



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
Sistema de Universidad Abierta y Educación a
Distancia

Manuscrito Recepcional
Programa de Profundización en Psicología Clínica

Impacto de los factores personales y clínicos en el
estado de salud, la calidad de vida percibida y la
severidad de sintomatología en trastorno límite de la
personalidad:
Estudio de dos casos tratados por más de 4 años en
la Ciudad de México

Reporte de investigación empírica

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A :

Cinthya Danae Ruiz Galván

Director: Mtra. Xóchitl Teresa Gutiérrez Camacho

Vocal: Mtra. Rosalinda Sandoval Martínez

Secretaria: Mtra. Karla María González Mancera

Suplente 1: Esp. Brenda Iliana Jiménez Ramos

Suplente 2: Dra. Adela Hernández Galván



Los Reyes Iztacala Tlalnepantla, Estado de México, 21 de junio 2021



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Resumen

En la presente investigación se busca analizar las posibles relaciones de causalidad de los factores personales y clínicos sobre la severidad de la sintomatología del Trastorno Límite de la Personalidad, el estado de salud y la calidad de vida percibida. Para esto se evaluaron 2 pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad, una mujer de 34 años y un hombre de 30, quienes han sido tratados bajo diferentes tratamientos farmacológicos y no farmacológicos por más de 4 años en la Ciudad de México, que han estado hospitalizados, han tenido intentos suicidas y que han tenido diferente tipo de evolución. El diseño de investigación fue mixto de tipo concurrente, en donde se realizó una Entrevista semiestructurada a profundidad sobre factores personales y clínicos, la severidad de la sintomatología de Trastorno Límite de la Personalidad se evaluó mediante la Entrevista Diagnóstica Revisada para Pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad (Diagnostic Interview for Borderlines-Revised, DIB-R) y la Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos de Personalidad del DSM-V (Structural Clinical Interview for DSM, Axis II) (SCID-II), el estado de salud se evaluó mediante el Cuestionario SF-36 sobre el Estado de Salud y la calidad de vida percibida se evaluó con el Cuestionario sobre Calidad de Vida: Satisfacción y Placer (Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire, Q-LES-Q). Se encontró que variables clínicas como un diagnóstico y tratamiento oportuno, así como factores personales como desconocimiento del trastorno en general e incomprensión familiar y social, se asocian con mayor severidad de los síntomas, peor estado de salud y menor calidad de vida percibida. Así mismo se encontró que si bien variables personales como un contexto de vida y desarrollo desfavorable sí están asociadas con la etiología del Trastorno Límite de la Personalidad, no se asocian con mayor severidad de los síntomas, peor estado de salud y menor calidad de vida percibida.

Abstract

The objective of this research is to analyze the possible relation of personal and clinical factors over the severity of the symptoms of Borderline Personality Disorder, the state of health, and the perceived quality-of-life. Two patients with Borderline Personality Disorder were evaluated for this research, a 34-year-old woman and a 30-year-old man, who has been treated under different pharmacological and non-pharmacological treatments for more than 4 years in Mexico City, have been hospitalized, have had suicide attempts, and have had a different evolution. The research design was a mixed method of concurrent type, where was applied a Semi-Structured Interview about clinical and personal factors, the severity of the symptoms of Borderline Personality Disorder was evaluated using the Diagnostic Interview for Borderlines-Revised, (DIB -R) and the Structural Clinical Interview for DSM-V, Axis II (SCID-II), the state of health was assessed using the Short Form-36 and perceived quality of life was measured with the Quality of Life, Enjoyment and Satisfaction Questionnaire (Q-LES-Q). The results found that clinical variables such as timely diagnosis and treatment, as well as personal factors such as ignorance of the disorder in general and family and social misunderstanding, are associated with higher severity of symptoms, poorer health, and lower perceived quality of life. Likewise, it was found that although personal variables such as an unfavorable life context and development are associated with the etiology of Borderline Personality Disorder, there is no higher severity of symptoms, poorer health status, and lower perceived quality of life.

Marco teórico

Los trastornos mentales se caracterizan por una combinación de alteraciones en el pensamiento, percepción, comportamiento y emociones de acuerdo a la OMS (2019), y la prevalencia de estos en la población mundial ha ido en aumento, afectando así a millones de personas impactando directamente en su salud y generando graves consecuencias socioeconómicas y en cuestiones de derechos humanos. Así mismo, la OMS (2019), menciona la importancia de que los pacientes tengan la atención médica especializada que requieren, así como apoyo social.

El Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) o *Borderline* se considera una enfermedad mental grave en donde existen alteraciones en emociones, pensamientos, estados de ánimo y comportamientos en las personas que lo padecen.

De acuerdo al Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos (NIMH, por sus siglas en inglés) (s.f.), en el TLP se sufren problemas para regular sus emociones, presentan comportamientos impulsivos e imprudentes, teniendo así problemas para relacionarse con otras personas, definiéndolo como *'un patrón persistente de inestabilidad en las relaciones interpersonales, afecto y autoimagen con escaso control de impulsos. Constituye un síndrome heterogéneo, difícil de delimitar, con presentaciones clínicas y del comportamiento que varían entre individuos y entre los distintos momentos de evolución de un mismo paciente.'*

Por su lado, la Asociación Americana de Psicología, (APA por sus siglas en inglés, 2010) determina que: *'La característica esencial del trastorno límite de la personalidad es un patrón generalizado de inestabilidad de relaciones interpersonales, afectos e imagen de sí mismo, así como marcada impulsividad. Estas características comienzan en la edad adulta temprana y están presentes en una variedad de contextos.'*

Así mismo, la Secretaría de Salud de México (2018), menciona que son personas que se caracterizan por tener alteraciones en la imagen propia, sentimiento constante de vacío, inestabilidad afectiva, tener conductas temerarias, falta de control de ira y en ocasiones pueden presentar episodios psicóticos y el NIMH (s.f.) , señala que las personas con este trastorno suelen tener otros padecimientos concurrentes como depresión, ansiedad, abuso de sustancias, trastornos de alimentación, automutilación y comportamientos suicidas o suicidios. Vargas, (2017) comenta que son personas usualmente reactivas, es decir que responden a un problema o situación ambiental, generalmente relacionado con la pareja, los padres o alguna noticia de impacto.

Si bien, el TLP se considera como un diagnóstico relativamente 'nuevo', desde la psiquiatría clásica se puede encontrar conceptos rescatados por la fenomenología como la *'psicosis subliminal'* a finales del siglo XIX según Kraepelin, padre de la psiquiatría moderna o el *'psicópata labial'* del estado de ánimo según K. Schneider a inicios del siglo XX, (Salud Madrid, 2009) y de acuerdo a La Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut (AIAQS, 2011) fue hasta 1938 Stern ocupó el término *borderline* para referirse a un grupo de pacientes que denominó como el 'grupo límite de la neurosis', Stern (1938) lo denominó así ya que dichos pacientes no terminaban de encajar con el grupo psicótico (pacientes que pueden perder contacto con la realidad), pero tampoco en el grupo psiconeurótico (manejo inadecuado de las emociones), mencionaba que cada vez llegaban con él este tipo de pacientes que eran difíciles de tratar y que no tenía resultado

con ningún tipo de tratamiento psicoterapéutico; una de sus preocupaciones era que los tratamientos muchas veces no terminaban siendo benéficos para ellos y pensaba que en ese momento realmente no existía el tratamiento adecuado para tratar a estos pacientes.

A pesar de las aportaciones de Stern, el 'Trastorno Límite de la personalidad', se incorporó al DSM-III hasta 1980, siendo ya reconocida como una enfermedad diagnosticable, sin embargo, ha habido varios debates y críticas sobre la precisión del término, ya que como menciona la AIAQS (2011), este trastorno se ha considerado dentro del desorden esquizofrénico, dentro de los trastornos afectivos y de impulsos, y se considera que también tiene una relación con el trauma por estrés postraumático. Sin embargo, el término se mantuvo para el DSM-V.

Por su parte, en CIE-10 maneja el término como 'Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad', categorizando en dos subtipos: límite e impulsivo.

Caballo y Camacho (2000), mencionan que a través de los años se han ido otros términos como: personalidad cicloide, trastorno ambivalente de la personalidad, trastorno impulsivo de la personalidad, trastorno lábil de la personalidad, etc. Así mismo, mencionan que hace referencia a las características clínicas, ya que hay quienes han considerado al trastorno límite de la personalidad dentro del espectro de los trastornos afectivos, asimilándolo en cierto modo al síndrome esquizotípico, sin embargo se determinó que está al margen de los estados neuróticos y los esquizofrénicos, encontrando como características distintivas: automutilación, comportamientos parasuicidas, preocupación excesiva por el abandono y la soledad, actitud exigente, pensamiento cuasi psicótico, regresiones terapéuticas y dificultades en la contratransferencia (Zanarini y Frankenburg, 1994; Millon, 1998, citado en Caballo y Camacho, 2000).

Epidemiología

De acuerdo con Tyrer et al. (2010), cerca del 6% de la población mundial, padece trastornos de personalidad y de acuerdo con la AIAQS (2011), entre el 30 y el 60% de los pacientes psiquiátricos padecen TLP y se estima que su prevalencia oscila entre el 1 y el 2% de la población general. De acuerdo a Chapman, Jamil y Fleisher (2020) la encuesta nacional sobre trastornos mentales 2007-2008 en Estados Unidos, arroja que aproximadamente el 1.6% de los adultos sufren este trastorno, con una prevalencia de vida del 5.9%. Si bien, en dichas encuestas, no se encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres, sin embargo, en el ámbito clínico se encontró que es más frecuente en hombres que en mujeres con una relación 3:1, es decir, aproximadamente el 75% de los casos son del sexo femenino. La prevalencia en pacientes entre el 11 y el 20% en pacientes ambulatorios, entre el 18 y el 32% en pacientes hospitalizados en unidades psiquiátricas, y entre el 25 y el 50% en la población reclusa, de acuerdo al AIAQS (2011), así mismo menciona que la mayoría de los pacientes tienen una edad comprendida entre los 19 y los 34 años y pertenecen a grupos de nivel socioeconómico medio, sin embargo se ha encontrado poca evidencia de la presencia del trastorno en personas jóvenes, solo el 0.9-3% en menores de 18 años, sin embargo se ha llegado a encontrar una prevalencia hasta del 49% en adolescentes hospitalizados, de acuerdo a Grilo et al. (2001), por lo que sería importante profundizar más sobre la prevalencia en población juvenil e infantil, así como indagar en la posibilidad de que en realidad haya una falta de diagnóstico a temprana edad.

De acuerdo con Aragonés et al. (2013), la prevalencia de TLP registrada en España oscila entre el 1.4 y 5.9%, y en atención primaria hospitalaria, esta es muy baja, solo del 0.017%, sin embargo, aumenta a 0.161% por abuso de sustancias.

La situación es muy similar en el caso de México, de acuerdo con datos de la Secretaría de Salud de México (2018), alrededor del 1.5% de la población mexicana padece TLP, donde del 76 al 80% son mujeres, asimismo se menciona que este padecimiento se ubica como la tercera causa de atención en el servicio de consulta externa, con 19.3 % en 2017, mientras que en el servicio de urgencias varía entre la segunda y tercera causa, de acuerdo a datos del Hospital Psiquiátrico *Fray Bernardino* para la Secretaría de Salud.

Etiología y factores de riesgo

Debido a la complejidad del trastorno, aún no se tiene certeza de qué factores lo originan, de acuerdo con el NIMH (s.f.), este comienza durante la adolescencia o la adultez temprana, sin embargo, algunos estudios arrojan que los síntomas se pueden originar desde la niñez.

Algunos de los factores que se han considerado y estudiado son los siguientes:

Factor genético.

Estudios en gemelos señalan que el componente genético es alto, de acuerdo con la AIAQS (2011) el factor de heredabilidad es de 0,6938, es decir, que la influencia genética en el TLP es del 69%. De acuerdo con el NIMH (s.f.), los científicos están estudiando también los genes relacionados con la regulación de emociones y el control de impulsos.

Factores biológicos.

Alteración de los neurotransmisores.

Los neurotransmisores implicados en la regulación de impulsos, la agresión y el afecto podrían tener alteraciones de acuerdo a la AIAQS (2011), como lo es la serotonina y su relación con la agresión, las catecolaminas (neurotransmisores noradrenalina y dopamina) que tienen influencia en la regulación del afecto, y otros neurotransmisores y neuromoduladores como la acetilcolina, la vasopresina, el colesterol, los ácidos grasos y de acuerdo a Rinne et al. (2002), el Eje hipotálamo-hipófiso-suprarrenal- HSS o eje hipotalámico-hipofisario-adrenal (HHA), el cual está formado por la hormona liberadora corticotropina (CRH), del hipotálamo; la hormona adrenocorticotropa hipofisaria (ACTH) y el cortisol de la glándula suprarrenal. La reacción de estrés origina un aumento del cortisol plasmático.

Disfunción neurobiológica.

Se han encontrado evidencias de la relación del TLP con el déficit estructural y funcional del cerebro según la AIAQS (2011), en donde están implicadas áreas como la amígdala, el hipocampo y regiones orbitofrontales, las cuales son primordiales para la regulación del afecto, el autocontrol y la atención. Sin embargo, el NIMH (s.f.) menciona que no es claro si estos cambios son parte de los factores de riesgo, o si son generados por la misma enfermedad. Algunos de los cambios que pueden manifestarse con mayor actividad en la

corteza frontal, dorsolateral y en la cuña, menor actividad en la circunvolución anterior del cuerpo calloso y mayor actividad de la amígdala durante la visualización de imágenes aversivas, esto de acuerdo a datos de la AIAQS (2011).

Peñeiro et al. (2008) realizó un estudio para evaluar las funciones ejecutivas en mujeres con TLP en donde los resultados arrojaron que las pacientes con TLP exhiben déficits en las funciones ejecutivas, específicamente en los test que evalúan la región prefrontal dorsolateral, lo que sugiere déficits en los procesos de planeación, memoria de trabajo, fluidez, solución de problemas, flexibilidad mental, generación de hipótesis, estrategias de trabajo, seriación y secuenciación. (Stuss & Alexander, 2000)

Factores familiares, psicosociales y culturales.

De acuerdo al NIMH (s.f.), algunos de los factores familiares que pueden ser considerados es el abuso de sustancias en familiares o antecedentes de trastornos del ánimo. Así mismo, eventos traumáticos como abuso físico, sexual o emocional, abandono, adversidades durante la infancia, desapego de los padres, relaciones invalidantes y falta de implicación emocional. Zanarini et al. (2000), menciona que 84% de las personas con TLP tuvieron malos tratos o negligencia por parte de los padres antes de cumplir 18, 55% abuso por parte de los padres y 77% negligencia.

Específicamente sobre el caso de abuso sexual, Vargas (2017), menciona que sobre todo si este fue constante, estas situaciones provocaron hiperactivación del eje hipotálamico-hipofisario-adrenal (HHA).

Otro de los factores estudiados es el apego, en donde de acuerdo con la AIAQS (2011) solo el 6-8% codifica el apego como algo seguro, lo cual podría deberse a un fracaso en el desarrollo de la capacidad de mentalización, derivando así en relaciones de apego inseguro/desorganizado.

En cuanto a los factores sociales o culturales el NIMH (s.f.), también menciona algunas situaciones como ser parte de una comunidad o cultura en donde las relaciones familiares son inestables.

Sintomatología y diagnóstico

El Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos, NIMH (s.f.) señala que el TLP generalmente comienza durante la adolescencia o la adultez temprana, sin embargo, hay estudios que arrojan que los primeros síntomas de la enfermedad pueden ocurrir durante la niñez. Zerkowitz (2001) realizó un estudio de 86 niños en edad escolar (75 hombres y 11 mujeres), quienes habían sido referidos por problemas de conducta, donde encontró que 35% cumplían con los criterios de TLP. Para el diagnóstico de trastornos mentales se puede ocupar el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, en su quinta edición (DSM V) y la Clasificación Estadística Internacional de enfermedades en su versión CIE-10, ya que en el CIE-11 la clasificación cambió a Trastornos de Personalidad en general.

A continuación, se presentan los criterios establecidos por cada una para la identificación de síntomas y diagnóstico:

DSM-V	CIE-10
<p>Criterios para el diagnóstico de F60.3 Trastorno límite de la personalidad (301.83)</p>	<p>F60.3 Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad</p>
<p>Un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la efectividad, y una notable impulsividad, que comienzan al principio de la edad adulta y se dan en diversos contextos, como lo indican cinco (o más) de los siguientes ítems:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginado. Nota: No incluir los comportamientos suicidas o de automutilación que se recogen en el Criterio 5. 2) Un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación. 3) Alteración de la identidad: inestabilidad intensa y persistente de la autoimagen y del sentido del yo. 4) Impulsividad en al menos dos áreas, que es potencialmente dañina para sí mismo (p. ej., gastos, sexo, abuso de sustancias, conducción temeraria, atracones de comida). Nota: No incluir los comportamientos suicidas o de automutilación que se recogen en el Criterio 5. 5) Comportamientos, actitud o amenazas de suicidio recurrentes, o comportamiento de automutilación. 6) Inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo (p. ej., episodios de intensa disforia, irritabilidad o ansiedad, que suelen durar unas horas y rara vez más de unos días). 7) Sentimientos crónicos de vacío. 8) Ira inapropiada e intensa o dificultades para controlar la ira (p. ej., muestras frecuentes de mal genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes). 9) Ideas paranoides transitorias relacionadas con el estrés o síntomas disociativos graves. 	<p>F60.30 Tipo impulsivo</p> <p>A. Debe cumplir los criterios generales de trastorno de la personalidad (F60).</p> <p>B. Al menos tres de los siguientes criterios, uno de los cuales debe ser el número (2):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Marcada predisposición a actuar de forma inesperada y sin tener en cuenta las consecuencias. 2) Marcada predisposición a un comportamiento pendenciero y a tener conflictos con los demás, en especial cuando los actos impulsivos propios son impedidos o censurados. 3) Predisposición para los 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 y caprichoso. <p>F60.31 Tipo limítrofe (borderline)</p> <p>Debe cumplir criterios generales de trastornos de la personalidad (F60). Deben estar presentes al menos tres de los síntomas mencionados más arriba (F60.3), además de al menos dos de los siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Alteraciones y dudas acerca de la imagen de sí mismo, de los propios objetivos y preferencias íntimas (incluyendo las preferencias sexuales). 2) Facilidad para verse implicados en relaciones intensas e inestables, que a menudo terminan en crisis sentimentales. 3) Esfuerzos excesivos para evitar ser abandonados. 4) Reiteradas amenazas o actos de autoagresión. 5) Sentimientos crónicos de vacío.

Tabla 1. Clasificación y criterios con base en el DSM-V (Trastorno Límite de la Personalidad) (APA, 2013) y la CIE-10 (Trastorno de Inestabilidad Emocional de la Personalidad) (OMS, 1992)

El NIMH (s.f.) menciona que eventos aparentemente mundanos pueden activar síntomas. Por ejemplo, las personas con trastorno límite de la personalidad pueden sentirse enojadas o afligidas por separaciones menores, como vacaciones, viajes de negocios, de personas que sienten cercanas. De acuerdo con el estudio de Hazlett et al. (2006) se sugiere una anomalía en el procesamiento de estímulos emocionales desagradable y tienen una reacción más fuerte a palabras con significado negativo que las personas que no padecen el trastorno. Por su lado, Meyer, Pilkonis y Beevers (2004) estudiaron la percepción de pacientes con TLP sobre la expresión de caras neutrales y encontraron tendencias a calificar rostros como menos amigables y pueden llegar a ver ira en un rostro que no muestra emociones.

Los síntomas del TLP pueden variar, de acuerdo al NIMH (s.f.), algunas personas con trastorno límite de la personalidad padecen síntomas severos y requieren cuidado intensivo, incluso hospitalización. Otros puede que reciban tratamientos ambulatorios sin nunca necesitar hospitalización, ni cuidados de emergencia.

El diagnóstico debe ser realizado por un profesional de la salud mental con experiencia como un psiquiatra, un psicólogo o una enfermera especialista en psiquiatría, para hacerlo puede basarse en una entrevista exhaustiva, preguntas a los familiares y personas cercanas acerca de los síntomas e historiales médicos del paciente como de la familia.

El NIMH (s.f.) señala la importancia de realizar un correcto diagnóstico diferencial con otros trastornos tanto del eje I como con otros trastornos de la personalidad. También se tiene que diferenciar de los síntomas que pueden aparecer en el contexto de consumo de sustancias. Otra confusión podría ser que algunos síntomas como la inestabilidad afectiva y la impulsividad pueden estar presentes en el TLP y en el trastorno bipolar II, sobre esto, Vargas (2017) comenta que estos síntomas en el TLP este puede cambiar de un momento a otro, menciona que 'puede pasar de la tristeza a la euforia de manera inmediata'. Por su lado la Secretaría de Salud de México (2018) señala también que la principal diferencia es que, en el trastorno bipolar, las alteraciones emocionales son episódicas, y en el TLP las alteraciones son constantes a lo largo del tiempo, estas variaciones en el estado de ánimo están muy influenciadas por incidencias en las relaciones interpersonales y la duración del estado de ánimo es menor que en el trastorno bipolar de acuerdo a el NIMH (s.f.).

Conforme al estudio realizado por Atre-Vaidya y Hussain (1999), citado en Caballo y Camacho (2000), algunas de las diferencias encontradas entre personas con trastorno bipolar y TLP es que los segundos arrojaron puntuaciones más altas y no normativas en el inventario para evaluar el carácter temperamental (TCI), evaluando características como evitación del daño, búsqueda de novedad, dependencia, persistencia, auto instrucciones, cooperación y autolimitaciones.

El Trastorno Límite de la Personalidad, también puede ser confundido con el trastorno depresivo persistente o distimia, esto de acuerdo a la NIMH (s.f.), ya que comparten síntomas depresivos, sentimientos de vacío, reproches, miedo al abandono, conductas autodestructivas o tendencias suicidas. De acuerdo a Caballo y Camacho (2000) la clave para la discriminación es analizar las verbalizaciones de los pacientes; la persona con depresión se basa en la culpa y la pérdida, mientras que el TLP, va más hacia problemas de identidad y conflictos de dependencia-independencia. (Turner, 1996, citado en Caballo y Camacho, 2000). Estudios que se han realizado en ambos trastornos arrojan que las

personas con depresión tienen una percepción negativa de sí mismos, mientras que las personas con TLP lo hacen con base en el ambiente externo. De acuerdo a Caballo y Camacho (2000), el estudio de Kurtz y Morey, (1998) demostró que las personas con TLP tuvieron una mayor respuesta negativa ante estímulos neutrales o ambivalentes (una serie de palabras que tenían que calificar como agradable o no agradable), pudiendo ser esta la causa de varios de los síntomas del trastorno como ideas paranoides, ira, enfrentamientos, entre otros.

Otra clave para diferenciar de otros trastornos, es identificar la motivación de la conducta, por ejemplo, mientras la personalidad antisocial busca manipular por poder y la personalidad límite busca llamar la atención de los demás. Las personas dependientes, pueden llegar a ser sumisas para no ser abandonadas, mientras el TLP, puede apartarse de la persona para llamar la atención, como se menciona en Caballo y Camacho (2000).

Por lo antes mencionado, científicos financiados por el NIMH (s.f.), están buscando formas de mejorar el diagnóstico de este trastorno.

Comorbilidad

Otra de las grandes dificultades que enfrenta el TLP es que los pacientes presentan una gran posibilidad de presentar trastornos comórbidos; de acuerdo con Lenzenweger et al. (2007) el *National Comorbidity Survey Replication* financiado por el NIMH (s.f.) en EUA arrojó que aproximadamente el 85% de las personas con trastorno límite de la personalidad también cumple con los criterios de diagnóstico para otras enfermedades mentales.

De acuerdo a datos del NIMH (s.f.) y Zanari et al. (1998) algunos de los trastornos con los que es comórbido el TLP son:

- Trastornos del estado de ánimo o afectivos, en donde entre el 40% y el 87% de esos padecen trastorno depresivo mayor
- Trastornos de ansiedad
- Trastorno por dependencia: tasa del 50%,
- Trastorno evitativo: tasa del 40%,
- Trastorno paranoide: tasa del 30%
- Trastorno antisocial: tasa del 20-25% (principalmente en hombres)
- Trastorno histriónico: tasas que oscilan entre el 25 y el 63%
- Trastornos por consumo de sustancias (más común en hombres)
- Trastornos alimenticios (más común en mujeres)
- Trastorno por estrés postraumático (TPET): es común, pero no universal, por lo que no coincide con la opinión de que el trastorno límite de la personalidad es en realidad una forma de TEPT crónico.
- Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) con una prevalencia del 41,5% en la infancia y en el 16,1% en la edad adulta

Además de los trastornos mentales mencionados anteriormente, el TLP también puede ocurrir afecciones resultantes de la obesidad, uno de los efectos secundarios que pueden llegar a sufrir los pacientes por el consumo de fármacos recetados para este trastorno, por lo tanto, pueden llegar a sufrir otras enfermedades como diabetes, hipertensión arterial, artritis, dolor de espalda, entre otros, como lo menciona el NIMH (s.f.).

Tratamientos

Debido a la naturaleza del TLP, históricamente se ha considerado complicado de tratar, López (2004), menciona que la mayoría de los pacientes reciben psicoterapia de apoyo, medicación y hospitalizaciones breves, aun cuando hay terapias específicas para el trastorno, teniendo una adherencia terapéutica solo del 40% y estos pacientes con poca mejoría, incluso con terapeutas con experiencia.

Fernández (2018) menciona algunas situaciones propias del trastorno, que podrían dificultar la adherencia terapéutica en el Trastorno Límite de la Personalidad como la impulsividad, la poca tolerancia a la frustración, los constantes cambios de ideas o sentimientos y el incumplimiento de acuerdos; de igual forma menciona, que también durante el tratamiento puede influir la contratransferencia con los terapeutas, aquellas respuestas emocionales que son provocados por los pacientes.

Sin embargo, de acuerdo al estudio de seguimiento de Zanari et al. (2005), se encontró una remisión aproximada del 74%, siendo esta bastante estable, con recurrencia de solo el 6%; en este mismo contexto el NIMH (S.F.) menciona que, con la intervención adecuada, las personas pueden llegar a tener síntomas menos severos y un incremento en la calidad de vida considerable. Así mismo, se señala que es importante que el tratamiento sea aplicado por una persona bien capacitada en el trastorno, ya que, de lo contrario, el tratamiento o terapia podría no resultar benéfico para la persona, al igual que lo comentaba Stern (1938) en sus estudios: *'el conocimiento de la terapia analítica empleada en pacientes con psiconeurosis era insuficiente para alcanzar buenos resultados'*

Tratamientos farmacológicos.

Si bien aún no hay un medicamento indicado o aprobado específicamente para TLP por la Administración de Medicamentos y Alimentos de los EE. UU (FDA), ni por la Agencia Europea de Evaluación de Medicamentos (AEEM), el tratamiento farmacológico si se considera como coadyuvante para el tratamiento de TLP pues ayudan a algunos síntomas como ansiedad, depresión o agresión.

De acuerdo con el contenido del apartado de farmacología de la GPC-TLP del NICE (2009), algunos de los medicamentos que son considerados son:

Anticonvulsivantes o estabilizadores del ánimo.

También utilizados para pacientes con trastorno bipolar, tratamiento de irritabilidad y agresividad, por ejemplo: carbamazepina, el ácido valproico, valproato o divalproex, la lamotrigina y el topiramato.

Antidepresivos.

Además de la depresión, se ocupan para tratar otros trastornos como la ansiedad, ataques de pánico, el Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) o el Trastorno por estrés postraumático. Estos actúan en la inhibición de la recaptación de monoaminas, para activar los canales de neurotransmisión serotoninérgicos y noradrenérgicos. Algunos de

los fármacos utilizados son: Antidepresivos tricíclicos (ATC): amitriptilina, ISRS: fluvoxamina, fluoxetina, Inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO): fenzina

Antipsicóticos.

Este tipo de fármacos se categorizan en dos, de primera generación o típicos o de segunda generación o atípicos. Todos ocupados para el tratamiento de esquizofrenia. Los de primera generación o típicos también se utilizan para psicosis, conducta impulsiva, peligrosa, o violenta. Los atípicos se administran para manía en trastorno bipolar. Los medicamentos utilizados son: haloperidol, olanzapina, aripiprazol, ziprasidona, tiotixeno, flupentixol y clorpromacina.

Ansiolíticos.

A pesar de que no se identifica una relación con la eficacia del tratamiento farmacológico para TLP por la GPC-TLP del NICE (2009), el uso de benzodiazepinas en la práctica es muy frecuente, sin embargo, se ha identificado el riesgo de dependencia y abuso en este tipo de trastorno.

Ácidos grasos Omega 3.

El NIMH (s.f.) menciona que, para la óptima función del sistema nervioso central, el ácido eicosapentaenoico (EPA) y el ácido docosahexaenoico (DHA) son de suma importancia para una actividad neuronal normal y mantener la composición de la membrana celular. Se ha encontrado presencia reducida en las membranas de los glóbulos rojos de personas con trastornos psiquiátricos.

Zanarini (2003) realizó un estudio con dos grupos de mujeres con TLP para comprobar el efecto del ácido etil-eicosapentanoico (E-EPA) comparando con un tratamiento placebo. Según los resultados el E-EPA puede ser una forma segura y eficaz de monoterapia para las mujeres con TLP de intensidad moderada, al encontrar una mayor reducción en agresividad y en intensidad de síntomas depresivos.

Tratamientos no farmacológicos.

Uno de los principales tratamientos para una persona con TLP es la psicoterapia, ya que, debido al trastorno, las relaciones de los pacientes suelen ser inestables, es de vital importancia la relación que cree el terapeuta con el paciente para lograr una adherencia terapéutica adecuada.

Los algunos de los tipos de psicoterapia que se especializadas para tratar el TLP son los siguientes:

Corriente cognitivo conductual.

Terapia Cognitivo Conductual (TCC).

Beck y Ellis plantean que las personas tienen pautas de pensamientos desadaptativos, una herencia biológica y las influencias de los demás que permiten en su interacción el hacernos seres humanos (Sánchez, 2007, citado en Berriel, s.f.) Este tipo de terapia puede ayudar a la persona a cambiar algunas creencias y comportamientos subyacentes para cambiar así la percepción de sí mismos, de otros y la interacción con los demás. También puede ayudar a reducir comportamientos suicidas. Entiende el TLP como una desadaptación cognitiva y conductual del sujeto.

AIAQS (2011), menciona que la TCC, se ha modificado para el tratamiento de personas con trastornos de la personalidad y con TLP, así mismo menciona que este tipo de terapia se suele presentar en sesiones de entre 30 y 90 minutos, y puede tener una duración entre 9 y 36 meses.

Terapia Dialéctico Conductual (TDC).

Es una terapia derivada de la corriente cognitivo-conductual, considerada de tercera generación, de acuerdo a Miranda (2018), la cual está enfocada en estar aquí y en el ahora, es decir en la conciencia plena, poner atención a la situación actual. Ayuda a adquirir habilidades para control de emociones, mejorar las relaciones y reducir comportamientos destructivos. Busca un equilibrio entre el cambio y la aceptación de creencias. (Elices y Cordero, 2011)

Para Linehan (1993, citado en Elices y Cordero 2011), una de las disfunciones primarias del TLP es la desregulación emocional, el pilar sobre el que se construye la filosofía dialéctica postula que la realidad está compuesta por fuerzas opuestas que están en tensión. Es así que cada tesis contiene su antítesis. Este tipo de tratamiento consiste en 4 instancias: psicoterapia individual, terapia grupal para entrenamiento en habilidades, consultoría telefónica y reuniones de consultoría del equipo terapéutico.

De acuerdo con Elices y Cordero, (2011) la terapia individual consiste en ayudar al paciente a integrar y aplicar lo que aprende en otras instancias, el terapeuta lo ayuda durante las crisis.

El grupo para desarrollo de habilidades consta de 4 módulos: mindfulness o conciencia plena, habilidades de tolerancia al malestar, habilidades de efectividad personal y habilidades de regulación emocional. El objetivo es disminuir comportamientos disfuncionales y sustituirlos por otros con consecuencias menos aversivas. La frecuencia de estos últimos es semanal, teniendo una duración total de aproximadamente 1 año.

En consultoría telefónica el paciente contacta al terapeuta antes de la conducta problema, son llamadas de breve duración y se guía al paciente a poner en práctica alguna de las habilidades aprendidas en los grupos.

Las reuniones de consultoría del equipo de terapeutas se realizan de forma semanal, en donde se da asesoramiento a los terapeutas individuales para mantener la motivación y adhesión al tratamiento.

Algunas de las diferencias de la TDC con la TCC consisten en que el foco de la primera está puesto en la aceptación y la validación de la realidad, y en la segunda hace énfasis en el cambio, por lo que la TDC busca hacer un balance entre el cambio y la aceptación (Linehan, 1993, citado en Elices y Cordero, 2011) Otra diferencia es que se hace énfasis en las conductas que interfieren con la terapia.

En la actualidad la DBT es el tratamiento con mayor evidencia empírica para el TLP (Swales, 2009, citado en Elices y Cordero, 2011).

Reyes et al. (2015), mencionan que en ocasiones esta terapia excede los recursos de muchas instituciones que no pueden instaurar todos sus elementos: individual, grupal y atención telefónica, así mismo podría esto impactar en la economía de los pacientes y de sus familias. De acuerdo con Bursal (2017) la TDC se muestra eficaz en la reducción de conductas autolíticas y autolesivas, en psicopatología general, funcionamiento global, depresión y ansiedad.

De acuerdo a la AIAQS (2011), se recomienda la TDC en pacientes con diagnóstico de TLP para reducir la frecuencia de intentos de suicidio, ideas suicidas y nivel de depresión, disminución de la probabilidad de abandono de la terapia y de ingreso psiquiátrico.

Terapia basada en esquemas (TBE).

Este tipo de terapia considera algunos elementos de la TTC y retoma otras formas de psicoterapia centrándose en la reconstrucción de esquemas de conocimiento y aprendizaje que las personas han ido formando a lo largo de su vida y que podrían derivarse de experiencias negativas durante la niñez o adolescencia, alterando la forma en la que se desenvuelven en su entorno y en su interacción con otras personas, busca identificar y modificar la estructura interna de la persona.

Se basa en la ideología de Beck (1979) que pensaba que la personalidad es entendida como *'un conjunto de esquemas de pensamiento'*, donde el esquema es entendido como *'una unidad de procesamiento de información'*, esto es, una estructura cognitiva que aprende y categoriza la información relativa a una porción de la realidad. Así mismo, Jeffrey Young (1990) sostiene en la Terapia de Esquemas, la existencia de una serie de esquemas desadaptativos tempranos que predisponen a la persona a experimentar sentimientos negativos persistentes, sobre los cuales se trabaja.

De acuerdo a AIAQS (2011), en este tipo de terapia, se anima a la persona a analizar las creencias nucleares con las que se ha adaptado en adversidades anteriores y preguntarse si son adecuadas para adaptarse a la situación actual.

La AIAQS (2011) recomienda esta terapia para mejorar sintomatología del TLP, la recuperación clínica y la calidad de vida.

Terapia Cognitivo Analítica (TCA).

De acuerdo con AIAQS (2011), el modelo de la TCA considera que el TLP es una forma de daño más grave y generalizado para el yo, que se debe en gran parte a experiencias prolongadas de privación y un trauma del desarrollo complejo en personas posiblemente

vulnerables. Esta consiste en una terapia breve (16 sesiones), focal e integradora que incluye aspectos psicodinámicos y cognitivos. (Ryle, 1991, citado por Burgal 2017)

Este tipo de terapia ofrece experiencia relacional reparadora y proporciona motivación, habilidades y oportunidades para aprender nuevos patrones, de acuerdo a la AIAQS (2011). Así mismo menciona que no hay suficiente evidencia para recomendar el uso de la TCA para pacientes con TLP.

Corriente psicoanalítica.

Psicoterapia focalizada en Transferencia (PFT) o Terapia basada en transferencia (TBT).

Fue desarrollada por Otto F. Kernberg en Estados Unidos y derivada del psicoanálisis es una psicoterapia específica para el TLP, sistematizada por el autor del manual. De acuerdo a Doering (2014) una terapia psicoanalítica, que difiere del psicoanálisis clásico, en que se lleva a cabo mediante sesiones dos veces a la semana, que existe un contrato terapéutico verbal y se trabaja principalmente en la relación de transferencia en el aquí y el ahora. El tratamiento puede llevar entre 2-3 años, incluso 5 años o más. Burgal (2017) menciona que este tipo de terapia presta especial atención a la transferencia y centra su acción terapéutica en las externalizaciones del paciente en terapia y de acuerdo con Doering (2014) se centra en las experiencias de los primeros 3 años de vida. Algunas de las técnicas que se utilizan son aclaración, confrontación, interpretación y trabajo de fondo. Es importante que los tratamientos de TFP se realizan bajo una estricta supervisión mediante grabaciones de video las cuáles son revisadas en grupo.

La AIAQS (2011) menciona que la prioridad de este tipo de terapia es identificar y facilitar el funcionamiento reflexivo, mejorar las dificultades del funcionamiento laboral y social cotidiano. Las sesiones son dos veces a la semana, puede ser complementado con otros tratamientos, como el programa de los 12 pasos para el abuso de sustancias. De igual forma la AIAQS (2011) menciona que no existe evidencia suficiente para recomendar el uso de esta terapia en pacientes con TLP.

Terapia basada en la mentalización (TBM).

Esta terapia perteneciente también a la corriente del psicoanálisis, busca primero la estabilización emocional para, en segundo término, trabajar la mentalización y la comprensión de sí mismo (Bateman & Fonagy, 2004, citado en Burgal, 2017).

Como se menciona en AIAQS (2011), este tipo de terapia se basa en que el TLP se desarrolla debido a una alteración en el apego, causando incapacidad de mentalización, que es la capacidad de entender los estados mentales propios y de las demás personas. Su objetivo es aumentar la capacidad de autorreflexión.

De acuerdo a la AIAQS (2011) este tipo de terapia se da en el contexto de un hospital de día, y contempla terapia individual semanal, terapia analítica grupal, tres veces por semana, terapia expresiva con psicodrama una vez a la semana, y reunión comunitaria semanal, esto durante un máximo de 18 meses. Más recientemente también se ha desarrollado para tratamiento ambulatorio. La AIAQS (2011) recomienda esta terapia para mayor adherencia al tratamiento, mejoría del curso clínico, disminución de intentos

autolíticos y autolesivos, reducción de las hospitalizaciones y mejoría de la función social, laboral e interpersonal.

Terapia Conversacional de Hobson (TCH).

La Terapia Conversacional de Hobson (Hobson, 1985, citado por Bural 2017) se focaliza en las emociones de la persona y en sus problemas interpersonales. De acuerdo con Bural, (2017) las terapias de tipo psicoanalítico como la TBT, la TBM y la TCH han demostrado ser eficaces en conductas autolíticas y autolesivas, psicopatología general, funcionamiento global, estado de ánimo, depresión, ansiedad e irritabilidad.

Así mismo, es importante considerar las redes de apoyo con las que cuenta la persona, que puede ser su familiares y amigos, quienes también pueden verse beneficiados al tomar terapia, pues también se ven afectados al presentarse situaciones muy estresantes con el familiar enfermo. Vargas (2017) menciona que *“Se debe trabajar con la familia para brindarles herramientas que ayuden a enfrentar manifestaciones como la impulsividad, agresividad, autolesiones, intentos suicidas o crisis por intolerancia a la frustración”*.

De acuerdo con el NIMH (s.f.), con la terapia, los familiares también podrán aprender habilidades y herramientas para poder apoyar de mejor forma a los pacientes, ya que, en ocasiones ante el desconocimiento, podrían estar teniendo algunas acciones contraproducentes para el paciente, también menciona otras terapias en donde la terapia se enfoca a las necesidades de la familia, como Family Connections.

Planteamiento del problema

A pesar de que el Trastorno Límite de la Personalidad se considera una enfermedad mental grave y crónica, uno de los principales problemas del TLP es que, por la variación de los síntomas, que muchas veces podrían caer en diferentes diagnósticos, el Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos, NIMH (s.f.), menciona que este termina siendo un trastorno de difícil diagnóstico o infradiagnosticado, pues inicialmente puede llegar a haber un diagnóstico incorrecto y el diagnóstico adecuado puede tener una demora de 9 a 5 años en mujeres y de 6 a 5 años en hombres.

Algunas de las complicaciones del trastorno límite de la personalidad que Chapman, Jamil y Fleisher (2020) consideran son:

- *Participar en conductas de riesgo (p. Ej., Conducir precipitadamente)*
- *Abuso de drogas*
- *No completar la educación*
- *Pérdida de trabajo*
- *Meterse en problemas con la ley*
- *Problemas con las relaciones*
- *Intentos de suicidio y automutilación*

De este último punto, es importante mencionar que, de acuerdo con el NIMH (s.f.), hay un 8-10% de los intentos de suicidio consumados en el Trastorno Límite de la Personalidad. De acuerdo con Espinosa, Blum y Romero (2009), esta es la causa más frecuente de hospitalización de este trastorno y son pacientes que suelen recaer constantemente por lo que esto implica altos costos personales-familiares debido a las hospitalizaciones,

tratamientos, fármacos, incapacidades laborales y en el peor de los casos, la pérdida humana.

Los intentos de suicidio de mayor letalidad en pacientes TLP, está asociados a factores como pacientes mayores de edad, de bajo nivel educativo y socioeconómico, y que presentan comorbilidad con algún trastorno depresivo u otro trastorno del grupo B del DSM-V como podría ser el histriónico, narcisista o antisocial, esto de acuerdo con Espinosa, Blum y Romero (2009). Por otro lado, la baja letalidad de intentos suicidas en TLP está relacionado con mujeres menores de 45 años, casadas, con empleo que consume bebidas alcohólicas socialmente, sin embargo, esto también implica un problema ya que podrían estar ocupando recursos materiales y personales necesarios para la atención de otras emergencias y de igual forma es un gasto económico para ellos y sus familias.

De acuerdo a López (2004), la mayoría de los pacientes con TLP recibe el “tratamiento usual” (TU) con psicoterapia de apoyo, medicación y hospitalizaciones breves, aun cuando existen terapias específicas para ellos. Con el TU, la tasa de deserción es de 60% y los pacientes que persisten en tratamiento por varios años tienen muy poca mejoría, aun con terapeutas experimentados. Así mismo menciona que en las terapias específicas para el TLP, la deserción disminuye a 19.1% con la Psicoterapia focalizada de transferencia (PFT), a 16.7 Terapia Dialéctico-Conductual (TDC), 12% en la Hospitalización Parcial (HP).

Justificación

Fernández-Guerrero (2017) menciona que los pacientes con TLP llegan a ser calificados por los profesionales de la salud mental como *‘pacientes difíciles, estresantes, conflictivos, reacios al tratamiento, que agobian, que tensan, que es preferible cualquier otro trastorno que “lidiar” con un TLP...’* Por su lado, Mantilla (2011) hace referencia a la molestia, el desconcierto terapéutico y el desánimo expresados por los profesionales, se corresponden con una imagen de ineficacia de las prácticas terapéuticas.

Si para los terapeutas es complicado el trato de los pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad, para sus familiares y allegados puede ser angustiante y desgastante emocionalmente de acuerdo a Gagliesi et al. (s.f.), con lo que la relación con los pacientes también se ve desgastada, una comunicación con poca asertividad de las dos partes, gran incomprensión por parte de la familia y los allegados sobre las conductas que tienen los pacientes con TLP, y generalmente no saben cómo actuar ante las crisis, muchas veces empeorando la situación a lo largo de los años, más aún si no hay un diagnóstico.

