



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO

---

---

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

EXPERIENCIAS TRAUMÁTICAS Y CONDUCTA  
AUTOLESIVA EN PACIENTES CON TRASTORNO  
LÍMITE DE LA PERSONALIDAD

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

**P R E S E N T A N**

ARTURO IVÁN LUGO VARGAS

CARLOS TADEO ESPARZA OROSCO

**DIRECTOR DE TESIS**

DR. SAMUEL JURADO CÁRDENAS

CIUDAD UNIVERSITARIA, CD. MEX., 2018





Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



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

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

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

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

### ***Agradecimientos de Carlos***

*A mi familia, por su apoyo y amor infinitos e invaluable. Gracias por su ejemplo y esfuerzo, por preocuparse y por nunca fallar.*

*A mis amigas y amigos, la familia que elegí y con quiénes he crecido, compartido y madurado. Gracias por tanto.*

### ***Agradecimientos de Iván***

*A LAURA; por ser el pilar más importante en mi vida, por todo el apoyo y amor incondicional brindado, por ser mi madre y simplemente la persona que eres.*

*A ARTURO; por todo lo que me has enseñado; por todo lo bueno que has dejado y que ahora vive en mí y me hecho la persona que soy.*

*A DOLORES Y JUAN; por ser el soporte y guía que ha conducido mis pasos, por sus cuidados y presencia constantes.*

*A ADRIANA; por tu compañía y empatía.*

*A ALMA; por tu cariño y apoyo siempre presentes y por toda la confianza que me has brindado.*

*A TODOS los buenos amigos han estado y están, con quien he podido compartir esta aventura llamada vida.*

*A esa fuerza anónima del UNIVERSO, cuyo apoyo ha sido imprescindible para concluir este ciclo.*

## ÍNDICE

RESUMEN .....	2
INTRODUCCIÓN.....	3
Antecedentes.....	4
Capítulo 1 ESTUDIO DE LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD.....	7
Personalidad .....	7
Perspectivas en el estudio de la personalidad.....	8
Modelo de metarrepresentaciones desde la perspectiva cognitiva.....	10
Definición y epidemiología de los Trastornos de la Personalidad.....	11
Características y modelo explicativo desde la perspectiva cognitiva.....	13
Capítulo 2 TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD.....	16
Definición y epidemiología.....	16
Comorbilidad diagnóstica del TLP.....	18
Desarrollo del TLP.....	19
Metarrepresentaciones en el TLP.....	24
Capítulo 3 CATEGORÍAS DE ESTUDIO.....	31
1. EXPERIENCIAS TRAUMÁTICAS.....	31
Violencia y abuso sexual en México.....	33
Relación Trauma - TLP.....	34
2. CUIDADORES.....	37
Crianza invalidante.....	40
3. CONDUCTA AUTOLESIVA.....	42
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	47
Antecedentes.....	47
Objetivo.....	47
Preguntas de investigación.....	47
Hipótesis.....	48
Variables.....	48
Participantes.....	49
Instrumentos.....	50
Procedimiento.....	51
RESULTADOS.....	52
Características sociodemográficas.....	52
Características de la conducta autolesiva.....	59
Vivencia y manejo de experiencias traumáticas.....	65
Dinámica familiar.....	69
Análisis no paramétrico.....	75
DISCUSIÓN.....	78
ANEXOS.....	84
BIBLIOGRAFÍA.....	89

## RESUMEN

El presente estudio descriptivo fue realizado con el objetivo de buscar una posible incidencia de factores como la experiencia de eventos traumáticos y el trato de los cuidadores en las características de la conducta autolesiva de una población clínica de pacientes diagnosticados con Trastorno Límite de la Personalidad (TLP). La justificación para este estudio parte del problema de salud pública que representan las conductas autolesivas en pacientes con TLP como resultado de la naturaleza impulsiva de estas conductas; las cuales frecuentemente derivan en eventos graves e incluso letales. Participaron 44 mujeres diagnosticadas con TLP, pacientes en un hospital Psiquiátrico de la Ciudad de México, a quienes se les realizó una entrevista semiestructurada dividida en tres áreas: 1) trato de los cuidadores, 2) experiencias traumáticas y 3) conducta autolesiva. Se aplicó la prueba de Friedman al total de los datos. Los resultados mostraron diferencias estadísticamente significativas en las tres áreas, siendo la percepción del trato de la figura materna la principal, seguida de la percepción del trato de la figura paterna y la vivencia de un evento traumático ( $\chi^2=86.45$ , 3 gl,  $p=0.000$ ). Esto revela que la percepción del trato de la madre es una variable importante para propiciar una mayor incidencia en la frecuencia de la conducta autolesiva.

**Palabras clave:** Trastorno Límite de la Personalidad, Conducta Autolesiva, Experiencias Traumáticas, Trato de Cuidadores.

## ABSTRACT

The aim of this descriptive study was to find a possible influence of factors such as the experience of traumatic events and types of parental treatment on the characteristics of self-injury behavior in a group of clinical population diagnosed with Borderline Personality Disorder (BPD). The justification for this study comes from the public health problem that self-injury behaviors represent in BPD patients because of the impulsive nature of those behaviors that frequently end in dangerous and even lethal events. Forty four BPD diagnosed female patients of a Psychiatric Hospital in Mexico City were applied a semi-structured interview divided in three sections: 1) type of parental treatment, 2) traumatic experiences and 3) self-injury behavior. Friedman test statistical analysis was applied to the whole data. The results showed the strongest statistically significant differences on the maternal-figure treatment perception, followed by the father figure treatment perception and on the experience of a traumatic event ( $\chi^2=86.45$ , 3 lg,  $p=0.000$ ). This reveals that the maternal figure treatment perception has an important influence in the frequency of self-injury behavior.

**Key words:** Borderline Personality Disorder, Self-Injury Behavior, Traumatic Experiences, Parental treatment.

## INTRODUCCIÓN

El presente es un estudio descriptivo realizado con el objetivo de buscar una posible incidencia de factores como la crianza y la experiencia de eventos traumáticos en las características de la conducta autolesiva en una población clínica de pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad. Para tal objetivo, se entrevistó a 44 pacientes diagnosticadas con TLP en un hospital Psiquiátrico de alta especialidad de la Ciudad de México.

Los resultados de esta investigación ofrecen una descripción específica del Trastorno Límite de la Personalidad en una población mexicana. Para el abordaje de antecedentes y postulados sobre el tema, nos acercamos a diversas aproximaciones teóricas. Sin embargo, el estudio no sigue una corriente dominante para la explicación del fenómeno.

El interés de estudiar este trastorno surge a partir del análisis de reportes en los que se señala que los costos sociales del TLP resultan de gran magnitud dado que los individuos que lo padecen presentan disfuncionalidad en diversas áreas de su vida (relaciones interpersonales, desempeño escolar y laboral, crianza etc.). La disfuncionalidad personal generada por este trastorno se intensifica al considerar la existencia de una alta comorbilidad con trastornos del eje I, tales como depresión, abuso de sustancias, trastorno por estrés postraumático y diversos rasgos y trastornos del eje II, como el trastorno antisocial de la personalidad y rasgos paranoides (Beck, A. T., Freeman A., Davis D., y otros, 1990).

Se estima que el Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) tiene una prevalencia entre el 1.6% y 5.9% de la población general (American Psychiatric Association, 2014), del 11% en población clínica psiquiátrica y el 20% de hospitalizados.

Con relación a la distribución por sexo, es más frecuente entre las mujeres en una razón de 3:1 con respecto a los varones. La edad de aparición más frecuente comprende la transición de la adolescencia a la edad adulta, y es raro su diagnóstico más allá de los 40 años (Espinosa, Blum-Grynberg & Romero-Mendoza, 2009).

De la sintomatología característica del TLP, resulta particularmente grave la presencia recurrente de conductas autolesivas y tentativas suicidas. Al respecto, la Organización Mundial de la Salud (OMS) reporta que, entre personas de 15 a 44 años de edad, las lesiones autoinfligidas resultan la cuarta causa de muerte y la sexta causa de mala salud y discapacidad a nivel mundial. Se estima que un 10% del total de pacientes con TLP llegan a efectuar suicidio consumado (Organización Mundial de la Salud, 2002).

### **Antecedentes**

Como parte de las distintas investigaciones realizadas en torno a la etiología del Trastorno Límite de la personalidad, Fonagy, P., Bateman A. (2005), encontraron que en pacientes con TLP existen características de apego desorganizado, mismos que tuvieron su origen en la vinculación parental ambigua donde coexistían sentimientos intensos de temor y seguridad hacia dichas figuras. Otras investigaciones señalan un alto índice de abuso infantil, particularmente de tipo sexual entre los 6 y los 12 años de edad por parte de los cuidadores. El papel que juegan estas experiencias en el curso del trastorno se especula como patogénico. La importancia radica en la manera en la que el niño procesa y resignifica una experiencia traumática con base en su temperamento, edad y factores situacionales; de igual es importante considerar la influencia de respuestas de castigo, rechazo y abandono por parte de los cuidadores.



Dubo, E. D., Zanarini, M. C., Lewis, R. E., Williams, A. A. (1997) investigaron la relación entre patrones de comportamiento autodestructivos y diversos parámetros de abuso y negligencia durante la infancia en pacientes con TLP, comparándolos con controles diagnosticados con otros trastornos de personalidad (OTP). Para ello, trabajaron con 42 sujetos diagnosticados con TLP y 17 sujetos control con OTP. En el grupo TLP el abuso sexual por parte de los padres se relacionó significativamente con comportamientos suicidas. Así también, el abuso sexual y la negligencia emocional se asociaron significativamente con automutilaciones. De esta forma, encontraron que el abuso sexual y la negligencia emocional parecen jugar un rol importante en la etiología de conductas autodestructivas del TLP.

Por otra parte, Liotti (1999, 2001) propuso una hipótesis sobre el origen del TLP centrada en el rol patogénico del apego definido como desorganizado. Dicha hipótesis sustenta que un núcleo relacional patogénico de este tipo puede generar los principales factores que caracterizan al TLP: desregulación emocional y fragmentación de la identidad.

En tanto a la relación de experiencias traumáticas y conductas suicidas, en un estudio llevado a cabo por Borges en 2005 en una muestra representativa compuesta por 3,005 participantes, residentes de la Ciudad de México, de entre 12 y 17 años de edad, un 11.5% informó presencia de ideación suicida, el 3.9 de planeación suicida y un 4.3 de intento suicida. La prevalencia más alta para ideación suicida estimada en un 43%, se halló en relación a aquellos sujetos que refirieron haber sido víctimas de violación. El análisis de la relación entre traumas y conductas suicidas reveló que la experiencia de al menos un evento traumático incrementa en 3.2 veces la probabilidad de ideación suicida, 5.1 veces la probabilidad de planeación suicida y 6.6 la probabilidad de intento suicida. Así también, se encontró que asociado a una historia de politraumatización, esto es 3 ó más eventos

traumáticos, se presentó un incremento de 13.7 veces más la probabilidad de reportar un intento suicida respecto a aquellas personas que no refirieron algún evento traumático.

## CAPÍTULO 1

### ESTUDIO DE LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

#### **Personalidad**

De acuerdo con Millon, T., Grossman S., Millon C., Meagher S., Rammath R. (2001), la concepción del término personalidad expresa un complicado conjunto de características psicológicas inconscientes y profundas en su mayoría, y por tanto difíciles de cambiar a través del tiempo. Estas características se expresan de manera general prácticamente en todas las áreas de funcionamiento de la persona, conformando un perfil único de personalidad en cada individuo, que consiste en los diversos grados de probabilidad de que una persona responda de cierto modo a situaciones particulares

Estos rasgos tienen su origen a partir de una combinación de elementos determinados biológicamente y otros relacionados con aprendizajes, que en su conjunto representan la forma en la que cada individuo siente, percibe, afronta las situaciones y se comporta frente a ellas.

La personalidad es resultado de la interacción entre el carácter, el temperamento, y de sus complejas influencias. El carácter tiene relación con cierta conformidad y aprendizaje de normas sociales que se adquieren durante el desarrollo, mientras que el temperamento refleja una configuración natural, resultado de una disposición biológica a presentar ciertos comportamientos a lo largo de la vida.

## **Perspectivas en el estudio de la personalidad**

En el estudio de la personalidad, resaltan cuatro perspectivas dominantes: biológica, psicodinámica, interpersonal y cognitiva. La perspectiva biológica considera dos tipos de influencia sobre la personalidad: La primera se refiere a las influencias de tipo distales, las cuales tienen relación con características hereditarias y las cuales forman parte de la historia evolutiva de la especie. Las influencias proximales, por otro lado, se refieren al caso en el que se presentan diferencias en las estructuras subyacentes a la conducta, afectando de esta forma a la conducta misma.

De acuerdo con la perspectiva psicodinámica, la personalidad es explicada como una situación de desgaste entre las imposiciones del súper yo y el ello que a su vez es mediada por el yo. Los aportes acerca de los mecanismos de defensa se consideran de los más importantes realizados por esta perspectiva. Entre dichos mecanismos de defensa existe una subdivisión particular para cada trastorno de personalidad. Así, el subgrupo puede ser utilizado en la elaboración de un perfil defensivo que explica la forma en la que el trastorno de la personalidad se protege de las fuentes de estrés, ansiedad y desafío a las propias capacidades, siendo estas fuentes internas o de tipo externas (Millon, 2001).

Por otra parte, las aportaciones referentes a las relaciones objétales constituyen una derivación teórica del desarrollo de la perspectiva psicodinámica. Dicha teoría resulta cognitiva e interpersonal en tanto que sostiene que el mundo externo del individuo se construye a partir de representaciones mentales o modelos operativos internos, los cuales tienen su origen en la primera infancia como resultado de las experiencias con personas significativas, principalmente aquellas con los progenitores. De esta forma, la existencia de

las relaciones objetales se da en su mayoría como estructuras mentales inconscientes que organizan la experiencia y que resultan parcialmente accesibles a la reflexión de tipo consciente. De acuerdo con esta teoría, las personalidades se clasifican en tres niveles de organización estructural: nivel psicótico, nivel límite y nivel neurótico. Estos niveles representan los distintos grados de cohesión u organización de la personalidad (Millon, 2001).

La perspectiva interpersonal sostiene que es mejor entender la personalidad como el producto social de las interacciones con otros significantes, lo que implica que la personalidad solo se desarrolla en el contexto de estas relaciones y solo de ellas puede ser completamente comprendida. En este sentido, los trastornos de la personalidad implican rigidez en la concepción de un sí mismo muy constreñido, que solo experimentan como validante un tipo muy particular de respuesta por parte de los demás; por lo tanto, sus interacciones interpersonales solo aceptan este tipo de respuesta (Millon, 2001).

Finalmente, la perspectiva cognitiva hace hincapié en que la mente está constantemente desarrollando construcciones del mundo, de sí mismo, de los otros y del futuro. Entre estas construcciones figuran las creencias que se forman a partir de experiencias repetidas y generan importantes consecuencias a largo plazo sobre la actividad psicológica. Cuando dichas experiencias son caracterizadas por el maltrato abandono e invalidación, generan distorsiones a las que Beck, A. T., Freeman A., Davis D., y otros. (1996) define como errores crónicos y sistemáticos de razonamiento que promueven la malinterpretación de la realidad objetiva. En este sentido los Trastornos de Personalidad evolucionan a partir de estrategias evolutivas primarias distorsionadas, que están exageradas y resultan muy desadaptativas.

## **Modelo de metarrepresentaciones desde la perspectiva cognitiva**

Samerari, A., Dimmagio, G. (2003) construyeron un modelo funcional para el estudio de la personalidad basado en el concepto de metarrepresentaciones, el cual se estructura a partir de los modelos de apego enmarcados en las teorías cognitivas. La metarrepresentación es un constructo que describe el proceso de atribución de estados mentales, que son definidos como la experiencia subjetiva construida a partir de la integración de significados emocionales, sensoriales y verbales de manera coherente en una situación definida.

