



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA**



**HOSPITAL PSIQUIÁTRICO “FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ”**

**MEDICION DE LA BUSQUEDA DE LA NOVEDAD UTILIZANDO EL ITC EN  
PACIENTES CON TLP Y TDAH**

TESIS QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA

PRESENTA:

**MARISOL CRUZ GARCIA**

**ASESOR TEÓRICO:  
Dra. Cecilia Bautista Rodríguez**

**ASESOR METODOLÓGICO:  
Dr. Félix Armando Ambrosio Gallardo**

México, D. F.



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

A MI MADRE:

**ALMA DELIA GARCIA HERNANDEZ (+)**

PORQUE LOS SUEÑOS Y PROMESAS SE CUMPLEN

A MIS TIAS:

LILIA GARCIA HERNANDEZ  
MARTHA SILVIA GARCIA HERNANDEZ  
VIRGINIA PATRICIA GARCIA HERNANDEZ

PORQUE GRACIAS A SU EJEMPLO, CUIDADO Y AMOR ESTE SUEÑO  
ES POSIBLE

A MIS BASICOS

ANA ODETTE MORALES GARCIA  
ANTONIO RESENDIZ VIZUETT

PORQUE SIN USTEDES JAMAS HABRIA PODIDO CON TODO Y CON NADA

## INDICE

INTRODUCCIÓN	5
ANTECEDENTES	5
MÉTODO	
JUSTIFICACIÓN	17
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	18
VARIABLES	18
OBJETIVOS	20
HIPÓTESIS	20
MUESTRA	20
CRITERIOS DE SELECCIÓN	21
TIPO DE ESTUDIO	21
INSTRUMENTOS	21
PROCEDIMIENTO	21
RESULTADOS	24
DISCUSIÓN	29
CONCLUSIONES	30
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	31
ANEXOS	
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	34
ITC	35
<b>LISTA DE TABLAS Y FIGURAS</b>	
<b>TABLA 1.</b> Criterios CIE-10 TLP	6
<b>TABLA 2.</b> Criterios DSM IV TLP	7
<b>TABLA 3.</b> Subtipos TLP	8
<b>TABLA 4.</b> Criterios DSM IV TDAH	11
<b>TABLA 5.</b> Escala de temperamento ITC	22
<b>TABLA 6.</b> Escala de carácter ITC	23
<b>TABLA 7.</b> Cron Bach del ITC	23
<b>TABLA 8</b> Características demográficas	25

“It’s sometimes found in disorganized people who are immature and do a lot of wishful thinking and daydreaming, but when it’s combined with persistence and novelty-seeking, it leads to personal growth and enables you to balance your needs with those of the people around you.”

Cloninger

## **INTRODUCCION**

*El Trastorno Límite de Personalidad y el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad del adulto son dos trastornos psiquiátricos frecuentes que comparten varias características clínicas. La evidencia científica recopilada hasta el momento, muestra la probabilidad de una potencial disfunción neurobiológica común que sugiere la hipótesis de que el TDAH y el TLP puedan no ser dos trastornos distintos, sino representar, al menos en algunos pacientes, dos dimensiones de un mismo trastorno. Todo esto evidenciado en la práctica clínica cotidiana y en la resistencia a hacer diagnóstico de TDAH en el adulto, situaciones que no han sido propiamente analizadas hasta ahora.*

*Se sabe que se ha estudiado el temperamento y el carácter en los pacientes con TDAH y con TLP, sin embargo se ha encontrado que se ha valorado de manera independiente y con cuestionarios como el TPQ y el MCMI-II en especial en los pacientes con TDAH en quienes además la mayoría, se ha realizado en pacientes pediátricos.*

*Por lo que se desea en esta tesis medir la búsqueda de la novedad en los pacientes con TDAH y TLP estudiando una población de 59 sujetos con diagnóstico de TDAH con TLP obtenidos mediante muestreo no probabilístico de los servicios de urgencias y consulta externa del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez" de septiembre del 2012 a enero de 2013 a quienes se les aplico la escala desarrollada por Cloninger inventario de temperamento y carácter (ITC), utilizando a pacientes del estudio del Dr. Rodrigo Figueroa en la tesis "TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCION E HIPERACTIVIDAD DEL ADULTO EN PACIENTES CON TRASTORNO LIMITE DE LA PERSONALIDAD"*

*PALABRAS CLAVE: ITC, Trastorno Límite de Personalidad, Búsqueda de la Novedad, Déficit de atención.*

## **ANTECEDENTES**

### **TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD**

A finales de la década de los 30's y durante la década de 1940 los clínicos comenzaron a describir algunos pacientes que no estaban lo suficientemente enfermos como para ser esquizofrénicos pero estaban muy perturbados para realizar psicoanálisis clásico. En 1949 Hoch y Polatin se refieren a este grupo como "esquizofrenia pseudoneurótica", caracterizado por dificultades en el funcionamiento yoico, incapacidad para planificar de manera realista etc.

Grinkers y cols.(1968) Realizaron un estudio con 60 pacientes sugiriendo que había 4 subgrupos de pacientes borderline que iban desde el “borde psicótico” (tipo I) hasta el “borde neurótico” (tipo IV), además intentaron identificar denominadores comunes en el síndrome presentes sin importar el subtipo.

En 1990, Gunderson y col. (Zanarini y col., 1990) identificaron rasgos claramente definidos como el pensamiento casi-psicótico, automutilación, esfuerzos manipulativos suicidas, preocupaciones por el abandono, regresiones terapéuticas, demandante etc. siendo criterios diagnósticos descriptivos.

Otto Kernberg (1967, 1975) busco caracterizar a los pacientes borderline desde una perspectiva psicoanalítica, acuñó el término organización borderline de la personalidad advirtiendo que las características descriptivas no eran suficientes para un diagnostico definitivo; refiriendo que el diagnostico descansaba en un análisis estructural que revelaba 4 rasgos claves 1.-Manifestaciones no específicas de debilidad del yo 2.-Tendencia hacia el proceso primario del pensamiento 3.-Operaciones defensivas específicas y 4.- relaciones del objeto patológicas internalizadas. (42)

Los pacientes con trastorno limite de la personalidad son uno de los trastornos más graves descritos, se puede explicar como una división entre neurosis y psicosis, tienen gran inestabilidad en el área afectiva, conductual, en relaciones interpersonales y en la autoimagen que puede comenzar en la edad adulta temprana; sienten preocupación real por amenazas de ser abandonos ya sean amenazas reales o imaginarias y sin embargo se crea temor de unirse y sufrir dominación de identidad de la otra persona. Pueden llegar a cursar, incluso, psicosis reactiva transitoria (cuadros micropsicóticos) y pueden estar deprimidos de manera crónica. A este trastorno de la personalidad se le conoce también como la Esquizofrenia ambulatoria, “Personalidad como si”, Esquizofrenia pseudoneurótica y trastorno psicótico del carácter. (8,9)

La Clasificación Internacional de las Enfermedades-10 de la Organización Mundial de la Salud los ha designado como trastornos de la personalidad con inestabilidad emocional (TABLA 1). (12, 39)

**TABLA 1. Trastorno de Inestabilidad Emocional de la Personalidad de la CIE-10**

Se trata de un trastorno de personalidad en el que hay una marcada predisposición a actuar de un modo impulsivo sin tener en cuenta las consecuencias, junto a un ánimo inestable y caprichoso. La habilidad de planificación es mínima y con frecuencia intensos arrebatos de ira conducen a actitudes violentas o a manifestaciones explosivas; estas son fácilmente provocadas al recibir críticas o al frustrarse los actos impulsivos. Se diferencian dos variantes de este trastorno de personalidad que comparten estos aspectos generales de impulsividad y falta de control de sí mismo.

1. Trastorno de la inestabilidad emocional de la personalidad de tipo impulsivo. Las características predominantes son la inestabilidad emocional y la ausencia de control de



impulsos. Son frecuentes las explosiones de violencia o un comportamiento amenazante, en especial ante las críticas a terceros.

Incluye: personalidad explosiva y agresiva/trastorno explosivo y agresivo de la personalidad

Excluye: trastorno disocial de la personalidad

2. Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo límite. Se presentan varias de las características de inestabilidad emocional. Además, la imagen de sí mismo, los objetivos y las preferencias internas (con inclusión de las sexuales) a menudo son confusas o se encuentran alteradas. La facilidad para verse implicado en relaciones intensas e inestables, puede causar crisis emocionales repetidas y acompañarse de una sucesión de amenazas suicidas o de actos auto agresivos (aunque estos pueden presentarse también sin claros factores precipitantes).

Incluye: personalidad "borderline"

Criterios diagnósticos para trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad CIE-10.

De acuerdo al DSMIV-TR se caracteriza por un estado generalizado de inestabilidad en el estado de ánimo, las relaciones interpersonales y la autoimagen, que se hace patente desde el inicio de la vida adulta y que se da en diversos contextos (TABLA 2). (39, 36)

**TABLA 2. Trastorno Límite de la Personalidad del DSM-IV TR**

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

1. Esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginario.

**Nota:** No incluir los comportamientos suicidas o de automutilación que abarcan en el criterio cinco.

2. Un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizadas por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación.

3. Alteración de la identidad: autoimagen o sentido de sí mismo acusado y persistentemente inestable.

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

5. Comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes, o comportamiento de automutilación.

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

7. Sentimientos crónicos de vacío.

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

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

Actualmente se ha sugerido una subtipificación basada en teorías de la etiología del trastorno de inestabilidad emocional tipo límite (TABLA 3) (37).

<b>TABLA 3. Subtipos de Trastorno Límite de la Personalidad</b>			
Tipo	Descripción	Supuesto del DSM IV TR	Criterio prototípico
<b>AFECTIVO</b>	Una atípica, y moderadamente forma heredable de trastorno afectivo, precipitado por tensión ambiental. Akiskal y col. Lo describieron como trastorno “subafectivo”, y Klein y Liebowitz lo describieron como “disforia histeroide”, ambos los cuales reestructuran una forma del trastorno de personalidad caracterizada por predominancia de desregulación del afecto	Criterio 5: conducta suicida recurrente, gestos o intentos o conducta auto lesivas	Criterio 6: inestabilidad afectiva asociada a marcada reactividad del humor (disforia o ansiedad)
<b>IMPULSIVO</b>	Una forma de trastorno del control de impulsos, reflejando una acción orientada en el temperamento innato. Un número de reportes han caracterizado el trastorno límite de personalidad como un trastorno del espectro impulsivo, porque comparte una propensión a la acción y se sobrepone con otros trastornos del control de impulsos, como trastornos por uso de sustancias y trastorno antisocial de la personalidad	Criterio 5: conducta suicida recurrente, gestos o intentos o conducta auto lesivas	Criterio 4: impulsividad al menos en dos áreas que son potencialmente de auto-daño
<b>AGRESIVO</b>	Un temperamento primario constitucional o secundario a la reacción de trauma, abuso o negligencia temprana. Una predominancia de agresión en el trastorno límite de personalidad podría ser correlacionado con menores niveles de serotonina en el sistema nervioso central o con otras alteraciones en la neurotransmisión o neuroendocrinas	Criterio 6: inestabilidad afectiva asociada a reactividad marcada del afecto (irritabilidad)	Criterio 8: ira intensa, inapropiada o dificultad para controlar la ira
<b>DEPENDIENTE</b>	Una intolerancia a estar solo. Masterson y colegas, propusieron que en algunos casos, la presencia de intolerancia parental en el	Criterio 6: inestabilidad afectiva asociada a marcada	Criterio 1: esfuerzos frenéticos para evitar el abandono real

	desarrollo de autonomía del niño podría ser la base de la fundación para una patología límite futura. Gunderson describió uno similar, pero con un concepto limitado – intolerancia al abandono- como una característica definitoria común de muchos pacientes con trastorno límite de la personalidad	reactividad del humor (disforia o ansiedad)	o imaginario
<b>VACIO</b>	Carencia de una sensibilidad estable de sí mismo, reflejando padres tempranamente inconstantes. Adler y colegas, propusieron que la experiencia del niño de la inconstancia parental y la falta de empatía podría interferir con el establecimiento de la confianza básica, resultando en una incapacidad de evocar recuerdos simples de bondad, cuidado de objetos internos.	Criterio 3: alteración en la identidad: una imagen de sí mismo o sentimiento de uno mismo marcada y persistentemente inestable	Criterio 7: sentimientos crónicos de vacío

Goldman J. 2006. Se muestra la heterogeneidad del trastorno límite de la personalidad, un sistema subtipificado basado en las teorías de trastorno de personalidad. Aunque no ha sido probado empíricamente, la tipología sugiere caracterizarlos según los criterios del DSM-IV-TR que predominen. (47)

El TLP afecta a un 1 a 2% de la población general y es 2 veces más frecuente en las mujeres (10).

