



UNIVERSIDAD LATINA S. C.

**Universidad
Latina**

3344-85

**Estudio comparativo entre hombres y mujeres con
Trastorno Límite de la personalidad.**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A :

Esther Badillo Flores

Directora de tesis: Lic. Alma Luz García Vega

Asesores: Dra. Ana Marina Reyes Sandoval

Dra. Alejandra Rosales Lagarde



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

Le agradezco a Dios, por darme la oportunidad de vivir y estar conmigo en cada paso que doy. Por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo este periodo de estudio.

A mí madre, por haberme dado la vida, creer en mí y motivarme a ser una persona de bien. Gracias por apoyarme en los momentos de desesperación, sin ti no hubiera logrado concluir esta etapa.

A mí padre, por tu ejemplo de perseverancia y constancia que te caracterizan, también por el valor que muestras para salir adelante y por amor tu incondicional. Gracias por todo lo que me has dado, por estar siempre pendiente de mí e impulsarme a estudiar una carrera, así mismo por el sacrificio y esfuerzo que hiciste para que este sueño se hiciera realidad, pero sobre todo....por creer en mí.

A mis hermanos por estar presentes en esta fase de mi vida, en especial a mí hermana por brindarme los recursos materiales para lograr concluir este trabajo.

A mi familia en general, que me ha dado su apoyo incondicional, gracias a todos ellos que han compartido conmigo buenos y malos momentos.

A mi novio, que ha sido mi soporte y ha estado a mi lado en las etapas más importantes de mi vida, gracias por no dejar que me diera por vencida, apoyarme y siempre impulsarme. Por los días que dedicaste a leer este trabajo, por ayudarme a encontrar errores y las palabras adecuadas, también por aguantar mi frustración, los días de desvelo y estrés.

A mí directora de tesis, hemos compartido un largo camino juntas desde el inicio de la carrera hasta este momento, ha marcado mi vida de diferentes formas como: profesora, jefa, compañera y directora de este trabajo. Le doy las gracias por creer en mí y haberme dado la oportunidad de ser su pasante en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, por el conocimiento transmitido, la enorme experiencia, los tips y las enseñanzas que me han hecho crecer y madurar, ha sido un placer para mí haber trabajado a su lado. Gracias por escucharme en los momentos que más lo he necesitado y por ser mi apoyo cuando más confundida he estado. Siempre estaré agradecida con usted por la confianza que me ha brindado, ha sido una pieza fundamental en este trabajo porque sin sus consejos y sostén nunca hubiera sido posible este logro, más que una profesora y directora de esta tesis la considero mi amiga a la que siempre llevaré en mi corazón.

También le agradezco a la Dra. Marina Reyes y a la Dra. Alejandra Rosales, por el apoyo que me brindaron y el tiempo que dedicaron a este trabajo. Gracias por los consejos y comentarios, para que esto saliera bien sin ustedes no hubiera sido posible este logro.

A todos ustedes que han compartido este camino conmigo, les dedico este trabajo.

TABLA DE CONTENIDO

Resumen.....	1
--------------	---

ANTECEDENTES

Definiciones del trastorno.....	5
---------------------------------	---

Impulsividad, conducta suicida y alteración emocional como criterios

diagnósticos del TLP.....	9
---------------------------	---

Impulsividad.....	9
-------------------	---

<i>Antecedentes sobre impulsividad.....</i>	9
---	---

<i>Definiciones de impulsividad.....</i>	11
--	----

Conducta suicida.....	18
-----------------------	----

<i>Características del suicidio.....</i>	18
--	----

<i>Rasgos de personalidad.....</i>	24
------------------------------------	----

<i>Intentos de suicidio de baja letalidad en pacientes con TLP.....</i>	26
---	----

<i>Modelos asociados a la conducta suicida.....</i>	29
---	----

Alteración en la regulación emocional.....	30
--	----

OTRAS CARACTERÍSTICAS DEL TLP

Prevalencia.....	39
Etiología.....	40
Comorbilidad.....	43

TEORÍAS DEL ORIGEN DEL TRASTORNO

Biológica.....	48
Bioquímica.....	52
Social.....	54

ESTUDIOS ENFOCADOS AL TLP

Estudios sobre impulsividad.....	58
Estudios en pacientes TLP asociados al suicidio.....	58
Estudios asociados a la alteración emocional en pacientes con TLP.....	59
Repercusiones.....	61

INTRODUCCION

Pregunta de investigación.....	65
Objetivos.....	65
Objetivos específicos.....	65

Hipótesis.....	66
Diseño de estudio.....	66
Definición de variables.....	66

MÉTODO

Diagnóstico.....	68
Participantes.....	69
Criterios de inclusión.....	70
Criterios de exclusión.....	70
Instrumentos.....	71
Procedimiento.....	75

RESULTADOS

DISCUSIÓN

CONCLUSIONES

REFERENCIAS

APÉNDICES

Apéndice A: Escala de impulsividad de Plutchik.....	111
Apéndice B: Escala de riesgo rescate (A. Weissman).....	112
Apéndice C: Dificultades en la regulación emocional.....	113

Apéndice D: Lista de síntomas del TLP / borderline symptom	
List 23 (BSL - 23).....	117
Apéndice E: Consentimiento informado.....	119
Apéndice F: Diferencias entre hombres con TLP y grupo control, respecto a la impulsividad.....	120
Apéndice G: Diferencias entre mujeres con TLP y grupo control, respecto a la impulsividad.....	121
Apéndice H: Diferencias entre hombres y mujeres control, respecto a la impulsividad.....	122
Apéndice I: Diferencias entre hombres y mujeres control, respecto a las emociones.....	123
Apéndice J: Lista de Tablas y Figuras.....	124

Resumen

El trastorno límite de la personalidad (TLP) es uno de los que más afecta a la población. Altera todas las áreas en las cuales el sujeto se desarrolla, emocional, interpersonal, conductual y cognitivamente. El TLP provoca impulsividad intensa, gastos excesivos, constantes cambios del estado del ánimo, conducta suicida e inestabilidad laboral y social, debido a esto son usuarios frecuentes de los recursos de atención mental. De acuerdo a la bibliografía se sabe que el trastorno prevalece en el sexo femenino en una proporción de 3:1 respecto a los hombres, desafortunadamente poco se conoce sobre las diferencias entre los pacientes con TLP, los escasos estudios no reportan grandes variaciones sintomáticas entre los sexos. El objetivo de la presente investigación es conocer las diferencias asociadas al grado de impulsividad, frecuencia en los intentos de suicidio y regulación emocional entre hombres y mujeres con TLP. Esta investigación se realizó con 50 pacientes (25 hombres y 25 mujeres) entre los 18 - 35 años con diagnóstico de TLP. Todos del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez del servicio de la consulta externa, los cuales se compararon con un grupo control no clínico. A todos los participantes se les aplicaron cuatro cuestionarios que evalúan: nivel de gravedad de los síntomas del TLP, impulsividad, intentos de suicidio y dificultades emocionales. Los resultados mostraron en general que hombres y mujeres con TLP poseen un nivel grave del trastorno. Respecto a la impulsividad, intentos de suicidio y alteración emocional, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los sexos, estos hallazgos permiten observar que existen variaciones entre hombres y mujeres por lo que es necesario brindar atención psicológica distinta de acuerdo al sexo.

Palabras clave: trastorno límite de la personalidad, diferencias sexuales en el TLP, impulsividad, emociones, intentos de suicidio en pacientes límites.

Abstract

Borderline Personality Disorder (BPD) is one of the personality disorders that most affects the population. It alters all areas in which the subject develops, emotional, interpersonal, behavioral and cognitively. BPD causes intense impulsivity, excessive expenditures, constant mood changes, suicidal behavior, and social and labor instability, BPD patients are frequent users of mental health care resources. According to the literature it is known that the disorder prevails in the female gender in a proportion of 3: 1 compared to men, unfortunately little is known about the differences between men and women with BPD the few studies do not report great symptomatic variations between the sexes. The objective of the present investigation is to know the differences associated to the degree of impulsivity, frequency in the suicide attempts and emotional regulation between men and women with BPD. This study was carried out with 50 patients (25 men and 25 women) aged 18 - 35 years with BPD. All from the Psychiatric Hospital Fray Bernardino Alvarez from the outpatient clinic, who were compared with a non - clinical control group. All participants were given four questionnaires: assessing the severity level of BPD symptoms, impulsivity, suicide attempts and emotional difficulties. The results generally showed that men and women with BPD have a serious level of the disorder, regarding impulsivity, suicide attempts and emotional disturbance, statistically significant differences were found between the genders. These findings allow us to observe that there are variations between men and women, so it is necessary to provide psychological care differently according to sex.

Key words: borderline personality disorder, Sexual differences in BPD, impulsivity, emotions, suicide attempts in borderline patients.

ANTECEDENTES

El trastorno límite de la personalidad (TLP) es un trastorno mental y del comportamiento. El concepto se ha modificado a lo largo de la historia, desde los primeros inicios de la literatura psicopatológica diversos autores como Homero, Hipócrates y Areteo comenzaron a documentar pacientes en los que coexistía la ira impulsiva, manía y melancolía. Inicialmente el término *borderline* (traducción al español como límite), se había asociado con síndromes esquizofrénicos pero fue hasta 1684 cuando Bonet une en un síndrome, la impulsividad y los estados de ánimo inestables; a esto lo llamó “*folie maniaco melancolique*”.

Pinel, en 1801 fue el primero en hacer constatar por escrito sintomatología compatible con el TLP denominándola “*manie sans délire*” (García, Martín & Otín, 2010).

Posteriormente, autores como Falret y Baillarger en 1854 acuñaron los términos “*folie circulaire*” y “*folie a double forme*” respectivamente, para representar el carácter variable y contrastado del síndrome, como resultado de más de 30 años de estudios en pacientes con depresión e ideas suicidas. En sus trabajos encontraron a un pequeño grupo de estos pacientes que no encajaban con los patrones ordinarios maníaco - depresivos (Estribano, 2006).

La psicopatología de ese tiempo estaba conceptualizada como un “normal”, “neurótico” o “psicótico, por lo que Hughes, en 1884 habló de un “campo fronterizo” en las enfermedades psicológicas este término surgió del marco del psicoanálisis y se popularizó en un breve plazo como “*borderline*”. Las características de estos pacientes no podían ser colocadas en la clasificación de las neurosis ni en la categoría psicótica; sin embargo fue Krapelin, en 1921 quien en su descripción de “Personalidad Excitable” se asemejó más a los criterios que actualmente conocemos (Millon & Davis, 1998).

Autores como Schneider, en 1923 acuñó el término de “personalidad lábil” para las personas que exhibían este tipo de síntomas. Más tarde, Kretschmer en 1925 proporcionó también algunos elementos adicionales del retrato actual del TLP, consideró que estas personas manifestaban lo que él denominó un temperamento mixto cicloide - esquizoide. Igualmente Reich, en 1925 describió a estas personas como sujetos que manifestaban una predominancia de agresión infantil, un narcisismo primitivo y con graves alteraciones del Superyó. Adolf Stern en 1938, utilizó por primera vez el término "borderline" dentro del mundo profesional, en su publicación psicoanalítica se refirió a los pacientes que presentaban serios problemas del funcionamiento y que eran difíciles de ser tratados mediante los métodos analíticos convencionales, además de que no encajaban en ninguna categoría. La aportación de Kernberg en 1975 en su teoría "Object relations" fue relevante debido que comenzó hablar de una "estructura de personalidad borderline" más estable y mejor diferenciada de la neurosis y psicosis con su aportación se logró adquirir una base sólida sobre el trastorno lo que permitió que fuera adquiriendo una identidad propia. Para esto el TLP aún no aparecía en el DSM - II, pero fue Gunderson y Singer en 1975 quienes aportaron los cuatro criterios diagnósticos operativos que luego fueron el núcleo de lo que se estableció en 1980 en el DSM - III.

En 1994, se incluyó a la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) como trastorno de personalidad inestable a partir de entonces se comenzó a utilizar el TLP como entidad diagnóstica oficial y hasta hoy en día sigue vigente en el DSM - V y CIE - 10 (Caballo & Camacho, 2000).

Gómez (2000) refirió que el TLP ha tenido varias conceptualizaciones, la primera de ellas se enfocó en el trabajo de Kernberg en 1975, empleando el término “límite” para la mayoría de las formas severas de carácter patológico. La segunda surgió en la década de los sesenta, haciendo énfasis en la tendencia de estos pacientes a experimentar episodios psicóticos breves,

considerando al TLP como parte del espectro de los trastornos esquizofrénicos. La tercera se centró en la disforia crónica y labilidad afectiva de los pacientes con TLP, esto ocasionó que durante la década de los ochenta, se creyera que se trataba de un trastorno afectivo. La cuarta definición apareció en la obra de Gunderson en 1984, donde el término “límite” describió una forma específica del trastorno de la personalidad. De acuerdo a las aportaciones se determinó que los atributos claves de estos pacientes eran: la buena socialización que los discrimina de los pacientes diagnosticados con esquizofrenia y un nivel bajo de logros que los diferencia de los pacientes con neurosis, quienes por lo general, muestran un buen historial de trabajo.

En sus formulaciones posteriores, Zanarini, Gunderson y Frankenburg en 1989 propusieron las siguientes características distintivas: automutilación, comportamientos suicidas, preocupación excesiva por el abandono y la soledad, actitud muy exigente, pensamiento cuasi psicótico, regresiones terapéuticas y dificultades en la contratransferencia. Las últimas conceptualizaciones sobre el término “límite” surgieron en los años noventa. Autores como Millon y Davis (1998) y Zanarini en 1993 opinaron que el TLP debía ser considerado dentro del espectro de los trastornos impulsivos, sin embargo Herman y Kolk en 1987 sugirieron que se trataba de una variación crónica del trastorno postraumático, en ocasiones asociado a una sintomatología disociativa (Caballo, 2004). Todas estas aportaciones dieron origen a la definición actual que se localiza en el DSM - V, que se define como: un patrón dominante de inestabilidad de las relaciones interpersonales, de la autoimagen y de los afectos e impulsividad intensa, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos (Estribano, 2006).

Definiciones del trastorno

De manera general los trastornos de personalidad se caracterizan por un patrón perdurable de experiencia interna y comportamiento que se desvía notablemente de las expectativas de la cultura del individuo. Es estable y de larga duración y su inicio se puede remontar al menos a la adolescencia o a las primeras etapas de la edad adulta. Se manifiesta en diferentes ámbitos como: la cognición, es decir maneras de percibirse e interpretarse a uno mismo, a otras personas y a los acontecimientos; en afectividad, por ejemplo: la amplitud, intensidad, labilidad e idoneidad de la respuesta emocional; funcionamiento interpersonal y control de los impulsos (DSM - V, 2014).

Los trastornos de la personalidad se dividen en tres categorías denominados por sus iniciales como A, B y C. El Grupo A, catalogado como el de los sujetos manifiestamente “raros” o “excéntricos”, incluye los trastornos de personalidad paranoide, esquizoide y esquizotípico, pertenecientes en mayor o menor grado a lo que se ha denominado el “espectro de la esquizofrenia”. El grupo B recibe el nombre de “dramático, emocional o inestable” y comprende los trastornos antisocial, límite, histriónico y narcisista de la personalidad. La inestabilidad emocional extrema y las dificultades para controlar los impulsos serían los elementos comunes al grupo. El grupo C, tercer y último conjunto, es el de “ansiedad” o “temor” e incluye los trastornos por evitación, dependencia y obsesivo - compulsivo de la personalidad, tienen en común el presentar un nivel de ansiedad y / o miedo exagerado, motivado en buena medida por el temor a perder el control en sentido genérico de uno mismo, de las situaciones, etc. Sin embargo, para esta investigación únicamente nos centraremos en el grupo B (Estribano, 2006).

El Manual Diagnóstico y Estadístico presenta una serie de criterios para diagnosticar el TLP, se muestran en la Tabla 1.

Tabla 1
Criterios del DSM - V para el diagnóstico del TLP (APA, 2014)

-
1. Esfuerzos desesperados para evitar el desamparo real o imaginado.
 2. Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas que se caracteriza por una alternancia entre los extremos de idealización y de devaluación.
 3. Alteración de la identidad, inestabilidad intensa y persistente de la autoimagen y del sentido del yo.
 4. Impulsividad en dos o más áreas que son potencialmente autolesivas (como: gastos, sexo, drogas, conducción temeraria, atracones alimentarios).
 5. Comportamiento, actitud o amenazas recurrentes de suicidio o comportamiento de automutilación.
 6. Inestabilidad afectiva debido a una reactividad notable del estado de ánimo (p. ej., episodios intensos de disforia, irritabilidad o ansiedad que generalmente duran unas horas y rara vez, más de unos días).
 7. Sensación crónica de vacío.
 8. Enfado inapropiado e intenso o dificultad para controlar la ira (p. ej., exhibición frecuente de genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).
 9. Ideas paranoides transitorias relacionadas con el estrés o síntomas disociativos graves.
-

La tabla anterior contiene todos los criterios del trastorno, sin embargo se requiere cumplir un mínimo de cinco para su diagnóstico.

Por su parte el CIE - 10, denomina a este trastorno como “Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad”, en este caso la categoría se divide en dos tipos que comparten un patrón general de impulsividad, descontrol, existencia de inestabilidad afectiva, arrebatos de ira o violencia, poca capacidad para planificar las cosas y comportamientos explosivos poco controlables, las dos variedades se denominan: tipo impulsivo y límite. La primera se caracteriza por una inestabilidad emocional, falta de control en los impulsos, comportamientos amenazadores y explosiones violentas, la Tabla 2 refiere los criterios diagnósticos.

Tabla 2*Criterios diagnósticos del trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad, tipo impulsivo del CIE - 10 (1992)***Tipo impulsivo**

-
- A. Deben cumplirse los criterios generales de los trastornos de personalidad.
 - B. Tienen que estar presentes al menos tres de los siguientes hechos, uno de ellos debe de ser el segundo:
 1. Marcada predisposición de actuar de forma inesperada, sin tener en cuenta las consecuencias.
 2. Presentar un comportamiento pendenciero y tener conflictos con los demás en especial cuando los impulsos son impedidos o censurados.
 3. Tendencia a presentar arrebatos de ira y violencia, con incapacidad para controlar las propias conductas explosivas.
 4. Dificultad para mantener actividades duraderas que no ofrezcan recompensa inmediata.
 5. Humor inestable o caprichoso.
-

Por otra parte el tipo límite, presenta una imagen de sí mismo alterada y poco definida, sentimientos crónicos de vacío, implicación en relaciones intensas e inestables que desencadenan crisis emocionales frecuentes, miedo al abandono y comportamientos autolesivos o amenazas suicidas. En la Tabla 3 se muestran los criterios para diagnosticar este trastorno.

Tabla 3*Criterios diagnósticos del trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad, tipo límite, CIE-10 (1992)***Tipo límite**

-
- A. Deben cumplirse los criterios generales de los trastornos de personalidad.
 - B. Estar presentes al menos tres síntomas de la categoría anterior (tipo impulsivo), a los que se han de añadir al menos dos de los siguientes:
 1. Alteraciones o dudas acerca de la imagen de sí mismos, de los objetivos propios y de las preferencias íntimas (incluyendo las sexuales).
 2. Facilidad para verse envuelto en relaciones intensas e inestables, frecuentemente terminan en crisis emocionales.
 3. Esfuerzos excesivos por evitar ser abandonados.
 4. Reiteradas amenazas o actos de autoagresión.
 5. Sentimientos crónicos de vacío.
-

El CIE – 10 y DSM – V describen el mismo trastorno, caracterizado por una alta impulsividad, inestabilidad emocional e interpersonal, sensación crónica de vacío, conductas de riesgo y miedo a ser abandonados, únicamente hay una variación en el nombre del trastorno.

Klaus, Zanarini, Schmahl, Linehan y Bohus (2004) refieren que el TLP se caracteriza por un patrón general de inestabilidad que afecta la regulación en el control de impulsos, las relaciones interpersonales y la propia imagen. Los signos clínicos de la enfermedad incluyen la dificultad emocional, agresión impulsiva, autolesión repetida y tendencias suicidas crónicas, que hacen que estos pacientes sean usuarios frecuentes de los recursos de salud mental.

Por su parte, Ballus (2006) menciona cuatro áreas que se ven afectadas por el trastorno, emocional, interpersonal, conductual y cognitiva las cuales se describen en la Tabla 4.

Tabla 4

Áreas que afecta el TLP, según Ballus (2006)

Emocional	Los individuos presentan altibajos recurrentes en su estado ánimo, ante la mínima frustración presentan ansiedad, irritabilidad e ira, dichas emociones se viven de manera intensa y generalmente su duración es corta.
Interpersonal	Las relaciones que establecen estas personas se caracterizan por ser caóticas, intensas y difíciles; además de grandes esfuerzos por evitar el ser abandonados, al grado de cometer conductas impulsivas.
Conductual	Destacan actos impulsivos como: el abuso de drogas, alteración de la conducta alimentaria (bulimia y anorexia), actos delictivos, promiscuidad sexual y suicidios.
Cognitiva	Dificultad en la regulación del pensamiento, fenómenos de despersonalización y disociación. Roger y Kirkpatrick (2005) reportan que las alteraciones en el área cognitiva son específicamente en: atención, memoria verbal y visual, procesamiento emocional y riesgo en la toma de decisiones.

Esta tabla refleja las características específicas del TLP, lamentablemente como se puede observar todas las áreas del individuo se ven afectadas, por lo que es complicado desarrollar una vida social y personal plena. Consecuencias que produce este trastorno son: relaciones sociales inestables y caóticas; cambios bruscos en el estado del ánimo, emociones de manera intensa de tipo desbordantes y conductas impulsivas debido a las múltiples repercusiones, este estudio se enfoca principalmente en la impulsividad, intentos de suicidio y alteración en la regulación emocional.

Impulsividad, conducta suicida y alteración emocional como criterios diagnósticos del TLP

Impulsividad. Es una de las principales características del TLP, responsable de conductas de riesgo como: intentos de suicidio, autolesiones, gastos excesivos y conducción temeraria, por mencionar algunos. Esta palabra proviene del latín *impulsus* que significa golpear o empujar; hace alusión a comportamientos primitivos que escapan al control de la voluntad.

La impulsividad ha sido estudiada a lo largo de la historia desde diferentes enfoques, como el artístico y filosófico, sin embargo, el aspecto psicopatológico ha cobrado mayor interés, debido a que el exceso de impulsividad produce, alteraciones motoras, afectivas y cognitivas.

Antecedentes sobre impulsividad. González, Castellano, Pérez, Rodríguez, Cervera, y Valderrama (2004) refirieron los antecedentes sobre la impulsividad, el concepto se ha modificado en el transcurso del tiempo a principios del siglo XIX se entendía como voluntad. Las teorías en este siglo se clasificaban en dos grupos: las reduccionistas y las no reduccionistas, en las primeras Combe en 1873 refirió que la voluntad era una facultad intelectual diferente de la percepción y el juicio, resultado de la decisión y entendimiento del proceso de determinadas acciones movidas por las propensiones y sentimientos. A finales del siglo XIX estas teorías declinaron, debido a las dificultades que los investigadores tuvieron al buscar una zona específica en el cerebro que originara las funciones mencionadas y por la presencia del evolucionismo que daba mejores explicaciones a la conducta. Las no reduccionistas defendieron la idea que la voluntad era un poder de la mente autónomo e irreducible. De acuerdo con Berrios en 1905 la inteligencia y la voluntad no se perdían en la enfermedad.

Durante esta época, surgió la Psicología de las Facultades, en la cual se creía que la voluntad era una facultad mental, susceptible de enfermarse. Fue hasta finales del siglo XVIII y XIX cuando los primeros psiquiatras comenzaron a describir las primeras patologías, lo que dio

pie a la aparición de los primeros trastornos impulsivos. En 1816, Matthey propuso las primeras clasificaciones de los trastornos de la voluntad a las que nombró *pathomanie* (perversión de la voluntad) y refirió cuatro tipos de impulsiones, se muestran en la Tabla 5.

Tabla 5

Trastornos de la voluntad, según Matthey (1816)

<i>Trigridomanie</i>	Sin locura, que abarcaba actos voluntarios de cometer acciones feroces, como golpear a alguien o la necesidad de verter sangre en alguien.
<i>Folie raisonnante</i>	Agresión hacia los objetos inanimados.
<i>Utophobie</i>	Aversión hacia los hijos de uno mismo.
<i>Klopémanie</i>	Impulso irresistible de robar sin necesitarlo.
<i>Mélancolie suicide</i>	Tendencia al suicidio sin locura.

Estos fueron los trastornos descritos en los que la impulsividad destacaba, en ellos todas las funciones intelectuales estaban conservadas.

La aportación de Heinroth en 1818 dio lugar a la debilidad de la voluntad, también denominada *akrasia*. Este estado se originaba de la separación con la razón, de manera que la voluntad estaba determinada por los sentimientos e intelecto, de modo que existía rabia si había una sobreexcitación, así como una apatía si se inhibía la voluntad. A partir de la escuela de la Psicología de las Facultades, se comenzó hablar de una subcategoría en los trastornos de la voluntad, los cuales se caracterizaban por la presencia de una lesión en la voluntad, posteriormente esta postura sirvió de base para los trastornos impulsivos. Un claro ejemplo de esto fue Esquirol en 1838, quien consideraba que los trastornos de la voluntad se debían a una enfermedad crónica en el cerebro. Billod, en 1847 psiquiatra clásico añadió la presencia de una balanza entre las facultades, de modo que si se exaltaba la voluntad, el intelecto o afectos se veían alterados y disminuían. Uno de los autores más conocidos fue Ribbot, quien en 1904 destacaba por sus aportaciones sobre la cleptomanía, manía suicida y piromanía. Refirió la voluntad como

un fenómeno psico - fisiológico e incluía dentro de las patologías de la voluntad las debidas al exceso de impulsión, caracterizadas por la falta de control o inhibición, también consideraba que se debía al empobrecimiento de otras funciones intelectuales. En este siglo surgió la abulia que inicialmente se consideró como la ausencia de voluntad, a finales del siglo XVIII los primeros psicoanalistas la asociaron con un trastorno primario de la voluntad, una patología relacionada con las emociones. Durante el siglo XIX se hizo referencia a la impulsión como cualquier acción involuntaria, estereotipada y paroxística.

Definiciones de impulsividad. Durante la segunda mitad del siglo XIX se consideraba que la patología surgía internamente, pero generaba consecuencias externas, por lo que varias fueron las definiciones que aparecieron, la mejor del momento fue la de Dagonet en 1870, quien expresó las impulsiones como actos irresistibles e involuntarios que se imponen sobre la mente, denominó a la enfermedad como *folie impulsive* e incluyó fobias, tendencias homicidas, comportamiento maniaco y preocupaciones hipocondriacas. Autores como Magnan, definieron la impulsividad como una rápida explosión de energía, una falta de control voluntario y de vigilancia; lo que destacó del autor es que alejó las impulsiones de lo moral y religioso, además de ser uno de los primeros en incorporarlas a las enfermedades mentales. Los que denominaron e incluyeron las impulsiones como una enfermedad, fueron Pitres y Régis quienes en 1902, atribuyeron el nombre de impulsividad, cuya etiología podía ser innata o adquirida, ambos plasmaron la base de los trastornos de impulsividad. Durante el siglo XX algunos psiquiatras del momento prestaron interés en el tema, uno de ellos Kraepelin, en 1990 en su obra titulada *Impulsive Insanity* habló del comportamiento que tenían los pacientes con impulsos patológicos. Él observó que las personas actuaban sin motivos claros, simplemente por el impulso de actuar; tenían exigencias inmediatas de cometer el impulso, aunque estos no tenían repercusiones

importantes. Describió que en algunos casos se ponía en riesgo su vida o la de los demás, también hizo una clasificación de los trastornos impulsivos, en los que destacó los siguientes, ver Tabla 6.