Derivado de la naturaleza y la complejidad del Trastorno Límite de la Personalidad, se hace hincapié la importancia del conocimiento de la población en general sobre los síntomas, complicaciones y riesgos de padecer TLP para así tener un diagnóstico oportuno, así como una intervención adecuada y específica para TLP, e incluso su pertinente derivación, para así lograr un menor porcentaje de deserción, mayor reducción de síntomas de estos pacientes que podrían poner en peligro su integridad e incluso la de terceras personas, mejorar su estado de salud general y percepción de calidad de vida.

El presente estudio se considera de relevancia social, ya que se busca dar un contexto más completo, profundo y amplio sobre el Trastorno Límite de la Personalidad analizando

la historia personal considerando los factores individuales (el contexto de vida y desarrollo, relaciones familiares, amorosas, de amigos, redes de apoyo y de la sociedad en general) y los factores clínicos (diagnóstico, tratamientos farmacológicos y psicológicos), analizando el posible efecto sobre el curso de la enfermedad (severidad de los síntomas, estado de salud y calidad de vida percibida). La finalidad es que los resultados del estudio posteriormente sean de utilidad para el desarrollo de campañas de promoción de salud para pacientes de TLP, sus allegados y familiares, tanto diagnosticados, como no diagnosticados para facilitar el camino a los servicios de salud especializados en el tema como la unidad de Trastorno Límite de la Personalidad del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

Pregunta de investigación

¿Cuál es el impacto de algunos factores personales y clínicos sobre el estado de salud, la calidad de vida percibida y la severidad de la sintomatología en dos casos de Trastorno Límite de la Personalidad tratados por más de 4 años en la Ciudad de México?

Objetivo general

- Determinar el impacto de algunos factores personales y clínicos sobre el estado de salud, la calidad de vida percibida y la severidad de la sintomatología en dos casos de Trastorno Límite de la Personalidad tratados por más de 4 años en la Ciudad de México.

Objetivos específicos

- Describir cualitativamente las características personales y clínicas de dos pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad
- Describir cuantitativamente la severidad de la sintomatología del Trastorno Límite de la Personalidad, estado de salud y calidad de vida percibida en los dos casos estudiados.
- Analizar las posibles relaciones de causalidad entre los factores personales y clínicos, sobre la severidad de la sintomatología de Trastorno Límite de la Personalidad, el estado de salud y calidad de vida percibida.

Hipótesis

H₁: Variables personales como un contexto de vida y desarrollo desfavorable se asocian con mayor severidad de los síntomas, peor estado de salud y menor calidad de vida percibida

H₀: Variables personales como un contexto de vida y desarrollo desfavorable no se asocian con mayor severidad de los síntomas, peor estado de salud y menor calidad de vida percibida

H₂: Variables personales como desconocimiento del trastorno en general e incomprensión familiar y social se asocian con mayor severidad de los síntomas, peor estado de salud y menor calidad de vida percibida

H₀: Variables personales como desconocimiento del trastorno en general e incomprensión familiar y social no se asocian con mayor severidad de los síntomas, peor estado de salud y menor calidad de vida percibida

H₃: Variables clínicas como diagnóstico y tratamiento no oportunos se relacionan con mayor severidad de síntomas, peor estado de salud y menor calidad de vida percibida.

H₀: Variables clínicas como diagnóstico y tratamiento no oportunos se relacionan con mayor severidad de síntomas, peor estado de salud y menor calidad de vida percibida.

Método

Diseño de investigación

La presente investigación se desarrolló bajo un método de investigación mixta de tipo concurrente en donde los factores personales y clínicos fueron analizados de forma cualitativa y el estado de salud, la calidad de vida percibida y la severidad de los síntomas de Trastorno Límite de la Personalidad, fueron medidos de forma cuantitativa.

Fue un diseño no experimental, transversal y con un alcance exploratorio descriptivo en la parte cuantitativa debido a que el objetivo final no fue manipular o modificar variables sino valorarlas un momento determinado en el tiempo para analizar si existe un efecto de la historia personal en la calidad de vida y la severidad de sintomatología en Trastorno Límite de la Personalidad, con diseño fenomenológico en la parte cualitativa. (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

Participantes

Se trabajó con 2 pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad que han sido tratados bajo diferentes tratamientos por más de 4 años en la Ciudad de México con diferente tipo de evolución, quienes fueron seleccionados por un muestreo por conveniencia.

El primero es un caso de una mujer de 34 años, quien fue diagnosticada en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) a los 29 años, ha tomado Terapia Cognitivo Conductual (TCC) y Psicoanálisis de forma particular. El tratamiento farmacológico lo ha llevado en el IMSS. Acudió al Instituto Nacional de Psiquiatría (INP) Ramón de la Fuente Muñiz con anterioridad, pero no recibió un diagnóstico correcto.

El segundo caso es de un hombre de 30 años quien fue diagnosticado a los 26 años en el MSS, ha tomado TCC, Psicoanálisis de forma particular y Terapia Dialéctico Conductual (TDC) en el INP. Aquí mismo ha tenido tratamiento farmacológico en conjunto con el IMSS.

Crterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión.

- Pacientes diagnosticados con TLP
- Pacientes entre 30 y 35 años de edad
- Pacientes que han sido tratados con diferentes tratamientos psicológicos y psiquiátricos durante un tiempo aproximado de 4-5 años
- Pacientes que han sido hospitalizados en alguna ocasión por crisis a raíz del TLP
- Pacientes que han tenido algún tipo de intento de suicidio
- Pacientes que tengan acceso a los servicios de salud de la CDMX

Criterios de exclusión.

- Pacientes que no han recibido un diagnóstico
- Pacientes que no han recibido tratamientos psicológicos y psiquiátricos
- Pacientes con poco tiempo de tener algún tipo de intervención

Variables de estudio

- **Factores personales**

Definición conceptual

Variables individuales relacionadas con el desarrollo personal, entorno ambiental, social, cultural, familiar, escolar y laboral a lo largo de la vida.

Definición operacional

Relato de la historia personal considerando contexto de vida y desarrollo, las relaciones familiares, amorosas y de amigos, redes de apoyo, educación, trabajo y entorno social, así como eventos traumáticos o relevantes a lo largo de su vida, resaltando los hechos más sobresalientes que afectaron el transcurso de esta mediante una entrevista semiestructurada a profundidad.

- **Factores clínicos**

Definición conceptual

VARIABLES DE ÍNDOLE MÉDICA DEL INDIVIDUO EN CUANTO A SU SALUD FÍSICA Y MENTAL A LO LARGO DE LA VIDA.

Definición operacional

Relato de los tratamientos psicológicos y farmacológicos, crisis y hospitalizaciones a los que se ha sometido a lo largo de la infancia, la adolescencia y la adultez mediante una entrevista semiestructurada a profundidad.

- **Estado de Salud**

Definición conceptual

‘Estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades’ (OMS, s.f.)

Definición operacional

Grado del estado funcional físico, social y emocional del individuo, considerando su bienestar y sus limitaciones. Mediante el cuestionario SF-36 sobre el Estado de Salud (Short-Form, SF-36)

- **Calidad de vida**

Definición conceptual

‘La percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y los sistemas de valores en los que vive y en relación con sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones.’ (OMS, s.f.) ‘Todo ello matizado por su salud física, su estado psicológico, su grado de independencia, sus relaciones sociales, los factores ambientales y sus creencias personales’ (OMS, 1996).

Definición operacional

Nivel de satisfacción y bienestar físico, psicológico y social percibido por el paciente, considerando su estado de salud, estado de ánimo, sus actividades laborales, escolares, de tiempo libre y en general mediante el Cuestionario sobre Calidad de Vida: Satisfacción y Placer (Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire, Q-LES-Q).

- **Sintomatología en Trastorno Límite de la Personalidad**

Definición conceptual

Alteraciones en emociones, pensamientos, estados de ánimo y comportamientos, presentando un patrón generalizado de inestabilidad de relaciones interpersonales, afectos e imagen de sí mismo, así como marcada impulsividad de acuerdo a la APA (2010), esta puede ser potencialmente dañina para sí mismo, llegando a tener comportamientos de automutilación e ideación suicida, de acuerdo con él.

Definición operacional

El grado de presencia de alteraciones en el área afectiva, el área cognitiva, conductas impulsivas y relaciones interpersonales. Mediante dos pruebas

- Entrevista Diagnóstica Revisada para Pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad (Diagnostic Interview for Borderlines-Revised, DIB-R)
- Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos de Personalidad del DSM-IV (Structural Clinical Interview for DSM, Axis II) (SCID-II)

Instrumentos

- **Cuestionario SF-36 sobre el Estado de Salud (Short-Form, SF-36)**

Este cuestionario está diseñado para evaluar la calidad de vida relacionada con los estados de salud tanto negativos como positivos, además de explorar la salud física y mental como lo mencionan Lugo, García y Gómez (2006) y señalan que el cuestionario SF-36 sobre el estado de salud consta de 36 ítems, que exploran 8 dimensiones del estado de salud, cubriendo dos áreas:

Área de estado funcional:

- Función física (10 ítems)
- Función social (2 ítems)
- Limitaciones del rol por problemas físicos (4 ítems)
- Limitaciones de rol por problemas emocionales (3 ítems).

Área de bienestar emocional

- Salud mental (5 ítems)
- Vitalidad (4 ítems)
- Dolor (2 ítems).

Por último, considera la evaluación general de la salud incluye:

- Dimensión de la percepción general (5 ítems)
- Cambio de la salud en el tiempo (1 ítem).

Los ítems y las dimensiones del cuestionario proporcionan unas puntuaciones que son directamente proporcionales al estado de salud; cuanto mayor sean, mejor es el estado de salud. El rango de las puntuaciones para cada dimensión oscila de 0 a 100.

Confiabilidad. De acuerdo González et al. (2006) el coeficiente *alpha de Cronbach* para el total de la escala en la población mexicana fue 0.86; para la subescala de salud física, 0.82; y para la de salud mental, 0.80.

- **Cuestionario sobre Calidad de Vida: Satisfacción y Placer (Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire, A-LES-Q)**

Es un instrumento genérico de calidad de vida, por lo que es aplicable a todo tipo de pacientes. Se administra de forma autoaplicada y consta de 93 ítems indagando en 8 áreas:

- Estado de salud física (13 ítems)
- Estado de ánimo (14 ítems)
- Trabajo (13 ítems). Solamente a contestar por las personas que están trabajando aunque sea sin remuneración
- Actividades del hogar (10 ítems)–Solamente a contestar por las personas que son responsables de la realización de algunas tareas de la casa
- Tareas de clase/curso (10 ítems) Solamente si en la última semana han participado en alguna actividad educativa
- Actividades de tiempo libre (6 ítems)
- Relaciones sociales (11 ítems)
- Actividades generales (14 ítems)

Los 2 ítems restantes miden la satisfacción con la medicación y la satisfacción global. Cada ítem se responde con una escala de Likert con 5 valores que van de nunca a siempre. La puntuación total se transforma en porcentaje respecto a la máxima puntuación posible por cada área.

Confiabilidad. De acuerdo con Hauser, García y Leporatti. (2020) el coeficiente *alpha de Cronbach* de la escala es de 0.898.

- **Entrevista Diagnóstica Revisada para Pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad (Diagnostic Interview for Borderlines-Revised, DIB-R)**

Es una entrevista semiestructurada específica para Trastorno Límite de la Personalidad que permite determinar tanto el diagnóstico como la severidad clínica de pacientes con TLP. Consta de 125 ítems, de los cuales 30 corresponden a puntuaciones y escalas. El instrumento está dividido en 4 áreas y cada área a su vez tiene otras categorizaciones:

- Área afectiva (18 ítems)
 - Depresión
 - Ira
 - Ansiedad
 - Estados disfóricos
- Área cognitiva (28 ítems)
 - Pensamientos extraños/experiencias perceptuales no habituales
 - Experiencias paranoides no delirantes
 - Experiencias psicóticas
 - Ítems varios
- Área de patrón de conductas impulsivas (17 ítems)
 - Abuso de sustancias
 - Desviación sexual
 - Automutilación
 - Tentativas de suicidio
 - Otros patrones impulsivos
- Área de relaciones interpersonales (32 ítems)
 - Intolerancia a la soledad
 - Preocupaciones de abandono, de ser absorbido, de ser anulado
 - Contra dependencia
 - Relaciones íntimas inestables
 - Problemas recurrentes en las relaciones íntimas
 - Relaciones psiquiátricas conflictivas

La calificación de cada área determina la puntuación de la escala correspondiente a cada área, para al final obtener una puntuación total de la suma de cada área y escala. López et al. (2010), menciona que se obtienen puntuaciones de escala entre 0 y 2 para cada parte, que luego se suman para obtener una puntuación diagnóstica global que oscila entre 0 y 10. Las puntuaciones iguales o superiores a 7 se consideran indicativas de la presencia de Trastorno Límite de la Personalidad.

- Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos de Personalidad del DSM-IV (Structural Clinical Interview for DSM, Axis II) (SCID-II)

Es una entrevista estructurada derivada del DSM-IV en donde se evalúan 12 trastornos de personalidad:

- Evitación
- Depresivo
- Obsesivo - Compulsivo
- Pasivo - Agresivo
- Depresivo
- Paranoide
- Esquizotípico
- Esquizoide
- Histriónico
- Narcisista
- Límite
- Antisocial

Confiabilidad. De acuerdo con Gallart (2015) la consistencia interna de Alpha de Cronbach para el Trastorno Límite de la Personalidad es de .87

- Entrevista semiestructurada a profundidad sobre factores personales y clínicos

Procedimiento

La evaluación se realizó a los dos participantes después de firmar el consentimiento informado, haciéndoles saber que en cualquier momento podían abstenerse de su participación. La evaluación se realizó acordando previamente una cita para la aplicación de las evaluaciones, se realizó de forma individual mediante una entrevista semiestructurada a profundidad sobre su historia personal la cual fue transcrita, y la aplicación de instrumentos estructurados de medición para estado de salud, calidad de vida percibida y sintomatología para Trastorno Límite de la Personalidad. Se evaluó que el estado de los participantes fuera el óptimo, se realizaron todas las evaluaciones en una totalidad de 2 sesiones por persona.

Análisis de datos

Al ser una investigación de solo dos casos, el procedimiento analítico que se llevó fue el de cualificar los datos cuantitativos, se realizó mediante la calificación e interpretación de cada uno de los instrumentos considerando la calificación específica de cada uno, su significado y sentido, y comparando los resultados de los dos participantes mediante hojas de cálculo y figuras de Excel.

El análisis de datos cualitativos fue realizado mediante un enfoque fenomenológico, la técnica de procesamiento que se utilizó fue el corte y clasificación de información, la cual

se realizó de forma manual, primero realizando la transcripción de la entrevista semiestructurada que se tuvo con cada uno de los participantes, y después se procedió a la codificación de esta, obteniendo así 9 categorías y 20 temas. La evaluación de cada uno de los rubros se realizó de forma individual y luego comparando los resultados de ambos participantes. Así mismo se cuantificaron algunos datos.

Se compararon los factores surgidos del análisis cuantitativo con los temas que surgidos del análisis cualitativo.

Consideraciones éticas

A cada participante se le entregó un consentimiento informado sobre el estudio, el cual contuvo los objetivos de la investigación, el procedimiento y los aspectos a evaluar. Así mismo, se les dio la garantía de respuesta a cualquier duda y la libertad de retirar su consentimiento y dejar de participar en cualquier momento o de abstenerse a participar en alguna de las pruebas específicamente. Se les hizo saber que la investigación no tuvo por objetivo en ningún momento la intervención psicológica de ningún tipo, y que no tuvo ningún tipo de afectación en su estado de salud o en sus tratamientos actuales. Los pacientes tuvieron la garantía en todo momento de la confidencialidad de los datos recabados, así como de sus identidades.

Resultados

La investigación se realizó a dos participantes, un hombre y una mujer entre 30 y 34 años con Trastorno Límite de la Personalidad que han sido tratados por más o menos 4 años en la Ciudad de México con diferentes tratamientos psicológicos y farmacológicos con diferente evolución, ambos han estado hospitalizados en instituciones públicas de la Ciudad de México y han llegado a tener intentos de suicidio.

A continuación, se realizará el análisis de resultados cuantitativos obtenidos de las escalas para evaluar Estado de Salud, Calidad de Vida percibida y sintomatología de Trastorno Límite de la personalidad, y posteriormente se realizará el análisis cualitativo de la entrevista semiestructurada a profundidad sobre factores personales y clínicos en donde las categorías analizadas se presentan en la tabla 2.

Factores personales	
Categoría 1: Salud	Salud física
	Salud emocional
Categoría 2: Familia	Papás
	Hermanos
	Abuelos y más
Categoría 3: Relaciones	Parejas

amorosas	
Categoría 4: Entorno Social y Cultural	Amistades
	Escuela
	Trabajo
	Religión
Categoría 5: Redes de apoyo	Personales
	Entorno laboral
	Apoyo terapéutico
Categoría 6: Factores asociados con las crisis	Detonantes
Factores clínicos	
Categoría 7: Diagnóstico	Antes del diagnóstico Primera Crisis
	Diagnóstico
Categoría 8: Tratamientos	Tratamientos no farmacológicos / psicológicos
	Tratamientos farmacológicos
Categoría 9: Hospitalizaciones	Hospitalizaciones e intentos suicidas
	Mejoría desde el diagnóstico

Tabla 2. Categorías para el análisis cualitativo.

Después de tener el análisis cuantitativo y cualitativo se presentarán las inferencias, discusión y conclusiones.

Para el análisis de resultados se identificará a la mujer como participante 1 y al hombre como participante 2.

Análisis cuantitativo

El análisis cuantitativo realizado fue principalmente descriptivo, en el SF-36 y el Q-LES-Q, se consideró la puntuación total de cada una de las dimensiones, y se obtuvo un porcentaje considerando la puntuación máxima, así mismo, se obtuvo una calificación promedio para cada uno de los instrumentos considerando todas las dimensiones. En el caso de la DIB-R y de la SCID-II, se utilizó la metodología de puntuación determinada para cada uno de los instrumentos.

Estado de salud.

Para evaluar el estado de salud se ocupó el Cuestionario SF-36 sobre el Estado de Salud (Short-Form, SF-36). Las dimensiones que evalúa este instrumento y la interpretación de puntuaciones se mencionan a continuación en la tabla 3.

Dimensiones de Cuestionario SF-36			
Dimensión	No. de ítems	Baja Puntuación	Alta Puntuación
Función física	10	Muy limitado para llevar a cabo las actividades físicas, incluido bañarse, o ducharse debido a la salud	Lleva a cabo todo tipo de actividades incluidas las más vigorosas, sin ninguna limitación debido a la salud
Limitaciones de roles debido a salud física	4	Problemas con el trabajo u otras actividades debido a la salud física	Ningún problema con el trabajo u otras actividades diarias debido a la salud física
Limitaciones de roles debido a problemas emocionales	3	Problemas con el trabajo y otras actividades diarias debido a problemas emocionales	Ningún problema con el trabajo u otras actividades diarias debido a problemas emocionales
Vitalidad	4	Se siente cansado y exhausto todo el tiempo	Se siente muy dinámico, lleno de energía todo el tiempo
Salud Mental / Bienestar emocional	5	Sentimiento de angustia y depresión durante todo el tiempo	Sentimiento de felicidad, tranquilidad y calma durante todo el tiempo
Función social	2	Interferencia externa y muy frecuente con las actividades sociales normales, debido a problemas físicos o emocionales	Lleva a cabo actividades diarias sin ninguna interferencia debido a problemas físicos o emocionales
Dolor	2	Dolor muy intenso y extremadamente limitante	Ningún dolor ni limitaciones debidas a él
Salud General	5	Evalúa como mala la propia salud y cree posible que empeore	Evalúa la propia salud como excelente
Transición de salud	1	Cree que su salud es mucho peor ahora que hace un año	Cree que su salud es mucho mejor ahora que hace un año

Tabla 3. Interpretación de las puntuaciones del Cuestionario SF-36 sobre el Estado de Salud (Short-Form, SF-36)

A continuación, en la tabla 4 se presenta el puntaje obtenido por cada uno de los participantes en las 9 dimensiones, la puntuación total y el porcentaje correspondiente se obtuvo tomando como base el puntaje máximo posible. Los puntajes resaltados con verde indican las dimensiones en las que los participantes tuvieron una puntuación alta y con rojo las puntuaciones bajas. Las puntuaciones que quedaron en negro indican valores por arriba del 50%, indicando una puntuación media.

Resultados SF-36					
Dimensiones	Puntaje Participante 1	%	Puntaje Participante 2	%	Puntaje máximo posible
Función física	450	45	1000	100	1000
Limitaciones de roles debido a salud física	0	0	400	100	400
Limitaciones de roles debido a problemas emocionales	200	66,666 66667	300	100	300
Vitalidad	140	35	200	50	400
Salud Mental / Bienestar emocional	360	72	300	60	500
Función social	100	50	175	87,5	200
Dolor	65	32,5	160	80	200
Salud General	75	15	425	85	500
Transición de salud	75	75	50	50	100
Puntuación total	1465	40,694 44444	3010	83,611 11111	3600

Tabla 4. Resultados del Cuestionario SF-36 sobre el Estado de Salud (Short-Form, SF-36)

En 6 de las 9 dimensiones, la participante 1 obtuvo valores menores a 50%, obteniendo incluso con 0% la dimensión de *limitaciones de roles debido a la salud física*. En solo 3 escalas obtuvo valores mayores al 60%. Por su lado el participante 2 obtuvo un porcentaje mayor al 80% en 6 de las 9 escalas, de las cuáles 3 puntuaron con el 100% como *función física*, *limitaciones de roles debido a salud física* y *limitación de roles debido a problemas emocionales*. En las otras 3 escalas obtuvo puntajes menores a 60%, siendo 50% el mínimo.

SF-36 Estado de salud

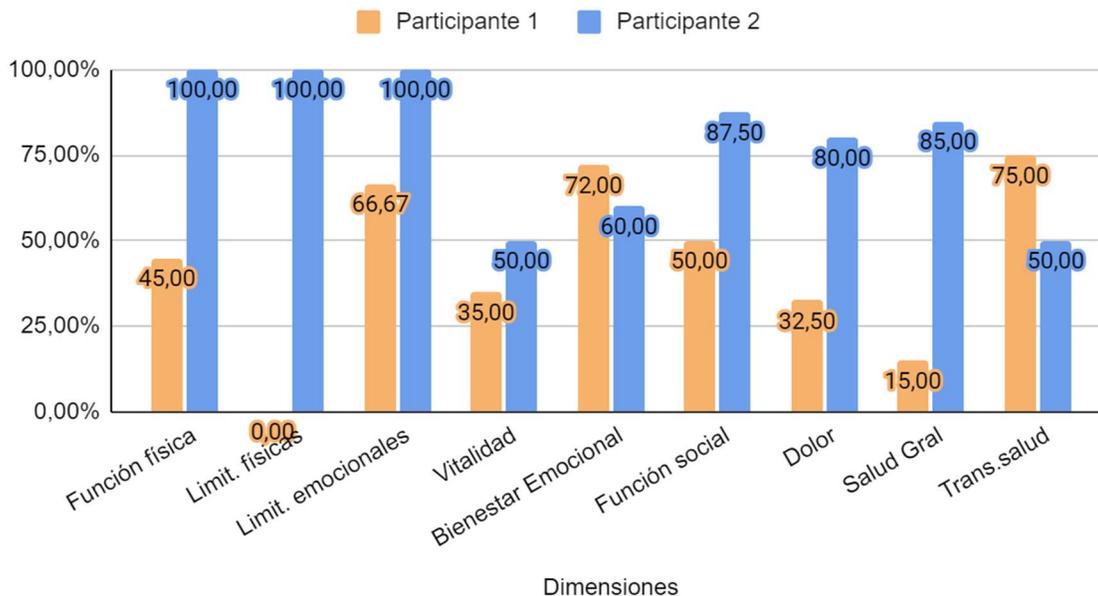


Figura 1. Resultados del Cuestionario SF-36 sobre el Estado de Salud (Short-Form, SF-36)

Función física. Se puede ver en la figura 1 una gran diferencia entre los resultados del estado de salud de los dos participantes, por un lado, la participante 1 obtuvo una puntuación de 450 puntos lo cual equivale al 45% de su función física teniendo algunas dificultades principalmente para *subir varios pisos* y para *agacharse o arrodillarse*. También mencionó tener un poco de limitación para actividades como *esfuerzos intensos, coger o llevar la bolsa de la compra, caminar 1 km o más, o varias manzanas*. Únicamente dijo no tener ningún tipo de limitación para *bañarse o vestirse por sí mismo*. En el caso del participante 2, dijo no tener ningún tipo de limitación derivada de su salud física, obteniendo una puntuación del 100%.

Limitaciones de roles debido a salud física. En cuanto a las limitaciones derivadas de la salud física la participante 1 tuvo una puntuación de 0, mencionó que en las 4 últimas semanas tuvo que reducir *el tiempo dedicado a sus actividades cotidianas, dejar de hacer algunas actividades, y le costó más de lo normal realizar sus actividades cotidianas*. Cabe mencionar que dijo haberse caído una semana anterior caminando en la calle al estar muy mareada y perder el equilibrio derivado de los medicamentos que toma, por lo que esto limitó su rol físico. Por su lado, el participante 1 mencionó que no tuvo ningún tipo de limitación teniendo una puntuación del 100%.

Limitaciones de roles debido a problemas emocionales. En la limitación derivada de problemas emocionales, la participante 1 obtuvo un porcentaje del 66.66%, mencionó que *no hizo sus actividades tan cuidadosamente como de costumbre derivado de algún problema emocional, sin embargo, no redujo el tiempo dedicado a sus actividades, ni hizo menos de lo que hubiera querido*. En esta área el participante 2 mencionó no haber tenido ninguna limitación, obteniendo una puntuación del 100%.

Vitalidad. Como se observa en la figura 1, ambos participantes obtuvieron calificaciones bajas en esta dimensión. La participante 1 mencionó haberse *sentido llena de vitalidad algunas veces, haberse sentido agotada y cansada casi siempre*. Manifestó *sentirse muchas veces con mucha energía*. Tuvo un puntaje de 35%. Por su lado el participante 2, obtuvo 50% en esta dimensión, siendo una de las más bajas, manifestando que se *sintió lleno de vitalidad y con mucha energía algunas veces, pero también algunas veces sentirse cansado y agotado*.

Salud mental o bienestar emocional. Esta es una de las dos dimensiones en donde la participante 1 obtuvo mejor puntuación que el participante 2, como se aprecia en la figura 1. Manifestó haberse *sentido calmada y tranquila muchas veces, haberse sentido desanimada y triste y tan bajo de moral que nada podía animarle solo alguna vez, haberse sentido feliz casi siempre*. Mencionó *sentirse nerviosa algunas veces*. Tuvo un porcentaje del 72%. El participante 2 obtuvo un porcentaje del 60%, mencionando que *algunas veces se sintió nervioso, calmado y tranquilo, solo alguna vez se sintió desanimado y triste, así como feliz, pero que nunca se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle*.

Función social. La participante 1 obtuvo una puntuación del 50%, mencionando que *su salud física y los problemas emocionales han dificultado bastante sus actividades sociales habituales con la familia, amigos, etc., y solo algunas veces visitar amigos o familiares*. El participante 2 obtuvo un porcentaje del 87.5% manifestando que *su salud física y los problemas emocionales han dificultado un poco sus actividades sociales habituales con la familia, amigos, etc., y nunca visitar amigos o familiares*.

Dolor. La paciente 1 mencionó haber tenido *dolor moderado en alguna parte del cuerpo y que el dolor le dificultó bastante sus actividades cotidianas*, esto nuevamente derivado de la caída que tuvo. Tuvo una puntuación de 65 puntos, equivaliendo al 32.5%. El participante 2 mencionó haber tenido *un poco de dolor de estómago, pues estuvo enfermo, sin embargo, esto no afectó nada en sus actividades cotidianas*. Tuvo un porcentaje de 80%.

Salud general. En esta dimensión los resultados son muy distantes para los dos participantes. La participante 1 obtuvo una puntuación solo del 15% manifestando que diría que *su salud es mala, creer que es totalmente cierto que se enferma más que los demás, que es bastante falso que es tan sano como cualquiera, y totalmente falso que su salud es excelente*. Sin embargo, respondió *no saber si su salud empeorará*. Por su lado, el paciente 2 respondió que diría que *su salud es excelente, que es totalmente cierto que es tan sano como cualquier, que es totalmente falso que se enferma más fácilmente que otras personas, que es bastante cierto que su salud es excelente* y también mencionó *no saber si su salud empeorará*. Obtuvo un porcentaje del 85%.

Transición de salud. Como se observa en la figura 1, en esta dimensión la participante 1 obtuvo una mejor puntuación que el participante 2. Mencionó que su salud es *algo mejor ahora que hace un año*. Teniendo un puntaje de 75%. El participante 2 mencionó que su salud es *más o menos igual que hace un año*, teniendo un puntaje del 50%

Puntuación total. En la calificación total de la escala hay una gran diferencia, la participante 1 tuvo una puntuación del 40.69% y el participante 2 de 83.61%.

Resultados globales SF-36

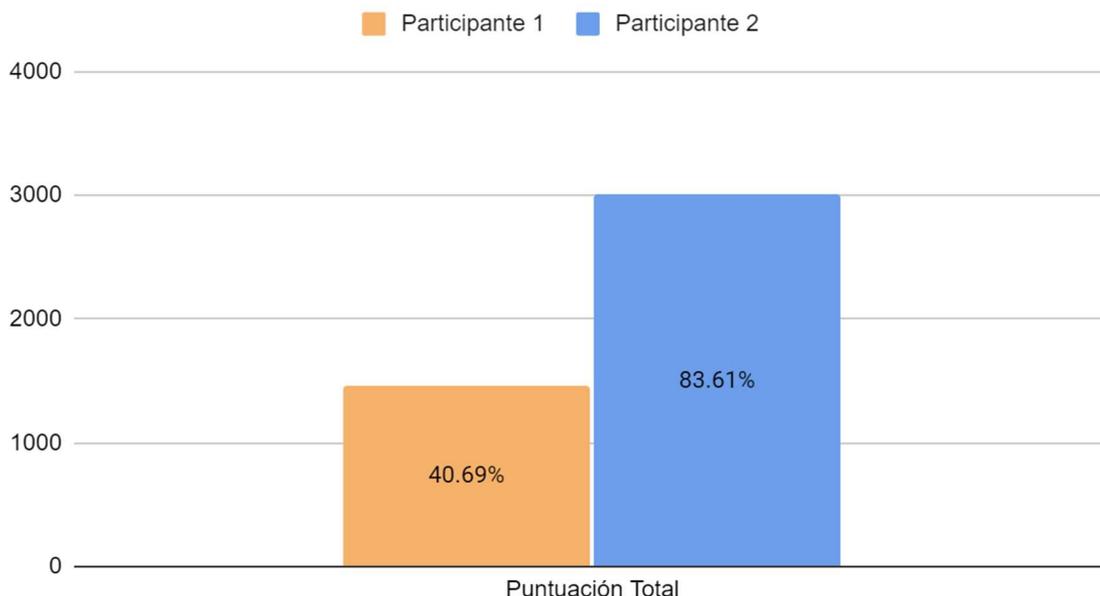


Figura 2. Resultados globales del Cuestionario SF-36 sobre el Estado de Salud (Short-Form, SF-36)

En general en las 8 dimensiones contempladas y añadiendo la extra de transición de salud, el participante 2 tuvo una mayor puntuación que la participante 1, excepto en dos escalas, *salud mental o bienestar emocional* y en *transición de salud*. Como se ve en la figura 2, la participante 1 tuvo una puntuación de 1,465 puntos y el participante 2 de 3,010 puntos, siendo 465 puntos el máximo posible, obteniendo un poco más del doble de puntuación que la participante 1, manifestando en general un mejor estado de salud.

Calidad de vida percibida.

Para evaluar la calidad de vida percibida se ocupó el Cuestionario sobre Calidad de Vida: Satisfacción y Placer (Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire, Q-LES-Q). Este instrumento evalúa 8 áreas en donde a mayor puntaje, mayor calidad de vida percibida. Los valores se presentan en porcentajes de acuerdo a la máxima puntuación posible por cada área. Las puntuaciones que quedaron en negro indican valores por arriba del 50%.

Resultados Q-LES-Q		
Áreas	Participante 1	Participante 2
	%	%
Estado de salud física /actividades	43,07692308	69,23076923

Estado de ánimo	47,14285714	64,28571429
Trabajo	100	86,15384615
Actividades de la casa	0	98
Tareas de curso / de clase	0	88
Actividades de tiempo libre	86,66666667	73,33333333
Relaciones sociales	70,90909091	67,27272727
Actividades en general	57,5	81,25
Promedio porcentajes	50,66194222	78,44079878
Promedio porcentajes sin faltantes	67,5492563	

Tabla 5. Resultados del Cuestionario sobre Calidad de Vida: Satisfacción y Placer (Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire, Q-LES-Q)

En 5 de las 8 dimensiones, la participante 1 obtuvo valores menores a 50% como salud física, estado de ánimo y actividades en general, obtuvo incluso 0% en *actividades de casa* y *tareas de curso y clase* ya que no lo hace *por estar demasiado enferma*. En 3 escalas obtuvo valores mayores al 70%, obteniendo con 100% el área de *trabajo*. En el caso del participante 2 obtuvo un porcentaje menor al 70% en 3 de las 8 escalas, en *estado de salud física*, *estado de ánimo* y *relaciones sociales*, en 4 de las 5 escalas restantes obtuvo un puntaje mayor al 80%, en *actividades de casa*, *tareas de curso o clase*, *trabajo* y *actividades en general*. La escala más baja en su caso fue *estado de ánimo* con 64.26%.

Calidad de vida Q-LES-Q

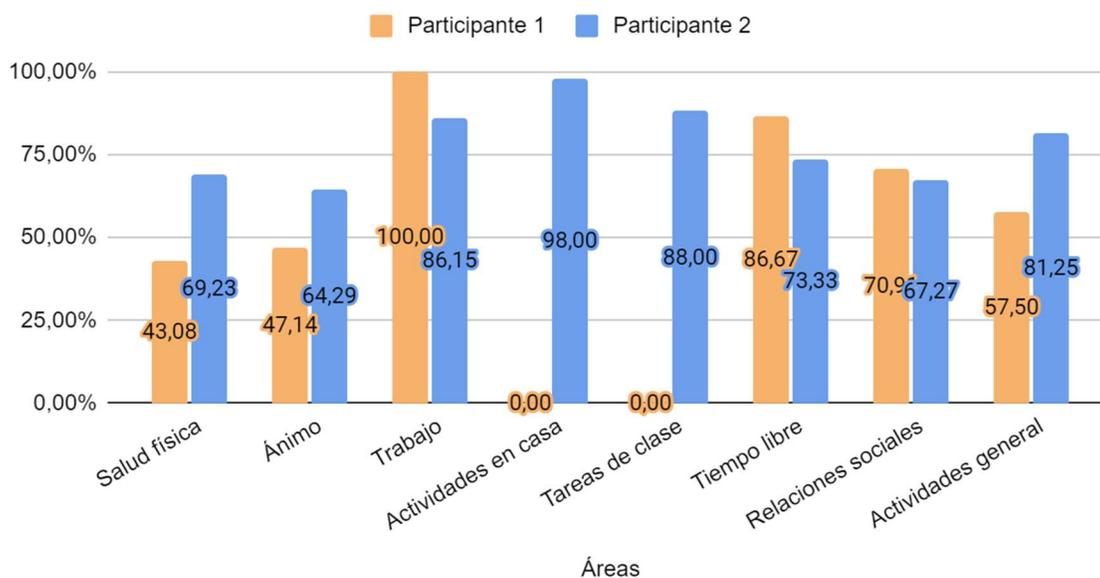


Figura 3. Resultados del Cuestionario sobre Calidad de Vida: Satisfacción y Placer (Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire, Q-LES-Q)

Estado de salud física / actividades. Como se observa en la figura 3, en esta dimensión la participante 1 obtuvo un porcentaje de 43.07% siendo la puntuación más baja obtenida en la escala para los dos participantes; la participante 1 mencionó que *nunca se sintió sin dolores ni molestias, ni se sintió con buena coordinación de sus movimientos, así mismo, nunca sintió que su memoria funcionara bien, ni se sintió llena de energía y vitalidad.* También mencionó *casi nunca sentirse descansada, ni sentirse con excelente estado de salud física o por lo menos muy buena, ni suficientemente activa.* Comentó *sentirse con energía y bien físicamente a menudo o la mayor parte del tiempo* siendo estas respuestas en contradicción con sus respuestas anteriores. Por su parte, el participante 2 obtuvo un 69.23%, mencionando que *nunca se sintió suficientemente activo, ni lleno de vitalidad y energía.* Mencionó que *casi nunca se sintió con energía, ni sintió que durmió lo suficiente.* Por otro lado, mencionó *sentirse sin dolores ni molestias, se sintió descansado y con excelente estado de salud física a menudo o la mayor parte del tiempo,* también mencionó *sentirse con buena memoria y buena coordinación de sus movimientos muy a menudo o siempre.*

Estado de ánimo. En esta dimensión, la participante 1 obtuvo un porcentaje de 47.15% mencionando que *nunca se siente a gusto con su aspecto físico, ni se siente independiente, ni capaz de desplazarse para realizar sus actividades si fuera necesario, ni se siente capaz de hacer frente a los problemas de la vida.* Respondió también *casi nunca estar interesada por cuidar su aspecto físico, ni sentirse capaz de tomar decisiones, ni de cuidar de sí misma.* Sin embargo, mencionó *a veces sentirse con la mente despejada, alegre o animada y capaz de comunicarse con otras personas.* También mencionó *sentirse a menudo o la mayor parte del tiempo satisfecha con su vida, capaz de comunicarse con otras personas y reafirmó sentirse a gusto con su vida a menudo o la mayor parte del tiempo.* Por parte del participante 2, obtuvo un puntaje del 64.28%, siendo la más baja obtenida para él en este instrumento, comentando que *casi nunca se sintió con la mente despejada, ni se sintió satisfecho con su vida, ni se sintió a gusto con su aspecto físico, ni alegre o animado, ni contento, ni relajado.* También respondió que *a menudo o la mayor parte del tiempo se sintió capaz de comunicarse con otras personas, interesado en cuidar su aspecto, capaz de tomar decisiones y hacer frente a los problemas de la vida, y que a menudo o siempre se sintió independiente, capaz de desplazarse y de cuidar de sí mismo.*

Trabajo. Ambos participantes obtuvieron puntajes altos como se observa en la figura 3, sólo la participante 1 obtuvo un 100% en esta y cualquier área de este instrumento respondiendo a todos los ítems con *muy a menudo o siempre.* En el caso del participante 2, obtuvo un porcentaje del 86.15%, mencionando *solo a veces sentirse a gusto con su trabajo, casi nunca satisfecho con los logros obtenidos, a menudo o la mayor parte del tiempo se sintió interesado por el trabajo, concentrado, trabajó cuidadosamente y realizó el trabajo como cabía esperar.* También respondió que *muy a menudo o siempre resolvió problemas o los manejó sin demasiada tensión, pensó con claridad, se mostró decidido, logró lo que se propuso, trabajó bien y se comunicó con facilidad.*

Actividades de la casa. La participante 1 dijo no realizar actividades de la casa por *estar demasiado enferma físicamente.* Comentó que vive con sus papás, aunque trabaja no aporta económicamente. El participante 2 obtuvo un puntaje de 98% siendo para él la dimensión más alta del instrumento, respondiendo que *a menudo o la mayor parte del tiempo se concentró y pensó claramente en las tareas domésticas que tenía que realizar* y respondió que *muy a menudo o siempre quedó satisfecho en la forma en que pagó las facturas y operaciones bancarias, cómo compró la comida o artículos para la casa, con*

cómo preparó la comida, cómo limpió la casa y lavó la ropa, resolvió los problemas de la casa, fue firme y tomó decisiones e hizo arreglos o el mantenimiento de la casa.

Tareas del curso / de la clase. De igual forma la participante 1 mencionó no tener actividades escolares por *estar demasiado enferma físicamente*. Comentó que quisiera terminar lo que le falta de la carrera, pues la dejó cuando fue diagnosticada con TLP. En el caso del paciente 2, mencionó haber acudido a un retiro budista en donde le dejaron varias tareas, obteniendo un 88% en su puntuación, respondiendo que *a menudo o la mayor parte del tiempo disfrutó las tareas, pensó con claridad, se mostró decidido a realizar las tareas, se sintió satisfecho con los logros, se concentró en las tareas del curso, y se sintió bien mientras lo realizaba*. También respondió *a menudo o la mayor parte del tiempo deseó empezar sus tareas, desarrolló las tareas sin demasiada tensión, se interesó en las clases y se comunicó con facilidad con sus compañeros*.

Actividades de tiempo libre. Como se observa en la figura 3, en esta área, la participante 1 obtuvo un mayor puntaje con el 86.6%, siendo esta la segunda dimensión mejor puntuada, respondió que *a menudo o la mayor parte del tiempo disfrutó de sus actividades de tiempo libre, que muy a menudo o siempre se concentró o prestó atención y que mantuvo el interés en las actividades*. Por su lado, el participante 2, obtuvo un puntaje del 73.33%, respondiendo que *a menudo o la mayor parte del tiempo disfrutó de sus actividades de tiempo libre, se concentró y prestó atención, y mantuvo su interés en las actividades*.

Relaciones sociales. Esta área la participante 1 tuvo una mayor puntuación con 70.9% como se observa en la figura 3, mencionando que *nunca hizo planes para futuras actividades, ni sintió que no había problemas ni conflictos con amigos o familiares, que casi nunca deseó reunirse con amigos o familiares, que solo a veces disfrutó conversando con compañeros de trabajo o vecinos, que a menudo o la mayor parte del tiempo se divirtió conversando o estando con amigos o familiares, se mostró paciente cuando las personas le irritaron y sintió que ayudó a amigos y familiares*. Mencionó que *muy a menudo o siempre se interesó por los problemas de otras personas, sintió cariño por una o más personas, se llevó bien con otras personas y bromeó o rio con otras personas*. Por su parte el participante 2 obtuvo un 67.27%, mencionó, que *casi nunca deseó reunirse con amigos o familiares, hizo planes con amigos o familiares, ni se interesó en los problemas de otras personas*. Mencionó que *a veces se mostró paciente cuando las personas le irritaban y sintió que ayudó a amigos o familiares*. Respondió que *muy a menudo o la mayor parte del tiempo se divirtió con amigos o familiares, sintió cariño por una o más personas, se llevó bien y bromeó o se rio con otras personas*. También mencionó que *muy a menudo o siempre disfrutó conversando con compañeros del trabajo o vecinos. Fue la segunda escala más baja de este participante*.

Actividades generales. Por último, en las actividades generales, en el gráfico 3 se observa que la participante 1 tuvo un 57.5%, evaluando su nivel de satisfacción como *muy malo en cuanto a tareas de la casa, deseo sexual, interés, rendimiento o desempeño, su situación económica, su capacidad para desplazarse sin sentir mareos, inestabilidad o caídas y a la medicación*. Calificó como *regular su estado de salud física, sus relaciones sociales, la situación de alojamiento o vivienda y su sensación de bienestar*. Por otro lado, calificó como *bueno su estado de ánimo, sus relaciones familiares, su capacidad de participar en la vida diaria, su visión en cuanto a la capacidad para trabajar o disfrutar de sus aficiones y como muy bueno su trabajo y sus actividades de tiempo libre*. El participante 2 calificó como *malo su trabajo, regular su estado de ánimo, bueno su estado*

de salud física, sus relaciones sociales, sus relaciones familiares, sus actividades en tiempo libre, su capacidad para participar en la vida diaria, su deseo sexual, su sensación general de bienestar y su medicación.

