



Universidad Nacional Autónoma de México



Facultad de Medicina

**Departamento de Psicología Médica,
Psiquiatría y Salud Mental**

Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”

**TEMPERAMENTO, CARÁCTER Y FUNCIONES YOICAS
EN PACIENTES CON TRASTORNO LÍMITE DE LA
PERSONALIDAD CON Y SIN AUTOLESIONES.**

TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN PSIQUIATRÍA PRESENTA:

JORGE TÉLLEZ TORRES OROZCO

Dr. Arturo Ongay Pérez
Asesor teórico

Mtra. Janet Jiménez Genchi
Asesor metodológico

México, D. F. Abril 2010.



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.

CONTENIDO

AGRADECIMIENTOS	v
RESUMEN	vi
INTRODUCCIÓN	1
<hr/>	
MARCO TEÓRICO Y ANTECEDENTES	2
Trastorno límite de la Personalidad	2
Definición y Epidemiología	2
Factores Etiológicos: <i>Correlaciones neurobiológicas;</i>	5
<i>Temperamento y carácter en trastorno límite de la personalidad;</i>	
<i>Correlaciones psicodinámicas; Factores de riesgo</i>	
<i>biopsicosociales</i>	
Comorbilidad y Conducta Autolesiva	11
Funcionamiento Yoico	15
JUSTIFICACIÓN	22
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	22
OBJETIVOS	23
HIPÓTESIS	24
METODOLOGÍA	25
<hr/>	
TIPO DE ESTUDIO	25
VARIABLES	25
ESCENARIO, TAMAÑO DE LA MUESTRA Y SUJETOS	27
CRITERIOS DE SELECCIÓN	27
INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN Y MEDICIÓN	28
CONSIDERACIONES ÉTICAS	34
PROCEDIMIENTO	34
RESULTADOS	35
<hr/>	
DISCUSIÓN	66
<hr/>	
CONCLUSIONES	72
<hr/>	
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	73
<hr/>	

LISTA DE TABLAS

TABLA 1. TRASTORNO DE INESTABILIDAD EMOCIONAL DE LA PERSONALIDAD DE LA CIE-10	2
TABLA 2. TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD DEL DSM-IV-TR	3
TABLA 3. SUBTIPOS DE TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD	4
TABLA 4. ESTUDIO DE VALIDACIÓN Y CONFIABILIDAD DE EVALUACIÓN DE FUNCIONAMIENTO YOICO	32
TABLA 5. ESCALAS DE TEMPERAMENTO BASADAS EN EL INVENTARIO DE TEMPERAMENTO Y CARÁCTER	33
TABLA 6. ESCALAS DEL CARÁCTER EN EL INVENTARIO DE TEMPERAMENTO Y CARÁCTER	34
TABLA 7. ALFA DE CRONBACH DEL ITC	34
TABLA 8. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS	37
TABLA 9. IDEACIÓN SUICIDA	55
TABLA 10. INTENTOS SUICIDAS PREVIOS	56
TABLA 11. ANÁLISIS DE CORRELACIONES ENTRE FUNCIONES DEL YO PARA PACIENTES CON CONDUCTA AUTOLESIVA Y SIN CONDUCTA AUTOLESIVA	57
TABLA 12. PRUEBA DE REALIDAD	58
TABLA 13. JUICIO	58
TABLA 14. SENTIDO DE REALIDAD	59
TABLA 15. REGULACIÓN DE IMPULSOS, AFECTOS E INSTINTOS	59
TABLA 16. RELACIONES OBJETALES	60
TABLA 17. PROCESOS DE PENSAMIENTO	61
TABLA 18. FUNCIONAMIENTO DEFENSIVO	62
TABLA 19. BARRERA A ESTÍMULOS	63
TABLA 20. BÚSQUEDA DE LA NOVEDAD	63
TABLA 21. EVITACIÓN DEL DAÑO	64
TABLA 22. DEPENDENCIA A LA RECOMPENSA	65
TABLA 23. AUTODIRECCIÓN	65
TABLA 24. COOPERATIVIDAD	66
TABLA 25. AUTOTRASCENDENCIA	66

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1. FRECUENCIA DE GÉNERO EN LA MUESTRA	36
FIGURA 2. FRECUENCIA DE CONDUCTA AUTOLESIVA EN LA MUESTRA	37
FIGURA 3. TIPOS DE AUTOLESIONES	38
FIGURA 4. IDEACIÓN SUICIDA	38
FIGURA 5. INTENTO SUICIDA	39
FIGURA 6. DIAGNÓSTICO EN EJE I	39
FIGURA 7. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO	40
FIGURA 8. TRATAMIENTO PSICOTERAPÉUTICO	41
FIGURA 9. DIFERENCIAS ENTRE GÉNEROS PARA LA DIMENSIÓN DE TEMPERAMENTO: EVITACIÓN DEL DAÑO	42
FIGURA 10. DIFERENCIAS ENTRE GÉNEROS PARA EL RUBRO PREOCUPACIÓN VS OPTIMISMO (HA1)	42
FIGURA 11. DIFERENCIAS ENTRE GÉNEROS PARA EL RUBRO TIMIDEZ VS GREGARISMO (HA3)	43
FIGURA 12. DIFERENCIAS ENTRE GÉNEROS PARA EL RUBRO FATIGABILIDAD Y ASTENIA VS VIGOR (HA4)	44
FIGURA 13. DIFERENCIAS ENTRE GÉNEROS PARA LA DIMENSIÓN DEPENDENCIA A LA RECOMPENSA (RD)	44
FIGURA 14. DIFERENCIAS ENTRE GÉNEROS PARA EL RUBRO DEPENDENCIA VS INDEPENDENCIA (RD4)	45
FIGURA 15. DIFERENCIAS ENTRE GRUPOS DE PACIENTES CON CONDUCTA AUTOLESIVA Y SIN CONDUCTA AUTOLESIVA PARA EL RUBRO DEPENDENCIA VS INDEPENDENCIA (RD4)	46
FIGURA 16. DIFERENCIAS ENTRE GRUPOS DE PACIENTES CON CONDUCTA AUTOLESIVA Y SIN CONDUCTA AUTOLESIVA PARA LA DIMENSIÓN AUTODIRECCIÓN (SD)	46
FIGURA 17. DIFERENCIAS ENTRE GRUPOS DE PACIENTES CON CONDUCTA AUTOLESIVA Y SIN CONDUCTA AUTOLESIVA PARA EL RUBRO RESPONSABILIDAD VS CULPABILIDAD	47
FIGURA 18. DIFERENCIAS ENTRE GRUPOS DE PACIENTES CON CONDUCTA AUTOLESIVA Y SIN CONDUCTA AUTOLESIVA PARA EL RUBRO DETERMINACIÓN VS SIN DIRECCIÓN (SD2)	48
FIGURA 19. DIFERENCIAS ENTRE GRUPOS DE GÉNERO PARA EL RUBRO	48

EMPATÍA VS DESINTERÉS SOCIAL DE LA DIMENSIÓN COOPERATIVIDAD
(CO2)

FIGURA 20. DIFERENCIAS ENTRE GRUPOS DE PACIENTES CON CONDUCTA AUTOLESIVA Y SIN CONDUCTA AUTOLESIVA PARA LA DIMENSIÓN AUTOTRASCENDENCIA (ST)	49
FIGURA 21. DIFERENCIAS ENTRE GRUPOS DE PACIENTES CON CONDUCTA AUTOLESIVA Y SIN CONDUCTA AUTOLESIVA PARA EL RUBRO COHIBICIÓN VS ABSTRACCIÓN (ST1)	50
FIGURA 22. DIFERENCIAS ENTRE GRUPOS DE PACIENTES CON CONDUCTA AUTOLESIVA Y SIN CONDUCTA AUTOLESIVA PARA EL RUBRO ACEPTACIÓN ESPIRITUAL VS MATERIALISMO (ST3)	50
FIGURA 23. DIFERENCIAS ENTRE GRUPOS DE PACIENTES CON CONDUCTA AUTOLESIVA Y SIN CONDUCTA AUTOLESIVA PARA FUNCIONAMIENTO YOICO	52
FIGURA 24. DIFERENCIAS ENTRE GRUPOS DE GÉNERO PARA FUNCIONAMIENTO YOICO	53

AGRADECIMIENTOS

A mi familia

A mis maestros, asesores y compañeros

Antecedentes: El trastorno límite de la personalidad cursa con grave disfunción en el funcionamiento social y familiar, una de las características principales es la conducta autolesiva.

Objetivos: En este estudio se midieron las diferencias cuantitativas de temperamento, carácter y funciones yoicas en pacientes que presenten conducta autolesiva y pacientes sin esta conducta. Se había planteado que existen diferencias entre temperamento, carácter y funciones yoicas.

Metodología: Estudio descriptivo, transversal y correlacional. Se aplicaron los instrumentos Cuestionario del Structured Clinical Interview for DSM Axis II (SCID II), Evaluación de las Funciones del Yo (EFY) e Inventario de Temperamento y Carácter (ITC) a pacientes adultos hombres y mujeres, hospitalizados y en consulta externa, con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad con conducta autolesiva y sin conducta autolesiva. El análisis de los datos se realizó con pruebas de resumen para variables numéricas y categóricas (media, desviación estándar, rangos y porcentajes). El análisis para prueba de hipótesis se realizó con coeficientes de correlación.

Resultados: Se realizó el estudio entre los meses de Noviembre de 2009 a Marzo de 2010, en donde se encontraron diferencias significativas entre género para la dimensión de evitación del daño, Dependencia a la Recompensa, Cooperatividad y Barrera a Estímulos, además se encontraron diferencias significativas entre los

grupos de pacientes con conducta autolesiva y sin conducta autolesiva para rubros de Dependencia a la recompensa, Autodirección y Autotrascendencia, así como para el funcionamiento yoico de Juicio, Regulación de Impulsos, Afectos e Instintos y Procesos de Pensamiento. Se encontraron otras correlaciones en las variables de ideación suicida, intento suicida previo con las de los instrumentos de funciones yoicas, temperamento y carácter para cada grupo de pacientes.

Discusión: Se comprobó que existen diferencias significativas en el funcionamiento yoico de pacientes con conducta autolesiva y sin conducta autolesiva. Se encontró que las mujeres presentaron mayor puntuación para evitación del daño, en comparación con los hombres. El grupo de pacientes sin conducta autolesiva reportó mayor puntuación para el rubro Dependencia vs independencia. Los pacientes con conducta autolesiva presentaron puntuaciones más bajas en autodirección y puntuaciones más altas en autotrascendencia. Los pacientes con conducta autolesiva presentaron diferencias significativas en las funciones de juicio, procesos de pensamiento y regulación de impulsos, instintos y afectos en comparación con pacientes sin conducta autolesiva.

Uno de los trastornos psiquiátricos más controvertidos es el trastorno límite de la personalidad, debido a sus características clínicas entre las cuales, la conducta autolesivas ocupa un lugar y tiene un importancia fundamental en la repercusión de sus funciones.

Se ha observado que tanto genes como ambiente están íntimamente conectados en la modulación de la conducta humana. El estudio biológico de la personalidad ha permitido un modelo de tratamiento farmacológico determinado para el control de algunos síntomas.

Un aspecto importante de conocer es la relación de las funciones yoicas (prueba de realidad, juicio, sentido de realidad, regulación y control de impulsos, afectos e instintos, relaciones objetales, procesos de pensamiento, regresión adaptativa al servicio del yo, funcionamiento defensivo, barrera de estímulos, funcionamiento autónomo, funcionamiento sintético-integrativo, dominio y competencia) de los pacientes con trastorno límite de la personalidad con y sin conducta autolesiva. Lo que permitiera contar con parámetros de diagnóstico y un acercamiento al tratamiento y pronóstico.

Incluir el fenómeno biológico y el psicosocial es un abordaje completo en el tratamiento de un paciente. De acuerdo a la teoría de la mente se enfatiza que la psicoterapia juega un papel en la creación de sensibilidad de la mente del paciente por lo que el enfoque en las funciones yoicas puede servir al tratamiento y mejorar el pronóstico de estos pacientes.

TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD

DEFINICIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA

Se designa como trastorno límite de la personalidad al grupo de trastornos de la personalidad que presentan inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la afectividad. La Clasificación Internacional de las Enfermedades-10 de la Organización Mundial de la Salud los ha designado como trastornos de la personalidad con inestabilidad emocional (TABLA 1). (12, 39)

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

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

1. Trastorno de la inestabilidad emocional de la personalidad de tipo impulsivo. Las características predominantes son la inestabilidad emocional y la ausencia de control de impulsos. Son frecuentes las explosiones de violencia o un comportamiento amenazante, en especial ante las críticas a terceros.

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

Excluye: trastorno disocial de la personalidad

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

Incluye: personalidad "borderline"

Criterios diagnósticos para trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad CIE-10. (12)

De acuerdo al DSMIV-TR el trastorno límite de la personalidad se caracteriza por una pauta generalizada de inestabilidad en el estado de ánimo, relaciones interpersonales y la autoimagen, que se hace patente desde el inicio de la vida adulta y que se da en diversos contextos (TABLA 2). (39, 42)

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

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

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

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

2. Un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizadas por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación.
3. Alteración de la identidad: autoimagen o sentido de sí mismo acusado y persistentemente inestable.
4. Impulsividad en al menos dos áreas, que es potencialmente dañina para sí mismo (p.ej., gastos, sexo, abuso de sustancias, conducción temeraria, atracones de comida).
5. Comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes, o comportamiento de automutilación.
6. Inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo (p.ej., episodios de intensa disforia, irritabilidad o ansiedad, que suelen durar unas horas y rara vez unos días).
7. Sentimientos crónicos de vacío.
8. Ira inapropiada e intensa o dificultades para controlar la cólera (p.ej., muestras frecuentes de mal genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).
9. Ideación paranoide transitoria relacionada con estrés o síntomas disociativos graves.

Criterios diagnósticos para trastorno límite de la personalidad según DSM-IV TR (42)

Actualmente se ha sugerido una subtipificación basada en teorías de la etiología del trastorno de inestabilidad emocional tipo límite (TABLA 3) (47).

TABLA 3. Subtipos de Trastorno Límite de la Personalidad

Tipo	Descripción	Criterio prototípico	supuesto del DSM-IV-TR
Afectivo	Una atípica, y moderadamente forma heredable de trastorno afectivo, precipitado por tensión ambiental. Akiskal y col. Lo describieron como trastorno "subafectivo", y Klein y Liebowitz lo describieron como "disforia histeroide", ambos los cuales reestructuran una forma del trastorno de personalidad caracterizada por predominancia de desregulación del afecto	Criterio 6: inestabilidad afectiva asociada a marcada reactividad del humor (disforia o ansiedad)	Criterio 5: conducta suicida recurrente, gestos o intentos o conducta autolesivas
Impulsivo	Una forma de trastorno del control de impulsos, reflejando una acción orientada en el temperamento innato. Un número de reportes han caracterizado el trastorno límite de personalidad como un trastorno del espectro impulsivo, porque comparte una propensión a la acción y se sobrepone con otros trastornos del control de impulsos, como trastornos por uso de sustancias y trastorno antisocial de la personalidad	Criterio 4: impulsividad al menos en dos áreas que son potencialmente de auto-daño	Criterio 5: conducta suicida recurrente, gestos o intentos o conducta autolesivas

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

Continuación TABLA 3. Subtipos de Trastorno de Personalidad			
Agresivo	Un temperamento primario constitucional o secundario a la reacción de trauma, abuso o negligencia temprana. Una predominancia de agresión en el trastorno límite de personalidad podría ser correlacionado con menores niveles de serotonina en el sistema nervioso central o con otras alteraciones en la neurotransmisión o neuroendocrinas	Criterio 8: ira intensa, inapropiada o dificultad para controlar la ira	Criterio 6: inestabilidad afectiva asociada a reactividad marcada del afecto (irritabilidad)
Dependiente	Una intolerancia a estar solo. Masterson y colegas, propusieron que en algunos casos, la presencia de intolerancia parental en el desarrollo de autonomía del niño podría ser la base de la fundación para una patología límite futura. Gunderson describió uno similar, pero con un concepto limitado – intolerancia al abandono-como una característica definitoria común de muchos pacientes con trastorno límite de la personalidad	Criterio 1: esfuerzos frenéticos para evitar el abandono real o imaginario	Criterio 6: inestabilidad afectiva asociada a marcada reactividad del humor (disforia o ansiedad)
Vacío	Carencia de una sensibilidad estable de sí mismo, reflejando padres tempranamente inconstantes. Adler y colegas, propusieron que la experiencia del niño de la inconstancia parental y la falta de empatía podría interferir con el establecimiento de la confianza básica, resultando en una incapacidad de evocar recuerdos simples de bondad, cuidado de objetos internos.	Criterio 7: sentimientos crónicos de vacío	Criterio 3: alteración en la identidad: una imagen de sí mismo o sentimiento de uno mismo marcada y persistentemente inestable

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

En México, se estima la prevalencia de trastornos de la personalidad en 28.6%. (50). El trastorno límite de la personalidad afecta a tres mujeres por cada varón y se presenta en 2% a 6% de la población general, 10% de pacientes psiquiátricos ambulatorios y 20% de los hospitalizados. En México, se ha encontrado en 2.0% de las mujeres y 1.7% de los varones en la población general y hasta 36% de los enfermos psiquiátricos hospitalizados. (14, 39) Se ha encontrado que 10% de los pacientes con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad muere por suicidio (14).

A nivel mundial, la prevalencia de individuos que mueren por suicidio con un trastorno de la personalidad es de 30%, hasta 40% de los individuos con intentos suicidas y cerca de 50% de los pacientes psiquiátricos ambulatorios se suicida. En poblaciones abiertas, el rango de suicidio de pacientes con trastorno límite de la personalidad es estimado entre 8 y 10%. Alrededor de 60 a 70% de los pacientes con trastorno límite de la personalidad presentan intentos suicidas (29, 37). En nuestro medio, en 2008 se registró una tasa de prevalencia anual de 7% al egreso hospitalario de pacientes con trastorno límite de la personalidad, con predominio de mujeres (78%) (58) y hasta 24.5% en la población general (50).

FACTORES ETIOLÓGICOS

Correlaciones neurobiológicas del Trastorno Límite de la Personalidad

Se han encontrado relaciones heredadas en familias con rango de concordancia para trastorno límite de la personalidad de 38% entre gemelos monocigotos y 11% entre gemelos dicigóticos (Crowell, 2009). (14)

Se han encontrado diferentes hallazgos neurofuncionales distintivos en el trastorno límite de la personalidad como disminución del flujo cerebral frontal, y otras características neuroanatómicas como alteraciones en la región temporal superior, parahipocampo, región temporal de los ventrículos laterales, cuerpo calloso, tálamo y septum pellucidum (Gabbard, 2005). (20)

Se sabe que en personas con violencia impulsiva existe disfunción de fibras serotoninérgicas de la corteza prefrontal, lo que les confiere vulnerabilidad a mayor agresión (14). Por otro lado el rasgo de impulsividad presenta gran carga de heredabilidad genética (50%) y depende de polimorfismos relacionados con

receptores de transmisión serotoninérgica como 5-HT_{2A} (Carrasco y Gilbert, 2007). (10, 22)

La dimensión de búsqueda de novedades tiene una heredabilidad cercana al 40% y asociarse a alteraciones genéticas del receptor dopaminérgico (10, 22).

Los estudios de neuroimagen sobre impulsividad y suicidio han mostrado disminución de la reactividad serotoninérgica en áreas corticales inhibitorias (corteza orbitofrontal, ventromedial y cingulada) que no controlarían el efecto facilitador de estructuras límbicas. La hipofunción del CPK y la disminución e la reactividad serotoninérgica son proporcionales a la letalidad de los intentos suicidas (10,22).

La evidencia sugiere que tanto la agresión como la inestabilidad afectiva están relacionadas con polimorfismos genéticos específicos y alteraciones funcionales en el sistema central de serotonina (5-HT) (10, 14, 22).

Se sugiere implicación de la noradrenalina en la regulación del nivel de activación que acompaña la interacción con el entorno en la búsqueda de sensaciones y regulación de la expresión de heteroagresividad (10, 14, 22).

La búsqueda de sensaciones y de riesgo se relaciona con la actividad dopaminérgica subocritical y probablemente con algunos aspectos de la actividad noradrenérgica (10). Crowell reporta una asociación entre el alelo 9-repetido del transportador DA (DAT1) y el trastorno límite de la personalidad relacionadas con la afectividad negativa y un menor funcionamiento dopaminérgico (14).

Se ha investigado que un punto de mutación en el gene MAO esta asociado con conducta violenta y posiblemente es un factor de riesgo suicida. Los estudios plaquetarios de MAOB han encontrado consistentemente una correlación negativa

entre MAOB periférica y trastornos de control de impulsos, incluyendo TDAH, personalidad antisocial, criminalidad, trastorno límite de la personalidad, juego patológico y abuso de alcohol/drogas (14).

Se han observado diferencias en la maduración cerebral cuantificables con electroencefalografía. Por lo que el trastorno límite de la personalidad se asocia con déficits en la maduración de circuitos frontolímbicos, incluyendo corteza orbitofrontal y corteza frontal ventrolateral, tanto como en amígdala, hipocampo, giro fusiforme, corteza cingulada anterior, ganglios basales y tálamo (10, 14).

Según Crowell otras teorías sugieren relaciones específicas entre disfunción frontolímbica y vulnerabilidades para desregulación emocional e impulsividad (14).