Tabla 6

Clasificación de los trastornos impulsivos de Krapelin (1990)

Piromanía	Enfermedad común, frecuente en las mujeres jóvenes y en etapa de pubertad, caracterizada por la necesidad de encender fuego y el placer de verlo arder.
Cleptomanía	Necesidad de robar objetos de poco valor, frecuente en mujeres, sobre todo durante los cambios hormonales.
Impulso mórbido	Se caracteriza por el daño y el asesinato, dirigido hacia los hijos.

Todos estos trastornos tuvieron una prevalencia en el sexo femenino, de acuerdo al autor estos estaban asociados con la esfera emocional, lo que provocaba alteraciones permanentes en la personalidad psíquica, caracterizadas por: débiles e inestables o personalidades crueles, insociables y reservadas; sin embargo, las manifestaciones clínicas sólo aparecían durante un periodo concreto de la vida, la pubertad, debido a que en este periodo la resistencia física y mental es baja. También hizo una comparación entre personas impulsivas y las que no lo eran, observó que las primeras sentían placer y completa gratificación al experimentar conductas de riesgo, mientras las no impulsivas sentían aversión, las recomendaciones que daba a los pacientes eran, la abstinencia de alcohol, psicoterapia basada en la palabra y para los pacientes que ponían en riesgo su vida o la de los demás, ingresar a un hospital mental (González et al., 2004).

Dentro de las aportaciones del siglo XX también destacó Jaspers, quien en 1993 abordó la patología impulsiva desde la perspectiva fenomenológica, por lo que únicamente se enfocó en el consciente y definió varios conceptos:

- Impulso primario: carece de contenido y dirección.
- Instinto natural: tiende inconscientemente a un fin.

- Acto de la voluntad: se tiene conocimiento de medios y consecuencias.

Para él la voluntad únicamente aparecía cuando se experimentaba la elección y la decisión de acciones arbitrarias, ante la carencia de las mismas, sólo había movimiento que denominó acciones instintivas, caracterizadas por energía que se descarga, sin lucha y sin decisión pero bajo control, sin embargo cuando no existía control y las acciones no podían ser contenidas, las denominó acciones impulsivas. Para que estas acciones pudieran ser consideradas como patológicas era necesaria la intervención clínica; estas únicamente podían ser clasificadas en dos categorías: acciones impulsivas normales y patológicas. Las primeras eran consideradas como frecuentes en la vida cotidiana, todavía se podían reprimir; a su vez las segundas estaban representadas en la psicosis aguda, confusión mental y estados indiferenciados del desarrollo. La finalidad de estos impulsos era sentir placer y actuar sin sentido. Pinal y Pérez (2003) citaron a otros autores como Murria quien comprendió que la impulsividad se caracterizaba por la tendencia a responder rápidamente sin reflexión previa e implicaba dificultades para restringir su propio comportamiento. Moroe añadió la furia, acciones homicidas y agresividad, como conductas características de la impulsividad, por su parte Douglas aportó que la impulsividad se asociaba con la incapacidad para mantener la atención. En relación con el TLP, en 1947 se añadieron las conductas impulsivas al Manual Diagnóstico y Estadístico que hasta hoy en día siguen vigentes (González et al., 2004).

Actualmente el DSM - V no proporciona una definición explícita de la impulsividad, por lo que la definición de Eysenck y Eysenck (1977) es la que mejor describe el término. La definieron como un patrón conductual desadaptativo determinado por activación motora, así

como una conducta precipitada, con falta de planificación, decisiones no meditadas y tendencia a actuar sin pensar.

Al igual que Jaspers en 1993, Squillance, Picón y Schmidt (2011) distinguieron dos tipos de impulsividad, funcional y disfuncional. La primera de ellas se relaciona con la toma de riesgos, altos niveles de actividad, procesamiento rápido y audacia, es efectivo y funcional para el individuo, incluso llegan a beneficiarse de su actuar veloz. La segunda se asocia con conductas desordenadas que no ocasionan ningún bien para el individuo, los sujetos no toman en cuenta las diversas opciones que poseen, ni las consecuencias de sus actos, como en el caso de los pacientes con TLP. Al respecto, Hollander y Stein (2006) afirman que la impulsividad es considerada patológica cuando es imposible resistir los impulsos y se llega al acto de manera inmediata; desde el enfoque clínico de la psicopatología, la impulsividad puede ser descrita a partir de tres significados: como síntoma, tipo específico de agresión o como un rasgo general de la personalidad. Los primeros dos, incluyen la tendencia a provocar actos perjudiciales sin premeditación o planificación; sin embargo, cuando es considerado como rasgo general de la personalidad, es aplicable a dos de los trastornos de la personalidad más representativos del grupo B en el DSM-V, como son el antisocial y límite. La impulsividad forma parte de los criterios diagnósticos de varios trastornos como: el TDAH, juego patológico, bipolaridad, hiperactividad, trastornos alimenticios, abuso de sustancias y cleptomanía en estos la impulsividad es un derivado del trastorno. La diferencia entre el TLP y antisocial, es que la impulsividad es el problema central del trastorno; en los sujetos antisociales, los hace actuar en contra de los demás mientras que en las personas con TLP la impulsividad está dirigida hacia su misma persona. Precisamente por esto, las personas con este trastorno tienden a infringirse autolesiones, a tener

atracones de comida, golpearse la cabeza o manos contra la pared, ocasionando daño físico a quien lo padece (Haro et al., 2004).

Villarejo (2012) describe dos tipos de conductas impulsivas, las inmediatas y las diferidas. Las primeras, se caracterizan principalmente por el acto motor, son irreflexivas y la respuesta rápida ante los estímulos, es imposible de inhibir. Lleva actuar a las personas y no hay una motivación racional clara, el objetivo de estas acciones es buscar obtener recompensas inmediatas, las cuales están dotadas principalmente de carga afectiva. En los pacientes con TLP es bastante común observar conductas impulsivas inmediatas debido a que sobresalen los arrebatos de ira y violencia, así mismo suelen aburrirse con facilidad de sus actividades, sobre todo cuando sienten que están cayendo en la monotonía. Este tipo de impulsividad se vuelve una necesidad para experimentar placer de manera constante; por ejemplo, la adrenalina, los lleva actuar como si fueran inmunes al peligro por lo que presentan varias conductas de riesgo como: relaciones sexuales sin protección, relaciones inestables, deficiencia escolar, consumo de alcohol y de sustancias.

Las conductas impulsivas diferidas implican comportamientos con mayor complejidad y elaboración, estas conductas adquieren una importancia a nivel cognitivo y emocional. En un inicio hay un aparente acto motor de realizar la conducta, posteriormente estos actos se relacionan con una activación emocional o búsqueda de excitación. La característica esencial es la falta de planificación y un mayor interés por la situación actual, el presente. Hay una clara distorsión en las personas impulsivas ya que no logran percibir el riesgo de sus actos, en cambio sólo están atentos a la búsqueda de sensaciones y emociones excitantes. Con este tipo de impulsividad se busca evitar la rutina y experimentar las emociones de forma extrema, por esto se

ha asociado más al trastorno antisocial de la personalidad, la piromanía y el juego patológico. En personas con TLP se manifiesta mediante la búsqueda de emociones excitantes como la conducción temeraria si existe una comorbilidad con el trastorno antisocial es común que se involucren en actos delictivos como asaltos, venta ilegal de sustancias y estafar a los demás para placeres propios.

Autores como Ibáñez (2014), se han interesado en la impulsividad de los pacientes con TLP, la Tabla 7 muestra algunas de las características impulsivas en personas con este trastorno.

Tabla 7

Características de la impulsividad, Ibáñez (2014)

-
1. Tendencia a responder de forma inmediata, rápidamente y sin reflexión previa.
 2. Dificultad para detener o inhibir acciones una vez que se ha comenzado.
 3. Se lleva a cabo la conducta, aunque las consecuencias sean negativas.
 4. Hay una incapacidad para detener una conducta considerada como gratificante.
 5. Dificultad en la toma de decisiones.
 6. Búsqueda de riesgo.
 7. Poca paciencia ante el retraso de la recompensa.
 8. Umbral de tolerancia bajo.
 9. Poseen menos ansiedad por cometer errores, bajos estándares de rendimiento, así como menor motivación por aprender.
 10. Falta de inhibición al inicio de la acción.
 11. Imposibilidad de postergar el logro del placer.
 12. Falta de flexibilidad.
 13. La incapacidad de controlar acciones es sin duda un factor que conlleva a las autolesiones y a la conducta suicida.
-

Estas características muestran una disfuncionalidad en el plano individual en quienes padecen el trastorno, debido a que sólo buscan experimentar placer, sin importar el riesgo que implique, al contrario a mayor riesgo, más excitación. El aprendizaje, los amigos e incluso la familia, pasan a segundo plano, su único objetivo es experimentar gratificación y sentir adrenalina.

Squillance et al. (2011) refieren tres principales autores: Gray, Cloninger y Zuckerman que dieron explicación a la impulsividad de tipo patológica, como es el caso de los pacientes con TLP. Gray en 1987 afirmó que la impulsividad emerge del sistema de activación conductual, este se activa ante estímulos condicionados de recompensa y señales de seguridad, por tanto hay una alta necesidad de recibir gratificaciones a corto plazo. Respecto a la impulsividad Cloninger en 1987 añadió el concepto de búsqueda de novedad, el cual hace referencia a la necesidad de recurrir a actividades que brinden recompensa o novedad, como ya lo había mencionado Gray, sin embargo Cloninger afirmó que estas acciones llegan a ser adictivas, se convierten en necesarios debido a que las personas impulsivas suelen aburrirse con facilidad, experimentan una alta impulsividad que debe de ser regulada de alguna manera, además de que poseen una tendencia al desorden. Por último Zuckerman en 1988 mencionó que la búsqueda de novedad e impulsividad no sólo están vinculados hacia un posible resultado, sino que existen maneras de buscar sensaciones impulsivas, por lo que aportó tres formas impulsivas y una no impulsiva:

- Búsqueda de sensaciones y aventuras: deseo por involucrarse en deportes de riesgo o actividades que impliquen alta velocidad u otras sensaciones inusuales.
- Búsqueda de experiencia: como su nombre lo dice se busca obtener experiencia a través de los sentidos, arte, música, comida, etc. Se caracteriza por una vida poco conformista.
- Desinhibición: asociado con la búsqueda de estimulación sexual y social, la manera más frecuente de lograrlo es asistiendo a múltiples fiestas o parejas sexuales.
- Susceptibilidad al aburrimiento (no impulsiva): intolerancia a la monotonía, hacia la gente e inquietud cuando se está en un ambiente familiar por un largo periodo de tiempo.

Para Zuckerman, los pacientes con TLP presentan estos tipos de búsqueda de sensaciones, lo cual da origen a diversas actitudes, intereses y conductas como: el abuso de

alcohol y múltiples sustancias, juegos de apuestas, experiencias sexuales, conducción temeraria, entre otros. Esto explica el comportamiento impulsivo de estos pacientes.

Conducta suicida. Los intentos de suicidios también son una de las características sobresalientes del TLP y afectan gravemente la vida del paciente debido a que puede morir sin necesariamente desearlo. Barrionuevo (2009) refiere que la palabra suicidio proviene del latín: *sui* (si mismo) *cidium* (matar), “atentado contra la propia vida”, “matar - se”. Los griegos lo expresaban como *autokeiria* de *autos*: sí mismo, y *keiros*: mano, lo que significaría: muerte elegida por uno mismo, es decir; ejecutada por mano propia.

Desde la perspectiva psiquiátrica se considera que las conductas suicidas están asociadas a diversos trastornos emocionales. Se sabe que 90% de los casos que cometen un intento de suicidio, están vinculados a un trastorno emocional o enfermedad psiquiátrica. Principalmente se ha observado que son vías de escape ante situaciones abrumadoras, por ejemplo: el aislamiento social, muerte de un ser querido, envejecimiento, desempleo, sentimientos de culpa y la dependencia de sustancias (Muelas & Mangado, 2007).

Características del suicidio. De acuerdo a Villardo (2010) más de la mitad de los suicidios consumados están relacionados a trastornos esquizofrénicos, alcoholismo, ansiedad y depresión, este último usualmente se asocia con niveles de baja letalidad. Ante la presencia de signos de enfermedad mental es necesario brindar un adecuado manejo terapéutico y mayor vigilancia sobre todo cuando la ideación suicida se hace presente.

Solff, Lynch y Kelly (2002) afirman que la tasa de suicidio consumado se sitúa alrededor del 10% (0.5 - 2% en la población general), especialmente en menores de 30 años y sobre todo asociado al sexo masculino, mientras que los intentos de suicidio están presentes en un 75% (3-5% en la población general). Respecto al TLP Torres, Jiménez y Ongay (2012)

identificaron que alrededor del 10% de los pacientes mueren a causa del suicidio y aproximadamente el 60 - 70% presentan intentos de suicidio.

Forti y Forti (2012) también mencionaron que entre el 5 y el 10% de los pacientes con diagnóstico de TLP fallecen por suicidio consumado, debido a que son individuos vulnerables, impulsivos que presentan labilidad emocional, bruscos cambios de humor, así como problemas de identidad y miedo al abandono, suelen implicarse en relaciones interpersonales inestables, etc. Ante este panorama existe un alto riesgo a realizar intentos de suicidio en situaciones frustrantes. Es difícil predecir la conducta suicida en estos pacientes pues presentan cuadros muy heterogéneos con alta comorbilidad que complican tanto la evaluación como el manejo clínico. Estos autores aportaron un extenso abanico sobre la conducta suicida; en el cual expresaron que no toda autolesión implica intento de suicidio, por lo que distinguen cinco tipos:

- a) Autolesión no suicida directa: Es el acto deliberado que produce un daño directo al cuerpo, pero sin intencionalidad suicida, por ejemplo: cortes superficiales en antebrazos o piernas. Este tipo de pacientes tienen elevados niveles de disociación, agresividad, impulsividad, problemas de autoestima y emociones negativas.
- b) Autolesión no suicida indirecta: conducta que no daña directamente el cuerpo, pero que incluye maltrato a uno mismo, como involucrarse en relaciones tormentosas, abuso de sustancias, conductas de riesgo, entre otras.
- c) Intento de suicidio frustrado (no letal): no alcanza su fin y cuyo método no era letal en sí mismo, por ejemplo: ingesta de paracetamol o laxantes, tratar de asfixiarse con una almohada, entre otros.
- d) Intento de suicidio letal frustrado: no alcanza su fin (la muerte) y cuyo método era potencialmente mortal, tales como el disparo y ahorcamiento

e) Suicidio consumado: intento que acaba con la vida del sujeto.

Los pacientes con este trastorno tienen un alto nivel de conductas suicidas. Aproximadamente el 57% de esta población posee tres o más intentos de suicidio y un 60% regularmente realizan estos intentos en un intervalo de un año (Cervera, Haro & Martínez, 2005).

Por su parte González, Berenson, Tello, Facio y Medina (1998) afirmaron que un intento de suicidio no siempre implica el querer quitarse la vida, una persona puede infligirse una lesión no necesariamente para morir, sino con la finalidad de obtener ganancias secundarias, como llamar la atención o manipular. De esta forma, el individuo se pone en riesgo, pues puede perder la vida sin habérselo propuesto o bien puede suceder lo contrario no muere aun deseando hacerlo. Algunas personas suelen interpretar las automutilaciones e intentos de suicidio como formas de chantajes y manipulaciones, sin embargo, desconocen que esta es la manera efectiva que ha encontrado el paciente con TLP para enfrentar las emociones difíciles, pues es la forma en que llegan a tolerarlas y alcanzar la calma (Torres, Leyva, Sánchez & González, 2010).

Los métodos utilizados para realizar un intento o acto suicida también se han modificado a lo largo del tiempo, en la actualidad se hace uso del consumo de fármacos y armas de fuego; este último varía de acuerdo a los sexos, según los registros son pocos los casos en las mujeres (García, Sahagún, Ruiz, Sánchez, Tirado & González, 2010).

El INEGI (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2015) reportó en 2013 basados en las estadísticas de mortalidad (2000 al 2009) que el suicidio consumado en la Ciudad de México se presentó principalmente en el sexo masculino; así mismo los suicidios incrementaron en un 275% entre los adolescentes y jóvenes en un rango de 15 a 29 años. La tasa de intento de suicidio es difícil de determinar debido a que muchos intentos fallidos no son reportados; sin

embargo se estima que por cada adulto que se suicida posiblemente 20 personas realizaron un intento de suicidio (Martín, González & Bustamante, 2013).

Respecto a los sexos García et al. (2010) también refieren que las mujeres llevan a cabo más intentos de suicidio sin que logren su cometido en la mayoría de veces, pero la muerte por suicidio es más frecuente en los hombres; de acuerdo al reporte del INEGI en 2015 estas variaciones se han mantenido a durante el transcurso del tiempo. Respecto a esto, un artículo realizado por el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (2006) también concuerda con esta distinción entre los sexos, por lo que afirmaron que el género masculino comete más suicidios que el sexo femenino en una proporción de 5:1 en todos los rangos de edad; sin embargo las mujeres realizan más intentos suicidas, generalmente en la misma proporción ingiriendo medicamentos (benzodiacepinas, analgésicos, antibióticos o pesticidas). El suicidio consumado se daba en hombres mayores de 50 años por medio del ahorcamiento o el uso de algún arma de fuego, aunque en los últimos años se ha ido presentando más en jóvenes entre los 15 y 24 años de edad; sobre todo con un nivel socioeconómico bajo, con previo tratamiento psiquiátrico y algún trastorno de personalidad. Un dato interesante es que aquellos pacientes que habían recibido un tratamiento psiquiátrico, 60% logran su cometido; más de la mitad comentó su deseo de morir y la tercera parte hizo una amenaza de suicidio (Gutiérrez, Contreras, & Orozco, 2006).

El Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (2010) llevó a cabo otra investigación en la población general, con el fin de evaluar los eventos relacionados con el suicidio en la Ciudad de México, informaron que el suicidio es una de las cinco principales causas de muerte hasta los 34 años de edad, también se reportó que de los 121 casos de intento de

suicidio entre los adolescentes, 85.44% sufría algún trastorno mental (87.73% mujeres y 78.61% hombres). En el caso de los hombres su diagnóstico estaba orientado hacia un trastorno del impulso y en las mujeres un trastorno de ansiedad; sin embargo los adultos varones (75.41%) reportaron un trastorno mental, pero asociado al consumo de sustancias. Un dato importante es que de la muestra total únicamente el 0.13% requirieron atención médica; 75 millones de habitantes de la República Mexicana que la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) registró en 2008 reflejó que 6 601 210 mexicanos tuvieron ideación suicida en los últimos 12 meses, 918 363 planearon el suicidio, un total de 593 600 personas intentaron suicidarse y 99 731 utilizaron servicios médicos como consecuencia de un intento de suicida; al igual que autores anteriores, la muerte por esta causa es más común en el sexo masculino. Este dato ha ido incrementando con el paso del tiempo, además de que hacen uso de métodos más violentos como: el ahorcamiento, estrangulación o sofocación y uso de arma de fuego. En la Ciudad de México la ideación, planes e intentos suicidas prevalecen en el sexo femenino (Borges, Orozco & Medina, 2010).

Al respecto, Espinosa, Blum y Romero (2009) refieren que en la mayoría de las muertes consumadas las personas habían presentado ideas e intentos suicidas e incluso habían consultado algún especialista antes del evento; aproximadamente una de cada cuatro personas con intento suicida ha reportado haber consultado alguna vez a un psiquiatra.

Relativo a los factores asociados a la conducta suicida, García et al. (2010) aportaron varias características implicadas, como se observa en la Tabla 8.

Tabla 8
Factores asociados a la conducta suicida, García y cols. (2010)

-
- Trastornos psiquiátricos (depresión y trastornos afectivos).
 - Consumo de sustancias adictivas, principalmente el alcohol; en autopsias realizadas se han detectado hasta un 33% en la sangre.
 - Padecimientos físicos crónicos.
 - Antecedentes familiares de conductas suicidas, principalmente si la madre ha realizado dicha conducta.
 - Antecedente previo de la conducta, al presentarse este es común que haya más intentos.
 - Manifestaciones de ideas de daño y muerte o asociadas a no despertar.
 - Cambios importantes en los hábitos alimenticios y del sueño.
 - Pérdida significativa de interés en las actividades habituales (antes placenteras).
 - Retraimiento respecto a los amigos y miembros de la familia.
 - Manifestaciones de crisis contenidas.
 - Uso o abuso de alcohol y drogas.
 - Descuido del cuidado personal.
 - Situaciones de riesgo innecesarias.
 - Sensación de aburrimiento.
 - Dificultad para concentrarse.
 - Deseos de morir.
-

Otros factores vinculados son la alteración emocional, impulsividad y la desesperanza. Ante la presencia de estos los pacientes tienden al aislamiento, descuido personal y poca socialización, afecta severamente su calidad de vida por lo que no encuentran el sentido de continuar viviendo. También se han encontrado factores cognitivos que influyen en la conducta suicida como: la rigidez, el pensamiento dicotómico, una menor capacidad para resolver los problemas y distorsiones cognitivas. Esto asociado a un mal afrontamiento de las situaciones estresantes, detonan los intentos de suicidio.

Cervera et al. (2005) refieren un trabajo realizado por Brodsky, Malone, Ellis, Dulit y Mann en 1997, ellos examinaron la relación entre las características del TLP y conductas suicidas. Estos autores llegaron a la conclusión de que los rasgos de impulsividad están estrechamente asociados con el número de intentos de suicidio, se ha encontrado que

aproximadamente el 25% de los pacientes con TLP han sido víctima de abusos sexuales durante la infancia, lo cual tiene varias repercusiones, como el aumento en los intentos de suicidio durante la edad adulta que puede ser hasta diez veces más que un paciente que no ha sufrido algún abuso sexual; así como mayor probabilidad a desarrollar rasgos antisociales, gravedad del TLP, desesperanza y depresión mayor.

Rasgos de personalidad. Los rasgos de personalidad han adquirido un rol importante para comprender los intentos suicidas, aunque desafortunadamente se les ha prestado poco interés. Al respecto, Harrington en 2001 considera que el intento de suicidio se puede explicar a partir de la combinación de la depresión con ciertos rasgos de personalidad, por ejemplo: agresión, propensión a tomar riesgos y búsqueda de sensaciones (Palacios, Sánchez & Andrade, 2010). Entendiendo esta última como un rasgo de personalidad que se define por: “La necesidad de experimentar variadas y complejas sensaciones, así como el deseo de correr riesgos físicos y sociales, por el simple deseo de disfrutar tales experiencias; este concepto se considera multifacético y multidimensional, puede englobar componentes como la búsqueda de emoción, aventura y experiencias, así como desinhibición y susceptibilidad al aburrimiento” (Zuckerman, 1994).

Schneidman, en 1976 en su publicación “Una Teoría psicológica del Suicidio”, expresó que la hostilidad, perturbación, constricción y cese juegan un papel importante en la conducta suicida. Previamente al acto, la hostilidad hacia sí mismos se ve aumentada; la perturbación está relacionada a los estados emocionales negativos como: la culpa, malestar, pena, amargura, entre otros, por su parte la constricción se asocia a la imposibilidad de la persona suicida de percibir todos los aspectos de la realidad, por lo que sólo es consciente de los aspectos negativos y el pensamiento dicotómico. Cuando los elementos descritos se encuentran altamente elevados en el

individuo, la potencialidad suicida es alta; por lo que el cese o terminar con la vida es la mejor solución (Quintanilla, Valadez, González, Vega, Flores & Valencia, 2004).

En un estudio realizado en el 2011 se dio seguimiento a 701 pacientes con TLP durante siete años en los cuales se examinaron dos rasgos de personalidad, la afectividad negativa y la desinhibición, como posibles predictores de los intentos de suicidio. Los autores consideraron que la afectividad negativa (ansiedad, miedo, hostilidad, culpa, insatisfacción y disgusto) era un predictor de la conducta suicida más determinante que la impulsividad (Álvarez, Andión, Barral, Calvo, Casadella, & Casañas, 2011).

En la Ciudad de México también se han realizado investigaciones respecto a los rasgos de personalidad en pacientes con TLP. Delgado y Uribe (2013) investigaron 40 pacientes de sexo femenino entre los 18 y 50 años de edad; se les aplicó el MMPI-2, en el cual se halló que las pacientes puntúan alto en la escala de depresión y esquizofrenia; esto indica que poseen sentimientos de tristeza, culpa, pesimismo ante el futuro, irritabilidad, dificultad para tomar decisiones, carecen de seguridad en sí mismas, así como dificultad para concentrarse. También presentan conductas compulsivas, distorsionan la importancia de sus problemas, reaccionan exageradamente; poseen inmadurez y dependencia. Así mismo se encontraron altas puntuaciones en desorden por estrés postraumático y desorden por estrés postraumático de Schlenger, esto refleja angustia, ansiedad, inseguridad, sumisión y depresión. Este tipo de personas recurren a estímulos externos con la finalidad de incrementar sus sensaciones como la adrenalina y excitación, son personas que se caracterizan por realizar actividades inusuales que los demás consideran como peligrosas o arriesgadas (Palacios et al., 2010).

Por tanto los rasgos de personalidad influyen en la conducta suicida, por lo que es importante considerar este aspecto para brindar una atención adecuada y específica al paciente con TLP.

Intentos de suicidio de baja letalidad en pacientes con TLP. Los pacientes con TLP, presentan varios intentos de suicidios no directos e indirectos como Forti y Forti (2012) lo definen en su clasificación. Es importante enfocarse en este aspecto debido a que el comportamiento, actitud o amenazas recurrentes de suicidio y conducta de automutilación forman parte de los criterios diagnósticos del TLP en el DSM - V. Se consideran intentos de suicidio de baja letalidad, están presentes en personas con TLP (50 a 80% de los casos) es un acto repetitivo (más del 41% de los pacientes hace más de 50 automutilaciones). Las conductas de riesgo, las autoagresiones y los gestos suicidas son frecuentes, afectan un 90% de los pacientes con TLP, por lo tanto vale la pena definirlo y detenernos en este aspecto, por autolesión se entiende, destrucción deliberada y directa o alteración de los tejidos del cuerpo sin intención suicida consciente (Chapman, Gratz & Brown, 2006).

La automutilación desempeña el papel de un acto anti - suicidio, es decir se hace uso de este método sin el objetivo de alcanzar la muerte. Esto es empleado por los pacientes con el fin de regular sus estados emocionales aversivos, expresar su ira, saciar su ansiedad, terminar con su vida, castigarse, manifestar su dolor o llamar la atención de los demás así como, salir de su disociación y sentir que están viviendo de nuevo. Las conductas autodestructivas no originan el deseo de morir; sin embargo, ponen en riesgo la vida del paciente con TLP. Las personas que padecen este trastorno es común que presenten crisis, en las que pueden llegar a presentar diversas conductas como: cortes superficiales en brazos y piernas así como quemarse, golpearse la cabeza, tirarse del cabello con fines ansiolíticos, abuso de sustancias, conductas sexuales de riesgo, alteraciones en la conducta alimentaria (purgas o atracones), agresión impulsiva, mordeduras, intentos de suicidio, fracturas de huesos y otros actos dañinos (National Institute of Mental Health, 2014).

De acuerdo con Castro (2014) algunos factores que se han asociado a las conductas no suicidas son las siguientes, ver Tabla 9.

Tabla 9

Aspectos asociados a la conducta no suicida de acuerdo con Castro (2014)

1. Niveles altos de pensamientos, sentimientos no placenteros y negativos.
 2. Habilidades comunicativas pobres y dificultades en la solución de problemas.
 3. Abuso, maltrato, hostilidad y crítica excesiva durante la niñez.
 4. Respuesta excesiva al estrés o lo opuesto.
 5. Tasas altas de autolesiones no suicidas para lograr la respuesta deseada.
 6. Necesidad de autocastigo.
-

El paciente con TLP experimenta culpa, baja autoestima, posee poca comunicación y calidad de vida deficiente, por lo que ante la presencia de estos factores recurren a las autolesiones como vías de escape.

