

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA MEDICA, PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL

TITULO:
FACTORES DE RIESGO PSICOLÓGICO ASOCIADOS CON EL DESARROLLO DE
TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD

TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE “ESPECIALIZACION EN PSIQUIATRIA”

NOMBRE DEL ALUMNO:
LAURA PATRICIA ANGULO CAMARENA

TUTOR TEORICO
DR. MIGUEL ANGEL HERRERA
ESTRELLA

TUTOR METODOLÓGICO
DR. FERNANDO CORONA
HERNANDEZ



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.

INDICE

1. Marco teórico	3
1.1.Introducción a los trastornos de personalidad	3
1.2 Etiopatogenia de los trastornos de personalidad	4
1.3 Factores genéticos de los trastornos de personalidad	4
1.4.Factores biológicos de los trastornos de personalidad	5
1.5 Clasificación de los trastornos de personalidad	5
1.5.1 Esquizoide	5
1.5.2 Paranoide	6
1.5.3.Esquizotípico	6
1.5.4 Disocial	7
1.5.5 Histriónico	7
1.5.6 Narcisista	8
1.5.7 Evitación	8
1.5.8 Dependiente	9
1.5.9 Obsesivo compulsivo	9
1.6 Comorbilidad	10
1.7 Trastorno límite de personalidad	13
1.7.1 Etiología del trastorno límite	15
1.7.2 Biología del trastorno límite	15
1.7.3 Genética del trastorno límite	17
1.7.4 Factores psicológicos para el desarrollo del trastorno límite	17
1.7.5 Factores genéricos y sexuales	19
1.7.6 Imagenología y abuso sexual	20
1.7.7 Familia	20
1.7.8 Perspectivas	21
2. Planteamiento del problema	21
3. Objetivo	21
4. Hipótesis	21
5. Justificación	21
6. Métodos	22
7. Criterios de selección	22
8. Definición de variables	22
9. Consideraciones éticas	24
10. Recursos humanos y materiales	24

11. Pruebas estadísticas	24
12. Resultados	25
Grafico 1. Distribución de los sexos en la población de estudio	25
Gráfico 2. Estado civil de la población de estudio	25
Grafico 3. Escolaridad de la población de estudio	26
Grafico 4. Ocupación de la población de estudio	26
Tabla 1. Edad	26
Tabla 2. Factores psicológicos y Trastornos de personalidad	27
Tabla 3. Abuso sexual	27
Tabla 4. Estructura familiar	28
13. Discusión	28
14. Anexo	30
15. Bibliografía	36

Factores de riesgo psicológico asociados con el desarrollo del trastorno límite de la personalidad.

Marco teórico:

INTRODUCCION A TRASTORNOS DE PERSONALIDAD

La definición de la personalidad es un concepto complicado, se ha definido como la suma de las características que le otorgan a la persona su individualidad propia, estable e inconfundible; el concepto supone el reconocimiento de los otros y de sí mismo en el tiempo. Allport la define como “la organización dinámica en el interior del individuo de los sistemas psicofísicos que determinan su conducta y sus pensamientos característicos”. En síntesis, podemos decir que es la conjunción de todas nuestras características psicológicas moduladas por nuestro entorno social y condiciones dadas por nuestra biología y que conforman nuestra forma de ser. Son el conjunto de rasgos emocionales y conductuales que caracterizan a una persona en su vida diaria. Cuando este conjunto de rasgos supone una variante que va mas allá de lo habitual en la mayoría de las personas y son inflexibles o desadaptativos podemos hablar de un trastorno de personalidad.

El DSM-IV define los trastornos de personalidad como patrones persistentes de experiencia subjetiva y de comportamiento que se apartan de las expectativas de la cultura del sujeto, tienen su inicio en la adolescencia o principio de la edad adulta, son estables a lo largo del tiempo y comportan malestar o perjuicios.

Los primeros escritos que podríamos relacionar con algo semejante a lo que hoy denominamos trastornos de la personalidad refiriéndose específicamente al temperamento, lo encontramos ya en el siglo V a. de C. con los humores de Hipócrates y que clasificaba en Bilis amarilla, bilis negra, sangre y flema y que a su vez correspondían a una serie de caracteres según predominaran unos u otros humores.

La filosofía de Platón y Aristóteles también dedican paginas a explicar el comportamiento humano y es Teofrasto (siglo III a. de C.) quienes de forma mas clínica escribe sobre las alteraciones de las personas según su forma de ser.

Hay que dar un largo salto histórico para encontrarnos en el siglo XVIII con Gall y su Frenología donde dice que según las variaciones de nuestro cráneo tendremos un determinado comportamiento.

Pinel (1801) ya denomina a estas conductas alteradas como manía sin delirio y posteriormente es Pritchard(1837) quien con el concepto de insania moral es el primero en dar una connotación moral a estos cuadros dejando una influencia que todavía perdura en nuestro quehacer clínico.

Koch (1881)habla de inferioridades psicopáticas, influenciado por las teorías constitucionalistas de la época. *“Las almas impresionables, los sentimientos lacrimosos, los soñadores y fantásticos, los huraños, los apocados, los escrupulosos morales, los delicados y susceptibles, los caprichosos, los exaltados, los excéntricos, los justicieros, los reformadores del Estado y del mundo, los tercos y los porfiados, los orgullosos, los*

indiscretos, los burlones, los vanidosos y presumidos, los trotacalles y los noveleros, los coleccionistas, los inventores, los genios fracasados y los no fracasados”.

Kraepelin en 1907 describe cuatro tipos de personalidades anómalas o morbosas. Bleuler en 1924 en su tratado de psiquiatría es el primero en utilizar el concepto de psicopatía atribuyendo un defecto moral congénito o adquirido a una serie de trastornos mentales que abarcan desde el retraso mental a sujetos antisociales.

La Escuela Psicoanalítica con Freud a la cabeza da un impulso importante en la interpretación de los trastornos de la personalidad desde una perspectiva pansexualista, posteriormente es Frank Alexander quien describe el carácter neurótico.

Dentro de las teorías psicoanalíticas pero contestando los dogmas freudianos, no podemos olvidar a Jung, Reich y Adler, así como los seguidores de este último como Karen Horney y Harry Stack Sullivan sin dejar de citar a Erich Fromm este desde una perspectiva más sociológica.

Otros autores destacados son el ya citado Allport, Bowlby, y el escandinavo Sjöbring, siendo Kurt Schneider (1934) el más destacado de los autores contemporáneos desde una perspectiva histórica con su importante obra *Las personalidades psicopáticas* que todavía seguimos redescubriendo en la actualidad.

Los intentos por establecer una clasificación se encuentran con grandes problemas como la misma definición de personalidad normal, por la gran cantidad de trastornos descritos por distintos autores en el común interés de aportar a una mayor comprensión. De cualquier forma el método más utilizado ha sido la clasificación dimensional de la personalidad, habiéndose estudiado múltiples modelos como los de Eysenck y Millon.

Desde el punto de vista psiquiátrico, las clasificaciones más utilizadas son de tipo categorial basadas en un conjunto de criterios específicos y explícitos, por ejemplo el DSM-IV y el CIE-10 que pueden ser el punto de partida para la investigación. Igualmente pueden servir las clasificaciones de Kernberg, Gray y Cloninger.

ETIOPATOGENIA DE LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD

Dentro de las causas que generan los trastornos de personalidad se imbrican una serie de factores y variables biopsicosociales.

FACTORES GENÉTICOS DE LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD

Según datos daneses de adopción, se observó que los padres adoptivos de los niños que desarrollan posteriormente trastornos de personalidad tenían un 7% de psicopatía, porcentaje similar al de la población general, mientras que un 14% de los padres biológicos de dichos niños tenían trastornos de la personalidad.

Otra evidencia de los factores genéticos son las investigaciones realizadas con 15,000 pares de gemelos norteamericanos. Entre los gemelos univitelinos, la concordancia para los

trastornos de la personalidad fue varias veces mas elevada que entre los bivitelinos. Además, según uno de los estudios, los gemelos univitelinos criados por separado eran muy parecidos a los gemelos univitelinos criados juntos. Las similitudes se encontraban en múltiples mediciones de personalidad y temperamento¹.

FACTORES BIOLÓGICOS DE LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD

Hormonas: Las personas que presentan rasgos de impulsividad a menudo tienen unos niveles elevados de testosterona, 17-estradiol y progesterona. En primates, los andrógenos incrementan la posibilidad de agresión y conducta sexual, pero el papel de la testosterona en la agresión humana no está muy claro.

Monoaminooxidasa plaquetaria. Las concentraciones bajas de a MAO en las plaquetas se ha asociado a la actividad y a la socialización en primates. Los estudiantes universitarios con niveles bajos de MAO plaquetaria dedican mas tiempo a las actividades sociales que los estudiantes con niveles altos.

Seguimiento ocular. Los movimientos de seguimiento ocular son sacádicos (Es decir espasmódicos) en personas introvertidas, con baja autoestima y tendencia al retraimiento y en pacientes con un trastorno esquizotípico de la personalidad.

Neurotransmisores y otras sustancias. Las endorfinas ejercen efectos similares a la morfina exógena como analgesia y supresión de la activación. Los estudios sobre rasgos de la personalidad y los sistemas dopaminérgicos y serotoninérgicos indican que tienen una función activadora. Los niveles del ácido hidroxindolacético (5-HIAA) un metabolito de la serotonina, son bajos en personas que intentan suicidarse y en pacientes impulsivos y agresivos. La serotonina reduce la depresión, la impulsividad y la rumiación y puede producir una sensación de bienestar.

CLASIFICACION DE LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD

GRUPO A. Raro o excéntrico

a)Esquizoide: Consiste en una pauta generalizada de indiferencia a las relaciones sociales y una afectividad muy limitada. Son sujetos que no desean ni disfrutan con las relaciones íntimas, solitarios, que casi nunca experimentan emociones fuertes, como ira o alegría. La prevalencia del trastorno no es clara pero puede afectar a un 7.5 % de la población general. Algunos estudios indican una proporción hombre-mujer 2 a 1.

Manifestaciones clínicas: Dan la impresión de ser personas frías y distantes, presentan una gran incapacidad para sentir placer, frialdad emocional, respuesta pobre a los elogios, poco interés por las relaciones sexuales, ausencia de relaciones personales íntimas, tiene tendencia a desempeñar trabajos solitarios o nocturnos para tratar con un menor numero de personas, todas sus actividades se caracterizan porque no requieren implicación personal destacando en actividades de investigación. Son solitarios, no presentan conductas agresivas. Estas las suplantando mediante fantasías de omnipotencia y resignación. Se desconoce cual es la proporción de pacientes que evoluciona hacia la esquizofrenia si bien

parece que para que esto ocurra se tienen que dar factores biológicos de cierta predisposición.

Diagnóstico diferencial: Se diferencian de la esquizofrenia por ausencia de alteraciones del pensamiento o la sensopercepción. El trastorno paranoide muestra mas implicación social y los pacientes con tx. por evitación a diferencia de los esquizoides desean el contacto social.

b)Paranoide: La sintomatología esencial consiste en una tendencia generalizada e injustificada a interpretar las acciones de los demás como agresivas o amenazantes. La prevalencia en la población general oscila según los diferentes estudios entre el 0.5% y el 2.5%. Estos pacientes rara vez buscan tratamiento por si mismos y cuando son enviados por otros a consulta pueden aparentar normalidad y simular como personas que no experimentan malestar alguno. Los familiares de esquizofrénicos muestran una mayor incidencia del trastorno paranoide de la personalidad. Se ha comprobado una mayor incidencia en grupos minoritarios, sujetos pertenecientes a sectas, inmigrantes y sordos.

Manifestaciones clínicas: Estas personas se creen explotadas por los demás, son desconfiados patológicamente celosos, reaccionan a menudo de forma agresiva. Afectivamente son individuos fríos, egocéntricos y rígidos. No tienen mucho deterioro social ya que suelen guardar para si sus ideas, solo en casos graves se ven afectadas las relaciones de tipo social. Tienen una cierta incapacidad para perdonar los agravios o perjuicios, presentan un sentido combativo y tenaz de los propios derechos al margen de la realidad, hay una predisposición a sentirse excesivamente importantes con una actitud autorreferencial constante, sienten preocupación por conspiraciones sin fundamento, son querulantes, rencorosos, reticentes a confiar en los demás por temor injustificado a que la información que compartan vaya a ser utilizada en su contra, se enorgullecen de ser racionales y objetivos, lo cual no es cierto. Se muestran muy impresionados por el poder y el rango social y expresan desdén por aquellas personas que consideran débiles, enfermas o con defectos. En situaciones cotidianas pueden parecer muy competentes, pero habitualmente general conflictos a los demás.

Diagnóstico diferencial: Se diferencia del trastorno delirante por la presencia de ideas delirantes concretas, sin otras alteraciones del pensamiento o la sensopercepción por lo que se diferencia de la esquizofrenia. Se distingue del tx. límite en que rara vez es capaz de implicarse en relaciones apasionadas con otras personas.

c)Esquizotípico: Solo aparece en el DSMIV ya que en el CIE 10 aparece dentro de los trastornos esquizofrénicos. Son personas marcadamente raras y extravagantes y su vida diaria se caracteriza por tener pensamiento mágico, ideas peculiares y desrealización. Aparece en un 3% de la población y se aprecia un mayor numero de casos entre los familiares de esquizofrénicos y una mayor incidencia entre monocigóticos que entre los dicigóticos.

Manifestaciones clínicas: El pensamiento y la comunicación están alterados, pueden presentar descompensaciones psicóticas, pueden ser supersticiosos o manifestar poderes de clarividencia. Su mundo interno se alimenta de relaciones imaginarias, experiencias perceptivas poco habituales, comportamiento y apariencia rara, falta de amigos íntimos,

afectividad inapropiada, ansiedad social excesiva. Se refiere que el 10% de los esquizotípicos terminan en el suicidio. Hay cierta tendencia actual a considerar este trastorno como premórbida de la esquizofrenia. Sin embargo muchos pacientes no tienen psicosis y se dedican a actividades artísticas o esotéricas.

Diagnóstico diferencial: Se diferencian de los esquizoides y de los pacientes evitadores por ser más singulares en su conducta, se diferencian de los esquizofrénicos por la brevedad de los episodios psicóticos. Presentan gran comorbilidad con el trastorno límite, si bien en este predomina la inestabilidad emocional.