En México, se sabe que la prevalencia es aproximadamente de 28.6%. (38). El trastorno límite de la personalidad afecta a tres mujeres por cada varón y se presenta en 2% a 6% de la población general, 10% de pacientes psiquiátricos ambulatorios y 20% de los hospitalizados. En México, se ha encontrado en 2.0% de las mujeres y 1.7% de los varones en la población general y hasta 36% de los enfermos psiquiátricos hospitalizados. (27, 39) Se ha encontrado que 10% de los pacientes con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad muere por suicidio (14).

### **Correlaciones neurobiológicas del Trastorno Límite de la Personalidad**

Se han encontrado relaciones heredadas en familias con rango de concordancia de 38% entre gemelos monocigotos y 11% en gemelos dicigóticos (Crowell, 2009). (27)

Hay diferentes hallazgos neurofuncionales como por ejemplo disminución del flujo cerebral frontal, alteraciones en la región temporal superior, parahipocampo, región temporal de los ventrículos laterales, cuerpo calloso, tálamo y septum pellucidum. (20)

La evidencia sugiere que tanto la agresión como la inestabilidad afectiva están relacionadas con polimorfismos genéticos específicos y alteraciones funcionales en el sistema central de serotonina (5-HT) (10, 27, 22).

En pacientes con violencia impulsiva se ha observado disfunción de fibras serotoninérgicas de la corteza prefrontal, lo que resulta en mayor agresión (14). El rasgo de impulsividad presenta una heredabilidad genética de 50% y depende de polimorfismos relacionados con receptores de transmisión serotoninérgica como 5-HT2A (Carrasco y Gilbert, 2007). (10, 22)

La dimensión de búsqueda de novedades tiene una heredabilidad cercana al 40% y se ha asociado a alteraciones genéticas del receptor dopaminérgico (10, 22). En neuroimagen se observa disminución de la reactividad serotoninérgica en áreas corticales inhibitorias (corteza orbito frontal, ventromedial y cingulada) que no controlarían el efecto facilitador de estructuras límbicas. Se observa que la hipofunción del CPK y la disminución de la reactividad serotoninérgica son directamente proporcionales a la letalidad de los intentos suicidas registrados. (10,22).

Se sugiere implicación de la noradrenalina en la regulación del nivel de activación que acompaña la interacción con el entorno en la búsqueda de sensaciones y regulación de la expresión de heteroagresividad (10, 27, 22).

La búsqueda de riesgo y de sensaciones se relaciona con la actividad dopaminérgica subcortical y probablemente con algunos aspectos de la actividad noradrenérgica (10). Crowell reporta una asociación entre el alelo 9-repetido del transportador DA (DAT1) y el trastorno límite de la personalidad relacionadas con un menor funcionamiento dopaminérgico y con la afectividad negativa (27).

Se ha investigado que una mutación en el gene MAO se asocia con conducta violenta y es un posible factor de riesgo suicida. Los estudios plaquetarios de MAOB han encontrado consistentemente una correlación negativa entre MAOB periférica y trastornos de control de impulsos, incluido TDAH, personalidad antisocial, criminalidad, trastorno límite de la personalidad, juego patológico y abuso de alcohol/drogas (27).

El trastorno límite de la personalidad se asocia con déficits en la maduración de circuitos frontolímbicos, incluida corteza orbito frontal y corteza frontal ventrolateral, en amígdala, hipocampo, giro fusiforme, corteza cingulada anterior, ganglios basales y tálamo (10, 27).

## **TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCION E HIPERACTIVIDAD**

El TDAH es un síndrome conductual que cursa con un patrón persistente de desatención y/o hiperactividad caracterizado por períodos de atención cortos e inapropiados y con manifestaciones de hiperactividad e Impulsividad no

adecuadas para su edad, o por ambos. Se describe en una proporción de 3-5:1 en hombres: mujeres, aumentado en primogénitos. El inicio suele ser hacia los 3 años de edad, aunque pueden observarse manifestaciones desde los 2 años. En los padres se observa una incidencia superior de hipercinesia, sociopatía, trastornos por uso de alcohol y trastornos conversivos. La prevalencia es de alrededor de 3-7% de niños en edad escolar. El trastorno persiste en la adolescencia del 50 al 80% de los casos y en la edad adulta 30 a 60% (15).

La etiología es desconocida, aunque se asocia a trastornos de la función cerebral, como en trastornos de aprendizaje; la exposición prenatal a tóxicos, prematurez y lesión mecánica prenatal sobre el sistema nervioso fetal. En la genética, hay mayor concordancia en gemelos monocigóticos y entre hermanos se tienen 2 veces más riesgo que la población general. Factores evolutivos: septiembre es el mes con mayor número de nacimientos de niños con TDAH y con dificultades de aprendizaje comórbidas.

Se ha visto la afectación del sistema noradrenérgico periférico y el sistema dopaminérgico, y se han postulado disregulaciones en áreas serotoninérgicas. Factores psicosociales como estrés psíquico, pérdida del equilibrio familiar y otros factores inductores de ansiedad y, finalmente factores de predisposición como el propio temperamento del niño, factores genéticos y familiares y exigencias sociales para aceptar un sistema rutinario de conducta y actuación se han aceptado también (8,16).

Mediante la toma de Tomografía por Emisión de Positrones efectuadas durante pruebas de atención se revela disminución del metabolismo de glucosa en la corteza frontal y prefrontal, así como descenso del flujo arterial cerebral.

Las manifestaciones clínicas se caracterizan por tres ejes sintomáticos centrales: la inatención, la impulsividad y la hiperactividad que pueden aparecer desde la primera infancia. Para realizar el diagnóstico los síntomas deben presentarse antes de los 7 años de edad. Las historias escolares y los informes de los profesores son importantes para evaluar si las dificultades de aprendizaje y de conducta en el colegio obedecen en el mismo orden de problemas de comportamiento, de madurez o de baja autoestima secundario al sentimiento de inadecuación. El examen mental puede mostrar un carácter secundariamente deprimido, pero no alteraciones del pensamiento, deterioro de la percepción de la realidad o afectos inapropiados. El niño puede mostrar gran distracción, testarudez y un esquema de pensamiento concreto y literal (14).

<b>Tabla 4 TDAH Criterios del DSM-IV</b>
A. 1. o 2. 1. 6 o más de los siguientes síntomas de desatención han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es des adaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo: Desatención:

- a) A menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo en otras actividades.
- b) A menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades lúdicas
- c) A menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente
- d) A menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos u obligaciones en el centro de trabajo (no se debe a comportamiento negativista o incapacidad para entender instrucciones)
- e) A menudo tiene dificultad para organizar tareas y actividades
- f) A menudo evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido
- g) A menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades
- h) A menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes.
- i) A menudo es descuidado en las actividades diarias.

2. 6 o más de los siguientes síntomas de hiperactividad-impulsividad han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:

Hiperactividad:

- a) Mueve en exceso manos y pies o se retuerce en su asiento
- b) Abandona su asiento en clase o en otra situaciones en que deba permanecer sentado
- c) Corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo
- d) Tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio
- e) Está en marcha o suele actuar como si tuviera un motor
- f) Habla en exceso

Impulsividad:

- a) Precipita respuestas antes de ser completada la pregunta
- b) Tiene dificultades para guardar turno
- c) Interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros.

B. Algunos síntomas de hiperactividad-impulsividad o desatención que causan alteraciones estaban presentes antes de los 7 años de edad.

C. Algunas alteraciones provocadas por los síntomas se presentan en 2 o más ambientes.

D. Deben existir pruebas claras de un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral.

E. Los síntomas no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otra psicosis y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Códigos basados en el tipo:

- TDAH, tipo combinado: criterios A1 y 2 durante los últimos 6 meses.
- TDAH, con predominio de déficit de atención: criterio A1 pero no A2 durante los últimos 6 meses
- TDAH, con predominio hiperactivo-impulsivo: criterio A2 pero no A1 durante los últimos 6 meses

Tomado de: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales IV Edición Texto Revisado. Masson Barcelona 2002

El curso es variable. Los síntomas pueden persistir durante la adolescencia y la vida adulta, remitir con la pubertad, o puede desaparecer la hiperactividad, pero perdurar baja atención y los problemas de control de impulsos. Si llega a lograrse remisión es entre los 12 y los 20 años; siendo vulnerables a los trastornos de personalidad antisocial o de otro tipo y a los trastornos del ánimo, persistiendo los problemas de aprendizaje durante toda la vida.

El tratamiento farmacológico se realiza con psicoestimulantes: metilfenidato dextroanfetamina como primera elección y posteriormente con atomoxetina. En tercera línea se encuentran los antidepresivos (imipramina, desipramina y bupropión) y clonidina (TDAH aunado a Trastorno de tics) o ISRS, pudiendo usar técnicas de tratamiento conductual, tiempo fuera e informes diarios de la escuela. Los padres deben desarrollar la capacidad de realizar intervenciones conductuales con un refuerzo positivo y que estén dirigidas hacia comportamientos sociales y académicos (8, 14, 16).

### **TDAH en los adultos**

La 1ª descripción clínica de este cuadro data de 1902 realizada por George Still y Alfred Tredgold que lo conceptualizaron como “defectos en el control moral”, señalando mayor incidencia en niños que en niñas y puntualizaron los trastornos de aprendizaje, hiperactividad, trastornos generales de la conducta etc. Still en 1909 asocio estos trastornos a malformaciones congénitas y señaló alto porcentaje de alcoholismo, criminalidad, depresión y suicidios entre los padres de estos niños intentando hallar causas hereditarias.

Después de la 1ª Guerra Mundial (1917-1918) observaron sintomatología similar en sujetos que habían padecido encefalitis; por lo que durante mucho tiempo los niños que presentaban síntomas de TDAH fueron considerados poseedores de daño disfunción cerebral mínima por secuela Posencefalítica o de un trauma sufrido durante el parto.

En 1937 Bradley descubrió el “efecto paradójico tranquilizante” de los psicoestimulantes tratados con benzedrina considerándose el inicio de la psicofarmacología infantojuvenil, por lo que en 1970 las Anfetaminas se convirtieron en el tratamiento del TDAH.

En 1972 Virginia Douglas señaló que las características esenciales eran la dificultad para mantener por un largo periodo la atención y para controlar los impulsos. En las primeras clasificaciones del trastorno el cuadro adquirió el nombre de ADD, ADHD y ADD-RT por sus siglas en ingles.

Desde los comienzos del siglo XX hasta la actualidad poco ha variado la descripción de su sintomatología durante la infancia, y quizá lo único nuevo es la aceptación de que el trastorno no siempre desaparece durante la adolescencia, sino que en algunos casos persiste hasta la adultez (tipo residual).

Inicialmente el TDAH se consideró sólo como un diagnóstico de la infancia, sin embargo se ha demostrado la persistencia del síndrome completo o parcial, Biederman describió que este padecimiento puede ser diagnosticado en el adulto de manera confiable y que el diagnóstico es un valor predictivo de complicaciones y respuesta al tratamiento (17).

Se ha comprobado que el 30 al 70% de los pacientes con TDAH en la infancia persistirá con síntomas en la adolescencia y adultez, con síntomas como la inatención, hiperactividad e impulsividad, inestabilidad emocional y de pareja, con pobre tolerancia al estrés, humor lábil y temperamento explosivo.

Las dificultades de diagnóstico se basan en la falta de diagnóstico oportuno, la dependencia del diagnóstico retrospectivo hacia el inicio y la presencia en la niñez de los trastornos comórbidos (17)

La evaluación y el diagnóstico en la adultez se efectúan basándonos en los criterios del DSM-IV siendo los mismos que para los niños o adolescentes; se menciona una categoría denominada “remisión parcial” o “residual” para los pacientes adultos que presentan síntomas de TDAH y que constituye el estándar de oro.

Existen varias escalas de auto informe mediante las cuales es posible documentar el perfil individual del trastorno, facilitar la evaluación/tamizaje y monitorear la respuesta al tratamiento, además tienen propiedades psicométricas adecuadas para que los pacientes adultos con TDAH pueden informar claramente su condición. Generalmente hay correlación entre auto informante e informantes.

### **Temperamento en el Trastorno Límite de Personalidad**

En estudios realizados por Fossati se han reportado altas puntuaciones de impulsividad, agresividad y búsqueda de la novedad son el componente principal en trastorno de personalidad del clúster B variando en grados de carácter: mayor agresividad en antisocial, mayor búsqueda de sensaciones en el histriónico, esto fue al usar el inventario de temperamento y carácter. (18)

Barnow encontró, en dos estudios diferentes, que los pacientes con trastorno límite de la personalidad tienen altas puntuación en búsqueda de la novedad, evitación de daño y bajas puntuaciones en autodirección y describió que los varones con trastorno límite de la personalidad presentan puntuaciones altas en búsqueda de la novedad y evitación del daño mientras que en las mujeres con trastorno límite de la personalidad había puntuaciones altas en evitación del daño. Ambos géneros presentan puntuaciones altas de evitación del daño y puntuaciones bajas en autodirección (2, 3).