Las personas con este trastorno y comportamiento de automutilación, tienen el doble de probabilidades de cometer un intento suicida que los que no. Quienes llevan a cabo la automutilación con intento de suicidio puede estar en mayor riesgo por varias razones: experimentan más sentimiento de depresión y desesperanza, son más agresivos, muestran más inestabilidad afectiva, subestiman la letalidad de su comportamiento, por último los pensamientos suicidas que posee son más prolongados en tiempo y frecuencia (Oumaya, Friedman, Pham, Abou Abdallah, Guelfi & Rouillon, 2008).

Para Chapman et al. (2006) un factor protector de la conducta autolesiva es la alta puntuación en dependencia de la recompensa y búsqueda de la novedad, ambas se han relacionado con menos intentos de suicidio. Al respecto Brodsky en 1997 reportó que los pacientes TLP con síntomas disociativos poseen una mayor tendencia a la automutilación, además de mayores síntomas depresivos (Cervera et al., 2005).

Una característica que poseen estos individuos es que cuando se agreden a sí mismos muchos reportan no sentir dolor, al contrario sentir una especie de alivio al hacerlo. Autores como Ludäscher, Kalckreuth, Parzer, Kaess, Resch, Bohus, Schmahl y Brunner (2015) se interesaron en este aspecto, por lo que reunieron a mujeres adolescentes con el trastorno para investigar la sensibilidad al dolor. Se evaluaron los umbrales a través de estímulos térmicos en ambas manos, los resultados mostraron que las pacientes toleran altos niveles a diferencia del grupo control. Un resultado similar se encontró en una investigación realizada en adultos con el mismo trastorno, quienes reportaron una menor sensibilidad al dolor, refieren sentirse mejor cuando recurren a las automutilaciones como cortes o quemaduras, estos pacientes toleran el dolor físico, debido a que el dolor emocional es más grande, la autolesión produce una especie de analgesia de este modo se libera la emoción displacentera o recuerdo traumático, sin embargo esto es preocupante porque pueden llegar a autolesionarse severamente e incluso perder la vida sin darse cuenta.

En un estudio realizado por Torres, Jiménez y Ongay (2012) evaluaron las funciones del yo y las características principales del temperamento en pacientes con TLP, de acuerdo a los resultados obtenidos los pacientes sin conducta autolesiva presentan una mayor dependencia social (sobre todo en mujeres) y materialismo racional. Los pacientes con autolesión poseen mayor sentimiento de inferioridad, baja autoestima, mayor sensación de autotrascendencia. En la evaluación de las funciones del yo se reportó que el grupo sin autolesiones tiene una mayor capacidad para darse cuenta de las posibles consecuencias de sus actos, poseen una mayor habilidad del yo para manejar sus impulsos, así como mayor tolerancia a la frustración, cooperatividad y regulación de afectos e instintos así pues, tienen una mejor capacidad para pensar con claridad. Esto se manifiesta en la habilidad para comunicar sus pensamientos de manera inteligible (la atención, concentración, formación de conceptos, lenguaje y memoria son

componentes del proceso del pensamiento) y menor impulsividad. En el grupo de autolesión disminuye su sentido de realidad, responsabilidad, empatía, menor interés social, baja tolerancia a la frustración, regulación de los impulsos, en general hay un menor funcionamiento yoico. En contraste hay un incremento en el oportunismo y deshonestidad de los principios, por tanto hay mayor probabilidad que presenten intentos de suicidio. Hubo correlaciones positivas en el grupo sin autolesiones, lo que significaría que con un buen funcionamiento yoico de juicio, regulación de afectos y procesos de pensamiento se lograría disminuir la conducta suicida.

Modelos asociados a la conducta suicida. En un estudio realizado por Guija, Giner, Marín, Blanco y Parejo (2012) retomaron tres teorías que dan explicación a la conducta suicida:

1. Modelo estrés - diatésis de Mann en 1997, entendiendo diatésis como la predisposición o vulnerabilidad que tienen ciertas personas para contraer una determinada enfermedad. Este modelo explica que el suicidio se da por el empeoramiento de la enfermedad mental, así como por crisis psicosociales. Ligado a esto existen factores que fomentan dicha conducta principalmente el pesimismo, la agresividad e impulsividad; sin embargo también influye el género, religión, genética, antecedentes familiares, experiencias tempranas, así como los factores biológicos, específicamente los neurotransmisores que tienen un papel decisivo en la conducta suicida. Interpreta un antes y un después de la conducta, va de lo más leve a lo más grave que es el suicidio consumado. Señaló que el suicidio combina factores ambientales, con aspectos que el propio sujeto posee como los biológicos y emocionales, esto hace vulnerable al paciente TLP y lo lleva a autodestruirse.
2. Linehan y Shearin en 1998 plantearon un modelo similar, ellos refieren que la conducta suicida es el resultado de la interacción dinámica entre el individuo y el ambiente. El

estrés del ambiente aunado a la vulnerabilidad personal y a las expectativas de la efectividad del suicidio son ingredientes explicativos básicos (Villardo, 2010).

3. El modelo de Turecki en 2005 refiere que el suicidio consumado en los trastornos de personalidad están estrechamente relacionados con la agresividad e impulsividad, los cuales se vinculan con los acontecimientos de la vida infantil (abuso físico y sexual) y adulta como la acumulación de experiencias negativas. Se ha llegado a la conclusión que los factores biológicos relacionados a la conducta suicida son paralelos a los encontrados en sujetos con impulsividad (Guija et al. 2012).

Estos modelos aplicados al TLP se representan como la figura siguiente:

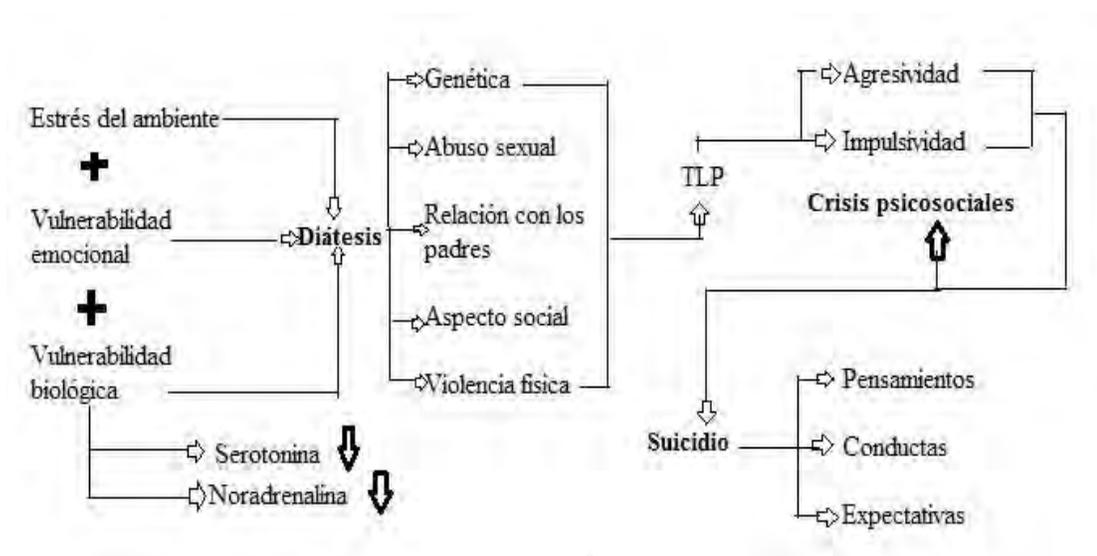


Figura 1: Modelo modificado de Mann, aplicado al TLP.

Alteración en la regulación emocional. Dentro de los criterios diagnósticos del TLP los cambios constantes en el estado del ánimo forman parte de las principales características del trastorno. El diccionario de la Real Academia Española (2001) refiere que la palabra emoción proviene del latín *emotionis*, que significa impulso, conduce a una acción; es decir aquello que te

mueve hacia. Las emociones suelen ser breves e intensas, asociadas a un estímulo desencadenante tanto interno como externo.

A diferencia de la impulsividad las emociones son funcionales, producen una acción, ayudan a adaptarnos ante ciertas situaciones y a reaccionar ante ellos de manera óptima. Al respecto Palmero, Guerrero, Gómez, Carpi y Gorayeb (2011) refieren que fisiológicamente se encargan de organizar las respuestas de distintos sistemas biológicos con la finalidad de tener un medio interno adecuado, para dar como resultado un comportamiento lo más efectivo posible.

La regulación emocional es definida como aquellos procesos por los cuales las personas ejercen una influencia sobre las emociones que poseen, cómo las experimentan y expresan (Hervás, 2011).

Sin embargo, los pacientes con TLP presentan alteración en la regulación emocional que se define por la capacidad disminuida para experimentar y diferenciar un amplio rango de emociones; se ha asociado a diversos padecimientos como: depresión, ansiedad, conductas desadaptativas, incluidas la impulsividad y las autolesiones no suicidas (Marín, Robles, González & Andrade, 2012).

Linehan (1993) lo denomina como vulnerabilidad emocional y lo define como la tendencia a responder a los estímulos ambientales con una elevada sensibilidad (rápidamente), reactividad (reaccionar con gran magnitud) y una recuperación retardada, es decir volver a un estado homeostático tras un largo periodo de tiempo.

Hervás (2011) refiere que en el campo clínico se pueden distinguir al menos tres vías en la alteración de la regulación emocional:

1. Alteración en la regulación por ausencia de activación: se observa en aquellas situaciones donde las personas no activan estrategias de regulación, a pesar de experimentar intensos

estados de disforia. Esta falta de activación se puede convertir en parte importante del problema clínico como sucede en la depresión, en estos casos el individuo puede abandonarse a su estado de ánimo negativo sin hacer nada para compensarlo.

2. Alteración por empleo de estrategias disfuncionales: el manejo de las emociones es complejo, de forma que si no se ha realizado adecuadamente el procesamiento emocional de la experiencia, los intentos de regulación pueden ser infructuosos por ejemplo, ante un hecho impactante o incluso potencialmente traumático.
3. Déficit por empleo de estrategias disfuncionales: Algunas personas, ante sus emociones negativas, activan estrategias de regulación para corregir dichas experiencias pero no lo consiguen, por el contrario lo que encuentran es que sus reacciones son más intensas y descontroladas. A menudo esto es la consecuencia de usar estrategias contraproducentes (p. ej., evitación / rechazo / supresión emocional) que lejos de reducir la intensidad de la experiencia la intensifican, por tanto la alteración en la regulación puede no ser un problema de activación o de eficacia, sino que a veces los intentos de regulación, en sí mismos, son el dilema. Es importante añadir que existen otras formas de regulación disfuncional que, aunque consiguen el objetivo de reducir la experiencia emocional, conllevan efectos secundarios desadaptativos, conductas como el consumo de alcohol y otras sustancias o de forma aún más evidente, las conductas autolesivas como estrategias de regulación emocional, ya que son realizadas con el objetivo de reducir la experiencia emocional negativa. Estos comportamientos tienen riesgos importantes para la salud física o mental del individuo; no deberían ser contemplados como métodos eficaces para el control emocional, de hecho en el campo clínico son a menudo considerados, ya no disfuncionales, sino auténticos síntomas.

En este último punto se incluye, el TLP ya que en el intento de regular sus emociones, las personas con este trastorno no recurren a soluciones asertivas para enfrentar sus situaciones, sino a estrategias disfuncionales lo cual en lugar de solucionar la situación regularmente la empeora, causa malestar físico y mental que provoca a intentos de suicidio, consumo de alcohol y sustancias, promiscuidad sexual, vómitos y atracones. Lamentablemente en la mayoría de los casos no se percatan de la magnitud de la situación, al contrario perciben estas estrategias como normales o funcionales.

En cuanto alteración en la regulación emocional, que poseen los pacientes con TLP se ha encontrado en primer lugar elevados niveles de alexitimia (incapacidad para identificar, distinguir y expresar las emociones) lo cual sugiere una reducida apertura emocional (Guttman & Laporte, 2002). La atención, claridad y aceptación emocional también parecen estar alteradas y tener un papel importante en el trastorno, entre los rasgos característicos y más difíciles de manejar de estos pacientes está la tendencia a autolesionarse y los intentos de suicidio, los cuales pueden explicarse dentro de un marco de la regulación emocional. Según el modelo de evitación experiencial propuesto por Chapman et al. (2006), estos pacientes usan las autolesiones y los intentos de suicidio como una forma de escapar y evitar sus intensos estados emocionales negativos. De hecho, lo cierto es que estos actos suelen reducir dicha emocionalidad negativa, por lo que se consolidan a largo plazo por un proceso de refuerzo negativo.

Se ha observado que el rechazo emocional está asociado con una mayor intolerancia al malestar y la alta frecuencia de conductas autolesivas. Por tanto, parece que estas conductas junto con las suicidas podrían ser parcialmente consecuencias de actitudes emocionales disfuncionales como el rechazo emocional o la intolerancia al malestar.

Ante la frustración las personas con TLP suelen reaccionar de diferente forma; Santiago (2013) realizó una clasificación que consta de tres tipos de conductas inadaptadas derivadas de la alteración en la regulación emocional, se observan en la Tabla 10.

Tabla 10

Tipos de conductas inadaptadas, Santiago (2013)

-
- a) La autoagresión: es aquella respuesta que ante la frustración el sujeto reacciona con autoverbalizaciones negativas, en el caso de los pacientes con TLP, pueden llegar de manera súbita a la autolesión o intentos de suicidio.
 - b) Heteroagresión: entendida como aquella conducta, dirigida contra los demás o hacia los objetos; como el culpabilizar a otros, que puede desembocar en hostilidad, discusiones, insultos, golpes a objetos o peleas físicas.
 - c) El escape: Aquella conducta con el fin de huir o evadir la situación, en la que el individuo se involucra en trastornos alimenticios, consumo de sustancias, gastos excesivos, promiscuidad sexual, entre otras conductas compensatorias como la manipulación e idealización; todas estas orientadas a evadir la situación real y escapar de dicha frustración, sin embargo esto será únicamente de manera temporal ya que es un círculo vicioso sin fin, debido a que origina nuevos problemas que afectan la vida del individuo; el escape es funcional a corto plazo.
-

Estas conductas producen una baja autoestima y dependencia afectiva. Las personas con este trastorno presentan una necesidad imperiosa de reconocimiento y crean una valoración de acuerdo a la opinión de los demás, esto influye en su pensamiento, porque cuando no cumplen sus expectativas, reaccionan de manera inadaptada, es decir no son capaces de utilizar estrategias de afrontamiento adaptativas. Por último los esquemas cognitivos que poseen han filtrado información negativa, lo cual ocasiona una carencia de alternativas, así mismo dificulta analizar los problemas o establecer estrategias para la resolución (Santiago, 2013).

Palmero et al. (2011) refieren que el estudio de las emociones ha adquirido gran relevancia para el entendimiento del ser humano. Levenson, en 1999 realizó una teoría amplia al respecto, por lo cual vale la pena retomar su investigación, enfocó su trabajo en dos dimensiones la intrapersonal e interpersonal, en la primera dimensión destacó varias características de las emociones, una de ellas es fundamental ya que para que el organismo funcione adecuadamente, debe de estar dentro de ciertos parámetros estándares. Existe una tendencia a buscar el punto

medio, también denominado homeostasis, este es sumamente importante debido a que si no se regresa al equilibrio se generan conductas desadaptativas, si estas se mantienen por demasiado tiempo o se repiten con mayor frecuencia y son intensas, llegan a producir un desorden o disfunción y se corre el riesgo que las emociones dejen de ser funcionales y se conviertan en factores de riesgo; a esto se le denomina pérdida de homeostasis o escape; aunque en ciertas ocasiones pudieran ser consideradas como respuestas necesarias o adaptativas ante ciertas situaciones. En este aspecto las emociones se encargan de movilizar los recursos internos con la finalidad de generar una respuesta lo más apropiada ante una situación de amenaza o desafío. El cambio en la jerarquía cognitiva es otra de las funciones intrapersonales; las emociones juegan un papel importante a la hora de establecer el orden de respuestas más probables. Se tiene la hipótesis que ante la ocurrencia de una emoción esta provoca un colapso o interrupción en todas las actividades motoras y cognitivas que en ese momento está realizando el sujeto, ocasionando una reorganización en las respuestas de acuerdo al orden de prioridad para solucionar el problema. Una segunda hipótesis, es que las emociones producen una desorganización, que genera una estructura más básica y primitiva asociada a la supervivencia y adaptación, para el autor ambas posturas son correctas. La última característica de esta dimensión es la motivación, ayuda a conseguir los objetivos que no necesariamente tienen que ser un objeto tangible sino puede ser la obtención de placer o afecto positivo, estas respuestas también se asocian con el aprendizaje y forma un condicionamiento, por ejemplo la obtención de una emoción placentera puede ser considerada como una forma de refuerzo positivo. Esto fortalece e incrementa la probabilidad de que la conducta se repita nuevamente, por su parte una conducta displacentera se asocia con un castigo positivo, lo que origina que la conducta decremente. Las emociones desde el punto de vista interpersonal tienen que ver con la manera en cómo las personas resuelven sus problemas, en el cual influye de gran manera el ambiente en donde se desenvuelve el individuo.

Por tanto, los pacientes con TLP tardan demasiado tiempo en regresar a un estado homeostático, lo que origina conductas inapropiadas para la situación y emociones de tipo desbordantes. Buscan solucionar el problema, desafortunadamente las estrategias que emplean no son las más funcionales por lo que terminan empeorando el hecho. La motivación está dirigida principalmente a la obtención del placer, si a esto sumamos el ambiente hostil en cual se desarrollaron, es de esperar que la vulnerabilidad emocional se haga presente.

Retomando la aportación de Santiago (2013) se puede concluir que la alteración en la regulación emocional provoca limitaciones graves en diversos contextos: sociales, laborales y afectivos; así mismo dificulta el aprendizaje de nuevas estrategias de afrontamiento ante situaciones cotidianas; además de que aumenta el malestar subjetivo. Cualquier persona aparentemente sana puede reaccionar ante la frustración de cualquier situación de manera negativa y como consecuencia generar repuestas inadaptadas; la diferencia con las personas que tienen el TLP es que se dejan llevar por las emociones que experimentan, no saben en qué momento detenerse, usualmente no reflexionan o analizan el hecho, sino que actúan de manera extremista (dicotómica), es decir no buscan alternativas para resolver de manera asertiva dicha situación. Obviamente estas emociones influirán en su manera de actuar y de reaccionar, se podría decir que las personas sanas o estables poseen una mayor resiliencia o capacidad de recuperación emocional.

Para concluir las personas con TLP poseen una alteración en el procesamiento de sus emociones, las cuales detonan comportamientos impulsivos, esto únicamente genera malestar al sujeto por lo que recurren a soluciones poco óptimas para regular sus emociones como: cortes, quemaduras, consumo de alcohol, intentos de suicidio y promiscuidad sexual. Ante este panorama es necesario que las personas reciban atención psicológica y psiquiátrica de manera

urgente, debido a que pueden terminar con su vida, como consecuencia de la mala regulación emocional.

OTRAS CARACTERÍSTICAS DEL TLP

De acuerdo a la definición del DSM - V los síntomas del trastorno suelen aparecer durante la primera etapa de la edad adulta, por lo cual Kaess, Brunne y Chanen (2014) hacen referencia a varias señales de alarma que pueden predecir el desarrollo de TLP en los adolescentes, se muestran a continuación en la Tabla 11.

Tabla 11

Señales que pueden predecir el TLP de acuerdo a Kaess, Brunne y Chanen (2014)

-
1. Autolesiones repetidas o intento de suicidio.
 2. Aumento de conductas impulsivas de riesgo, por ejemplo, consumo excesivo de alcohol, conductas sexuales de riesgo y abuso de sustancias.
 3. Mezcla de altos niveles de interiorización (síntomas depresivos, ansiedad) y problemas de externalización (problemas de conducta, TDAH, hiperactividad).
 4. Arrebatos de ira frecuentes y comportamiento perturbador.
 5. Problemas interpersonales y peleas constantes incluyendo relaciones inestables.
 6. Baja autoestima, inseguridad y falta de objetivos en la vida.
-

Es importante tomar en cuenta las señales de alarma, debido a que una detección a temprana edad permite una mayor funcionalidad para el paciente. Con el adecuado tratamiento psicoterapéutico y psicofarmacológico el pronóstico es favorable sobre todo cuando recién surgen los síntomas del trastorno, por otra parte implica una menor afectación personal, emocional e interpersonal para el sujeto. Los pacientes que no han sido detectados a temprana edad presentan un pronóstico variable, sin embargo se ha descrito una tendencia a la mejoría a largo plazo de modo que a partir de la cuarta o quinta década de la vida se logra una cierta estabilidad en las relaciones personales y en el funcionamiento laboral (Seivewright, Tyrer & Johnson, 2002).

Respecto a esto Paris y Zweig (2001), replicaron un estudio de los años ochenta, en el cual reportaron disminución de los síntomas del TLP tras 15 años de seguimiento. El estudio longitudinal se realizó en 64 pacientes durante 27 años con el objetivo de determinar si los síntomas de dicho trastorno disminuyen con el paso del tiempo. Se hizo una medición antes de

los cinco años, en este no se halló ningún cambio significativo; otra medición a los cinco y siete años, donde se logró observar una ligera disminución de los síntomas; posterior a los 27 años se encontraron datos significativos debido que únicamente el 7.8% aún cumplían con ciertos criterios del trastorno. Efectivamente se corroboró que conforme el tiempo pasa, los pacientes mejoran sintomáticamente y su funcionamiento se acerca más a la normalidad. Se considera que la mejoría de los síntomas está asociada a la maduración biológica y a un aprendizaje social que permite desarrollar estructuras más adaptativas.

Prevalencia

A nivel mundial se ha descrito el TLP como uno de los más frecuentes en las poblaciones clínicas; debido a la alta comorbilidad de esta entidad con los trastornos afectivos, de ansiedad, abuso de sustancias y a la elevada tasa de suicidios, lo que en conjunto provoca una gran demanda asistencial por parte de los pacientes. Se han realizado investigaciones a nivel epidemiológico, sin embargo pocos son los estudios que se han enfocado a la prevalencia del trastorno tanto en la población general como en los servicios de atención primaria, por lo que estos datos no son concretos (Selva, Bellver & Carabal, 2005). La poca información reflejan que afecta entre 2 - 3% de la población general, tres cuartos de los pacientes diagnosticados son mujeres y la tasa de incidencia oscila alrededor del 0.07% anual (Cancrini, 2007).

La prevalencia en la Ciudad de México es del 1 - 2% en la población general, así mismo del 11 al 20% en población clínica psiquiátrica; 13 - 20% de hospitalizados. Con relación a la distribución por sexos, es más frecuente entre las mujeres (3:1) con respecto a los varones; 75% de los diagnósticos son en el sexo femenino. Aproximadamente del 30 al 60% de los pacientes con trastorno de personalidad son diagnosticados con TLP (Espinosa et al., 2009).

El Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez (HPFBA) durante 2013 reportó el TLP como la segunda causa de atención en el servicio de la consulta externa. En 2012 ocupó el cuarto

lugar de hospitalización en este sitio, siendo el 8.4% de los casos; aproximadamente el 25% de la población clínica posee este trastorno, por lo que anualmente se atienden 3,650 personas sólo en este hospital (Secretaría de Atención Psiquiátrica (SAP), 2013).

Etiología

Existen factores de riesgo ambientales, sociales, socioculturales, genéticos e individuales que influyen o propician el trastorno.

Dentro de las causas ambientales se encuentra la pérdida parental y abuso sexual durante la infancia.

Entre un 37% y 64% de los pacientes con TLP informan haber experimentado separación o pérdida parental, reportan haber vivido importantes separaciones o pérdidas en la infancia, lo cual, además de ser un aspecto común entre los sujetos con este trastorno, parece ser también un factor discriminativo entre pacientes psicóticos, con trastornos afectivos o con otros trastornos de la personalidad (Caballo & Camacho, 2000).

Además de los abusos sexuales también pueden experimentar otros hechos traumáticos como, violencia familiar, maltrato infantil o inadecuada comunicación emocional por parte de los padres, estos actos se presentan hasta en un 71% de los casos en personas con este trastorno. Se sabe que desde la niñez las personas con TLP tienen alteración en la flexibilidad cognitiva, planeación, atención e integración, por lo que es difícil procesar acontecimientos de este tipo, se ha llegado a proponer este trastorno como una variante del trastorno de estrés postraumático (Delgado & Uribe, 2013).

Los factores sociales también pueden detonar el TLP, este provoca graves consecuencias como, autolesiones, intentos de suicidio y vínculos inestables, dentro de esta categoría destacan las relaciones sociales alteradas y las relaciones con sus pares. En la implicación parental alterada, normalmente perciben la relación con sus madres como altamente conflictiva, distante,

sin ningún compromiso o entrega afectiva; sin embargo, la ausencia del padre o su falta de implicación es un aspecto incluso más decisivo que los problemas que pueda tener el niño con su madre. Por otro lado, el hecho de no mantener relaciones adecuadas con ninguno de los padres, sino una relación hostil está más asociado al aumento de riesgo del TLP. Respecto a esto Morales, Armijo, Moya, Echávarri, Barros, Varela, Fischman, Peñaloza y Sánchez (2014) realizaron un estudio con el objetivo de conocer la percepción que los pacientes tenían en la actualidad acerca del vínculo establecido con sus figuras parentales hasta los 16 años de edad y cómo esto se asociaba con la conducta suicida. Se llevó a cabo en 176 pacientes con trastorno depresivo, bipolar y adaptativo, se hizo uso de la escala riesgo rescate de Weissman y Worden (1972), Escala de ideación suicida de Pierce (1977) y Parental Bonding Instrument (PBI) (Parker, 1989). La muestra se dividió en tres categorías, ideación suicida, ideación suicida de baja letalidad y de alta letalidad. Los resultados mostraron que únicamente el 10% tuvo una relación óptima con sus padres, por tanto se encontró que a mayor hostilidad con las figuras paternas más grado de conducta suicida.

La familia es el primer vínculo directo que los niños tienen al nacer, sin embargo también influye la relación con sus pares, esto afecta notablemente en el desarrollo de la adolescencia, si el niño tiene una historia de intimidación, maltrato y burlas; podría contribuir en el desarrollo del trastorno. Los adolescentes diagnosticados con TLP incrementan el riesgo en las autolesiones e intentos de suicidios (Caballo & Camacho, 2000).

Al respecto Florenzano, Cáceres, Valdés, Calderón, Santander, Cassasus y Aspillaga (2010) refieren que una buena relación familiar favorece el desarrollo psicológico, la autorregulación emocional, así como la competencia interpersonal de niños y adolescentes. En contraparte una mala relación familiar genera apegos inseguros, lo cual provoca en los hijos incapacidad en la regulación de los afectos, aumenta la sensibilidad ante el estrés y afecta el

control de las emociones e impulsos, esto provoca una fragilidad en la estructura de la personalidad y un aumento de conducta suicida. Estas personas desarrollan una mayor vulnerabilidad al desarrollo de enfermedades psiquiátricas. El inadecuado apego familiar afecta las relaciones interpersonales, el bienestar individual y el ajuste socioemocional, sea funcional o no se mantiene a lo largo del tiempo y se transmite intergeneracionalmente.

Las sociedades de rápida modernización con un ritmo rápido y cambiante que no respetan la continuidad generacional y favorecen la inmediatez e impulsividad sin garantizar vínculos seguros favorecen el desarrollo del TLP. Así mismo, las sociedades que no proporcionan a sus miembros normas claras y estables y que dejan al individuo a merced de sus decisiones no admitiendo la dependencia, generan situaciones complejas y potencialmente estresantes, pone en condiciones de riesgo a los individuos con una afectividad biológicamente diversa como es el caso del TLP (Goodman, New & Siever, 2004).