En las metarrepresentaciones las personas se dotan a sí mismas y a otros de creencias, deseos y motivaciones que funcionan como marcos de referencia cognoscitivos, explicativos y predictivos de la conducta propia o ajena. Dicho proceso toma como base la metacognición y la teoría de la mente. En el primer constructo la percepción y la memoria desempeñan un papel preponderante, pues a partir de las mismas el sujeto es capaz de automonitorearse, planificar, detectar errores y corregirlos para posteriormente entender y predecir tanto su comportamiento como el del otro. La teoría de la mente parte de la construcción de elaboraciones conceptuales para construir atribuciones de estados mentales propios y ajenos, enmarcados en un sistema de creencias y tomando como base la detección de señales (Falcone, M., Marraffa M., Carcione A, 2010).

Según Falcone (2010), las metarrepresentaciones poseen tres características funcionales:

- Autorreflexividad: Permite la conciencia de independencia y singularidad.
- Comprensión de la mente ajena: Permite la conciencia de singularidad e independencia de los congéneres.

- Funciones de regulación: Están encausadas a la resolución de problemas.

La cohesión e integración de estos tres componentes dotan a los individuos de herramientas cognoscitivas y emocionales necesarias para estructurar sus rasgos de personalidad. Estos resultan indispensables para la fijación de metas y consecución de logros, reconocimiento de límites personales, así como el establecimiento de relaciones interpersonales autónomas y satisfactorias. Por otra parte, los ambientes de crianza estresantes, invalidantes o violentos socavan el desarrollo de las tres funciones de las metarrepresentaciones anteriormente descritas; e inciden negativamente en la formación de la personalidad.

### **Definición y epidemiología de los Trastornos de la Personalidad.**

Existe un determinante componente social en la intención de distinguir la normalidad de la anormalidad en la personalidad, así como de clasificar y agrupar a las personas en grupos diagnósticos. Las definiciones de las psicopatologías tienen su origen en normas sociales relacionadas con valores, a través de las cuales la normalidad se define en relación con la conformidad con costumbres y comportamientos típicos del propio grupo cultural (Beck, 1990).

Como resultado del continuo del que forman parte la normalidad y la patología, es posible identificar dos formas en las que la personalidad se agrava en tanto a características desadaptativas. Estos son la intensificación o gravedad de cada rasgo por una parte y por otra el incremento en el número de rasgos desadaptativos involucrados (Millon, 2001).

De acuerdo a la American Psychiatric Association (2014). Un trastorno de la personalidad es un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto; se trata de un fenómeno generalizado y poco flexible estable en el tiempo, que tiene su inicio en la adolescencia o en la edad adulta temprana, y da lugar a un malestar o deterioro. El manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-V incluye diez trastornos de la personalidad aceptados oficialmente y dos provisionales. Los criterios diagnósticos referentes a cada trastorno de la personalidad comprenden siete, ocho o nueve rasgos, entendidos como patrones estables de comportamiento que permanecen a lo largo del tiempo y en situaciones diversas. Ante la presencia de muchos de estos rasgos en conjunto se considera un trastorno de la personalidad constituido como tal. Aunque sucede en pocas ocasiones, cuando la totalidad de los rasgos para un trastorno están presentes, se dice que estamos frente a un prototipo de personalidad.

Los trastornos de la personalidad se distribuyen en tres grupos basados en las similitudes descriptivas. El grupo A está compuesto por los trastornos de personalidad paranoide, esquizoide y esquizotípico. Los individuos con estos trastornos suelen mostrarse raros o excéntricos. El grupo B se compone de los trastornos de personalidad antisocial, límite, histriónico y narcisista. Las personas de este clúster se caracterizan por ser exageradamente dramáticas, emocionales o erráticas. El grupo C aglutina los trastornos de personalidad evitativa, dependiente y obsesiva compulsiva. Los individuos con estos trastornos suelen ser ansiosos o temerosos (American Psychiatric Association, 2014).



De acuerdo con el DSM-5, las estimaciones de la prevalencia de los distintos grupos indica un 5.7% para los trastornos del grupo A; 1.5% para los trastornos del grupo B y 6.0% para los del grupo C y un 9.1% para cualquier trastorno.

En el caso específico de México, la prevalencia de los trastornos de la personalidad se presenta en la siguiente distribución: 4.6% Grupo A, 1.6% Grupo B, 2.4% Grupo C, y 6.1% cualquier trastorno de personalidad. De acuerdo con un estudio realizado por Benjet, C., Borges, G., Medina-Mora, M. E. (2008), en México una de cada cinco personas diagnosticadas con algún síndrome psiquiátrico clínico (Eje I) presenta un trastorno de personalidad comórbido. Del total de la muestra de pacientes diagnosticados con trastorno de personalidad, la mitad presenta comorbilidad con psicopatologías del Eje I. Así, la relevancia de los trastornos de personalidad en la salud pública reside es su comorbilidad con el Eje I y no en su impacto directo sobre el funcionamiento o la búsqueda de ayuda.

### **Características y el modelo explicativo desde la teoría cognitiva**

Millon (2001) distingue tres características patológicas en los trastornos de personalidad:

1. Los trastornos de la personalidad tienden a presentar una estabilidad frágil o una carencia de capacidad de adaptación en condiciones de estrés.
2. Las personas con un trastorno de la personalidad son inflexibles desde el punto de vista adaptativo.
3. Dado que estas personas no son capaces de cambiar, los repertorios patológicos que dominan su vida se repiten una y otra vez como círculos viciosos, entendiendo de lo anterior que las personalidades patológicas son a su vez

patogénicas.

Desde las teorías cognitivas, Samerari y Dimaggio (2003) construyen un modelo explicativo de los trastornos de la personalidad con base en las disfunciones de los procesos de metarrepresentación. A partir de este modelo se teoriza que en los trastornos de personalidad subyacen déficits en los procesos de metarrepresentación, entendidos como una falla en la función de la articulación como consecuencia de un desarrollo infantil caótico y problemático.

Estos déficits impactan globalmente en la vida del sujeto dificultando la identificación de emociones propias, la atribución de estados mentales ajenos, la coherencia del discurso interno y externo, así como la comprensión de los ciclos viciosos producto de sus esquemas inflexibles. De acuerdo con lo anterior, los cuatro déficits principales son los siguientes:

*Déficit de monitorización:* Dificultad en reconocer, discriminar y definir los componentes cognitivos y emocionales de los estados propios y ajenos, así como la captación de nexos entre diversas variables mentales y el contexto externo.

*Déficit de descentramiento:* Se define como la incapacidad de asumir una perspectiva alternativa a su propia subjetividad, desde la cual el sujeto pueda evaluarse a sí mismo y al contexto. Esto se traduce en la inflexibilidad en el reconocimiento del carácter imperfecto de las atribuciones, así como en la incapacidad de evaluar situaciones desde un punto de vista ajeno al propio sujeto.

*Déficit de diferenciación:* Indica la incapacidad de distinción entre las representaciones y su carácter falible, es decir la tendencia a creer que los contenidos de pensamiento son irrevocables y que poseen una correspondencia perfecta con la realidad.

*Déficit de integración:* Consiste en la dificultad de conectar de manera coherente y unitaria los diversos componentes del estado mental. Lo anterior genera como consecuencia la incapacidad de establecer cohesión y un supraorden a las narraciones de los estados mentales en función de las vivencias emocionalmente significativas.

*Déficit de regulación:* Es la dificultad global de disponer y encausar recursos tanto emocionales, así como reflexivos en la resolución de problemas. Es importante señalar que la función de regulación se jerarquiza en tres niveles: En el primer nivel están todas aquellas estrategias que involucran conductas de evitación o búsqueda de apoyo. En el segundo se encuentran todas aquellas estrategias que involucren la autoinhibición de la conducta y control premeditado en los procesos atencionales. El último nivel involucra el cuestionamiento de las creencias subyacentes, el conocimiento de los estados mentales tanto propios como ajenos y el uso de esta información para la toma de decisiones.

## CAPÍTULO 2

### TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD

#### Definición y epidemiología

El DSM-5 (2014) define a los trastornos de la personalidad como un patrón de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto, el cual inicia en la adolescencia o principio de la vida adulta, es estable a lo largo del tiempo e implica perjuicios para la calidad de vida del individuo.

El Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) resulta un patrón de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y los afectos, así como de una notable impulsividad. Esta condición representa grandes costos sociales e implica una considerable disfuncionalidad para los individuos que lo padecen, viéndose truncado su desarrollo y desempeño. Pese a que no existen alteraciones en la inteligencia, muchas veces no logran concluir sus estudios, no son laboralmente activos, etc. Convirtiéndose en muchos casos en una carga para familiares y amigos (Beck, 1990).

Los criterios descritos para su diagnóstico son los siguientes:

1. Esfuerzos desesperados para evitar el desamparo real o imaginario. (No incluir comportamiento suicida ni las conductas autolesivas).
2. Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas que se caracterizan por una alternancia entre los extremos de idealización y de devaluación.
3. Alteración de la identidad: inestabilidad intensa y persistente de la autoimagen

y del sentido del yo.

4. Impulsividad en dos o más áreas que son potencialmente autolesivas (gastos, sexo, drogas, conducción temeraria, atracones alimentarios, no incluir criterio 5).

5. Comportamiento, actitud o amenazas recurrentes de suicidio o conductas autolesivas.

6. Inestabilidad afectiva debida a una reactividad notables del estado de ánimo (episodios intensos de disforia, irritabilidad o ansiedad que generalmente duran horas y, rara vez más de dos días).

7. Sensación crónica de vacío.

8. Enfado inapropiado e intenso o dificultad para contralar la ira (exhibición frecuente de genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes)

9. Ideas paranoides transitorias relacionadas con el estrés o síntomas disociativos graves.

La prevalencia del TLP en población general alcanza entre el 1.6 % y 5.9%; la prevalencia en la atención primaria es de alrededor del 10% entre los individuos que acuden a centros de salud mental y del 20% entre los pacientes psiquiátricos hospitalizados. La prevalencia suele disminuir en los grupos de mayor edad.

De acuerdo con Cruz, B. (2016), los datos de Servicios de Atención Psiquiátrica del año 2013 en la CDMX reportaron que en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez (HPFBA), en 2013 el TLP fue la segunda causa de atención en el servicio de consulta externa

y en el 2012 fue la cuarta causa de hospitalización, representando el 8.4 de los casos. Por otro lado, aproximadamente el 20% de los casos mensuales atendidos en la institución son diagnósticos de TLP, por lo que anualmente se atienden 3600 casos solamente en este hospital.

### **Comorbilidad diagnóstica del TLP**

Según un estudio realizado por Palomares, N., McMaster, A., Diaz-Marsa, M., De la Vega, I., Montes, A., Carrasco, J. L. (2016) en España el TLP engloba cerca del 26% de los trastornos de personalidad. En este estudio, la mayoría de los pacientes (87%) presentaron comorbilidad con otros trastornos de personalidad. Casi la mitad de la muestra (42%) presentó más de dos trastornos de personalidad, y los incluidos en los clústeres A (paranoide) y C (obsesivo y evitativo) fueron más frecuentes que el clúster B (histriónico y antisocial).

Debido a la complejidad del trastorno, el diagnóstico de TLP se realiza a menudo de manera incorrecta. La comorbilidad con los trastornos de los ejes I y II está entre los factores que llevan a cometer errores en el diagnóstico diferencial con otros trastornos mentales o con otros trastornos de la personalidad.

Calvo, N., Valero, S., Ferrer, M., Barral, C., Casas, M. (2016) refieren que, en estudios publicados con anterioridad, el TLP se presenta como uno de los trastornos de personalidad con una asociación más elevada a Trastorno por Uso de Sustancias (TUS), con una prevalencia media estimada del 50%. Así también, indican que algunos estudios han señalado que la asociación entre TLP y TUS en una muestra psiquiátrica de mujeres podría implicar una peor evolución y pronóstico, un patrón más grave de abusos de sustancias, mayor número de conductas autodestructivas y más intentos suicidas.

## **Desarrollo del TLP**

La organización límite de la personalidad se ubica entre un nivel psicótico y uno neurótico. En dicha organización las imágenes buenas y malas que el individuo tiene de los objetos están separadas de manera activa, configurando dos sistemas individuales de identificación que son proyectados en sí mismo o en el mundo externo. Bajo esta estructura, los individuos límite cambian de manera rápida de una idealización respecto a los demás (proyección de imagen buena) a una devaluación total (proyección de imagen mala) (Fonagy, 2005).

Los individuos límite se encuentran estancados en una fase que denomina separación-individuación, particularmente en la sub-fase del acercamiento, la cual sitúa como anterior a la denominada constancia de los objetos. Como consecuencia del estancamiento en una fase que en condiciones normales abarca desde los 6 hasta los 30 meses de edad, el futuro límite no logrará la internalización de una imagen de la figura cuidadora como una presencia constante. Bajo esta condición no será capaz de diferenciar entre la identidad propia y la de los demás (Fonagy, 2005).

De esta forma, debido al estancamiento prolongado en la fase separación-individuación y a su consecuente carencia de habilidades cognitivas para hacer valoraciones, las personas con trastorno límite utilizan la disociación como una forma de defensa con el fin de mantener separados los objetos buenos de los malos.

La disociación explica la identidad debilitada del límite y su tendencia al cambio súbito, pasando de forma polarizada de afectos positivos a los negativos. Dichas características producto de la disociación tienen relación con el mantenimiento de relaciones

caóticas, falta de compromiso con objetivos, falta de introspección de valores básicos y con la incapacidad de inhibir expresiones de afectos e impulsos firmes, como aquellos asociados con la promiscuidad y el consumo de sustancias, por ejemplo. En otras palabras, el yo como medio ejecutivo de la personalidad está debilitado de forma notable.

Una hipótesis que hace referencia a la presencia de un fuerte temperamento al comienzo de la vida de los pacientes límite indica que características tales como impulsividad, irritabilidad, hipersensibilidad a la estimulación, labilidad emocional, así como reactividad e intensidad emocionales se han asociado a un sustrato biológico. Considerando la predominante frecuencia de una dinámica familiar caótica y a menudo igualmente intensa que el futuro límite, en estos casos la biología determinará consecuentemente el comportamiento ante la falta de pautas que permitan aprender a modular emociones o su expresión.

Las problemáticas en las relaciones interpersonales que aquejan a sujetos con trastornos de la personalidad se basa, de acuerdo a la teoría del apego propuesta por Bowlby, en las experiencias primarias de cuidado, en donde sensaciones desagradables como privación o rechazo se asocian a imágenes mentales, que son asimilados por los procesos de memoria aún en desarrollo. El conjunto de los fenómenos descritos con anterioridad se nombra modelos operativos internos y son el punto de partida para describir el comportamiento con base en que vivencias actuales desencadenen estos modelos operativos primarios y con ello la búsqueda específica de patrones que repliquen esos núcleos primarios.

Desde la teoría cognitiva Fonagy, P., Target, M. (2000) acuñan el termino equivalencia psíquica, como una descripción de la experiencia subjetiva infantil previa al



desarrollo de los procesos de mentalización; las sensaciones y emociones asociadas a las imágenes mentales, es decir en un infante, el contenido de su mente tiene correspondencia de manera exacta con en el mundo exterior material y al mismo tiempo, se presenta la experiencia de que nada del mundo exterior se relaciona con la experiencia subjetiva.

En el caso particular del TLP un apego desorganizado impacta en la cohesión y estructuración de la personalidad de un individuo, regulación de estrés, regulación de la atención y mentalización, funciones necesarias implicadas en el establecimiento de vínculos emocionales, que involucran situaciones estresantes; así la exposición temprana a vínculos agresivos o caóticos puede impedir la integración adecuada de estados internos, que eventualmente automonitoreen y dirijan el comportamiento.

Las experiencias de rechazo y abandono por parte de las personas con un vínculo afectivo primario generan la creencia temprana de que son sujetos inaceptables, defectuosos e indignos como motivo de abandono de la figura amada; lo que conlleva a la vivencia de un mundo interior autoexcluyente e intimidante con un autoconcepto de profunda invalidez y desprotección.

Tomando como base lo anterior para explicar la experiencia cotidiana de los sujetos con Trastorno Límite de la Personalidad, Fonagy elabora dos constructos. El primero de ellos es el Yo Indigno, caracterizado por la percepción de que la persona es intrínseca e invariablemente inaceptable, que toda su subjetividad es un equívoco por lo que automáticamente se atribuirá toda clase de rasgos negativos. La percepción de indignidad impide al sujeto solicitar apoyo, comprensión y validación, por miedo intenso a la crítica, exhibición, humillación y estigmatización, a causa de la indignidad atribuida, que genera

sentimientos crónicos de soledad, manifestándose en conductas irreflexivas encaminada a evitar el abandono real o imaginario.