GRUPO B: Dramático Emocional

a) Antisocial: Se caracteriza por una pauta de conducta irresponsable, al margen de las normas sociales, no es sinónimo de criminalidad. La prevalencia del trastorno es del 3% en los hombres y del 1% en las mujeres. Es más frecuente en las áreas urbanas deprimidas y en poblaciones carcelarias puede alcanzar el 75%. Existe un patrón familiar que se manifiesta con una frecuencia cinco veces mayor entre los familiares de primer grado de los varones afectados que entre los sujetos control.

Manifestaciones clínicas: En la infancia suele manifestarse con mentiras, hurtos, holgazanería, vandalismo, actitudes pendejeras, fugas del hogar, ausentismo escolar y crueldad física. En la edad adulta continúa esta pauta, lo que les conduce a un fracaso en la actividad laboral, en el mantenimiento de obligaciones económicas, familiares, etc. En muchos casos llevan a cabo conductas delictivas, son sujetos irritables y agresivos, son protagonistas de violencia doméstica sobre todo cuando se añade frecuentemente el abuso de sustancias, realizando conductas temerarias sin preocupación por la seguridad propia o ajena, es frecuente la promiscuidad sexual y el abandono de los deberes. Destaca la ausencia de culpa frente a sus conductas y una predisposición a culpar a otros. El inicio temprano es de mal pronóstico pues deteriora el funcionamiento. Presentan además una despreocupación por los sentimientos de los demás y falta de empatía, existe incapacidad de mantener relaciones personales y una baja tolerancia a la frustración. Con frecuencia impresionan al sexo contrario por lo seductor de su personalidad. No muestran ansiedad ni depresión a pesar de sus amenazas suicidas y sus frecuentes quejas somáticas. Se les ha llamado también sociópatas y sujetos amorales.

Diagnóstico diferencial: Existe importante comorbilidad con el trastorno límite y el narcisista, resultando complicada su diferenciación. Cuando existe abuso de sustancias se puede confundir debido a las conductas delictivas que se cometen en la obtención de la droga, pero el sentimiento de culpa nos ayuda en la diferenciación.

b) Histriónico: Son personas excitables, emotivas que se comportan de forma pintoresca, dramática, extrovertida, también se le ha llamado personalidad histérica y psicoinfantil. Presenta una prevalencia del 2% en la población general, diagnosticándose más frecuentemente en mujeres que en hombres. En pacientes psiquiátricos hospitalizados se calcula una prevalencia de hasta el 10%. Existe cierta asociación con el trastorno por somatización.

Manifestaciones clínicas: Consiste en una pauta generalizada de comportamiento de emocionalidad y búsqueda exagerada de atención. Estos sujetos demandan apoyo, atención y alabanza por parte de los demás, sintiéndose incómodos cuando no son el centro de atención. Son típicos los cambios de humor y la escasa tolerancia a la frustración, sus relaciones interpersonales son tormentosas y poco gratificantes. Tienen tendencia a la representación de su papel, teatralidad y expresión exagerada de las emociones, sugestionabilidad y facilidad para dejarse influir por los demás, afectividad lábil y superficial, comportamiento y aspecto marcados por un deseo inapropiado de seducir, preocupación excesiva por el aspecto físico y considerar sus relaciones más íntimas de lo que son en realidad.

Diagnóstico diferencial: Es difícil diferenciar del trastorno límite. En algunos trastornos disociativos tienen comorbilidad con este trastorno de personalidad.

c) Narcisista: Este trastorno no aparece en el CIE-10, se caracteriza por un sentimiento personal de importancia y singularidad. Se estima una prevalencia menor al 1% en población general y del 2 al 16% en poblaciones clínicas.

Manifestaciones clínicas: Son sujetos que poseen un grandioso sentido de auto-importancia, se consideran especiales y por tanto esperan recibir un trato especial, se creen con derecho a todo, toleran escasamente la crítica, se consideran perfectos, son ambiciosos para conseguir fama, están preocupados por fantasías de éxito ilimitado, poder, belleza, o amor imaginarios. Exigen admiración excesiva, es pretencioso, explotador, carece de empatía y es reacio a reconocer o identificarse con los sentimientos y las necesidades de los demás. Fingen simpatía para conseguir sus fines y dada su frágil autoestima son propensos a la depresión, sufren rechazo de los demás y dificultad en relaciones interpersonales, presenta actitudes soberbias y arrogantes. Toleran mal el envejecimiento. Con pobre conciencia de enfermedad pues no aceptan que su maravillosa forma de ser y seguridad en sí mismo sean un trastorno.

Diagnóstico diferencial: Suele asociarse al trastorno límite, histriónico y antisocial, pero tienen menos implicación afectiva y más adaptación social.

d) Límite: Descripción abajo.

GRUPO C: Ansioso temeroso

a) Evitación: Llamado ansioso en el CIE-10, presenta una pauta de conducta caracterizada por una extrema sensibilidad al rechazo. Podría llamarse timidez patológica. Se considera que afecta a un 7% de la población general. Parece ser que los niños con un temperamento tímido son más propensos a padecer este cuadro en su vida adulta.

Manifestaciones clínicas: Presentan una pauta generalizada de malestar en el contexto social y miedo, temor a una evaluación negativa por parte de los demás. Todo ello les lleva a evitar las relaciones sociales y profesionales. El sujeto presenta sentimientos constantes y profundos de tensión emocional y temor, preocupación por ser un fracasado, sin atractivo personal o por ser inferior a los demás, preocupación excesiva por ser criticado o rechazado

en sociedad, resistencia a entablar relaciones personales si no es con la seguridad de ser aceptado, restricción del estilo de vida debido a la necesidad de tener una seguridad física. Evita actividades laborales o sociales que impliquen contactos personales íntimos, por miedo a la crítica, reprobación o rechazo, desestima posibles ascensos en su trabajo si ello implica mayor contacto y relaciones sociales. Suelen ser inseguros y presentan múltiples evitaciones fóbicas a lo largo de su vida.

Diagnóstico diferencial: Se puede confundir con el trastorno esquizoide de la personalidad aun cuando los evitadores desean esa relación social que los esquizoides ignoran e incluso rechazan.

b)Dependiente: Consiste en una pauta de conducta dependiente y sumisa y que es patente desde el inicio de la edad adulta, es mas común en las mujeres calculándose un prevalencia del 2.5% encontrándose datos que dicen que las personas que sufren de una enfermedad crónica en su infancia pueden ser mas proclives al diagnóstico.

Manifestaciones clínicas: Presentan dificultades para tomar decisiones cotidianas, respaldándose en consejos y recomendaciones de los demás, con los que están de acuerdo por miedo a sentirse rechazados. Soportan mal la soledad y temen ser abandonados. Este trastorno suele ser muy incapacitante a nivel laboral. Estas personas tienden a fomentar o permitir que otras asuman responsabilidades importantes de su propia vida, subordinan sus necesidades a las de aquellos de quienes dependen, se rehúsan a hacer peticiones incluso las mas razonables, presentan sentimientos de malestar o abandono al encontrarse solos, debido a miedos exagerados a no ser capaces de cuidarse a si mismos. Tienen temor a ser abandonados por una persona con la que tienen una relación estrecha, temor a ser dejados a su propio cuidado, buscan siempre su reafirmación por parte de los demás. Cuando están solos les resulta difícil perseverar en sus tareas. Evitan los puestos de responsabilidad y responden con ansiedad a la petición de que asuman un papel de liderazgo. Es significativo como estas personas pueden soportar y tolerar un cónyuge abusivo, alcohólico o maltratador con tal de no romper su vinculación. También se ha llamado personalidad astenica, inadecuado, derrotista o pasiva.

Diagnóstico diferencial: Los rasgos de esta personalidad aparecen en muchos trastornos psiquiátricos por ejemplo el trastorno límite e histriónico. Pueden parecer trastornos depresivos si fracasa o se interrumpe su relación vincular.

c)Obsesivo compulsivo: También llamada personalidad anancástica, consiste en una pauta generalizada de perfeccionamiento e inflexibilidad, es mas común en hombres que en mujeres, aparece con mas frecuencia en los familiares de primer grado de las personas que lo padecen. No hay datos concluyentes sobre la prevalencia ya que los diversos estudios existentes oscilan entre el 0.5 en la población general hasta el 55% en poblaciones clínicas.

Manifestaciones clínicas: Son sujetos con conductas rígidas, que con frecuencia se marcan objetivos inalcanzables y están preocupados por las normas que ellos mismos se imponen. Presentan falta de decisión, dudas y preocupaciones excesivas por detalles, reglas, listas, orden, organización y horarios. Es un perfeccionismo que interfiere en la actividad práctica. También exhiben una rectitud y escrupulosidad excesivas, junto con preocupación

injustificada por el rendimiento, hasta el extremo de renunciar a actividades placentera y relaciones interpersonales. Muestran pedantería y convencionalismo con una capacidad limitada para expresar emociones; rigidez y obstinación; insistencia poco razonable para que los demás se sometan a la propia rutina y resistencia también poco razonada a dejar a los demás hacer lo que tienen que hacer. Presentar una irrupción no deseada e insistente de pensamientos o impulsos. Las habilidades sociales de estos individuos están muy limitadas, carecen de sentido del humor, son indecisos, cualquier cosa que amenace su rutina les genera gran ansiedad. Son frecuentes los cuadros depresivos.

Diagnóstico diferencial: Debe diferenciarse del trastorno obsesivo compulsivo.^{2,3,4}

COMORBILIDAD

El desarrollo de nuevos instrumentos diagnósticos para la evaluación de los trastornos de la personalidad nos ha acercado a descubrir como coexisten una enfermedad del eje I con una personalidad patológica que condiciona la evolución, el pronóstico y consecuentemente el tratamiento de esa enfermedad. En los últimos años se han realizado una gran cantidad de estudios que nos aportan datos sobre la simultaneidad de dos o más cuadros patológicos que aparecen en un mismo paciente y que Feinstein denominó comorbilidad.

Comorbilidad entre trastornos de la personalidad.- Siguiendo a Oldham dirá que los sistemas categoriales de clasificación facilitan la comorbilidad entre los trastornos de la personalidad, siendo mas frecuente en el DSM.IV que en la CIE.10. Aproximadamente el 70% de los pacientes con diagnostico de trastorno de personalidad tienen mas de uno con medias que van de 2 a 4. Esta multiplicidad de diagnósticos en el eje II resalta la gravedad de la alteración pero complica la interpretación de los estudios sobre dichos trastornos. El trastorno por evitación y el trastorno limite de la personalidad son los trastornos que con mayor frecuencia son comórbidos con otros trastornos de la personalidad.

Comorbilidad entre Enfermedad mental y Trastorno de la personalidad.- Si atendemos a estudios realizados entre la población ingresada en unidades de psiquiatría encontramos cifras que oscilan entre el 40- 70% de los pacientes ingresados los que presentan una comorbilidad con un trastorno de la personalidad.

El trastorno limite lo encontramos comórbido en mujeres con trastornos del animo, trastornos de la conducta alimentaria, trastornos psicóticos y esquizofrenia, trastornos del control de los impulsos, farmacodependencia y trastorno conversivo. En los hombres es la toxicomanía y el alcoholismo, los trastornos del animo, el trastorno de control de impulsos y los cuadros psicóticos.

Con referencia a los trastornos del estado de animo se ha encontrado una asociación frecuente entre la depresión y el trastorno limite de la personalidad, cuando esta asociación se da es frecuente encontrar tasas de suicidio elevadas, según Soloff esta asociación se encuentra en el 33% de los pacientes suicidas. Según Girolamo (1996) en un estudio auspiciado por la OMS se puede ver la mayor incidencia y elevación de la conducta suicida y del suicidio consumado en diversos trastornos de la personalidad como el disocial, él limite y el narcisista. En nuestra muestra de trastorno limite encontramos una incidencia de

suicidio consumado de un 14%. Las depresiones en pacientes con trastornos de la personalidad se inician a menor edad, se asocian mas conductas suicidas, responden peor al tratamiento y tienen mayor riesgo de recaídas.

Respecto a los trastornos psicóticos y la esquizofrenia y su comorbilidad con los trastornos de personalidad parece claro que él mas relacionado el trastorno esquizotípico, según algunos autores mas de la mitad de estos pacientes desarrollan una esquizofrenia en el curso de los años. Parece claro que los trastornos de la personalidad encuadrados en el grupo A (esquizoide, paranoide y esquizotípico aparecen con mas frecuencia entre los familiares de enfermos esquizofrénicos. Hay también estudios que demuestran que es la enfermedad esquizofrénica la que tras su aparición y evolución conforma un trastorno de la personalidad, esto estaría en consonancia con lo que anteriormente hemos venido en denominar transformación de la personalidad secundaria a enfermedad psíquica.

Con referencia a los trastornos de ansiedad parece evidente la gran relación que la aparición de estos tiene con una personalidad previa encuadrada en el grupo C (personalidad, evitadora, dependiente, fóbica y obsesiva) así pues y según varios autores entre un 30-40% de los trastornos de ansiedad como el trastorno de pánico, la agorafobia, el obsesivo-compulsivo, la ansiedad generalizada, etc., tendrían una personalidad previa que induciría a padecer estos cuadros.

Así mismo la asociación de un trastorno de ansiedad con uno de personalidad significaría un peor pronostico, peor respuesta al tratamiento y una mayor tendencia a padecer recaídas. La comorbilidad entre trastorno de personalidad y abuso de sustancias quizá sea el apartado mas estudiado estableciéndose un amplio debate sobre que trastorno aparece con anterioridad si el de personalidad previa o si el trastorno de la personalidad aparece como consecuencia del uso y abuso de sustancias.

En la actualidad parece que hay un consenso en que el mantenimiento de las conductas adictivas es debido a que el sujeto padece un trastorno de la personalidad, este trastorno condicionaría la aparición de recaídas o el cambio de conducta adictiva cuando se ha superado una. Así es frecuente ver como pacientes que abandonan su dependencia a opiáceos, tras un tratamiento, caen en conductas de consumo y dependencia de alcohol, o como alcohólicos ya rehabilitados inician conductas ludopáticas, cuando no van asociadas ya desde su inicio.

