

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE MEDICINA



"CORRELACION ENTRE EL TIPO DE TEMPERAMENTO
AFECTIVO EN PACIENTES CON TRASTORNO LIMITE DE LA
PERSONALIDAD CON EL PATRON DE CONSUMO
DE ALCOHOL Y SUSTANCIAS"

POR

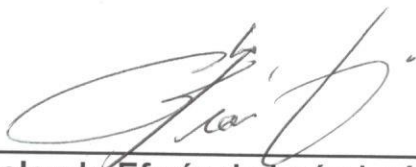
DR. MAURICIO SALVADOR GARZA VILLALOBOS

COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL
GRADO DE
ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA

DICIEMBRE 2018

**“CORRELACIÓN ENTRE EL TIPO DE TEMPERAMENTO AFECTIVO EN
PACIENTES CON TRASTORNO LIMITE DE LA PERSONALIDAD CON EL
PATRÓN DE CONSUMO DE ALCOHOL Y SUSTANCIAS”**

Aprobación de la tesis:



Dr. Rolando Efraín de León Luévano
Director de la tesis



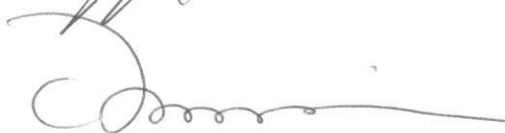
Dr. Alfredo Bernardo Cuéllar Barboza
Coordinador de Enseñanza



Dr. Erasmo Saucedo Uribe
Coordinador de Investigación



Dr. Stefan Mauricio Fernández Zambrano
Jefe de Servicio o Departamento



Dr. med. Felipe Arturo Morales Martínez
Subdirector de Estudios de Posgrado

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE MEDICINA



**“CORRELACIÓN ENTRE EL TIPO DE TEMPERAMENTO AFECTIVO EN
PACIENTES CON TRASTORNO LIMITE DE LA PERSONALIDAD CON EL
PATRÓN DE CONSUMO DE ALCOHOL Y SUSTANCIAS”**

Por

DR. MAURICIO SALVADOR GARZA VILLALOBOS

**COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA**

DICIEMBRE, 2018

**“CORRELACIÓN ENTRE EL TIPO DE TEMPERAMENTO AFECTIVO EN
PACIENTES CON TRASTORNO LIMITE DE LA PERSONALIDAD CON EL
PATRÓN DE CONSUMO DE ALCOHOL Y SUSTANCIAS”**

Aprobación de la tesis:

**Dr. Rolando Efraín de León Luévano
Director de la tesis**

**Dr. Alfredo Bernardo Cuéllar Barboza
Coordinador de Enseñanza**

**Dr. Erasmo Saucedo Uribe
Coordinador de Investigación**

**Dr. Stefan Mauricio Fernández Zambrano
Jefe de Servicio o Departamento**

**Dr. med. Felipe Arturo Morales Martínez
Subdirector de Estudios de Posgrado**

DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTOS

A mis padres y mi hermana, por todo el apoyo en mis años de estudio.

Agradezco al Dr. Rolando E. de León Luévano, mi director de tesis, por todo el apoyo y enseñanza en este proceso.

Al Dr. Alfredo B. Cuéllar Barboza y el Dr. Stefan Mauricio Fernández Zambrano por todo el apoyo que brindaron en el curso de la especialidad de psiquiatría.

A todos mis maestros que me apoyaron y guiaron en este proceso.

A mis compañeros que hicieron cada día mas disfrutable

A mis pacientes.

TABLA DE CONTENIDO

| Capítulo I | Página |
|---------------------------------|--------|
| 1. RESÚMEN | 2 |
| Capítulo II | |
| 2. INTRODUCCIÓN | 5 |
| Capítulo III | |
| 3. JUSTIFICACIÓN | 11 |
| Capítulo IV | |
| 4. HIOPTESIS | 13 |
| Capítulo V | |
| 5. OBJETIVOS | 15 |
| Capítulo VI | |
| 6. MATERIAL Y METODOS | 17 |
| Capítulo VII | |
| 7. RESULTADOS | 21 |
| Capítulo VIII | |
| 8. CONCLUSIÓN Y DISCUSIÓN | 25 |

Capítulo IX

9. ANEXOS 28

Capítulo X

10. BIBLIOGRAFÍA 39

Capítulo XI

11. RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO 44

INDICE DE TABLAS

| Tabla | Página |
|---|---------------|
| 1.Edad..... | 33 |
| 2.Datos sociodemográficos..... (genero, estado civil, ocupación, escolaridad) | 33 |
| 3.Intentos suicidas e internamientos..... | 34 |
| 4.Autolaceraciones..... | 34 |
| 5.Temperamento afectivo..... | 34 |
| 6.Uso de sustancias..... | 35 |
| 7.Uso de alcohol..... | 35 |
| 8. χ^2 para uso de sustancias..... | 35 |
| 9. χ^2 para uso de alcohol..... | 35 |

INDICE DE GRAFICOS

| GRAFICO | Página |
|--------------------------------------|---------------|
| 1.Comorbilidad psiquiátrica | 36 |
| 2.Uso de Medicamentos..... | 36 |
| 3.Uso de sustancias especificas..... | 37 |

LISTA DE ABREVIATURAS

TLP: Trastorno limite de la personalidad

AFFECTS: The Affective and Emotional Composite Temperament Scale

TA: Temperamento afectivo

TDM: Trastorno depresivo mayor

TDP: Trastorno depresivo persistente

TDR: Trastorno depresivo recurrente

TAG: Trastorno de ansiedad generalizada

TBP1: Trastorno bipolar tipo 1

TBP2: Trastorno bipolar tipo 2

DSM5: Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th edition / Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales 5ª edición.

LSD: dietilamida de ácido lisérgico

CAPITULO I

RESUMEN

Resumen

Objetivos: Determinar los temperamentos afectivos (TA) mas comunes entre los pacientes con diagnostico de Trastorno limite de la personalidad (TLP) en la Consulta Externa del Departamento de Psiquiatría del Hospital Universitario. Y relacionar el TA con abuso de sustancias y abuso de alcohol.

Métodos: Se reclutaron pacientes adultos de 18 a 65 años provenientes de la consulta externa del Departamento de Psiquiatría que cumplieran criterios diagnósticos según el DSM 5 para el TLP. Se obtuvo una muestra de 67 pacientes en total, de una n propuesta de 109 pacientes. Se obtuvo información socio-demográfica así como otros parámetros clínicos que incluían co-morbilidades psiquiátricas, psicofármacos, auto laceraciones, numero de intentos suicidas, internamientos, uso de sustancias y uso de alcohol. A todos se les aplico la escala AFFECTS donde se obtuvo uno de los 12 temperamentos afectivos que se reportan: eufórico, desinhibido, irritable, hipertímico, eutímico, obsesivo, volátil, disfórico, ciclotímico, apático, ansioso y depresivo. Se excluyeron pacientes activamente suicidad, psicóticos o con un episodio de manía severa agudo.

Resultados: Se obtuvieron los TA predominantes en la población con TLP los cuales fueron el disfórico ($n= 28$, 41.8%) y ciclotímico ($n= 12$, 17.9%); solo 1 temperamento no apareció en esta población, el ansioso. Del resto de los temperamentos por lo menos se obtuvo 1 paciente y máximo 6. Los temperamentos con mayor uso de sustancias fueron el ciclotímico, disfórico e hipertímico; estos predominaban sobre el resto de los temperamentos pero entre ellos, al realizar el Test Exacto de Fisher, no hubo una diferencia significativa. Para el uso de alcohol los TA predominantes fueron: ciclotímico, disfórico, irritable, depresivo, hipertímico, eufórico y desinhibido. De nuevo, estos predominaban sobre el resto de los temperamentos pero el Test Exacto de Fisher no arrojó diferencia significativa entre estos.