Gunderson, J. (1996) relacionó la intolerancia a la soledad, una característica descriptiva del trastorno límite de la personalidad, como una consecuencia de un apego deficiente, que imposibilita la evocación de introyecciones tranquilizantes en situaciones estresantes, las manifestaciones de este apego inseguro son el aferrarse a otras personas, miedo por necesidades de dependencia, terror al abandono constante de la proximidad del cuidador y monitorización.

De acuerdo con Young, J. (1990), el yo vulnerable se construye como resultado de cierta predisposición de factores genéticos y ambientales, que implican hipersensibilidad y reacciones emocionales desproporcionadas a factores ambientales mínimos aunada la incapacidad, una vez incitados estos estados emocionales intensos, retornan a un estado neutro. Así mismo, este Yo vulnerable es moldeado por un ambiente invalidante en el que cualquier manifestación de autoafirmación personal es castigada con descalificaciones, reproches o ira inapropiada. En esta conceptualización de los esquemas del trastorno límite, el autor señalan al yo vulnerable como una consecuencia del yo indigno en donde el abandono emocional repercute en los sentimientos de vulnerabilidad e indefensión constantes. El esquema de creencias se sostiene por la percepción de los otros como indignos de confianza y agentes de daño, lo que activa la atención selectiva de estos signos convirtiendo el entorno en un lugar amenazante en contenidos de la peligrosidad del mundo, abandono y soledad, pérdida del control y fragmentación.

Otro de los constructos centrales formulados por estos autores, es el “yo extraño”, que surge del fracaso en la integración de todas las experiencias subjetivas primarias en la estructura yoica, por lo tanto, una parte queda escindida y vivenciada como una parte propia del sí mismo que está separada del conjunto de esquemas. En pacientes con TLP, caracterizados por presentar patrones de apego desorganizado, la estructura yoica es caótica aunado la dificultad de mentalización como secuela de las vivencias traumáticas. En este sentido la experiencia subjetiva de maltrato, abandono y abuso es apartada de la autopercepción personal y al mismo tiempo integrada como un elemento persecutorio y malévolos, y es atribuido a un vínculo interpersonal cercano y significativo.

Lo anterior explica la tendencia en estos pacientes a involucrarse en relaciones caracterizadas por el maltrato, se especula que semejante tendencia obedece a la necesidad de separación definitiva de la experiencia intersubjetiva amenazante, pues los vínculos interpersonales externos son depositarios de ese rol. Aunado a la necesidad de control de las propias emociones, depositadas en otros para poder ejercer toda la violencia autodirigida. Las relaciones interpersonales en estos pacientes adquieren un papel central en tanto que son necesarias para estructurar y cohesionar al yo, al mismo tiempo les coloca en una posición de mucha vulnerabilidad y dependencia emocional.

Un patrón de apego desorganizado, caracterizado por experiencias internas de temor y ambivalencia hacia los cuidadores, involucraría la presencia de ansiedad y angustia, en el manejo emocional de los vínculos interpersonales, cuyas manifestaciones son la ira descontrolada, labilidad emocional y amenazas suicidas con fines manipulativos. Tales características patológicas se relacionan con interacciones primarias vividas como agresión interpersonal y abandono, para posteriormente ser generalizadas a los vínculos establecidos

en la edad adulta. Es importante señalar las experiencias de apego preocupado/temeroso, pues pueden dar cuenta de la ambivalencia, ansiedad/ira por la intimidad y necesidad de proximidad de las figuras de apego actuales.

### **Metarrepresentaciones en el TLP**

Las características cognitivas del individuo límite se encuentran delimitadas por una disociación a nivel de sus representaciones objetales. Mientras que la presencia de un objeto constante y en situaciones estructuradas resulta en un buen funcionamiento, en situaciones carentes de estructura y sin la presencia tranquilizadora de otros el funcionamiento sufre un deterioro a niveles más primitivos. Esto es, que mientras se asegure la presencia de los demás, el afrontamiento de la realidad será mejor en el individuo límite, mientras que el funcionamiento del yo fallará cuando sus relaciones se perciban amenazadas.

El déficit de integración es una característica fundamental del mal funcionamiento en las metarepresentaciones en pacientes con TLP y se describe como una yuxtaposición caótica de representaciones positivas y negativas hacia un mismo objeto. Las representaciones de los pacientes límite pueden establecer una diferencia entre sí mismos en relación con otro, aunque tales representaciones resulten opuestas y no integradas, lo que constituye un aspecto fundamental de identidad nosográfica (Samerari y Dimaggio, 2003).

De acuerdo con el modelo de Terapia Cognitiva Analítica de Ryle, A. (1997), cada individuo posee un repertorio de roles recíprocos, mediante los cuales representan las relaciones en términos dicotómicos (dar/recibir, perseguidor/víctima), en este sentido el yo transita continuamente entre cada uno de los opuestos del rol recíproco que aunado a las emociones dominantes definen un estado mental, las transiciones entre roles se producen de

manera coherente entre el rol recíproco, la variación de las relaciones y los acontecimientos de la vida.

En relación con un sentido subjetivo de coherencia la conducta es sostenida por la capacidad de automonitoreo de los roles recíprocos y transiciones entre estos en función del vínculo sostenido. En el trastorno límite sucede una disociación parcial de los roles recíprocos y los estados mentales (Ryle,1997).

Tal disociación se debe al daño en el repertorio de roles recíprocos como consecuencia de experiencias traumáticas, interacciones caóticas y descuido. El daño se produce en tres niveles; en primera instancia supondría un empobrecimiento del repertorio de roles; el segundo nivel implicaría disfunción en los metaprocedimientos que controlan las transiciones entre roles. El tercer nivel de afectación implicaría la incapacidad de autorreflexión que permiten auto monitorear los procesos recíprocos de rol, para dar coherencia a la conducta y sentido del sí mismo.

Apoyando lo anterior, Dimaggio y Semerari (1998) sostienen que el déficit de integración es una organización de estados mentales disociados y recíprocamente segregados, con tendencia a oscilar entre ellos de manera rápida, caótica y escasamente modulada; los estados mentales se experimentan sin tomarse en cuenta mutuamente.

Otros autores señalan como patogénico del TLP el apego desorganizado, caracterizado por comportamientos incoherentes y contradictorios, que influyen en la ruptura de unidad y coherencia de los modelos operativos internos que generan las representaciones del sí mismo y de otro. (Liotti, 1999); los roles recíprocos se presentan simultánea y caóticamente, cuya consecuencia sería la generación de representaciones múltiples,

contradictorias y no integradas. La incapacidad para la mentalización genera confusión en las relaciones interpersonales, como resultado, estos pacientes no pueden diferenciar entre sus representaciones, las de otros y éstas con la realidad.

Fonagy y Target (2000) señalan que un cuidador eficaz refleja en el niño tanto la comprensión de su angustia, como la propia capacidad adulta de gestionarla, permitiendo introyectar ambas funciones; progenitores problemáticos pueden dar lugar a interiorizaciones parciales o carentes del proceso autoreflexivo. La función reflexiva reduce los efectos traumáticos de maltrato y abuso, así mismo, inhibe los daños del comportamiento caótico de los padres. La ausencia de figuras modeladoras que apoyen la elaboración de la capacidad de comprensión de los estados mentales propios implica un alto nivel de vulnerabilidad a los traumas. Para los pacientes con TLP, será aversivo el contenido mental modelador de las primeras figuras de apego, pues suponen intrínsecamente una intención de daño para ellos.

Los pacientes con TLP muestran serias dificultades para mantener un discurso interno coherente, que de directriz a la conducta, por ello no pueden mantener estabilidad y ante una situación emocionalmente compleja se suceden múltiples y contradictorias representaciones del yo, que impactan desfavorablemente la estabilidad en las relaciones interpersonales. Los fallos en la metarrepresentación hacen que la expectativa emocional sobre otro sea escasamente realista, idealizada y cargada de expectativas excesivas que pueden ser fácilmente invalidadas. En este sentido, el apoyo como método de validación, es demandado de manera caótica y agresiva, lo que convierte un ciclo protector en uno descalificante, en tanto que su conducta aprensiva aparta a las posibles fuentes de apoyo y afecto (Dimmagio, Semerari 2003).

Dimaggio y Semerari describen la hiperproducción de narraciones en pacientes con TLP como un discurso confuso, caracterizado por la aparición de múltiples temas inconexos, que conlleva la incapacidad de establecer un supraorden que guíe y de coherencia a la emoción dentro del discurso, para así dirigir la conducta de una manera integrada. La persona con TLP no logra imponer un orden a sus representaciones, que son acompañadas de emociones intensas transitorias y un comportamiento impulsivo y caótico, dicha alternancia de representaciones múltiples y contradictorias del yo y del otro puede constituir uno de los factores dominantes del TLP en las relaciones interpersonales.

En este sentido, los significados son construidos y asimilados en forma de autonarraciones, que se construyen a partir de la interacción de modelos operativos internos, que son esquemas de representación del mundo infantiles, a partir de la asimilación e interiorización de sensaciones físicas, imágenes mentales y emociones; dichos modelos interactúan con los valores y cánones socioculturales (por tanto, las transiciones entre estados mentales están sujetas a los cambios ambientales).

Dimaggio y Semerari (2003) explican la relación entre los déficits en el trastorno límite de la personalidad; el déficit de diferenciación que repercute en el sostén y recuperación, el juicio de realidad ante situaciones estresantes; también presente en el TLP, pero supeditado al déficit de desregulación como una consecuencia.

Pensamientos dicotómicos y mutuamente excluyentes pueden evocar respuestas emocionales ligadas a lo extremo de dichas representaciones; a su vez puede ocurrir una inversión en este mecanismo, la pobre capacidad de autorregulación emocional puede suscitar ideaciones yuxtapuestas y extremas. La relación entre estos déficits cognitivos-

emocionales trae como consecuencia la imposibilidad de formular cualquier explicación alternativa, pues selectivamente se excluirán datos de las situaciones que contradigan las creencias subyacentes del trastorno, y por tanto deterioren la capacidad de autocrítica

Linehan (1993) explica el TLP básicamente como un problema de regulación emocional, caracterizado por una mezcla de vulnerabilidad emocional y una incapacidad para regular los estados afectivos. Según esta formulación, la persona con un trastorno límite reacciona de forma rápida e intensa a una variedad de estímulos emocionales, a los cuales es sensible y de los cuales demora mucho tiempo en tranquilizarse, además de ser fácilmente provocado nuevamente. Como resultado de que la intensidad se perpetue a sí misma, ésta se torna crónica.

La regulación emocional en principio involucra que la persona realice una evaluación adecuada de los afectos, para posteriormente aprender a manejar las asociaciones emocionales suscitados por éstos.

Autores como Guzder (1996); Laporte y Guttman (1996); Zanarini (1997) distinguen factores de riesgo para el desarrollo de TLP, tales como pérdidas, historial de abuso infantil de tipo físico y/o sexual, así como negligencia, abuso emocional, violencia doméstica y abuso de sustancias por parte de los cuidadores.

Por otra parte, Young (1990) explica la patología del paciente límite con el concepto de esquemas, definiendo éstos como una pauta de conducta, pensamiento y emoción específicos ante una vivencia; en estos pacientes las experiencias de abuso y abandono se pueden categorizar en cuatro grupos de esquemas que son recurrentes en las interacciones tempranas que al mismo tiempo son la base de su comportamiento en la edad adulta:



*Niño abandonado:* Resultado de los sentimientos de miedo desesperanza e indefensión ante el abandono o exposición a diversas formas de maltrato. El sujeto experimenta dolor emocional, desconfianza y al mismo tiempo necesidad de protección, el contenido de sus creencias apunta a la maldad de los otros y a la perpetuidad de la de soledad y falta de apoyo. El paciente tiende a ser demandante aprensivo y emocionalmente dependiente.

*Padre punitivo:* Resultado de los sentimientos de culpa y malevolencia intrínseca producto del ambiente invalidante y punitivo a la experiencia vital por parte de los cuidadores. El sujeto siente remordimientos y sentimientos y conductas de autocastigo. El contenido de las creencias apunta a que son personas inaceptables y malas y que no tienen derecho de autoafirmar y defender su subjetividad.

*Niño enfadado:* Resultado de sentimientos de ira por la percepción de daño recibido. El paciente muestra conductas iracundas heteroagresivas o impulsividad, que resultan reforzantes, autosustendidas en la creencia de derecho de retribución ante las injurias y agravios vividos.

*Protector distante:* Resultado de los sentimientos de vacío y como un modo de protección las emociones disfóricas producto de las experiencias insatisfactorias de las relaciones con los cuidadores. Se presentan conductas evitativas y de aislamiento, ante la creencia de la inutilidad de los vínculos interpersonales siendo éstas únicamente fuentes de sufrimiento. Así mismo, su pueden presentar manifestaciones sintomatológicas graves como uso de estupefacientes, depresión y autolesividad.

Young (1990) se apoya del modelo cognitivo de Beck y Pretzer, el cual infiere tres creencias nucleares como base del TLP, “El mundo es peligroso y malo, “Soy impotente y

vulnerables” y “Soy intrínsecamente inaceptable” devenidas de la interacción entre los modelos operativos internos desorganizados y las experiencias traumáticas amenazantes.

## CAPÍTULO 3

### CATEGORÍAS DE ESTUDIO

#### 1. EXPERIENCIAS TRAUMATICAS

De acuerdo con los criterios establecidos por el DSM-5 (2014), el trauma es definido como una experiencia altamente estresante que constituye una amenaza para la integridad física o psicológica de una persona, que supera su capacidad emocional y cognitiva de procesamiento, causando síntomas de reexperimentación intrusiva (evocación involuntaria de recuerdos, imágenes mentales y flashbacks) hiperactivación fisiológica, y evitación conductual y embotamiento emocional. La exposición a un evento imprevisible y amenazante no se constituye en sí mismo como traumatizante, para tal consideración debe darse la aparición del cuadro sintomatológico anteriormente descrito, así como su mantenimiento. A su vez, el estrés desencadenado por las situaciones desagradables se ve influenciado por la interpretación y significación que la persona haga de las mismas.

De acuerdo con Pieschacón (2011), a los 45 años la mayoría de la población habrá vivido al menos una situación generadora de temor intenso y desesperanza; lo anterior se convierte en patógeno en tanto la duración y gravedad de la sintomatología afecte significativamente la funcionalidad y bienestar de la persona. De igual manera, influencia el desarrollo de se desarrolle trastornos comorbidos como abuso de sustancias, depresión, fatiga crónica y del sueño.

Una experiencia potencialmente traumática suscita en la víctima un temor muy intenso, el cual genera una sensación constante de vulnerabilidad e indefensión extrema. Se

acompaña de imágenes mentales caóticas confusas, causando fragmentación o disociación de los procesos mnémicos. De tal forma que la experiencia no puede ser procesada e incorporada al continuo de la conciencia. Eventualmente, en las personas que lo experimentan se presentan sensaciones de desamparo y pérdida de control de la vida propia. El carácter de estos sucesos supone una imposibilidad en la expresión verbal para quien los sufrió, asumiendo que para los demás serán incomprensibles. Los esquemas o patrones de pensamiento que dan orden y seguridad a la persona y que suponen control interno, se resquebrajan. Lo anterior conlleva un deterioro en las relaciones sociales cotidianas, en tanto que se genera una marcada desconfianza hacia los otros y hacia el mundo, dado que éste deja de ser predecible. Así, el esquema del yo en interacción con el medio es cuestionable desde la subjetividad de los pacientes.

El cuadro de posibles respuestas ante el trauma se enuncia a continuación:

- a) Sensación de distanciamiento respecto a quién no ha vivido el trauma.
- b) Aislamiento.
- c) Repliegue emocional o afectivo.
- d) Necesidad de reconstruir lo ocurrido y rellenar los espacios buscando un sentido o un nuevo final.
- e) Cuestionamiento de sí mismo: 1) Frente a otros y el mundo. 2) Frente a sensaciones de humillación o vergüenza. 3) Frente a vivencias de responsabilidad personal y culpa.

f) Cuestionamiento de presunciones básicas como: 1) La bondad del ser humano y de carácter de cercano. 2) La predictibilidad del mundo. 3) La capacidad de control sobre la propia vida.

g) Procesos personales de formulación e integración de la experiencia que desencadena elementos de crecimiento postraumático.