Podríamos afirmar como en la comorbilidad entre trastornos de la personalidad y conductas adictivas debe predominar él diagnostico de trastorno de personalidad. Cuando aparece un trastorno de personalidad el adicto tendrá mas dificultad en abandonar su adicción. Los trastornos de la personalidad explicarían las recaídas en estos pacientes o bien los cambios de adicción. El abordaje terapéutico de la comorbilidad debe orientarse hacia el tratamiento de la personalidad patológica de base, no despreciando, lógicamente, los programas de desintoxicación, retiro del hábito, etc.

Con referencia a la comorbilidad entre trastorno de personalidad y conductas adictivas, no podemos olvidar como muchos sujetos afectados por una personalidad evitadora, fóbica o

depresiva encuentran en el alcohol o en sustancias estimulantes del SNC un "remedio" para superar su problema, siendo víctimas posteriormente de dicha actitud.

Respecto a la comorbilidad de los trastornos de la alimentación con los trastornos de la personalidad es evidente su interrelación. La comorbilidad es evidente en los trastornos límite y de evitación con cifras que superan el 50%.

Si esta comorbilidad la estudiamos en los casos graves apreciamos como Skodol (1993) la encuentra en casi todos los casos ya que la paciente con un trastorno de personalidad asociado a un trastorno de la conducta alimentaria produce una mayor cronicidad, peores niveles de funcionamiento global, aumento de las crisis y recaídas, mayor alteración de su esquema corporal y un aumento de la tasa de tentativa y suicidio consumado.

Los trastornos somatoformes o de somatización presentan una comorbilidad con los trastornos de la personalidad que oscilan entre el 18-64 % siendo fundamentalmente el trastorno histriónico el que más aparece, seguido de la personalidad evitativa y obsesiva.

En otro contexto y relacionado con una determinada personalidad podríamos hablar de la alexitimia o la dificultad de determinadas personas en manifestar sus conflictos y presentar una dificultad de comunicación que les lleva a interiorizar su ansiedad somatizándola.

Con respecto a las patologías de aparición en la infancia y adolescencia podemos decir como los trastornos de angustia de separación son, generalmente, prodrómicos de posteriores personalidades ansiosas, evitadoras e histriónicas.

Los denominados niños hiperquinéticos o afectos del llamado síndrome por déficit de atención han sido muy estudiados en el medio norteamericano, así encontramos una gran cantidad de trabajos y revisiones donde aparece este síndrome como antecedente en una gran cantidad de sujetos que posteriormente son diagnosticados de un trastorno antisocial o límite de su personalidad.

En resumen diremos que la comorbilidad es muy frecuente entre los trastornos mentales y los trastornos de la personalidad. Los diferentes estudios que analizan esta comorbilidad son unánimes al manifestar como la evolución del cuadro es peor en estos sujetos que en los que no aparece dicha comorbilidad.

La respuesta al tratamiento es siempre peor, tienen una mayor tendencia a la cronicidad y tienden a un mayor abandono de los tratamientos, suelen escudarse en los efectos secundarios de la medicación o en la larga duración de los tratamientos psicoterapéuticos

La evolución de los trastornos de la personalidad complica el pronóstico de otros trastornos dado el deterioro psicosocial que los sujetos afectados de un trastorno de la personalidad tienen. Al final de la evolución muchos de estos sujetos presentan una predominancia de sintomatología depresiva fruto del deterioro social, ambiental y afectivo acumulado, la ruptura o el no-establecimiento de redes sociales, el entorpecimiento de las relaciones interpersonales hacen que estos sujetos tiendan al aislamiento y a una mayor dificultad para la resolución de sus problemas.

De cualquier manera también es observable como, aproximadamente, un 60-70% de los sujetos afectados por unos trastornos de la personalidad tienden a disminuir su sintomatología a partir de los 35-40 años de edad apreciándose mas intervalos asintomáticos y las crisis menos intensas y menos duraderas lo que hablaría a favor de una teoría del desarrollo de los trastornos de la personalidad⁵.

TRASTORNO LIMITE

Diversos términos, límite, limítrofe, fronterizo y borderline parecer aludir al mismo paciente. No obstante, diferentes definiciones surgen tras la revisión del concepto. ¿Se refiere a un trastorno específico de la personalidad, a un síndrome clínico, a un nivel de funcionamiento intermedio entre la neurosis y la psicosis, a un subgrupo de los trastornos afectivos, de la esquizofrenia o la epilepsia?

En gran parte, la confusión proviene de dos enfoques diferentes que se esfuerzan por definir el concepto: el enfoque descriptivo que pone énfasis en la sintomatología diagnóstica frente al enfoque psicodinámico que destaca aspectos estructurales, dinámicos y de desarrollo como criterios diagnósticos. Estos dos enfoques aunque separados no dejan por ello de estar relacionados. Se han mantenido independientes porque las observaciones de ambos grupos provienen de contextos, metodologías y énfasis diferentes. Al contar con marcos teóricos y métodos distintos, sus conclusiones no pueden compararse aunque teóricamente pueden complementarse.

El enfoque descriptivo, representado por el DSM-IV, ve el concepto limítrofe como uno de los muchos trastornos de la personalidad que son distintos entre sí, mientras que el enfoque psicodinámico de Kernberg lo considera como un nivel de funcionamiento psíquico o de organización yoica estable (entre la neurótica y la psicótica) que puede dar cabida a distintos tipos de personalidades (dentro de éste marco, se puede hablar de una personalidad narcisista con un nivel organizacional limítrofe).

El valor del enfoque descriptivo radica en la precisión del diagnóstico, no obstante, le es difícil definir a un paciente que presenta marcadas contradicciones en su funcionamiento interno y externo. Aquéllos que apoyan el diagnóstico psicodinámico argumentan que, para entender la superficial adaptación de un paciente que encubre un caos interno, es preciso comprender los principios estructurales que subyacen a tan compleja personalidad.

La revisión de la bibliografía señala que algunas investigaciones parecen apoyar el trastorno limite de la personalidad como una entidad diagnóstica válida, pero, por otra, parecen ubicar también a un grupo bastante heterogéneo de pacientes con un alto índice de comorbilidad. Dentro del enfoque descriptivo, algunos autores proponen redefinir el concepto como un verdadero trastorno de la personalidad. Sugieren cambiarle el nombre para darle mayor precisión y otros incluso eliminar el término de la nosología descriptiva.

Teóricos importantes dentro del ámbito psicoanalítico, hablan no de un trastorno específico de la personalidad sino de un nivel de funcionamiento psicopatológicamente estable. Otros dicen estar ante un espectro de trastornos en los que la patología varía enormemente. De

éste modo, encontramos que cuando se habla genéricamente del borderline refiriéndose específicamente al paciente del DSM-IV no necesariamente se está aludiendo al paciente de Gunderson, Kernberg, Akiskal o Chessick. Se observan diferencias no solo entre la concepción del enfoque descriptivo y la del psicodinámico sino también diferencias dentro del los mismos enfoques. Esto puede traer implicaciones para abordar a este tipo de pacientes. Si bien, para algunos el concepto sigue siendo vago y confuso, para otros resulta de suma utilidad para tratar grupos de pacientes difíciles que deben ser identificados adecuadamente para una atención especial⁶.

Se definen tres características intrapsíquicas para este trastorno: a) difusión de la identidad, b) defensas primitivas (escisión (devaluación e idealización), negación, proyección, e identificación proyectiva) y c) prueba de realidad generalmente intacta pero es vulnerable a alteraciones y fallos. Se ha observado también que existe un esquema cognitivo perturbado principalmente con un pensamiento dicotómico donde el paciente observa al mundo como peligroso y malvado, sintiéndose a sí mismo como débil, vulnerable e inaceptable. Presentan importantes conflictos en relación con la separación-abandono y con la posibilidad de expresar necesidades emocionales y enojo⁷.

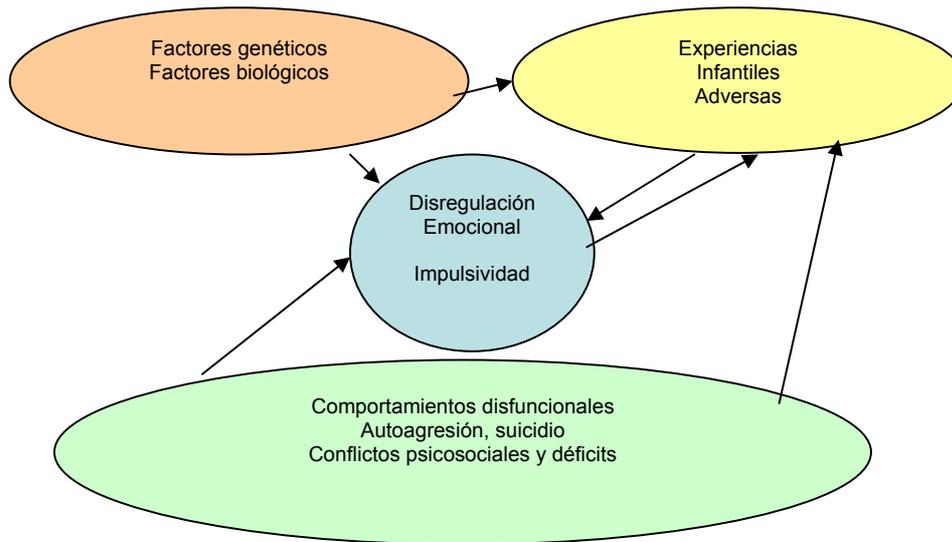
Se ha identificado además en estudios neuropsicológicos que existe una disfunción en el procesamiento de la información teniendo déficit en los test donde se requería planeación, operaciones múltiples y mantenimiento de respuesta sobre tiempo, concluyéndose que existía cierta disfunción frontal. En múltiples estudios se ha encontrado que encuentran signos neurológicos blandos lo que se asociaba directamente con la impulsividad y los déficit cognitivos pero no con el funcionamiento global,⁸ con intolerancia a estar solo por lo que el 30% de los pacientes límites utilizan objetos transicionales⁹.

El trastorno límite es un complejo y serio trastorno mental caracterizado por un patrón persistente de inestabilidad en la regulación de la emoción, relaciones interpersonales, distorsión en la imagen corporal y el control de los impulsos. Mundialmente se estima ocurre en el 1-2% de la población general^{10,11} y es el trastorno de personalidad más común en poblaciones clínicas, afectando al 10% de todos los pacientes psiquiátricos externos y 15-20% de los pacientes hospitalizados. En E.U. se reporta una prevalencia del 0.7% en Noruega y 1.8% en E.U. En México se ha encontrado una prevalencia del 2% en mujeres y 1.7% en los hombres entre la población general. Sin embargo se encontró una prevalencia del 35.7% en la población clínica psiquiátrica del hospital central militar¹². Se diagnostica más frecuentemente en mujeres, estimándose que aproximadamente dos tercios de los diagnosticados son mujeres.

En niños y adolescentes la prevalencia fue del 43% de los 7 a los 10 años¹³, 11% de los 9 a los 19 años y 7.8% en 11 a 21 años, manteniéndose la mayor frecuencia en mujeres¹⁴. Se ha observado que disminuye con la edad, siendo menor su severidad durante la vejez, es decir se atenúa¹⁵. Se caracteriza por una alteración importante en la funcionalidad, una alta frecuencia de uso de tratamientos, principalmente debido a una incidencia de intentos de suicidio al menos 10%, 50 veces mayor a la de la población general¹⁶, pero también debido al intenso sufrimiento que experimentan los pacientes lo que condiciona una alta frecuencia de consultas y un cambio frecuente de tratamientos, por lo que su atención resulta costosa en términos económicos y sociales^{17,18}.

ETIOLOGIA DEL TRASTORNO LIMITE

La causas del trastorno límite son complejas, con múltiples factores que interactúan de varias formas entre ellos. Factores genéticos, otros factores biológicos y las experiencias infantiles pueden causar desregulación emocional e impulsividad que conducen a comportamientos disfuncionales y conflictos psicosociales con un reforzamiento de la desregulación emocional y la impulsividad.



BIOLOGIA DEL TRASTORNO LIMITE

Para el trastorno límite existen dimensiones clave incluyendo agresión impulsiva, inestabilidad afectiva, ansiedad y síntomas psicóticos. Los cuales nos sirven para estudiar la biología del trastorno límite.

Agresividad impulsividad: Es una característica central de los trastornos del grupo B particularmente del trastorno límite y el trastorno disocial. Esta característica es hereditaria como se demostró en estudios de gemelos y adopción y probablemente puede ser cuantificable.

Se ha encontrado una estrecha correlación entre individuos agresivos de tipo impulsivo con polimorfismo genético en la expresión del de triptofanohidroxilasa y bajos niveles de 5-HIAA en LCR implicando este hecho una relación evidente entre el gen que limita el paso de síntesis de la serotonina y los comportamientos agresivos explosivos. Se conoce el menor riesgo de las mujeres de cometer suicidio por métodos violentos hecho que podría estar relacionado genéticamente con mayores niveles de 5-HIAA en LCR y una mayor actividad serotoninérgica que en el hombre.¹⁹

Estudios genéticos de gemelos han revelado diversas contribuciones de la genética al comportamiento impulsivo sin embargo aun no se ha descrito un patrón concreto de herencia ni la contribución frente a otros elementos clave como la educación.²⁰

Ácidos Grasos: Existe controversia en la literatura sobre el efecto de los niveles de colesterol y el aumento en la impulsividad y agresividad encontrándose que la disminución en el riesgo cardiovascular de los hipolipemiantes aumenta el riesgo de otras muertes que incluyen el suicidio y otras formas de muerte violenta.

Específicamente a largo plazo se ha observado que la baja de colesterol *per se* esta asociado directamente con impulsividad y violencia. El colesterol cerebral está en equilibrio con el sérico y su modificación puede inducir cambios en las propiedades de las membranas neuronales, se ha encontrado que la reducción de colesterol de la membrana disminuye el numero de receptores de serotonina.