Temperamento y Carácter en el Trastorno Límite de Personalidad

Con la utilización del inventario de temperamento y carácter, Fossati reportó que las altas puntuaciones de impulsividad, agresividad y búsqueda de la novedad forman parte del componente principal en trastorno de personalidad del cluster B y todos los trastornos varían en grados de carácter: mayor agresividad en antisocial, mayor búsqueda de sensaciones en el histriónico (18).

Por otro lado Pukrop reportó como marcadores generales de patología de personalidad neuroticismo, autodirección e inestabilidad emocional. Específicamente en pacientes con trastorno límite de la personalidad y la utilización del inventario de temperamento y carácter ha reportado puntuaciones menores en amabilidad, alta puntuación en búsqueda de la novedad y

autotrascendencia, alta puntuación en inestabilidad emocional junto con conducta disocial (53).

En dos estudios diferentes Barnow ha encontrado, con la utilización del Inventario de Temperamento y Carácter (ITC), que los pacientes con trastorno límite de la personalidad presentan mayores puntuaciones en búsqueda de la novedad, evitación de daño y bajas puntuaciones en autodirección. Encontró que los varones con trastorno límite de la personalidad presentan puntuaciones altas en búsqueda de la novedad y evitación del daño y las mujeres con trastorno límite de la personalidad puntuaciones altas en evitación del daño. Ambos géneros presentan puntuaciones altas de evitación del daño y puntuaciones bajas en autodirección (2, 3).

Por otro lado al utilizar el ITC, Ha encontró que los pacientes con trastorno límite de la personalidad presentan diferencias significativas en los patrones de desarrollo, especialmente en autodirección, cooperatividad y autotrascendencia; además, el desarrollo del carácter de trastorno límite de la personalidad es más lábil e inmaduro que en sujetos control (28). Fossati y cols, hallaron que los pacientes con trastorno límite de la personalidad difieren de los sanos en la búsqueda de la novedad y cooperatividad lo que dificulta sus patrones de apego (19).

En un estudio de padres de pacientes con trastorno límite de personalidad al comparar temperamento y carácter, Fassino reportó que las madres de los pacientes con alta puntuación en búsqueda de la novedad, presentan altas puntuaciones en búsqueda de la novedad y los padres presentan puntuaciones altas en autotrascendencia. Los pacientes con trastorno límite de la personalidad

con puntuaciones altas en autodirección se relacionan con madres y padres con puntuaciones altas en búsqueda de la novedad. Los pacientes con puntuaciones altas en autotranscendencia se relacionan con madres con altos puntajes de búsqueda de la novedad y evitación del daño (16).

Calati ha encontrado altos puntajes en evitación del daño en pacientes sin conducta autolesiva y bajos puntajes en autodirección y cooperación en pacientes con intentos suicidas, sin relación con algún trastorno afectivo sin intento suicida (7). Giegling sostiene que las dimensiones de impulsividad y evitación del daño del temperamento surgen independientes de la asociación con tendencias autolesivas de personalidad (21). De acuerdo a Champman, un factor protector de la conducta autolesiva es la puntuación alta en la dimensión de dependencia de la recompensa, además que las altas puntuaciones de búsqueda de la novedad y dependencia a la recompensa se relacionan con menos intentos suicidas (11).

En un estudio de seguimiento de síntomas de trastorno límite de personalidad durante 10 años, Zanarini encontró después de 4 años de seguimiento la mitad de los pacientes presentaron remisión de 9 síntomas agudos de 24 iniciales, entre los 6 y los 10 años de seguimiento, 50% de los pacientes registrados de primera vez, presentaron remisión de otros 9 síntomas clasificados como temperamentales. Los otros 6 síntomas remitieron poco entre los 4 y 6 años de seguimiento (62).

Correlaciones psicodinámicas

Se ha planteado que los pacientes con trastorno límite de la personalidad tienen una vulnerabilidad temperamental heredada que predispone al individuo a

reaccionar con agresión ante las frustraciones del ambiente. Si durante el desarrollo, se distorsiona el proceso de separación-individuación daría lugar a la formación de relaciones objetales internalizadas patológicas, que formarían el centro del trastorno (Kurt L; 2006). (35)

El planteamiento actual de Crowell define al trastorno límite de la personalidad como un trastorno de disregulación emocional resultado de interacciones entre los individuos y vulnerabilidades biológicas en influencias ambientales específicas, lo que resulta en mayor sensibilidad emocional, incapacidad de regular emociones intensas y lento regreso a la emoción basal. La disregulación emocional conduce a conductas disfuncionales en eventos emocionalmente desafiantes. Se propuso que el desarrollo del trastorno límite de la personalidad ocurre en un ambiente invalidante con intolerancia o privación de experiencias emocionales, lo que alteraría en el niño la capacidad de entender, nombrar, regular o tolerar respuestas emocionales (Crowell, 2009; Gili, 2007). (14, 23)

Crowell propone que el rasgo de impulsividad es predisponente para la vulnerabilidad en el desarrollo de trastorno límite de la personalidad (14).

Factores de riesgo biopsicosociales para el Desarrollo de Trastorno Límite de la Personalidad

La teoría del apego propone que los pacientes con trastorno límite de la personalidad tienen fallas en la función reflexiva o de mentalización. Se ha propuesto que los individuos que sufren maltrato infantil pueden inhibir de modo

defensivo su habilidad para mentalizar para evitar pensar que su cuidador desea dañarlos, como sucede en trastornos límite de la personalidad (39).

Crowell indica que los polimorfismos de dopamina DRD4 en niños están relacionados a patrones de apego desorganizados con sus padres. Lo que sugiere que las interacciones gene-ambientales pueden influenciar procesos de apego a través del desarrollo (14).

López D. ha reportado que 91% de pacientes con trastorno límite de la personalidad ha sufrido algún tipo de maltrato y 92% experimentó descuido importante en sus primeros años de desarrollo. Además, que 62% de estos enfermos, tuvo abuso sexual infantil (39).

A medida que han aparecido estas evidencias, se han descubierto anomalías electroencefalográficas y alteraciones estructurales en el hipocampo izquierdo de individuos con antecedentes de abuso sexual y físico graves en la niñez, que pueden ser la causa de los déficit en la memoria verbal y en los síntomas disociativos que presentan estos pacientes con trastorno límite de la personalidad (López, 2004). (39)

Gabbard sugiere que el trauma temprano puede promover lateralización hemisférica y adversamente afectar integración de los hemisferios derecho e izquierdo (20).

Comorbilidad y Conducta Autolesiva

Se ha reportado que a lo largo de la vida, los trastornos comórbidos del Eje I de los pacientes con trastorno límite de la personalidad son: 96.3% trastornos del estado de ánimo (depresión mayor, distimia o trastorno bipolar II); 88.4%,

trastornos por ansiedad; 64.1%, anomalías por uso de alcohol y drogas (sobre todo varones), 25.6% bulimia nerviosa y 20.8% anorexia nerviosa (con mayor frecuencia las mujeres) (López 2004; Oumaya, 2008). (39)

En cuanto a la comorbilidad con trastornos del Eje II, se reporta: 29% con el pasivo-agresivo, 12% con el esquizotípico, 12% con el evitativo, 10% con el histriónico, 9% con el narcisista, y 9% con el dependiente. En el grupo de adultos 26% con el antisocial; 20% con el evitativo, 20% con el dependiente; 16% con el histriónico; 14% con el pasivo-agresivo, y con el narcisista y el esquizotípico, 12% ambos (López, 2004). (39)

Stanley define la automutilación o comportamiento autolesivo como el daño corporal deliberado y repetitivo a uno mismo sin intento de morir. La asociación entre automutilación y el diagnóstico de trastorno límite de la personalidad se reporta con un rango a lo largo de la vida de 5 a 10% (60). Este patrón varía de 50 a 80% de los casos y es repetitivo, más de 41% de los pacientes llegan a realizar más de 50 mutilaciones. Las formas más usuales son cortes en la piel, quemaduras, rascado grave e incluso fractura de huesos (55, 60), el golpe en la cabeza o mordeduras no son usuales (49) (Oumaya, 2008; Sánchez L, 1996; Stanley, 2001).

Las autolesiones suelen iniciarse en la adolescencia, frecuentemente se repiten y utilizan diversos métodos. Los intentos de suicidio se repiten con menor frecuencia y tienen un menor valor comunicativo (Brown, 1995; Nicolas, 2007; Sánchez, 2007). (6, 45, 55)

Para Sánchez y Prats la automutilación repetitiva se caracteriza por la presencia de impulsos irresistibles e intrusivos de infligirse daño físico que se

acompaña de tensión creciente, ansiedad u otros estados disfóricos (55). Stanley reporta un rango de motivaciones, incluyendo autocastigo, reducción de la tensión, mejoría del humor, y distracción de afectos intolerables (60). Siguiendo al acto, el individuo usualmente se reporta sentirse mejor y aliviado (Kleindiest, 2008; Oldman, 2006; Oumaya, 2008 y Stanley, 2001). (34, 47, 49, 60)

Para varios autores la impulsividad, conceptualizada como uno de los síntomas y conductas más prominentes, definida como la tendencia a responder rápidamente sin reflexión se asocia a la focalización de componentes emocionales en términos de rabia y agresión (Kleindiest, 2008; Sánchez, 2007 y Stanley, 2001) (34, 56, 60). Ohmann ha asociado la conducta autolesiva con experiencia traumática, depresión, problemas de autorregulación y enfermedad psiquiátrica parental (46).

De acuerdo a Oldman existen dos formas de conducta autolesiva deliberada: una forma intencional de autodestrucción y otra forma no suicida de automutilación. Ambas conductas pueden ocurrir en el mismo paciente, y se estima que la presencia de conducta autolesiva en un solo paciente dobla el riesgo suicida del paciente (47).

Greenfield evaluó la conducta suicida persistente seis meses después de la presentación inicial y concluyó que puede ser predicha por género, trastorno de personalidad límite, intentos suicidas previos y uso de sustancias, concluye que la depresión no predice suicidalidad futura (27).

Sánchez menciona que la prevención de la conducta autolesiva se enfoca en mejorar la regulación afectiva, el manejo de estrés emocional y estrategias para la solución de problemas (55).

Brodsky reportó que los pacientes con trastorno límite de personalidad con síntomas disociativos, son más propensos a automutilarse, que los sujetos que no lo hacen y presentan antecedentes más frecuentes de abuso en la infancia. También encontró que presentan mayores niveles de síntomas depresivos concomitantes y mayor frecuencia en el uso de tratamiento antipsicótico (5).

En el estudio de Zanarini a 6 años de seguimiento de pacientes con trastorno límite de personalidad, los síntomas impulsivos fueron más fáciles de resolver, y la automutilación y los esfuerzos suicidas disminuyeron en 25% de frecuencia en 81% de los pacientes (62).

Mateu encontró que las conductas suicidas se relacionan con menor actividad opioide, por lo que estas conductas suelen reestablecer niveles adecuados de opioides endógenos (44).

Se han reportado alteraciones neurofisiológicas y neuroimagenológicas específicas en pacientes con trastorno límite de personalidad y conducta autolesivas.

Schmahl sugiere que la desactivación neuronal de la corteza cingulada anterior (ACC) en pacientes con trastorno límite de personalidad puede estar relacionada con la falta de percepción de información sensorial menos relevante para optimizar las fuentes cognitivas y emocionales necesarias para conductas dirigidas a mejorar estados emocionales. El dolor autoinfligido puede funcionar como normalizador de la actividad neuronal en regiones específicas del cerebro involucradas en procesamiento emocional y cognitivo (57).

Tajima ha encontrado que en pacientes con trastorno límite de personalidad existe aumento en la actividad de la amígdala izquierda ante la visualización de

imágenes de rostros con expresiones emocionales. Las imágenes emocionalmente aversivas se relacionan con mayor actividad en la amígdala y en la corteza medial y prefrontal inferolateral (61).

Ludascher estudió que pacientes con trastorno límite de la personalidad con conducta autolesiva presentan menor sensibilidad al dolor en comparación con un grupo de pacientes sin autolesiones. La sensibilidad al dolor se relacionó inversamente con la severidad de la sintomatología límite. Lo que sugiere una asociación entre la suspensión de conductas autolesivas, que declina en la psicopatología límite y normalización de la percepción del dolor (40).

Herpertz concluyó que existe baja reactividad electrodérmica en pacientes con trastorno límite de personalidad que no podría ser explicada por impulsividad o agresividad (30).

Grant demostró una asociación entre impulsividad y reducción de integridad microestructural de sistemas de materia blanca frontal. Los pacientes con trastorno límite de personalidad y conducta autolesivas presentan compromiso en la microestructura de materia blanca frontal lo que refleja incapacidad de balancear el deseo de gratificación inmediata de cortarse con el reconocimiento de las consecuencias a largo plazo, una actividad que puede involucrar función cortical prefrontal (26).

FUNCIONAMIENTO YOICO

La capacidad de mentalizar involucra la capacidad de saber que otra persona tiene una mente diferente de uno mismo con la habilidad de inferir qué está sucediendo en el interior de la mente de alguien más por la expresión facial,

el tono de voz y otras comunicaciones no verbales y reconocer creencias, sentimientos y motivaciones (20).

Los estudios en imagenología sugieren que la mentalización activa en conjunto diversas estructuras cerebrales (20).

En la práctica psicoterapéutica se utilizan diversas funciones mentales o funciones psicológicas que ayudan al individuo a adaptarse al ambiente, a responder a estímulos y a regular las funciones biológicas básicas mientras se asegura la supervivencia y la satisfacción de las necesidades (41) llamadas en la psicodinamia, funciones yoicas (32).

La corteza de asociación prefrontal está implicada en procesos que generan conocimientos explícitos en la experiencia consciente, tiene dos funciones principales: integra la información sensorial y vincula el movimiento planificado, subactúa como elemento en el sistema de mantenimiento de la información a corto plazo, incluyendo datos almacenados y recuperados en la memoria declarativa; también participa en funciones de coordinación por lo que se sugiere funciones ejecutoras del yo y superyó (Kandel, 2007). (33)

De acuerdo a Freud la energía libre neuronal se relaciona con el proceso primario del pensamiento, el funcionamiento yoico minimiza esta energía libre de la mente, nombrándola proceso secundario, convirtiendo la energía libre en energía de unión. Carhart-Harris ha visto que el cerebro se organiza internamente en modelos jerárquicos para predecir la activación sensorial y la actividad neuronal tratando de minimizar la predicción de error o la energía libre. La forma en que jerárquicamente se organiza, encabeza una progresión en complejidad de representaciones desde el núcleo talámico y corteza sensitiva de asociación

primaria y corteza paralímbica. También existe una red a modo de falla ontogénicamente desarrollada que dirige el flujo de energía de funcionamiento en la cognición. El proceso secundario o procesos de cognición secundaria es el modo de cognición del yo, un modo de despertamiento de la conciencia, las regiones específicamente implicadas en la red a modo de falla incluye la corteza prefrontal medial, corteza cingulada posterior, lóbulo parietal inferior, corteza temporal lateral e inferior y lóbulos temporales mediales (9)

Según Cameron, la simple organización de un sistema del yo da la capacidad de organizar la experiencia y la conducta de modos racionales, precisos, prácticos y adecuados al ambiente humano, los clasifica en procesos primarios (percepciones, emociones, pensamientos y acciones realistas y maduras del adulto) y procesos secundarios (cuando se engloban y diferencian de la percepción interior (8).

Cualquier listado debiera mantener distinciones entre la función propiamente dicha (percepción, planificación, coordinación), los efectos del ejercicio de esas funciones (control de impulsos, adecuación realista, integración) y las cualidades asignables a esas funciones en base a sus rendimientos objetivos, verificables según la calidad de aquellos efectos (autonomía versus interferencias por el compromiso con el conflicto, fuerza versus debilidad, plasticidad versus rigidez, cohesión del conjunto versus dispersión, amplitud versus restricción, organización jerárquica y cohesión del conjunto). Fiorini enfatiza la necesidad de hacer diferencias jerárquicas en tres órdenes de funciones (17):

1. **Funciones yoicas básicas**, dirigidas al mundo exterior, a los otros y a aspectos de sí mismo: percepción, atención, memoria, pensamiento, anticipación, exploración, ejecución, control y coordinación de la acción.
2. **Funciones defensivas**, dirigidas a neutralizar ansiedades mediante diversas modalidades de manejo de conflictos creados entre condiciones de realidad, impulsos y prohibiciones.
3. **Funciones integradoras, sintéticas u organizadoras**. Superpuesto funcional jerárquicamente a las anteriores. Mantienen una cohesión, una organización y un predominio de las demás funciones.

Para Bellak las Funciones del Yo son (4):

- Prueba de realidad: Capacidad de distinguir entre estímulos internos y externos con exactitud de la percepción (incluye orientación en tiempo y lugar) y la interpretación de acontecimientos externos con precisión de la prueba de realidad interna (disposición psicológica y conciencia de estados internos).
- Juicio: Capacidad de hacer conciente lo inadecuado y las consecuencias probables (anticipación al peligro, responsabilidades legales, censura o desaprobación social) y la magnitud en el que la conducta manifiesta es el reflejo de las probables consecuencias.
- Sentido de Realidad del Mundo y del Sí mismo: Capacidad de medir los acontecimientos externos experimentados como reales y como parte de un contexto familiar; así como el grado en que el cuerpo y su funcionamiento y la conducta se experimentan en el individuo y pertenecientes a éste. Capacidad en que la persona ha desarrollado su individualidad, unicidad, sentido de sí mismo, autoestima, autorepresentación.

- Regulación y control de instintos, afectos e impulsos: Capacidad de expresión de los impulsos, su eficacia y dilación y el control o grado de tolerancia a la frustración que conllevan; así como capacidad de regular la canalización de estos impulsos y afectos a través de la ideación, expresión afectiva y conducta manifiesta.
- Relaciones Objetales: Capacidad en que una persona percibe a los otros y sus relaciones separadas más como una extensión de sí mismo y la capacidad de mantener el compromiso y tolerar la ausencia física con otros.
- Procesos de pensamiento: capacidad adaptativa de atención, concentración, anticipación, formación de conceptos, memoria y lenguaje y la medida en que estos procesos relativamente influyen en el pensamiento.
- Regresión adaptativa al servicio del yo: Capacidad de relajamiento de la agudeza perceptiva y conceptual y de otros procesos del yo, con aumento de la conciencia preconciente e inconsciente; así como la inducción de nuevas configuraciones que incrementan los potenciales adaptativos.
- Funcionamiento defensivo: Grado en que los mecanismos de defensa actúan adaptativa o inadaptablemente y la medida de éxito o fracaso que hayan obtenido.
- Barrera a los estímulos: Capacidad umbral a la sensibilidad o conciencia relacionados con los diversos estímulos sensoriales que afectan a la vez y la naturaleza de respuesta a diversos niveles de organización, evitación y aislamiento.
- Funcionamiento autónomo: Grado de inmunidad al deterioro de los sistemas sensoriales y funciones autónomas secundarias (hábitos, habilidades, rutinas).

- Funcionamiento sintético-integrativo: Capacidad de integración de conceptos, valores, afectos, autorrepresentaciones contrarias, agrupamiento e integración de acontecimientos psíquicos y conductuales.
- Dominio-Competencia: Capacidad de desempeño de la persona, interacción y dominio del medio, expectativa de éxito.

El nivel adaptativo de las funciones del yo es generalmente más estable en los individuos que funcionan adecuadamente que en aquellos que muestran una considerable psicopatología, su evaluación puede servir como aproximación diagnóstica, entender las relaciones causales, etiología y patogenia y hacer aproximaciones pronósticas y psicoterapéuticas (Bellak, 1993; González, 1992). (4, 25). En un estudio de seguimiento de adolescentes con antecedentes psiquiátricos comparados con un grupo control, Pfeffer encontró que funciones yoicas específicas como impulsividad, prueba de realidad y mecanismos de defensa se asocian a intentos suicidas, mientras que la represión actuó como factor de protección para prevenir los intentos suicidas (51).

En un estudio transversal, realizado en México con niños de la calle, comparado con un grupo de sujetos control, Martínez y cols. encontraron diferencias significativas entre el funcionamiento yoico, registrando baja puntuación en relaciones de objeto y control de impulsos (43).

Para Goldsmith, durante la medición de las funciones del yo en pacientes con trastorno límite de la personalidad, se observó deterioro en la prueba de realidad. Otras calificaciones bajas han sido en relaciones objetales y funcionamiento defensivo, sentido de realidad, regresión adaptativa al servicio del yo y funcionamiento sintético (24).

Por otro lado Arza y LeGris en estudios diferentes han reportado que pacientes con trastorno límite de la personalidad presentan déficit en procesos de recuperación de memoria inmediata y diferida, memoria de trabajo, atención sostenida y velocidad de procesamiento, fluencia verbal, control de impulsos, flexibilidad cognitiva, abstracción y planeación, procesos implicados en circuitos prefrontales a nivel subcortical (1, 38)

Poletti reportó alteraciones en funciones ejecutivas, memoria autobiográfica y procesos sociales cognitivos, particularmente los procesos con sustrato en la corteza orbitofrontal, con correlación en la impulsividad. También obtuvo interferencia de emociones negativas en codificación y reforzamiento de recuerdos autobiográficos en correlación con facilidad de síntomas disociativos (52).