Genéticamente se sabe que el riesgo en una familia donde hay un paciente con TLP, herede el trastorno es hasta cinco veces superior que el de la población general, aunque no hay un gen específico que esté relacionado con el trastorno, se ha hallado que un genotipo sensible se predispone a ciertos factores temperamentales como la impulsividad y emocionalidad negativa; si a esto le sumamos un ambiente poco favorable, la probabilidad de desarrollar el trastorno es mayor. La carga genética influye hasta en un 69% para generar los rasgos del TLP, como la desregulación emocional y la impulsividad (Estribano, 2006).

Estudios en familiares han observado que el TLP y otros caracterizados por impulsividad, como el trastorno antisocial y el abuso de sustancias, son más frecuentes en familias de pacientes con TLP (Chávez & Ontiveros, 2006).

En el plano individual, García et al. (2010) mencionan que la edad de diagnóstico se sitúa entre los 19 - 32 años, siendo menos frecuente su diagnóstico a mayor edad pero en estos

casos, normalmente, implica mayor gravedad del trastorno. Los datos longitudinales muestran un aumento de los rasgos después de la pubertad; alcanza su máxima expresión en la edad adulta y posteriormente comienza a declinar en forma lineal en las décadas posteriores.

Es importante tener en cuenta que ninguno de estos factores puede explicar por sí solo el desarrollo del TLP ni actuar como causa, simplemente son factores que aumentan el riesgo y la posibilidad de que el trastorno aparezca. Ante la presencia de estos es necesario recibir atención psicológica inmediata de lo contrario estaríamos hablando de un TLP.

Comorbilidad

Los trastornos mentales no se presentan de manera aislada en el individuo, sino que existe una comorbilidad (término acuñado por Fenstein en 1970 para referirse a la presencia de uno o más trastornos, adicionales al primario) con otros, por ejemplo: depresión, ansiedad, consumo de alcohol y sustancias, alimenticios y otros trastornos de personalidad (Muñoz & Amores, 2011).

El DSM - V contiene una evaluación multiaxial que hace referencia a una valoración en cinco ejes diferentes, su finalidad es obtener información en distintas áreas que son de utilidad para el clínico, como se muestra en la Tabla 12.

Tabla 12
Evaluación multiaxial del DSM-V (APA, 2014)

Eje I	Trastornos clínicos, otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica.
Eje II	Trastornos de la personalidad, retraso mental.
Eje III	Enfermedades médicas.
Eje IV	Problemas psicosociales y ambientales.
Eje V	Evaluación de la actividad global.

Haciendo uso de la tabla anterior para el TLP se ha hallado en el eje I trastornos de depresión mayor, ansiedad, estrés postraumático, abuso de sustancias y trastornos alimenticios;

en el eje II algún otro trastorno de personalidad clúster (categoría) C, 70% de los casos presenta personalidad dependiente. Por géneros, la comorbilidad del eje I y II es diferente, siendo en los hombres más frecuente el trastorno por abuso de sustancias (sobre todo alcohol) y en mujeres el trastorno de conducta alimentaria en el eje I. Dentro del eje II los trastornos de personalidad clúster A o B son más comunes en varones con este trastorno, por último la comorbilidad en el eje III presenta en general complicaciones médicas como: la diabetes, problemas cardiovasculares, enfermedades infecciosas, entre otras, esto debido al estilo de vida y a los deficientes controles médicos de los pacientes con este trastorno (García et al., 2010).

Respecto a los sexos Zanarini, Frankenburg, Dubo, Sickel, Trikha, Levin y Reynolds (1998) realizaron investigaciones en pacientes con TLP, uno de ellos enfocado a la comorbilidad en el eje II. Reportaron que los hombres son más propensos a tener un trastorno de personalidad paranoide, pasivo - agresivo, narcisista, y antisocial. De igual manera Tadic, Wagner, Hoch, Başkaya, Von - Cube, Skaletz, Lieb y Dahmen (2009) refirieron que hay una prevalencia del trastorno antisocial en hombres a diferencia de las mujeres, 57% contra 26% respectivamente.

Millon (2006) propone una clasificación distinta sobre la comorbilidad de este trastorno, él incluyó cuatro variaciones que se observan en la Tabla 13.

Tabla 13
Cuatro tipos de comorbilidad de acuerdo a Millon (2006)

Desanimado	Posee características de personalidad evitadora, depresiva y dependiente. Es una persona sumisa, leal, flexible, se siente desesperanzado; tiene una subordinación masoquista y vinculación parasitaria. Le aterroriza la soledad y el aislamiento; usualmente busca que los demás cuiden de ellos como si fueran unos bebés. Las responsabilidades más simples parecen una montaña, sienten que todo es una carga y la vida les parece vacía y pesada, recurren a la automutilación y los intentos de suicidio son comunes con la finalidad de castigarse a sí mismos para controlar su resentimiento y su propia cólera.
Petulante	Rasgos negativistas, es impaciente, desafiante, malhumorado, desdén con facilidad pero se desilusiona enseguida. Suelen volverse amargados con el paso del tiempo.
Impulsivo	Tiene características histriónicas y antisociales; es caprichoso, superficial, frenético y seductor. Cuando no logra captar la atención de los demás intensifica su impulsividad extravagancia e irresponsabilidad, tiene déficit en su regulación de emociones negativas. Suele experimentar decepciones, sienten desesperanza y depresión.
Autodestructivo	Los TLP llegan a ser autodestructivos e incluso llegan a la automutilación con la finalidad de sentir alivio; descargan sus sentimientos dañinos contra sí mismos, hacia su propio cuerpo. Enmascaran su deseo de independencia y el temor a una auténtica autonomía, usualmente se autosacrifican; hay momentos en los que se quejan por su amargura, por ser tratados de manera injusta. Se sienten desilusionados, poco aceptados por los demás y que estos no aprecien su sumisión y autosacrificio. Regularmente sufren de problemas somáticos, reaccionan rápidamente a la tensión lo cual los vuelve más autodestructivos e intolerables. Exigen atención y apoyo e incluso llegan a amenazar a los demás con el suicidio; aparentan ser vulnerables.

Las cuatro clasificaciones de Millon (2006) reflejan detalles específicos de la personalidad del paciente con TLP. Dependiendo la comorbilidad con otros trastornos se puede tener un amplio panorama sobre la conducta que presentan estos pacientes. Por tanto, es importante considerar este aspecto y no dejarse guiar únicamente por el motivo de la consulta. Para esto se puede hacer uso de distintas herramientas como la evaluación multiaxial del DSM - V, la entrevista y aplicación de pruebas psicológicas, este tipo de evaluaciones, permiten conocer mejor al paciente y sus a necesidades.

Por su parte Forti y Forti (2012) refirieron que los pacientes con TLP tienden a presentar mayores conductas suicidas letales y planificación del intento sí existe una comorbilidad en el eje I con sintomatología depresiva o con alguno de los siguientes trastornos: depresivo mayor, bipolar, estrés postraumático o consumo de sustancias previamente al intento de suicidio. Las personas con TLP poseen 7,6 veces más riesgo de suicidio que los pacientes con trastorno bipolar

y otros trastornos de personalidad, precisamente por la impulsividad y agresividad que poseen. Respecto al eje II el suicidio consumado es más frecuente en mujeres con TLP, sobre todo en aquellas que tienen rasgos antisociales y elevada desregulación emocional. El principal factor de riesgo de suicidio posterior al intento es una depresión mayor, esto durante el primer año, pero a partir del segundo año el factor de riesgo principal es la mala adaptación social. Estos autores realizaron una investigación en la que asociaron la comorbilidad del TLP y el riesgo de suicidio que presentan, a continuación se observa en la Tabla 14.

Tabla 14
Clasificación del TLP y su riesgo de suicidio de acuerdo a Forti & Forti (2012)

Depredador	<ul style="list-style-type: none"> • Antisociales: impulsividad, ira, irresponsabilidad, agresividad. • Alto riesgo de letalidad.
Teatral	<ul style="list-style-type: none"> • Histriónicos: tormenta afectiva, demanda de atención. • Narcisistas: manipulación del entorno, necesidad de ser el centro. • Bajo riesgo de letalidad / alta frecuencia de autolesión no suicida directa.
Sumiso	<ul style="list-style-type: none"> • Dependiente y / o evitativo: esfuerzos por evitar el abandono. • Bajo riesgo (ansiedad como factor protector), aunque la excesiva autocrítica aumenta el riesgo de letalidad en caso de intento.
Ausente	<ul style="list-style-type: none"> • Esquizoides: episodios micro psicóticos, disociación y paranoia. • Alto riesgo de letalidad, ansiedad generalizada e indiscriminada que invade todos los aspectos del individuo, incluso los cognitivos.

Al respecto Dulit, Fyer, Leon, Brodsky y Frances (2015) mencionaron que las automutilaciones están asociadas a la comorbilidad, por tanto realizaron un estudio con el objetivo de hallar diferencias en pacientes TLP con automutilaciones frecuentes y nulas, los clasificaron pacientes en dos grupos, los que se autolesionaban (62 pacientes de la muestra total) y los que no o con poca frecuencia (23 pacientes con menos de cinco eventos en su vida). De acuerdo a los resultados el grupo que presentó autolesiones frecuentes son más propensos a recibir diagnósticos comórbidos de depresión mayor, anorexia y bulimia. El grupo sin autolesión no presentó ninguna de estas características.

De acuerdo a la comorbilidad con el TLP, más los rasgos de personalidad que el individuo posee, será el grado de letalidad en las autolesiones e intentos de suicidio. La gravedad del suicidio aumenta si existe comorbilidad en el eje I; sin embargo también influyen los factores ambientales.

TEORÍAS DEL ORIGEN DEL TRASTORNO

Biológica

Los estudios en la corteza prefrontal, se iniciaron a mediados del siglo XIX, en particular después del caso de Gage quién tuvo una lesión en el lóbulo prefrontal, debido a una explosión. Su mejilla izquierda y la frente fueron atravesadas por una barra de hierro, este caso llamó la atención porque años después Gage comenzó a sufrir alteraciones en su personalidad y vida social. En 1904 Hitzig, estaba interesado en delimitar la corteza motora, haciendo uso de la estimulación eléctrica; sin embargo se dio cuenta que al tocar la corteza frontal no había ninguna actividad motora, pero la ablación o separación de la misma causaba diversas alteraciones en el individuo como: en la atención, aprendizaje, memoria espacial, impulsividad, falta de iniciativa, así como una inercia hacia el cumplimiento de reglas o normas sociales y una incapacidad para ejecutar planes y estrategias (Valdés & Torrealba, 2006).

Díaz y Ostrosky (2012) afirmaron que los pacientes con TLP presentan daño en áreas prefrontales, lo cual provoca variaciones en su comportamiento porque es el área más desarrollada y compleja de los seres humanos, ocupa casi 30% del total de la corteza. Es considerada como un área de asociación ya que integra información de otras áreas cerebrales, también la han denominado “Cerebro Ejecutivo”. No es una estructura unitaria sino se divide en tres áreas: dorsolateral, orbitofrontal y medial. A continuación se describirá cada una con la finalidad de conocer sus funciones, para posteriormente identificar las alteraciones que presentan los pacientes con TLP.

La corteza prefrontal dorsolateral es el área más grande, está relacionada con los procesos cognitivos complejos como: la planeación, abstracción, memoria de trabajo, solución de problemas complejos, flexibilidad mental, autoconsciencia, generación de hipótesis, estrategias de trabajo, seriación e inhibición.

La corteza orbitofrontal se localiza en la base de los lóbulos frontales, específicamente encima de las órbitas oculares que son los huesos que forman las cavidades donde se hallan los ojos, de ahí el respectivo nombre. Está estrechamente vinculada con la amígdala, por lo que se asocia con la regulación de las emociones, evitando que estas se vuelvan desmedidas; en otras palabras pone freno a la amígdala. También se une con la toma de decisiones vinculada a estados afectivos, control de los impulsos y la conciencia social, se relaciona con el procesamiento de la información basado en la recompensa, lo cual influye en la acción y conducta del individuo, otra de sus funciones consiste en ser intermediario entre los mecanismos cerebrales implicados en las respuestas emocionales automáticas, (tanto las aprendidas como las no aprendidas) y los encargados de conductas complejas; controla las reacciones emocionales que suceden en diversas situaciones sociales; suprime conductas violentas, debido a que nos hace ver las consecuencias negativas que implicarían (Carlson, 2006).

A diferencia de las dos anteriores, la corteza prefrontal medial está asociada a los procesos de inhibición de respuestas, regulación de la conducta así como la atención, solución de conflictos y control de estados motivacionales por ejemplo, la agresión. Las funciones ejecutivas son las que tardan más en desarrollarse ontológicamente y los lóbulos prefrontales continúan su desarrollo hasta la tercera década de vida (Lozano & Ostrosky, 2011).

Hasta aquí se sabe que la corteza prefrontal con sus diversas subregiones, es la estructura principalmente implicada en el control de impulsos, inhibición de respuestas y el comportamiento agresivo. Hallazgos neuropsicológicos, refieren que una disfunción prefrontal o temporo-límbica podría ocasionar el descontrol comportamental, cambios emocionales y variaciones en la cognición social que caracterizan al TLP. Es comprensible que al alterarse estas funciones ejecutivas los pacientes presenten diversas conductas que ocasionan consecuencias en su

autocuidado, en la realización de trabajos para sí mismo, los demás y en sus relaciones sociales (Piñeiro, Cervantes, Ramírez, Ontiveros & Ostrosky, 2008). De acuerdo a las investigaciones se ha encontrado que la impulsividad, agresión, conducta suicida y alteración en la regulación emocional, característica de los pacientes con TLP se debe a la presencia de dichas alteraciones fisiológicas en áreas prefrontales.

Sebastian, Jung, Krause - Utz, Lieb, Schmahl y Tüscher (2014) realizaron estudios neurológicos en pacientes con TLP y trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), con la finalidad de hallar diferencias fisiológicas en áreas prefrontales. Se encontró que los primeros presentan alteraciones en el orbitofrontal, dorsomedial y regiones dorsolaterales; mientras que los pacientes con TDAH muestran una alteración en la actividad del área ventrolateral y medial.

Kaess et al. (2014) han centrado sus investigaciones en adolescentes con TLP, una de ellas tuvo el objetivo de hallar daños en áreas prefrontales. Compararon adultos y adolescentes con dicho trastorno; de acuerdo a los resultados, los estudios de imagen estructural revelan que los pacientes adultos con TLP, presentan disminución de volumen en las redes frontolímbicas a diferencia de los adolescentes quienes tienen reducciones de volumen en la corteza orbitofrontal y cíngula anterior.

Arza, Díaz, López, Fernández, López y Carrasco (2009) reportaron que la actividad del área orbitofrontal (específicamente el área 9, 10, 11 de Brodmann) están disminuidas, éstas se han asociado con la impulsividad y agresividad que caracteriza a los pacientes con TLP.

Relativo a la impulsividad la alteración en la corteza orbitofrontal ocasiona en los pacientes con TLP, déficit en el procesamiento de la información presentada de manera

secuencial; por lo que este incrementa cuando la carga de información es demasiada, sobre todo si se ejerce presión para obtener una respuesta, estas suelen ser con carga negativa debido al efecto de los estímulos sobre el comportamiento que no es constante sino episódico. Los sujetos impulsivos son hipersensibles a las emociones negativas lo cual da pie a conductas de este tipo, así como una alteración en el procesamiento de la información. Otra característica es la dificultad para sostener la atención en una tarea determinada, hay una pobre inhibición de respuestas aprendidas y procesos de programación motora insuficiente, esto ocasiona que la velocidad y calidad de la toma de decisiones se vean afectadas; por último hay presencia de deterioros cognitivos como: dificultad para llegar a soluciones óptimas, inhibición conductual, respuestas impulsivas hacia ciertos estímulos, entre otros. Todas estas alteraciones se relacionan con la región orbitofrontal y dorsolateral (Irastorza & Rubio, 2005), estas características provocan que los sujetos tiendan a comportamientos inflexibles y perseverantes (Orozco & Herin, 2008). Berlin, Rolls e Iversen (2005) investigaron si la impulsividad del TLP se asocia con la disfunción de la corteza orbitofrontal. Se hizo una comparación entre cuatro grupos de individuos, las muestras fueron: personas sanas, con lesión orbitofrontal, pacientes con lesiones en la corteza prefrontal pero no en el orbitofrontal y pacientes con TLP. Se halló que los pacientes con lesiones en la corteza orbitofrontal y los pacientes con TLP poseen puntuaciones similares en varias medidas, ambos grupos son más impulsivos y reportaron mayores conductas inapropiadas, características del TLP, así como la ira, menos felicidad y una percepción más rápida del tiempo, a diferencia de los dos grupos de comparación. Por su parte, Irastorza y Rubio (2005) coinciden con la aportación de Berlin et al.(2005), de igual manera refieren que la impulsividad es ocasionada por una lesión en la región orbitofrontal y dorsolateral, esto genera pobre inhibición de respuestas y procesos de programación motora insuficientes, la toma de decisiones esta alterada y presentan dificultad para llegar a soluciones óptimas, lo cual explica el

comportamiento precipitado y nula conciencia de las consecuencias que sus acciones puedan provocarles.

Se llegó a la conclusión que la disfunción de la corteza orbitofrontal puede contribuir a algunas de las características principales del trastorno, en particular, la impulsividad.

Respecto a la conducta suicida Soloff, Pruitt, Sharma, Radwan, White y Diwadkar (2012) compararon pacientes con TLP e intentos suicidas, se encontró que poseen una disminución de sustancia gris en varias de las siguientes zonas: lóbulo frontal, temporal, orbitofrontal, lóbulo de la ínsula y parahipocampo. Por tanto concluyeron que estas zonas están relacionadas a una mayor conducta suicida, sobre todo por la alteración en la regulación emocional, menor capacidad de las funciones ejecutivas y disminución en la memoria episódica, de manera general se ha hallado una disminución neuroquímica (serotonina, glutamato, GABA) (Forti & Forti, 2012).

Respecto a la alteración emocional que padecen los pacientes con TLP, Guendelman, Garay y Miño (2014) realizaron un estudio en estos pacientes, con la finalidad de conocer el procesamiento emocional. Utilizaron paradigmas de inducción de miedo y rabia durante una resonancia magnética funcional, los resultados mostraron disfuncionalidad de los circuitos corti - subcorticales durante el procesamiento afectivo en pacientes con el trastorno.

Bioquímica

Se han realizado estudios más específicos a nivel de neurotransmisores, Ballus (2006) y Estribano (2006) buscaron dar explicación al TLP a partir de este enfoque.

La corteza prefrontal recibe gran proyección de axones serotoninérgicos por lo que una liberación anormal de serotonina provoca una disminución en la actividad de la corteza

prefrontal. En los pacientes con TLP provoca agresión, alteración en el afecto e inhibe que las personas puedan tener control sobre sus impulsos; por otra parte, hay un aumento de la función noradrenérgica en aquellas personas diagnosticadas con algún trastorno donde la impulsividad es el componente central de la patología, lo que también ocasiona una falta de dominio sobre la atención e impulsividad (Estribano, 2006).

Para Zuckerman en 2007 la dopamina está fuertemente asociada hacia la búsqueda de sensaciones, con menor actividad de serotonina y noradrenalina débil, lo cual da origen al comportamiento impulsivo de las personas con TLP (Squillance et al., 2011).

Ballus en 2006 propuso un modelo psicobiológico con cuatro dimensiones (Chávez & Ontiveros, 2006):

1. Organización cognitivo - perceptual: se refiere a la manera en que se procesan los estímulos, relacionados con las experiencias previas y la manera en que seleccionan las respuestas apropiadas. Los defectos en los procesos de atención y selección afectan la cognición y por lo mismo, la adaptación al ambiente. Los pacientes con TLP cuando están bajo mucho estrés, muestran alteraciones en esta dimensión, presentan ideación paranoide y síntomas disociativos. El estrés en estos pacientes aumenta la liberación de norepinefrina y dopamina en la corteza prefrontal, dorsolateral, parietal derecha e hipocampo.
2. Regulación afectiva: asociada a cambios rápidos en el estado de ánimo, la inestabilidad de esta dimensión provoca relaciones tormentosas, fluctuaciones en la autoimagen, sentimientos de vacío, característicos de los pacientes TLP. Esto se ha vinculado con la falta de modulación de la serotonina.
3. Impulsividad - agresividad: se relaciona con la falta de control sobre el uso de alcohol, drogas, atracones de comida, gastos excesivos, intentos de suicidio, ira inapropiada y

automutilación. Estudios en imágenes cerebrales muestran que la conducta agresiva se debe a una falta de inhibición de la corteza prefrontal sobre la amígdala.

4. Ansiedad e inhibición: esta se manifiesta en los intentos frenéticos de evitar el abandono real o imaginado.

Ballus (2006) agrupó en estas dimensiones las características del TLP con un enfoque neurobiológico. Los resultados hallados en estos estudios han sido de gran utilidad para conocer alteraciones específicas del TLP.

Adicional a la teoría biológica, Roger y Kirkpatrick (2005), Squillance, et al. (2011), Orozco y Herin (2008) y Chapman et al. (2006) coinciden en que las personas con TLP presentan dificultades a nivel cognitivo, las cuales originan incapacidad para sostener la atención, soluciones poco óptimas para la situación y baja regulación emocional, lo que explica el comportamiento impulsivo y la alteración en la regulación emocional, provocado por el daño fisiológico en los lóbulos prefrontales.

Social

Romero y Gonnet (2013) refieren que los pacientes con TLP presentan alteraciones sociales, por tanto la aportación de Durkheim podría explicar una de las causas por la cuales los pacientes recurren a la conducta suicida. Durkheim en 1897 en su libro titulado “El suicidio”, refiere que el contexto social influye con mayor peso sobre la decisión del suicida. La sociedad contiene y preserva al individuo de una trágica decisión, cuando el sujeto logra una mayor adhesión en los distintos grupos a los que pertenece como: la religión, familia y político; produce que haya menor inclinación a darse fin, él habla de cinco tipos de suicidio:

- El egoísta: se da debido a la falta de integración social o de una individualidad excesiva, es una decisión personal, sin influencia de los demás, sus vínculos son débiles, por tanto se pierde el sentido a la vida.
- El altruista: se deriva de una integración social demasiado fuerte, el individuo decide quitarse la vida con fines heroicos para hacer un bien al grupo al que pertenece o a la sociedad misma; por ejemplo a su familia, suele ser típico de los militares. Este tipo de suicidio se divide en dos categorías:
 - Facultativos: el sujeto da la vida ante la menor provocación, ya que no hay un apego total a la vida misma.
 - Agudo / Místico: se sabe que existe la posibilidad de morir; sin embargo si el hecho es por el patriotismo, la nación lo observa como algo bueno, por ejemplo el ejército.
- El anómico: aparece cuando la sociedad esta perturbada por transformaciones demasiado repentinas por tanto el sujeto pierde los puntos de referencia. Las normas sociales están alteradas y el individuo no encuentra motivo suficiente para vivir; como aquellas personas que se quitan la vida debido a problemas económicos, pobreza, divorcios o viudez.
- Epicúreo: el individuo sólo busca satisfacer sus necesidades, si se le impide su existencia pierde sentido por lo que prefiere suicidarse.
- El fatalista: se deriva de una excesiva regulación social, se da por exceso de reglas, como los esclavos.

Durkheim en 1897 planteó un panorama distinto desde la perspectiva sociológica, consideró al suicidio y sus causas ante todo sociales que individuales o psicológicas. Es decir,

dependiendo de cómo se relacione el individuo con la sociedad y la calidad de sus vínculos será la tendencia que tendrá para querer quitarse la vida.

ESTUDIOS ENFOCADOS AL TLP

Es importante hacer una distinción entre el TLP y depresión mayor porque suele ser una de las causas comunes por la cual las personas buscan ayuda. Los pacientes deprimidos hacen referencia hacia la culpa y pérdida, mientras que la depresión del paciente con TLP está asociada a problemas de identidad y conflictos de dependencia e independencia. Cognitivamente hay distorsiones de memoria, percepción, predominio de creencias negativas y pensamientos dicotómicos, cabe aclarar que los pacientes con depresión también poseen este último aspecto, sin embargo el paciente con TLP posee actitudes negativas hacia estímulos neutros o ambiguos (Caballo & Camacho, 2000).

Kurtz y Morey (1998), realizaron un estudio utilizando ambos tipos de pacientes, deprimidos y TLP, con la finalidad de determinar si existían diferencias entre dichos trastornos, a ambas muestras les presentaron una serie de palabras con contenidos emocionales y los pacientes debían de emitir un juicio de valor de agrado o desagrado, de acuerdo a los resultados los pacientes con TLP emiten respuestas de desagrado ante estímulos neutrales y ambivalentes en comparación a los pacientes deprimidos que enfocaron su actitud negativa hacia ellos mismos. Estos datos corroboraron varios de los síntomas del TLP como sentimiento de vacío, hostilidad e ira; marcando una clara distinción entre los pacientes deprimidos y con TLP.

Al respecto Silberschmid, Lee, Zanarini y Schulz (2015) compararon hombres y mujeres entre 18 a 65 años de edad con TLP. La finalidad fue determinar si existen diferencias significativas entorno al trastorno. Llegaron a la conclusión que las mujeres tienen una mayor hostilidad y relaciones inestables que los hombres; así como una alta sintomatología, no encontraron diferencias en la agresión, tendencias suicidas o abuso de sustancias.

Estudios sobre impulsividad

Pocos son los estudios que hacen una comparación entre los sexos con TLP, Ibáñez (2014) realizó una investigación con el objetivo de encontrar diferencias entre hombres y mujeres impulsivas, tuvo una muestra de 34 653 personas, todos mayores de 18 años. En este estudio se hallaron altos puntajes de impulsividad en el sexo masculino, sobre todo en los más jóvenes, asociados al consumo de sustancias, personalidades dependientes con trastorno por déficit de atención e hiperactividad y comorbilidad con el trastorno antisocial de la personalidad. En el caso del TLP las puntuaciones más altas se localizaron en el sexo femenino.

Torres et al. (2012) aplicaron el Inventario de Temperamento y carácter a pacientes con TLP en el cual encontraron diferencias respecto a la impulsividad. Reportaron que ellos poseen altos niveles en búsqueda de novedad y evitación de daño, por su parte las mujeres sólo presentan altas puntuaciones en este último aspecto, ambos poseen baja puntuación en autodirección.

Estudios en pacientes TLP asociados al suicidio

Estudios enfocados en los sexos tanto en la literatura en español como en inglés son escasos, sobretodo en hombres con TLP. Dentro de las investigaciones, Sansone y Sansone (2011) realizaron un estudio en estos pacientes con el objetivo de determinar si existen diferencias entre los sexos respecto a las autolesiones, (específicamente cortes en la piel), en este estudio no se encontraron diferencias significativas.

Sansone y Wiederman (2014) también buscaron hallar diferencias significativas entre hombres y mujeres con TLP, tuvieron una muestra total de 1,503 pacientes, lo cuales se dividieron en cuatro grupos, todos con las mismas características sintomáticas, se analizó el sexo y las diferencias relacionadas a la edad. Encontraron que las mujeres poseen una mayor

prevalencia en las conductas sexuales de riesgo; sin embargo, un dato importante fue que las automutilaciones como los auto cortes y rascarse la piel fueron más frecuentes entre los jóvenes a diferencia de las personas mayores que suelen sentir que viven una vida aburrida y sin sentido.

En un estudio realizado en mujeres que han delinquido, se evaluó la relación entre el suicidio y la conducta criminal. Los resultados mostraron que la impulsividad aumenta el riesgo de suicidios correlacionado más con el número de intentos que con la letalidad de los mismos. La inestabilidad emocional y la impulsividad, predisponen a los intentos de suicidio y aumenta la probabilidad de suicidio consumado (Forti & Forti, 2012).