Conclusiones: Al ser el primer estudio que aplica esta escala exclusivamente a pacientes con TLP y compararlos con el uso de alcohol y sustancias encontramos que acorde a la literatura sobre trastornos de la personalidad los TA de nuestra población corresponden a los reportados lo cual es congruente pues son los que mayor ansiedad presentan, menos control de esta tienen, presentan poca auto-determinación y modelos de apego ansioso. En cuanto al consumo de alcohol y sustancias encontramos que este estudio concuerda con lo reportado en la literatura de los TA con mas consumo en estos 2 rubros; sin embargo no existe diferencia significativa entre estos temperamentos. Por lo anterior concluimos que se necesita aumentar la muestra e incluir otros trastornos de la personalidad en estudios futuros para determinar cuales son los TA que en esta población presentar mayor consumo de alcohol y sustancias, en busca de un marcador de vulnerabilidad y crear medidas de intervención que pudieran disminuir el riesgo.

CAPITULO II

INTRODUCCIÓN

Introducción

Dentro de la psiquiatría, existe un área de patología llamada Trastornos de la Personalidad, existen 9 diferentes trastornos clasificables si se toman en cuenta los criterios diagnósticos de DSM 5; 10 contando el rubro de “no especificado” (Sadock; 2013). El mas común y el mas estudiado de todos estos es el Trastorno Limite de la Personalidad (TLP) o Trastorno de la Personalidad Emocionalmente Inestable si se utiliza la clasificación CIE 10 (para motivos de este estudio se utilizara el primero). Se caracteriza por un patrón dominante de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y de los afectos, e impulsividad intensa. Inicia en las primeas etapas de la edad adulta y se manifiesta en múltiples contextos de la vida del individuo. El diagnostico es clínico por medio de entrevista y se realiza cuando el individuo cumple 5 o mas de los 9 criterios de DSM 5; los criterios son los siguientes (APA 2013):

- 1) Esfuerzo desmedido para evitar el desamparo real o imaginario; no incluyendo comportamiento suicida o automutilación.
- 2) Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas que se caracteriza por una 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 dos o mas áreas que son potencialmente autolesivas (gastos, sexo, drogas, etc....; sin incluir comportamiento suicida o automutilación)
- 5) Comportamiento, actitud o amenazas recurrentes de suicidio o comportamiento de automutilación.
- 6) Inestabilidad afectiva debida a una reactividad notable del estado de animo.
- 7) Sensación crónica de vacío.
- 8) Enfado inapropiado e intenso, o dificultad para controlar la ira.

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

Mediante este modelo categórico es posible encontrar mas de 200 combinaciones posibles de manifestación; constituyendo así una patología muy heterogénea en su presentación (Garza-Guerrero, 2012).

El TLP es una de las patologías psiquiátricas que mas morbilidad y mortalidad presenta, incluso mas que en pacientes con trastornos del antes llamado Eje 1. Presenta una prevalencia de vida del 5.9% en la población general; sin embargo su prevalencia dentro de instituciones psiquiátricas como la nuestra llega a ser de hasta un 20% de la población atendida (Grant, BF 2008). Aunque la relación mujeres-hombres es no significativa en la población general, dentro de ambientes hospitalarios y de consulta externa es de 3:1; sugiriendo que son las mujeres quienes buscan mas tratamiento que los hombres (Garza-Guerrero, 2012).

El TLP es también una de las patologías que mas comorbilidades presenta con otras trastornos psiquiátricos; como los son trastornos del animo, trastornos de ansiedad, estrés post-traumático, abuso de alcohol y abuso de sustancias. Entre las comorbilidades mas comunes se encuentra el Trastorno Depresivo Mayor (32.1%), Trastorno Bipolar tipo 1 (31.8%), Fobia especifica (37.5%), Trastorno de Ansiedad Generalizada (35.1%) y Trastorno por Estrés Post-Traumático (39.2%); de esta manera individuos con TLP presentan una prevalencia del 75% para cualquier otro Trastorno Psiquiátrico (Zanarini MC, 1998). Estos pacientes también son mas propensos a presentar Abuso de sustancias y/o alcohol. En diferencias de sexo, solo se ha observado que los hombres presentan mayor abuso de alcohol que mujeres, mientras las mujeres presentan mayor Trastorno por estrés post-traumático que los hombres (Zanarini MC, 1998, Grant BF 2008).

Múltiples modelos se han propuesto para explicar la etiología de este trastorno (Lara D, 2011). Se han encontrado variantes genéticas en estudios de gemelos donde ha sido posible observar una asociación, sin embargo no es tan alta como en otros trastornos psiquiátricos como lo son el Autismo, Trastorno Bipolar y Esquizofrenia (Kendler KS, 2008; Distel MA, 2008)). Otras alteraciones se han encontrado en el sistema de oxitocina, alteraciones de la corteza Pre-frontal, alteraciones en los niveles de testosterona y estradiol, alteraciones en el Electroencefalograma, alteraciones en la Mono aminó oxidasa plaquetaria, entre otras muchas otras. Pero ninguna de estas alteraciones es constante en toda la población de pacientes (Kendler KS, 2008; Sadock, 2013).

Desde la posición psicoanalítica, iniciando por Sigmund Freud, se ha buscado una explicación para la psicopatología de múltiples trastornos, incluyendo el TLP. Aunque Freud no describió esta patología, describió el carácter como una alteración de alguna etapa del desarrollo psicosexual. Psicoanalistas posteriores a Freud también describieron rasgos de carácter incluidos los de los Trastornos de la Personalidad. Los modelos contemporáneos mas aceptados para entender este trastorno son aquellos propuestos por Melanie Klein y otros, en especial Otto F. Kernberg. Se postula que durante el proceso de desarrollo el individuo internaliza patrones de relación entre el si mismo (Self) y los demás, así el niño integra relaciones que principalmente incluyen a los padres. Las representaciones en la mente del individuo que corresponden a otras personas se les denomina objetos. Mediante las relaciones entre el Self y los objetos se integran, el individuo llega a “poseer” rasgos del objeto; este desarrollo es normal y crucial en la vida de todo individuo. En el TLP patrones específicos de relaciones determinan la experiencia de las relaciones interpersonales que viven (Kernberg O, 2016; Clarkin JF, 2007).

Temperamento Afectivo

Esta dimensión del comportamiento humano se ha estudiado desde la antigüedad; Diogo Lara describe esto en su artículo del 2012 al referir la historia

del TA, por Hipócrates al describir los humores como melancólico, flemático, colérico y sanguíneo, Galeno eventualmente modificó esta propuesta adaptándolo a psicopatología. Por su parte en oriente, Avicena y Haly Abbas, cada uno de manera independiente, propuso modelos para entender las emociones humanas, con líneas de pensamiento similares a las de Hipócrates. En tiempos modernos Jung propone un modelo basado en la introversión y la extroversión de los sentimientos que tiene como base la sensación-intuición y el pensar-sentir. Se ha llegado a definir como la respuesta emocional innata del individuo, no patológica ante los estímulos y estrés e la vida diaria. Y se habla que no hay temperamento patológico, cada individuo presenta uno diferente y “normal” para el (Lara D, 2012; Akiskal HS, 2005).