En un estudio con la utilización de la evaluación de las funciones yoicas de Bellak en pacientes con trastorno límite de la personalidad y trastorno de la conducta alimentaria, Smith reportó puntuaciones bajas en control de impulsos y afectos y sentido de realidad con fácil reconocimiento de ambos perfiles (59).

La evaluación de las funciones del yo es útil en el trabajo psicoterapéutico, de esto depende la disponibilidad para establecer una alianza válida con el terapeuta, para tolerar ansiedades y el sufrimiento que emergen en el curso del tratamiento, para desarrollar un progresivo insight, para incorporar provechosamente nuevas ideas y perspectivas obtenidas y para utilizar de manera apropiada todo aquello que se ha comprendido. También para soportar el esfuerzo, disciplina, tenacidad y deseo de aprender que exige todo tratamiento psicoterapéutico prolongado (13).

JUSTIFICACIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las autoagresiones son motivo de hospitalización y atención psiquiátrica de pacientes con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad. El estudio biológico y social nos permitiría un acercamiento a la comprensión de su conducta.

El estudio de pacientes con trastorno límite de la personalidad con autolesiones comprende un amplio grupo de pacientes con ingresos hospitalarios y de atención psiquiátrica en la consulta externa, por lo que la evaluación cuantitativa del funcionamiento yoico, temperamento y carácter permitiría contar parámetros que acerquen a un mejor diagnóstico, permitan un mejor abordaje.

Se quiere estudiar el temperamento y el carácter y el funcionamiento de estructuras psicodinámicas como prueba de realidad, juicio, sentido de realidad, regulación y control de impulsos, afectos e instintos, relaciones objetales, procesos de pensamiento, regresión adaptativa al servicio del yo, funcionamiento defensivo, barrera de estímulos, funcionamiento autónomo, funcionamiento sintético-integrativo, dominio y competencia, en los pacientes con trastorno límite de la personalidad.

La pregunta es: ¿Existen diferencias cuantitativas en la medición de temperamento y carácter en pacientes con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad y conducta autolesiva en comparación con los pacientes sin esta conducta?

Una segunda pregunta es: ¿Existe disminución cuantitativa de las funciones yoicas en pacientes con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad y

conducta autolesiva en comparación con los pacientes con trastorno límite de personalidad sin conducta autolesiva?

OBJETIVO GENERAL

Describir y comparar el temperamento, el carácter y las funciones del yo, en pacientes con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad que presenten conducta autolesiva, con pacientes con el mismo diagnóstico sin conducta autolesiva.

- **Objetivos específicos**

- Describir y comparar el temperamento (búsqueda de la novedad, evitación del daño, dependencia a la recompensa, persistencia) y el carácter (autodirección, cooperatividad, autotranscendencia) en pacientes con trastorno límite de la personalidad con conducta autolesiva con pacientes con trastorno límite de la personalidad sin autolesiones.
- Describir y comparar las funciones yoicas (prueba de realidad, juicio, sentido de realidad, regulación y control de impulsos, afectos e instintos, relaciones objetales, procesos de pensamiento, regresión adaptativa al servicio del yo, funcionamiento defensivo, barrera de estímulos, funcionamiento autónomo, funcionamiento sintético-integrativo, dominio y competencia) en pacientes con trastorno límite de la personalidad con conducta autolesiva con pacientes con trastorno límite de la personalidad sin autolesiones.

Hipótesis Estadísticas

- Sí existen diferencias estadísticamente significativas en temperamento y carácter entre pacientes con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad con conducta autolesiva y sin conducta autolesiva
- Si existen diferencias estadísticamente significativas en el las funciones yoicas entre pacientes con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad con conducta autolesiva y sin conducta autolesiva.

1. Tipo de estudio:

Estudio Descriptivo Comparativo Transversal

2. Variables

Funciones del Yo: Conjunto de procesos o resultados mentales dirigidos a organizar la experiencia y la conducta de manera racional para diferenciar la realidad externa e interna objetiva, neutralizar ansiedades, impulsos y prohibiciones y organizar, integrar y sintetizar sus mismos procesos en conjunto. Entre las funciones del yo se encuentran: Prueba de realidad, Juicio, sentido de realidad del mundo y de sí mismo, regulación y control de instintos, afectos e impulsos, relaciones objetales, procesos de pensamiento, regresión adaptativa al servicio del yo, funcionamiento defensivo, barrera a los estímulos, funcionamiento autónomo, funcionamiento sintético-integrativo, y dominio y competencia (Bellak, 1993). (4)

Temperamento: Cimiento biológico basado en la predisposición para patrones de conducta específica, se mantiene a lo largo de la vida, es estable, altamente hereditario, incluye búsqueda de la novedad (rigidez contra excitabilidad, reflexión contra impulsividad, reserva contra extravagancia, reglamentación estricta contra desorganización); evitación del daño (optimismo contra ansiedad anticipatoria, confianza contra incertidumbre, gregarismo contra timidez, vigor contra fatigabilidad); dependencia a la recompensa (insensibilidad contra sentimentalismo, frialdad contra calidez, reserva contra apertura en la

comunicación, independencia contra conformidad); y persistencia. (Dolceti i Serra, 2006; Carrasco, 2007). (10, 15)

Carácter: Conjunto de autoconceptos que influyen en intenciones y actitudes, a partir del aprendizaje en el medio sociocultural, valores, metas, estrategias de afrontación y creencias sobre sí mismo y el entorno. Incluye: Autodirección (determinismo proyectivo de culpa contra responsabilidad, ausencia de metas contra orientación, inercia contra recursos, competición contra autoaceptación, malos hábitos contra congruencia); cooperación (intolerancia social contra aceptación social, insensibilidad contra empatía, egoísmo contra tendencia a ayudar, venganza contra compasión, oportunismo contra principios) y autotranscendencia (cohibición contra abstracción, autodiferenciación contra identificación transpersonal, materialismo racional contra espiritualidad) (Dolceti i Serra, 2006; Carrasco, 2007). (10, 15)

Trastorno Límite de la personalidad: Patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la afectividad y una notable impulsividad, la habilidad de planificación es mínima. Se caracteriza por esfuerzos frenéticos para evitar el abandono real o imaginario, un patrón de relaciones inestables e intensas, alteración de la identidad, autoimagen o sentido de sí mismo acusado e inestable, comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes, comportamiento de automutilación, inestabilidad afectiva, sentimientos crónicos de vacío, ira inapropiada o dificultades para controlar la cólera, ideación paranoide transitoria relacionada con estrés (CIE-10, DSM-IVTR). (12, 42)

Conducta autolesiva: Daño corporal deliberado y repetitivo a uno mismo sin intento de morir, las formas más usuales son cortes en la piel, quemaduras, rascado grave o fracturas (Oumaya, 2008, Stanley B, 2001). (55, 60)

3. Escenario

Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, servicios de Clínica de Intervención Familiar, Consulta Externa, Hospitalización.

4. Tamaño de la Muestra

No probabilística, intencional por cuota.

5. Sujetos

Se trabajó con 52 pacientes de 18 a 50 años de edad con diagnóstico de Trastorno Límite de la Personalidad con conducta autolesivas y sin esta conducta, que cubrían los criterios de inclusión.

6. Criterios de selección:

Criterios de Inclusión

1. Hombres y mujeres
2. De 18 años hasta 59 años.
3. Que sepan leer y escribir
4. Que cumplan con criterios diagnósticos para Trastorno límite de la personalidad, de acuerdo al Cuestionario de SCID-II.
5. Que presenten y no presenten conducta autolesivas.

6. Previo consentimiento informado

Criterios de Exclusión

1. Pacientes no alfabetizados o con menor al sexto grado de primaria.
2. Pacientes con patología psicótica y el diagnóstico de otro trastorno de personalidad.
3. Pacientes que se encuentren bajo los efectos de alguna droga, fármaco o sustancia que pueda alterar el razonamiento del evaluado.

Criterios de Eliminación

1. Pacientes que no deseen continuar en el estudio
2. Pacientes que no concluyan la evaluación.

7. Instrumentos de evaluación y medición

Cuestionario de la Entrevista Clínica Estructurada para DSM Eje II, (Structured Clinical Interview for DSM Axis II, SCID-II): La entrevista clínica estructurada para los trastornos de la personalidad del Eje II del DSM-IV (SCID-II) es una entrevista diagnóstica semiestructurada para la evaluación de los trastornos de personalidad del Eje II del DSM-IV. Puede usarse para formular diagnósticos del Eje II, de forma tanto categorial (presente o ausente) como dimensional (anotando el número de criterios de trastorno de la personalidad para cada diagnóstico que han sido codificados como "3").

El clínico puede realizar su entrevista clínica habitual y posteriormente, utilizar una parte de la SCID-II para confirmar y documentar uno o más presuntos diagnósticos de trastorno de la personalidad del DSM-IV; ya que la SCID-II proporciona al clínico, no solo los criterios del DSM-IV para estos trastornos; sino

también las preguntas de la SCID-II que son eficaces para obtener la información necesaria para juzgar los criterios diagnósticos; pues una característica de la SCID-II, es la disponibilidad de un Cuestionario de la personalidad autocompletado, que se lleva a cabo como un procedimiento para el diagnóstico de un trastorno del Eje II, como herramienta de selección, pues la SCID-II puede proporcionar un repertorio de preguntas útiles para obtener información y ésta servirá de base para tomar decisiones (36, 39).

En México se tiene la adaptación a la entrevista estructurada, realizada en la Facultad de Psicología de la UNAM en conjunto con la Asociación Psicoanalítica Mexicana. Se realizó el estudio evaluando a los pacientes con SCID-II, MMPI y 16 PF, las últimas como pruebas estandarizadas y de antemano se habían evaluado a los pacientes con el Wechsler para adultos. Se Evaluaron 60 sujetos, se utilizó la correlación de Spearman con el objeto de observar la confiabilidad de los resultados de SCID-II, presentando un nivel de significancia de K de 0.01 a 0.05 para Trastorno Límite de la Personalidad (48).

Evaluación de las Funciones del Yo (EFY). Bellak y col sistematizaron las funciones del yo en escalas utilizadas tanto para la investigación como para la evaluación clínica (35). La selección de Bellak de las 12 funciones del yo tiene la finalidad de la suficiente comprensión y descripción de las personas (4).

Diseñada a modo de cuestionario para evaluar 12 funciones del yo, consta de 120 ítems que evalúan áreas como prueba de realidad, juicio, sentido de realidad, regulación y control de los impulsos, afectos e instintos, relaciones objetales, procesos de pensamiento, regresión adaptativa al servicio del yo, funcionamiento defensivo, barrera de estímulos, funcionamiento autónomo,

funcionamiento sintético-integrativo, dominio-competencia. Autoaplicable. Las preguntas se agrupan en 12 secciones, dirigidos a cada uno a una función yoica. Cada subtest se compone de 10 reactivos planteados en forma de pregunta, para cada pregunta el paciente responde la frecuencia con la que presenta el síntoma que se pregunta como: rara vez, algunas veces, con frecuencia. De acuerdo a las respuestas, se califica de 0 a 2 cada pregunta, finalmente se suma la calificación total de cada sección,

Posteriormente se realiza la suma del puntaje obtenido en cada pregunta, sumando el máximo del puntaje que se puede obtener por subtest es de 20 puntos. Ello se traslapa por regla de 3 a una escala de 1 a 7 donde el número menor habla de deficiencias en dicha función yoica y el mayor habla de un excelente estado de la misma.

En 1992 se realizó la traducción y validación al español de la evaluación de las funciones del yo (25). En 1995, se verificó la confiabilidad de la EFY, como tesis de titulación para licenciatura en Psicología en la Universidad Intercontinental; se validó como instrumento autoaplicable con 120 sujetos mexicanos, además a manera de un estudio experimental de campo, se buscaba identificar los niveles de fortaleza yoica comparando 2 grupos de 60 sujetos, cuya diferencia radicaba en tener o no tratamiento psicoterapéutico, debiendo el grupo que si estaba en proceso de psicoterapia al menos 3 años asistiendo. Para validar el instrumento se pidió el apoyo de terapeutas expertos a quienes se les entregó un porcentaje de los cuestionarios para que proporcionaran su criterio de acuerdo a la técnica de jueces, labor que consistió en juzgar a cada uno de los reactivos con base a la relevancia presumida respecto a la propiedad que se está midiendo,

las funciones yoicas. Para ello se proporcionaron a los jueces instrucciones para emitir sus juicios, así como especificaciones, acerca de lo que se estaba juzgando. Los resultados, además de la validación de la EFY fueron diferencias significativas con mejoría en ciertas áreas del funcionamiento yoico como prueba de realidad, regulación y control de impulsos, afecto e instintos, relaciones objetales, funcionamiento defensivo y funcionamiento sintético integrativo, estadísticamente mejoría en el grupo de sujetos bajo psicoterapia (31) TABLA 4.

TABLA 4. Estudio de validación y confiabilidad de Evaluación de Funcionamiento Yoico.

	α de Cronbach	Confiabilidad
Prueba de realidad	0.8485	Alta
Juicio	0.8596	Alta
Sentido de Realidad del Mundo y del Sí mismo	0.8616	Alta
Regulación y control de instintos, afectos e impulsos	0.7804	Baja
Relaciones Objetales	0.7656	Baja
Procesos de pensamiento	0.7551	Baja
Regresión adaptativa al servicio del yo	0.7417	Baja
Funcionamiento defensivo	0.9276	Alta
Barrera a los estímulos	0.8045	Alta
Funcionamiento autónomo	0.7430	Baja
Funcionamiento sintético-integrativo	0.7476	Baja
Dominio-Competencia	0.8872	Alta

Hidalgo, Solares 1995. Para la validación y confiabilidad del instrumento, se utilizó (correspondientemente), una rotación varimax y prueba estadística alfa de Cronbach, obteniendo los pesos factoriales de cada reactivo de los 12 subtest. (29)

Inventario de Temperamento y Carácter (ITC): Temperament and Character Inventory. Desarrollado por Robert C. Cloninger utiliza el modelo de investigación neurobiológica, estudios psiquiátricos, estudios empíricos de distribución de la personalidad normal y la investigación comportamental basada en las teorías del aprendizaje (15). Consta de un cuestionario de 240 preguntas donde se evalúan cuatro características principales del temperamento (búsqueda de la novedad, evitación del daño, dependencia a la recompensa y persistencia) y 3

características de carácter (autodirección, cooperación y autotrascendencia). Cada uno de estos a su vez evalúa otras características que calificarán en dos polos opuestos para medir en conjunto el grado de cada rasgo. Las preguntas se responden en verdadero y falso.

Según Cloninger, la prueba permite descubrir y clasificar las variaciones de la personalidad normal y de la patológica. Las dimensiones caracteriales permitirían identificar la existencia de un trastorno de la personalidad, mientras que las temperamentales determinarían el tipo concreto del trastorno (36).

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

TABLA 5.
Escalas del temperamento basadas en el Inventario de Temperamento y Carácter

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

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

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

TABLA 6.
Escalas del carácter basadas en el Inventario de Temperamento y Carácter

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

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

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

TABLA 7.
α de Cronbach del ITC

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

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

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

8. Consideraciones éticas

Se hace mención que este estudio no es invasivo, por lo que se apega a los criterios de buenas prácticas clínicas y a los estatutos de investigación mencionadas en la reunión de Alma-Ata a los derechos humanos de los pacientes psiquiátricos.

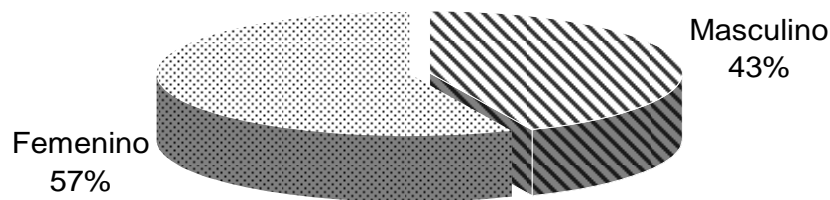
9. Procedimiento

Durante los meses de Septiembre a Diciembre de 2009 y de Enero a Marzo de 2010 en servicios de consulta externa, hospitalización y clínica de intervención familiar, el investigador detectó pacientes que cumplían con diagnóstico en su expediente clínico de trastorno límite de la personalidad. En un momento en que no interfirió con sus actividades, revisó el caso y posteriormente ingresó a su muestra a los pacientes que cumplían los criterios de inclusión y exclusión. Realizó la evaluación clinimétrica, previo consentimiento informado. Posteriormente realizó la calificación de los instrumentos, codificó los datos y los capturó, precediendo a realizar el análisis estadístico en el mes de Abril de 2010. En este último mes, el investigador realizó el documento final.

Análisis de Resultados

De los 53 pacientes que conforman la muestra, encontramos que el 43.3% (23) son del sexo masculino y 56.6% (30) son mujeres. Ver FIGURA 1.

FIGURA 1. FRECUENCIA DE GÉNERO EN LA MUESTRA



Se muestra la frecuencia de género en la muestra.

Al momento de la entrevista 58.5% (31) de los pacientes fueron entrevistados en el servicio de hospitalización, 35.8% (19) en consulta externa y Clínica de Intervención Familiar y 5.7% (3) en el servicio de urgencias. En relación al estado civil el 64.2% (34) son solteros, 34.0% (18) son casados y 1.9% (1) divorciados. Del total de la muestra 71.1% (38) son católicos, 9.4% (5) son cristianos, 17% (9) no tienen alguna religión y 1.9% (1) pertenecen a alguna otra. En cuanto al nivel de escolaridad se encontró que 50.9% (27) habían terminado el bachillerato, 22.6% (12) licenciatura, un 18.9% (10) tenía nivel secundaria y 7.5% (4) tenía un posgrado. En relación a la ocupación 39.6% (21) son desempleados, 30.2% (16) son empleados, 20.8% (11) son estudiantes y 9.4% (5) se dedican al hogar. Ver TABLA 8.

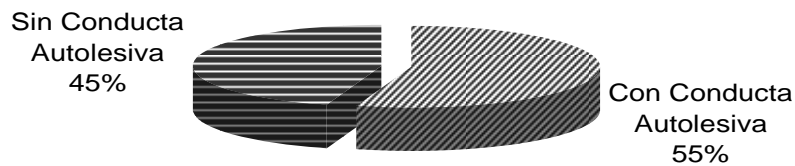
TABLA 8. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

	Variable	Frecuencia	Porcentaje
<i>Estado Civil</i>	Soltero	34	64.2
	Casado	18	34.0
	Divorciado	1	1.9
<i>Religión</i>	Católico	38	71.7
	Cristiana	5	9.4
	Otras	1	1.9
	Ninguna	9	17.0
<i>Escolaridad</i>	Secundaria	10	18.9
	Bachillerato	27	50.9
	Licenciatura	12	22.6
	Otras	4	7.5
<i>Ocupación</i>	Empleado	16	30.2
	Desempleado	21	39.6
	Hogar	5	9.4
	Estudiante	11	20.8
<i>Lugar de entrevista del paciente</i>	Hospitalización	31	58.5
	Consulta Externa	19	35.8
	Urgencias	3	5.7
	TOTAL:	53	100.0

Se observan los datos obtenidos de la ficha de identificación clasificándose por estado civil, religión, escolaridad y ocupación.

Del total de la muestra 54.7% (29) presentan autolesiones, 45.3% (24) no presentaron esta conducta. Ver FIGURA 2.

FIGURA 2. Frecuencia de conducta autolesiva en la muestra

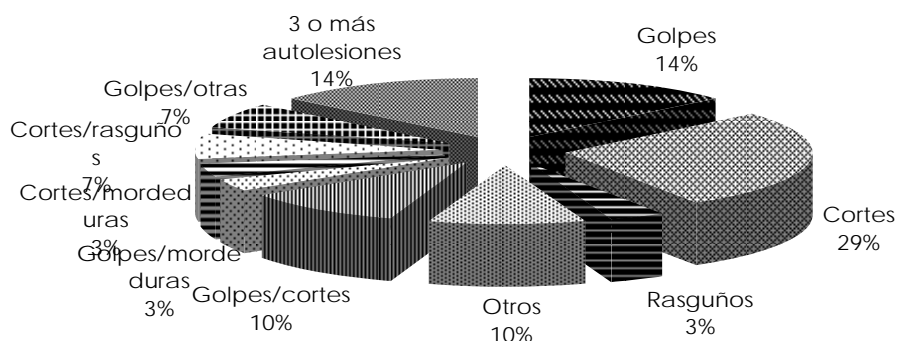


Se muestra la frecuencia de conducta autolesivas.

De los tipos de conductas autolesivas, la más frecuente fueron los cortes 15.1% (8), en segundo lugar se presentaron los golpes con puños 7.5% (4), al igual que más de tres tipos de autolesiones 7.5% (4), 5.7% (3) presentaron golpes y cortes, al igual que otro tipo de autolesiones mencionadas por los propios pacientes como abortos, tatuajes, insultos frente al espejo 5.7% (3), 3.8% (2)

presentaron cortes y rasguños al igual que quienes presentaron golpes y otro tipo de autolesiones 3.8% (2), 1.9% presentaron golpes y mordeduras, 1.9% (1) presentaron golpes y mordeduras y 1.9% presentó rasguños. Ver FIGURA 3.