Se han encontrado más diferencias significativas entre los adolescentes y adultos con TLP. En los primeros es más frecuente el comportamiento suicida y la autolesión, a diferencia de los adultos que no presentan dichas conductas a tal intensidad y frecuencia, de igual manera los adolescentes con TLP poseen mayores conductas de riesgo como las sexuales (acto sin protección o promiscuidad), en relación a los adultos, estas conductas se exacerban si existe un consumo de sustancias (Kaess et al., 2014). En otro estudio realizado por estos mismos autores en 2014 reportaron diferencias significativas en adultos y adolescentes con TLP, refirieron que los adolescentes presentan una sintomatología más aguda, por lo que son más propensos a las automutilaciones, suicidios, conductas impulsivas y una ira incontrolable, los adultos reflejaron relaciones más inestables y un miedo al abandono.

Estudios asociados a la alteración emocional en pacientes con TLP

Domes, Czieschnek, Weidler, Berger, Fast y Herpertz (2008) mencionaron que los pacientes con TLP presentan una hipersensibilidad a las emociones negativas, por tanto buscaron alteraciones en tareas de identificación de expresiones faciales diferentes en 25 mujeres con el

trastorno. Se encontró una capacidad normal para reconocer las emociones faciales, sin embargo, presentaron un sesgo hacia la percepción de la ira, cuando las señales emocionales eran ambiguas.

Dyck, Habel, Slodczyk, Schlummer, Backes, Schneider y Reske (2009) replicaron el estudio anterior en 19 mujeres con TLP. Los resultados fueron los mismos, las pacientes mostraron dificultad para reconocer estímulos neutros, los cuales se asociaron con emociones negativas.

Por su parte, Gratz, Rosenthal, Tull, Lejuez y Gunderson (2010) enfocaron su trabajo a la reactividad y recuperación emocional, aunque la investigación en el área sigue siendo limitada. En el 2010 llevaron a cabo un estudio en pacientes TLP, con el objetivo de observar estas dos características después de la excitación emocional; se encontró que ante el estrés las personas con este trastorno puntuaron alto en niveles de hostilidad, irritabilidad y ansiedad como respuesta a la evaluación negativa especialmente, la vergüenza pero además, estos niveles se mantuvieron elevados después del factor estrés.

Respecto a los sexos Marín et al. (2012) proponen que los hombres prestan poca atención a sus estados afectivos debido a que expresan o verbalizan menos sus emociones en comparación con las mujeres. Existe evidencia de que ellas son mejores para inhibir las conductas inapropiadas en respuesta a emociones negativas, en contraste experimentan niveles altos de culpa, vergüenza o autoagresión; utilizan con mayor frecuencia estrategias de afrontamiento inadecuadas ante emociones percibidas como inapropiadas.

Mancke, Bertsch y Herpertz (2015) hallaron en la población general que la agresión está presente en mayor intensidad y frecuencia en el sexo masculino, sin embargo buscaron diferencias en pacientes con TLP. De acuerdo a los resultados obtenidos en un auto informe, entrevistas y tareas de comportamiento, reportaron que no se halló un mayor aumento de

agresividad en los pacientes masculinos; sin embargo el sexo femenino presentó una mayor agresividad verbal.

Pocas son las investigaciones en impulsividad, intentos de suicidio y alteración emocional entre los sexos con TLP, por lo que es necesario continuar investigando al respecto.

Repercusiones

El TLP tiene un amplio campo de estudio debido a las múltiples características conductuales o sintomatológicas que posee, como la impulsividad, cambios del estado del ánimo, conductas de riesgo, intentos de suicidio, enfado inapropiado, sensación crónica de vacío y las autolesiones. La suma de todas estas conductas, implica un alto riesgo para quien lo padece; tanto a nivel personal como social, por ejemplo un alto grado de inestabilidad e impulsividad impide que logren desarrollarse a nivel familiar e interpersonalmente, lo que ocasiona gastos innecesarios, inestabilidad laboral, intentos de suicidio y conductas peligrosas como manejar a alta velocidad. Las relaciones se vuelven turbulentas, tempestuosas, caóticas y totalmente disfuncionales, por la tendencia a cambiar bruscamente su comportamiento frente a las personas, aburrirse con facilidad y experimentar sensación crónica de vacío. Sus relaciones son escasas, suelen tener pocos amigos debido a que la mayoría no son de su agrado, optan por aquellos que compartan sus mismas características impulsivas. De manera espontánea suelen relacionarse con personas del sexo opuesto con la finalidad de poder experimentar conductas de riesgo como relaciones sexuales sin protección, promiscuidad sexual, consumo de alcohol y sustancias o cualquier actividad que les produzca satisfacción y adrenalina, estos actos provocan graves consecuencias, por ejemplo: embarazos no deseados, enfermedades de transmisión sexual e incluso la muerte sin desearlo. Es complicado que quien padece el trastorno o quienes rodean al

paciente detecten un exceso de impulsividad, debido a que suele confundirse con el carácter o forma de reaccionar ante las situaciones, por tanto pasa desapercibido y es considerado normal, coloquialmente se dice que son de “carácter fuerte”.

Las personas con este trastorno también presentan distorsión de la imagen, por lo que incluso se vuelve difícil ver su reflejo corporal; suelen alejarse de lugares que tengan muchos espejos como los gimnasios y llegan a quitar los que tienen en casa, mencionan que se debe a que se sienten con sobrepeso y apariencia poco agradable para ellos, esto ocasiona una comorbilidad con los trastornos de la conducta alimentaria y consumo de sustancias. Refleja la baja autoestima e inferioridad que poseen por lo que tienden a crear una valoración de sí mismos a partir de la opinión de los demás como Santiago (2013) refiere. Debido a esto recurren a prácticas excesivas de ejercicio, sin importar las lesiones físicas que puedan ocasionarles, lo cual se podría clasificar dentro de las conductas suicidas no directas que Forti y Forti (2012) aportaron.

Relativo a la impulsividad, esta lleva a las personas a realizar conductas no planificadas, su actuar no es adecuado a la situación, su comportamiento es premeditado, incluso puede llegar a ser violento, lo que origina graves acciones como, arrebatos de ira, peleas físicas y verbales. Las personas con TLP se caracterizan por una impulsividad patológica, suelen ser poco tolerantes a la frustración por lo que ante la mínima sensación de estrés presentan actos precipitados e irreflexivos. Esto significa dificultades a nivel personal, debido a que no logran aprender de las consecuencias de sus acciones por lo que continúan ejecutando las mismas conductas impulsivas, las cuales ya han sido mencionadas. Esto afecta sus acciones ya que no se detienen a analizar las situaciones antes de actuar, esta impulsividad se ha asociado principalmente con una alteración en el área prefrontal.

Los intentos de suicidio son una consecuencia del TLP, aproximadamente el 57% de esta población posee tres o más intentos de suicidio y un 60% regularmente realiza estos actos en un intervalo de un año por lo que; se han convertido en una de las principales causas de muerte entre los jóvenes con este trastorno sobre todo en un rango de 18 a 25 años (Cervera et al., 2005).

Emocionalmente también son inestables, experimentan cambios bruscos en el estado del ánimo que detonan ante la mínima frustración, así mismo hay dificultad para identificar y reconocer sus emociones; debido a esto los sujetos se dejan guiar por lo que sienten en el momento, sin analizar el posible resultado de sus acciones. Por ejemplo, pueden pasar de la euforia a la ira en cuestión de segundos sin embargo, estos episodios son de corta duración, regularmente de unos minutos a unas horas, esto únicamente genera un ambiente hostil por lo que enfrentan las situaciones de una manera poco asertiva. La alteración en la regulación emocional, da lugar a la inestabilidad afectiva, sobre todo en el contexto social.

Por su parte, el rol familiar juega un papel fundamental en la vida del sujeto, influye en el desarrollo psicológico, es un factor protector que promueve el desarrollo de competencias personales y previene problemas de salud mental (Pavez, Santander, Carranza & Vera - Villarroel, 2009). Si desde el inicio en esta área se tienen dificultades, es de esperar que las otras se vean alteradas y por tanto presenten dificultades laborales, sociales, biológicas, escolares e interpersonales, porque el ambiente en el que se desarrolló el paciente fue disfuncional.

Las personas que padecen este trastorno se caracterizan por tener un pensamiento dicotómico que les hace evaluar sus experiencias en términos mutuamente excluyentes, esto determina su percepción, relación con el mundo y con ellos mismos siendo de forma rígida y radical. Suelen percibir la mayoría de sus emociones como negativas, no logran identificarlas por lo que actúan de manera defensiva ante cualquier situación, claramente la impulsividad y la

alteración en la regulación emocional están estrechamente relacionadas, la primera principalmente con el acto motor y la segunda con una inadecuada identificación en sus emociones, por tanto sienten que todos actúan en su contra, no logran reconocer sus errores ni hacerse responsables de ellos, tienden a culpar a los demás de sus malos actos y de las consecuencias que estos les ocasionan.

Esto conlleva el procesamiento de la información de una forma concreta, de tipo todo/nada o blanco/negro; todo esto asociado a una gran impulsividad; así como problemas de identidad en la que los individuos experimentan falta de sentido de sí mismo, sentimientos de vacío y duda de su propia identidad (Pérez, 2011). Por tanto es complicado que quienes padecen el TLP logren llevar una vida funcional, ya que les es difícil lograr establecer una rutina diaria, experimentan aburrimiento de sus actividades e incluso de quienes los rodean, pero sobre todo porque no se sienten autorrealizados.

La elección de estos criterios diagnósticos, se debe a que la impulsividad, intentos de suicidio y regulación emocional, son los que principalmente afectan al paciente con TLP. Estas conductas se presentan de manera simultánea en el sujeto ya que existe una estrecha relación entre ellos; es decir, la impulsividad es la causante de múltiples conductas de riesgo, como los intentos de suicidio y se sabe que las personas con TLP, recurren a estos actos disfuncionales con el fin de regular sus emociones. Por tanto, se crea un círculo vicioso el cual impide que las personas con este trastorno logren cierta estabilidad.

De acuerdo a la prevalencia del trastorno las investigaciones se han enfocado principalmente en muestras femeninas, por lo cual este estudio adquiere importancia debido a los escasos estudios comparativos entre los sexos con TLP. Se pretende detectar diferencias en

hombres y mujeres con el trastorno basándose en la impulsividad, intentos de suicidio y regulación emocional.

Con esta investigación se obtendrá mayor conocimiento a nivel general, dependiendo de las diferencias que se encuentren en hombres y mujeres en la presente investigación, se verán beneficiadas las intervenciones en cada uno de los casos.

Pregunta de investigación

¿Existen diferencias en la impulsividad, intentos de suicidio y regulación emocional entre hombres y mujeres con TLP?

Objetivos

Conocer las diferencias asociadas al grado de impulsividad, frecuencia en los intentos de suicidio y regulación emocional entre hombres y mujeres con TLP.

Objetivos específicos

- Determinar las diferencias respecto al grado de impulsividad entre hombres y mujeres con TLP.
- Identificar si existen diferencias en los intentos de suicidio asociadas a la frecuencia, método utilizado y grado de lesión en ambos sexos con TLP.
- Detectar las diferencias en la regulación emocional que poseen hombres y mujeres con TLP.

Hipótesis

(H1) Las mujeres con TLP poseen mayor impulsividad que los hombres.

(H0) Hombres y mujeres con TLP poseen el mismo nivel de impulsividad.

(H1) Las mujeres con TLP cometen más intentos de suicidio a diferencia de los hombres.

(H0) Las mujeres con TLP no cometen más intentos de suicidio a diferencia de los hombres.

(H1) Los hombres con TLP recurren a métodos violentos para cometer los intentos de suicidio.

(H0) Los hombres con TLP no recurren a métodos violentos para cometer los intentos de suicidio.

(H1) Las mujeres con TLP poseen una elevada alteración en su regulación emocional.

(H0) Los hombres y mujeres con TLP poseen la misma regulación emocional.

Diseño de estudio

La presente investigación consistió en un estudio no experimental de tipo transversal. La selección de los participantes se realizó de manera no probabilística, mediante un tipo de muestreo por cuotas.

Definición de Variables

- El TLP: se caracteriza por una notable inestabilidad e impulsividad intensa que afectan las conductas interpersonales, la autoimagen y el afecto, esto provoca conductas de riesgo como: gastos innecesarios, promiscuidad sexual, amenazas recurrentes de suicidio y autolesiones (Caballo & Camacho, 2000).

- Impulsividad: es una predisposición a reacciones rápidas no planificadas a estímulos externos o internos, sin consideración de las consecuencias negativas de esas acciones para el individuo impulsivo o para los demás (Ros, Peris & Gracia, 2004).
- Intento de suicidio: se puede entender como un acto o conducta que realiza una persona con el objeto de atentar contra su propia existencia sin lograrlo (Rivera & Andrade, 2007).
- Alteración en la regulación emocional: se entiende como la capacidad disminuida para experimentar y diferenciar un amplio rango de emociones, así como para monitorear, evaluar y modificar estados emocionales intensos (Marín et al., 2012).

MÉTODO

Diagnóstico

El método utilizado en el HPFBA para diagnosticar cualquier enfermedad mental consta de un trabajo multidisciplinar entre las áreas de enfermería, trabajo social, psicología y psiquiatría de la consulta externa. Los tres últimos dan una primera impresión diagnóstica basándose en los criterios de los manuales oficiales CIE - 10 y DSM-V. El área psicológica se encarga de realizar a los pacientes una entrevista clínica y las siguientes pruebas psicológicas:

- Test Gestáltico Visomotor de Lauretta Bender.
- Test de la Figura de Rey Osterrieth.
- Test de matrices progresivas RAVEN.
- Inventario Multifásico de la personalidad MMPI - 2.
- Test de frases incompletas de Sacks.
- Figura Humana de Karen Machover.
- Test de persona bajo la lluvia.
- Test House - Tree - Person de Buck.

Cabe señalar que no hay un instrumento específico que refleje que un paciente tiene TLP, el diagnóstico se basa en el resultado de un conjunto de pruebas. Así mismo el DSM - V se utiliza para verificar que el paciente cumple con los criterios del trastorno, su finalidad es que la valoración del paciente sea lo más objetiva posible. El resultado psicológico ayuda al psiquiatra a corroborar su impresión diagnóstica, de esta manera se otorga un tratamiento adecuado al paciente.

Es importante aclarar que a ninguno de los pacientes de esta investigación se le aplicaron las pruebas antes señaladas, ya que el psiquiatra no requirió una valoración psicológica para confirmar su diagnóstico.

Participantes

Considerando previamente los criterios de inclusión - exclusión, se requirió la participación de 50 pacientes del servicio de la consulta externa del HPFBA con TLP y previa valoración psiquiátrica, para ello se realizó contacto con los pacientes del grupo psicoeducativo, el de realización de pruebas psicológicas y las personas que asisten por primera vez al hospital. Todos los pacientes fueron escogidos mediante un muestreo por cuotas.

Fueron divididos de acuerdo al sexo, por lo que se formaron dos grupos proporcionales, el primero con un total de 25 mujeres entre 18 a 35 años de edad con diagnóstico de TLP, el segundo grupo tuvo las mismas características pero del sexo opuesto.

También se tuvieron dos grupos control, formados por personas seleccionadas de manera accidental en diversos espacios como: personal del hospital, alumnos de la UNILA y conocidos. Cada uno conformado por 25 mujeres y 25 hombres entre los 18 - 35 años de edad, sin ningún trastorno psiquiátrico o neurológico; estos grupos fueron escogidos azar.

A todos los participantes se les agendó una cita, en la cual se les proporcionó un consentimiento informado, que aclaraba los objetivos del estudio, participación voluntaria, la confidencialidad y el anonimato, así como beneficios y riesgos que tenía esta investigación.

Criterios de Inclusión

Para los grupos con TLP se consideraron:

1. Tener el diagnóstico de TLP.
2. Pertenecer al servicio de la consulta externa del HPFBA.
3. Estar en un rango de edad entre 18 - 35 años de edad.

Criterios de inclusión para los grupos control:

1. Ausencia de sintomatología psiquiátrica, la cual se confirmó a través de la aplicación de la prueba Lista de síntomas del TLP (BSL - 23).
2. Tener entre 18 - 35 años edad.

Criterios de exclusión

Criterios de exclusión para los grupos con TLP:

1. Estar en episodio psicótico.
2. Evidencia de daño orgánico.
3. No cumplir con los criterios de inclusión.

Criterios de exclusión para los grupos control:

1. No cumplir con los criterios de inclusión.
2. Antecedente de daño orgánico o enfermedad mental.

Instrumentos

1. Impulsividad de Plutchik (Plutchik & Pragg, 1989) Evalúa el grado de impulsividad que el sujeto posee así como cuatro factores asociados: autocontrol, planeación de las acciones, conductas fisiológicas y actuación espontánea (Ver Apéndice A).
 - Factor de Autocontrol: vinculado con la capacidad que tiene el sujeto para esperar o retrasar sus acciones.
 - Planeación de acciones a futuro: relacionada con la aptitud que posee el sujeto de darse cuenta de las consecuencias de sus actos y aun así perseverar en sus ideas.
 - Factor de conductas fisiológicas: asociada a la impulsividad, hacia los comportamientos sexuales y alimentarios.
 - Actuación espontánea: conducta irreflexiva y descontrolada.

La versión en español consta de 15 preguntas con cuatro opciones de respuesta tipo Likert (nunca = 0, a veces = 1, a menudo = 2 y casi siempre = 3) cada una puntuada con opciones de 0 a 3, con el objetivo de obtener una puntuación final que oscila entre 0 y 45 puntos, lo cual determina el grado de impulsividad que se tiene (Piñeiro et al., 2008), la Tabla 15 describe la interpretación de la escala de Plutchik.

Tabla 15
Interpretación de la escala de Plutchik (1989)

<u>Interpretación</u>
0 - 10 impulsividad baja.
11 - 21 Impulsividad moderada.
22 - 33 Impulsividad alta.
34 - 45 Muy impulsivo.

Esta escala posee una consistencia interna de 0.67 obtenida mediante Alfa de Cronbach y posee una validez de constructo de Chi - cuadrado = 1883,862; (g.l = 105; $p < 0,000$). Ha sido validada y estandarizada para población mexicana (dicho estudio se realizó en el HPFBA) y es aceptada para llevar a cabo cualquier investigación en salud mental (Páez, Jiménez, López, Raull & Nicolini, 1996).

2. Escala de riesgo / rescate (Weissman & Worden, 1974) permite evaluar desde una perspectiva médica dos variables relacionadas con el suicidio, el riesgo experimentado y el rescate. El primero permite diferenciar entre un intento de suicidio caracterizado por una actuación no letal (cortes superficiales, ingesta de medicamento, entre otros) y un suicidio frustrado, que hace referencia al acto suicida que por errores de la técnica empleada o terceras personas no alcanzó su fin, permite conocer detalles como: método utilizado, toxicidad, reversibilidad y tratamiento requerido. La segunda variable mide las circunstancias del rescate, evalúa las condiciones en las que se encontró el sujeto, el lugar en el que se llevó a cabo el acto, demora y persona que inició el rescate (Ver Apéndice B). Consta de un total de diez preguntas con respuesta múltiple que indican las características sobre el hecho, cada respuesta posee un puntaje, por lo que a mayor puntuación en los factores de riesgo, implica una mayor probabilidad a perder la vida, en contraparte una menor puntuación en los factores de rescate implica una baja posibilidad de salvar al sujeto, a continuación se presenta en la Tabla 16 la interpretación de la escala.

Tabla 16
Interpretación de la escala de riesgo / rescate de Weissman (1974)

<u>Factores de riesgo</u>	<u>Factores de rescate</u>
• Alto riesgo (13 - 15 puntos).	• Menos rescatable (5 -7 puntos).
• Alto moderado (11 - 12 puntos).	• Bajo moderado (8 - 9 puntos).
• Moderado (9 - 10 puntos).	• Moderado (10 - 11 puntos).
• Bajo moderado (7 - 8 puntos).	• Moderado alto (12 - 13 puntos).
• Bajo riesgo (5 - 6 puntos).	• Moderado rescatable (14 - 15 puntos).

Posee un alfa de Cronbach de 0.9257, consistencia interna de 0.7 y una varianza de 0.049, estos datos se obtuvieron de una muestra de pacientes con intento de suicidio en población mexicana (Morales, et al, 2014).

3. Escala de dificultades en la regulación emocional (Gratz & Roemer, 2004) como su nombre lo dice es una escala desarrollada para evaluar dificultades emocionales como; la capacidad disminuida para experimentar y diferenciar un amplio rango de emociones, monitoreo, evaluación y modificación de los estados emocionales intensos en adultos (Ver Apéndice C). Esta escala mide cuatro factores: rechazo, descontrol, interferencia y confusión emocional; está conformada por 27 preguntas con cuatro opciones de respuesta tipo Likert (nunca, algunas veces, la mayoría de veces y siempre). Ha sido validada para población mexicana, posee una consistencia de 0.89, obtenida por un Alfa de Cronbach y una validez de convergente ($p < 0.05$). Se comprobó la asociación entre las variables del Trait Meta -Mood Scale (atención, claridad y reparación emocional) con las del DERS, en todas se obtuvo una correlación negativa de ($R = - 0.50$; $p < 0.001$). También se correlacionaron los síntomas depresivos, la cual mostró una correlación positiva de ($r = 0.69$., $p < 0.001$), con ansiedad ($r = 0.55$; $p < 0.001$) y autoestima ($r = - 0.66$; $p < 0.001$) (Hervás & Jodar, 2008).

4. La lista de síntomas del TLP (BSL - 23) (Bohus, Kleindienst, Limberger, Stieglitz, Domsalla, Chapman, Steil, Philipsen & Wolf, 2009) Es un instrumento que evalúa la intensidad de los síntomas del TLP y el estado actual de la persona; es capaz de discriminar entre diferentes niveles de gravedad (leve, moderado, severo) (Ver Apéndice D). Se deriva de la lista de síntomas del TLP de 95 ítems (BSL - 95). Esta versión se compone de tres partes: la primera consta de 23 preguntas que miden la intensidad del trastorno, la segunda es la escala análoga de evaluación del bienestar subjetivo, en la cual el sujeto selecciona del 0 - 100 el porcentaje que mejor refleje cómo se sintió y finalmente un suplemento de conductas de riesgo en el que se pregunta a la persona la frecuencia con que realizó diferentes comportamientos en la última semana, esta se compone de 11 reactivos (Jiménez-Pacheco, 2014). La primera sección tiene cinco opciones de respuesta en escala Likert que va desde nada - muchísimo con una respectiva puntuación de cero a cuatro (nada = 0, un poco = 1, algo = 2, mucho = 3 y muchísimo = 4), la parte suplementaria también tiene cinco opciones de respuesta en escala Likert (nada = 0, una vez = 1, 2 - 3 veces = 2, 4 - 6 veces=3, diario = 4) para dar un valor total que oscila entre 0 a 92 puntos. Por tanto a mayor puntaje obtenido mayor gravedad del TLP, ver Tabla 17 para la interpretación de la escala.

Tabla 17
Interpretación de la lista de síntomas del TLP (2009)

<u>Puntuación</u>
0 - 46 estado leve.
47 - 62 estado grave.
63 - 92 estado muy grave.

Este instrumento posee una confiabilidad de 0.097, obtenida mediante un Alfa Cronbach y una validez de constructo $p < 0,001$.

Procedimiento

El lugar de aplicación fue en un consultorio de la consulta externa del HPFBA. La evaluación se llevó a cabo en una sola sesión de 30 minutos aproximadamente, cada una se realizó de manera individual bajo los criterios de privacidad y comodidad de los participantes. Al iniciar la sesión se les proporcionó el consentimiento informado, para que lo leyeran y firmaran, ver (Apéndice E), posteriormente bajo la supervisión de la psicóloga adscrita al servicio de la consulta externa se aplicaron los cuatro instrumentos. Se inició con la lista de síntomas del TLP (BSL - 23) la cual funcionó como prueba de tamizaje para corroborar que los pacientes cumplieran con el trastorno, posteriormente se aplicaron las otras escalas, en el orden siguiente: impulsividad de Plutchik, riesgo - rescate de Weissman, y por último dificultades en la regulación emocional de Gratz y Roemer.

RESULTADOS

El objetivo general de la presente investigación fue conocer las diferencias asociadas al grado de impulsividad, frecuencia en los intentos de suicidio y regulación emocional entre hombres y mujeres con TLP.

Para el análisis, se computaron todos los reactivos de los cuatro instrumentos utilizados en esta investigación, se comenzó con la lista de síntomas del TLP (BSL -23) con el fin de conocer en los pacientes el nivel de gravedad del trastorno y las diferencias entre los sexos. Para ello se hizo uso de la prueba estadística t de Student, tomando como base el puntaje total obtenido en el instrumento. Los resultados mostraron en las mujeres una media de 56.04 en comparación a los hombres que obtuvieron 52.40, de acuerdo a la interpretación del instrumento ambos poseen un nivel de grave; cabe aclarar que los grupos controles no mostraron ningún signo del trastorno. Respecto a las variaciones entre los sexos con TLP tampoco se encontraron datos estadísticamente significativos entre ellos $t = 0.761$; $p = 0.450$.

El primer objetivo planteado hace referencia a las diferencias respecto al grado de impulsividad entre hombres y mujeres con TLP, por lo que a continuación encontrará el estudio para esta variable. Primeramente se realizaron tres análisis estadísticos entre: hombres control y con TLP (Ver Apéndice F), mujeres control y TLP (Ver Apéndice G) y entre ambos grupos controles (Ver Apéndice H), con la finalidad de detectar diferencias entre las personas sin el trastorno y pacientes con TLP, para ello se utilizó la prueba U de Mann Whitney; los resultados mostraron en estos últimos diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.05$) en la mayoría de las conductas impulsivas, en contraparte el estudio llevado a cabo entre hombres y mujeres

control no mostró ninguna diferencia estadísticamente significativa entre ellos, por lo cual los datos obtenidos en la variable de impulsividad podrían atribuirse al TLP.

Se hizo un análisis basándose únicamente en los grupos TLP con el objetivo de conocer las diferencias respecto a los sexos, para esto se tomaron en cuenta los puntajes totales de impulsividad que cada participante obtuvo en la escala de Plutchik. El procedimiento que se utilizó para calcularlo fue por medio de la sumatoria de cada una de sus respuestas, la puntuación total oscilaba entre 0 - 45 puntos. Se aplicó una prueba t de Student para muestras independientes, la cual mostró una $t = 2.166$, $p = 0.035$, dando una diferencia estadísticamente significativa, los resultados reflejaron una media para el sexo femenino de 30.48 y para el sexo masculino 26.96, basándose en la interpretación de la escala de impulsividad, ambos tienen un nivel alto.

Con la finalidad de averiguar a profundidad las características impulsivas que cada sexo con TLP posee, se aplicó una prueba U de Mann Whitney a cada una de las conductas, esto debido al nivel de medición que tiene el instrumento. De los 15 reactivos se hallaron seis estadísticamente significativos mismos que se presentan en la Tabla 18.

Tabla 18
U de Mann Whitney aplicada a cada una de las conductas impulsivas

	<u>Sexos</u>	<u>Rango promedio</u>	<u>U de Mann Whitney</u>	<u>Z</u>	<u>Nivel de significancia</u>
¿Le resulta difícil esperar en la cola?	Femenino	23.86	271.500	-0.874	0.382
	Masculino	27.14			
¿Hace cosas impulsivamente?	Femenino	30.06	198.500	-2.465	0.014 *
	Masculino	20.94			
¿Gasta dinero impulsivamente?	Femenino	30.90	177.500	-2.806	0.005 *
	Masculino	20.10			
¿Planea cosas con anticipación?	Femenino	25.72	307.000	-0.112	0.911
	Masculino	25.28			
¿Pierde la paciencia a menudo?	Femenino	26.18	295.500	-0.352	0.724
	Masculino	24.82			
¿Le resulta fácil concentrarse?	Femenino	23.36	259.000	-1.144	0.253
	Masculino	27.64			
¿La resulta difícil controlar sus impulsos sexuales?	Femenino	26.20	295.000	-0.356	0.722
	Masculino	24.80			
¿Dice usted lo primero que le viene a la cabeza?	Femenino	29.20	220.000	-1.973	0.049 *
	Masculino	21.80			
¿Acostumbra a comer aun cuando no tenga hambre?	Femenino	31.72	157.000	-3.134	0.002 *
	Masculino	19.28			
¿Es usted impulsivo?	Femenino	29.42	214.500	-2.311	0.021 *
	Masculino	21.58			
¿Termina las cosas que empieza?	Femenino	23.82	270.500	-0.862	0.388
	Masculino	27.18			
¿Le resulta difícil controlar las emociones?	Femenino	28.00	250.000	-1.445	0.148
	Masculino	23.00			
¿Se distrae fácilmente?	Femenino	23.08	252.000	-1.262	0.207
	Masculino	27.92			
¿Le resulta difícil quedarse quieto?	Femenino	21.42	210.500	-2.078	0.038 *
	Masculino	29.58			
¿Es usted cuidadoso / cauteloso?	Femenino	25.00	300.000	-0.258	0.796
	Masculino	26.00			

* Diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres con TLP.