Es necesario hacer hincapié, en el papel de la violencia en la formación de experiencias traumáticas, pues la mayoría de eventos amenazantes e imprevisibles están ligados al ejercicio estas prácticas. En un estudio, con población americana, que refirieron la vivencia de un trauma: 32% fue causado por violación, 39% asalto físico, 22% homicidio de un ser querido, 26% ser víctima de cualquier otro tipo de crimen. Solo el 9% menciona desastres naturales o accidentes (Pieschacón, 2011).

Las situaciones de abuso y violencia sostenida dentro de la niñez, independientemente de la formación de sintomatología propia del trauma influyen en la formación de la personalidad y el desarrollo de habilidades, pudiendo así constituir un factor de vulnerabilidad ante el estrés (Semerari, Dimaggio; 2003).

### **Violencia y abuso sexual en México**

De acuerdo con la OMS (2002), la violencia es el uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones.

La encuesta nacional sobre la dinámica de las relaciones en los hogares 2016 (ENDIREH 2016), coordinada por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) indica que en México el 66.1% de las mujeres ha sufrido al menos un incidente de violencia a lo largo de su vida. El 49% de las mujeres sufrió violencia emocional, 29% violencia económica–patrimonial o discriminación, 34% física y 41.3% sexual a lo largo de su vida en al menos un ámbito y ejercida por cualquier agresor.

En relación con el abuso sexual, la encuesta muestra que 4.4 millones de mujeres mayores de quince años refirieron haber sufrido abuso sexual en la infancia, lo que representa el 9.4% de la población. Dentro de la población que reportó la vivencia de algún tipo de abuso sexual; las categorías de eventos específicos se distribuyeron de la siguiente manera: violación 2.5%, intento de violación 3.9%, coerción para realizar actos sexuales a cambio de dinero 0.8%, tocamientos 6.4%, exhibicionismo 3.0% y coerción para observar pornografía 0.8%.

En cuanto a la relación de los perpetradores de abuso sexual con la víctima, la ENDIREH 2016 indica la distribución siguiente: tíos 20%, conocidos 16%, primos 15.7%, desconocidos 11.5%, hermanos 8.5%, otro familiar 6.4%, padrastro/madrastra 6.3%, padres 5.8%, otro 5.5%, abuelos 3.7% y madres 0.5%.

### **Relación Trauma – TLP**

En el TLP, las vivencias traumáticas producidas por amenazas, abuso físico, emocional o sexual por parte de los cuidadores se contraponen con la necesidad de protección y afecto que estas mismas figuras proporcionan. En el particular caso de estos pacientes, el ambiente primario se caracteriza por un apego desorganizado, convirtiéndose el contexto

familiar en una fuente de estrés importante. Como señala Schore (2001), la vivencia de estrés en edades tempranas impacta en la formación de la neocorteza prefrontal, fundamental en los procesos de mentalización y la regulación afectiva. La participación del maltrato, abuso y trauma psicológico apunta al daño directo de estos fenómenos sobre los procesos de mentalización necesarios para desarrollar la capacidad de reflexión sobre los estados internos en función del ambiente.

Un estudio realizado por Bremner, J., Narayan, M., Staib, L. (1999) apoya la teoría de que en el TLP hay deterioro de las funciones ejecutivas y la mentalización, inclusive se apunta que, ante síntomas de estrés agudo o postraumático, en estos pacientes se bloquea la capacidad de verbalización. El sujeto se expone por un lado a la reexperimentación sensorial de los sucesos traumáticos sin el mecanismo neurofisiológico funcional que le permita acceder y trabajar la experiencia de una manera verbal eficiente.

Los pacientes con TLP ante situaciones emocionalmente comprometidas, sufren regresiones a estados del desarrollo infantil, dada su afectación funcional de las áreas y procesos necesarios para la mentalización; por ello muestran inflexibilidad en los esquemas de pensamiento y atribución e incapacidad de reflexión de los propios estados mentales.

Golier, J., Yehuda, R., Bierer, L., Mitropoulou, V., New, A., Schmeidler, J., et al (2003) describieron que las experiencias traumáticas en pacientes con TLP se concentran en su mayoría en la etapa de infancia y adolescencia, destacando maltratos físicos en primer lugar y abuso sexual en segundo; en dicho estudio no se halló evidencia de incremento en la tasa de abuso sexual en pacientes con TLP respecto a sujetos sin TLP.

Kroll (1993) señala el parecido de la personalidad límite con el trastorno por estrés postraumático (TEPT). Esto al considerar que con mucha frecuencia la persona con trastorno límite presenta antecedentes de experiencias traumáticas durante la infancia. En el TLP, igual que en el TEPT la estructura cognitiva de la persona se ha modificado, de manera que sufre reexperimentaciones del trauma inicial. De forma impredecible, tanto los recuerdos como las imágenes del episodio traumático vuelven a la conciencia, ya sea de forma distorsionada, fragmentada o global.

Weaver, T. L., Clum, G. A. (1993) señalan que independientemente de las experiencias traumáticas vividas, la resignificación de dichas experiencias en función de la edad de ocurrencia y contexto ambiental es la base de los esquemas generadores del trastorno. Así también reportan alta incidencia de abuso sexual infantil entre los 6 y 12 años. En este sentido, la conducta autolesiva resulta una respuesta ante el estrés producto de la evocación y reexperimentación de las experiencias traumáticas.

Al respecto, en un estudio realizado por Pereda, N., Gallardo-Pujol, D., Jiménez, R. (2011). no se encontró evidencia que relacione el abuso sexual en la infancia con el desarrollo del TLP en comparación con otros trastornos de la personalidad. Dicho estudio apoya las hipótesis actuales que indican la inespecificidad de los efectos del abuso sexual infantil.

De acuerdo con Silk (1995), el abuso sexual experimentado de forma intensa y continuada durante la infancia impacta de forma negativa en la capacidad de la persona con trastorno límite para establecer vínculos seguros y satisfactorios, dando lugar a la creencia de un mundo de objetos malévolos. Esto, al generar la percepción de que los demás solo buscan su propia satisfacción y que por tanto son peligrosos. Los resultados de sus estudios



demuestran que la ocurrencia de abuso sexual continuado resulta el mejor predictor en cuanto a la gravedad de síntomas del TLP tales como intentos suicidas, desesperanza y minusvalía crónica, así como paranoia de tipo transitoria e intolerancia a estar solo.

## **2. CUIDADORES**

Benjamín, L. (1996) señala dos tipos de familia en las que crece el individuo límite. La primera es la familia caótica que se caracteriza por abuso de sustancias, ausencia y negligencia parentales, así como un estilo de vida melodramático. Por otro parte la llamada familia perfecta que no permite la expresión de emociones negativas y es incapaz de entender que los niños no puedan controlar sus sentimientos.

En relación con lo anterior Benjamín (1996) describe las características del desarrollo de la personalidad límite desde el modelo AECS (Análisis Estructurado de la Conducta Social).

1. Caos familiar.
2. Abandono traumático.
3. Valores familiares que impiden la autonomía, la expresión de felicidad y los logros, y que fomentan la dependencia y la desgracia.
4. Una familia que ofrece sus cuidados y atenciones solo cuando el individuo se siente desgraciado.

Masterson, J., Rinsley, D. (1975) señalan que la madre es la mayor responsable de la patogenia del trastorno límite, al amenazar al niño con retirarle su amor si éste se empeña en adquirir autonomía, fomentando la continuidad del vínculo simbiótico. Tal dilema establece

las bases del temor intenso al abandono que caracteriza al individuo límite, encontrando recompensas en la dependencia y percibiendo la independencia como una amenaza de pérdida del cariño. De esta forma, la constitución de síntomas del trastorno límite como las relaciones inestables, idealizadas o romantizadas y los estados de vacío y depresión serán el resultado de esta ambivalencia entre la autoafirmación y el abandono.

Sobre una línea similar, Adler, G. (1985) responsabiliza el fracaso de la persona con trastorno límite en la constancia del objeto a causa de una madre insensible o inadecuada. Los individuos límite según señala, son incapaces de internalizar una representación del cuidador que les proporcione seguridad cuando el cuidador no pueda estar presente físicamente, teniendo como consecuencia dependencia y temor al abandono.

Estudios retrospectivos y prospectivos longitudinales como el de Johnson, J., Cohen, P., Kasen, S. (2001) apuntan a que la presencia de abuso y negligencia aumentan el riesgo de desarrollo de trastornos de la personalidad. De esta forma, se atribuye un papel preponderante a las experiencias infantiles en función de la crianza para el desarrollo de la personalidad; de acuerdo con lo anterior los abusos y tratos negligentes, influyen desfavorablemente en los procesos de socialización de un individuo y permite el desarrollo de rasgos desadaptativos de la personalidad. De acuerdo con lo anterior, a continuación, se describe la relación entre los distintos tipos de abuso y su impacto en el TLP.

*Abuso físico:* En función de la hipótesis de la crianza disfuncional como gestora del desarrollo de los trastornos de la personalidad, el abuso físico impacta en la evolución de conductas violentas o criminales presentes en la evolución del trastorno antisocial de la personalidad. Los historiales de abuso físico en pacientes con TLP, señalan que tal abuso

puede contribuir al desarrollo de rasgos del trastorno sin que estos rasgos sean centrales para la definición de la patología límite.

*Abuso sexual:* Las evidencias señalan que la probabilidad de presencia de abusos sexual en personas con algún trastorno de la personalidad es más alta. Dentro de los trastornos de la personalidad, el TLP es en donde se refiere la mayor prevalencia de abuso sexual. Así mismo, se presenta una mayor tendencia a episodios recurrentes en comparación con la ocurrencia de episodios únicos.

En este sentido, la ocurrencia del abuso sexual puede tener una importante influencia en el desencadenamiento del TLP y en el desarrollo de sintomatología depresiva y problemas de interacción social.

*Abuso emocional:* De acuerdo con Ney, P. (1987) La violencia emocional repercute en tanto que los infantes interiorizan las afirmaciones denigrantes y descalificadoras, que incorporan a su autoconcepto, lo que en la adolescencia gesta sentimientos de vergüenza, culpa, desconfianza y resentimiento. En este sentido, la evidencia apunta a una presencia generalizada de este tipo de maltrato en el TLP y al desarrollo de sus rasgos desadaptativos. Por tanto, este tipo de maltrato contribuye a la génesis del trastorno independientemente de la existencia de otros tipos de abuso. El abuso físico en conjunción con el abuso sexual puede favorecer baja autoestima con ideación suicida.

*Negligencia:* La negligencia en la infancia contribuye al desarrollo de rasgos desadaptativos de la personalidad. En el TLP existe una mayor probabilidad de historiales de negligencia física, emocional y de supervisión respecto a otros trastornos de la personalidad; en este sentido Johnson señala que la negligencia emocional se relaciona con la aparición de

automutilación y conducta suicidas. Sin embargo, la negligencia de manera global se asocia mayormente al desarrollo de trastorno antisocial de la personalidad.

### **Crianza invalidante**

La influencia de un entorno invalidante frente a un “temperamento difícil” en la infancia según Thomas, A., Chess, S. (1984), resulta en una lucha eterna contra la disonancia de dos fuerzas opuestas en el adulto con trastorno límite. Esto es, contrario a realizar la representación y validación de la experiencia personal del niño respecto al mundo, el entorno invalidante convierte tal experiencia en una trivialidad e incluso la castiga.

En un estudio realizado por Machizawa-Summers, S. (2007) con población femenina japonesa se reporta que las pacientes con TLP definieron a sus padres como más sobreprotectores/controladores y menos cuidadosos respecto la población sin diagnóstico del trastorno. Así mismo este estudio arrojó como predictores del TLP abuso emocional, negligencia y sobreprotección por parte de los cuidadores. En general estos resultados indican que mientras los factores de riesgo psicológico en Japón son similares a los reportados en otras partes del mundo, la misma patología puede ser desencadenada a través de diferentes trayectorias causales.

Linehan, M. (1993) le nombra la autoinvalidación del yo, a la generación de sentimientos autoaversivos acompañados de una profunda ira. Estos sentimientos se alimentan de la evocación selectiva de fracasos, humillaciones y errores, lo que genera la creencia de que merecen castigo por ser sucios y malos, al mismo tiempo se consideran indignos de cualquier clase de satisfacción y afecto. La persona afectada desacredita sus emociones, pensamientos y conducta; desarrollando una muy baja tolerancia a la frustración,

misma que desencadena una ira inapropiada sostenida por la percepción de daño y persecución atribuida a los vínculos cercanos, a los cuales dirigirá la rabia y frustración autoatribuida. Esta situación implica un círculo de sostén del esquema vicioso, en donde por temor al abandono y ante la reacción de la persona agredida, retraen su conducta llenándose de autorreproches, generando más ira. Como estrategia emergente, estos pacientes pueden aislarse como medio de protección al desasosiego, que producen sus esquemas patológicos en las relaciones interpersonales y como consecuencia pueden aparecer síntomas depresivos.

El ambiente invalidante descrito por Linehan (1993) tendría por consecuencia la desregulación emocional, que es el elemento definitorio del trastorno dentro del modelo, pues explica los comportamientos impulsivos, las distorsiones de identidad y las dificultades en las interacciones sociales. Los pacientes con TLP son emocionalmente vulnerables y desregulados. La primera característica se refiere a todos los factores genéticos y temperamentales que les predispone a sobrerreaccionar a estímulos mínimos; y la segunda característica supone en estos pacientes, la imposibilidad de reducir y controlar la intensidad de los estados emocionales intensos.

Inicialmente la invalidación indica al individuo que las descripciones y análisis de experiencias propias son erróneas, particularmente en lo relacionado a opiniones respecto al origen de sus acciones, creencias y emociones. Posteriormente relaciona sus experiencias con rasgos de personalidad o características socialmente inaceptables.

La gravedad de las consecuencias de este patrón de desarrollo radica en el hecho de que, sin una representación y validación adecuadas, el individuo no puede aprender a categorizar de forma adecuada experiencias ni emociones propias. De esta forma, tampoco

puede desarrollar objetivos realistas ni confiar en que sus respuestas emocionales son interpretaciones válidas frente a los acontecimientos. Así también, dado que el entorno invalidante no permite la manifestación de emociones negativas, la persona límite aprende que para obtener alguna respuesta es necesario expresar emociones intensas.

### **3. CONDUCTA AUTOLESIVA**

De acuerdo con Simeon, D., Favazza, A. (2001), la conducta autolesiva es toda aquella conducta que implica la provocación deliberada de un daño físico directo al cuerpo del sujeto, esto sin intención alguna de morir como consecuencia de dicha conducta. Ésta se diferencia de la conducta suicida por la intencionalidad y desenlace mortal, y del intento suicida únicamente en la intencionalidad de morir sin desenlace mortal.

De acuerdo con Espinosa, J., Grynberg, B., Romero, M. (2009), los intentos suicidas son la mayor causa de hospitalización en pacientes con TLP. Así también, refiere recaídas constantes que involucran un gran coste a nivel social y personal. Lo anterior en términos de hospitalización, tratamiento e incapacidades laborales.

Herpetz, S. (1995) ubica el inicio de la conducta autolesiva al inicio de la vida adulta de mujeres, en las que presenta su máximo entre los 18 y los 24 años. Así mismo, explica los episodios autolesivos como consecuencia de acontecimientos externos frustrantes y el cúmulo de emociones abrumadoras. Frecuentemente, el episodio aparentemente impulsivo de conducta autolesiva suele ir seguido de una rápida liberación de tensión.

La conducta autolesiva se presenta como un recurso de los individuos con trastorno límite ante estados de vacío y autodistanciamiento emocional. Dichos estados provocados por sentimientos intensos desagradables, que son el sustento de sus esquemas psicológicos disfuncionales caracterizados por la percepción de vulnerabilidad e indignidad. Las conductas anteriormente citadas se presentan para perpetuar el estado de separación momentánea de la propia subjetividad vivida como intolerable y dañina, o bien como un método de evitación de situaciones que generan sufrimiento.