Fassino reportó en un estudio realizado a padres de pacientes con trastorno límite de personalidad, comparando temperamento y carácter, que las madres de los



pacientes con alta puntuación en la búsqueda de la novedad, presentan altas puntuaciones en búsqueda de la novedad y los padres presentan puntuaciones altas en auto trascendencia. Los pacientes con trastorno límite de la personalidad con puntuaciones altas en autodirección se relacionan con madres y padres con puntuaciones altas en búsqueda de la novedad. Los pacientes con puntuaciones altas en auto trascendencia se relacionan con madres con altos puntajes de búsqueda de la novedad y evitación del daño (16).

Pukrop reportó en trastornos de personalidad neuroticismo, autodirección e inestabilidad emocional como resultados. En pacientes con trastorno límite de la personalidad y donde se ha utilizado el inventario de temperamento y carácter ha reportado puntuaciones bajas en amabilidad, alta puntuación en búsqueda de la novedad y auto trascendencia, alta puntuación en inestabilidad emocional junto con conducta disocial (39).

Utilizando el ITC, se ha descrito que los pacientes con trastorno límite de la personalidad presentan diferencias importantes en los patrones de desarrollo, especialmente en autodirección, cooperatividad y auto trascendencia; además, el desarrollo del carácter de trastorno límite de la personalidad es más lábil e inmaduro que en sujetos control (28).

Fossati y cols, hallaron que los pacientes con trastorno límite de la personalidad difieren de los controles sanos en la búsqueda de la novedad y cooperatividad lo que dificulta sus patrones de apego (19).

Calati encontró altos puntajes en evitación del daño en pacientes sin conducta auto lesiva y bajos puntajes en autodirección y cooperación en pacientes con intentos suicidas, sin relación con algún trastorno afectivo sin intento suicida (7).

Giegling sostiene que las dimensiones de impulsividad y evitación del daño del temperamento surgen sin guardar relación con las tendencias auto lesivas de personalidad (21). De acuerdo a Champman las altas puntuaciones de búsqueda de la novedad y dependencia a la recompensa se relacionan con menos intentos suicidas (11).

En un estudio de seguimiento de síntomas de trastorno límite de personalidad durante 10 años, Zanarini encontró después de 4 años de seguimiento la mitad de los pacientes presentaron remisión de 9 síntomas agudos de 24 iniciales, entre los 6 y los 10 años de seguimiento, 50% de los pacientes registrados de primera vez, presentaron remisión de otros 9 síntomas clasificados como temperamentales. Los otros 6 síntomas remitieron poco entre los 4 y 6 años de seguimiento (40).

## **TEMPERAMENTO EN PACIENTES CON TDAH**

Robin et al. (1998) con el Inventario Millon de Estilos de Personalidad describió perfiles de personalidad de 233 adultos con TDAH comparados con 50 sin TDAH.

Los TDAH fueron descritos como pesimistas, refiriendo que tenían poco control sobre su mundo. Eran egoístas, introvertidos, retraídos, pasivos, y con mayor probabilidad de ser convencional y rebelde; menos firme, con mayor rendimiento, con mayor reserva en las interacciones con los demás, y más propensos a expresar sus quejas.

May & Bos (2000) utilizó el Inventario Millon Clinical multiaxial-II (MCMI-II) donde analizó 104 adultos con TDAH. Creó 4 grupos en función de la presencia de la persistencia del trastorno de oposición desafiante (TOD) y otros diagnósticos comórbidos (TDAH-solo, el TDAH comórbido, TDAH-TOD, TDAH-TOD-comórbido). El grupo de TDAH-solo tenía rasgos histriónicos mientras que el grupo TDAH comórbido fue más común fue evitativo y dependiente. El grupo de TDAH-TOD mostró rasgos histriónicos, narcisistas, sádico-agresivos y negativista, mientras que el grupo TDAH-ODD-comórbidos tenían una combinación de evitación, rasgos narcisistas y antisociales, sádico-agresivo y negativista.

Jacob et al. (2007) aplicó el Inventario de Personalidad NEO Revisado (NEO-PI-R) en adultos 372 con TDAH y 454 sin TDAH. Los pacientes con TDAH tenían alto neuroticismo y extroversión baja, apertura a la experiencia y la conciencia.

Ranseen et al. (1998) tuvo resultados similares cuando utilizó el NEO-PI-R para comparar 25 adultos con TDAH y un grupo control de 23 de no-TDAH adulto en pacientes ambulatorios bajo tratamiento con psicoterapia. El grupo de adultos con TDAH obtuvieron puntuaciones significativamente más altas en el dominio de neuroticismo y las puntuaciones significativamente más bajas en el dominio de la escrupulosidad que el grupo de pacientes ambulatorios.

Cloninger et al (1991, 1996,) y Svrakic et al (1993). También estudiaron a los pacientes con TDAH utilizando el modelo inicial de tres dimensiones de la personalidad: búsqueda de novedad, evitación del daño y dependencia de la recompensa. El resultado arrojó alta búsqueda de novedad con bajos niveles de dopamina y trastornos del clúster B. Alta evitación de daño se asoció con niveles bajos de serotonina y de trastornos de la personalidad del clúster C y bajo dependencia de la recompensa se asoció con norepinefrina baja y trastornos de la personalidad del grupo A. Las tres dimensiones fueron evaluadas por su Cuestionario de Personalidad Tridimensional (TPQ). Estas dimensiones son moderadamente heredables y constantes durante la vida.

Jacob et al. (2007) encontraron que la búsqueda de la novedad y las puntuaciones de evitación del daño de los adultos con TDAH fueron significativamente elevadas con el TPQ.

Downey et al. (1996) aplicó el TPQ a tres grupos de adultos: fumadores actuales con TDAH, los no fumadores con TDAH, y los fumadores sin TDAH. Todos mostraron elevaciones en la búsqueda de la novedad y evitación del daño. Los fumadores con TDAH obtuvieron puntuaciones más altas que los fumadores sin TDAH.

En un estudio de seguimiento Downey et al. (1997), mostraron elevaciones significativas para la búsqueda de novedad y evitación del daño.

Anckarsater et al. (2006) evaluaron 240 adultos, los pacientes con TDAH reportaron alta búsqueda de novedad, evitación del daño alto y más trastornos de la personalidad del grupo B.

## **MÉTODO**

### **JUSTIFICACIÓN**

Recientemente se han estado haciendo investigaciones sobre la comorbilidad del TLP con el TDAH, aquí en México no se contaba con mucha información sobre esta, y, por lógicas razones, no se habían realizado estudios exhaustivos a este tipo de población.

Sabemos que el TLP representa un reto para todo terapeuta y psiquiatra que desee establecer algún tipo de tratamiento, gracias a las recientes investigaciones de la comorbilidad de estos 2 trastornos no tenemos que descartar uno por otro, basándome en esto decidí aplicar una escala multidimensional de Cloninger el Inventario de Temperamento y Carácter en pacientes que ya contaban con el diagnóstico de TLP y TDAH y observar los resultados de los puntajes para así poder obtener mediante los resultados de esta escala multidimensional si es que hay alguna manera más específica de tratamiento de acuerdo a los valores que se arrojaran de resultado, ya que gracias a que no se trata de una escala "rígida" o de clasificación es posible que sirva de guía para valorar que tipo de medicamento es el indicado para cada paciente o en un futuro establecer qué tipo de terapia es el adecuado para cada paciente basándonos en los resultados de la escala.

El inventario de temperamento y carácter diagnostica el trastorno de personalidad y distingue sus subtipos de manera individual. Los rasgos de carácter se utilizan para diagnosticar la presencia y la severidad del trastorno de personalidad, mientras que los rasgos del temperamento se utilizan para el diagnóstico diferenciado.

De esta manera y basándonos en el resultado de las pruebas del ITC podemos hacer una distinción entre el temperamento y el carácter para así proporcionar una base teórica para los postulados y el tratamiento etiológico del trastorno de personalidad. puede traer beneficios clínicos y hasta farmacológicos todo derivado de una valoración clínica en la que se tengan sospechas de un TDAH con TLP y en la que se valore usado la escala de Cloninger, puesto que esta escala debido a que es una escala dimensional y o categórica permitiría valorar al paciente de una manera más completa y quizá acercarnos un poco más hacia cual es la mejor ayuda que el paciente con alta búsqueda de la novedad pueda llegar a ayudar y realmente modificar en algo su pronóstico.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Durante las valoraciones psiquiátricas en la práctica diaria observamos cómo se comparten características clínicas entre el TDAH del adulto con el TLP como son el pobre control de impulsos, la presencia de baja autoestima, la dificultad para la planeación, las alteraciones en la regulación del afecto, el déficit cognitivo e incluso el abuso de sustancias.

Existen dificultades para establecer un adecuado diagnóstico y tratamiento de pacientes con TLP cuando además tienen antecedentes de TDAH al llegar a la edad adulta, así como tampoco podemos generalizar sobre todos los pacientes que presentan esta comorbilidad ya que mediante esta escala, ITC, se obtienen diferentes subtipos de la gravedad de los trastornos y de esta manera se distinguiría si es que hay que hacer alguna modificación en el tratamiento del paciente, si es que presenta en este caso, un alto índice de búsqueda de la novedad o si es que el paciente tiene mayor calificación en otros ITEMS de el inventario que pueda estar afectando incluso impidiendo el progreso del paciente hacia su mejoría clínica, por tal motivo, se tomó la decisión de realizar un estudio observacional de casos consecutivos, en un período de seis meses durante el año 2011-2012, en el Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”, con la finalidad de dar respuesta a la siguiente pregunta de investigación: ¿El índice de Búsqueda de la Novedad es elevado en pacientes que cursan con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad residual o del adulto comórbido con diagnóstico de Trastorno Límite de la Personalidad?

## **VARIABLES:**

**DEPENDIENTE.** El resultado de la escala ITC que es 1 instrumento que describe la personalidad que evalúa 7 rasgos de personalidad, 4 dimensiones de temperamento de nivel superior y 3 de carácter de nivel superior, que son multidimensionales

**INDEPENDIENTE:** Pacientes con TDAH + TLP

### **Variables demográficas**

#### **Edad:**

Definición conceptual: Se expresa como el periodo de tiempo transcurrido desde el nacimiento, puede ser en horas, días, meses u años.

Definición operacional: Número de años cumplidos al momento del estudio

Tipo de variable: cuantitativa

Escala de medición: de razón

Unidad de medición: 18-55 años

#### **Sexo:**

Definición conceptual: Conjunto de características biológicas que definen al espectro de humanos como hombres y mujeres

**Definición operacional:** Se describirá al sexo como masculino o femenino de según el fenotipo del paciente.

**Tipo de variable:** Cualitativa

**Escala de medición:** nominal dicotómica

**Unidad de medición:** Femenino, Masculino

### **Escolaridad:**

**Definición conceptual:** Grado máximo de estudios

**Definición operacional:** Último ciclo terminado.

**Tipo de variable:** Cualitativa

**Escala de medición:** Nominal Categórica

**Unidad de medición:** Analfabeta, Primaria, Secundaria, Preparatoria, Licenciatura y Posgrado.

### **Estado civil:**

**Definición conceptual:** Estado que existe entre los ciudadanos.

**Definición operacional:** Se describirá durante el estudio.

**Tipo de variable:** Cualitativa.

**Escala de medición:** Nominal

**Unidad de medición:** Soltero, Casado, Divorciado

### **Ocupación:**

**Definición conceptual:** Actividad laboral predominante

**Definición operacional:** Se describirá la actividad preponderante del paciente al momento del estudio.

**Tipo de variable:** Cualitativa.

**Escala de medición:** Nominal

**Unidad de medición:** Estudiante, Trabajador, Hogar y Desempleado

**Temperamento:** Cimiento biológico basado en la predisposición para patrones de conducta específica, se mantiene a lo largo de la vida, es estable, altamente hereditario, incluye búsqueda de la novedad (rigidez contra excitabilidad, reflexión contra impulsividad, reserva contra extravagancia, reglamentación estricta contra desorganización); evitación del daño ( optimismo contra ansiedad anticipatoria, confianza contra incertidumbre, gregarismo contra timidez, vigor contra fatigabilidad); dependencia a la recompensa (insensibilidad contra sentimentalismo, frialdad contra calidez, reserva contra apertura en la comunicación, independencia contra conformidad); y persistencia. (Dolceti i Serra, 2006; Carrasco, 2007). (10, 15)

**Carácter:** Conjunto de autoconceptos que influyen en intenciones y actitudes, a partir del aprendizaje en el medio sociocultural, valores, metas, estrategias de afrontamiento y creencias sobre sí mismo y el entorno. Incluye: Autodirección (determinismo proyectivo de culpa contra responsabilidad, ausencia de metas contra orientación, inercia contra recursos, competición contra autoaceptación, malos hábitos contra congruencia); cooperación (intolerancia social contra aceptación social, insensibilidad contra empatía, egoísmo contra tendencia a

ayudar, venganza contra compasión, oportunismo contra principios) y autotrascendencia (cohibición contra abstracción, autodiferenciación contra identificación transpersonal, materialismo racional contra espiritualidad) (Dolceti i Serra, 2006; Carrasco, 2007). (10, 15)

**Trastorno Límite de la personalidad:** Patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la afectividad y una notable impulsividad, la habilidad de planificación es mínima. Se caracteriza por esfuerzos frenéticos para evitar el abandono real o imaginario, un patrón de relaciones inestables e intensas, alteración de la identidad, autoimagen o sentido de sí mismo acusado e inestable, comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes, comportamiento de automutilación, inestabilidad afectiva, sentimientos crónicos de vacío, ira inapropiada o dificultades para controlar la cólera, ideación paranoide transitoria relacionada con estrés (CIE-10, DSM-IVTR). (12)

## **PREGUNTA DE INVESTIGACION**

¿Los pacientes con TDAH + TLP tienen un mayor índice en la búsqueda de la novedad?