Por los siguientes años múltiples psicólogos, psiquiatras y otros investigadores crearon modelos dinámicos para explicar los procesos de emoción humana. Por su parte Kraepelin creó un modelo que luego fue adaptado por Akiskal y más recientemente por Lara en el 2006. En este modelo se incluye la descripción usual de temperamento y su relación con emociones básicas (miedo, enojo, deseo, etc...) y se le agrega la dimensión afectiva. Así se creó el modelo “miedo y enojo” (Fear and anger model). En este modelo existen 2 ejes emocionales: activación (volición y enojo) e inhibición (miedo y precaución); este sistema es sensible al ambiente y el individuo ejerce control sobre estos 2 ejes aunado a sus habilidades de sobrellevar (coping skills) los eventos estresantes. La combinación de estos elementos crea un mapa con los 12 temperamentos afectivos propuestos por Lara: eufórico, desinhibido, irritable, hipertímico, eutímico, obsesivo, volátil, disfórico, ciclotímico, apático, ansioso y depresivo (Lara D, 2006; Lara D, 2012).

Con este modelo se ha encontrado cierta predisposición a determinados Trastornos Psiquiátricos ; por ejemplo el temperamento eufórico e hipertímico se asocia a trastorno bipolar con predominio de manía; el disfórico a abuso de alcohol (Leite L, 2014; Singh S, 2015). Por su parte ciertos temperamento son

factores protectores para psicopatología como lo son el temperamento obsesivo y eutímico; sin embargo no todos los individuos con las patologías antes mencionadas presentan forzosamente estos temperamentos, simplemente predisponen (Degeorge DP, 2014).

Nuestra propuesta es por consiguiente que siendo el Trastorno Limite de la Personalidad una patología tan heterogénea en su presentación clínica, podemos observar que no todos estos pacientes abusan del alcohol o sustancias, no todos realizan intentos suicidas o cursan con impulsividad. Al estudiar el temperamento en la mayoría de nuestros pacientes buscamos encontrar aquellos que mas se relacionan al abuso de alcohol y sustancias, para poder, desde un inicio del tratamiento, pronosticar el riesgo de desarrollar alguna o ambas de estas comorbilidades.

CAPITULO III

JUSTIFICACIÓN

Justificación

Los modelos de temperamento afectivo son relativamente nuevos en el mundo de la Psiquiatría siendo descritos desde hace poco menos de 20 años por Akiskal H.S. y otros. Existen dos escalas que evalúan este área del comportamiento humano, una (TEMPS-A The Temperament Evaluation of Memphis, Pisa and San Diego Auto-questionnaire) publicada en 2005 por Akiskal H.S. y validada ya al español, y otra (AFECTS The Affective and Emotional Composite Temperament Scale) publicada en 2012 por Lara D. y traducida al español en 2015 por Romo-Nava F; ambas auto aplicables. Estas dos escalas se han utilizado escasamente en nuestra población psiquiátrica, no solo en el Noreste de México, sino en todo el País. Estudiar estos modelos y describir su relación con la psicopatología de múltiples trastornos brindara importante información sobre apego a tratamiento, abuso de sustancias y/o alcohol y suicidalidad en pacientes con Trastorno Limite de la Personalidad; lo cual podría proveer de información importante para seleccionar un tratamiento y prever ciertas situaciones con los pacientes así como darnos información sobre riesgos en estos pacientes que forman una parte importante de nuestra población.

Hasta el conocimiento de los autores, estas escalas han sido escasamente utilizadas en pacientes con trastornos de la personalidad, existiendo así un campo de estudio poco explotado.

CAPITULO IV

HIPÓTESIS

Hipótesis

Hipótesis 1

El temperamento afectivo predominante en pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad es disfórico o ciclotímico, en pacientes que consultan en el Departamento de Psiquiatría del Hospital Universitario.

Hipótesis 2

Los pacientes Límitrofes con un temperamento afectivo de tipo ciclotímico presentan un consumo incrementado de alcohol y/o sustancias mayor que el resto de temperamentos afectivos.

CAPITULO V

OBJETIVOS

Objetivos

Primario

Determinar los temperamentos afectivos mas comunes entre los pacientes con diagnostico de Trastorno limite de la personalidad en la Consulta Externa del Departamento de Psiquiatría del Hospital Universitario

Secundario(s)

- Relacionar el temperamento afectivo con abuso de sustancias
- Relacionar el temperamento afectivo con abuso de alcohol

CAPITULO VI

MATERIAL Y METODOS

Material y métodos

Procedimiento general y reclutamiento

Se reclutaron los pacientes con diagnóstico de Trastorno Límite de la Personalidad de la Consulta Externa, previamente diagnosticados mediante entrevista estructurada por residentes del Departamento de Psiquiatría, y que cumplan los criterios de ingreso para este estudio; por un periodo de 6 meses.

Se les informó el motivo y el fin de la investigación, si el paciente da su asentimiento informado para participar se le aplicará la Escala de Temperamento – AFECTS; para determinar su Temperamento Afectivo. La información sobre el patrón de consumo de alcohol y/o sustancias se obtendrá de los expedientes. Se depurará toda la información en una base de datos para posterior análisis de esta.

Criterios

Inclusión

1. Pacientes mayores de 18 años y menores de 65 años
2. Pacientes que cumplan criterios DSM 5 para Trastorno Límite de la Personalidad
3. Pacientes que hablen español, puedan leer y escribir
4. Pacientes con capacidad mental para entender los cuestionarios y las preguntas
5. Pacientes que deseen participar y den asentimiento informado
6. Pacientes de la Consulta Externa del Departamento de Psiquiatría

Exclusión y eliminación

1. Pacientes en estado de manía
2. Pacientes en episodio psicótico
3. Pacientes que rechacen participar en el estudio antes o durante la aplicación de las escalas.

Estadística

Utilizando una fórmula para el cálculo de una proporción para una población finita esperando encontrar una proporción de 0.5 con una confianza del 95% y una precisión de 5%, se requieren 109 participantes.

Las variables numéricas serán descritas con medias y desviación estándar, para las variables categóricas se utilizará porcentajes y frecuencias. Para la comparación de más de 2 grupos se empleará ANOVA o H de Kruskal Wallis. Las variables categóricas serán analizadas utilizando Chi cuadrada o test exacto de Fisher en el caso de tablas de 2x2. El análisis estadístico se realizará con IBM SPSS versión 20 (SPSS, Inc, Armon, NY).

Descripción de procedimientos e instrumentos de medición

Se utilizó una escala llamada Escala de Temperamento – AFECTS, auto aplicable que consta de 74 reactivos divididos en 2 secciones, dimensiones emocionales y temperamento afectivo. Analizando ambas se obtiene el Temperamento afectivo del sujeto; esta es un área de la conducta humana, que habla sobre la respuesta innata de cada individuo ante estímulos. Una vez aplicada, se determina 1 de 12 diferentes temperamentos afectivos: eufórico, desinhibido, irritable, hipertímico, eufímico, obsesivo, volátil, disfórico, ciclotímico, apático, ansioso y depresivo.

Descripción de variables

Dependientes

Temperamento afectivo, que se obtendrá mediante la aplicación de la Escala de Temperamento – AFECTS. Mide la respuesta innata o usual de cada persona ante los estímulos de la vida diaria.

Independientes

Abuso de sustancias, aunque se incluirán todas las sustancias ilícitas en este apartado, solo se tomara como una puntuación; con abuso de sustancias o sin abuso de sustancias.

Abuso de alcohol, esta variable se determinara si existe consumo o no; obteniéndose esta información del expediente del paciente.