En cómo evalúan ellos mismos su nivel de satisfacción general de vida la participante 1 la calificó como regular y el participante 2 como buena.

Resultados globales Q-LES-Q

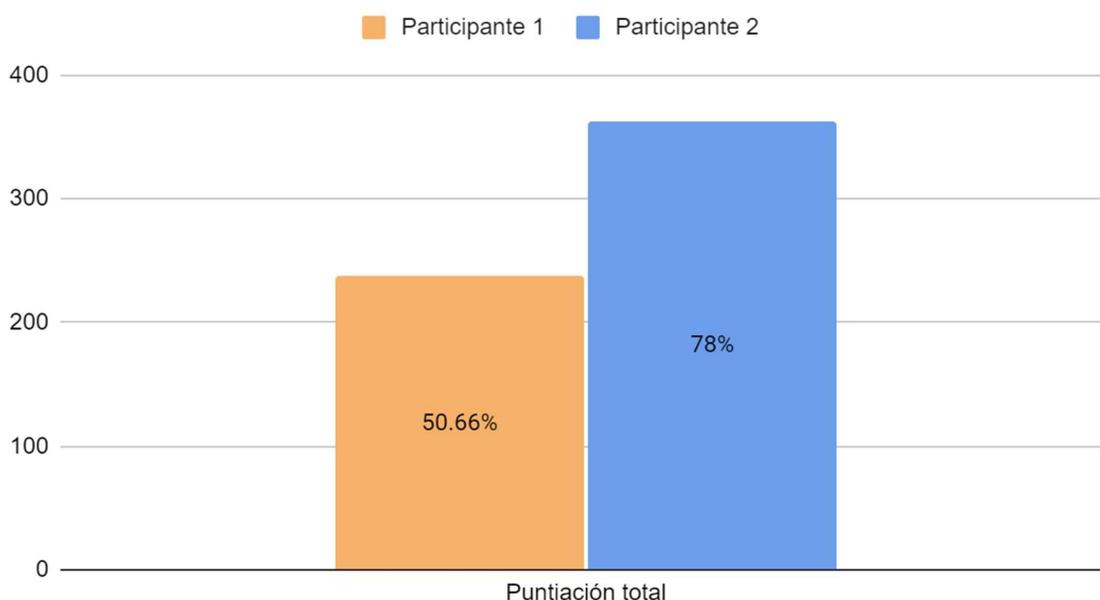


Figura 4. Resultados globales del Cuestionario sobre Calidad de Vida: Satisfacción y Placer (Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire, Q-LES-Q)

Como se ve en la figura 4, en los resultados globales la participante 1 obtuvo una puntuación de 237 puntos en total, representando un 50.96%, y el participante 2 tuvo 363 puntos, representando un 78.06%, siendo bastante grande la diferencia entre uno y otro. Si consideramos el promedio de los porcentajes sin considerar las dimensiones en las que la participante 1 no tiene actividad, la puntuación sube al 67,54%, estando aún por debajo del puntaje del participante 2.

Sintomatología de Trastorno Límite de la Personalidad.

Para evaluar la sintomatología de Trastorno Límite de la Personalidad se ocupó la Entrevista Diagnóstica para Trastorno Límite de la Personalidad (Diagnostic Interview for Borderline - Revised, DIB-R) la cual evalúa diferentes áreas en los últimos dos años, en donde un puntaje mayor a 7 indica la presencia de TLP y la Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos de Personalidad del DSM-IV (Structural Clinical Interview for DSM, Axis II) (SCID-II), la cual evalúa diferentes trastornos de personalidad entre los que está incluido el TLP y que es acorde con los síntomas del DSM-V, donde un puntaje mayor a 4 indica la presencia del trastorno. En ambas se indica que, a mayor puntaje, mayor la sintomatología de TLP.

Entrevista Diagnóstica para Trastorno Límite de la Personalidad (Diagnostic Interview for Borderline - Revised, DIB-R)

Este instrumento evalúa 4 áreas y a su vez cada una de las áreas evalúa varios aspectos.

Resultados DIB-R		
	Participante 1	Participante 2
Área de la afectividad		
Depresión	4	4
Ira	2	2
Ansiedad	2	2
Otros estados disfóricos	1	2
<i>Puntuación del área de la afectividad</i>	9	10
<i>Puntuación de la escala de la afectividad</i>	2	2
Área de la cognición		
Pensamientos extraños/experiencias perceptuales no habituales	0	1
Experiencias paranoides no delirantes	0	1
Experiencias psicóticas	1	1
Ítems varios	0	0
<i>Puntuación del área de la cognición</i>	1	3
<i>Puntuación de la escala de la cognición</i>	0	1
Área de patrón de conductas impulsivas		
Abuso de sustancias	2	1
Desviación sexual	2	0
Automutilación	0	0
Tentativas de suicidio	0	0
Otros patrones impulsivos	1	0
<i>Puntuación del área de las conductas impulsivas</i>	5	1
<i>Puntuación de la escala de las conductas impulsivas</i>	2	0
Área de relaciones interpersonales		
Intolerancia a la soledad	1	1
Preocupaciones de abandono, de ser absorbido, de ser anulado	1	1

Contra dependencia	1	1
Relaciones íntimas inestables	2	0
Problemas recurrentes en las relaciones íntimas	6	4
Relaciones psiquiátricas conflictivas	1	0
Puntuación del área de las relaciones interpersonales	12	7
Puntuación de la escala de las relaciones interpersonales	3	0

Tabla 6. Resultados por área de la Entrevista Diagnóstica para Trastorno Límite de la Personalidad (Diagnostic Interview for Borderline - Revised, DIB-R)

En la tabla 6 se observa que en general la participante 1 obtuvo mayor puntaje que el participante 2, como en las áreas de conductas impulsivas y relaciones interpersonales. En las áreas de cognición y afectividad el participante tuvo una mayor puntuación, sin embargo, los resultados entre ambos son más cercanos.

Área de la afectividad - DIB-R

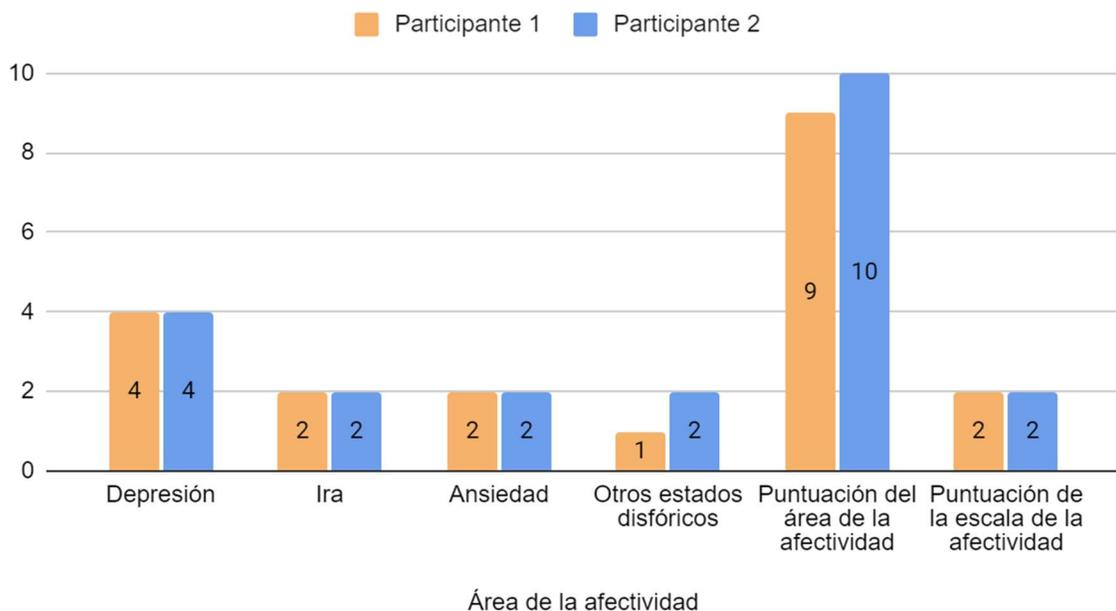


Figura 5. Resultados del área de la afectividad de la Entrevista Diagnóstica para Trastorno Límite de la Personalidad (Diagnostic Interview for Borderline - Revised, DIB-R)

En la figura 5 se muestra que en el área de la afectividad el participante 2 obtuvo un mayor puntaje que la participante 1, ya que tuvo un punto más en la evaluación de *estados disfóricos*, sin embargo, en la puntuación de la escala se obtuvo el mismo puntaje para los dos. Obtuvieron la misma puntuación en áreas como depresión, ira y ansiedad.

Área de la cognición - DIB-R

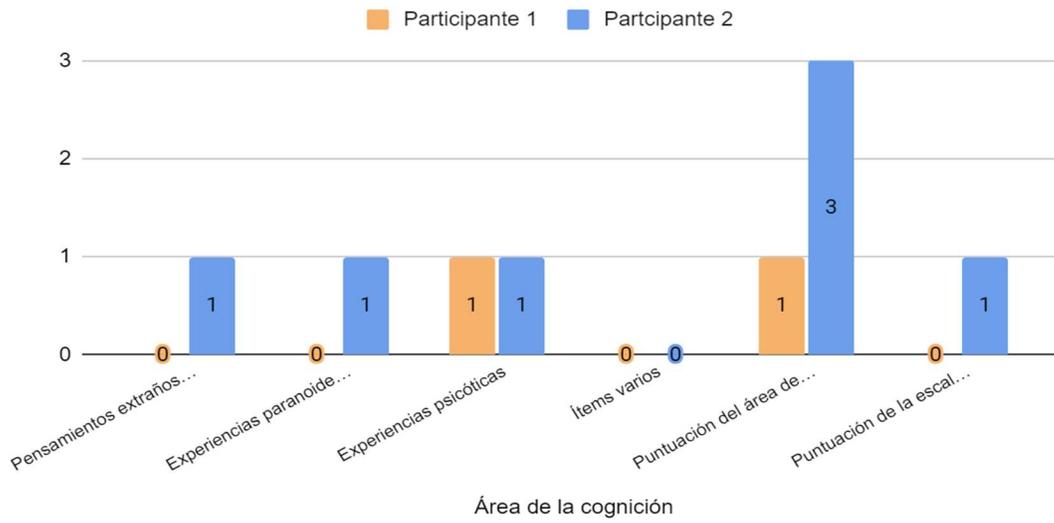


Figura 6. Resultados del área de la cognición de la Entrevista Diagnóstica para Trastorno Límite de la Personalidad (Diagnostic Interview for Borderline - Revised, DIB-R)

Se puede observar en la figura 6, que, en el área de la cognición, también el participante 2 obtuvo un mayor puntaje que la participante 1, obteniendo 1 punto en *pensamientos extraños* y *experiencias paranoide*s, mientras que la participante 2 obtuvo 0 puntos, ambos tuvieron un punto en *experiencias psicóticas*. La participante 1 obtuvo un puntaje total del área de 1 punto, y el participante 2 de 3 puntos. La puntuación de la escala para la participante 1 fue de 0 y para el participante 2, de 1 punto.

Área de las conductas impulsivas - DIB-R

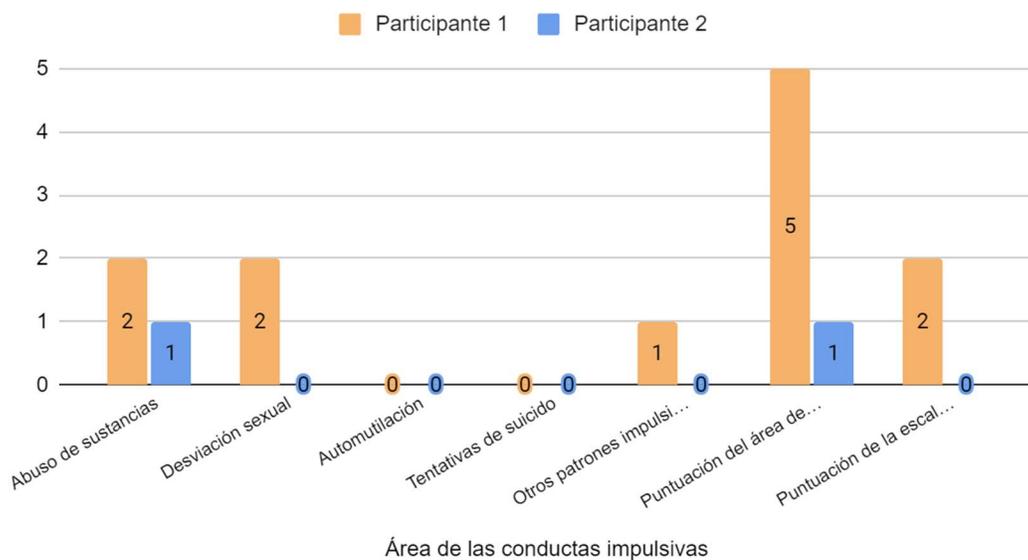


Figura 7. Resultados del área de las conductas impulsivas de la Entrevista Diagnóstica para Trastorno Límite de la Personalidad (Diagnostic Interview for Borderline - Revised, DIB-R)

En el caso del área de las conductas impulsivas se puede observar que la participante 1 obtuvo un mayor puntaje que el participante 2, puntuando con dos puntos en *abuso de sustancias y desviación sexual*, así como 1 punto en otros patrones, por su lado, el participante 2 obtuvo 1 punto en *abuso de sustancias, en la evaluación de automutilación y tentativas de suicidio* ambos obtuvieron un puntaje de 0 puntos (cabe mencionar que considera solo 2 años atrás). En el total del área, la participante 1 obtuvo 5 puntos, lo que equivale a 2 puntos en la escala y el participante 2 con 1 punto que equivale a 0 puntos en la escala.

Área de las relaciones interpersonales - DIB-R

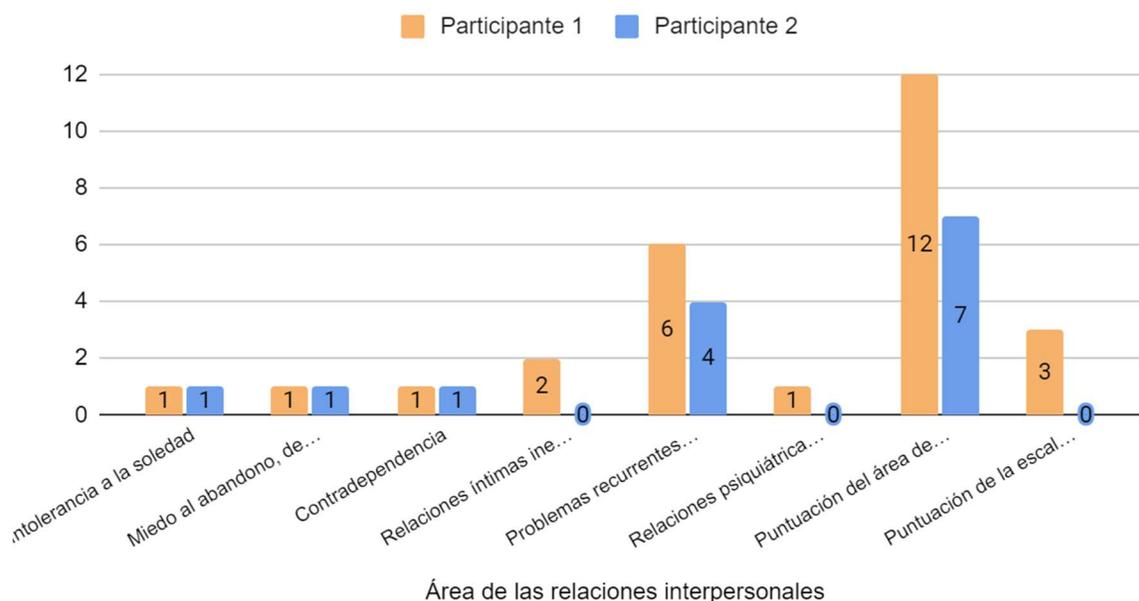


Figura 8. Resultados del área de las relaciones interpersonales de la Entrevista Diagnóstica para Trastorno Límite de la Personalidad (Diagnostic Interview for Borderline - Revised, DIB-R)

En el área de las relaciones interpersonales fue el área donde hubo mayor diferencia entre las puntuaciones de los participantes, ambos obtuvieron 1 punto en *intolerancia a la soledad, preocupaciones de abandono y contra dependencia*, sin embargo, en *relaciones íntimas inestables*, la participante 1 obtuvo 2 puntos mientras que el participante 2 tuvo 0, y en *relaciones psiquiátricas conflictivas*, la participante 1 obtuvo 1 punto y el participante 2, 0 puntos. En el total del área, la participante 1 obtuvo 12 puntos, lo que equivale a 3 puntos de la escala, y el participante 2 tuvo 7 puntos en el área, lo que equivale a 3 puntos de la escala.

Puntuación total DIB-R		
	Participante 1	Participante 2I
Puntuación del Área afectiva: 0-10	9	10
Puntuación de la Escala afectiva: 0-2	2	2
Puntuación del Área cognitiva: 0-6	1	3
Puntuación de la Escala cognitiva: 0-2	0	1
Puntuación del Área de patrón de conductas impulsivas: 0-10	5	1
Puntuación de la Escala del patrón de conductas impulsivas: 0-3	2	0
Puntuación del Área de Relaciones Interpersonales: 0-18	12	7
Puntuación de la Escala del área de relaciones interpersonales: 0-3	3	2
PUNTUACIÓN TOTAL DE LA DIB-REVISADA	7	5

Tabla 7. Resultados globales de la Entrevista Diagnóstica para Trastorno Límite de la Personalidad (Diagnostic Interview for Borderline - Revised, DIB-R)

En los resultados totales de las escalas da un total de 7 puntos para la participante 1, lo que indica la presencia del Trastorno Límite de la Personalidad en los últimos 2 años y el participante 2 obtuvo un total de 5 puntos, que, de acuerdo a los parámetros del instrumento, no indicaría la presencia del trastorno, como se muestra en la figura 9.

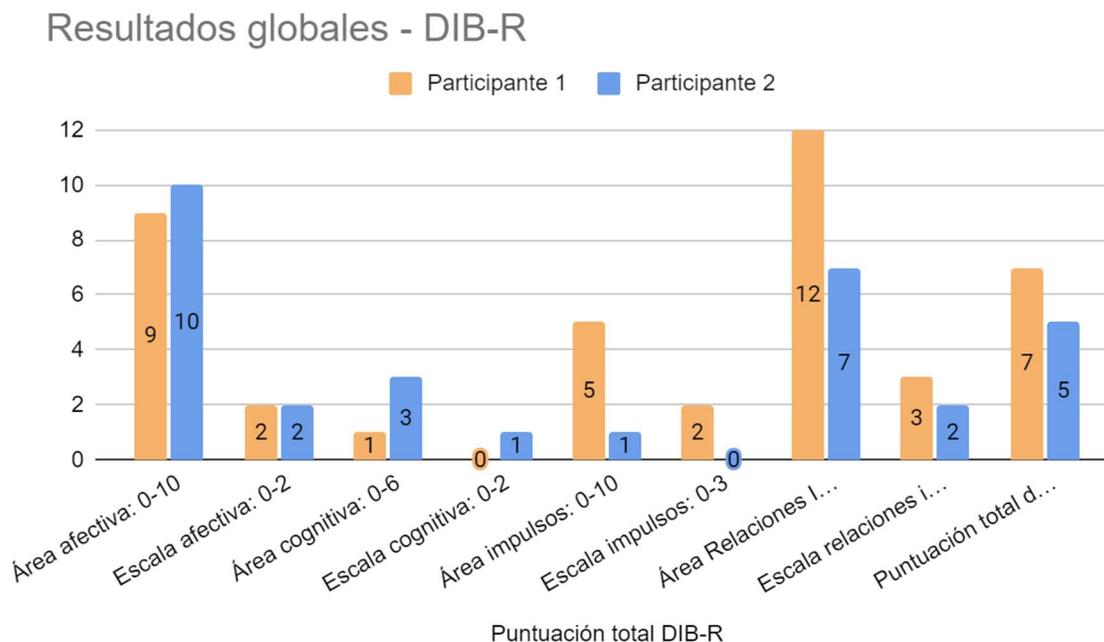


Figura 9. Resultados globales de la Entrevista Diagnóstica para Trastorno Límite de la Personalidad (Diagnostic Interview for Borderline - Revised, DIB-R)

Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos de Personalidad del DSM-IV (Structural Clinical Interview for DSM, Axis II) (SCID-II)

La SCID-II evalúa 12 trastornos de personalidad de acuerdo a los síntomas establecidos en el DSM-IV y las respuestas se dan de acuerdo a cómo ha sido la persona en general en su vida.

En el caso del TLP, un puntaje mayor a 4 indica la presencia del trastorno.

Puntuación SCID-II			
	Participante 1	Participante 2	Puntaje máximo
Evitación	3	4	14
Depresivo	4	1	11
Obsesivo - Compulsivo	8	4	14
Pasivo - Agresivo	4	3	10
Depresivo	6	6	14
Paranoide	6	6	14
Esquizotípico	2	4	12
Esquizoide	2	3	12
Histriónico	1	1	7
Narcisista	7	7	16
Límite	11	11	19
Antisocial	5	3	40

Tabla 8. Resultados de la Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos de Personalidad del DSM-IV (Structural Clinical Interview for DSM, Axis II) (SCID-II)

Ambos participantes obtuvieron una puntuación de 11 puntos para Trastorno Límite de la Personalidad, de un máximo posible de 19 puntos. Se encontró presencia de otros trastornos de personalidad en ambos participantes, puntuando con 6 puntos para Trastorno de Personalidad Paranoide y 7 puntos para Trastorno de Personalidad Narcisista. Sin embargo, la participante 2, también presenta Trastorno Obsesivo Compulsivo y Trastorno de Personalidad Antisocial. Para fines de la investigación y tomando en cuenta el marco teórico de la misma, no se considerará para el análisis de los objetivos de la investigación.

Análisis cualitativo

Factores personales.

Categoría 1	Participante 1	Participante 2
Salud		
<i>Salud física</i>	<p>-Buena salud en general en la niñez</p> <p>-Recibía una recompensa al enfermarse, menciona en la adolescencia: <i>'...me enfermaba a propósito para que me tratara bien mi mamá'</i></p> <p>-Tuvo un aborto a los 18 años. -Hipotiroidismo como efecto secundario de medicación con litio</p> <p>-Cuenta con 30 kg de más como efecto secundario de la medicación teniendo un Índice de Masa Corporal aproximado de 33, llegando a la obesidad de acuerdo con los parámetros de la OMS (s.f.)</p> <p>-Prediabetes</p>	<p>-Buena salud en general.</p> <p>-Deterioro de salud en la adultez</p> <p>-Padeció algodoncillo, herpes, gonorrea, dermatitis, de los 18 a los 22 años.</p> <p>-Al desencadenarse el Trastorno Límite de la Personalidad pensó que estaba enfermo del corazón por los fuertes síntomas físicos que tenía como taquicardias y mareos.</p>
<i>Salud emocional</i>	<p>-Signos de ansiedad desde temprana edad</p> <p>-Diagnóstico TLP a los 30 años, punto de inicio en el deterioro general de salud</p> <p>-Ingesta de comida por compulsión</p> <p>-Indicios de anorexia y bulimia.</p>	<p>-Depresión desde la adolescencia</p> <p>-Deterioro de salud mental a los 25 años</p> <p>-Diagnóstico TLP a los 26 años</p> <p>-De dos años para acá dice tener salud mental estable se mantiene atento a cualquier síntoma que podría presentarse o aumentar</p>

Tabla 9. Análisis cualitativo categoría Salud.

En esta categoría la participante 1 mencionó sufrir varias eventualidades sobre todo a partir de los 18 años en donde sufrió un aborto de alto riesgo, y a partir de los 30 años que fue diagnosticada con TLP, comenzó a subir de peso, como se menciona en el anexo 1, ella lo atribuye a la ansiedad, el implante anticonceptivo y algunos medicamentos psiquiátricos como la olanzapina. Fue diagnosticada con hipotiroidismo a los 32 años derivado de elevadas dosis de litio en una de las hospitalizaciones, con lo que subió más de peso, llegando a pesar 95kg, también fue diagnosticada con prediabetes. Ha logrado bajar a 87 kg, sin embargo, dijo que el sobrepeso le ha ocasionado ansiedad y tener pensamientos relacionados con anorexia y bulimia, aunque lo ha intentado ahora busca otras alternativas. En cuanto al participante 2, en general ha tenido una buena salud, sin

embargo, dijo que su salud había sido *'mala, muy mala'* como se ve en el anexo 1, al haber tenido algodoncillo, herpes, gonorrea, dermatitis y haberse desencadenado los síntomas de Trastorno Límite de la Personalidad, pensando que estaba enfermo del corazón al tener taquicardia sin razón aparente, mermando su salud mental también. Mencionó tener muy buena salud física y una salud mental estable de dos años para acá.

Categoría 2	Participante 1	Participante 2
Familia		
<i>Papás</i>	<ul style="list-style-type: none"> -Papás invalidantes, principalmente mamá -Sentimiento de falta de amor por parte de papás. -Mamá exigente / miedo a su mamá -Constantes expresiones contra su mamá como: <i>'siempre fue muy injusta'</i> <i>'siempre fue muy negligente'</i> -Papá ausente por trabajo -Falta de contacto físico -Acercamiento con papá después de diagnóstico TLP -A pesar de los comentarios negativos siente cariño por sus papás 	<ul style="list-style-type: none"> -Pobreza extrema al grado de no comer -Violencia física de papá a mamá - Muerte de mamá por lupus cuando él tenía 11 años -Ausencia de papá a causa de adicciones -Invalidación <i>'esta parte de mi mamá y mi papá diciéndome que los hombres 'no hablan así, o dicen esto, o se paran así'</i>
<i>Hermanos</i>	<ul style="list-style-type: none"> -Comportamientos disruptivos al agredir a su hermana -Protección a su hermana de otros y de papás -Sintió preferencias hacia su hermana -Relación más cercana 	<ul style="list-style-type: none"> -Comportamientos disruptivos al agredir a sus hermanas -Rechazo por ser homosexual -Acercamiento con hermanos después de diagnóstico TLP sin ser tampoco muy cercanos pero con una buena relación
<i>Abuelos y más</i>	<ul style="list-style-type: none"> -Menciona que su mamá le dijo que ella trataba mal a su abuela, pero que no lo recuerda, y que su mamá le dijo que <i>'su abuela murió odiándola'</i> por eso. 	<ul style="list-style-type: none"> -Abuela materna lo corrió de la casa por ser homosexual (Desamparo / Supervivencia) -Familia religiosa y machista -Bullying por parte de sus primos -Acercamiento con tíos después de muerte de la abuela y diagnóstico de TLP

Tabla 10. Análisis cualitativo categoría Familia

En la categoría de familia, la participante 1 tuvo un relato mucho más extenso y detallado que el participante 2. En el caso de la participante 1 se encontró predominancia al hablar de su mamá de forma negativa y sobre generalizada, ocupando expresiones como *'siempre fue muy negligente'*, *'siempre fue muy injusta'*. Menciona tenerle miedo y en algunas ocasiones minimiza algunas acciones como haberla defendido en la escuela y contraargumentar con situaciones negativas. La participante 1 relató varias situaciones de invalidación por parte de su mamá, por ejemplo al responder por ella en el psicólogo y no regresar por no poder estar presente en la terapia. Así mismo en varias ocasiones, menciona que había muchas exigencias por parte de su mamá para tener buenas calificaciones y mantener una beca que ocupaban para ayudar a la economía familiar como se ve en el anexo 2, y que debido a la presión dice *'haber colapsado'* y reprobar todas las materias, perdiendo la beca. A pesar de que gran parte de la entrevista tiene varias expresiones en contra de su mamá, al ser cuestionada como tal por su relación actualmente, dijo tener una buena relación de un tiempo para acá, convivir mucho y platicar.

En varias ocasiones, aunque se preguntaba por su papá u otras situaciones, la participante 1 responde nuevamente cosas relacionadas con su mamá, o incluso en vez de dar su opinión comenta lo que su mamá le ha dicho. Al parecer su papá en cierta forma fue ausente, distante, pero sin afectarla a ella, y teniendo cariño por él, aunque llegó a sentirse culpable por lo que decía su mamá, mencionando varias ocasiones que su mamá siempre le dijo que *'ella nunca tuvo un padre'* como se ve en el anexo 2. Cuando habla de su papá sin mencionar lo que dice su mamá, comenta situaciones de enojo, molestia y regaños. Por otro lado, menciona que su relación de su papá con ella y su hermana cambió después de que ella fue diagnosticada con TLP, siendo más cariñoso, aunque es un aspecto positivo, esto pudo haber reforzado la idea de *'enfermarse para que la trataran bien'* como lo relató en el apartado de salud en su niñez.

La relación con su hermana era mala en su infancia (de los 0 a los 6 años) relató conductas disruptivas contra ella, lastimándola en algunas ocasiones y reflexiona que tal vez lo hizo para llamar la atención de su mamá y ser aceptada. La relación con su hermana ha sido buena y un poco más cercana, aunque con sus reservas. Los adjetivos que ocupa la participante 1 para describir a su hermana, son negativos, pero su sentimiento por ella es muy positivo.

En general en su familia no hay mucho contacto físico y relató no haber tocado por un tiempo tanto a su mamá, ni a su hermana y ser distante a su papá. Menciona que sentía que había preferencias por su hermana.

Comparando con el participante 2, este recuerda haber tenido una niñez muy carente con violencia intrafamiliar en donde su papá golpeaba a su mamá; al igual que la participante 1, menciona haber tenido comportamientos disruptivos con sus hermanas, sin embargo este recuerdo no lo tiene él, se lo contó una de sus abuelas, y también reflexiona sobre sus comportamientos disruptivos, creyendo que estos eran réplica del comportamiento de su papá, además comenta que su papá fue ausente por adicciones. Desde la niñez relata situaciones de bullying en la escuela y en su propia familia, con sus primos por ser homosexual. Así mismo recibía comentarios invalidantes, sobre todo de su papá, de que no debía pararse o hacer cosas de determinada manera.

Su mamá falleció de lupus cuando él tenía 12 años, siendo este una de las situaciones más complicadas para él y sus hermanos, ya que, al no contar con el apoyo de su papá, quedaron al cuidado de su abuela materna. La descripción que hace de su mamá es muy

positiva y es la única persona por la que dijo sentir amor. La ausencia de su mamá ha sido un factor importante en algunas de sus crisis.

A diferencia de la participante 1, en el participante 2 la familia extendida tiene un papel de mayor impacto. Habla de que sus tíos y su abuela eran muy machistas, su papá desapareció de su vida. Uno de los momentos más determinantes del paciente 2 es que su abuela materna lo corrió de la casa al enterarse de que era homosexual cuando tenía 16 años, situación en la cual estuvieron de acuerdo sus tíos y sus hermanos, diciendo que eran 'muy católicos', pues su familia tenía una gran influencia de la religión. Se fue a vivir con un señor que conoció en internet. Este evento acentuó la pérdida de su mamá y marcó un rechazo generalizado por parte de su familia, invalidación, abandono, desamparo y supervivencia, desencadenando depresión desde la adolescencia. Hasta los 19 años comenzó a tener apoyo de su familia paterna, sin embargo, también tuvo problemas con ellos por 'hacer lo que quería' como se ve que menciona en el anexo 2.

Después de 10 años de haberse ido de su casa, hasta los 26 años cuando fue hospitalizado por primera vez y después del fallecimiento de su abuela materna, su familia materna y su papá se acercaron a él nuevamente y comenzaron de nuevo a tener una relación cordial. Ahora la relación con sus hermanos es mucho mejor, de respeto, cariño, pero menciona que '*no termina de cuajar*' como se ve en el anexo 2.

En general la escolaridad más baja la de la familia del participante 2, pues sus papás solo estudiaron hasta la secundaria y sus hermanos hasta la preparatoria.

Categoría 3	Participante 1	Participante 2
Relaciones amorosas / parejas	<ul style="list-style-type: none"> -Emociones intensas desde muy pequeña -Constante búsqueda de atención del sexo opuesto -Constantes celos -Sentimiento de rechazo Relaciones interpersonales inestables: <ul style="list-style-type: none"> -Idealización / devaluación Alteración de identidad: <ul style="list-style-type: none"> -Ideas de devaluación sobre sí misma -Ideas preconcebidas Impulsividad: <ul style="list-style-type: none"> -Consumo de alcohol -Conductas sexuales -Conductas disruptivas de agresividad e ira / toxicidad -Dependencia emocional -Desregulación emocional 	<ul style="list-style-type: none"> -Tuvo preferencias por el sexo opuesto desde muy pequeño -Primera relación seria a los 17 años con violencia física y emocional -Comenzó el sentimiento crónico de vacío -Dependencia emocional -Desregulación emocional Depresiones al terminar las relaciones -A los 21 tuvo una relación sana que terminó porque se fue a vivir fuera del país -A los 21 tuvo otra relación violenta emocionalmente con muchos celos, lo impulsó a estudiar -A los 26 tuvo una relación tranquila, fue de gran apoyo al ser diagnosticado con TLP, pero

	<ul style="list-style-type: none"> -Depresiones al terminar las relaciones -Sentimiento de falta de amor por parte de papás suplidos con parejas. -Su última relación seria fue a los 22 con un hombre con Trastorno Bipolar, ella aún no sabía su diagnóstico, ella decidió terminar la relación, se desde entonces comenzaron más fuertes sus síntomas -Tuvo relación con una mujer casada -Lleva 9 años sin una relación estable 	<ul style="list-style-type: none"> decidió terminarla para '<i>rescatarse a sí mismo</i>' -A los 29 tuvo una relación breve, terminó porque él no comprendía el TLP, decidió enfrentar la ruptura de forma positiva con técnicas de la Terapia Dialéctico Conductual -Menciona que '<i>Ha desaparecido el sentimiento de vacío, a veces aparece</i>'.
--	--	--

Tabla 11. Análisis cualitativo categoría Relaciones amorosas / Parejas

Al igual que en la categoría de familia, la participante 1 tuvo un relato mucho más extenso, también porque ha tenido más relaciones amorosas que el participante 2, además que desde la infancia (antes de los 6 años) comenzó a tener emociones muy intensas relacionadas con los niños que le gustaban como celos y sentimientos de rechazo. En el caso del participante 2, él mencionó que desde su infancia supo que le gustaban las personas del mismo sexo y que incluso le dio un beso al niño que le gustaba, esto lo mencionó con mucha naturalidad y alegría.

La participante 1 comenzó a presentar algunos síntomas del Trastorno Límite de la personalidad desde la niñez (de los 6 a los 12 años), como la idealización y la devaluación de las personas que le gustaban, y alteración de la identidad, teniendo ideas de devaluación de sí misma como decir '*siempre he sido una buscona*' como se ve en el anexo 3, misma que también es una idea preconcebida, tal vez aprendida, y que resalta más al referirse a sí misma de esa forma cuando hablaba de cuando era una niña. Por otro lado, constantemente menciona '*haber hecho hasta lo imposible*' para agradar, llamar la atención, incluso conductas disruptivas como pegarles a los niños. Así mismo menciona que '*le rompieron el corazón*', '*haber sufrido por amor*' y aferrarse desde esta edad. También mencionó haber sufrido bullying por parte de un niño que le gustaba.

En la adolescencia, la participante 1 menciona que siempre fue novia de alguien y que '*aceptaba lo que fuera*', aceptando muchas veces ser novia de personas que no le gustaban, o, aunque la trataran mal, teniendo una gran necesidad de aceptación y dependencia emocional. Menciona que '*quería andar de loca*' y que al gustarle a un niño '*no tenía que ser tan zorra*' denotando igual la alteración de la identidad con ideas de devaluación sobre sí misma, también menciona haber tenido su primer rompimiento que le generó una depresión. Había una gran desregulación emocional. También comenzó a tener otros síntomas de TLP como ira inapropiada, agrediendo y aventando a la nueva novia de su exnovio. En el caso del participante 2, menciona que tuvo su primera pareja sentimental a los 17 años, con la que duró de 2 a 3 años, en donde él se fue a vivir con él a Guanajuato, convirtiéndose en una relación donde sufrió violencia física y emocional, comenta haberse vuelto dependiente emocionalmente de su pareja, sintiendo seguridad de estar con él al sentirse solo por el distanciamiento con su familia, se acentuó la pérdida de su madre, comienza a tener síntomas de TLP, como el sentimiento crónico de vacío.

En la adultez, la participante 1 menciona haber tenido una de sus primeras relaciones largas, durando como año y medio, en donde se presentaron más síntomas de TLP como la impulsividad en conductas sexuales, derivado de lo anterior tenía ausentismo escolar y tuvo un embarazo a los 18 años, el cuál abortó con pastillas de manera ilegal (en ese tiempo no era legal) cuando el embarazo ya estaba avanzado, sin atención médica, en el baño de su casa; su novio se encargó de enterrar el feto en la Cd. Deportiva de la CDMX. En la siguiente relación amorosa que tuvo habla de infidelidades de parte de él, de haber sentido depresión y decir que se *'iba a morir de dolor'*, una desregulación emocional muy fuerte que la llevó a pedir atención psicológica por su cuenta por primera vez.

Las siguientes relaciones siguieron un patrón similar a las anteriores, comenta que también comenzó a golpear más a la gente, y otras conductas disruptivas como robar a uno de sus exnovios un reproductor de música por un celular que él le perdió a ella. Comenzó a relatar más conductas impulsivas relacionadas con el sexo y el abuso de alcohol.

Posteriormente, la participante 1, tuvo su relación más seria, con quien vivió 8 meses en casa de la mamá de él pues a ella la corrieron de su casa, los problemas que tuvieron fueron derivados de que él tenía Trastorno Bipolar sin atenderse médica, ni psicológicamente, menciona que *'le rogó'* para que se atendiera, pero no lo hizo, en este caso cambió su patrón y fue ella quien decidió terminar la relación, sin embargo, comenta que aún le sigue amando y que lo extraña. Al terminar con él comenzó enseguida una relación con otra persona, que menciona relevante por haber sido su último novio (aproximadamente hace 9 años) y porque menciona fue la primera vez que fue discriminada por tener un trastorno.

Desde entonces ha tenido muchas relaciones ocasionales, continuando la impulsividad en conductas sexuales. La última relación que menciona fue con una mujer que estaba casada, y dice que no quería tener relación con él solo con ella, pero no aceptó, esto también podría ser derivado por la alteración de la identidad propia del TLP. A pesar de la gran cantidad de relaciones que mencionó, como importantes sólo consideró 2, su pareja con la que quedó embarazada y la pareja con la que vivió. Todas sus relaciones han tenido un impacto negativo en su salud emocional. A diferencia de la participante 1, el participante 1 menciona más parejas serias, dice que a los 21 años conoció al *'amor de su vida'*, siendo esta una relación que describe como muy sana, ejemplar para él, en donde incluso la separación fue cordial pues él se fue a vivir a Corea por crecimiento profesional. Aún siente cariño por él.

Su siguiente relación la describe como violenta psicológicamente, en donde había engaños por parte de los dos, con celos y control. En contraste, comenta que fue quien lo impulsó a salir adelante y a estudiar.

Después tuvo otra relación justo cuando fue diagnosticado con TLP, aunque él lo apoyó mucho, terminó con él por la fuerte depresión que vivía, pues había tenido un intento de suicidio. Siente gratitud por él por el apoyo que le brindó. Después del diagnóstico, duró aproximadamente 3 años en soltería, hasta que comenzó a andar con una persona con la que duró 4 meses, sin embargo, terminaron por incomprensión del TLP, le decía que tenía conductas extrañas y que no lo podía comprender. El participante 2 comenta que en este caso trató de afrontar de forma diferente la ruptura, de forma positiva mediante el uso de técnicas de Terapia Dialéctico Conductual. Al final mencionó *'ha desaparecido el sentimiento de vacío, a veces desaparece'* como se ve en el anexo 3.

Categoría 4	Participante 1	Participante 2
Entorno social y cultural	<ul style="list-style-type: none"> -Problemas para socializar / Introversión -Solo se sintió bien socialmente en la secundaria por ser popular -Siente incomprensión social del TLP -Menciona que: <i>'Hay cierta discriminación hacia mí cuando la gente se entera como que me ven diferente, les platico y se quedan sacados de onda y me empiezan a ver diferente. La gente se espanta, dice 'está loca esta'</i> 	<ul style="list-style-type: none"> -Sentido de no pertenencia, sentía que no pertenecía a esa clase social (pobreza extrema) -Estereotipos sociales en los que no encajaba de cómo deberían ser los hombres -Aceptación social en la adolescencia (era popular con sus amigos y compañeros de la escuela) -Se sintió bien cuando comenzó a tener independencia económica Menciona situaciones de bullying en 3 ocasiones por homosexualidad
Amistades	<ul style="list-style-type: none"> -Pocos amigos -Con las dos amigas cercanas que tuvo se distanció -Amiga importante en la universidad, se pelearon, no volvieron a hablar, le lastimó. -Amiga importante del trabajo. se distanciaron porque su amiga le declaró su amor, ahora tienen una relación cordial pero no cercana 	<ul style="list-style-type: none"> -Pocos amigos en la niñez -Más amigas que amigos -Comenzó a tener muchos amigos después de aceptarse y declararse homosexual -Sus amigos comenzaron a ser una fuerte red de apoyo en momentos de crisis, aún conserva amigos de su adolescencia -En la adultez comenzó a ser más selectivo -Amigos siguen siendo red de apoyo
Escuela	<ul style="list-style-type: none"> -Exigencias altas de su mamá -Bullying -Miedo al rechazo -Violencia física por parte de un maestro a los 6 años, le pegaba, se hacía pipí en el salón por no dejarla salir al baño -Comenzó a reprobar en la secundaria por estrés de sacar 10 para mantener una beca, al perder la beca volvió a sacar 10 -Comenzó a ser popular en la 	<ul style="list-style-type: none"> -No quería ir a la escuela por bullying en la primaria -Se volvió popular a los 15 años -Malas calificaciones por no tener atención familiar -Dejó la escuela por falta de dinero -Comenzó a estudiar Economía, no ha terminado porque le faltan algunas materias -Espera terminar su carrera y estudiar una maestría

	<p>secundaria dice <i>'me volví de las bonitas'</i>, le dio seguridad y comenzó a tener mejor rendimiento académico</p> <p>-Comenzó a estudiar la universidad Química fármaco bióloga, la dejó porque se acentuaron los síntomas de TLP pero no sabía su diagnóstico</p> <p>Impulsividad: Abuso de alcohol</p>	
Trabajo	<p>-Poca estabilidad</p> <p>-Generalmente tiene dos trabajos, como instructora de natación y en <i>call centers</i></p> <p>-Incomprensión de trastornos emocionales y mentales</p> <p>-Dice haber sufrido bullying y discriminación de compañeros</p> <p>-Ha perdido su trabajo dos veces después de que saben que padece una cuestión psiquiátrica</p> <p>-Menciona que: <i>'cuando supieron, sentía que el coordinador rondaba más mis clases, pensaba que iba a matar un niño, algo muy exagerado, a lo mejor es paranoia mía, sentí que me vigilaban'</i></p>	<p>-Comenzó a trabajar muy joven, a los 16 años después que lo corrieron de su casa</p> <p>-Ha tenido trabajos estables, trabajó 4 años en Dish y lleva 7 años en American Express</p> <p>-Crecimiento laboral en su actual trabajo</p> <p>-Cuenta con prestaciones superiores a la ley: seguro de gastos médicos mayores, atención médica, nutriólogo, atención psicológica presencial y de emergencia por teléfono.</p> <p>-Últimamente se siente un poco insatisfecho</p>
Religión	<p>-Catolicismo inculcado</p> <p>-En su niñez su mamá cambió al cristianismo</p> <p>-Se consideraba agnóstica</p> <p>-Ahora cree en Dios, más no profesa la religión</p> <p>-Ha tenido un beneficio emocional</p>	<p>-Catolicismo inculcado</p> <p>-Desacuerdo con ideas de la religión <i>'no aceptaba las formas de mi familia (extendida) (católica y machista)'</i></p> <p>-No cree en Dios</p> <p>-Conoció el budismo, sigue algunas prácticas que le han dejado beneficio emocional</p> <p>-Combina prácticas budistas con técnicas de Terapia Dialéctico Conductual como relajación y mindfulness</p>

Tabla 12. Análisis cualitativo categoría Entorno Social y Cultural

En la categoría de entorno social, la participante 1 menciona cuestiones de bullying y discriminación en varias ocasiones y en varios momentos de su vida, incluso ya adulta en el entorno laboral. El participante 2 también dijo sufrir varias veces bullying, este relacionado con ser homosexual.