Como se observa en la tabla anterior, los reactivos estadísticamente significativos fueron “hacer cosas impulsivamente”, “gastar dinero”, “decir lo primero que le viene a la cabeza”, “comer aun cuando no tenga hambre” y “ser impulsivo”. De acuerdo a los rangos promedios de estos cinco reactivos se encontró que las mujeres tienen mayores puntajes en las conductas mencionadas. Respecto a los hombres únicamente hay una diferencia estadísticamente significativa que fue “le resulta difícil quedarse quieto”.

El segundo objetivo fue identificar las diferencias en los intentos de suicidio respecto a la frecuencia, método utilizado y grado de lesión en ambos sexos con TLP. Se hizo uso de la escala riesgo / rescate de Weissman, aplicada a todos los participantes. Para esto, se realizó un análisis a manera general utilizando una prueba t de Student para muestras independientes con la finalidad de conocer en un inicio, si existían variaciones entre el número de intentos de suicidio, la Figura 2 refleja los datos obtenidos.

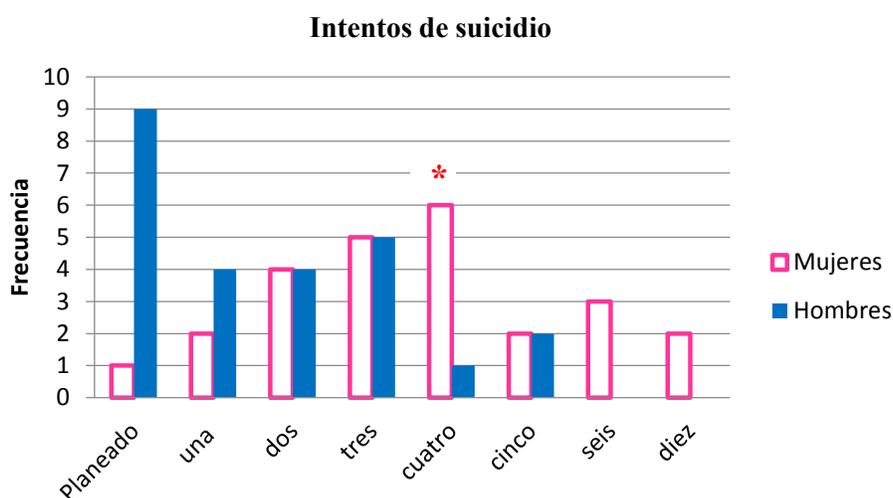


Figura 2: Frecuencia en los intentos de suicidio y planeación del acto, en hombres y mujeres con TLP.

Esta figura muestra la frecuencia de los intentos de suicidio respecto a hombres y mujeres con TLP, la prueba arrojó los siguientes resultados $t = 3.440$; $p = 0.001$, lo cual es estadísticamente significativo, por tanto las mujeres presentaron un mayor número de intentos de suicidio, en promedio 3.92 a diferencia de los hombres que tuvieron una frecuencia de 2.08.

De acuerdo a las características del instrumento, los diez reactivos de la escala riesgo/rescate de Weissman fueron divididos en dos grupos proporcionales de cinco reactivos cada uno, con el objetivo de medir los factores de riesgo para conocer la intensidad del intento suicida y los factores de rescate, es decir que probabilidad existía de rescatar al paciente cuando

trataba de quitarse la vida. Todos los datos fueron computarizados y sumados, el valor total oscilaba en cada factor de 5 a 15 puntos, para el análisis estadístico de las puntuaciones totales se utilizó una prueba t de Student para muestras independientes, la Figura 3 muestra los factores de riesgo, los datos significativos se encuentran marcados con un asterisco.

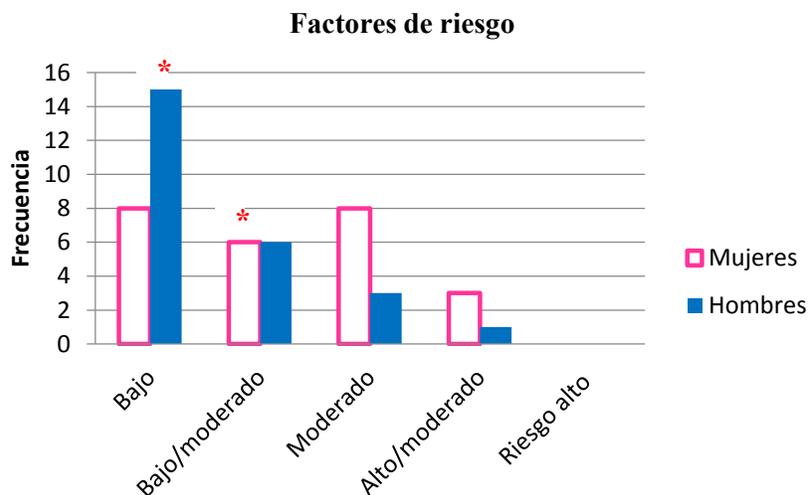


Figura 3: Frecuencia de categorías de acuerdo al puntaje total obtenido entre hombres y mujeres.

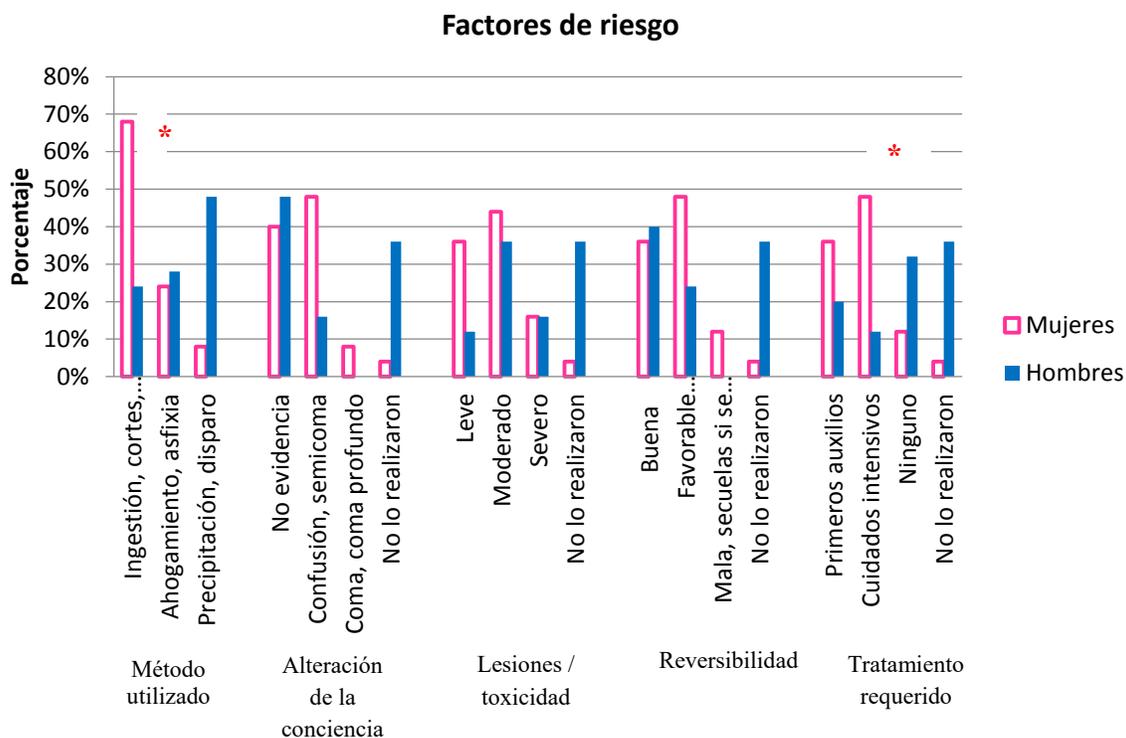
Estos factores fueron estadísticamente significativos debido a que se obtuvo una $t = 2.537$; $p = 0.015$ las mujeres presentaron un promedio de 7.92 y los hombres 6.60 de nivel de riesgo, de acuerdo a la escala de Weissman ellas poseen un factor de riesgo bajo - moderado y los hombres uno bajo.

Respecto a los factores de rescate, la puntuación total obtenida en hombres y mujeres con TLP, no fue estadísticamente significativa, se halló una $t = - 1.368$; $p = 0.178$.

También se llevó a cabo un estudio por cada uno de los reactivos de los factores de riesgo y rescate, para conocer las diferencias en hombres y mujeres con este trastorno, para esto se hizo uso de la prueba estadística Chi cuadrada. Los factores de riesgo únicamente mostraron

dos reactivos significativos, que fueron los referentes al método utilizado y tratamiento requerido, en la figura 4 se observan marcados con un asterisco. El primero obtuvo una $X^2(2) = 12.481$; $p = 0.002$ estos datos reflejaron que las mujeres recurren a la ingesta medicamentosa, cortes y apuñalamiento en un 68%, mientras que los hombres tienden a métodos letales como la precipitación y disparo en un 48%

Derivado de esto el tratamiento requerido mostró una $X^2(3) = 15.216$; $p = 0.002$, por tanto 48% de ellas requieren cuidados intensivos tras cometer un intento de suicidio a diferencia de los hombres que no necesitan ningún tipo de tratamiento, esto se presentó en un 32%.



*diferencias estadísticamente significativas

Figura 4: Porcentajes obtenidos en los factores de riesgo en hombres y mujeres con TLP.

Respecto a los factores de rescate únicamente se encontraron diferencias estadísticamente significativas en un aspecto que fue “demora hasta el descubrimiento”, se obtuvo $X^2(2) = 9.326$; $p = 0.009$, se indica con un asterisco en la Figura 5.

Las mujeres puntuaron en dos momentos, “inmediatamente” y “más de tres horas” cada una refleja un porcentaje de 48%, mientras los hombres sólo mostraron una “demora inmediata” en un 44%.

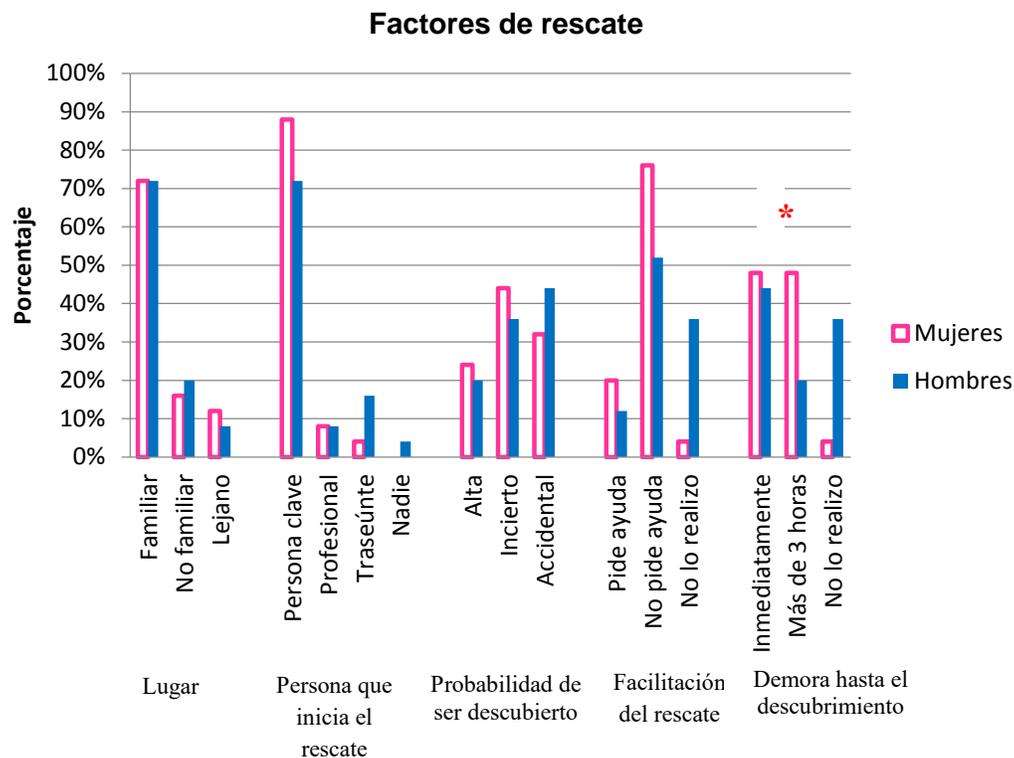


Figura 5: Porcentajes obtenidos en los factores de rescate entre hombres y mujeres con TLP.

El tercer objetivo específico de la presente investigación fue detectar las diferencias en la regulación emocional que poseen hombres y mujeres con TLP. Se hizo uso de la escala de dificultades en la regulación emocional de Gratz y Roemer que cada uno de los participantes respondió. Para el análisis estadístico se computaron de manera individual los 27 reactivos y se utilizó la prueba no paramétrica U de Mann Whitney. Inicialmente se realizó un análisis entre ambos grupos controles, con el fin de detectar diferencias respecto a las emociones. Los resultados no reflejaron ningún dato estadísticamente significativo (Ver Apéndice I). Posteriormente se estudió el grupo de hombres y mujeres con el trastorno utilizando la misma prueba estadística, los datos únicamente mostraron tres reactivos estadísticamente significativos, que fueron: “cuando me encuentro mal, me cuesta controlar mi comportamiento”; “cuando me encuentro mal, empiezo a sentirme muy mal conmigo mismo” y “cuando me encuentro mal, mis

emociones parecen desbordantes (escapan de mis manos)”, estos están marcados con un asterisco en la Tabla 19. De acuerdo al rango promedio obtenido en cada reactivo se observó que ellas poseen mayores puntajes en estas características en comparación a los hombres.

Tabla 19
Prueba U de Mann Whitney aplicada a la escala de dificultades en la regulación emocional entre los sexos

	<u>Sexo</u>	<u>Rango Promedio</u>	<u>U de Mann Whitney</u>	<u>Z</u>	<u>Nivel de significancia</u>
Tengo claro lo que siento (tristeza, enfado, alegría)	Femenino	26.44	289.000	-0.483	0.629
	Masculino	24.56			
Pongo atención a cómo me siento	Femenino	26.08	298.000	-0.296	0.768
	Masculino	24.92			
Vivo mis emociones como agobiantes y fuera de control	Femenino	25.68	308.000	-0.099	0.921
	Masculino	25.32			
No tengo ni idea de cómo me siento	Femenino	23.78	269.500	-0.877	0.381
	Masculino	27.22			
Me cuesta entender mis sentimientos	Femenino	24.06	276.500	-0.734	0.463
	Masculino	26.94			
Estoy atento a mis sentimientos	Femenino	23.52	263.000	-1.065	0.287
	Masculino	27.48			
Sé exactamente cómo me estoy sintiendo	Femenino	23.36	259.000	-1.147	0.251
	Masculino	27.64			
Le doy importancia a lo que estoy sintiendo	Femenino	25.06	301.500	-0.232	0.816
	Masculino	25.94			
Estoy confuso sobre lo que siento	Femenino	24.18	279.500	-0.668	0.504
	Masculino	26.82			
Cuando me encuentro mal, sé reconocer cuáles son mis emociones (rabia, decepción...)	Femenino	27.16	271.000	-0.834	0.404
	Masculino	23.84			
Cuando me encuentro mal me enfado conmigo mismo por sentirme de esa manera	Femenino	24.72	293.000	-0.398	0.691
	Masculino	26.28			
Cuando me encuentro mal me da vergüenza sentirme de esa manera	Femenino	24.12	278.000	-0.694	0.488
	Masculino	26.88			
Cuando me encuentro mal, me cuesta terminar el trabajo	Femenino	25.80	305.000	-0.155	0.877
	Masculino	25.20			
Cuando me encuentro mal, pierdo el control	Femenino	26.56	286.000	-0.543	0.587
	Masculino	24.44			
Cuando me encuentro mal, me cuesta centrarme en otras cosas	Femenino	24.64	291.000	-0.446	0.656
	Masculino	26.36			
Cuando me encuentro mal me siento fuera de control	Femenino	26.20	295.000	-0.359	0.719
	Masculino	24.80			
Cuando me encuentro mal, me siento avergonzado de mí mismo	Femenino	24.44	286.000	-0.532	0.595
	Masculino	26.56			
Cuando me encuentro mal, me siento como una persona débil	Femenino	26.62	284.500	-0.570	0.568
	Masculino	24.38			
Cuando me encuentro mal me siento culpable por sentirme de esta manera	Femenino	27.34	266.500	-0.931	0.352
	Masculino	23.66			
Cuando me encuentro mal me cuesta concentrarme	Femenino	23.28	257.000	-1.150	0.250
	Masculino	27.72			
Cuando me encuentro mal, me cuesta controlar mi comportamiento	Femenino	29.54	211.500	-2.109	0.035 *
	Masculino	21.46			
Cuando me encuentro mal, me enfado conmigo mismo por sentirme de esa manera	Femenino	28.48	238.000	-1.511	0.131
	Masculino	22.52			
Cuando me encuentro mal, empiezo a sentirme muy mal conmigo mismo	Femenino	30.34	191.500	-2.466	0.014*
	Masculino	20.66			
Cuando me encuentro, pierdo el control sobre mi comportamiento	Femenino	27.66	258.500	-1.121	0.262
	Masculino	23.34			
Cuando me encuentro mal, me cuesta pensar sobre cualquier otra cosa	Femenino	27.90	252.500	-1.237	0.216
	Masculino	23.10			
Cuando me encuentro mal, tardo mucho tiempo en sentirme mejor	Femenino	26.28	293.000	-0.395	0.693
	Masculino	24.72			
Cuando me encuentro mal, mis emociones parecen desbordantes (escapan de mis manos)	Femenino	30.92	177.000	-2.823	0.005 *
	Masculino	20.08			

DISCUSIÓN

El objetivo de la presente investigación consistió en conocer las diferencias asociadas al grado de impulsividad, frecuencia en los intentos de suicidio y regulación emocional entre hombres y mujeres con TLP.

La impulsividad es la característica principal del TLP, la cual ocasiona acciones violentas y poco aptas para la situación. Estos actos impulsivos son llamados búsqueda de novedad, de acuerdo a Squillance et al. (2011) se define por la necesidad de recurrir a actividades que brinden una recompensa inmediata, como: la promiscuidad sexual, consumo de alcohol, autolesiones, gastos innecesarios, etc. El análisis realizado en el grupo control no reportó diferencias estadísticamente significativas, por lo que únicamente se trabajó con los grupos TLP. A manera general hombres y mujeres con el trastorno poseen un alto nivel impulsivo, sin embargo las mujeres tienen más conductas de riesgo por ejemplo: “hacer cosas impulsivas”, “gastar dinero excesivamente”, “expresar lo primero que les viene a la cabeza”, “comer aunque no tengan hambre” y “ser impulsivas”. Contrario a las mujeres, los hombres sólo destacaron en un comportamiento que fue “le resulta difícil quedarse quieto”. En relación a esto, Ibáñez (2014) encontró resultados similares entre los sexos, en su investigación mencionó que las mujeres con TLP presentan una alta impulsividad respecto a los hombres; sin embargo, en ellos incrementa si existe una comorbilidad con el trastorno antisocial, otro dato importante que destacó el autor fue que la impulsividad es mayor en los pacientes jóvenes, en esta investigación no se hizo una comparación sintomatológica entre las edades, por lo que se desconoce si a menor edad mayor impulsividad, sería interesante tomarlo en cuenta para futuras investigaciones. Estos datos son contrarios a los de Barnow en 2005 quien refiere que la búsqueda de novedad prevalece en el

sexo masculino, probablemente las diferencias halladas por el autor se deban a la selección de la muestra.

Dentro del análisis las mujeres puntuaron alto en decir lo primero que les viene a la cabeza, esto se asocia al alto grado de agresividad verbal que las mujeres poseen a diferencia del sexo masculino, como Mancke et al. (2015) refieren.

Las diferencias entre los sexos podrían estar asociadas al control emocional, se sabe que las mujeres prestan mayor atención a sus estados afectivos por lo que sería comprensible que recurran a estas conductas con la finalidad de regular sus estados emocionales aversivos para sentirse bien consigo mismos, obtener placer y gratificación sin importar las consecuencias inmediatas o corto plazo que les puedan ocasionar. Villarejo (2012) mencionó que las conductas de riesgo están dotadas principalmente de carga afectiva, por lo que la impulsividad se vuelve una necesidad para experimentar un placer constante. En las personas con TLP provoca una continua búsqueda de novedad, para lograrlo recurren a actividades que brinden una recompensa inmediata (Brodsky et al., 1997). Tal vez esto explica el alto número de conductas de riesgo que presentaron las mujeres con TLP en este estudio.

Probablemente los hombres no destacaron en esta escala debido a que son menos emocionales que las mujeres. Respecto a la impulsividad ellos sólo sobresalen en, “me resulta difícil quedarme quieto”, esto podría estar asociado al nivel de agresividad que poseen. Mancke, et al. (2015) afirman que la agresión está presente en la población general en mayor intensidad y frecuencia en el sexo masculino. Posiblemente manifiesten su impulsividad a través de otras conductas de riesgo, por ejemplo consumo de alcohol y sustancias, manejar a alta velocidad y peleas físicas, sin embargo habría que investigar al respecto.

Hollander y Stein (2006) sostienen que la impulsividad del paciente con TLP está dirigida hacia ellos mismos, la cual se considera patológica debido a que lejos de beneficiar al paciente lo bloquea. Se manifiesta a través de conductas que no han sido planificadas, de forma que estas acciones no son las más adecuadas para la situación, por lo que genera graves consecuencias (Villarejo, 2012). Por tanto las mujeres presentan mayores conductas impulsivas, debido a la alta necesidad afectiva.

Respecto a los intentos de suicidio, García et al. (2010) mencionan una distinción entre los sexos, las mujeres llevan a cabo más intentos de suicidio sin que logren su objetivo la mayoría de veces, a diferencia de los hombres que cometen más suicidios. Gutiérrez et al. (2006) también coinciden en este aspecto y detallan que los hombres poseen más suicidios consumados en una proporción de 5 : 1, en contraparte Silberschmid et al. (2015) reportaron que no existen diferencias respecto a la tendencia suicida en hombres y mujeres. Los resultados obtenidos en la presente investigación muestran que efectivamente ellas tienen mayores intentos suicidas en una proporción de 4 : 2 respecto a los hombres. Por tanto Brodsky et al. (1997) afirman que el número de intentos de suicidio está estrechamente relacionado con la impulsividad.

Borges et al. (2010) refieren que los planes, ideación e intentos de suicidio están muy asociados al sexo femenino, sin embargo esta investigación muestra que los planes suicidas prevalecen en el sexo masculino, ya que un alto porcentaje reportó haber ideado el acto. En el acercamiento que se tuvo con ellos, mencionaron que no llevaron a cabo la acción debido a interrupciones como: llamaron por teléfono o aparición de terceras personas, este tipo de intentos es denominado suicidio frustrado de acuerdo a la clasificación de Forti y Forti (2012), por tanto estos datos reflejan que los hombres realmente buscan quitarse la vida cuando toman la decisión, como la bibliografía lo describe.

Respecto a los factores de riesgo, los resultados muestran que las mujeres poseen un puntaje de riesgo bajo - moderado, en comparación a los hombres que es bajo. Esta diferencia es originada por el nivel de impulsividad que ambos poseen. Es comprensible que las mujeres tengan un riesgo mayor por que presentan el doble de intentos de suicidio que los hombres, esto concuerda con la aportación de Forti y Forti (2012) los cuales refieren que la impulsividad aumenta el riesgo de suicidios y esta correlacionado más con el número de intentos que con la letalidad de los mismos. El grado de riesgo suicida, también se ha asociado a desórdenes afectivos, desesperanza y rasgos de impulsividad (Palacios et al., 2010) como lo afirman, Álvarez, Andi6n, Barral, Calvo, Casadella, y Casañas (2011) quienes mencionan que la afectividad negativa (ansiedad, miedo, hostilidad, culpa, insatisfacci6n y disgusto) es un predictor de la conducta suicida más determinante que la impulsividad, esto explica la estrecha relaci6n entre la alteraci6n en la regulaci6n emocional e impulsividad, los cuales provocan intentos de suicidio.

P6rez, Rodr6guez, Duss6n y Ayala (2007) sostienen que los m6todos utilizados para cometer un intento de suicidio son diferentes en hombres y mujeres. En ellas prevalece el consumo de f6rmacos y un menor uso de armas de fuego, al respecto Guti6rrez et al. (2010) concuerdan con esto y afirman que las mujeres tienden al consumo de benzodiazepinas, analg6sicos, antibi6ticos y pesticidas, por su parte, los hombres recurren al ahorcamiento y uso de armas de fuego. Los resultados en esta investigaci6n reflejan que las mujeres hacen uso principalmente de ingesta medicamentosa, cortes y apuñalamiento a diferencia de los hombres que tienden al disparo y precipitaci6n. Estos datos van en contra de lo reportado por un estudio de Garc6a et al. (2010) en el cual mencionaron que hombres y mujeres presentan alta dosis medicamentosa. Respecto a los m6todos Sansone y Sansone (2011) realizaron un estudio entre

ambos sexos con TLP, en este hallaron que los cortes en la piel, no se presentan de manera distinta, tal vez el resultado de estas investigaciones se deba a una variación en los instrumentos.

Los resultados mostraron que el uso de los métodos utilizados está orientado hacia objetivos distintos. Con los intentos de suicidio, las mujeres más que buscar la muerte buscan la obtención de ganancias secundarias, por ejemplo la manipulación, llamar la atención de los demás, mantener el control de la situación y regular sus emociones como lo atribuye González et al. (1998). Contrario a las mujeres, los hombres poseen mayor agresividad la cual reflejan en los métodos empleados para cometer un intento de suicidio, estos son eficaces para alcanzar la muerte, de acuerdo a la clasificación de las conductas suicidas de Forti y Forti (2012) su intento de suicidio se clasifica como letal frustrado.

Borges et al. (2010) en un estudio realizado mencionan que de una muestra de 75 millones de personas, sólo el 0.13% requirió atención médica tras un intento de suicidio. En esta investigación se encontró que las mujeres recurren a cuidados intensivos a diferencia de los hombres que no recurren a ningún tipo de atención, debido a que la mayoría no llevó a cabo el acto. Retomando los datos anteriores, el sexo femenino recurre a métodos como cortes, ingesta medicamentosa y apuñalamiento, de acuerdo con Oumaya et al. (2008) los pacientes con TLP que tienen comportamiento de automutilación poseen más riesgo en los intentos de suicidio, ya que experimentan sentimientos de depresión, desesperanza y agresividad, por lo cual subestiman la letalidad de su comportamiento suicida. También es importante considerar que las personas con este trastorno reportan que cuando se agreden a sí mismos no sienten dolor Ludäscher et al. (2015) afirman que este tipo de pacientes presentan altos umbrales de dolor, así como una menor sensibilidad, esto se debe a que el dolor emocional es más grande en ellos, por tanto no se

percatan de la intensidad de sus lesiones, sobre todo las mujeres, por lo que llegan a lesionarse gravemente sin darse cuenta, lo que desencadena en el ingreso a cuidados intensivos.