Descripción del estudio

Estudio descriptivo, transversal; de población con el diagnostico de TLP

CAPITULO VII

RESULTADOS

Resultados

Características demográficas

La tabla 1 y 2 muestran las características sociodemográficas de la población estudiada. De una $n=67$ pacientes, 17 eran hombres (25.4%) y 50 mujeres (74.6%). La media de edad fue de 25.69 con una desviación estándar de 7.284 (mínimo: 18, máximo: 54). En cuanto al estado civil 48 estaban solteros (71.6%), 16 casados (23.9%), 1 separado (1.5%) y 2 en unión libre (3.0%). Ocupación: 30 estudiantes (44.8%), 16 empleados (23.8%), 14 desempleados (20.9%) y 7 se dedicaban al hogar (10.4%). Los grados escolares fueron: preparatoria 47 (70.1%), licenciatura 18 (26.9%), secundaria 2 (3.0%) y ninguno con posgrado.

Características clínicas

El grafico 1 muestra los diagnósticos co-mórbidos psiquiátricos en esta población. 19 pacientes no tenían algún otro diagnóstico psiquiátrico, 15 tenían TDM, 9 TBP2, 5 TDR, 5 TBP1, 3 TEPT, 3 TDP, 3 TAG, 3 trastorno afectivo no especificado, 3 trastorno de la conducta alimentaria no especificado, 2 anorexia nerviosa, 1 trastorno de ansiedad no especificado y 1 bulimia nerviosa.

El grafico 2 muestra el uso de medicamentos en esta población. 33 pacientes recibían solo 1 medicamento, 19 recibían 2, 8 recibían 3 medicamentos y 7 no recibían algún medicamento psiquiátrico. De entre estos 42 pacientes utilizaban antidepresivos (de todas sus clases), 24 antipsicóticos, 17 estabilizadores del ánimo y 13 benzodiazepinas.

Las tabla 3 y 4 muestran lo relevante a auto laceraciones, intentos suicidas e internamientos. En cuanto a intentos suicidas la mínima fue 0 y la máxima 5 con una media de 1.19 y una desviación estándar de 1.294; es de notar que en todos los TA por lo menos había 1 individuo con 1 intento suicida. Los internamientos la mínima fue 0 y la máxima 4, media de 0.66 internamientos

con una desviación estándar de .930. El 46.3% de los pacientes (31 individuos) presentaban autolaceraciones, mientras que el 53.7% (36 individuos) no las presentaban.

La tabla 5 muestra las frecuencias de los temperamentos afectivos encontrados; el 41.8% (28) mostraban un temperamento disfórico, 17.9% (12) ciclotímico, 9% (6) irritable, 7.5% (5) depresivo, 7.5% (5) hipertímico, 4.5% (3) eufórico, 3% (2) obsesivo, 3% (2) eutímico, 3% (2) desinhibido, 1.5% (1) apático y 1.5% (1) volátil.

La tabla 6 muestra lo relevante al uso de sustancias en esta población, encontrando que el 74.6% (50 individuos) no consumían alcohol y el 25.4% (17 individuos) si consumían.

La tabla 7 muestra el consumo de alcohol con un consumo positivo del 41.8% (28 pacientes) y un consumo negativo del 58.2% (39 individuos).

El grafico 3 muestra el consumo específico para cada sustancia; cannabis: 23.9% (16) si consumen y 76.1% (51) no consumían; LSD: 6.0% (4) si y 94% (63) no; cocaína: 16.4% (11) si y 83.6% (56) no; metanfetaminas: 4.5% (3) si y 95.5 (64) no; inhalantes: 1.5% (1) si y 98.5% (66) no; otros 1.5% (1) si y 98.5% (66) no.

Para el análisis estadístico (tablas 8 y 9) se realizó la prueba de χ^2 para alcohol y TA, sustancias y TA y cada sustancia con TA; solo se realizó en los TA que mostraban mayor consumo de alcohol o sustancias ya que había TA que no mostraban consumo o a lo mucho solo 1 individuo consumía.

Los individuos con mayor consumo de sustancias tuvieron temperamentos disfórico, ciclotímico e hipertímico, sin embargo no existió predominio de uso de sustancias entre estos 3 temperamentos la realizar el test Exacto de Fisher. Los

demás temperamentos no tenían individuos que consumieran o cuando mucho tenían un individuo que usaba sustancias.

Los temperamentos que reportaron más uso de alcohol fueron ciclotímico, disfórico, irritable, depresivo, hipertímico, eufórico y desinhibido, sin embargo no existieron diferencias entre sí cuando se realizó el Test Exacto de Fisher.

CAPITULO VIII

CONCLUSIONES Y

DISCUSIÓN

Conclusiones

Con lo antes encontrado, este estudio corrobora lo hallado en los estudios originales de Diogo Lara (2011), Akiskal (2005), McDonald (2012) y las traducciones de Romo-Nava (2015) al español. Estos temperamentos tienden al poco control de la ansiedad, apegos ansioso y poca autodeterminación características propias del TLP.

Referente al uso de sustancias, Unsel M. (2012) encontró mayor consumo entre aquellos con temperamento ciclotímico y e irritable, por su parte Rovai L. (2017) lo reporto en el irritable e hipertímico. En esta muestra el temperamento irritable no apareció con suficiente frecuencia para considerarse relevante en el análisis estadístico por lo que no podemos afirmar que en esta población existe una diferencia con la población general.

Discusión

Al ser el primer estudio que aplica esta escala exclusivamente a pacientes con TLP y compararlos con el uso de alcohol y sustancias encontramos que acorde al la literatura sobre trastornos de la personalidad los TA de nuestra población corresponden a los reportados lo cual es congruente pues son los que mayor ansiedad presentan, menos control de esta tienen, presentan poca auto-determinación y modelos de apego ansioso. En cuanto al consumo de alcohol y sustancias encontramos que este estudio concuerda con lo reportado en la literatura de los TA con mas consumo en estos 2 rubros; sin embargo no existe diferencia significativa entre estos temperamentos. Por lo anterior concluimos que se necesita aumentar la muestra e incluir otros trastornos de la personalidad en estudios futuros para determinar cuales son los TA que en esta población presentar mayor consumo de alcohol y sustancias, en busca de un

marcador de vulnerabilidad y crear medidas de intervención que pudieran disminuir el riesgo.

CAPITULO IX

ANEXOS

Escala 1 - Escala de Temperamento

Edad: _____ Folio: _____

Género: () F () M

AFECTS – ESCALA DE TEMPERAMENTO

1. Marque la opción que mas correctamente corresponde a la forma en que Usted es y actúa en general (Marque solo una opción por línea). No hay respuestas correctas o equivocadas, responda de acuerdo a como Usted es y no de acuerdo a como le gustaría ser. Abajo hay un ejemplo de alguien que se siente moderadamente confiado.