En la niñez, la participante 1 solo recuerda una amiga con la que tenía que estar para poder socializar con los demás, el participante 2 recuerda haber tenido más amigas que amigos, y tener gratos recuerdos a pesar del bullying.

En la adolescencia hay una diferencia considerable, la participante 1 dice haber pocos amigos, y ninguno cercanos, y el participante 2 tuvo un momento muy importante al declararse homosexual abiertamente, con mucha aceptación de sí mismo, volviéndose popular, con muchos amigos, donde algunos se convirtieron en un soporte y hasta la fecha sigue manteniendo algunos.

En el caso de la participante 1, no cuenta con amistades cercanas actualmente, a lo largo de su vida, solo ha tenido dos amigas cercanas, con las dos se peleó y se distanció. El participante 2 menciona tener varios amigos, aunque no todos tan cercanos, solo mencionó dos amigos cercanos, y habla de la relevancia de sus amigos como red de apoyo en los momentos de crisis.

En la subcategoría de escuela, la participante 1 menciona las exigencias de su mamá de sacar buenas calificaciones, menciona ser retraída, sentirse triste y vulnerable, deprimida desde antes de los 6 años, tener sentimientos de rechazo y conductas disruptivas pues le jalaba el pelo a las niñas y se peleaba con los niños como se ve en el anexo 5. También menciona que sufrió violencia por parte de un maestro, la golpeaba con una regla, no la dejaba salir al baño y muchas veces llegó a orinarse en el salón por esta situación. En el caso del participante 2, también menciona ser retraído, sufrir bullying, ser golpeado y no querer ir a la escuela por eso, haciendo del baño para que fueran por él a la escuela, escondiendo la mochila o el uniforme.

En la adolescencia, la participante 1 menciona un cambio emocional importante para bien al volverse popular, aumentado su autoestima, su confianza y su rendimiento académico derivado de lo anterior, también habló de aceptación por sí misma en este momento y de ser muy feliz.

En la adultez, ambos participantes tienen carreras trucas, la participante 1 lo dejó porque comenzó con los síntomas muy fuertes de TLP, aumentando su inseguridad y su impulsividad en el abuso de sustancias. El participante 2, menciona que la universidad fue una etapa que disfrutó y que tiene planes de terminar.

La principal diferencia entre la participante 1 y el participante 2 en la subcategoría de trabajo es la estabilidad, aunque ambos comenzaron a trabajar jóvenes, más el participante 2, y ambos trabajaron en *call centers*, el participante 2 ha tenido trabajos más duraderos, sobre todo el último empleo, en donde lleva 7 años y ha tenido crecimiento laboral. De acuerdo a Great Place to Work (2020), American Express es la tercera mejor empresa en México para trabajar en la categoría de 500 a 5000 empleados.

En cuanto a la religión, en donde ambos participantes son de familias católicas, en algún momento no creen en Dios. En el caso de la participante 1, menciona que su mamá

cambió repentinamente al cristianismo, pero regresó a ser católica. También menciona que después de su segunda hospitalización comenzó a creer en Dios y le dio una oportunidad porque siente un beneficio emocional. Por parte del participante 2, conoció el budismo a los 20 años, recientemente se ha involucrado más en sus prácticas, ya que varias prácticas son similares a las que se ocupan en la Terapia Dialéctico Conductual, comentando incluso que todas las personas con TLP, deberían de acudir a las técnicas de meditación que dan en el centro budista.

Categoría 5	Participante 1	Participante 2
Redes de apoyo		
<i>Personales</i>	<p>Familia: -Su familia tiene voluntad de apoyarla, pero no saben cómo</p> <p>Del 1 al 10, cuánto comprende su familia el diagnóstico: 5</p> <p>Pareja: -No ha tenido pareja desde que está diagnosticada</p> <p>Del 1 al 10, cuánto comprende su pareja el diagnóstico: N/A</p>	<p>Familia: -Desapego de la familia, no representa un apoyo para él</p> <p>Del 1 al 10, cuánto comprende su familia el diagnóstico: 0</p> <p>Pareja: -La pareja que tenía cuando fue diagnosticado fue de gran apoyo</p> <p>Del 1 al 10, cuánto comprende su familia el diagnóstico: 5</p> <p>-Su pareja más reciente terminó con él por incomprensión al TLP</p> <p>Del 1 al 10, cuánto comprende su familia el diagnóstico: 0</p>
<i>Entorno Laboral</i>	<p>-Sin ningún tipo de apoyo</p> <p>-Reacción con prejuicios al trastorno</p> <p>-Ha perdido su trabajo dos veces</p> <p>Del 1 al 10, cuánto comprenden su diagnóstico: Trabajo 1: 0 Trabajo 2: 5</p> <p>Aunque califica con 5 la comprensión en el segundo trabajo, menciona que reaccionaron con miedo</p>	<p>-Apoyo psicológico en el trabajo</p> <p>-Apoyo en momentos críticos</p> <p>-Menciona: <i>' las psicólogas del trabajo me ayudaron mucho, el que era mi jefe me salvó la vida porque me llevó al hospital cuando intenté suicidarme'</i></p> <p>-Respeto a sus incapacidades y protocolos médicos</p> <p>-Trato sin prejuicios, ni discriminación</p> <p>-Saben que es un padecimiento psiquiátrico, tratado como</p>

		<p>cualquier otro padecimiento de salud.</p> <p>-Sensibilización a la salud mental</p> <p>-Apoyo integral</p> <p>Del 1 al 10, cuánto comprenden su diagnóstico: 4</p>
<p><i>Apoyo Terapéutico</i></p>	<p>-Ha tomado Terapia Cognitivo Conductual (TCC) y Psicoanálisis</p> <p>-La TCC le ayudó a ser consciente de algunas conductas y cambiarlas</p> <p>-El Psicoanálisis le ayudó a tener conocimiento de sí misma, a tener confianza para hablar, a cerrar círculos viciosos, a ser consciente de la enfermedad y a reducir conductas impulsivas.</p> <p>-Evitó un internamiento. Menciona que: <i>'En una crisis le hablé por teléfono a María Elena, le dije que no me quería volver a internar, que ya no me servían las hospitalizaciones que ya no quería, me ayudó a calmarme un poco, hicimos una meditación.'</i></p> <p>Del 1 al 10, cuánto conocen y comprenden su diagnóstico: <i>Terapia Cognitivo Conductual (TCC): 0 porque no se dieron cuenta</i> <i>Psicoanálisis: 10</i></p>	<p>-Ha tomado Psicoanálisis y Terapia Cognitivo Conductual en el trabajo</p> <p>-Derivación oportuna por parte de algunos terapeutas recomendando seguimiento especializado</p> <p>-Tiene apertura al cambio terapéutico. Menciona: <i>'Todas las terapias que he tomado siempre me han dejado un aprendizaje'.</i></p> <p>-Terapia enfocada al Trastorno Límite de la Personalidad - Terapia Dialéctico Conductual</p> <p>-Acudió a la clínica especializada para TLP en el Instituto Nacional de Psiquiatría</p> <p>La describe como: <i>'manual idóneo para síntomas agudos'</i></p> <p>-Área de oportunidad TDC: síntomas emocionales crónicos</p> <p>Menciona que: <i>'también ayuda a una terapia específica que es para el diagnóstico y que hay una clínica especializada, no solo en el ámbito clínico, sino también psicológico en el Instituto Nacional de psiquiatría, que la TDC fue desarrollada para el TLP, yo no sabía hasta que llegué ahí. Creo que todos los psicólogos deberían conocer'.</i></p>

		Del 1 al 10, cuánto comprenden su diagnóstico: TCC y psicoanálisis Conocimiento: 5 Comprensión:8 TDC: Conocimiento:10 Comprensión: 10
--	--	---

Tabla 13. Análisis cualitativo categoría Redes de apoyo

Las redes de apoyo de los participantes se dividirán en familia, pareja, entorno laboral y apoyo terapéutico. En esta categoría, el participante 2 tuvo un relato mucho más extenso que el participante 1, sobre todo en la parte del apoyo en el entorno laboral y en el apoyo terapéutico.

En el caso de la participante 1, hay voluntad de su familia para ayudarla, sin embargo, desconocen cómo hacerlo. Como se ve en la figura 10, en cuanto a redes de apoyo sin contar el apoyo terapéutico, fue una de las calificaciones más altas que dio en comprensión, calificándolo con 5.

En el caso del participante 2 fue opuesto, dando la puntuación de 0 al apoyo de su familia, no representando una red de apoyo para él, pues menciona que no lo tienen presente, sin embargo, cabe mencionar que mencionó que a raíz de su primera hospitalización fue que se reencontró con su familia, aunque esto no quiere decir que sí lo tengan presente, sino que hay interés por su bienestar. También menciona que anteriormente había esperado comprensión a su diagnóstico, pero que ya no.

En el caso de la pareja, la participante 1 menciona que no ha tenido parejas desde que está diagnosticada, y para el participante 1, la pareja que tenía al ser diagnosticado fue un gran apoyo para él, aunque haya decidido terminar la relación para atenderse. Califica su comprensión con 5, siendo esta la calificación más alta en redes de apoyo son contar el apoyo terapéutico. Con su segunda pareja, cree que hubo desinterés de su parte, que no le importaba entender el diagnóstico, por lo tanto, no hubo apoyo, de hecho, terminó la relación con el participante 1 a raíz de esto, aunque ya no estaba en una etapa aguda. Califica su comprensión del TLP con 2. Como se ve en la figura 10, este rubro se promedió para sacar una calificación de 3.5 en cuanto a comprensión de la pareja.

En el entorno laboral, la participante 1 menciona que en dos ocasiones ha comentado que tiene un trastorno y en ninguno ha tenido apoyo y poco después perdió su trabajo. Califica la comprensión en el primer trabajo con 0 (aunque aún no había diagnóstico de TLP, sino de ansiedad y depresión) y con 5 en su segundo trabajo, obteniendo un promedio de 2.5 de comprensión para este rubro como se ve en la figura 10.

En el caso del participante 2, el apoyo en el entorno laboral, describió como buena, una red de apoyo en momentos cruciales, como fue la crisis más grave que tuvo en donde hubo un intento de suicidio y estuvo hospitalizado. Sin bien califica la comprensión con 4,

pues no saben exactamente qué tiene, solo que tiene un padecimiento psiquiátrico, menciona que hay respeto a sus tiempos, a sus consultas médicas, que no hay prejuicios y lo tratan como cualquier otro padecimiento de salud que requiere atención. Este es un panorama totalmente diferente entre la participante 1 y el participante 2, siendo el trabajo una red de apoyo de gran importancia para el participante 2, dándole herramientas para atenderse oportunamente, además de tener una estabilidad laboral y económica.

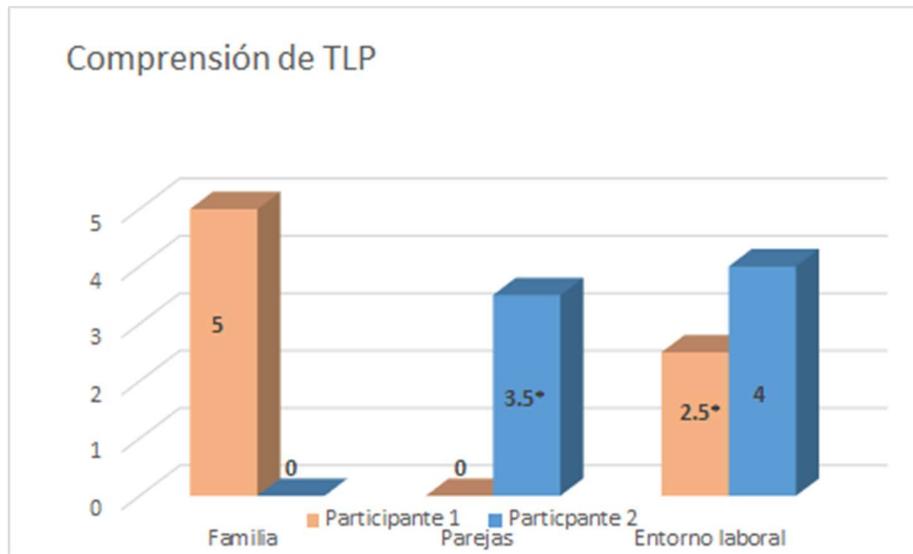


Figura 10. Redes de apoyo | Calificación comprensión del Trastorno Límite de la Personalidad | *números obtenidos por promedio

En cuanto al apoyo terapéutico, la participante 1 menciona haber tomado Terapia Cognitivo Conductual (TCC), siendo diagnosticada con ansiedad y depresión, motivo por el que lo califica con 0 en conocimiento y comprensión como se ve en la figura 11, sin embargo, comenta le ayudó a ser consciente de algunas conductas y cambiarlas. En cuanto al psicoanálisis, da una calificación de 10 en comprensión y entendimiento como se ve en la figura 11, comentando que le sirvió para conocerse a sí misma, hablar en confianza de temas que anteriormente no podía, para cerrar algunos círculos viciosos, ser consciente de la enfermedad y reducir conductas impulsivas. Hubo apoyo por parte de la psicóloga en un momento fuerte de crisis en donde la participante 1 no quería volver a hospitalizarse, pero se sentía muy mal, se logró controlar la crisis. No ha habido internamientos nuevamente.

En el caso del participante 2, menciona que toma terapia con la psicóloga del trabajo para cuestiones específicas y que ella le comenta que no se casa con el diagnóstico, pues lo atendía a él como persona, palabras que le fueron de gran utilidad a él. Ha tenido derivaciones oportunas, legando así a toma Terapia Dialéctico Conductual, la cual describe como 'manual idóneo' para síntomas agudos y señala áreas de oportunidad en los síntomas emocionales crónicos de acuerdo a su experiencia. Así mismo menciona que en el Instituto Nacional de Psiquiatría existe un área especializada para atender el diagnóstico y que incluso al llegar ahí supo que esta terapia fue desarrollada para tratar TLP, y que según su experiencia esta podría ser útil para todos los psicólogos y otros trastornos. Califica la comprensión y el conocimiento con 10 como se observa en la figura 11.

Ambos participantes han tomado Terapia Cognitivo Conductual (TCC) y psicoanálisis, en el caso de la primera, fue la que tuvo un menor puntaje en conocimiento y comprensión, 0 por parte de la participante 1 y para el participante 2, fue evaluado con 5 en conocimiento y 8 en comprensión, misma calificación que otorgó al psicoanálisis. Como se puede ver en la figura 11, ambos calificaron con 10 en comprensión y conocimiento del trastorno en el último tratamiento que tomaron, que en el caso de la participante 1 es el psicoanálisis y en el caso del participante 2 es la Terapia Dialéctica Conductual. La participante 2 no ha tomado alguna terapia específica para el trato del TLP.

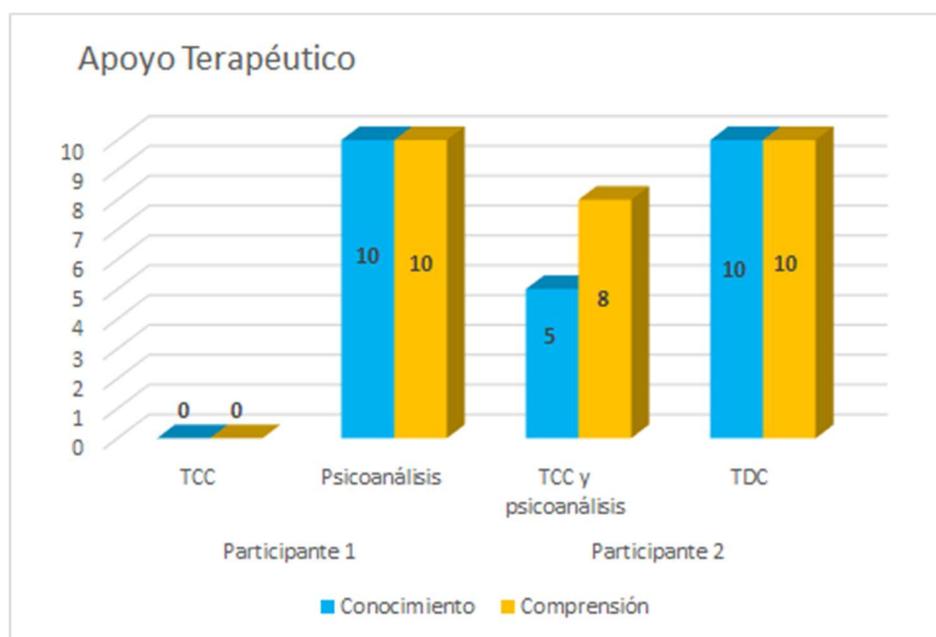


Figura 11. Redes de apoyo | Apoyo terapéutico | Calificación de conocimiento y comprensión del Trastorno Límite de la Personalidad

Categoría 6	Participante 1	Participante 2
Factores asociados a las crisis		
Detonantes	<p>Salud física</p> <ul style="list-style-type: none"> -Hipotiroidismo: malestar físico por los síntomas -Sobrepeso: sentirse mal por su apariencia física -Impulsividad: Atracciones de comida Tentativa de anorexia y bulimia <p>Familia:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Problemas con la familia 	<p>Salud física</p> <ul style="list-style-type: none"> -Sobrepeso: sentirse mal por su apariencia física -Malestar físico, incertidumbre, paranoia '...tener algún síntoma físico extraño fuera de lo común o que atribuya a alguna enfermedad' <p>Familia:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Recordar problemas con la familia

	<ul style="list-style-type: none"> -Sentirse presionada -Mamá podría ser la detonadora <p style="text-align: center;">Pareja:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Celos -Miedo al abandono -Infidelidades -Sentimientos de rechazo <p style="text-align: center;">Amistades:</p> <p style="text-align: center;"><i>'La falta de lealtad, descubrir mentiras, secretos'.</i></p> <p style="text-align: center;">Trabajo:</p> <ul style="list-style-type: none"> Sentirse presionada 	<ul style="list-style-type: none"> -Ausencia de su mamá -Que sus hermanos estén en una situación negativa <p style="text-align: center;">Pareja:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Celos -Miedo al abandono <i>'...el miedo real o imaginario a que me abandonen'</i> -Infidelidades <p style="text-align: center;">Amistades:</p> <ul style="list-style-type: none"> Prejuicios sobre su persona <p style="text-align: center;">Trabajo:</p> <ul style="list-style-type: none"> Cierto tipo de miedo al abandono: <i>Miedo real o imaginario a perder el trabajo'</i>
--	--	--

Tabla 14. Análisis cualitativo categoría Factores asociados a crisis

En cuanto a los factores que están asociados a las crisis, se dividieron en salud física, familia, pareja, amistades y trabajo.

Tanto la participante 1 como el participante 2, mencionaron que el sobrepeso podría ocasionarles una crisis. La participante 1 mencionó que esto le generaba ansiedad y se manifiesta sintomatología del TLP de acuerdo al DSM-V (APA, 2013) relacionada con impulsividad, dijo haber tenido algunas conductas de anorexia y bulimia, investigando sobre el tema. Ella mencionaba en el apartado de salud física que ha llegado a estar 40 kilos arriba de su peso normal, mas no mencionó nada sobre anorexia o bulimia. Aunque sigue contemplando la idea, lo evita porque la hace sentirse mal físicamente y en este momento ha optado por hacer ejercicio y ayuno intermitente.

Otros factores asociados a las crisis en cuestiones de salud física son malestares físicos, la participante 1 mencionó los malestares derivados del hipotiroidismo, y el participante 2 mencionó cualquier síntoma físico desconocido o que atribuyera a alguna enfermedad.

En cuestiones familiares, la participante 1 mencionó situaciones de conflicto con sus papás, sobre todo mencionando que su mamá sería el detonador. Así mismo mencionó situaciones de presión o estrés, de exigencias como lo vivió a lo largo de su desarrollo en el ámbito escolar.

En el caso del participante 2, menciona recordar momentos del pasado, podría referirse a los conflictos familiares como el abandono de su padre, el rechazo de su familia al saber que era homosexual, y menciona específicamente la ausencia de su mamá. Así mismo comenta la preocupación que ahora tiene por sus hermanos, un sentido de protección a ellos, aunque con anterioridad su relación era mala.

Ambos participantes mencionan que las parejas pueden llegar a ser una causa muy importante de desregulación emocional, ambos lo primero que dijeron fue celos, que puede indicar un miedo al abandono, incluso el participante 2 hace referencia a la sintomatología del TLP de acuerdo al DSM-V (APA, 2013), mencionando '*miedo real o imaginario a que me abandonen*', así mismo ambos mencionaron infidelidades, desconfianza de que están con otras personas. Para la participante 1, lo más grave es que termine la relación, que la ignoren y no le expliquen por qué se alejan, lo cual puede estar relacionado con un sentimiento de rechazo.

En el caso del participante 2, relata que en su primera ruptura '*pensaba que se iba a morir de tristeza*', una expresión muy similar a la de la participante 1 a '*sentí que me iba a morir de dolor*' como se ve en el anexo 3, después de una ruptura y que buscó ayuda psicológica por primera vez, fueron desregulaciones emocionales fuertes para ambos. Así mismo, el participante 2 comenta que '*lo que le ha generado más grandes crisis en su vida son las relaciones amorosas*' como se ve en el anexo 10, sin embargo, en su mayor crisis, aunque estaba en una relación amorosa, esta no fue el detonante, incluso el mismo participante 2 terminó la relación amorosa a raíz de la crisis. También menciona que, aunque en su relación más reciente tuvo una crisis, ocupó herramientas de Terapia Dialéctica Conductual para afrontarla, llevándolo bien, pero mencionando que no podía dormir bien.

En caso de las amistades, la participante 1 menciona la deslealtad de sus amigos y el participante 2 que hagan juicios sobre su persona.

En el trabajo, la participante 1 nuevamente menciona sentirse presionada, con exigencias, y el participante 2 nuevamente hace referencia a '*miedo real o imaginario*', pero en este caso de perder el trabajo, que podría ser un tipo de miedo al abandono.

Factores clínicos.

Categoría 7	Participante 1	Participante 2
Diagnóstico		
<i>Antes del diagnóstico</i>	<p>Primera crisis Ataques de ansiedad y pánico repentinos</p> <p><i>Edad: 22 años</i></p> <p><i>Causas:</i> poco tiempo de haber terminado su relación más seria</p> <p><i>Atención recibida:</i> Buscó atención psicológica en la UNAM</p>	<p>Primera crisis Ataques de ansiedad y pánico repentinos</p> <p><i>Edad: 25 años</i></p> <p><i>Causas:</i> Sin causa aparente</p> <p><i>Atención recibida:</i> Llamó a LOCATEL. Pensó estaba enfermo del corazón,</p>

	<p>Primeros diagnósticos Psiquiatría IMSS: Ansiedad y depresión</p> <p>INP: Trastorno depresivo mayor y Trastorno de Ansiedad Generalizado</p> <p>Tiempo transcurrido antes del diagnóstico: 8 años</p>	<p>fue al cardiólogo, atención psicológica en el trabajo y psicoanálisis en el IPN</p> <p>Primeros diagnósticos Psicólogos del trabajo: Estrés Trastorno de Ansiedad Generalizada</p> <p>Tiempo transcurrido antes del diagnóstico: Casi 1 año</p>
<i>Diagnóstico</i>	<p>Crisis: Ideación suicida</p> <p><i>Edad:</i> 29 años</p> <p><i>Causas:</i> Se sentía muy mal emocionalmente y fue a psiquiatría</p> <p><i>Atención recibida:</i> -Psiquiátrica -Psicológica -Hospitalización</p> <p><i>Lugar de atención:</i> -Clínica 10 del IMSS de urgencias psiquiátricas. Villa de Cortés Mes y medio</p>	<p>Crisis: Intento de suicidio</p> <p><i>Edad:</i> 26 años</p> <p><i>Causas:</i> Sin razón para vivir, un periodo de calma en su vida. Sobredosis de medicamentos.</p> <p><i>Atención recibida:</i> -Urgencias -Psiquiátrica -Hospitalización</p> <p><i>Lugar de atención:</i> -Hospital General del IMSS. Parque de los Venados 48 horas -Hospital Regional de Psiquiatría del IMSS. Por San Fernando Un mes</p>

Tabla 15. Análisis cualitativo categoría Diagnóstico

Antes de ser diagnosticados, ambos participantes comenzaron a buscar ayuda cuando experimentaron fuertes ataques de ansiedad y de pánico repentinos, sin una causa aparente. La participante 1 identificó que debía buscar ayuda psicológica, sin embargo, no dio continuidad pues no le gustó la atención, años después acudió a psiquiatría del IMSS y al Instituto Nacional de Psiquiatría, pero en ambos tuvo un diagnóstico equivocado a pesar de estar en instituciones especializadas, en ninguna de las dos recibió atención psicológica

Por su lado el participante 2 no identificaba lo que sucedía, llamó a Locatel en donde tuvo atención psicológica, luego en el trabajo le dijeron que podía ser estrés, al aumentar los síntomas, pensó estar enfermo del corazón.

El primer tratamiento psicológico que buscaron los dos fue en instituciones educativas, la participante 1 en la Universidad Nacional Autónoma de México y el participante 2 en el Instituto Politécnico Nacional. La edad en que esto sucedió en ambos participantes fue más o menos similar, ella a los 22 años y él a los 25, sin embargo, el tiempo de

diagnóstico dista mucho, pues el de la participante 1, pasaron 8 años y el diagnóstico del participante 2 tomó menos de un año.

Ambos participantes fueron diagnosticados al salir de sus primeras hospitalizaciones, en el caso de la participante 1 fue por ideación suicida, comenta haberse sentido muy mal, ir a urgencias y haber sido canalizada a psiquiatría en la clínica 10 del IMSS de Villa de Cortés, el participante 2 primero fue internado en urgencias del Hospital General Parque de los Venados para lavado de estómago y luego fue internado en el Hospital Regional de Psiquiatría de San Fernando. Ambos estuvieron más o menos el mismo tiempo internados, la participante 1, estuvo mes y medio y el participante 2, estuvo 1 mes.

Categoría 8	Participante 1	Participante 2
Tratamientos		
<i>Tratamiento no farmacológico / psicológico</i>	<p>Antes del diagnóstico: 22 años -Buscó atención psicológica en la UNAM: solo fue una vez</p> <p>28 años -Terapia Cognitivo Conductual (TCC) con psicólogo privado A pesar de la atención psicológica hubo hospitalización</p> <p>Diagnóstico: -Terapia Cognitivo Conductual en hospitalización en la Clínica 10 del IMSS de urgencias psiquiátricas. Villa de Cortés.</p> <p>Después del diagnóstico: Psicoanálisis: Terapia psicodinámica</p> <p>Resultados: -Conocimiento de sí misma -Sin ideación suicida -Sin hospitalizaciones -Papás han tomado terapia con la misma psicóloga con efecto negativo -Problemas con los papás pues dicen que ella manipula a la psicóloga y quieren que tome TDC.</p> <p>Menciona que: <i>'tiene 2 años que mis papás no querían que fuera porque pensaban que no me iba a ayudar, ellos querían que buscara la Dialéctico Conductual, que sí lo</i></p>	<p>Antes del diagnóstico 25 años -Psicoanálisis con psicólogos practicantes del Instituto Politécnico Nacional (IPN)</p> <p>-Terapia Cognitivo Conductual con psicólogos del trabajo</p> <p>Diagnóstico: -Derivación, psicólogos del trabajo dijeron que necesitaba atención especializada</p> <p>Después del diagnóstico: -Terapia Dialéctico Conductual (TDC) integral con tratamiento farmacológico en el Instituto Nacional de Psiquiatría</p> <p>Actualmente no lleva tratamiento</p> <p>Resultados: -Mejor manejo de crisis -Sin ideación suicida -Sin hospitalizaciones -Mayor estabilidad -Mejor salud en general -Resiliencia</p> <p>Menciona que: <i>Sin embargo, solo se da este tratamiento integral cuando se estabiliza la situación farmacológica y después se da el psicológico de TDC. En ese momento cambió por completo mi vida, la revolucionó.</i></p>

	<p><i>haré, pero en ese momento a mí me servía, me decían que no me iba a servir, que no era la que necesitaba'</i></p> <p>-Podría no haber habido una derivación oportuna pues menciona que la psicóloga dijo: <i>'hay muchos profesionales que afirman que este tipo de terapia no es para TLP que ese tipo de terapia es para otra enfermedad, pero tú y yo les vamos a demostrar que sí sirve porque es algo emocional'</i></p> <p>Actualmente no lleva tratamiento</p>	<p>Actualmente no lleva tratamiento, busca alternativas que complementen la TDC como la meditación</p>
<p><i>Tratamiento farmacológico</i></p>	<p>Antes del diagnóstico <i>Hospital General Coyuya IMSS</i> -Antidepresivo (fluoxetina) -Psicoestimulante (metilfenidato) ocupado para TDAH</p> <p><i>Efectos secundarios</i> -Mareos -Desmayos</p> <p>Menciona que: <i>'...medicamento me hacía sentir muy mal, pero que él estaba haciendo una prueba para ver si ayudaba a la depresión.'</i></p> <p><i>Instituto Nacional de Psiquiatría:</i> -Antidepresivo (sertralina) -Ansiolítico (clonazepam)</p> <p>Diagnóstico -Antidepresivo -Ansiolítico -Estabilizador del ánimo</p> <p>Después del diagnóstico <i>Hospital General Parque de los Venados IMSS:</i> -Antidepresivos (anfebutamona) 2 0 0 (fluoxetina) 3 0 0 -Antipsicóticos (quetiapina) 0 0 2 (olanzapina) 1 1 0 - Ansiolítico (clonazepam) ½ ½ 1 -Estabilizador del ánimo</p>	<p>Antes del diagnóstico Cardiólogo: -Medicamento para arritmias</p> <p>Diagnóstico <i>Hospital de Psiquiatría IMSS San Fernando</i> -Antipsicótico (quetiapina) -Antidepresivos (venlafaxina y fluoxetina) -Estabilizador del ánimo (valproato semisódico) -Ansiolítico (alprazolam)</p> <p><i>Hospital General Parque de los Venados IMSS:</i> Protocolo de un año, no lo terminó</p> <p><i>Efectos secundarios:</i> Menciona que: <i>como unos 2 meses y después abusar de los medicamentos por falta de seguimiento</i></p> <p>Después del diagnóstico <i>Instituto Nacional de Psiquiatría (INP)</i> -Antidepresivo (fluoxetina) -Ansiolítico (clonazepam)</p> <p>Menciona que: <i>'fui al instituto Nacional de Psiquiatría y dije que ya tenía un diagnóstico, me dijeron que lo que me daban en el IMSS y que algunos tenían el mismo efecto por lo que</i></p>

	<p>(Oxcarbazepina) 1 0 1 (a veces no hay y no se lo toma)) -Amina terciaria Biperideno 2 1 0 (para controlar los efectos secundarios) - Levotiroxina (tiroides)) 1 ¼ 0 0 - Metformina (diabetes) 0 0 2 - Omeprazol (gastritis) 1 1 0</p> <p><i>Efectos secundarios:</i> -Temblor de manos controlado con otro medicamento (biperideno) -Mareos -Somnolencia</p> <p>Menciona que: <i>'llevo más tiempo estando estable, me han hecho cambios, con lo que tengo problema es el desabasto, por eso pido medicamentos a mi doctora y en mi clínica me dan más medicamento. Los efectos secundarios son eternos y nunca se van a acabar. Me decían que yo solita me sugestionaba y que no debería de ver mis medicamentos.</i></p> <p><i>'...con medicamentos nuevos siento que sí tengo que cuidarme. He tenido mareos, somnolencia, temblor de manos, náuseas, movimientos parkinsonianos, problemas hormonales, subida de peso, desató hipotiroidismo, de repente me saltan partes de mi cuerpo, falta de equilibrio, dolor de cabeza, me caigo constantemente por el mareo, falta de concentración, alteraciones con la memoria.</i></p> <p>Efectividad de los tratamientos Lo califica como: CU: 0 Hospital General en Coyuya IMSS: 0 INP: 0 TCC: 9</p>	<p><i>tenía efectos secundarios, que las dosis eran muy altas. Era un cóctel de 15 pastillas diarias y me dijeron que no consideraban que ese fuera el tratamiento óptimo. Me redujeron las dosis'</i></p> <p>Tratamiento actual: -Ansiolítico (clonazepam) 0 0 3</p> <p>Menciona que: <i>...tratamiento farmacológico del INP: solo tomo clonazepam actualmente. (3 gotas desde hace 3 semanas que fui a un retiro de meditación del centro budista) Anteriormente tomaba 19. Llevo año y medio que solo tomo clonazepam. Llevo los dos tratamientos farmacológicos porque lo surten en el IMSS, pero sigo la receta del INP'</i></p> <p>Efectividad de los tratamientos Lo califica como: -Psicoanálisis IPN: 5 -Hospital Regional Psiquiatría IMSS San Fernando: 8 -Hospital General Parque de los Venados IMSS Seguimiento: 1</p> <p>Menciona que: <i>' no hay seguimiento oportuno, es anual, no hay seguimiento psicoemocional, solo se enfocan a lo farmacológico, no hay intervención psicológica, no hay psicólogos, a mi consideración debería ser 80% terapia y 20% medicación'</i></p> <p>Terapia Cognitivo Conductual con Psicólogos del trabajo: 5 Terapia Dialéctico Conductual en el INP: 10 Tratamiento farmacológico del INP: 8 Tratamiento integral INP: Psicológico de Terapia Dialéctico Conductual y tratamiento farmacológico: 10 siendo para él el más efectivo'</p>
--	---	---

	Clínica 10 IMSS: 4 Psicoanálisis: 9 / con papás 5 Tratamiento farmacológico IMSS Parque de los Venados: 9	
--	--	--

Tabla 16. Análisis cualitativo categoría Tratamientos.

En cuanto a los tratamientos no farmacológicos, ambos participantes comenzaron buscando ayuda en instituciones educativas antes de ser diagnosticados, la participante 1 en la UNAM, donde solo fue una vez porque no le gustó el trato, lo califica con 0 y el participante 2 en el IPN con psicoanálisis, el cual califica con 5. Posteriormente, unos 6 años después la participante 1 comenzó a tomar Terapia Cognitivo Conductual por año y medio, mismo tiempo en que fue hospitalizada. Esta terapia la califica con 9 en efectividad.

Después de ser diagnosticados, el participante 2 tomaba terapia con los psicólogos del trabajo, sin embargo, al darles a conocer su diagnóstico, lo derivaron a atención especializada. Estuvo un año en lista de espera para tomar Terapia Dialéctico Conductual en el Instituto Nacional de Psiquiatría.

En el caso de la participante 1, tomó terapia de tipo Cognitivo Conductual durante la hospitalización que tuvo y posteriormente buscó terapia psicodinámica, en donde dice que ha tenido gran aprendizaje. Ha ido por varios años e incluso la misma psicóloga ha dado terapia individual a su mamá y a su papá. Sin embargo, desde hace 2 años sus papás ya no quieren que vaya a esa terapia y que ahora busque la opción de tomar Terapia Dialéctico Conductual, pues la participante 1 menciona que sus papás creen que ella manipula a la psicóloga. La participante 1 menciona que con ella realizó un compromiso de no volver a dañarse a sí misma. También menciona que desde un inicio le comentó la psicóloga que varios profesionales pensaban que el psicoanálisis no funcionaba para TLP, pero que ellas iban a demostrar lo contrario enfocándose a trabajar las emociones.

Por otro lado, la participante 1 menciona que le pidió a la psicóloga hablar con sus papás pues a veces tiene efectos secundarios del medicamento, diciendo *'muchas veces no estoy a la altura, porque el medicamento me apendeja, no controlo y me es difícil controlar mis impulsos'* como se ve en el anexo 13. También aquí se ve que hace hincapié a que a sus papás *'se les olvida que ella no es una persona normal, que todo le cuesta mucho trabajo'*, y hace referencia a que sus papás no se dan cuenta que tiene 3 enfermedades, TLP, hipotiroidismo y prediabetes. Otra situación que comentó es que mantiene amistad con personas que también tienen TLP, y que todas tienen 40 kg arriba de su peso como ella a raíz de los medicamentos. Actualmente ya no lleva tratamiento psicológico.

En cuanto a los tratamientos farmacológicos, el participante 2 solo recibió medicamentos para la arritmia al pensar que estaba enfermo del corazón, en el caso de la participante 2, comenzó a tomar antidepresivo y un psicoestimulante, metilfenidato, el cual está indicado para Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), menciona que el doctor estaba haciendo pruebas para ver si ayuda a la depresión. Este tratamiento le generó algunos efectos secundarios, desmayándose. Posteriormente acudió al Instituto Nacional de Psiquiatría, en donde cree que le dieron un antidepresivo y un ansiolítico, hace énfasis en que ella pidió que no le dieran fluoxetina, pues le hacía sentir mal, iba cada 3 meses para ajustar la medicación. Dejó de ir al no recibir un diagnóstico correcto y continuó su

tratamiento en el IMSS, en donde después del diagnóstico cree que le dieron un antidepresivo, un ansiolítico (clonazepam) y un estabilizador del ánimo. Comenta que hay poco seguimiento, pues debería ir cada 3 meses y a veces solo ve a su psiquiatra cada 6 meses o menos, pues se acaban las fichas y ya no la atiende. Así mismo menciona que en caso de haber desabasto de medicamentos, deja de tomar dichos medicamentos o los empieza a tomar de nuevo sin una supervisión médica, generando un desorden, actualmente el tratamiento que lleva es de 10 medicamentos, incluyendo para tiroides, diabetes y control de efectos secundarios, coincidiendo con lo que comenta el participante 2 cuando en el Instituto Nacional de Psiquiatría le cambiaron el tratamiento y le bajaron las dosis, pues causaba efectos secundarios. Sin embargo, la participante 2 califica este tratamiento con 9, pues menciona que ha estado más estable durante más tiempo.

Por otro lado, la participante 1 comenta también que sus papás le decían que se sugestionaba sobre los efectos secundarios, pero que estos los investiga después de que los tiene y no viceversa. y que la psiquiatra le dice que los efectos secundarios siempre estarán ahí. Así mismo menciona que algunos de los efectos secundarios que ha tenido son mareos, somnolencia, temblor de manos, náuseas, movimientos parkinsonianos, problemas hormonales, subir de peso, falta de concentración y alteraciones de la memoria. El relato del paciente 2 menciona que al ser diagnosticado tuvo un protocolo de un año que incluía 1 antipsicótico, 2 antidepresivos, 1 estabilizador del ánimo y 1 ansiolítico. Menciona que al inicio lo califica con 8, pero después con 2 porque no hubo seguimiento y comenzó a abusar de los medicamentos. Posteriormente acudió al Instituto Nacional de Psiquiatría, mencionando su diagnóstico, y ahí le dijeron sobre el tratamiento del IMSS que eran dosis muy altas y que tenía efectos secundarios por tomar algunos medicamentos que tenían el mismo efecto, reduciendo su tratamiento a solo un antidepresivo y un ansiolítico. Actualmente se ha reducido su medicación al mínimo, solo toma un ansiolítico, que es el clonazepam, en una dosis solo de 3 gotas, pues comenta que fue a un retiro de meditación. Anteriormente tomaba 19 gotas. Comenta que lleva ambos tratamientos para surtir sus medicamentos en el IMSS. La participante 1 nunca ha llevado una terapia integral donde el terapeuta y el psiquiatra están en comunicación, por su lado el participante 2 menciona que solo en el INP es que llevó terapia integral, mencionando '*En ese momento cambió por completo mi vida, la revolucionó*', siendo este un gran impacto positivo en su vida.