Otros factores significativos fueron la demora tras el descubrimiento. En el cual las mujeres puntuaron en dos momentos, inmediatamente y más de tres horas, esto se asocia por una parte a la alta impulsividad que el sexo femenino posee y a la obtención de ganancias secundarias, mientras los hombres sólo mostraron una demora inmediata, lo cual es comprensible por el alto índice de suicidios frustrados.

Los intentos de suicidio son una de las principales características del TLP. Torres et al. (2012) identificaron que aproximadamente el 10% muere a causa del suicidio y alrededor del 60 - 70% presentan conducta suicida. Se sabe que el 57% de esta población presenta tres o más intentos de suicidio. Forti y Forti (2012) afirman que las personas con este trastorno presentan 7.6 más riesgo de suicidio que personas con trastorno bipolar y otros trastornos de personalidad, debido a la alta impulsividad y agresividad que poseen.

Desde la perspectiva psiquiátrica las conductas suicidas están asociadas en un 90% de los casos a diversos trastornos emocionales (Muelas & Mangado, 2007). De igual manera el INEGI (2015) reportó que el 80% de los suicidios consumados, están relacionados a trastornos mentales como depresión 6 - 15%, alcoholismos 7 - 15% y esquizofrenia 4 - 10%. Borges et al. (2010) mencionan que las personas que recurren a los intentos de suicidio en el caso de los hombres, su diagnóstico está orientado a un trastorno del impulso y en las mujeres a uno de ansiedad. El suicidio se ha convertido a nivel mundial en la segunda causa de muerte en jóvenes entre 15 a 39 años de edad (Gómez, 2014).

Por tanto se puede concluir que los intentos de suicidio son una de las principales características del TLP, la cual se presenta de manera distinta en hombres y mujeres respecto a la frecuencia, método, tratamiento y demora hasta el descubrimiento. Estas diferencias están altamente asociadas a la impulsividad y el objetivo que cada sexo posee sobre la conducta suicida.

Relativo a la parte afectiva, también se realizó una comparación entre los sexos con el fin de encontrar diferencias, en este análisis las mujeres destacaron, dentro de los resultados se detectó que presentan dificultades para controlar su comportamiento, lo cual se explica por la elevada conducta impulsiva y múltiples actos de riesgo que poseen. Squillance et al. (2011) afirman que los altos niveles de impulsividad repercuten en las emociones. Irastorza y Rubio (2005) confirman que los sujetos impulsivos son hipersensibles a las emociones negativas, esto origina conductas de riesgo, así como una alteración en el procesamiento de la información.

Al respecto Santiago (2013) refiere que ante la frustración los pacientes con TLP no usan estrategias eficaces para regular sus emociones, al contrario recurren a métodos disfuncionales como la autoagresión, heteroagresión o el escape. Con los datos obtenidos se puede afirmar que las mujeres presentan una mayor sensibilidad a las emociones negativas y reaccionan de manera extrema ante el estrés, por tanto ante esta situación recurren al gasto excesivo, expresar lo primero que les viene a la cabeza, comer aunque no tengan hambre, etc. Chapman et al. (2006) observaron que estos pacientes usan las autolesiones y los intentos de suicidio como una forma de escapar y evitar sus intensos estados emocionales negativos, lo cual explica el alto índice de intentos de suicidio en las mujeres.

Otra de las características donde las mujeres destacaron fue “cuando me encuentro mal, me enfado conmigo mismo por sentirme de esta manera”, estudios al respecto son escasos. Gratz, Rosenthal, Tull, Lejuez, y Guderson (2010) observaron que después de la excitación emocional ante una situación estresante las personas con TLP continúan puntuando alto en hostilidad, irritabilidad, ansiedad y alto nivel de vergüenza, estos niveles se mantienen después del factor estrés. Por tanto a diferencia de los hombres las mujeres experimentan este tipo de emociones en mayor intensidad, lo cual provoca que se sientan mal y se enojen consigo mismas después de su actuar.

Las “emociones intensas” fueron otro comportamiento que destacó en la parte afectiva, en el cual ellas también sobresalieron. Ballus (2006) afirma que los pacientes con TLP ante la frustración experimentan ansiedad, irritabilidad e ira de manera intensa.

Leblanc, Jarroir, Vorspan, Bellivier, Leveillee y Romo (2016) coinciden con estos autores y refieren que los pacientes con TLP parecen tener una labilidad afectiva e impulsividad más aguda. Palmero et al. (2011) mencionaron que cuando se experimentan emociones intensas y no se regresa a la homeostasis se generan conductas desadaptativas, si estas se mantienen por demasiado tiempo o se repiten con mayor frecuencia, llegan a producir un desorden o disfunción y se corre el riesgo que las emociones dejen de ser funcionales. En la bibliografía no se encontraron estudios que hagan distinción entre los sexos, como se mencionó anteriormente en general las mujeres suelen poner mayor atención a sus estados afectivos, sin embargo ante la presencia del TLP las emociones se incrementan y son inestables, esto da explicación a la alta intensidad de las emociones.

Probablemente los hombres no destaquen en esta escala debido a que en general el sexo masculino tiende a expresar menos sus estados emocionales. Marín et al. (2012) coinciden en este aspecto y refieren que efectivamente ellos ponen poca atención a sus emociones, reportan que las mujeres son mejores para inhibir conductas en respuesta a emociones negativas. En contraste, experimentan niveles altos de culpa, vergüenza o autoagresión; utilizan con mayor frecuencia estrategias de afrontamiento inadecuadas ante emociones percibidas como inapropiadas.

La carga genética influye hasta un 69% para generar rasgos del TLP, así como la alteración en la regulación emocional e impulsividad (Estribano, 2006). Se sabe que estas se deben a una lesión en la región orbitofrontal, la cual se asocia con la regulación en las emociones, por tanto estas se vuelven desmedidas (Carlson, 2006). Al respecto Estribano en 2006 afirma que existe una liberación anormal de serotonina que genera mayor agresividad, alteración en el afecto y dificultad para regular sus impulsos.

La inestabilidad afectiva forma parte de los criterios diagnósticos del TLP, afecta gravemente al sujeto debido a que sus emociones cambian recurrentemente, esto genera dificultades en sus relaciones interpersonales, laborales y sociales. Por tanto las mujeres presentan mayor alteración en la regulación emocional que manifiestan a través de sus emociones de tipo desbordantes y múltiples conductas impulsivas.

Autores como Silberschmid et al. (2015) aportaron que las mujeres presentan una mayor hostilidad, relaciones inestables, así como una mayor sintomatología. Sin embargo esta investigación muestra que existen diferencias respecto a la impulsividad, intentos de suicidio y alteración en la regulación emocional en hombres y mujeres con TLP.

CONCLUSIONES

Los hallazgos obtenidos en la presente investigación permiten mostrar que la impulsividad, intentos de suicidio y alteración en la regulación emocional no se presentan de manera igual en hombres y mujeres con TLP. Respecto a la impulsividad se halló que ambos sexos poseen un índice alto, sin embargo las mujeres recurren a mayores conductas de riesgo con el fin de lograr regular sus emociones. Los hombres sólo sobresalieron en un aspecto que fue “le resulta difícil quedarse quieto”, por tanto sería importante indagar si ellos destacan en otro tipo de conductas impulsivas.

Relativo al suicidio, se encontró que las mujeres presentan el doble de intentos a diferencia de los hombres, esto debido a que su objetivo es distinto. Las mujeres buscan obtener ganancias secundarias, como: manipulación, chantaje y placer, por tanto el método que emplean para cometer el acto son los cortes superficiales en la piel, ingesta medicamentosa y apuñalamiento, esto se ve reflejado en el tratamiento requerido y demora hasta el descubrimiento. En la muestra seleccionada un alto índice de hombres reportó haber planeado minuciosamente el acto, pero debido a interrupciones no lograron realizarlo, esto refleja que ellos buscan realmente quitarse la vida cuando han tomado la decisión, por lo que recurren a métodos más violentos y a ningún tipo de atención médica.

La alteración en la regulación emocional también mostró diferencias en las que nuevamente las mujeres destacaron porque prestan mayor atención a sus emociones en comparación a los hombres.

Por tanto, es necesario que se brinden intervenciones específicas a hombres y mujeres con TLP, que ayuden al paciente a controlar su impulsividad, identificar y regular sus emociones

y desarrollar estrategias para enfrentar las situaciones de una manera asertiva, así mismo dar un tratamiento específico e integral a los síntomas del TLP para que de este modo se logre reducir el malestar emocional de quienes padecen el trastorno, con esto se favorecería la recuperación y el pronóstico del paciente.

A lo largo de este estudio se tuvieron limitaciones como poca información respecto a los hombres con TLP. La mayoría de las investigaciones son realizadas con muestras femeninas o adolescentes, debido a la prevalencia en mujeres. Esto impide hacer conclusiones sobre los hombres con el trastorno porque aún se tendrían que realizar más estudios en este género.

Se recopilaron pocos datos entre hombres y mujeres con TLP, sobre todo respecto a la impulsividad y alteración en la regulación emocional, en el caso de las emociones únicamente se encontraron aspectos generales como hipersensibilidad a las emociones negativas y un estudio comparativo entre los sexos. Así mismo, es importante considerar que gran parte de las investigaciones reportadas en este trabajo, no fueron realizadas en población mexicana, lo cual nos habla de la poca investigación sobre el TLP.

Dentro de las líneas de investigación estaría el poder realizar este estudio comparativo no solo entre los sexos sino también por edades, debido a que la bibliografía hace énfasis en este aspecto. Es decir que los adolescentes con TLP poseen mayor hostilidad, perturbación, automutilaciones, intentos de suicidio, impulsividad y conductas de riesgo, a diferencia de los adultos que tienen menos características. También se menciona que los síntomas generados por el trastorno comienzan a desaparecer conforme transcurren los años, sin embargo en la práctica clínica se han observado casos en los cuales se continúa teniendo una alta sintomatología.

El DSM - V refiere otros criterios además de los abordados en esta investigación, como enfado inapropiado, sensación de vacío, alteración de la autoimagen, esfuerzos por evitar el abandono, por lo que sería interesante realizar un estudio entre los sexos utilizando otras variables.

Para terminar, sería importante considerar la comorbilidad ya que juega un papel importante y aumenta algunas conductas, por ejemplo la comorbilidad con el trastorno antisocial incrementa la impulsividad y agresividad, por tanto es relevante tomar en cuenta este aspecto para futuras investigaciones.

REFERENCIAS

- Álvarez, I., Andión, O., Barral, C., Calvo, N., Casadella, M. & Casañas, R. (2011). *Guía práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad, versión completa*. Generalitat de Catalunya: Barcelona.
- American Psychiatric Association, APA. (2014). *DSM-V. Guía de consulta de los Criterios diagnósticos del DSM V*. Barcelona: Masson.
- Arza, M., Díaz, C., López, N., Fernández, J., López, J. & Carrasco, J. (2009). Alteraciones neuropsicológicas en el trastorno límite de la personalidad: estrategias de detección. *Actas españolas de psiquiatría*, 4, 185 - 190.
- Ballus, C. (2006). *Trastorno Límite de la Personalidad*. Barcelona: Generalitat de Catalunya
- Barrionuevo, J. (2009). *Suicidio e Intentos de Suicidio*. (Tesis inédita de maestría). Universidad de Buenos Aires. Recuperado de http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/055_adolescencia1/material/archivo/suicidio_e_intentos.pdf
- Berlin, H., Rolls, E. & Iversen, S. (2005). Trastorno de la Personalidad Borderline impulsividad y corteza orbitofrontal. *American Journal of Psychiatry*, 162, 2360-2373. doi.org/10.1176/appi.ajp.162.12.2360.
- Bohus, M., Kleindienst, N., Limberger, M., Stieglitz, R., Domsalla, M., Chapman, A., Steil, R., Philipsen, A. & Wolf, M. (2009). The short version of the Borderline Symptom List (BSL-23): development and initial data on psychometric properties. *Psychopathology*, 42, 32-39. doi: 10.1159/000173701.

- Borges, G., Orozco, B. & Medina, M. (2010). Suicidio y conductas suicidas en México: retrospectiva y situación actual. *Salud Pública de México*, 52(4), 292-304.
- Brodsky, B., Malone, K., Ellis, S., Dulit, R. & Mann, J. (1997). Characteristics of borderline personality disorder associated with suicidal behavior. *American Journal Psychiatry*, 154, 1715-9.
- Caballo, V. (2004). *Manual de trastornos de la personalidad. Descripción, evaluación y tratamiento*. Madrid: Síntesis
- Caballo, V. & Camacho, S. (2000). El Trastorno Límite de la Personalidad: Controversias Actuales. *Psicología del Caribe*, 1, 31-55.
- Cancrini, L. (2007). *Océano Borderline: Viajes por una patología inexplorada*. Barcelona: Paidós.
- Carlson, N. (2006). *Fisiología de la Conducta*. Madrid: Pearson.
- Castro, J. (2014). Autolesión no suicida en adolescentes peruanas: Una aproximación diagnóstica y psicopatológica. *Revista Neuropsiquiatra*, 57, 226-235.
- Cervera, G., Haro, G. & Martínez, R. (2005). *Trastorno Límite de la Personalidad Paradigma de la comorbilidad psiquiátrica*. Madrid: Panamericana.
- CIE-10 (1992). *Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Meditor.
- Chapman, A., Gratz, K. & Brown, M. (2006). Solving the puzzle of deliberate selfharm: the experiential avoidance model. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 371-394. doi: 10.1186/s40479-015-0028-7.
- Chávez, E. & Ontiveros, M. (2006). Tratamiento farmacológico del trastorno límite de personalidad. *Salud Mental*, 29, 16-24.

- Delgado, L. & Uribe, C. (2013). Rasgos de Personalidad en pacientes psiquiátricos con trastorno límite de la personalidad. *Psiquis (México)*, 22, 1-8.
- Díaz, K. & Ostrosky, F. (2012). Desempeño neuropsicológico prefrontal en sujetos violentos de la población general. *Acta de investigación psicológica*, 2, 555-567.
- Domes, G., Czeschnek, D., Weidler, F., Berger, C., Fast, K. & Herpertz, S. (2008). Recognition of facial affect in Borderline Personality. *Disorder Guilford*, 22, 135-147. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18419234>.
- Durkheim E. (1897). *Le Suicide*. Paris: Alcaín.
- Dulit, R., Fyer, M., Leon, A., Brodsky, B. & Frances, A. (2015). Clinical correlates of self-mutilation in borderline personality disorder. *Psychiatry*, 151, 1305-11. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8067485>
- Dyck, M., Habel, U., Slodczyk, J., Schlummer, J., Backes, V., Schneider, F. & Reske, M. (2009). Negative bias in fast emotion discrimination in borderline personality disorder. *Psychological Medicine*, 39, 855-864. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18752730>
- Espinosa, J., Blum, B. & Romero, M. (2009). Riesgo y letalidad suicida en pacientes con trastorno límite de la personalidad (TLP), en un hospital de psiquiatría. *Salud Mental*, 32, 317-325.
- Estribano, T. (2006). Trastorno Límite de la Personalidad: Estudio y Tratamiento. *Intelligo*, 1, 1-19.
- Eysenck, S. & Eysenck, H. (1977). The place of impulsiveness in a dimensional system of personality description. *Medline*, 16, 57-68.

- Florenzano, R., Cáceres, E., Valdés, M., Calderón, S., Santander, S., Cassasus, M. & Aspillaga, C. (2010). Comparación de frecuencia de conductas de riesgo, problemas juveniles y estilos de crianza, en estudiantes adolescentes de tres ciudades chilenas. *Cuadernos Médico Sociales*, 50, 115- 123.
- Forti, L. & Forti, M. (2012). Trastorno límite de la personalidad y conductas autolíticas. *Revista Española de Medicina Legal*, 38, 149–154. doi: 10.1016/j.reml.2012.08.001
- García, H., Sahagún, F., Ruiz, A., Sánchez, G., Tirado, J. & González, J. (2010). Factores de riesgo, asociados a intento de suicidio, comparando factores de alta y baja letalidad. *Salud Pública de México*, 12, 713-721.
- García, M., Martín, M. & Otín, R. (2010). Tratamiento integral del Trastorno Límite de Personalidad. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 30, 263-278.
- Gómez, C. (2000). ¿Quién es el paciente limítrofe? *Salud Mental*, 23, 30-38.
- Gómez, C. (2014). Intento de suicidio y suicidio. *Revista colombiana de psiquiatría*, 43, 1-2. doi: 10.1016/j.rcp.2014.02.001.
- González, C., Berenson, S., Tello, A. Facio, D. & Medina, M. (1998). Ideación suicida y características asociadas en mujeres adolescentes. *En Salud Pública de México*, 40, 430-437.
- González, H., Castellano, M., Pérez, B., Rodríguez, E., Cervera, G. & Valderrama J. (2004). Revisión histórica de la impulsividad desde una perspectiva artística, filosófica y psicopatológica. Segunda parte. *Salud mental*, 27, 23- 28.

- Goodman, M. New, A. & Siever, L. (2004). Trauma, genes, and the neurobiology of personality disorders. *Annals of the New York academy of science*, 1032, 104-16. doi: 10.1196/annals.1314.008.
- Gratz, K. & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology & Behavioral Assessment*, 26, 41-54.
- Gratz, K., Rosenthal, M., Tull, M., Lejuez, C. & Gunderson, J. (2010). An experimental investigation of emotional reactivity and delayed emotional recovery in borderline personality disorder: the role of shame. *Psychiatric research*, 51, 275-285. doi: 10.1016/j.comppsy.2009.08.005.
- Guendelman, S., Garay L. & Miño, V. (2014). Neurobiología del trastorno de personalidad límite. *Revista médica de Chile*, 142, 204-210.
- Guija, J., Giner, L., Marín, R., Blanco, M. & Parejo, J. (2012). Aportaciones de la Medicina Forense a la investigación de la conducta suicida. *Revista española de Medicina Legal*, 38, 54-76.
- Gutiérrez, A., Contreras, C. & Orozco, R. (2006). El Suicidio, Conceptos actuales, *Salud Mental*, 29, 66-74.
- Guttman, H. & Laporte, L. (2002). Alexithymia, empathy and psychological symptoms in a family context. *Comprehensive Psychiatry*, 43, 448-455.
- Haro, G., Castellano, M., Pérez, B., Rodríguez, E., Cervera, G. & Valderrama, J. (2004). Revisión histórica de la impulsividad desde una perspectiva artística, filosófica y psicopatológica Parte 1. *Salud Mental*, 27, 23-28.

- Hervás, G. (2011). Psicopatología de la regulación emocional: El papel del déficit emocional en los trastornos clínicos. *Behavioral Psychology, 19*, 347 – 372.
- Hervás, G. & Jodar, R. (2008). Adaptación al castellano de la Escala de Dificultades en la regulación emocional. *Clínica y Salud, 19*, 139- 156.
- Hollander, E. & Stein, D. (2006). *Clinical Manual of Impulsive Control Disorders*. Arlington: American Psychiatric Publishing.
- Ibáñez, A. (2014). Impulsividad, Diferencias de género y patología dual en el juego patológico. *Revista Patología dual, 1*, 1-7.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2015). Estadísticas a propósito del día Mundial para la prevención del suicidio. Recuperado de <http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2015/suicidio0.pdf>
- Irastorza, L. & Rubio, G. (2005). *Trastorno límite de la personalidad y trastornos de control de impulsos*. Madrid: Médica Panamericana.
- Jiménez – Pacheco, S. (2014). *Entrenamiento en Mindfulness para el trastorno límite de la personalidad*. Universidad Nacional Autónoma de México: Programa de Maestría y Doctorado en psicología.
- Kaess, M., Brunner, R. & Chanen, A. (2014). Borderline personality disorder in adolescence. *Pediatrics, 134*, 782-93. doi: 10.1542/peds.2013-3677.
- Klaus, L., Zanarini, M., Schmahl, C., Linehan, M. & Bohus, M. (2004). Borderline personality disorder. *Lancet, 364*, 453-461. doi.org/10.1016/S0140-6736 (04)16770-6.

- Kurtz, J. & Morey, L. (1998). Negativism in evaluative judgments of words among depressed outpatients with borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders, 12*, 351-361. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9891289>.
- Leblanc, A., Jarroir, M., Vorspan, F., Bellivier, F., Leveillee, S. & Romo, L. (2016). Emotional and impulsive dimensions in bipolar disorder and borderline personality disorder. *Encephale, 16*, doi: 10.1016/j.encep.2016.02.007.
- Linehan, M. (1993). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. Nueva York: Guilford
- Lozano, A. & Ostrosky, F. (2011). Desarrollo de las Funciones Ejecutivas y de la Corteza Prefrontal. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias, 11*, 159-172.
- Ludäscher, P., Kalckreuth, V., Parzer, P, Kaess,M., Resch, F., Bohus, M., Schmahl, C. & Brunner, R. (2015). Pain perception in female adolescents with borderline personality disorder. *European Child and Adolescent Psychiatry, 24*, 351-7. doi: 10.1007/s00787-014-0585-0.
- Mancke, F., Bertsch, K. & Herpertz, S. (2015). Gender differences in aggression of borderline personality disorder. *Biomed Central, 2*, 1-57. doi: 10.1186/s40479-015-0028-7
- Marín, T., Robles, R., González, C. & Andrade, P. (2012). Propiedades Psicométricas de la escala “Dificultades en la Regulación Emocional” en español (DERS - E) para adolescentes mexicanos. *Salud Mental, 35*, 521-526.
- Martín-del-campo, A., González, C. & Bustamante, J. (2013). El suicidio en adolescentes. *Revista Médica del hospital General de México, 76*, 200-209.

- Millon, T. & Davis, R. (1998). *Trastornos de la personalidad. Más allá del DSM-IV*. Barcelona: Masson.
- Millon, T. (2006). *Trastornos de la personalidad en la vida moderna*. Barcelona: Masson.
- Morales, S., Armijo, I., Moya, C., Echávarri, O., Barros, J., Varela, C., Fischman, R., Peñaloza, F. & Sánchez, G. (2014). Percepción de los cuidados parentales tempranos en consultantes a salud mental con intento e ideación suicida. *Avances en psicología Latinoamericana*, 32, 403-417. doi: dx.doi.org/10.12804/apl32.03.2014.06.
- Muelas, V. & Mangado, O. (2007). Consideraciones sobre el suicidio: Una perspectiva histórica. *Psiquiatría.com*, 11. Recuperado de <http://www.psiquiatria.com/revistas/index.php/psiquiatriacom/article/viewFile/235/220>.
- Muñoz, J. & Amores, F. (2011). El comportamiento antisocial como trastorno primario y la comorbilidad de otros trastornos en la infancia y la adolescencia. *Psicología.com*, 15. Recuperado de <http://www.psiquiatria.com/revistas/index.php/psicologiacom/article/view/1264>.
- National Institute of Mental Health. (2014). ¿Qué es el trastorno límite de la personalidad?. *Medline plus*. Recuperado de <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000935.htm>.
- Orozco, L. & Herin, D. (2008). Neurobiología de la impulsividad y trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 37, 207- 219.
- Oumaya, M., Friedman, S., Pham, A., Abou, T., Guelfi, J. & Rouillon, F. (2008). Borderline personality disorder, self - mutilation and suicide: literature review. *Elsevier Masson*, 34, 452-8. doi: 10.1016/j.encep.2007.10.007.

- Páez, F., Jiménez, A., López, A., Raull, J., Ortega, H. & Nicolini, H. (1996). Estudio de Validez de la traducción al castellano de la Escala de impulsividad de Plutchik. *Salud mental, 19*, 10-12.
- Palacios, J., Sánchez, B. & Andrade, P. (2010). Intento de Suicidio y búsqueda de sensaciones. *Revista Intercontinental de Psicología y educación, 12*, 53-75.
- Palmero, F., Guerrero, C., Gómez, C., Carpi, A. & Gorayeb, R. (2011). *Manual de Teorías Emocionales y Motivacionales*. Madrid: Universitat Jaume
- Paris, J. & Zweig-Frank, H. (2001). A 27 year follow-up of patients with borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry, 42*, 482-487. doi:10.1053/comp.2001.26271.
- Parker, G. (1989). The Parental Bonding Instrument: psychometric properties reviewed. *Psychiatric developments, 7*, 317-335.
- Pavez, P., Santander, N., Carranza, J. & Vera-Villarroel, P. (2009). Factores de riesgo familiares asociados a la conducta suicida en adolescentes con trastorno depresivo. *Revista médica de Chile, 137*, 226-233.
- Pérez, L. (2011). Trastorno Límite (borderline) de la Personalidad. Psicoterapia focalizada en la transferencia. *Psiquiátrica de Uruguay, 75*, 20-25.
- Pérez, O., Rodríguez-Sandoval, E., Dussán-Buitrago, M. & Ayala-Aguilera, J. (2007). Caracterización Psiquiátrica y Social del Intento Suicida Atendido en una Clínica Infantil. 2003-2005. *Salud Pública, 9*, 230-240.
- Pinal, F. & Pérez, B. (2003). Impulsividad: revisión histórica y conceptual. *Actas Españolas Psiquiátricas, 31*, 220-230.

- Piñeiro, A., Cervantes, J., Ramírez, M., Ontiveros, M. & Ostrosky, F. (2008). Evaluación de las Funciones Ejecutivas, Inteligencia e impulsividad en mujeres con Trastorno límite de la personalidad. *Revista Colombiana de Psicología, 1*, 105 -114.
- Plutchik, R. & Pragg. (1989). The measurement of suicidality aggressivity and impulsivity. *Neuropsychopharmacology, 13*, 23-34.
- Quintanilla, R., Valadez, I., González, J., Vega, J., Flores, L. & Valencia, S. (2004) tipos de personalidad y conducta suicida. *Investigación en salud, 6*, 108-113.
- Rivera, H. & Andrade, E. (2007). *Mensajes audiovisuales para la promoción de la salud y la prevención del suicidio en los adolescentes. (Tesis inédita de Doctorado)*. Universidad Nacional Autónoma de México, México. Recuperado de http://www.academia.edu/9185751/Mensajes_audiovisuales_para_promoci%C3%B3n_de_la_salud_y_preveni%C3%B3n_del_suicidio_en_adolescentes_Latin_at_s_con_familiares_migrantes
- Real Academia Española. (2001). Diccionario de la lengua española (22.aed.). Recuperado de <http://www.rae.es/rae.html>
- Rogers, D. & Kirkpatrick, T. (2005). Neuropsychology of borderline personality disorder. *Psychiatry, 4*, 31-35.
- Romero, M. & Gonnet, J. (2013). Un diálogo entre Durkheim y Foucault a propósito del suicidio. *Revista Mexicana de sociología, 75*, 589-616.
- Ros, S., Peris, M. & Gracia, R. (2004). *Nosología de la Impulsividad*. Barcelona: Ars Médica.
- Santiago, S. (2013). *Tratando...Inestabilidad Emocional Terapia Icónica*. Madrid: Ediciones Pirámide.

- Sansone, A. & Sansone, L. (2011). Gender Patterns in Borderline Personality Disorder. *Innovations in Clinical Neuroscience*, 8, 16 – 20. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3115767/>.
- Sansone, R. & Sansone, L. (2011). Sexual behavior in borderline personality: a review. *Innovations in Clinical Neuroscience*, 8, 14-8. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21468292>.
- Sansone, R. & Wiedeman, M. (2014). Sex and age differences in symptoms in borderline personality symptomatology. *International Journal of psychiatry in clinical practice*, 18, 149-9. doi: 10.3109/13651501.2013.865755.
- Sebastian, A., Jung, P., Krause-Utz, A., Lieb, K., Schmahl, C. & Tüscher, O. (2014). Frontal dysfunctions of impulse control - a systematic review in borderline personality disorder and attention-deficit/hyperactivity disorder. *Frontiers in Human Neuroscience*, 8, 8-698. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4153044/>.
- Secretaria de atención psiquiátrica. (SAP) (2013). *Cuaderno Estadístico. Subdirección de Servicios Ambulatorios*. Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez. Enero – Julio.
- Seivewright, H., Tyrer, P. & Johnson, T. (2002). Change in personality status in neurotic disorders. *Lancet*, 359, 2253-4.
- Selva, G., Bellver, F. & Carabal, E. (2005). *Epidemiología del trastorno límite de la personalidad*. México: Médica panamericana.
- Silberschmidt, A., Lee, S., Zanarini, M. & Schulz, S. (2015). Gender Differences in Borderline Personality Disorder: Results from a Multinational, Clinical Trial Sample. *Journal of personality disorder*, 29, 1–11.