## **OBJETIVO**

### **General**

Determinar la relación de la búsqueda de la novedad entre pacientes con TDAH + TLP en pacientes del H. P.F.B.A.

### **Específicos**

1. Describir las características demográficas de dichos pacientes
2. Establecer mediante la escala multidimensional si es que debido a la comorbilidad se obtienen altos índices de búsqueda de la novedad más altos.

## **HIPÓTESIS**

El nivel de búsqueda de novedad es alto en pacientes con TLP + TDAH

## **MUESTRA**

Se buscaron pacientes ya diagnosticados con el TLP y pacientes que salieron con correlación de TLP y TDAH del hospital psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, en específico pacientes que pertenecen a grupos de terapia en el área de consulta externa de esta unidad.

## **SUJETOS**

Se buscaron a 59 pacientes ya diagnosticados con TDAH + TLP actualmente en tratamiento y que acudieran al servicio de consulta externa el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez

Pacientes de consulta externa en proceso terapéuticos en la misma unidad.

**TIPO DE ESTUDIO:** Prospectivo, transversal, descriptivo y observacional.

**CRITERIOS DE SELECCIÓN:**

**Criterios de inclusión:** Pacientes diagnosticados con TDAH y TLP  
Pacientes bajo tratamiento farmacológico  
Pacientes bajo tratamiento terapéutico  
Pacientes que acepten estar en el estudio  
Pacientes que sepan leer y escribir

**Criterios de exclusión:** Pacientes que no deseen participar  
Pacientes que no sepan leer o escribir  
Pacientes que no estén bajo tratamiento farmacológico  
Pacientes que no estén bajo tratamiento terapéutico  
Pacientes que no sean diagnosticados  
Pacientes que no pertenezcan al HPFBA

**Criterios de discontinuación:** Pacientes que no se localizaron  
Pacientes que abandonaron la terapia  
Pacientes que abandonaron tx farmacológico

**UNIVERSO:** 59 Pacientes con Dx de TDAH + TLP

**PROCEDIMIENTO**

Recolección de información: Cuestionarios (autoaplicables) a pacientes en el servicio de consulta externa que están en terapia bajo el diagnóstico de TDAH + TLP.

**INTSRUMENTOS DE EVALUACION Y MEDICION**

**Inventario de Temperamento y Carácter (ITC):** Temperament and Character Inventory. Desarrollado por Robert C. Cloninger utiliza el modelo de investigación neurobiológica, estudios psiquiátricos, estudios empíricos de distribución de la personalidad normal y la investigación comportamental basada en las teorías del aprendizaje (15). Consta de un cuestionario de 240 preguntas donde se evalúan cuatro características principales del temperamento (búsqueda de la novedad, evitación del daño, dependencia a la recompensa y persistencia) y 3 características de carácter (autodirección, cooperación y autotranscendencia). Cada uno de estos a su vez evalúa otras características que calificarán en dos polos opuestos para medir en conjunto el grado de cada rasgo. Las preguntas se responden en verdadero y falso.

Según Cloninger, la prueba permite descubrir y clasificar las variaciones de la personalidad normal y de la patológica. Las dimensiones caracteriales permitirían

identificar la existencia de un trastorno de la personalidad, mientras que las temperamentales determinarían el tipo concreto del trastorno (36).

En México su traducción y validación se llevó a cabo por Sánchez de Carmona, Páez, López y Nicolini. Obteniendo los siguientes resultados a partir de una muestra de 269 sujetos (54) TABLA 5, TABLA 6, TABLA 7.

**Escalas del temperamento basadas en el Inventario de Temperamento y Carácter**

Subescalas	Escalas de temperamento	Número de reactivos	Media $\pm$ desviación estándar Traducción	Media $\pm$ desviación estándar Original*
	<b>Búsqueda de la novedad</b>	<b>40</b>	<b>20.2 <math>\pm</math> 5.1</b>	<b>19.2 <math>\pm</math> 6.0</b>
NS1	Excitabilidad exploratoria vs rigidez	11	6.9 $\pm$ 2.2	6.3 $\pm$ 2.3
NS2	Impulsividad vs reflexión	10	3.9 $\pm$ 2.5	3.7 $\pm$ 2.2
NS3	Extravagancia vs discreción	9	4.7 $\pm$ 2.0	5.0 $\pm$ 2.3
NS4	Desorden vs restricción	10	4.5 $\pm$ 2.0	4.3 $\pm$ 2.1
	<b>Evitación al daño</b>	<b>35</b>	<b>12.6 <math>\pm</math> 7.1</b>	<b>12.6 <math>\pm</math> 6.8</b>
HA1	Preocupación vs optimismo	11	3.5 $\pm$ 2.7	3.2 $\pm$ 2.4
HA2	Miedo a lo incierto vs confianza	7	3.1 $\pm$ 1.7	3.6 $\pm$ 2.0
HA3	Timidez vs gregarismo	8	2.9 $\pm$ 2.2	3.3 $\pm$ 2.3
HA4	Fatigabilidad y astenia vs vigor	9	2.9 $\pm$ 2.4	2.5 $\pm$ 2.2
	<b>Dependencia a la recompensa</b>	<b>24</b>	<b>13.9 <math>\pm</math> 4.1</b>	<b>15.5 <math>\pm</math> 4.4</b>
RD1	Sensibilidad vs insensibilidad	10	5.5 $\pm$ 2.2	7.3 $\pm$ 2.1
RD3	Apego vs separación	8	4.9 $\pm$ 2.2	4.7 $\pm$ 2.3
RD4	Dependencia vs independencia	6	3.4 $\pm$ 1.3	3.5 $\pm$ 1.6
RD2	Persistencia vs irresolución	8	4.7 $\pm$ 1.8	5.6 $\pm$ 1.9

\* Tomado de Cloninger R, Przybeck T, Dsvarkic, TCI Professional Manual, 1994.

Sánchez de Carmona, et al. Traducción y Confiabilidad del Inventario de Temperamento y Carácter (ITC). Salud Mental V. Suplemento octubre de 1996. (54)

**Escalas del carácter basadas en el Inventario de Temperamento y Carácter**

Subescalas	Escalas de temperamento	Número de reactivos	Media $\pm$ desviación estándar Traducción	Media $\pm$ desviación estándar Original*
	<b>Autodirección</b>	<b>44</b>	<b>29.9 <math>\pm</math> 10.8</b>	<b>30.7 <math>\pm</math> 7.5</b>
SD1	Responsabilidad vs culpabilidad	8	5.9 $\pm$ 2.5	5.8 $\pm$ 2.0
SD2	Determinación vs sin dirección	8	5.6 $\pm$ 2.3	5.5 $\pm$ 1.8
SD3	Con recursos vs apatía	5	3.6 $\pm$ 1.6	4.0 $\pm$ 1.2
SD4	Autoaceptación vs lucha interna	11	6.4 $\pm$ 2.9	6.4 $\pm$ 2.8
SD5	Congruencia con ideales	12	8.2 $\pm$ 3.2	9.0 $\pm$ 2.5
	<b>Cooperatividad</b>	<b>42</b>	<b>28.22 <math>\pm</math> 9.9</b>	<b>32.3 <math>\pm</math> 7.2</b>
C1	Aceptación social vs intolerancia	8	5.5 $\pm$ 2.5	6.7 $\pm$ 1.5
C2	Empatía vs desinterés social	7	4.4 $\pm$ 1.9	5.3 $\pm$ 1.4
C3	Capacidad de ayuda vs incapacidad	8	5.4 $\pm$ 2.0	6.3 $\pm$ 1.6
C4	Compasión vs venganza	10	6.9 $\pm$ 3.1	7.6 $\pm$ 2.8
C5	Integridad vs falta de escrúpulos	9	5.8 $\pm$ 2.1	6.5 $\pm$ 2.0
	<b>Autotranscendencia</b>	<b>33</b>	<b>16.4 <math>\pm</math> 6.2</b>	<b>19.2 <math>\pm</math> 6.3</b>
ST1	Concentración creativa vs conciencia	11	5.9 $\pm$ 2.6	5.9 $\pm$ 2.7
ST2	Identificación transpersonal	9	4.3 $\pm$ 2.1	4.6 $\pm$ 2.4
ST3	Aceptación espiritual vs materialismo	13	6.1 $\pm$ 3.1	8.7 $\pm$ 2.9

\* Tomado de Cloninger R, Przybeck T, Dsvarkic, TCI Professional Manual, 1994.

Sánchez de Carmona, et al. Traducción y Confiabilidad del Inventario de Temperamento y Carácter (ITC). Salud Mental V. Suplemento octubre de 1996. (54)



**α de Cronbach del ITC**

<i>Escales</i>	<i>Muestra mexicana (n = 269) Traducción</i>	<i>Muestra comunitaria (n = 300) Original*</i>	<i>Estudiantes universitarios (n = 803) Original*</i>
Búsqueda de la novedad	.70	.78	.82
Evitación al daño	.82	.87	.89
Dependencia a la recompensa	.59	.76	.75
Persistencia	.47	.65	.70
Auto-dirección	.87	.86	.88
Cooperatividad	.79	.89	.86
Auto-trascendencia	.84	.84	.85
NS1	.49	.60	.70
NS2	.68	.62	.70
NS3	.60	.71	.77
NS4	.54	.54	.56
HA1	.62	.71	.79
HA2	.61	.69	.73
HA3	.70	.76	.82
HA4	.65	.72	.77
RD1	.50	.63	.60
RD3	.68	.72	.78
RD4	.47	.57	.43
SD1	.64	.70	.73
SD2	.67	.58	.67
SD3	.52	.55	.67
SD4	.75	.75	.78
SD5	.66	.75	.77
C1	.63	.64	.69
C2	.47	.47	.49
C3	.39	.63	.53
C4	.76	.86	.85
C5	.34	.65	.47
ST1	.71	.73	.69
ST2	.65	.72	.71
ST3	.76	.74	.79

\* Tomado de Cloninger R, Przybeck T, Dsvarkic, TCI Professional Manual, 1994.

Sánchez de Carmona, et al. Traducción y Confiabilidad del Inventario de Temperamento y Carácter (ITC). Salud Mental V. Suplemento octubre de 1996. (54)

Cloninger más tarde revisó el modelo de referencia tridimensional de la personalidad definiéndolo como temperamento. Añadió una cuarta dimensión del temperamento (persistencia) y tres dimensiones de caracteres para cada factor temperamento. Las dimensiones de carácter son: la autodirección, cooperación y auto-trascendencia. Estas dimensiones están débilmente caracteres hereditarios y son influidos por el aprendizaje y el entorno familiar. En lugar de ser estable a lo largo de la vida, con el aprendizaje que muestran una progresión evolutiva. Las dimensiones de temperamento y carácter del modelo revisado se miden por temperamento de Cloninger y el Inventario de Carácter (TCI).

## CONSIDERACIONES ETICAS

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, así como bajo los criterios de Ama Ata de la URSS del 6-12 de septiembre de 1978 en el apartado IV y de las recomendaciones de Combioética de nuestro país estipuladas a partir del 2012.

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 hubo manipulación de variables. Así mismo se solicitó consentimiento de participación voluntaria, el cual fue leído y firmado de enterado por cada participante.