Categoría 9	Participante 1	Participante 2
Hospitalizaciones e intentos suicidas	-4 hospitalizaciones - 2 intentos suicidas	3 hospitalizaciones -1 intento suicida
	<p>Primera hospitalización: Hospital de psiquiatría con UMF 10 IMSS Villa de Cortés Edad: 29 años Tiempo de hospitalización: Mes y medio Causa: ideación suicida</p> <p>-Búsqueda de relaciones amorosas en internamientos</p>	<p>Primera hospitalización: Hospital general de Zona 1 IMSS Parque de los Venado Edad: 26 años Tiempo de hospitalización: 48 horas (ambulatorio) <u>Causa: intento suicida</u> Tomó varios medicamentos psiquiátricos</p> <p>Contexto:</p>

	<p>Calificación de atención: 5</p> <p>Segunda hospitalización: Hospital de psiquiatría con UMF 10 IMSS Villa de Cortés Edad: 32 años Tiempo de hospitalización: 3 semanas Causa: <u>intento suicida</u> Tomó 3 botellas de clonazepam</p> <p>Contexto: <i>'ganaba bien, tenía un buen trabajo, que me gustaba, realmente no tuve en absoluto ningún motivo para quererme matar'</i></p> <p>Razones: <i>'a lo mejor sentía mucha presión de las exigencias de la vida, de la nada me empecé a sentir mal, no encontré un por qué... Me las tomé porque dije es ansiolítico y si no me mata dos días estaré dormida'</i></p> <p>-Búsqueda de relaciones amorosas en internamientos</p> <p>-Impulsividad: conductas sexuales</p> <p>Tercera hospitalización: Hospital Regional de Psiquiatría, IMSS Dr. Héctor H. Tovar Acosta San Fernando Edad: 32 años Tiempo de hospitalización: 15 días Causa: <u>intento suicida</u> Se cortó con un cúter</p> <p>Razones: <i>'...quiero ver si el dolor emocional lo puedes pasar al dolor físico... a lo mejor si lo hago voy a sentirme un poco mejor o más estable o me va a doler mi manita, pero está bien porque ya no me van a doler mis emociones...'</i></p> <p>-Hipotiroidismo derivado de intoxicación con litio</p> <p>-Conflictos con el personal médico</p> <p>Menciona que:</p>	<p><i>Trabajaba, estudiaba, tenía una fuerte depresión, incertidumbre de no saber que tenía por los fuertes síntomas físicos...</i></p> <p>Razones: <i>'...se acentuó la ausencia de la muerte de mi madre, todas las cosas de la adolescencia, la ruptura con mi familia, no estar cerca de ellos, sentirme solo, todo se juntó, mis relaciones amorosas pasada'</i></p> <p><i>'me lo tomé en la madrugada, me desperté, dije este es el día, ya no, me lo tomé y como ya abusaba de los medicamentos, a eso lo atribuyo, me fui a mi cama a esperar la muerte, pero pasaron las horas, pero no pasó nada... me fui a trabajar'</i></p> <p><i>'me salvó la vida mi jefe, fue crucial, me contaron que la ambulancia llegaría en dos horas, mi jefe decidió junto con un médico del trabajo llevarlo a un hospital psiquiátrico sin saber la gravedad'</i></p> <p>-Sin seguimiento después de salir del hospital</p> <p>-Red de apoyo del entorno laboral</p> <p>Calificación de atención: 7</p> <p>Hospital Regional de Psiquiatría, IMSS Dr. Héctor H. Tovar Acosta San Fernando Edad: 26 años Tiempo de hospitalización: 1 mes Causa: Ideación suicida</p> <p>Menciona que: <i>'tenía una decepción de mí mismo de no haberme podido matar, me pegaba en los hematomas en mis brazos por no lograr matarme, 'ni para eso sirves', tuve un momento de crisis-lucidez, donde sabía que no podía estar solo, porque algo más iba a intentar, le marcó a una amiga, le habló a otra amiga le pidió el Uber</i></p>
--	--	---

	<p><i>'Cacheteé a una doctora, me sentía muy mal... no me hicieron caso, ella se portó muy muy mal conmigo...me metí a la oficina de enfermeras y la empecé a encarar y ella con miedo, le hice un desmadre, quien sabe qué tanto dije, y le di la cachetada, pero ya tenía a los policías esperando a través de mí. Me pusieron una funda de almohada en la cabeza, me amarraron a la cama, no me dio nada para calmarme ni para dormir, estaba muy desesperada y traté de desamarrarme...'</i></p> <p>Calificación de atención: 6</p> <p>Cuarta hospitalización IMSS Hospital de Psiquiatría con UMF 10 Villa de Cortés Edad: 32 años Tiempo de hospitalización: 1 semana Causa: ideación suicida</p> <ul style="list-style-type: none"> -Oposición a métodos del médico (reducción de medicamentos) -Dependencia farmacológica -Conflictos con el personal médico <p>Menciona que: <i>'...le dije ya estoy hasta la madre, tú piensas que todo es bonito, y solita me voy a cuidar. Estuve 1 semana porque era día de informe para la familia y dije, sabes qué, va a venir mi familiar para el informe que das y déjame ir, y me dijo si quieres te puedo dejar ir...'</i></p> <p>Calificación de atención: 0</p>	<p><i>enfrente de la prepa 5 al Hospital de Psiquiatría Regional y estuve un mes hospitalizado.'</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -Red de apoyo de amigos -Logró descansar, tener alivio y estabilizarse <p>Menciona que: <i>'Me sentía en un hotel de 5 estrellas, no esperaba esa atención en el IMSS ... Fue un descanso, un alivio, me ayudó a estabilizarme a sentirme mejor, a aterrizar en ese momento a que tenía algo psiquiátrico'</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -Se acercó nuevamente a su familia -Nunca vio al psicólogo <p>Calificación de atención 9</p> <p>Tercera Hospitalización: Hospital de psiquiatría con UMF 10 IMSS Villa de Cortés Edad: 28 años Tiempo de hospitalización: unas horas Causa: abuso de ansiolíticos</p> <p>Menciona que: <i>'.. un amorío, que no conté en mis relaciones, me puse mal porque me mintió y me confrontó su novio, porque descubrí que tenía novio, y mi impulso por esa confrontación fue tomar muchos tranquilizantes, alprazolam que tenía guardado de mis prescripciones del IMSS...'</i></p> <p><i>'Solo estuve algunas horas. Me pusieron una solución salina intravenosa para evitar la absorción, para aminorar los efectos.'</i></p> <p>Calificación de atención: 5</p>
--	---	---

Tabla 17. Análisis cualitativo categoría Hospitalizaciones e intentos suicidas

En la categoría de hospitalizaciones, la participante 1 ha tenido 4, de las cuales 3 fueron en el Hospital de psiquiatría con Unidad Familiar 10 IMSS en Villa de Cortés y una en el Hospital Regional de Psiquiatría del IMSS en San Fernando. El participante 2 ha tenido 3, de las cuales una fue en el Hospital General del IMSS Parque de los Venados, la segunda en San Fernando, y la tercera en Villa de Cortés.

La primera hospitalización de la participante 1 fue por ideación suicida, estuvo mes y medio porque menciona ella que estaba muy mal, ya que el tiempo máximo era de 15 días, menciona que siempre en sus internamientos buscaba relaciones amorosas y anduvo con un hombre. La atención en este hospital la calificó con 5. En el caso del participante 2 estuvo hospitalizado por intento suicida consumiendo medicamentos en exceso, le hicieron lavado de estómago y solo estuvo 48 horas, solo fue ambulatoria y después lo dejaron salir, no tuvo un seguimiento, volvió a ir a su trabajo y ahí le dijeron que tenía que ir al Hospital de San Fernando, sentía decepción de no haber logrado morir y menciona que *'tuvo un momento de lucidez'* en donde supo que no podía estar solo y con ayuda de unas amigas, siendo las redes de apoyo nuevamente importantes en su caso, llegó al hospital en donde al ver su estado lo internaron y estuvo ahí por un mes, le parecía un ambiente muy agradable, la atención le pareció excelente, incluso se sorprendió, comenta *'haberse sentido en un hotel de 5 estrellas'*, un nutricionista lo vio y como era vegano, le dieron una dieta vegetariana. Menciona que logró descansar, tener alivio y estabilizarse. Así mismo, este evento lo acercó a su familia nuevamente. Menciona que nunca tuvo atención psicológica. Lo calificó con 9.

El segundo internamiento de la participante 1, también fue en el hospital de Villa de Cortés, fue por intento de suicidio, se tomó 3 botellas de clonazepam, le hicieron un lavado de estómago, en este caso volvió a buscar tener una relación amorosa y tuvo relaciones sexuales con un hombre, presentando sintomatología del TLP en impulsividad con conductas sexuales, menciona que ella pensó que se iban a seguir viendo pero que solo la utilizó. Calificó la atención nuevamente con 5.

Ambos participantes coinciden en que los intentos de suicidio fueron en momentos aparentemente tranquilos de su vida, sin una causa aparente. En el caso de la paciente 1, fue un momento de gran ansiedad y hace referencia a 'las exigencias de la vida' poniendo presión en ella, como lo ha sentido desde que era pequeña y en el paciente 2 con cierta estabilidad, trabajaba, estudiaba, tenía su novio, pero habían comenzado los síntomas de ataques de pánico sin saber lo que tenía, no sabía cómo se originaban, menciona que tenía una fuerte depresión, que no tenía una razón, que *'no quería seguir sufriendo'*, frase similar a lo que menciona la participante 1 sobre *'querer parar el dolor'* como se ve en el anexo 15, por lo que tomó 3 botellas de clonazepam, no esperaba morir realmente, llamó a su mamá para decirle lo que había hecho, y ella la llevó al hospital. En su segundo intento, la participante 1 se cortó con un cúter sin filo, comenta querer ver si el dolor emocional podía pasar a ser físico. De igual forma, después del acto, habló a su mamá y en esa ocasión ella se fue sola al hospital. La participante 1 realmente nunca menciona tener deseos de morir, su estrategia de salvación ha sido llamar a su mamá para decirle lo que hizo.

En el caso del participante 2, menciona que, viéndolo a la distancia, lo que quería era *'dejar de sentir'*, menciona que al estar en tranquilidad después de siempre haber estado en supervivencia, se acentuaron los momentos más complicados de su vida, como la pérdida de su madre, el rechazo de su familia, sus relaciones amorosas tormentosas. En

el acto, el participante 2 estaba resignado a morir, pero vio que ese momento no llegó y decidió irse a trabajar, tal vez pensó que no tendría efecto su intento, sin embargo sí estuvo a punto de morir, pero su jefe y los servicios médicos y psicológicos de su trabajo tuvieron un papel crucial para que él se salvara, reaccionando de manera oportuna incluso saltándose los protocolos de la empresa y llevándolo al Hospital Psiquiátrico de San Fernando, sin embargo no contaban con el equipo para lavado gástrico y de ahí tuvieron que llevarlo al Hospital General de Parque de los Venados, estando a punto de morir en el camino. Cabe mencionar que en el caso del participante 2, al no tener el equipo médico en el Hospital de San Fernando para realizar un lavado gástrico podría poner en peligro la vida de personas que cometen actos similares o incluso de sus propios pacientes, que podrían perder tiempo valioso para salvar la vida de su paciente.

El tercer internamiento de la participante 1 fue en el Hospital de San Fernando debido a un intento de suicidio con un cúter, no quería morir, solo quería ver si podía convertir el dolor emocional en físico. La participante 1 relata una experiencia diferente participante 2, donde menciona que sí tenía más actividades que hacer, sin embargo, menciona haber sido intoxicada con litio generando hipotiroidismo, y tuvo un conflicto con una de las doctoras, a la que le dio una cachetada, presentando también sintomatología propia de TLP de acuerdo al DSM-V (APA, 2013), con ira inapropiada. Lo calificó con 6. A pesar de sus malas experiencias, la calificación a este hospital fue más alta que la de Villa de Cortés.

El último internamiento del participante 2 fue debido a un evento de confrontación que tuvo con el novio de un chico con el que salía, pero desconocía que tuviera novio, esto le generó mucha ansiedad y comenzó a tomar muchos ansiolíticos para sentirse mejor, una de sus *roomies* se dio cuenta y lo llevaron al hospital.

En el último internamiento de la participante 1 fue a causa de ideación suicida, no le gustó el método del doctor que le tocó, pues le quitó todos los medicamentos, no podía estar sin quetiapina para poder dormir bien, podría haber cierta dependencia farmacológica. Volvió a tener conflictos con el personal médico por esta situación y ella misma decidió irse del hospital y el doctor lo permitió. Esta hospitalización también fue en el Hospital de Villa de Cortés, en esta ocasión lo calificó con 0.

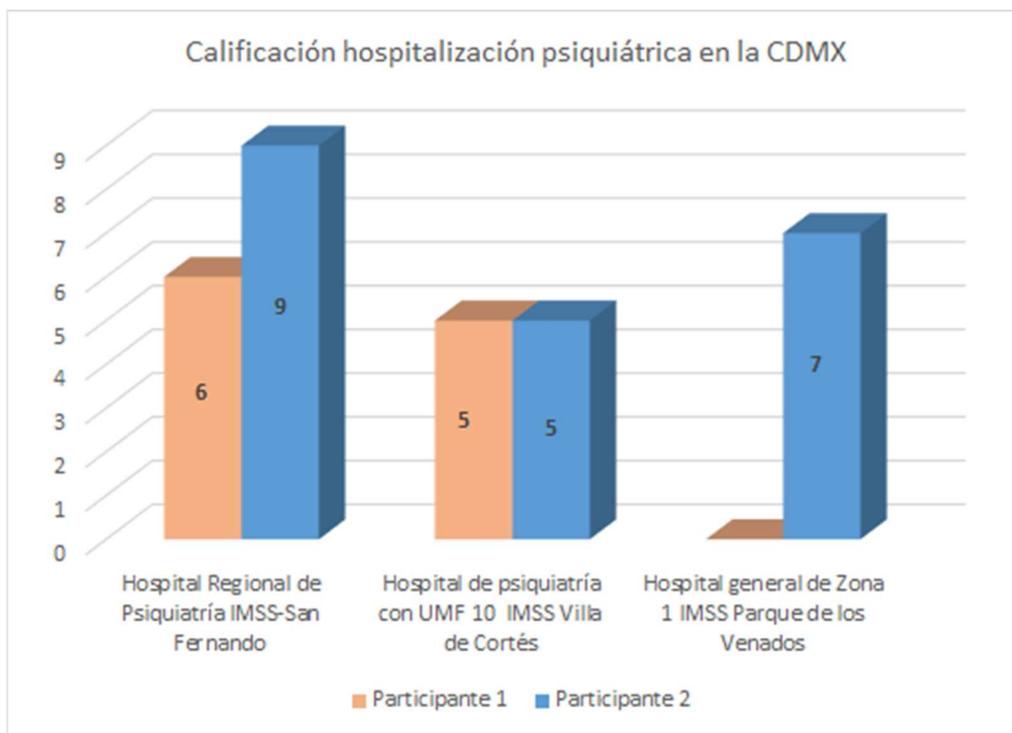


Figura 12. Hospitalizaciones | Calificación de hospitalización psiquiátrica en la CDMX

En la figura 12 se observa que el hospital con mejor calificación fue el Hospital Regional del IMSS-San Fernando, con 6 por parte del participante 1 y con 9 por parte del participante 2. La calificación para el Hospital de psiquiatría del IMSS-Villa de Cortés, fue considerada con 5 para ambos pacientes, la última calificación de la participante 2 para este hospital no fue considerada eliminando las calificaciones extremas. En el caso del Hospital general del IMSS-Parque de los Venados, no se cuenta con calificación por parte de la participante 2, pues, aunque aquí es a donde acude a consulta, nunca ha estado hospitalizada en este lugar.

Categoría 9.1	Participante 1	Observaciones	Participante 2	Observaciones
Mejoría desde el diagnóstico	Lo califica con 8		Lo califica con 8	
<i>Diferencias entre la primera y la última crisis</i>	<i>‘En mi primera crisis no sabía nada de nada como para controlarme, no sabía qué hacer y tenía la ideación suicida porque ya no me quería sentir mal y no sabía cómo autorregularme</i>	Ideación suicida por desconocimiento de regulación emocional	<i>‘Poner en práctica todas las terapias, sin importar cuál, todo lo que he aprendido en terapias y de autoayuda de manera autodidacta, eso ha sido una gran</i>	Conocimiento de herramientas terapéuticas para afrontar las situaciones

	<p><i>'En la última ya tenía la noción de varias cosas, ya sabía qué me ayudaba y qué no me ayudaba, ya sabía las situaciones en donde podía tener otra crisis y trataba de evitarlos, hasta ahorita, trato de no pelearme con alguien, darles mucha importancia a las cosas'.</i></p>	<p>Identificación de situaciones que podrían desencadenar crisis</p>	<p><i>diferencia'.</i></p>	
<p><i>Impacto negativo de las crisis</i></p>	<p><i>Primera crisis: 10 Última crisis: 0</i></p>		<p><i>Primera crisis: 10 Última crisis: 2</i></p>	

Tabla 26. Mejoría desde el diagnóstico

La mejoría percibida por los dos participantes es muy similar, ambos la califican con 8, y el impacto negativo de su última crisis la participante 1 la califica con 0 y el participante 2 la califica con 2. En el manejo de las crisis las diferencias que menciona la participante 1 es la identificación de situaciones que podrían desencadenar una crisis y conocimiento sobre cómo autorregularse y en el caso del participante 2, el uso de herramientas terapéuticas.

Discusión

En respuesta a la presente investigación ¿Cuál es el impacto de algunos factores personales y clínicos sobre el estado de salud, la calidad de vida percibida y la severidad de la sintomatología en dos casos de Trastorno Límite de la Personalidad tratados por más de 4 años en la Ciudad de México? Se encontró que los factores clínicos adversos pueden llegar a tener un impacto muy negativo en el estado de salud, la calidad de vida percibida y la severidad de la sintomatología de Trastorno Límite de la personalidad, ya que factores como el tiempo de diagnóstico y las decisiones sobre tratamientos farmacológicos y no farmacológicos pueden tener un efecto contraproducente en los pacientes, como lo mencionaba Stern (1938), una de sus preocupaciones era que los tratamientos muchas veces no terminaban siendo benéficos para este tipo de pacientes.

Sin embargo, también se encontró gran relevancia en el impacto que pueden tener algunos factores personales como son la solidez de redes de apoyo con las que cuentan los pacientes.

El objetivo de esta investigación fue determinar el impacto de algunos factores personales y clínicos sobre el estado de salud, la calidad de vida percibida y la severidad de la sintomatología en dos casos de Trastorno Límite de la Personalidad tratados por más de 4 años en la Ciudad de México, el cual se cumplió satisfactoriamente ya que se encontraron diferencias significativas entre los dos participantes del estudio, encontrando que la participante 1 tiene un peor estado de salud, calidad de vida percibida y mayor sintomatología del Trastorno Límite de la Personalidad que el participante 2, de acuerdo al análisis cuantitativo realizado y corroborado con el análisis cualitativo, gracias al cual también se analizaron a fondo los factores personales y clínicos a los que podrían atribuirse esas diferencias.

En cuanto los objetivos específicos de describir cualitativamente las características personales y clínicas de dos pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad y describir cuantitativamente la severidad de la sintomatología del Trastorno Límite de la Personalidad, estado de salud y calidad de vida percibida en los dos casos estudiados también se puede decir que se cubrieron satisfactoriamente encontrando las posibles relaciones de causalidad teniendo los siguientes resultados:

Comprobamos la hipótesis H_0 : Variables personales como un contexto de vida y desarrollo desfavorable no se asocian con mayor severidad de los síntomas, peor estado de salud y menor calidad de vida perciba

Si bien sí se encontró que algunos de los factores personales como el abuso de sustancias en familiares, eventos traumáticos, abuso físico, abandono, adversidades durante la infancia, desapego de los padres, relaciones invalidantes y falta de implicación emocional, sí están relacionados con la etiología del Trastorno Límite de la Personalidad como se menciona en NIMH (s.f.), el impacto que tienen en la recuperación puede pasar a segundo término en determinadas situaciones.

Esto lo podemos decir porque los dos participantes crecieron con situaciones como bullying, rechazo e invalidación, pero el contexto de vida del participante 2 es más desfavorable que el contexto de la participante 1, ya que el participante 2, vivió pobreza extrema, violencia intrafamiliar, la pérdida de su madre y fue corrido de su casa a los 16 años, siendo rechazado por toda su familia por ser homosexual. Sin embargo, es probable que la percepción de la participante 1 sobre su propio contexto sea totalmente desfavorable y directamente relacionado con la severidad de sus síntomas, su estado de salud y su calidad de vida.

En cuanto a las parejas, ambos participantes han tenido contextos desfavorables, estas representan un punto de gran relevancia, pues representan el origen de varias de sus crisis emocionales en la adolescencia y parte de la adultez. La participante 1 tuvo una relación con una persona con Trastorno Bipolar y desde entonces no ha tenido una relación seria en 9 años, pero sí una gran cantidad de relaciones pasajeras en donde primero idealiza y luego devalúa a las personas al no hacerle caso o al alejarse de ella, coincidiendo con la sintomatología en TLP, sobre *'Un patrón de relaciones interpersonales*

inestables e intensas caracterizado por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación' en el DSM-V (APA, 2013).

El participante 2 tuvo una relación violenta física y emocionalmente, comenzando su sentimiento crónico de vacío. Al momento de ser diagnosticado, tenía una pareja estable, que lo apoyó mucho y a la que le guarda gratitud, sin embargo, decidió terminar la relación para *'rescatarse a sí mismo'*. Desde entonces solo ha tenido una relación, sin embargo, fue breve y terminó porque no comprendía el Trastorno Límite de la Personalidad, esta fue la última crisis que tuvo el participante 2, la cual comenta que afrontó diferente, de manera positiva poniendo en práctica todo lo que ha aprendido en las terapias. Por lo tanto, a pesar de las malas experiencias vividas anteriormente no influyeron en el manejo de su última crisis.

Comprobamos la hipótesis **H₂**: Variables personales como desconocimiento del trastorno en general e incomprensión familiar y social se asocian con mayor severidad de los síntomas, peor estado de salud y menor calidad de vida percibida.

En cuanto al desconocimiento del Trastorno Límite de la Personalidad y la incomprensión familiar y social, la participante 1 menciona que su familia está dispuesta a ayudarla, sin embargo no saben cómo, Vargas (2017) menciona que es ideal que las familias cuenten con herramientas adecuadas para aprender a enfrentar crisis, agresividad, autolesiones e intentos suicidas, así mismo el NIMH (s.f.) menciona que ante el desconocimiento, la familia podría estar teniendo conductas contraproducentes, en el caso del participante 2, al haber crecido alejado de su familia, no cuenta con ellos como red de apoyo, por lo que la interacción con ellos no afecta de forma positiva o negativa, comenta ya no importarle que comprendan el trastorno, pero antes sí lo esperaba.

La participante 1 mencionó varias conductas invalidantes de parte de su mamá, como hablar por ella al ir al psicólogo, o regañarla por mandarle cartitas a un niño. Actualmente podría estarse repitiendo esta invalidación ya que vive con sus papás y en el cuestionario de calidad de vida, menciona que no hace actividades en casa, incluso no aportar económicamente, eligiendo la opción en el Cuestionario de Calidad de Vida de *'demasiado enferma para hacerlo'*, sin embargo, en las actividades laborales obtuvo un puntaje de 100% en donde se mencionó capaz de realizar todas sus actividades sin ningún tipo de problema. Por otro lado, se encontró que la participante 1 en la adolescencia recibía una recompensa al enfermarse *'...me enfermaba a propósito para que me tratara bien mi mamá'*, y podría haber sido reforzado con el cambio conductual de su papá al comenzar a ser más cariñoso después de ser diagnosticada con TLP. Al hablar de los problemas con sus papás hace referencia a que está enferma de hipotiroidismo, diabetes y TLP, y que no le tienen consideración.

Por otro lado, para el participante 2, la solidez del apoyo de sus amigos y el apoyo de su entorno laboral ha impactado positivamente en su salud, su calidad de vida y en la severidad de los síntomas del TLP. En el caso de los amigos, la participante 1 no cuenta con esta red de apoyo, pues se distanció de sus amigas cercanas.

En el entorno laboral, la participante 1 menciona que ha perdido su trabajo en dos ocasiones poco tiempo después de que dice que tiene un trastorno, y menciona que sentía que la vigilaban o la veían con miedo, pero también menciona que tal vez podría ser paranoia de ella, sin embargo, al final perdió su trabajo.

En el caso del participante 2 Su entorno laboral le dio al participante 2 gran estabilidad, seguridad y la oportunidad de recuperarse, pues contó con un apoyo integral al proporcionar atención médica y psicológica, tratar el padecimiento de enfermedades psiquiátricas con respeto y sin prejuicios, dice lo tratan '*como si fuera cualquier otro padecimiento*'. Un momento muy relevante, es que cuando fue su intento de suicidio, tomó muchas pastillas, no tuvo efecto inmediato y después decidió ir a trabajar, y su jefe fue quien le salvó la vida llevándolo al hospital, después de salir del hospital se presentó a trabajar y fueron ellos quienes le pidieron que se hospitalizara en el Hospital Regional de Psiquiatría de San Fernando, respetando su incapacidad y manteniendo su trabajo durante el mes que estuvo hospitalizado.

En cuestiones de pareja, la participante 1 menciona no haber tenido pareja desde hace 9 años y el participante 2 menciona que la pareja que tenía cuando fue diagnosticado lo apoyó mucho, aunque tal vez no comprendía lo que le pasaba, y la pareja que tuvo mucho tiempo después, duró muy poco y terminó con él precisamente porque le dijo que no comprendía el trastorno.

En cuanto al apoyo terapéutico, ambos cuentan con esta red de apoyo, sin embargo, el apoyo que ha tenido el participante 2 en la Terapia Dialéctico Conductual ha sido mayor derivado del conocimiento específico del trastorno, ya que esta es una terapia de tercera generación, creado por la Dra. Linehan en 1993 especialmente para el Trastorno Límite de la Personalidad.

Como podemos ver, la participante 1 cuenta solo con la red de apoyo de su familia, sin embargo, comenta que no saben cómo ayudarle por desconocimiento del trastorno. En el caso del participante 2, cuenta con la red de apoyo de sus amigos y de su trabajo, siendo sobre todo este último el que le dio la oportunidad de lograr una mayor estabilidad en general en su vida, al haber comprensión de que tiene un padecimiento psiquiátrico y conservar dicho empleo.

Comprobamos la hipótesis **H₃**: Variables clínicas como diagnóstico y tratamiento oportunos se relacionan con mayor severidad de síntomas, peor estado de salud y menor calidad de vida percibida.

Ya que se encontró que el deteriorado estado de salud de la participante 1 es atribuible en parte a los efectos secundarios derivados del tratamiento farmacológico que lleva, como son mareo, somnolencia, temblor de manos, náuseas, perder el equilibrio, caerse y alteraciones en la memoria. Lo cual podría estar acentuado por el poco seguimiento psiquiátrico que tiene y que deja de tomar medicamentos que no le surten en el IMSS. Otro de los efectos secundarios que ha sufrido es que menciona que a raíz de un tratamiento con litio desarrolló hipotiroidismo, lo que han impactado directamente en su salud física y emocional pues comenta que le genera mucho malestar y ha contribuido a tener sobrepeso, pues está 30 kg arriba de su peso, esto ha derivado en otras afecciones de salud como prediabetes, coincidiendo con lo que se menciona en NIMH (s.f.) sobre comorbilidad, en donde la obesidad es uno de los efectos secundarios de algunos fármacos recetados. Esto ha acentuado la sintomatología del Trastorno Límite de la Personalidad en cuanto a impulsividad relacionada con atracones de comida de acuerdo con el DSM-V (APA, 2013) y teniendo pensamientos relacionados con bulimia y anorexia, incluso comenta ya haberlo intentando.

Derivado de los efectos secundarios del tratamiento farmacológico de la paciente 1, ha tenido un impacto directo también en su percepción de calidad de vida, pues de acuerdo a los resultados del Cuestionario de Calidad de Vida (Q-LES-Q), tiene un nivel de satisfacción muy malo en cuanto a deseo sexual, su situación económica, su capacidad para desplazarse sin sentir mareos, inestabilidad o caídas.

En relación a sintomatología del Trastorno Límite de la Personalidad de la participante 1, de acuerdo a los resultados de la Entrevista Diagnóstica para Trastorno Límite de la Personalidad (DIB-R), obtuvo un puntaje total de 7 puntos, indicando la presencia del trastorno, en donde las áreas con mayor puntaje fueron la de relaciones interpersonales y de patrón de conductas impulsivas, lo cual se corroboró con el análisis cualitativo al mencionar haber tenido una gran cantidad de relaciones amorosas ocasionales, buscar con quien relacionarse sentimentalmente en las hospitalizaciones, impulsividad en conductas relacionadas con sexo, agresividad y atracones de comida. Por su parte, el participante 2 con un puntaje total de 5 puntos indicaría que no hay presencia del trastorno, sin embargo, en los resultados de la Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos de Personalidad del DSM-IV (SCID-II), ambos participantes tuvieron un puntaje de 11 puntos, indicando la presencia del trastorno. Es importante mencionar que la DIB-R solo considera el estado de los participantes 2 años atrás, tiempo en que el participante 2 contó con un tratamiento especializado e integral específico para Trastorno Límite de la Personalidad en el Instituto Nacional de Psiquiatría con la Terapia Dialéctico Conductual.

Aquí cabe mencionar que tal vez la participante 1 no tuvo una derivación oportuna, pues menciona que la misma psicóloga le comentó *que 'hay muchos profesionales que afirman que este tipo de terapia (el psicoanálisis) no es para TLP, tú y yo les vamos a demostrar que sí sirve porque es algo emocional'*, sin embargo, de acuerdo a AIAQS (2011) de la corriente psicoanalítica existe la Psicoterapia focalizada en Transferencia (PFT) o Terapia basada en transferencia (TBT), la Terapia basada en la mentalización (TBM) y la Terapia Conversacional de Hobson (TCH) para el Trastorno Límite de la Personalidad. Si bien la participante 1 califica la efectividad de la terapia con 10, los resultados del SF-36 en cuanto a función social, del Cuestionario de Calidad de Vida en cuanto a estado de ánimo y de la Entrevista Diagnóstica para Trastorno Límite de la Personalidad en cuanto al patrón de conductas impulsivas y de relaciones interpersonales, indican que aún hay mucho por trabajar.

Una diferencia importante es el tiempo en que fueron diagnosticados. La primera vez que la participante 1 buscó ayuda psicológica por una crisis de ansiedad fue a los 22 y fue diagnosticada hasta los 29, pasando 8 años, coincidiendo con lo que se menciona en NIMH (s.f.), sobre que el diagnóstico adecuado puede tener una demora de 9 a 5 años en mujeres y de 6 a 5 años en hombres. En este caso, el diagnóstico de él sí fue menor, pero fue en menos de 1 año después del primer evento de crisis, a pesar de que él no tenía idea de lo que sucedía pues el primer especialista al que visitó fue un cardiólogo, sin embargo, no saber qué tenía mermó aún más su salud emocional, lo que apresuró en cierta forma el diagnóstico al tener un intento suicida y ser hospitalizado de emergencia.

Algunas nuevas categorías que surgen de la investigación son:

- Percepción
- Regulación emocional
- Invalidación

Algunas nuevas hipótesis explicativas que surge de la presente investigación son:

H: Variables como un contexto de vida y desarrollo desfavorable impactan en la severidad de los síntomas, peor estado de salud y menor calidad de vida percibida dependiendo de la percepción y la regulación emocional

H: Un entorno laboral como red de apoyo impacta en un mejor estado de salud, mejor calidad de vida percibida, y menor sintomatología TLP

H: Sobreprotección e invalidación de los padres impiden la recuperación de hijos adultos con Trastorno Límite de la Personalidad

Conclusiones

Las personas que padecen Trastorno Límite de la Personalidad pueden tener serias complicaciones de salud física y emocional derivadas de varios factores como el diagnóstico tardío, tener serias afectaciones de salud física y no solo emocionales como se menciona en el NIMH (s.f.), ya que aunque acudan en búsqueda de atención especializada, ya sea psicológica o psiquiátrica, al no conocer el diagnóstico, se podrían estar tomando las decisiones inadecuadas en cuanto a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos. Aquí la importancia de que los profesionales de la salud y la población en general conozca los síntomas del Trastorno Límite de la Personalidad, así como las graves complicaciones de salud física y emocional que podría tener para quienes lo padecen, con lo que se podría no solo lograr una mejor atención psicológica y psiquiátrica, sino también redes de apoyo familiares y sociales más sólidas para los pacientes al brindar información a la población en general para tener un tratamiento y un diagnóstico oportuno.

Durante el proceso de investigación se encontró que ambos participantes tuvieron un desarrollo de la enfermedad y una ruta de búsqueda de ayuda muy similar, sin embargo, hay muchas diferencias en el estado actual de ambos participantes, esto podría estar derivado de los servicios y la atención que cada uno recibió de las instituciones médicas públicas de la Ciudad de México, encontrando algunas áreas de oportunidad como:

- Capacitación a profesionales de la salud mental sobre TLP
- Mejorar el seguimiento y supervisión del tratamiento psiquiátrico en el IMSS

-Mejorar la atención diagnóstica en el Instituto Nacional de Psiquiatría y en la atención psiquiátrica ambulatoria del IMSS

-Optimizar los tratamientos no farmacológicos / psicológicos en las instituciones psiquiátricas de la CDMX

Algunas de las limitantes de la investigación es que no se tomó en cuenta el impacto para las familias con pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad:

-La investigación fue realizada con pacientes que ya llevan un tiempo considerable conociendo su diagnóstico, que ya han tenido tratamientos psicológicos y farmacológicos durante un tiempo, probablemente con pacientes con poco de haber sido diagnosticados se encontrarían nuevas variables de estudio.

-Los participantes presentaron comorbilidad con otros trastornos de personalidad de acuerdo al Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos de Personalidad del DSM-IV (SCID-II), como el Trastorno de Personalidad Narcisista, Trastorno Obsesivo Compulsivo y Trastorno Antisocial de la Personalidad, los cuales pudieron haber influido en los resultados de la investigación), sin embargo esta justamente es una de las complicaciones que implica el Trastorno Límite de la Personalidad, pues Lenzenweger et al. (2007) menciona que en el National Comorbidity Survey Replication financiado por el NIMH (s.f.) en EUA se encontró que aproximadamente el 85% cumplen criterios diagnósticos de otras enfermedades mentales.

-Ninguno de los participantes presenta el síntoma de autolesiones, uno de los síntomas que podría ser más complicados de manejar en momentos de crisis.

Por otro lado, es muy alto el tiempo que puede pasar para que una persona con Trastorno Límite de la Personalidad sea diagnosticada, por lo que sería importante poner en marcha campañas de información masiva en México para hacer conciencia sobre los síntomas del trastorno y saber cuál es la mejor forma de llegar a la atención especializada tanto para los pacientes como para las familias y personas cercanas para tener un tratamiento y un diagnóstico oportuno.

Bibliografía

- Agencia d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut (AIAQS, 2011) *Guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad. Versión resumida*. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Barcelona, España. [fecha de Consulta 3 de marzo de 2021] Disponible en: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_482_Trastorno_Limite_Personalidad_resumida.pdf
- American Psychiatric Association, (APA, 2013) *DSM-V Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*.
- Aragonés, E., Salvador L., López, J., Ferrer, M., Piñol, M. (2013) *Gaceta sanitaria: Órgano oficial de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria*, ISSN 0213-9111, Vol. 27, Nº. 2, 2013, págs. 171-174
- Artiles, L., Otero, J. & Barrios, I. (2008). *Metodología de la investigación para las ciencias de la salud*.
- Barria, N. (s.f.) *El abordaje clínico de personas diagnosticadas con trastorno límite de la personalidad: una exploración de las escuelas cognitivo-conductual, gestalt, posracionalismo y psicoanálisis*. Chile
- Beck, A., John R. Brian F. & Gary, E. (1979), *Cognitive Therapy of Depression*, New York. Bural, F. (2017) Eficacia de la psicoterapia para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad: una revisión. *Papeles del Psicólogo*, 38(2), Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos, España. [fecha de Consulta 3 de Marzo de 2021] Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77851775012>
- Caballo, V., y Camacho, S. (2000). El trastorno límite de la personalidad: Controversias actuales. *Psicología desde el Caribe*, (5),31-55.[fecha de Consulta 25 de Marzo de 2021]. ISSN: 0123-417X. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21300503>
- Chapman J, Jamil RT (2020), *Fleisher C. Borderline Personality Disorder*. Treasure Island (FL): StatPearls. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430883/>
- Doering, S. (2014) La psicoterapia focalizada en transferencia. *Psicopatol. salud ment.* 2014, 24, 19-35
- Elices, M., & Cordero, S. (2011). Terapia dialéctico conductual para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 1(3),132-152. [fecha de Consulta 28 de Marzo de 2021]. ISSN: [fecha de Consulta 31 de Marzo de 2021] Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=475847405006>
- 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(4), 317-325. [fecha de Consulta 27 de Marzo de 2021] Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252009000400007&lng=es&tlng=es.
- Endicott, J., Nee, J., Harrison, W. y Blumenthal, R. (1993). Quality of life enjoyment and satisfaction questionnaire: A new measure. *Psychopharmacology Bulletin*, 29(2), 321–326.
- Fernández, (2018), *El Trastorno Límite de la Personalidad*. Universidad Cantabria. [fecha de Consulta 16 de junio de 2021]. Disponible en: <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/14105/FernandezFernandezR.pdf?sequence=1&isAllowed=y#:~:text=Se%20ha%20demostrado%20que%20el,tambi%C3%A9n%20con%20psicoterapia%20de%20apoyo32>.
- Fernández-Guerrero, M. (2017). Los confusos límites del trastorno límite. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 37(132),399-413. [fecha de Consulta 22 de Marzo de 2021]. ISSN: 0211-5735. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=265054077005>

- Gagliesi, P., Pechon, C., Boggiano, J., Stoewsand, C. (s.f.) Programa Psicoeducativo dirigido a personas con Desorden Límite de la Personalidad, sus familiares y allegados. Fundación Foro. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente
- Gallart, S. (2015) Predicción de los trastornos de la personalidad del Eje II del DSM-IV-TR a partir de diferentes modelos dimensionales: Costa y McCrae, Zuckerman y Cloninger. [fecha de Consulta 19 de Mayo de 2021]. Disponible en: <https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/306603/Tsgm1de1.pdf;sequence=5>
- García M., Bascarán, M., Sáiz P., Parellada, M., Bosuño, M. y Bobes, J. Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica (2014). Servicio de Psiquiatría de la Universidad de Oviedo.
- González, M., Rodríguez F., Páez, F. Robles, R., Altamirano, M. Atilano, O., Buenrostro, M., Cambero, E. (2006), Evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud en población mexicana: propiedades psicométricas de la versión en español del SF-36. *Revista de Psiquiatría*, 22(3), pp. 5-7. México. ISSN: 0187-4543 [fecha de Consulta 16 de Marzo de 2021] Disponible en: <https://biblat.unam.mx/es/revista/psiquiatria-mexico-d-f/articulo/evaluacion-de-la-calidad-de-vida-relacionada-con-la-salud-en-poblacion-mexicana-propiedades-psicometricas-de-la-version-en-espanol-del-sf-36>
- Great Place to Work (2020) *Ranking nacional 2020 500-5000 colaboradores*. [fecha de Consulta 16 de Mayo de 2021] Disponible en: <https://greatplacetowork.com.mx/ranking-mexico-2020/>
- Grilo CM, Becker DF, Edell WS, McGlashan TH. Stability and change of DSM-III-R personality disorder dimensions in adolescents followed up 2 years after psychiatric hospitalization. *Compr Psychiatry*. 2001;42(5):364-8.
- Hauser, M., Garcia, H., Leporatti, J. (2020) Análisis de confiabilidad y validez del Cuestionario de Calidad de Vida: Satisfacción y Placer (Q-LES-Q) en trabajadores de salud pública. *Revista interamericana de Psicología*, 54(3) [fecha de Consulta 5 de mayo de 2021] Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/347932982_Analisis_de_confiabilidad_y_validez_del_Cuestionario_de_Calidad_de_Vida_Satisfaccion_y_placer_Q-LES-Q_en_trabajadores_de_Salud_Publica
- Hazlett EA, Speiser LJ, Goodman M, Roy M, Carrizal M, Wynn JK, Williams WC, Romero M, Minzenberg MJ, Siever LJ & New AS. (2007) Exaggerated affect-modulated startle during unpleasant stimuli in borderline personality disorder. *Biol Psychiatry*. 1;62(3):250–5. 7.
- Hernández Sampieri, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2010). Metodología de la investigación (5° Ed.). [fecha de Consulta 5 de mayo de 2021] Disponible en: http://jbposgrado.org/material_seminarios/HSAMPIERI/Metodologia%20Sampieri%205a%20edicion.pdf
- Lenzenweger MF, Lane MC, Loranger AW & Kessler RC (2007) DSM-IV personality disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biol Psychiatry*, 15;62(6):553-64. doi: 10.1016/j.biopsych.2006.09.019. Epub 2007 Jan 9. PMID: 17217923; PMCID: PMC2044500.
- López, A., Rondón, J., Callerino, C. y Alfano, S. (2010) Guía esquematizadas de los trastornos de personalidad para profesionales, desde el modelo de Theodore Millon, *Ciencias Psicológicas*, 4(2), pp. 239-271 [fecha de Consulta 25 de abril de 2021] ISSN 1688-4094. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5319744>
- López, D., & Cuevas, P., & Gómez, A., & Mendoza, J. (2004). Psicoterapia focalizada en la transferencia para el trastorno límite de la personalidad. Un estudio con pacientes femeninas. *Salud Mental*, 27(4),44-54.[fecha de Consulta 27 de Marzo de 2021]. ISSN: 0185-3325. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58242706>

- Lugo, L. García H., & Gómez, C. (2006). Confiabilidad del cuestionario de calidad de vida en salud SF-36. En Medellín Colombia. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 24(2), 37-50. [fecha de Consulta 3 de Marzo de 2021] Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2006000200005
- Mantilla, M. (2011). Manejo y expresión del cuerpo en el caso del trastorno límite de la personalidad: el cuerpo como objeto de prácticas psiquiátricas. *Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad*, 3(6),20-32.[fecha de Consulta 27 de Marzo de 2021]. ISSN: 1852-8759. [fecha de Consulta 3 de Marzo de 2021] Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=273219417003>
- Meyer B, Pilkonis PA & Beevers CG. (2004) What's in a (neutral) face? Personality disorders, attachment styles, and the appraisal of ambiguous social cues. *J Pers Disorder*;18(4):320–36.
- Miranda, E. (2018), Terapia Dialéctica Conductual para el Trastorno Límite de la Personalidad. Videoconferencia. Instituto Nacional del Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=tof3rAW01fQ>
- National Collaborating Centre for Mental Health (2009) *Borderline Personality Disorder: treatment and management*. London: National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)
- National Institute of Mental Health (NIMH), (s.f.) *Trastorno Límite de la personalidad*. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. National Institutes of Health (NIH), EUA. Versión en español. [fecha de Consulta 5 de Marzo de 2021] Disponible en: http://ipsi.uprrp.edu/opp/pdf/materiales/limite_personalidad.pdf
- OMS, Organización Mundial de la Salud. (1992) *CIE 10 Trastornos de la personalidad y del comportamiento en adultos*. [fecha de Consulta 5 de Marzo de 2021] Disponible en: <http://ais.paho.org/classifications/Chapters/>
- OMS, Organización Mundial de la Salud. (2018) *CIE 11 Trastornos de la personalidad y rasgos relacionados*.<https://icd.who.int/browse11/l-m/es/#/http://id.who.int/icd/entity/941859884>
- OMS, Organización Mundial de la Salud. (1996) *La gente y la salud. ¿Qué calidad de vida?* Foro Mundial de la Salud. [fecha de Consulta 25 de Abril de 2021] Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/55264/WHF_1996_17_n4_p385-387_spa.pdf?sequence=1
- OMS, Organización Mundial de la Salud, (2019). Trastornos mentales. [fecha de Consulta 10 de Abril de 2021] Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
- OMS, Organización Mundial de la Salud, (s.f.) Midiendo la calidad de vida. [fecha de Consulta 25 de Abril de 2021] Disponible en: <https://www.who.int/tools/whoqol>
- OMS, Organización Mundial de la Salud, (s.f.) ¿Cómo define la OMS la salud? [fecha de Consulta 25 de Abril de 2021] Disponible en: <https://www.who.int/es/about/who-we-are/frequently-asked-questions#:~:text=%C2%BFC%C3%B3mo%20define%20la%20OMS%20la,ausencia%20de%20afecciones%20o%20enfermedades%C2%BB>.
- Piñero, 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 (TLP). *Revista Colombiana de Psicología*, (17),105-114.[fecha de Consulta 27 de Marzo de 2021]. ISSN: 0121-5469. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80411803008>
- Rand Corporation, *36-Item Short Form Survey (SF-36) Scoring Instructions*. [fecha de Consulta 16 de Mayo de 2021]. Disponible en: https://www.rand.org/health-care/surveys_tools/mos/36-item-short-form/scoring.html
- Reyes Ortega, Michel André, & Vargas Salinas, Angélica Nathalia, & Tena Suck, Antonio (2015). Modelo conductual contextual de la etiología y mantenimiento del trastorno límite de la personalidad. *Psicología Iberoamericana*, 23(2),66-76.[fecha de Consulta 26 de Marzo de

2021]. ISSN: 1405-0943. Disponible en:
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=133944231008>

Rinne T, Van den Brink W, Wouters L, Van Dyck R. (2002), SSRI treatment of borderline personality disorder: a randomized, placebo-controlled clinical trial for female patients with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*.

Secretaría de Salud, (s.f.) 207. *Alrededor de 1.5% de la población padece trastorno límite de la personalidad*. Prensa, Gobierno de México. [fecha de Consulta 5 de Marzo de 2021]. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/prensa/270-alrededor-de-1-5-de-la-poblacion-padece-trastorno-limite-de-la-personalidad>

Stern A. (1938) Psychoanalytic investigation of and therapy in the border line group of neuroses. *Psychoanalytic Quarterly*;7:467-89.

Stuss, T. & Alexander, P. (2000). Executive functions and the frontal lobes: a conceptual view. *Psychology Research*, 63, 289-298.