- Solff, P., Lynch, K. & Kelly, T. (2002). Childhood abuse as a risk factor for suicidal behavior in borderline personality disorder. *Journal of personality disorder, 16*, 201-214.
- Soloff, P., Pruitt, P., Sharma, M., Radwan, J., White, R. & Diwadkar, V. (2012). Structural brain abnormalities and suicidal behavior in borderline personality disorder. *Elseiver, 46*, 516-25. doi: 10.1016/j.jpsychires.2012.01.003.
- Squillance, M., Picón, J. & Schmidt, V. (2011). El concepto de impulsividad y su ubicación en las teorías psicobiológicas de la personalidad. *Revista neuropsicológica Latinoamericana, 3*, 8-18.
- Tadic, A., Wagner, S., Hoch, J., Başkaya, O., Von-Cube, R., Skaletz, C., Lieb, K. & Dahmen, N. (2009). Gender differences in Axis I and Axis II comorbidity in patients with borderline personality disorder. *Psychopathology, 42*, 257–263. doi: 10.1159/000224149.
- Torres, T., Jiménez, J. & Ongay, A. (2012). Temperamento, carácter y funciones yoicas en pacientes con trastorno límite de la personalidad con y sin autolesiones. *Psiquis. México, 21*, 3-14.
- Torres, R., Leyva, J., Sánchez, J. & González, E. (2010). Revista Intercontinental de Psicología y Educación. *Universidad Intercontinental, 12*, 1-202.
- Valdés, J. & Torrealba, F. (2006). La corteza prefrontal medial controla el alerta conductual y vegetativo. Implicancias en desórdenes de la conducta. *Revista Chilena neuropsiquiatría, 44*, 195-204.
- Villardo, L. (2010). *El pensamiento de suicidio en la adolescencia*. Madrid: Universidad Deusto.

Villarejo, A. (2012). Las bases bio psicológicas de la imputabilidad en la conducta impulsiva.

Cuadernos de Medicina Forense, 18, 63 – 70.

Weissman, A. & Worden, J. (1974). Risk - Rescue rating in suicidal assessment. *Archives of*

general Psychiatry, 26, 553-560.

Zanarini, M., Frankenburg, F., Dubo, E., Sickel, A., Trikha, A., Levin, A. & Reynolds, V. (1998).

Axis II comorbidity of borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry, 39, 296-302.*

Zuckerman, M. (1994). *Behavioral expressions and biosocial bases of sensation seeking*. United States of America: Cambridge University.

Escala de impulsividad de Plutchik

Edad _____

Instrucciones: Por favor lea cada afirmación cuidadosamente e indique con qué frecuencia le ocurren las siguientes situaciones.				
Señala en los recuadros de la derecha la respuesta que se ajuste a su caso				
	Nunca	A veces	A menudo	Casi siempre
1) ¿Le resulta difícil esperar en la cola?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) ¿Hace cosas impulsivamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) ¿Gasta dinero impulsivamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) ¿Planea cosas con anticipación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) ¿Pierde la paciencia a menudo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) ¿Le resulta fácil concentrarse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) ¿Le resulta difícil controlar sus impulsos sexuales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) ¿Dice usted lo primero que le viene a la cabeza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) ¿Acostumbra a comer aun cuando no tenga hambre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10) ¿Es usted impulsivo (a)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11) ¿Termina las cosas que empieza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12) ¿Le resulta difícil controlar sus emociones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13) ¿Se distrae fácilmente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14) ¿Le resulta difícil quedarse quieto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15) ¿Es usted cuidadoso o cauteloso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Escala de riesgo rescate (A. Weissman)

Nombre:

Fecha:

Alguna vez ha intentado suicidarse SI NO NÚMERO DE VECES.....
 (Si su respuesta fue SI, continúe con las siguientes preguntas)

FACTORES DE RIESGO

1. *Método utilizado*

1. Ingestión, cortes, apuñalamiento
2. Ahogamiento, asfixia, estrangulamiento
3. . Precipitación, disparo

2. *Alteración de la conciencia*

1. No evidencia
2. Confusión, semicoma

Coma, coma profundo

3. *Lesiones/toxicidad*

- 1 Leve
- 2 Moderado
- 3 Severo

4. *Reversibilidad*

- 1 Buena. Expectativa de completa recuperación
- 2 Favorable. Expectativa de recuperación con el tiempo
- 3 Mala. Expectativa de secuelas si se recupera

5. *Tratamiento requerido*

1. Primeros auxilios en Urgencias
2. Cuidados Intensivos, tratamientos Especiales

FACTORES DE RESCATE

1) *Lugar*

- 3.Familiar
- 2.No familiar, no lejano
1. Lejano

2) *Persona que inicia rescate*

- 3.Persona “clave”
2. Profesional
1. Transeúnte

1. *Probabilidad de ser descubierto por un salvador*

- 3.Alta, casi segura
2. Descubrimiento incierto
1. Descubrimiento accidental

2. *Facilitación del rescate*

- 3.Pide ayuda
2. Deja “pistas”
- 1 .No pide ayuda

3. *.Demora hasta el descubrimiento*

- 3.Inmediatamente, 1 hora
1. Más de tres horas

Dificultades en la regulación emocional

Por favor, indica cuántas veces te pasan las siguientes afirmaciones. Marca en cada frase la opción correspondiente con una cruz, según la escala que aparece a continuación:

01. Tengo claro lo que siento (tristeza, enfado, alegría...)

a) Nunca b) algunas veces c) a mayoría de las veces d) Siempre

02. Pongo atención a cómo me siento

a) Nunca b) algunas veces c) a mayoría de las veces d) Siempre

03. Vivo mis emociones como agobiantes y fuera de control

A) Nunca b) algunas veces c) a mayoría de las veces d) Siempre

04. No tengo ni idea de cómo me siento

a) Nunca b) algunas veces c) a mayoría de las veces d) Siempre

05. Me cuesta entender mis sentimientos

a) Nunca b) algunas veces c) a mayoría de las veces d) Siempre

06. Estoy atento a mis sentimientos

a) Nunca b) algunas veces c) a mayoría de las veces d) Siempre

07. Sé exactamente cómo me estoy sintiendo

a) Nunca b) algunas veces c) a mayoría de las veces d) Siempre

08. Le doy importancia a lo que estoy sintiendo

- a) Nunca b) algunas veces c) a mayoría de las veces d) Siempre

09. Estoy confuso sobre lo que siento

- a) Nunca b) algunas veces c) a mayoría de las veces d) Siempre

10. Cuando me encuentro mal, sé reconocer cuáles son mis emociones (si es rabia, si es decepción...)

- a) Nunca b) algunas veces c) a mayoría de las veces d) Siempre

11. Cuando me encuentro mal, me enfado conmigo mismo por sentirme de esa manera

- a) Nunca b) algunas veces c) a mayoría de las veces d) Siempre

12. Cuando me encuentro mal, me da vergüenza sentirme de esa manera

- a) Nunca b) algunas veces c) a mayoría de las veces d) Siempre

13. Cuando me encuentro mal, me cuesta terminar el trabajo

- a) Nunca b) algunas veces c) a mayoría de las veces d) Siempre

14. Cuando me encuentro mal, pierdo el control

- a) Nunca b) algunas veces c) a mayoría de las veces d) Siempre

15. Cuando me encuentro mal, me cuesta centrarme en otras cosas

- a) Nunca b) algunas veces c) a mayoría de las veces d) Siempre

16. Cuando me encuentro mal, me siento fuera de control

a) Nunca b) algunas veces c) a mayoría de las veces d) Siempre

17. Cuando me encuentro mal, me siento avergonzado de mí mismo por sentirme de esa

a) Nunca b) algunas veces c) a mayoría de las veces d) Siempre

18. Cuando me encuentro mal, me siento como si fuera una persona débil

a) Nunca b) algunas veces c) a mayoría de las veces d) Siempre

19. Cuando me encuentro mal, me siento culpable por sentirme de esta manera

a) Nunca b) algunas veces c) a mayoría de las veces d) Siempre

20. Cuando me encuentro mal, me cuesta concentrarme

a) Nunca b) algunas veces c) a mayoría de las veces d) Siempre

21. Cuando me encuentro mal, me cuesta controlar mi comportamiento

a) Nunca b) algunas veces c) a mayoría de las veces d) Siempre

22. Cuando me encuentro mal, me enfado conmigo mismo por sentirme de esa manera

a) Nunca b) algunas veces c) a mayoría de las veces d) Siempre

23. Cuando me encuentro mal, empiezo a sentirme muy mal conmigo mismo

a) Nunca b) algunas veces c) a mayoría de las veces d) Siempre

24. Cuando me encuentro mal, pierdo el control sobre mi comportamiento

a) Nunca b) algunas veces c) a mayoría de las veces d) Siempre

25. Cuando me encuentro mal, me cuesta pensar sobre cualquier otra cosa

- a) Nunca b) algunas veces c) a mayoría de las veces d) Siempre

26. Cuando me encuentro mal, tardo mucho tiempo en sentirme mejor

- a) Nunca b) algunas veces c) a mayoría de las veces d) Siempre

27. Cuando me encuentro mal, mis emociones parecen desbordantes (escapan de mis manos)

- a) Nunca b) algunas veces c) a mayoría de las veces d) Siempre

Lista de síntomas del TLP /Borderline symptom list 23 (BSL-23)

Nombre _____ Fecha _____

Instrucciones: En la siguiente tabla se describen una serie de dificultades y problemas que posiblemente le hayan pasado. Por favor lea la siguiente tabla y decida que tanto le ha ocurrido cada problema durante la semana pasada. Si no tiene alguno de los problemas en este momento, por favor responda de acuerdo a cómo cree que se pudo sentir en la semana. No hay respuestas buenas ni malas, por favor conteste con toda verdad. Todas las preguntas se refieren a la semana pasada. Si usted se sintió de diferentes formas a lo largo de la semana, trate de escoger la opción que más le haya pasado. Por favor no deje ninguna pregunta sin contestar.

En el transcurso de la última semana		Nada	Un poco	Algo	Mucho	Muchísimo
1	Me costó trabajo concentrarme	0	1	2	3	4
2	Me sentí indefensa (o)	0	1	2	3	4
3	Estuve distraída(o) e incapaz de recordar lo que estaba haciendo	0	1	2	3	4
4	Sentí asco	0	1	2	3	4
5	Pensé en lastimarme	0	1	2	3	4
6	Desconfié de otras personas	0	1	2	3	4
7	Sentí que no tenía derecho a vivir	0	1	2	3	4
8	Me sentí sola (o)	0	1	2	3	4
9	Me sentí tensa (o) y estresada (o)	0	1	2	3	4
10	Imaginé cosas que me dieron mucho miedo	0	1	2	3	4
11	Sentí odio por mí misma (o)	0	1	2	3	4
12	Sentí deseos de castigarme	0	1	2	3	4
13	Sentí vergüenza	0	1	2	3	4
14	De repente me cambiaba el estado de ánimo entre ansiedad, enojo o depresión	0	1	2	3	4
15	Escuché voces y sonidos dentro de mí cabeza	0	1	2	3	4
16	Me hizo sentir muy mal que me criticaran	0	1	2	3	4
17	Me sentí vulnerable	0	1	2	3	4

En el transcurso de la última semana		Nada	Poco	Algo	Mucho	Muchísimo
18	Pensar en la muerte tuvo cierta fascinación para mí	0	1	2	3	4
19	Todo me parecía sin sentido	0	1	2	3	4
20	Me dio miedo perder el control	0	1	2	3	4
21	Me sentí molesta(o) conmigo misma (o)	0	1	2	3	4
22	Me sentí como si estuviera lejos de mí misma (o)	0	1	2	3	4
23	Sentí que no valía nada como persona	0	1	2	3	4

Ahora nos gustaría saber la calidad de su estado emocional, en la última semana, incluyendo todas las áreas que la componen (por ejemplo, emociones, relaciones interpersonales, salud, entre otras). Cero por ciento (0%) significa absolutamente baja /mala, 100%, significa excelente. Por favor seleccione el porcentaje que mejor describa su estado personal

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
(Muy mal)	←—————→									(Excelente)

Suplemento: Reactivos para evaluar el comportamiento

	Durante la última semana	Nada	Una vez	2-3 veces	4-6 veces	Diario
1	Me lastimé cortándome, quemándome, estrangulándome, golpeándome la cabeza, etc.	0	1	2	3	4
2	Le dije a otras personas que iba a matarme	0	1	2	3	4
3	Traté de suicidarme	0	1	2	3	4
4	Tuve atracones de comida	0	1	2	3	4
5	Me provoqué el vómito	0	1	2	3	4
6	Hice cosas peligrosas como manejar muy rápido, correr por los techos de edificios altos, balancearme sobre puentes etc.	0	1	2	3	4
7	Me emborraché	0	1	2	3	4
8	Usé drogas	0	1	2	3	4
9	Tomé medicina que no me recetaron. O sí me la recetaron, tomé más de la dosis indicada	0	1	2	3	4
10	Tuve arranques de enojo descontrolado o ataque físicamente a otros	0	1	2	3	4
11	Tuve encuentros sexuales incontrolables de los que después me sentí avergonzada (o) o que me hicieron enojar	0	1	2	3	4

Carta de consentimiento informado

Investigación “Comparación entre hombres y mujeres en trastorno límite de personalidad”

Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”

El **objetivo** de la investigación es evaluar las diferencias entre impulsividad, ideación suicida y regulación emocional en hombres y mujeres con trastorno límite de la personalidad. Si acepta participar en esta investigación, se le pedirá que conteste los siguientes cuestionarios.

- Lista de síntomas del trastorno límite de la personalidad (BSL-23)
- Escala de impulsividad de Plutchik
- Escala riesgo – rescate de Weissman
- Dificultad en la regulación emocional DERSE

Beneficios: al participar en la investigación no obtendrá ningún beneficio de manera directa. Con su participación ayudará al desarrollo de investigación científica que en años venideros se traducirá en mejores formas de tratamiento de pacientes que sufren el mismo padecimiento que usted.

La participación en este estudio no tendrá ningún costo para usted. Cabe aclarar que toda la información que usted nos proporcione sea tratada de manera confidencial nadie tendrá acceso a ella, con excepción de las personas que participan en esta investigación. No se proporcionarán datos a terceras personas.

La participación dentro de este estudio es voluntaria y usted tiene derecho a desistir de participar en ella o abandonar el estudio en el momento que desee. Esta decisión no influirá de ninguna manera con su relación con el hospital o con el equipo médico.

He leído el contenido de este escrito y he decidido por voluntad propia participar en este estudio, me han sido explicados los objetivos, riesgos e inconvenientes.

Su firma indica que ha decidido formar parte de la investigación y que está enterado de la información anterior.

Nombre Firma (usuario)

Firma

Nombre 1er testigo

Firma

Nombre del Investigador

Firma

Apéndice F

Tabla 20
Diferencias entre hombres con TLP y grupo control, respecto a la impulsividad

	<u>Sexos</u>	<u>Rango promedio</u>	<u>U de Mann Whitney</u>	<u>Z</u>	<u>Nivel de Significancia</u>
¿Le resulta difícil esperar en la cola?	TLP Control	31.02 19.98	174.500	-2.850	0.004*
¿Hace cosas impulsivamente?	TLP Control	33.04 17.96	124.000	-3.817	0.000 *
¿Gasta dinero impulsivamente?	TLP Control	29.44 21.56	214.000	-2.010	0.044*
¿Planea cosas con Anticipación?	TLP Control	23.78 27.22	269.500	-0.890	0.373
¿Pierde la paciencia a menudo?	TLP Control	33.08 17.92	123.000	-3.891	0.000*
¿Le resulta fácil concentrarse?	TLP Control	27.60 23.40	260.000	-1.070	0.284
¿La resulta difícil controlar sus impulsos sexuales?	TLP Control	28.32 22.68	242.000	-1.461	0.144
¿Dice usted lo primero que le viene a la cabeza?	TLP Control	31.30 19.70	167.500	-2.938	0.003 *
¿Acostumbra a comer aun cuando no tenga hambre?	TLP Control	27.76 23.24	256.000	-1.178	0.239
¿Es usted impulsivo?	TLP Control	35.78 15.22	55.500	-5.178	0.000 *
¿Termina las cosas que empieza?	TLP Control	20.06 30.94	176.500	-2.767	0.006*
¿Le resulta difícil controlar las emociones?	TLP Control	34.90 16.10	77.500	-4.724	0.000*
¿Se distrae fácilmente?	TLP Control	33.78 17.22	105.500	-4.172	0.000*
¿Le resulta difícil quedarse quieto?	TLP Control	32.64 18.36	134.000	-3.597	0.000*
¿Es usted cuidadoso / cauteloso?	TLP Control	20.40 30.60	185.000	-2.606	0.009*

*Diferencias estadísticamente significativas

Apéndice G

Tabla 21
Diferencias entre mujeres con TLP y grupo control, respecto a la impulsividad

	Sexos	Rango promedio	U de Mann Whitney	Z	Nivel de significancia
¿Le resulta difícil esperar en la cola?	TLP	29.98	200.500	-2.335	0.020*
	Control	21.02			
¿Hace cosas impulsivamente?	TLP	36.20	45.000	-5.422	0.000 *
	Control	14.80			
¿Gasta dinero impulsivamente?	TLP	33.34	116.500	-4.005	0.000*
	Control	17.66			
¿Planea cosas con Anticipación?	TLP	23.36	259.000	-1.079	0.281
	Control	27.64			
¿Pierde la paciencia a menudo?	TLP	33.32	117.000	-4.029	0.000*
	Control	17.68			
¿Le resulta fácil concentrarse?	TLP	23.36	259.000	-1.144	0.253
	Control	27.64			
¿La resulta difícil controlar sus impulsos sexuales?	TLP	31.62	159.500	-3.235	0.001*
	Control	19.38			
¿Dice usted lo primero que le viene a la cabeza?	TLP	34.88	78.000	-4.813	0.000 *
	Control	16.12			
¿Acostumbra a comer aun cuando no tenga hambre?	TLP	32.96	126.000	-3.760	0.000*
	Control	18.04			
¿Es usted impulsivo?	TLP	36.22	44.500	-5.520	0.000 *
	Control	14.78			
¿Termina las cosas que empieza?	TLP	19.94	173.500	-2.838	0.005*
	Control	31.06			
¿Le resulta difícil controlar las emociones?	TLP	36.32	42.000	- 5.483	0.000*
	Control	14.68			
¿Se distrae fácilmente?	TLP	33.08	123.000	-3.914	0.000*
	Control	17.92			
¿Le resulta difícil quedarse quieto?	TLP	28.02	249.500	-1.264	0.206
	Control	22.98			
¿Es usted cuidadoso / cauteloso?	TLP	20.60	190.000	-2.474	0.013*
	Control	30.40			

*Diferencias estadísticamente significativas

Apéndice H

Tabla 22
Diferencias entre hombres y mujeres control, respecto a la impulsividad

	Sexos	Rango promedio	U de Mann Whitney	Z	Nivel de significancia
¿Le resulta difícil esperar en la cola?	Femenino	25.66	308.500	-0.84	0.933
	Masculino	25.34			
¿Hace cosas impulsivamente?	Femenino	25.10	302.500	-2.09	0.834
	Masculino	25.90			
¿Gasta dinero impulsivamente?	Femenino	25.78	305.500	-1.44	0.885
	Masculino	25.22			
¿Planea cosas con Anticipación?	Femenino	26.14	296.500	-3.26	0.744
	Masculino	24.86			
¿Pierde la paciencia a menudo?	Femenino	26.78	280.500	-7.16	0.474
	Masculino	24.22			
¿Le resulta fácil concentrarse?	Femenino	27.60	260.000	-1.070	0.284
	Masculino	23.40			
¿La resulta difícil controlar sus impulsos sexuales?	Femenino	22.34	233.500	-1.798	0.072
	Masculino	28.66			
¿Dice usted lo primero que le viene a la cabeza?	Femenino	25.20	305.000	-1.61	0.872
	Masculino	25.80			
¿Acostumbra a comer aun cuando no tenga hambre?	Femenino	24.96	299.000	-2.85	0.776
	Masculino	26.04			
¿Es usted impulsivo?	Femenino	28.52	237.000	-1.588	0.112
	Masculino	22.48			
¿Termina las cosas que empieza?	Femenino	24.54	288.500	-5.09	0.611
	Masculino	26.46			
¿Le resulta difícil controlar las emociones?	Femenino	26.78	280.500	-6.67	0.505
	Masculino	24.22			
¿Se distrae fácilmente?	Femenino	24.88	297.000	-3.34	0.738
	Masculino	26.12			
¿Le resulta difícil quedarse quieto?	Femenino	26.60	285.00	-5.58	0.577
	Masculino	24.40			
¿Es usted cuidadoso / cauteloso?	Femenino	25.40	310.000	-0.52	0.959
	Masculino	25.60			

*Diferencias estadísticamente significativas

Apéndice I

Tabla 23
Diferencias entre hombres y mujeres control, respecto a las emociones

		<u>Sexo</u>	<u>Rango Promedio</u>	<u>U de Mann</u> <u>Whitney</u>	<u>Z</u>	<u>Nivel de</u> <u>significancia</u>
Tengo claro lo que siento (tristeza, enfado, alegría)	Femenino	24.96				
	Masculino	26.04	299.000	-276	0.783	
Pongo atención a cómo me siento	Femenino	23.84	271.000	-850	0.395	
	Masculino	27.16				
Vivo mis emociones como agobiantes y fuera de control	Femenino	26.00	300.000	-338	0.735	
	Masculino	25.00				
No tengo ni idea de cómo me siento	Femenino	24.10	277.500	-779	0.436	
	Masculino	26.90				
Me cuesta entender mis sentimientos	Femenino	23.28	257.000	-1.193	0.233	
	Masculino	27.72				
Estoy atento a mis sentimientos	Femenino	28.06	248.500	-1.310	0.190	
	Masculino	22.94				
Sé exactamente cómo me estoy sintiendo	Femenino	24.24	281.000	-664	0.507	
	Masculino	26.76				
Le doy importancia a lo que estoy sintiendo	Femenino	26.36	291.000	-438	0.661	
	Masculino	24.64				
Estoy confuso sobre lo que siento	Femenino	22.56	239.000	-1.568	0.117	
	Masculino	28.44				
Cuando me encuentro mal, sé reconocer cuáles son mis emociones (rabia, decepción...)	Femenino	26.16	296.500	-336	0.737	
	Masculino	24.86				
Cuando me encuentro mal me enfado conmigo mismo por sentirme de esa manera	Femenino	24.98	299.500	-275	0.783	
	Masculino	26.02				
Cuando me encuentro mal me da vergüenza sentirme de esa manera	Femenino	22.64	241.000	-1.669	0.095	
	Masculino	28.36				
Cuando me encuentro mal, me cuesta terminar el trabajo	Femenino	23.68	267.000	-990	0.322	
	Masculino	27.32				
Cuando me encuentro mal, pierdo el control	Femenino	23.58	264.500	-1.084	0.287	
	Masculino	27.42				
Cuando me encuentro mal, me cuesta centrarme en otras cosas	Femenino	24.76	294.000	-436	0.663	
	Masculino	26.24				
Cuando me encuentro mal me siento fuera de control	Femenino	24.72	293.000	-463	0.643	
	Masculino	26.28				
Cuando me encuentro mal, me siento avergonzado de mí mismo	Femenino	27.00	275.000	-887	0.375	
	Masculino	24.00				
Cuando me encuentro mal, me siento como una persona débil	Femenino	25.32	308.000	-098	0.922	
	Masculino	25.68				
Cuando me encuentro mal me siento culpable por sentirme de esta manera	Femenino	22.58	239.500	-1.659	0.097	
	Masculino	28.42				
Cuando me encuentro mal me cuesta concentrarme	Femenino	26.50	287.500	-542	0.588	
	Masculino	24.50				
Cuando me encuentro mal, me cuesta controlar mi comportamiento	Femenino	26.54	286.500	-556	0.578	
	Masculino	24.46				
Cuando me encuentro mal, me enfado conmigo mismo por sentirme de esa manera	Femenino	25.28	307.000	-122	0.903	
	Masculino	25.72				
Cuando me encuentro mal, empiezo a sentirme muy mal conmigo mismo	Femenino	26.06	298.500	-316	0.752	
	Masculino	24.94				
Cuando me encuentro mal, pierdo el control sobre mi comportamiento	Femenino	22.50	237.500	-1.801	0.072	
	Masculino	28.50				
Cuando me encuentro mal, me cuesta pensar sobre cualquier otra cosa	Femenino	26.82	279.500	-715	0.475	
	Masculino	24.18				
Cuando me encuentro mal, tarde mucho tiempo en sentirme mejor	Femenino	25.24	306.000	-142	0.887	
	Masculino	25.76				
Cuando me encuentro mal, mis emociones parecen desbordantes(escapan de mis manos)	Femenino	25.76	306.000	-175	0.861	
	Masculino	25.24				

Lista de tablas y figuras

Tabla 1 Criterios del DSM - V para el diagnóstico del TLP (APA, 2014).

Tabla 2 Criterios diagnósticos del trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad, tipo impulsivo del CIE - 10 (1992).

Tabla 3 Criterios diagnósticos del trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad, tipo límite del CIE - 10 (1992).

Tabla 4 Áreas que afecta el TLP, según Ballus (2006).

Tabla 5 Trastornos de la voluntad, según Matthey (1816).

Tabla 6 Clasificación de los trastornos impulsivos de Kraepelin (1990)

Tabla 7 Características de la impulsividad, Ibáñez (2014).

Tabla 8 Factores asociados a la conducta suicida García y cols. (2010).

Tabla 9 Aspectos asociados a la conducta no suicida de acuerdo con Castro (2014).

Tabla 10 Tipos de conductas inadaptadas, Santiago (2013).

Tabla 11 Señales que pueden predecir el TLP de acuerdo a Kaess, Brunne y Chanen (2014).

Tabla 12 Evaluación multiaxial del DSM - V (APA, 2014).

Tabla 13 Cuatro tipos de comorbilidad de acuerdo a Millon (2006).

Tabla 14 Clasificación del TLP y su riesgo de suicidio de acuerdo a Forti & Forti (2012).

Tabla 15 Interpretación de la escala de Plutchik (1989).

Tabla 16 Interpretación de la escala de riesgo / rescate de Weissman (1974).

Tabla 17 Interpretación de la lista de síntomas del TLP (2009).

Tabla 18 U de Mann Whitney aplicada a cada una de las conductas impulsivas.

Tabla 19 Prueba U de Mann Whithney aplicada a la escala de dificultades en la regulación emocional entre los sexos.

Tabla 20 Diferencias entre hombres con TLP y grupo control, respecto a la impulsividad.

Tabla 21 Diferencias entre mujeres con TLP y grupo control, respecto a la impulsividad.

Tabla 22 Diferencias entre hombres y mujeres control, respecto a la impulsividad.

Tabla 23 Diferencias entre hombres y mujeres control, respecto a las emociones.

Figura 1: Modelo modificado de Mann, aplicado al TLP.

Figura 2: Frecuencia en los intentos de suicidio y planeación del acto, en hombres y mujeres con TLP.

Figura 3: Frecuencia de categorías de acuerdo al puntaje total obtenido entre hombres y mujeres con TLP.

Figura 4: Porcentajes obtenidos en los factores de riesgo en hombres y mujeres.

Figura 5: Porcentajes obtenidos en los rescate entre hombres y mujeres con TLP.