaron participar en el estudio pero que no acudieron a sus citas programadas para llevar a cabo las entrevistas con ellas y con sus hijos, como previamente había sido planeado. Recordemos que en el Trastorno Límite de la personalidad podemos encontrar una inestabilidad en sus valores, objetivos, planes y opiniones; que si bien afectan áreas importantes de su funcionalidad, podrían también influir en los constantes cambios de opinión respecto a participar o no en un estudio de investigación.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Diccionario de la Real Academia Española. [www.rae.es](http://www.rae.es)
2. Sadock, B; Sadock V. "Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry". 8a Edición. Lippincott Williams & Wilkins. 2005.
3. Millon, C; Escovar, L; Meagher, S. "Trastornos de la Personalidad en la Vida Moderna." Masson. 2001.
4. Hales, RE; Yudofsky, SC. Talbott, JA. "DSM-IV. Tratado de psiquiatría". 3ª Edición. Masson. 2000.
5. Macfie, J; Swan, SA. "Representations of the caregiver-child relationship and of the self, and emotion regulation in the narratives of young children whose mothers have borderline personality disorder". *Dev Psychopathol.* 2009; 21 (3): 993-1011.
6. Magnavita, JJ. "Handbook of Personality Disorders. Theory and Practice". Wiley. 2004.
7. Distel, MA; Rebollo-Mesa, I; Willemsen, G; Derom, CA; Trull, TJ; Martin, NG; et al. "Familial Resemblance of Borderline Personality Disorder Features: Genetic or Cultural Transmission?" *PLoS ONE.* Abril, 2009. 4(4): e5334.
8. Maj, M; Akiskal, HS; Mezzich, JE; Okasha, A. "Personality disorders". Volumen 8. Wiley. 2005.
9. Gunderson, JG; Zanarini, MC; Choi-Kain, LW; Mitchell, KS; Jang, KL; Hudson, JI. "Family Study of Borderline Personality Disorder and Its Sectors of Psychopathology". *Arch Gen Psychiatry.* Julio, 2011. 68(7): 753-762.
10. Zanarini, MC; Barison, LK; Frankenburg, FR; Reich, DB; Hudson, JI. "Family History Study of the Familial Coaggregation of Borderline Personality Disorder with Axis I and Non-borderline Dramatic Cluster Axis II Disorders". *J Pers Disord-* Agosto, 2009. 23(4): 357-369.
11. Paris, J. "Borderline personality disorder". *CMAJ.* Junio 2005. 172(12):1579-1583.

12. Stepp, S; Pilkonis, PA; Yaggi, KE; Morse, JQ; Feske, U. "Interpersonal and Emotional Experiences of Social Interactions in Borderline Personality Disorder". *J Nerv Ment Dis.* Julio, 2009. 197 (7): 484-491.
13. Klyklyo, WM; Kay, J. "Clinical Child Psychiatry". 2a Edición. Wiley. 2005.
14. Rutter, M; Bishop, D; Pine, D; Scott, S; Stevenson; Taylor, E; et al. "Rutter's Child and Adolescent Psychiatry": 5a Edición. Blackwell Publishing. 2008.
15. Wilmshurst, L. "Essentials of Child Psychopathology". Wiley. 2005.
16. Crandell, LE; Patrick, MPH; Hobson, RP. "'Still-face' interactions between mothers with borderline personality disorder and their 2-month-old infants". *The British Journal of Psychiatry.* 2003. 183: 239-247.
17. Bagner, DM; Pettit, JW; Lewinsohn, PM; Seeley, JR. "Effect of Maternal Depression on Child Behavior: A Sensitive Period?". *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* Julio, 2010. 49 (7): 699-707.
18. Hobson, RP; Patrick, MPH; Hobson, JA; Crandell, L; Bronfman, E; Lyons-Ruth, K. "How mothers with borderline personality disorder relate to their year-old infants". *The British Journal of Psychiatry.* 2009. 195: 325-330.
19. Valiente, C; Eisenberg, N; Shepard, SA; Fabes, RA; Cumberland, AJ; Losoya, SH; et al. "The relations of mothers' negative expressivity to children's experience and expression of negative emotion". *J Appl Dev Psychol.* Marzo, 2004. 25 (2): 215-235.
20. Jiménez, MG. "Estilos de crianza materno informado por madres e hijos y su relación con el estatus sociocognitivo del niño preescolar." Tesis de Maestría en Psicología Social. Facultad de Psicología, UNAM. 2000.
21. López, RM. "Medición de la percepción en los estilos de crianza madre-hijo." Tesis de Maestría en Psicología. Facultad de Psicología, UNAM. 2000.
22. Weiss, M; Zelkowitz, P; Feldman, RB; Vogel, J; Heyman, M; Paris, J. "Psychopathology in Offspring of Mothers with Borderline Personality Disorder: A Pilot Study". *Cn J Psychiatry.* 1996. 41: 285-290.

23. First, MB; Gibbon, M; Spitzer, RL; Williams, JB; Smith, L. "Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos de la Personalidad del Eje II del DSM-IV. SCID-II". Masson. 1999.
24. Colón-Soto, M; Díaz, V; Soto, O. "Mini International Neuropsychiatric Interview para Niños y Adolescentes". University of South Florida – Tampa. Enero, 2000.
25. Tschacher, W; Zorn, P; Ramseyer, F. "Change Mechanisms of Schema-Centered Group Psychotherapy with Personality Disorder Patients". University of Psychiatry, Bern, Switzerland. Junio, 2012.
26. Stepp, D; Burke, J; Hipwell, A; Loeber, R. "Trajectories of Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Oppositional Defiant Disorder Symptoms as Precursors of Borderline Personality Disorder Symptoms in Adolescent girls". J Abnorm Child Psychol. Enero, 2012. 40(1): 7-20.
27. Speranza, M; Revah-Levy, A; Cortese, S; Falissard, B; Pham-Scottez, A; Corcos, M. "ADHD in adolescents with borderline personality disorder". BMC Psychiatry 2011, 11:158.

## CONSENTIMIENTO INFORMADO MADRE

*“Relación entre el estilo de crianza utilizado por la paciente con trastorno límite de la personalidad y el diagnóstico psiquiátrico en su hijo”*

Fecha: \_\_\_\_\_

La que suscribe, \_\_\_\_\_,  
autoriza su participación en el Protocolo “*¿Existe relación entre el estilo de crianza utilizado por la paciente con Trastorno límite de la personalidad y el diagnóstico psiquiátrico en su hijo?*”, una vez que se me ha explicado en que consiste el mismo y el cual se llevará a cabo por la Dra. Ana Teresa Acebo Romero.

\_\_\_\_\_  
Nombre completo y firma de quien autoriza

\_\_\_\_\_  
Nombre completo y firma de testigo

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma de médico que realiza

## CONSENTIMIENTO INFORMADO HIJO(A)

*“Relación entre el estilo de crianza utilizado por la paciente con trastorno límite de la personalidad y el diagnóstico psiquiátrico en su hijo”*

Fecha: \_\_\_\_\_

La que suscribe, \_\_\_\_\_,  
autoriza la participación de su hijo(a) \_\_\_\_\_ en el  
Protocolo “*¿Existe relación entre el estilo de crianza utilizado por la paciente con Trastorno límite de la personalidad y el diagnóstico psiquiátrico en su hijo?*”, una vez que se nos ha explicado en que consiste el mismo y el cual se llevará a cabo por la Dra. Ana Teresa Acebo Romero.

\_\_\_\_\_  
Nombre completo y firma de quien autoriza

\_\_\_\_\_  
Nombre completo y firma de testigo

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma de médico que realiza