Se ha observado que al disminuir el colesterol aumentan los niveles plaquetarios de serotonina que disminuyen al aumentar el colesterol lo que implica un relación inversa entre los dos sistemas. Se ha observado en otros trastornos por ejemplo depresión y déficit de atención que en relación con la impulsividad existe un déficit de las series n-3 de ácidos grasos esenciales. Sin embargo aun no hay acuerdo generalizado en la literatura.²¹

Los estudios de imagen permiten la localización regional de respuesta serotoninérgica reducida en áreas corticales inhibitorias lo que puede amortiguar la liberación límbica de agresión incluyendo la corteza orbital frontal, la corteza ventral medial y la corteza del cíngulo lo cual se involucra importantemente en la entrada de estímulos afectivos. La actividad metabólica prefrontal se ha reportado disminuida en asociación con la agresividad impulsividad en pacientes límites y disociales. El estudio de genes como el de triptofano hidroxilasa , el transportador de serotonina , el receptor 5-HT1 a y b, y el 5HT2a entre otros asociándose con la impulsividad y la neurosis. Se ha observado que tiene un importante componente genético debido a los estudios de gemelos.

La agresividad impulsividad puede ser un producto de la interacción de sistemas neurales por ejemplo la interacción de actividad serotoninérgica reducida y la actividad dopaminérgica incrementada²².

Inestabilidad Afectiva: Se ha observado cierta respuesta al inhibidor de la colinesterasa fisostigmina en los síntomas depresivos en el grupo de pacientes límites en comparación con un grupo control²³, la procaína induce síntomas disociativos y disfóricos en pacientes con trastorno límite y su respuesta puede estar medida en parte por el sistema colinérgico en regiones paralímbicas. Estas regiones pueden ser críticas en la evaluación del estímulo que ingresa y la generación de respuestas y son también regiones que son activadas por estímulos cargados emocionalmente.

El sistema noradrenérgico puede jugar un rol crítico en modular la reactividad al entorno y puede también contribuir a la inestabilidad afectiva observada en el trastorno límite. Aunque la actividad noradrenérgica no parece mediar directamente la liberación de la agresividad como el sistema serotoninérgico la combinación de respuesta adrenérgica

incrementada con reducción de la actividad serotoninérgica puede sinergizarse resultando en la irritabilidad, inestabilidad y reactividad agresiva.

Ansiedad: No se conocen las bases biológicas en el trastorno límite sin embargo se sugiere que la respuesta noradrenérgica exagerada puede estar relacionada a la ansiedad.

Síntomas psicóticos: El aumento en la actividad dopaminérgica puede estar asociada, particularmente en otros trastornos de la personalidad como el esquizotípico, sin embargo no ha habido estudios que corroboren directamente dicha observación²⁴.

GENÉTICA DEL TRASTORNO LÍMITE

La relación familiar puede ser mas fuerte para la impulsividad-agresividad, e inestabilidad afectiva los cuales se transmiten de forma independiente que la categoría diagnóstica como tal. En un estudio de gemelos con trastorno límite se sugiere que el diagnóstico estaba influido ambientalmente de forma importante, sin embargo los síntomas esenciales (incluyendo impulsividad e inestabilidad afectiva) tienen un componente heredable importante²⁵. Otros estudios han confirmado estos datos principalmente para la irritabilidad y agresividad impulsividad²⁶. Uno de los estudios de gemelos mostró una concordancia de 35% para gemelos monozigóticos y 7% para dizigóticos sugiriéndose un fuerte efecto genético²⁷. La heredabilidad puede ser estimada en 47%.

FACTORES PSICOLÓGICOS PARA EL DESARROLLO DE TRASTORNO LIMITE

Aunque las capacidades intelectuales tienen una base biológica depositada en el genoma, las estructuras cerebrales en que se organizan los procesos psíquicos funcionan a partir de circuitos cuyas especificidades y conexiones (citoarquitectura neuronal) se conforman por la experiencia mediada socialmente²⁸. Por ello es indispensable profundizar en la influencia de las relaciones en la forma en que los sujetos expresan su malestar psíquico, relacionándose con la experiencia acumulada, con la integración de las “vicisitudes”, con las aptitudes desarrolladas a partir de lo congénito con las oportunidades ofrecidas por los roles sociales²⁹.

El trauma infantil ha sido implicado como factor etiológico de diversas condiciones psiquiátricas como el trastorno somatomorfo, ataques de pánico, trastorno de personalidad múltiple, por lo que podría conceptualizarse como un espectro de trastornos de adaptación al evento traumático, siendo la personalidad múltiple el extremo y el trastorno límite se encontraría en el medio acompañado de trastornos de ansiedad, estrés postraumático, etc.

Se han encontrado prevalencias de 82-90%³⁰ en exposición a eventos traumáticos en la infancia en poblaciones clínicas mientras que en la población general se ha encontrado del 60.7% en hombres y 51.2%³¹ en mujeres. Dentro de estos eventos se consideran: Combate militar, accidente serio, contacto sexual no deseado, raptó, ataque con cuchillo/arma de fuego, ataque sin armas, herida seria, riesgo de muerte, ser testigo de abuso sexual, asesinato o lesiones, y catástrofes naturales. Se encontró que en los pacientes límites existió

mas frecuencia de contacto sexual no deseado y ataque sin armas lo cual difiere de lo acontecido a la población general y que pudiera ser un factor distintivo de dicho trastorno, compartiéndose factores de riesgo como ambiente familiar caótico y psicopatología parental lo cual contribuye a la severidad del trastorno, se encontró una importante asociación entre el trastorno límite y todos los tipos de trauma sexual cuando se comparo con otros grupos de trastornos de personalidad, sin diferencias de acuerdo al sexo, no se demostró asociación con la edad de la agresión³².

En los últimos años se han realizado múltiples investigaciones en este aspecto en los pacientes con tx. límite, debido a que al realizar las historias clínicas de estos pacientes frecuentemente coinciden algunos antecedentes como interrupciones en las relaciones con los cuidadores primarios. La negligencia parental y el descuido han sido citados por diversos autores como factor etiológico de este trastorno. Una separación temprana prolongada o permanente del cuidador primario se ha descrito también en varios estudios^{33,34}. Se encontró una frecuencia de abuso del 10 al 73% por un padre u otro cuidador, incluyendo abuso físico, sexual o emocional³⁵.

El abuso sexual es definido como cualquier actividad con un niño antes de la edad legal de consentimiento que es por la gratificación de un adulto o un niño substancialmente mayor. Estas actividades incluyen contacto oral-genital, genital-genital, genital-rectal, manual-genital, manual-rectal, u manual-mamario, exposición de la anatomía sexual, observación forzada de la anatomía sexual, y pornografía, uso de un niño para la producción de pornografía. Ver o tocar los genitales, nalgas o senos en niños preadolescentes separados por no mas de 4 años, donde no hubo coerción se llama juego sexual³⁶.

La prevalencia del abuso sexual en la infancia en la población general es difícil pues con mucha frecuencia los niños no lo dicen por muchas razones, puede que no reconozcan de inmediato lo impropio del acto y mas si su cuidador primario es el perpetrador y aun mas si es mujer. Los niños y adultos pueden olvidar o reprimir memorias displacenteras o cooperar en los actos con tal de que los demás no se enteren además de la coerción abierta con amenaza a su vida o de su familia. En un estudio de coerción sexual en Sudáfrica se reporto abuso sexual en al menos una tercera parte de las adolescentes, otros estudios muestran una incidencia del 8 al 33.8% en mujeres y del 3 al 10.9% en hombres, en Europa se reporta del 6-36% en niñas y del 1-15% de niños menores de 16 años, hablando de 1 sola experiencia de abuso, sin embargo la violencia puede existir en un continuo, por ejemplo en Australia 42.3% de las mujeres de un estudio experimentaron abuso sin contacto sexual, 35.7% experimentaron abuso con contacto sexual, de estas mujeres 28.5% reportaron violencia física, sexual o emocional doméstica y 11.8% reportaron haber sido victimas de al menos un intento de violación desde los 16 años³⁷.

Numerosos estudios han encontrado altos porcentajes de abuso sexual infantil entre individuos con trastorno límite de la personalidad en comparación con otras poblaciones, variando entre el 26 y el 71%^{38,39}, existen importantes problemas metodológicos que no permiten comparar los resultados de los distintos estudios debido principalmente a las poblaciones sujetas de estudio por ejemplo en algunos se requieren los criterios completos y en otros se requiere únicamente rasgos de personalidad, se evalúan a pacientes hospitalizados contra pacientes ambulatorios, etc.⁴⁰ Por ejemplo hablando de incesto un

estudio reportó una prevalencia de hasta el 75%^{41,42} en pacientes hospitalizados, en otro estudio en un hospital de enseñanza en pacientes externos 67% tuvieron historia de abuso en la infancia o adolescencia, otro estudio mostró 86% de abuso sexual antes de los 16 años⁴³.

Se encontró que se diagnóstico trastorno límite cuatro veces más en pacientes en quienes se documentó abuso o negligencia, específicamente el abuso sexual se asoció con trastorno límite mientras que el abuso físico se asoció con tx. disocial y depresión, la negligencia se asoció con tx. de personalidad antisocial, evitativo, narcisista, y pasivo agresivo. Lo que sugiere que existen diferentes asociaciones entre los tipos de experiencias sexuales adversas de la infancia y los trastornos de personalidad.⁴⁴ Otro hallazgo fue la correlación entre la presencia del abuso y la severidad de la psicopatología^{45,46}, por ejemplo hablando de los síntomas disociativos⁴⁷.

Estos estudios puntualizan la cuestionable asociación entre el trastorno límite de la personalidad y el abuso sexual, lo que puede ser resultado de múltiples factores entre los que destaca las metodologías de muestreo.

FACTORES GENERICOS Y SEXUALES

El abuso sexual es un importante antecedente para el desarrollo de trastorno límite lo cual explicaría en parte la alta prevalencia del trastorno en mujeres, sin embargo en datos epidemiológicos se ha indicado que existe más o menos el mismo riesgo entre niños (30.2%) y niñas (40.4%) de ser abusados sexualmente, físicamente 32.5% vs 42.9%⁴⁸. Sin embargo las niñas tienen 3 veces más riesgo que victimización sexual, lo que condicionaría un mayor desarrollo del trastorno en mujeres.

Los hombres con trastorno límite han mostrado más sintomatología disociativa, un uso más frecuente de mecanismos de defensa maladaptativos, distorsión de la imagen corporal, mayores frecuencias de abuso sexual una duración más larga de abuso físico, mayor frecuencia de separación o pérdida temprana y alto control parental en comparación con hombres con otros trastornos de personalidad.

Se ha encontrado una importante comorbilidad con trastorno límite y trastornos antisocial y evitativo lo que podría variar de acuerdo al género, estos hallazgos sugieren que hombres y mujeres pueden presentar diferentes patrones de síntomas, específicamente la impulsividad es expresada de forma distinta tendiendo a externalizarla por los hombres y a internalizarla en las mujeres por lo que es más frecuente la autoagresión en las mujeres y la heteroagresividad en hombres⁴⁹.

Aunque no existen conclusiones definitivas con respecto a la etiología del trastorno límite se pueden hacer correlaciones basadas en datos retrospectivos, la fuerza de la asociación entre el trauma infantil y el trastorno límite sugiere que es un factor muy importante pero no suficiente para el desarrollo del trastorno, siendo peor para niños de temperamentos más vulnerables o con menos factores protectores como serían relaciones positivas y protectoras con otros cuidadores⁵⁰.

Parece que los recuerdos del abuso se integran en la organización personal total y se vuelve esencialmente egosintónico. Los sujetos generalmente no perciben la conexión directa entre sus síntomas actuales y las experiencias abusivas en la infancia.

IMAGENOLOGIA Y ABUSO SEXUAL

En los pacientes con trastorno límite y abuso sexual se ha encontrado un volumen hipocampal cerca de 16% menor al grupo control, sin diferencia hemisférica. Lo mismo ocurre con la amígdala pero de forma menos pronunciada 8%⁵¹. El recuerdo de memorias traumáticas se ha asociado con un incremento del flujo sanguíneo en la corteza dorsolateral prefrontal y disminución del flujo en el giro dorsolateral prefrontal izquierdo, aumento de flujo en cíngulo anterior derecho y la corteza orbitofrontal bilateral en mujeres sin trastorno límite. Las pacientes con trastorno límite fallaron en la activación del giro cingular anterior y la corteza orbitofrontal, tampoco se encontraron cambios en el flujo sanguíneo en el giro dorsolateral prefrontal. En estudios de PET se implicó la corteza medial prefrontal, incluyendo el cíngulo anterior, en estudios de memorias del trauma, estudios previos revelaron la implicación de esta área en el estrés y la emoción, se ha implicado en la regulación de respuestas simpáticas y de glucocorticoides periféricos en respuesta al estrés. La disfunción de la corteza medial prefrontal puede representar un correlato neural en la generación de la emoción patológica en el trastorno límite, incluyendo la incapacidad de terminar las emociones negativas. Se especula que los pacientes con trastorno límite tienen una función aumentada en reposo en el cíngulo anterior con un fallo en la respuesta cingular anterior normal en respuesta al estímulo emocional^{52,53}.

FAMILIA

Lyman Wynne propone que el desarrollo maduro de la personalidad ocurre cuando los procesos interaccionales entre los miembros de la familia se construyen sobre una base estructural ordenada y consistente. El llamo a este proceso epigénesis. Se refiere que este proceso se lleva a cabo en etapas siendo la primera de apego y cuidado involucrando las transacciones entre el niño y el cuidador estableciéndose relaciones de confianza. La segunda consiste en el desarrollo de habilidades de comunicación entre el niño y las personas significativas en su vida, la tercera es el compromiso en la resolución de los problemas de unos y otros, la cuarta corresponde a la mutualidad y la última que no siempre ocurre es la intimidad de sus miembros. Hablando del contexto del paciente límite encontramos una alta prevalencia de pérdidas y disfuncionalidades que desencadenan en negligencia hacia los hijos y falta de desarrollo de las etapas antes descritas⁵⁴.

La familia tiene la función de reducir el ambiente de agresión y abuso sexual, ¿entonces porque los incestos?. Generalmente ocurre cuando los vínculos familiares se han roto, por ejemplo cuando hay un padre adoptivo o cuando el padre o la madre biológico han estado ausentes durante la niñez de sus hijos⁵⁵. En general se refiere que la frecuencia de abuso es muy alta con respecto a los cuidadores en contraste con personas no relacionadas, correspondiendo a situaciones donde se experimenta violencia verbal, física o sexual⁵⁶.