| | | Mucho | Algo | Un Poco | Neutral | Un Poco | Algo | Mucho | |
|----|--|-------|------|---------|---------|---------|------|-------|--|
| | EJEMPLO | | | | | | X | | |
| | Inseguro | | | | | | | | Confiado |
| 1 | Pesimista | | | | | | | | Optimista |
| 2 | Difícilmente siento placer | | | | | | | | Fácilmente siento placer |
| 3 | Triste | | | | | | | | Alegre |
| 4 | Tengo baja autoestima | | | | | | | | Tengo alta autoestima |
| 5 | Soy indiferente a actividades nuevas | | | | | | | | Me emociono con las actividades nuevas |
| 6 | Desmotivado | | | | | | | | Motivado |
| 7 | Me faltan objetivos y fuerza de voluntad | | | | | | | | Tengo objetivos y fuerza de voluntad |
| 8 | Soy desganado y con poca energía | | | | | | | | Soy activo y energético |
| 9 | Sereno | | | | | | | | Arrebatado |
| 10 | Moderado | | | | | | | | Vivo en los extremos |
| 11 | Flexible | | | | | | | | Obstinado |
| 12 | Paciente | | | | | | | | Impaciente |
| 13 | Calmado | | | | | | | | Irritable |
| 14 | Pacífico | | | | | | | | Agresivo |
| 15 | Controlado | | | | | | | | Explosivo |
| 16 | Confío en la gente | | | | | | | | No confío en la gente |
| 17 | Miedoso | | | | | | | | Atrevido |
| 18 | Inhibido | | | | | | | | Espontáneo |
| 19 | Preocupado | | | | | | | | Despreocupado |
| 20 | Me congelo en situaciones de peligro | | | | | | | | Reacciono rápido en situaciones de peligro |
| | | Mucho | Algo | Un Poco | Neutral | Un Poco | Algo | Mucho | |

| | | Mucho | Algo | Un Poco | Neutral | Un Poco | Algo | Mucho | |
|----|--|-------|------|---------|---------|---------|------|-------|---|
| 21 | Cuidadoso | | | | | | | | Descuidado |
| 22 | Pienso antes de actuar | | | | | | | | Impulsivo, actúo sin pensar |
| 23 | Prudente | | | | | | | | Imprudente |
| 24 | Evito tomar riesgos | | | | | | | | Me gusta tomar riesgos |
| 25 | Me culpo fácilmente | | | | | | | | Rara vez me siento culpable |
| 26 | Manejo mal el rechazo | | | | | | | | Manejo bien el rechazo |
| 27 | Soy sensible a la crítica | | | | | | | | Manejo bien la crítica |
| 28 | Fácilmente me lastiman emocionalmente | | | | | | | | Difícilmente me lastiman emocionalmente |
| 29 | Me resulta difícil superar traumas | | | | | | | | Me resulta fácil superar traumas |
| 30 | Soy sensible al estrés | | | | | | | | Manejo bien el estrés |
| 31 | Funciono mal bajo presión | | | | | | | | Manejo bien la presión |
| 32 | Tengo baja tolerancia a la frustración | | | | | | | | Tengo alta tolerancia a la frustración |
| 33 | Culpo a otros por mis errores | | | | | | | | Asumo la responsabilidad de mis errores |
| 34 | Trato de huir de mis problemas | | | | | | | | Enfrento mis problemas |
| 35 | Espero que mis problemas se resuelvan solos | | | | | | | | Procuro resolver mis problemas |
| 36 | Dejo que mis problemas personales se acumulen | | | | | | | | Resuelvo mis problemas personales tan pronto como me es posible |
| 37 | Tengo dificultad en manejar mis problemas con la gente | | | | | | | | Tengo facilidad en manejar mis problemas con la gente |
| 38 | Tengo dificultad para encontrar soluciones | | | | | | | | Tengo facilidad para encontrar soluciones |
| 39 | Tiendo a repetir mis errores | | | | | | | | Aprendo de mis errores |
| 40 | El sufrimiento me ha hecho mas frágil | | | | | | | | El sufrimiento me ha hecho mas fuerte |
| 41 | Me es difícil poner atención | | | | | | | | Fácilmente pongo atención |
| 42 | Distraído | | | | | | | | Enfocado |
| 43 | Planeo actividades mal | | | | | | | | Planeo actividades bien |
| 44 | No termino tareas | | | | | | | | Termino incluso tareas largas |
| 45 | Desorganizado | | | | | | | | Organizado |
| 46 | Indisciplinado | | | | | | | | Disciplinado |
| 47 | Irresponsable | | | | | | | | Responsable |
| 48 | Negligente | | | | | | | | Perfeccionista |

Marque la opción que más correctamente corresponde a la forma en que Usted es y actúa en general (Solo una opción por línea).

| | | Mucho | Algo | Un poco | Neutral | Un poco | Algo | Mucho | |
|----|--|-------|------|---------|---------|---------|------|-------|--|
| 49 | Mis impulsos de deseo son ligeros | | | | | | | | Mis impulsos de deseo son fuertes |
| 50 | Soy moderado en lo que me gusta | | | | | | | | Soy exagerado en lo que me gusta |
| 51 | Me contengo ante la tentación del placer | | | | | | | | Me rindo fácilmente ante la tentación del placer |
| 52 | Mantengo el juicio cuando deseo algo | | | | | | | | Pierdo el juicio cuando deseo algo |
| 53 | En paz | | | | | | | | Ansioso |
| 54 | Relajado | | | | | | | | Tenso |
| 55 | Sereno | | | | | | | | Aprehensivo |
| 56 | Difícilmente me angustio | | | | | | | | Me angustio con facilidad |
| 57 | Estable | | | | | | | | Inestable |
| 58 | Impredecible | | | | | | | | Predecible |
| 59 | Cambiante | | | | | | | | Regular |
| 60 | Turbulento | | | | | | | | Equilibrado |

2. Para cada descripción de abajo marque la que mejor corresponde a su forma de ser (marque solo una opción):

A. Tengo una tendencia a la tristeza y la melancolía, veo poca gracia en las cosas; tiendo a no valorarme; no me gustan mucho los cambios; prefiero escuchar que hablar.

Nada como yo Exactamente como yo

B. Me preocupo mucho y soy muy cuidadoso; a menudo me siento inseguro y aprehensivo; Temo que cosas malas vayan a pasar, e intento evitar situaciones de riesgo; siempre estoy alerta y vigilante.

Nada como yo Exactamente como yo

C. Tengo poca iniciativa; a menudo me desconecto de lo que otros dicen o hacen; a menudo fallo al terminar lo que he empezado; tiendo a ser pasivo y un poco lento.

Nada como yo Exactamente como yo

D. Soy dedicado, demandante, perfeccionista, esmerado y rígido; necesito tener el control de las cosas; no manejo bien la incertidumbre y los errores.

Nada como yo Exactamente como yo

E. Mi humor es impredecible e inestable (alto y bajo); cambia rápidamente o fuera de proporción a los hechos; tengo periodos de mucha energía, entusiasmo y agilidad que alternan con otras fases de pereza, pérdida de interés y desaliento.

Nada como yo Exactamente como yo

F. Tengo una fuerte tendencia a sentirme agitado, tenso, ansioso y enojado al mismo tiempo.

Nada como yo Exactamente como yo

G. Soy disperso, inquieto, desorganizado y me distraigo fácilmente; a menudo hago las cosas sin pensar en las consecuencias, soy inoportuno y me doy cuenta cuando es demasiado tarde; rápidamente pierdo interés, y a menudo no termino lo que he empezado.

Nada como yo Exactamente como yo

H. Mi humor es balanceado y predecible, suele cambiar sólo cuando hay una razón clara; tengo buen ánimo y en general, me siento bien conmigo mismo.

Nada como yo Exactamente como yo

I. Soy muy franco, directo y determinado, pero también enojón, explosivo y suspicaz.

Nada como yo Exactamente como yo

J. Soy inquieto, activo, espontáneo y distraído; a menudo actúo de forma precipitada y hago cosas con descuido; a menudo dejo las cosas a última hora; cuando me irrito, pronto estoy bien de nuevo.