Millon (2001) describe la utilidad del comportamiento autolesivo como un medio de control externo, para conseguir cuidados y protección, así como para expresar ira y resentimiento.

Como consecuencia de la imagen que el individuo límite tiene de sí, las autolesiones representan este abandono de sí mismo como una respuesta al sentirse abandonado. Sin embargo, también sirven como medio para conmocionar o controlar a los demás, incluso los intentos suicidas ayudan a culpabilizar a quienes la persona límite considera que deberían hacerlo si se llega a consumar el suicidio.

El concepto del *yo extraño* propuesto por Fonagy (1997) sostiene que la conducta autolesiva, surge como una respuesta ante la experiencia aterradora de una parte de la subjetividad vivida como amenazante. Al autolesionarse, el daño al cuerpo constituye un acto simbólico, pero irreflexivo, de eliminación de la parte disruptiva del propio yo, independientemente de las motivaciones conscientes como el autocastigo y la reducción de la tensión.

Al respecto, es importante señalar los factores de riesgo externos reportados por Espinoza (2009) para la conducta autolesiva: vivencia abuso sexual referido en el 86% de los casos, separación de la pareja en el 46.6%, divorcio de los padres en el 40% y el suicidio de algún familiar cercano en 6.6%.

Los reportes de intentos suicidas en estos pacientes se diferencian de las autolesiones por la experiencia subjetiva de desesperación, desesperanza y tristeza intrínseca que acompañan a los primeros. Mientras que las autolesiones están en función de la pérdida de una persona querida; en tanto que los vínculos afectivos otorgan la sensación de protección para su yo amenazante.

Para ambos casos el sustento es la búsqueda de la aniquilación de la parte no integrada y amenazante de su yo. En este sentido, los propios sujetos reportan la percepción de baja letalidad de los intentos, acompañada del alivio subjetivo de la tensión global.

En relación con lo anterior, en un estudio realizado en México se reporta una tasa alta de conductas autolesivas de menor letalidad en mujeres de una muestra con TLP, tales como ingestión de medicamentos, cortes cutáneos o intoxicación en presencia de personas que les pudiesen auxiliar (Espinoza, 2009)

Por otra parte, como consecuencia del vacío y la carencia de metas, los individuos límite presentan conductas de riesgo sustentadas en la necesidad de activación fisiológica-emocional, tales como la promiscuidad sexual, consumo de drogas o bulimia nerviosa.

Los sentimientos de culpa son otra motivación, en menor grado, en pacientes con este trastorno para la conducta autolesiva. Lo anterior se sustenta en la autopercepción de ser



inaceptables e intrínsecamente malos, lo que les conduce a albergar sentimientos de ira extrema y a expresarlos en contra de las figuras amadas. Los pacientes asumen una postura agresiva como forma de obtener seguridad ante su propia sensación de minusvalía, y dada la concepción de los otros como amenazantes y desleales pueden suscitarse episodios agresivos.

Los exabruptos de violencia hacia otros por parte de las personas con trastorno límite también se explica como la intención de destrucción de la propia experiencia subjetiva problemática. Esta surge particularmente ante la percepción de humillación por el rechazo de un vínculo afectivo, que a su vez se convierte en la representación del *yo extraño*. En este sentido, los actos de violencia son vividos con alegría y liberación, seguidos de sentimientos de culpa y conductas de autocastigo.

Dubó (1997) señala que, además de resultar factores de riesgo en el desarrollo de la personalidad límite, el abuso sexual y la negligencia emocional por parte de los cuidadores durante la infancia, están muy relacionados con la conducta autolesiva. Así también, describe que tal comportamiento suele desaparecer en el transcurso de la vida adulta. Sin embargo, para algunos sujetos la conducta autolesiva continúa siendo una práctica habitual a lo largo de la vida, ahora a través del sabotaje del tratamiento o del consumo de múltiples fármacos.

De acuerdo con diversos estudios realizados por autores como Pascual, J., Soler, J., Baiget, M., Cortés, A., Menoyo, A., Barrachina, J., et al (2007), el sistema serotoninérgico parece estar implicado en síntomas característicos del TLP, tales como inestabilidad afectiva, conducta impulsiva y suicida.

Por ejemplo, Van Praag, H. (1991) refiere que la serotonina está implicada en la agresividad impulsiva heterodirigida y en la agresividad dirigida hacia sí mismo, como el

suicidio y la automutilación. Estas observaciones también son mencionadas por New (1997), señalando que los sujetos con TLP que tienen importantes alteraciones serotoninérgicas presentan un riesgo muy elevado de autolesionarse.

Según los hallazgos realizados por Pascual (2007), existe una asociación significativa entre el gen del transportador de serotonina y algunas dimensiones de personalidad, tales como la impulsividad y la búsqueda de sensaciones en pacientes TLP. Esto podría sugerir que dicho gen tiene un papel importante en la etiología del trastorno.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **Justificación**

La importancia práctica del presente trabajo radica en describir la incidencia de factores como la crianza y la experiencia de eventos traumáticos en las características de la conducta autolesiva en personas con TLP. Los resultados descritos podrán ser de utilidad al personal de salud mental acerca de la posible presencia, curso y riesgo potencial de conductas autolesivas y tentativas suicidas en manifestaciones iniciales del TLP.

### **Objetivo**

El presente estudio es de carácter descriptivo; tiene el propósito de conocer las características de la conducta autolesiva y de la vivencia de experiencias traumáticas en pacientes diagnosticadas con Trastorno Límite de la Personalidad. Una vez identificadas dichas características, se buscar hallar la existencia de diferencias significativas entre ellas.

### **Preguntas de investigación**

¿Cuáles son las características de la conducta autolesiva y de la vivencia de experiencias traumáticas en pacientes diagnosticadas con TLP?

¿Existe evidencia de ocurrencia de experiencias traumáticas en pacientes diagnosticadas con TLP?

¿El trato de los cuidadores, percibido por las pacientes, tiene influencia en las características de la conducta autolesiva de pacientes diagnosticadas con TLP?

## **Hipótesis**

Las participantes que conforman la muestra se caracterizarán en su mayoría por reportar abuso, abandono y maltrato emocional como trato por parte de sus cuidadores. En los casos en los que estas características predominen, se encontrará influencia de las mismas sobre las características de la conducta autolesiva.

La vivencia de experiencias traumáticas, asociada al desarrollo dentro de una dinámica disfuncional tiene influencia sobre las características de las conductas autolesivas presentadas en mujeres diagnosticadas con TLP.

## **Categorías de estudio**

1. Características de la conducta autolesiva:
  - Edad de inicio
  - Frecuencia
  - Método empleado
  - Intención suicida o no-suicida
  
2. Dinámica familiar: Percepción de trato recibido por cuidadores en el proceso de crianza.
  
3. Vivencia de experiencias traumáticas: Eventos fortuitos que presenten las siguientes características:
  - Reexperimentación intrusiva: Consiste en la reviviscencia del evento traumático a través de la evocación involuntaria de recuerdos, pesadillas y flashbacks.

- Hiperactivación fisiológica: Respuestas fisiológicas producidas por estrés, particularmente miedo intenso, hipervigilancia e irritación.
- Conductas de evitación: Implica eludir lugares y situaciones que evoquen la experiencia traumática; para así evitar la reexperimentación intrusiva. Así mismo se presenta embotamiento afectivo, que es un bloqueo emocional en situaciones cotidianas que produce deterioro en las relaciones interpersonales.
- Edad de ocurrencia del evento traumático.
- Características del evento traumático.

## **Participantes**

La muestra estuvo conformada por 44 pacientes de sexo femenino, con diagnóstico de TLP con edades entre los 18 y 43 años, y con presencia de al menos una conducta autolesiva a lo largo de la vida.

Las participantes, pacientes del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez (HPFBA), fueron usuarias de los servicios de Hospitalización Continua, el cual brinda atención a población con cuadros patológicos agudos que requieren atención y supervisión las 24 horas, de donde se obtuvieron datos de 32 pacientes; también se trabajó con usuarias del servicio de Consulta Externa que atiende a población con cuadros patológicos controlados que no requieren internamiento y de donde se obtuvieron datos de 12 pacientes.

La elección exclusiva de pacientes mujeres se determinó atendiendo la conveniencia reflejada en las estadísticas epidemiológicas disponibles, en donde la presencia del diagnóstico de TLP prevalece en proporción de 3 a 1 respecto de los varones. Cabe señalar que la población masculina con dicho diagnóstico dentro del HPFBA presenta una

prevalencia prácticamente nula.

## **Instrumentos**

**Entrevista semi-estructurada (ANEXO 1):** Entrevista exploratoria a través de la cual se exploran las variables previamente mencionadas. Se encuentra dividida en tres secciones:

Sección 1: Consiste en 7 preguntas que exploran las características del vínculo primario con los cuidadores desde la perspectiva de la paciente. Abarca la estructura familiar nuclear y periférica, las condiciones socioeconómicas, la relación e identificación con sus cuidadores.

Sección 2: Consiste en 16 preguntas que abordan la presencia y características sintomatológicas de experiencias traumáticas, subdivididas en las siguientes 3 subsecciones que evalúan los tres grupos de síntomas del Trastorno por Estrés Postraumático (basado en la Escala de Trauma de Davison (ETD)). La ETD mide la gravedad y frecuencia de síntomas en individuos que han experimentado un trauma. Posee una consistencia interna de  $\alpha=.99$  general. Para la subescala de frecuencia,  $\alpha =.97$  y para la de gravedad,  $\alpha =.98$ . Las categorías sintomatológicas que mide son las siguientes:

- Reexperimentación intrusiva
- Hiperactivación fisiológica
- Conductas de evitación

Sección 3: Explora las características de conductas autolesivas realizadas por las pacientes.

- Edad de inicio
- Frecuencia
- Método empleado
- Intención

## **Procedimiento**

Las pacientes fueron entrevistadas de forma individual en espacios y tiempos dispuestos por el HPFBA. Dichas entrevistas se efectuaron en dos sesiones de 60 minutos de duración aproximada, dentro de un periodo de cuatro meses. Previo a cada entrevista, a las pacientes se les proporcionó un consentimiento informado (ANEXO1) para llevar a cabo una grabación en audio durante la misma.

Para la realización de las entrevistas se solicitó un espacio físico (consultorio) dentro de los servicios de hospitalización continua y de consulta externa del HPFBA. Además, se utilizaron dispositivos portátiles para la grabación y posterior análisis de las respuestas verbales completas de las pacientes a todas las preguntas de cuestionario, con la finalidad de tener mayor veracidad en la información para posteriormente establecer categorías de acuerdo a las respuestas proporcionadas.

## **RESULTADOS**

Los resultados se describen en dos grandes apartados. En el primero, se presentarán frecuencias y porcentajes de las variables evaluadas a través de la entrevista. En la segunda se describirán los resultados estadísticos de algunas comparaciones entre correlaciones y diferencias obtenidas al cruzar las variables objeto de este estudio.

Para proceder con este objetivo, la información generada por las entrevistas fue separada en términos de las dimensiones evaluadas y con base en ella se formaron categorías, se establecieron códigos y se procedió a cuantificar la información. Los datos resultantes fueron sometidos a análisis con el programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) en su versión 23.0 para la elaboración de las tablas y los análisis correspondientes.

De esta manera, los resultados se presentarán en el siguiente orden: A) Características sociodemográficas, B) Características de la conducta autolesiva, C) Vivencia de experiencias traumáticas, D) Dinámica familiar, E) Dimensiones y atributos personales.

### **Características sociodemográficas**

En este apartado se describen los atributos sociodemográficos que caracterizan a la muestra estudiada.

#### 1) Edad



En la *Tabla 1* se puede observar que la paciente más joven que se entrevistó tenía 18 años al momento de la evaluación, y la persona con mayor edad tenía 43 años. El promedio de edad correspondió a 25 años con 3 meses. En la tabla se puede observar que la distribución de la población es más frecuente en el rango comprendido entre los 18 y los 24 años, con un total de 21 participantes, lo que representa el 47.72% de la muestra.

*Tabla 1.* Distribución de edades.

Rangos de edad	Frecuencia	Porcentaje
18 a 24	21	47.72
25 a 31	17	38.63
32 a 38	4	9.09
38>	2	4.54
Total	44	100.00

## 2) Nivel de estudios

En la *Tabla 2* se presentan los datos referentes a la variable sociodemográfica *nivel de estudios*. La mayor concentración de datos se encuentra entre bachillerato con un total de 16 participantes, y licenciatura con un total de 14 participantes, lo que representa el 68% de los datos totales. Únicamente 3 personas refirieron contar con primaria como máximo grado de estudios, en contraste con una sola que refirió maestría. No se obtuvieron datos de 2 participantes.

*Tabla 2.* Nivel de estudios.

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Primaria	3	6.81
Secundaria	8	18.18
Bachillerato	16	36.36
Licenciatura	14	31.81
Maestría	1	2.27
Sin dato	2	4.50
Total	44	100.00

### 3) Estado civil

En la *Tabla 3* se presentan los datos en lo que a la variable sociodemográfica *estado civil* se refiere. La situación predominante en la muestra es de soltería, con un registro de 27 participantes, lo que representa el 61.36% de la muestra. Por otra parte, 3 participantes que representan el 6.81% de los datos refirieron encontrarse separadas. Así mismo, en la tabla se aprecia que 12 de las participantes mantenían una relación de pareja formal (casadas o en unión libre) al momento de la evaluación. No se obtuvieron datos de 2 participantes.

*Tabla 3.* Estado civil.

Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltera	27	61.36
Unión libre	5	11.36
Casada	7	15.90
Separada	3	6.81

Sin dato	2	4.50
Total	44	100.00

#### 4) Ocupación

Como se aprecia en la *Tabla 4*, la mayor concentración de datos se reparte en proporciones iguales para las participantes que estudian, con un 25% y a aquellas que son amas de casa con igual porcentaje, mismo que equivale a 11 participantes en cada una de las ya mencionadas ocupaciones. Es importante señalar que 9 participantes, que representan el 20.45% de la muestra refirieron no tener ocupación al momento de la entrevista. No se obtuvieron datos de 2 participantes.

*Tabla 4.* Ocupación.

Actividad	Frecuencia	Porcentaje
No estudia/No trabaja	9	20.45
Estudia	11	25.00
Trabaja	9	20.45
Estudia y trabaja	2	4.50
Ama de casa	11	25.00
Sin dato	2	4.50
Total	44	100.00

## 5) Religión

Respecto a la religión de las pacientes, 10 refirieron no practicar religión alguna, lo que representa el 22.72%, mientras que 23 refirieron profesar la religión católica, equivalente al 52.27%. No se proporcionaron datos de 11 pacientes.

*Tabla 5. Religión*

Religión	Frecuencia	Porcentaje
Atea	10	22.72
Religiosa	23	52.27
Sin dato	11	25.00
Total	44	100.00

## 6) Número de hermanos

La mayor cantidad de datos en cuanto al número de hermanos de las participantes es de 2 con una frecuencia de 13 participantes, equivalente al 29.5% de la población total. Es importante señalar que en solamente 6 casos las pacientes reportaron no tener hermanos, lo cual indica que la gran mayoría de la muestra se caracteriza por tener al menos un hermano.

*Tabla 6. Número de hermanos.*

Hermanos	Frecuencia	Porcentaje
0	6	13.60
2	13	29.50
3	10	22.70
4	5	11.40
5	6	13.60
6	2	4.50
7	1	2.30
10	1	2.30

#### 7) Lugar que ocupa entre los hermanos

Como se indica en la *Tabla 7* la mayor frecuencia en cuanto al lugar que ocupan las participantes dentro del grupo de hermanos es el 2°, con un total de 12 casos, equivalentes al 27.3%. No se obtuvieron datos de 3 participantes.

*Tabla 7.* Lugar entre los hermanos

Lugar	Frecuencia	Porcentaje
NH	9	20.50
1°	9	20.50
2°	12	27.30
3°	6	13.60
4°	4	9.10
5°	2	4.50

6°	1	2.30
10°	1	2.30

#### 8) Servicio de procedencia

El servicio de procedencia de las participantes del presente estudio se muestra en la *Tabla 8*. La mayor cantidad de pacientes pertenecía al servicio de hospitalización continua al momento de ser entrevistada, esto es una frecuencia de 32 casos, equivalentes al 72.7% de la población. Por otra parte, el porcentaje restante de la muestra era usuaria del servicio de consulta externa al momento de participar, resultando en 12 casos equivalentes al 27.3%.