## **RESULTADOS**

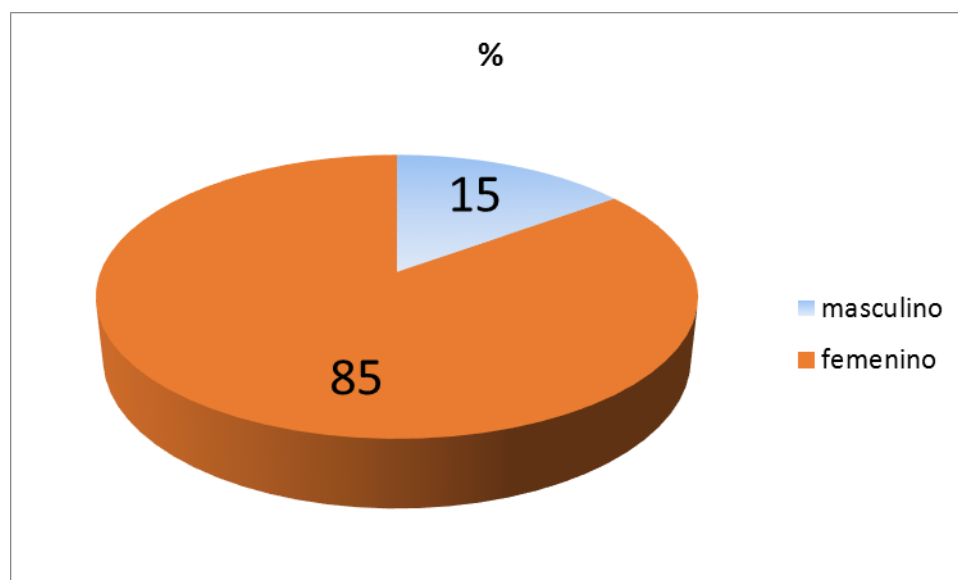
Se incluyeron en el estudio 59 pacientes, esta muestra fue tomada de la población de 76 pacientes que estudió del Dr. Rodrigo Figueroa con la tesis "COMORBILIDAD DE TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCION E HIPERACTIVIDAD DEL ADULTO EN PACIENTES CON TRASTORNO LIMITE DE LA PERSONALIDAD"; (tesis no publicada); en los cuales se corroboró el diagnóstico de Trastorno Límite de la Personalidad mediante el SCID II, teniendo como resultado del estudio que el 71.1% del total de pacientes con TLP cumplen criterios por FASCT para TDAH del adulto. 77.6% del total de pacientes con TLP cumplen con criterios por WURS para TDAH del adulto

El estudio se realizó con 59 pacientes con una edad de 18 a 48 años con una media de 31 años. Como se puede observar la muestra estuvo constituida principalmente por mujeres en un 85% (64). El estado civil fue predominantemente soltero en un 61 % (47). La religión más frecuente como es de esperarse en la población Mexicana, fue católica en un 78 % (64); encontrándose una diferencia significativa en relación al sexo, siendo más religiosas las mujeres en comparación con los hombres ( $p=0.001$ ). La escolaridad de esta muestra fue de estudios básicos y medio superior en un 41 % (29) y 37 % (28) respectivamente. Contrario a lo esperado en los pacientes con distintas enfermedades mentales sólo el 13.2% (10) de los pacientes se encontraba desempleado, siendo lo más frecuente que trabajara fuera de casa en cerca del 41% (30). Se encontró una diferencia estadísticamente significativa al comparar la ocupación entre ambos sexos, pues ningún hombre se dedicaba al hogar, ni tampoco era estudiante ( $p=0.001$ ). Ver Tabla 8 y gráficas posteriores.

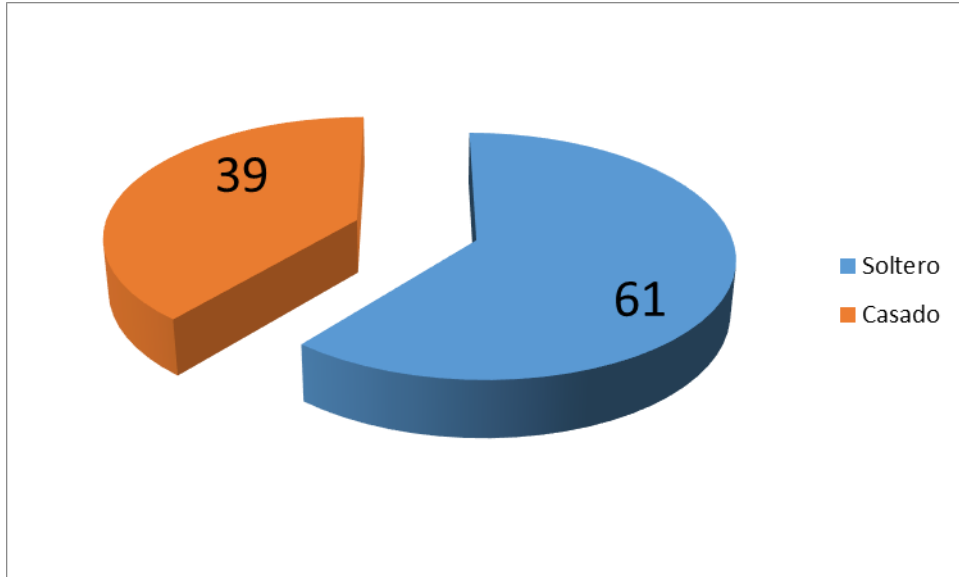
**TABLA 8**  
**CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN ENCUESTADA**

Tabla 8		
<b>(N=59)</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
EDAD	31 (+/-) 9	
SEXO		
Femenino	50	85
Masculino	9	15
ESTADO CIVIL		
Soltero	36	61
Casado	23	39
RELIGIÓN		
Sin religión	5	8
Católicos	46	78
Otra religión	8	14
ESCOLARIDAD		
Primaria	2	3
Secundaria	22	37
Preparatoria	24	41
Licenciatura	11	19
OCUPACIÓN		
Estudiante	9	15
Trabajador	24	41
Ama de casa	21	36
Desempleado	5	8

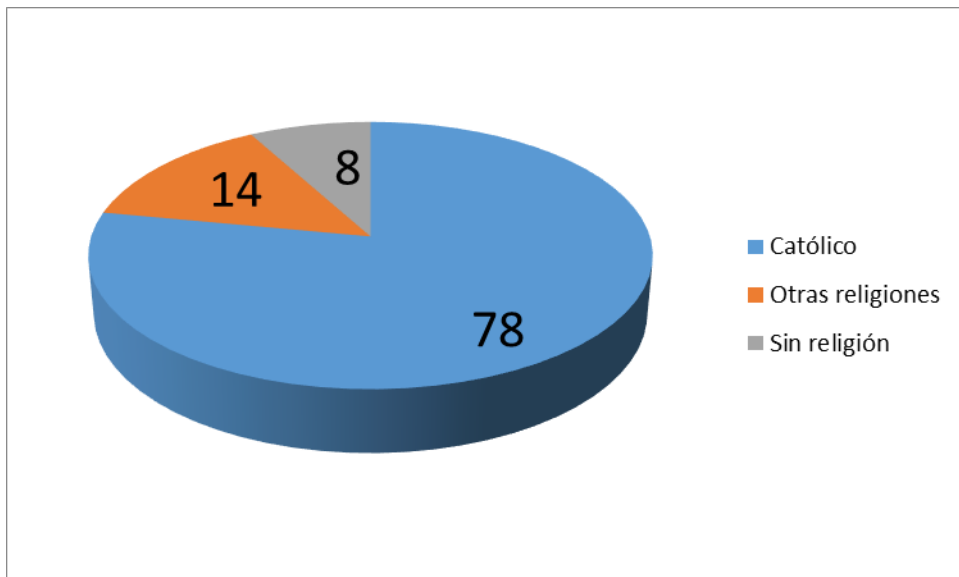
**GRAFICA 1 DIFERENCIAS DE GÉNERO FEMENINO/MASCULINO**



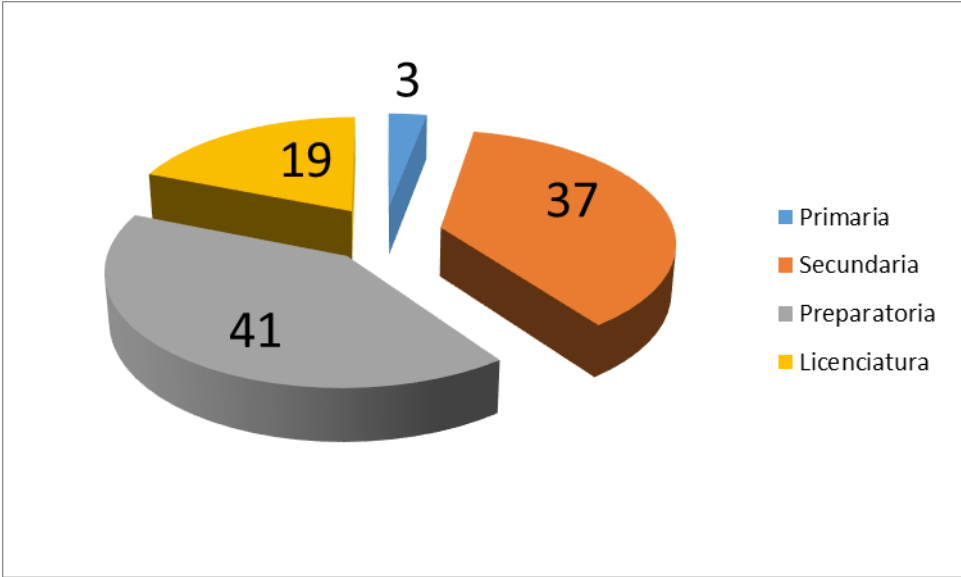
GRAFICA 2 ESTADO CIVIL



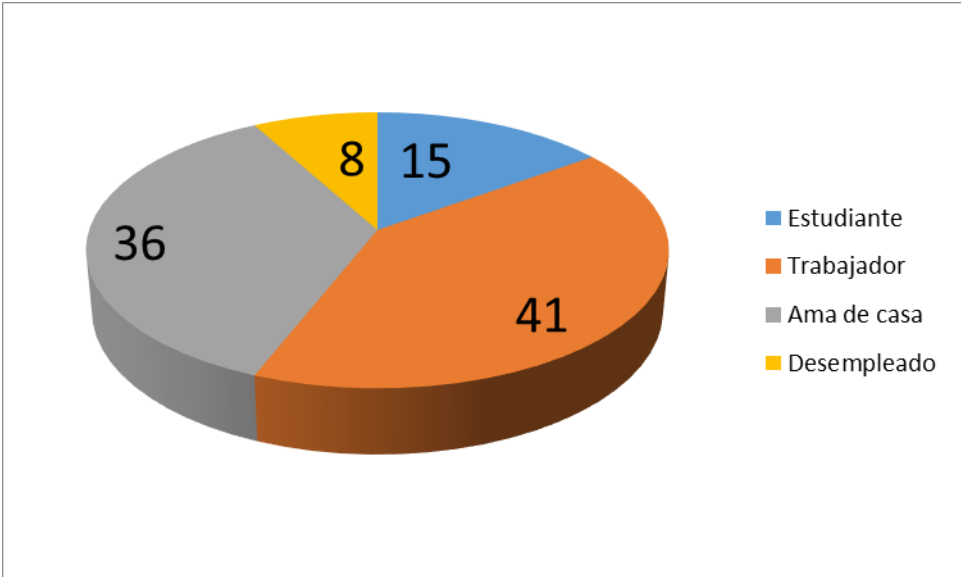
GRAFICA 3 RELIGION



GRAFICA 4 ESCOLARIDAD



GRAFICA 5 OCUPACION



Con respecto a si había algún aumento en la búsqueda de la novedad de los pacientes que cursan con diagnóstico actualmente de TLP más diagnóstico de TDAH en este estudio realizado no se observó que hubiera un alto índice de búsqueda de la novedad como era lo esperado de acuerdo a estudios previamente realizados (tabla 9)

Variante	tipo	B.N.	FASCT	WURS	Edad
<b>B.N.</b>	Correlación de Pearson	1	-.246	-.125	-.010
<b>FASCT</b>	Correlación de Pearson	-.246	1	.391	-.078
<b>WURS</b>	Correlación de Pearson	-.125	.391	1	.127
<b>Edad</b>	Correlación de Pearson	-.010	-.078	.127	1

## DISCUSION

Los casos encontrados en pacientes con TLP más síntomas de TDAH en el pasado, no presentan actualmente la búsqueda de la novedad, que normalmente se encuentra en los niños evaluados que cursan con TDAH.