Tyrer, P., Mulder, R., Crawford, G., Newton-Howes, G., Simonsen, E., Ndeti, D., Koldobsky, N., Fossati, A. Mbatia., J. & Barret, B. (2010) Personality disorder: a new global perspective. *World Psychiatry*. Feb; 9(1): 56–60. doi: 10.1002/j.2051-5545.2010.tb00270.x

Vargas, (2017) Trastorno Límite de la personalidad, más común en mujeres. *Boletín UNAM-DGCS-718*. [fecha de Consulta 5 de Marzo de 2021]. Disponible en: https://www.dgcs.unam.mx/boletin/bdboletin/2017_718.html

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

Zanarini MC, Frankenburg FR, Dubo ED, Sickel AE, Trikha A, Levin A, Reynolds V. (1998) *Axis I comorbidity of borderline personality disorder*. *Am J Psychiatry*. Dec;155(12):1733-9. doi: 10.1176/ajp.155.12.1733. PMID: 9842784.

Zanarini MC, Frankenburg FR, Reich DB, Marino MF, Lewis RE, Williams AA, et al. (2000) *Biparental failure in the childhood experiences of borderline patients*. *J Pers Disord*.

Zanarini MC, Frankenburg FR, Hennen J, Reich DB, Silk KR. (2005) *The McLean Study of Adult Development (MSAD): overview and implications of the first six years of prospective follow-up*. *J Personal Disord*.

Zelkowitz P, Paris J, Guzder J & Feldman R. (2001) Diatheses and stressors in borderline pathology of childhood: the role of neuropsychological risk and trauma. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*;40(1)

Zegarra, J.y Chino, N. (2019) La cognición social y las funciones ejecutivas en el trastorno límite de la personalidad: evidencia de procesos cognitivos alterados. *Salud mental*, 42(1), pp. 33-41, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. [fecha de Consulta 5 de Marzo de 2021] Disponible en: <https://www.redalyc.org/jatsRepo/582/58259456005/index.html>

Anexos

Instrumentos

- Entrevista semiestructurada a profundidad sobre factores personales y clínicos

https://docs.google.com/document/d/1EZX1mLBOCbhtQnE4deVWzUYBZXLmz-UDYWG_msX7QCo/edit?usp=sharing

<https://docs.google.com/document/d/14pteiFWMpj0GbxQRJFDuVzT5Kr8APDuFnwOgW99c3-M/edit?usp=sharing>

- Entrevista Diagnóstica Revisada para Pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad (Diagnostic Interview for Borderlines-Revised, DIB-R). Tomado de García et al. (2014)

https://drive.google.com/file/d/1PDL8fnNAncyK0ODZX6Et6qwjPRIF_X_z/view?usp=sharing

- Cuestionario sobre Calidad de Vida: Satisfacción y Placer (Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire, Q-LES-Q) Tomado de García et al. (2014)

<https://drive.google.com/file/d/1n2QpUPMGe66RkJrIP8A5gaUUVfQnhbjV/view?usp=sharing>

- Cuestionario SF-36 sobre el Estado de Salud (Short-Form, SF-36) Tomado de García et al. (2014)

<https://drive.google.com/file/d/16OEXW0OtZEc06sH1LP7rcq2WCTiedfJu/view?usp=sharing>

- Resultados de los instrumentos

<https://docs.google.com/spreadsheets/d/1WcLWJrmxMz-qGquwuAZxlljvozxDVYETPeaCj5c8xll/edit#gid=1257562972>

- Consentimiento informado

<https://drive.google.com/file/d/1O6LtmNm89Cq0MJQ3f06PSaw7uBYAO6x-/view?usp=sharing>

Tablas de análisis cualitativo

Se considerarán las siguientes etapas:

1. Infancia(0- 6 años)
2. Niñez (6-12 años)
3. Adolescencia (12-18)
4. Adultez (18- a la fecha)

Categoría 1	Participante 1	Observaciones	Participante 2	Observaciones
Salud				
<i>Salud física</i>	<p>Adolescencia: <i>'Mala salud, me enfermaba seguido de la garganta. Si me sentía mal no iba a la escuela'</i></p> <p><i>'...me enfermaba a propósito para que me tratara bien mi mamá'</i></p> <p>Adultez: <i>'Aborto a los 18 años, tenía 5 meses de embarazo, tomé pastillas, se suponía haría efecto en dos días, me sentí muy mal, aborté en el baño de mi casa, expulsé la placenta. Sangré mucho por media hora.'</i></p> <p>Hipotiroidismo a los 32. <i>'Yo estaba tomando litio porque la psiquiatra decidió que me podría ayudar, tomaba una sola pastilla, cuando llegué a San Fernando me evaluaron y me</i></p>	<p>Buena salud en general. Recibía una recompensa al enfermarse</p> <p>No tuvo ninguna atención médica, sus padres nunca se enteraron</p> <p>Efectos secundarios de medicación</p>	<p>Niñez: <i>'Padecí hepatitis A Me quejaba de todo, una tía siempre me daba té. Siempre he tenido conjuntivitis en los ojos, era algo muy recurrente.'</i></p> <p>Adultez: <i>'Mala, ha sido mala en general, hasta los últimos dos años en que mejoró, tuve algodoncillo, herpes, gonorrea, dermatitis, de los 18 a los 22 me enfermaba de la garganta, muy mala salud, tenía síntomas, taquicardias, se desencadenó el TLP, me sentía mareado, iba con el cardiólogo, no sabía qué tenía. Fui diagnosticado</i></p>	<p>Buena salud en general. Enfermedades no graves.</p> <p>Repitió muy mala, pero con mejoría en los últimos 2 años. Al desencadenarse el TLP no sabía que era una enfermedad mental, solo tenía síntomas físicos. Ahora califica su salud como muy buena.</p>

	<p><i>triplicaron la dosis, yo lo tomaba solo una vez al día y me metieron día tarde y noche.'</i></p> <p>Prediabetes a los 32. <i>'Cada que me tomaban la glucosa, el límite es 110 y la mía salía en 109, nunca superé los niveles, como tal no soy diabética, soy prediabetica porque estoy a punto de ser diabética si no me cuido.'</i></p> <p>Sobrepeso a los 30, <i>'...desde mi primera hospitalización, siguió aumentando, el primer factor fue el implante anticonceptivo, el siguiente factor es que como por ansiedad, el otro factor son las pastillas que tomó que hay varias de ellas que provocan que subas de peso como la olanzapina, no tener un buen hábito alimenticio, no practicar actividad física. Lo máximo que ha llegado a pesar fueron 95 kilos, cuando entrenaba logró</i></p>	<p>Durante la entrevista se comió unas palomitas de caramelo. Toma metformina para diabetes.</p> <p>Cuenta con 30 kg de más y un Índice de Masa Corporal aproximado de 33, ya llegando a la obesidad de acuerdo con los parámetros de la OMS (s.f.)</p> <p>Efectos secundarios de medicación</p>	<p><i>a los 26. Actualmente mi salud física es muy buena'</i></p>	
--	--	--	---	--

	<p>bajar a 78. Con la pandemia volvió a subir a 87.</p> <p>Mi peso habitual era de 56-57, mido 1.60m'</p>			
Salud emocional	<p>Niñez: 'Me sudaban mucho las manos, siempre tenía los puños cerrados'</p> <p>Adolescencia: '...me enfermaba a propósito para que me tratara bien mi mamá'</p> <p>Adulthood: 'Me diagnosticaron TLP a los 30.'</p> <p>'Yo sabía que el litio provocaba hipotiroidismo, un día me suben la dosis y de repente a los pocos días se me pusieron blancos los dedos y me empezaron a hormiguear, una de mis primas me dijo que ella tenía esos síntomas y empecé a sentir lo mismo que me describió mi prima, a la siguiente consulta le dije a la doctora tengo hipotiroidismo y me dijo por qué</p>	<p>Desde temprana edad presentaba signos de ansiedad</p> <p>Denota la necesidad de tener un 'buen trato' y la búsqueda de llamar la atención.</p> <p>Punto de inicio en el deterioro general de salud</p> <p>Autodiagnóstico Delirio somático</p>	<p>'empeoró mi salud mental a los 25 años'</p> <p>Actualmente 'mi salud emocional considera que está estable, con altibajos pero consciente de los síntomas de alerta para cualquier eventualidad de emergencia que se necesite.'</p>	<p>Fue diagnosticado con ansiedad y depresión</p> <p>Se mantiene atento a cualquier síntoma que podría presentarse o aumentar del Trastorno Límite de Personalidad</p>

	<p><i>me dices eso, qué te hace pensar y le conté y le dije que leí sobre el litio que lo puede causar y a la siguiente me tomaron la muestra para la tiroides y la prueba salió positiva.</i></p> <p><i>'como por ansiedad, cuando estoy ansiosa como mucho y cosas dulces casi siempre'</i></p> <p><i>'El sobrepeso me afecta en cuanto a la ansiedad, me hará daño pesar tanto, me empiezo a malviajar y me pongo muy ansiosa, empiezo a estar inquieta. Siento que caigo en la anorexia a veces porque como no sé como bajar y ya lo he intentado. Empecé a buscar cosas en internet sobre la anorexia, me metí a grupos en telegram, de Ana y Mía donde daban consejos. Sí contemplo la anorexia pero hasta ahorita no, mejor con ejercicio, gym, voy a intentar</i></p>	<p>Ingesta de comida por compulsión</p> <p>Ansiedad, indicios de anorexia y bulimia.</p>		
--	---	--	--	--

	<p><i>hacerlo bien para no llegar a ese paso. Ahorita practico ayuno intermitente.'</i></p>			
--	---	--	--	--

Anexo 1. Tabla 19. Análisis cualitativo categoría Salud.

Categoría 2	Participante 1	Observaciones	Participante 2	Observaciones
Familia	<p>Infancia <i>'Me sentí llena de culpabilidad porque mis papás pelearon por unas copias que eran para mí, porque mi mamá comentó algo de mí, y cuando tenía que sacar copias de nuevo sentía pánico porque ellos se iban a enojar. Hacía muchas cosas para llamar la atención, yo no sabía, pero hacía cosas porque me sentía mal, quería ayuda.'</i></p> <p><i>'Con un niño, nos dábamos cartas y un día las encontró mi papá o mi mamá y me regañaron, me dijeron que no estaba bien, no me preguntaron por qué estás escribiendo eso...me dieron una</i></p>	<p>Sentimientos de culpa por problemas entre sus papás. Su mamá la culpó.</p> <p>Miedo a que sus papás se enojen</p> <p>Reflexión sobre comportamientos disruptivos Búsqueda de atención. Búsqueda de ayuda.</p> <p>Invalidación</p>	<p>Infancia: <i>'Recuerdo que la pasaba bien, era una infancia aparentemente normal, yo la vivía como normal'</i></p> <p>Niñez: <i>'Vivía con mi mamá y mi papá. Recuerdo que no me gustaba, me daba pena, vivíamos en carencia, pobreza extrema al grado de no comer en ocasiones, quizá, me daba pena que mis compañeros supieran.'</i></p> <p><i>'Mis primos me molestaban por ser gay'</i></p> <p><i>'Dentro de todo tengo recuerdos buenos ahora, los ha podido ver a la distancia por pláticas con</i></p>	<p>Infancia agradable</p> <p>Sentimientos de vergüenza por vivir en carencia.</p> <p>Pobreza extrema al grado de no comer</p> <p>Bullying Discriminación social dentro de la familia</p> <p>Reflexión sobre los recuerdos guardados de la niñez.</p> <p>Acercamiento con</p>

	<p><i>nalgada y ya.'</i></p> <p>Adolescencia <i>'María Elena (la psicóloga) me ha hecho recordar mucho que recordara a mi niño interior, que lo consintiera, que le diera lo que no le dieron sus papás, abrazos, decir te quiero y que no esperara nada de mis papás, porque se hacen expectativa'</i></p> <p><i>' Después de la muerte de mi abuelita, tuvimos una depresión todos. Todo el día estábamos sentadas comiendo cochinadas, yo siempre he estado deprimida'.</i></p> <p>Adultez: <i>'Un día no llegué a mi casa, y mis papás se enojaron mucho y mi papá me corrió, agarré una maleta de cosas que iba a necesitaba y me fui y mi papá dijo que no quería</i></p>	<p>Sentimiento de falta de amor por parte de papás.</p> <p>Reflexión sobre sus sentimientos derivado de terapia</p> <p>Depresión familiar por el fallecimiento de la abuelita. Expresión de sobregeneralización al decir <i>'yo siempre he estado deprimida'</i></p> <p>Conductas disruptivas</p> <p>Rechazo</p>	<p><i>primos de cosas bonitas que él no recuerda y le hacen recordarlos un poco y sentir bonito porque esas personas tienen recuerdos bonito'</i></p> <p>Adolescencia: <i>'Está dividida en dos, en un tiempo idealicé a mi familia, pensaba que tenía la familia perfecta (de los 12 a los 15), que tenía tíos buena onda'</i></p> <p><i>'Mis tíos y abuela eran muy machistas, no aceptaron que fuera gay. Se acentuó la pérdida de mi mamá. Mi papá desapareció de su vida. La relación con mis hermanos no era buena ya que no había buena comunicación. Mi abuela y mi hermana Rosa me pidieron irme, en general mis tíos estaban de acuerdo en que me fuera por ser gay, decían ser muy católicos. Solo una tía me apoyó.</i></p>	<p>su familia extendida</p> <p>Idealización</p> <p>Machismo</p> <p>Falta de comunicación</p> <p>Rechazo generalizado / Discriminación / Abandono</p> <p>Influencia de la religión</p> <p>Desamparo / Supervivencia</p> <p>Depresión desde la adolescencia</p>
--	---	--	---	---

	<p><i>volver a verme nunca más'</i></p>		<p><i>Al irme de mi casa me fui con un hombre que conocí en internet a vivir. Comencé a vivir deprimido por no estar con mi familia'</i></p> <p><i>Adultez: 'Comencé a ver a mi familia paterna, mi abuela paterna fue de gran apoyo a los 19. Vivía con mis tíos y primos, paternos, llevábamos una buena relación. Tuve problemas por hacer lo que quería'.</i></p> <p><i>'Hay un contraste muy grande, de pasar a tener cero relación con mi familia materna he pasado a tener una comunicación mucho más estrecha con ellos. Este acercamiento se dio más a partir de la muerte de mi abuela materna (tenía 23 años)'</i></p> <p><i>'después de que estuve en el hospital (a los 26 años, mi primera y más grande crisis) hubo un acercamiento</i></p>	<p>Cercanía y apoyo de la familia paterna, sin embargo también tuvo problemas después.</p> <p>Acercamiento con la familia materna a causa del fallecimiento de su abuela</p> <p>Mayor acercamiento a su familia después de haber estado hospitalizado por</p>
--	---	--	--	---

			<i>más abierto de ellos a mí y de mí hacia ellos'</i>	TLP.
<i>Mamá</i>	<p>Infancia: <i>'Siempre muy dura, muy seca, tiene problemas con el abandono y la necesidad de tener una familia, siempre forzó las cosas, íbamos mucho con mi abuelita, siempre fue muy injusta porque se peleaba con mi abuelita y ella no quería que fuéramos porque se había peleado. Nos regañaba constantemente'.</i></p> <p>Niñez: <i>'Cuando un maestro me pegó, mi mamá fue y armó un relajo, mi mamá me defendió, quería que lo corrieran pero no fue así. No entiendo porqué mi mamá no se daba cuenta. Tan descuidada y negligente que no se daba cuenta que me había hecho pipí.'</i></p> <p><i>'Creo que mi</i></p>	<p>Expresiones en contra de su mamá y habla de los problemas que le atribuye a ella Expresión de sobregeneralización al decir <i>'siempre fue muy injusta'.</i></p> <p>Aunque su mamá la defendió, luego lo minimiza porque no logró que corrieran al maestro y luego dice que fue <i>'negligente'</i> por no darse cuenta que se hizo pipí.</p> <p>Repite que su mamá fue <i>'negligente'</i></p>	<p>Niñez: <i>'Mi mamá murió cuando tenía 11 años por lupus y leucemia, me quedé a vivir con abuela materna'</i></p> <p><i>'La última parte de mi infancia fue rara, un poco triste por la muerte de mi mamá'</i></p> <p>Fallecimiento a los 29 años, estudió hasta la secundaria</p> <p>La describe como: <i>Aguerrida, noble, cariñosa, amable, enérgica, mensa</i></p> <p>Sentimiento por ella: <i>Amor</i></p> <p>Describe la relación con ella como: <i>bonita, muy buena</i></p>	<p>Pérdida de su mamá</p> <p>Comenzó a vivir con su abuela materna</p> <p>Ausencia materna Sentimiento de tristeza</p> <p>Única persona por la que manifiesta amor. Adjetivos positivos a su mamá, excepto por <i>'mensa'</i> atribuido tal vez por ser golpeada por su papá</p>

	<p><i>mamá fue negligente al dejar que siguiera en segundo de primaria con el mismo maestro.'</i></p> <p><i>Aunque mi mamá fuera a reclamar, pero nunca me preguntó cómo te sientes, cómo estás, estás triste, estás enojada. Yo no se lo decía porque tenía miedo, en mi casa estaba prohibido sentir, la oveja negra era yo'</i></p> <p><i>'mucho tiempo no toqué a mi mamá, tal vez buscaba que me quisiera, que me abrazara, y a lo mejor maltrataba a Diana para que me hiciera caso'</i></p> <p>Adolescencia: <i>'Era muy exigente, tenía una beca y tenía que sacar de 9 para arriba, no podía fallar ni un momento, tenía que sacar sí o sí sacar 10'.</i></p> <p><i>'reprobé materias</i></p>	<p>Minimización a acciones de su mamá.</p> <p>Miedo a su mamá. Invalidación. Sentimiento de rechazo</p> <p>Evitación del contacto físico. Comportamientos disruptivos Búsqueda de atención y aceptación</p> <p>Altas exigencias.</p> <p>Presión, estrés, crisis</p> <p>Expresiones contra mamá Sentimiento de no valía Incomprensión de situación familiar Sentir preferencias por</p>		
--	--	--	--	--

	<p><i>porque mi mamá me puso estrés alto y colapsé, me regañaron, tienes que sacar 10, las dos me presionaban' (su mamá y la encargada de la beca) Me quitaron la beca y la presión de sacar 10, y empecé a sacar 10.</i></p> <p><i>'De mi beca siempre le dio a Diana, y el dinero no fue para mí, nunca me compraron nada de eso. Lo gastaba para la comida, para pagar el gas'.</i></p> <p><i>'Le recomendaron a mi mamá llevarme con el psicólogo y me acuerdo que ella respondía por mí. Le decían que me dejara hablar a mí , en una sesión le dijeron que no entrara conmigo y ella se enojó mucho, se infartó. Cuando se fue la psicóloga me dijo: ¿le tienes mucho miedo a tu mamá verdad?</i></p>	<p>su hermana</p> <p>Invalidación</p> <p>Miedo a su mamá</p> <p>Sobregeneralización al decir que 'se lo tomó de la peor manera'</p> <p>Expresión de sobregeneralización contra su mamá al decir 'siempre se sale de la realidad' Su mamá tomó una actitud a la defensiva, resistencia a la crítica y negación al problema.</p> <p>Expresión de sobregeneralización al decir 'siempre fue muy cruel'.</p> <p>Contradicciones</p>		
--	---	---	--	--

	<p><i>Mi mamá regresó muy molesta, se tomó las cosas de la peor manera, pasó y yo tenía pavor. Mi mamá se puso como histérica, salimos del consultorio y me jaló de la mano y me dijo vámonos'</i></p> <p><i>'Mi mamá como siempre se sale de la realidad y empieza a pensar cosas que no son ciertas, ella dijo que la psicóloga no me estaba ayudando, y dejamos de ir'</i></p> <p><i>'mi mamá siempre ha sido cruel, en cuanto a eso, me acuerdo que mi abuelita se fue a vivir con nosotros, yo me dormía con ella en una cama matrimonial, mi mamá dice que eso no es verdad'</i></p> <p><i>'mi mamá siempre me ha dicho que mi abuelita murió odiándome, que tenía</i></p>	<p>en los hechos</p> <p>Culpabilidad Comentarios de su mamá en contra de ella</p> <p>Expresiones en contra de su mamá</p> <p>Expresión de sobregeneralización al decir <i>'Siempre fue negligente'</i></p> <p>Nuevamente menciona preferencias por su hermana y que la ponía en contra de su papá.</p> <p>La descripción es</p>		
--	--	---	--	--

	<p><i>malos recuerdos, me culpó casi casi de su muerte, siempre he tenido ese trauma. Eso lo creí de los 15 a los 30'</i></p> <p><i>'Ya me di cuenta que no es cierto, que solo era mi mamá diciendo estupideces, es bien atrabancada y dice cosas que duelen y luego no se acuerda, lo cambia'.</i></p> <p><i>Adultez: 'Siempre fue negligente, lo sigue siendo con sus hijas, siempre quería decir sí o no por nosotras, siempre tuvo preferencias por mi hermana y a mí me hacía a un lado, ella dice que no me contó que le encontraba papelitos a mi papá de otras mujeres en el pasado, trataba de ponerme contra mi papá'</i></p> <p>Actualmente tiene 68 años, estudió hasta la preparatoria y es ama de</p>	<p>negativa, hace hincapié a negligente como repitió antes.</p> <p>Aunque el sentimiento es negativo, le tiene cariño</p> <p>A pesar de que en toda la entrevista la describió con mala, en este momento menciona que su relación con ella es buena, aunque con sus diferencias, pasan momentos agradables juntas, y ha mejorado más recientemente.</p>		
--	--	---	--	--

	<p>casa.</p> <p>La describe como: <i>Mentrosa, negligente, necia, vive un mundo de fantasía, hace cosas extrañas, agresiva, enojona, sociable pero muy hipócrita, peleonera</i></p> <p>Su sentimiento por ella es: <i>Cariño, rencor, enojo, hartazgo</i></p> <p>Su relación con ella es: <i>''Ahorita es una buena relación, pero en general es mala, es un círculo vicioso en el que no logro salirme por más que quiero me sigue metiendo en ese papel de pelear y siempre son los mismos pleitos por la misma cosa. Nos enojamos 3 horas, me voy a mi cuarto y salgo y como si nada. Últimamente, como dos meses es mejor, tomamos café juntas, comen</i></p>			
--	---	--	--	--

	<i>juntas, platicar mucho, ha sido paulatino'</i>			
<i>Papá</i>	<p>Infancia: '...nos iba a tapar en las noches, nos daba un beso, lo veía muy buena onda porque nos llevaba al parque. Nos abrazaba, era cariñoso.'</p> <p>Niñez: 'Mi mamá se quejaba de mi papá, que tenía otras y decía cosas muy feas de él, lo odiaba de plano, pero yo me sentía culpable de querer a mi papá y de alegrarme de verlo. Mi mamá tiene la idea de que yo crecí sin padre, que no tiene la idea de que es un padre. A pesar de lo que decía mi mamá, nunca sentí la falta de su papá'.</p> <p>Adolescencia: 'De cuates, medio me llevaba con él, era desapego, nunca me llevé ni bien, ni mal, es verdad lo que dice mi mamá que no</p>	<p>Sentía cariño por parte de su papá.</p> <p>Al hablar de su papá hace hincapié en las cosas que decía su mamá de él.</p> <p>Sentimientos de culpa por querer a su papá.</p> <p>Invalidación por parte de su mamá</p> <p>Se refiere a él como de <i>cuates</i>, hace referencia 2 veces más a que su mamá decía '<i>que no tuvo un padre</i>' También reafirmó que aunque era un padre ausente y hay cierto desapego, ella dice que no le hace falta</p>	<p>Niñez: 'Había violencia por parte de mi papá a mi mamá'</p> <p>'Mi papá me decía no te pares así, no hagas 'esto.'</p> <p>'Mi papá fue ausente por drogadicción'.</p> <p>Adulthood: 'No había visto a mi papá en muchos años, lo volvió a ver cuando estuve hospitalizado, ya he tenido más comunicación con él aunque ahorita no tenemos contacto, he salido a comer con él, compartir.'</p> <p>Actualmente tiene 49 años, estudió hasta la secundaria, es herrero.</p> <p>Lo describe como: <i>Dominante, drogadicto, mentiroso, manipulador, deportista</i></p> <p>Sentimiento por él:</p>	<p>Violencia intrafamiliar de papá a mamá</p> <p>Invalidación por parte de papá</p> <p>Ausencia de papá Adicciones</p> <p>Acercamiento a papá, aún con reservas y distancia</p> <p>Adjetivos negativos en general</p> <p>Sentimientos</p>

	<p><i>estaba, pero a mí nunca me traumó nada de eso, si me acuerdo que me regañaba, y aunque fue ausente a mí no me importaba si me decía te quiero o algo. Mi mamá siempre me dijo 'no tuviste un papá' y no, yo no lo necesitaba.'</i></p> <p><i>'Habló conmigo en la prepa que tenía que sacar la materia y si no la pasaba me iba a quitar todo el dinero, y la volví a reprobar, estaba bajo mucho estrés, mi papá me pidió cuentas claras y me dijo 'a partir de este momento te me vas a trabajar porque aquí yo no voy a estar solapando pinches chamacas huevonas que no le echan ganas''</i></p> <p><i>Adultez: '...siempre fue como 'no quiero estar aquí' no tenía una relación cercana con</i></p>	<p>Al no pasar una materia en la prepa su papá le dijo que entonces tenía que trabajar.</p> <p>Reprobaba por mucho estrés.</p> <p>En algunas de las situaciones en donde habla directamente de su papá y no de lo que dice su mamá de él, es en situaciones de enojo, molestia o regaños.</p> <p>Expresa había desapego con su papá y que hubo un cambio de él, sin embargo el que haya sucedido al ser diagnosticada con TLP, podría haber</p>	<p><i>apatía, indiferencia</i></p> <p>Describe la relación con él como: <i>Cordial</i></p>	<p>negativos/neutrales</p> <p>Relación neutral</p>
--	---	---	--	--

	<p><i>nosotras y de repente cuando me diagnosticaron con TLP, hubo un punto en el que cambió todo, nos abrazaba, nos daba beso. Hasta ahora sigue así, él no es cariñoso, pero no me afecta, siempre ha sido muy neurás, pero últimamente nadie lo aguanta, es una persona tan neurasténica, de todo se enoja mucho, avienta la silla, hace un panchote, grita, exige cosas. Hace las cosas más grandes, se enoja más, deja hablando sola a mi mamá, neurótico, histérico y a veces buena onda y a veces mala onda, trae un trauma con su mamá.'</i></p> <p>Actualmente tiene 59 años, tiene carrera en contabilidad trunca y es empleado.</p> <p>Lo describe como: <i>Neurótico,</i></p>	<p>reafirmado el recibir una recompensa al enfermarse.</p> <p>Aunque está diciendo algo positivo, comienza a describir varias situaciones negativas en donde lo describe como neurótico y enojón, también cambiante. Habla de los problemas que le atribuye a su papá.</p> <p>La descripción a él es negativa, el adjetivo 'injusto' lo atribuyó anteriormente a su mamá y no a su papá</p> <p>El sentimiento por su papá es tanto positivo como negativo, de igual forma el miedo que atribuyó anteriormente a su mamá ahora lo menciona en su papá</p> <p>Describe la relación como buena, pero repite que es lejana, menciona</p>		
--	---	--	--	--

	<p><i>enojón, grosero, injusto, iracundo</i></p> <p>Su sentimiento por él es: <i>Cariño, respeto, me impone, me enoja, miedo</i></p> <p>Su relación con él la describe como: <i>Buena, lejana, me refiero a que no como con mi mamá que comemos juntos, sí comemos juntos pero no es estrecha la relación, no se siente mal, sino que está bien.</i></p>	<p>nuevamente a su mamá, pero en esta ocasión de forma positiva, por inferencia deja ver que la relación con podría ser estrecha.</p>		
<i>Hermanos</i>	<p>Una hermana 2 años menor</p> <p>Infancia: <i>'la recuerdo muy frágil, la molestaba, le pegaba, la aventaba, le hacía daño a propósito, pero no disfrutaba de ese daño, era muy pesada.'</i></p>	<p>Comportamiento disruptivo antes de los 6 años</p>	<p>Tiene 3 hermanos, una hermana mayor, una menor y otro hermano menor.</p> <p>Niñez: <i>'La relación con mis hermanos era mala, yo era muy violento, reaccionaba ante cualquier</i></p>	<p>Mala relación</p> <p>Comportamiento disruptivo posiblemente aprendido</p>

	<p>Niñez: 'nos <i>llevábamos bien, sentía que tenía que defenderla aunque no era cierto, trataba de protegerla, si le hacía burla un niño le pegaba, y la defendía en la casa de sus papás porque siempre ha sido una familia horrible, era horrible vivir con ellos, y con sus papás se echaba la culpa para que no lo regañaran a ella y rezaba a Dios para que estuviera bien, que no la regañaran, ni le pegaran a ella. Pero me terminaba desquitando con ella, una vez estaban jugando y estaba en una cama y se ponía de rodillas y brincar a unos zarapes. Cuando mi hermana se puso de rodillas, la aventé y se lastimó las rodillas, la cabeza, no entendía por qué hacía esos</i></p>	<p>Tenían una mejor relación, tenía un sentido de protección hacia ella, de otros niños como de sus papás, sin embargo al mismo tiempo ella la lastimaba a veces.</p> <p>Evitación del contacto físico, falta de cariño.</p> <p>Evitación del</p>	<p><i>situación, replicaba por violencia que ejercía mi papá sobre mi mamá, era la forma de exteriorizarlo'.</i></p> <p><i>'Mi abuelita decía que golpeaba a mis hermanas en las piernas. Tal vez estaba a la defensiva por la situación escolar ya que se burlaban de mi por 'ser joto',mle decían maricón.'</i></p> <p>Adultez Después de primera hospitalización: <i>'Mi relación con hermanos mejoró. Que aún no termina de cuajar..'</i></p> <p>Actualmente:</p> <p>Rosa Hermana mayor (32 años) Estudió hasta la preparatoria, es ama de casa.</p> <p>La describe como: <i>Sumisa, noble, cortante, alegre</i></p> <p>Su sentimiento por ella es: <i>Cariño, de</i></p>	<p>Él no recuerda haber golpeado a sus hermanas</p> <p>Reflexión del comportamiento disruptivo</p> <p>Bullying Discriminación social</p> <p>Acercamiento a hermanos, sin ser tampoco muy cercanos</p> <p>Usa adjetivos calificativos positivos, excepto por 'sumisa'</p> <p>Los sentimientos por ella son positivos</p>
--	--	---	--	--

	<p><i>comportamientos'</i></p> <p>Adolescencia: <i>'No nos llevábamos bien, nos daba cosa saludarnos de abrazo y beso, no nos gustaba. Convivíamos mucho pero no nos abrazábamos o decíamos te quiero'</i></p> <p>Adulthood: <i>'Ella siempre estaba con sus amigas, no nos llevábamos cariñosamente, nos daba asco, nos tocábamos y nos limpiábamos, no nos queríamos tocar. Iba a salvarla cuando terminaba borracha.'</i></p> <p><i>'Cuando terminó con su novio nos empezamos a abrazar a dar beso en el cachete. Las acercó mucho. ...me abrí con ella y le dije todo, entonces agarró y se le salieron las lágrimas y ella fue la que me abrazó y me</i></p>	<p>contacto físico, falta de cariño y sentido de protección.</p> <p>Mejoró la relación, se acercaron mucho y se pidieron perdón</p> <p>En general los adjetivos son negativos también</p> <p>Su sentimiento por ella es positivo, de cierto respeto</p>	<p><i>agradecimiento</i></p> <p>Su relación con ella es: <i>Torpe, chocamos un poco,</i></p> <p>Itzel Hermana menor (28 años) Estudió hasta la preparatoria, es ama de casa.</p> <p>La describe como: <i>Irreverente, extrovertida, alegre, amigable, cariñosa</i></p> <p>Su sentimiento por ella es: <i>De sobre protección a ella, de cariño y agradecimiento</i></p> <p>Su relación con ella es: <i>Buena y de cariño, de respeto mutuo</i></p> <p>Marco: Hermano menor (30 años) Estudió hasta la secundaria, es empleado</p> <p>Lo describe como: <i>Noble, cariñoso, bondadoso,</i></p>	<p>Describe su relación con tendencia a la negatividad</p> <p>Los adjetivos calificativos a ella son positivos</p> <p>Sentido de protección a su hermana</p> <p>Una buena relación con ella</p> <p>Adjetivos calificativos positivos a</p> <p>Una buena relación con él, similar a la de su hermana menor</p>
--	--	---	---	---

	<p><i>dijo perdóname por todos estos años, yo no sabía por lo que pasabas y le dije, también perdóname porque sé que tampoco he estado para ti como apoyo.'</i></p> <p>Actualmente tiene 33 años estudió física, y es empleada y estudiante de maestría</p> <p>La describe como: <i>Histérica, voluble, no muy social que digamos</i></p> <p>Su sentimiento por ella es: <i>Cariño, sensación de cuidar de ella, me impone con su carácter, porque generalmente tiene razón</i></p> <p>Su relación con ella la describe como: <i>Es buena, cercana, nos entendemos bien, de complicidad, confianza</i></p>	<p>Su relación con ella la describe de forma muy positiva</p>	<p>Su sentimiento por él es: <i>Admiración, respeto, cariño</i></p> <p>Su relación con él es: <i>buena, de cariño, de mucho respeto, mucho muchísimo</i></p>	<p>Hace hincapié en el respeto</p>
<p><i>Abuelos</i></p>	<p>Adolescencia Su abuelita se fue a vivir con ellos <i>'En ese tiempo</i></p>	<p>Hace referencia a que todos vivían muy felices menos su papá, y que su</p>	<p>Adolescencia: <i>'Pensaba que tenía una abuela</i></p>	<p>Idealización Calificación de su</p>

	<p><i>cuando vivía con mi abuelita, todos vivían muy felices menos mi papá que trataba mal a mi abuelita. Mi mamá dice que yo también la trataba mal, que le hacía caras, que le contestaba feo, que no le hacía caso'</i></p>	<p><i>mamá le dijo que ella también la trataba mal y que por eso había muerto odiándola, creyéndolo por 15 años.</i></p> <p>Vuelve a hacer hincapié a lo que su mamá dice.</p>	<p><i>materna, la mala, pensaba que era protectora, sentía raro'.</i></p> <p><i>'De los 16 a los 18 se derrumbó todo, me rechazaron, me corrió de la casa mi abuelita materna, viví todo su rechazo por ser homosexual'.</i></p> <p><i>'con la muerte de mi abuela materna (tenía 23 años, no sentí nada cuando murió pues ya me había alejado de ella cuando me corrió de su casa'</i></p> <p>Abuela materna: La describe como <i>Religiosa, enojona, bondadosa, cerrada, manipuladora</i></p> <p>Su sentimiento por ella es: <i>Reproche, incomprensión a su actuar, en algún momento la quise muchísimo</i></p> <p>Describe la relación como: <i>Una relación muy fría.</i></p> <p>Abuela paterna: <i>Indulgente,</i></p>	<p>abuela materna como mala</p> <p>Sentimientos de rechazo Lo corrieron de su casa Discriminación</p> <p>Desapego de la abuela materna por haberlo corrido.</p> <p>A pesar de lo negativo vivido con ella, la describe también con adjetivos calificativos positivos. Al mencionar primero '<i>religiosa</i>' habla de la influencia de esta en su persona</p> <p>Aunque su sentimiento por ella en general es negativo, deja ver que le dolió porque la quería.</p> <p>Relación no cercana</p> <p>La describe tanto con adjetivos</p>
--	--	--	--	--

			<i>enérgica, firme, coherente, manipuladora, cariñosa, mentirosa</i> Su sentimiento por ella es: <i>Profundo cariño, respeto y admiración</i> Describe la relación como: <i>buena comunicación, confianza, con la que me gusta platicar y escuchar</i>	positivos como negativos. Sentimientos muy positivos Una muy buena relación con ella
--	--	--	--	--

Anexo 2. Tabla 20. Análisis cualitativo categoría Familia.

Categoría 3	Participante 1	Observaciones	Participante 2	Observaciones
Relaciones amorosas / Parejas	<p>Infancia: <i>'Como a los 4 años, cuando le gustaba un niño y yo me ponía mal si no le hacían caso, ella no sabía qué hacer, los buscaba, ella le quería agradar pero se ponía intensa'</i></p> <p><i>'Me empecé a sentir mal, no sabía que eran celos, sentí muy feo, me rompió mi corazón. Me afectó.'</i></p> <p>Niñez: <i>'Entrando a la primaria, siempre me ha pasado que</i></p>	<p>Búsqueda de atención</p> <p>Emociones intensas desde muy pequeña</p> <p>Celos</p> <p>Sentimiento de rechazo</p> <p>Sobre generalización</p> <p>idealización / devaluación</p>	<p>Infancia: <i>'Recuerdo a un niño que me gustaba y que le di un beso.'</i></p> <p>Niñez: <i>'Había niños que me gustaban, había un tío político que me gustaba, decía 'qué piernas'</i></p> <p>Adolescencia: <i>'A los 17 conocí a su primera pareja sentimental, duraron como 2 o 3 años. Fue una</i></p>	<p>Preferencia por personas del mismo sexo</p> <p>El beso y la expresión 'qué piernas' las relató con naturalidad y picardía.</p> <p>Violencia física</p>

	<p><i>me enamoro de alguien que no conozco, que no le hablo, que está lejos y lo idealizo, y después los devaluaba.'</i></p> <p><i>'Siempre he sido 'una buscona' siempre tiendo a rogarle a la gente.'</i></p> <p><i>Hacia hasta lo imposible para caerles bien, para que me hablaran o dijeran algo bonito, pero de repente algo pasaba y los devaluaba. Persegua novios, si no me gustaba a alguno, hacia lo imposible como hacerme notar como pegándoles... lograba intercambiar palabras.'</i></p> <p><i>'Estaba muy enamorada de un niño horrible y él me hacia burla, bullying, me exponía, quedaba expuesta ante la gente...'</i></p>	<p>Sobre generalización</p> <p>Alteración de identidad: -Ideas de devaluación sobre sí misma -Ideas preconcebidas</p> <p>Expresión repetida de 'hacer hasta lo imposible'</p> <p>Búsqueda de atención</p> <p>Necesidad de aceptación</p> <p>Conductas disruptivas</p> <p>Devaluación</p> <p>Bullying</p> <p>Sentirse expuesta</p> <p>Expresión repetida de 'hacer hasta lo imposible'</p> <p>Aferrarse</p> <p>Sufrir por amor desde muy pequeña</p> <p>Necesidad de aceptación</p>	<p><i>relación muy violenta. Me fui a vivir con él a Guanajuato, sufrí violencia física y emocional. Comenzó el sentimiento crónico de vacío, de soledad, de sentirme solo en el mundo, lo quería llenar con mi pareja. Eso me hizo sentir más la ausencia de mi familia, pensaba que si salía a la calle y me mataban por cualquier situación, que me atropellaran o algo, mi familia nunca se daría cuenta. Sentía mucho pesar por no estar con mi familia.'</i></p> <p><i>'Dependencia emocional de la pareja que se prestaba a violencia, en ese momento esa persona representaba mi gran seguridad, sentía que nada me daba miedo, llegó a llenar un vacío a tal grado de que me sentía seguro, que nada saldría mal y si algo salía mal él me ayudaría.'</i></p>	<p>Violencia emocional</p> <p>Lejanía geográfica de su familia</p> <p>Sentimiento crónico de vacío</p> <p>Acentúa pérdida de su madre</p> <p>Extrañar a su familia</p> <p>Dependencia emocional</p> <p>La pareja representaba seguridad</p> <p>Es la única pareja por la que dice haber sentido amor</p>
--	---	--	--	--

	<p><i>'Hacia lo imposible para que me hiciera caso le dije que me gustaba y que yo a él no, seguía aferrada, me rompió el corazón porque era novio de una chica de ahí.'</i></p> <p>Adolescencia: <i>'...durante toda mi vida he sido novia de alguien, siempre buscaba a alguien como novio, aceptaba lo que fuera'</i></p> <p><i>'pero me ponían tantita atención, lo que no recibía de mi familia, todo el amor que no recibía lo canalizaba con novios'</i></p> <p><i>'tuve un noviecito de la unidad y no me gustaba pero no sé por qué soy así, no me gustan muchas cosas y las acepto. Yo me sentía con esa necesidad siempre, aunque me trataran mal, que fuera el más feo, el</i></p>	<p>Dependencia emocional</p> <p>Sentimiento de falta de amor por parte de papás suplidos con parejas.</p> <p>Aceptar cosas que no le gustan</p> <p>Dependencia emocional</p> <p>Alteración de la identidad: -Ideas de devaluación sobre sí misma -Ideas preconcebidas</p> <p>Aceptación por parte de mamá</p> <p>Sufrir por amor</p> <p>Primera depresión al terminar una relación</p>	<p>Lo describe como: <i>Atento, violento, agresivo, no le tenía miedo a nada, aventurero</i></p> <p>Su sentimiento por él: <i>Lo amaba profundamente</i></p> <p>Describe la relación como: <i>Codependiente, destructiva, violenta,</i></p> <p>Adulthood: <i>'Conocí al amor de mi vida, Miguel, a los 21, ha sido hasta el momento mi relación más sana, porque no existían celos, control, existía respeto, fue algo muy bonito que acepté en el momento con madurez... que rompió un patrón que tenía, estuvieron como seis meses juntos, una relación ejemplar para mí. Nos separaron porque se fue a vivir a Corea del Sur. La separación fue feliz del crecimiento del</i></p>	<p>Describe la relación como muy negativa</p> <p>Relación más sana</p> <p>El amor de su vida</p> <p>Una relación que aspira a volver a tener</p> <p>Separación cordial</p> <p>Deseo de que la otra persona creciera</p> <p>Una relación relativamente corta</p> <p>Adjetivos neutros</p>
--	--	--	--	--

	<p><i>más idiota'</i></p> <p><i>'yo lo que quería era aprender a besar y andar de loca'</i></p> <p><i>'anduve con Buitrón como 5 meses... mi mamá sí me dejaba estar con él y que fuera mi novio....no sé por qué terminamos pero me puse muy mal, no sé qué sentía yo pero estaba realmente deprimida, cuando lo pude superar pues ya, como fue terminando la secundaria...'</i></p> <p><i>'tuve un novio que todas querían con él pero a mí no me gustaba, pero acepté, ni tenía que ser tan zorra porque yo le gustaba'</i></p> <p><i>'la puerta estaba semicerrada y entró su mamá, fue horrible, me</i></p>	<p>Necesidad de aceptación</p> <p>Aceptar cosas que no quiere</p> <p>Dependencia de una pareja</p> <p>Devaluación</p> <p>Ideas preconcebidas</p> <p>Sentimiento de rechazo</p> <p>Sufrir por amor</p> <p>Aferrarse</p> <p>Rogar</p> <p>Depresión</p> <p>Aferrarse</p> <p>Expresión; 'sentía que me moría'</p> <p>Desregulación emocional</p>	<p><i>otro, él estaba persiguiendo sus sueños y fue muy sano. Despedirse fue muy normal, seguimos en contacto pero no había necesidad de querer volver.'</i></p> <p>Lo describe como: <i>Mamón, fresa, guarro, alegre, decidido</i></p> <p>Su sentimiento por él: <i>Cariño</i></p> <p>Describe la relación con él como: <i>'Era perfecto, la relación más sana que he tenido, de respeto, sincero, de mucha confianza, de aventuras'</i></p> <p><i>'Después tuve una relación con Arturo, a los 21, fue una relación rara, como que fue una relación violenta psicológicamente, había engaños, duramos como 2 años y medio. Me generó este impulso a querer estudiar, no me lo decía,</i></p>	<p>Idealización</p> <p>Adjetivos muy positivos a la relación</p> <p>Relación larga</p> <p>Violencia física y psicológica</p> <p>Impulso a salir adelante</p> <p>Celos Control</p> <p>Los adjetivos son positivos</p> <p>Aún siente cariño por él</p> <p>Infidelidades</p> <p>Violencia psicológica Celos</p> <p>Control</p> <p>Desconfianza</p>
--	--	--	--	---