*Tabla 8.* Servicio de procedencia.

Servicio	Frecuencia	Porcentaje
Hospitalización continua.	32	72.70
Consulta externa	12	27.30

#### 9) Comorbilidad diagnóstica

De la población total, 32 casos equivalentes al 72,72% presentaron comorbilidad con algún otro trastorno psiquiátrico. Esto es, la presencia de un diagnóstico adicional al de TLP. Así, la comorbilidad obtenida a partir de los diagnósticos de hospitalización ubica tales trastornos dentro de tres clasificaciones clínicas: Trastornos del Estado de Ánimo, Trastornos

de Ansiedad y Otros Trastornos Psiquiátricos. De los anteriores, la mayor concentración de datos se presentó respecto a Trastornos del Estado de Ánimo, con una frecuencia de 19 casos, equivalentes al 43.18 de la población. Por otra parte, Los Trastornos de Ansiedad presentaron comorbilidad en 6 casos, equivalentes al 31.81%, y los trastornos presentes restantes se encontraron con una frecuencia de 14 datos, que representan el 31.81% de la muestra.

Tabla 9. Comorbilidad diagnóstica.

Trastornos Asociados	Frecuencia	Porcentaje
Trastornos del estado de ánimo	19	43.18
Trastornos de ansiedad	6	13.63
Otros	14	31.81
Total	32	72.72

### **Características de la conducta autolesiva**

En este apartado se describen las características de los comportamientos autolesivos reportados por las pacientes. Esto en tanto a la edad en que tales conductas fueron presentadas en una primera ocasión, así como los métodos utilizados, los motivos e intencionalidad y la frecuencia de ocurrencia de estos episodios.

#### 1) Edad de inicio

Las edades de comienzo para las conductas autolesivas reportadas por las participantes se concentra en su mayoría en el rango de edad comprendido entre los 11 y los 20 años, para el cual se presentan 26 datos, que representan un poco más de la mitad de la

muestra total. Por otra parte, la menor cantidad de datos de inicio para los ya mencionados comportamientos, suceden antes de los 6 y posterior a los 26 años de edad, tal como se aprecia en la *Tabla 10*.

*Tabla 10.* Edad de inicio.

Rango	Frecuencia	Porcentaje
6-10	6	13.63
11-15	14	31.81
16-20	12	27.27
21-25	8	18.18
26-30	2	4.50
31-<	2	4.50

## 2) Cantidad de métodos utilizados

La mayor parte de las participantes del estudio, reportaron más de un método de conducta autolesiva. En la *Tabla 11* se presenta la frecuencia de la cantidad de métodos utilizados, resultando la mayor concentración de datos entre 2 y 3, cada una con 11 casos, equivalentes en total al 50% de la muestra. Por otra parte, se registraron 2 datos que reportan hasta 6 métodos distintos y en el caso contrario, 7 datos que implican solo un método de conducta autolesiva.

*Tabla 11.* Cantidad de métodos utilizados.



Métodos	Frecuencia	Porcentaje
1	7	15.90
2	11	25.00
3	11	25.00
4	9	20.50
5	4	9.10
6	2	4.50

### 3) Tipo de métodos utilizados

La muestra estudiada presenta una distribución mayoritaria de datos en lo referente a ingerir medicamentos psiquiátricos y realizarse cortes con objetos afilados, como métodos para la ejecución de conducta autolesiva, implicando porcentajes superiores al 70% del total de participantes. A su vez, provocarse lesiones en la piel e infligirse golpes en alguna parte del cuerpo se presentan en una mediana proporción. Finalmente, una mínima fracción de los reportes, hablan de envenenamientos, asfixia, tirones de cabello y otras conductas como métodos autolesivos. Para la elaboración de la *Tabla 12* se tomó en cuenta la totalidad de eventos y métodos utilizados, por lo cual una paciente puede computar para uno o más métodos según sea el caso.

*Tabla 12.* Tipos de métodos utilizados.

Método	Frecuencia	Porcentaje
Ingesta de Medicamentos	33	72.72

Envenenamiento	7	9.00
Cortes	33	75.00
Lesiones en la piel	17	38.63
Golpes	14	31.81
Asfixia	8	18.18
Tirones de Cabello	6	13.63
Otros	3	6.80

#### 4) Intención de la conducta autolesiva

Los datos mostrados en la *Tabla 13* respecto a la intención de las participantes al llevar a cabo la conducta autolesiva, se presentan a continuación en términos de Intención Suicida e Intención Únicamente No Suicida. Así también se señalan los casos para los cuales, la ocurrencia de tales conductas llegó a presentar ambas intenciones en episodios distintos. Al respecto, la presencia de ambas intenciones se ubica como el dato mayoritario, identificado en 31 casos que representan el 70.5% de la muestra. Mientras que la Intención Únicamente Suicida se presenta en 9 casos, así como la No Suicida en 4 casos, que equivalen al 20.5% y 9.1% de la muestra respectivamente. Es importante señalar que en total 40 pacientes reportaron intentos de suicidio, lo que representa el 90.90% del total de la muestra. Únicamente se tomó en consideración la descripción de intención y no la gravedad de los daños físicos ocasionados.

*Tabla 13.* Intención de la conducta autolesiva.

Intencionalidad	Frecuencia	Porcentaje
-----------------	------------	------------

Únicamente No Suicida	4	9.10
Únicamente Suicida	9	20.50
Ambas	31	70.50

#### 5) Frecuencia de la conducta autolesiva

En términos generales, la frecuencia de la conducta autolesiva, tal como se muestra en la *Tabla 14*, oscila entre casos primerizos esporádicos, hasta casos de frecuencia muy elevada. Los factores asociados son la edad de ocurrencia y los años de ejecutar tales conductas, es decir los casos en donde menor era la edad de ocurrencia de la primera autolesión mayor frecuencia presentaba.

*Tabla 14.* Frecuencia de la conducta autolesiva.

Rango de eventos	Frecuencia
0-25	31
25-50	1
51-75	2
76-100<	10

#### 6) Motivos de la conducta autolesiva

Los motivos reportados por las pacientes al momento de llevar a cabo conductas autolesivas se muestran en la *Tabla 15* expresados en términos de motivos de Control Interno y motivos de Control Externo. El Control Interno se refiere a la autoregulación de la

sobreexcitación emocional, mientras que el Control Externo busca incidir sobre la respuesta emocional de personas próximas. La mayor frecuencia de datos en relación a tal clasificación se encuentra en torno a los Motivos de Control Interno, con una frecuencia de 38 casos, equivalentes al 86.4% de la muestra, mientras que los motivos de Control externo se presentan en un menor número, con un total de 6 datos, equivalentes a un 13.6%.

*Tabla 15.* Motivos de la conducta autolesiva

Motivos	Frecuencia	Porcentaje
Control Interno	38	86.40
Control Externo	6	13.60

#### 6.1) Motivos particulares de la conducta autolesiva.

En la *Tabla 16* se presentan los resultados en lo que a motivos particulares de la conducta autolesiva compete. En primer lugar, destacan reportes verbales que vinculan el daño autoinfligido con la disminución de respuestas fisiológicas y emociones disfóricas que acompañaban a situaciones tales como disputas familiares, amenazas de separación por parte de la pareja y problemas económicos, sin que se refiriera la búsqueda de alguna ganancia secundaria. Solo una paciente mencionó como propósito de su conducta autolesiva provocar en su cuidador culpa y sufrimiento emocional. En términos generales las pacientes describían más de una motivación en su historial de daño autoinfligido.

*Tabla 16.* Motivos particulares de la conducta autolesiva.

Motivo	Frecuencia	Porcentaje
Desestresor	22	50.00
Paliativo	13	29.50

Placer	5	11.36
Autocastigo	10	22.72
Manipulación	8	18.18
Manejo de la Ira	16	36.36
Imitación	2	4.50
Heterocastigo	1	2.20

### Vivencia y manejo de experiencias traumáticas

A continuación, se presentan los datos relacionados con experiencias traumáticas, en lo que corresponde a edad de ocurrencia, naturaleza, perpetradores, manejo e índices de Trastorno de Estrés Postraumático, estos últimos evaluados mediante la Escala de Trauma Davison (ETD).

#### 1) Vivencia de trauma

Del total de la muestra compuesta por 44 participantes, 27 reportaron haber sufrido alguna experiencia traumática lo que representa el 61.36%, tal como se muestra en la *Tabla 17*. Dentro de la población estudiada la edad mínima de la experiencia fue de 4 años, referida en 3 casos y 22 años como edad máxima presente en un caso. El promedio de ocurrencia de trauma es de 10 años; 19 casos acontecieron antes de los 12 años.

*Tabla 17.* Vivencia de trauma.

Pacientes	Frecuencia	Porcentaje
Sufrieron traumas	27	61.36

No sufrieron traumas	17	38.63
----------------------	----	-------

## 2) Tipo de trauma

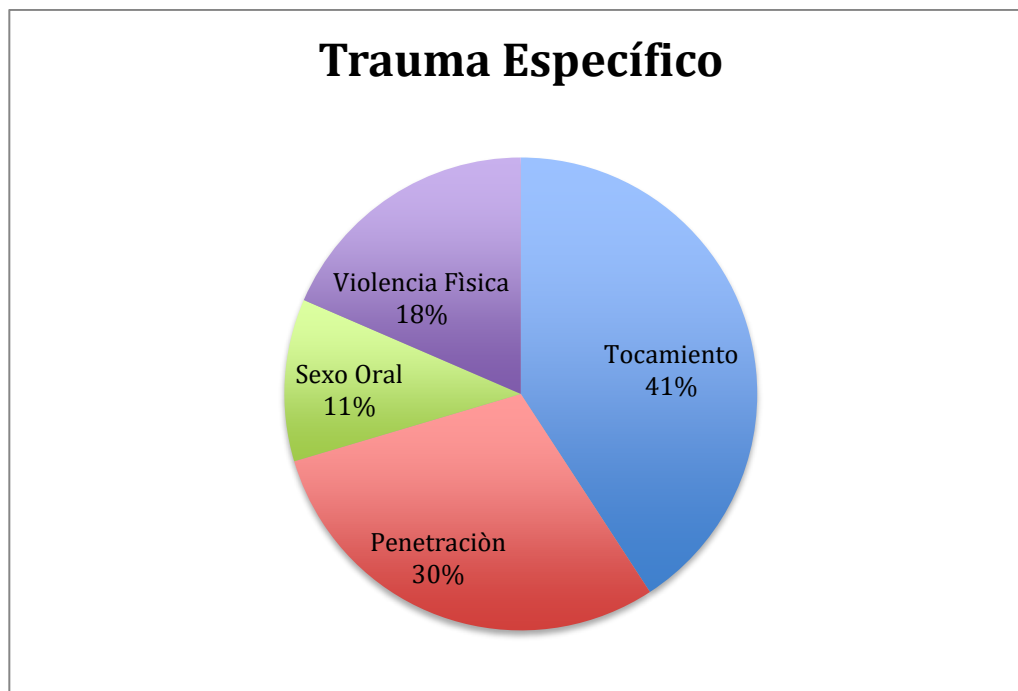
De los 27 casos reportados 22 son de tipo sexual, lo que representa el 50% del total de las pacientes entrevistadas, y 5 fueron producto de violencia física directa, lo que representa el 11.36%, como se muestra la *Tabla 18*.

*Tabla 18.* Tipo de trauma.

Características	Frecuencia	Porcentaje
Abuso sexual	22	50.00
Violencia física	5	11.36

### 2.1) Característica específica del evento traumático

Las experiencias reportadas de tipo sexual se presentan en la Gráfica 1 y se distribuyen de la siguiente manera: tocamiento en 11 ocasiones, penetración en 8 ocasiones y sexo oral en 3 ocasiones. Para los 5 eventos de violencia física no hubo características específicas.



Gráfica 1. Trauma Específico.

### 3) Edad de ocurrencia del evento traumático

En el siguiente apartado se describen los datos referentes a la edad de ocurrencia de las experiencias traumáticas en la muestra. La edad mínima reportada es de 4 años, presente en el mayor número de casos con un total de 4. La edad máxima es de 22 con un solo caso referido. El promedio de edad de ocurrencia del trauma es de 10 años y 4 meses. Estableciendo rangos de seis años entre esta población queda distribuida como se muestra en la *Tabla 19*.

Tabla 19. Edad de ocurrencia del evento traumático.

Rango	Casos	Porcentaje
4-10	16	59.25
10-16	5	18.51

#### 4) Frecuencia de la experiencia traumática

De los 27 casos abordados 14 fueron continuos, es decir se repitió el evento más de una vez por un periodo de tiempo oscilante entre 2 semanas mínimo y 12 años máximo, equivalentes al 51.83%. Por otra parte 13 casos fueron discretos, estos son eventos que acontecieron una vez en la vida de la paciente y su proporción es del 48.32%.

#### 5) Perpetrador del evento traumático

Respecto a los perpetradores, vecinos y desconocidos fueron los mayormente señalados con un total de 7 casos, todos ellos de carácter sexual, lo que representa el 25.92% del total de pacientes que reportaron eventos traumáticos. Tal como se muestra en la tabla 16, solo se refirió un solo caso de violencia física perpetrada por la madre.

*Tabla 20.* Perpetrador del evento traumático.

Perpetrador	Frecuencia	Porcentaje
Ambos	1	3.70
Solo madre	1	3.70
Solo padre	3	11.11
Hermanos	2	7.40
Tíos	5	18.51
Otros	3	11.11
Extraños	7	25.92



#### 6) Respuesta del cuidador ante el evento traumático

Esta sección refiere las reacciones de los padres hacia las pacientes al enterarse que éstas habían sufrido alguna experiencia traumática. De los 27 casos, en 11 (40.54%) los padres decidieron ignorar el evento traumático sufrido por sus hijas. En 5 casos (18.51%) no se enteraron de lo acontecido y en 4 casos (14.81%) culparon a la víctima por el trauma vivido. En 3 casos (11.11%) canalizaron a la víctima a atención psicológica y en otros 3 casos los cuidadores brindaron apoyo y protección emocional. Solo en un caso (3.7%) denunciaron al agresor.

#### 7) Tiempo para hablar de la experiencia traumática

En este apartado 8 personas reportan haber relatado la vivencia de experiencias traumáticas de inmediato, 18 emplearon mínimo 1 año y máximo 24 años. El promedio para la verbalización fue de 13 años. Estableciendo rangos de 8 años los datos quedan distribuidos como muestra la *Tabla 21*.

*Tabla 21.* Tiempo para hablar de la experiencia traumática.

Rango de años	Casos
1-8	4
8-16	7

### 8) *Escala Davidson para Trastorno por Estrés Post-Traumático*

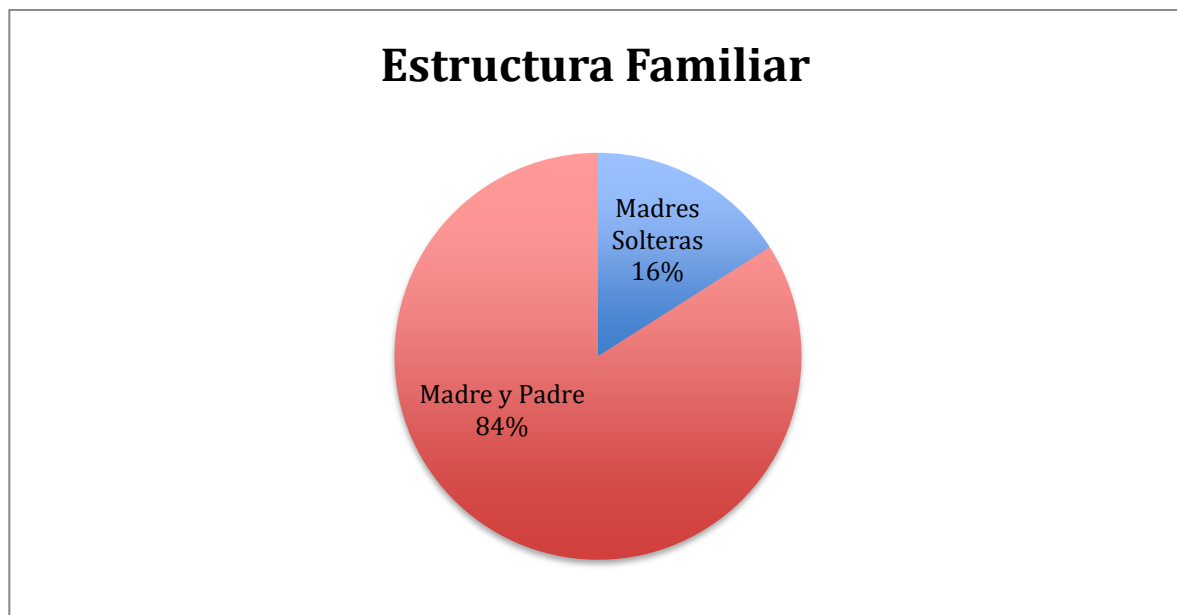
Los índices de gravedad de sintomatología derivada de experiencias traumática evaluada mediante la EDT reportó como grupo predominante de síntomas la reexperimentación intrusiva con un puntaje de 165, seguido de hiperactivación fisiológica con un puntaje de 106 y por último evitación conductual con un puntaje de 92.4. El máximo obtenido por una paciente fue de 26 y el mínimo fue de 5.