Como se muestra en el caso de Robin et al en 1998 quien utilizó el Inventario Millon de Estilos de personalidad o May y Bos en el 2000 utilizando el MCMI-II se valora el temperamento de los pacientes, no utilizando búsqueda específica para la Búsqueda de la Novedad como lo realiza Cloninger y Srrakici con el modelo inicial de tres dimensiones mediante el Cuestionario de Personalidad Tridimensional (TPQ) en donde reportan aumento de esta, así mismo en el 2007 Jacob et al, igualmente usando el TPQ. reporta alta búsqueda de la novedad en el paciente adulto con TDAH, siendo estas muestras evidentemente mayores que la población de este estudio, lo cual podría tener importancia en el hecho de que los pacientes utilizados en esta muestra no tengan los mismos resultados que los antes citados, ya que el número de pacientes puede influir puesto que la muestra utilizada es muy pequeña para un estudio epidemiológico de este tipo; se necesitan mayores estudios incluso seguimiento puesto que en la muestra en esta tesis descrita no se observan los resultados que se han obtenido en los otros.

Se han realizado estudios también para valorar la búsqueda de la novedad en el TLP como es el caso de Fossati, Barnow y Fassio, donde se reportaron, de igual

manera, altos índices de búsqueda de la novedad pero sólo Fossati y Pukrop utilizaron el mismo instrumento que en este estudio (el ITC), de igual manera reportando alta búsqueda de la novedad, sin embargo y de nueva cuenta la población de estudio de estos autores era considerablemente mayor a la aquí estudiada, lo que implica como ya se mencionó un posible sesgo en los resultados que aquí se exponen.

Además de esto cabe mencionar la importancia de que los estudios realizados por los autores mencionados previamente se aplicaron en población que era clasificada dividiendo TLP de TDAH no se han realizado en pacientes que tengan la comorbilidad de este padecimiento, sólo el estudio que realiza Cloninger para evaluar la búsqueda de la novedad en pacientes con TDAH revela lo antes mencionado mediante el TPQ que hay aumento en la búsqueda de la novedad con altos niveles de dopamina y se relaciona con trastornos del Clúster B, por lo que es posible que el hecho de presentar una comorbilidad de TDAH + TLP sea la causa de los datos expuestos en esta tesis, que son inconsistentes con estudios anteriormente mencionados.

## **CONCLUSIONES**

Mediante esta investigación podemos concluir que es necesario tener una muestra mayor, ya que a pesar de que son pacientes diagnosticados el resultado obtenido varía de manera importante en comparación con los estudios que realizaron anteriormente Fossati, Barnow y Fassio, además de que el presente estudio también tuvo como dato importante la utilización del ITC (inventario de temperamento y carácter) y la presencia de la comorbilidad de los trastornos tanto por déficit de atención e hiperactividad, como por el trastorno límite de la personalidad.

Se observa que los pacientes con esta comorbilidad cuando se valora la búsqueda de la novedad no tienen resultados con sumatorias altas como sería de esperarse, pudiéndose concluir que en este caso en específico el resultado se vio afectado por el tamaño de muestra tan pequeño, sólo 59 pacientes, y quizá también un dato que debemos tomar en cuenta es que los pacientes aquí estudiados son pacientes que han estado bajo tratamiento psiquiátrico algunos de años de evolución, siendo la base de estos pacientes el tratamiento para pacientes con trastorno límite de la personalidad y estar bajo terapia en el mismo hospital, lo cual nos habla de pacientes que han logrado tener controlados los síntomas, hecho que se ve reflejado cuando observamos que a pesar de ser pacientes ya diagnosticados con TDAH el nivel escolar que tienen es alto, y la mayoría en porcentaje tiene un trabajo estable, por eso afirmo que los síntomas de TDAH son controlados o ya mínimamente perceptibles.

El presente estudio nos invita a realizar aún más investigaciones utilizando a los pacientes que ya estén diagnosticados con esta comorbilidad para ampliar los resultados y valorar estos en poblaciones más amplias, así como también a seguir investigando sobre los tratamientos que den mejores resultados en los pacientes y que se basen en los resultados de las escalas multidimensionales ya que como bien sabemos ningún paciente es igual a otro y con este tipo de cuestionarios podemos llegar a un acercamiento aun mayor al adecuado tratamiento de los pacientes, aquí analizamos a los pacientes con estas comorbilidades, pero sabemos que vale la pena siempre hacer todas las pruebas posibles a los pacientes siempre que sea para ayudar y sin perjudicar.

## **BIBLIOGRAFIA**

1. Cloninger, C. R., Svrakic, D. M. y Przybeck, T. R. (1993). A psychobiological model of temperament and character. *Archives of General Psychiatry*, 50, 975-990.
2. Barnow S, et al. Temperament and character in persons with borderline personality disorder. *Neuropsychiatr*. 2005 Jul; 76 (7):839-40, 842-4,846-8.
3. Barnow S, et al. Temperament and character in patients with borderline personality disorder taking gender and comorbidity into account. *Psychopathology*. 2007; 40(6):369-78. Epub 2007 Jul 25.
4. Cloninger, C. R. (1986). A unified biosocial theory of personality and its role in the development of anxiety states: A dimensional approach. *Journal of Psychiatric Research*, 26, 197-211.
5. Cloninger, C. R. (1987a). A systematic method for clinical description and classification of personality variants, *Archives of General Psychiatry*, 44, 573-588.
6. Cloninger, C. R. (1987b). Neurogenetic adaptive mechanisms in alcoholism. *Science*, 236, 410-416.
7. Calati R, et al. Temperament and character of suicide attempters. *Psychiatry Res*. 2008 Sep; 42(11):938-45. Epub 2007 Dec 4.
8. Kaplan & Sadock's *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Seventh Edition. Editores: Benjamin J. Sadock, Virginia A. Sadock. Lippincott Williams & Wilkins. Philadelphia, 2000. 3344 págs.
9. Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Organización Mundial de la Salud. 1992.
10. Carrasco JL; Díaz M. Biología de los trastornos de la personalidad. *Trastornos de personalidad Ars Medica*. 2007. 91-104



11. Champman AL, et al. Temperament as a prospective predictor of self-injury among patients with borderline personality disorder. *J Pers Disor.*2009 Apr; 23(2):122-40
12. Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento con glosario y criterios diagnósticos de Investigación CIE-10: CDI-10. Editorial Médica Panamericana. Madrid 2007.
13. Lieb K, Zanarini MC, Schmahl C, Linehan MM, Bohus M. Borderline Personality Disorder. *Lancet* 2004; 364:453-61
14. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales IV Edición Texto Revisado Masson Barcelona 2002
15. Fossati A, Novella L, Donati D, Donini M, Maffel C. History of childhood attention deficit/hyperactivity disorder symptoms and borderline personality disorder: a controlled study. *Compr Psychiatry* 2002; 5:369–377.
16. David E, Gastpar M. Attention deficit hyperactivity disorder and borderline personality disorder. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2005; 29:865–877.
17. Biederman J. Attention-deficit/hyperactivity disorder: a lifespan perspective. *J Clin Psychiatry* 1998;59:1-11
18. Klerman GL. Approaches to the phenomena of comorbidity. In: Maser JD, Cloninger CR, editors. *Comorbidity of Mood and Anxiety Disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Press 1990:13-37.
19. Fossati, et al. Temperament, character and attachment patterns in borderline personality disorder. *J.PersDisord* 2001 Oct; 15(5):390-402.
20. Gabbard, Glen O. *Mind, Brain and Personality Disorders*. *Am J Psychiatry* 162:4, April 2005.
21. Giegling et al. Personality and attempted suicide. Analysis of anger, aggression and impulsivity. *J Psychiatr Res.* 2009 Dec; 43 (16):1262-71. Epub 2009 May 28.
22. Gilbert J., Micó J.A. Fundamentos neurobiológicos, neurotransmisores e impulsividad. *Trastornos de Personalidad Ars Médica*. 2007. 105-119.
23. Gili, M; Roca M. Modelos sobre los trastornos de la personalidad. *Trastornos de Personalidad Ars Médica*. 2007. 33-57.
24. Cloninger, C. R. (1987c). *The Tridimensional Personality Questionnaire, version IV*. St Louis, MO: Washinton University School of Medicine.
25. Cloninger, C. R., Przybeck, T. R., y Svrakic, D. M. (1991). *The Tridimensional Personality Questionnaire: U.S. normative data*. *Psychological Reports*, 69, 1047-1057.
26. Cloninger, C. R., Przybeck, T. R., Svrakic, D. M., y Wetzell, R.D. (1994). *The Temperament and the Character inventory (TCI): A guide to its development and Use*. St Louis, MO: Center for Psychobiology of Personality, Washington University.
27. Crowell S., Beauchaine T., Linehan M., *A Biosocial Developmental Model of Borderline Personality: Elaborating and Extending Linehan's Theory*. *Psychol Bull* 2009 May; 135(3): 495-510.
28. Ha KS, et al. Three-year follow up of women with and without borderline personality disorder: development of Cloninger's character in adolescence. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2004 Feb; 58(1):42-7

29. Fassino, et al. Personality trait interactions in parents of patients with borderline disorder a controlled study using the temperament and character inventory. *Psychiatry Res* 2009 Jan; 165 (1-2):128-36. Epub 2008 Dec 10. 18.30. Fossati A et al. Impulsivity aggressiveness and DSM-IV personality disorders. *Psychiatry Res* 2007 Jan 15; 149(1-3) 157-67 Epub 2006 Dec 8.
30. Thomas, A., Chess, S., y Birch, M. (1970). El origen de la personalidad. En R. Atkinson (Ed.), *Psicología contemporánea*. Barcelona: Blume.
31. Zuckerman, M., y Cloninger, C. R. (1996). Relationships between Cloninger's, Zuckerman's, and Eysenck's dimensions of personality. *Personality and Individual Differences*, 21, 283-285.
32. Zuckerman, M., y Kuhlman, D. M. (2000). Personality and risk-taking: Common biosocial factors. *Journal of Personality*, 68, 999-1029.
33. Zuckerman, M., Kuhlman, D. M., y Camac, C. (1988). What lies beyond E and N? Factor analysis of scales believed to measure basic dimensions of personality. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 96-107.
34. Vedeniapin, A. B., Anokhin, A. P., Sireveaag, E. S., Rohrbaugh, J. W., y Cloninger, C. R. (2001). Visual P300 and the self-directedness scale of the Temperament and Character inventory. *Psychiatry Research*, 101, 145-156
35. Thomas, A., y Chess, S. (1977). Temperament and developmental deviations. En A. Thomas y S. Chess (Eds.), *Temperament and development* (pp. 48-65). N.Y.: Brunner/Mazel.
36. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos Mentales Texto Revisado. DSM-IV TR. Masson.
37. Oldman J. Borderline Personality Disorder and Suicidality. *Am J Psychiatry* 163:1, January 2006.
38. Páez y cols. Prevalencia comunitaria de los trastornos de la personalidad. Resultados de un estudio piloto. *Salud Mental* V.20, Suplemento octubre de 1997.
39. Pukrop R. Dimensional personality profiles of borderline personality disorder in comparison with other personality disorder and healthy controls. *J Pers Disord*. 2002 Apr; 16(2):135-47
40. Zanarini M, et al. The subsyndromal phenomenology of Borderline Personality disorder: A 10-year Follow up study. *Am J Psychiatry* 164:6, June 2000
41. López D. *Psicoterapia focalizada en la transferencia para pacientes limítrofes*. Editores de Textos Mexicanos. México 2004.
42. Gabbard, Glen O *Psiquiatría psicodinámica en la práctica clínica* 3ª edición. Panamericana, 2009. 660 páginas
43. Gratch, Luis Oscar. *El trastorno por déficit de atención (ADD-ADHD): clínica, diagnóstico y tratamiento en la infancia, la adolescencia y la adultez*. 2ª edición Panamericana, 2009. 344 páginas

# ANEXOS



## CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.

### **PROTOCOLO “VALORACION DE BUSQUEDA DE LA NOVEDAD EN PACIENTES CON TLP Y TDAH DEL HOSPITAL PSIQUIATRICO FRAY BERNARDINO ALVAREZ”.**

Este estudio de investigación corresponde a una tesis para obtener el título de especialidad en psiquiatría general cuyo objetivo es conocer el puntaje en las dimensiones de búsqueda de la novedad en pacientes con TLP y TDAH.

El propósito del estudio es conocer la búsqueda de la novedad de los pacientes previamente mencionados.

Su participación es voluntaria y no remunerada, usted puede rehusarse a participar en el estudio o suspender su participación en cualquier momento del mismo sin que ello afecte la atención médica que usted recibe.

Su participación será anónima por lo que su nombre no aparecerá en caso de que los resultados sean publicados. Es importante que usted sea completamente honesto con el médico sobre su historial médico.

Si usted decide participar en el estudio, su participación consistirá en responder 1 cuestionario con ayuda del médico: una encuesta que es el ITC que describe la personalidad donde se evalúan 7 rasgos de personalidad, 4 dimensiones de temperamento de nivel superior y 3 de carácter de nivel superior, que son multidimensionales

La duración total aproximada será aproximadamente de 90 a 120 minutos.  
Si usted acepta participar en el estudio, firme en el lugar correspondiente.