De acuerdo al desarrollo, se ha pensado que las alteraciones en las relaciones con el cuidador primario son un factor importante en la génesis del trastorno, una separación

temprana temporal o permanente se ha observado mas frecuentemente en los pacientes con trastorno límite⁵⁷. En estudios sobre los tipos de apego se ha encontrado que existe un vinculo temprano débil originado por pérdida o negligencia, lo que lleva a los pacientes a una dificultad vincular en la edad adulta y que condiciona la turbulencia emocional y la impulsividad⁵⁸.

Se piensa que está directamente relacionado con el abuso como tal pues generalmente todas estas situaciones se dan en familias disfuncionales que no previenen, o interrumpen estos eventos. Se ha observado además una alta prevalencia de todos los tipos de psicopatologías en familiares de los pacientes con trastorno límite que condicionan una inadecuación en el maternaje, con maltrato y pobre vinculación afectiva⁵⁹.

PERSPECTIVAS

Se ha encontrado una alta frecuencia de trastorno por estrés postraumático en pacientes con trastorno límite de personalidad 26 al 56% y una alta frecuencia de trastorno límite en pacientes con trastorno por estrés postraumático 68%⁶⁰. Esta alta incidencia de trauma en sujetos con trastorno límite y el traslapamiento fenomenológico con estrés postraumático ha conducido a la hipótesis de que el trastorno límite podría ser parte de un espectro traumático, lo cual se está investigando intensamente^{61,62}.

¹ Kaplan HI, Sadock BJ. Sinopsis de Psiquiatría. Ed. Panamericana. 8ª edición. Madrid.1999. 880-905

² Riquelme Véjar R. La personalidad, sus trastornos y estructuras limítrofes. Psiquiatría y Salud Mental 2002; XIX (4): 204-218.

³ Kaplan HI, Sadock BJ. Sinopsis de Psiquiatría. Ed. Panamericana. 8ª edición. Madrid.1999. 880-905

⁴ Stern TA, Herman JB. Psychiatry. Update and preparation. Ed. Mc Graw Hill. 2a edición. Massachusetts E.U. 2000. 187-194

⁵ San Miguel del Hoyo, MT. Aperturas psicoanalíticas, hacia modelos integradores. Revista de Psicoanálisis Nov 2003. (15)1-29.

⁶ Gómez de Cortés C. ¿Quien es el paciente limítrofe?. Salud Mental Feb. 2000; 23(1):30-38

⁷ Skodol AE, Gunderson JG, Pfohl B, Widiger TA, Livesley WJ, Siever LJ. The Borderline Diagnosis I: Psychopathology, comorbidity, and personality structure. Biol Psychiatry 2002; 51:936-950.

⁸ Stein DJ, Van Heerden B, Hugo F. Neuropsychiatry of aggression and impulsivity. Chapter 7. Neurobiology and clinical views on aggression and impulsivity. M. Maes and E.F. Coccaro 1998 John Wiley and sons Ltd.

⁹ Cardasis W, Hochman JA, Silk KR; Transitional objects and borderline personality disorder. Am J Psychiatry 1997 Oct, 154(2): 250-55

¹⁰ Tongersen S, Kringlen E, Cramer V: The prevalence of personality disorders in a community sample. Arch Gen Psychiatry 2001, Jun 58(6):590-596

¹¹ Gross R, Olfson M, Gameroff M. Borderline Personality Disorder in primary care. Arch Intern Med 2002 Jan;162:53-60

¹² Cuevas P, Camacho J, Mejía R. Cambios en la Psicopatología del trastorno límite de la personalidad, en los pacientes tratados con psicoterapia psicodinámica. Rev Mex de Salud Mental 2000; 23(6):1-11

¹³ Guzder J, Paris J, Zerkowitz P, et al. Psychological risk factors for borderline pathology in school age children. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1999; 38(2):206-212

¹⁴ Ludolph PS, Westen D, Mistle B et al. The borderline diagnosis in adolescents: symptoms and developmental history. Am J Psychiatry 1990 April 147(4):470-476

-
- ¹⁵ Zanarini MC, Frankenburg FR, Hennen J, et al. The longitudinal course of borderline psychopathology : 6 year prospective follow up of the phenomenology of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 2003; 160(2): 274-283
- ¹⁶ Work Group on Borderline Personality Disorder. Practice Guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 2001 158(suppl):1-52.
- ¹⁷ Comtois KA, Russo J, Snowden M et al. Factors associated with high use of public mental health services by persons with borderline personality disorder. *Psychiatric Services* 2003;54(8):1149-1154
- ¹⁸ Bateman A, Fonagy P. Health service utilization costs for borderline personality disorder patients treated with psychoanalytically oriented partial hospitalization versus general psychiatric care. *Am J Psychiatry* 2003; 160(1):169-171
- ¹⁹ Nielsen DA, Goldman D, Virkkunen M. Suicidality and 5-hydroxyindoleacetic acid concentration associated with a tryptophan hydroxylase polymorphism. *Arch Gen Psychiatry* 1994 April; 51(4):34-8
- ²⁰ Bergeman CS, Seroczynski. Genetic and environmental Influences on Agression and Impulsivity. Chapter 3. M. Maes and E.F. Coccaro 1998 John Wiley and sons Ltd.
- ²¹ Horrobin DF. Fatty Acids, Agression and Impulsivity. Chapter 8. M. Maes and E.F. Coccaro 1998 John Wiley and sons Ltd.
- ²² Skodol AE, Siever LJ, Livesley J. The Borderline Diagnosis II. Biology, Genetics, and Clinical Course. *Biol Psychiatry* 2002;51:951-963
- ²³ Steinberg BJ, Trestman RL, Mitropoulou V et al. Depressive response to phisostigmine challenge in borderline personality disorder patient. *Neuropsychopharmacology* 17:264-273
- ²⁴ Skodol AE, Siever LJ, Livesley J. The Borderline Diagnosis II. Biology, Genetics, and Clinical Course. *Biol Psychiatry* 2002;51:951-963
- ²⁵ Torgersen S. Genetic and nosological aspects of schizotypal and borderline personality disorders: A twin study. *Arch Gen Psychiatry* 41:546-554
- ²⁶ Siever LJ, Torgersen S, Gunderson JG. The borderline diagnosis III: Identifying endophenotypes for genetic studies. *Biol Psychiatry* 2002;51:964-968.
- ²⁷ Torgersen S, Lygren S, Per A et al. A twin study of personality disorders. *Compr Psychiatry* 2000; 41:416-425
- ²⁸ Eisenberg L. The social construction of the human brain. *Am J Psychiatry* 1995, 152(11):1563-1575
- ²⁹ Granados Cosme JA, Ortiz Hernández L. Patronos de daños a la salud mental, psicopatología y diferencias de género. *Salud Mental* 2003, 26(1):42-50
- ³⁰ Breslau N, Kessler RC, Chilcota HD, Schultz LR, Davis GC. Trauma and posttraumatic stress disorder in the community. *Arch Gen Psychiatry* 1998 Jul, 55(7):626-632
- ³¹ Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB. Posttraumatic stress disorder in the national comorbidity survey. *Arch Gen Psychiatry* 1995 Dec, 52(12):1048-1060
- ³² Yen S, Shea MT, Battle CL, Johnson DM, Zlotnick C, Skodol AE. Traumatic exposure and posttraumatic stress disorder in borderline, schizotypal, avoidant, and obsessive-compulsive personality disorders: Findings from the collaborative longitudinal personality disorders study. *J Nerv Ment Dis* 2002 Aug 190(8):510-518
- ³³ Soloff P, Millward J: Psychiatric disorders in the families of borderline patients. *Arch Gen Psychiatry* 1983 Jan; 40(1):37-44
- ³⁴ Feldman RB, Guttman HA: Families of borderline patients: literal-minded parents, borderline parents and parental protectiveness. *Am J Psychiatry* 1984 Nov;141(11):1392-1396
- ³⁵ Ogata SN, Silk KR, Goodrich S et al. Childhood sexual and physical abuse in adult patients with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 1990;147(8):1008-1013
- ³⁶ Johnson CF. Abuse and neglect of children. In Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB et al. *Nelson textbook of pediatrics*. Philadelphia: WB Saunders Company;2001
- ³⁷ Johnson CF. Child sexual Abuse. *Lancet* 2004; 364:462-70
- ³⁸ McGlashan TH, Grilo CM, Skodol AE, Gunderson JG, Shea MT. The collaborative longitudinal personality disorders study: Baseline axis I/II and II/I diagnostic co-occurrence. *Acta Psychiatr Scand* 2000,102(4):256-64
- ³⁹ Shearer SL, Peters CP, Quaytman MS et al. Frequency and correlates of childhood sexual and physical abuse histories in adult female borderline inpatients. *Am J Psychiatry* 1990; 147(2):214-216
- ⁴⁰ Salzman JP, Salzman C, Wolfson AN, Albanese M, Looper J. Association between borderline personality structure and history of childhood abuse in adult volunteers. *Compr Psychiatry* 1993 Jul-Aug 34 (4) 254-257

-
- ⁴¹ Stone MH: Borderline syndromes: a consideration of subtypes and an overview, directions for research. *Psychiatr Clin North Am* 1981 April; 4(1):3-24
- ⁴² Zanarini MC, Williams AA, Lewis RE. Reported pathological Childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 1997;154(8):1101-1106
- ⁴³ Bryer JB, Nelson BA, Miller JB et al: Childhood sexual and physical abuse as factors in adult psychiatric illness. *Am J Psychiatry* 1987 Nov;144(11):1426-1430
- ⁴⁴ Johnson JG, Cohen P, Brown J, Smailes EM, Bernstein DP. Childhood maltreatment increases risk for personality disorders during early adulthood. *Arch Gen Psychiatry* 1999 Jul; 56(7):600-606
- ⁴⁵ Silk KR, Lee S, Hill EM et al. Borderline personality disorder symptoms and severity of sexual abuse. *Am J Psychiatry* 1995;152:1059-64
- ⁴⁶ Terr L. Childhood traumas : An outline and overview. *Am J Psychiatry* 1991; 148(1):10-20
- ⁴⁷ Zanarini MA, Ruser TF, Frankenburg FR. Risk factors associated with the dissociative experiences of borderline patients. *J Nerv Ment Dis* 2000; 188(1)26-30.
- ⁴⁸ Johnson DM, Shea MT, Yen S et al. Gender differences in borderline personality disorder: Findings from the collaborative longitudinal personality disorders study. *Comp Psychiatry* 2003 Jul-Aug 44(4):284-292
- ⁴⁹ Zanarini MC, Frankenburg FR, Dubo ED et al. Axis II comorbidity of borderline personality disorder. *Compr Psychiatry* 1998;39:296-302
- ⁵⁰ Herman JL, Perry C, Van del Kolk BA. Childhood trauma in borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 1989, Apr 146 (4):490-495
- ⁵¹ Driessen M, Herrmann J, Stahl K. Magnetic resonance imaging volumes of the hippocampus and the amygdale in women with borderline personality disorder and early traumatization. *Arch Gen Psychiatry* 2000 Dec;57(12):1115-1122
- ⁵² Schmahl CG, Vermetten E, Elzinga BM. A positron emission tomography study of memories of childhood abuse in borderline personality disorder. *Biol Psychiatry* 2004; 55:759-765
- ⁵³ Bremner JD, Randall P, Scott TM. MRI-based measurement of hippocampal volume in patients with combat-related posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry* 1995;152(7):973-981
- ⁵⁴ Guttman HA. The epigenesis of the family system as a context for individual development. *Family process* 2002; 41(3):533-545
- ⁵⁵ MCP. La familia y la psicología evolutiva. *Información del Instituto Mexicano de Psiquiatría*. Ago, 1995 6(8) 46-48.
- ⁵⁶ Laporte L, Guttman H. Abusive relationships in families of women with borderline personality disorder, anorexia nervosa and a control group. *J Nerv Ment Dis* 2001;189 (8):522-531
- ⁵⁷ Frank H, Paris J. Recollections of family experience in borderline patients. *Arch Gen Psychiatry* 1981 Sep, 38(9):1031-1034
- ⁵⁸ Lieb K, Zanarini MC, Schmahl C. Borderline Personality Disorder. *Lancet* 2004, 364: 453-61
- ⁵⁹ Bradley R, Jenei J, Westen D. Etiology of borderline personality disorder. Disentangling the contributions of intercorrelated antecedents. *J Nerv Ment Dis* 2005;193(1): 24-31
- ⁶⁰ Zlotnick C, Franklin CL, Zimmerman M. Is comorbidity of posttraumatic stress disorder and borderline personality disorder related to grater pathology and impairment?. *Am J Psychiatry* 2002 Nov; 159(11):1940-1943
- ⁶¹ Golier JA, Yehuda R, Bierer LM, et al. The relationship of borderline personality disorder to posttraumatic stress disorder and traumatic events. *Am J Psychiatry* 2003; 160(11): 2018-2024
- ⁶² Malean LM, Gallop R. Implications of childhood sexual abuse for adult borderline personality disorder and complex posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry* 2003 Feb; 160(2):369-371

Planteamiento del problema: De acuerdo a estudios realizados en otros países se ha observado que los antecedentes de abuso sexual y estructura familiar se relaciona con la presencia de este trastorno sin embargo no se han realizado estudios que corroboren estos hallazgos en población mexicana. Por lo que se plantea la siguiente pregunta de investigación ¿Es mas frecuente el antecedentes de abuso sexual y disfunción familiar en los pacientes con trastorno limite de la personalidad en comparación con pacientes con otros trastornos de personalidad?.

Objetivo: Evaluar si el antecedente de abuso sexual y disfunción familiar se presenta con mas frecuencia en pacientes límites de la personalidad comparándolos con pacientes con otros trastornos de la personalidad.

Hipótesis: El antecedente de abuso sexual es mas frecuente en pacientes con trastorno límite de la personalidad que en pacientes con otros trastornos de personalidad.

El antecedente de familia disfuncional es mas frecuente en pacientes con trastorno límite de la personalidad que en pacientes con otros trastornos de personalidad.