### **Dinámica familiar**

En el presente apartado se describen las características de los vínculos familiares, abordando la composición de la estructura familiar, la percepción de trato recibida por la madre, padre y el concepto formado sobre la personalidad de ambos. Así también se aborda la percepción de preferencia explícita hacia los hermanos en detrimento de las participantes.

#### 1) Estructura familiar

La composición de la estructura familiar en 37 pacientes se reportó como la cohabitación de padre y madre durante los primeros 15 años de vida, lo que representa el 84% del total de la muestra; en 7 casos se reportan hogares formados por madres solteras que equivalen al 16% como se muestra en la *Gráfica 2*.



Gráfica 2. Estructura familiar.

## 2) Percepción del trato recibido por parte de los cuidadores

Para la construcción de esta sección se conceptualizaron patrones de paternidad relativos al ejercicio de las funciones normativas, afectivas y de relación de poder identificados por las pacientes en sus relatos; derivando en los siguientes descriptores:

*Permisivo* son aquellas tendencias a cumplir funciones afectivas mas no normativas, que promueven conductas perjudiciales, así también involucra preferencia abierta por la paciente respecto de los hermanos.

*Controlador.* Implica la intromisión abierta en los espacios, relaciones interpersonales e idiosincrasia de las pacientes.

*Ausente.* Refiere casos en donde no se logra establecer un vínculo de comunicación y cercanía por necesidades de trabajo o por negativa del familiar.

*Ambivalente.* La dinámica familiar y las relaciones parentales son vivenciadas intensamente de forma positiva y negativa.

*Violento.* Implica el ejercicio del poder y control, sin ningún componente de afecto referido por las pacientes, teniendo como objetivo infligir daño físico, emocional, sexual e intrafamiliar.

*Paternidad positiva.* Aplica a aquellos padres que cumplen tanto funciones normativas como afectivas, sin ejercicio de algún tipo de violencia.

## 2.1) Percepción del trato recibido por parte de la madre

A continuación, se presentan los descriptores generales del trato percibido respecto a la madre. Como se indica en la *Tabla 22*, en 16 casos dicho trato fue conceptualizado como violento representando un porcentaje de 36.4%, para el resto de marcadores las menciones oscilan entre 7 y 5.

*Tabla 22.* Percepción del trato recibido por parte de la madre

Descriptor	Casos	Porcentaje
Violenta	16	36.40
Permisiva	7	15.90
Ausente	6	13.60
Ambivalente	5	11.40
Controladora	5	11.40
Paternidad positiva	5	11.40

## 2.2) Descriptores del trato recibido por la madre

El puntaje más elevado corresponde a Ausencia Emocional con 17 participantes, lo que representa el 38.63%, seguido de Intrusividad y Violencia Emocional con 16 menciones cada una, que es el 36.36%. Los puntajes más bajos fueron dados por Preferencia por la Paciente con 2 equivalente al 4.5% y Reconocimiento con 1 equivalente al 2.2%. No hubo casos de violencia sexual.

*Tabla 23.* Descriptores principales del trato recibido por la madre

Descriptor	Casos	Porcentaje
Ausencia Emocional	17	38.63
Intrusividad	16	36.36
Violencia Emocional	16	36.36

## 2.3) Percepción del trato recibido por parte del padre

En la *Tabla 23* se detallan los puntajes de los conceptos generales en la descripción del padre dentro de la dinámica familiar. Con un total de 37 pacientes que reportaron la presencia del padre, 13 conceptualizaron el trato como Violento, seguido por Ausente con 11 menciones y permisivo con 8. Solo en una ocasión se refirieron a ellos como Controlador o Paternidad Positiva.

*Tabla 24.* Percepción del trato recibido por parte del padre

Descriptor	Casos	Porcentaje
------------	-------	------------

Violento	13	35.13
Ausente	11	29.72
Permisivo	8	21.62
Ambivalente	3	8.10
Controlador	1	2.70
Paternidad Positiva	1	2.70

#### 2.4) Descriptores específicos del trato recibido por el padre

En lo referente a los descriptores específicos del trato del padre dentro de la dinámica familiar Ausencia Emocional está presente en 18 casos, representando el 48.6% de las participantes que refirieron haber contado con figura paterna, seguido de Violencia Intrafamiliar con 15 casos y un porcentaje de 40.5%. Ausencia Física y Violencia Física se presentan con 14 menciones cada una, que es un porcentaje de 37.83%.

*Tabla 25. Descriptores específicos del trato recibido por el padre*

Descriptor	Casos	Porcentaje
Ausencia Emocional	18	48.6
Violencia Intrafamiliar	15	40.5
Ausencia Física	14	37.83
Violencia Física	14	37.83

#### 4) Percepción de preferencia de los padres hacia los hermanos

En esta sección se describe la percepción de relación entre los padres con los hermanos de las pacientes, específicamente la preferencia hacia estos manifiesta en la expresión de afecto en el reconocimiento y la cercanía.

Del total de la muestra compuesta por 44 participantes 38 tienen hermanos. Un total de 18 pacientes percibió una preferencia explícita hacia sus hermanos, lo que representa el 47.36. De la población que reporto tener hermanos, 4 fueron primogénitos, lo que equivale al 22.22%. El resto fueron los menores con un total de 14, representando el 77.78%.

## Análisis no paramétrico

Se aplicó la prueba de Friedman al total de los datos de la muestra. Los resultados mostraron diferencias estadísticamente significativas en la percepción del trato de la figura materna, en segundo lugar, la percepción del trato de la figura paterna y finalmente en la vivencia de evento traumático (N=44, Chi-cuadrado =86.45, 3 gl,  $\alpha=.000$ ).

Lo anterior permite inferir que la percepción del trato de la madre es una variable importante para propiciar una mayor incidencia en la frecuencia de la conducta autolesiva; tal como se observa en la tabla siguiente.

Tabla 26. Variables significativas

	N	Media	Desviación típica
Trato Madre	44	3.23	1.538
Trato Padre	44	2.09	1.411
Vivencia de Trauma	44	.61	.493
Frecuencia Autolesión	44	34.50	43.442

## Rangos

Tabla 27. Rango promedio

	Rango Promedio
Trato Madre	2.88
Trato Padre	3.31



Vivencia de Trauma	1.20
Frecuencia Autolesión	3.61

---

**Estadísticos de contraste**

*Tabla 28.* Estadísticos adicionales

	Rango Promedio
N	44
Chi-cuadrado	86.459
Grados de libertad (gl)	3
Sig. Asintót.	.000

---

## DISCUSIÓN

Dentro del conjunto de datos que caracterizan la población con la que se realizó el presente estudio, destaca la mayoritaria prevalencia diagnóstica de Trastorno Límite de la Personalidad en mujeres. Lo anterior podría estar estrechamente relacionado a aspectos culturales que inevitablemente traen consigo ciertos sesgos para determinar un abordaje y tratamientos adecuados. Por ejemplo, casos clínicos en los que el usuario de servicios médicos es referido con síntomas tales como conductas autolesivas, agitación emocional y heteroagresividad (síntomas presentes en diversos trastornos psiquiátricos), son frecuentemente referidos como pacientes con TLP, incluso sin realizar la evaluación que dé certeza de tal diagnóstico. Al respecto, es necesario realizar un abordaje objetivo que ayude a descartar comorbilidad diagnóstica y que considere la sintomatología y características particulares de cada caso, esto al tomar en cuenta las diferencias terapéuticas psiquiátricas y psicológicas que cada diagnóstico representa.

En relación con lo anterior, se presentó una notable comorbilidad diagnóstica de TLP con trastornos del estado de ánimo. En los expedientes clínicos, frecuentemente se solicitaba evaluación psicológica para descartar Trastorno Bipolar y Trastorno Depresivo. Este último presente en una proporción mayor, indicando la presencia de síntomas comunes a ambas entidades nosológicas en la población abordada que resultan de relevancia al momento de analizar cada caso.

Otra característica de relevancia tiene que ver con la edad de la población. En este estudio el TLP se percibe como un diagnóstico de pacientes jóvenes. La muestra abarca un

rango de edad entre los 18 y los 31 años de edad, con un inicio de sintomatología durante la adolescencia en la mayoría de los casos.

En este estudio no se encontró evidencia de correlación positiva entre la ocurrencia de una experiencia traumática y la frecuencia de la conducta autolesiva. Lo anterior apunta al señalamiento hecho por Fonagy y Target (2000), quienes sostienen que el proceso de modelamiento de las conductas de autocontrol emocional por parte de los cuidadores es muy deficiente, ocasionando una mayor vulnerabilidad a las consecuencias psicológicas de eventos amenazantes. En este sentido, no se encontró evidencia que apoye el rol patogénico del abuso sexual en el desarrollo de TLP tal como lo señala Pereda (2011).

El alcance de este estudio no permite comprobar la incidencia del abuso sexual en el curso de sintomatología comórbida en el TLP más allá de la conducta autolesiva. Es importante señalar que de los veintisiete casos que refieren experiencias traumáticas, 16 acontecieron en un rango de edad entre los cuatro años y diez años de vida de las pacientes. Lo anterior concuerda con los aportes de Waever y Clum (1993), quienes sitúan los reportes entre los seis y doce años. Por tanto, tal como la señala Silk (1995), el impacto específico de estos eventos se refleja en la comorbilidad depresiva.

Por otra parte, de los veintisiete casos que refirieron la vivencia de experiencias traumáticas, veintidós fueron de carácter sexual, y en quince de estos casos recibieron una respuesta negativa de indiferencia o culpabilización por parte de los cuidadores; lo anterior refuerza la hipótesis que atribuye un peso mayor al ambiente invalidante que al evento traumático en sí. En cierto grado, el contexto caracterizado por el descuido puede favorecer los comportamientos abusivos.

Es importante señalar que el grupo de síntomas, obtenido con la escala Davidson para TEPT, que obtuvo mayor puntaje fue la reexperimentación intrusiva. Esto es consistente con la demora para hablar de la experiencia traumática, cuyo promedio fue de 13 años. Lo anterior podría ser explicado por la hipótesis de Bremner (1995), que describe un deterioro de las funciones ejecutivas que dificulta la capacidad de verbalización y con ello la identificación del grupo de síntomas de hiperactivación fisiológica.

Aunque este estudio se inclina por señalar la crianza invalidante como responsable de la dificultad de verbalización de los eventos traumáticos y búsqueda de apoyo. Resulta significativa la percepción de trato recibido por la madre, a la cual se le caracteriza como emocionalmente ausente e intrusiva, características que tienden a descalificar las vivencias y emociones de las pacientes; por lo tanto, la decisión de no solicitar apoyo a la figura materna resulta un medio de protección.

Respecto a la conducta autolesiva, la motivación se encontró en función de obtener control interno ante las respuestas emocionales y fisiológicas de estrés elevado derivadas de la amenaza de una pérdida o abandono. De acuerdo con los reportes, la manipulación era una consecuencia secundaria y no la finalidad de la conducta autolesiva. Resulta difícil comprobar la hipótesis propuesta por Fonagy (2016), que sostiene que la conducta autolesiva constituye un acto simbólico de eliminación de la subjetividad propia vivida como disruptiva. Lo anterior puede estar influenciado por la limitada capacidad de autorreflexión de esta población.

Los reportes derivados de la intencionalidad suicida o parasucida resultan bastante inespecíficos, pues en treinta y un casos se refieren ambas intencionalidades. No se encontró

evidencia que apoye la hipótesis que los reportes de intencionalidad suicida estén en función de sintomatología de tipo depresiva, como señala Fonagy (2016). En este sentido, las evidencias del presente estudio comprueban la propuesta de Dimaggio y Semerari (2003), quienes sostienen que las personas afectadas por TLP no pueden establecer un orden jerárquico en el discurso que de una directriz coherente a la conducta, Por tanto, los reportes obedecen a la experiencia subjetiva caótica que desencadena un comportamiento impulsivo autolesivo. Los métodos utilizados mayormente fueron cortes con navajas e ingesta descontrolada de medicamentos prescritos, es decir, objetos de disponibilidad inmediata.

### **Limitantes**

El presente estudio tuvo por limitantes la disponibilidad de instrumentos validados y estandarizados para población mexicana que fueran eficaces en la exploración de la sintomatología y etiología del TLP. Atribuimos esta limitante a la complejidad y heterogeneidad del trastorno.

Al tratarse de un estudio exploratorio retrospectivo, la amplitud de la información estuvo supeditado por la capacidad autoreflexiva de las participantes. Dado que el abordaje se realizó en su mayoría con la población adscrita a los servicios de hospitalización continua, caracterizados por la presencia de estados emocionales en crisis y sin ningún trabajo psicoterapéutico de soporte, esto resultó una limitante. Lo anterior en contraste con el discurso de aquellas participantes adscritas a los grupos de apoyo brindados en el servicio de consulta externa, cuyo discurso estaba claramente más integrado y cohesionado, lo que permitía acceder a un panorama más elaborado y descriptivo de las vivencias infantiles y el papel de las mismas en el curso del TLP.

## **Recomendaciones**

Sería muy útil generar un instrumento validado y estandarizado para población mexicana, que evalúe y describa estilos de crianza en categorías, tomando como base características tales como ejercicio de la disciplina, afecto y cuidado.

Es importante ampliar la investigación epidemiológica de los trastornos de la personalidad en los servicios de salud mental del país, dado que los datos disponibles son limitados y poco accesibles. Lo anterior resulta necesario al observar la evidencia de comorbilidad de los trastornos de personalidad con adicciones, trastornos alimentarios o depresión, los cuales constituyen problemas de salud pública.

En lo referente al TLP, sería conveniente realizar estudios exploratorios en población mexicana con el propósito de encontrar características particulares en función de la cultura (independientemente de que el DSM-5 sostiene la interdependencia de estos factores con el desarrollo del trastorno). Lo anterior tomando como referencia las conclusiones de Machizawa-Summers (2007) quienes sostienen que la patología TLP puede ser desencadenada por diferentes trayectorias causales.

Tomando en cuenta a) que la población afectada por TLP es mayoritariamente femenina en proporción 3-1, b) que de acuerdo con la encuesta del INEGI 4.4 millones de mujeres han sufrido algún tipo de violencia sexual y c) que en este estudio la mitad de muestra refirió la ocurrencia de un episodio de esta naturaleza, se considera importante realizar un estudio con perspectiva de género en esta población, atendiendo la posible existencia de violencia hacia las mujeres en los estilos crianza. Así mismo, un estudio de perspectiva de género permitiría contrastar lo propuesto por Fonaggy (2005), quien sostiene que la tendencia

de estas pacientes a involucrarse en relaciones interpersonales abusivas resulta de un intento de eliminar la parte amenazante de la propia subjetividad vivida como inaceptable. Esto podría ayudar a explorar la existencia de una posible transmisión generacional de estos patrones.