	<p><i>paré y lo abracé y dijo 'para esto querías que viniera y sácala de aquí y no quiero que seas novio de ella' y me llevó a mi casa. Cortamos y sufrí horrible cuando cortamos, porque me dijo no eres tu soy yo, es que hay que explorar y hay que darnos un tiempo y yo no quería'</i></p> <p><i>'Yo le rogaba para estar juntos pero decía que no estaba listo y de repente ya era novio de la otra chava. Ahí tuve una depresión otra vez, pero seguía muy enojada y clavada, aferrada a él y me dolía mucho que anduviera con ella y tenía que verlos todos los días. Fue horrible, sentía que me moría, me daban depresiones horribles, ahí tuve mi primer momento de ira'.</i></p>	<p>Sentimiento de ira</p> <p>Sentimiento de ira</p> <p>Conductas disruptivas</p> <p>Rogar</p> <p>Dependencia de una pareja</p> <p>Sentimiento de rechazo</p> <p>Relación larga</p> <p>Impulsividad: Conductas sexuales</p> <p>Ausentismo escolar</p> <p>Embarazo</p> <p>Aborto</p> <p>Negligencia</p> <p>Falta de atención médica</p> <p>Evento traumático</p> <p>Adjetivos positivos</p>	<p><i>pero él lo hacía, fue algo que me ayudó en ese sentido, no digo que fue una mala relación, fue una relación normal pero con celos, un poco de control'.</i></p> <p>Lo describe como: <i>Buena onda, relajado, nada pretencioso</i></p> <p>Su sentimiento por él: <i>Cariño, le guardo</i></p> <p>Describe la relación con él como: <i>Me engañaba, engaños mutuos, violencia psicológica, celos, ejercer control hacia él, de desconfianza porque me engañaba todo el tiempo</i></p> <p><i>'Luego anduve con Emmanuel a los 26 años, una relación seria duró 6 meses, fue una relación tranquila, con problemas por el desarrollo del TLP, ya que estuvo en crisis, descubrí</i></p>	<p>Relación corta</p> <p>Diagnóstico del TLP</p> <p>Crisis</p> <p>Aspectos negativos de la pareja</p> <p>No toleró su alcoholismo</p> <p>Término de la relación</p> <p>Necesidad de rescatarse a sí mismo</p> <p>Depresión</p> <p>Adjetivos positivos</p> <p>Gratitud derivada del apoyo ante el TLP</p>
--	--	---	--	--

	<p><i>Me agarró un momento de frustración de ira y coraje y la agarré y la aventé y salió volando, se cayó de la banqueta y me fui, él habló conmigo y le rogué y él le dijo que quería estar con ella.'</i></p> <p>Adulterez: A los 18 años 'Con el novio que regresé (Christian) anduvimos como año y medio, no entré a mis clases, nos íbamos a su casa a tener relaciones diario, ya no regresábamos, nos quedábamos en su casa, siempre han sido muy negligentes de que estábamos ahí y no le decían nada y quedé embarazada'</p> <p>'Yo no le quería decir a nadie y lo quería abortar, pero no era legal y le dije que no. No tenía dinero para las pastillas,</p>	<p>Sentimientos negativos Rencor</p> <p>Infidelidad</p> <p>Depresión</p> <p>Rogar</p> <p>Expresión 'Morir de dolor'</p> <p>Búsqueda de atención psicológica ante el malestar</p> <p>Desregulación emocional</p> <p>Impulsividad</p> <p>Ausentismo escolar</p> <p>Alteración de la identidad: -Devaluación de sí misma -Ideas preconcebidas</p> <p>Aferrarse</p> <p>Necesidad de aceptación</p> <p>Aceptar cosas que</p>	<p><i>que mentía que no era honesto, tampoco me gustaba que tenía chinches en su casa, fue un gran apoyo, una gran persona, significaba un apoyo, me apoyaba en crisis, después de tener un intento suicida y salir del hospital después de un mes, sus problemas de alcoholismo no fueron algo negociable, pues no me sentía a gusto y decidí terminar la relación ya que no tenía nada que ofrecer sentimentalmente, pues tenía que rescatarme a sí mismo de esa gran depresión'.</i></p> <p>Lo describe como: <i>Bonachón, alma de la fiesta, relajado, amable, cariñoso, despreocupado</i></p> <p>Su sentimiento por él es: <i>Gratitud</i></p> <p>'Conocí a Marco,</p>	<p>Relación corta</p> <p>Terminó relación por incomprensión al TLP</p> <p>Usó técnicas de Terapia Dialéctica Conductual</p> <p>Enfrentó la ruptura de forma positiva</p> <p>Adjetivos neutros y negativos</p> <p>Incomprensión de por qué terminó la</p>
--	---	---	---	--

	<p><i>consiguió las pastilla, aborté y él enterró el feto en cd deportiva’.</i></p> <p>Lo describe como: <i>Buena onda, muy sociable, amable</i></p> <p>Sentimiento por él: <i>Odio, desprecio, desconfianza,</i></p> <p><i>‘Después anduve con Guada, como a los 21, me ponía el cuerno y mi prima lo protegía Corté con él, tuve depresión, le rogué, me moría del dolor, no aguantaba, incluso cuando corté con él dije creo que tengo que ir a un psicólogo porque me siento muy mal, todo lo que hacen es darme opiniones, era muy fuerte lo que sentía’.</i></p> <p><i>‘Luego anduve con otro chavo que no me gustaba, pero era el que estaba y me agarré de ahí, después de ahí</i></p>	<p>no le gustan</p> <p>Dependencia emocional</p> <p>Depresión</p> <p>Dependencia emocional</p> <p>Toxicidad</p> <p>Agresividad</p> <p>Conductas disruptivas</p> <p>Impulsividad: -Consumo de alcohol -Conductas sexuales</p> <p>Sentimiento de vergüenza</p> <p>Sufrimiento</p> <p>Rogar</p> <p>Impulsividad: Conductas</p>	<p><i>duramos como 4 meses, fue una relación rápida, no había celos o esas cosas, él me terminó por incomprensión al TLP, porque tenía actitudes que le parecían extrañas, nunca me dijo cuáles, él consideraba que estaban centrados en mí y no en la relación y no lo podía comprender’.</i></p> <p><i>‘Traté de que la ruptura fuera diferente, después de terminar la relación no lo busqué y ocupé técnicas de dialéctica y otras terapias para enfrentar la ruptura de un modo distinto, lo cual al parecer tuvo resultados positivos’</i></p> <p>Lo describe como: <i>Introverso, temeroso, cortante, directo</i></p> <p>Su sentimiento por él es: <i>Decepción (por su actuar conmigo)</i></p> <p>Describe la</p>	<p>relación</p> <p>Disminución del sentimiento de vacío</p>
--	--	---	---	---

	<p><i>empecé a saltarme las clases porque andaba de loca con varios. Me iba de fiesta, y me besaba con todos los que podía, de ahí fueron tipos que no me querían pero estaba aferrada'</i></p> <p><i>' Abraham que había cortado con su novia, ni me gustaba, un día tuvimos relaciones y me hizo a un lado, que no podía estar conmigo, que iba a regresar con su novia, fue horrible, la misma depresión'</i></p> <p><i>' todas mis relaciones era lo mismo, siempre fui tóxica, siempre intente, como él era el único que aguantaba'</i></p> <p><i>'Siempre fui agresiva empecé a golpear más a la gente Él se besó con una tipa que me caía mal y me enojé, lo busqué y lo golpeé, vi que</i></p>	<p>sexuales</p> <p>Ausentismo escolar</p> <p>Infidelidad</p> <p>Traición con una amiga</p> <p>Sentimiento de rechazo</p> <p>Relación más seria</p> <p>Vivieron juntos</p> <p>Pareja con Trastorno Bipolar</p> <p>Rogar</p> <p>Violencia</p> <p>Ella decidió terminar la relación por los problemas generados del trastorno</p>	<p>relación como: <i>'Muy rápida, de mucha pasión, muy intensa, padre, buena onda, pero la forma en que ha terminado ha sido exabrupta y rara'</i></p> <p><i>'Ha desaparecido el sentimiento de vacío, a veces aparece'.</i></p>	
--	--	--	--	--

	<p><i>traía una regla, le dije te acuerdas que me perdiste un celular, me lo pagarás con tu ipod, le robé su ipod'</i></p> <p><i>' le dije vamos a meternos aquí y tuvimos relaciones, estábamos muy borrachos y nos cacharon, tenía mucha vergüenza, 'El Chetos' me ignoraba, se alejaba, otra vez me habían utilizado. Yo sufría mucho. Quise hablar con él y le dije ¿por qué no me quieres? y me dijo que estaba enamorado de su exnovia y yo le rogaba'</i></p> <p><i>'Después anduve con Aldo (23 años), su mamá me odiaba, me la pasaba en su casa, no íbamos a la escuela para estar todo el día en su casa teniendo relaciones, me quedaba a dormir, a mis papás no les gustaba, él me traicionó con mi propia amiga, los</i></p>	<p>Adjetivos negativos</p> <p>Aún siente amor por él y lo busca aunque ella terminó la relación</p> <p>Aún tienen contacto</p> <p>Último novio (aprox. 9 años)</p> <p>Incomprensión de trastornos emocionales</p> <p>Sentimiento de rechazo</p> <p>Discriminación</p> <p>Impulsividad: -Conductas sexuales</p>		
--	--	--	--	--

	<p><i>perdone a los dos'.</i></p> <p><i>'Luego anduve con Uriel como a los 25, viví con él 8 meses, me corrieron de mi casa y su mamá me aceptó, él aceptó ir al psiquiatra, le diagnosticaron bipolaridad, le decía que yo le compraba los medicamentos, le rogué mucho que hiciera algo con su bipolaridad, pero nunca quiso, cada vez era más violento, le daban las depresiones, la manía muchísimo, no dormía 3 días por estar haciendo algo, todos los síntomas de bipolaridad, y yo rogando que tomara los medicamentos pero no quiso, y me cansé, la mayoría de nuestros problemas eran por eso y lo dejé, mis papás fueron por mí, me preguntaron si había pasado algo y les dije que no, se había acabado</i></p>	<p>Impulsividad: -Conductas sexuales -Abuso de sustancias</p> <p>Alteración de la identidad</p> <p>Sufrir por amor</p>		
--	---	--	--	--

	<p><i>el ciclo'</i> Lo describe como: <i>Fuerte, impredecible, enojón, bipolar (literal)</i></p> <p>El sentimiento que tiene por él es: <i>Todavía de amor, lo extraño, lo busco mucho</i></p> <p>Su relación con él la describe como: <i>Fría, lejana, distante y ocasional</i></p> <p><i>'Luego empecé a andar con Diego... Él es relevante porque cuando me cortó me dijo, sabes qué, ya no quiero andar contigo porque me estás contagiando tu depresión, tus traumas y yo quiero estar bien, me dijo no quiero estar contigo porque estás enferma, fue la primera persona que me discriminó por estar enferma. Fue el último novio que tuve, duramos 3 meses, los demás eran para tener</i></p>			
--	--	--	--	--

	<p><i>relaciones’.</i></p> <p><i>‘Otro con el que solo tenía relaciones y nos poníamos marihuanos’</i></p> <p><i>‘Y luego anduve con Gabriela, una chica con la que anduve, que quería que hicieramos todo con su esposo, pero ella solo quería tener la relación con ella, me rompió mi corazón y cada que le hablo o la busco no me contesta.’</i></p>			
--	--	--	--	--

Anexo 3. Tabla 21. Análisis cualitativo categoría Relaciones amorosas / Parejas.

Subcategoría 4.1	Participante 1	Observaciones	Participante 2	Observaciones
Amistades	<p>Infancia: <i>‘Nunca tuve amigos, no tengo recuerdo de amigos, mi mamá dice que tenía una amiguita’</i></p> <p>Niñez: <i>‘...solo una amiguita, Miriam, pelirroja chistosa, ella no podía hablar con</i></p>	<p>No recuerda amigos</p> <p>Problemas para</p>	<p>Infancia: <i>‘No recuerda a sus amigos’.</i></p> <p>Niñez: <i>‘Recuerdo que tenía amigas en general, la pasaba bien a pesar del bullying, había momentos buenos en el recreo aunque a veces era</i></p>	<p>No recuerda amigos</p> <p>Más amigas que amigos</p> <p>Bullying</p> <p>Visión positiva</p>

	<p><i>nadie más que con ella, si estaba con ella podía entrar en el relajó, si ella no estaba me iba porque no sabía socializar... era muy introvertida'.</i></p> <p>Adolescencia: <i>'Nunca tuve amigos muy cercanos, verdaderos o que duraran, eran amistades pasajeras y se acabó, a lo mejor yo les caía gorda o no sé.'</i></p> <p><i>'En la secundaria tuve dos amigas con las que me llevé el último año de secundaria, pero fue todo, no seguimos el contacto'</i></p> <p><i>'En la prepa entré y no tenía amigos, hasta que se me acercó una chava pero ps bien x y no sentía que fuera muy mi amiga, pero se me pegaba mucho. Tuve una amiga toda la prepa, hasta la fecha.'</i></p> <p>Adultez: <i>'Las amigas de mi hermana,tuve</i></p>	<p>socializar</p> <p>Miedo al rechazo</p> <p>Introversión</p> <p>Sin amigos cercanos</p> <p>Miedo al rechazo</p> <p>Pocos amigos no cercanos</p> <p>Aunque la seguía, no la consideró amiga</p> <p>Primera amiga duradera, pero no cercana</p> <p>Amigas de su hermana</p>	<p><i>retraído. Eran más amigas que amigos.'</i></p> <p>Adolescencia: <i>'...comencé la vocacional, me volví muy popular por 'bonita'</i></p> <p><i>'...me declaro homosexual, lo cual significa una gran aceptación, lo que fue uno de los parteaguas de mi vida, pensaba que tenía muchos amigos, le hablaba a mucha gente. Me llevaba muy bien con sus amigos, me sentía alegre, dicharachero, era muy popular en la escuela, me descubrí y me auto aceptó como gay. Se convirtieron en su soporte.'</i></p> <p>Adultez: <i>'He tenido buenos amigos como redes de apoyo que me han ayudado a los momentos difíciles a los no tan difíciles, mis amistades se han vuelto selectivas, ya no soy tan amigüero como antes, soy más ermitaño en</i></p>	<p>Convertirse en popular</p> <p>Subió autoestima</p> <p>Declararse abiertamente homosexual</p> <p>Aceptarse a sí mismo</p> <p>Tener muchos amigos</p> <p>Alegría</p> <p>Amigos como red de apoyo</p> <p>Amigos como red de apoyo</p> <p>Mayor selectividad</p> <p>Amigos de la adolescencia</p> <p>Buenos amigos</p>
--	--	--	--	---

	<p><i>varios amigos en la facultad, en el trabajo y ya.</i></p> <p><i>'Mi amiga Sandy y Alehí. 'Me enojé y le dije siempre te ando salvando de las situaciones y nunca haces nada por ti misma, le dije en la vida me vuelvas a pedir un favor para defenderte. Ya no cuentas conmigo para eso. Ya nunca me volvió a contestar y ella nunca me dijo qué le hice. Fue algo muy relevante.'</i></p> <p><i>'Con Alehí tuvimos un percance porque cuando salió del clóset me dijo que estaba enamorada de mí, me dio una carta, unas hojas de su diario y yo lo tomé muy mal la verdad, la lastimé y nos dejamos de hablar, pero fue un súper shock porque eramos las best friends y nos dejamos de hablar. Nos habló un jefe que estaba en el Aqua Oriente para irnos juntas</i></p>	<p>Amiga importante en la universidad, se pelearon, no volvieron a hablar, le lastimó.</p> <p>Amiga importante del trabajo.</p> <p>Pelea porque su amiga le declaró su amor</p> <p>Relación cordial actual</p>	<p><i>cuanto amistades, son las mismas de cuando tenía como 16'</i></p> <p><i>'hice buenos amigos en la universidad, con los que no profundicé la relación pero tengo gratos recuerdos. En el trabajo he hecho algunas amigas o amigos, pero menos'</i></p> <p><i>'Mis amistades me han ayudado mucho en mis etapas de crisis, de estar mal.'</i></p>	<p>no tan cercanos</p> <p>Vivencias positivas</p> <p>Una red de apoyo importante para él</p>
--	---	--	---	--

	<i>a una alberca para trabajar y desde ahí tenemos una relación cordial’.</i>			
--	---	--	--	--

Anexo 4. Tabla 22. Análisis cualitativo subcategoría Amigos

Subcategoría 4.2	Participante 1	Observaciones	Participante 2	Observaciones
Escuela	<p>Infancia: <i>‘Siempre saqué buenas notas, hacía muy bien las tareas y ejercicios en clase, su mamá siempre le exigió 10, si sacaba 9 no era suficiente’.</i></p> <p><i>‘Siempre fui retraída, los maestros no me regañaban, ni la felicitaban, se portaba bien’.</i></p> <p><i>‘Recuerdo sentirme triste y vulnerable, sin ganas de hacer las cosas, desde ahí tuve depresión’</i></p> <p><i>‘...me iba solita a sentarme a algún lugar con compañeritos para encajar, pero no le hacían caso, me ponía triste y ya no hacía el intento’</i></p>	<p>Exigencias de mamá</p> <p>Retraída</p> <p>Sentirse no reconocida por los maestros</p> <p>Estado de ánimo</p> <p>Depresión</p> <p>Sentimiento de rechazo</p> <p>Búsqueda de aceptación</p> <p>Conductas disruptivas</p>	<p>Infancia: <i>‘Iba al kínder, me gustaba, me gustaba mucho ir al tanque de arena, me encontraba juguetitos, lloraba mucho cuando se iba mi mamá’.</i></p> <p>Niñez: <i>‘recuerdo lo de las burlas que era retraído por esas cosas, un chico me tiró en el recreo y me pegó en la cara’</i></p> <p><i>‘No me gustaba ir a la escuela, a propósito me hacía del baño para que fueran por mí,’</i></p> <p><i>..mi mamá me golpeaba por esconder el uniforme, bien merecido lo tenía.’</i></p> <p>Adolescencia: <i>‘..iba bastante</i></p>	<p>Bonitos recuerdos</p> <p>Llorar por su mamá</p> <p>Bullying</p> <p>Ser golpeado</p> <p>Retraído</p> <p>No quería ir a la escuela por bullying</p> <p>Regaño y golpes de mamá</p> <p>Malas calificaciones</p>

	<p><i>'Les jalaba el cabello a las compañeritas, las empujaba y ellas a ella. Se peleaba con los niñitos como hombre. Le pegaban, ella se los regresaba.'</i></p> <p>Niñez: <i>'En primero de primaria me golpeó un maestro, me daba nalgadas con una regla en las manos pero no lo corrieron, era mala onda con todos, tenía ganas de ir al baño y no la dejaba salir y muchas veces me hizo pipí. En segundo de primaria siguió con el mismo maestro. Golpeaba a los niños y les decía que si se quejaban le iba a ir peor'.</i></p> <p>Adolescencia: <i>'En la secundaria me empecé a hacer popular, me volví de las bonitas, bajé de peso porque era gordita y se me empezó a hacer cuerpo de señorita'</i></p> <p><i>'Ese cambio emocional de pasar de ser bulleada y</i></p>	<p>Violencia por parte de maestro</p> <p>Miedo</p> <p>Vergüenza</p> <p>Enojo</p> <p>Convertirse en popular</p> <p>Subió autoestima</p> <p>Recompensa</p>	<p><i>mal el primer y segundo año pues no había mucha atención por mi familia, de mi abuela, en tercero por decisión propia decidí dedicarme y saqué 7.6 total, en tercero con 8.9'.</i></p> <p><i>'Comencé la vocacional, estuve dos semestres, me fue mal en calificaciones, me salí porque no podía mantenerme, perdí el norte y me salí.'</i></p> <p>Adultez: <i>'Entré a Economía en el IPN, ha sido una etapa bonita, que disfruté, que me gustó, pero no he concluido mis estudios porque tengo materias que no cursé y no me di cuenta. Tengo planes de terminarlo, le gustaría estudiar una maestría o algo'.</i></p>	<p>por no tener atención familiar</p> <p>Decidió dedicarse por sí mismo</p> <p>Dejó la escuela por falta de dinero</p> <p>Carrera trunca</p> <p>Espera terminarlo pronto</p>
--	--	--	--	--

	<p><i>lastimada y que me decían cosas feas, me ponían apodos, esa transición a ser la popular, la bonita, la de buen cuerpo, fue un aliciente para que rindiera más en la escuela'</i></p> <p><i>'..con mucha seguridad y autoestima, se me empezó a subir la fama, siempre le ganaba a él. Yo no decía nada, pero pensaba no que no puedo y eso me hacía muy feliz. Ser popular, bonita, muy buscada y muy querida, saqué 9.7 de promedio general, salí en el cuadro de honor y me felicitaron'</i></p> <p><i>'Empecé a estudiar Química farmaco biológica, llegué al 4° semestre, la dejé porque no sabía que los síntomas que tenía eran del trastorno, pero tenía mucho miedo, con mis amigos me sentía bien y tranquila y prefería estar con ellos que sentirme con</i></p>	<p>Mejor rendimiento académico</p> <p>Seguridad</p> <p>Aceptación de sí misma</p> <p>Síntomas de TLP</p> <p>Renuncia a estudios universitarios</p> <p>Inseguridad</p>		
--	--	---	--	--

	<i>miedo e inseguridad, por borracha y no entrar a mis clases es que no la terminé. Poco a poco se iba disparando el Trastorno, se iba agravando, en ese momento no sabía qué pasaba'</i>	Impulsividad: Abuso de sustancias		
		Miedo		

Anexo 5. Tabla 23. Análisis cualitativo subcategoría Escuela.

Subcategoría 4.3	Participante 1	Observaciones	Participante 2	Observaciones
Trabajo	<i>'Uno de mis primeros trabajos fue horrible, trabajaba en una palettería pero tenía que limpiar, me fui. Luego me contrataron en una firma de contadores que eran auditores, revisaba pagos y cosas así , aguanté como 4 meses porque me pagaban muy poco, era muy estresante porque no tenía ropa formal.'</i>	Disgusto Inconformidad Poca estabilidad	<i>'Mi primer trabajo fue a los 16 años, empecé a trabajar en Nutrissa, después trabajé en un call center de telcel, donde conocí a mi primer pareja oficial. Aproximadamente 8 meses.'</i>	Primer trabajo siendo muy joven Segundo trabajo en un call center, siendo duradero Trabajos duraderos, 4 años en Dish y lleva 7 años en AMEX Crecimiento laboral anterior Insatisfacción
	<i>'Luego entré al AquaOriente como recepcionista y me capacitaron para dar clases de natación,</i>	Poca estabilidad Necesidad trabajo doble	<i>'Entró a los 19 a 23 trabajó en Dish. He tenido trabajos muy estables, de los 23 a la actualidad he tenido el mismo empleo (7 años) en AMEX, tenía crecimiento laboral, pero ahora a veces estoy insatisfecho'.</i>	

	<p><i>estuve 9 meses y luego hasta ahorita doy clases de natación. Intermitentemente en varias acuáticas, casi siempre he trabajado doble, un trabajo godín y otro las clases de natación. He trabajado en muchos call centers, a veces en tiempo completo’.</i></p> <p><i>‘En el primer trabajo que me discriminaron por el TLP fue la Acuática Nelson Vargas, se enojaron porque llegaba tarde, me enfermaba mucho, estaba mal psicológicamente, estaba somatizando mis problemas, decidí decirles lo que tenía, en ese momento solo sabía que era ansiedad y depresión y me dijo que lo sentía mucho que le tenía que decir a sus superiores, se enteró la directora, y me mandó a llamar para</i></p>	<p>Incomprensión de trastornos emocionales y mentales</p>		
--	---	---	--	--

	<p><i>decirme que me tomara un break pero no podía porque vivía sola, me dijo que me tomara 3 meses, y le dije a lo mejor tú te puedes dar ese lujo pero yo necesito trabajar. Me empezaron a ver raro, ponían más atención en mí. Me salí, no recuerdo si me corrieron.’</i></p> <p><i>‘En otra alberca, Agua viva, cuando trabajaba ahí fue la primera vez que me hospitalizaron, tuve que decir qué pasaba, les dije que no sabía que tenía un trastorno, pero que podía seguir normal como estábamos en clase, cuando supieron sentía que el coordinador rondaba más mis clases, pensaba que iba a matar un niño, algo muy exagerado, a lo mejor es paranoia mía, sentí que me vigilaban que estuviera haciendo bien las clases, y</i></p>	<p>Hospitalización</p> <p>Incomprensión de trastornos emocionales y mentales</p> <p>Posibilidad de paranoia</p> <p>Bullying</p> <p>Discriminación</p> <p>Incomprensión del TLP</p>		
--	--	--	--	--

	<p><i>se siente feo, pero me aguantaba, llegó un punto en que tuve muchos problemas, ahí conocí a los dos casados, yo renuncié, le caía mal a todos, mis compañeros me hacían bullying, decían que sabía dar clases'</i></p> <p><i>'Cuando hablé con ellos y les dije que era TLP, no me dijeron nada, dijeron que ya entendían como si ellos lo hubieran tenido o lo hubieran sufrido en algún momento. El dueño me dijo que no esperaba que me fuera, pero que si quería estaba ok.'</i></p>			
--	--	--	--	--

Anexo 6. Tabla 24. Análisis cualitativo subcategoría Trabajo.

Subcategoría 4.4	Participante 1	Observaciones	Participante 2	Observaciones
Entorno social	<p>Niñez: <i>'No sabía socializar, siento que me costaba trabajo por miedo al rechazo, no quería que me</i></p>	<p>Miedo al rechazo</p>	<p>Niñez: <i>'me sentía desencajado, que no pertenecía a esa clase social'</i></p> <p><i>'esta parte de</i></p>	<p>Sentido de no pertenencia</p> <p>Estereotipos sociales</p>

	<p><i>rechazaran y mejor no le hablaba a nadie, no sabía qué decir o cómo entablar una conversación'</i></p> <p>Adolescencia <i>'En la secundaria me volví popular.'</i></p> <p><i>'Nunca he tenido un grupo de amigos'</i></p> <p>Adultez <i>'A raíz del aborto dejé de tener amigos'.</i></p> <p><i>'Hay cierta discriminación hacía mí cuando la gente se entera como que me ven diferente, les platico y se quedan sacados de onda y me empiezan a ver diferente. La gente se espanta, dice 'está loca esta'</i></p>	<p>Solo se sintió bien socialmente en la secundaria</p> <p>Sentido de no pertenencia</p> <p>Incomprensión social de TLP</p>	<p><i>mi mamá y mi papá diciéndome que los hombres 'no hablan así, o dicen esto, o se paran así'</i></p> <p><i>' no aceptaba las formas de mi familia (extendida) (católica y machista)'</i></p> <p>Adolescencia <i>'Me sentía bien, me sentía aceptado por la sociedad en la escuela, me sentía bien, hubo una apertura. Se sentía bien de ganar dinero pues ya trabajaba'.</i></p>	<p>Invalidación</p> <p>Desacuerdo con ideas de la religión</p> <p>Popularidad</p> <p>Aceptación social (sus amigos, compañeros de la escuela)</p> <p>Independencia económica</p>
<i>Discriminación / bullying</i>	Bullying en infancia y niñez	<p>Menciona situaciones de bullying en 4 ocasiones, no menciona por qué, una ya adulta por TLP</p> <p>En dos ocasiones</p>	<p>Bullying en infancia y niñez por</p> <p>Incomprensión</p>	<p>Menciona situaciones de bullying en 3 ocasiones por homosexualidad</p> <p>Terminó la relación por no</p>

	Discriminación en el trabajo por TLP	perdió su trabajo poco tiempo después de que se supiera que tenía primero ansiedad y depresión y después por TLP.	de su última pareja al TLP	comprender el trastorno
--	--------------------------------------	---	----------------------------	-------------------------

Anexo 7. Tabla 25. Análisis cualitativo subcategoría entorno social.

Subcategoría 4.5	Participante 1	Observaciones	Participante 2	Observaciones
Entorno cultural				
<i>Religión</i>	<p>Niñez: <i>Mi mamá se volvió cristiana, diario subíamos con la vecina, teníamos que cantar, aplaudir, tocar la guitarra, nos aburrían, no sé por qué mi mamá cambió de religión. Falleció mi abuelita y regresó a ser católica. Mi papá nunca ha sido religioso, pero no es ateo, no profesa la religión. Yo y mi hermana siempre fueron muy ateas, pensaban que ridículo que alguien piense eso´.</i></p>	<p>Cambio de religión de católica a cristiana</p> <p>Catolicismo inculcado</p> <p>No creencia en Dios</p> <p>Agnóstica</p> <p>Papás trataban de inculcar religión</p>	<p>Infancia: <i>'Me acuerdo que mi mamá nos hacía rezar el padre nuestro'</i></p> <p>Niñez: <i>'Hice mi primera comunión'</i></p> <p>Adolescencia: <i>'No tenía ninguna religión, renegaba de Dios, empecé con la negación de su existencia'</i></p> <p>Adulthood: <i>'Conocí el budismo a los 20, he sido inconstante en acudir a las prácticas budistas, pero he descubierto que sus enseñanzas y</i></p>	<p>Catolicismo inculcado</p> <p>No creencia en Dios</p> <p>Budismo</p> <p>Beneficio emocional</p>

	<p>Adolescencia: <i>Era atea, no creía en Dios, era agnóstica. Mis papás sí eran muy religiosos de ir a misa, nos regañaban por no hacerlo''.</i></p> <p>Adultez: <i>'A partir de la segunda hospitalización que tuve empecé a pensar diferente y darle una oportunidad a Dios, no a la religión, a un ser supremo, había una señora que hablaba mucho de Jesús, me ayudaba mucho, me tranquilizaba, me sentía bien, volví a creer en Dios, a partir de ahí tengo esa creencia, nunca seré religiosa porque son rateros que quieren el dinero'.</i></p>	<p>Ahora cree en Dios, más no profesa la religión</p> <p>Beneficio emocional</p>	<p><i>prácticas han tenido un beneficio, ayudando en muchos aspectos emocionales, revolucionando mi vida, pues llegué a ser vegano por la conciencia que generó en mí el respeto de la vida de todos los seres. Dejé de ser vegano porque no tenía tiempo, me dedicaba a estudiar y trabajar, fue perdiendo el hilo de eso. Últimamente he tenido más acercamiento a las prácticas budistas ya que la terapia dialéctica conductual tiene principios en técnicas de relajación y mindfulness orientales lo que me hace confiar mucho más en esta práctica al considerar que todas las personas con TLP deberían acudir o prácticas no el budismo pero sí técnicas de meditación que dan en el centro</i></p>	<p>Vegano</p> <p>Técnicas Dialéctico Conductual</p> <p>Técnicas de relajación y mindfulness</p>
--	---	--	--	---

			<i>budista</i> '.	
--	--	--	-------------------	--

Anexo 8. Tabla 26. Análisis cualitativo subcategoría Entorno cultural / Religión.

Categoría 9	Participante 1	Observaciones	Participante 2	Observaciones
Redes de apoyo				
<i>Familia</i>	<p>Cómo describe el apoyo de su familia: <i>'Un poco ignorante, con muchas ganas de apoyarme, no saben qué hacer, tratan de estar ahí siempre aunque no entiendan, son pacientes conmigo.'</i></p> <p>Del 1 al 10, cuánto comprenden su diagnóstico: 5</p>	<p>Voluntad de apoyo</p> <p>No saben qué hacer</p> <p>Fue la calificación más alta que dio en cuanto a redes de apoyo independientes del apoyo terapéutico</p>	<p><i>'Algo desinteresado en el sentido que ellos no lo tienen presente, pero no es algo que me rompa la cabeza, ahora ya no.'</i></p> <p>Del 1 al 10, cuánto comprenden su diagnóstico: 0</p> <p><i>'no logran comprenderlo y no espero que lo hagan, antes tal vez lo esperaba'</i></p>	<p>Desapego de la familia</p> <p>No representa una red de apoyo para él</p> <p>No espera que comprendan</p>
<i>Pareja</i>	<p>Cómo describe el apoyo de su pareja: <i>'No he tenido pareja desde que estoy diagnosticada'</i></p> <p>Del 1 al 10, cuánto comprenden</p>	No aplica	<p>Cómo describe el apoyo de su pareja:</p> <p><i>'En cuanto a Emmanuel, lo describo como algo crucial, fue bueno, no entendía pero respetaba, si pedía espacio'</i></p>	Gran apoyo

	<p>su diagnóstico: 0</p>		<p><i>lo respetaba, sabía que podía contar con él en alguna emergencia'.</i></p> <p><i>'...mi última relación, Marco, la relación fue corta y no tenía por qué entenderlo y ya no fue en una época de agudeza, pero a él no le importaba, no quiso entenderlo.'</i></p> <p>Del 1 al 10, cuánto comprenden su diagnóstico: Emmanuel: 5 Marco: 2</p>	<p>Desinterés</p>
<p><i>Entorno Laboral</i></p>	<p>Cómo describe el apoyo en su entorno laboral: <i>'En las dos ocasiones que comenté que tenía el trastorno en el primer caso no hubo apoyo, el segundo caso reaccionaron con miedo a mi trastorno, tampoco hubo apoyo.'</i></p> <p>Del 1 al 10, cuánto comprenden su</p>	<p>Sin ningún tipo de apoyo</p> <p>Miedo</p> <p>Aunque califica con 5 la comprensión en el segundo trabajo, menciona que reaccionaron con miedo</p> <p>Prejuicios</p>	<p>Cómo describe el apoyo en su entorno laboral: <i>'Creo que ha sido una buena red de apoyo en momentos críticos, en su momento las psicólogas del trabajo me ayudaron mucho, el que era mi jefe me salvó la vida porque me llevó al hospital cuando intenté suicidarme'</i></p> <p>Del 1 al 10, cuánto comprenden su</p>	<p>Apoyo psicológico en el trabajo</p> <p>Apoyo en un momento crítico</p>

	<p>diagnóstico: Trabajo 1: 0 Trabajo 2: 5</p>		<p>diagnóstico: 4</p> <p><i>'no lo pueden comprender pero son respetuosos de los tiempos, de la cita, no hace más cuestionamientos mi jefa, mi nuevo jefe, aunque nunca sabe todo, siempre respetan si tengo citas, no lo entienden porque no lo saben completamente, pero son respetuosos, lo ven como cualquier otra enfermedad, lo ven como algo protocolario, como algo que cualquier empleado tiene, le dan la importancia o relevancia que necesita, hasta el punto que yo les permito visualizar. Solo saben que es un padecimiento psiquiátrico'.</i></p> <p><i>'Hay muchos programas de apoyo, hay un programa que se llama 'Healthy minds' teniendo apoyo psicológico de emergencia, la empresa está sensibilizada</i></p>	<p>Respeto</p> <p>Protocolo de la empresa</p> <p>Saben que es un padecimiento psiquiátrico, tratado como cualquier otro padecimiento de salud.</p> <p>Sin prejuicios</p> <p>Apoyo psicológico de emergencia</p> <p>Sensibilización a la salud mental</p> <p>Atención médica</p> <p>Atención de nutrición</p> <p>Empresa Socialmente Responsable</p> <p>Sin discriminación</p>
--	---	--	--	---

			<p><i>en salud mental, hay psicólogos, médicos, nutriólogos, es una empresa socialmente responsable en ese sentido, quizá en otro trabajo dirían ‘este se está haciendo el loquito’.</i></p> <p><i>Ningún tipo de discriminación, ha cambiado de puestos de actividades, de responsabilidades, ha tenido oportunidades de crecimiento. Todo se lo dan en AMEX en cuanto a salud, medicamentos, atención médica, seguro de gastos médicos mayores psicológica’.</i></p>	<p>Crecimiento laboral</p> <p>Apoyo integral</p>
<p>Apoyo Terapéutico</p>	<p><i>‘Tomé cognitivo conductual con diagnóstico de ansiedad y depresión, el apoyo fue muy bueno, me ayudó a poder describir mis sentimientos para darme cuenta de ellos y cambiar algunas conductas.’</i></p>	<p>Primer diagnóstico no adecuado</p> <p>Le ayudó a ser consciente de algunas conductas y cambiarlas</p>	<p><i>‘Todas las terapias que he tomado siempre me han dejado un aprendizaje’.</i></p> <p><i>‘Enfocado a TLP solo he tenido dos terapias’.</i></p> <p><i>‘La primera es la dialéctica conductual, la describo como un manual idóneo para atacar los</i></p>	<p>Apertura al cambio terapéutico</p> <p>Terapias enfocadas al Trastorno Límite de la Personalidad</p> <p>Terapia Dialéctica Conductual (TDC)</p> <p>La describe como:</p>

	<p><i>‘El psicoanálisis me sirvió muchísimo, descubrí muchas cosas de mí que no sabía, pude hablar de temas muy delicados y cerrar círculos viciosos, estar consciente de la enfermedad, a reducir un poco las conductas, como los impulsos, ya no soy tan impulsiva, si voy a hacer algo lo pienso antes no después de haberlo hecho’.</i></p> <p><i>‘En una crisis le hablé por teléfono a María Elena, le dije que no me quería volver a internar, que ya no me servían las hospitalizaciones que ya no quería, me ayudó a calmarme un poco, hicimos una meditación. A partir de ahí empezamos</i></p>	<p>Conocimiento de sí misma</p> <p>Confianza para hablar</p> <p>Cierre de círculos viciosos</p> <p>Consciencia de la enfermedad</p> <p>Reducción de conductas impulsivas</p> <p>Control de crisis</p> <p>Evitó internamiento</p>	<p><i>síntomas agudos emocionales del trastorno, pero que no ataca los síntomas emocionales crónicos. No recuerdo la otra terapia, qué enfoque tenía, pero la psicóloga estaba muy consciente del trastorno focalizando el tema de las emociones, estaba sensibilizada con TLP.’</i></p> <p><i>‘...una de las psicólogas del trabajo me dijo que no me podía casar con el diagnóstico, porque ella me atendía a mí y no al diagnóstico, pero esas palabras me funcionaron mucho.’</i></p> <p><i>‘A veces quiero trabajar cosas específicas con las psicólogas del trabajo que no son especializadas en TLP, trato de guiarlas y enfocar el trabajo en la terapia en cosas</i></p>	<p>‘manual idóneo’ para síntomas agudos</p> <p>Área de oportunidad TDC: síntomas emocionales crónicos</p> <p>Apoyo psicológico en el trabajo.</p> <p>No ser considerado solo un diagnóstico</p> <p>Al conocer la Terapia Dialéctico Conductual y el trabajo de la terapia de los psicólogos del trabajo trata de enfocarlo en situaciones específicas</p> <p>Derivación oportuna por parte de algunos terapeutas recomendando seguimiento especializado al tener un diagnóstico específico.</p>
--	---	--	---	---

	<p><i>a tratar auto control y control de impulsos, no tuve que ir a ningún lado, todo estuvo bien'.</i></p> <p>Del 1 al 10, cuánto conocen y comprenden su diagnóstico: <i>Terapia Cognitivo Conductual (TCC): 0</i> <i>porque no se dieron cuenta</i> <i>Psicoanálisis: 10</i></p>	<p>Menciona que al tomar Terapia Cognitivo Conductual no identificaron el TLP</p> <p>Califica con 10 el psicoanálisis</p>	<p><i>específicas'.</i></p> <p><i>'Algunos terapeutas han dicho que no me pueden dar terapia por tener un diagnóstico, lo que te pueden dar aquí es terapia breve para síntomas breves, que no necesitan seguimiento especializado, conocer los limitantes del espacio y tuyos como profesional y tú como TLP comprender y no sentir discriminación, cabe en la cordura de un terapeuta decir, hasta aquí llego yo y derivarte a otro tratamiento.'</i></p> <p><i>'también ayuda a una terapia específica que es para el diagnóstico y que hay una clínica especializada, no solo en el ámbito clínico, sino también psicológico en el Instituto Nacional de psiquiatría, que la TDC fue desarrollada para el TLP, yo no sabía hasta que llegué ahí.</i></p>	<p>Comprensión de no discriminación</p> <p>Clinica especializada para TLP en el Instituto Nacional de Psiquiatría</p> <p>Terapia Dialéctico Conductual (TDC) desarrollada para atender TLP</p> <p>Recomendación como paciente del uso de técnicas de TDC para regular emociones en general.</p> <p>Beneficios de tomar TDC</p>
--	--	---	--	---

			<p><i>Creo que todos los psicólogos deberían conocer la TDC, el TLP lo veo más que como algo orgánico, por ejemplo el TB, o esquizofrenia, la diferencia entre enfermedad y trastorno es mucha, porque no se puede controlar la parte fisiológica. Algo que está fuera de los parámetros de comportamiento sano, como canalizar, externalizar tus emociones. Creo que una persona especializada en TDC lo comprende al 100%, califico con 10 en entendimiento y comprensión, saben que los sentimientos están exorbitados y regresan a la realidad'.</i></p> <p>Del 1 al 10, cuánto comprenden su diagnóstico: TCC y psicoanálisis Conocimiento: 5 Comprensión:8</p> <p>TDC:</p>	<p>Beneficios de la especialización</p> <p>Conocimiento del Trastorno</p>
--	--	--	--	---

			Conocimiento:1 0 Comprensión: 10	
--	--	--	---	--

Anexo 9. Tabla 26. Análisis cualitativo categoría Redes de apoyo

Categoría 11	Participante 1	Observaciones	Participante 2	Observaciones
Factores asociados a crisis				
<i>Salud física</i>	<p><i>'Hipotiroidismo me afecta por dos razones, la primera porque me siento muy cansada, los síntomas son muy fuertes, amanezco cansada, me siento mal, tengo malestar'</i></p> <p><i>'El sobrepeso me afecta en cuanto a la ansiedad, me hará daño pesar tanto, me empiezo a malviajar y me pongo muy ansiosa, empiezo a estar inquieta.'</i></p> <p><i>'Siento que caigo en la anorexia a veces porque como no sé como bajar y ya lo he intentado...</i></p>	<p>Malestar físico</p> <p>Sentirse mal con su apariencia física</p> <p>Ansiedad</p> <p>No mencionó al preguntar por su estado de salud</p>	<p><i>'Estar pasado de mi peso ideal'</i></p> <p><i>'...tener algún síntoma físico extraño fuera de lo común o que atribuya a alguna enfermedad'</i></p>	<p>Sentirse mal con su apariencia física</p> <p>Malestar físico</p> <p>Incertidumbre</p> <p>Paranoia</p>

	<p><i>Empecé a buscar cosas en internet sobre la anorexia, me metí a grupos en telegram, de Ana y Mía donde daban consejos. Un día comí muchísimo y me valió, me sentí culpable y provoqué el vómito... pero no me gustó me sentí mal físicamente, pero en esas ocasiones lo hice porque iba a subir mucho de peso.'</i></p> <p><i>'Si contemplo la anorexia pero hasta ahorita no, mejor con ejercicio, gym, voy a intentar hacerlo bien para no llegar a ese paso. Ahorita practico ayuno intermitente'</i></p>	<p>Lo evita al sentirse mal físicamente</p> <p>Impulsividad: Atracones de comida</p> <p>Tentativa de anorexia y bulimia</p>		
<i>Familia</i>	<p><i>'Peleeas con mi mamá principalmente, peleas con mi papá'</i></p> <p><i>'Sentir que me presionen, que me estresen como que me digan que tienes que hacer determinadas cosas... y yo me siento muy</i></p>	<p>Problemas con su familia</p> <p>Sentirse presionada</p>	<p><i>'Recordar momentos del pasado'</i></p> <p><i>'...no estar cerca de ellos como desearía en mi ideal imaginario'</i></p> <p><i>'la falta de mi madre'</i></p> <p><i>'saber de mis hermanos de</i></p>	<p>Problemas con su familia</p> <p>Sentimientos de rechazo</p> <p>Ausencia de mamá</p> <p>Protección a hermanos</p>