Justificación: No existen estudios en población mexicana que confirmen la asociación abuso sexual o disfunción familiar con el desarrollo de trastorno límite de la personalidad. Además existen pocos estudios que comparen el antecedente de abuso sexual y disfunción familiar entre pacientes con el trastorno límite de la personalidad y otros trastornos de la personalidad. De encontrarse una diferencia significativa este dato pudiera resultar orientador para el diagnóstico e incluso ambiciosamente en un futuro podría pensarse en el desarrollo de estrategias de prevención secundaria para dicho trastorno en pacientes con abuso sexual.

Métodos:

Lugar: El estudio se realizó en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez con pacientes de consulta externa

Periodo de tiempo: Se tomaron pacientes que acudieron a la consulta externa entre Enero del 2002 y Diciembre del 2004

Diseño del estudio: Se trata de un estudio observacional, transversal, comparativo, de casos y controles

Sujetos de estudio: Se realizó muestreo no probabilístico de casos consecutivos tomando 100 pacientes con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad y 100 pacientes con diagnóstico de otros trastornos de la personalidad

Criterios de selección

Criterios de inclusión

- ✓ Pacientes de ambos sexos
- ✓ Edad (18-70 años)
- ✓ Con diagnóstico de trastorno de la personalidad de acuerdo a los criterios establecidos por el DSM-IV
- ✓ Que cuenten con datos necesarios para la investigación consignados en el expediente

Criterios de exclusión

- ✓ Pacientes que cuenten con datos incompletos o que no se encontrara su expediente disponible para la investigación en el momento del estudio

Criterios de eliminación

- ✓ Por tratarse de un estudio transversal no se cuentan con criterios de eliminación

Definición de variables:

1. Variables universales

Edad:

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

Tipo de variable: cuantitativa

Escala de medición: de razón

Unidad de medición: 18-70 años

Sexo:

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

Tipo de variable: Cualitativa

Escala de medición: nominal dicotómica

Unidad de medición: Femenino, Masculino

Escolaridad:

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

Tipo de variable: Cualitativa

Escala de medición: Nominal Categórica

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

Estado civil:

Definición conceptual:

Definición operacional: Se describirá el estado civil en el momento del estudio.

Tipo de variable: Cualitativa.

Escala de medición: Nominal

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

Ocupación:

Definición conceptual:

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

Tipo de variable: Cualitativa.

Escala de medición: Nominal.

Unidad de medición: Artista, Comerciante, Empleado, Estudiante, Hogar, Maestro, Oficio, Profesionista y Ninguna

2. Variables de resultado:**Diagnóstico de trastorno límite de la personalidad:**

Definición: Se tomará el diagnóstico de trastorno límite del trastorno de la personalidad consignado en el expediente de acuerdo a los criterios del DSM IV valorado por al menos uno de los psiquiatras adscritos del servicio.

Tipo de variable: Cualitativa

Escala de medición: Nominal dicotómica

Unidad de medición: Si, No

Diagnóstico de otros trastornos de la personalidad:

Definición: Se definirá como otros trastornos de la personalidad como aquellos que cumplan con los criterios del DSM IV para el resto de los trastornos de personalidad excluyendo al trastorno límite de la personalidad valorado por al menos uno de los psiquiatras adscritos del servicio. Se tomará como "sí" en caso de cumplir con los criterios antes descritos y como "no" si cumple con los criterios de trastorno límite de la personalidad.

Tipo de variable: Cualitativa

Escala de medición: Nominal

Unidad de medición: Paranoide, Esquizotípico, Esquizoide, Narcisista, Histriónico, Disocial, Dependiente, Obsesivo-compulsivo y Evitativo.

3. Variables independientes:

Antecedente de abuso sexual:

Definición operacional: Se consignará el antecedente de abuso sexual en caso de existir en el expediente.

Tipo de variable: Cualitativa

Escala de medición: Nominal dicotómica

Unidad de medición: Si, No.

Antecedente de disfunción familiar:

Definición operacional: Se consignará el antecedente de estructura familiar en caso de encontrarse consignado en el expediente.

Tipo de variable: Cualitativa

Escala de medición: Nominal

Unidad de medición: Disfuncional, Funcional, Desintegrada

Consideraciones éticas:

Por tratarse de un estudio transversal basado en la información del expediente, no se requiere el consentimiento informado.

Recursos Humanos y Materiales

Investigador

Asesor teórico

Asesor metodológico

Expedientes

Hojas de registro

Computadora

Paquete estadístico

Forma de captura de los datos: Hoja de calculo de SPSS versión 12 para Windows.

Forma de presentación de los datos: Tablas y gráficas

Pruebas estadísticas:

Se utilizaron medidas de tendencia central y dispersión para la descripción de variables cuantitativas y frecuencias para describir los datos cualitativos.

Se utilizará la prueba de hipótesis de χ^2 para la comparación de variables cualitativas, y se calculará la Razón de Momios para calcular la razón de riesgos.

RESULTADOS

Los siguientes gráficos muestran la información demográfica de los participantes del estudio. La media de edad de esta muestra fue de 30.62 años (Tabla 1). 51% fueron mujeres y 49% hombres (Gráfico 1). La mayoría de los pacientes son solteros (63%) (Gráfico 2). 41.5% estudiaron hasta secundaria (Gráfico 3) y 36.5% no tienen ningún empleo (Gráfico 4). La única diferencia fundamental es en el sexo de los pacientes, siendo principalmente de mujeres en el grupo límite (72% vs 28%) y de hombres en el grupo de otros trastornos de personalidad (70% vs 30%), $p < 0.001$. No existen diferencias importantes en el resto de las variables demográficas.

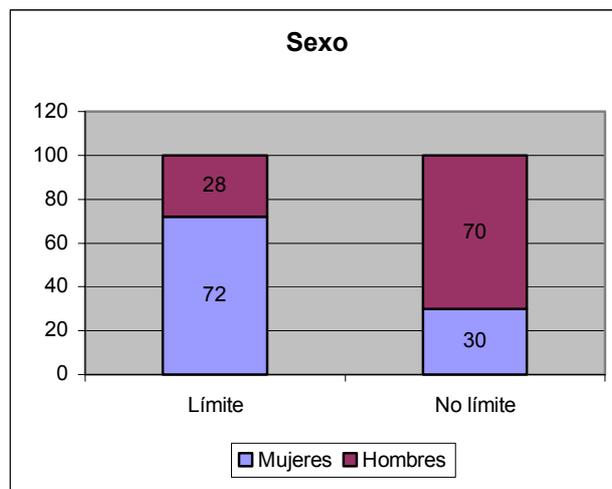


Gráfico 1. Distribución de los sexos en la población de estudio

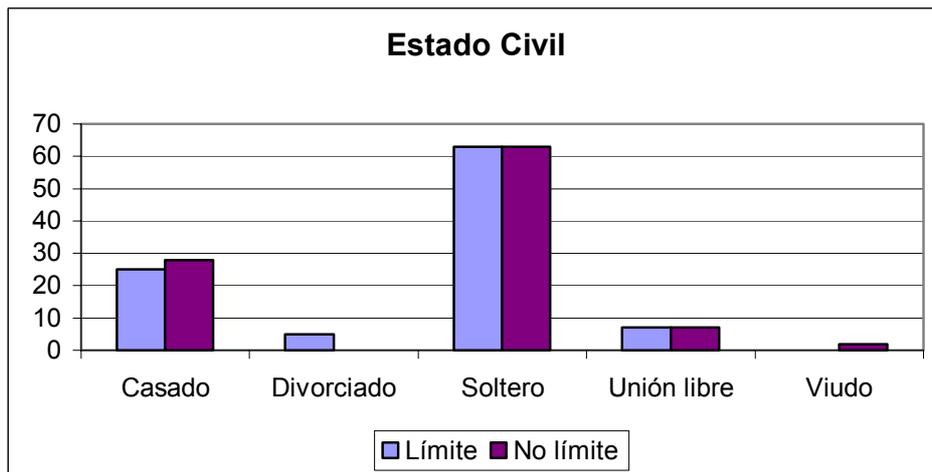


Gráfico 2. Estado civil de la población de estudio

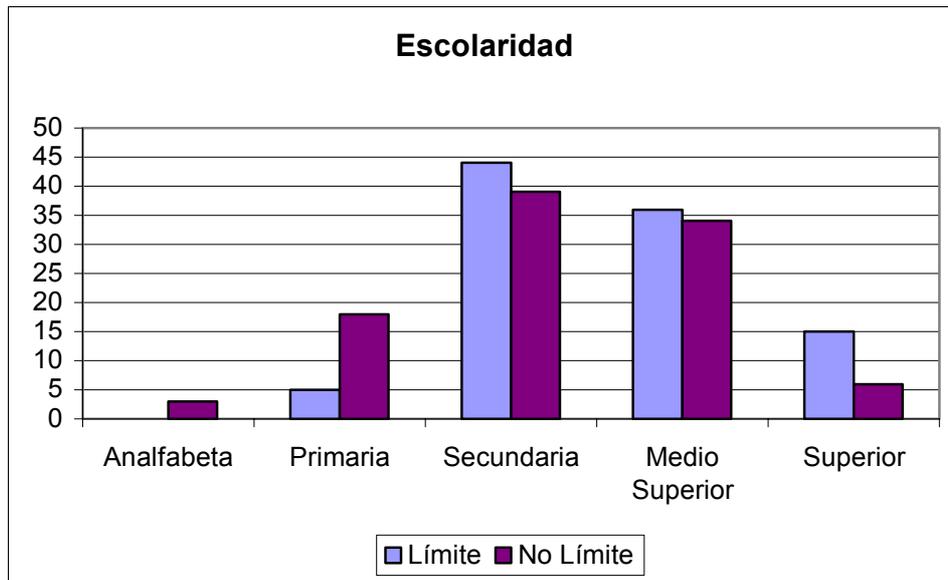


Gráfico 3. Escolaridad de la población de estudio

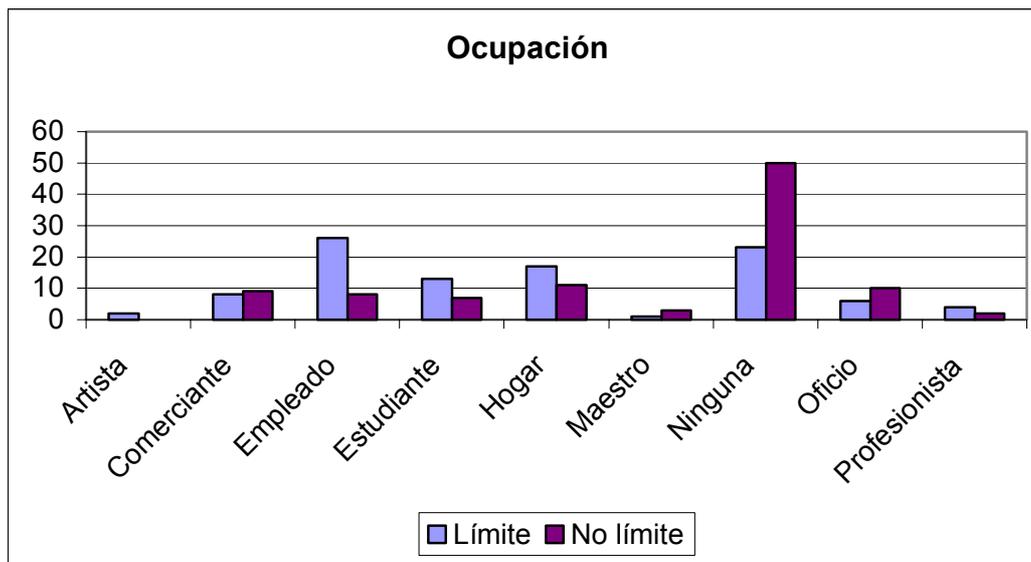


Gráfico 4. Ocupación de la población de estudio

	Límite N=100	No límite N=100	Total N=200
Edad	18-50 (28.59 SD 7.755)	18-68 (32.5 SD 11.343)	18-68 (30.62 SD 9.903)

TABLA 1. Edad

La Tabla 2 muestra la frecuencia de los trastornos de personalidad y su correlación con el antecedente de abuso sexual, los trastornos de personalidad más frecuentes fueron el trastorno disocial (26.5%) y el trastorno paranoide (7.5%). Con una distribución parecida a la referida en la literatura.

Trastorno de Personalidad	Total N=200	Abuso Sexual	Sin Abuso Sexual	Familia Desintegrada	Familia Disfuncional	Familia Funcional
Dependiente	8 (4%)	1	7	0	8	0
Disocial	53 (26.5%)	4	49	3	42	8
Esquizoide	5 (2.5%)	0	5	0	3	2
Esquizotípico	5 (2.5%)	0	5	0	5	0
Evitativo	1 (0.5%)	0	1	0	0	1
Histriónico	7 (3.5%)	2	5	1	4	2
Narcisista	3 (1.5%)	0	3	1	1	1
Obsesivo	3 (1.5%)	1	2	0	1	2
Paranoide	15 (7.5%)	1	14	0	10	5
Límite	100 (50%)	46	54	32	46	22
Total	200 (100%)	55	145	37	120	43

TABLA 2. Factores psicológicos y Trastornos de personalidad

En la tabla 3 se observa una frecuencia de abuso sexual parecida a la referida anteriormente por otros autores y se observa una diferencia marcada con el antecedente de abuso sexual en los pacientes con trastornos límite en comparación con otros trastornos de personalidad. En el caso de abuso sexual se identificó un $OR=2.246$ (IC 95% 1.764-2.859) $p<0.001$ para desarrollar el trastorno límite de la personalidad. Pero fue aun mayor el antecedente de abuso sexual en los pacientes límite $OR=5.111$ (IC 95% 2.646-9.873) $p<0.001$.

Tx. personalidad	Abuso sexual	Sin abuso sexual
Límite	46 (46%)	54 (54%)
Otros Trastornos	9 (9%)	91 (91%)
Total	55 (27.5%)	145 (72.5%)

TABLA 3. Abuso sexual

Con respecto a la situación familiar se mostró una mayor frecuencia de familias disfuncionales en ambos grupos, 46% en límites y 74% en los otros trastornos de personalidad, se observó una diferencia en relación con las familias desintegradas siendo del 5% para los otros trastornos de personalidad y del 32% en los trastornos límite pero no es estadísticamente significativa (Tabla 4).