Nada como yo Exactamente como yo

K. Estoy siempre de buen ánimo, me siento seguro y me divierto fácilmente; me encanta la novedad; hago muchas cosas sin cansarme; persigo lo que quiero hasta conseguirlo; tengo una fuerte tendencia al liderazgo.

Nada como yo Exactamente como yo

L. Soy expansivo, rápido, intenso y hablo mucho; tengo muchas ideas y fácilmente me distraigo; soy precipitado, explosivo e impaciente; tomo riesgos al tenerme demasiada confianza o emocionarme; me excedo en cosas que me son placenteras; no me gustan la rutina y las reglas.

Nada como yo Exactamente como yo

3. Elija la descripción (de la A a la L) de la pregunta 2 de arriba que sea más cercana a su perfil (solo una alternativa). Por favor lea cuidadosamente aquellas descripciones que le quedan mejor antes de escoger la alternativa.

A B C D E F G H I J K L

4. ¿Hasta qué punto ha tenido problemas personales o pérdidas debido a su estado de ánimo habitual, su forma de ser y comportarse?

Ningun problema Muchos problemas

5. ¿Hasta qué punto ha obtenido beneficios y ventajas personales debido a su estado de ánimo habitual, su forma de ser y comportarse?

Ninguna ventaja Muchas ventajas

Tabla 1.

| | N | Mínimo | Máximo | Media | DE |
|-------------|----------|---------------|---------------|--------------|-----------|
| Edad | 67 | 18 | 54 | 25.69 | 7.284 |

Tabla 2.

| | Frecuencia | Porcentaje |
|----------------------|-------------------|-------------------|
| Genero | | |
| Masculino | 17 | 25.4% |
| Femenino | 50 | 74.6% |
| ----- | ----- | ----- |
| Estado Civil | | |
| Casado | 16 | 23.9% |
| Soltero | 48 | 71.6% |
| Separado/Divorciado | 1 | 1.5% |
| Unión Libre | 2 | 3.0% |
| ----- | ----- | ----- |
| Ocupación | | |
| Desempleado | 14 | 20.9% |
| Empleado | 16 | 23.8% |
| Estudiante | 30 | 44.8% |
| Hogar | 7 | 10.4% |
| ----- | ----- | ----- |
| Grado Escolar | | |
| Licenciatura | 18 | 26.9% |
| Preparatoria | 47 | 70.1% |
| Secundaria | 2 | 3.0% |
| Posgrado | 0 | 0% |

Tabla 3.

| | Mínimo | Máximo | Media | DE |
|--------------------------|---------------|---------------|--------------|-----------|
| Intentos suicidas | 0 | 5 | 1.19 | 1.294 |
| Internamientos | 0 | 4 | 0.66 | .930 |

Tabla 4.

| | Frecuencia | Porcentaje |
|-------------------------|-------------------|-------------------|
| Autolaceraciones | | |
| No | 36 | 53.7% |
| Si | 31 | 46.3% |

Tabla 5.

| | Frecuencia | Porcentaje |
|-------------|-------------------|-------------------|
| TA | | |
| Disfórico | 28 | 41.8% |
| Ciclotímico | 12 | 17.9% |
| Irritable | 6 | 9% |
| Depresivo | 5 | 7.5% |
| Hipertímico | 5 | 7.5% |
| Eufórico | 3 | 4.5% |
| Obsesivo | 2 | 3% |
| Eutímico | 2 | 3% |
| Desinhibido | 2 | 3% |
| Apático | 1 | 1.5% |
| Volátil | 1 | 1.5% |

Tabla6.

| | Frecuencia | Porcentaje |
|-------------------|------------|------------|
| Sustancias | | |
| No | 50 | 74.6% |
| Si | 17 | 25.4% |

Tabla 7

| | Frecuencia | Porcentaje |
|----------------|------------|------------|
| Alcohol | | |
| No | 39 | 58.2% |
| Si | 28 | 41.8% |

Tabla 8.

| p | |
|-------------|-------|
| Ciclotímico | 0.992 |
| Disfórico | 0.610 |
| Hipertímico | 0.064 |

Tabla 9.

| p | |
|-------------|-------|
| Ciclotímico | 0.992 |
| Disfórico | 0.881 |
| Irritable | 0.036 |
| Depresivo | 0.304 |
| Hipertímico | 0.072 |
| Eufórico | 0.371 |
| Desinhibido | 0.090 |

Grafico 1.

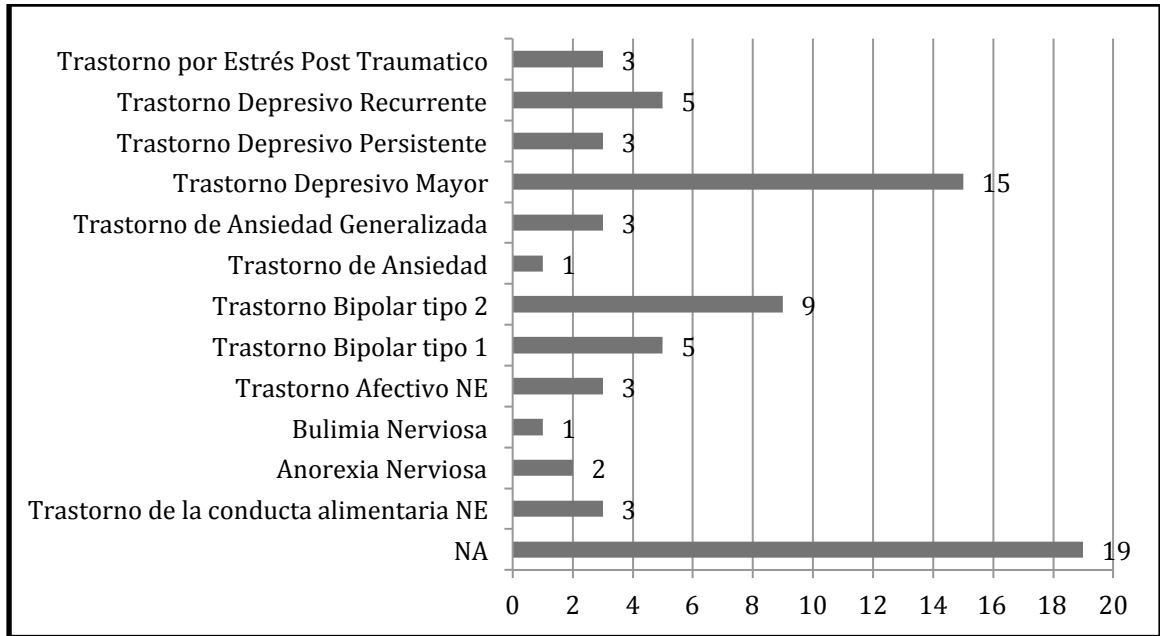


Grafico 2.