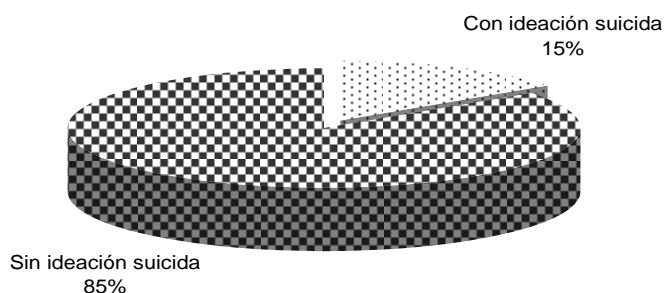
FIGURA 3. Tipos de Autolesiones



Se muestra la frecuencia de los tipos de autolesiones encontrados en la muestra

Al momento de la entrevista 84.95% (45) no presentó ideación suicida, 15.1% (8) si la presentaba en el momento de la entrevista. Ver FIGURA 4.

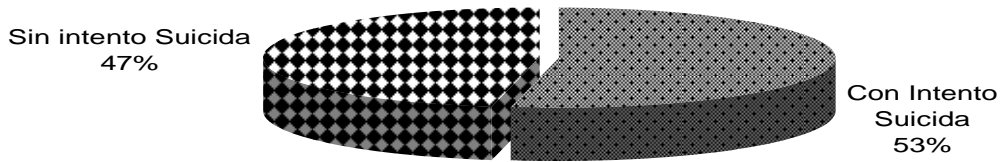
FIGURA 4. IDEACIÓN SUICIDA



Se muestra la frecuencia de presentación de ideación suicida al momento de la entrevista.

En relación con intentos suicidas 52.8% (28) de la muestra había presentado al menos un intento suicida en su vida y 47.2% (25) no había presentado intentos suicidas. Ver FIGURA 5.

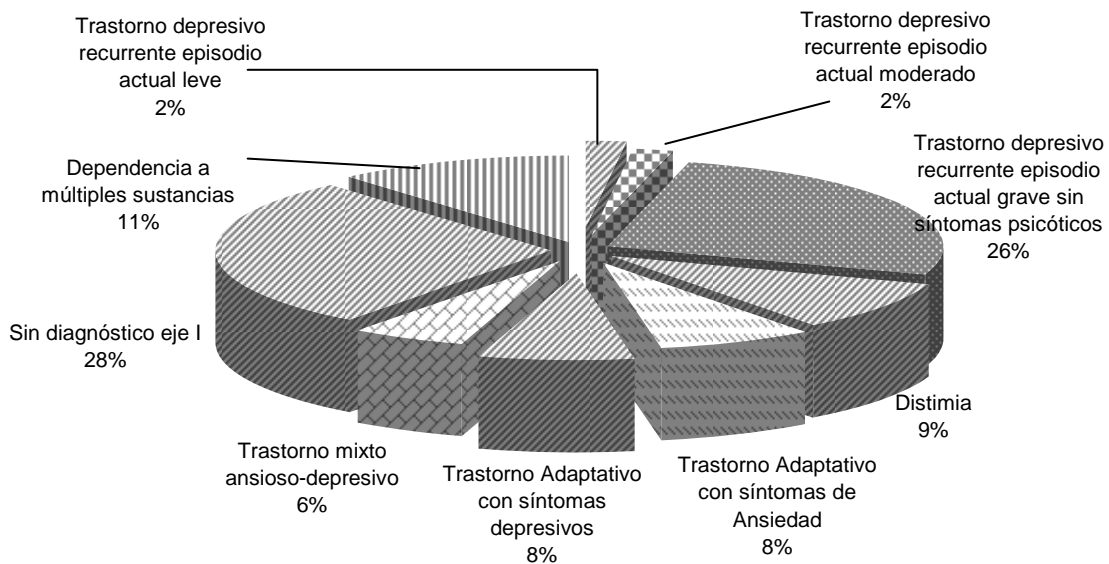
FIGURA 5. INTENTO SUICIDA



Se muestra la frecuencia de presentación de intento suicida en alguna ocasión a lo largo de la vida.

En cuanto al diagnóstico en Eje I 28.3% (15) no tenían algún diagnóstico de comorbilidad, 26.4% (14) presentaron diagnóstico de trastorno depresivo recurrente episodio actual grave sin síntomas psicóticos, 11.3% (6) presentó dependencia a múltiples sustancias, 9.4% (5) presentó distimia, 7.5% (4) trastorno adaptativo con síntomas de ansiedad y 7.5% (4) trastorno adaptativo con síntomas depresivos, 5.7% (3) trastorno mixto ansioso depresivo y 1.9% (1) trastorno depresivo recurrente episodio actual leve al igual que 1.9% (1) trastorno depresivo recurrente episodio actual moderado. Ver FIGURA 6.

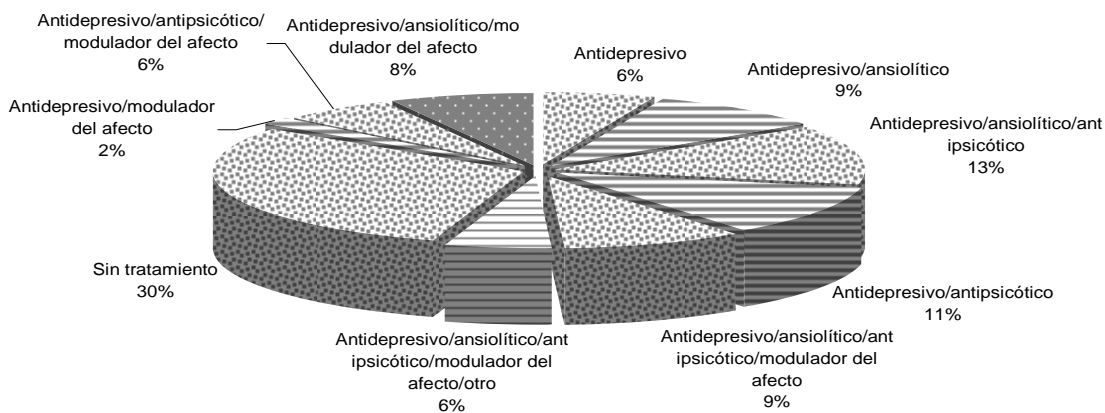
FIGURA 6. DIAGNÓSTICO EN EJE I



Se muestra la frecuencia de diagnósticos en Eje I.

Del total de la muestra 30.18% (16) no tenía tratamiento farmacológico, 13.2% (7) tenía tratamiento con antidepresivo, ansiolítico y antipsicótico, 11.3% (6) tenía tratamiento con antidepresivo y antipsicótico, 9.4% (5) tenía tratamiento con antidepresivo y ansiolítico al igual que 9.4% (5) tenía tratamiento con antidepresivo, ansiolítico, antipsicótico y modulador del afecto; 7.5% (4) de los pacientes recibía tratamiento con antidepresivo, ansiolítico y modulador del afecto, 5.7% (3) tenía tratamiento solo con antidepresivo, al igual que 5.7% (3) tenía tratamiento con antidepresivo, ansiolítico, antipsicótico, modulador del afecto y en el momento de la entrevista recibía tratamiento con algún otro fármaco no psiquiátrico, lo mismo que 5.7% (3) de los pacientes recibía tratamiento con antidepresivo, ansiolítico y modulador afectivo, solo 1.9% (1) recibía manejo con antidepresivo y modulador del afecto. Ver FIGURA 7.

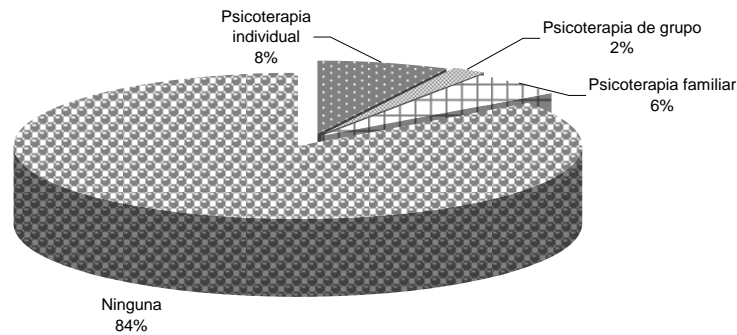
FIGURA 7. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO



Se muestran las diversas combinaciones de tratamiento farmacológico

En relación con el manejo psicoterapéutico 84.9% (45) no llevaba algún tipo de tratamiento psicoterapia, solo 7.5% (4) tenía manejo en psicoterapia individual, 5.7% (3) recibía manejo en psicoterapia familiar y 1.9% (1) en psicoterapia de grupo. Ver FIGURA 8.

FIGURA 8. TRATAMIENTO PSICOTERAPÉUTICO

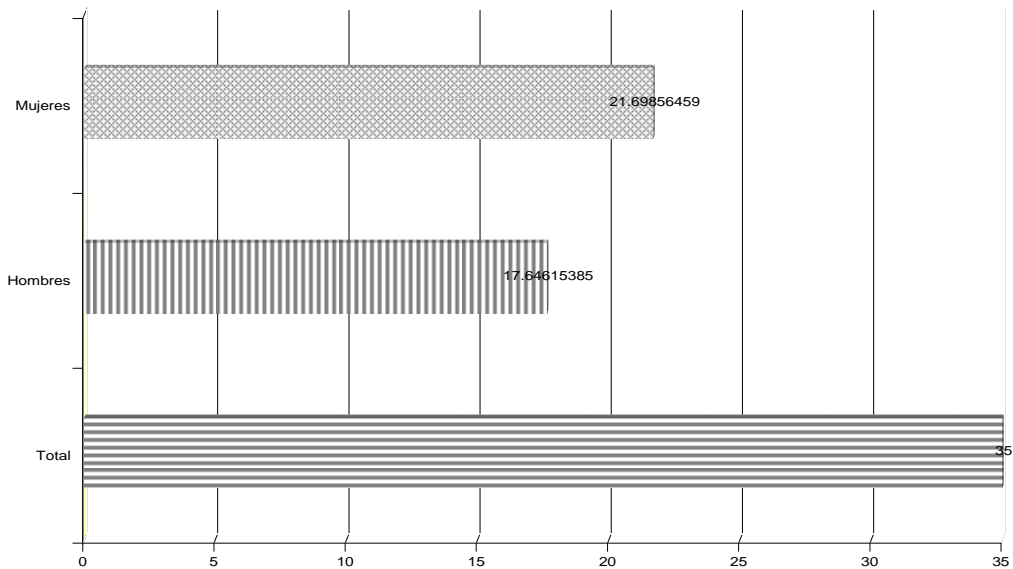


Se muestran las diversas modalidades de tratamiento psicoterapéutico.

Como segundo análisis se llevó a cabo un análisis de varianza para confirmar las diferencias existentes entre los pacientes con trastorno límite de la personalidad con conducta autolesiva y pacientes con trastorno límite de la personalidad sin conducta autolesiva con las puntuaciones en las pruebas del Inventario de Temperamento y Carácter y la Evaluación de Funciones Yoicas.

En el Inventario de Temperamento y Carácter (ITC) se encontró una diferencia significativa entre los géneros en la dimensión de Evitación del Daño de 0.017 (gl 1, F 6.141), lo que significa que las mujeres con trastorno límite de la personalidad presentan inhibición o supresión de conductas, en comparación con hombres con trastorno límite de la personalidad (15). Ver Figura 9.

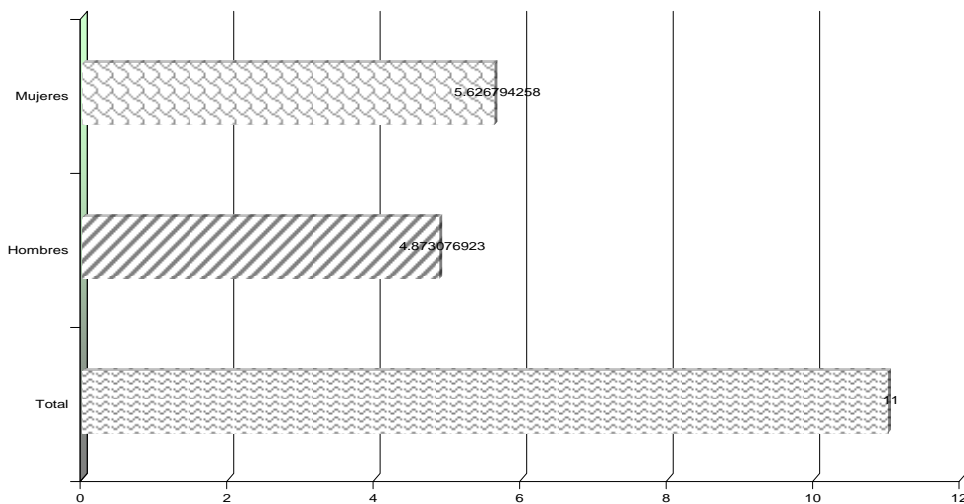
FIGURA 9. DIFERENCIAS ENTRE GÉNEROS PARA LA DIMENSIÓN DE TEMPERAMENTO EVITACIÓN DEL DAÑO



Se muestran las diferencias entre los grupos de género en la dimensión de Evitación del Daño (HA).

En el rubro de Preocupación vs Optimismo (HA1), de la dimensión de Evitación del daño se encontró una diferencia significativa relacionada con el género y las autolesiones de 0.04 (gl 1, F 4.454), lo que significa que las mujeres presentan mayor preocupación que los hombres (15). Ver Figura 10.

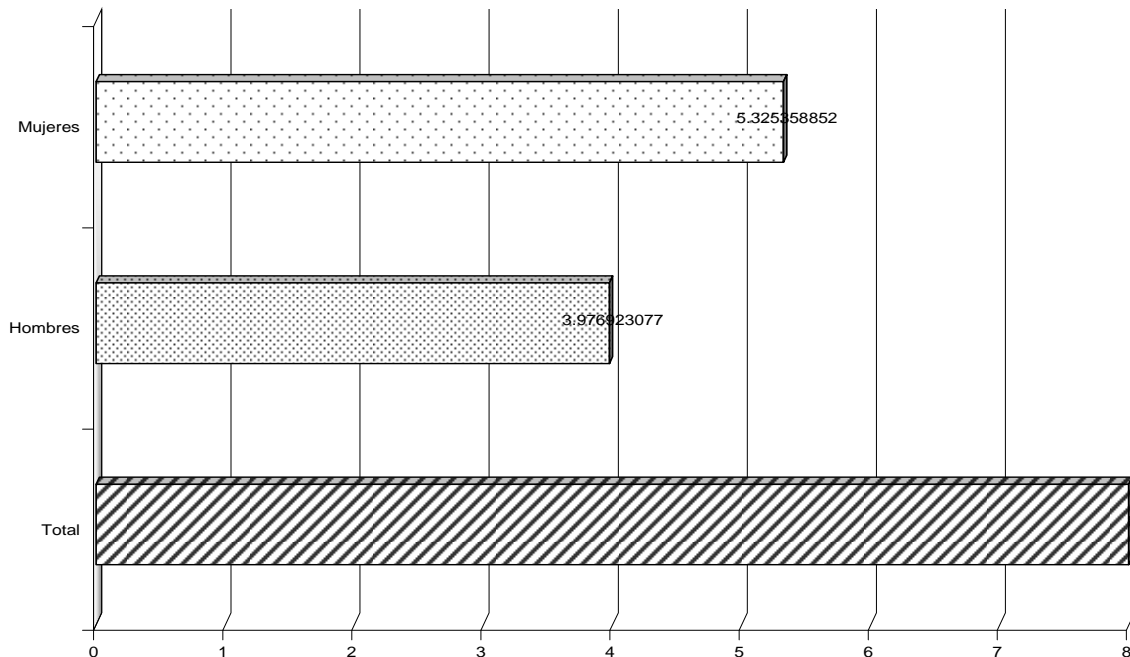
FIGURA 10. DIFERENCIAS ENTRE GÉNEROS PARA EL RUBRO PREOCUPACIÓN VS OPTIMISMO (HA1)



Se muestran las diferencias entre los grupos de género en el rubro Preocupación vs Optimismo (HA1).

En el rubro de Timidez vs Gregarismo (HA3), se encontró significancia de diferencias en el género de 0.053 (gl 1, F 3.949), de pacientes con trastorno límite de la personalidad, lo que significa que las mujeres tienden a ser más tímidas y con falta de seguridad en situaciones sociales. Ver Figura 11.

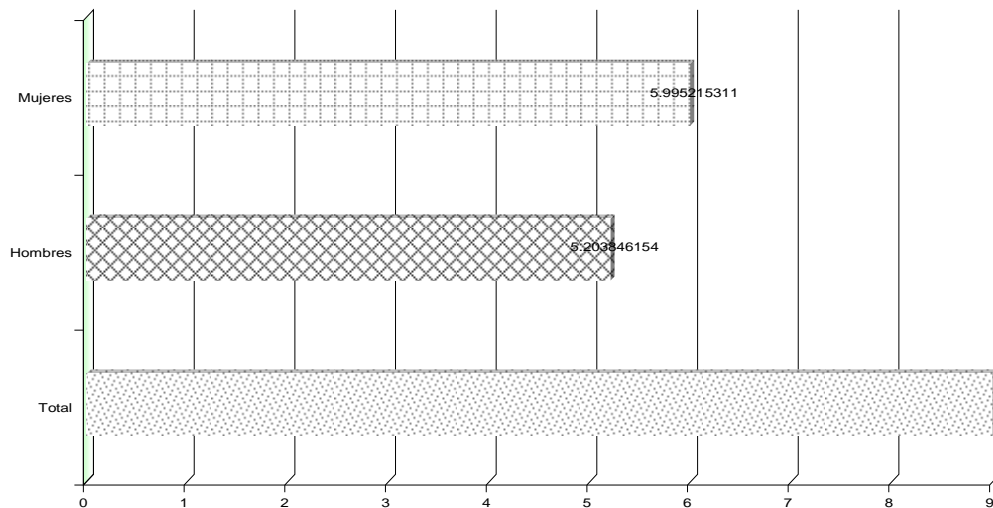
FIGURA 11. DIFERENCIAS ENTRE GÉNEROS PARA EL RUBRO TIMIDEZ VS GREGARISMO (HA3)



Se muestran las diferencias entre los grupos de género en el rubro Timidez vs Gregarismo (HA3).

En el rubro de Fatigibilidad y astenia vs vigor (HA4), se encontró una significancia en el género de 0.052 (gl 1, F 3.983), lo que quiere decir que las mujeres con trastorno límite de la personalidad tienden a sentir menos energía y con recuperación más lenta que la mayoría de la gente, a comparación con los hombres con el mismo diagnóstico. Ver Figura 12.

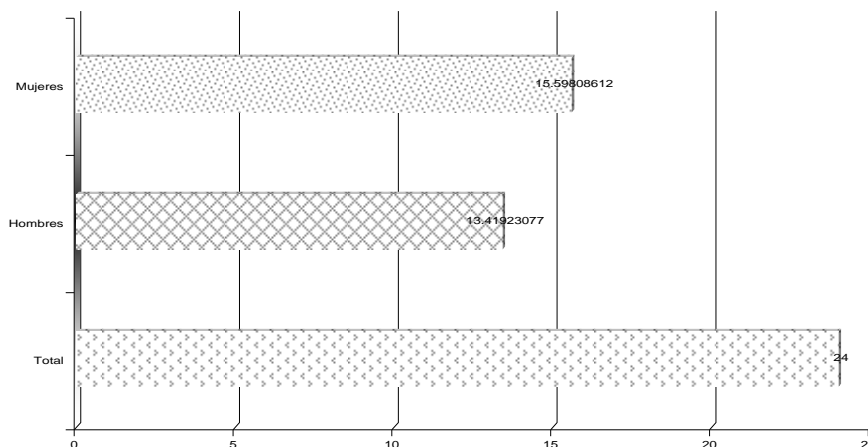
FIGURA 12. DIFERENCIAS ENTRE GÉNEROS PARA EL RUBRO FATIGABILIDAD Y ASTENIA VS VIGOR (HA4)



Se muestran las diferencias entre los grupos de género en el rubro Fatigabilidad y astenia vs vigor (HA4).

En la dimensión Dependencia a la Recompensa, se encontró diferencia significativa en la variable con los grupos de género de 0.055 (gl 1, F 3.852), lo que quiere decir que las mujeres con trastorno límite de la personalidad presentan mayor tendencia, a la dependencia y sentimentalismo (15) en comparación con los hombres. Ver Figura 13.

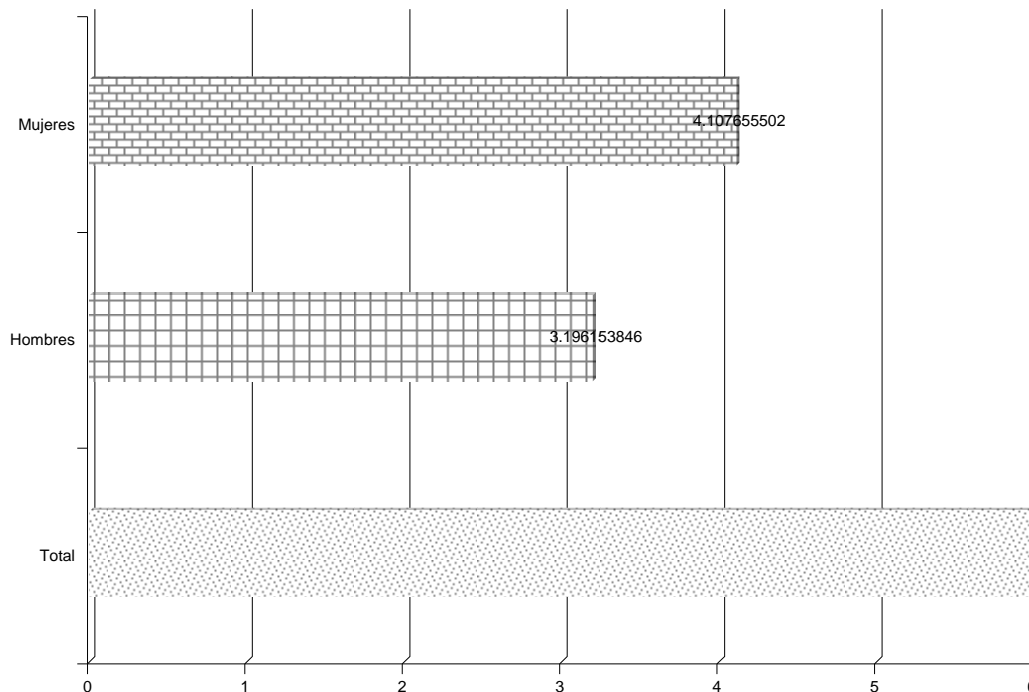
FIGURA 13. DIFERENCIAS ENTRE GÉNEROS PARA LA DIMENSIÓN DEPENDENCIA A LA RECOMPENSA (RD).