El antecedente de familia desintegrada tiene un OR=1.690 (IC 95% 2.0001-18.652) $p<0.001$ para el desarrollo de trastorno límite en comparación con una familia funcional, aunque esta información tiene poca validez debido al amplio rango del intervalo de confianza.

El antecedente de familia disfuncional tiene un OR=1.263 (IC 95% 0.902-1.769) $p<0.001$ para el desarrollo de otros trastornos de personalidad en comparación con una familia funcional, sin validez estadística.

Tx. de personalidad	Desintegrada	Disfuncional	Funcional
Límite	32 (32%)	46 (46%)	22 (22%)
Otros Trastornos	5 (5%)	74 (74%)	21 (21%)
Total	37 (18.5%)	120 (60%)	43 (21.5 %)

TABLA 4. Estructura familiar

DISCUSION

Los resultados del análisis descriptivo nos revelan una alta frecuencia de abuso sexual en los dos grupos, al igual que con una pobre estructura familiar, revelándonos una alta prevalencia de familias desintegradas.

Una diferencia notoria que surge del análisis de las poblaciones es que si consideramos el sexo en los pacientes trastorno límite y otros trastornos de personalidad, la distribución es muy distinta, lo cual es un factor importante a considerar pues puede estar interfiriendo con los resultados de la investigación, en algunos estudios se menciona que esta circunstancia no tiene una injerencia real sin embargo es algo que tendríamos que evaluar, en nuestro país no contamos con datos estadísticos que nos sirvieran como marco de referencia por ejemplo para el abuso sexual, desconocemos cual es la prevalencia en nuestro país y cuales serian sus características de ocurrencia.

Podemos también notar con los datos recabados que existe una alta frecuencia de desempleo en estos pacientes que podría relacionarse con la disfuncionalidad que tienen estos pacientes en esa área sin embargo habría que separarlo de las condiciones económicas actuales de nuestro país en donde la tasa de desempleo es alta

La principal limitación de este estudio tiene que ver con el diseño, pues los estudios transversales permiten únicamente hacer asociaciones específicas y sin embargo no permiten evaluar la causalidad, además el que los datos hayan sido recolectados retrospectivamente y a través de los expedientes clínicos no permite el evaluar correctamente las características del evento adverso, no conocemos las características del

perpetrador, la severidad, los factores atenuantes, y las consecuencias inmediatas en el paciente, por tanto tampoco podemos reconocer los factores que contribuyen a la resiliencia del sujeto. Sin embargo nuevamente se requería de un estudio inicial pues no existen datos epidemiológicos en nuestra población que sirvan como marco conceptual.

No se corrobora el diagnóstico de trastorno de personalidad con instrumentos objetivos, lo cual específicamente para el trastorno límite puede tener muchas implicaciones principalmente debido a las controversias en su diagnóstico, lo cual puede resultar un tanto confuso y pueden estar incluyendo pacientes con rasgos o con estructura límite. No se conoce por tales situaciones la prevalencia del trastorno en nuestra población. Sin embargo la distribución observada en cuanto a los otros trastornos de personalidad es similar a la encontrada en la literatura en cuanto a la frecuencia de los trastornos.

Con respecto al abuso sexual también debemos mencionar que el ámbito de realización del estudio también podría influir, pues nuestra población es en general de bajos recursos económicos, y de acuerdo a la literatura la frecuencia de abuso sexual es mayor. También en relación con la severidad del trastorno es importante mencionar que en general nuestra población solo llega al hospital psiquiátrico cuando esta ocasionando una importante disfunción familiar o ya ha tenido intentos de suicidio o conductas erráticas por lo que estaríamos hablando en general de pacientes con un grado de severidad alto.

A pesar de todos los defectos metodológicos, podemos observar la importante asociación entre los pacientes con trastorno límite de personalidad y el abuso sexual, con respecto a la estructura familiar no encontramos datos sobre su mayor incidencia lo que coincidiría con la literatura donde se menciona también una alta prevalencia de eventos adversos en la infancia en todos los trastornos de personalidad más asociados con la negligencia parental y el abuso físico además de otras características que serían importantes evaluar como el atestiguar la violencia intrafamiliar sobre todo tomando en cuenta que la prevalencia de esta situación también es aparentemente más alta que en otros países aunque también existen pocos datos a este respecto.

ANEXO 1. CRITERIOS DIAGNOSTICOS PARA TRASTORNOS DE PERSONALIDAD DSM-IV

Criterios para el diagnóstico de Trastorno paranoide de la personalidad (301.0)

A. Desconfianza y suspicacia general desde el inicio de la edad adulta, de forma que las intenciones de los demás son interpretadas como maliciosas, que aparecen en diversos contextos, como lo indican cuatro (o más) de los siguientes puntos:

1. Sospecha, sin base suficiente, que los demás se van a aprovechar de ellos, les van a hacer daño o les van a engañar
2. Preocupación por dudas no justificadas acerca de la lealtad o la fidelidad de los amigos y socios
3. Reticencia a confiar en los demás por temor injustificado a que la información que compartan vaya a ser utilizada en su contra
4. En las observaciones o los hechos más inocentes vislumbra significados ocultos que son degradantes o amenazadores
5. Alberga rencores durante mucho tiempo, por ejemplo, no olvida los insultos, injurias o desprecios
6. Percibe ataques a su persona o a su reputación que no son aparentes para los demás y está predispuesto a reaccionar con ira o a contraatacar
7. Sospecha repetida e injustificadamente que su cónyuge o su pareja le es infiel

B. Estas características no aparecen exclusivamente en el transcurso de una esquizofrenia, un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos u otro trastorno psicótico y no son debidas a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.

Nota: Si se cumplen los criterios antes del inicio de una esquizofrenia, añadir "premórbido", por ejemplo, "trastorno paranoide de la personalidad (premórbido)".

Criterios para el diagnóstico de Trastorno esquizoide de la personalidad (301.20)

A. Un patrón general de distanciamiento de las relaciones sociales y de restricción de la expresión emocional en el plano interpersonal, que comienza al principio de la edad adulta y se da en diversos contextos, como lo indican cuatro (o más) de los siguientes puntos:

1. Ni desea ni disfruta de las relaciones personales, incluido el formar parte de una familia
2. Escoge casi siempre actividades solitarias
3. Tiene escaso o ningún interés en tener experiencias sexuales con otra persona
4. Disfruta con pocas o ninguna actividad
5. No tiene amigos íntimos o personas de confianza, aparte de los familiares de primer grado
6. Se muestra indiferente a los halagos o las críticas de los demás
7. Muestra frialdad emocional, distanciamiento o aplanamiento de la afectividad

B. Estas características no aparecen exclusivamente en el transcurso de una esquizofrenia, un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos u otro trastorno psicótico y no son debidas a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.

Nota: Si se cumplen los criterios antes del inicio de una esquizofrenia, añadir "premórbido", por ejemplo, "trastorno esquizoide de la personalidad (premórbido)".

Criterios para el diagnóstico de Trastorno esquizotípico de la personalidad (301.22)

A. Un patrón general de déficit sociales e interpersonales asociados a malestar agudo y una capacidad reducida para las relaciones personales, así como distorsiones cognoscitivas o perceptivas y excentricidades del comportamiento, que comienzan al principio de la edad adulta y se dan en diversos contextos, como lo indican cinco (o más) de los siguientes puntos:

1. Ideas de referencia (excluidas las ideas delirantes de referencia)
2. Creencias raras o pensamiento mágico que influye en el comportamiento y no es consistente con las normas subculturales (p. ej., superstición, creer en la clarividencia, telepatía o "sexto sentido"; en niños y adolescentes, fantasías o preocupaciones extrañas)
3. Experiencias perceptivas inhabituales, incluidas las ilusiones corporales
4. Pensamiento y lenguaje raros (p. ej., vago, circunstancial, metafórico, sobreelaborado o estereotipado)
5. Susplicia o ideación paranoide
6. Afectividad inapropiada o restringida
7. Comportamiento o apariencia raros, excéntricos o peculiares
8. Falta de amigos íntimos o desconfianza aparte de los familiares de primer grado
9. Ansiedad social excesiva que no disminuye con la familiarización y que tiende a asociarse con los temores paranoides más que con juicios negativos sobre uno mismo

B. Estas características no aparecen exclusivamente en el transcurso de una esquizofrenia, un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos u otro trastorno psicótico o de un trastorno generalizado del desarrollo.

Nota: Si se cumplen los criterios antes del inicio de una esquizofrenia, añadir "premórbido", por ejemplo, "trastorno esquizotípico de la personalidad (premórbido)".

Criterios para el diagnóstico de Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad (301.4)

A. Un patrón general de preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control mental e interpersonal, a expensas de la flexibilidad, la espontaneidad y la eficiencia, que empieza al principio de la edad adulta y se da en diversos contextos, como lo indican cuatro (o más) de los siguientes ítems:

1. Preocupación por los detalles, las normas, las listas, el orden, la organización o los horarios, hasta el punto de perder de vista el objeto principal de la actividad.
2. Perfeccionismo que interfiere con la finalización de las tareas (p. ej., es incapaz de acabar un proyecto porque no cumple sus propias exigencias, que son demasiado estrictas).
3. Dedicación excesiva al trabajo y a la productividad con exclusión de las actividades de ocio y las amistades (no atribuible a necesidades económicas evidentes).
4. Excesiva terquedad, escrupulosidad e inflexibilidad en temas de moral, ética o valores (no atribuible a la identificación con la cultura o la religión).
5. Incapacidad para tirar los objetos gastados o inútiles, incluso cuando no tienen un valor sentimental.
6. Es reacio a delegar tareas o trabajo en otros, a no ser que éstos se sometan exactamente a su manera de hacer las cosas.
7. Adopta un estilo avaro en los gastos para él y para los demás; el dinero se considera algo que hay que acumular con vistas a catástrofes futuras.
8. Muestra rigidez y obstinación.

Criterios para el diagnóstico de Trastorno de la personalidad por dependencia (301.6)

A. Una necesidad general y excesiva de que se ocupen de uno, que ocasiona un comportamiento de sumisión y adhesión y temores de separación, que empieza al inicio de la edad adulta y se da en varios contextos, como lo indican cinco (o más) de los siguientes ítems:

1. Tiene dificultades para tomar las decisiones cotidianas si no cuenta con un excesivo aconsejamiento y reafirmación por parte de los demás.
2. Necesidad de que otros asuman la responsabilidad en las principales parcelas de su vida.
3. Tiene dificultades para expresar el desacuerdo con los demás debido al temor a la pérdida de apoyo o aprobación. Nota: No se incluyen los temores o la retribución realistas.
4. Tiene dificultades para iniciar proyectos o para hacer las cosas a su manera (debido a la falta de confianza en su propio juicio o en sus capacidades más que a una falta de motivación o de energía).
5. Va demasiado lejos llevado por su deseo de lograr protección y apoyo de los demás, hasta el punto de presentarse voluntario para realizar tareas desagradables.
6. Se siente incómodo o desamparado cuando está solo debido a sus temores exagerados a ser incapaz de cuidar de sí mismo.
7. Cuando termina una relación importante, busca urgentemente otra relación que le proporcione el cuidado y el apoyo que necesita.
8. Está preocupado de forma no realista por el miedo a que le abandonen y tenga que cuidar de sí mismo.

Criterios para el diagnóstico de Trastorno de la personalidad por evitación (301.82)

A. Un patrón general de inhibición social, unos sentimientos de inferioridad y una hipersensibilidad a la evaluación negativa, que comienzan al principio de la edad adulta y se dan en diversos contextos, como lo indican cuatro (o más) de los siguientes ítems:

1. Evita trabajos o actividades que impliquen un contacto interpersonal importante debido al miedo a las críticas, la desaprobación o el rechazo.
2. Es reacio a implicarse con la gente si no está seguro de que va a agradar.
3. Demuestra represión en las relaciones íntimas debido al miedo a ser avergonzado o ridiculizado.
4. Está preocupado por la posibilidad de ser criticado o rechazado en las situaciones sociales.
5. Está inhibido en las situaciones interpersonales nuevas a causa de sentimientos de inferioridad.
6. Se ve a sí mismo socialmente inepto, personalmente poco interesante o inferior a los demás.
7. Es extremadamente reacio a correr riesgos personales o a implicarse en nuevas actividades debido a que pueden ser comprometedoras.

Criterios para el diagnóstico de Trastorno narcisista de la personalidad (301.81)

A. Un patrón general de grandiosidad (en la imaginación o en el comportamiento), una necesidad de admiración y una falta de empatía, que empiezan al principio de la edad adulta y que se dan en diversos contextos como lo indican cinco (o más) de los siguientes ítems:

1. Tiene un grandioso sentido de autoimportancia (p. ej., exagera los logros y capacidades, espera ser reconocido como superior, sin unos logros proporcionados).
2. Está preocupado por fantasías de éxito ilimitado, poder, brillantez, belleza o amor imaginarios.
3. Cree que es "especial" y único y que sólo puede ser comprendido por, o sólo puede relacionarse con otras personas (o instituciones) que son especiales o de alto status.
4. Exige una admiración excesiva.
5. Es muy pretencioso, por ejemplo, expectativas irrazonables de recibir un trato de favor especial o de que se cumplan automáticamente sus expectativas.
6. Es interpersonalmente explotador, por ejemplo, saca provecho de los demás para alcanzar sus propias metas.
7. Carece de empatía: es reacio a reconocer o identificarse con los sentimientos y necesidades de los demás.
8. Frecuentemente envidia a los demás o cree que los demás le envidian a él.
9. Presenta comportamientos o actitudes arrogantes o soberbios.

Criterios para el diagnóstico de Trastorno histriónico de la personalidad (301.50)

A. Un patrón general de excesiva emotividad y una búsqueda de atención, que empiezan al principio de la edad adulta y que se dan en diversos contextos, como lo indican cinco (o más) de los siguientes ítems:

1. No se siente cómodo en las situaciones en las que no es el centro de la atención.
2. La interacción con los demás suele estar caracterizada por un comportamiento sexualmente seductor o provocador.
3. Muestra una expresión emocional superficial y rápidamente cambiante.
4. Utiliza permanentemente el aspecto físico para llamar la atención sobre sí mismo.
5. Tiene una forma de hablar excesivamente subjetiva y carente de matices.
6. Muestra autodramatización, teatralidad y exagerada expresión emocional.
7. Es sugestionable, por ejemplo, fácilmente influenciado por los demás o por las circunstancias.
8. Considera sus relaciones más íntimas de lo que son en realidad.