	<i>mal como para hacerlo a veces y solo me estreso, me angustio y si un día estoy muy sensible sí me puede dar una crisis, el detonador sería mi mamá'.</i>	Mamá detonadora	<i>alguna situación que yo considero que podría estarles afectando'</i>	
<i>Pareja</i>	<p><i>'Celos míos'</i></p> <p><i>'soy tóxica, que les mande un mensaje y no me contesten'</i></p> <p><i>'desconfianza de pensar que anda con otras personas'</i></p> <p><i>'que descubra o me entere de algo que se hizo a mis espaldas'</i></p> <p><i>'que termine la relación, es el más grave, me parte totalmente'.</i></p> <p><i>'Que me ignoren, que no me expliquen por qué se alejan.'</i></p>	<p>Miedo al abandono</p> <p>Infidelidades</p> <p>Miedo al abandono</p> <p>Sentimiento de rechazo</p>	<p><i>'Los celos de mi parte'</i></p> <p><i>'una infidelidad'</i></p> <p><i>'...el miedo real o imaginario a que me abandonen'</i></p> <p><i>'...lo que me ha generado más grandes crisis en mi vida son las rupturas amorosas. Recuerdo mis emociones siempre muy intensas'.</i></p> <p><i>'En mi primera ruptura pensaba que me iba a morir de tristeza, depresión'</i></p> <p><i>'en la segunda solo tristeza profunda'</i></p> <p><i>' en mi tercera relación cortaba constantemente, cuando me</i></p>	<p>Miedo al abandono</p> <p>Infidelidades</p> <p>Hace referencia al DSM-V</p> <p>La peor crisis que ha tenido no estuvo relacionada con una ruptura amorosa</p> <p>Desregulación emocional</p> <p>Depresión</p> <p>Infidelidades</p>

			<p><i>engañaba, me daban crisis, pero no tenía diagnóstico aún'</i></p> <p><i>'en mi cuarta relación no tuve crisis por eso, cachaba algunas cosas y sí sentía algunas crisis leves, la relación terminó por mi decisión, estaba en medio de una gran crisis, me acababa de diagnosticar el TLP'</i></p> <p><i>'Mi última relación sí tuve crisis pero pude controlar con las herramientas que aprendí en las terapias, canalice todo de forma positiva, dieta, ejercicio, clases de danza, pero no podía dormir bien'.</i></p>	<p>Decidió terminar la relación a raíz de su crisis</p> <p>Manejo de la crisis mediante herramientas de Terapia Dialéctico Conductual</p>
<i>Amistades</i>	<i>'La falta de lealtad, descubrir mentiras, secretos'.</i>	Deslealtad	<i>'Que hagan comentarios como 'tú eres enojón', 'tú eres así', que pretenda definir lo que soy...'</i>	Prejuicios sobre su persona
<i>Trabajo</i>	<i>'Que me metan mucha presión,</i>	Sentirse presionada	<i>'Miedo real o imaginario a</i>	Cierto tipo de miedo al

	<i>objetivos muy altos, que me empiecen a presionar con llegar a objetivos muy altos que no puedo'</i>		<i>perder el trabajo'</i>	abandono
--	--	--	---------------------------	----------

Anexo 10. Tabla 27. Análisis cualitativo categoría Factores asociados a crisis

Antes del diagnóstico

Subcategoría 7.1	Participante 1	Observaciones	Participante 2	Observaciones
Primera crisis sin diagnóstico	<i>'...tenía taquicardia, palpitaciones, me sudaban las manos, estaba muy ansiosa, tuve una crisis de ansiedad, y por eso dije voy al psicólogo. Realmente no pasaba nada en mi vida, se desencadenó tal vez por algunos factores, pero nunca supe, simplemente se desencadenó y de ahí diario me pasaba'.</i>	Ataques de ansiedad y pánico repentinos	<i>'Fue un día normal como cualquier otro, común y corriente, y de repente empecé a sentir que estaba como que sentía que no estaba presente en el lugar, que las cosas eran intangibles, empecé a sentir que me iba a caer y que iba a perder el control y luego empecé a sentir síntomas más intensos, taquicardia, de la nada sentía que me iba a morir.'</i>	Ataques de ansiedad y pánico repentinos
<i>Edad</i>	<i>22 años</i>	Ella mencionó a los 15, pero en esta crisis comenzó a buscar ayuda	<i>25 años</i>	Menciona haber tenido desregulación emocional desde los 17, pero en este momento comenzó a buscar ayuda
<i>Causas</i>	<i>'El término de</i>	Poco tiempo de	<i>'Estaba en la</i>	Sin causa

	<i>una relación amorosa, tenía peleas con mi familia por seguir las reglas, y a mí no me gusta'</i>	haber terminado una relación	<i>universidad, trabajaba, nada fuera de lo normal'</i>	aparente
<i>Atención recibida</i>	<i>Psicológica</i>	Decidió por su cuenta buscar ayuda	<i>Hablé a locatel y me atendió un psicólogo, me dijo que me hiciera círculos en el estómago con la mano, luego estuve con varios médicos generales del trabajo y que me decían que se podía deber a estrés. Los síntomas fueron más graves a través de los días, fui con el cardiólogo, con el otorrinolaringólogo, endocrinólogo, un estomatólogo. Al no encontrar respuesta fui al psiquiatra.</i>	No sabía lo que sucedía, pensaba era alguna enfermedad del corazón o del oído
<i>Lugar de atención</i>	<i>'A los 22 años, a Ciudad Universitaria C.U.en la clínica que hay dentro de las instalaciones.'</i> <i>'A los 27, 28 años, fui al IMSS, primero fue a la clínica 21 y de ahí me derivaron al hospital general de zona, 20 en</i>	Atención psicológica de institución educativa Atención médica pública Atención médica pública	<i>En el trabajo y doctores privados.</i>	Atención psicológica de institución educativa

	<p>Coyuy'a</p> <p>'Instituto Nacional de Psiquiatría (INP)'</p>	especializada		
<p>Primeros diagnósticos</p>	<p>'Psiquiatría IMSS: Ansiedad y depresión'</p> <p>'INP: Trastorno depresivo mayor y Trastorno de Ansiedad Generalizado'</p>	<p>A pesar de ser una atención médica pública especializada, el diagnóstico no fue adecuado</p>	<p>'Estrés'</p> <p>'Trastorno de Ansiedad Generalizada'</p>	<p>Diagnóstico de psicólogos del trabajo</p>
<p>Tratamiento no farmacológico o / psicológico</p>	<p>22 años</p> <p>C.U: '...se puso a preguntarme cosas muy grosero, hazme una lista de pros y contras de tu carácter y me lo traes la siguiente semana, creo que era TCC por cómo me dio la terapia, ya no regrese.'</p> <p>'Hasta los 28 años llegué a tomar Terapia Cognitivo Conductual de forma particular con Hilda, estuve con ella año y medio, y me hospitalizaron en ese año y medio.'</p>	<p>Solo tuvo tratamiento psicológico pero no dio continuidad</p> <p>Psicólogo particular</p> <p>A pesar de la atención psicológica hubo hospitalización</p>	<p>'Iba con los practicantes de psicología de IPN (psicoanálisis)'</p>	<p>Tuvo tratamiento psicológico.</p>

<p>Tratamiento farmacológico</p>	<p>IMSS: <i>'...medicamento me hacía sentir muy mal, me mandó fluoxetina y metilfenidato, para niños con déficit de atención, pero que él estaba haciendo una prueba para ver si ayudaba a la depresión.'</i></p> <p><i>'...diario estaba mareada me desmayé en el trabajo, en ese momento cae con las rodillas en mi cara un niño, pensaban que yo estaba jugando, esperé a que se me pasara la crisis. En esa ocasión no recibí atención psicológica.'</i></p> <p>INP: <i>'les pedí que no me dieran fluoxetina, creo que me dieron sertralina y clonazepam, ahí lo empecé a tomar, me hacía mucho efecto, ahora no me hacen nada. No tuve tratamiento psicológico, me veían cada 3 meses, hicieron un ajuste en la medicación'</i></p>	<p>Antidepresivos</p> <p>Psicoestimulante</p> <p>Efectos secundarios</p> <p>Sin atención psicológica</p> <p>Antidepresivo y ansiolítico</p> <p>Sin atención psicológica</p>	<p><i>'el cardiólogo me dio medicina para el corazón, las arritmias'.</i></p>	<p>Medicamentos para el corazón</p>
----------------------------------	---	---	---	-------------------------------------

<i>Efectividad de los tratamientos</i>	<i>CU: 0 Hospital General en Coyuya: 0 INP: 0 TCC: 9</i>		<i>IPN: 5</i>	
<i>Tiempo transcurrido antes de ser diagnosticado</i>	<i>8 años</i>	<i>Varios años</i>	<i>Casi 1 año</i>	<i>Menos de un año</i>

Anexo 11. Tabla 28. Análisis cualitativo subcategoría Antes del diagnóstico | Primera crisis antes del diagnóstico

Subcategoría 7.2	Participante 1	Observaciones	Participante 2	Observaciones
Diagnóstico				
<i>Edad</i>	<i>29 años</i>		<i>26 años</i>	
<i>Causas</i>	<i>'...me sentía muy mal emocionalmente y me fui a urgencias de psiquiatría. Me empecé a preguntar cosas que nadie me había preguntado, me dijo, sabes qué no te puedo dejar ir porque tienes ideación suicida y te tienes que internar. Esa fue la primera vez que me diagnosticaron y confirmaron que era TLP y yo no sabía.'</i>	<i>Ideación suicida</i>	<i>'El diagnóstico fue cuando salí del hospital de psiquiatría del IMSS después de la primera hospitalización de un mes por intento de suicidio. (tomó medicamentos psiquiátricos en grandes cantidades)'</i>	<i>Intento de suicidio</i>
<i>Atención recibida</i>	<i>Psiquiátrica Psicológica Hospitalización</i>	<i>Canalizada a psiquiatría</i>	<i>Psiquiátrica Hospitalización</i>	<i>Canalizado a urgencias</i>

<i>Lugar de atención</i>	<i>Clínica 10 del IMSS de urgencias psiquiátricas. Villa de Cortés.</i>	<i>Estuvo internada mes y medio</i>	<i>Hospital General del IMSS. Parque de los Venados</i> <i>Hospital Regional de Psiquiatría del IMSS. Por San Fernando</i>	<i>Estuvo internado para lavado de estómago</i> <i>Estuvo internado un mes</i>
<i>Tratamientos no farmacológico o / psicológico</i>	<i>'Tuve terapias que daba una psicóloga en la hospitalización, era Terapia Cognitivo Conductual y me daba tareas.'</i>	<i>Terapia psicológica integral en la hospitalización</i>	<i>'Iba a terapia al trabajo, terapia breve, después me dijeron que no podían seguir dando terapia.'</i>	<i>Derivación</i>
<i>Tratamiento farmacológico</i>	<i>'No recuerdo que medicamentos me dieron, siempre ha sido constante el clonazepam, un antidepresivo y un estabilizador del estado de ánimo.'</i>	<i>Antidepresivo</i> <i>Ansiolítico</i> <i>Estabilizador del ánimo</i>	<i>'Quetiapina, venlafaxina, valproato semisódico, alprazolam fluoxetina. Protocolo de un año, no lo tuve un año'</i>	<i>Antipsicótico</i> <i>Antidepresivos</i> <i>Estabilizador del ánimo</i> <i>Ansiolítico</i>
<i>Efectividad de los tratamiento</i>	<i>'4, porque yo me enteré de mi trastorno hasta que salí, porque nunca me dijeron qué tenía, cuando salí me enteré y busqué el trastorno y me di cuenta que era al pie de la letra de lo que decían las páginas de TLP'</i>	<i>Desinformación</i>	<i>'Un 8, estuve bien un tiempo, como unos 2 meses y después abusar de los medicamentos, luego lo calificaría con un 2 por la falta de seguimiento clínica por parte del psiquiatra. Psicólogos del trabajo 5'</i>	<i>No hubo seguimiento a pesar de la gravedad del evento.</i> <i>Sin atención psicológica</i>

Anexo 12. Tabla 29. Análisis cualitativo subcategoría Diagnóstico

Categoría 8	Participante 1	Observaciones	Participante 2	Observaciones
<i>Tratamientos</i>				

<p><i>Tratamiento no farmacológico / psicológico</i></p>	<p>Antes del diagnóstico 22 años C.U: <i>'...se puso a preguntarme cosas muy grosero, hazme una lista de pros y contras de tu carácter y me lo traes la siguiente semana, creo que era TCC por cómo me dio la terapia, ya no regrese.'</i></p> <p><i>'Hasta los 28 años llegué a tomar Terapia Cognitivo Conductual de forma particular con Hilda, estuve con ella año y medio, y me hospitalizaron en ese año y medio.'</i></p> <p>Diagnóstico <i>'Tuve terapias que daba una psicóloga en la hospitalización, era Terapia Cognitivo Conductual y me daba tareas.'</i></p> <p>Después del diagnóstico <i>'Me recomendaron que tomara terapia psicodinámica y contacté a María Elena y comencé a tomar</i></p>	<p>Solo tuvo tratamiento psicológico pero no dio continuidad</p> <p>Psicólogo particular</p> <p>A pesar de la atención psicológica hubo hospitalización</p> <p>Se refiere a ella como igual</p> <p>Terapia psicológica integral en la hospitalización</p> <p>Terapia psicodinámica</p> <p>Psicoanálisis</p>	<p>Antes del diagnóstico <i>'Iba con los practicantes de psicología de IPN (psicoanálisis)'</i></p> <p>Diagnóstico <i>'iba a terapia al trabajo, terapia breve, después me dijeron que no podían seguir dando terapia'</i></p> <p>Después del diagnóstico <i>'estuve en lista de espera de un año para dialéctica conductual en el Instituto Nacional de Psiquiatría'</i></p> <p>Tratamiento actual o más reciente: Terapia Dialéctica Conductual</p>	<p>Tuvo tratamiento psicológico.</p> <p>Derivación</p> <p>Psicólogo de la empresa</p> <p>Desarrollado para TLP</p> <p>En el INP</p>
--	---	---	---	---

	<p><i>psicoanálisis, aprendí muchas cosas más que no sabía, pensaba que era bruja porque siempre tenía las palabras que me hacían sentir bien y que eran ciertas, aprendí mucho con el psicoanálisis.</i></p> <p><i>' tiene 2 años que mis papás no querían que fuera porque pensaban que no me iba a ayudar, ellos querían que buscara la Dialéctico Conductual, que sí lo haré pero en ese momento a mí me servía, me decían que no me iba a servir, que no era la que necesitaba y porque según ellos ella me consciente mucho y hace lo que yo quiere y que me tiene muy malcriada y que nada más lo que me conviene a mí y que Mariana Elena hace lo que yo quiero según ellos'.</i></p>	<p>Sentirse bien</p> <p>Aprendizaje</p> <p>Oposición de papás a que siga tomando psicoanálisis.</p> <p>Conocimiento de la Terapia Dialéctico Conductual</p> <p>Papás piensan que manipula a la psicóloga</p> <p>Se refiere a la psicóloga como igual, llamándola por su nombre</p>		
--	---	--	--	--

	<p><i>'Cuando llegué con ella ya sabía mi diagnóstico, y yo se lo dije a ella, llevé la hojita del IMSS, y me dijo antes que empecemos la terapia quiero que hagamos un trato en esta hojita te vas a comprometer a que no vas a volver a intentar a perjudicar tu vida, firmalo y te vas a comprometer a que no habrá intentos de suicidio y es un compromiso que te haces a ti solita. Me dijo hay muchos profesionales que afirman que este tipo de terapia no es para TLP que ese tipo de terapia es para otra enfermedad pero tú y yo les vamos a demostrar que sí sirve porque es algo emocional y vamos a mover tus emociones, a buscar el detonador de cada una de tus emociones</i></p>	<p>Compromiso de no hacerse daño nuevamente</p> <p>Búsqueda de probar que el psicoanálisis sirve para tratar TLP</p> <p>Efectos secundarios del</p>		
--	--	---	--	--

	<p><i>y las vamos a ir curando y que ella se iba a enfocar en eso.'</i></p> <p><i>' En otra ocasión yo le pedí a mis papás que fueran porque se les olvida que tengo un problema y como que muchas veces no estoy a la altura, porque el medicamento me apendeja, no controlo y me es difícil controlar mis impulsos y tengo un trastorno que hace que las cosas sean el doble de difíciles para una persona normal y a ellos se les olvida que no soy una persona normal, no estoy casada con el trastorno, el trastorno está ahí pero no pueden decir que no lo está o que no hay ahí y realmente me cuesta mucho trabajo. Me exigen cosas que no me comporté de tal o cual manera, y le</i></p>	<p>medicamento</p> <p>Dificultad de control de impulsos</p> <p>Sentir que las cosas le cuestan más trabajo y que no es una persona normal</p> <p>Exigencias</p> <p>Búsqueda de terapia para sus papás</p> <p>Hacer referencia a que está enferma de hipotiroidismo, TLP y diabetes y que sus papás no tienen consideración</p>		
--	--	--	--	--

	<p><i>dije a María Elena que me gustaría que hicieras una terapia con mis papás porque estamos como perros y gatos, ya me están gritoneando, mangoneando , pero se le olvida que también tengo hipotiroidismo que mi metabolismo es lento, que me siento cansada porque tengo dos enfermedades , tres con prediabetes.'</i></p> <p><i>'Un tiempo mi mamá estuvo con ella sola, mi papá solo y yo solita, a mi mamá le dijeron sus verdades y no le gustó y dejó de ir, mi papá siguió yendo y tuvo que decirle que por el dinero ya no podía ir más tiempo'</i></p> <p><i>'Con mis amiguitas que sigo teniendo contacto les pasa lo mismo que a mí , tienen TLP, está 40 kg arriba como</i></p>	<p>Dio terapia la misma psicóloga a sus papás por separado</p> <p>Mantiene contacto con personas que conoce con TLP.</p>		
--	---	--	--	--

	<p><i>yo por los medicamentos'.</i></p> <p>Tratamiento actual o más reciente: <i>'No llevo ningún tratamiento psicológico actualmente, el más reciente psicoanálisis'</i></p>			
<p><i>Tratamiento farmacológico</i></p>	<p>Antes del diagnóstico IMSS: <i>'...medicamento me hacía sentir muy mal, me</i></p>	<p>Antidepresivos</p>	<p>Antes del diagnóstico <i>'el cardiólogo me dio medicina</i></p>	<p>Medicamentos para el corazón</p>

	<p><i>mandó fluoxetina y metilfenidato, para niños con déficit de atención, pero que él estaba haciendo una prueba para ver si ayudaba a la depresión.'</i></p> <p><i>'...diario estaba mareada me desmayé en el trabajo, en ese momento cae con las rodillas en mi cara un niño, pensaban que yo estaba jugando, esperé a que se me pasara la crisis. En esa ocasión no recibí atención psicológica.'</i></p> <p><i>INP: 'les pedí que no me dieran fluoxetina, creo que me dieron sertralina y clonazepam, ahí lo empecé a tomar, me hacía mucho efecto, ahora no me hacen nada. No tuve tratamiento psicológico, me veían cada 3 meses, hicieron un ajuste en la medicación'</i></p>	<p>Psicoestimulante</p> <p>Efectos secundarios</p> <p>Sin atención psicológica</p> <p>Antidepresivo y ansiolítico</p> <p>Sin atención psicológica</p>	<p><i>para el corazón, las arritmias.'</i></p> <p>Diagnóstico <i>'Quetiapina, venlafaxina, valproato semisódico, alprazolam fluoxetina. Protocolo de un año, no lo tuve un año'</i></p> <p><i>como unos 2 meses y después abusar de los medicamentos, falta de seguimiento clínica por parte del psiquiatra'</i></p> <p>Después del Diagnóstico <i>fui al instituto Nacional de Psiquiatría y dije que ya tenía un diagnóstico, me dijeron que lo que me daban en el IMSS y que algunos tenían el mismo efecto por lo que tenía efectos secundarios, que las dosis eran muy altas. Era un cóctel como de 15 pastillas diarias y me dijeron que</i></p>	<p>Antipsicótico Antidepresivos Estabilizador del ánimo Ansiolítico</p> <p>Falta de seguimiento</p> <p>INP</p> <p>INP sobre tratamiento del IMSS: Efectos secundarios por tomar algunos medicamentos que tenían el mismo efecto y dosis muy altas</p> <p>INP: Reducción de dosis</p>
--	---	---	--	--

	<p>Diagnóstico 'o recuerdo que medicamento s me dieron, siempre ha sido constante el clonazepam, un antidepresivo y un estabilizador del estado de ánimo'.</p> <p>Después del Diagnóstico '...el tratamiento farmacológico seguí en el IMSS, he cambiado muchísimas veces, no me acuerdo en la clínica 15, pero mi psiquiatra está en Parque de los Venados donde me hacen el protocolo, en teoría debería de ir cada 3 meses, pero hay veces que está muy llena su agenda y me agenda una cita a los 6 meses, pero ella siempre dice que antes de las 8 da 4 fichas y que hay que llegar antes de las 8 y que alcance porque la 5 ya no atiende, si me siento mal o algo pasó o siento que un medicamento</p>	<p>Antidepresivo</p> <p>Ansiolítico</p> <p>Estabilizador del ánimo</p> <p>Poco seguimiento</p> <p>Desorden</p> <p>Efectos secundarios</p> <p>Si no le surten los medicamentos deja de tomarlos sin supervisión médica</p>	<p>no consideraban que ese fuera el tratamiento óptimo. Me redujeron las dosis hasta quedarme solo con un antidepresivo fluoxetina y clonazepam'.</p> <p>Tratamiento actual o más reciente: '...tratamiento farmacológico o del INP: solo tomo clonazepam (3 gotas desde hace 3 semanas que fui a un retiro de meditación) actualmente. Anteriorment e tomaba 19. Llevo año y medio que solo tomo clonazepam. Llevo los dos tratamientos farmacológicos porque lo surten en el IMSS, pero sigo la receta del INP'</p>	<p>Antidepresivo Ansiolítico</p> <p>Surte medicamentos en IMSS, sigue Protocolo del INP</p> <p>Medicación reducida al mínimo</p> <p>Retiro de meditación del centro budista</p>
--	--	---	--	---

	<p><i>me está haciendo daño, hoy fui a ver a mi psiquiatra porque hay un medicamento que voy y no hay, cuando hay me lo tomó y cuando no hay no me lo tomó, fui a pedirle que me diera más para tener una reserva en caso de que no haya en mi clínica y no quede sin medicamento y sí me lo dio, mensualmente voy a mi clínica por el medicamento.'</i></p> <p>Tratamiento actual o más reciente: <i>'Farmacológico: son 10 medicamentos</i> - Anfebutamona 2 0 0 <i>antidepresivo</i> - Levotiroxina 1 ¼ 0 0 <i>tiroides</i> - Fluoxetina 3 0 0 <i>antidepresivo</i> - Biperideno 2 1 0 <i>para controlar los efectos secundarios</i> - Quetiapina 0 0 2 <i>antipsicótico</i> - Metformina 0 0 2 <i>diabetes</i> - Clonazepam ½ ½ 1 <i>ansiolítico</i> - Oxcarbazepina 1 0 1 <i>estabilizador</i></p>	<p>Además de los medicamentos psiquiátricos, toma para diabetes, sin tenerla aún, tiroides y para gastritis, además de tomar un medicamento adicional para controlar efectos secundarios.</p>		
--	--	---	--	--

	<p><i>del ánimo (a veces no hay)</i> - Olanzapina 1 1 0 estabilizador del ánimo - Omeprazol 1 1 0 gastritis'</p> <p><i>'llevo más tiempo estando estable, me han hecho cambios, con lo que tengo problema es el desabasto, por eso pido medicamentos a mi doctora y en mi clínica me dan más medicamento. Los efectos secundarios son eternos y nunca se van a acabar. Me decían que yo solita me sugestionaba y que no debería de ver mis medicamentos. Sobre los efectos secundarios, la psiquiatra me dice que siempre van a estar ahí, el caso es que por ejemplo me temblaban las manos y me manda un medicamento que hace que no sienta los efectos colaterales, mi cuerpo ya se acostumbró'</i></p>	<p>Siente lleva más tiempo estable</p> <p>Desabasto</p> <p>Pide medicamentos de más para no tener desabasto</p> <p>Efectos secundarios</p> <p>Sugestionabilidad</p> <p>Efectos secundarios: Temblor de manos controlado con otro medicamento (biperideno)</p> <p>Efectos secundarios muy fuertes</p>		
--	--	---	--	--

	<p>'con medicamento s nuevos siento que sí tengo que cuidarme. He tenido mareos, somnolencia, temblor de manos, nauseas, movimientos parkinsonianos, problemas hormonales, subida de peso, desató hipotiroidismo, de repente me saltan partes de mi cuerpo, falta de equilibrio, dolor de cabeza, me caigo constantemente por el mareo, falta de concentración, alteraciones con la memoria'.</p>			
<p>Efectividad de los tratamientos</p>	<p>CU: 0 Hospital General en Coyuya IMSS: 0 INP: 0 TCC: 9 Clínica 10 IMSS: 4 Psicoanálisis 9 / con papás 5 Tratamiento farmacológico IMSS Parque de los Venados: 9</p>	<p>Califica con buena calificación únicamente los tratamientos actuales o más recientes</p>	<p>Psicoanálisis IPN: 5 Hospital Regional Psiquiatría IMSS San Fernando: 8 Seguimiento IMSS: 2 Terapia Breve con Psicólogos del trabajo: 5 Terapia Dialéctica Conductual</p>	<p>Sin seguimiento</p>

			<p>en el INP: 10 Tratamiento farmacológico del IMSS: <i>'1, no hay seguimiento oportuno, es anual, no hay seguimiento psicoemocional, solo se enfocan a lo farmacológico, no hay intervención psicológica, no hay psicólogos, a mi consideración debería ser 80% terapia y 20% medicación</i></p> <p>Tratamiento farmacológico del INP: <i>8, lo califico así porque de manera positiva dan lo estrictamente necesario para tratar los síntomas de TLP.</i></p> <p>Tratamiento integral INP: <i>Psicológico de Terapia Dialéctico Conductual y tratamiento farmacológico del: solo toma clonazepam actualmente: 10 siendo para él el más efectivo'</i></p> <p><i>'Sin embargo, solo se da</i></p>	<p>Tratamiento del IMSS sin terapia</p> <p>Tratamiento integral psicológico y farmacológico</p> <p>Gran impacto positivo en su vida</p>
--	--	--	---	---

			<p>este tratamiento integral cuando se estabiliza la situación farmacológica y después se da el psicológico de TDC. En ese momento cambió por completo mi vida, la revolucionó'</p>	
--	--	--	---	--

Anexo 13. Tabla 30. Análisis cualitativo Tratamientos

Categoría 9	Participante 1	Observaciones	Participante 2	Observaciones
Hospitalizaciones	Ha tenido 4 hospitalizaciones		Ha tenido 3 hospitalizaciones	
<i>Primera hospitalización</i>	<p>Hospital de psiquiatría con UMF 10 IMSS Villa de Cortés</p> <p>'Tenía 29, solo tenía ideas suicidas... estuve como mes y medio. El tiempo máximo eran 15 días, pero como estaba muy mal fue mes y medio. Cabe mencionar que en mis internamientos siempre buscaba con quien tener una relación,</p>	<p>Mes y medio cuando el límite eran 15 días</p> <p>Búsqueda de relaciones amorosas en internamientos</p>	<p>Hospital general de Zona 1 IMSS Parque de los Venados:</p> <p>'La primera que no sabía que tenía TLP por un intento suicida, 48 horas, me dejaron salir y después yo regresé porque llegué al trabajo a los 3 días y el médico de mi trabajo dijo que cuando saliera de la emergencia</p>	<p>Ambulatoria</p> <p>Sin seguimiento</p>

	<p><i>anduve con un chavo, pero está horrible, seguí mi tendencia de agarrar lo que hubiera, coqueteabamos, le di un beso, siempre teníamos a un enfermero, empiezan a ver esas actitudes y se dan cuenta, porque no se podía tener ningún tipo de relación’.</i></p> <p>Lo califico con 5</p>	<p>Calificación baja</p>	<p><i>me trasladara al Hospital Regional de Psiquiatría’</i></p> <p><i>‘solo recuerdo cuando desperté y me dejaron ir. Me hicieron lavado gástrico, y carbón activado por una sonda, directo al estómago.’</i></p> <p><i>‘tenía una decepción de mí mismo de no haberme podido matar, me pegaba en los hematomas en mis brazos por no lograr matarme, ‘ni para eso sirves’, tuve un momento de crisis-lucidez, donde sabía que no podía estar solo, porque algo más iba a intentar, le marcó a una amiga, le habló a otra amiga le pidió el Uber enfrente de la prepa 5 al Hospital de Psiquiatría Regional y estuve un mes hospitalizado</i></p>	<p>Decepción de no lograr sus cometido</p> <p>Sentimientos de no valía</p> <p>Red de apoyo de amigos</p> <p>Calificación media</p>
--	--	--------------------------	---	--

			<p>Lo califico con 7</p>	
<p>Segunda hospitalización</p>	<p>Hospital de psiquiatría con UMF 10 IMSS Villa de Cortés</p> <p><i>'Tenía 31. Me tomé las 3 botellas de clonazepam, me hicieron lavado gástrico pero no me acuerdo de nada.'</i></p> <p><i>' Fue similar a la hospitalización anterior.'</i></p> <p><i>' esa ocasión también busqué tener relación con un hombre, tuvimos relaciones y pensaba que nos íbamos a seguir viendo y me usó y literal me dejó de hablar y no sabía qué onda'.</i></p> <p>Lo califico con 5</p>	<p>Búsqueda de relaciones amorosas en internamientos</p> <p>Impulsividad: conductas sexuales</p> <p>Calificación baja</p>	<p>Hospital Regional de Psiquiatría, IMSS Dr. Héctor H. Tovar Acosta San Fernando</p> <p><i>' Fue por un mes, fue agradable, reconfortante, me sentía seguro, en un ambiente controlado, los enfermeros y enfermeras eran especialistas en psiquiatría. Solo me aceptaron al ver mi estado y los moretones que llevaba. Llevaba tratamiento farmacológico y nunca vi a la psicóloga'.</i></p> <p><i>'Me sentía en un hotel de 5 estrellas, no esperaba esa atención en el IMSS, me preguntaron incluso por mi dieta, me llevaron con el nutricionista, era vegano pero me dieron dieta vegetariana, me daban 5 veces al día de comer por mi</i></p>	<p>Ambiente agradable</p> <p>Sorpresa por el buen servicio</p> <p>Consideraron sus preferencias de alimentación</p> <p>Logró descansar, tener alivio y estabilizarse</p>

			<p><i>dieta. Fue un descanso, un alivio, me ayudó a estabilizarme a sentirme mejor, a aterrizarme en ese momento a que tenía algo psiquiátrico y quitarme el peso de la incertidumbre de qué tenía, ahí obtuve el diagnóstico, la estancia, todo lo que convino con ello, ver a mi familia, que se preocupaban por mi, me visitaron mis hermanos, mis tías, eso fue muy reconfortante, tuve una reconciliación mayor con mis hermanos’.</i></p> <p><i>Lo califico con 9</i></p>	<p>Se acercó nuevamente a su familia</p> <p>Calificación muy alta</p>
<p><i>Tercera hospitalización</i></p>	<p>Hospital Regional de Psiquiatría, IMSS Dr. Héctor H. Tovar Acosta San Fernando</p> <p><i>‘Tenía 32. Me corté con un cutter, me internaron en San Fernando y me intoxicaron con litio y me</i></p>	<p>Hipotiroidismo derivado de intoxicación con litio</p> <p>Búsqueda de relaciones amorosas en</p>	<p>Hospital de psiquiatría con UMF 10 IMSS Villa de Cortés</p> <p><i>‘La última vez fue por un amorío, que no conté en mis relaciones, me puse mal porque me mintió y me confrontó su novio, porque</i></p>	<p>Mentiras del prospecto de pareja</p> <p>Tomó tranquilizantes en</p>

	<p><i>dio hipotiroidismo Separan a los hombres de las mujeres, en ese momento no era lencha'</i></p> <p><i>'tienen actividades, te puedes sentar a bordar, a dibujar, colorear, manualidades</i></p> <p><i>Estuve 14, 15 días'.</i></p> <p><i>' Cachetee a una doctora, me sentía muy mal, estaba en crisis, me sentía muy muy mal y les dije que necesitaba que viniera la doctora para que me ayudara a dormir y necesitaba ayuda y no me hicieron caso, ella se portó muy muy mal conmigo y yo en plena crisis y ella contestando así , me metí a la oficina de enfermeras y la empecé a encarar y ella con miedo, le hice un desmadre, quien sabe qué tanto dije,</i></p>	<p>internamientos</p> <p>Actividades recreativas en el hospital</p> <p>Conflictos con el personal médico</p> <p>Conductas disruptivas</p> <p>Ira, agresividad</p>	<p><i>descubrí que tenía novio, y mi impulso por esa confrontación fue tomar muchos tranquilizantes (alprazolam que tenía guardado de mis prescripciones del IMSS) y una de mis roomies se dio cuenta y me dijo que si necesitaba ayuda, me dijo quieres que vayamos al hospital y le dije que sí.'</i></p> <p><i>Solo estuve algunas horas. Me pusieron una solución salina intravenosa para evitar la absorción, para aminorar los efectos.</i></p> <p><i>Lo califico con 5</i></p>	<p>exceso</p> <p>Medicamento que le da el IMSS</p> <p>Red de apoyo amigos</p> <p>No se quedó hospitalizado</p> <p>Calificación baja</p>
--	---	---	---	---

	<p><i>y le di la cachetada pero ya tenía a los policías esperando a través de mí.'</i></p> <p><i>'Me pusieron una funda de almohada en la cabeza, me amarraron a la cama, no me dio nada para calmarme ni para dormir, estaba muy desesperada y traté de desamarrarme, ya casi lo lograba y en eso llega una enfermera y me pregunta todavía te sientes mal y me dijo que la iba a soltar pero que no iba hacer nada prohibido'.</i></p> <p>Lo califico con 6</p>			
<p><i>Cuarta hospitalización</i></p>	<p>IMSS Hospital de Psiquiatría con UMF 10 Villa de Cortés</p> <p><i>'Tenía impulso suicida, me detuve, no tenía claro qué pero no lo hice... me</i></p>	<p>Ideación suicida</p>		

	<p><i>tocó un doctor y era menor que yo, estaba muy arreglado, olía rico, pero era hippioso porque pensaba que todo era rosas y hermoso y que iba a ser muy feliz porque llegué y me quitó todos los medicamentos de tajo, y me sentía mal y le decía por favor, regrésame la quetiapina, con esa puedo dormir bien, pero no me la regresó, todas las noches tenía que ir con la médico que se quedaba de guardia a rogarle que me diera la quetiapina porque si no me la tomaba no podía dormir bien. Me daban clonazepam pero no me lo daban, y le dije ya estoy hasta la madre, tú piensas que todo es bonito, y solita me voy a cuidar. Estuve 1 semana porque era día de informe</i></p>	<p>Oposición a métodos del médico</p> <p>Dependencia farmacológica</p> <p>Conflictos con el personal médico</p> <p>Se dio de alta ella misma</p> <p>Más baja calificación</p>		
--	---	---	--	--

	<p><i>para la familia y dije, sabes qué, va a venir mi familiar para el informe que das y déjame ir, y me dijo si quieres te puedo dejar ir, y le dije sí que ya no quería, que no me gustaban sus métodos y que fuera podría hacer lo que quisiera, me dio mi baja y le dije a mi mamá ya vámonos y me dijo por qué y le dije que me diera mi baja’.</i></p> <p><i>Lo califico con 0</i></p>			
--	---	--	--	--

Anexo 14. Tabla 31. Análisis cualitativo subcategoría Intentos suicidas.

Categoría 9.2	Participante 1	Observaciones	Participante 2	Observaciones
<i>Intentos suicidas</i>	<p>Ha tenido 2 intentos suicidas: Primer intento: <i>‘me tomé 3 botellas de clonazepam’</i></p> <p><i>‘ Me las tomé porque dije es ansiolítico y si no me mata dos días estaré dormida’,</i></p>	<p>Tomó 3 botellas de clonazepam</p> <p>Pensó que podría no morir y solo dormir</p>	<p>Ha tenido 1 intento suicida: <i>‘...tomé clonazepam, valproalto, quetiapina, melafaxina, fluoxetina y todos los que encontré en mi cuarto, me lo tomé en la madrugada, me desperté, dije este es el día, ya no, me lo tomé y como</i></p>	<p>Tomó los medicamentos que tenía a la mano</p> <p>No pasó lo que esperaba y</p>

	<p>Segundo intento <i>'A los 32, me corté en la mano con un cutter, no tenía filo, dije a lo mejor si es cierto que te cortas, a lo mejor no te desangras y te mueres como en las películas'</i></p>		<p><i>ya abusaba de los medicamentos, a eso lo atribuyo, me fui a mi cama a esperar la muerte, pero pasaron las horas pero no pasó nada, no tenía ningún efecto, me dieron las 5 de la mañana, como no me hacía efecto me iba a ir al trabajo, entraba a las 7, llegué como si nada, me puse a trabajar, a las 8 am tenía consulta psicológica (la consulta era una vez por semana) porque iba a terapia en el trabajo, me empecé a sentir con mucho sueño y ese fue mi último recuerdo pidiendo perdón a la psicóloga por lo que había hecho pero no le dije que había tomado algo y ella me dijo ¿te sientes mal?, que si quería ir al servicio médico y le dijo que no porque siempre</i></p>	<p>decidió ir a trabajar como cualquier día</p> <p>Tenía cita con la psicóloga del trabajo, no le dijo lo que hizo, solo pidió perdón</p> <p>Hospitalización</p> <p>Jefe lo llevó oportunamente al</p>
--	---	--	--	--

			<p><i>estaba en el servicio médico, y pensaba se iban a molestar, y la psicóloga le dijo que ese era su trabajo. Desperté al otro día en el hospital por el Parque de los Venados con una sonda y con oxígeno, en ese inter, me salvó la vida mi jefe, fue crucial, me contaron que la ambulancia llegaría en dos horas, mi jefe decidió junto con un médico del trabajo llevarme a un hospital psiquiátrico sin saber la gravedad, fui rechazado en el hospital psiquiátrico del IMSS de San Fernando en donde no contaban con urgencias, no tenía infraestructura para un lavado de estómago, y me trasladaron en su coche al Parque de los Venados. El médico y su jefe lo llevaron, cuando iban al Parque de los Venados, el médico dijo</i></p>	<p>hospital</p> <p>Hospital Psiquiátrico de San Fernando no cuenta con urgencias médicas.</p> <p>Pérdida de signos vitales</p> <p>Su jefe se saltó los protocolos de la empresa para poder salvarlo pues cree que ya se había dado cuenta que algo no andaba bien con él</p>
--	--	--	--	--

			<p><i>detente, porque ya no siento los signos vitales de Sam, detengamos una patrulla porque si muere en el coche nos pueden acusar de negligencia, mi jefe dijo que no, que tenían que llegar al hospital y sí llegamos. Aunque en el manual de seguridad está prohibido lo que hicieron, ellos se saltaron los protocolos para salvarlo, cree que tomaron la decisión por el 'throwback' que tenía pues habían visto que no todo estaba bien, ellos pensaban que era una disociación'</i></p>	
<p><i>Causas</i></p>	<p><i>Primer intento: 'me lo tomo ahorita (el clonazepam) porque necesito que se pare esto, todo lo que siento, para quitarme el dolor'</i></p> <p><i>'a lo mejor</i></p>	<p><i>Parar el dolor</i></p> <p><i>Exigencias</i></p>	<p><i>'yo ya no sentía nada, para qué me levanto, para qué camino, para qué como, no había sentido de mi vida, no había una razón, no quería seguir sufriendo, más que sufrir</i></p>	<p><i>Depresión grave</i></p> <p><i>Quería dejar de sufrir</i></p> <p><i>Analizando a la distancia cree que</i></p>

	<p><i>sentía mucha presión de las exigencias de la vida, de la nada me empecé a sentir mal, no encontré un por qué... me empecé a sentir mal, tenía mucha desesperación, fumaba como histérica, hacía un buen de cosas, yo quería que terminara todo, si la manera era morirme, me moría, lo único que quieres es aliviar ese dolor que tienes y tener un motivo realmente para que te duelan las cosas, pero eso donde le sobas'.</i></p> <p><i>' Le avisé a mi mamá, me traté de suicidar, me tomé 3 botellas, estoy en mi casa y no me siento bien, mi mamá fue por mí y me hicieron el</i></p>	<p>Ansiedad grave</p> <p>Quería que todo acabara aunque fuera muriendo, quería aliviar el dolor.</p> <p>No menciona querer morir</p> <p>Avisó a su mamá la llevó al hospital</p> <p>Llevar el dolor emocional a lo físico</p> <p>Quería sentirse mejor</p> <p>Que le dejaran de doler las</p>	<p><i>ahora que lo veo a la distancia y que está ligado al tlp ya me había cansado de sentir, estaba cansado de sentir'.</i></p> <p><i>'Trabajaba, estudiaba, tenía una fuerte depresión, incertidumbre de no saber que tenía por los fuertes síntomas físicos que tenía, que para mí eran inexplicables y que no eran atribuibles a una enfermedad, se acentuó la ausencia de la muerte de mi madre, todas las cosas de la adolescencia, la ruptura con mi familia, no estar cerca de ellos, sentirme solo, todo se juntó, mis relaciones amorosas pasadas, esas emociones se trasladaron a ese momento.'</i></p> <p><i>'Todo el tiempo anterior estuve en supervivencia y al estar tranquilo, un ataque de</i></p>	<p>ya no quería sentir tanto</p> <p>Síntomas físicos desconocidos para él</p> <p>Se acentuaron los momentos más complicados de su vida</p> <p>Siempre estuvo en supervivencia</p> <p>Fue en un momento de estabilidad</p>
--	--	---	--	---

	<p><i>lavado.'</i></p> <p>Segundo intento: <i>'quiero ver si el dolor emocional lo puedes pasar al dolor físico y te haces daño para tener una razón de que te esté doliendo algo y dije bueno a lo mejor si lo hago voy a sentirme un poco mejor o más estable o me va a doler mi manita, pero está bien porque ya no me van a doler mis emociones'.</i></p> <p><i>'Le hablé a mi mamá, le dije, mamá tuve otro intento de suicidio, me corté, pero no funcionaron las cosas porque no tenía filo, le dije ya estoy aquí en la clínica 10 porque me siento muy mal lista para internarme. Llegó, le di el cutter, le dije quítamelo y</i></p>	<p>emociones</p> <p>Avisó a su mamá y se fue sola al hospital</p>	<p><i>pánico es porque sin ningún estímulo, secretas adrenalina, que se necesita para sobrellevar ciertos momentos'.</i></p>	
--	---	---	--	--

	<p><i>esperamos. No había cupo y me mandaron a San Fernando allá me trataron.'</i></p>			
<p><i>Estrategias de salvación</i></p>	<p>Avisó las dos veces a mamá y dijo exactamente lo que había hecho para que fuera por ella. En la segunda ocasión ella se fue sola al hospital.</p>	<p>Esperaba que la salvaran</p>	<p>Fue al trabajo, mas no le comentó a nadie lo que hizo</p>	<p>Podría haberse resignado a que no tendría efecto su intento</p>

Anexo 15. Tabla 32. Análisis cualitativo subcategoría Intentos suicidas.