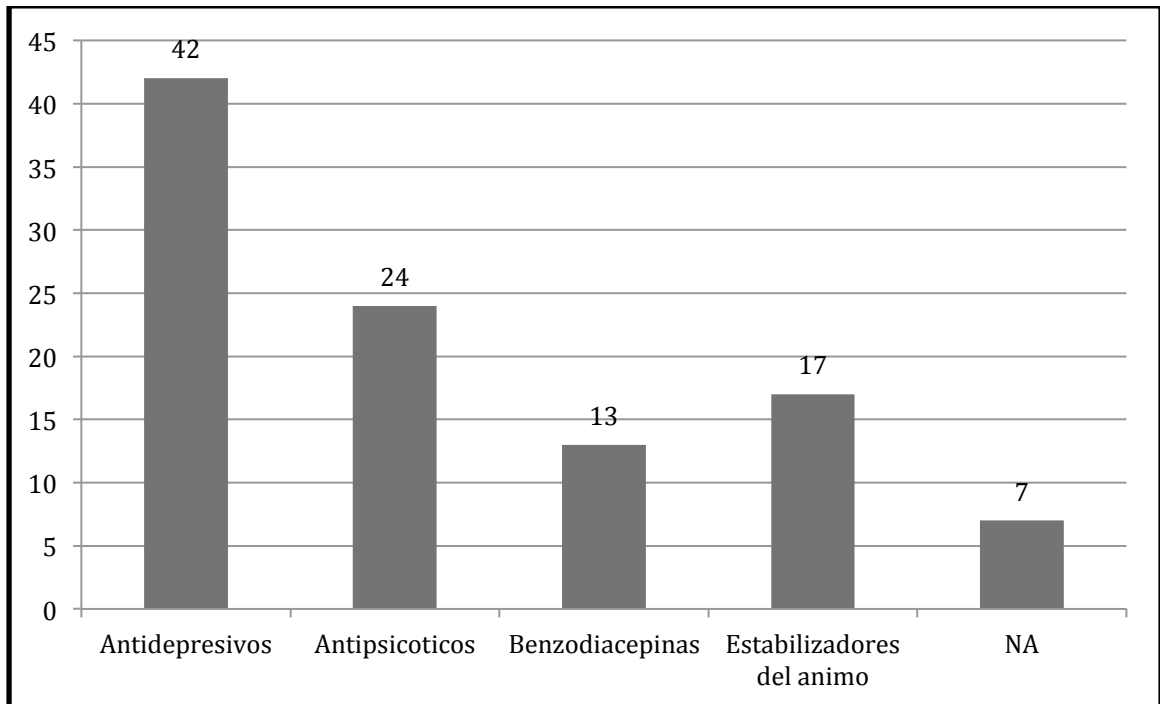
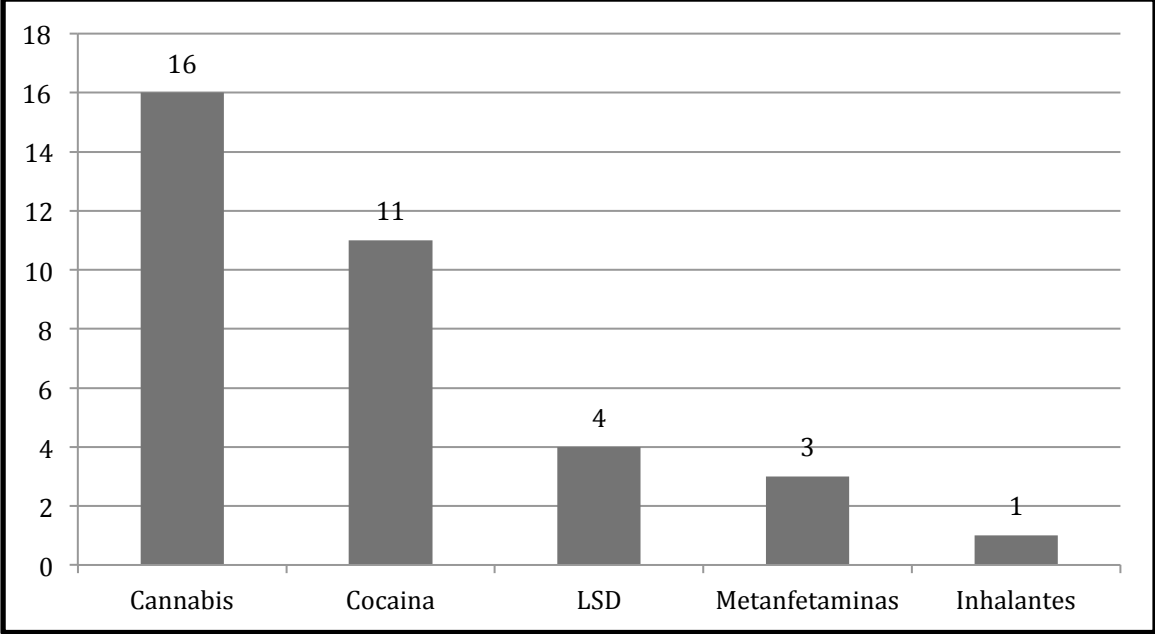


Grafico 3.



CAPITULO X

BIBLIOGRAFÍA

1. Aguiar Ferreira, A. De, Vasconcelos, A. G., Neves, F. S., Laks, J., & Correa, H. (2013). Affective temperaments: Familiarity and clinical use in mood disorders. *Journal of Affective Disorders*, *148*(1), 53–56. <http://doi.org/10.1016/j.jad.2012.11.047>
2. Akiskal, H. S., Akiskal, K. K., Haykal, R. F., Manning, J. S., & Connor, P. D. (2005). TEMPS-A: Progress towards validation of a self-rated clinical version of the Temperament Evaluation of the Memphis, Pisa, Paris, and San Diego Autoquestionnaire. *Journal of Affective Disorders*. <http://doi.org/10.1016/j.jad.2004.12.001>
3. Asik, M., Altinbas, K., Eroglu, M., Karaahmet, E., Erbag, G., Ertekin, H., & Sen, H. (2015). Evaluation of affective temperament and anxiety-depression levels of patients with polycystic ovary syndrome. *Journal of Affective Disorders*, *185*, 214–218. <http://doi.org/10.1016/j.jad.2015.06.043>
4. Asociación Americana De Psiquiatría, Guía De Consulta De Los Criterios Diagnósticos Del DSM 5. Arlington, VA, Asociación Americana De Psiquiatría, 2013
5. Carvalho, A. F., Hyphantis, T. N., Taunay, T. C., Mac??do, D. S., Floros, G. D., Ottoni, G. L., ... Lara, D. R. (2013). The relationship between affective temperaments, defensive styles and depressive symptoms in a large sample. *Journal of Affective Disorders*, *146*(1), 58–65. <http://doi.org/10.1016/j.jad.2012.08.038>
6. Clarkin, J. F., Lenzenweger, M. F., Yeomans, F., Levy, K. N., & Kernberg, O. F. (2007). An Object Relations Model of Borderline Pathology. *Journal of Personality Disorders*, *21*(5), 474-499. doi:10.1521/pedi.2007.21.5.474
7. Degeorge, D. P., Walsh, M. A., Barrantes-Vidal, N., & Kwapil, T. R. (2014). A three-year longitudinal study of affective temperaments and risk for psychopathology. *Journal of Affective Disorders*, *164*, 94–100. <http://doi.org/10.1016/j.jad.2014.04.006>
8. Distel, MA, Trull, TJ, Derom, CA, et al. Heritability of borderline personality disorder features is similar across three countries. *Psychol Med* 2008; *38*:1219.
9. Fletcher, K., Parker, G., Barrett, M., Synnott, H., & McCraw, S. (2012). Temperament and personality in bipolar II disorder. *Journal of Affective Disorders*, *136*(3), 304–309. <http://doi.org/10.1016/j.jad.2011.11.033>