Se muestran las diferencias entre los grupos de género en la Dimensión Dependencia a la Recompensa (RD).

En el rubro de Dependencia vs independencia (RD4) de la dimensión de Dependencia a la Recompensa, se encontraron diferencias significativas en cuanto a las variables de género entre los grupos de pacientes hombres y mujeres con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad con significancia de 0.019 (gl 1, F5.854); por tanto, las mujeres con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad, a diferencia de los hombres con el mismo diagnóstico presentan mayor dependencia (15). Ver Figura 14.

FIGURA 14. DIFERENCIAS ENTRE GÉNEROS PARA EL RUBRO DEPENDENCIA VS INDEPENDENCIA (RD4)

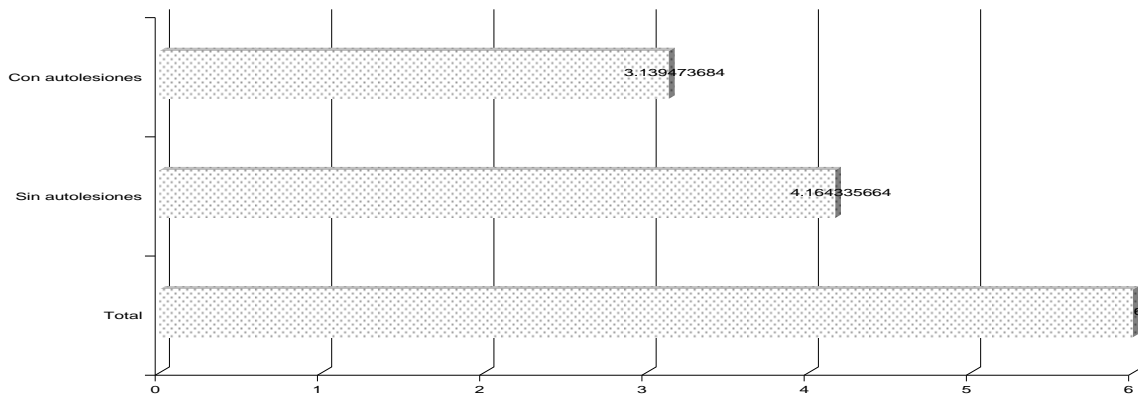


Se muestran las diferencias entre los grupos de género en el rubro Dependencia vs Independencia (RD4).

Por otro lado, entre los grupos de pacientes con conducta autolesiva y pacientes sin conducta autolesiva se encontró diferencia significativa en el rubro dependencia vs independencia (RD4) de 0.009 (gl 11.862, F 7.496). Los pacientes con trastorno límite de la personalidad sin autolesiones presentan mayor

dependencia social que los pacientes con conducta autolesiva. (15). Ver Figuras 15.

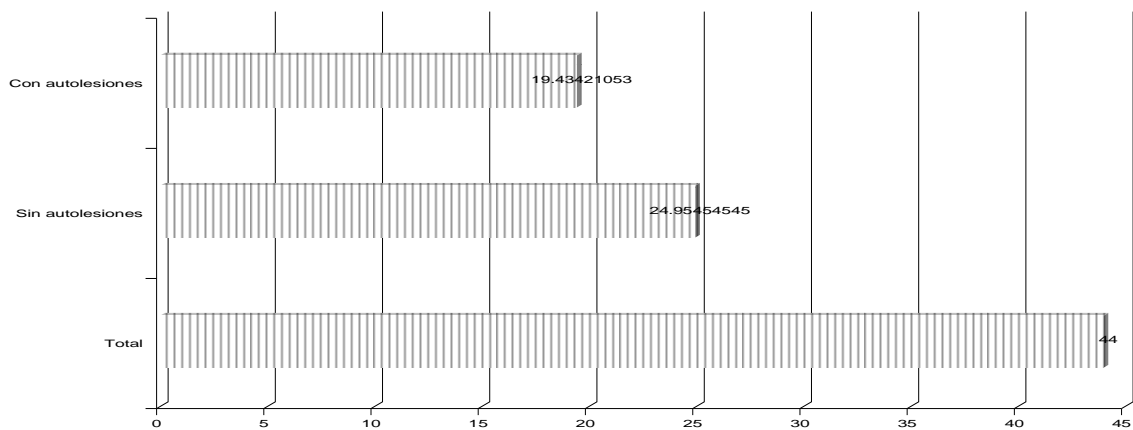
FIGURA 15. DIFERENCIAS ENTRE GRUPOS DE PACIENTES CON CONDUCTA AUTOLESIVA Y SIN CONDUCTA AUTOLESIVA PARA EL RUBRO DEPENDENCIA VS INDEPENDENCIA (RD4)



Se muestran las diferencias entre los grupos de pacientes con conducta autolesiva y sin conducta autolesiva para el rubro Dependencia vs Independencia (RD4).

En la dimensión de Autodirección, se encontró diferencia significativa entre el grupo con trastorno límite de la personalidad con autolesiones y el grupo sin autolesiones sig 0.22 (gl 1, F5.614), lo que significa que el grupo con conducta autolesiva presenta mayores sentimientos de inferioridad y baja autoestima en comparación con el grupo sin conducta autolesiva (15). Ver FIGURA 16.

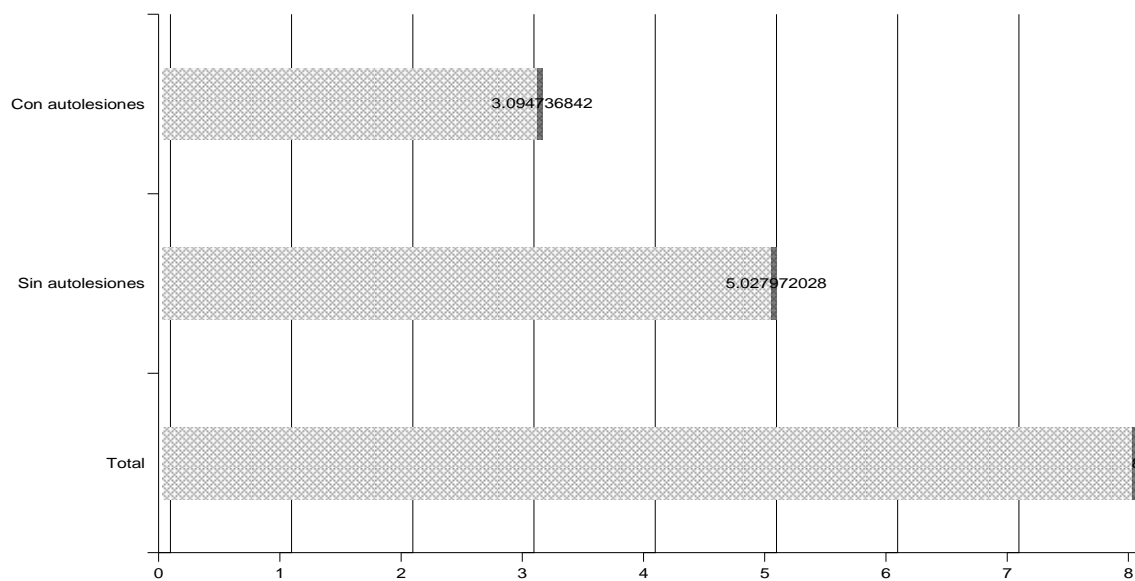
FIGURA 16. DIFERENCIAS ENTRE GRUPOS DE PACIENTES CON CONDUCTA AUTOLESIVA Y SIN CONDUCTA AUTOLESIVA PARA LA DIMENSIÓN AUTODIRECCIÓN (SD)



Se muestran las diferencias entre los grupos de pacientes con conducta autolesiva y sin conducta autolesiva para la dimensión Autodirección (SD).

En el rubro de Responsabilidad vs culpabilidad (SD1) de la dimensión de Autodirección se encontró una diferencia significativa de 0.010 (gl 1, F 7.124) entre los grupos de pacientes con trastorno límite de la personalidad que presentan conducta autolesiva y los que pacientes sin autolesiones, lo que significa que los pacientes sin conducta autolesiva presentan mejor capacidad de autodirección que los que no se lesionan (15). Ver Figura 17.

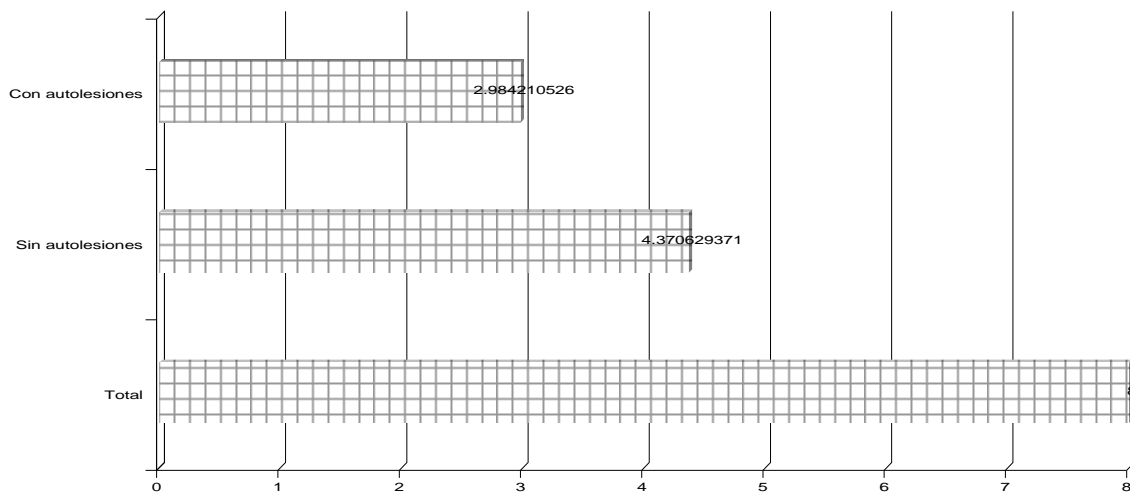
FIGURA 17. DIFERENCIAS ENTRE GRUPOS DE PACIENTES CON CONDUCTA AUTOLESIVA Y SIN CONDUCTA AUTOLESIVA PARA EL RUBRO RESPONSABILIDAD VS CULPABILIDAD (SD1)



Se muestran las diferencias entre los grupos de pacientes con conducta autolesiva y sin conducta autolesiva para el rubro Responsabilidad vs Culpabilidad (SD1).

De igual manera en el rubro de Determinación vs sin dirección (SD2) de la dimensión de Autodirección, se encontró diferencia significativa de 0.031 (gl 1, F 4.952) entre el grupo de pacientes con autolesiones y el grupo de pacientes sin autolesiones; lo que significa que el grupo sin conducta autolesiva presenta más determinación que los pacientes con conducta autolesiva. Ver FIGURA 18.

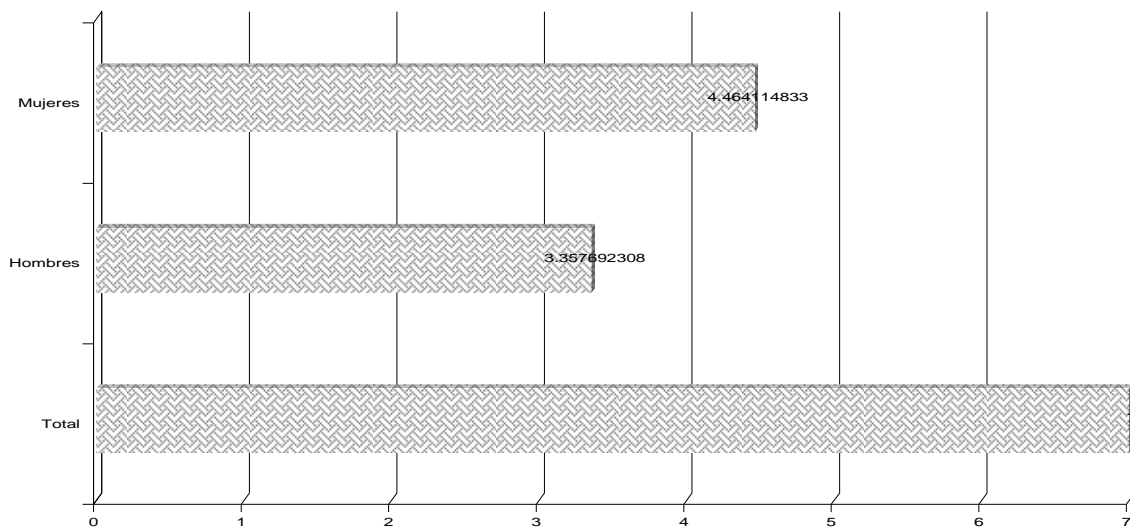
FIGURA 18. DIFERENCIAS ENTRE GRUPOS DE PACIENTES CON CONDUCTA AUTOLESIVA Y SIN CONDUCTA AUTOLESIVA PARA EL RUBRO DETERMINACIÓN VS SIN DIRECCIÓN (SD2)



Se muestran las diferencias entre los grupos de pacientes con conducta autolesiva y sin conducta autolesiva para el rubro Determinación vs Sin dirección (SD2).

En cuanto a la dimensión de Cooperatividad, el rubro de Empatía vs Desinterés social (CO2), mostró diferencia significativa de 0.006 (gl 1, F 8.188), entre los grupos de hombres y mujeres, mostrando que las mujeres con trastorno límite de la personalidad presentaron mayor empatía que los hombres con trastorno límite de la personalidad (15). Ver Figura 19.

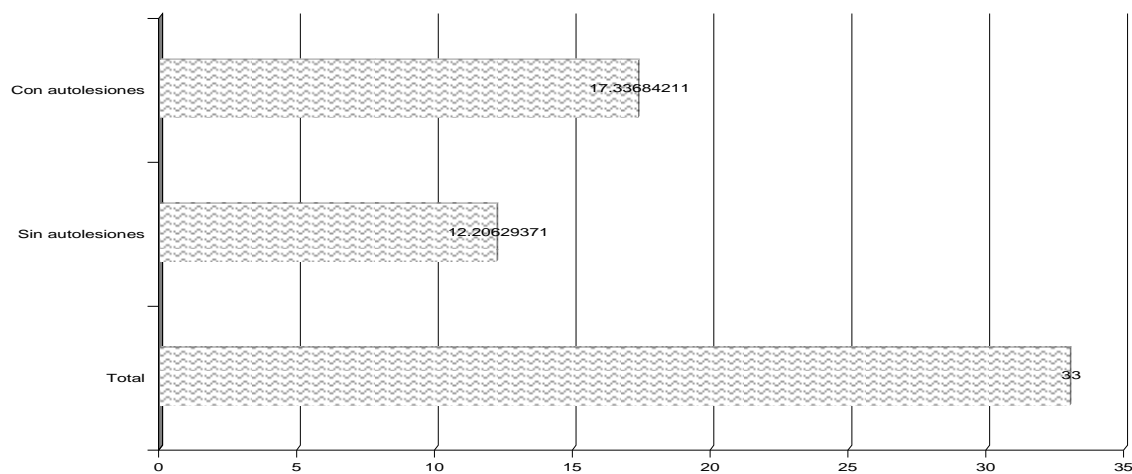
FIGURA 19. DIFERENCIAS ENTREGRUPOS DE GÉNERO PARA EL RUBRO EMPATÍA VS DESINTERÉS SOCIAL DE LA DIMENSIÓN DE COOPERATIVIDAD (CO2)



Se muestran las diferencias entre los grupos de género para la dimensión Cooperatividad (CO).

En la dimensión de Autotrascendencia se presentaron diferencias significativas de 0.009 (gl 1, F 7.439) entre los grupos de trastorno límite de la personalidad con conducta autolesiva y sin conducta autolesiva, lo que significa que el grupo de pacientes con trastorno límite de la personalidad con conducta autolesiva presenta mayor sensación de autotrascendencia que los pacientes sin conducta autolesiva (15). Ver Figura 20.

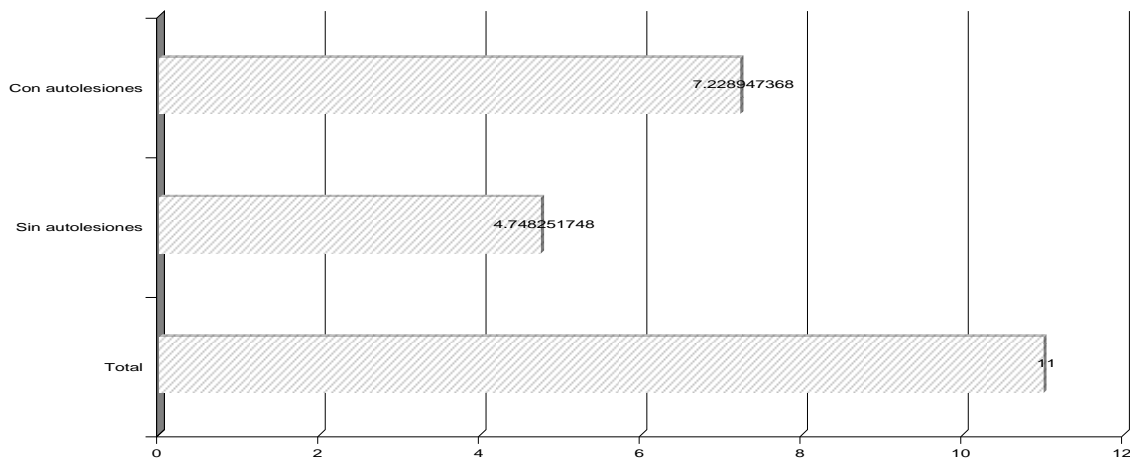
FIGURA 20. DIFERENCIAS ENTRE GRUPOS DE PACIENTES CON CONDUCTA AUTOLESIVA Y SIN CONDUCTA AUTOLESIVA PARA LA DIMENSIÓN AUTOTRASCENDENCIA (ST)



Se muestran las diferencias entre los grupos de pacientes con conducta autolesiva y sin conducta autolesiva para la dimensión Autotrascendencia (ST).

En el rubro de Cohibición vs Abstracción (ST1) de la dimensión de Autotrascendencia, se observó una diferencia significativa entre los grupos de pacientes con trastorno límite de la personalidad con autolesiones y sin autolesiones de 0.003 (gl 1, F9.824), lo que significa que el grupo con conducta autolesiva a menudo presenta mayor abstracción de la realidad que el grupo sin conducta autolesiva (15). Ver Figura 21.

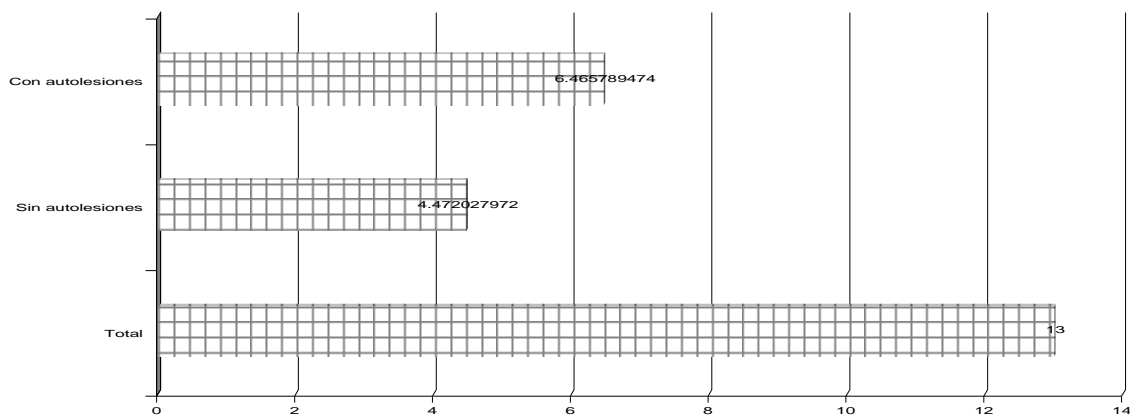
FIGURA 21. DIFERENCIAS ENTRE GRUPOS DE PACIENTES CON CONDUCTA AUTOLESIVA Y SIN CONDUCTA AUTOLESIVA PARA EL RUBRO COHIBICIÓN VS ABSTRACCIÓN (ST1)



Se muestran las diferencias entre los grupos de pacientes con conducta autolesiva y sin conducta autolesiva para el rubro Concentración Creativa vs Conciencia (ST1).