## ANEXOS

### ANEXO 1: ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA

#### Antecedentes familiares

1. Para comenzar, me gustaría que me contara brevemente acerca de su hogar cuando era pequeña.

¿Cómo era su familia cuando usted nació?

¿Quiénes la constituían?

¿Quién vivía con usted?

2. ¿Hubo otros adultos, aparte de sus padres que fueran significativos para usted?

¿Por cuánto tiempo?

¿Qué edad tenía usted?

¿Podría contarme brevemente acerca de esas personas?



¿Me podría dar una breve descripción de su vivienda en ese entonces (propia, rentada, litigio, descripción general de los servicios, disponibilidad de espacio propio)?

3 ¿Qué palabras usaría para describir a su madre?

¿Puede describirme cómo era su relación con su madre cuando usted era chica?

¿Se sentía cercana a ella?

¿En esa época hubo una circunstancia inusual en la vida de su madre que podría haber afectado cómo ella le trataba?

4. Ahora quisiera que me contara sobre la relación con su padre.

¿Qué palabras usaría para describir a su padre?

¿Puede describirme como era la relación con su padre cuando usted era chica?

¿Se sentía cercana a él?

¿En esa época hubo alguna circunstancia inusual en la vida de su padre que podría haber afectado cómo le trataba?

5. ¿Sentía usted más cercanía con su padre o con su madre?

¿Por qué era así?

¿A quién se parece más en su personalidad?

¿Con cuál de ellos se identifica más?

¿Qué hacían ellos si usted estaba molesta por algo?

En algunas familias a los niños les asignan algunos roles, como el malo, el listo, el gracioso. ¿Usted tenía algún rol en su familia?

6 ¿Estuvo alguna vez separada de sus padres cuando era pequeño?

¿Qué sentimientos tuvo?

7 ¿Cómo describiría su personalidad?

¿Cómo piensa que sus experiencias durante la infancia han afectado su personalidad?

### **Experiencias Traumáticas**

A continuación, hablaremos de experiencias traumáticas. Esto es, aquellos acontecimientos que haya experimentado como una amenaza física o psicológica hacia su persona. Se trata de experiencias que producen un miedo muy intenso, al punto en el que incluso resulta complicado recordarlos y hablar sobre ellas. Así también provocan inseguridad y desconfianza. Tomando en cuenta lo anterior. ¿Ha vivido usted alguna experiencia o experiencias traumáticas?

¿Qué edad tenía?

¿En dónde aconteció?

¿Quién le agredió?

¿Ha tenido imágenes, recuerdos o pensamientos dolorosos del acontecimiento?

¿Me podría hablar sobre ello?

¿Ha tenido pesadillas sobre ello?

¿Ha sentido que el acontecimiento estaba ocurriendo nuevo, como si lo estuviera reviviendo?

¿Hay cosas que le han hecho recordar el acontecimiento?

¿Ha estado evitando hacer cosas o estar en situaciones que le recuerden el acontecimiento?

¿Ha sido incapaz de recordar partes importantes del acontecimiento?

¿Ha tenido dificultad para disfrutar de las cosas?

¿Se ha sentido distante o alejado de la gente?

¿Ha sido incapaz de tener sentimientos de tristeza o de afecto?

¿Ha tenido dificultad para imaginar una vida larga y cumplir sus objetivos?

¿Ha tenido dificultad para iniciar o mantener el sueño?

¿Ha estado irritable o ha tenido accesos e ira?

¿Ha tenido dificultades para concentrarse?

¿Se ha sentido nervioso, fácilmente distraído, o como “en guardia”?

¿Ha estado nervioso o se ha asustado fácilmente?

¿Supieron sus padres?

¿Cómo reaccionaron?

### **Conductas Autolesivas**

Ahora hablaremos acerca de autolesiones (esto es, las ocasiones en las que ha causado daño físico) o intentos suicidas.

Para ello, piense en cualquier ocasión en la que se haya autolesionado intencionalmente esto puede incluir diversas acciones, tales como realizarse cortes o quemaduras a si misma, tomar sobredosis de medicamentos o golpearse la cabeza. Por otro lado, no se incluyen acciones como fumar, beber alcohol o padecimientos como la anorexia, los cuales usted debe saber

que son dañinos, pero que no se consideran letales. Sin embargo, dejar de comer deliberadamente con la intención de hacerse daño sí cuenta como autolesión.

Por favor señale para cada ocasión en la que haya realizado una autolesión, la intención o no de matarse, por ejemplo: (a) intención de morir, (b) intención ambivalente (por ejemplo, una mezcla de sentimientos al respecto) ó (c) sin intención de morir.

Resulta importante para nosotros tener una comprensión sobre las acciones que ha llevado a cabo para autolesionarse, las causas por las que realizó dichas acciones y sobre la atención médica que requirió.

¿Se ha autolesionado intencionalmente?

¿En cuántas ocasiones lo ha hecho?

Si lo ha hecho en una solo ocasión:

1. ¿Qué fue lo que hizo?
2. ¿Por qué lo hizo?
3. ¿Tuvo la intención de morir? Si no ¿Cuál fue su intención?
4. ¿Qué sucedió posteriormente?
5. ¿Recibió alguna atención médica?
6. ¿De qué tipo?

Si lo ha hecho en dos o más ocasiones: Repetir procedimiento.

## BIBLIOGRAFÍA

Adler, G. (1985). *Borderline psychopathology and its treatment*. Northvale, NJ: Aronson.

American Psychiatric Association, APA. (2014). *DSM-V: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. México: Editorial médica Panamericana.

Beck, A. T., Freeman A., Davis D., y otros. (1990). El trastorno límite de la personalidad. En Beck A. T., Freeman A., Davis D., y otros (Eds.), *Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad* (pp. 219-273). Barcelona: Paidós.

Benjamin, L. (1996). *Interpersonal diagnosis and treatment of personality disorders*. New York: Guilford Press.

Benjet, C., Borges, G., Medina-Mora, M. E. (2008). Trastornos de personalidad DSM-IV en México: resultados de una encuesta de población general. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30 (3), 227-234.

Boon, S., Steele K., Van Der Hart O. (2011). Síntomas del trastorno por estrés postraumático en los trastornos disociativos complejos. En Boon S., Steele K., Van Der Hart O. (Eds.), *Vivir con disociación traumática* (pp. 69-84) Bilbao: Descleé de Brouwer.

Borges, G., Benjet, C., Medina-Mora M.E., Orozco, R., Molnar, B. E., Nock, M.K. (2008). (junio, 2008). Traumatic events and suicide-related outcomes among Mexico City adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(6), 654-666.

Bremner, J., Narayan, M., Staib, L. (1999). Neural correlates of memories of

childhood sexual abuse in women with and without posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry*, 156: 1787-1795.

Calvo, N., Valero, S., Ferrer, M., Barral, C., Casas, M. (2016). Perfil clínico de impulsividad en el Trastorno Límite de Personalidad con Trastorno de Uso por Sustancias comorbido. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 44(4), 145-152.

Cruz, B. (Abril, 2016). Funciones ejecutivas y conductas sexuales de riesgo en el trastorno límite de la personalidad. (Tesis para obtener el grado de licenciada en Psicología). Universidad Nacional Autónoma de México).

Dubo, E. D., Zanarini, M. C., Lewis, R. E., Williams, A. A. (febrero, 1997). Childhood antecedents of self-destructiveness in borderline personality disorders. *Canadian Journal of Psychiatry*, 42(1), 63-69.

Espinosa, J., Grynberg, B., Romero, M. (julio-agosto2009). Riesgo y letalidad suicida en pacientes con trastorno límite de la personalidad (TLP), en un hospital de psiquiatría. *Salud Mental*, 34 (4), 317-325.

Falcone, M., Marraffa M., Carcione A. (2003). Metarrepresentación y psicopatología. En Samerari A., Dimaggio G. (Eds.), *Los Trastornos de la personalidad: Modelos y tratamiento* (pp. 65-108). Bilbao: Desclée de Brouwer.

Fonagy, P., Bateman A. (2005). Teoría del apego y modelo orientado a la mentalización del trastorno límite de la personalidad. En Oldham M., Skodol A., Bender D. (Eds.), *Tratado de los Trastornos de la Personalidad* (pp. 189-210). Barcelona: Masson.

Fonagy, P., Bateman A. (2016). El marco dela mentalización. En Fonagy P.,

Bateman, A. (Eds.), *El tratamiento basado en la mentalización para trastornos de la personalidad* (pp. 27-222) Bilbao: Descleé de Brouwer.

Fonagy, P., Target, M. (2000). Playing with Reality: III. The persistence of Dual Psychic Reality in Borderline Patients. *International Journal of Psychoanalysis* (81), 853-874.

Golier, J. A., Yehuda, R., Bierer, L. M., Mitropoulou, V., New, A. S., Schmeidler, J., Silverman, J. M., Siever, L. J. (noviembre, 2003). The Relationship of Borderline Personality Disorder to Posttraumatic Stress Disorder and Traumatic Events. *American Journal of Psychiatry*, 160 (11), 2018-2024.

Gunderson, J. (1996) The borderline patient's intolerance of aloneness: insecure attachments and therapist availability. *American Journal of Psychiatry*, 153, 752-758.

Herpetz, S. (1995). Self-injurious behavior: Psychological and nosological characteristics in subtypes of self-injurers. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 91 (1), 57-68.

Instituto nacional de Geografía y Estadística (INEGI). (2016). Resultados de la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) 2016. Recuperado de: <http://www.inegi.org.mx/endireh>

Johnson, J., Bromley E., Mc Geoch P. (2005). Papel de las experiencias de la infancia en el desarrollo de rasgos de personalidad adaptativos y desadaptativos. En Oldham M., Skodol A., Bender D. (Eds.), *Tratado de los Trastornos de la Personalidad* (pp. 211-224). Barcelona: Masson.

Johnson, J., Cohen, P., Kasen, S. (2001). Association of maladaptive parental

behavior with psychiatric disorder among parents and their offspring. *Arch Gen Psychiatry*, 42: 16-23.

Lana, F., Fernández, M. I., Sánchez, C., Bonet, E. (2008). Estudio de los trastornos de personalidad y de la utilización de servicios en la población clínica atendida en la red de salud mental de un sector sanitario. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 36(6), 331-336.

Linehan, M. M. (Ed.). (1993). *Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite*. Barcelona: Paidós.

Links, P., Kolla N. (2005). Evaluación y tratamiento del riesgo de suicidio. En Oldham M., Skodol A., Bender D. (Eds.), *Tratado de los Trastornos de la Personalidad* (pp. 251-464). Barcelona: Masson.

Machizawa-Summers, S. (2007). Childhood trauma and parental bonding among Japanese female patients with borderline personality disorder. *International journal of Psychology*, 42 (4), 265–273.

Maldonado, J., Spiegel D. (2005). Estados disociativos. En Oldham M., Skodol A., Bender D. (Eds.), *Tratado de los Trastornos de la Personalidad* (pp. 495-524). Barcelona: Masson.

Masterson, J., Rinsley, D. (1975) The borderline syndrome: The role of the mother in the genesis and psychic structure of the borderline personality. *International Journal of Psychoanalysis*, 56: 163-177.

Millon, T., Grossman S., Millon C., Meagher S., Rammath R. (Eds.). (2001). *Trastornos de la personalidad en la vida moderna*. Barcelona: Masson



Millon, T., Davis R. (Eds.). (1998). *Trastornos de la personalidad: Más allá del DSM-IV*. Barcelona: Masson

Morey, L., Alexanger G., Buggs C. (2005). Género. En Oldham M., Skodol A., Bender D. (Eds.), *Tratado de los Trastornos de la Personalidad* (pp. 543-562). Barcelona: Masson.

Ney, P. (1987). Does verbal abuse leave deeper scars: a study of children and their parents. *Can J Psychiatry*, 32: 371-378.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (1999). *Informe de la Reunión Consultiva sobre el Maltrato de Menores, 29-31 de marzo de 1999, OMS, Ginebra, Suiza*. Recuperado de: <http://www.who.int/iris/handle/10665/66734>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2002). *Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud: Resumen*. Recuperado de: [http://www.who.int/violence/summary\\_es](http://www.who.int/violence/summary_es)

Palomares, N., McMaster, A., Diaz-Marsa, M., De la Vega, I., Montes, A., Carrasco, J. L. (2016) Comorbilidad con el eje II y funcionalidad en pacientes graves con trastorno límite de la personalidad. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 44 (6), 212-221.

Pascual, J. C., Soler, J., Baiget, M., Cortés, A., Menoyo, A., Barrachina, J., Roperó, M., Gomà, M., Álvarez, E., Pérez, V. (2007). Asociación entre el gen del transportador de la serotonina y rasgos de personalidad en pacientes con trastorno límite de la personalidad evaluados mediante el Zuckerman-Kuhlman Personality Questionnaire (ZKPQ). *Actas Españolas de Psiquiatría*, 35(6), 382-386.

Pereda, N., Gallardo-Pujol, D., Jiménez, R. (2011). Trastornos de personalidad en

víctimas de abuso sexual infantil. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 39 (2), 131-139.

Pérez-Sales, P. (2006). El concepto de trauma y de respuesta al trauma: Elaborar el concepto a partir de la experiencia. En Pérez-Sales P. (Ed.), *Trauma culpa y duelo* (pp. 21-146). Bilbao: Desclée de Brouwer, S.A.}

Pieschacón, M. (2001). *Trastorno de Estrés Postraumático: Modelo Cognitivo-Conductual*. Bogotá: Universidad de los Andes, Facultad de Ciencias Sociales, Departamento de Psicología, Centro de Estudios Socioculturales Internacionales (CESO); Ediciones Uniandes.

Romero L. M. (2007). *Estudio comparativo de dos instrumentos para evaluar estilos de crianza* (Tesis de Licenciatura). UNAM, México.

Ryle, A. (1997). *Cognitive Analytic Therapy and Borderline Personality Disorder. The Model and the Method*, Chichester: John Wiley and Sons.

Semerari, A., Dimaggio G. (2003). El mantenimiento de los trastornos de la personalidad: Un modelo. En Samerari A., Dimaggio G. (Eds.), *Los Trastornos de la personalidad: Modelos y tratamiento* (pp. 15-64). Bilbao: Desclée de Brouwer.

Semerari, A., Fiori D. (2003). El trastorno límite de la personalidad. En Samerari A., Dimaggio G. (Eds.), *Los Trastornos de la personalidad: Modelos y tratamiento* (pp. 149-186). Bilbao: Desclée de Brouwer.

Semerari, A., Pontalti I. (2003). El trastorno límite de la personalidad: La terapia. En Samerari A., Dimaggio G. (Eds.), *Los Trastornos de la personalidad: Modelos y tratamiento* (pp. 187-220). Bilbao: Desclée de Brouwer.

Schore, A. (2001). Effects of a secure attachment relationship on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant mental Health*, 22: 7-66.

Silk, K., Lee, S., Hill E., Lohr, N. (1995). Borderline personality disorder symptoms and severity of sexual abuse. *American Journal of Psychiatry*, 152 (7), 1059-1064.

Simeon, D., Favazza, A. (2001). *Sef-injurious Behaviors: Assessment and Treatment*. Washington, DC, American Psychiatric Publishing (pp. 1-28).

Stanley, B., Brodsky B. (2005). Terapia dialéctica conductual. En Oldham M., Skodol A., Bender D. (Eds.), *Tratado de los Trastornos de la Personalidad* (pp. 309-322). Barcelona: Masson.

Thomas, A., Chess, S. (1984). Genesis and evolution of behavioral disorders: from infancy to adult life. *Am J Orthopsychiatry*, 141: 1-9.

Van Der Hart, O., Nijenhuis E., Steele K. (Eds.). (2006). *El yo atormentado: La disociación estructural y el tratamiento de la traumatización crónica*. Bilbao: Descleé de Brouwer.

Van Praag, H. (1991). Serotonergic dysfunction and aggression control. *Psychological Medicine*, 21(1), 15-19.

Weaver, T. L., Clum, G. A. (diciembre, 1993). Early family environments and traumatic experiences associated with borderline personality disorders. *J Consult Clin Psychol*, 61 (6), 1068-1075.

Young, J. (1990). *Cognitive Therapy for Personality Disorders: A Schema Focused*

*Approach*, Practitioner's Resource Series.