10. Fountoulakis, K. N., Gonda, X., Koufaki, I., Hyphantis, T., & Cloninger, C. R. (2016). The Role of Temperament in the Etiopathogenesis of Bipolar Spectrum Illness. *Harvard Review of Psychiatry*, 24(1), 36–52. <http://doi.org/10.1097/HRP.0000000000000077>
11. Garza-Guerrero, C. (2012). Desregulación afecto-cognoscitiva en organización limítrofe de la personalidad y sobremedicación: Iatrogenia, ignorancia yseudoprofesionalismo. *Medicina Universitaria*, 13(51), 69–71.
12. Grant BF, Chou SP, Goldstein RB, et al. (April 2008). "Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV borderline personality disorder: results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions". *J Clin Psychiatry* 69 (4): 533–45.10.4088/JCP.v69n0404.
13. Grant BF, Chou SP, Goldstein RB, et al. Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV borderline personality disorder: results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Clin Psychiatry* 2008; 69:533.
14. Guerreiro, D. F., Sampaio, D., Rihmer, Z., Gonda, X., & Figueira, M. L. (2013). Affective temperaments and self-harm in adolescents: A cross-sectional study from a community sample. *Journal of Affective Disorders*, 151(3), 891-898. doi:10.1016/j.jad.2013.07.034
15. Hyphantis, T. N., Taunay, T. C., Macedo, D. S., Soeiro-De-Souza, M. G., Bisol, L. W., Fountoulakis, K. N., ... Carvalho, A. F. (2013). Affective temperaments and ego defense mechanisms associated with somatic symptom severity in a large sample. *Journal of Affective Disorders*, 150(2), 481–489. <http://doi.org/10.1016/j.jad.2013.04.043>
16. Kendler KS, Aggen SH, Czajkowski N, et al. The structure of genetic and environmental risk factors for DSM-IV personality disorders: a multivariate twin study. *Arch Gen Psychiatry* 2008; 65:1438.
17. Kernberg, O. F. (2016). What Is Personality? *Journal of Personality Disorders*, 30(2), 145-156. doi:10.1521/pedi.2106.30.2.145
18. Lara, D. R., & Akiskal, H. S. (2006). Toward an integrative model of the spectrum of mood, behavioral and personality disorders based on fear and anger traits: II. Implications for neurobiology, genetics and psychopharmacological treatment. *Journal of Affective Disorders*, 94(1-3), 89–103. <http://doi.org/10.1016/j.jad.2006.03.021>

19. Lara, D. R., Bisol, L. W., Brunstein, M. G., Reppold, C. T., De Carvalho, H. W., & Ottoni, G. L. (2012). The Affective and Emotional Composite Temperament (AFFECT) model and scale: A system-based integrative approach. *Journal of Affective Disorders, 140*(1), 14–37. <http://doi.org/10.1016/j.jad.2011.08.036>
20. Lara, D.R., Pinto, L., Akiskal, K., Akiskal, H. S. (2006). Toward an integrative model of the spectrum of mood, behavioral and personality disorders based on fear and anger traits: I. Clinical implications. *Journal of Affective Disorders, 94*, 67–87. <http://doi.org/10.1016/j.jad.2006.02.025>
21. Lee, Y. S., Son, J. H., Park, J. H., Kim, S. M., Kee, B. S., & Han, D. H. (2017). The comparison of temperament and character between patients with internet gaming disorder and those with alcohol dependence. *Journal of Mental Health, 26*(3), 242-247. doi:10.1080/09638237.2016.1276530
22. Leite, L., Machado, L. N., & Lara, D. R. (2014). Emotional traits and affective temperaments in alcohol users, abusers and dependents in a national sample. *Journal of Affective Disorders, 163*, 65–69. <http://doi.org/10.1016/j.jad.2014.03.021> Researchreport
23. Macdonald, K., Berlow, R., & Thomas, M. L. (2013). Attachment, affective temperament, and personality disorders: A study of their relationships in psychiatric outpatients. *Journal of Affective Disorders, 151*(3), 932–941. <http://doi.org/10.1016/j.jad.2013.07.040>
24. Paulino, S., Pombo, S., Ismail, F., Figueira, M. L., & Lesch, O. (2017). The role of affective temperament as a predictor of relapse in alcohol dependence. *Personality and Mental Health, 11*(4), 278-289. doi:10.1002/pmh.1373
25. Romo-Nava, F., Fresco-Orellana, A., Barragán, V., Saracco-Ivarez, R., Becerra-Palars, C., Osorio, Y., ... Lara, D. R. (2015). The Affective and Emotional Composite Temperament Scale (AFFECTS): Psychometric properties of the Spanish version in a community sample from Mexico City and comparison between remitted psychiatric patients. *Journal of Affective Disorders, 172*, 251–258. <http://doi.org/10.1016/j.jad.2014.09.053>
26. Rovai, L., Maremmani, A. G., Bacciardi, S., Gazzarrini, D., Palluchini, A., Spera, V., ... Maremmani, I. (2017). Opposed effects of hyperthymic and cyclothymic temperament in substance use disorder (heroin- or alcohol-dependent patients). *Journal of Affective Disorders, 218*, 339-345. doi:10.1016/j.jad.2017.04.041

27. Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Ruiz, P. (2015). *Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry*.
28. Singh, S., Forty, L., di Florio, A., Gordon-Smith, K., Jones, I., Craddock, N., ... Smith, D. J. (2015). Affective temperaments and concomitant alcohol use disorders in bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders, 186*, 226–31. <http://doi.org/10.1016/j.jad.2015.07.027>
29. Singh, S., Forty, L., Florio, A. D., Gordon-Smith, K., Jones, I., Craddock, N., . . . Smith, D. J. (2015). Affective temperaments and concomitant alcohol use disorders in bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders, 186*, 226-231. doi:10.1016/j.jad.2015.07.027
30. Skala, K., Riegler, A., Erfurth, A., Völkl-Kernstock, S., Lesch, O. M., & Walter, H. (2016). The connection of temperament with ADHD occurrence and persistence into adulthood – An investigation in 18 year old males. *Journal of Affective Disorders, 198*, 72–77. <http://doi.org/10.1016/j.jad.2016.03.051>
31. Solmi, M., Zaninotto, L., Toffanin, T., Veronese, N., Lin, K., Stubbs, B., ... Correll, C. U. (2016). A comparative meta-analysis of TEMPS scores across mood disorder patients, their first-degree relatives, healthy controls, and other psychiatric disorders. *Journal of Affective Disorders, 196*, 32–46. <http://doi.org/10.1016/j.jad.2016.02.013>
32. Unseld, M., Dworschak, G., Tran, U. S., Plener, P. L., Erfurth, A., Walter, H., . . . Kapusta, N. D. (2012). The concept of temperament in psychoactive substance use among college students. *Journal of Affective Disorders, 141*(2-3), 324-330. doi:10.1016/j.jad.2012.03.028
33. Vyssoki, B., Blüml, V., Gleiss, A., Friedrich, F., Kogoj, D., Walter, H., . . . Erfurth, A. (2011). The impact of temperament in the course of alcohol dependence. *Journal of Affective Disorders, 135*(1-3), 177-183. doi:10.1016/j.jad.2011.07.007
34. Zanarini MC, Frankenburg FR, Dubo ED, et al. Axis I comorbidity of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 1998; 155:1733.

CAPITULO XI
RESUMEN
AUTOBIOGRÁFICO

Resumen autobiográfico

El Dr. Mauricio Salvador Garza Villalobos es originario y residente de Monterrey, NL, donde ha realizado sus estudios de pregrado y de posgrado, ambos en la Universidad Autónoma de Nuevo León, Hospital Universitario “José Eleuterio González”. Su interés es en el área de trastorno afectivos y el psicoanálisis, de este último siendo actualmente candidato a la formación de psicoanálisis en el Centro de Estudios e Investigación en Psicoanálisis.