En el rubro de Aceptación espiritual vs materialismo (ST3) de la dimensión de autotranscendencia se encontraron diferencias significativas entre los grupos con trastorno límite de la personalidad con conducta autolesiva y sin conducta autolesiva, de 0.045 (gl 1, F 4.222), lo que significa que el grupo sin autolesiones presenta mayor materialismo racional en comparación con el grupo con conducta autolesiva (15). Ver Figura 22.

FIGURA 22. DIFERENCIAS ENTRE GRUPOS DE PACIENTES CON CONDUCTA AUTOLESIVA Y SIN CONDUCTA AUTOLESIVA PARA EL RUBRO ACEPTACIÓN ESPIRITUAL VS MATERIALISMO (ST3)



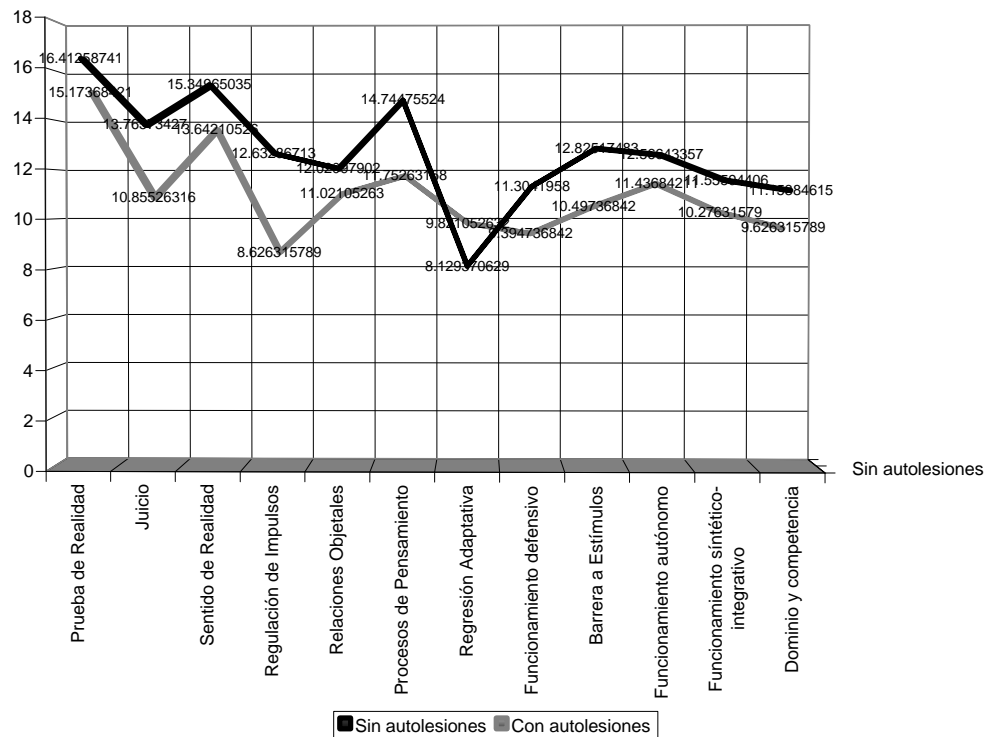
Se muestran las diferencias entre los grupos de pacientes con conducta autolesiva y sin conducta autolesiva para el rubro Concentración Creativa vs Conciencia (ST1).

En la Evaluación de Funciones yoicas se encontró que en la función de Juicio existe una significancia de 0.031 (gl 1, F 4.947), entre los pacientes que presentan conducta autolesiva que en quienes no la presentan lo que significa que el grupo de pacientes con trastorno límite de la personalidad sin autolesiones tienen mayor capacidad de darse cuenta de las posibles consecuencias de conductas que intentan o realizan, como función social y consciente, implica la capacidad del yo de apreciar su interacción con la realidad externa (4).

En la función de Regulación de Impulsos, Afectos e Instintos se encontró una significancia de 0.007 (gl 1, F 7.918), entre pacientes que presentan conducta autolesiva que en quienes no la presentan, lo que incluye la habilidad del yo para manejar los impulsos que lo impactan, considera lo directo de la expresión del impulso, el grado de tolerancia a la frustración y el nivel en que se canalizan los derivados de los impulsos a través de la ideación, la expresión afectiva y la conducta (4).

En la función de Procesos de Pensamiento se encontró significancia de 0.042 (gl 1, F 4.364), entre pacientes que presentan conducta autolesiva que en pacientes sin esta conducta lo que significa la capacidad para pensar con claridad y se manifiesta plenamente a través de la habilidad para comunicar los pensamientos de manera inteligible, los procesos que guían y sostienen el pensamiento como la atención, la concentración, la formación de conceptos, el lenguaje y la memoria, así como la proporción de proceso-secundario en el pensamiento son componentes del proceso de pensamiento (4). Ver Figura 23.

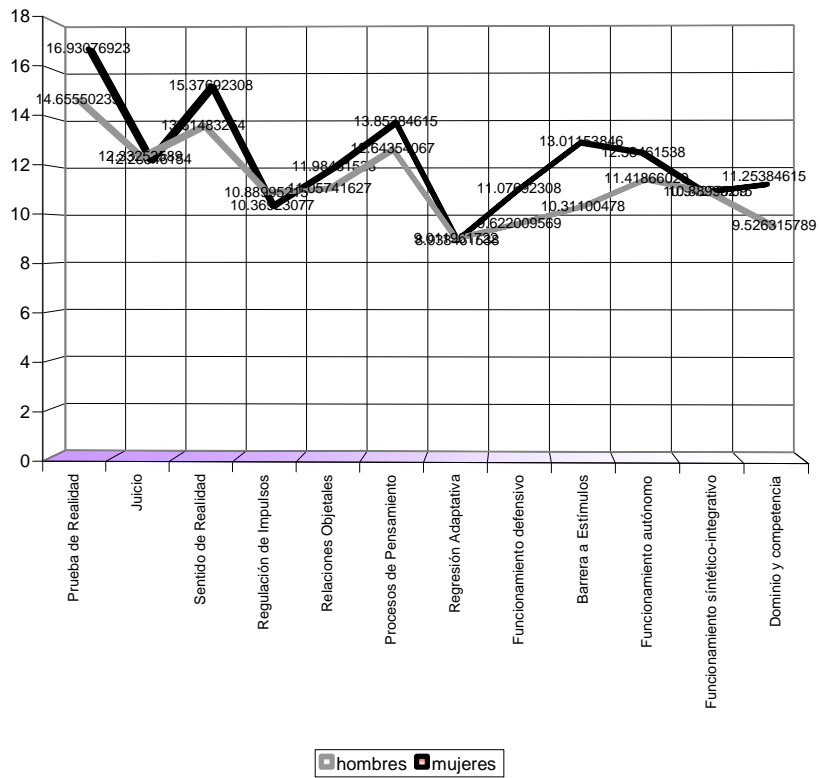
FIGURA 23. DIFERENCIAS ENTRE GRUPOS DE PACIENTES CON CONDUCTA AUTOLESIVA Y SIN CONDUCTA AUTOLESIVA PARA FUNCIONAMIENTO YOICO.



Se muestran las diferencias entre los grupos de pacientes con conducta autolesiva y sin conducta autolesiva para el Funcionamiento Yoico.

En la función Barrera a Estímulos, se encontró una significancia de 0.054 (gl 1, F 3.913), al comparar los grupos de género lo que significa que existe diferencia significativa entre hombres y mujeres. En esta función que tiene dos componentes básicos, el receptivo (umbral para la sensibilidad y la conciencia de estimulación sensorial) y el expresivo (relacionado con la manera de responder a diferentes grados de estimulación con énfasis en los mecanismos adaptativos o inadaptables) (4). Se encontró que las mujeres con trastorno límite de la personalidad presentan mejor funcionamiento de yo en barrera a estímulos que los hombres con el mismo diagnóstico. Ver Figura 24.

FIGURA 24. DIFERENCIAS ENTRE GRUPOS DE GÉNERO PARA FUNCIONAMIENTO YOICO.



Se muestran las diferencias entre los grupos por género para el Funcionamiento Yoico.

Como un tercer análisis se realizó el análisis de correlaciones para las variables género, ideación suicida e intentos suicidas previos en los pacientes con trastorno límite de la personalidad con conducta autolesiva y sin conducta autolesiva entre el Inventario de Temperamento y Carácter, la Evaluación de Funciones Yoicas, por ítem.

En cuanto al género, en el grupo de pacientes con conducta autolesiva se obtuvieron correlaciones positivas en las dimensiones de Dependencia a la Recompensa (DR) (0.368, $p=0.049$) y Cooperatividad (CO) (0.406, $p=0.029$); de esta última en el rubro de Empatía vs Desinterés (CO2) (0.454, $p=0.13$); en el grupo de pacientes sin conducta autolesiva, se observaron correlaciones en la dimensión de evitación del daño (HA) (0.483, $p=0.017$), en los rubros

Preocupación vs optimismo (HA1) (0.522, $p=0.009$) y Fatigabilidad y astenia vs vigor (HA4) (0.400, $p=0.053$), lo que supondría las mujeres presentan mayor frecuencia de conducta autolesiva que los hombres. Por otro lado, las mujeres que presentan conducta autolesiva presentan mayor sentimentalismo y dependencia social. Las mujeres que no presentan conducta autolesiva tienen mayor capacidad de inhibición de la conducta por evitación del daño, a diferencia de las mujeres que si presentan conducta autolesiva.

En cuanto al estado civil, en el grupo de pacientes con conducta autolesiva se observaron correlaciones negativas con la dimensión Autodirección (SD) (-0.391, $p=0.036$) y el rubro Autoaceptación vs lucha interna (SD4) (0.464, $p=0.011$), mientras que en el grupo sin conducta autolesiva se obtuvieron correlaciones positivas con los rubros Identificación Transpersonal vs Autodiferenciación (ST2) (0.417, $p=0.043$ y Aceptación espiritual vs materialismo (ST3) (0.432, $p=0.035$). Lo que significaría que en los pacientes casados si disminuye la autoestima y autodirección, presentarían conductas autolesivas. Mientras que en el grupo de pacientes sin conducta autolesiva, en los pacientes casados si aumenta la identificación transpersonal y espiritualidad, no presentarían conducta autolesiva.

Para la variable de ideación suicida, en el grupo de pacientes con conducta autolesiva, se encontró correlación negativa con Sentido de realidad, Responsabilidad vs culpa, empatía vs desinterés social y correlación positiva con Integridad vs falta de escrúpulos. Mientras que en el grupo de pacientes sin conducta autolesiva se encontraron correlaciones negativas con juicio, dependencia vs independencia, empatía vs interés social, y correlaciones positivas con Autotrascendencia, Concentración creativa vs conciencia e Identificación

transpersonal vs Autodiferenciación. Lo que significa que en el grupo de pacientes con conducta autolesiva si disminuye el sentido de realidad, la responsabilidad y empatía y aumenta el oportunismo y la deshonestidad sobre los principios, es más probable que se presente ideación suicida. Mientras que en el grupo sin conducta autolesiva, si disminuye el juicio, la conformidad, la cooperatividad y la empatía y aumenta la autotrascendencia y la autodiferenciación sobre la identificación transpersonal y el materialismo social sobre la espiritualidad, se presentaría ideación suicida. Ver TABLA 9.

Tabla 9. Ideación suicida			
Grupos	Variables	rho	p
Con conducta autolesiva	Sentido de Realidad	-0.372	0.047
	Responsabilidad vs Culpabilidad (SD1)	-0.499	0.015
	Empatía vs desinterés social (CO2)	-0.508	0.015
	Integridad vs falta de escrúpulos (CO5)	0.381	0.041
Sin conducta Autolesiva	Juicio	-0.473	0.020
	Dependencia vs independencia (RD4)	-0.446	0.029
	Cooperatividad (CO)	-0.417	0.043
	Empatía vs desinterés social (CO2)	-0.455	0.029
	Autotrascendencia (ST)	0.405	0.050
	Concentración creativa vs conciencia (ST1)	0.461	0.023
	Identificación transpersonal vs Autodiferenciación (ST2)	0.509	0.011

Se muestran las correlaciones significativas entre las variables de Funcionamiento yoico, Temperamento y carácter con ideación suicida entre los grupos de pacientes con conducta autolesiva y sin conducta autolesiva.

Para la variable de intentos suicidas previos se encontró que en el grupo de pacientes con conducta autolesiva a menor funcionamiento defensivo, menor determinación, menor congruencia con ideas aumentaría la probabilidad de intentos suicidas. Mientras que en pacientes sin conducta autolesiva, a menor funcionamiento de sentido de realidad, de regulación de impulsos, afectos e instintos, menor capacidad de procesos de pensamiento, de funcionamiento defensivo, barrera a estímulos, excitabilidad exploratoria y responsabilidad y mayor impulsividad, descuido, gregarismo y vigor, aumentaría la probabilidad de intento suicida. Ver. TABLA 10.

TABLA 10. Intentos suicidas previos			
Grupos	Variables	rho	p
Con Conducta autolesiva	Funcionamiento defensivo	-0.360	0.055
	Determinación vs Sin dirección (SD2)	-0.362	0.053
	Congruencia con ideas vs incongruencia (SD5)	-0.382	0.041
Sin Conducta Autolesiva	Sentido de Realidad	-0.537	0.007
	Regulación de Impulsos, afectos e instintos	-0.393	0.053
	Procesos de pensamiento	-0.393	0.057
	Funcionamiento defensivo	-0.526	0.008
	Barrera a estímulos	-0.634	0.001
	Impulsividad vs reflexión (NS2)	0.426	0.038
	Evitación del Daño (HA)	0.544	0.006
	Preocupación vs Optimismo (HA1)	0.543	0.006
	Timidez vs Gregarismo (HA3)	0.429	0.037
	Fatigabilidad y astenia vs vigor (HA4)	0.417	0.042
	Excitabilidad Exploratoria (NS1)	-0.422	0.040
	Responsabilidad vs culpabilidad (SD1)	-0.450	0.027

Se muestran las correlaciones significativas entre las variables de Funcionamiento yoico, Temperamento y Carácter con intentos suicidas previos entre los grupos de pacientes con conducta autolesiva y sin conducta autolesiva.

Para las variables de Funcionamiento yoico, en ambos grupos se obtuvieron casi las mismas correlaciones. Sin embargo en el grupo sin conducta autolesiva se obtuvieron correlaciones positivas entre de juicio con relaciones objetales, juicio con funcionamiento defensivo y juicio con funcionamiento autónomo; sentido de realidad con procesos de pensamiento y sentido de realidad con funcionamiento autónomo, regresión adaptativa al servicio del yo con procesos de pensamiento; y funcionamiento autónomo con regulación de afectos e instintos, mientras en el grupo con conducta autolesiva, no se obtuvieron estas correlaciones, lo que significa que con un buen funcionamiento yoico de juicio, relaciones objetales, procesos de pensamiento y regulación de afectos e instintos disminuye la probabilidad de conducta autolesiva.

En ambos grupos no se demostraron diferencias significativas en las funciones sintético integrativas. La función de dominio y competencia resultó con más correlaciones positivas para el grupo sin conducta autolesiva. Ver TABLA 11.

TABLA 11. ANÁLISIS DE CORRELACIONES ENTRE FUNCIONES DEL YO PARA PACIENTES CON CONDUCTA AUTOLESIVA Y SIN CONDUCTA AUTOLESIVA

		Pacientes con conducta autolesiva										
	P. real	Juicio	SenRea	RAfect	RObj	PPens	RASY	FDef	BarEst	FAut	FSinInt	DomC
PReal		0.517 P=0.004	0.627 p=0.000	0.514 p=0.004	0.475 p=0.009	0.503 p=0.005	-	0.624 p=0.000	0.576 p=0.001	0.529 p=0.003	-	-
Juicio	0.802 p=0.000		0.510 p=0.005	0.559 p=0.002	-	0.455 p=0.013	-	-	0.411 p=0.027	0.384 p=0.040	-	-
Sen Re	0.791 p=0.000	0.840 p=0.000		0.578 p=0.001	0.489 p=0.007	-	-	0.540 p=0.003	0.440 p=0.017	-	-	-
RAfect	0.654 p=0.001	0.813 p=0.000	0.832 p=0.000		0.393 p=0.035	0.405 p=0.029	-	0.514 p=0.004	0.563 p=0.001	-	-	-
RObj	0.672 p=0.000	0.758 p=0.000	0.820 p=0.000	0.787 p=0.000		0.475 p=0.009	-	0.552 p=0.002	0.601 p=0.001	0.378 p=0.043	-	-
PPens	0.757 p=0.000	0.728 p=0.000	0.801 p=0.000	0.739 p=0.000	0.708 p=0.000		0.360 p=0.055	0.658 p=0.000	0.566 p=0.001	0.517 p=0.004	-	-
RASY	-	-	-	-	-	-		-	-	-	-	0.425 p=0.022
FDef	0.485 p=0.016	0.403 p=0.051	0.548 p=0.006	0.487 p=0.016	0.504 p=0.050	0.604 p=0.002	-	-	0.787 p=0.000	0.699 p=0.000	-	0.438 p=0.018
BarEst	0.581 p=0.003	0.664 p=0.000	0.745 p=0.000	0.757 p=0.000	0.701 p=0.000	0.675 p=0.000	-	0.734 p=0.000	-	0.675 p=0.000	-	-
FAut	0.497 p=0.013	0.494 p=0.014	0.492 p=0.015	0.415 p=0.044	-	0.691 p=0.000	-	0.480 p=0.017	-	-	0.370 p=0.048	-
F.Sint	-	-	-	-	-	-	0.391 p=0.059	-	-	-	-	-
DomC	0.477 p=0.018	-	0.477 p=0.018	-	-	0.414 p=0.044	-	0.470 p=0.020	0.480 p=0.018	-	0.513 p=0.010	-

Se muestran las correlaciones significativas entre las variables de Funcionamiento yoico entre los grupos de pacientes con conducta autolesiva y sin conducta autolesiva.
 PReal = Prueba de Realidad, Sen Rea= Sentido de Realidad, RAfect= Regulación de Afectos, Instintos e Impulsos, PPens=Procesos de Pensamiento, RASY= Regresión Adaptativa al Servicio del Yo, FDef=Funcionamiento Defensivo, BarEst= Barrera a Estímulos, FAut=Funcionamiento Autónomo, FSinInt=Funcionamiento Sintético Integrativo, DomC=Dominio y Competencia.

En cuanto a las variables del funcionamiento yoico con las del inventario de temperamento y carácter se obtuvieron las siguientes correlaciones más importantes. Para la variable Prueba de Realidad se encontró que en el grupo de pacientes con conducta autolesiva a menor persistencia, mayor prueba de realidad. En el grupo de pacientes sin conducta autolesiva, se encontró que a mayor autodirección, Cooperatividad y menor Evitación del daño, mayor prueba de realidad. Ver TABLA 12.

Para la variable Juicio se encontró que en el grupo de pacientes con conducta autolesiva a mayor miedo a lo incierto y mayor tendencia a la ayuda, aumenta el funcionamiento del yo en juicio. En el grupo de pacientes sin conducta autolesiva, se encontró que a mayor autodirección y cooperatividad, y menor autotranscendencia, mayor funcionamiento del juicio. Ver TABLA 13.

TABLA 12. Prueba de Realidad			
Grupos	Variables	rho	p
Con conducta autolesiva	Persistencia (PE)	-0.415,	p=0.025
Sin conducta Autolesiva	Autodirección (SD)	0.601,	p=0.002
	Responsabilidad vs culpabilidad (SD1)	0.708	p=0.000
	Recursos vs apatía (SD3)	0.454	p=0.026
	Congruencia con ideas vs incongruencia (SD5)	0.481	p=0.17
	Cooperatividad (CO)	0.407	p=0.048
	Empatía vs desinterés social (CO2)	0.522	p=0.009
	Capacidad de Ayuda vs incapacidad (CO3)	0.552	p=0.005
	Evitación del Daño (HA)	-0.495	p=0.014
	Preocupación vs optimismo (HA1)	-0.448	p=0.028
	Fatigabilidad y astenia vs vigor (HA4)	-0.398	p=0.054
	Cohibición vs abstracción de la realidad (ST1)	-0.435	p=0.034

Se muestran las correlaciones significativas entre las variables de Temperamento y Carácter con Prueba de Realidad entre los grupos de pacientes con conducta autolesiva y sin conducta autolesiva.

TABLA 13. Juicio			
Grupos	Variables	rho	p
Con conducta autolesiva	Miedo a lo incierto vs confianza (HA2)	0.419	p=0.024
	Capacidad de ayuda vs incapacidad (CO3)	0.394	p=0.034
Sin conducta Autolesiva	Dependencia vs independencia (RD3)	0.459	p=0.024
	Autodirección (SD)	0.546	p=0.006
	Responsabilidad vs culpabilidad (SD1)	0.647	p=0.000
	Cooperatividad (CO)	0.451	p=0.027
	Aceptación social vs intolerancia (CO1)	0.480	p=0.018
	Empatía vs desinterés social (CO2)	0.625	p=0.001
	Capacidad de ayuda vs incapacidad (CO3)	0.402	p=0.052
	Impulsividad vs reflexión (NS2)	-0.501	p=0.013
	Autotrascendencia (ST)	-0.507,	p=0.012
	Cohibición vs abstracción de la realidad (ST1)	-0.492	p=0.015

Se muestran las correlaciones significativas entre las variables de Temperamento y Carácter con Juicio entre los grupos de pacientes con conducta autolesiva y sin conducta autolesiva.