Criterios para el diagnóstico de Trastorno límite de la personalidad (301.83)

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

1. Esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginado. Nota: No incluir los comportamientos suicidas o de automutilación que se recogen en el Criterio 5.
2. Un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación.
3. Alteración de la identidad: autoimagen o sentido de sí mismo acusada y persistentemente inestable.
4. Impulsividad en al menos dos áreas, que es potencialmente dañina para sí mismo (p. ej., gastos, sexo, abuso de sustancias, conducción temeraria, atracones de comida). Nota: No incluir los comportamientos suicidas o de automutilación que se recogen en el Criterio 5.
5. Comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes, o comportamiento de automutilación.
6. Inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo (p. ej., episodios de intensa disforia, irritabilidad o ansiedad, que suelen durar unas horas y rara vez unos días)
7. Sentimientos crónicos de vacío.
8. Ira inapropiada e intensa o dificultades para controlar la ira (p. ej., muestras frecuentes de mal genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).
9. Ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves.

Criterios para el diagnóstico de Trastorno antisocial de la personalidad (301.7)

A. Un patrón general de desprecio y violación de los derechos de los demás que se presenta desde la edad de 15 años, como lo indican tres (o más) de los siguientes ítems:

1. Fracaso para adaptarse a las normas sociales en lo que respecta al comportamiento legal, como lo indica el perpetrar repetidamente actos que son motivo de detención
2. Deshonestidad, indicada por mentir repetidamente, utilizar un alias, estafar a otros para obtener un beneficio personal o por placer
3. Impulsividad o incapacidad para planificar el futuro
4. Irritabilidad y agresividad, indicados por peleas físicas repetidas o agresiones
5. Despreocupación imprudente por su seguridad o la de los demás
6. Irresponsabilidad persistente, indicada por la incapacidad de mantener un trabajo con constancia o de hacerse cargo de obligaciones económicas
7. Falta de remordimientos, como lo indica la indiferencia o la justificación del haber dañado, maltratado o robado a otros

B. El sujeto tiene al menos 18 años.

C. Existen pruebas de un trastorno disocial que comienza antes de la edad de 15 años.

D. El comportamiento antisocial no aparece exclusivamente en el transcurso de una esquizofrenia o un episodio maníaco.

BIBLIOGRAFIA

- ¹ Kaplan HI, Sadock BJ. Sinopsis de Psiquiatría. Ed. Panamericana. 8ª edición. Madrid.1999. 880-905
- ² Riquelme Véjar R. La personalidad, sus trastornos y estructuras limítrofes. *Psiquiatría y Salud Mental* 2002; XIX (4): 204-218.
- ³ Kaplan HI, Sadock BJ. Sinopsis de Psiquiatría. Ed. Panamericana. 8ª edición. Madrid.1999. 880-905
- ⁴ Stern TA, Herman JB. *Psychiatry. Update and preparation*. Ed. Mc Graw Hill. 2a edición. Massachusetts E.U. 2000. 187-194
- ⁵ San Miguel del Hoyo, MT. Aperturas psicoanalíticas, hacia modelos integradores. *Revista de Psicoanálisis* Nov 2003. (15)1-29.
- ⁶ Gómez de Cortés C. ¿Quién es el paciente limítrofe?. *Salud Mental* Feb. 2000; 23(1):30-38
- ⁷ Skodol AE, Gunderson JG, Pfohl B, Widiger TA, Livesley WJ, Siever LJ. The Borderline Diagnosis I: Psychopathology, comorbidity, and personality structure. *Biol Psychiatry* 2002; 51:936-950.
- ⁸ Stein DJ, Van Heerden B, Hugo F. Neuropsychiatry of aggression and impulsivity. Chapter 7. *Neurobiology and clinical views on aggression and impulsivity*. M. Maes and E.F. Coccaro 1998 John Wiley and sons Ltd.
- ⁹ Cardasis W, Hochman JA, Silk KR; Transitional objects and borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 1997 Oct, 154(2): 250-55
- ¹⁰ Tongersen S, Kringlen E, Cramer V: The prevalence of personality disorders in a community sample. *Arch Gen Psychiatry* 2001, Jun 58(6):590-596
- ¹¹ Gross R, Olfson M, Gameroff M. Borderline Personality Disorder in primary care. *Arch Intern Med* 2002 Jan;162:53-60
- ¹² Cuevas P, Camacho J, Mejía R. Cambios en la Psicopatología del trastorno límite de la personalidad, en los pacientes tratados con psicoterapia psicodinámica. *Rev Mex de Salud Mental* 2000; 23(6):1-11
- ¹³ Guzder J, Paris J, Zerkowitz P, et al. Psychological risk factors for borderline pathology in school age children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999; 38(2):206-212
- ¹⁴ Ludolph PS, Westen D, Mistle B et al. The borderline diagnosis in adolescents: symptoms and developmental history. *Am J Psychiatry* 1990 April 147(4):470-476
- ¹⁵ Zanarini MC, Frankenburg FR, Hennen J, et al. The longitudinal course of borderline psychopathology : 6 year prospective follow up of the phenomenology of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 2003; 160(2): 274-283
- ¹⁶ Work Group on Borderline Personality Disorder. Practice Guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 2001 158(suppl):1-52.
- ¹⁷ Comtois KA, Russo J, Snowden M et al. Factors associated with high use of public mental health services by persons with borderline personality disorder. *Psychiatric Services* 2003;54(8):1149-1154
- ¹⁸ Bateman A, Fonagy P. Health service utilization costs for borderline personality disorder patients treated with psychoanalytically oriented partial hospitalization versus general psychiatric care. *Am J Psychiatry* 2003; 160(1):169-171
- ¹⁹ Nielsen DA, Goldman D, Virkkunen M. Suicidality and 5-hydroxyindoleacetic acid concentration associated with a tryptophan hydroxylase polymorphism. *Arch Gen Psychiatry* 1994 April; 51(4):34-8
- ²⁰ Bergeman CS, Seroczynski. Genetic and environmental Influences on Agression and Impulsivity. Chapter 3. M. Maes and E.F. Coccaro 1998 John Wiley and sons Ltd.
- ²¹ Horrobin DF. Fatty Acids, Aggression and Impulsivity. Chapter 8. M. Maes and E.F. Coccaro 1998 John Wiley and sons Ltd.
- ²² Skodol AE, Siever LJ, Livesley J. The Borderline Diagnosis II. Biology, Genetics, and Clinical Course. *Biol Psychiatry* 2002;51:951-963
- ²³ Steinberg BJ, Trestman RL, Mitropoulou V et al. Depressive response to phisostigmine challenge in borderline personality disorder patient. *Neuropsychopharmacology* 17:264-273
- ²⁴ Skodol AE, Siever LJ, Livesley J. The Borderline Diagnosis II. Biology, Genetics, and Clinical Course. *Biol Psychiatry* 2002;51:951-963
- ²⁵ Torgersen S. Genetic and nosological aspects of schizotypal and borderline personality disorders: A twin study. *Arch Gen Psychiatry* 41:546-554
- ²⁶ Siever LJ, Torgersen S, Gunderson JG. The borderline diagnosis III: Identifying endophenotypes for genetic studies. *Biol Psychiatry* 2002;51:964-968.
- ²⁷ Torgersen S, Lygren S, Per A et al. A twin study of personality disorders. *Compr Psychiatry* 2000; 41:416-425

- ²⁸ Eisenberg L: The social construction of the human brain. *Am J Psychiatry* 1995, 152(11):1563-1575
- ²⁹ Granados Cosme JA, Ortiz Hernández L. Patrones de daños a la salud mental, psicopatología y diferencias de género. *Salud Mental* 2003, 26(1):42-50
- ³⁰ Breslau N, Kessler RC, Chilcota HD, Schultz LR, Davis GC. Trauma and posttraumatic stress disorder in the community. *Arch Gen Psychiatry* 1998 Jul, 55(7):626-632
- ³¹ Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB. Posttraumatic stress disorder in the national comorbidity survey. *Arch Gen Psychiatry* 1995 Dec, 52(12):1048-1060
- ³² Yen S, Shea MT, Battle CL, Johnson DM, Zlotnick C, Skodol AE. Traumatic exposure and posttraumatic stress disorder in borderline, schizotypal, avoidant, and obsessive-compulsive personality disorders: Findings from the collaborative longitudinal personality disorders study. *J Nerv Ment Dis* 2002 Aug 190(8):510-518
- ³³ Soloff P, Millward J: Psychiatric disorders in the families of borderline patients. *Arch Gen Psychiatry* 1983 Jan; 40(1):37-44
- ³⁴ Feldman RB, Guttman HA: Families of borderline patients: literal-minded parents, borderline parents and parental protectiveness. *Am J Psychiatry* 1984 Nov;141(11):1392-1396
- ³⁵ Ogata SN, Silk KR, Goodrich S et al. Childhood sexual and physical abuse in adult patients with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 1990;147(8):1008-1013
- ³⁶ Johnson CF. Abuse and neglect of children. In Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB et al. *Nelson textbook of pediatrics*. Philadelphia: WB Saunders Company;2001
- ³⁷ Johnson CF. Child sexual Abuse. *Lancet* 2004; 364:462-70
- ³⁸ McGlashan TH, Grilo CM, Skodol AE, Gunderson JG, Shea MT. The collaborative longitudinal personality disorders study: Baseline axis I/II and II/I diagnostic co-occurrence. *Acta Psychiatr Scand* 2000,102(4):256-64
- ³⁹ Shearer SL, Peters CP, Quaytman MS et al. Frequency and correlates of childhood sexual and physical abuse histories in adult female borderline inpatients. *Am J Psychiatry* 1990; 147(2):214-216
- ⁴⁰ Salzman JP, Salzman C, Wolfson AN, Albanese M, Looper J. Association between borderline personality structure and history of childhood abuse in adult volunteers. *Compr Psychiatry* 1993 Jul-Aug 34 (4) 254-257
- ⁴¹ Stone MH: Borderline syndromes: a consideration of subtypes and an overview, directions for research. *Psychiatr Clin North Am* 1981April; 4(1):3-24
- ⁴² Zanarini MC, Williams AA, Lewis RE. Reported pathological Childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 1997;154(8):1101-1106
- ⁴³ Bryer JB, Nelson BA, Miller JB et al: Childhood sexual and physical abuse as factors in adult psychiatric illness. *Am J Psychiatry* 1987 Nov;144(11):1426-1430
- ⁴⁴ Johnson JG, Cohen P, Brown J, Smailes EM, Bernstein DP. Childhood maltreatment increases risk for personality disorders during early adulthood. *Arch Gen Psychiatry* 1999 Jul; 56(7):600-606
- ⁴⁵ Silk KR, Lee S, Hill EM et al. Borderline personality disorder symptoms and severity of sexual abuse. *Am J Psychiatry* 1995;152:1059-64
- ⁴⁶ Terr L. Childhood traumas : An outline and overview. *Am J Psychiatry* 1991; 148(1):10-20
- ⁴⁷ Zanarini MA, Ruser TF, Frankenburg FR. Risk factors associated with the dissociative experiences of borderline patients. *J Nerv Ment Dis* 2000; 188(1)26-30.
- ⁴⁸ Johnson DM, Shea MT, Yen S et al. Gender differences in borderline personality disorder: Findings from the collaborative longitudinal personality disorders study. *Comp Psychiatry* 2003 Jul-Aug 44(4):284-292
- ⁴⁹ Zanarini MC, Frankenburg FR, Dubo ED et al. Axis II comorbidity of borderline personality disorder. *Compr Psychiatry* 1998;39:296-302
- ⁵⁰ Herman JL, Perry C, Van del Kolk BA. Childhood trauma in borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 1989, Apr 146 (4):490-495
- ⁵¹ Driessen M, Herrmann J, Stahl K. Magnetic resonance imaging volumes of the hippocampus and the amygdale in women with borderline personality disorder and early traumatization. *Arch Gen Psychiatry* 2000 Dec;57(12):1115-1122
- ⁵² Schmahl CG, Vermetten E, Elzinga BM. A positron emission tomography study of memories of childhood abuse in borderline personality disorder. *Biol Psychiatry* 2004; 55:759-765
- ⁵³ Bremner JD, Randall P, Scott TM. MRI-based measurement of hippocampal volume in patients with combat-related posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry* 1995;152(7):973-981
- ⁵⁴ Guttman HA. The epigenesis of the family system as a context for individual development. *Family process* 2002; 41(3):533-545
- ⁵⁵ MCP. La familia y la psicología evolutiva. *Información del Instituto Mexicano de Psiquiatría*. Ago, 1995 6(8) 46-48.

- ⁵⁶ Laporte L, Guttman H. Abusive relationships in families of women with borderline personality disorder, anorexia nervosa and a control group. *J Nerv Ment Dis* 2001;189 (8):522-531
- ⁵⁷ Frank H, Paris J. Recollections of family experience in borderline patients. *Arch Gen Psychiatry* 1981 Sep, 38(9):1031-1034
- ⁵⁸ Lieb K, Zanarini MC, Schmahl C. Borderline Personality Disorder. *Lancet* 2004, 364: 453-61
- ⁵⁹ Bradley R, Jenei J, Westen D. Etiology of borderline personality disorder. Disentangling the contributions of intercorrelated antecedents. *J Nerv Ment Dis* 2005;193(1): 24-31
- ⁶⁰ Zlotnick C, Franklin CL, Zimmerman M. Is comorbidity of posttraumatic stress disorder and borderline personality disorder related to greater pathology and impairment?. *Am J Psychiatry* 2002 Nov; 159(11):1940-1943
- ⁶¹ Golier JA, Yehuda R, Bierer LM, et al. The relationship of borderline personality disorder to posttraumatic stress disorder and traumatic events. *Am J Psychiatry* 2003; 160(11): 2018-2024
- ⁶² Malean LM, Gallop R. Implications of childhood sexual abuse for adult borderline personality disorder and complex posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry* 2003 Feb; 160(2):369-371