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del investigador

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del testigo  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del testigo

### ITC

<b>NOMBRE</b>
<b>EDAD</b> _____ <b>FECHA DE NACIMIENTO</b> _____
<b>SEXO</b> _____ <b>OCUPACIÓN</b> _____
<b>FECHA</b> _____

### INSTRUCCIONES

En este cuestionario encontrará usted enunciados que la gente puede utilizar para describir sus actitudes, opiniones, intereses y otros sentimientos personales.

Cada enunciado puede contestarse como **VERDADERO** o **FALSO**. Lea el enunciado y decida que opción lo describe mejor a usted.

Conteste este cuestionario individualmente

Lea cada enunciado cuidadosamente, pero no invierta mucho tiempo en decidir su respuesta. Por favor conteste todos los enunciados, aún en el caso de que no esté completamente seguro de su respuesta. **NO DEJE ENUNCIADOS SIN CONTESTAR.**

No hay respuestas acertadas o erróneas, sólo describa sus opiniones y sentimientos propios.

- |    |   |   |   |
|----|---|---|---|
| 1  | Con frecuencia hago cosas nuevas sólo por diversión o nada más para sentir la emoción, aun cuando la mayoría de la gente piense que es una pérdida de tiempo. | V | F |
| 2  | Por lo general estoy confiado en que todo va a salir bien, aún en situaciones que preocupan a la mayoría de la gente.   | V | F |
| 3  | Con frecuencia me conmuevo profundamente ante un buen discurso o un poema.  | V | F |
| 4  | Con frecuencia siento que soy víctima de las circunstancias.  | V | F |
| 5  | Por lo general puedo aceptar a los demás tal y como son, aún cuando sean muy diferentes a mí.   | V | F |
| 6  | Creo que los milagros pueden suceder.   | V | F |
| 7  | Disfruto vengarme de las personas que me hacen daño.  | V | F |
| 8  | Con frecuencia, cuando estoy concentrado en algo, se me olvida el paso del tiempo.  | V | F |
| 9  | Con frecuencia siento que mi vida tiene poco sentido o significado.   | V | F |
| 10 | Me gusta ayudar a encontrar una solución a los problemas, para que todo mundo salga beneficiado.  | V | F |
| 11 | Probablemente podría conseguir más de lo que hago, pero no le veo sentido a presionarme más de lo necesario.  | V | F |
| 12 | Me siento frecuentemente tenso y preocupado en situaciones poco comunes, aun cuando los demás sientan que no hay de qué preocuparse.                          | V | F |

- 13 Con frecuencia hago las cosas de acuerdo a como me siento en el momento, sin pensar como se hicieron en el pasado. V F
- 14 Por lo general hago las cosas a mi manera, sin ceder a los deseos de los demás. V F
- 15 Con frecuencia me siento tan en contacto con la gente de mí alrededor, que es como si no existiera separación entre nosotros. V F
- 16 Por lo general no me caen bien las personas que tienen ideas diferentes a las mías. V F
- 17 En la mayoría de las situaciones, mi manera natural de responder se basa en las buenas costumbres que he desarrollado. V F
- 18 Haría casi cualquier cosa legal para ser rico y famoso, aún cuando perdiese la confianza de muchos amigos. V F
- 19 Soy mucho más reservado y controlado que la mayoría de la gente. V F
- 20 Con frecuencia dejo de hacer las cosas porque me preocupa que algo salga mal. V F
- 21 Me gusta hablar abiertamente con mis amigos de mis experiencias y sentimientos, en lugar de callármelos. V F
- 22 Tengo menos energía y me canso más rápido que la mayoría de la gente. V F
- 23 Con frecuencia me dicen que estoy en la luna porque me meto tanto en las cosas que hago, que pierdo la noción de todo lo demás. V F
- 24 Es raro que me sienta con la libertad para hacer lo que quiero. V F
- 25 Con frecuencia tomo en cuenta los sentimientos de los demás como si fueran míos. V F
- 26 La mayoría de las veces prefiero hacer algo arriesgado como manejar un automóvil a gran velocidad en barrancas y curvas peligrosas, en lugar de quedarme tranquilo e inactivo por unas horas. V F
- 27 Con frecuencia evito conocer extraños porque no tengo confianza con la gente que no conozco. V F
- 28 Me gusta complacer lo más que puedo a las personas. V F
- 29 Prefiero hacer las cosas a la “antigüita”, en lugar de probar métodos nuevos y mejorados. V F
- 30 Por lo general no puedo hacer las cosas de acuerdo a su prioridad por falta de tiempo. V F

- 31 Con frecuencia hago cosas para proteger de la extinción a los animales y a las plantas. V F
- 32 Con frecuencia desearía ser más inteligente que los demás. V F
- 33 Me produce placer el ver sufrir a mis enemigos. V F
- 34 Me gusta ser muy organizado y siempre que pueda, imponer reglas a la gente. V F
- 35 Me cuesta trabajo seguir en la misma actividad por mucho tiempo porque las otras cosas me distraen. V F
- 36 La práctica me ha dado una base sólida que me protege contra los impulsos del momento o de dejarme convencer. V F
- 37 Por lo general tengo tanta determinación en lo que hago, que sigo trabajando aún cuando la mayoría ya se hubiera rendido. V F
- 38 Me fascinan las cosas que no tienen una explicación científica. V F
- 39 Tengo muchas malas costumbres que me gustaría poder cambiar. V F
- 40 Por lo general espero a que alguien más me solucione los problemas. V F
- 41 Con frecuencia me gasto el dinero hasta que se acabe o me lleno de deudas para seguir gastando. V F
- 42 Pienso que tendré muy buena suerte en el futuro. V F
- 43 Me recupero más lentamente que la mayoría de la gente de las enfermedades sencillas y del estrés. V F
- 44 No me molestaría estar solo todo el tiempo. V F
- 45 Con frecuencia, cuando estoy relajado, siento que “me cae el veinte” o que me entiendo mejor. V F
- 46 Me tiene sin cuidado si no le caigo bien a la gente o si no le parece la manera en la que hago las cosas. V F
- 47 Por lo general trato de conseguir lo que quiero para mí, por que de cualquier modo no es posible satisfacer a todos. V F
- 48 No tengo paciencia con la gente que no acepta mis puntos de vista. V F
- 49 Me cuesta trabajo entender a la mayoría de la gente. V F
- 50 No es necesario ser deshonesto para triunfar en los negocios. V F



- 51 A veces me siento tan en contacto con la naturaleza que todo parece ser parte de un solo ser viviente. V F
- 52 En las conversaciones soy mejor escuchando que hablando. V F
- 53 Pierdo el control más rápido que el resto de la gente. V F
- 54 Cuando tengo que conocer a un grupo de extraños, soy más tímido que la mayoría de la gente. V F
- 55 Soy más sentimental que la mayoría de la gente. V F
- 56 Parece como si tuviera un sexto sentido que, en ocasiones, me permite saber qué es lo que va a suceder. V F
- 57 Cuando alguien me hiera de alguna manera, por lo general trato de vengarme. V F
- 58 Mis actitudes están determinadas en gran parte por influencias fuera de mi control. V F
- 59 Cada día trato de dar un paso más hacia mis metas. V F
- 60 Con frecuencia me gustaría ser más fuerte que los demás. V F
- 61 Me gusta pensar mucho tiempo las cosas antes de tomar una decisión. V F
- 62 Soy más trabajador que la mayoría de la gente. V F
- 63 Con frecuencia necesito de siestas o de períodos adicionales de descanso porque me canso fácilmente. V F
- 64 Me gusta ser útil a los demás. V F
- 65 Siempre pienso que las cosas saldrán bien, sin importar que tenga que superar cualquier problema pasajero. V F
- 66 Me cuesta trabajo disfrutar cuando gasto el dinero en mí, aun cuando tenga ahorrado una buena cantidad. V F
- 67 Por lo general conservo la calma y la tranquilidad en situaciones que la mayoría de la gente encuentra peligrosas. V F
- 68 Me gusta guardarme mis problemas. V F
- 69 No me importa discutir mis problemas personales con personas que acabo de conocer, o que conozco poco. V F

- 70 Prefiero quedarme en casa que viajar o conocer nuevos lugares. V F
- 71 No creo que valga la pena ayudar a la gente débil que no pueda valerse por sí misma. V F
- 72 Me da culpa tratar a la gente de manera injusta, aún cuando ellos hayan sido injustos conmigo. V F
- 73 Por lo general la gente me dice cómo se siente. V F
- 74 Con frecuencia desearía seguir siendo joven para siempre. V F
- 75 Por lo general me deprimó más que la mayoría de la gente después de la pérdida de un amigo cercano. V F
- 76 En ocasiones he sentido como si formara parte de algo sin fronteras o límites en el tiempo y el espacio. V F
- 77 En ocasiones siento un contacto espiritual con el resto de la gente que no puedo explicar con palabras. V F
- 78 Trato de ser considerado con los sentimientos de los demás, aún cuando en el pasado hayan sido injustos conmigo. V F
- 79 Me gusta que la gente pueda hacer lo que quiera, sin que existan reglas estrictas o límites. V F
- 80 Probablemente me mantendría tranquilo y abierto al conocer un grupo de desconocidos, aún cuando se me hubiera dicho que son poco amigables. V F
- 81 Por lo general me preocupo más que el resto de la gente de que algo salga mal en el futuro. V F
- 82 Por lo general me fijo en todos los detalles antes de tomar una decisión. V F
- 83 Siento que es más importante ser comprensivo y tener compasión con el resto de la gente, que ser demasiado práctico y frío. V F
- 84 Con frecuencia siento un poderoso sentido de unidad con las cosas que me rodean. V F
- 85 Con frecuencia me gustaría tener poderes especiales como los de Superman. V F
- 86 Los demás me controlan demasiado. V F
- 87 Me gusta compartir con otras personas lo que he aprendido. V F
- 88 Algunas experiencias religiosas me han ayudado a entender el V F

verdadero propósito de mi vida.

- |     |  |   |   |
|-----|--|---|---|
| 89  | Con frecuencia aprendo mucho de la gente.  | V | F |
| 90  | La práctica me ha enseñado a ser bueno en muchas cosas que me ayudan a tener éxito.                                  | V | F |
| 91  | Por lo general puedo hacer que otras personas me crean, aún cuando sé que lo que digo es exagerado o falso.          | V | F |
| 92  | Necesito más descanso, apoyo y consuelo, que los demás, para recuperarme de enfermedades leves o del estrés.         | V | F |
| 93  | Sé que existen ciertos principios en la vida que nadie puede violar sin sufrir a la larga.                           | V | F |
| 94  | No quiero ser más rico que los demás.  | V | F |
| 95  | Aceptaría con gusto arriesgar mi propia vida para hacer del mundo un sitio mejor.                                    | V | F |
| 96  | Al tomar una decisión, prefiero confiar más en mis sentimientos que detenerme a pensarlo mucho tiempo.               | V | F |
| 97  | Algunas veces he sentido que mi vida ha sido dirigida por una fuerza espiritual más grande que cualquier ser humano. | V | F |
| 98  | Por lo general disfruto portarme mal con quien ha sido malo conmigo.   | V | F |
| 99  | Tengo la fama de ser una persona muy práctica y que no se guía por sus emociones.                                    | V | F |
| 100 | Me es fácil organizar mis pensamientos mientras hablo con alguien.   | V | F |
| 101 | Con frecuencia reacciono tan fuerte ante noticias inesperadas, que luego me arrepiento de las cosas que hago o digo. | V | F |
| 102 | Me conmueven profundamente las cosas sentimentales (como cuando me piden ayuda para los niños pobres o enfermos).    | V | F |
| 103 | Con frecuencia me presiono más que la mayoría de la gente porque quiero hacer las cosas lo mejor que pueda.          | V | F |
| 104 | Tengo tantos defectos que no me quiero mucho.  | V | F |
| 105 | Tengo muy poco tiempo para buscar soluciones a largo plazo a mis problemas.  | V | F |
| 106 | Con frecuencia no me enfrento a los problemas porque no sé qué hacer exactamente.                                    | V | F |