Para la variable Sentido de Realidad se encontró que en ambos grupos a mayor capacidad de ayuda, y menor autotrascendencia y concentración creativa mejor sentido de la realidad. En el grupo de pacientes con conducta autolesiva a menor persistencia, mayor sentido de realidad. En el grupo de pacientes sin conducta autolesiva a mayor autodirección, mayor cooperatividad, menor impulsividad, menor Evitación del daño y menor Autotrascendencia, mayor funcionamiento del sentido de la realidad. Ver TABLA 14.

TABLA 14. Sentido de Realidad			
Grupos	Variables	rho	p
Con conducta autolesiva	Capacidad de ayuda vs incapacidad (CO3)	0.551	p=0.002
	Persistencia (PE)	-0.505	p=0.005
	Autotrascendencia (ST)	-0.376	p=0.044
	Cohibición vs abstracción de la realidad (ST1)	-0.569	p=0.001
Sin conducta Autolesiva	Autodirección (SD)	0.586	p=0.003
	Responsabilidad vs culpabilidad (SD1)	0.641	p=0.001
	Con recursos vs apatía (SD3)	0.473	p=0.020
	Congruencia con ideas vs incongruencia (SD5)	0.540	p=0.007
	Cooperatividad (CO)	0.447	p=0.029
	Aceptación social vs intolerancia (CO1)	0.495	p=0.014
	Empatía vs desinterés social (CO2)	0.503	p=0.012
	Capacidad de ayuda vs incapacidad (CO3)	0.459	p=0.024
	Impulsividad vs reflexión (NS2)	-0.399	p=0.054
	Desorden vs restricción (NS4)	-0.397	p=0.055
	Evitación del daño (HA)	-0.417	p=0.042
	Fatigabilidad y astenia vs vigor (HA4)	-0.398	p=0.054
	Autotrascendencia (ST)	-0.457	p=0.025
	Cohibición vs abstracción de la realidad (ST1)	-0.430	p=0.036
Aceptación espiritual vs materialismo (ST3)	-0.415	p=0.044	

Se muestran las correlaciones significativas entre las variables de Temperamento y Carácter con Sentido de Realidad entre los grupos de pacientes con conducta autolesiva y sin conducta autolesiva.

En la variable Regulación de Impulsos, Afectos e instintos, se encontró que en el grupo de pacientes con conducta autolesiva a menor persistencia y mayor responsabilidad, mejor funcionamiento en la regulación de impulsos, afectos e instintos; mientras que en el grupo de pacientes sin conducta autolesiva a mayor autodirección, mayor dependencia, mayor cooperatividad y menor fatigabilidad y menor autotrascendencia mejor regulación de impulsos, afectos e instintos. Ver TABLA 15.

TABLA 15. Regulación de Impulsos, Afectos e Instintos			
Grupos	Variables	rho	p
Con conducta autolesiva	Responsabilidad vs culpabilidad (SD1)	0.403	p=0.030
	Persistencia (PE)	-0.416	p=0.025
Sin conducta Autolesiva	Dependencia vs Independencia (RD4)	0.408	p=0.048
	Autodirección (SD)	0.422	p=0.040
	Responsabilidad vs culpabilidad (SD1)	0.480	p=0.018
	Cooperatividad (CO)	0.538	p=0.007
	Aceptación social vs intolerancia (CO1)	0.539	p=0.007
	Empatía vs desinterés social (CO2)	0.694	p=0.000
	Fatigabilidad y astenia vs vigor (HA4)	-0.412	p=0.046
	Autotrascendencia (ST)	-0.432	p=0.035
Cohibición vs abstracción de la realidad (ST1)	-0.402	p=0.051	

Se muestran las correlaciones significativas entre las variables de Temperamento y Carácter con Regulación de Impulsos, Afectos e Instintos entre los grupos de pacientes con conducta autolesiva y sin conducta autolesiva.

Con Relaciones Objetales, se encontró en el grupo de pacientes con conducta autolesiva que a mayor responsabilidad y congruencia con ideas y menor evitación del daño, mejores relaciones objetales. En el grupo de pacientes sin conducta autolesiva se encontró que a mayor autodirección, mayor dependencia, mayor cooperatividad y menor autotrascendencia, mejor funcionamiento de relaciones objetales. Ver TABLA 16.

TABLA 16. Relaciones Objetales			
Grupos	Variables	rho	p
Con conducta autolesiva	Responsabilidad vs culpabilidad (SD1)	0.406	p=0.029
	Congruencia con ideas vs incongruencia (SD5)	0.379	p=0.043
	Evitación del daño (HA)	-0.393	p=0.035
	Timidez vs gregarismo (HA3)	-0.393	p=0.036
Sin conducta Autolesiva	Dependencia vs independencia (RD4)	0.470	p=0.020
	Autodirección (SD)	0.536	p=0.007
	Responsabilidad vs culpabilidad (SD1)	0.502	p=0.012
	Con recursos vs apatía (SD3)	0.444	p=0.030
	Congruencia con ideas vs incongruencia (SD5)	0.624	p=0.001
	Cooperatividad (CO)	0.448	p=0.028
	Aceptación social vs intolerancia (CO1)	0.585	p=0.003
	Empatía vs desinterés social (CO2)	0.585	p=0.003
	Capacidad de ayuda vs incapacidad (CO3)	0.430	p=0.036
	Autotrascendencia (ST)	-0.441	p=0.031
Aceptación espiritual vs materialismo (ST3)	-0.446	p=0.029	

Se muestran las correlaciones significativas entre las variables de Temperamento y Carácter con Relaciones Objetales entre los grupos de pacientes con conducta autolesiva y sin conducta autolesiva.

Para la variable Procesos de Pensamiento se encontró que en ambos grupos a mayor autodirección, empatía y capacidad de ayuda y menor evitación del daño, mejor funcionamiento en procesos de pensamiento. En el grupo de pacientes con conducta autolesiva, a menor extravagancia, mejor funcionamiento en los procesos de pensamiento. En el grupo de pacientes sin conducta autolesiva, se encontró que a mayor cooperatividad y menor preocupación, impulsividad, desorden y autotrascendencia, mejor funcionamiento en los procesos de pensamiento. Ver TABLA 17.

TABLA 17. Procesos de Pensamiento			
Grupos	Variables	rho	p
Con conducta autolesiva	Autodirección (SD)	0.429	p=0.020
	Responsabilidad vs culpabilidad (SD1)	0.431	p=0.019
	Congruencia con ideas vs incongruencia (SD5)	0.429	p=0.020
	Empatía vs desinterés social (CO2)	0.394	p=0.034
	Capacidad de ayuda vs incapacidad (CO3)	0.369	p=0.049
	Extravagancia vs discreción (NS3)	-0.403	p=0.030
	Evitación del daño (HA)	-0.421	p=0.023
	Timidez vs gregarismo (HA3)	-0.486	p=0.008
Sin conducta Autolesiva	Autodirección (SD)	0.711	p=0.000
	Responsabilidad vs culpabilidad (SD1)	0.785	p=0.000
	Determinación vs sin dirección (SD2)	0.500	p=0.013
	Con recursos vs apatía (SD3)	0.625	p=0.001
	Congruencia con ideas vs incongruencia (SD5)	0.587	p=0.003
	Cooperatividad de Carácter (CO)	0.514	p=0.010
	Aceptación social vs intolerancia (CO1)	0.512	p=0.011
	Empatía vs desinterés social (CO2)	0.569	p=0.004
	Capacidad de ayuda vs incapacidad (CO3)	0.470	p=0.020
	Impulsividad vs reflexión (NS2)	-0.503	p=0.012
	Desorden vs restricción (NS4)	-0.525	p=0.008
	Evitación del Daño (HA)	-0.526	p=0.008
	Preocupación vs optimismo (HA1)	-0.409	p=0.047
	Fatigabilidad y astenia vs vigor (HA4)	-0.49	p=0.018
	Autotrascendencia (ST)	-0.456	p=0.025
Cohibición vs abstracción de la realidad (ST1)	-0.468	p=0.021	
Aceptación espiritual vs materialismo (ST3)	-0.390	p=0.060	

Se muestran las correlaciones significativas entre las variables de Temperamento y Carácter con Procesos de Pensamiento entre los grupos de pacientes con conducta autolesiva y sin conducta autolesiva.

En la variable de Funcionamiento defensivo, se encontró en ambos grupos que a mayor excitabilidad exploratoria, autodirección y menor evitación del daño, mejor funcionamiento defensivo. En el grupo de pacientes sin conducta autolesiva se encontró que a mayor cooperatividad y menor impulsividad, desorden y abstracción, mejor funcionamiento defensivo. Ver TABLA 18.

En la variable Barrera a Estímulos, se encontró en ambos grupos, que a mayor autodirección y menor evitación del daño, mejor funcionamiento de la Barrera a Estímulos. En el grupo de pacientes sin conducta autolesiva, se encontró que a mayor excitabilidad exploratoria, dependencia y cooperatividad y

menor impulsividad, desorden, fatigabilidad y autotrascendencia mejor funcionamiento en barrera a estímulos. Ver TABLA 19.

TABLA 18. Funcionamiento Defensivo			
Grupos	Variables	rho	p
Con conducta autolesiva	Excitabilidad exploratoria vs rigidez (NS1)	0.438	p=0.011
	Autodirección (SD)	0.606	p=0.000
	Responsabilidad vs culpabilidad (SD1)	0.595	p=0.001
	Determinación vs sin dirección (SD2)	0.427	p=0.021
	Con recursos vs apatía (SD3)	0.400	p=0.031
	Congruencia con ideas vs incongruencia (SD5)	0.474	p=0.009
	Evitación del daño (HA)	-0.594	p=0.001
	Preocupación vs optimismo (HA1)	-0.551	p=0.002
	Timidez vs gregarismo (HA3)	-0.559	p=0.002
Sin conducta Autolesiva	Excitabilidad exploratoria vs rigidez (NS1)	0.413	p=0.045
	Autodirección (SD)	0.602	p=0.002
	Responsabilidad vs culpabilidad (SD1)	0.590	p=0.002
	Determinación vs sin dirección (SD2)	0.553	p=0.005
	Con recursos vs apatía (SD3)	0.586	p=0.003
	Congruencia con ideas vs incongruencia (SD5)	0.440	p=0.031
	Cooperatividad CO	0.519	p=0.009
	Aceptación social vs intolerancia (CO1)	0.514	p=0.006
	Integridad vs falta de escrúpulos (CO5)	0.418	p=0.042
	Impulsividad vs Reflexión (NS2)	-0.469	p=0.021
	Desorden vs restricción (NS4)	-0.493	p=0.014
	Evitación del Daño (HA)	-0.636	p=0.001
	Preocupación vs optimismo (HA1)	-0.577	p=0.003
	Miedo a lo incierto vs confianza (HA2)	-0.426	p=0.038
	Timidez vs gregarismo (HA3)	-0.431	p=0.036
	Fatigabilidad vs vigor (HA4)	0.472	p=0.020
	Cohibición vs abstracción de la realidad (ST1)	-0.453	p=0.026

Se muestran las correlaciones significativas entre las variables de Temperamento y Carácter con Funcionamiento Defensivo entre los grupos de pacientes con conducta autolesiva y sin conducta autolesiva.

En cuanto a las variables del Inventario de Temperamento y Carácter, se obtuvieron las siguientes correlaciones más importantes.

Con la variable de la dimensión de Búsqueda de la Novedad, se encontró que en ambos grupos a mayor impulsividad, extravagancia y desorden, mayor era la búsqueda de la novedad. En el grupo de pacientes con conducta autolesiva se encontró que a mayor excitabilidad exploratoria y menor preocupación, mayor búsqueda de la novedad. Mientras para el grupo de pacientes sin conducta

autolesiva a menor aceptación social, mayor búsqueda de la novedad. Ver TABLA

20.

TABLA 19. Barrera a Estímulos			
Grupos	Variables	rho	p
Con conducta autolesiva	Autodirección (SD)	0.470	p=0.010
	Responsabilidad vs culpabilidad (SD1)	0.473	p=0.009
	Determinación vs sin dirección (SD2)	0.391	p=0.036
	Con recursos vs apatía (SD3)	0.370	p=0.048
	Congruencia con ideas vs incongruencia (SD5)	0.383	p=0.040
	Evitación del daño (HA)	-0.574	p=0.001
	Timidez vs gregarismo (HA3)	-0.591	p=0.001
	Fatigabilidad vs vigor (HA4)	-0.437	p=0.018
Sin conducta Autolesiva	Excitabilidad exploratoria vs rigidez (NS1)	0.442	p=0.030
	Dependencia vs Independencia (RD4)	0.395	p=0.056
	Autodirección (SD)	0.608	p=0.002
	Responsabilidad vs culpabilidad (SD1)	0.673	p=0.000
	Determinación vs sin dirección (SD2)	0.546	p=0.006
	Con recursos vs apatía (SD3)	0.544	p=0.006
	Congruencia con ideas (SD5)	0.449	p=0.028
	Cooperatividad (CO)	0.678	p=0.000
	Aceptación social vs intolerancia (CO1)	0.740	p=0.000
	Empatía vs desinterés social (CO2)	0.499	p=0.013
	Compasión vs venganza (CO4)	0.436	p=0.033
	Integridad vs falta de escrúpulos (CO5)	0.497	p=0.014
	Impulsividad vs reflexión (NS2)	-0.582	p=0.003
	Desorden vs restricción (NS4)	-0.524	p=0.009
	Evitación del daño (HA)	-0.526	p=0.008
	Preocupación vs optimismo (HA1)	-0.492	p=0.015
	Fatigabilidad vs vigor (HA4)	-0.523	p=0.009
Autotrascendencia (ST)	-0.489	p=0.015	
	Cohibición vs abstracción de la realidad (ST1)	-0.487	p=0.016

Se muestran las correlaciones significativas entre las variables de Temperamento y Carácter con Barrera a Estímulos entre los grupos de pacientes con conducta autolesiva y sin conducta autolesiva.

TABLA 20. Búsqueda de la Novedad (NS)			
Grupos	Variables	rho	p
Con conducta autolesiva	Excitabilidad Exploratoria vs Rigidez (NS1)	0.469	0.010
	Impulsividad vs Reflexión (NS2)	0.662	0.000
	Extravagancia vs discreción (NS3)	0.793	0.000
	Desorden vs restricción (NS4)	0.760	0.000
	Preocupación vs Optimismo (HA1)	-0.379	0.042
Sin conducta Autolesiva	Impulsividad vs reflexión (NS2)	0.720	0.000
	Extravagancia vs discreción (NS3)	0.708	0.000
	Desorden vs restricción (NS4)	0.650	0.001
	Aceptación social vs independencia (CO1)	-0.430	0.036

Se muestran las correlaciones significativas entre las variables de Temperamento y Carácter con Búsqueda de la novedad entre los grupos de pacientes con conducta autolesiva y sin conducta autolesiva.

Con la variable de la dimensión de Evitación del Daño, se encontró en ambos grupos que a mayor preocupación, miedo a la incertidumbre, timidez,

fatigabilidad, sentimentalismo, mayor evitación del daño. También en ambos grupos, con menos metas, menos proyección de la culpa, menos determinación y menos apatía, más evitación del daño. En el grupo de pacientes sin conducta autolesiva se encontró que a menor cooperatividad y menor aceptación social, más evitación del daño. Ver TABLA 21.

TABLA 21. Evitación del Daño (HA)			
Grupos	Variabes	rho	p
Con conducta autolesiva	Preocupación vs Optimismo (HA1)	0.777	0.000
	Miedo a lo Incierto vs Confianza (HA2)	0.636	0.000
	Timidez vs Gregarismo (HA3)	0.702	0.000
	Fatigabilidad y astenia vs Vigor (HA4)	0.519	0.001
	Dependencia a la Recompensa (RD)	0.378	0.043
	Sensibilidad vs insensibilidad (RD1)	0.411	0.027
	Autodirección (SD)	-0.590	0.001
	Responsabilidad vs proyección de la culpa (SD1)	-0.457	0.013
	Determinación vs sin dirección (SD2)	-0.749	0.000
	Con recursos vs apatía (SD3)	-0.604	0.001
Sin conducta Autolesiva	Preocupación vs Optimismo (HA1)	0.840	0.000
	Miedo a lo Incierto vs Confianza (HA2)	0.550	0.005
	Timidez vs Gregarismo (HA3)	0.763	0.000
	Fatigabilidad y astenia vs Vigor (HA4)	0.805	0.000
	Autodirección (SD)	-0.722	0.000
	Responsabilidad vs culpabilidad (SD1)	-0.638	0.001
	Determinación vs sin dirección (SD2)	-0.663	0.000
	Con recursos vs apatía (SD3)	-0.771	0.000
	Congruencia con ideas vs incongruencia (SD5)	-0.518	0.009
	Cooperatividad (CO)	-0.475	0.019
Aceptación social vs intolerancia (CO1)	-0.449	0.028	

Se muestran las correlaciones significativas entre las variables de Temperamento y Carácter con Evitación del daño entre los grupos de pacientes con conducta autolesiva y sin conducta autolesiva.

Con la variable de la dimensión de Dependencia a la recompensa se encontró que en ambos grupos a mayor sentimentalismo, apego y dependencia, más dependencia a la recompensa. En el grupo de pacientes sin autolesiones, se encontró que con menos apatía y mayor empatía, existe mayor dependencia a la recompensa. Ver TABLA 22.

TABLA 22. Dependencia a la Recompensa (RD)			
Grupos	Variabes	rho	p
Con conducta autolesiva	Sensibilidad vs insensibilidad (RD1)	0.760	0.000
	Apego vs Separación (RD3)	0.396	0.033
	Dependencia vs Independencia (RD4)	0.654	0.000
Sin conducta Autolesiva	Sensibilidad vs insensibilidad (RD1)	0.754	0.000
	Apego vs Separación (RD3)	0.699	0.000
	Dependencia vs Independencia (RD4)	0.607	0.002
	Con recursos vs apatía (SD3)	-0.424	0.039
	Empatía vs desinterés social (CO2)	0.444	0.030

Se muestran las correlaciones significativas entre las variables de Temperamento y Carácter con Dependencia a la Recompensa entre los grupos de pacientes con conducta autolesiva y sin conducta autolesiva.

Con la variable de la dimensión de Autodirección en ambos grupos, a mayor responsabilidad, orientación, recursos, autoaceptación, congruencia con ideas y aceptación social, mayor autodirección. En el grupo de pacientes sin conducta autolesiva, a mayor empatía, tendencia a ayudar y escrúpulos y menor concentración creativa y espiritualidad, mayor autodirección. Ver TABLA 23.

TABLA 23. Autodirección (SD)			
Grupos	Variabes	rho	p
Con conducta autolesiva	Responsabilidad vs Culpabilidad (SD1)	0.864	0.000
	Determinación vs sin dirección (SD2)	0.730	0.000
	Con recursos vs apatía (SD3)	0.801	0.000
	Autoaceptación vs lucha interna (SD4)	0.489	0.007
	Congruencia con ideas vs incongruencia (SD5)	0.703	0.000
	Aceptación social vs intolerancia (CO1)	0.438	0.017
Sin conducta Autolesiva	Responsabilidad vs Culpabilidad (SD1)	0.842	0.000
	Determinación vs sin dirección (SD2)	0.818	0.000
	Con recursos vs apatía (SD3)	0.889	0.000
	Autoaceptación vs lucha interna (SD4)	0.620	0.001
	Congruencia con ideas vs incongruencia (SD5)	0.826	0.000
	Cooperatividad (CO)	0.605	0.002
	Aceptación social vs intolerancia (CO1)	0.594	0.002
	Empatía vs desinterés social (CO2)	0.406	0.049
	Capacidad de Ayuda vs incapacidad (CO3)	0.450	0.028
	Integridad vs falta de escrúpulos (CO5)	0.467	0.021
	Autotrascendencia (ST)	-0.568	0.004
	Cohibición vs abstracción (ST1)	-0.544	0.006
Aceptación espiritual vs materialismo (ST3)	-0.518	0.010	

Se muestran las correlaciones significativas entre las variables de Temperamento y Carácter con Autodirección entre los grupos de pacientes con conducta autolesiva y sin conducta autolesiva.

Con la variable de la Cooperatividad se encontró en ambos grupos que con mayor compasión y principios, mayor Cooperatividad. En el grupo de pacientes sin

conducta autolesiva, a mayor aceptación social, mayor empatía y mayor tendencia a ayuda y además menor cohibición mayor cooperatividad. Ver TABLA 24.

TABLA 24. Cooperatividad (CO)			
Grupos	Variables	rho	p
Con conducta autolesiva	Compasión vs Venganza (CO4)	0.593	0.001
	Integridad vs Falta de Escrúpulos (CO5)	0.616	0.000
Sin conducta Autolesiva	Aceptación social vs intolerancia (CO1)	0.826	0.000
	Empatía vs desinterés social (CO2)	0.799	0.000
	Capacidad de Ayuda vs incapacidad (CO3)	0.570	0.004
	Compasión vs Venganza (CO4)	0.700	0.000
	Integridad vs falta de escrúpulos (CO5)	0.700	0.000
	Cohibición vs abstracción (ST1)	-0.533	0.007

Se muestran las correlaciones significativas entre las variables de Temperamento y Carácter con Cooperatividad entre los grupos de pacientes con conducta autolesiva y sin conducta autolesiva.

Con la variable de la Autotrascendencia, se encontró en ambos grupos que a mayor abstracción o conciencia creativa, mayor identificación transpersonal, mayor espiritualidad, mayor autotrascendencia. Ver TABLA 25.

TABLA 25. Autotrascendencia (ST)			
Grupos	Variables	rho	p
Con conducta autolesiva	Cohibición vs abstracción (ST1)	0.741	0.000
	Identificación transpersonal vs Autodiferenciación (ST2)	0.782	0.000
	Aceptación espiritual vs materialismo (ST3)	0.832	0.000
Sin conducta Autolesiva	Cohibición vs abstracción (ST1)	0.801	0.000
	Identificación transpersonal vs Autodiferenciación (ST2)	0.770	0.000
	Aceptación espiritual vs materialismo (ST3)	0.856	0.000

Se muestran las correlaciones significativas entre las variables de Temperamento y Carácter con Autotrascendencia entre los grupos de pacientes con conducta autolesiva y sin conducta autolesiva.

Los resultados obtenidos de la presente investigación podrían confirmar la hipótesis propuesta de la existencia de diferencias estadísticamente significativas y específicas en el temperamento y el carácter entre pacientes con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad y conducta autolesiva y pacientes sin conducta autolesiva. También se encontraron diferencias significativas en las funciones egoicas, lo que podría confirmar la hipótesis inicialmente propuesta entre pacientes con trastorno límite de la personalidad que presentan conductas autolesivas y entre las que no las presentan.

Se puede observar que en este estudio se encontraron diferencias significativas entre géneros en la dimensión de Evitación del Daño del Temperamento al igual que lo reportado por Barnow (2, 3), a expensas de los rubros preocupación vs optimismo, timidez vs gregarismo, fatigabilidad y astenia vs vigor.

Las mujeres con trastorno límite de la personalidad presentaron mayor preocupación, timidez y fatiga, (Dolcet i Serra, 15), en comparación con los hombres.

En la correlación de la dimensión Evitación del Daño con otras variables del Inventario de Temperamento y Carácter, tanto pacientes con conducta autolesiva como pacientes sin conducta autolesiva presentaron correlaciones positivas con preocupación, miedo a la incertidumbre, timidez, fatiga y sentimentalismo y correlaciones negativas para autodirección, proyección de la culpa, metas, recursos, congruencia con ideas y cooperatividad. Lo que coincide con lo

reportado por Giegling, en que la dimensión de evitación del daño surge independientemente de la asociación con conductas autolesivas (21).

También se encontraron diferencias significativas en la dimensión de Dependencia a la Recompensa entre los grupos de pacientes con trastorno límite de la personalidad.

En cuanto a género, encontramos que el rubro Dependencia vs independencia mostró diferencias significativas entre hombres y mujeres, lo que significa que las mujeres con trastorno límite de la personalidad presentan mayor dependencia social que los hombres con el mismo diagnóstico, quienes tienden a mayor independencia. Se desconoce si esta diferencia es atribuible a efectos culturales o si en otros trastornos se pudieran obtener las mismas diferencias entre géneros, por lo que se necesitarían otros estudios con personas sanas y con personas con otra patología de la personalidad en ambos sexos para corroborarlo.

En cuanto a las diferencias de la variable de conducta autolesiva, el grupo sin conducta autolesiva presentó mayor dependencia social. Lo que coincide con lo reportado por Champan quien sostiene que la Dependencia a la Recompensa es un factor protector para la conducta autolesiva (11).

También se encontró correlación positiva de dependencia a la recompensa con empatía y recursos en pacientes sin conducta autolesiva, lo que hace suponer que estos pacientes probablemente presentan otros factores de protección del temperamento para la conducta autolesiva.

En cuanto a la dimensión de Autodirección se encontraron diferencias significativas entre los grupos de pacientes con conducta autolesiva y sin conducta autolesiva, similar a lo reportado por Calati (7). Los pacientes sin conducta

autolesiva presentaron mayor Cooperatividad y menor Autotrascendencia, a diferencia de los pacientes con conducta autolesiva que no las presentaron.

La dimensión de Cooperatividad presentó diferencias significativas en función de géneros, indicando que las mujeres presentan mayor puntuación que los hombres.

En el análisis de correlaciones entre grupos de pacientes, en cuanto a la conducta autolesiva, se encontró que el grupo sin esta conducta presentó más correlaciones con rubros de Cooperatividad como aceptación social, empatía y capacidad de ayuda; y una correlación negativa con abstracción, mientras que el grupo con conducta autolesiva no presentó estas correlaciones. Lo que sugiere que la cooperatividad puede ser un factor protector del carácter en estos pacientes.

En la dimensión Autotrascendencia no se encontraron diferencias entre ambos grupos de pacientes sobre conducta autolesiva, lo que coincide con lo anteriormente reportado por Pukrop y Ha (28, 53), que en pacientes con trastorno límite de la personalidad presentan altas puntuaciones para este rubro.

Respecto a los datos sociodemográficos, en esta muestra se encontró que las formas más frecuentes de autolesiones fueron cortes en 15.1%, como lo reportado por Oumaya y Stanley (55, 60); posteriormente golpes y una mezcla de formas de autolesiones.

A comparación con lo reportado a nivel mundial en este estudio se encontró que 52.8% de los pacientes en la muestra había intentado al menos una vez en su vida el suicidio, mientras que lo reportado por Haw y Lana es de 60 a 70% (29, 37). Cabe mencionar que la muestra fue intencionalmente manipulada para

obtener similitud en el número de pacientes para los grupos de cada género y conducta autolesiva y sin conducta autolesiva.

En la Evaluación de Funciones Yoicas se observaron diferencias en el funcionamiento yoico de juicio, procesos de pensamiento y regulación de impulsos, afectos e instintos. Los pacientes con conducta autolesiva presentaron menor funcionamiento yoico, en comparación con los pacientes con trastorno límite de la personalidad sin esta conducta, lo que coincide con lo reportado por Arza, LeGris, Poletti y Smith (1, 38, 52 y 59), especialmente en la regulación de impulsos, afectos e instintos. Lo que significa que probablemente la conducta autolesiva se debe a la incapacidad del yo para manejar las situaciones que impactan al individuo con baja tolerancia a la frustración y la incapacidad de canalizar los derivados de los impulsos a través de la ideación, la expresión afectiva y la conducta.

Si bien no era la finalidad de este estudio, en un análisis de correlaciones entre las variables de la Evaluación de Funciones del yo y el Inventario de Temperamento y Carácter, se encontraron los siguientes hallazgos:

En la función de Prueba de Realidad los pacientes que presentan conducta autolesiva presentaron menor Persistencia en el temperamento. Mientras que en pacientes sin conducta autolesiva presentaron mejor funcionamiento de la prueba de realidad, lo que coincidió con mayor autodirección, mayor cooperatividad, adecuada capacidad de evitación del daño y menor cohibición.

Se encontró que en pacientes sin conducta autolesiva el buen funcionamiento del juicio se relaciona a mayor autodirección, mayor cooperatividad y menor impulsividad, menor autotrascendencia y menor

cohibición. Mientras que en pacientes con conducta autolesiva el buen funcionamiento de juicio se mantuvo con la capacidad de ayuda y confianza. Por tanto un buen funcionamiento de juicio se relaciona con la capacidad del carácter para autodirección, cooperación y disminución de la impulsividad y autotrascendencia.

Para la variable de Sentido de la Realidad se encontró que su buen funcionamiento probablemente se manifiesta con la mayor capacidad para la autodirección, la cooperación, la aceptación social y la capacidad de disminuir el desorden, la impulsividad y la autotrascendencia; llama la atención que en pacientes con conducta autolesiva y buen funcionamiento de sentido de realidad, coincidieron con menor persistencia y menor autotrascendencia, pudiendo suponer que estos resultados son manifestaciones del funcionamiento del sentido de realidad.

En la función Regulación de Impulsos, afectos e instintos, se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos de pacientes. El grupo de pacientes sin conducta autolesiva presentaba adecuada regulación de impulsos, afectos e instintos a mayor dependencia social, mayor autodirección y mayor cooperatividad y menor fatigabilidad, menor autotrascendencia y menor cohibición. Mientras que en pacientes que presentan conducta autolesiva, la regulación de impulsos, afectos e instintos coincidió con mayor responsabilidad y menor persistencia.

En los pacientes sin conducta autolesiva, las relaciones objetales coincidían con mayor dependencia a la recompensa y cooperatividad, y menor autotrascendencia y materialismo esencial quizá como manifestaciones de esta función yoica.

En ambos grupos de pacientes, el buen funcionamiento de los procesos de pensamiento coincidió con altos niveles de autodirección y cooperatividad y con correlaciones negativas para evitación del daño. Además, los pacientes que no se lesionan presentan menor cohibición y menor espiritualidad en sus procesos de pensamiento a diferencia de los pacientes con autolesiones.

Para la variable de Funcionamiento Defensivo en el grupo sin conducta autolesiva se obtuvieron correlaciones positivas para búsqueda de la novedad, autodirección, cooperatividad y capacidad de evitar el daño.

Para la variable de barrera a estímulos, se observaron correlaciones similares en ambos grupos, sin embargo, en el grupo de pacientes sin conducta autolesiva, se observaron correlaciones positivas con cooperatividad y negativas para autotrascendencia, lo que nos hace suponer que las altas puntuaciones de autotrascendencia serían manifestaciones de la función de la barrera a estímulos.

Se encontró que el bajo funcionamiento defensivo y autodirección se relaciona con intentos suicidas en pacientes que presentan conducta autolesiva. Mientras que en pacientes sin conducta autolesiva los intentos suicidas coincidieron con bajo funcionamiento de los procesos de pensamiento, sentido de realidad, funcionamiento defensivo y control de impulsos.

En cuanto a la ideación suicida, el grupo de pacientes con conducta autolesiva coincidió con menor funcionamiento de sentido de realidad, menor empatía y menor interés social. En el grupo de pacientes sin conducta autolesiva, la ideación suicida coincidió con menor funcionamiento en el juicio y menor conformidad, menor cooperatividad y menor empatía.

Conclusiones

1. La presente investigación se puede considerar en el estudio de las funciones yoicas, temperamento y carácter en los pacientes con trastorno límite de la personalidad con conducta autolesiva y sin conducta autolesiva, ya que a partir de los resultados obtenidos se cuenta con información que puede ser auxiliar al diagnóstico, pronóstico y abordaje de estos pacientes.
2. Se considera que los hallazgos de esta investigación son relevantes ya que se puede separar a los pacientes con trastorno límite de la personalidad en categorías de pronóstico de acuerdo a la característica clínica de la conducta autolesiva.
3. El análisis de lo que se encontró como el factor de empatía, resulta importante para una buena evaluación en futuras investigaciones, ya que sería conveniente que se realizaran réplicas con una mayor muestra
4. El análisis de género resulta interesante para la evaluación en futuras investigaciones, tanto pacientes sanos como con otros diagnósticos psiquiátricos en eje I y en eje II por lo que sería conveniente tener una muestra mayor para considerar las dimensiones actuales.
5. El utilizar estos instrumentos se muestra como un abordaje complementario en el estudio del funcionamiento yoico, el temperamento y el carácter en estos pacientes.
6. Estos hallazgos invitan a realizar mayores estudios como parámetros de diagnóstico para un acercamiento más al tratamiento y pronóstico de pacientes con trastorno límite de la personalidad, así como otros trastornos de personalidad.

Referencias Bibliográficas

1. Arza R., et al. Neuropsychological dysfunctions in personality borderline disorder: detection strategies. *Actas Esp Psiquiatr* 2009; 37(4):185-190.
2. Barnow S, et al. Temperament and character in persons with borderline personality disorder. *Neuropsychiatr*. 2005 Jul;76 (7):839-40, 842-4, 846-8).
3. Barnow S, et al. Temperament and character in patients with borderline personality disorder taking gender and comorbidity into account. *Psychopathology*. 2007;40(6):369-78. Epub 2007 Jul 25.
4. Bellak L, Goldsmith L. Aspectos Básicos del yo. Metas amplias para la evaluación de las funciones del yo. *El Manual Moderno*. México. 1993. 7-21.
5. Brodsky B, et al. Relationship of dissociation to Self-Mutilation and Childhood Abuse in Borderline Personality Disorder. *Am J Psychiatry* 1995; 152:1788-1792.
6. Brown MZ, Comtois KA, Linehan MM. Reasons for suicide attempts and nonsuicidal self-injury in women with borderline personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 111(1):198-202, 2002 Feb.
7. Calati R, et al. Temperament and character of suicide attempters. *Psychiatr Res*. 2008 Sep;42 (11):938-45. Epub 2007 Dec 4.
8. Cameron N. Sistema Psicodinámico, Desarrollo de la personalidad y psicopatología. Trillas. 2007. pp164-211.
9. Carhart-Harris R.L.; Friston K.J. The default-mode, ego functions and free-energy: a neurobiological account of Freudian ideas. *Brain* 2010 Feb doi:10.1093/brain/awq010.
10. Carrasco JL; Díaz M. Biología de los trastornos de la personalidad. *Trastornos de Personalidad Ars Medica*. 2007. 91-104.
11. Champman AL, et al. Temperament as a prospective predictor of self-injury among patients with borderline personality disorder. *J Pers Disord*. 2009 Apr; 23(2):122-40.
12. Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento con glosario y criterios diagnósticos de Investigación CIE-10: CDI-10. editorial Panamericana. Madrid. 2006.
13. Coderch Joan. Teoría y técnica de la psicoterapia psicoanalítica. Herder. Barcelona 2005.
14. Crowell S., Beauchaine T., Linehan M., A Biosocial Developmental Model of Borderline Personality: Elaborating and Extending Linehan's Theory. *Psychol Bull* 2009 May; 135(3): 495-510.
15. Dolcet i Serra J. Carácter y Temperamento. Similitudes y diferencias entre los modelos de personalidad de 7 y 5 factores. Tesis doctoral. Universitat de Lleida. Mayo 2006.
16. Fassino, et al. Personality trait interactions in parents of patients with borderline personality disorder: a controlled study using the temperament and character inventory. *Psychiatry Res* 2009 Jan; 165 (1-2):128-36. Epub 2008 Dec 10.

17. Fiorini H, Las funciones yoicas en el proceso terapéutico. Teoría y técnica de psicoterapias. Nueva Visión. Buenos Aires. Psicología Contemporánea. 113-129.
18. Fossati A, et al. Impulsivity, aggressiveness, and DSM-IV personality disorders. *Psychiatry Res.* 2007 Jan 15; 149 (1-3):157-67. Epub 2006 Dec 8
19. Fossati, et al. Temperament, character and attachment patterns in borderline personality disorder. *J.PersDisord* 2001 Oct;15(5):390-402.
20. Gabbard, Glen O. Mind, Brain and Personality Disorders. *Am J Psychiatry* 162:4, April 2005.
21. Giegling et al. Personality and attempted suicide. Analysis of anger, aggression and impulsivity. *J Psychiatr Res.* 2009 Dec;43 (16):1262-71. Epub 2009 May 28.
22. Gilbert J., Micó J.A. Fundamentos neurobiológicos, neurotransmisores e impulsividad. *Trastornos de Personalidad Ars Medica.* 2007. 105-119.
23. Gili, M; Roca M. Modelos sobre los trastornos de la personalidad. *Trastornos de Personalidad Ars Medica.* 2007. 33-57.
24. Goldsmith L, Charles E, Feiner K. El uso de la EFY en la evaluación de la patología límite. *Metas amplias para la evaluación de las funciones del yo. El Manual Moderno. México.* 1993. 383-405.
25. González J, La evaluación psicodinámica de las funciones del yo. *Psiquis, Revista de Psiquiatría, psicología y psicósomática.* 13 (1992):11-46.
26. Grant J, et al. Frontal White Matter Integrity in Borderline Personality Disorder With Self-Injurious Behavior. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 19:4, Fall 2007.
27. Greenfield B, et al. Previously Suicidal Adolescents: Predictors of Six-Month Outcome. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry* 17:4 November 2008.
28. Ha KS, et al. Three-year follow up of women with and without borderline personality disorder: development of Cloninger's carácter in adolescence. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2004 Feb;58(1):42-7
29. Haw C. Psychiatric and Personality disorders in deliberate self-harm patients. *British J Psychiatry* 2001 178, 48-54.
30. Herpertz S, et al. Affective Responsiveness in Borderline Personality Disorder: A Psychophysiological Approach. *Am J Psychiatry*; 156:10, October, 1999.550-1556.
31. Hidalgo C, Evaluación de las funciones yoicas como instrumento autoaplicable a sujetos en psicoterapia. Tesis para obtener título de licenciatura en Psicología. México. Universidad Intercontinental, 1995.
32. James W, Evaluación psicodinámica del paciente. *Psiquiatría Psicodinámica en la práctica clínica. Panamericana. Argentina* 2006. 71-93.
33. Kandel E. *Psiquiatría, psicoanálisis, y la nueva biología de la mente.* Ars Medica. Barcelona, 2007, pp 67-111.
34. Kleindiest N, et al. Motives for Nonsuicidal Self-Injury Among Women With Borderline Personality Disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease.* 196 (3):230-236, March 2008.

35. Kurt L, Las bases teóricas de la psiquiatría dinámica. *Psiquiatría Psicodinámica en la práctica clínica*. Panamericana. Argentina 2006. 29-70.
36. Lahortiga R, Cervera Enguix. *Trastornos de Personalidad*. 17. Instrumentos de Evaluación. *Ars Medica*. 2007. 401-421.
37. Lana F, et al. Study of personality disorders and the use of services in the clinical population attended in the mental health network of a community area). *Actas Esp Psiquiatr* 2008;36(0):00-00
38. LeGris J, van Reekum R. The neuropsychological correlates of borderline personality disorder and suicidal behaviour. *Can J Psychiatry*. 2006 Mar;51(3):131-42.
39. López D. *Psicoterapia focalizada en la transferencia para pacientes limítrofes*. Editores de Textos Mexicanos. México 2004.
40. Ludascher P, et al. A cross-sectional Investigation of discontinuation of self-injury and normalizing pain perception in patients with borderline personality disorder. *Acta Psychiatrica Scandnavica*. 120(1):62-70, July 2009.
41. Mackinnon R, Michels R, Bubkley P. Principios generales de psicodinamia. La entrevista psiquiátrica en la práctica clínica. *Ars Medica*, México, 2008. 73-95.
42. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos Mentales Texto Revisado. DSM-IV TR. Masson.
43. Martínez P. et al. Niños de la calle: autoestima y funcionamiento yoico. *Enseñanza e investigación en psicología*. 2007 Jul-Dic 12(2): 367-384
44. Mateu C, et al. The role of genetics in the personality and its disorders: a clinical point of view. *Actas Esp Psiquiatr* 2008;36(4):230-243
45. Nicolas R, et al. Shame and implicit Self-Concept in women with Borderline Personality Disorder. *Am J Psychiatry* 2007; 164:500-5008.
46. Ohmann S, et al. Self-injurious behavior in adolescent girls. Association with psychopathology and neuropsychological functions. *Psychopathology*, 2008; 41 (4):226-35. Epub 2008 apr 11.
47. Oldman J. Borderline Personality Disorder and Suicidality. *Am J Psychiatry* 163:1, January 2006.
48. Ortiz R. Adaptación de la entrevista estructurada SCID II para la población que solicita atención psicológica. Tesis para obtener el título de Licenciada en Psicología. Facultad de Psicología. UNAM, 1997.
49. Oumaya M, et al. Personnalité borderline, automutilations et suicide: revue de la literature. *L'Encéphale* 34:5, oct 2008. 452-458.
50. Páez y cols. Prevalencia comunitaria de los trastornos de la personalidad. Resultados de un estudio piloto. *Salud Mental* V.20, Suplemento octubre de 1997.
51. Pfeffer C.; et al. Suicidal Children Grow up: Ego Functions Associated with Suicide Attempts. *J.Am. Acad. Child Adolesc Psychiatry*, 1995, Oct 34:10.

52. Poletti M. Neurocognitive functioning in borderline personality disorder. Riv Psichiatr. 2009 Nov-Dec; 44(6): 374-83.
53. Pukrop R. Dimensional personality profiles of borderline personality disorder in comparison with other personality disorder and healthy controls. J Pers Disord. 2002 Apr; 16(2):135-47
54. Sánchez de Carmona, et al. Traducción y Confiabilidad del Inventario de Temperamento y Carácter (ITC). Salud Mental V. Suplemento octubre de 1996.
55. Sánchez L, Prats M. Trastornos de Personalidad. 10. Impulsividad, Agresividad y Conductas Violentas. Ars Medica. 2007. 243-259.
56. Sánchez P, et al. Trastornos de Personalidad. 9. Psicopatología de los trastornos de la personalidad. Ars Medica.2007.205-241.
57. Schmahl C, et al. Neural Correlates of Antinociception in Borderline Personality Disorder. Arch Gen Psychiatry.2006;63:659-667.
58. Servicio de estadística del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez".
59. Smith T, et al. A comparison of Demographic, behavioral, and ego function data in borderline and Eating disorder patients. Psychiatric Quarterly, 1991 Spring;62(1).
60. Stanley B, et al. Are suicide attempters who self-mutilate a unique population? Am J Psychiatry 158:3, March 2001.
61. Tajima K, et al. Neuroimaging studies in the borderline personality disorder. Actas Esp Psiquiatr 2009; 37(3):123-127.
62. Zanarini M, et al. The subsyndromal phenomenology of Borderline Personality disorder: A 10-year Follow up study. Am J Psychiatry 164:6, June 2007.