- 107 Con frecuencia me gustaría detener el paso del tiempo. V F
- 108 No me gusta tomar decisiones basado solo en mis primeras impresiones. V F
- 109 Prefiero gastar el dinero en lugar de ahorrarlo. V F
- 110 Por lo general soy bueno para contar un chiste o hacerles bromas a los demás. V F
- 111 Aún cuando existen problemas en una amistad, casi siempre trato de conservarla. V F
- 112 Si me apenan o me humillan, me recupero rápidamente. V F
- 113 Me resulta extremadamente difícil cambiar mi manera de hacer las cosas, porque me pongo tenso, cansado o preocupado. V F
- 114 Por lo general exijo que me den muy buenas razones para cambiar mi manera tradicional de hacer las cosas. V F
- 115 Necesito mucha ayuda de los demás para que me enseñen buenos hábitos. V F
- 116 Creo que las percepciones extrasensoriales, (como la telepatía o las premoniciones) son realmente posibles. V F
- 117 La mayor parte del tiempo me gustaría tener conmigo amigos cercanos y afectuosos. V F
- 118 Por lo general insisto en seguir probando la misma cosa, aún cuando no haya tenido éxito en mucho tiempo. V F
- 119 Casi siempre me mantengo tranquilo y despreocupado, aún cuando casi todos los demás tengan miedo. V F
- 120 Me aburren las canciones y las películas tristes. V F
- 121 Las circunstancias me obligan a hacer cosas en contra de mi voluntad. V F
- 122 Me resulta difícil tolerar a las personas que son diferentes a mí. V F
- 123 Creo que la mayoría de los milagros son pura casualidad. V F
- 124 Prefiero ser bueno en lugar que vengativo cuando alguien me hiere. V F
- 125 Frecuentemente me concentro tanto en lo que hago que me olvido de lo demás, como si me separara del tiempo y del lugar. V F
- 126 Creo que no tengo claro el propósito de mi vida. V F

- 127 Trato de cooperar lo más posible con el resto de la gente. V F
- 128 Estoy satisfecho con mis logros y tengo pocos deseos de mejorar. V F
- 129 Con frecuencia me siento tenso y preocupado en situaciones poco comunes, aún cuando otros sientan que no existe ningún peligro. V F
- 130 Con frecuencia me guío por mis instintos, corazonadas o intuiciones sin pensar en todos los detalles. V F
- 131 La gente piensa que soy demasiado independiente por que no hago lo que ellos quieren. V F
- 132 Con frecuencia siento un fuerte contacto espiritual o emocional con toda la gente que me rodea. V F
- 133 Es fácil que me caigan bien las personas que tienen valores diferentes a los míos. V F
- 134 Trato de trabajar lo menos posible, aún cuando otras personas esperan más de mí. V F
- 135 Las buenas costumbres se han convertido en parte de mí y me salen de manera natural y espontánea. V F
- 136 No me importa que, con frecuencia, otras personas sepan más que yo sobre algo. V F
- 137 Por lo general trato de ponerme en los “zapatos de los demás” para poder entenderlos realmente. V F
- 138 Los principios como la justicia y la honradez tienen poca importancia en ciertos aspectos de mi vida. V F
- 139 Ahorro mejor el dinero que la mayoría de la gente. V F
- 140 No me dejo decepcionar o frustrar, cuando las cosas no salen bien. Sencillamente prefiero dedicarme a otras actividades. V F
- 141 Por lo general insisto en que las cosas se hagan de un modo ordenado y estricto, aún cuando la mayoría de la gente sienta que no es importante. V F
- 142 En la mayoría de las situaciones sociales estoy confiado y seguro. V F
- 143 A mis amigos les cuesta trabajo conocer mis sentimientos por que rara vez les comento mis intimidades. V F
- 144 No me gusta cambiar mi manera de que hacer las cosas, aún cuando V F

la gente me diga que existe una nueva y mejor manera de hacerlo.

- 145 Pienso que es una tontería el creer en cosas que no pueden ser explicadas científicamente. V F
- 146 Me gusta imaginar a mis enemigos sufriendo. V F
- 147 Tengo más energía y me canso menos rápido que la mayoría de la gente. V F
- 148 Me gusta poner mucha atención en los detalles de todo lo que hago. V F
- 149 Con frecuencia dejo de hacer lo que estoy haciendo porque me preocupo, aún cuando mis amigos me dicen que todo saldrá bien. V F
- 150 Con frecuencia me gustaría ser más poderoso que los demás. V F
- 151 En general me siento libre para elegir lo que quiero hacer. V F
- 152 Con frecuencia me meto tanto en lo que estoy haciendo que se me olvida por un momento dónde estoy. V F
- 153 A los miembros de un equipo rara vez les toca lo que les corresponde. V F
- 154 La mayor parte del tiempo preferiría hacer algo peligroso (cómo brincar con paracaídas, o correr en motocicleta), en lugar de quedarme tranquilo e inactivo por algunas horas. V F
- 155 Me cuesta trabajo ahorrar porque, por lo general, gasto mucho dinero a lo tonto, aún cuando se necesite para cosas especiales como unas vacaciones. V F
- 156 No sacrifico nada de mi persona para quedar bien con los demás. V F
- 157 No soy nada tímido con personas desconocidas. V F
- 158 Con frecuencia cedo ante los deseos de mis amigos. V F
- 159 La mayor parte de mi tiempo lo paso haciendo cosas que parecen ser necesarias, pero para mí no son realmente importantes. V F
- 160 No creo que en las decisiones de negocios deban de influir los principios religiosos ó éticos sobre lo que está bien o mal hecho. V F
- 161 Con frecuencia hago a un lado mis principios para poder entender mejor lo que le pasa a otras personas. V F
- 162 Muchos de mis hábitos hacen que me sea difícil alcanzar metas que valen la pena. V F

- 163 He realizado verdaderos sacrificios personales, como tratar de prevenir la guerra, la pobreza y la injusticia, para hacer del mundo un lugar mejor. V F
- 164 Nunca me preocupo de cosas terribles que puedan pasar en el futuro. V F
- 165 Casi nunca me emociono al grado de perder el control. V F
- 166 Con frecuencia dejo una actividad que requiere más tiempo de lo que había pensado. V F
- 167 Prefiero iniciar las conversaciones en lugar de esperar que otros me hablen. V F
- 168 La mayoría de las veces olvido rápidamente a quien me ha hecho mal. V F
- 169 Mis acciones, en gran parte, se determinan por influencias fuera de mi control. V F
- 170 Con frecuencia tengo que cambiar mis decisiones por haber tenido una corazonada equivocada o una primera impresión errónea. V F
- 171 Prefiero esperar a que alguien tome el mando para llevar a cabo las cosas. V F
- 172 Por lo general respeto las opiniones de los demás. V F
- 173 He tenido experiencias que han aclarado mi papel en la vida, y me han hecho sentir muy emocionado y feliz. V F
- 174 Me divierte comprar cosas para mí. V F
- 175 Creo que he tenido percepciones extrasensoriales. V F
- 176 Creo que mi cerebro no funciona adecuadamente. V F
- 177 Mi comportamiento se rige por ciertas metas que me he propuesto para mi vida. V F
- 178 Por lo general es tonto favorecer el éxito de otras personas. V F
- 179 Con frecuencia me gustaría poder vivir para siempre. V F
- 180 Por lo general me gusta no involucrarme y estar a distancia de los demás. V F
- 181 Llora con más facilidad que la mayoría de gente en una película triste. V F

- 182 Me recupero más rápido que la mayoría de la gente de enfermedades sencillas o del estrés. V F
- 183 Con frecuencia, cuando pienso que me puedo salir con la mía, rompo reglas y leyes. V F
- 184 Necesito mucha más práctica en el desarrollo de hábitos positivos, para poder confiar en mí mismo ante situaciones tentadoras. V F
- 185 Me gustaría que los demás no hablaran tanto como lo hacen. V F
- 186 Todas las personas merecen ser tratadas con dignidad y respeto, aún si parecen ser poco importantes o malas. V F
- 187 Me gusta tomar decisiones rápidas, para poder iniciar la acción lo más pronto posible. V F
- 188 Por lo general tengo suerte en las cosas que hago. V F
- 189 Por lo general tengo confianza en mi facilidad para hacer cosas que la mayoría de la gente las considera como peligrosas (como manejar rápido un automóvil en un camino mojado o malo). V F
- 190 No veo el caso de continuar trabajando en algo, a menos que exista una muy buena oportunidad de éxito. V F
- 191 Me gusta explorar nuevas formas de hacer las cosas. V F
- 192 Me gusta más ahorrar dinero que gastarlo en diversiones o actividades emocionantes. V F
- 193 Los derechos individuales son más importantes que las necesidades de la comunidad. V F
- 194 He tenido experiencias personales que me han hecho sentir en contacto con un poder espiritual divino y maravilloso. V F
- 195 He tenido momentos de gran felicidad en los que, de pronto, he tenido un claro y profundo sentido de unidad con todo lo que existe. V F
- 196 Los buenos hábitos hacen que me sea más fácil el hacer las cosas del modo que yo quiero. V F
- 197 La mayoría de las personas parecen tener más medios que yo. V F
- 198 Con frecuencia culpo de mis problemas a otras personas o a las situaciones externas. V F
- 199 Me da placer ayudar a otros, aun cuando me hayan tratado mal. V F
- 200 Con frecuencia siento que soy parte de una fuerza espiritual de la que V F



depende toda la vida.

- |     |  |   |   |
|-----|--|---|---|
| 201 | Aun cuando estoy con amigos, prefiero no abrirme demasiado.  | V | F |
| 202 | Por lo general puedo mantenerme durante el día listo para cualquier cosa, sin tener que esforzarme.  | V | F |
| 203 | Casi siempre pienso en todos los detalles antes de tomar una decisión rápida.  | V | F |
| 204 | Cuando me descubren haciendo algo malo, no soy muy bueno para zafarme del problema.  | V | F |
| 205 | Soy más perfeccionista que la mayoría de la gente.   | V | F |
| 206 | Si algo está bien o mal sólo es cuestión del punto de vista.   | V | F |
| 207 | Creo que, por lo general, mi manera natural de responder va de acuerdo con mis principios y metas a largo plazo.                             | V | F |
| 208 | Creo que toda la vida depende de algún orden o poder espiritual que no puede ser explicado del todo.   | V | F |
| 209 | Creo que puedo estar confiado y tranquilo cuando estoy con desconocidos, aun cuando se me dijera que pueden estar enojados conmigo.          | V | F |
| 210 | A la gente se le hace fácil venir conmigo por ayuda, consuelo y comprensión cálida.  | V | F |
| 211 | Me cuesta más trabajo que a los demás entusiasarme sobre nuevas ideas y actividades.   | V | F |
| 212 | Me cuesta trabajo decir una mentira, aun cuando sea para no herir los sentimientos de alguien más.   | V | F |
| 213 | Existen algunas personas que no me caen bien.  | V | F |
| 214 | No quiero ser más admirado que el resto de la gente.   | V | F |
| 215 | Con frecuencia algo maravilloso me ocurre al mirar algo común y corriente, por ejemplo, me llega la sensación de que lo veo por primera vez. | V | F |
| 216 | La mayoría de las personas que conozco ven por sus propios intereses sin importarles quien salga herido.                                     | V | F |
| 217 | Por lo general me siento tenso y preocupado cuando tengo que hacer algo nuevo y poco común.  | V | F |
| 218 | Con frecuencia me esfuerzo al grado de no poder más, o bien, trato   | V | F |

de hacer más de lo que realmente puedo.

- 219 Algunas personas piensan que soy muy codo o tacaño con mi dinero. V F
- 220 Las experiencias místicas probablemente son solo producto de la mente de las personas que creen en eso. V F
- 221 Tengo poca fuerza de voluntad para resistir tentaciones fuertes, aún cuando sé que me va a traer consecuencias. V F
- 222 Me molesta ver sufrir a quien sea. V F
- 223 Sé lo que quiero hacer de mi vida. V F
- 224 Por lo general tomo tiempo para pensar si lo que estoy haciendo está bien o mal. V F
- 225 A menos que sea muy cuidadoso, por lo general salen mal las cosas. V F
- 226 Si me siento decepcionado, por lo general estoy mejor rodeado de amigos que estando solo. V F
- 227 No creo que sea posible que una persona comparta sentimientos con otra que no haya tenido la misma experiencia. V F
- 228 Con frecuencia los demás piensan que estoy en la luna porque me ven totalmente desconcertado de las cosas que suceden a mí alrededor. V F
- 229 Me gustaría ser más guapo que todos los demás. V F
- 230 He mentido mucho en este cuestionario. V F
- 231 Por lo general me alejo de situaciones sociales en las que probablemente conoceré extraños, aun cuando se me asegure que ellos serán amigables. V F
- 232 Me fascina tanto el florecer de la primavera, como volver a ver un viejo amigo. V F
- 233 Por lo general veo una situación difícil como un reto u oportunidad. V F
- 234 Las personas que tienen que ver conmigo tienen que aprender a hacer las cosas a mi manera. V F
- 235 La deshonestidad solo causa problemas si te descubren. V F
- 236 Por lo general me siento con mucha más confianza y energía que la mayoría de la gente, aún después de haber padecido enfermedades sencillas o estrés. V F

- 237 Cuando me piden que firme un documento me gusta leerlo todo. V F
- 238 Cuando nada nuevo está sucediendo, por lo general me pongo a buscar algo que sea emocionante o estimulante. V F
- 239 Algunas veces me decepciono. V F
- 240 En ocasiones hablo de otras personas a sus espaldas. V F